

# **SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS**

Association reconnue d'utilité publique - FMC n° 11752573775

Hôpital Cochin - Service Médecine Interne du Pr Le Jeunne  
27, rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 PARIS

## **79<sup>e</sup> JOURNEE FRANÇAISE DE MEDECINE**

Sous la présidence du Professeur Jean CABANE

### **LA MEDECINE DE LA DOULEUR**

**Organisateurs :**

Serge PERROT et Nadine ATTAL

**Vendredi 18 Octobre 2013**

**9 h 00 – 17 h 00**

**Amphithéâtre Baudens  
Ecole du Val de Grâce  
1, Place Alphonse Laveran – 75005 Paris**

## **MATINEE**

**8 h 30**      **Accueil des participants**

*Modération séance : Nadine Attal*

**9 h 00**      **Neurobiologie de la douleur : implications pour le développement de nouveaux analgésiques**

*Didier Bouhassira, Ambroise Paré, Boulogne*

**9 h 30**      **Génétique et génomique de la douleur**

*Michel Pohl, Pitié-Salpêtrière, Paris*

**10 h 00**      **Apport des recommandations dans la prise en charge de la douleur : exemple des douleurs neuropathiques**

*Nadine Attal, Ambroise Paré, Boulogne*

**10 h 30**      **Peut-on prévenir la douleur chronique ?**

*Dominique Fletcher, Raymond Poincaré, Garches*

**11 h 00**      **PAUSE-CAFÉ**

*Modération séance : Alain Serrie*

**11 h 30**      **La douleur chez l'enfant : quelles spécificités ? Exemple de la migraine**

*Daniel Annequin, Trousseau, Paris*

**12 h 00**      **Peut-on traiter les céphalées chroniques quotidiennes?**

*Claire Le Jeunne, Hôtel Dieu-Cochin, Paris*

## **APRES-MIDI**

*Modération séance : Serge Perrot*

**14 h 15**      **Controverse « Faut-il ou non utiliser de la morphine dans les douleurs non cancéreuses ? »**

*Serge Perrot et Elisabeth Collin, Hôtel Dieu- Cochin et Pitié-Salpêtrière, Paris*

**14 h 45**      **Prendre en compte la diversité culturelle dans la prise en charge de la douleur chronique**

*Serge Bouznah, Cochin, Paris*

**15 h 15**      **Thérapies cognitivo-comportementales dans la douleur chronique**

*Françoise Laroche, Saint Antoine, Paris*

**15 h 45**      **Organiser la filière de soins pour les patients douloureux : de l'HAS à l'ARS**

*Alain Serrie, Lariboisière, Paris*

**16 h 30**      **Conclusions**

## **NEUROBIOLOGIE DE LA DOULEUR : implications pour le développement de nouveaux analgésiques**

*Didier Bouhassira,  
Ambroise Paré, Boulogne*

Nous avons assisté au cours des deux dernières décennies à une véritable "explosion" des travaux concernant la physiopathologie des différentes douleurs. De nombreux modèles animaux ont été développés pour aborder les bases neurophysiologiques et neuropharmacologiques des douleurs aiguës, subaiguës ou chroniques. L'utilisation de modèles d'inflammation localisée ou diffuse a permis des progrès importants concernant la physiopathologie des douleurs inflammatoires, mais c'est sans conteste dans le domaine des douleurs neuropathiques (douleurs liées à une lésion du système nerveux périphérique ou central) que les avancées les plus significatives ont été enregistrées. En effet, divers modèles de lésions nerveuses ont permis de préciser les mécanismes sous-tendant ces douleurs qui restent parmi les plus difficiles à traiter. Malgré leurs imperfections ces modèles, qui visent à reproduire chez l'animal une symptomatologie proche de celle rencontrée en clinique, ont révélé la multiplicité et la complexité des remaniements périphériques et centraux potentiellement impliqués dans le déterminisme de ces douleurs et d'en préciser les bases cellulaires et moléculaires. L'ensemble de ces travaux a ainsi contribué à définir, sur une base rationnelle, de nouvelles cibles pour le développement d'agents pharmacologiques capables d'agir tant à la périphérie qu'au niveau central.

# GENETIQUE ET GENOMIQUE DE LA DOULEUR

*Michel Pohl,  
Pitié-Salpêtrière, Paris*

Malgré la complexité de la sensation douloureuse, où s'entrelacent les conséquences d'altérations tissulaires avec la dimension émotionnelle, et plus encore celle des mécanismes à l'origine des douleurs chroniques, les aspects génétiques ont une place importante dans la compréhension de la physiologie et la physiopathologie des douleurs. La génomique humaine, au travers de l'identification des gènes impliqués dans l'insensibilité ou la susceptibilité à la douleur, du développement de la pharmacogénétique, ou la génétique expérimentale, à l'origine de la découverte de nouveaux gènes et de leur fonction dans le traitement de l'information douloureuse, ont largement contribué ces deux dernières décennies aux avancées majeures dans le domaine de la douleur. Soulignons que les approches s'appuyant sur les outils génétiques ont montré également tout leur intérêt dans l'expérimentation de nouvelles stratégies thérapeutiques qui, au delà du « simple » blocage du message douloureux, tendent au retour à l'équilibre des systèmes profondément altérés lors des douleurs pathologiques.

A l'heure actuelle, ces découvertes n'ont eu qu'un faible retentissement en terme de progrès thérapeutique. Nous pouvons néanmoins raisonnablement espérer que dans les prochaines années le développement de nouvelles molécules issues de ces découvertes, l'extension de traitements individualisés grâce à la pharmacogénétique, ou encore les approches freinant l'altération et le remodelage tissulaires associés aux douleurs chroniques, apporteront des solutions thérapeutiques nouvelles.

**APPORT DES RECOMMANDATIONS  
DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :  
exemple des douleurs neuropathiques**

*Nadine Attal,  
Ambroise Paré, Boulogne*

## PEUT-ON PREVENIR LA DOULEUR CHRONIQUE ?

*Dominique Fletcher,  
Raymond Poincaré, Garches*

La douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) a une incidence globale estimée à 30 % avec seulement 5-10 % des patients ayant des symptômes sévères. La DCPC est un problème de santé publique car elle représente une cause importante de consultation dans les centres anti-douleur. La fréquence de la DCPC varie de 1 à 10 en fonction du type de chirurgie ; les chirurgies le plus souvent responsables sont la thoracotomie et la chirurgie du sein. La compréhension de la physiopathologie de la DCPC ne s'appuie sur aucun modèle animal spécifique. Elle combine apparemment chez l'homme l'hyperalgésie et la lésion neurologique. Les facteurs de risque de DCPC liés au patient sont l'existence d'une douleur préopératoire du site opératoire ou une douleur chronique d'autre nature, des facteurs psychologiques comme l'anxiété la dépression ou le catastrophisme, certains facteurs génétiques ou neurophysiologiques. La prévention de la DCPC reste encore à investiguer. La prévention chirurgicale repose sans doute sur la limitation de la lésion neurologique et la chirurgie peu invasive. La prévention pharmacologique pourrait utiliser la kétamine, les gabapentinoïdes et l'anesthésie locorégionale. Il est recommandé par la Sfar de détecter précocement la DCPC en utilisant le questionnaire DN4 pour diagnostiquer la douleur neuropathique. Il est pour l'instant recommandé par la Sfar d'utiliser de faibles doses de kétamine en peropératoire en cas de risque élevé de DCPC. La recherche permettra de mieux définir dans l'avenir les possibilités de prévention de la DCPC

**LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT : QUELLES SPECIFICITES ?  
EXEMPLE DE LA MIGRAINE**

*Daniel Annequin,  
Trousseau, Paris*

## **PEUT-ON TRAITER LES CEPHALEES CHRONIQUES QUOTIDIENNES ?**

*Claire Le Jeunne,  
Hôtel Dieu-Cochin, Paris*

Les céphalées chroniques quotidiennes ou CCQ sont un des principaux motifs de consultation en milieu spécialisé. Elles touchent 3 % des adultes de plus de 15 ans et plus volontiers les femmes. Elles se définissent par « des céphalées plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement depuis plus de 3 mois sans substratum lésionnel ou symptomatique ».

La majorité de ces céphalées est en général auto entretenue par la prise chronique d'antalgiques en grande quantité. On les appelle céphalées par abus médicamenteux.

Elles surviennent en général chez des patients souffrant de migraines associées à des céphalées de tension auto prises en charges et auto puis sur médiquées.

Les médicaments les plus pourvoyeurs de cette dépendance sont les morphiniques faibles en association avec le paracétamol qui sont surconsommés par ces patients. Parmi les principes actifs les plus souvent retrouvés figurent la codéine, le tramadol et la caféine. Depuis quelques années avec la régression des dépendances aux dérivés ergotés qui ne sont plus prescrits apparaît la dépendance aux triptans.

Ces céphalées ont des caractéristiques spécifiques qui diffèrent des céphalées initiales à l'origine de cette surconsommation.

Elles surviennent plus volontiers le matin au réveil, sont d'intensité légère à modérée et répondent très bien à la prise de l'antalgique en cause.

Elles réapparaissent souvent dans les 4 à 6 heures, quand l'effet s'estompe obligeant à une reprise du produit et donc à une surconsommation progressive.

Parfois sur ce fond douloureux se greffent des paroxysmes qui peuvent correspondre à d'authentiques migraines dont les caractéristiques sémiologiques sont atténuées. Ces poussées contribuent également à la surconsommation de médicaments

Leur prise en charge comporte un sevrage après quantification de l'abus, et l'évaluation du handicap qui en découle ( professionnel, familial et social). Un traitement de fond et souvent nécessaire ainsi qu'un soutien psychologique. Le meilleur traitement reste la prévention et la mise en garde des patients vis-à-vis de cette surmédicamentation.



**CONTROVERSE**  
**« FAUT-IL OU NON UTILISER DE LA MORPHINE**  
**DANS LES DOULEURS NON CANCEREUSES ? »**

*Serge Perrot et Elisabeth Collin,  
Hôtel Dieu- Cochin et Pitié-Salpêtrière, Paris*

## **PRENDRE EN COMPTE LA DIVERSITE CULTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

*Serge Bouznah,  
Cochin, Paris*

La prise en compte de la diversité culturelle dans le soin sera abordée au travers d'une pratique de la médiation interculturelle appliquée à la prise en charge de la douleur chronique. La consultation-médiation interculturelle est née en 1999, d'une collaboration entre l'équipe spécialisée de lutte contre la douleur de la Fondation Rothschild à Paris.

La pratique clinique nous apprend que dans des situations d'impasse thérapeutique, la prise en compte du fait culturel - considéré non plus comme un frein mais au contraire comme un catalyseur formidablement actif - peut non seulement enrichir l'interprétation médicale mais aussi rendre possible une réelle rencontre entre le patient et son médecin.

Convoquer le fait culturel dans une relation de soin ne se limite pas à questionner la vision singulière du patient sur sa maladie afin qu'il accepte les propositions médicales.

Cela implique en symétrie d'interroger le monde des médecins, leur théorie et leur logique d'intervention, afin de les expliquer aux patients.

Si nous acceptons cette nouvelle posture et la loupe qu'ils nous tendent, les patients migrants deviennent nos guides pour explorer, avec encore plus d'acuité, la complexité de la relation entre soignant et soigné.

**THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS LA  
DOULEUR CHRONIQUE**

*Françoise Laroche,  
Saint Antoine, Paris*

**ORGANISER LA FILIERE DE SOINS POUR LES PATIENTS  
DOULOUREUX : DE L'HAS A L'ARS**

*Alain Serrie,  
Lariboisière, Paris*

**Nous vous informons que notre 80<sup>e</sup> SÉANCE**

**« Fer : Physiologie, Carence et Excès »**

*Organisateur*

**Jean CABANE et Olivier ROSMORDUC**

**Séance solennelle avec conférence de Didier Sicard suivie d'un cocktail**

*aura lieu le*

**Vendredi 17 Janvier 2014 à 9 h 00**

Amphithéâtre Baudens - Ecole du Val de Grâce - 1, Place Laveran 75005 Paris

PROGRAMME EN COURS