

EDITORIAL

Malgré les conditions de notre vécu actuel, notre résilience nous aide à continuer; ce qui nous justifie auprès des patients douloureux, c'est-à-dire, les aider et les soulager.

Au seuil de l'année 2023, nous pouvons dire que la SOHAD a eu une année 2022 productive. La SOHAD en effet, a réalisé son premier congrès. Cette activité a eu lieu en ligne et a été un grand succès que les spécialistes et le public médical en général ont beaucoup apprécié.

Les thèmes abordés étaient variés et ont permis d'acquérir ou de consolider des notions dans la connaissance et l'explication du phénomène douloureux. Il nous ont permis aussi de partager notre expérience, avec des médecins non spécialistes ou autres professionnels, de la prise en charge des patients douloureux.

Une campagne de sensibilisation en ligne avec des photos très suggestives a été publiée sur Facebook et a coïncidé avec notre congrès.

Nous avons eu trois publications du bulletin cette année avec des sujets variés et intéressants. Bulletins des mois de février, mai et octobre.

En ce début d'année, nous espérons avoir une vie participative importante malgré les problèmes que confronte notre pays.

Bonne Année 2023 à tous!

Claudine JOLICOEUR, médecin

LE SENS DE LA DOULEUR

Tout au cours de la vie nous expérimentons des ressentis provenant d'émotions agréables ou désagréables qui déterminent notre comportement suivant le sens donné à l'évènement, suivant notre culture et notre habitude de vie. Il arrive qu'en face d'un fait particulièrement blessant la réaction se fait suivant le parcours de vie, suivant les conditions environnementales dans lesquelles arrive cette blessure si grave qu'on croit être irréparable. Alors, la douleur aigue de cette lésion qui est menace de son intégrité, si non ou mal soignée pendant 3 mois, devient douleur chronique et douleur maladie et dépression attaquant le soma, les relations avec l'autre, le cerveau et la psyché.

Environ 30% de la population mondiale d'après l'OMS. C'est une maladie qui survient 3 mois après la blessure elle peut être lésionnelle ou non. Des critères de vulnérabilité sont établis dans "l'homme douloureux". Ils dépendent du passé douloureux, de la situation de mal-être que vit le patient qui fait réapparaître une vieille arthrose, une migraine, un côlon irritable. Une douleur bien localisée ou des douleurs sans localisation de lésion. La fibromyalgie (3% de la population féminine fait exception car elle s'accompagne d'arthrose, de myalgie, de douleurs osseuses). Ces maladies qu'on classait parmi les douleurs psychogènes se rangent maintenant dans les douleurs neuropathiques les douleurs nociplastiques

Le mécanisme d'installation confère à ces douleurs une origine inflammatoire neuropathique ou sans lésion visible comme les douleurs récurrentes des dysménorrhée, la migraine, le mal au ventre des enfants, les douleurs vaso-occlusives des enfants qui arrivent à la clinique avec une mère fusionnelle et coupable

Dans la prise en charge, la recherche d'empathie et de compassion est la principale quête du- de la patient.e. Elle est multidisciplinaire. C'est une équipe engagée qui doit l'accueillir. Les soins lésionnels et psychiques de cette prise en charge doivent être biopsychosociaux. Ces patients sont fragiles poly-médicalisés et peuvent faire des allergies et des syndromes graves, conséquences des interférences médicamenteuses surtout entre le tramadol et les antidépresseurs modernes.

La douleur chronique doit être entendue et suivie par une équipe engagée où les médecins, infirmières, physiothérapeutes, psychologues et ergothérapeute doivent travailler en absolue confiance avec le patient. e dont il est responsable.

Et souvenez-vous le cerveau n'est pas amnésique

Denise FABIEN, médecin

DOULEURS PHYSIQUES, DOULEURS PSYCHIQUES; QUELS LIENS? QUELLES ALTERNATIVES?

La douleur est un ressenti universel concernant tous les âges, tous les genres, tous les terrains somatiques et psychopathologiques. C'est également une expérience intime, personnelle et subjective.

Le modèle biomédical privilégiant une approche cartésienne et objective se retrouve souvent frustré quand l'expérience de la douleur n'est pas validée par une pathologie documentée. Depuis quelques années, la place a été faite à un modèle biopsychosocial qui met en lumière la manière dont les composantes psychologiques et sociales contribuent elles aussi à façonner l'expérience individuelle de la douleur.

L'intervention au cours du congrès 2022 a permis d'explorer la subjectivité de la douleur en analysant la place de celle-ci dans l'organisation psychique et la personnalité d'un sujet ainsi que l'évaluation des troubles associés.

L'utilité de la démarche clinique du psychologue dans l'équipe pluridisciplinaire a également été discutée.

Jacqueline BAUSSAN, psychologue

Volume 1, Numéro 12, Janvier 2023

DOULÈ SE ZAFÈ NOU TOUT



Beaucoup de personnes ignorent la douleur chronique comme une souffrance à part entière.

Douleurs sans frontières (DSF) et la SOHAD invitent le public en général à découvrir leur exposition « **Doulè se zafè nou tout** », disponible en ligne gratuitement à l'adresse :

<https://www.douleurs.org/exposition-virtuelle-dsf-haiti/>

Cette exposition virtuelle s'inscrit dans le cadre d'une campagne de sensibilisation autour de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs en Haïti, menée par DSF, en collaboration avec ses partenaires locaux.

Captées par Gaëlle Clarisse Séjour, les 28 photos qui composent l'exposition présentent chacune la sensibilité du regard de la photographe haïtienne sur l'univers de la douleur chronique, regard affûté sur la question suite à des échanges avec plusieurs acteurs engagés dans la promotion de traitements plus équitables et adaptés.

BONNE VISITE!

GESTION RATIONNELLE DES PRODUITS MORPHINIQUES

Les substances destinées aux douleurs intenses ou non soulagées par les autres antalgiques sont les antalgiques dits de niveau III. Il s'agit de la morphine et des substances apparentées (buprénorphine, fentanyl, hydromorphone, nalbuphine, oxycodone et péthidine).

Mais malheureusement, la prescription de ces produits ne se fait pas sur des ordonnances sécurisées, ce qui permet à n'importe qui d'y avoir accès. Et ceci représente un véritable danger.

La besoin d'avoir une gestion rationnelle, tant sur le plan clinique et procédural, des produits morphiniques n'est pas discuté. Comme vous le savez tous, à deux pas de l'HUEH voire même dans les bus de transport en commun, on peut s'en procurer. Tout ceci est dû à une mauvaise gestion de médicaments en Haïti plus particulièrement des narcotiques.

Plusieurs stratégies peuvent être mis en place pour garantir une utilisation rationnelle des produits morphiniques dans les établissements de soins et une gestion optimale de ces produits en Haïti.

Pierre Hugues SAINT JEAN, Pharmacien

DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LE CANCEREUX: ROLE DE L'INFIRMIERE

Le cancer est une maladie très fréquente, dont l'incidence et la prévalence ne cessent de croître dans le monde. La douleur, qui pourrait découler de diverses causes (le cancer elle-même et les traitements liés au cancer), est considérée comme l'un des symptômes les plus fréquents chez ces patients; elle doit être prise en charge par toute l'équipe multidisciplinaire de la santé.

L'infirmière, considérée comme l'un des moteurs des soins, a son rôle propre à jouer chez les patients cancéreux, dans sa démarche de soins. Elle doit entretenir une bonne communication, pratiquer l'écoute active, créer un atmosphère de confiance, évaluer et soulager la douleur, en utilisant des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses. Elle doit considérer l'aspect holistique des soins (c'est à dire voir le patient dans sa globalité). Tout en considérant que chaque patient est unique, tant du point de vue social, culturel, spirituel...etc.

Elle doit aider le patient à surmonter une situation qu'il ne pourra pas changer, l'aider à faire face à la réalité, à vivre dans l'acceptation, le soulagement, la paix et la sérénité. Elle doit viser l'aspect personnalisé des soins tout en travaillant de concert avec l'équipe multidisciplinaire (**Ensemble pour le bien-être de nos patients!**).

Comme dit l'érudite, l'essentiel « Ce n'est pas d'ajouter des années à la vie, mais plutôt de la vie aux années. »

Judelyne MONDESTIN, infirmière
Stania VENDREDI, infirmière

ÉVALUATION DES IMPACTS PSYCHOLOGIQUES DES AMPUTATIONS AUX SERVICES DE CHIRURGIE OU D'ORTHOPÉDIE ET EN DEHORS DES HOPITAUX

MERILAN Ludjje Love S., NICOLAS Anne Soraya, PIERRE LOUIS Kathleen, DERAMEAU Wellington, HENRY Yamiley B., CHERY M. Oiyjah, DUPRE Chéguvara, FENELON Jean Will, JEAN BAPTISTE Jamina B., JOLICOEUR Erson, DIMANCHE Mirey-deBertin, COLIN Mysonlie B., LOUIS Christie, AURELUS Naika S., LOUICY Sarynah C., Marc-Felix CIVIL

Introduction. - L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'anxiété et la dépression chez les patients amputés selon HAM-A et HAMD-21 afin de déterminer si les facteurs sont plus liés à la peur d'être invalide ou dépendant et de faire ressortir l'intérêt d'une prise en charge psychologique et de préférence personnalisée.

Patients et méthodes. - Il s'agit d'une étude transversale quantitative menée sur un échantillon de 27 patients amputés, sur une période allant de janvier à mars 2021.

L'évaluation des patients était faite à l'aide d'un questionnaire tiré des échelles d'anxiété et de dépression de Hamilton (HAM-A, HAMD-21). L'analyse statistique a été réalisée sur le site pvalue.io avec une valeur significative de $p < 0.05$ et des tests de Kruskal-Wallis et de Fisher pour les comparaisons.

Résultats. - Avec un taux de participation de 100% pour 27 questionnaires, il existait un état de dépression important pour 37% et une anxiété normale pour 48% des participants.

L'âge a une influence significative sur la dépression ($p=0.017$). Les patients amputés du membre supérieur présentaient une anxiété importante et ceux atteints du membre inférieur une dépression plus importante sans être significatif (respectivement $p=0.08$, $p=0.072$)

Conclusion. - Cette étude montre que les patients victimes d'une amputation présentent un état anxieux dans 22% des cas et sont dépressifs dans 37% des cas, et ces troubles semblent liés à leur réalité sociale. Une préparation psychologique préopératoire ainsi qu'un accompagnement va favoriser une meilleure réadaptation.

Mots Clés : Dépression ; Anxiété ; Amputation ; Hamilton ; Réadaptation

SIDA ET DOULEUR

Les douleurs liées au SIDA surviennent à un stade plus ou moins avancé de la maladie. Les facteurs de risque sont nombreux et comprennent ceux liés à l'âge, à une charge virale élevée, une mauvaise prise en charge et parfois au traitement. Les cofacteurs retrouvés concernent : la prise de drogue, d'alcool, et souvent l'arrêt du traitement.

Ces douleurs nociceptives au début, intéressent plusieurs sphères. Les douleurs du système digestif, sont oropharyngées surtout. On retrouve des ulcérations de la sphère digestive haute, des candidoses et ulcérations buccales. Les dysphagies ; les œsophagites sont invalidantes car elles retentissent sur l'alimentation des patients. Les crampes abdominales peuvent accompagner une colite infectieuse, les nausées, la perte d'appétit, liées parfois aux médicaments ou à des problèmes hépatiques.

Les douleurs articulaires, très fréquentes, intéressent surtout le dos, les jambes, les épaules. On retrouve des arthrites, mono ou polyarthrites, des grosses articulations des membres inférieurs ; parfois une arthrite septique. Les myopathies douloureuses sont à type d'inflammation des hanches et des jambes. Elles peuvent être d'origine carentielle. Les abcès musculaires surviennent aussi plus rarement (pyomyosite).

Les céphalées peuvent être liées à une complication neurologique, des infections opportunistes.

Les maladies associées, comme la syphilis, la toxoplasmose peuvent aggraver l'état des patients.

Le traitement de ces douleurs est symptomatique, avec les analgésiques périphériques.

On ne doit pas négliger de corriger les carences diverses liées à cette maladie : carences en acides aminés, en vitamines, en magnésium, etc

Les douleurs neuropathiques surviennent à un stade plus avancé de la maladie, et sont localisées surtout aux extrémités, particulièrement aux membres inférieurs, intéressant les pieds et les jambes. Le taux de CD4 bas, entraînant une diminution de l'immunité favorise l'apparition de ces douleurs.

L'atteinte des petites fibres nerveuses des membres inférieurs est caractéristique des douleurs neuropathiques du Sida. Le début est lent et insidieux. Les facteurs de risque comportent aussi les maladies telles que la tuberculose et le diabète.

Les douleurs au niveau des pieds avec une topographie en chaussette sont généralement bilatérales et symétriques ; elles sont parfois asymétriques.

Ces douleurs peuvent devenir invalidantes et conduire le patient à la chaise roulante.

Le traitement est constitué par les antidépresseurs et les antiépileptiques.

Claudine JOLICOEUR, médecin



Congrès de la SOHAD En distanciel

Thème : Douleur Chronique



DOULEUR CHRONIQUE ET HERNIE INGUINALE

Les douleurs à l'aîne ne sont pas rares et sont d'origines diverses. Après les traumatismes, la pathologie herniaire inguinale est la plus pourvoyeuse de nuisance, car 75% des hernies se situent à l'aîne et 4% des hommes de plus de 45 ans en sont atteints. De plus, la cure de hernie inguinale est l'intervention la plus fréquente en chirurgie générale mondialement, pouvant affecter les trois nerfs de la région, à savoir le nerf ilio hypogastrique, ilio inguinal et génito-fémoral.

S'il n'est pas rare qu'une hernie inguinale provoque des douleurs dans la région et dans des zones apparemment éloignées, comme l'intérieur de la cuisse et le scrotum, cette douleur inguinale est plus fréquemment observée après la cure de la hernie, plus souvent par voie ouverte (avec ou sans tension) que par voie laparoscopique. C'est le syndrome de douleur post-herniorraphie vs hernioplastie ou inguinodynie. Elles sont par définition chroniques, si elles persistent au-delà de trois mois après l'intervention.

L'incidence varie de 0 à 75% et est plus fréquente après récurrence herniaire et douleur pré opératoire importante. On en distingue deux types. Le type nociceptif, qui est lié au traumatisme tissulaire (points de fixation de la prothèse, corps étranger) et le type neuropathique, qui est en rapport avec une lésion nerveuse (irritation, section partielle ou complète d'un ou de plusieurs nerfs).

Par l'identification et la préservation des nerfs ou la résection prophylactique, on prévient l'inguinodynie. Le traitement spécifique de l'inguinodynie de type nociceptif se fait par une prise en charge spécialisée dans un service d'antalgie et, possiblement, par une révision chirurgicale qui peut aboutir à une neurectomie. Pour le type neuropathique, même si le nerf le plus souvent atteint est l'ilio inguinal, on préconise la triple neurectomie du fait des anastomoses entre les trois troncs nerveux. Parfois, il faut enlever la prothèse.

En conclusion, cette complication, largement sous-estimée et pouvant être la cause de nuisances insupportables, doit être prévenue par une identification et une épargne soigneuse des nerfs. Les douleurs de type neuropathique signent l'agression nerveuse qui oblige à un triple sacrifice nerveux.

Louis-Franck TÉLÉMAQUE, médecin

DIAGNOSTIC DE LA DOULEUR CHRONIQUE PELVIENNE CHEZ LA FEMME: DÉFIS, ENJEUX ET LIMITES

La Douleur chronique pelvienne, une douleur abdominale basse sans cause organique évidente durant depuis au moins six mois, est un motif de consultation très fréquent en gynécologie. L'origine n'est pourtant pas toujours gynécologique et quand elle l'est, l'endométriome n'en est pas toujours la cause.

Les principales étiologies non gynécologiques sont : les pathologies digestives, urinaires, musculosquelettiques et les problématiques psychologiques.

L'interrogatoire joue un rôle crucial dans la quête d'un diagnostic étiologique et dans l'évaluation globale de la patiente. L'âge, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les antécédents obstétricaux et gynécologiques, les signes associés sont des facteurs qui peuvent orienter le diagnostic.

L'examen clinique complet et systématique est un bon atout au diagnostic.

Le bilan paraclinique peut varier d'une simple ECBU à une IRM sans pour autant mener à un diagnostic précis.

La prise en charge est un réel défi diagnostique et un challenge thérapeutique qui doit être confié à des médecins sensibilisés à ce problème. C'est l'approche multidisciplinaire qui semble être la plus bénéfique

Roxley L. JOSEPH, médecin

COMITE EXECUTIF 2022-2024: Présidente: Dr Régine ROCHE; Vice-Président: Dr Lucien ROUSSEAU; Secrétaire: Dr Joane D. MAITRE Secrétaire Adjointe: Mme Fredelyne JOSEPH; Trésorière: Mme Judelyne MONDESTIN; Trésorière Adjointe: Mme Guerline DESIR Conseillères: Mme Flaurine Jean Jeune JOSEPH; Mr Josué LOUIS, Dr Marjorie RAPHAEL

CONSEIL SCIENTIFIQUE: Dr Denise FABIEN ; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Dr Claudine JOLICOEUR

COMITE DE REDACTION DU BULLETIN : Dr Claudine JOLICOEUR, rédactrice en chef; Dr Marjorie RAPHAEL, rédactrice adjointe; Dr Denise FABIEN; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Mme Fredelyne JOSEPH; Mme Judelyne MONDESTIN; Dr Régine ROCHE

DEPOT LEGAL: 22-01-008

Commentaires et suggestions? : Contactez nous par Email à sohadass1018@gmail.com /Téléphone : (509)3249-1560



ÉCOUTER, COMPRENDRE, SOULAGER

