

Message du Président



Chère collègue, cher collègue,

Voici mon dernier message à titre de président dans ce bulletin. Au cours de mon mandat, les pénuries de médicaments sont devenues un enjeu critique. La SCA a été proactive sur ce plan. Nous avons fait des représentations au nom de nos membres et de leurs patients. Nous devons continuer à garder les pénuries de médicaments dans la sphère publique, puisqu'il s'agit de la seule façon de forcer le gouvernement, tant à l'échelle provinciale que fédérale, à prendre des mesures à ce sujet.

J'encourage le plus de membres possible à se joindre à moi à Québec du 15 au 18 juin à l'occasion de notre Congrès annuel. Le programme scientifique offre un choix impressionnant de sujets, le programme social saura plaire à tous et vous tomberez sous le charme de la ville de Québec.

Je désire vous remercier de l'honneur et du privilège d'avoir été président de la SCA. Très souvent, lorsque je quitte la salle d'opération, j'aime à croire qu'au minimum je n'ai pas causé de préjudice et que j'ai possiblement aidé quelqu'un. J'espère que je verrai ma présidence du même angle lorsque j'y resongerai.

Je veux remercier la direction de la SCA, le Conseil d'administration, le personnel et les bénévoles des comités de la Société. Ce sont les efforts de ces personnes qui permettent à la SCA de représenter et de défendre les anesthésiologistes du Canada.

Enfin, je veux souhaiter la bienvenue à la D^{re} Patricia Houston à titre de nouvelle présidente.

Merci de m'avoir fait vivre cette possibilité.

Rick Chisholm

Félicitations!

La SCA est heureuse d'annoncer la liste impressionnante des lauréats des prix de 2012. Les gagnants seront honorés à l'occasion de la Cérémonie de remise des prix de la SCA, qui aura lieu dans le cadre du Congrès annuel de Québec le lundi 18 juin (14 h à 15 h). Pour en savoir plus sur ces lauréats et leurs prix, consultez la section « Invitation à la Cérémonie de remise des prix de la SCA » à la page 2.



Crédit photo : Tourisme Québec

Message du Président	1
Félicitations!	1
Invitation à la cérémonie de remise des prix de la SCA	2
Compte rendu sur le sondage sur l'ECDC	4
La SCA salue ses anciens dirigeants	4
Rapport de la FÉI SCA	6
La FÉI SCA soutient les résidents rwandais et palestiniens à l'occasion du 15 ^e Congrès mondial des anesthésiologistes.....	6
Nouvelles des travaux de recherche bénéficiant d'une bourse.....	8
À la mémoire	8
Article du gagnant du Prix de l'étudiant(e) en médecine 2012	10
Donateurs.....	12
Le programme d'auto-évaluation du <i>Journal canadien d'anesthésie</i> — DPC en ligne.....	13
Points de repère sur les temps d'attente pour les patients souffrant de douleur chronique.	15

Invitation à la cérémonie de remise des prix de la SCA

Les délégués au Congrès annuel sont invités à assister à la Cérémonie de remise des prix qui aura lieu le lundi 18 juin à 14 h au Centre des congrès de Québec. Joignez-vous à nous pour reconnaître les personnes qui ont contribué de façon importante à l'anesthésie.

La Société canadienne des anesthésiologistes félicite les trois récipiendaires des Prix de distinction de cette année : le D^r Francesco Carli, la D^{re} Mary Ellen Cooke et le D^r Scott Beattie.

MÉDAILLE D'OR (*personne qui a apporté une contribution éminente à la discipline de l'anesthésie au Canada, que ce soit par l'enseignement, la recherche, la pratique professionnelle ou bien dans l'exercice de la gestion et du leadership personnel*)

D^r Francesco Carli (Montréal, Québec)

En reconnaissance de sa contribution remarquable à l'anesthésiologie et à des projets internationaux à caractère éducatif dans des pays en développement



PRIX D'EXCELLENCE EN ENSEIGNEMENT CLINIQUE (*excellence dans l'enseignement clinique de l'anesthésie*)

D^{re} Mary Ellen Cooke (Toronto, Ontario)

En reconnaissance de son engagement et de son dévouement remarquables envers l'enseignement de l'anesthésie clinique et de sa capacité à inspirer l'excellence chez les résidents et les étudiants



PRIX DE MÉRITE EN RECHERCHE (*chercheur principal qui a maintenu une contribution importante à la recherche en anesthésie au Canada*)

D^r Scott Beattie (Toronto, Ontario)

En reconnaissance de ses recherches importantes en anesthésie et médecine périopératoire et de sa contribution majeure dans ces domaines



Conseil d'administration 2011–2012

Membres

Président	D ^r Richard Chisholm, Fredericton
Président sortant	D ^r Pierre Fiset, Montréal
Vice-présidente	D ^{re} Patricia Houston, Toronto
Secrétaire	D ^r Salvatore Spadafora, Toronto
Trésorière	D ^{re} Susan O'Leary, St John's

Représentants des divisions

Colombie-Britannique	D ^r James Kim, Vancouver
Alberta	D ^r Douglas DuVal, Edmonton
Saskatchewan	D ^r Neethra (Mark) Arsiradam, Prince Albert
Manitoba	D ^r Jay Ross, Winnipeg
Ontario	D ^r James Watson, London
Québec	D ^r François Gobeil, Boucherville
Nouveau-Brunswick	D ^r Andrew Nice, Quispamsis
Nouvelle-Écosse	D ^r David Milne, Hammonds Plain
Île-du-Prince-Édouard	D ^r Timothy Fitzpatrick, Charlottetown
Terre-Neuve-et-Labrador	D ^{re} Ann Casey, St John's
Représentante des résidents	D ^{re} Geneviève Lalonde, Québec
Président de l'ACUDA (membre d'office)	D ^r Davy Cheng, London
Directeur général	Stanley Mandarich

Invités

Présidente de la FCRA	D ^{re} Doreen Yee, Toronto
Président de la FÉI SCA	D ^r Francesco Carli, Montréal
Rédacteur en chef du JCA	D ^r Donald Miller, Ottawa
Représentant du CRMCC	D ^r Michael Sullivan, Aurora

Vous pouvez communiquer avec toutes ces personnes par l'intermédiaire du siège social de la SCA.

Rédacteur en chef	D ^r Salvatore Spadafora
Responsable de la rédaction	Andrea Szametz
Conception et production	Marco Luciani

Subventions de fonctionnement - Programme de recherche

SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT POUR NOUVEAUX CHERCHEURS

Bourse de nouveaux chercheurs Laboratoires Abbott en anesthésie 20 000 \$

Dr Stephen Choi

Centre des sciences de la santé
Sunnybrook - Anesthésie, Toronto (ON)

**Optimizing pain and
rehabilitation after knee
arthroplasty (OPRA)**



Récipiendaire de la Bourse canadienne de recherche en anesthésie Baxter Corporation 20 000 \$

Dr^e Katherine Taylor

Hôpital pour enfants malades -
Anesthésie, Toronto (ON)

**Evaluating precision of therapy-
milrinone**



Prix de recherche de la Société canadienne des anesthésiologistes 30 000 \$

Dr Andrea Rigamonti

Hôpital St. Michael's, Université de
Toronto – Anesthésie, Toronto (ON)

**Effects of perioperative low-dose
pregabalin on post-craniotomy
pain: A two-centre randomized
controlled trial**



Bourses de recherche en sous-spécialité

Bourse de recherche de la SCA en neuroanesthésie à la mémoire d'Adrienne Cheng 10 000 \$

Dr Bernard MacLeod

Université de la Colombie-Britannique
- Anesthésiologie, pharmacologie et
thérapeutique, Vancouver (C.-B.)

**Peripheral antinociceptive
GABAB receptor activation: A
new dimension of multimodal
anesthesia**



Bourse de recherche Dr Earl Wynands/Fresenius Kabi 30 000 \$

Dr Gregory Hare

Hôpital St. Michael's, Université de
Toronto - Anesthésie, Toronto (ON)

**A prospective analysis of
methemoglobin as a biomarker
of tissue hypoxia during acute
hemodilutional anemia in patients undergoing
heart surgery**



Bourse de fonctionnement ouverte

Bourse de recherche Dr R-A Gordon en sécurité des patients 40 000 \$

Dr Alain Deschamps

Institut de cardiologie de Montréal -
Anesthésie, Montréal (QC)

**Feasibility trial to maintain
normal cerebral oxygen
saturation (rSO2) in high-risk
cardiac surgery (NORMOSAT
Trial)**



Bourse de recherche pour résidents

Bourse de recherche SCA/LMA-Vitaid pour résidents 7 500 \$

Dr Manoj Lal

Université d'Ottawa, L'Hôpital
d'Ottawa - Anesthésiologie, Ottawa
(ON)

**In vivo assessment of a
cellular clinical-grade
immunotherapeutic for septic
shock (CELLS2)**



La SCA salue ses anciens dirigeants

La SCA rendra hommage à ses anciens dirigeants à l'occasion du Congrès annuel 2012 de la SCA à Québec et le Dr Pierre Fiset, président sortant, et la Dr^e Angela Enright, également ancienne présidente, seront présents.

« Il est toujours agréable de revoir de vieux amis et de s'informer des activités de chacun. Au cours du Congrès proprement dit, il peut parfois s'avérer difficile de passer un moment ensemble et certaines personnes présentes au déjeuner ne participent pas au Congrès parce qu'elles sont à la retraite, alors il s'agit de notre seule chance de nous rencontrer. Il est aussi toujours agréable de revoir les « douces moitiés », puisque bon nombre d'entre nous avons travaillé ensemble pendant des années. » Dr^e Angela Enright



Compte rendu sur le sondage sur l'ECDPC

De temps en temps, la SCA sonde ses membres pour obtenir leur avis sur des services, des programmes éducatifs, le *Journal canadien d'anesthésie* et d'autres sujets pertinents. En 2011, la SCA a demandé de la rétroaction à ses membres sur le DPC, le Congrès annuel et d'autres sujets connexes. Voici quelques résultats de haut niveau.

Répartition numérique

- Les trois principaux sujets à propos desquels les membres souhaitent être informés :
 - Voies respiratoires (64 %)
 - Réanimation (44 %)
 - Douleur aiguë (46 %)
- 91 % des répondants accèdent principalement à des ressources en format texte (p. ex. : revues et articles en ligne) pour leurs besoins courants en DPC.
- À l'avenir, s'il leur était possible d'avoir accès au DPC dans les supports ci-dessous, voici dans quelle mesure les répondants seraient attirés par ces supports :
 - Fichier balado (62 %)
 - Vidéodiffusion (59 %)
 - Webémission (49 %)
 - Webinaire (33 %)
- Principaux obstacles à l'apprentissage sur le Web :
 - Méconnaissance des ressources offertes (60 %)
 - Temps (53 %)

- Façons de répondre aux besoins de DPC :
 - Congrès annuel : « satisfait » ou « très satisfait » (42 %)
 - *Journal* : « satisfait » ou « très satisfait » (43 %); pour le *Journal* et les modules de DPC. Les réunions régionales ont obtenu un résultat plus faible (27 %). Les commentaires indiquent une certaine confusion chez les répondants à savoir si l'expression « régional » faisait référence à un emplacement géographique ou à l'anesthésie régionale.

Idées pour améliorer la pertinence et la qualité de l'éducation professionnelle continue offerte par la SCA

- Produire des modules de DPC plus fréquemment, y compris des modules Web et inclus dans le *Journal*
- Continuer de tirer parti des possibilités d'apprentissage en ligne
- Offrir des sujets pertinents à l'exercice quotidien
- Encourager plus de réunions régionales et de sous-spécialités tout au long de l'année

L'avenir

La rétroaction reçue grâce à ce sondage a fourni une mine de renseignements sur lesquels la SCA peut se baser pour continuer d'offrir à ses membres des occasions d'apprentissage et de formation.

«Mes choix vestimentaires peuvent vous faire sourciller, mais certainement pas mon appui à la Fondation canadienne de recherche en anesthésie! S'il vous plaît, incluez la FCRA dans les choix que vous faites.»



D^r Richard Merchant
Professeur clinique,
Anesthésie, pharmacologie et thérapeutique,
Université de Colombie-Britannique



Notre profession
mérite une solide
fondation.

CARF

Canadian Anesthesia Research Foundation
La Fondation canadienne de recherche en anesthésie

www.anesthesia.org/carf

Rapport de la FÉI SCA

Dimanche 17 juin
Joignez-vous à nous!
SYMPOSIUM DE LA FÉI SCA
Haiti Healthcare Recovery: Bandid or Cure

Le Symposium 2012 de la FÉI SCA est présidé par le D^r Alexandre Dauphin, Département d'anesthésie de l'Université McMaster, Hamilton (Ontario), et inclura des présentations du D^r Michel Clairoux, Département d'anesthésie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), du D^r Hossam Elsharkawi, Opérations d'urgence et de rétablissement, Croix-Rouge canadienne, Ottawa (Ontario) et de la D^{re} Fiona Turpie, Département d'anesthésie de l'Université McMaster, Hamilton (Ontario).

DÎNER ET RÉCEPTION DE LA FÉI SCA
Chapelle du Musée de l'Amérique française

Le dîner sera suivi d'une présentation du D^r Ronald George de l'Université Dalhousie, intitulée : « Kybele... For Safe Childbirth Worldwide ».

Nous vous encourageons à vous joindre à nous pour une soirée informative et intéressante. Veuillez noter que l'entrée au Symposium est gratuite, mais que *vous devez vous préinscrire afin d'y assister*. **Les billets donnant droit au dîner doivent être** achetés séparément.



La FÉI SCA soutient les résidents rwandais et palestiniens à l'occasion du 15^e Congrès mondial des anesthésiologistes

Plus de 9 000 délégués ont assisté au Congrès mondial des anesthésiologistes de Buenos Aires, en Argentine, à la fin du mois de mars – le plus important taux de participation enregistré. La FÉI SCA est fière d'avoir financé l'inscription, l'hébergement et les frais de déplacement de cinq résidents rwandais ainsi que l'inscription et les frais de déplacement de trois résidents palestiniens, qui ont été enchantés d'avoir la chance d'assister à l'événement et de présenter leurs affiches au Congrès. La FÉI SCA est reconnaissante envers l'American Society of Anesthesiologists pour avoir financé en partie cette initiative.

Pendant leur présence à l'événement, ces Rwandais et Palestiniens ont eu de nombreuses occasions de rencontrer des gens d'autres pays. Comme par les années passées, ils ont été invités à une réception commanditée par Baxter, ce qui leur a permis de rencontrer des gens qui avaient également assisté au Congrès dans les années antérieures. Ils ont fait part de leurs expériences sur la façon dont leurs carrières ont pu progresser grâce à de telles occasions et sur l'importance des échanges dans le cadre d'activités collaboratives de développement professionnel.



ANESTHESIOLOGY 2012

TRANSFORMING PATIENT SAFETY THROUGH EDUCATION AND ADVOCACY



REGISTER NOW

WASHINGTON, D.C.

OCTOBER 13-17, 2012



- World-class educational opportunities.
- International panel presenting a global perspective on anesthesia workforce issues.
- Opening Session featuring James Carville & Mary Matalin and the inaugural Ellison C. Pierce Lecture presented by Donald Berwick, M.D.
- Attractions only found in the U.S. capital including the White House, Smithsonian Museum and National Mall.

A special discount is available to CAS members who attend the 2012 CAS Annual Meeting in Quebec City.

For more information and to register, visit www.ANESTHESIOLOGY2012.ORG.

Nouvelles des travaux de recherche bénéficiant d'une bourse

Bourse de recherche de la SCA 2011 en neuroanesthésie (à la mémoire d'Adrienne Cheng)

D^r Alexis F Turgeon, FRCPC
Centre de recherche FRSQ du CHA
(Hôpital de l'Enfant-Jésus)
Université Laval, Québec (Québec)
Canada



Valeur prédictive des biomarqueurs pour établir un pronostic chez les patients souffrant de lésions cérébrales modérées à graves : examen systématique et méta-analyse.

Résumé de l'avancement du projet jusqu'à maintenant

Comme prévu dans la demande de subvention, nous avons procédé à un examen systématique de trois biomarqueurs (protéine S-100 β , émolase spécifique des neurones (ESN) et protéine acide fibrillaire gliale (PAFG)) pour déterminer l'association entre les concentrations mesurées et le pronostic à la suite de lésions cérébrales traumatiques modérées et graves.

Nous avons défini la stratégie de recherche et réalisé la recherche électronique en juin 2011. Nous avons élaboré un formulaire normalisé d'extraction de données et deux chercheurs indépendants ont procédé à la phase de sélection des études et d'extraction de données pendant l'été. Nous avons regroupé les données des études pour chacun des trois biomarqueurs à l'étude et avons effectué des analyses de sensibilité en fonction des hypothèses antérieures en septembre 2011. Trois manuscrits faisant rapport sur la valeur pronostique de la protéine S100b, de l'ESN et de la PAFG ont été rédigés au cours de l'automne 2011. Nous avons présenté deux résumés, ceux portant sur l'ESN et la PAFG, au Symposium international de soins intensifs et de médecine d'urgence (Bruxelles 2012). Le manuscrit portant sur la protéine S100b a récemment été présenté pour publication. Les manuscrits faisant rapport sur l'ESN et la PAFG doivent être présentés à l'automne.

Nous sommes reconnaissants envers le Comité de recherche de la SCA d'avoir choisi notre projet dans le cadre d'un vaste programme de recherche sur l'évaluation du pronostic chez les patients souffrant de lésions cérébrales graves. Cette bourse m'a également été d'une grande utilité dans l'évolution de ma carrière à titre de clinicien-chercheur.



À la Mémoire



D^r Douglas Crowell – 1932-2012

Ancien président de la SCA (1977-1978), le D^r Douglas Crowell nous a quittés le lundi 23 janvier 2012 à Toronto. Le D^r Crowell faisait partie de la promotion de 1957 de l'Université McGill et a exercé l'anesthésie pendant 40 ans au Centre de santé St. Joseph's de Toronto. Actif dans diverses activités organisationnelles du monde médical, il avait également un grand nombre

de passe-temps et d'intérêts : il possédait des talents en menuiserie, était un violoniste accompli, faisait partie d'une chorale et était un grand amateur de plein air. Le D^r Crowell laisse dans le deuil sa femme Grace, avec qui il était marié depuis 55 ans, ainsi que plusieurs enfants, petits-enfants, neveux et nièces.

En souvenir d'un collègue

« J'ai travaillé avec Doug pendant de nombreuses années et j'ai toujours trouvé qu'il était un médecin compatissant et éthique. Il s'occupait de nombreux aspects des soins au patient, depuis les soins intensifs jusqu'à l'enseignement infirmier. Il a travaillé avec le D^r Bromage à Montréal et était enthousiaste vis-à-vis du recours à la péridurale pour soulager la douleur en salle d'opération et pendant les accouchements. »

D^{re} Liz Pyper



ASA'S 71ST NATIONAL SCIENTIFIC CONGRESS 29 SEPTEMBER - 2 OCTOBER 2012 HOBART



The Australian Society of Anaesthetists
71st National Scientific Congress will be hosted
on the waterfront of Hobart from
29 September to 2 October 2012



Pushing the Boundaries ...
of your thoughts and decisions, your comfort
zone, and the changing nature of your
anaesthetic practice



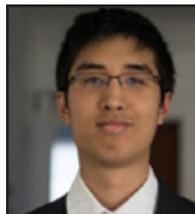
Explore our pristine beaches and wilderness,
luxuriate in 7-star comfort at Saffire on the
Freycinet Peninsula, or push your artistic
boundaries at MONA

WWW.ASA2012.COM

Article du gagnant du Prix de l'étudiant(e) en médecine 2012

Conséquences environnementales des gaz anesthésiques résiduels

Par Andrew Wei



Poissons intersexués, bactéries résistantes aux antibiotiques, baisse de la production spermatique et contamination de l'eau potable : voilà seulement quelques-unes des conséquences possibles liées au problème croissant de la pollution pharmaceutique. Avec la hausse de l'utilisation et de la complexité des soins pharmacologiques modernes, de nombreux chercheurs ont axé leurs efforts sur la démonstration que les médicaments administrés aux patients se retrouveront inévitablement dans l'environnement, où ils pourraient causer des effets toxiques sur les organismes biologiques et provoquer une contamination chimique de l'air, de l'eau et du sol. Le domaine de l'anesthésie, avec son utilisation répandue d'agents d'inhalation pharmacologiques, n'est pas exempt d'un tel contrôle minutieux. En fait, parce que les gaz anesthésiques sont expulsés de l'organisme pratiquement intacts et évacués directement dans l'atmosphère, leur apport au réchauffement climatique et à la diminution de la couche d'ozone est étudié depuis les années 1970.

La perspective de dommages environnementaux causés par les gaz anesthésiques a été soulevée pour la première fois par Fox et al. en 1975¹. À l'époque, les composés anesthésiques couramment utilisés incluaient le N₂O et les agents volatiles halothane et enflurane. Peu sujets au métabolisme in vivo, ces médicaments étaient habituellement libérés directement dans l'atmosphère à la suite de leur expulsion de l'organisme des patients. On a soumis une hypothèse du double effet de leur rejet dans l'atmosphère : contribution à l'appauvrissement de la couche d'ozone et puissants gaz à effet de serre. Les recherches effectuées dans les années 1980 suggéraient toutefois que la menace environnementale que posaient ces composés était minime^{2,4,5}; les agents volatiles ont été considérés comme inoffensifs pour l'environnement et il a été démontré que l'utilisation en anesthésie du N₂O ne contribuait que de façon modeste à la diminution de la couche d'ozone et aux changements climatiques. En effet, malgré leur proche ressemblance avec les CFC destructeurs de la couche d'ozone, les agents anesthésiques volatiles, dont la durée de vie dans l'air n'est que de 2 à 6 ans^{2,3}, ont démontré que leur durée de vie était trop courte pour qu'ils se répandent de façon significative dans la stratosphère, où se produisent les principaux dommages à la couche d'ozone. Qui plus est, malgré la puissance des agents anesthésiques à titre de gaz à effet de serre, leur production mondiale a été jugée trop modeste pour exercer un effet significatif sur le réchauffement climatique^{4,5}. Bien que ces premiers résultats soient prometteurs, le portrait de l'anesthésie et de la science environnementale a changé depuis.

Aujourd'hui, les anesthésiques par inhalation les plus couramment utilisés incluent le N₂O ainsi que de plus récents agents volatiles, soit le sevoflurane et le desflurane. De plus, la production mon-

diale de composés anesthésiques augmente pour répondre à la demande croissante dans les pays en développement, et une interdiction de la production de CFC à la suite du Protocole de Montréal en 1987 a grandement fait augmenter l'apport de l'écoulement d'anesthésiques à la diminution de la couche d'ozone. Un examen permanent des effets de la façon courante d'exercer l'anesthésie sur l'environnement global est par conséquent garanti sur la base de récents changements en recherche clinique et politique environnementale.

Comme leurs prédécesseurs, le sevoflurane et le desflurane ont peu d'effet sur la diminution de la couche d'ozone en raison de leur courte durée de vie dans l'air^{3,6}. De plus, parce qu'ils sont uniquement des halogènes du fluor, ils sont considérés comme encore plus sécuritaires que les agents volatiles précédents, qui étaient en partie des halogènes du chlore⁶. La raison en est que le potentiel qu'ont les anesthésiques volatiles à détruire la couche d'ozone dépend de leur capacité à produire des radicaux de chlore libres, qui catalysent la destruction des molécules d'ozone. D'autre part, la production de radicaux de chlore libres ne provoque aucun dommage significatif à la couche d'ozone, parce que le chlore libre réagit fortement et rapidement avec l'eau pour former du fluorure d'hydrogène, ce qui l'empêche de réagir avec l'ozone⁷. Le danger que pourraient causer à la couche d'ozone les nouveaux agents anesthésiques peut par conséquent être considéré comme pratiquement négligeable. Cependant, un impact beaucoup plus important sur la diminution de la couche d'ozone provient de l'utilisation du N₂O comme anesthésique. L'effet potentiellement destructeur pour la couche d'ozone du N₂O provient de sa dégradation en émissions de NOx en haute atmosphère, qui détruisent l'ozone au moyen d'un processus catalytique très semblable à celui observé avec les radicaux de chlore libres. Historiquement, le rôle du N₂O dans la diminution de la couche d'ozone était considéré comme mineur en comparaison avec l'effet dominant des CFC. Toutefois, l'abolition quasi complète de la production de CFC à la suite de la très grande réussite du Protocole de Montréal a grandement accru l'apport relatif du N₂O à ce phénomène. On prévoit maintenant que le N₂O deviendra la substance principalement responsable de la destruction de la couche d'ozone tout au long du XXI^e siècle⁸, et son utilisation comme agent anesthésique est responsable de jusqu'à 2 % du nombre total d'émissions^{6,11,12}. Heureusement, la popularité de ce gaz anesthésique diminue ces dernières années^{9,10}, en partie en raison de son avantage clinique incertain, de la disponibilité de nouveaux agents d'inhalation éminemment contrôlables et de ses conséquences néfastes sur l'environnement^{11,12,13,14}. Il reste à voir si cette tendance durera.

L'effet des agents anesthésiques sur le réchauffement climatique est plus difficile à quantifier, en partie parce qu'il est difficile de comparer de façon objective des gaz aux différentes propriétés et durées de vie dans l'air. En effet, la contribution relative de différents gaz peut grandement varier selon les paramètres utilisés pour les comparer (par exemple PRG₂₀, PRG₁₀₀, GTP). Le choix de ces paramètres est souvent quelque peu arbitraire¹⁵. Malgré cet inconvénient, dans de récentes études publiées par Ryan et al. et Sulbaek et al., le plus récent anesthésique volatil, le desflurane,

a été mis en cause comme un gaz à effet de serre beaucoup plus puissant que les composés précédents^{16,17}. Selon Ryan et al., lorsque l'on fait des calculs sur un horizon de 20 ans, le desflurane présente environ 3 714 fois le potentiel de réchauffement du globe du CO₂ (PRG₂₀ de 3 714), en comparaison avec un PRG₂₀ de 349 et de 1 401 pour le sevoflurane et l'isoflurane respectivement. L'impact du desflurane est amplifié davantage par sa faible puissance anesthésique comparativement à d'autres agents volatiles, ce qui nécessite l'administration de plus grandes concentrations pour obtenir un effet clinique équivalent. En appliquant ces chiffres à la pratique clinique, on estime qu'une heure d'anesthésie au desflurane administré à 1 CMA et un débit de gaz frais de 2 litres a un effet climatique équivalent à 186 kilogrammes d'émissions de CO₂¹⁶. De tels résultats suggèrent que les anesthésiques volatiles, et en particulier le récent desflurane, pourrait exercer une empreinte de carbone plus importante que celle anticipée, bien que la proportion de l'ensemble du réchauffement climatique imputable à ces gaz demeure difficile à évaluer¹⁶. L'effet du N₂O, par contre, est mitigé; le N₂O est lui-même un gaz à effet de serre à grande durée de vie, mais son utilisation en anesthésie permet d'utiliser des concentrations moindres d'agents volatiles beaucoup plus puissants. Lorsqu'il est utilisé comme gaz porteur pour le sevoflurane, le N₂O augmente la quantité totale de PRG₂₀ du mélange gazeux, mais l'inverse est aussi vrai lorsque le N₂O est utilisé avec le desflurane. Les calculs sur un horizon de 100 ans, toutefois, démontrent une augmentation sans équivoque en PRG chaque fois que l'on ajoute le N₂O comme gaz porteur : un écart pouvant être attribué à sa durée de vie prolongée dans l'atmosphère¹⁶. Dans un contexte où le desflurane et le N₂O démontrent respectivement un potentiel très puissant et très prolongé de réchauffement climatique, de récentes études semblent indiquer que les gaz anesthésiques constitueraient une petite partie, quoiqu'importante, du fardeau total des gaz à effet de serre. Par conséquent, il ne faut pas prendre à la légère la menace écologique qu'ils pourraient représenter.

L'ampleur de la pollution causée par les agents anesthésiques ne commande pas nécessairement de mesures correctives draconiennes, mais la production de gaz résiduels devrait néanmoins être réduite le plus possible par des moyens raisonnables et économiques. Historiquement, le secteur des soins de santé a été épargné du fardeau des évaluations environnementales, parce que ses services sont jugés essentiels et parce que la nécessité clinique doit, avec raison, avoir préséance sur les préoccupations environnementales¹⁸. Toutefois, avec un secteur médical en croissance dont l'empreinte environnementale est de plus en plus grosse, il est justifié de redoubler d'ardeur, lorsque cela est possible, pour réduire son empreinte écologique. Il n'est pas nécessaire de recourir à des méthodes onéreuses pour diminuer la production de gaz anesthésiques résiduels. Il est possible de mettre en œuvre des façons de faire à l'intérieur d'un cadre qui tient compte des coûts et de la sécurité des patients. Des solutions simples et réalistes applicables à l'anesthésie de tous les jours incluent de réduire au minimum les débits de gaz frais et d'éviter l'utilisation du N₂O et du desflurane si possible^{6,16}. Certaines méthodes de réduction des émissions de gaz résiduels nécessiteraient des changements plus importants aux pratiques courantes en anesthésie et incluent un usage plus répandu de la TIVA et de systèmes d'anesthésie en circuits fermés⁶. Enfin, de nouvelles technologies sont en cours de développement et pourraient être utiles à l'avenir, notamment des systèmes capables d'emprisonner les gaz anesthésiques résiduels et des agents d'inhalation expérimentaux comme le xénon^{6,19,20}. Dans

le domaine de l'environnementalisme, aucune intervention n'est trop futile pour être étudiée et les mesures visant à réduire l'empreinte environnementale de l'anesthésie contribuent au bout du compte à garantir la durabilité future de notre système de santé dans son ensemble.

Références

1. Fox JW, Fox EJ, Villanueva R. Letter: Stratospheric ozone destruction and halogenated anaesthetics. *Lancet*. 1975 Apr 12; 1(7911):864.
2. Brown AC, Canosa-Mas CE, Parr AD, Pierce JM, Wayne RP. Tropospheric lifetimes of halogenated anaesthetics. *Nature*. 1989 Oct 19; 341(6243):635-7.
3. Langbein T, Sonntag H, Trapp D, Hoffmann A, Malms W, Roth EP, et al. Volatile anaesthetics and the atmosphere: atmospheric lifetimes and atmospheric effects of halothane, enflurane, isoflurane, desflurane and sevoflurane. *Br J Anaesth*. 1999 Jan; 82(1):66-73.
4. Kole T. Environmental and occupational hazards of the anesthesia workplace. *AANA Journal*. 1990 Oct; 58(5):327-31.
5. O'Hare B, Fitzpatrick GJ. General anaesthesia and the environment. *Ir Med J*. 1994 Sep-Oct; 87(5):149-50.
6. Ishizawa Y. Special article: general anesthetic gases and the global environment. *Anesth Analg*. 2011 Jan; 112(1):213-7.
7. Rowland FS. Stratospheric ozone depletion. *Phil Trans R Soc B*. 2006 May; 361(1469):769-790.
8. Ravishankara AR, Daniel JS, Portmann RW. Nitrous oxide: the dominant ozone-depleting substance emitted in the 21st century. *Science*. 2009 Oct 2; 326(5949):123-5.
9. Henderson KA, Raj N, Hall JE. The use of nitrous oxide in anaesthetic practice: a questionnaire survey. *Anaesthesia*. 2002 Dec; 57(12):1155-8.
10. Yoshimura E, Ushijima K. The consumption of nitrous oxide used for general anesthesia has been markedly reduced in recent years in our institute. *Masui*. 2005 Aug; 54(8):904-5.
11. Gilani SM, Sofi K. Is nitrous oxide necessary for general anaesthesia?. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008 Oct-Dec; 20(4):149-52.
12. McGain F. Why anaesthetists should no longer use nitrous oxide. *Anaesth Intensive Care*. 2007 Oct; 35(5):808-9.
13. Schwilden H, Schuttler J. 200 years of nitrous oxide – and the end of an era?. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2001 Oct; 36(10):640.
14. Jahn UR, Berendes E. Nitrous oxide – an outdated anaesthetic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2005 Sep; 19(3):391-7.
15. Shine KP. Climate effect of inhaled anaesthetics. *Br J Anaesth*. 2010 Dec; 105(6):731-3.
16. Ryan SM, Nielsen CJ. Global warming potential of inhaled anaesthetics: application to clinical use. *Anesth Analg*. 2010 Jul; 111(1):92-8.
17. Sulbaek Andersen MP, Sander SP, Nielsen OJ, Wagner DS, Sanford TJ Jr, Wallington TJ. Inhalation anaesthetics and climate change. *Br J Anaesth*. 2010 Dec; 105(6):760-6.
18. Davies T, Lower AI. Environmental implications of the health care service sector [Internet]. Washington DC: Resources for the future; 1999 Oct [updated 1999 Oct; cited 2012 Feb 4]. Consulté à l'adresse : <http://www.rff.org/documents/rff-dp-00-01.pdf>.
19. Yamauchi S, Nishikawa K, Tokue A, Ishizeki J, Kadoi Y, Saito S. Removal of sevoflurane and nitrous oxide from waste anesthetic gases by using Anesclean, the system for treating waste anesthetic gases. *Masui*. 2010 Jul; 59(7):930-4.
20. Joyce JA. Xenon: anesthesia for the 21st century. *AANA J*. 2000 Jun; 68(3):259-64.

Donateurs



Société canadienne des anesthésiologistes
Fondation d'éducation internationale

Du 1^{er} mai 2011 au 30 avril 2012

Platine

(10 000 \$ et plus)

The Louise and Alan Edwards Foundation

Or

(7 500 \$ à 9999 \$)

World Federation of Societies of Anaesthesiologists Foundation

Argent

(5 000 \$ à 7 499 \$)

American Society of Anesthesiologists

Bronze

(2 500 \$ à 4 999 \$)

Christine Goossen

Protecteurs

(1 000 \$ à 2 499 \$)

Anthony Boulton
Francesco Carli
Thomas Coonan
Angela Enright
Brent Kennedy
Saifudin Rashiq
Robert Blake Richardson
Greg Silverman

Leaders

(500 \$ à 999 \$)

David Ansley
David Bracco
Richard Chisholm

Lynn Hansen
David Hughes
Patrick J Kelly
James Kim
Phillip Lalande
Patricia Livingston
Donald Miller
Beverly Morningstar
Catherine Paquet
Katherine Parlee
Robert Seal
Paul Slavchenko
Julie Williams

Supporteurs

(250 \$ à 499 \$)

David Archer
Laura Baker

Eric Jagdeo
Balkissoon
Stephen Brown
Michael Buss
Michael Cassidy
Jan Davies
Jean-Yves Dubois
David Fermor
Pierre Fiset
Alison Froese
Ron George
Pamela Goldberg
Leslie Hall
Patricia Houston
M G H Jogiati
Thomas Johnson
Mark Kataoka

Alayne Kealey
Halina Kierasiewicz
Brian Knight
Pradeep R Kulkarni
Indrani Lakheeram
Winifred Lloyd-Smith
Wendy Macleod
Christine Manning
Robert Martinek
Richard McLean
Holly Muir
Andrew Nice
Kevin Nolan
Susan O'Leary
Joseph Park

Anahi Perlas-Fontana
Roanne Preston
Bruce Ramsey
Eleanor Reimer
Andrea Rigamonti
Gavin Sapsford
M Heather Smith
Kristine Urmson
Martin Van Der Vyver
Anne Katling Wong
Gordon Wood

Amis

(jusqu'à 249 \$)

Jorge Antonio
John Ascah
Victor Asefa
E John Ashworth
Eull Aum
Chandran Baker
Colin Bands
Keith Banton
Sukhjeewan K (Cindy) Basran
Michael Bautista
James Beckstead
Grace Bergman
Sally Bird
Jean Bissonnette
Sylvie Bois
Greg Bosey
Joseph Bremang
Joy Brickell
D Norman Buckley
Jessica Burjorjee
Patrick Butler
Robert Byrick
David Cannell
Jennifer Cant
Douglas Carrie
Paul Castner
John Chisholm

Albert Christ
John Clark
David Cohen
Sylvain Cote
Ayoub Dangor
Claire Dionne
Paul Doiron
John Dolman
François Donati
Richard Doran
Andrea Dower
Scott Drysdale
Peter Duncan
Elise Dupont
Charles Eckfeldt
Nozahy Elbardisy
Robert Elliott
Nizar Errouissi
Peter Farran
Janet Farrell
Ian & Lisa Fettes
Allen Finley
Brendan T Finucane
Ivor Fleming
Francois Fugere
Donald Fung
Sylvain Gagne
Micheal Gallagher
Adrian Gelb
Eric Giffard

Rosaire Giroux
David Goldstein
Ronald Gregg
Daniel Groulx
Linda Hadley
Shahira Hafez
David Halpenny
John Hanlon
Elizabeth Hartley
Cynthia Henderson
Anthony Hick
Donald Hickey
David Hook
Henri Joncas
Ramona Kearney
Pascal Labrecque
David Lardner
Josee Lavoie
Edward Lazar
Kenneth LeDez
Serge Lenis
Simon Lucy
Charles MacAdams
Alison Macarthur
Robert MacNeil
Brent MacNicol
Renwick Mann
Pirjo Manninen
John Mansfield
David Mark

Daniel Martin
Thomas Matthew
Andrew Maykut
Robert Mazurka
John McAlpine
Robert McBurney
Peter McGinn
David McKnight
Richard Merchant
Tamara Miller
Lise Morin
David Morison
Clare Morrison
Philipp Mossdorf
Rocha Mota
Brian Muirhead
John Murdoch
John Murkin
Patti Murphy
Janice Mustard
Howard Nathan
David Neilpovitz
Elizabeth Oliver
Malone
Adebusola Onayemi
Roland Orfaly
Ian Ozard
Marie-Claude Paradis
Michel Parent

James Paterson
Lindsey Patterson
Steve Patterson
John Penning
Desiree A Persaud
John Petrasek
Everard M Phala
Thomas Pimblett
Jeremy Pridham
Jeffrey Rains
Erin Ray
Desigen Reddy
Dennis Reid
Peter Rich
John Riendl
Edwin Roberts
Gordon Robison
David Rosen
Timothy Rosser
John Ryan
Josie Schmid
Subash Sethi
Shervin Shahabi-Gharib
Shane Sheppard
Frank Shiffman
Alexander J Shysh
Christopher Sims
Peter Slinger
Curtis Smecher

Kari Smedstad
Sarah Stevens
Aviva Stewart
Peter Stubbs
Tom Suhadolc
Ibrahim Sulaiman
Michael Sullivan
Beata Szkup
Jean Taillefer
James Teresi
Amy Thiele-Kuntz
Sean (John) Thomas
Clinton Torok-Both
Toshiya Tsujita
F L Van Eenennaam
Janet Van Vlymen
Louie Ti Siang Wang
Paul Westacott
John Wetherby
Henry Wiebe
Isabel Woodhouse
Desmond Writer
Earl Wynands O C
Raymond Yee
Eric You-Ten
Masaru Yukawa
Jorge Zamora

Le programme d'auto-évaluation du *Journal canadien d'anesthésie* — DPC en ligne

Nouveau module de DPC : La prise en charge des liquides et des vaso-presses pour la césarienne effectuée sous rachianesthésie (**juin 2012**)

Également disponibles :

- Delirium postopératoire : facteurs de risque et prise en charge (**mars 2012**)
- La prise en charge des voies aériennes chez le patient présentant une instabilité potentielle de la colonne cervicale (**décembre 2011**)
- La prise en charge de l'anesthésie des patients avec une masse médiastinale antérieure (**septembre 2011**)
- Évaluation et traitement de l'anémie préopératoire (**juin 2011**)
- Le contrôle périopératoire de la glycémie : vivre à une époque d'incertitude (**mars 2011**)
- L'échoguidage : un outil utile pour localiser l'espace péri-dural chez les patientes en obstétrique (**décembre 2010**)
- La prise en charge de l'apnée du sommeil chez l'adulte : algorithmes fonctionnels en période périopératoire (**septembre 2010**)

Pour accéder aux modules

Vous trouverez les directives pour accéder aux modules sur le site Internet de la Société canadienne des anesthésiologistes à l'adresse : <http://www.cas.ca/Membres/modules-de-DPC>

Effectuer avec succès chaque module du programme d'évaluation, les lecteurs pourront déclarer quatre heures de développement professionnel continu (DPC) en vertu de la section 3 des options de DPC, pour un total de 12 crédits de maintien du certificat. Les heures de la section 3 ne sont pas limitées à un nombre maximal de crédits par période de cinq ans.

La publication de ces modules de développement professionnel continu est rendue possible grâce à des bourses éducatives sans restriction de nos partenaires de l'industrie :



COVIDIEN
positive results for life™





GAGNEZ LE VOYAGE DE VOS RÊVES !

Demandez une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise et vous pourriez gagner 30 000 \$ pour faire le voyage de votre vie.

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/autourdu monde

Laissez vos dates d'échéance en ligne pour gagner l'un des 40 prix instantanés de 500 \$.

lapersonnelle.com/autourdu monde

PRIX INSTANTANÉS



laPersonnelle

Assureur de groupe auto et habitation

Vous êtes déjà client de La Personnelle ?

Nous vous avons inscrit au tirage du grand prix.

C'est notre façon de vous remercier !

Aucun achat requis. Le concours se termine le 31 décembre 2012. Le tirage du grand prix aura lieu le 15 janvier 2013. Le règlement est accessible sur lapersonnelle.com/autourdu monde. L'assurance des entreprises n'est offerte qu'au Québec. Certaines conditions s'appliquent.

La bonne combinaison.

Points de repère sur les temps d'attente pour les patients souffrant de douleur chronique

Position de la Société canadienne des anesthésiologistes

En réponse à une demande pour que la SCA révisé sa déclaration expliquant sa position publiée précédemment afin de rendre sa formulation plus claire pour les patients, la SCA a récemment fait parvenir une version actualisée de sa position à l'Alliance sur les temps d'attente. L'Alliance fait état des progrès réalisés à ce jour pour atteindre les points de repère établis dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* sur lequel s'étaient entendus les premiers ministres en 2004. Les points de repère visent les soins du cancer, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et le rétablissement de la vue.

Points de repère sur les temps d'attente pour les patients souffrant de douleur chronique : position de la Société canadienne des anesthésiologistes

1. De nombreux patients qui souffrent de douleur chronique peuvent être traités efficacement par leur médecin de famille à l'aide de médicaments disponibles dans la communauté. Malheureusement, de nombreux médecins de famille hésitent à prescrire des médicaments dont l'efficacité à soulager la douleur chronique a été prouvée (p. ex., ils s'inquiètent parfois du risque d'accoutumance relié à l'usage d'opioïdes). Il est possible d'obtenir une partie de l'information nécessaire en consultant des guides sur les pratiques exemplaires comme le guide canadien sur les opioïdes que les organismes de réglementation ont approuvé. Si les médecins de famille recevaient une formation appropriée en traitement de la douleur chronique et qu'ils étaient adéquatement rémunérés pour le temps supplémentaire souvent nécessaire pour soigner les patients qui souffrent de douleur chronique, le fardeau qui incombe aux cliniques de traitement de la douleur serait réduit et de nombreux patients auraient une meilleure qualité de vie.
2. La Société canadienne pour le traitement de la douleur a examiné la preuve concernant les périodes d'attente acceptables pour le traitement de la douleur chronique dans les centres multidisciplinaires de traitement de la douleur¹. La Société canadienne des anesthésiologistes a examiné leurs résultats et a tenu des consultations informelles avec des anesthésiologistes qui dirigent des cliniques de traitement de la douleur. Il semble y avoir une baisse marquée des fonctions chez les patients qui souffrent de douleur chronique depuis plus de six mois. La Société recommande que les patients n'attendent pas plus de six mois à compter du moment où ils sont référés par leur médecin traitant jusqu'à leur première évaluation par un surspécialiste en traitement de la douleur chronique; on devra toutefois cibler certains états pour lesquels une intervention précoce pourrait être particulièrement bénéfique et dans ces cas les périodes d'attente devraient être plus courtes (voir le tableau). À cause du manque de ressources, de nombreux surspécialistes en traitement de la douleur chronique ont actuellement de longues listes d'attente et ne sont pas toujours en mesure de fournir les services en dedans des délais recommandés.

Points de repère recommandés pour les temps d'attente

État	Temps d'attente pour une première évaluation par un surspécialiste en traitement de la douleur après référence du médecin de soins primaires ^a
Domage neurologique après chirurgie ou traumatisme ^b	30 jours
Douleur causée par des problèmes discaux ^b	3 mois
Douleur causée par le cancer ^{b,c}	14 jours
Exacerbation ou poussée de douleur chronique ^b	3 mois
Autres types de douleur chronique	6 mois

^a Ces périodes d'attente n'incluent pas des attentes subséquentes pour des programmes de réadaptation, des programmes d'interventions psychologiques ou des interventions qui peuvent être jugées appropriées après la consultation initiale avec un surspécialiste en traitement de la douleur.

^b Il s'agit de problèmes pour lesquels une intervention rapide peut être particulièrement bénéfique pour le patient. On peut les considérer comme des problèmes « sentinelles » : s'il est possible de fournir constamment des services dans l'intervalle prévu dans les points de repère recommandés, les soins sont alors probablement fournis dans un délai approprié pour des problèmes semblables liés à la douleur chronique.

^c Un service dans un délai de 14 jours est recommandé pour les patients qui n'ont pas accès à des services palliatifs ou dans les cas où une équipe de soins palliatifs a demandé une intervention particulière.

Référence

1. Lynch ME, Campbell FA, Clark AJ, et al.; Canadian Pain Society Wait Times Task Force. Waiting for treatment for chronic pain – a survey of existing benchmarks : Toward establishing evidence-based benchmarks for medically acceptable waiting times. *Pain Res Manag* 2007; 12: 245-8. Société canadienne pour le traitement de la douleur. Un groupe d'étude de la Société canadienne pour le traitement de la douleur. Disponible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670734/> (consulté le 30 mai 2012).

Définitions permettant de mieux comprendre les problèmes de douleur chronique décrits dans le tableau

Le Dr John Clark, professeur d'anesthésie à l'Université Dalhousie et directeur médical des Services de traitement de la douleur à Capital Health (Halifax (Nouvelle-Écosse)), fournit des explications sur les types suivants de douleur afin que le public puisse mieux les comprendre. Il a rédigé de nombreux chapitres des manuels sur le traitement de la douleur intitulés *Managing Pain: The Canadian Healthcare Professional's Reference* et *Clinical Pain Management: A Practical Guide*.

Lésions aux nerfs après une intervention chirurgicale ou un traumatisme

La douleur neuropathique fait son apparition lorsque des nerfs ont été endommagés. Ces atteintes peuvent se produire lorsqu'une personne subit un traumatisme, une intervention chirurgicale, ou a eu certains types d'infection (c.-à-d. le zona). Si un nerf est endommagé, l'atteinte peut causer de la douleur. Lorsqu'on utilise le mot « aigu », cela signifie simplement qu'un événement s'est produit récemment. Une douleur qui dure plus de trois ou six mois est alors jugée chronique.

Une douleur neuropathique peut faire son apparition n'importe où – tout dépend de la partie du corps qui a subi un traumatisme. Par exemple, si vous avez subi une réparation d'une hernie inguinale, il se peut que vous ressentiez de la douleur dans le haut de la jambe ou dans la région pelvienne. Parfois, la douleur disparaît spontanément et parfois, elle peut être permanente. Lorsqu'une personne a subi une thoracotomie (incision pratiquée dans la cavité thoracique) ou une mastectomie (ablation du sein), la douleur peut demeurer présente jusqu'à 50 % du temps. Une personne qui a subi une amputation de la jambe a environ 70 % de risques de ressentir une douleur neuropathique après l'intervention chirurgicale.

Douleur liée à des problèmes de disque

Lorsqu'un disque fait saillie dans la région lombaire, il peut exercer une pression sur un nerf et causer de la douleur dans la région lombaire et dans la jambe. C'est ce qu'on appelle habituellement une névralgie sciatique. Cela signifie essentiellement que le disque exerce une pression à l'endroit où le nerf quitte la colonne vertébrale. Il en découle une douleur ressentie habituellement dans le dos, la fesse et la jambe.

Chaque pression exercée sur un nerf risque de causer des dommages pouvant évoluer en douleur qui peut devenir permanente. Il est aussi possible d'associer la douleur à l'engourdissement, aux picotements, à la perte de sensation ou à la faiblesse.

Douleur liée au cancer

Il y a de nombreux types différents de cancers et c'est pourquoi il y a de nombreuses causes de douleurs associées au cancer.

Par exemple, une masse tumorale peut causer une douleur en exerçant une pression sur divers types de tissus. Si vous avez un cancer des os qui ronge l'os, vous pouvez ressentir de la douleur. Si la tumeur étire ou endommage des nerfs, elle peut causer de la douleur. Le traitement contre le cancer peut aussi être une cause de douleur. Certains médicaments utilisés pour traiter le cancer peuvent causer une douleur neuropathique et il arrive parfois qu'une intervention chirurgicale visant à guérir un cancer cause de la douleur.

Paroxysmes ou flambées de douleur chronique

Une douleur chronique peut parfois augmenter pendant une certaine période. La flambée peut être attribuable à un effort excessif déployé au cours d'une même journée ou par des activités qui s'étendent sur plusieurs jours. C'est ce qu'on appelle les flambées de douleur et il n'est pas rare de voir une douleur chronique flamber ou augmenter.

Il arrive dans certaines circonstances que des interventions (c.-à-d. blocages nerveux ou injections) peuvent aider une personne aux prises avec une douleur chronique. Il serait alors raisonnable que ces personnes n'aient pas à attendre trop longtemps pour subir ces interventions, ce qui permet de limiter les activités ou les périodes de travail manquées et de maintenir une fonction maximale.

AUTRES TYPES DE DOULEUR CHRONIQUE

On retrouve trois types de douleur :

- Douleur neuropathique – douleur résultant d'une atteinte du système nerveux
- Douleur nociceptive – douleur résultant d'une atteinte aux tissus, y compris aux os, aux articulations et aux muscles. Un bon exemple de ce type de douleur serait l'arthrite.
- Douleur mixte : neuropathique et nociceptive – ce type de douleur inclut des syndromes tels que la fibromyalgie et la douleur abdominale chronique.

LIENS UTILES

Pour obtenir de l'information additionnelle au sujet de la douleur chronique, veuillez suivre les liens suivants :

http://www.waittimealliance.ca/French/waittimes/CAS_Wait_Time_Benchmarks_f.pdf

<http://www.canadianpainsummit2012.ca/media/11463/final%20nat%20pain%20strategy%20for%20can%20fre.pdf>

Pour obtenir de l'information additionnelle au sujet des traitements du cancer, veuillez suivre le lien suivant :

<http://www.waittimealliance.ca/French/waittimes/cancer.htm>

Pour obtenir de l'information additionnelle au sujet des soins cardiaques, veuillez suivre le lien suivant :

<http://www.waittimealliance.ca/French/waittimes/cardiac.htm>

Pour obtenir le guide canadien sur les opioïdes, veuillez suivre le lien suivant :

<http://www.cfp.ca/content/57/11/e407.full.pdf+html>

