

Dolomail

Edition: ZithaKlinik
Responsable: Groupe Algo
Comité de Rédaction:
Dr Marco Klop, Sylvie Vincent
Mise en page: Marie Suraud
Photo: Maryse Landfried
Impression en interne
Parution semestrielle
800 exemplaires - 11/2007
www.zitha.lu
contact@zitha.lu

N°3

2e semestre 2007

Retrouvez Dolomail sur www.zitha.lu

Sommaire

La douleur en rhumatologie	p. 1
Ergothérapie en rhumatologie	p. 2
Les statistiques de consommation de médicaments	p. 3
Annonces	p. 4
Bibliographie	p. 4

Il est difficile de parler de différentes douleurs chroniques et d'en comparer leurs intensités et leurs effets dévastateur sur le corps humain. La douleur étant subjective, chacun ressentira donc différemment une même stimulation. Ce troisième numéro de Dolomail parle des méandres de la rhumatologie et des pièges tendus par les a priori de la médecine et de la société moderne. La catégorisation des patients en « douloureux chroniques », terme abject, ne laisse subsister aucune chance de guérison ou de soulagement et condamne ces personnes à la résignation et au désespoir. Mais même si aucune possibilité d'amé-

lioration n'existe et que les antalgiques abrutissent plus qu'ils ne soulagent, certaines techniques, comme par exemple l'ergothérapie, permettent au patient de vivre avec sa douleur, de la rendre plus ou moins supportable, voir même de la leurrer. Certaines petites astuces, quelques mots ou gestes bienveillants permettent parfois de redonner aux gens qui souffrent, confiance, courage et peut-être, qui sait, un peu de joie de vivre. L'écoute fait partie de cet arsenal et est à la disposition de tout un chacun. Écoutons donc... et observons peut-être les bienfaits.

Dr Marco Klop
COORDINATEUR DOULEUR
ZITHAKLINIK

La douleur en rhumatologie



Dr Marco Hirsch
Rhumatologue,
Membre du Groupe
"Douleur"

80% des consultations en rhumatologie sont motivées par des plaintes douloureuses.

Nous distinguons selon la localisation entre douleurs locales, locorégionales et générales, et selon la durée entre douleurs aiguës, subaiguës et chroniques.

Si la prise en charge d'une douleur aiguë localisée peut être instantanée et complète, celle de douleurs chroniques diffuses et généralisées va rester un motif de prise en charge parfois très laborieuse et incomplète.

Le rhumatologue dit «de ville» voit en consultation entre 30 et 50% de rhumatismes dit abarticulaires, c'est-à-dire de tendinites – bursites - enthésites et myopathies plus ou moins localisées. C'est la partie rapidement gratifiante puisqu'un diagnostic orienté s'en suit d'une thérapie curative dans une grande majorité des cas. L'utilité des traitements locaux (infiltrations par exemple) n'est pas à prouver dans ces pathologies.

Les rhumatismes chroniques dégénératifs et inflammatoires fidélisent les patients quasi à vie, les plaintes seront mixtes douloureuses et d'handicap fonctionnel.

En rhumatologie inflammatoire (par exemple polyarthrite rhumatoïde) les traitements d'immunomodulation biologique ont profondément changé à la fois le pronostic et les plaintes chroni-

ques avec comme conséquence directe une diminution faramineuse des traitements antalgiques (jusqu'à 50% des patients peuvent rentrer dans un stade de rémission, c'est-à-dire d'inactivité totale de la maladie). Malheureusement ceci n'est pas le cas des rhumatismes dégénératifs (arthrose) pour lesquels les véritables thérapies de fond sont insuffisantes voir inexistantes.

Ces patients restent dépendants de traitements par antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations locales, kinésithérapie au long cours voir chirurgie orthopédique. Malgré toutes les promesses et annonces publicitaires, nous ne sommes pas capables en 2007 de traiter le primum movens de l'arthrose, mais uniquement de pallier à ses conséquences.

Une partie de plus en plus importante des consultations est occupée par des

patient(e)s présentant des plaintes de douleurs chroniques diffuses sans localisation précisable ni facteur déclenchant et présentes depuis toujours... nous sommes surtout confrontés à un état de mal de vie chronique, en partie en rapport avec des problèmes d'ordre relationnels, psychologiques ou de personnalité. Le descriptif français de «syndrome polyalgique idiopathique diffus» correspond le mieux au fait que nous ne savons pas donner de réponse simple et claire, ni proposer de traitement spécifique dans la majorité des cas. Malheureusement la catégorisation médicale et administrative a amené la création de toute pièce du diagnostic de «fibromyalgie», nébuleuse extrêmement dangereuse exposant les patients souffrants à une classification définitive fondée sur le pur subjectivisme et aux traitements exempts de toute spéci-

ficité et efficacité en dehors de l'effet placebo.

Nous devons, nous médecins, avouer notre incapacité d'écoute pour tous les problèmes algiques et le recours à une unité d'algologie est devenue incontournable pour une prise en charge correcte et honnête des personnes souffrantes.

L'arsenal thérapeutique du rhumatologue englobe la totalité des principes pharmaceutiques disponibles, la kinésithérapie est un atout incontournable. Le recours à des traitements plus difficiles à cerner comme l'ostéopathie semble s'étendre, même si cette voie s'écarte actuellement encore beaucoup de la médecine traditionnelle. L'homéopathie reste pour ceux qui veulent y croire, le médecin cartésien ne saura pas comment la cadrer. A l'opposé,

l'acupuncture trouve de plus en plus d'adeptes surtout pour les traitement de douleurs chroniques et plutôt loco-régionales comme le syndrome celluloténomyalgique associé à des névralgies secondaires.

Finalement la relation personnelle de confiance et de respect réciproques est la base indispensable pour tout traitement antalgique quel qu'il soit.

Dr Marco HIRSCH
RHUMATOLOGUE - ZITHAKLINIK

Ergothérapie en rhumatologie

L'ergothérapeute fait partie d'une équipe multidisciplinaire, qui vise en premier lieu un soulagement des douleurs et en deuxième lieu une prévention articulaire.

Dans le cadre du soulagement des douleurs, l'ergothérapeute se sert :

- de bains de paraffine (activation de la circulation sanguine, relaxation articulaire, assouplissement des tissus moux)



- des ultrasons (traitement des inflammations locaux)
- de massages (assouplissement, drainage, relâchement musculaire)
- de la thérapie par le froid (apaisement

d'inflammations aiguës)

- de la mobilisation articulaire passive (augmentation des amplitudes)

- de la confection d'orthèses statiques

En ce qui concerne la prévention articulaire, l'ergothérapeute dispose :

- d'exercices de mobilisation active
- d'un apprentissage du mouvement correct et de l'économie articulaire
- de la proposition d'aides techniques facilitant la vie de tous les jours
- de la confection d'orthèses dynamiques



Tout ceci implique, que nous rencontrons la personne souffrante avec de la compréhension et de la compassion. Notre but est de trouver, ensemble avec elle, des moyens qui lui permettent de retrouver une qualité de vie tout à fait acceptable, en dépit des douleurs.



Lea Schaeffer
ERGOTHEAPEUTE - ZITHAKLINIK

Les statistiques de consommation des médicaments



Les statistiques de consommation des médicaments sont souvent limitées aux unités de mesure "€", "comprimé" ou "ampoule" et ne servent qu'à rendre compte de l'aspect financier (prix et/ou coût) ou logistique (quantité à commander, à stocker, etc...) de la consommation d'un ou plusieurs médicaments.

La comparaison d'une consommation pour différentes formes d'un même médicament ou pour plusieurs médicaments différents, utilisés dans une même indication (p.ex les analgésiques) est par contre difficile: dosages différents d'une même forme d'un même médicament (comprimé à 25, 50 ou 75 mg, forme retard,...), doses différentes pour atteindre le même effet selon la voie d'administration d'un même médicament (per os, patch transdermique, s.c., i.v.), posologies différentes pour différents médicaments et/ou différentes formes d'un même médicament (3 x par jour pour l'un, une fois tous les trois jours pour l'autre).

En vue de faciliter une analyse routinière, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé une classification des médicaments, l'Anatomical Therapeutical Chemical Classification Index (on parle de code "ATC"), ainsi qu'une dose journalière standard, la Defined Daily Dose ("DDD"). Ces deux caractéristiques sont propres à chaque molécule et pour chacune de ses voies d'administration.

Le code DCI

La DCI (Dénomination Commune Internationale) caractérise chaque principe

actif (molécule), quelque soit la marque du médicament, sa forme pharmaceutique (comprimé, sirop, ampoule), son dosage et la présence d'une ou plusieurs autres substances (excipients ou autres principes actifs). Un principe actif n'a qu'une seule DCI (il arrive cependant que d'autres dénominations, anciennes, soient utilisées, mais l'OMS n'utilise que la DCI).

Exemple: "paracétamol" (DCI du principe actif qu'on retrouve dans le Dafalgan®, le Perdolan®, le Perfusalgan®,... et beaucoup d'autres médicaments), dans la littérature anglo-saxonne, le paracétamol est appelé "acetaminophen".

Le code ATC

Le code ATC (Anatomical Therapeutical Chemical) d'une molécule ou d'une association de plusieurs molécules, est composé de 7 caractères, correspondant à 5 niveaux de classification. Une même substance chimique peut avoir plusieurs codes ATC, c'est le cas des substances utilisées oralement et localement (formes orale, dermatologique, ophtalmologique, ...).

Exemple: le "diclofenac" (Voltaren®, Cataflam®) M01AB05 Diclofenac (M01-A-B-05).

Pour une analyse de tous les Antiinflammatoires Non Steroïdiens (AINS), on prendra le troisième niveau M01A. Si par contre on veut seulement tous les médicaments à action systémique contenant du diclofenac seul, on prendra le cinquième niveau M01AB05.

Les associations contenant du diclofenac ont un code ATC différent: M01AB55 Diclofenac, combinaisons. Les formes topiques et ophtalmologiques ont également un autre code ATC:

- gel topique ou patch: M02AA15 Diclofenac
- collyre: S01BC03 Diclofenac

La classification ATC est certes complexe et imparfaite, mais elle a le mérite d'être reconnue et appliquée au niveau international. On assiste régulièrement à des remodelages suite à l'introduction de nouvelles molécules.

Le code DDD

La DDD (defined daily dose) correspond à la dose journalière moyenne d'entretien d'un médicament, pour son indication principale, chez un adulte de poids moyen. Elle peut aussi varier en fonction de la voie d'administration (per.os, i.v., s.c., etc).

La valeur d'une DDD est souvent différente des doses journalières moyennes administrées en pratique, celles-ci pouvant varier d'un patient à l'autre, d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre voire même d'un pays à l'autre (guidelines différentes).

Son intérêt n'est donc pas de renseigner sur le nombre exact de traitements journaliers effectués, mais plutôt de suivre l'évolution de la consommation pour une entité donnée (p.ex notre clinique), ou de comparer la consommation de différentes entités entre elles (hôpitaux, régions, pays, continents). La DDD est un peu une valeur "étalon".

L'analyse des doses journalières moyennes usuellement administrées ("DDA") permet plus de conclusions; une telle analyse requiert toutefois une informatisation des prescriptions.

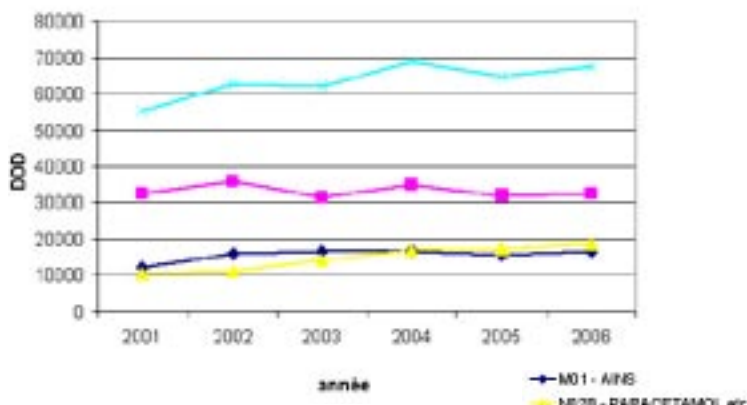
A noter que la consommation, que ce soit pour une substance ou un groupe de substances, ne dit rien sur le coût, vu les différences de prix entre différentes marques, formes pharmaceutiques (comprimés, injectables,...), molécules et pays (même au sein de l'Europe!).



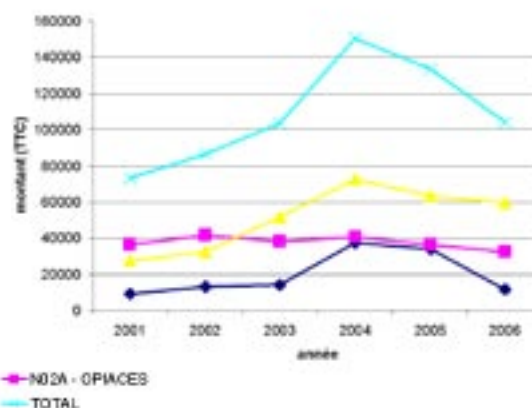
L'exemple des antalgiques



Evolution de la consommation en analgésique 2001 - 2006



Evolution des dépenses en analgésiques : 2001 - 2006



Lorsqu'on met la consommation et les dépenses côte à côte, on constate que les courbes ne sont pas superposables:

Ceci montre que l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse de la douleur ne rime pas nécessairement avec augmentation des dépenses. Seule une analyse "ATC/DDD" permet une telle conclusion.

Pour en savoir plus:

<http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>

Pierre Lambé
PHARMACIEN - ZITHAKLINIK

Annonces

• 21 novembre 2007

2e journée d'étude de la Clinique Privée E. Bohler: "Les techniques sophrologiques, un atout pour les pratiques médicales et soignantes"

Inscription et information: caroline.deremont@ffe.healthnet.lu

• 21-24 novembre 2007

7e congrès de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur - Douleurs neuropathiques (SFETD)CNIT Paris

www.sfetd-douleur.org

• 29-30 novembre 2007

23e journées internationales d'étude et de formation des aides-soignants: "Le toucher: un moyen de communiquer pour l'aide-

soignant, un élément de la bienveillance"

Palais de la Mutualité - Paris www.ediform.fr

• 21 février 2008

Prof. Maryliese Faymonville - L'hypnose en soins palliatifs
Parc-Hôtel Belle-Vue - Luxembourg

FORMATION CONTINUE INTERNE

• Soins palliatifs et douleur: 24 octobre 2007

• Soins infirmiers et Aromathérapie: 10, 18 octobre & 22, 29 novembre 2007

• Prendre soin par le toucher-massage: 10-11, 24-25 janvier, 14-15 février, 13-14 mars 2008

Bibliographie

- Le site de la rhumatologie et des maladies inflammatoires: www.rhumato.net
- Rheumaliga: www.rheumaliga.ch
- Ergotherapie in der Handrehabilitation, B. Waldner-Nilson, Verlag Springer, 1997
- <http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>

www.institut-upsa-douleur.org
www.doloplus.com
www.iasp-pain.org