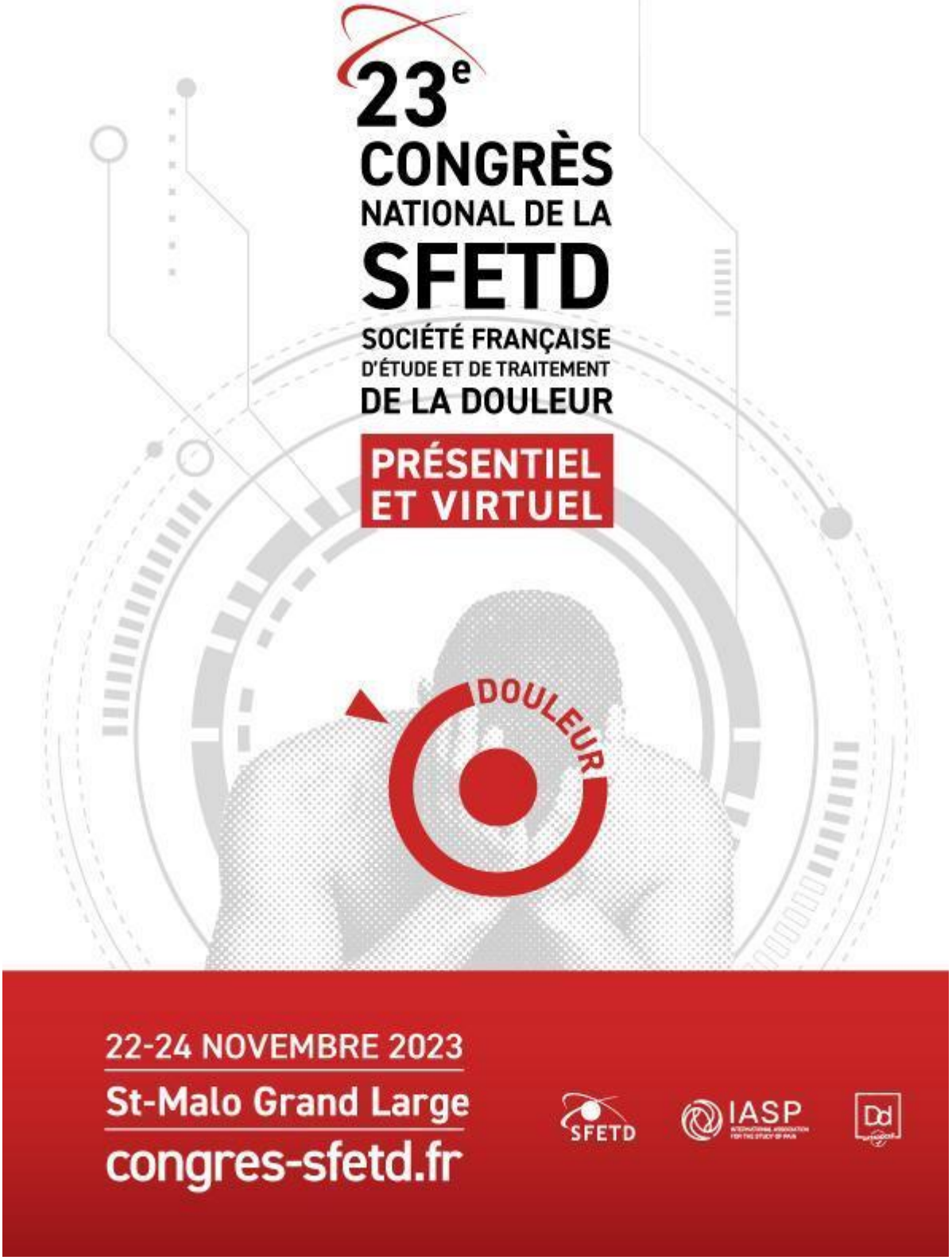
Recueil des abstracts 2023



Sommaire

Résumés des communications :
- Conférence inaugurale Jean-Marie Besson
- Conférence de clôture
- Plénières
- Sessions des membres (Anciens ATS)
- Cours supérieurs
- Forums
- Mises au point
- Sessions parallèles

Résumés des posters sélectionnés pour une présentation orale
Résumés des posters commentés
Résumés des posters

Conférence

Conférence inaugurale Jean-Marie BESSON

Migraine, vaisseaux et cerveau : une longue histoire entre chercheurs et cliniciens

Michel LANTERI-MINET(1)

(1)Département Evaluation Traitement Douleur CHU Nice - FHU InovPain Université Côte Azur / INSERM 1107 NeuroDol Université Clermont Auvergne, Nice, France

Cette conférence abordera l'évolution de conception physiopathologique de la migraine. En plus de 50 ans cette conception est passée d'un modèle purement vasculaire à un modèle beaucoup plus neurologique. Ce modèle neurologique met toujours au premier plan l'interface vaisseau-neurone en ce qui concerne la crise migraineuse mais conduit de plus en plus à considérer le rôle du système nerveux central dont seule l'implication peut expliquer certaines manifestations caractéristiques de la maladie migraineuses (comme par exemple l'aura ou les prodromes/postdromes), la comorbidité psychiatrique de cette affection ainsi que le déclenchement des crises en réponse à des facteurs et circonstances dont le dénominateur est un changement d'état faisant considérer la crise migraineuse comme un réponse homéostasique. Cette conférence sera ainsi l'occasion d'une revue de la découverte successive des éléments clefs de cette physiopathologie à savoir la nociception céphalique, le système trigémino-vasculaire, la dépression corticale envahissante, les gènes sur lesquels reposent la vulnérabilité migraineuse, l'implication de l'hypothalamus et de certaines structures du tronc cérébral ou encore les neuropeptides, dont le CGRP. Cette revue essaiera de corréler ces éléments physiopathologiques avec les éléments cliniques que nous observons au quotidien dans notre pratique car une conception physiopathologique n'a de sens que si elle permet de rendre compte de toutes les facettes de la clinique. Cette revue montrera également comme l'identification de ces éléments physiopathologiques a permis de passer d'une quasi-sérendipité sur laquelle a reposé la mise au point des triptans à une véritable recherche translationnelle qui a permis la mise au point des traitements ciblant le CGRP constituant une innovation thérapeutique majeure. Enfin, cette conférence décrira l'apport de la médecine de la douleur et des modèles sur lesquels elle s'appuie dans la compréhension de la chronicisation de la migraine.

Conférence

Conférence de clôture

Maux de mer

Seront abordées les questions suivantes :
Quelles douleurs sont rencontrées en mer?
Solitude en mer, solitude face à la douleur
Anticipation des accidents, de la maladie en mer
Comment prévenir et faire face
Techniques cognitives, relaxation, méditation pour dépasser les obstacles

Plénière

Plénière 1

Hypersomnolence diurne et troubles du sommeil dans la douleur chronique

Hélène BASTUJI(1)

(1)CRNL Neuropain Lab, Lyon, France

Alors que les perturbations du sommeil de type insomnie sont bien décrites dans le cadre de la douleur chronique (1), l'hypersomnolence, ou somnolence diurne excessive (SDE), l'est beaucoup moins. Néanmoins, une étude récente chez plus de 7000 adolescents trouve une association entre douleurs fréquentes et SDE (2). Mais ce sont chez les patients migraineux que la SDE a été correctement étudiée et trouvée chez 20 à 40% d'entre eux (3,4,5).
La SDE se définit comme l'incapacité à se maintenir éveillé pendant la journée et le besoin de dormir peut s'avérer irrésistible avec de véritables épisodes d'endormissement plus ou moins récupérateurs. Elle peut être invalidante et la cause d'accidents et de diminution des performances scolaires ou professionnelles. Elle se distingue de la fatigue qui correspond à un manque subjectif d'énergie physique ou mentale et deux échelles, celle de somnolence d'Epworth et celle de fatigue de Pichot peuvent aider à les différencier. Parmi les causes les plus fréquentes de la SDE se trouvent la privation de sommeil et les perturbations du rythme veille-sommeil, et une étude récente a montré que la sensibilité à la douleur était modulée par le système circadien, devenant plus marquée en milieu de nuit (6). Le syndrome d'apnées du sommeil est une autre cause fréquente de SDE, en particulier dans le cadre des douleurs neuropathiques. Finalement, de nombreux traitements médicamenteux utilisés dans la douleur chronique, comme les opiacés, antiépileptiques ou antidépresseurs, peuvent être responsables de somnolence (7,8), que ce soit par leur effet direct sur la vigilance diurne ou par l'induction d'apnées du sommeil, obstructives ou centrales.

(1) Sun Y, Laksono I, Selvanathan J, et al. Sleep Med Rev. 2021, 57:101467.
(2) Liu X, Liu ZZ, Yang Y, Jia CX. J Clin Sleep Med. 2021, 17:2415-2423.
(3) Peres MF, Stiles MA, Siow HC, et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:1467e8.
(4) Merlino G, Tereshko Y, Pez S, et al. Sleep Med. 2023 107:196-201.
(5) Im HJ, Hong YH, Cho SJ. J Clin Med. 2023 12:3989.
(6) Daguet I, Raverot V, Bouhassira D, Gronfier C. Brain. 2022 Sep 145:3225-3235.
(7) Tang NKY, Stella MT, Banks PDW, et al C. Sleep Med Rev. 2019 45:105-126.
(8) Herrero Babiloni A, Beetz G, Bruneau A, et al. Sleep Med Rev. 2021 59:101459.

Plénière

Plénière 1

Douleurs chez la personne autiste

Djéa SARAVANE(1)

(1)CHU Kremlin - Bicêtre , Faculté de Médecine Paris-Saclay, Le kremlin-bicêtre, France

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) fait partie des Troubles du Neuro Développement . Les atypicités cognitives, développementales et sensorielles des personnes autistes questionnent sur des particularités dans les modalités de sensation-perception et d'expression de la douleur(3,4). Or ces spécificités sont à rapporter aux fonctionnement autistique telles que les difficultés de modulation de l'influx sensoriel, les altérations de communication et de référenciassions sociale.(4)
Il est important de connaitre le sujet et de mobiliser tous les partenaires de la personne autiste: familles, personnels soignant et non soignant. Certains troubles du comportement doivent faire évoquer une pathologie organique douloureuse, comme par exemple: la perte des acquisitions, changement brutal des comportements, automutilation, troubles du sommeil, agressivité...(1)
Par ailleurs les signes de l'expression atypique de la douleur ont été étudiés et ces signes doivent faire penser à un phénomène douloureux et nécessitent une recherche systématique d'une étiologie douloureuse.(1,3,5)
L'évaluation reste difficile et doit être réalisée à l'aide d'outils adaptés. Les comportements non verbaux et sociaux ainsi que l'incapacité à développer des relations sociales influent sur l'utilisation usuelle de ces échelles d'évaluation.(3,5)
L'atypicité de la douleur chez la personne autiste, considérée comme insensible à la douleur,(2) reste un défi pour les soignants. Le changement brutal du comportement doit être un indice à l'existence d'une pathologie douloureuse sous jacente.

1- ANESM-HAS (2017) Le guide 'Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux
2- NADER R, OBERLANDER TF, CHAMBERS CT, CRAIG KD (2004) Expression of pain in children with autism . Clin J Pain 20: 88-97
3- MARCHAND S, SARAVANE D, GAUMOND I (2013) Mental health and Pain. Somatic and Psychiatric components of pain in mental health: Springer-Verlag France
4- SAHNOUN L, SARAVANE D (2015) Autisme et douleurs: état des connaissances: Overlapping Pain and Psychiatric Syndromes : Oxford University Press, USA:357-368

Plénière

Plénière 2

Addictovigilance et douleur chronique

Maryse LAPEYRE-MESTRE(1)

(1)CHU de Toulouse, service de Pharmacologie Médicale et Clinique, Toulouse, France

Les médicaments analgésiques constituent un recours de 1ère ligne incontournable et efficace dans la douleur aiguë, qu'il s'agisse du paracétamol ou des AINS, ou d'opioïdes en cas de douleur sévère. Lorsque la douleur devient chronique, l'utilisation de ces médicaments se prolonge, avec parfois un mésusage (du fait de la durée et/ou de la dose et/ou des effets recherchés). Dans ces conditions, un usage thérapeutique légitime peut basculer vers une perte de contrôle, avec des conséquences négatives sur le bien-être physique et aussi psychosocial du patient douloureux.
L'addictovigilance est une vigilance sanitaire à part entière comme la pharmacovigilance, ciblée sur les problématiques de mésusage de médicaments à visée récréative, d'abus et de dépendance [1,2] . Le principe de l'évaluation en addictovigilance repose sur la triangulation des données issues de la notification spontanée (déclaration obligatoire des cas graves d'abus et de dépendance par les professionnels de santé [3]), et de programmes d'observation spécifiques annuels pour identifier les premiers signaux d'abus ou de dépendance sur le territoire français [4], ou évaluer l'ampleur d'un phénomène établi [5]. Ces données peuvent être consultées sur le site https://addictovigilance.fr/.
Ces données de terrain, dans le contexte de la vraie vie, régulièrement mises à jour et adaptées au contexte français ont montré que l'usage problématique de médicament en France concernait essentiellement les benzodiazépines jusqu'aux années 2010, notamment le flunitrazépam [6,7]. Dans cette classe pharmacologique, le clonazépam (benzodiazépine catégorisée comme antiépileptique) a aussi émergé, alors qu'il était largement utilisé hors AMM dans la douleur chronique. Malgré les premiers signaux d'usage récréatif dès le début des années 2000, ce médicament a connu un engouement important pour traiter les douleurs chroniques neuropathiques, malgré l'absence de données probantes sur son efficacité dans cette indication. Considéré comme une alternative plus sûre que les benzodiazépines classiques, il a été prescrit à des patients dépendants aux opioïdes, qui ont rapidement identifié des effets psychoactifs comparables à ceux du flunitrazépam, ainsi que sa facilité d'obtention [8]. Malgré les alertes répétées sur le potentiel addictif du clonazépam, le détournement d'usage à visée récréative est devenu massif, conduisant à des mesures réglementaires.
Plus récemment, les gabapentinoides et les analgésiques opioïdes sont apparus dans le champ de l'addictovigilance, avec pour certains (prégabaline [9], tramadol [10], oxycodone [11,12,13]), une irruption massive dans le panorama des usages

problématiques. Une proportion non négligeable des patients concernés sont des douloureux chroniques ayant perdu le contrôle de leur consommation médicamenteuse. Ces éléments seront illustrés et discutés par les données les plus récentes d'addictovigilance.

1. Jouanjus E, Gibaja V, Kahn JP, Haramburu F, Daveluy A. Signal identification in addictovigilance: the functioning of the French system. Therapie. 2015 Mar-Apr;70(2):113-31. English, French. doi: 10.2515/therapie/2015011.
2. Micallef J, Jouanjus É, Mallaret M, Lapeyre Mestre M. Détection des signaux du réseau français d'addictovigilance : méthodes innovantes d'investigation, illustrations et utilité pour la santé publique. Therapie. 2019 Dec;74(6):579-590. doi: 10.1016/j.therap.2019.09.005.
3. Portal de signalement des évènements sanitaires indésirables : https://signalement.social-sante.gouv.fr/espace-declaration/guidage?profil=PROFESSIONNEL_SANTE
4. Ponté C, Pi C, Palmaro A, Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M; French Addictovigilance Network. Early signal of diverted use of tropicamide eye drops in France. Br J Clin Pharmacol. 2017 Aug;83(8):1791-1800. doi: 10.1111/bcp.13272.
5. Victorri-Vigneau C, Gérardin M, Rousselet M, Guerlais M, Grall-Bronnec M, Jolliet P. An update on zolpidem abuse and dependence. J Addict Dis. 2014;33(1):15-23. doi: 10.1080/10550887.2014.882725.
6. Pauly V, Pradel V, Pourcel L, Nordmann S, Frauger E, Lapeyre-Mestre M, Micallef J, Thirion X. Estimated magnitude of diversion and abuse of opioids relative to benzodiazepines in France. Drug Alcohol Depend. 2012 Nov 1;126(1-2):13-20. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.03.009.
7. Ponté C, Lepelley M, Boucherie Q, Mallaret M, Lapeyre Mestre M, Pradel V, Micallef J. Doctor shopping of opioid analgesics relative to benzodiazepines: A pharmacoepidemiological study among 11.7 million inhabitants in the French countries. Drug Alcohol Depend. 2018 Jun 1;187:88-94. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.01.036.
8. Frauger E, Pauly V, Pradel V, Rouby F, Arditti J, Thirion X, Lapeyre Mestre M, Micallef J. Evidence of clonazepam abuse liability: results of the tools developed by the French Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network. Fundam Clin Pharmacol. 2011 Oct;25(5):633-41. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00882.x.
9. Tambon M, Ponté C, Jouanjus E, Fouilhé N, Micallef J, Lapeyre-Mestre M; French Addictovigilance Network (FAN). Gabapentinoid Abuse in France: Evidence on Health Consequences and New Points of Vigilance. Front Psychiatry. 2021 Feb 3;12:639780. doi: 10.3389/fpsyt.2021.639780.
10. Roussin A, Soeiro T, Fouque C, Jouanjus E, Frauger E, Fouilhé N, Mallaret M, Micallef J, Lapeyre-Mestre M; French Addictovigilance Network (FAN). Increase of high-risk tramadol use and harmful consequences in France from 2013 to 2018: Evidence from the triangulation of addictovigilance data. Br J Clin Pharmacol. 2022 Aug;88(8):3789-3802. doi: 10.1111/bcp.15323.
11. Soeiro T, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Micallef J. Evolution of doctor shopping for oxycodone in the 67 million inhabitants in France as a proxy for potential misuse or abuse. Pain. 2021 Mar 1;162(3):770-777. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002093.
12. Robert M, Jouanjus E, Khouri C, Fouilhé Sam-Laï N, Revol B. The opioid epidemic: A worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database. Addiction. 2023 Apr;118(4):771-775. doi: 10.1111/add.16081.

13. Soeiro T, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Micallef J. Systematic assessment of non-medical use of prescription drugs using doctor-shopping indicators: A nation-wide, repeated cross-sectional study. Addiction. 2023 May 19. doi: 10.1111/add.16261.

Plénière

Plénière 2

Soigner le quotidien pour mieux gérer la douleur : vision et rôle de l'ergothérapeute

Julie MASSE(1)

(1), Montréal, Canada

Bien plus qu'un symptôme, la douleur chronique (1) est une problématique complexe qui bouleverse des vies. Malgré les fardeaux humains, sociaux et économiques associés à la douleur chronique (2,3), elle est souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée (4). Les récents rapports du Groupe de travail canadien sur la douleur soulignent la nécessité d'approches cliniques holistiques et novatrices (2,5). Les modèles biopsychosociaux font consensus pour comprendre la douleur chronique dans toute sa complexité (6) et les traitements non pharmacologiques et multidisciplinaires ont été classés au premier rang par les patients en terme d'efficacité clinique (7). Ces personnes expriment d'ailleurs que leur fonctionnement quotidien est un important facteur d'influence sur leur qualité de vie, et 92% des patients admis en cliniques de douleur déclarent être motivés à changer leur mode de vie (8). Ainsi, la nécessité d'approches multimodales et personnalisées pour gérer la douleur chronique et ses impacts a bel et bien été mise en évidence (9). Pourtant, très peu d'interventions offertes dans les cliniques de douleur spécialisées ciblent spécifiquement les difficultés de fonctionnement de cette population, l'accent étant généralement mis sur le soulagement des symptômes (5). Les ergothérapeutes possèdent une expertise unique pour documenter et intervenir sur les défis quotidiens associés à la douleur chronique (10). Cependant, ces professionnels de la santé font rarement partie d'équipes multidisciplinaires de lutte contre la douleur notamment en raison d'une incompréhension de leur rôle auprès de cette population (11). Cette conférence vise justement à expliquer les liens entre la douleur chronique et la façon de s'occuper quotidiennement et à situer le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes affectées par la douleur chronique. Les résultats d'un examen de la portée (10) et d'un sondage provincial (Québec, Canada) (12) sur l'ergothérapie en gestion de la douleur chronique seront présentés, suivi d'un aperçu de l'état actuel des connaissances à propos des interventions fondées sur l'occupation pour la gestion de la douleur chronique (13–15). Mieux répondre aux besoins des personnes qui souffrent jour après jour implique de mettre à profit l'expertise des ergothérapeutes en complémentarité avec les soins actuellement offerts. Si on élargissait nos horizons bien au-delà des symptômes? Si on soignait aussi le quotidien des personnes qui souffrent?

1. IASP. Classification of chronic pain, 2nd Ed. (Revised). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the IASP, Subcommittee on

Taxonomy. 2011 [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: www.iasp-paon.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673
2. Campbell F, Hudspith M, Anderson M. An action plan for pain in Canada. Health Canada. 2021;20.
3. Choinière M, Dion D, Peng P, Banner R, Barton PM, Boulanger A, et al. The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? Can J Anaesth. juin 2010;57(6):539‑48.
4. Resnik DB, Rehm M. The undertreatment of pain: Scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. Medicine, Health Care and Philosophy. 2001;4(3):277‑88.
5. Campbell F, Hudspith M, Choinière M, El-Gabalawy H, Laliberté J, Sangster M, et al. Working Together to Better Understand, Prevent, and Manage Chronic Pain: What We Heard. Health Canada. 2020;75.
6. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. Am Psychol. 2014;69(2):119‑30.
7. Becker WC, Dorflinger L, Edmond SN, Islam L, Heapy AA, Fraenkel L. Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. BMC Fam Pract. 20 mars 2017;18(1):41.
8. Nielsen SS, Skou ST, Larsen AE, Søndergaard J, Christensen JR. Associations of health-related quality of life with sociodemographic characteristics, health, pain, and lifestyle factors, and motivation for changing lifestyle in adults living with chronic pain: a cross-sectional exploratory study. Scand J Pain. 27 janv 2022;22(1):142‑53.
9. Nijs J, D'Hondt E, Clarys P, Deliens T, Polli A, Malfliet A, et al. Lifestyle and Chronic Pain across the Lifespan: An Inconvenient Truth? PM R. avr 2020;12(4):410‑9.
10. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. Pain Res Manag. 2018;2018:5378451.
11. Locas V, Préfontaine C, Veillette N, Vachon B. Integration of occupational therapists into family medicine groups: Physicians' perspectives. British Journal of Occupational Therapy. 1 juill 2020;83(7):458‑68.
12. Lagueux É, Masse J, Pagé R, Marin B, Tousignant-Laflamme Y. Management of chronic pain by occupational therapist: A description of practice profile. Can J Occup Ther. 20 mars 2023;84174231162709.
13. Nielsen SS, Skou ST, Larsen AE, Polianskis R, Pawlak WZ, Vægter HB, et al. Occupational therapy lifestyle intervention added to multidisciplinary treatment for adults living with chronic pain: a feasibility study. BMJ Open. 1 sept 2022;12(9):e060920.
14. Lagueux É, Masse J, Levasseur M, Pagé R, Dépelteau A, Lévesque MH, et al. Pilot Study of French-Canadian Lifestyle Redesign® for Chronic Pain Management. OTJR (Thorofare N J). avr 2021;41(2):80‑9.
15. Nielsen SS, Christensen JR, Søndergaard J, Surrow S, Enemark Larsen A, Skou ST, et al. « It has changed my picture of myself »: how did females living with chronic pain perceive the impact of the standard pain rehabilitation, including the occupational therapy lifestyle intervention REVEAL(OT)? Disability and Rehabilitation. 6 juill 2023;0(0):1‑12.

Plénière

Plénière 3

Des Troubles neurofonctionnels aux douleurs nociplastiques

Guilhem CARLE-TOULEMONDE(1)

(1), Toulouse, France

Les troubles moteurs fonctionnels (TMF), anciennement dénommés hystérie de conversion, sont souvent comorbides des tableaux douloureux chroniques, comme la dystonie fixée dans le syndrome douloureux chronique régional complexe [1]. Il a d'ailleurs été récemment identifié qu'entre 55% et 88% de patients avec TMF rapportaient des douleurs chroniques. De plus, une récente étude avançait que 17% de patients suivis pour des douleurs chroniques auraient un diagnostic comorbide de TMF, et 11% de plus auraient des symptômes relevant d'un TMF non diagnostiqué [2]. L'approche diagnostique des TMF est cependant peu connue des médecins, et la formation est quasi-inexistante dans le cursus [3]. Il paraît donc majeur de diffuser une information claire sur les données scientifiques existantes sur les TMF. De façon intéressante, le cadre nosographique des douleurs chroniques nociplastiques regroupe d'ailleurs de nombreuses similitudes cliniques avec les TMF, que ce soit au niveau des facteurs prédisposants, précipitants et/ou perpétuants les symptômes [4]. Fort de plus de 20 ans de recherche au niveau international, la prise en charge des TMF a considérablement évoluée, au bénéfice des patients, pouvant espérer jusqu'à 80% de récupération complète [5]. L'approche diagnostique, basée maintenant sur un diagnostic positif, permet avec une certitude de 96% d'identifier les patients et leur proposer des soins pluridisciplinaires adaptés (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, neurostimulation, ...) [6]. Nous aborderons ces aspects, en précisant l'intérêt de partager les modèles de prise en charge développés dans le domaine des TMF et des DN. Enfin, nous partagerons les dernières avancées théoriques concernant les bases neurales communes aux TMF et DN, pouvant participer à un changement de paradigme majeur dans la prise en charge des patients avec douleurs nociplastiques et troubles moteurs fonctionnels.

[1] Popkirov S, Hoeritzauer I, Colvin L, Carson A, Stone J. Complex regional pain syndrome and functional neurological disorders - time for reconciliation. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2019 May;90(5):608-614.
[2] Mason I, Renée J, Marples I, McWhirter L,Carson A, Stone J, Hoeritzauer I. Functional neurological disorder is common in patients attending chronic pain clinics. Eur J Neurol. 2023 Sep;30(9):2669-2674.

[3] de Liège A, Carle G, Hingray C, Lehn A, Autier L, Degos B, Garcin B. Functional Neurological Disorders in the medical education: An urgent need to fill the gaps. Rev Neurol (Paris). 2022 Oct;178(8):788-795.
[4] Carle-Toulemonde G, Goutte J, Do-Quang-Cantagrel N, Mouchabac S, Joly C, Garcin B. Overall comorbidities in Functional Neurological Disorder: a narrative review. Encéphale. 2023 Aug;49(4S):S24-S32.
[5] Nielsen G, Stone J, Edwards MJ. Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. J Psychosom Res. 2013;75(2):93-102.
[6] Carle-Toulemonde G, Hingray C, Mounir Alaoui O, Aybek S, Mouchabac S, Garcin B. Overview of care management principles in functional neurological disorders. Encephale. 2023 Aug;49(4S):S49-S55.

Plénière

Plénière 3

La douleur osseuse dans tous ses états

Rose-Marie JAVIER(1)

(1)Hôpitaux Universitaires de Strasbourg Rhumatologie, Strasbourg, France

Les douleurs osseuses sont fréquentes et parfois très invalidantes. Les plus connues sont les douleurs dues à une atteinte osseuse cancéreuse, mais de nombreuses pathologies non cancéreuses peuvent engendrer des douleurs osseuses très sévères comme l'ostéoporose (OP), la maladie de Paget, les ostéomes ostéoïdes ou encore les douleurs arthrosiques (pour leur composante osseuse sous-chondrale). De plus, la douleur osseuse a un retentissement sur l'état fonctionnel du patient et sur sa qualité de vie. La physiopathologie de la douleur osseuse, bien que complexe, commence à être mieux connue, grâce aussi à l'utilisation de modèles animaux (1).
L'os est un tissu sensible richement innervé et les connaissances précises de cette organisation ont été assez récentes en raison de difficultés techniques (2-5). Les fibres nerveuses sensitives et autonomes du système sympathique sont très abondantes dans le périoste, suivent le réseau artériel avec une décroissance majeure de la densité des fibres dans l'os minéralisé puis dans la moelle osseuse (environ 200 fois moins dense). De plus, ce maillage périosté est très dense pour les fibres sensitives mécanosensibles (2700 intersections/ mm^2) et moins pour les fibres sympathiques (400/ mm^2) (2). Ces fibres sont capables de répondre à des stimuli variés (mécaniques par distorsion de façon prédominante, thermiques et chimiques), par des récepteurs polymodaux divers. Les médiateurs impliqués dans la nociception osseuse ne passant pas par la distorsion mécanique sont : le Nerve Growth Factor (NGF) avec pour récepteur Trk A (tropomyosin receptor kinaseA), l'acidité du microenvironnement ou H+ grâce au récepteur vanilloid TRPV1 et ASIC1/3, l'endothéline1 grâce au récepteur ETAR et la pression grâce au récepteur Degenerin Family Ion Channel/ Epithelial sodium channel (DEG/ENaC). Le neuromédiateur essentiel est le NGF qui possède une action neurotrophique et entraîne des effets aigus avec une sensibilisation périphérique mais aussi à long terme en remaniant les voies de la douleur avec augmentation du nombre d'astrocytes médullaires et une sensibilisation centrale (4).
La connaissance fine des mécanismes médiant la douleur osseuse ainsi que l'innervation périostée prédominante sont indispensables pour optimiser une prise en charge antalgique multimodale. En effet, la composante osseuse de la douleur peut être difficile à différencier des douleurs touchant les structures environnantes, muscles, tendons, ligaments ou structure nerveuse. Cette prise en charge multimodale globale doit être associée à une prise en charge osseuse spécifique systémique et/ou locale. Le développement et la combinaison de techniques interventionnelles et

pharmacologiques vise à apporter une synergie pour le traitement de la douleur osseuse pour maintenir qualité de vie et statut fonctionnel des patients douloureux.

1; Freeman, K.T., Koewler, N.J., Jimenez-Andrade, J.M., Buus, R.J., Herrera, M.B., Martin, C.D., Ghilardi, J.R., Kuskowski, M.A.,Mantyh, P.W., (2008). A fracture pain model in the rat: adaptation of a closed femur fracture model to study skeletal pain. Anesthesiology 108 (3), 473–483.
2 ; Mach DB, Rogers SD, Sabino MC, Luger NM, Schwei MJ, Pomonis JD, Keyser CP, Clohisy DR, Adams DJ, O'Leary P, Mantyh PW. (2002). Origins of skeletal pain: sensory and sympathetic innervation of the mouse femur. Neuroscience. 113(1):155-66.
3 ; Jimenez-Andrade JM, Mantyh WG, Bloom AP, Ferng AS, Geffre CP, Mantyh PW. (2010) Bone cancer pain. Ann N Y Acad Sci. Jun;1198:173-81. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05429.x. PMID: 20536932.
4 ; Mantyh PW. (2019). Mechanisms that drive bone pain across the lifespan. Br J Clin Pharmacol. Jun;85(6):1103-1113. doi: 10.1111/bcp.13801. Epub 2018 Nov 22. PMID: 30357885
5 ; Yoneda T, Hiasa M, Okui T, Hata K. (2023). Cancer-nerve interplay in cancer progression and cancer-induced bone pain. J Bone Miner Metab. Jan 30. doi: 10.1007/s00774-023-01401-6. Online ahead of print. PMID: 36715764.

Session des membres (anciens ATS)

Création d'un outil d'éducation thérapeutique pour le patient souffrant de douleurs neuropathiques

Création d'un outil d'éducation thérapeutique pour le patient souffrant de douleurs neuropathiques

Dominique GILLET(1)Régis FUZIER(2)Geneviève SALVIGNOL(3)Audrey ECHE GASS(4)Cécile MAREAU(5)

(1)CETD CHU GRENOBLE site de Voiron, Voiron, France, (2)Unité d'Anesthésiologie. Oncopole Claudius-Regaud, IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (3)Service Soins de Support. Oncopole Claudius-Regaud. IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (4)Service Soins de Support. Oncopole Claudius Regaud. IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (5)CETD. Hôpital Timone., Marseille, France

Les universités infirmières de la SFETD de mars 2022 ont eu pour thématique : Education thérapeutique et Douleurs neuropathiques. Un travail de réflexion a été débuté lors des ateliers pratiques pour créer un outil d'ETP dédié à la douleur neuropathique avec l'objectif de le partager avec le plus grand nombre. La SFETD a soutenu ce projet.
Durant une année, participants aux universités ont poursuivis leur travail de groupe pour aboutir à une outil d'ETP qui se décline en 4 thématiques et 7 séances :

- Connaitre la douleur neuropathique
- Comprendre les traitements médicamenteux
- Mieux appréhender les techniques non médicamenteuses
- Optimiser l'utilisation du TENS

Le travail de ce collectif infirmier étant à ce jour quasi aboutit, il sera prochainement mis à disposition gratuitement sous forme dématérialisée sur le site de la SFETD.

Education thérapeutique du patient – HAS 2007
Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique - SFETD 2020

Session des membres (anciens ATS)

Douleur post-amputation : De la prévention à la réhabilitation

Prise en charge pluri-professionnelle de la douleur post-amputation

Nathalie DEFORTESCU(1)Amira YAHYAOUI(2)Aneta PIROWSKA(2)Marie-Anne SÉVÊQUE(3)

(1), Valenton, France, (2)INSTITUT ROBERT MERLE D'AUBIGNE, Valenton, France, (3), Villejuif, France

En pathologie vasculaire, tumorale et traumatique grave, le geste d'amputation peut s'avérer la seule issue thérapeutique, souvent perçu comme un échec et impactant considérablement la qualité de vie des patients.
La prise en charge des patients amputés est complexe et doit être pluri-professionnelle.
Aussi, la douleur est une des complications majeures de l'amputation pouvant apparaitre à tout moment du parcours du patient et qui peut s'inscrire dans la durée.
Sa physiopathologie reste complexe pouvant être neurologique et/ou mécanique mais aussi multifactorielle et elle justifie le recours à de multiples alternatives thérapeutiques.
En tant que centre de rééducation spécialisé dans la prise en charge de patients amputés, la douleur représente un défi au quotidien impliquant les différents thérapeutes.
Nous vous proposons d'exposer notre expérience dans la prise en charge de la douleur dans le parcours de rééducation et d'appareillage du patient amputé.

(1)Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain : Epidemiology, mechanisms, and treatment. JPain Res.2013 ; 6 :121-136.doi : 10.2147//JPR .S32299
(2) Munger et al. Protective and Risk Factors for Phantom Limb Pain and Residual Limb Pain severity. Pain Pract. 2020 July ; 20(6) :578-587
(3)Neil M. Pain after amputation. BJA Educ.2015 ;16 :107-12

Session des membres (anciens ATS)

Les douleurs chroniques de la fesse : Diagnostic et prise en charge

Les douleurs chroniques de la fesse : Diagnostic et prise en charge

Les algies fessières chroniques sont fréquentes, mal connues et de prise en charge difficile
Pourquoi ? En fait les étiologies sont en fait multiples en raison de l'anatomie fessière (1) : sciatique avec hernie discale lombaire , syndrome myofascial du bassin, séquelles de traumatisme du bassin, coccygodynie, douleur neuropathiques du bassin avec la névralgie pudendale et clunéale, l'hypersensibilisation pelvipérinéale avec une souffrance globale du bassin (muscles , tendons, organes pelviens souffrant sans être malade) et syndrome facettaire ainsi que les douleurs projetées du rachis (axe pelvis rachis).
La prise en charge et l'évaluation de ces diverses étiologies est spécifique (2)(3) et de ce fait selon l'orientation du thérapeute la prise en charge n'est pas toujours adéquat.
Il faut d'abord examiner le patient, déterminer l'étiologie avec une confirmation par le bilan paraclinique.
Il faut savoir aussi que ces étiologies peuvent être associées.
La prise en charge doit être pluridisciplinaire en tenant compte du retentissement psychologique de ces douleurs fessières chroniques.
Il faudra utiliser la boite à outils avec les traitements neuropathiques pour les douleurs neuropathiques le plus souvent associée à l'électrothérapie antalgique, la prise en charge kinésithérapique et ostéopathique pour le syndrome myofascial ainsi que pour les douleurs projetées du rachis.
Parfois des gestes d'infiltration sont nécessaires avec entre autres les blocs tests au niveau des nerfs du périnée.
La collaboration médecin de la douleur, neurochirurgien, kinésithérapeute et rééducateur fonctionnel est importante et vous est fondamentale.
Le but de cet atelier focus est de faire connaitre d'abord les bases anatomiques de la région fessière puis de connaitre les critères cliniques de chaque étiologie, son retentissement psychologique et enfin la prise en charge pluridisciplinaire spécifique de chaque étiologie.

-1 Atlas d'anatomie humaine ADAM OLSON Edition PRADEL 1997
-2 Algies pelvi périnéales et thérapies manuelles D.Bonneau et coll Sauramps Medical 2011
-3 Algorithmes diagnostiques des douleurs pelvi périnéales chroniques : des symptômes aux syndromes J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat
Progrès en urologie (2010) 20, 1035—1043

Session des membres (anciens ATS)

InterCLUD en santé mentale : l'exemple de la région Auvergne Rhône Alpes

InterCLUD en santé mentale : l'exemple de la région Auvergne Rhône Alpes

Juliette GRISON-CURINIER(1)Arnaud SOURTY(2)Lénaïc MONCONDUIT(3)Geneviève DEMARQUAY(1)

(1), Lyon, France, (2)CH le Vinatier, Lyon, France, (3), Clermont-ferrand, France

Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur en Santé Mentale du CH Saint Jean de Dieu à Lyon a été à l'origine de la création en 2012 d'un Interclud en Santé mentale (ISMARA) réunissant plus d'une vingtaine d'établissements de psychiatrie publics, privés, espic de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Nous montrerons l'intérêt d'un tel réseau dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur en psychiatrie qui reste un enjeu majeur de santé publique. En prenant l'exemple de plusieurs actions (formation, ateliers, intervisions ..) et en ouvrant des perspectives (télé-expertise) , nous soulignerons l'importance de soutenir les acteurs de terrains en leur permettant d'actualiser leurs connaissances et de se sentir moins isolés dans leur pratique. Cette expérience de rencontres pluri-professionnelles dans le champ de la psychiatrie s'articule avec le reste du réseau douleur de la région et participe à l'amélioration des parcours de soins des patients douloureux chroniques.

Session des membres (anciens ATS)

Le modèle singulier d'une unité de neuromodulation polyvalente : quelle plus-value pour le patient douloureux chronique ?

Le modèle singulier d'une unité de neuromodulation polyvalente : quelle plus-value pour le patient douloureux chronique ?

Manon DURAFFOURG(1)Frédéric AUBRUN(1)

(1), Lyon, France

L'objet de cette cession est de présenter un modèle organisationnel unique, exclusivement dédié à la neuromodulation. C'est à travers un projet d'innovation soutenu par les Hospices Civils de Lyon, établissement public, qu'il a été créé en 2022, une unité de neuromodulation polyvalente réunissant les activités de stimulation à visée antalgique et d'infusion intrathécale, ainsi que celles concernant les mouvements anormaux et le neurohandicap. Les dispositifs de neuromodulation à visée antalgique, dont la stimulation médullaire représentent une file active importante au sein de l'unité.
Le service est constitué d'une équipe interdisciplinaire dont l'objectif est de mettre en place une organisation adaptée face à un parcours de soin innovant, centralisé et coordonné tout au long de la prise en charge. Ce fonctionnement permet ainsi de répondre aux besoins spécifiques des patients ainsi qu'à la spécificité de la modulation (télémétrie, matériel électro-technique…). Elle assure l'évaluation, l'implantation et le suivi à court et à long terme de l'ensemble des patients bénéficiant de ces dispositifs médicaux (DM).
Le patient rencontre de façon successive les différents intervenants de l'unité (en suivant un parcours prédéfini répondant aux recommandations de l'HAS), soit :

- Le chirurgien : il sélectionne les patients éligibles à la neurostimulation adressés par le CETD, recherche l'absence de contre-indication anatomique à l'implantation d'une électrode et, le cas échéant, réalise la chirurgie ainsi que le suivi post-opératoire.
- La psychologue s'attache à rechercher les vulnérabilités psychologiques du patient, fréquentes en douleurs chroniques, dont les risques d'altération de l'image corporelle par l'implantation d'un matériel étranger. Certaines pathologies psychiatriques constituent des contre-indications à l'implantation. Selon l'évaluation et en accord avec le patient, il pourra être proposé un soutien psychologique, dans le but de l'accompagner avant et après l'implantation, soutenir ses capacités à être acteur de ses soins et ses mécanismes d'adaptation psychique.
- L'infirmière a un rôle important dans l'éducation du patient futur implanté (présentation du matériel, explication des étapes du parcours,…). Elle intervient également dans le suivi post-opératoire, au cours de consultations infirmière en vue d'optimiser le soulagement du patient et l'appropriation du matériel.

- L'Attachée de Recherche Clinique permet à notre équipe de participer à des projets de recherche académique et de travailler en collaboration avec l'équipe INSERM « Neuropain » pour le développement d'études translationnelles. Le travail en interdisciplinarité (équipe de soin / équipe de recherche) permet l'optimisation des moyens organisationnels et humains pour une meilleure production scientifique.
- La secrétaire médicale coordonne les parcours de soin des patients neurostimulés (consultations, examens complémentaires, blocs opératoires, suivis…).

La validation de l'indication chirurgicale relève d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, qui est menée en étroite collaboration avec le personnel du CETD de notre établissement.

- Centres of excellence for neuromodulation: A critical proposal. R LEVY . Neuromodulation. 2014; 17(1):1-9.
- Aspects psychologiques de la neurostimulation implantée : synthèse et recommandations pour la pratique clinique du groupe de travail « Neuromodulation et psychologie » de le SFETD. In : Douleur analg. 2022 ; 35:261-272
- Spinal cord stimulation for chronic refractory pain: Long-term effectiveness and safety data from a multicentre registry. Brinzeu, A., Cuny, E., Fontaine, D., Mertens, P., Luyet, P.-P., Van den Abeele, C., Djian, M.-C., French SCS Study Group, 2019. Eur J Pain 23, 1031–1044. https://doi.org/10.1002/ejp.1355

Cours supérieurs

Parlez-moi des céphalées primaires de l'enfant et adolescent, dites-moi des choses simples !

Parlez-moi de l'enfant : quels diagnostics ?

Cécile MAREAU(1)Claire GUEPIN(2)Justine AVEZ-COUTURIER(3)

(1)CETD. Hôpital Timone., Marseille, France, (2), Lille, France, (3)CHU LILLE, Lille cedex, France

Les céphalées primaires sont fréquentes chez les enfants et les adolescents. Il s'agit le plus souvent de migraines, de céphalées de tension ou de céphalées mixtes associant les deux (1). En pédiatrie, la prévalence des migraines est estimée entre 5 à 10% et celle des céphalées de tension est variable en fonction des études (1).
La démarche diagnostique nécessite un interrogatoire et un examen clinique exhaustifs éventuellement complétés par des explorations complémentaires (consultation ophtalmologique avec fond d'œil, imagerie cérébrale injectée) en cas de signes d'alerte (anomalies à l'examen clinique, jeune âge, céphalées chroniques évoluant depuis moins de un an…) afin de ne pas méconnaitre une étiologie secondaire (2).
Le diagnostic des céphalées est effectué à l'aide de la 3ème version de la Classification Internationale des Céphalées (ICHD-III) parue en 2018 (3).
Chez l'enfant, les migraines sont de durée plus courte que chez les adultes (4). Elles sont le plus souvent bilatérales, compressives et sont associées à des nausées, une photophobie, une phonophobie et très fréquemment à des vomissements, des douleurs abdominales, des sensations vertigineuses et une pâleur. Certains enfants présentent également des auras (les plus souvent visuelles) qui peuvent précédées ou accompagnées les céphalées. Les céphalées de tension sont également fréquentes et interfèrent en général peu avec les activités quotidiennes. Certains enfants présentent un tableau mixte avec association de migraines (avec ou sans aura) et de céphalées de tension.
Les syndromes épisodiques associés à la migraine sont une autre particularité pédiatrique (5). Les céphalées ne sont alors pas au premier plan. Ces syndromes précèdent, co-existent puis évoluent habituellement vers des migraines typiques de l'enfant. Les symptômes sont paroxystiques et surviennent de manière périodique le plus souvent. L'ICHD-III reconnait actuellement 4 syndromes épisodiques associés à la migraine: le torticolis paroxystique bénin, les troubles gastro-intestinaux récurrents (vomissements cycliques et migraine abdominale) et le vertige paroxystique bénin.
L'algie vasculaire de la face est très rare en pédiatrie et doit faire rechercher systématiquement une étiologie secondaire. Les céphalées sont dans ce cas très intenses avec des crises pluriquotidiennes. Les céphalées sont associées à des signes autonomiques (larmoiement, rhinorrhée, injection conjonctivale..)

Les céphalées chroniques quotidiennes non progressives durent au moins 4 heures, plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois. Il peut s'agir de migraines chroniques, de céphalées de tension chroniques ou de céphalées chroniques persistantes de novo. Il existe souvent une co-morbidité psychologique (anxiété, dépression…). Un abus médicamenteux est à rechercher systématiquement (6).

1. Annnequin D, Tourniaire B. Migraine et céphalées de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pediatr 2005 ; 12(5) : 624-9
2. Haute autorité de santé. Céphalées chez l'enfant ou l'adolescent : pertinence de l'imagerie. 19 octobre 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/note_de_cadrage_-_cephalees_chez_lenfant_ou_ladolescent_pertinence_de_limagerie.pdf
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018 ; 38(1) : 1-211.
4. Lanteri Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A, Société Française d'étude des migraines et des céphalées. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol (Paris) 2013 ; 169 : 14-29.
5. Cuvellier J-C, Lépine A. Childhood periodic syndromes. Pediatr Neurol 2010;42:1-11
6. Cuvellier JC. Diagnostic des céphalées chroniques chez l'enfant et l'adolescent. Douleurs 2019 ; 20(5) : 216-25.

Cours supérieurs

Parlez-moi des céphalées primaires de l'enfant et adolescent, dites-moi des choses simples !

Les céphalées à l'épreuve de l'adolescence

Sylvie BERCIAUD(1)Lauriane DELAY(2)Mélanie KREMER(3)

(1), Bordeaux, France, (2), Paris, France, (3), Strasbourg, France

Parmi les céphalées, la migraine est une céphalée primaire fréquente et invalidante chez l'enfant et l'adolescent avec une prévalence de 3 à 10 % tout âge confondu (1) . Les céphalées chroniques quotidiennes affectent quant à elles 2 à 4% des adolescentes et 0,8 à 2% des adolescents (2) . Les diagnostics s'appuient sur les critères précis et validés de l'IHS (International Headache Society) (3,4).
Il existe par contre plusieurs définitions de l'adolescence, l'OMS définit l'adolescence comme la période de vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est à dire entre 10 et 19 ans. Il est souvent retenu que l'apparition des premiers signes pubertaires marquent le début de l'adolescence. L'adolescent(e) vit une période intense de transformations physiques et psychiques. Ses rapports à autrui et à son environnement sont alors en constante évolution. L'adolescent(e) a besoin de conformisme, de s'identifier à ses pairs. Quand elles deviennent chroniques/ récurrentes, les céphalées viennent alors impacter cet équilibre fragile. L'impact sur la relation avec autrui et son humeur peut rapidement s'installer (5) .
Lors d'une consultation pour céphalées, il conviendra donc de prendre en compte l'adolescent(e) dans sa globalité et d'instaurer une relation de confiance. Lors de l'entretien il convient de s'adresser directement à l'adolescent(e), de prévoir certes un temps conjoint avec le(s) parent(s) mais surtout un temps d'entretien individuel. Outre l'interrogatoire spécifique concernant les céphalées (type, localisation, fréquence, intensité, signes associés, facteurs déclenchants/calmants/aggravants, traitement essayés), il conviendra d'aborder l'adolescent dans sa globalité (6) . Ainsi seront abordés les antécédents personnels et familiaux, la notion d'évènements traumatiques personnels ou familiaux... On interrogera également sur les questions de la scolarité, des loisirs, des relations amicales et familiales, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité, de l'humeur mais également la prise de toxiques (tabac, alcool, cannabis etc.) (7–9) .
L'examen clinique est un temps important de cette consultation. Quelque soit l'âge de l'enfant il convient de respecter sa pudeur mais de procéder malgré tout à un examen clinique complet, téguments compris (scarifications ?).
De façon générale lors d'un entretien avec un(e) adolescent(e) il ne faut pas s'arrêter au seul motif de consultation invoqué que ce soit des céphalées ou autre.

1. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A, Socie´te ´ franc ¸ aise d'e´tude des migraines et des ce´phale´es. [Guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children]. Rev Neurol (Paris). janv 2013;169(1):14‑29.
2. Cuvellier JC. Diagnostic des céphalées chroniques chez l'enfant et l'adolescent. Douleurs Éval - Diagn - Trait. 1 oct 2019;20(5):216‑25.
3. Richer L, Billinghurst L, Linsdell MA, Russell K, Vandermeer B, Crumley ET, et al. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 19 avr 2016;4(4):CD005220.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia Int J Headache. janv 2018;38(1):1‑211.
5. Wrona SK, Melnyk BM, Hoying J. Chronic Pain and Mental Health Co-Morbidity in Adolescents: An Urgent Call for Assessment and Evidence-Based Intervention. Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses. juin 2021;22(3):252‑9.
6. Cuvellier JC. Comment je prends en charge une céphalée chez l'enfant. Prat Neurol - FMC. 1 sept 2015;6(3):197‑206.
7. Landry BW, Fischer PR, Driscoll SW, Koch KM, Harbeck-Weber C, Mack KJ, et al. Managing Chronic Pain in Children and Adolescents: A Clinical Review. PM R. nov 2015;7(11 Suppl):S295‑315.
8. Binder P. La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples, de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires. Rev Prat. 2005;
9. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. Neurology. 11 déc 2001;57(11):2034‑9.

Cours supérieurs

Parlez-moi des céphalées primaires de l'enfant et adolescent, dites-moi des choses simples !

Les traitements des céphalées primaires de l'enfant et de l'adolescent : médicaments; un peu, beaucoup ou pas du tout ?

Juliette ANDREU-GALLIEN(1)Florence REITER(2)Cassandre FOLLET(3)

(1), Paris, France, (2)Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur, Hopital Trousseau, Paris, France, (3), Rouen, France

Les céphalées sont un symptôme fréquent chez l'enfant et l'adolescent. Il s'agit le plus souvent de céphalées primaires dont la prévalence a été évaluée dans une méta-analyse récente à 62 %1 . Ces céphalées peuvent impacter grandement la qualité de vie de l'enfant, sa scolarité et nécessitent donc une prise en charge thérapeutique adaptée.
Cette prise en charge impose tout d'abord un interrogatoire médical précis afin de préciser le diagnostic, différencier céphalées de tension et migraines, dont la prise en charge diffère, et identifier les situations de céphalées chroniques. Si ce temps est essentiel, il n'est en revanche pas suffisant pour déterminer la stratégie thérapeutique qui ne saurait se résumer à une prescription médicamenteuse isolée. Il est en effet indispensable également lors de cette consultation, de rassurer l'enfant et ses parents, d'expliquer la pathologie, d'identifier les facteurs déclenchants ou aggravants et de discuter des différents traitements : médicamenteux (de crise et de fond) et non médicamenteux. Ces explications se feront à partir des éléments recueillis durant la consultation et s'appuieront au mieux sur des supports concrets tels que livrets, dessins pour permettre une meilleure compréhension de l'enfant. C'est ce temps d'échange qui permettra d'élaborer conjointement une stratégie thérapeutique adaptée. Ainsi, au-delà de la prescription médicamenteuse, et en fonction des situations, le médecin pourra conseiller le recours à des méthodes psychocorporelles (relaxation, hypnose, méditation) mais aussi la possibilité d'un travail avec un psychologue afin de permettre à l'enfant de mettre en mots ses difficultés ou pour parler de ses émotions.
Ainsi, en nous basant sur les données récentes de la littérature, nous ferons le point sur l'efficacité et les indications des traitements médicamenteux dans les céphalées primaires de l'enfant et de l'adolescent 2–4. Nous présenterons également la façon de mener une consultation, basée sur une approche globale de l'enfant et de sa famille, pour permettre une efficacité des thérapeutiques qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses (approches psychothérapeutiques et psychocorporelles).

1. Onofri A, Pensato U, Rosignoli C, et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Headache Pain. 2023;24(1):8. doi:10.1186/s10194-023-01541-0

2. Oskoui M, Pringsheim T, Holler-Managan Y, et al. Practice guideline update summary: Acute treatment of migraine in children and adolescents: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2019;93(11):487-499. doi:10.1212/WNL.0000000000008095
3. Oskoui M, Pringsheim T, Billinghurst L, et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2019;93(11):500-509. doi:10.1212/WNL.0000000000008105
4. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021;17(8):501-514. doi:10.1038/s41582-021-00509-5

Cours supérieurs

Place des facteurs biopsychosociaux dans la prise en charge rééducative et réadaptative des patients douloureux chroniques : Évidences scientifiques et expériences cliniques

L'activité physique adaptée comme vecteur de réintégration sociale du patient douloureux chronique

Maxime BILLOT(1)Cyril RIVAT(2)Ilana MÉCHALY(2)Sar CHAMROEUM(2)Jean-Philippe LEYRIS(3)Juliette BERTIN(3)Adrien TASSOU(2)Maxime THOUAYE(4)Sylvie MALLIÉ(5)Didier ROGNAN(6)

(1)CHU de Poitiers, laboratoire de recherche PRISMATICS, Poitiers, France, (2)Université de Montpellier - INM INSERM U1298, Montpellier, France, (3)Biodol Therapeutics, Clapiers, France, (4)Université de Montpellier - INM INSERM 1298, Montpellier, France, (5)Université de Montpellier - INM INSERM1298, Montpellier, France, (6)Laboratoire d'Innovation Thérapeutique UMR7200 CNRS - Université de Strasbourg, Strasbourg, France

La douleur chronique, définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle persistante au-delà de 3 mois, est un enjeu de santé majeur qui affecte des millions de personnes à travers le monde. La douleur chronique peut notamment entrainer une détérioration de la qualité de vie, une perte d'autonomie et une exclusion sociale. Une étude prospective observationnelle, incluant 200 patients atteints de douleurs chroniques post-opératoires, a récemment mis en évidence que la qualité de vie était impactée principalement par une altération des capacités fonctionnelles pour 70% des patients, et par l'intensité de la douleur pour seulement 30% des patients. De ce fait, il est nécessaire d'intégrer la composante motrice à la prise en charge des patients douloureux chroniques, en complément de la douleur elle-même. Ce lien entre les capacités fonctionnelles et la qualité de vie renvoie à une troisième composante, l'intégration sociale. En effet, la mobilité et la capacité à interagir avec le monde extérieur est l'un des enjeux principaux pour le patient, dont les attentes peuvent parfois se résumer à aller aux toilettes, faire ses courses, promener son chien ou porter ses enfants/petits-enfants. De la même façon, la douleur chronique est responsable de nombreux arrêts de travail, ce qui in fine aboutit à une désocialisation du patient douloureux chronique. Le piège de la douleur face à la mobilité est de tomber dans le cercle vicieux de la peur-évitement (kinésiophobie), renforçant le phénomène de déconditionnement. Pour endiguer ce phénomène, l'activité physique, peu recommandée à la fin du 20e siècle, est aujourd'hui plébiscité et fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique clinique dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par les muscles qui requiert une dépense d'énergie, incluant ainsi les activités de la vie quotidienne. La prise de conscience collective des instances gouvernementales a permis de mettre en place la prescription de l'activité physique adaptée dans le cadre

d’affection chronique. L’activité physique adaptée a des avantages à long terme pour la santé. Elle peut aider à prévenir les complications liées à la sédentarité, telles que l'obésité et les maladies cardiovasculaires, qui sont courantes chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Outre, ses bienfaits sur la santé, l’activité physique peut jouer un rôle crucial dans la réintégration sociale des patients douloureux chroniques. L’objectif de cette présentation est de faire le point sur les barrières, les challenges et les opportunités que peuvent offrir l’activité physique adaptée comme vecteur de réintégration sociale.

Cours supérieurs

Place des facteurs biopsychosociaux dans la prise en charge rééducative et réadaptative des patients douloureux chroniques : Évidences scientifiques et expériences cliniques

Contribution du diagnostic et du soin psychomoteur à la réadaptation et à la réinsertion socioprofessionnelle du patient douloureux.

Sylvia LAW DE LAURISTON(1)Sandrine AVIGNON(2)Bernard PATERNOSTRE(3)

(1), Soissons, France, (2)Cochin/ Equipe mobile douleur aigue, Paris, France, (3)CHU de Bordeaux - Service de Médecine palliative et d'accompagnement, Bordeaux, France

La psychomotricité s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire en interaction avec les compétences de plusieurs professionnels de la rééducation et autres.
Sa spécificité consiste en une prise en compte de la synergie entre les fonctions motrices, sensorielles, émotionnelles, cognitives, et psychiques. Ainsi, si l'on considère le versant évaluatif, le psychomotricien écoute les plaintes des patients concernant leur douleur, en prenant en compte leur histoire, leur vécu corporel. Il explore les antécédents et l'évolution de la douleur en question, en prêtant une attention particulière aux sensations corporelles liées à la douleur.
Le psychomotricien recherche les phénomènes tonico-émotionnels en lien avec la douleur ; en effectuant une évaluation de la posture, du tonus, de l'investissement corporel du patient, à travers son engagement dans le mouvement, sa relation à lui-même, à autrui et à l'environnement ; ainsi que dans ses représentations (schéma corporel ; image du corps et identifications).
Sont recherchés : des signes de traumatismes, d'inconfort, de repli, d'angoisse, de troubles du sommeil, de dépression et de désocialisation ; la présence d'éléments en lien avec des troubles psychiatriques, une désinsertion socio professionnelle, des cercles vicieux dans lesquels le patient douloureux a perdu son rôle dans sa famille, son travail ;le patient ne sort plus, ne bouge plus, s'installe dans le handicap et dans l'invalidité, dans une position passive de plaintes et d'attentes de reconnaissance.
Quelles sont les attentes du patient, sa demande s'il y en a, la(les) fonction(s) de la douleur et facteurs de pérennisations contenant la dimension biopsychosociale
La douleur ne se limitant pas à un désordre ou à des dysfonctionnements de type physique, physiologique, pathologique ; la recherche des facteurs liés aux différentes composantes de la douleur, des facteurs environnementaux et sociaux ; l'évaluation de la kinésiophobie et des stratégies d'adaptation utilisées, contribuent au diagnostic psychomoteur.
Le soin psychomoteur à visée antalgique dispensé, en séances individuelles ou de groupe (la Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique) en concertation avec le patient et avec les différentes professions de la rééducation intervenant dans le projet thérapeutique, va permettre au patient d'avancer sur ses objectifs, de retrouver une

autonomie, à travers une mise en mouvement progressive, une meilleure connaissance de la douleur (ETP) mais aussi de lui-même et surtout de ses compétences; par un travail de gestion du stress, une réappropriation de son schéma corporel ; revalorisation de l'image du corps et revalorisation de son identité en se projetant dans un avenir socioprofessionnel dans lequel il pourra se réinvestir. Une évaluation du suivi permettra d'ajuster la modalité de la prise en soins, la rythmicité et d'élaborer d'autres objectifs.

Cours supérieurs

Place des facteurs biopsychosociaux dans la prise en charge rééducative et réadaptative des patients douloureux chroniques : Évidences scientifiques et expériences cliniques

De la remédiation posturale à la réhabilitation biopsychosociale

Jean-Philippe VISEU(1)

(1), Nanterre, France

L'étude du contrôle postural propose un espace situé au carrefour de différentes disciplines comme la physiologie du mouvement au travers les neurosciences comportementales et les sciences cognitives mais aussi la biomécanique et l'analyse du mouvement.
Gérer les relations entre les données sensorielles au cours de l'équilibration et les données motrices, favorisent alors une réponse appropriée et surtout, non fatigable. Nous voyons des patients qui se plaignent de symptômes subjectifs en relation avec la position debout au repos. Dans cette posture, ils souffrent de douleurs chroniques de l'axe corporel (Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies non spécifiques, gonalgies, etc.) ou ils souffrent de sensations vertigineuses et d'instabilité. Or nous le savons, l'homme est en équilibre comme un balai qui oscille au bout du doigt dont celui-ci représenterait le centre de pression podal et le bout du balai notre centre de gravité. Ce concept fondamental de stabilité, modélisé par Winter dès 1995, apporte énormément d'informations aux posturologues qui désirent mesurer la précision de cette stabilité, son coût énergétique ou son temps de réaction (1). En outre, la kinésiophobie et la catastrophisation de la douleur sont significativement associées à une altération de la fonction d'équilibration (2,3). Les données qualitatives récentes ont révélé des impacts émotionnels, des défis physiques et une perte de soi qui était à la fois individuelle et imprévisible.
Etudier cliniquement et de façon instrumentale le contrôle postural est donc un enjeu majeur. Il permet de répondre favorablement et de façon objective aux principes d'éducation thérapeutique des patients douloureux chroniques, à l'évaluation de l'impact des dysfonctions posturales comme leurs thérapeutiques sur leur qualité de vie (4).

1. Winter DA, Prince F, Patla A. Validity of the inverted pendulum model of balance in quiet standing. Gait Posture. avr 1997;5(2):153‑4.
2. Berenshteyn Y, Gibson K, Hackett GC, Trem AB, Wilhelm M. Is standing balance altered in individuals with chronic low back pain? A systematic review. Disabil Rehabil. 19 juin 2019;41(13):1514‑23.

3. Cotchett M, Frescos N, Whittaker GA, Bonanno DR. Psychological factors associated with foot and ankle pain: a mixed methods systematic review. J Foot Ankle Res. déc 2022;15(1):10.
4. Martins C, Sayegh S, Faundez A, Fourchet F, Bothorel H. Effectiveness of a Group-Based Rehabilitation Program Combining Education with Multimodal Exercises in the Treatment of Patients with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Retrospective Uncontrolled Study. Biology. 14 oct 2022;11(10):1508.

Cours supérieurs

Comment prévenir la chronicisation de la douleur ?

Douleurs post opératoires

Sandrine AVIGNON(1)

(1)Cochin/ Equipe mobile douleur aigue, Paris, France

Plus de la moitié des patients opérés ressentent des douleurs modérées à intenses dont 20% se pérennisent développant le symptôme douleur en pathologie. La mise en place d'une coordination médicale (chirurgien anesthésiste interne psychiatre) dès les consultations préopératoires pour des situations complexes avec un suivi tout au long de la prise en charge par une équipe dédiée permet une nette diminution de ces douleurs.
Cette équipe mobile composée d'anesthésistes et de paramédicaux suit les situations complexes et répond aux appels des services pour établir un protocole.
Celui-ci est évalué lors de l'hospitalisation et après la sortie avec une consultation par un algologue qui réadapte et complète par une hdj (alr, traitements topiques, etc) ou des consultations TENS si nécessaire.
Prendre en charge la douleur c'est également sensibiliser, accompagner et former les équipes soignantes sur les douleurs induites, éduquer les patients sur leurs traitements, les techniques non médicamenteuses possibles.

Cours supérieurs

Comment prévenir la chronicisation de la douleur ?

Lombalgie : Place de la kinésithérapie et de l'activité physique adaptée

Anthony DEMONT(1)Isabelle GERNET(1)Isabelle GERNET(1)

(1), Paris, France

La lombalgie commune affectera 4 personnes sur 5 au cours de leur vie, et plus de la moitié de la population française a eu au moins un épisode de douleur lombaire dans les 12 derniers mois (1). La lombalgie peut être classée en trois catégories, la poussée aiguë, celle à risque de chronicité et la récidivante (2). De plus, la lombalgie en tant que pathologie, différents types de douleur peuvent y être associés, à savoir la douleur neuropathique, nociceptive et/ou nociplastique. Les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes encouragent le recours à la kinésithérapie et à l'activité physique adaptée pour la lombalgie à risque de chronicité afin d'une part de diminuer les symptômes et les incapacités du patient mais surtout d'améliorer sa qualité de vie liée à la santé (2). Les mécanismes de la douleur, l'évaluation des différents types de douleur présents chez le patient et les facteurs de chronicisation sont autant d'éléments indispensables à maîtriser pour proposer un plan de traitement approprié à l'état de santé du patient (2). L'identification précoce des facteurs de chronicisation et la mise en place précoce de la kinésithérapie et d'activité physique adaptée permettront d'éviter le passage à la lombalgie récidivante, nécessairement plus complexe à prendre en soins et nécessitant une coopération étroite entre les différents acteurs de santé intervenant. Toutefois, toutes les interventions en kinésithérapie et les programmes d'activité physique adaptée ne doivent pas systématiquement être proposées quel que soit le type de lombalgie et les symptômes associés. Les données actuelles mettent en évidence la nécessité d'évaluer au préalable la douleur et la fonction pour adapter ces interventions et leur posologie à la condition du patient (3).
Cette communication vise à vous présenter les outils d'évaluation des mécanismes de chronicisation de la douleur et le raisonnement justifiant le choix des interventions en kinésithérapie et d'activité physique adaptée les plus appropriées selon les types de douleur identifiés.

(1) Assurance Maladie. La lombalgie, un enjeu de santé publique. 2022: https://www.ameli.fr/paris/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique#:~:text=Les%20lombalgies%20repr%C3%A9sentent%20un%20enjeu,dans%20les%20douze%20derniers%20mois.
(2) Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. 2019:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
(3) Tousignant-Laflamme Y, Martel MO, Joshi AB, Cook CE. Rehabilitation management of low back pain – it's time to pull it all together. Journal of Pain Research, 2022;2373-2385

Cours supérieurs

Comment prévenir la chronicisation de la douleur ?

Céphalées

Gérard MICK(1)Damien HUZARD(2)Stéphanie NGUYEN(3)

(1), Voiron, France, (2), Montpellier, France, (3), Dijon, France

Les données disponibles concernant les facteurs de risques de chronicisation des céphalées concernent presque exclusivement la migraine. Il s'agit de facteurs non modifiables et modifiables, certains prépondérants et d'autres mineurs. Le risque de passage d'une migraine sans ou avec aura épisodique à une migraine chronique est plus élevé chez les femmes et les sujets jeunes, en cas de surpoids ou comorbidités métaboliques ou cardiovasculaires ou en cas de trouble de sommeil dont le SAS. La sensibilisation centrale semble jouer un rôle déterminant, de façon directement corrélée à la fréquence des crises, la sévérité et la durée de celle-ci et donc de l'inadéquation du traitement symptomatique et prophylactique. Ce mécanism est fréquemment illustré, mais de façon non systématique, par la présence d'une allodynie cutanée céphalique per- voir inter-ictale. La chronicisation est également favorisée par la dépression, l'anxiété, le catastrophisme et en cas de douleurs chroniques n'intéressant pas l'extrémité céphalique, comme lors de la fibromyalgie. L'abus d'usage d'antalgiques est un facteur majeur de risque de transformation migraineuse, mais les mécanismes en jeu sont intriqués en cas de céphalée chronique quotidienne avec abus, notamment du fait la participation d'une dysrégulation du système opioïdergique du tronc cérébral. Le facteur socio-économique le plus significatif est la précarité, bien qu'aux Etats-Unis pour lesquels les données sont les plus nombreuses, la prévalence de la migraine chronique soit bien plus élevée chez les caucasiens que chez les afro-américains. Enfin, il existe probablement des dispositions génétiques à la migraine chronique, pour partie indépendantes aux prédispositions à la migraine elle-même, relevant plus de spécifités constitutionnelles au sein du système nociceptif.

Cours supérieurs

Douleur chronique après chirurgie, pas seulement neuropathique

Genou douloureux après PTG, à quoi penser ?

Anissa BELBACHIR(1)Anne Sophie RESTIF(2)Nathalie PASQUIER(3)Anne TONELLI(1)

(1), Paris, France, (2)CETD pédiatrique CHU de Rennes, Rennes, France, (3)Rectorat d'académie de Rennes, service infirmier académique, Rennes, France

La chirurgie orthopédique est pourvoyeuse de douleurs mal expliquées ou inexpliquées en postopératoire immédiat mais également à distance. Ces douleurs inexpliquées au premier abord affectent négativement le résultat de l'acte chirurgical et nécessitent parfois une approche multidisciplinaire. Lorsque ces douleurs sont présentes en postopératoire et à distance de l'intervention, l'orthopédiste doit se donner les moyens d'éliminer une cause évidente et doit aussi savoir rapidement se faire accompagner par un médecin de la douleur si nécessaire.
Ce sujet complexe fait intervenir de nombreux facteurs, souvent intriqués et sur lequel nos connaissances sont encore évolutives. Nous allons commencer par répondre à la 1ère question : Quelles douleurs l'orthopédiste doit-il pouvoir expliquer ? Ces douleurs ont des causes qui dépendent de l'acte chirurgical réalisé, mais que l'on regroupera, de manière arbitraire, en deux groupes : les douleurs dont la cause est intrinsèque, c'est-à-dire en relation directe avec la chirurgie, et les douleurs dont la cause est extrinsèque, c'est-à-dire sans relation directe avec celle-ci. Dans tous les cas, la première cause à éliminer est l'infection du site opératoire. Les causes intrinsèques fréquentes liées aux implants sont les descellements septiques ou aseptiques, l'usure avec ostéolyse, l'instabilité, les malpositions et la pathologie fémoro-patellaire pour les PTG (1). Enfin, il faut rechercher et éliminer les causes extrinsèques à savoir, les douleurs projetées, les radiculalgies de la pathologie lombaire et les tendinites péri-articulaire.
Les examens à réaliser pour rechercher la cause des douleurs que rapporte le patient dépendent de l'intervention réalisée (2). Il faut en premier lieu se donner les moyens suffisants pour éliminer une infection. Le bilan biologique (numération formule sanguine [NFS], protéine C réactive [CRP]), les radiographies et la ponction sont indispensables, la scintigraphie osseuse et la biopsie synoviale viennent ensuite.
Selon l'orientation clinique et radiologique, on demandera d'autres examens d'imagerie tels que le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec des mesures de réduction des artefacts métalliques le cas échéant. Le scanner est très performant pour analyser l'os et l'interface implant/os, l'IRM est dédiée à l'analyse des parties molles. L'échographie est un examen idéal dans l'analyse des conflits entre les parties molles et le matériel orthopédique du fait de sa grande résolution spatiale et des faibles artefacts métalliques; c'est le seul examen permettant une analyse dynamique. Elle permet aussi

le diagnostic des douleurs neuropathiques en recherchant des névromes ou leur équivalent (épaississement) des nerfs sous-cutanés, un nerf piégé dans la cicatrice (3).
Au terme de ce bilan, il est souvent possible d'arriver à un diagnostic qui permettra de proposer un traitement adapté.

(1) Piscitelli P, Iolascon G, Innocenti M, Civinini R, Rubinacci A, Muratore M, et al. Painful prosthesis : approaching the patient with persistent pain following total hip and knee arthroplasty. Clin Cases Miner Bone Metab 2013 ; 10 : 97–110.
(2) Hargunani R, Madani H, Khoo M, Fotiadou A, Pressney I, Calleja M, et al. Imaging of the Painful Hip Arthroplasty. Can Assoc Radiol J 2016 ; 67 : 345–55.
(3) Causeret A, Ract I, Jouan J, Dreano T, Ropars M, Guillin R. A review of main anatomical and sonographic features of sub- cutaneous nerve injuries related to orthopedic surgery. Skeletal Radiol 2018; 47 : 1051–68.

Cours supérieurs

Douleur chronique après chirurgie, pas seulement neuropathique

Le SDRC post-opératoire : le détecter, l'expliquer, le traiter. Expérience, succès et échecs d'une clinique à Québec, au Canada.

Anne Marie PINARD(1)Bénédicte LOMBART(2)

(1)Chu de Québec et Université Laval, Québec, Canada, (2)Hôpital Saint Antoine AP-HP, Paris, France

Le SDRC (Syndrome Douloureux Régional Complexe) survient généralement après un trauma ou une chirurgie. Bien que rare, cette maladie entraine un taux important d'incapacité et laisse des séquelles parfois débilitantes. La détection hâtive du SDRC est essentielle car le pronostic est amélioré par la prise en charge précoce. En plus de la réadaptation, renseigner les personnes qui en souffrent est essentiel. En effet, si la maladie est difficile à expliquer de façon claire sur le plan scientifique, elle est d'autant plus difficile à comprendre pour les patients. Une approche bienveillante, une grande disponibilité de l'équipe traitante et tenir compte de l'impact psycho-social du SDRC font partie du traitement.
Au sein de notre équipe, l'évaluation est généralement réalisée conjointement par l'anesthésiologiste, l'infirmière et un professionnel de la réadaptation, soit ergothérapeute ou physiothérapeute. Lors de la première rencontre, il est rare que nous réalisions un traitement; nous consacrons beaucoup de temps à expliquer la maladie, les traitements possibles et le pronostic. Sur le plan médicamenteux, nous utilisons les médicaments per os, mais utilisons aussi beaucoup de préparations topiques. En réadaptation, nous utilisons l'imagerie motrice, la mobilisation sous bloc intraveineux, la désensibilisation. Nous réalisons régulièrement des séries de blocs intraveineux, et parfois des blocs sympatholytiques. Les psychologues sont invités à intervenir chez environ le quart de nos patients. Si une réintervention est nécessaire, nous mettons en place un plan pour éviter la recrudescence des symptômes de SDRC.
Lors de cette présentation, nous discuterons de la prévention secondaire, de représentation du membre atteint, des différentes modalités de traitement, d'outils pour expliquer au patient et à son entourage, et des avenues offertes par la recherche.

1. Shafiee, E., et al., The Effectiveness of Rehabilitation Interventions on Pain and Disability for Complex Regional Pain Syndrome. The Clinical Journal of Pain, 2023. 39(2): p. 91-105.
2. Shafiee, E., et al., Rehabilitation Interventions for Complex Regional Pain Syndrome: An Overview of Systematic Reviews. Clin J Pain, 2023. 39(9): p. 473-483.

3. Louis, M.H., et al., Biological and psychological early prognostic factors in complex regional pain syndrome: A systematic review. Eur J Pain, 2023. 27(3): p. 338-352.
4. Jesudason, E.P., et al., Twenty questions on complex regional pain syndrome. Orthopaedics and Trauma, 2023. 37(2): p. 84-91.
5. Seth, I., et al., Effect of Perioperative Vitamin C on the Incidence of Complex Regional Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Foot Ankle Surg, 2022. 61(4): p. 748-754.
6. Mangnus, T.J.P., et al., From a Symptom-Based to a Mechanism-Based Pharmacotherapeutic Treatment in Complex Regional Pain Syndrome. Drugs, 2022. 82(5): p. 511-531.
7. Harden, R.N., et al., Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition. Pain Med, 2022. 23(Suppl 1): p. S1-S53.
8. Strauss, S., et al., Modifications in fMRI Representation of Mental Rotation Following a 6 Week Graded Motor Imagery Training in Chronic CRPS Patients. J Pain, 2021. 22(6): p. 680-691.
9. Lewis, J.S., et al., Visual illusions modulate body perception disturbance and pain in Complex Regional Pain Syndrome: A randomized trial. European Journal of Pain, 2021. 25(7): p. 1551-1563.
10. Bharwani, K.D., et al., Denying the Truth Does Not Change the Facts: A Systematic Analysis of Pseudoscientific Denial of Complex Regional Pain Syndrome. Journal of Pain Research, 2021. Volume 14: p. 3359-3376.
11. Crock, L.W. and M.T. Baldridge, A role for the microbiota in complex regional pain syndrome? Neurobiol Pain, 2020. 8: p. 100054.
12. Lewis, J.S., et al., Body Perception Disturbance and Pain Reduction in Longstanding Complex Regional Pain Syndrome Following a Multidisciplinary Rehabilitation Program. Pain Med, 2019.
13. Jo, Y.H., et al., Incidence of and Risk Factors for Complex Regional Pain Syndrome Type 1 after Surgery for Distal Radius Fractures: A Population-based Study. Sci Rep, 2019. 9(1): p. 4871.
14. Petersen, P.B., et al., Risk Factors for Post-treatment Complex Regional Pain Syndrome (CRPS): An Analysis of 647 Cases of CRPS from the Danish Patient Compensation Association. Pain Pract, 2018. 18(3): p. 341-349.
15. Ott, S. and C. Maihofner, Signs and Symptoms in 1,043 Patients with Complex Regional Pain Syndrome. J Pain, 2018. 19(6): p. 599-611.
16. Xu, J., et al., Intravenous Therapies for Complex Regional Pain Syndrome: A Systematic Review. Anesth Analg, 2016. 122(3): p. 843-56.
17. Bruehl, S., An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists, 2010. 113(3): p. 713-725.

Cours supérieurs

Douleur chronique après chirurgie, pas seulement neuropathique

Le syndrome post mastectomie

Régis FUZIER(1)Geneviève SALVIGNOL(2)Audrey ECHE GASS(3)Chouki CHENAF(4)Anne DONNET(5)

(1)Unité d'Anesthésiologie. Oncopole Claudius-Regaud, IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (2)Service Soins de Support. Oncopole Claudius-Regaud. IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (3)Service Soins de Support. Oncopole Claudius Regaud. IUCT-O de Toulouse, Toulouse, France, (4), Clermont-ferrand, France, (5), Marseille, France

Le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM) présente plusieurs définitions. Selon l'IASP, il s'agit d'une douleur chronique concernant la partie antérieure du thorax, le creux axillaire et/ou la moitié supérieure du bas survenant après une mastectomie et persistante plus de 3 mois après la chirurgie. Une revue systématique récente incluant 146 études a montré une variation entre 2% et 78%, avec une prévalence totale (résultats globaux) de 35% (IC95% : 32-39%) quelle que soit la sévérité de la douleur et 20% (IC95% : 17-23%) concernant la douleur modérée à sévère [1]. Les principaux facteurs de risque (FDR) comprennent les lésions des nerfs du thorax et du creux axillaire (lésion directe, compression par hématome ou cicatrice), la réalisation d'un curage axillaire et une prise en charge inadéquate de la douleur en postopératoire [2]. D'autres FDR ont été avancés comme l'âge, les comorbidités, des facteurs psychologiques, des intoxications, des facteurs génétiques... [3-6]. Plusieurs thérapeutiques ont montré leur efficacité [7]: lipomodelage, excision du névrome, transplantation de ganglion lymphatique, bloc paravertébral, radiofréquence, injection de corticoïdes, laser à haute intensité, antidépresseurs, gabapentine, capsaïcine, kinésithérapie, thérapie cognitive. Il a été démontré qu'une non-maîtrise de la douleur dans les 72 heures postopératoires présentait un FDR prédictif de douleur chronique, avec un OR supérieur à 5 [8]. Les techniques d'analgésie locorégionale sont très efficaces sur la prise en charge de la douleur postopératoire immédiate. Quel est leur impact sur la prévention de la douleur chronique? Le débat n'est pas clos. Une étude récente a rapporté une réduction significative du risque de SDPM et de douleur neuropathique lorsqu'un bloc pecto-serratus était réalisé en préopératoire [9]. Des thérapies hors ALR semblent également prometteuses en périopératoires. C'est pas exemple le cas de l'association de prégabaline orale périopératoire et de esketamine en postopératoire [10]. Dans tous les cas, il est à privilégier une approche multidisciplinaire, plus efficace qu'un traitement médical standard [11].

1.Wang L et al. Prevalence and intensity of persistent post-surgical pain following breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Br J Anaesth 2020;125:346-57.

2. Chappell AG et al. Post-mastectomye pain syndrome: defining perioperative etiologies to guide new methods of prevention for plastic surgeons. World J Plast Surg 2020;9:247-53.
3. Shanthanna H. Risk factors and prediction medelling for chronic post-surgical pain after breast cancer surgery. Anaesthesia 2023;78:811-15.
4. Yusof KM et al. Association of psychological distress with arm mrobidity symptoms in breast cancer survivors: outcomes from the use of the PHQ-9 and GAD-7 questionnaires. Breast Cancer 2023;30:810-9.
5. Tan HS et al. Risk factors for persistent pain after breast cancer surgery: a multicentre prospective cohort study. Anaesthesia 2023;78:432-41.
6. Calapai M et al. Post-mastectomy pain: an updated overview on risk factors, predictors and markers. Life 2021;11:1026.
7. Chappell AG et al. Post-mastectomy pain syndrome: an up-to-date review of treatment outcomes. JPRAS Open 2021;30:97-109.
8. Habib AS et al. Risk factors for severe acute pain and persistent pain after surgery for breast cancer: a prospective observational study. Reg Anesth Pain Med 2019;44:192-9.
9. Mendonça FT et al. Long-term efficacy of pectoserratus plane block (PSPB) for prevention of post-mastectomy pain syndrome: extended follow-up from a randomuzed controlled trial. Clin J Pain 2023;39:334-9.
10. Wang M et al. Perioperative administration of pregabalin and esketamine to prevent chronic pain after breast cancer surgery: a randomized controlled trial. Drug Des Devel Ther 2023;17:1699-706.
11. Tait RC et al. Persistent post-mastectomy pain: risk factors and current approaches to treatment. J Pain 2018;19:1367-83.

Cours supérieurs

Troubles de l'Usage des Opioïdes en Cancérologie

TUO : de quoi parle t-on ?

Khalida BERKANE(1)

(1), Villejuif, France

Les opioïdes sont des médicaments Incontournables en douleurs tout particulièrement en oncologie, leur efficacité analgésique s'accompagne d haut potentiels addictif c'est à dire, qu ils sont capable d'activer artificiellement le système méso-cortico-limbique de la récompense ;

Le terme « récompense » est défini comme un événement qui augmente les chances de récurrence d'une réponse vers un élément hédonique positif. [1]

La récurrence de ce comportement va entrainer, dans certains cas [2], l'apparition de la dépendance puis de l'addiction toutes deux médiés par des neurotransmetteurs qui comprennent, mais sans s'y limiter, la dopamine [3]glutamate [4]acide γ-aminobutyrique (GABA) [5]sérotonine [6]et acétylcholine [7],

La compréhension des mécanismes neurobiologiques de l'addiction aux opioïdes est une étape fondamentale pour la prise en charge de ce trouble, même si elle ne suffit pas a l'expliquer; des données génétiques [8] épigénétiques [9]psychologiques et comportementales [10]viennent compléter les connaissances de ces mécanismes et le panel des traitements proposés.

Des connaissances pharmacologiques sont également nécessaires ; en effet, le potentiel addictif d'un opioïde dépend essentiellement de son profil pharmacocinétique (PK) ; Les médicaments avec un profil de Cmax élevée + T max basse associées à la propriété pharmacodynamique de l'euphorie sont les plus addictogènes[11].

En Cancérologie, Le trouble de l'usage des opioïdes (TUO) de prescription est une réalité clinique, il peut émerger avec le traitement des douleurs cancéreuses ou préexister. Sa prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe spécialisée pluridisciplinaire Algologues/Addictologues, formée au repérage de ce trouble et au traitement des sevrages en opioïdes, au maniement des médicaments de substitution opiacés et à l'accompagnement des patients douloureux chroniques.

La collaboration étroite avec les oncologues est nécessaire pour les sensibiliser au repérage des patients présentant un TUO et à reconsidérer systématiquement la prescription des opioïdes dès la rémission.

[1] Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760-773.

[2] Volkow ND. What do we know about drug addiction? Am J Psychiatry. 2005;162(8):1401–1402

[3] Everitt BJ , Belin D , Economidou D , et al. Mécanismes neuronaux sous-jacents à la vulnérabilité au développement d'habitudes compulsives de recherche de drogue et de dépendance . Philos Trans R Soc B. 2008 ;363(1507): 3125 – 3135
[4] Heinsbroek JA , De Vries TJ , Peters J . Systèmes glutamatergiques et mécanismes de mémoire sous-jacents à la dépendance aux opiacés . Cold Spring Harb Perspect Med. 2021 ;11(3) : a039602
[5] Heinsbroek JA, De Vries TJ, Peters J. Systèmes glutamatergiques et mécanismes de mémoire sous-jacents à la dépendance aux opioïdes. Perspectives de Cold Spring Harbor en médecine. 2021;11(3):a039602.
[6] Vashchinkina E , Panhelainen A , Aitta-Aho T , et al. Médicaments récepteurs GABAA et plasticité neuronale dans la récompense et l'aversion : focus sur l'aire tegmentale ventrale . Avant Pharmacol. 2014 ;5 : 256
[7] Cunningham KA , Anastasio NC . La sérotonine au carrefour de l'impulsivité et de la réactivité des signaux dans la dépendance à la cocaïne . Neuropharmacologie. 2014 ;76 : 460 – 478
[8] Wand GS, McCaul M, Yang X, et al. The mu-opioid receptor gene polymorphism (A118G) alters HPA axis activation induced by opioid receptor blockade. Neuropsychopharmacology. 2002;26(1):106–114.
[9] Zhang L, Loh HH, Law P-Y. A novel noncanonical signaling pathway for the μ-opioid receptor. Mol Pharmacol. 2013;84(6):844–853.
[10] Volkow ND. What do we know about drug addiction? Am J Psychiatry. 2005;162(8):1401–1402
[11] Schaeffer T. Abuse-deterrent formulations, an evolving technology against the abuse and misuse of opioid analgesics. J Med Toxicol
2012;8:400–7

Cours supérieurs

Troubles de l'Usage des Opioïdes en Cancérologie

TUO en pratique dans la douleur du cancer

Antoine BODEN(1)

(1), Toulouse, France

La douleur reste un symptôme fréquent du cancer : on estime ainsi qu'environ 38% des patients tous stades confondus présentent une douleur modérée à sévère [1, 2]. Dans ce cadre, le recours aux traitements antalgiques opioïdes est fortement recommandé avec un intérêt démontré [3].
Le diagnostic de trouble de l'usage d'une substance, et donc d'un opioïde (TUO), repose sur les critères du DSM 5 [4]. Il regroupe les notions précédentes d'abus et d'addiction. Bien que difficiles à évaluer, les TUO pourraient concerner 18% des patients douloureux chroniques hors cancer pour qui a été prescrit un traitement antalgique opioïde [5].
Les données concernant le risque de TUO au cours du cancer sont limitées, mais certaines suggèrent qu'il pourrait concerner 6.5 à 24% des patients, avec une sous-estimation très probable [6]. Ceci est problématique dans le sens où les TUO exposent à un risque de surmortalité avéré [7]. Ce risque parait plus important chez les patients jeunes, ayant des antécédents d'anxiété ou psychiatriques ou d'utilisation de substances psychotropes illicites [6].
Plusieurs outils existent afin d'évaluer le risque et dépister un TUO, tels que l'Opioid Risk Tool (ORT), le Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain - Revised (SOAPP-R) et le Prescription Opioïd Misuse Index (POMI) [6]. Leur utilisation est recommandée dans le cadre de la prise en charge du cancer [3, 8]. Néanmoins, ces échelles n'ont pas été validées dans cette indication spécifique et la pratique clinique suggère qu'elles pourraient être inadaptées, appelant donc le développement d'outils dédiés. Le dépistage peut également s'appuyer sur les tests urinaires, mais il n'existe pas de consensus concernant leur utilisation systématique [3, 8]. De plus, en cas de suspicion de TUO, il conviendra systématiquement de rechercher un soulagement insuffisant et / ou une inadéquation du traitement ayant pu entrainer des erreurs de prise (pseudo-mésusage) avant de conclure à ce diagnostic [8].
En cas de TUO avéré, une prise en charge pluridisciplinaire avec recours à une équipe spécialisée d'algologie, d'addictologie, de psychiatrie ou de soins palliatifs est recommandée [3, 8]. Dans cette situation, il est également recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription de naloxone « prête à l'emploi » [8].
En synthèse, le TUO au cours du cancer est un risque avéré mais vraisemblablement sous-estimé, dont le dépistage plus systématique nécessiterait potentiellement le développement d'outils spécifiques. Sa prise en charge se doit d'être transversale et

pluridisciplinaire, avec collaboration étroite entre les équipes d'algologie / soins palliatifs et d'addictologie.

[1] van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340. Epub 2016 Apr 23. PMID: 27112310.
[2] Evenepoel M, Haenen V, De Baerdemaecker T, Meeus M, Devoogdt N, Dams L, Van Dijck S, Van der Gucht E, De Groef A. Pain Prevalence During Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2022 Mar;63(3):e317-e335. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.011. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34563628.
[3] Paice JA, Bohlke K, Barton D, Craig DS, El-Jawahri A, Hershman DL, Kong LR, Kurita GP, LeBlanc TW, Mercadante S, Novick KLM, Sedhom R, Seigel C, Stimmel J, Bruera E. Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2023 Feb 1;41(4):914-930. doi: 10.1200/JCO.22.02198. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36469839.
[4] Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M, Grant BF. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013 Aug;170(8):834-51. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782. PMID: 23903334; PMCID: PMC3767415.
[5] Campbell G, Bruno R, Lintzeris N, Cohen M, Nielsen S, Hall W, Larance B, Mattick RP, Blyth F, Farrell M, Degenhardt L. Defining problematic pharmaceutical opioid use among people prescribed opioids for chronic noncancer pain: do different measures identify the same patients? Pain. 2016 Jul;157(7):1489-1498. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000548. PMID: 26963848.
[6] Keall R, Keall P, Kiani C, Luckett T, McNeill R, Lovell M. A systematic review of assessment approaches to predict opioid misuse in people with cancer. Support Care Cancer. 2022 Jul;30(7):5645-5658. doi: 10.1007/s00520-022-06895-w. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35166898; PMCID: PMC9135805.
[7] Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, Marshall BDL, Tyndall M, Walsh SL. Opioid use disorder. Nat Rev Dis Primers. 2020 Jan 9;6(1):3. doi: 10.1038/s41572-019-0137-5. PMID: 31919349.
[8] Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Recommandation de bonne pratique. HAS. 2022.

Cours supérieurs

Troubles de l'Usage des Opioïdes en Cancérologie

La méthadone low dose en co antalgie : un trouble de l'usage ? Un traitement substitutif ? Autre ?

Erwan TREILLET(1)

(1), Paris, France

La méthadone est un opioïde de synthèse qui a la particularité d'activer les récepteurs opioïdes μ, κ et δ mais aussi d'avoir un effet inhibiteur de la recapture de la sérotonine et des récepteurs N-methyl-d-aspartate (NMDA). (1)
Du fait de ces propriétés pharmacologiques, la méthadone est une molécule particulièrement intéressante dans le traitement de la douleur, notamment celle du cancer dont la prévalence reste élevée. (2)
Pour autant, malgré une AMM obtenue en France en 2018 en deuxième intention pour la prise en charge de la douleur liée au cancer, son utilisation reste limitée dans des centres expérimentés, notamment en raison du risque d'allongement du QT impliquant la nécessité d'une hospitalisation de quelques jours pour son introduction en relai d'un opioïde de première intention mais aussi en raison des nombreux protocoles de conversion existant et dont aucun ne fait consensus. (3-4-5) Un site de conversion à la méthadone a été récemment proposé : https://www.metaconvert.eu/
Ces dernière années, l'utilisation de la méthadone à plus faible dose et en co administration avec l'opioïde préalables'est développée. (6-7)
Cette modalité d'utilisation de la méthadone s'est popularisée, notamment avec les résultats encourageants obtenus par des études observationnelles rétrospectives. (8-9-10)
La seule étude randomisée contrôlée réalisée en démontre l'efficacité notamment pour obtenir un soulagement plus rapidement. (11)
Notre étude vise à compléter les données scientifiques liées à cette coadministration de méthadone.
Nous avons mené une étude prospective multicentrique et observationnelle des pratiques cliniques et de leurs effets dans 18 centres français, de janvier 2021 à mai 2022. Nous avons, évalué l'efficacité et l'innocuité de l'introduction de méthadone à faibles doses en association avec un autre opioïde, pour des patients atteints de cancer douloureux.
Sur les 81 patients inclus, 69 (85,2%) et 55 (68%) ont été évalués à J7 et J14 respectivement.
Une différence significative de l'intensité de la douleur a été retrouvée à J7 et à J14.
Ont été considérés comme répondeurs les patients avec une diminution de l'intensité douloureuse d'au moins 30% et/ou avec une amélioration clinique significative mesurée

avec le PGIC (Patients' Global Impression of Change) par rapport à la première évaluation.
Le pourcentage de répondeurs de 60,9% à J7 et de 67,3% à J14.
Aucun effet indésirable grave n'a été relevé. Les doses moyennes de méthadone étaient de 5,2mg à J7 et 10,4mg à J14.
Ces données confirment l'intérêt de la méthadone à petites doses en coadministration avec un autre opioïde dans la prise en charge de la douleur liée au cancer et suggèrent que cette modalité d'utilisation permet de limiter les risques et contraintes liés à son utilisation en rotation complète.

1 : Kreutzwiser D, Tawfic QA. Methadone for Pain Management: A Pharmacotherapeutic Review. CNS Drugs. 2020 Aug;34(8):827-839. doi: 10.1007/s40263-020-00743-3. PMID: 32564328.
2. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ (2016) Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 51:1070-1090 e9
3. Treillet E, Giet O, Picard S, Laurent S, Serresse L. Methadone Switching for Cancer Pain: A New Classification of Initiation Protocols, Based on a Critical Literature Review. J Palliat Med. 2021 Dec;24(12):1884-1894.
4. Mercadante S. A better interpretation of data regarding the opioid switching to methadone. BMC Palliat Care. 2023 Jun 7;22(1):65.
5. Ding H, Song Y, Xin W, Sun J, Zhong L, Zhou Q, He C, Gong L, Fang L. Reply to "A better interpretation of data regarding the opioid switching to methadone". BMC Palliat Care. 2023 Jun 7;22(1):66.
6. McKenna M., Nicholson A.B. Use of methadone as a coanalgesic. J. Pain Symptom Manag. 2011;42:e4–e6.
7. Haughey C., Watson M., White C. Use of methadone as a coanalgesic: Response to McKenna and Nicholson. J. Pain Symptom Manag. 2012;43:e5–e6.
8. Wallace E., Ridley J., Bryson J., Mak E., Zimmermann C. Addition of methadone to another opioid in the management of moderate to severe cancer pain: A case series. J. Palliat. Med. 2013;16:305–309. doi: 10.1089/jpm.2012.0335. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Courtemanche F., Dao D., Gagné F., Tremblay L., Néron A. Methadone as a Coanalgesic for Palliative Care Cancer Patients. J. Palliat. Med. 2016;19:972–978.
10. Chary S A.-R.A. Galloway L Ultralow-dose adjunctive methadone with slow titration, considering long half-life, for outpatients with cancer-related pain. Palliat. Med. Rep. 2020;1:119–123.
11. Duarte FCN, Ferraro LHDC, Ferreira A, Sakata RK. A Randomized Controlled Trial Evaluating the Analgesic Effect of the Combination of Methadone With Morphine for Cancer Related Pain. Clin J Pain. 2021 Sep 1;37(9):664-668.

Cours supérieurs

Douleurs induites

Prévalence et communication : « ATTENTION, JE PIQUE »

Agnès-Aminata DIAKHATE(1)

(1)Hôpital Avicenne, Equipe Mobile soins palliatifs, Bobigny, France

Cette phrase interpelle ? Semble familière ? L'avez-vous déjà employée ou entendue ? Dans une étude réalisée en 2015, 96.7% des patients estiment que la communication pourrait être efficace pour soulager la douleur lors de gestes invasifs, comme la pose d'un cathéter veineux périphérique. [1] De plus nous savons qu'utiliser un langage négatif (« Est ce que vous avez mal ? » ; « Attention je pique ») entraine des douleurs plus importantes pour le patient [2] et qu'à l'inverse une communication thérapeutique orientée sur le confort favorise le soulagement et la satisfaction des patients [1]. Une enquête réalisée auprès de 16 infirmiers hospitaliers a montré qu'ils apportent une grande importance à la communication dans les soins, l'utilise principalement pour rassurer le patient, et l'emploi de phrase orientée vers le confort de la personne soignée. Cependant l'utilisation de termes à connotation négative est encore choisie (« attention, je pique », « avez-vous mal ? »), d'autant plus lors du prélèvement sanguin ou la pose de voie veineuse, où l'utilisation de mots comme « piquer », et « désagréable » reste majoritaire. [3] Comment modifier cela ? L'ajout de contenu de formation initiale et continue, en lien avec la communication thérapeutique, la communication hypnotique et la douleur induite semble nécessaire, pour permettre de favoriser l'autonomie de l'individu, en le remettant au centre de sa prise en charge, de réduire l'impact des mots, et créer un coping (capacité à faire face) positif pour la personne soignée. La communication thérapeutique, où comment transformer le « Attention je pique ». En prenant en compte l'individu car chaque personne se construit une « image du monde ». [4] Le cerveau va interpréter l'environnement, l'information, selon les probabilités les plus fortes, en faisant des prédictions basées sur les attentes de l'individu. A force de percevoir les choses d'une certaine façon, chaque individu construit une réalité qui lui est propre. Chaque individu est unique, chaque douleur est unique. La posture professionnelle alliant congruence, empathie, disponibilité. L'utilisation d'un vocabulaire positif, ce qui nous amène à repenser des phrases largement utilisées dans les domaines du soin comme « ne vous inquiétez pas », « ça ne va pas faire mal », ou encore « Vous n'êtes pas tout seul (pour rassurer le patient) ». Alors utilisons plutôt : « Nous sommes avec vous, je suis présente, je suis là avec vous » et finalement : « Je vais y aller, cela peut ne pas être agréable ». Une communication vectrice de confort enrichi par les neurosciences, la psychologie, l'hypnose…

[1] FUSCO Nicolas, BELOEIL Hélène, « FAUT-IL TRAITER EN FONCTION DU SCORE DOULOUREUX ? », MAPAR2019
[2] LANG EV, HATSIOPOULOU O, KOCH T, BERBAUM K, LUTGENDORF S, KETTENMANN E, LOGAN H, KAPTCHUK TJ. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain. 2005 Mar;114(1-2):303-9. doi: 10.1016/j.pain.2004.12.028. Epub 2005 Jan 26. PMID: 15733657.
[3] DIAKHATE Agnès-Aminata, « Quand la communication devient un soin », MFE, DIU Pratiques Psycho Corporelles et Santé Intégrative. Année 2021/2022.
[4] LAVAULT Sophie. Pratiques psycho-corporelles en santé intégrative : sous l'œil des neurosciences. DIU PPC/SI. Université Paris Saclay. Année 2021/2022.

Cours supérieurs

Douleurs induites

DOULEUR(S) ET BRANCARDAGE : L'EXPÉRIENCE GUSTAVE ROUSSY

Julie BERARD MISTIAEN(1)Nebbak JEAN-MARIE(2)

(1)GUSTAVE ROUSSY - Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Villejuif, France,
(2)GUSTAVE ROUSSY, Villejuif, France

Les patients atteints de cancer sont soumis à de nombreux déplacements dans l'hôpital, et la prise en charge de la douleur des patients est un axe d'attention prioritaire dans le transport interne à Gustave Roussy.
A l'initiative des brancardiers, et avec le soutien du Comité de Lutte Contre la Douleur, un état des lieux sur les douleurs provoquées par le brancardage a été réalisé dès 2005. Plusieurs enquêtes auprès des patients se sont succédées depuis lors : en 2006, 2012 et 2018.
L'étude originale de 2006 avait permis d'identifier les facteurs susceptibles de provoquer ces douleurs :
-les passages de paliers d'ascenseurs/des barres de seuil
-les manutentions
-l'attente
Il ressortait également de cette étude que ces douleurs provoquées sont essentiellement ressenties par les patients initialement douloureux, mettant ainsi en évidence la nécessité de mettre en place une prémédication avant leur transport.
Un plan de progrès dynamique impliquant tous les intervenants de la chaîne du transport avait été construit, avec des actions concrètes d'amélioration :
-sensibilisation des brancardiers avec la mise en place d'une formation à la prise en charge de la douleur, l'élaboration d'un guide de tutorat priorisant la prise en charge de la douleur, et dernièrement la structuration de la formation des nouveaux arrivants, avec la création d'un passeport d'intégration des brancardiers en cancérologie ;
-mise en place d'une procédure de brancardage pour les patients douloureux avec évaluation de la douleur et prémédication avant le départ, puis réévaluation après le retour en chambre ;
-adaptation du mode de transport à l'état de santé du patient et à son degré d'autonomie, et formation aux méthodes de manutention orientée sur la prévention des douleurs lors des transferts ;
-déploiement d'un logiciel de brancardage pour diminuer la durée de l'attente et optimiser l'organisation des transports. Le logiciel est régulièrement amélioré ;
-amélioration continue du confort des matériels de transport.
Un point d'étape a été réalisé en 2012 afin de suivre l'évolution des mesures correctrices.

L'enquête de 2018 a permis de vérifier l'efficacité du plan de progrès avec une diminution significative des douleurs provoquées par les manutentions, une diminution très significative des douleurs provoquées par l'attente et lors du passage des paliers d'ascenseurs pour les patients initialement douloureux.
L'administration d'un traitement antalgique préventif aux patients initialement douloureux a significativement permis de ne pas majorer le niveau de leur douleur pendant le transport (aller et retour), y compris pendant le temps de l'examen.
De nouvelles actions d'amélioration sont en cours d'évaluation avec mise en place d'une étude en 2024. La prise en charge des douleurs induites reste une priorité.

Nebbak JM, Le Deley MC (2005) Le brancardage, une autre source de douleurs. J Eur Soins Palliat 12:112–4

Nebbak JM, Mathivon D, Di Palma M (2008) Évaluation prospective des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage : état des lieux et propositions d'amélioration Bull Cancer95 :551-55

Nebbak JM, Vignozzi A, Bussy C et al (2013) Mesures concrètes de prévention des douleurs provoquées par les opérations de brancardage dans un institut de cancérologie Bull Cancer100:679–87

Nebbak JM, Najean M, Berard-Mistian J et al (2019), Douleur des patients et brancardage : où en est-on 12 ans après ? Poster SFETD

Cours supérieurs

Douleurs induites

Prévention des douleurs induites

Charlotte BEVIS(1)

(1)CHU de Montpellier/CETD pédiatrique, Montpellier, France

Depuis la fin des années 80, les professionnels de santé ont cherché à reconnaitre, évaluer et soulager la douleur dont la douleur liée au soin. Le 3éme plan douleur a d'ailleurs amené en 2002 à la création du CNRD (1). EN 2013, la douleur induite est enfin définie comme étant de courte durée, prévisible et donc susceptible d'être prévenue (2). Elle peut être présente au quotidien pour les patients quel que soit l'âge et la structure de soins (établissement de santé, consultations de ville, soins sur le domicile…) et regroupe un grand nombre de soins ou d'actes effectués par tous les professionnels de santé.
Nous proposerons d'abord une mise au point sur la prévention de la douleur induite, insistant sur la nécessité d'une réponse multimodale intégrant les moyens pharmacologiques et les interventions non médicamenteuses. Sans prétendre être exhaustif, Il existe de nombreux moyens d'action comme l'EMLA, le MEOPA, le respect des délais ou durée d'action, la question du temps et de l'organisation, le choix du matériel… Mais aussi l'importance d'y associer une technique relationnelle permettant une relation et une communication adaptées au patient et au contexte pas toujours enseignées en formation initiale (3).
Il existe de nombreuses recommandations émanant de différentes sociétés savantes (4) ou de l'HAS (5) et pourtant la qualité de cette prévention reste fragile et non uniforme. C'est un droit pour le patient d'être soulagé de cette douleur induite comme pour toute douleur et nous avons une obligation de moyens. Des éléments de surveillance avec une évaluation de la douleur régulière nous permettent de s'assurer de l'efficacité de cette prévention et de la réajuster si nécessaire. Certaines « légendes hospitalières » tenaces malgré les formations, certaines résistances individuelles ou d'équipes nous rappellent que dans ce domaine rien n'est jamais acquis.
L'infirmier est un maillon essentiel dans la prévention de ces douleurs, notamment par le rôle de référent douleur (6), et s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire nécessaire pour atteindre une bonne qualité de prise en charge.

(1) (1)2éme programme national de lutte contre la douleur 2002-2005
(2) (2)Les douleurs induites, Institut de la douleur UPSA, collectif, page 10
(3) (3)Thibault P., Fournival N., Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur. Lamarre (Editions) ; 2012. 146 p
(4) Site de la SFETD

(5) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville. Paris: Afssaps; 2009, mise à jour janv 2011. (Recommandations de bonnes pratiques).
(6) Etude sur le rôle et les missions des infirmiers référents douleur dans les services de pédiatrie, Association Sparadrap, Berlemont C., Bevis C., Blidi M., juin 2023
La douleur en question, 2018, SFETD CNRD collectif, Med-line
Article R. 4311-2 du code de la santé publique : Décret N° 2002 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – Article 2

Cours supérieurs

Migraine et Céphalée

Physiopathologie de la Migraine

Lénaïc MONCONDUIT(1)

(1), Clermont-ferrand, France

La migraine, qui est caractérisée par une céphalée accompagnée de symptômes digestifs et d'hypersensibilité sensorielle, était considérée à l'origine comme une pathologie vasculaire, impliquant les vaisseaux méningés richement innervés par le nerf trijumeau. Cependant, les études d'imagerie et d'électrophysiologie réalisées par la suite aussi bien chez des patients migraineux que dans des modèles animaux de migraine, ont montré que de multiples régions cérébrales étaient activées pendant et/ou entre les crises de migraine, que certaines aires corticales présentaient une hyperexcitabilité ou encore que leur connectivité était modifiée. Par ailleurs, le phénomène de dépression corticale envahissante a été mis en évidence chez les patients migraineux avec aura. Il est caractérisé par une forte activité neuronale suivie d'une dépression de cette même activité au niveau cortical. Ainsi la migraine est à présent décrite comme un syndrome douloureux d'origine neuro-vasculaire. Cependant, à l'heure actuelle, l'implication de ces régions dans le déclenchement de la crise migraineuse n'est pas complètement élucidée. En revanche, il existe un consensus sur les structures impliquées dans la douleur ressentie pendant les céphalées. Cette phase nécessite l'activation prolongée des nocicepteurs méningés, ce qui provoque au niveau périphérique, la libération de neuropeptides vaso-actifs tels que le CGRP. Il s'ensuit une sensibilisation des neurones du système nerveux central, notamment au niveau du complexe sensitif de trijumeau, premier relais central des informations sensitives issues de la sphère oro-faciale et des voies thalamo-corticales. En plus de ce mécanisme, il a été montré que les contrôles descendants qui modulent l'information nociceptive dès le premier relais central sont altérés.

Cours supérieurs

Migraine et Céphalée

Nouvelles recommandations françaises pour le traitement des migraines

Geneviève DEMARQUAY(1)

(1), Lyon, France

La prise en charge d'un patient migraineux débute par une évaluation permettant de poser le diagnostic de la migraine (avec et/ou sans aura), d'évaluer sa fréquence (épisodique ou chronique), son impact fonctionnel et émotionnel, chercher les facteurs de risque de migraine chronique et les comorbidités. Cette évaluation repose essentiellement sur les données de l'anamnèse et s'appuie sur l'agenda migraine, le HIT-6 et l'échelle HAD.
Un traitement de crise est proposé chez la majorité des patients. Ces traitements doivent être pris précocement avec une posologie adéquate et une voie d'administration adaptée en cas de troubles digestifs. Il est recommandé de prescrire un AINS en cas de crise d'intensité légère, un triptan en cas de crise sévère avec la possibilité de les associer en cas de crise résistante à un triptan seul. En cas de migraine avec aura, il est recommandé de prendre un AINS au début de l'aura et un triptan au début de la céphalée. Les opioïdes sont à éviter en raison des risques de surconsommation de médicaments.
L'initiation d'un traitement prophylactique est recommandée chez les patients présentant au moins 8 jours de migraine par mois et/ou lors de crises invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise (2). La mise en place du traitement doit être associée à une éducation sur les règles hygiéno-diététiques et à une prise en charge des facteurs de chronicisation. En cas de migraine épisodique, les traitements médicamenteux recommandés en première ligne sont les bétabloquants (propranolol ou métoprolol) ou en cas de contre-indication : amitriptyline, candésartan, topiramate (sauf chez une patiente en âge de procréer). En cas d'échec, un autre traitement de 1ière ligne ou un médicament avec une preuve d'efficacité moins élevée peuvent être proposés. Chez un patient avec un échec de plus de 2 traitements et présentant au moins 8 jours de migraine mensuels, un anticorps monoclonal ciblant la voie du CGRP peut être proposé. En cas de migraine chronique, le topiramate présente un niveau de preuve d'efficacité élevé avec toutefois un risque tératogène limitant sa prescription chez les femmes. Les traitements proposés dans la migraine épisodique peuvent être instaurés, même s'ils ont été moins évalués dans cette population. Les anticorps monoclonaux anti-CGRP et la toxine botulinique présentent un niveau de preuve d'efficacité élevé et peuvent être proposés en cas d'échecs à plus de 2 traitements médicamenteux. Concernant les approches non-pharmacologiques, l'activité physique doit être encouragée. Chez les patients ne souhaitant pas de traitements médicamenteux,

d’autres approches peuvent proposées : techniques de neurostimulation non invasives, acupuncture, mélatonine, Co-enzyme Q10, riboflavine et en cas d’anxiété importante et/ou mauvaise gestion du stress les approches psycho-comportementales.

(1) Demarquay, Moisset, Lantéri-Minet et al., Revised guidelines of the French Headache Society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 1: Diagnosis and assessment Rev Neurol 2021;177(7):725-733.
(2) Ducros, de Gaalon, Roos et al., Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Rev Neurol. 2021;177(7):734-752.
(3) Demarquay, Mawet, Guégan-Massardier et al., Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. Rev Neurol. 2021;177(7):753-759.

Cours supérieurs

Migraine et Céphalée

Innovations thérapeutiques dans le traitement de la migraine

Michel LANTERI-MINET(1)

(1), Nice, France

Aborder les innovations thérapeutiques dans le domaine de la migraine semble vain tant l'accès au marché de ces innovations est difficile en France. Ces difficultés sont illustrées par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la toxine botulinique dans le traitement de la migraine chronique qui a été délivrée par nos autorités près de dix ans après tous les autres pays européens et la situation des anticorps monoclonaux anti-CGRP qui, évalués avec un ASMR V par la Commission de Transparence, ne sont disponibles que sans remboursement ou en réserve hospitalière ce qui limite forcément leur accessibilité. En dépit de cette situation, cette présentation permettra de proposer une synthèse des données issues des plans de développement clinique mais également des nombreuses données de vie réelle qui s'accumulent permettant de mieux percevoir la place de ces innovations dans la prise en charge actuelle de la migraine, notamment chez les plus patients les plus sévèrement affectés. En marge de l'innovation, cette présentation permettra aussi de faire le point sur les alertes sanitaires de l'EMA et de l'ANSM concernant les troubles du neurodéveloppement induits par une exposition in utero aux antiépileptiques dont le bénéfice/risque est de fait remis en question chez les migraineuses en âge de procréer. Cette présentation permettra également de discuter des éléments clefs de deux nouvelles classes thérapeutiques : les ditans avec le lasmitidan, agoniste des récepteurs 5-HT1F, qui a obtenu son AMM pour le traitement de la crise et les gépants, antagonistes des récepteurs au CGRP, qui, pour certains, ont obtenu une AMM pour le traitement de la crise et une AMM pour le traitement prophylactique, ce qui à terme pourrait conduire à une modification substantielle du paradigme thérapeutique avec une seule classe thérapeutique permettant à la fois la gestion des crises et la prévention de ces dernières. Enfin, cette présentation, permettra de préciser la place (au moins en tant que traitement adjuvant) de la neuromodulation non invasive, notamment celle reposant sur des dispositifs médicaux portables.

Cours supérieurs

WTF : HPI et hypersensibilité en clinique de la douleur

Quels fondements pour l'HPI et l'hypersensibilité ?

Ana BAJRAMOVIC RICHET(1)

(1)Université Paris 8/ Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement, Paris, France

La confusion entre Haut potentiel (intellectuel) et Haute sensibilité est aujourd'hui plutôt courante. Nous avons d'ailleurs tendance à parler d'hypersensibilité alors que le terme approprié serait plutôt celui de la Haute Sensibilité. Dans un premier temps, nous définirons ces différents termes et ce qu'ils recouvrent tout en nous appuyant sur les études récentes (1) permettant de différencier au mieux ces catégorisations qui ne sont aucunement des troubles ou des pathologies. Les données de la recherche soulignent la nécessité d'abandonner la fausse croyance que la haute sensibilité est plus fréquente chez les hauts potentiels intellectuels.
Nous exposerons rapidement les différents axes de travail de la thérapie Lifespan Integration (LI) ou Thérapie Intégration du Cycle de Vie (ICV) qui sont l'intégration du vécu traumatique et non traumatique de l'histoire de vie du sujet, l'attachement et notamment l'acquisition d'un attachement sécure acquis (2) ainsi qu'une réappropriation de soi (3).
Dans le cadre d'une recherche selon le paradigme du Change Process Research, nous exposerons la prise en charge par le biais de la thérapie Lifespan Integration (LI) ou Intégration du cycle de vie (ICV) d'un sujet souffrant de spondylarthrite. Les difficultés de régulation émotionnelle du sujet ont été évaluées avec la DERS-f (4) tous les six mois tout au long de la thérapie. A partir d'une étude de cas pragmatique qui présente les processus de changement liés à la thérapie (5), nous verrons comment les différentes représentations de haut potentiel et de haute sensibilité ont évolué pour le sujet au cours de la thérapie et comment à partir de cette nouvelle compréhension, le sujet va évoluer vers une meilleure réappropriation de soi (3).

(1) Clobert, N., et Gauvrit N. (2021). Psychologie du haut potentiel. Deboeck Supérieur.
(2) Main, M. et Goldwyn, R. (1989). Adult attachment rating and classification system. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, Berkeley, CA.
(3) Van der Linden, M. (2018). Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. Revue de Neuropsychologie, neurosciences cognitives et cliniques, Vol 10 (1), 41-6. https://doi.org/10.3917/rne.101.0041
(4) Dan-Glauser, E.S. et Scherer, K.R. (2013). The difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor structure and consistency of a French Translation. Swiss Journal pf Psychology, 72(1).

(5) Fishman, D. (1999). The case for pragmatic psychology. New York University press.

Cours supérieurs

WTF : HPI et hypersensibilité en clinique de la douleur

HPI et hypersensibilité en clinique de la douleur

Bertrand LIONET(1)

(1), Dunkerque, France

Hypersensibilité, haut potentiel intellectuel (HPI), troubles du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité (TDA-H), dyslexie, dyspraxie, syndrome de Gilles de la Tourette, troubles du spectre autistique, toutes ces manifestations cliniques composent le champ de ce qu'on appelle dorénavant les troubles neurodivergents qui, selon de récentes études, seraient surreprésentés chez les personnes atteintes de douleurs chroniques [1 ; 2].
En arrière-plan, se profile la question de dysfonctionnements neurologiques centraux ou de mécanismes de traitements des informations qui pourraient leurs être communs, notamment pour l'hyperactivité [3], les hauts potentiels intellectuels [4] ou l'autisme [5].
Ces résultats vont dans le sens de précédents articles et de précédentes recherches sur les liens existants entre la douleur chronique et des modifications de la synchronie ou des seuils sensoriels par le biais des émotions. Ces phénomènes complexes seraient-ils finalement les parties visibles de mécanismes princeps sous-jacents ?
Après un court rappel des notions de neurodiversité et de neurodivergence, nous présenterons les études existantes sur ses liens entre douleurs chroniques et troubles neurodivergents - études issues des travaux français et anglo-saxons - ainsi que les mécanismes psychologiques communs envisagés.
La psychologie sociale servira à éclairer les biais actuellement repérables dans les premiers résultats obtenus [6]. Ce qui permettra également d'interroger les enjeux sociaux culturels et épistémologiques avant d'envisager les implications concrètes de ces données en clinique de la douleur: qu'apporte la prise en compte des troubles neurodivergents pour les patients douloureux ?

[1] Kelly, C. (2023). The Association Between Fibromyalgia, Hypermobility and Neurodivergence Extends to Families: Brief Report. Qeios.
[2] Csecs, J. L., Iodice, V., Rae, C. L., Brooke, A., Simmons, R., Quadt, L., ... et Eccles, J. A. (2022). Joint hypermobility links neurodivergence to dysautonomia and pain. Frontiers in Psychiatry, 12, 786916.
[3] Furlanetto, A., et Spoljar, P. (2017). De l'hyperactivité à la fibromyalgie: une dette insolvable (étude de cas). Cliniques méditerranéennes, 96(2), 19-35.

[4] Lorriot, S., Yvert, B., Plaisant, C., Suzanne, D., Chatet, G., Dreneau, J., et Lafon, B. (2020). Le haut potentiel intellectuel est-il surreprésenté dans une population de patients douloureux chroniques?. Douleur et Analgésie, 33(3), 169.
[5] Ryan, L., BEER, H., Thomson, E., Philcox, E., et Kelly, C. (2023). Autistic Traits Correlate with Chronic Musculoskeletal Pain: A Self-Selected Population Based Survey. OBM Neurobiology, 7(1), 1-21.
[6] Barfety-Servignat, V., Lionet, B. (2020). Lettre à l'éditeur: Lorriot et al. Le haut potentiel intellectuel est-il surreprésenté dans une population de patients douloureux chroniques?. Douleur et Analgésie, 33(3), 181.

Cours supérieurs

WTF : HPI et hypersensibilité en clinique de la douleur

Le spectre des hauts potentiels. Quelles réalités cliniques, développementales et psychopathologiques ?

Catherine WEILMANN ARCACHE(1)

(1), Rouen, France

Du point de vue clinique, nous envisagerons l'incidence des hauts potentiels sur le développement, et notamment sur le processus adolescent (et réciproquement), ainsi que leurs impacts sur la psychopathologie : facteur de protection ou de sévérité ? Nous prendrons en compte certaines caractéristiques psychiques communes à ces sujets, marquées par une intensité singulière. Nous interrogerons ces caractéristiques (intensité, hypersensibilité, réactivité) à la lumière des curseurs contemporains qui redéfinissent les critères du normal et du pathologique : tableaux psychopathologiques versus modifications socio-culturelles des expressions et conduites humaines ? Des vignettes cliniques illustreront notre propos, de l'enfance à l'âge adulte.

1- Weismann-Arcache, C. (à paraître janvier 2024). Le spectre des hauts potentiels : ni Q.I., ni maladie. Dans Approches plurielles du haut potentiel et de la haute sensibilité (dir. N. Duriez), Dunod.
2- Weismann-Arcache, C. (2021). Pensée, intelligence ou cerveau? Subjectivation et psychopathologie des apprentissages. Journal de la Psychanalyse de l'enfant. Paris: Presses Universitaires de France 2021-2 (Vol.II), 429-439.
3- Weismann-Arcache, C. (2019). Icare et ses prothèses. Itinéraire d'un adolescent « augmenté ». Cliopsy, 21, 105-119.
4- Weismann-Arcache C. (2017). Les enfants à haut potentiel intellectuel : de la réalité clinique au phénomène sociétal. Dans Le travail du psychologue à l'école. Éditions Chronique Sociale, 224-236.
5- Weismann-Arcache, C. (2009). Les surdoués, du bébé à l'adolescent. Les destins de l'intelligence. Collection Naître, Grandir, Devenir. Paris : Belin.

Cours supérieurs

Douleur chez les survivants du Cancer

Témoignage d'une patiente présentant des douleurs chroniques après cancer pendant l'enfance

Cécile FAVRÉ(1)

(1), Paris, France

Je m'appelle Cécile Favré, j'ai 47 ans. En 1992, à 16 ans, j'ai eu un sarcum d'Ewing à l'aile iliaque droite, traité par chimiothérapie, autogreffe et opération orthopédique avec ablation de l'aile iliaque.
Les traitements ont été difficiles. Chaque examen douloureux est gravé dans ma mémoire. L'opération est l'acte le plus douloureux que j'ai subi, car je n'ai pas été préparé. Mais j'ai de la chance d'avoir ce super montage qui me permet de marcher. J'ai dû reprendre une vie normale avec un nouveau corps et des douleurs permanentes.
Prise en charge par le professeur Laroche au centre de la douleur de l'hôpital Saint Antoine, nous avons fait un bilan complet afin de voir comment je pouvais être soulagée. J'ai eu un traitement médicamenteux dans un premier temps et puis une prise en charge par une psychiatre spécialisée dans la douleur. Nous avons fait un gros travail ensemble et j'ai pu déposer mon gros sac à dos et classer toutes les étapes de mon cancer par fichier comme dans un ordinateur. Elle m'a appris à appréhender les douleurs avec plus de légèreté. J'ai encore beaucoup de mal à gérer les nouvelles douleurs car ma crainte la plus grande est d'avoir à nouveau à vivre un second cancer. L'épée Damoclès reste au-dessus de ma tête surtout avec les conséquences à long terme des traitements.
Début 2021, suite à une consultation de suivi à long terme à Gustave Roussy, je suis prise en charge par le docteur Laurent puis le Docteur Sévèque au centre de la douleur. Il m'est proposé différentes techniques qui pourraient peut-être me soulager. J'ai testé mais sans grand succès. Je rentre dans le protocole du cannabis thérapeutique, je suis soulagée en partie au niveau des douleurs neurologiques mais cela ne fonctionne pas sur les douleurs inflammatoires qui sont malheureusement conséquentes chez moi.
Je vis avec mes douleurs plus ou moins fortes selon les jours. Le fait de ne pas pouvoir les comprendre à tendance à engendrer un stress et peut me rendre irritable surtout quand celles-ci durent plusieurs jours. Il y a une répercussion sur mon quotidien et je dois faire avec car à ce jour, la douleur zéro n'existe pas. Sur une échelle de 0 à 10, je me situe entre 5 et 6, cela peut paraître élever mais je les gère et je m'adapte. J'ai un traitement médicamenteux associé au cannabis thérapeutique et j'ai recours à la fasciathérapie, à de la kiné avec la méthode Dry Needlind, la méditation, l'autohypnose. Je suis guérie mais à quel prix... C'est un combat de tous les jours.

Cours supérieurs

Douleur chez les survivants du cancer

Cancer pendant l'enfance et douleurs résiduelles : revue de la littérature

Petronela RACHIERU SOURISSEAU(1)

(1)CHU Angers, Unite douleur pédiatrique, Angers, France

Le cancer chez l'enfant reste une maladie rare. Soixante-quinze à quatre-vingt % des enfants vont guérir de leur maladie et continuer leur vie. Depuis plusieurs années maintenant la qualité de vie des survivants d'un cancer est au centre des préoccupations, avec une attention particulière accordée à la toxicité des organes : cardiaque, hépatique, rénale etc, le retentissement sur la fertilité. De plus en plus d'études sont dédiés à l'intégration en société du côté socio-economique. Nous présentons une revue de la littérature internationale qui s'intéresse à la douleurs chronique après cancer ainsi qu'à la mémoire de la douleur induite par les gestes lors du traitement et ses répercussions à long terme.

1. Schulte F et al.:Pain in long-term survivors of childhood cancer: a systematic review of the current state of knowledge and a calk to action from the Children's Oncology Group, Cancer 2021;127:35-44
2. Stone A et al. : Topical review: Pain in survivors of Pediatric Cancer:Applying a prevention framework; Journal of Pediatric Psychology, 43(3),2018, 237-242
3. Tonning Olsson I et al.: Pain and functional outcome in adult survivor of childhood cancer: a report from the St Jude lifetime cohort study; Cancer 2021; 127: 1679-1689

Cours supérieurs

Douleur chez les survivants du Cancer

Enquête auprès des adultes traités pour un cancer pendant l'enfance : quels souvenirs et conséquences de la douleur induite par les soins et quelles douleurs séquellaires ?

Marie-Anne SÉVÊQUE(1)

(1), Villejuif, France

Les cancers pédiatriques restent une maladie rare, avec 2300 cas diagnostiqués par an soit environ 0.6% des cancers tous âges confondus. Près de 80% de ces cancers peuvent être guéris (1). Or les personnes ayant eu un cancer dans l'enfance sont potentiellement plus exposées à développer des douleurs chroniques en rapport avec la maladie et/ou le traitement reçu avec parfois un retentissement significatif sur la qualité de vie (2) (3). En effet, à l'âge de 45 ans la prévalence cumulée de troubles physiques, neurocognitifs ou psychosociaux chroniques est de l'ordre de 95%. (3)
Un projet de recherche prospectif auprès de patients de plus de 18 ans en rémission depuis plus de 5 ans a été mené auprès de patients suivis en consultation long terme ainsi qu'auprès d'associations de patients Les Aguerris, Aida, On est là.
La méthode a utilisé un questionnaire anonyme en ligne (4) élaboré en pluridisciplinarité (onco-pédiatres, algologues et patients), explorant la présence de douleurs chroniques et leur retentissement sur la vie quotidienne, ainsi que le souvenir de douleurs induites par les soins du cancer et leur éventuel impact sur des soins actuels.
L'objectif est de faire un état des lieux de la prévalence de douleurs chroniques afin d'améliorer la prise en charge des douleurs induites par les soins et la prévention de la chronicisation des douleurs.

1) Les cancers pédiatriques en France (e-cancer.fr)
2) Hudson MM, Ness KK, Gurney JG, Mulrooney DA, Chemaitilly W, Krull KR, Green DM, Armstrong GT, Nottage KA, Jones KE, Sklar CA, Srivastava DK, Robison LL. Clinical ascertainment of health outcomes among adults treated for childhood cancer. JAMA. 2013 Jun 12;309(22):2371-2381. doi: 10.1001/jama.2013.6296. Erratum in: JAMA. 2013 Jul 3;310(1):99. PMID: 23757085; PMCID: PMC3771083.
3) Tonning Olsson I, Alberts NM, Li C, Ehrhardt MJ, Mulrooney DA, Liu W, Pappo AS, Bishop MW, Anghelescu DL, Srivastava D, Robison LL, Hudson MM, Ness KK, Krull KR, Brinkman TM. Pain and functional outcomes in adult survivors of childhood cancer: A report from the St. Jude Lifetime Cohort study. Cancer. 2021 May 15;127(10):1679-1689. doi: 10.1002/cncr.33303. Epub 2020 Dec 28. PMID: 33369896; PMCID: PMC8281361

4) Lien vers le questionnaire : https://skezia.io/cohorts/4c049dd8-6988-4357-96de-0b051c9e7d7f/f0921e11-ef00-4a63-888f-c1db52854dd2/public

Cours supérieurs

Douleur et traumatismes

Médecine de la douleur en temps de guerre

Volodymyr ROMANENKO(1)

(1), Kiev, Ukraine

The Russian full-scale invasion of Ukraine in 2022 brought forth unprecedented challenges for the healthcare system, particularly in the field of pain medicine and neurology. This presentation sheds light on the multifaceted impact of the conflict on pain management and neurorehabilitation and underscores the resilience of the Ukrainian medical community.

The main challenges that affect pain medical services in Ukraine are:

1. Mass migration and healthcare disruption. The massive migration of Ukrainians to Western Ukraine and Europe strained healthcare resources, leaving behind a void of expertise and care for pain management [1].
2. Healthcare infrastructure devastation. Nearly 1000 hospitals, clinics, and pharmacies were damaged or destroyed, leading to a severe shortage of facilities [2].
3. Risk to healthcare providers. Tragically, doctors and healthcare professionals faced perilous conditions with some losing their lives while providing care [2].
4. Healthcare workforce exodus. A substantial exodus of medical staff, including almost 12% of doctors, 13% of nurses and 16% of midwives, exacerbated the shortage of healthcare practitioners, impacting all healthcare services and pain management in particular [3].
5. Emergence of virtual clinics. The rise of online consultations played a pivotal role in providing pain management services to the displaced population [4,5].
6. Medical supply shortages. The initial stages of the invasion witnessed acute shortages of essential drugs and disposable materials, posing significant challenges to practitioners [6].
7. Energy crisis. Blackouts observed in fall 2022 – winter 2023 compelled surgeons, anesthesiologists and other healthcare practitioners to perform critical procedures using diesel generators, presenting unique challenges. Massive blackouts changed circadian rhythms of many people, led to sleep disturbances and exacerbation of many chronic pain conditions [7].
8. Amputations and phantom limb pain. The conflict resulted in a huge number of amputations, leading to an increased prevalence of phantom limb pain syndromes, emphasizing the need for specialized pain management and rehabilitation [8].
9. Post-traumatic stress disorder (PTSD). An estimated 25.9% of Ukraine's population now grapples with PTSD. In 2023, Ukraine's parliament approved the draft

law on legalizing medical cannabis for medical purposes in the first reading, offering a potential avenue for pain relief and widespread use in managing PTSD [9].

This presentation explores the complex interplay between war, pain medicine and healthcare system in general, highlighting the resilience of healthcare professionals in the face of adversity. It underscores the importance of international solidarity and support for nations enduring conflict, as well as the adaptability of medical practice in times of extreme events.

1. UNHCR. (2023). Ukraine Situation: Response in Europe. Retrieved from https://reporting.unhcr.org/operational/situations/ukraine-situation on 1 Sep 2023.
2. World Health Organization. (2023). WHO records more than 1000 attacks on health care in Ukraine over the past 15 months of full-scale war. Retrieved from https://www.who.int/europe/news/item/30-05-2023-who-records-1-000th-attack-on-health-care-in-ukraine-over-the-past-15-months-of-full-scale-war on 1 Sep 2023.
3. National Health Service of Ukraine, Government portal, "Analytical dashboards". Retrieved from https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard on 1 Sep 2023.
4. Lee, J., Kumar, W., Petrea-Imenokhoeva, M., Naim, H., & He, S. (2023). Telemedicine in Ukraine Is Showing That High-Tech Isn't Always Better. Stanford Social Innovation Review. https://doi.org/10.48558/0GMB-CP24.
5. Poberezhets, Vitalii, Anna Demchuk, and Yuriy Mostovoy. "How Russian-Ukrainian war changed the usage of telemedicine: a questionnaire-based study in Ukraine." Ankara Medical Journal 22.3 (2022). https://doi.org/10.5505/amj.2022.08455.
6. Khanyk, Nataliia, et al. "The impact of the war on maintenance of long-term therapies in Ukraine." Frontiers in pharmacology 13 (2022): 1024046. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1024046
7. UNICEF generators help to power hospitals amid war in Ukraine. (2023). Retrieved from https://www.unicef.org/ukraine/en/stories/unicef-generators-power-hospitals on 1 Sep 2023.
8. Wall Street Journal. (2023). In Ukraine, Amputations Already Evoke Scale of World War I. Retrieved from https://www.wsj.com/articles/in-ukraine-a-surge-in-amputations-reveals-the-human-cost-of-russias-war-d0bca320 on 1 Sep 2023.
9. The Telegraph. (2023). Ukraine will legalise cannabis to help war wounded cope with trauma. Retrieved from https://www.telegraph.co.uk/world-news/2023/07/13/zelensky-legalise-medical-marijuana-in-ukraine-war-trauma/ on 1 Sep 2023.

Cours supérieurs

Douleur et traumatismes

Représentations culturelles dans la prise en charge de la douleur du membre fantôme post séisme Haïti

Fresner ANDRE(1)

(1), Dijon, France

Quelles que soient les causes, le contexte et le type d'amputation, cette perte irréversible entraine des conséquences physiques et psychologiques chez la victime [1]. Cette irréversibilité de la perte d'une partie de son corps fait de l'amputation de membre une expérience traumatique qui change le corps et la vie de la personne à jamais. Les douleurs du membre fantôme font partie des conséquences physiques et psychologiques de l'amputation de membre. La notion de membre fantôme utilisé par Silar Weir Mitchell en 1871 est venue mettre un nom sur la description d'Ambroise Paré en 1545 des sensations et douleurs neuropathiques résultant d'une amputation de membre [2 - 3]. La notion « fantôme » est en résonnance avec les reviviscences traumatique. 90 % des personnes amputées que nous avons rencontrés en entretien clinique après le séisme du 14 aout 2021 en Haïti témoignent que leurs douleurs fantôme leur font revivre avec la même charge émotionnelle le trauma du séisme de 2010.

Mots-clés : douleurs du membre fantôme – amputation de membre – traumatisme psychique – mémoire traumatique – clinique de l'extrême

[1] Panyi LK, Lábadi B. [Psychological adjustment following lower limb amputation]. Orv Hetil. 2015 Sep 27;156(39):1563-8. doi: 10.1556/650.2015.30257. Review. Hungarian. PubMed PMID: 26550913.
[2] Weir-Mitchell S. 1874, Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Dastre.
[3] Splavski, Bruno et al. "Ambroise Paré: His Contribution to the Future Advancement of Neurosurgery and the Hardships of His Times Affecting His Life and Brilliant Career." World neurosurgery vol. 134 (2020): 233-239. doi:10.1016/j.wneu.2019.10.18

Forums

Forum Associations de patients

Fibromyalgie et dépression, une fatalité ?

Carole ROBERT(1)

(1), Paris, France

« On a des mots pour dire une peine légère, mais les grandes douleurs ne savent que se taire ».
Sénèque

Avec le recul de 25 ans d'engagement associatif dans le domaine de la douleur chronique fibromyalgique, nous pouvons affirmer que 80% du temps associatif a représenté la nécessité d'informer, d'expliquer, de convaincre… en particulier que nos douleurs ne sont pas dans la tête. La phrase, « c'est dans la tête », encore trop souvent entendue, est dévastatrice pour un douloureux chronique venu chercher de l'attention, de l'aide, une prise en charge justifiée, adaptée, légitime et in fine salvatrice !

Peut-on encore s'étonner que le mot « fibromyalgie » soit associé à « dépression » ? Mais est-ce que la dépression accompagne la fibromyalgie ou est-ce la conséquence de l'indifférence, de l'incompréhension, et du regard critique de certains interlocuteurs du médico-social, des relations familiales, amicales, professionnelles, etc… ?

Notre rôle associatif est de veiller à la défense et l'amélioration de la qualité de vie de ceux que nous représentons. Il nous appartient ainsi de réfléchir aux moyens à notre disposition pour qu'à la douleur physique ne vienne pas s'ajouter la douleur psychique.

Il est indéniable que croire le patient, le guider vers un soutien tant médical que psychologique est la porte ouverte vers un mieux-être. Malheureusement, la prise en charge de la douleur chronique fibromyalgique s'avérant complexe, les échecs thérapeutiques sont encore trop fréquents. Ce qui est vécu douloureusement par le patient qui peut réagir par une dépression réactionnelle.

Pourtant, nous voulons croire, et l'exprimer, que la dépression de la personne atteinte de fibromyalgie n'est pas une fatalité !

Forums

Forum Associations de patients

Prise en charge et traitements des chances inégales femmes/hommes

Françoise ALLIOT-LAUNOIS(1)

(1)AFLAR, Paris, France

Il n'est pas contesté que les différences entre les sexes dans la santé soient le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, sociaux et culturel. Néanmoins, les normes sociales et les stéréotypées liées au genre font encore obstacle à la prise en charges efficace et équitable de pathologies graves telles que les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, la dépression, la douleur. Les différences entre les sexes dans la santé se retrouvent dans quasiment tous les champs de la médecine, au-delà du domaine de la reproduction

En matière de douleur, femmes et hommes ne sont pas logés à la même enseigne et l'objectif de tordre le cou aux idées reçues, chez les soignants comme chez les patients, sur la santé des femmes et des hommes est pertinent

Pourquoi la médecine ne prend-elle pas en compte cette différence face à la douleur ? tout simplement parce que la quasi-totalité des essais cliniques ont été réalisés sur des spécimens mâles. « Une approche biaisée par les hommes a dominé la recherche en neurosciences, y compris la douleur, généralement sans justification fournie », soulignent les chercheurs.

Cette inégalité face à la douleur rejoint un autre défi auquel doivent faire face les patientes : les stéréotypes genrés influent sur la perception et le traitement des douleurs. Plusieurs recherches dont celle publiée en septembre 2022 dans la revue Journal of Pain, montrent que la souffrance physique des femmes est systématiquement sous-évaluée et minorée. Elles seront plus facilement orientées vers des soins psychologiques, quand les hommes, eux, se verront prescrire des médicaments.

En matière de douleur, femmes et hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Mais les différences biologiques sont loin d'être seules en cause : les représentations sociales liées au genre féminin ou masculin jouent sur l'attitude des patients, du corps médical et des chercheurs. Le constat d'errance diagnostique et thérapeutique est patent. S'intéresser aux relations entre genre et santé permet de mener une réflexion éthique sur la contribution des facteurs sociaux et culturels aux inégalités de santé entre les sexes. Cette approche vise à enrichir les connaissances sur les origines des différences entre les femmes et les hommes dans la santé, pour de meilleures pratiques cliniques et dans la recherche biomédicale au bénéfice des patientes souffrant de douleur.

Enquête STOPNEP (Bouhassira, 2008)

Drees, Santé publique France. Rapport 2017. https//drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf
The global prevalence of headache: an update, with analysis of the infuences of methodological factors on prevalence estimates, L. Stovner, 2022
Etude quanti et quali, Women Health – Women live in pain, let's relive them!, Ipsos pour Sanofi CHC, 2023
Gender Stereotypes Explain Disparities in Pain Care and Inform Equitable Policies, E. Lloyod and al., Behavioral and Brain Sciences, 2020
The Girl Who Cried Pain: A bias Against Women in the Treatment of Pain, D. Hofffman and Anita Tarzian, 2001, Journal of Law, Medicine & Ethics
A Feminist Perpective on Gender Justice in the Treatment of Chronic Pain, Laura Vearrier, Drexel University College of Medicine, Philadelphia, 2016
Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings E. J. Bartley & R.B Fillingim, British Journal of Anesthesia, 2015
Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose, Ministère de la prévention et de la santé, 2022, Endométriose - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)
Zang and al. Gender Biases in Estimation of Others' Pain, 2021
site de l'AFLAR - https://www.aflar.org

Forums

Forum Associations de patients

Résultats de l'enquête EIQOL : impact des effets indésirables des traitements médicamenteux contre la douleur sur la qualité de vie des personnes vivants avec des douleurs neuropathiques

Nathalie DEPARIS(1)

(1), Partenay, France

Introduction
Les Douleurs Neuropathiques (DN) touchent 7 % de la population française, soit environ 5 000 000 personnes. S'il existe de plusieurs Traitements Médicamenteux Antidouleur (TMA), ceux-ci semblent être pourvoyeurs de nombreux Effets Indésirables (EI). Pourtant leur impact sur la Qualité de Vie (QdV) reste peu investigué. C'est pourquoi l'Association Francophone pour Vaincre la Douleur (AFVD), en partenariat avec MoiPatient, a mené une étude sur l'impact des EI des TMA sur la QdV des Personnes vivant avec des Douleurs Neuropathiques (PvDN), l'étude EIQOL.

Méthodologie
EIQOL est une étude quantitative, transversale, diffusée en ligne entre avril et juin 2023.Un questionnaire ad hoc a été coconstruit par l'AFVD et un comité scientifique constitué de professionnels de santé, de pharmaciens, de psychologues et d'un sociologue.
Résultats
Les réponses de 488 PvDN ont été analysées. L'âge moyen de la population était de 42,3±12,5 ans et le taux de féminisation de 90,6%. Les actifs avec emploi étaient 45,2%. Les répondants étaient 85,9% à avoir un score DN4 positif. Ils étaient majoritairement suivis pour leur DN par un algologue (38,9%) et leur médecin traitant (38,1%). Ils déclaraient prendre en moyenne 2,9±1,6 TMA. Les 4 plus consommés étaient des antidouleurs locaux (43,9%), des antalgiques non opioïdes (40,4%), des antiépileptiques (37,3%) et des opioïdes forts (35,2%).
Les répondants étaient 75,2% à déclarer avoir en moyenne 6,8±3,5 EI. Parmi eux 95,4% indiquaient qu'ils impactaient leur QdV. L'impact moyen des EI sur les loisirs était de 6,3/10±2,5 (0 : aucun impact ; 10 impacts très importants), sur les relations avec les proches de 5,6/10±2,6, sur la vie sexuelle de 5,2/10±3,7 et la santé mentale de 5,2/10±3,0. Pour les actifs, l'impact moyen sur le niveau de performance au travail était de 5,3/10±2,6. Pour les inactifs, les EI impactaient en moyenne leur capacité à reprendre leur travail à 7,3/10±3,1.

Malgré l'impact majeur des EI, seuls 5,2 % des répondants en avaient déjà déclaré à l'ANSM et 24,8% ne savaient pas que c'était possible. Le score d'écoute des EI par les professionnels de santé était en moyenne de 5,3/10±3,1.

Conclusion
Cette étude suggère que les TMA des DN induisent des EI qui impactent de manière importante la QdV des PvDN aussi bien dans la sphère personnelle que professionnelle. Les EI devraient être discutés avec les professionnels de santé afin d'améliorer la QdV des personnes concernées et remontés à l'ANSM afin d'améliorer la pharmacovigilance. Par ailleurs, le développement de stratégies thérapeutiques non médicamenteuses pourrait limiter l'impact des EI. Pour en savoir plus, rendez-vous au forum des associations !

Forums

Forum Fondation APICIL
Douleur et musique

MUSIQ : MusicStudyImpactQualitative : « Etude qualitative de l'effet de la musique interactive sur l'approche centrée sur l'enfant (Child Centered Care theory) lors des pansements de plaies chez l'enfant. »

Bénédicte LOMBART(1)

(1)Hôpital Saint Antoine AP-HP, Paris, France

Contexte
Les pansements de plaie génèrent détresse et douleur chez les enfants ce qui n'aide pas à rester centré sur eux (1–3). Les parents peuvent eux-mêmes être démunis face à ces situations (4). La musique peut réduire détresse et douleur(5) des enfants et soutenir la parentalité(6). Cependant l'influence de la musique vivante sur les interactions (attitudes, comportements, paroles…) entre parents, enfant et soignants dans la perspective d'une approche centrée sur l'enfant n'a jamais été étudiée. Cela justifiait d'interroger ce phénomène qualitativement.
Objectif
Explorer ce que se produit (actions, inactions, interactions) entre enfant, parents et soignants lors des pansements de plaies réalisés avec de la musique vivante
Méthode
Etude qualitative exploratoire fondée sur la « ground theory ». 30 Observations réalisées par deux observateurs et en présence du même musicien. La douleur (FPS-R (7) ou FLACC (8)) et la contention (échelle PRIC (9) étaient évaluées. 103 entretiens semi-structurés ont été menés.
Verbatims, grilles d'observation et arbre thématique issu d'un double encodage ont été analysés par plusieurs chercheurs issus de différentes disciplines.
Résultats
30 participants ont été inclus, âge moyen 6,7 ans (6 mois- 17 ans).
Quatre thèmes principaux se dégagent de l'analyse thématique : différences de tempo dans les interactions, inertie relationnelle de l'enfant, fonctions de la musique et apparition d'un chef d'orchestre.
On relève un profil d'adultes qui peinent à se distancier du rôle curatif, restent focalisés sur les aspects techniques et sont décentrés de l'enfant pendant la procédure et un profil majoritaire d'enfant fasciné par la plaie, immobile, silencieux et en retrait de le la relation. Les actions initiées par le musicien recentrent l'attention des adultes et des enfants et les rassemble, agissant comme un ostinato relationnel. La musique transforme l'ambiance pesante : anxiété, technicité, enjeux de cicatrisation.
Conclusion

La musique vivante aide soignants et parents à se recentrer sur l'enfant. Elle réduit l'anxiété parentale et la détresse de l'enfant en soutenant les interactions. L'étude dévoile une forme d'inertie relationnelle de l'enfant, qui n'avait jamais été décrite. La médiation par la musique vivante s'avère utile pour remettre en mouvement les initiatives relationnelles de l'ensemble des acteurs.

1. Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. J Clin Nurs. 2006;15(1):61‑71.
2. Carter B, Bray L, Dickinson A, Edwards M, Ford K. Child-Centred Nursing: Promoting Critical Thinking. SAGE; 2014. 193 p.
3. Ford K, Dickinson A, Water T, Campbell S, Bray L, Carter B. Child centred care: challenging assumptions and repositioning children and young people. J Pediatr Nurs. 2018;43:e39‑43.
4. Caes L, Goubert L, Devos P, Verlooy J, Benoit Y, Vervoort T. The relationship between parental catastrophizing about child pain and distress in response to medical procedures in the context of childhood cancer treatment: A longitudinal analysis. J Pediatr Psychol. 2014;39(7):677‑86.
5. Ting B, Tsai CL, Hsu WT, Shen ML, Tseng PT, Chen DTL, et al. Music Intervention for Pain Control in the Pediatric Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. janv 2022;11(4):991.
6. Abad V, Edwards J. Strengthening Families: A Role for Music Therapy in Contributing to Family Centred Care. Aust J Music Ther. 2004;
7. Tsze DS, von Baeyer CL, Bulloch B, Dayan PS. Validation of self-report pain scales in children. Pediatrics. 2013;132(4):e971‑9.
8. Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. Pediatr Nurs. 2003;29(2):140.
9. Lombart B, Annequin D, Cimerman P, De Stefano C, Perrin O, Bouchart C, et al. A simple tool to measure procedural restraint intensity in children: validation of the PRIC (Procedural Restraint Intensity in Children) scale. Heliyon. août 2019;5(8):e02218.

Forums

Forum Fondation APICIL
Douleur et musique

Résultats préliminaires de l'étude Musiquendo : Evaluation de l'effet de la musique sur le stress du jeune praticien et du patient lors d'un traitement endodontique

Valérie CHEVALIER#REF!

Introduction : Le traitement endodontique (ou dévitalisation) est souvent considéré comme douloureux, anxiogène et stressant par les patients (1), et difficile, anxiogène et stressant par les étudiants (2). Cette étude vise à évaluer l'influence de l'écoute d'une musique appréciée sur la douleur et le stress des patients, ainsi que sur le stress des étudiants lors d'un traitement endodontique d'une molaire.
Méthodes : Pour l'instant, 66 binômes patients-étudiants ont participé à cette étude (sur 88 binômes prévus), mais 9 ont été perdus de vue. Les paramètres cardiovasculaires (pression artérielle et fréquence cardiaque) et les échelles visuelles analogiques EVA (EVA-douleur et inconfort pour les patients uniquement, EVA-stress pour les étudiants et les patients) ont été enregistrés lors du premier rendez-vous, sans musique. Ce rendez-vous correspondait toujours aux étapes suivantes : anesthésie, réalisation/reprise de la cavité d'accès et détermination des longueurs de travail. Lors du deuxième rendez-vous, les patients et les étudiants ont été répartis au hasard dans le groupe musique ou dans le groupe contrôle. Dans chaque groupe, les paramètres cardiovasculaires et les EVA ont été enregistrés à différentes étapes du traitement endodontique (anesthésie, préparation canalaire, obturation endodontique) afin d'évaluer l'influence de la musique sur le niveau de douleur ou de stress. A la fin du traitement, une EVA-satisfaction a été relevée pour tous les patients et étudiants.
Résultats : La détermination des longueurs de travail, l'obturation du canal radiculaire et les temps post-opératoires sont les moments les plus douloureux et inconfortables pour les patients, avec des EVA-douleur comprises entre 1,15(± 1,96) et 1,43(± 2,60). La douleur et l'inconfort ressentis sont diminués dans le groupe musique Les patients et les étudiants du groupe contrôle semblent plus stressés (EVA-stress) que ceux du groupe musique. La fréquence cardiaque moyenne des patients est diminuée dans le groupe musique. L'anesthésie, le temps préopératoire et, dans une moindre mesure, la préparation canalaire sont considérés comme les étapes les plus stressantes pour les patients, tandis que la détermination de la longueur de travail et l'obturation canalaire sont considérées comme les étapes les plus stressantes pour les étudiants. La satisfaction post-opératoire des patients est très augmentée dans le groupe musique (9,07) par rapport au groupe expérimental (7,17), alors que celle des étudiants du groupe musique ne l'est que légèrement.

Conclusion : Cette étude montre un effet positif de la musique sur le groupe expérimental, en particulier pour les patients. Les patients du groupe musique semblent moins douloureux/ stressés/incommodés et plus satisfaits du traitement que ceux du groupe témoin. Les résultats pour le groupe des étudiants sont moins marqués, même si leur EVA-stress est diminuée dans le groupe musique.

(1) Peretz B, Moshonov J. Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. J Endod. 1998;24(6):435-7.
(2) Luz LB, Grock CH, Oliveira VF, Bizarro L, Machado Ardenghi T, Cardoso Ferreira MB, Montagner F. Self-reported confidence and anxiety over endodontic procedures in undergraduate students-Quantitative and qualitative study. Eur J Dent Educ. 2019;23(4):482-490.

Forums

Forum Fondation APICIL
Douleur et musique

Prix de recherche SFETD-Fondation APICIL
Présentation des avancées des travaux de recherche - lauréate 2022
Détection des potentiels de champs locaux de la région tegmentale ventrale mésencéphalique dans les algies vasculaires pharmaco-résistantes

Anne BALOSSIER(1)

(1), Marseille, France

L'algie vasculaire de la face (AVF) est une pathologie rare (< 1% de la population), considérée comme la céphalée la plus sévère avec un retentissement majeur sur la condition physique, psychologique et la qualité de vie, poussant même parfois au suicide des patients. Sa physiopathologie est encore partiellement inconnue. Trois structures semblent impliquées: le système trigémino-vasculaire, les afférences céphaliques du système nerveux autonome, et au niveau central, et la région hypothalamus postérieure. Les arguments en faveur de l'implication de la région hypothalamique postérieure sont cliniques avec notamment la variation nycthémérale et saisonnière des crises, et radiologiques avec des modifications de connectivité observées en IRM fonctionnelle et une hyperactivité lors des crises décrites en TEP-scan. Néanmoins, son rôle exact en tant que générateur ou modulateur des crises reste à définir.
Suite à ces observations la stimulation cérébrale profonde (SCP) de la région hypothalamique postérieure a été proposée dans la prise en charge des algies vasculaires pharmaco-résistantes avec une amélioration de la symptomatologie chez 2/3 des patients sans qu'aucun facteur pronostic n'ait été identifié. La cible exacte reste également à définir ; alors qu'initialement celle-ci était nommée région hypothalamique postérieure, il semble que la cible soit plutôt l'aire ventrale tegmentale du mésencéphale. Une des problématiques est que la définition de la cible reste basée à l'heure actuelle uniquement sur des coordonnées stéréotaxiques statistiques sans possibilité de visée directe (cible non sur l'IRM). L'absence de critères neurophysiologiques clairs permettant d'identifier la population neuronale à cibler est également une source majeure d'incertitude dans le positionnement des électrodes de SCP. Afin d'améliorer la compréhension et par la même occasion les résultats de cette technique, l'obtention de données électrophysiologiques in vivo semble indispensable. Les Potentiel de Champs Locaux (PCL) sont des signaux biologiques représentant l'activité collective et sommative de grandes populations neuronales enregistrés par des électrodes insérées dans le système nerveux central. Les PCL s'expriment dans des bandes de fréquence spécifiques en fonction de la pathologie étudiée. Nous disposons actuellement d'un système de stimulation cérébrale profonde permettant un enregistrement in vivo en continu des PCL. L'objectif principal est de définir la signature

électrophysiologique spécifiques des crises d'AVF grâce au recueil des PCL dans la région tegmentale ventrale mésencéphalique par le biais du dispositif de stimulation cérébrale profonde implantée. Ces données permettraient dans un premier temps une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'AVF, de déterminer le rôle générateur ou modulateur de cette région dans l'AVF. Les objectifs secondaires sont de corréler la variation des PCL induits par la stimulation aux bénéfices cliniques afin d'adapter à chaque patient le type de stimulation.

Forums

Forum OFMA-SFETD : Pharmacosurveillance et bon usage des antalgiques
Nos prescriptions d'antalgiques respectent-elles les recommandations ?

Les recommandations de bon usage des antalgiques opioïdes à l'épreuve des prescriptions

Anne-Priscille TROUVIN(1)

(1)APHP.Centre - Hôpital Cochin / CETD, Paris, France

Introduction
En 2021, la Fédération européenne de la douleur a émis des recommandations sur les opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses [1,2]. Ces recommandations en deux parties sont très complètes (37 pages) et peuvent donc ne pas être lues entièrement par les prescripteurs. Il semble important de cibler la/les recommandation(s) le(s) moins suivie(s) afin de pouvoir adapter et cibler les principaux messages à mettre en avant. Pour ce travail, nous nous sommes concentrés sur la partie 2 où la recommandation 3.1.2.1 stipule « Nous suggérons de ne pas prescrire simultanément des opioïdes et des benzodiazépines ». et 3.1.2.2 "Nous suggérons que la prudence soit exercée en ce qui concerne un traitement combiné avec des opioïdes et des gabapentinoïdes en raison des risques potentiels de dépression respiratoire et de surdosage d'opioïdes".
L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques de prescription existantes en France, au regard de ces deux recommandations.
Matériel et méthodes
A partir du SNDS, nous avons mené une étude de cohorte incluant en 2012-2020 tous les adultes, ayant bénéficié d'une dispensation d'opioïdes (code ATC : N02A) pendant au moins 3 mois consécutifs (donc identifiant un patient ayant des douleurs chroniques) sans diagnostic antérieur ou actuel de cancer (identifié par les maladies de longue durée ou les codes de sortie d'hôpital de la CIM-10 : C00 à D49). Les prescriptions et prescripteurs concomitants de benzodiazépines (code ATC : N05B) ou de gabapentinoïdes (codes ATC : N03AX12, N03AX16) ont été examinés.
Résultats
De 2012 à 2020, 3 398 081 patients ont reçu au moins 3 mois continus de dispenses d'antalgiques opioïdes (63,22% de femmes, âges moyen 63.4 (+/- 17.3) et durée moyenne de la prescription d'opioïdes 191.4 (+/- 223.8) jours).
Concernant la co-prescription de benzodiazépines, 1 523 260 patients (44,8% de la cohorte) ont reçu au moins une prescription concomitante avec leur antalgique opioïde. Les deux prescriptions provenaient du même prescripteur pour 96% des patients.

Concernant les gabapentinoïdes, 474 313 patients (14%) ont reçu au moins une prescription concomitante avec leur antalgique opioïde. Les deux prescriptions provenaient du même prescripteur pour 95.3% des patients.
Conclusion
En France, en 2012-2020, près de la moitié des patients recevant un traitement chronique par antalgiques opioïdes pour des douleurs non cancéreuses ont reçu au moins une prescription concomitante de benzodiazépines, la plupart émanant du même prescripteur. Cette recommandation particulière peut nécessiter un ciblage et une communication spécifique.

1. Häuser W et al. Eur J Pain.2021;25(5):949-968
2. Krčevski Škvarč N et al. Eur J Pain.2021;25(5):969-985.

Forums

Forum OFMA-SFETD : Pharmacosurveillance et bon usage des antalgiques
Nos prescriptions d'antalgiques respectent-elles les recommandations ?

Prescrit-on ce que l'on recommande dans les douleurs neuropathiques ?

Chouki CHENAF(1)

(1), Clermont-ferrand, France

La douleur neuropathique (DN) est une affection fréquente et handicapante dont la prise en charge optimale demeure un besoin non couvert. Les dernières recommandations internationales de 2015 [1] basées sur une méta-analyse et revue systématique de plus de 200 études randomisées ont hiérarchisé les traitements pharmacologiques selon 3 lignes : les traitements de première (gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline), deuxième (tramadol, lidocaïne) et troisième intention (opioïdes forts et toxine botulique A). Le corollaire de toute recommandation c'est d'en évaluer la diffusion et l'application sur le terrain, en vie réelle, d'autant plus qu'il n'existe que très peu de données sur ce sujet et qu'en France en particulier il n'y a pas eu d'évaluation récente.
L'objectif principal de ce travail est de décrire en conditions réelles le profil de la primoprescription dans une cohorte de patients douloureux neuropathiques incidents. L'objectif secondaire consiste à évaluer la persistance dans le temps à au moins un des traitements recommandés et à identifier les facteurs associés.
Il s'agit d'une étude de cohorte incluant l'ensemble des patients incidents ayant reçu un premier diagnostic de DN entre 2016 et 2018 dans le SNDS (Système National des Données de Santé). Les médicaments d'intérêt étaient ceux recommandés. La persistance a été évaluée pour les patients ayant reçu au moins un médicament recommandé dans les 30 jours suivant le diagnostic de DN. La discontinuation a été définie par un écart de plus de 60 jours entre deux délivrances. La période de suivi était de 36 mois après le diagnostic de DN.
Parmi les 101 877 patients ayant reçu un diagnostic de DN au cours de la période d'étude, 29 756 patients incidents avec un premier traitement de la DN ont été identifiés. La plupart des patients étaient des femmes (57 %) et l'âge médian était de 60 ans [48-73]. Comme recommandé, un schéma thérapeutique en monothérapie a été initié chez 67,2 % des patients : médicaments de première intention 44,1 %, de deuxième intention 18,8 % et de troisième intention 4,3 %. Les médicaments recommandés en monothérapie les plus fréquemment prescrits étaient la prégabaline (40 %), le tramadol (19 %) et l'amitriptyline (10,7 %). La persistance à au moins un traitement recommandé était de 46,3 % (IC à 95 % [45,7-46,9]), 33,5 % ([32,9-34,1]) et 27,3 % ([26,7-28,0]) à respectivement 12, 24 et 36 mois.

La prévalence d'une première prescription conforme aux dernières recommandations dans le traitement de la DN n'était pas optimale, avec moins de la moitié des patients (44,1 %) ayant reçu une monothérapie de première intention.

1- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, Gilron I, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Kamerman PR, Lund K, Moore A, Raja SN, Rice AS, Rowbotham M, Sena E, Siddall P, Smith BH, Wallace M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 Feb;14(2):162-73.

Mise au point

Cannabinoïde et douleur : de l'expérimentation Française à l'expérience Canadienne

Les cannabinoïdes dans le traitement de la douleur chronique : l'expérimentation Française

Nadine ATTAL(1)

(1), Boulogne-billancourt, France

L'expérimentation cannabis a été proposée en France en 2018 et mise en place avec l'ANSM en 2021 sur l'ensemble du territoire national y compris l'Outre mer. L'objectif primaire de cette expérimentation était la faisabilité de mise à disposition du cannabis médical pour les patients, c'est à dire la prescription par les médecins, la délivrance par les pharmaciens, l'approvisionnement en produits et le suivi des patients. Les objectifs secondaires étaient de recueillir les premières données françaises sur l'efficacité et la sécurité d'emploi du cannabis médical dans un registre de suivi des patients. Les médicaments à base de cannabis disponibles pour l'expérimentation ont le statut de stupéfiants mais ne sont pas des spécialités pharmaceutiques et n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché. Plusieurs ratios de cannabinoïdes (tétrahydrocannabinol ou THC /cannabidiol ou CBD) ont été autorisés : THC dominant, ratio THC/CBD équilibré, CBD dominant. Pour la douleur, il a été proposé de suivre au moins 700 patients pendant au moins 6 mois souffrant de douleurs neuropathiques réfractaires aux traitements de 1ère et 2nde intention. Le suivi a comporté une évaluation complète initiale puis à un mois, 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois en structure spécialisée douleur, ainsi que des évaluations mensuelles simples, pouvant être réalisées chez le médecin traitant. A ce jour, près de 1000 patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire ont été inclus, dont environ la moitié d'entre eux ont été suivis à 6 mois. Les principaux résultats en terme d'efficacité (encore en cours d'analyse) sont en faveur d'un bénéfice significatif sur l'intensité douloureuse, les symptômes neuropathiques, la qualité de vie, l'impression clinique globale, et les comorbidités anxio-dépressives entre l'inclusion et 3 mois, avec une tendance à la stabilisation jusqu'à 12-18 mois. Les effets indésirables les plus fréquents sont centraux (somnolence, troubles mnésiques, vertiges), généraux (fatigue) et et gastro-intestinaux (nausées, diarrhées, bouche sèche). Les profils de répondeurs ne sont pas encore définis et nécessiteront des analyses complémentaires. La question de la mise à disposition du cannabis médical en France au delà de cette expérimentation n'est pas encore tranchée.

Mise au point

Cannabinoïde et douleur : de l'expérimentation Française à l'expérience Canadienne

Les cannabinoïdes dans le traitement de la douleur chronique : l'expérience Canadienne

Mark WARE(1)

(1), Montréal, Canada

L'utilisation des cannabinoïdes pour la gestion de la douleur chronique reste un sujet controversé parmi les cliniciens ; cependant, il s'agit d'une considération populaire auprès des patients et de leurs familles, et la gestion de la douleur est la raison la plus fréquent de l'usage médical du cannabis dans le monde. Les changements récents dans la réglementation du cannabis au Canada et en France ont éclairé davantage le débat, et les orientations destinées aux cliniciens restent mitigées, voire absentes. Cette présentation résumera la base de données probantes sur les cannabinoïdes dans la gestion de la douleur et passera en revue les défis liés à la conduite et à l'interprétation de la littérature de recherche, ainsi qu'à discuter du potentiel de collaborations pour commencer à répondre de manière plus définitive à la question de savoir si les cannabinoïdes sont une option raisonnable pour le patient vivant avec une douleur chronique.

1. Wang L, Hong PJ, May C, Rehman Y, Oparin Y, Hong CJ, Hong BY, AminiLari M, Gallo L, Kaushal A, Craigie S, Couban RJ, Kum E, Shanthanna H, Price I, Upadhye S, Ware MA, Campbell F, Buchbinder R, Agoritsas T, Busse JW. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ. 2021 Sep 8;374:n1034. doi: 10.1136/bmj.n1034. PMID: 34497047.
2. Solmi M, De Toffol M, Kim JY, Choi MJ, Stubbs B, Thompson T, Firth J, Miola A, Croatto G, Baggio F, Michelon S, Ballan L, Gerdle B, Monaco F, Simonato P, Scocco P, Ricca V, Castellini G, Fornaro M, Murru A, Vieta E, Fusar-Poli P, Barbui C, Ioannidis JPA, Carvalho AF, Radua J, Correll CU, Cortese S, Murray RM, Castle D, Shin JI, Dragioti E. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. BMJ. 2023 Aug 30;382:e072348. doi: 10.1136/bmj-2022-072348. PMID: 37648266; PMCID: PMC10466434.
3. Haroutounian S, Arendt-Nielsen L, Belton J, Blyth FM, Degenhardt L, Di Forti M, Eccleston C, Finn DP, Finnerup NB, Fisher E, Fogarty AE, Gilron I, Hohmann AG, Kalso E, Krane E, Mohiuddin M, Moore RA, Rowbotham M, Soliman N, Wallace M, Zinboonyahgoon N, Rice ASC. International Association for the Study of Pain Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia: research agenda on the use of cannabinoids, cannabis, and cannabis-based medicines for pain management. Pain.

2021 Jul 1;162(Suppl 1):S117-S124. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002266. PMID: 34138827; PMCID: PMC8855877.

Mise au point

Photobiomodulation : intérêt et perspectives en douleur

Photobiomodulation : historique et mécanismes d'action

Camelia BILLARD-SANDU(1)Antoine LEMAIRE(2)

(1)Gustave Roussy, Villejuif, France, (2)Hôpital de Valenciennes, Valenciennes, France

D'après la World Association for photobiomodulation Therapy (1), la photobiomodulation (PBM) est « une luminothérapie qui utilise des sources de lumière non ionisantes, y compris des lasers, des LED et de la lumière à large bande, dans le spectre visible et infrarouge. Il s'agit d'un processus non thermique impliquant des chromophores endogènes provoquant des événements photophysiques et photochimiques à diverses échelles biologiques. Ce processus entraîne des résultats thérapeutiques bénéfiques, y compris, mais sans s'y limiter, le soulagement de la douleur ou de l'inflammation, l'immunomodulation et la promotion de la cicatrisation des plaies et de la régénération des tissus. »
Cette approche thérapeutique non invasive - qui a bénéficié de progrès scientifiques et technologiques constants depuis l'avènement de la photothérapie dans les années cinquante, notamment via la médecine aérospatiale et l'apport des leds - s'appuie sur plusieurs milliers de publications scientifiques indexées. Les applications cliniques pertinentes sont nombreuses, notamment dans le champ des soins oncologiques de support et de la douleur du cancer, avec des recommandations internationales pour guider la pratique clinique et standardiser les protocoles en respectant une approche dosimétrique (2, 3).
Notre communication orale présentera l'historique, les modes d'action de la PBM, et ses applications cliniques dans le champ de la douleur du cancer. La prise en charge multimodale, sur mesure et dynamique de la douleur multimorphe du cancer (4, 5), doit s'appuyer sur la PBM : approche non invasive, sans iatrogénie, à même d'agir directement sur les mécanismes à l'origine des syndromes douloureux, et ce tout au long du parcours de soin, y compris à distance des traitements du cancer en cas de séquelles douloureuses. Nous aborderons ainsi la pertinence et les modalités d'utilisation de la PBM dans les douleurs liées au cancer, à ses traitements ou à d'autres étiologies émanent les parcours de soin de nos patients, dans l'optique de leur apporter une meilleure qualité de vie au quotidien.

(1) hZps://waltpbm.org
(2) Robijns J et al. PhotobiomodulaBon therapy in management of cancer therapy-induced
side effects: WALT posiBon paper 2022. Front. Oncol. 12:927685. doi: 10.3389/fonc.2022.927685

(3) Elad S et al. MucosiBs Guidelines Leadership Group of the MulBnaBonal AssociaBon of
SupporBve Care in Cancer and InternaBonal Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical pracBce guidelines for the management of mucosiBs secondary to cancer therapy. Cancer. 2020 Oct 1;126(19):4423-4431. doi: 10.1002/cncr.33100. Epub 2020 Jul 28. Erratum in: Cancer. 2021 Oct 1;127(19):3700. PMID: 32786044; PMCID: PMC7540329.

Mise au point

Photobiomodulation : intérêt et perspectives en douleur

Photobiomodulation : intérêt et perspectives dans la douleur multimorphe du cancer

Antoine LEMAIRE(1)Camélia BILLARD-SANDU(2)

(1), Valenciennes, France, (2)Institut Gustave Roussy/Service d'hospitalisation du département d'Oncologie-Radiothérapie, Villejuif, France

D'après la World Association for photobiomoduLation Therapy (1), la photobiomodulation (PBM) est « une luminothérapie qui utilise des sources de lumière non ionisantes, y compris des lasers, des LED et de la lumière à large bande, dans le spectre visible et infrarouge. Il s'agit d'un processus non thermique impliquant des chromophores endogènes provoquant des événements photophysiques et photochimiques à diverses échelles biologiques. Ce processus entraîne des résultats thérapeutiques bénéfiques, y compris, mais sans s'y limiter, le soulagement de la douleur ou de l'inflammation, l'immunomodulation et la promotion de la cicatrisation des plaies et de la régénération des tissus. »
Cette approche thérapeutique non invasive - qui a bénéficié de progrès scientifiques et technologiques constants depuis l'avènement de la photothérapie dans les années cinquante, notamment via la médecine aérospatiale et l'apport des leds - s'appuie sur plusieurs milliers de publications scientifiques indexées. Les applications cliniques pertinentes sont nombreuses, notamment dans le champ des soins oncologiques de support et de la douleur du cancer, avec des recommandations internationales pour guider la pratique clinique et standardiser les protocoles en respectant une approche dosimétrique (2, 3).
Notre communication orale présentera l'historique, les modes d'action de la PBM, et ses applications cliniques dans le champ de la douleur du cancer. La prise en charge multimodale, sur mesure et dynamique de la douleur multimorphe du cancer (4, 5), doit s'appuyer sur la PBM : approche non invasive, sans iatrogénie, à même d'agir directement sur les mécanismes à l'origine des syndromes douloureux, et ce tout au long du parcours de soin, y compris à distance des traitements du cancer en cas de séquelles douloureuses. Nous aborderons ainsi la pertinence et les modalités d'utilisation de la PBM dans les douleurs liées au cancer, à ses traitements ou à d'autres étiologies émanent les parcours de soin de nos patients, dans l'optique de leur apporter une meilleure qualité de vie au quotidien.

(1) https://waltpbm.org
(2) Robijns J et al. Photobiomodulation therapy in management of cancer therapy-induced side effects: WALT position paper 2022. Front. Oncol. 12:927685. doi: 10.3389/fonc.2022.927685

(3) Elad S et al. Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2020 Oct 1;126(19):4423-4431. doi: 10.1002/cncr.33100. Epub 2020 Jul 28. Erratum in: Cancer. 2021 Oct 1;127(19):3700. PMID: 32786044; PMCID: PMC7540329.
(4) Lemaire A, George B, Maindet C, Burnod A, Allano G, Minello C. Opening up disruptive ways of management in cancer pain: the concept of multimorphic pain. Supportive Care in Cancer, May 2019. DOI: 10.1007/s00520-019-04831-z
(5) Lemaire A, Rodriguez J. Cancer pain is over! (If you want it). Support Care Cancer. 2022 Feb 21. doi: 10.1007/s00520-022-06894-x. Epub ahead of print. PMID: 35192059.

Mise au point

Douleur aiguë postopératoire

Monitorage de la nociception, quels bénéfices ?

Nada SABOURDIN(1)

(1), Paris, France

De nouveaux moniteurs ont été développés dans les 10 dernières années, afin d'évaluer la nociception sous anesthésie générale.
Ces moniteurs sont basés sur l'évaluation de l'activité nerveuse autonome sympathique et parasympathique.
Chez l'adulte, ils ont été utilisés pour adapter les doses de morphiniques administrées pendant l'anesthésie. L'effet obtenu a été une réduction des consommations de morphiniques per et parfois post-opératoires.
L'analgésie post-opératoire était de bonne qualité.
Chez l'enfant, les données sont moins nombreuses. Plusieurs de ces moniteurs sont désormais validés en population pédiatrique, mais leur impact sur l'analgésie péri-opératoire reste à préciser.

Mise au point

Douleur aiguë postopératoire

Ces nouvelles molécules en péripératoire ? Esketamine, alpha 2 agonistes, lidocaïne ?

Frédéric AUBRUN(1)

(1), Lyon, France

La classification des antalgiques à 3 paliers, proposée par l'OMS dans les années 1980, est obsolète car elle ne prend pas en compte l'intérêt de certains médicaments possédant des propriétés antalgiques mais ne faisant pas partie des médicaments conventionnels. Celle de Lussier et Beaulieu est bien plus complète car elle tient compte des actions antinociceptives, mais aussi antihyperalgésiques, modulatrices des circuits inhibiteurs descendant, de la transmission et de la sensibilité périphérique et d'actions mixtes tels que celles des inhibiteurs de recaptures des monoamines (1). De nouvelles molécules sont ainsi apparues dans la pharmacopée des antalgiques

Le S-kétamine (eskétamine) est l'énantiomère S+ de la kétamine, antagoniste puissant du récepteur N-Méthyl D-Aspartate (NMDA) impliqué dans les phénomènes de sensibilisation centrale. Elle est deux fois plus active que la forme racémique avec un profil de tolérance plus favorable. Elle est indiquée pour la supplémentation analgésique de l'anesthésie régionale et locale, pour l'analgésie chez des patients sous ventilation assistée ou encore en médecine d'urgence (RCP). De nombreuses équipes évaluent l'intérêt de cette forme énantiomère en périopératoire et dans la prévention de la douleur chronique postopératoire (2).

Les alpha2 agonistes sont utilisés en anesthésie pour leurs propriétés hypnotiques et analgésiques. La dexmédétomidine (DXM) est un agoniste très sélectif des récepteurs α 2 adrénergiques (1300 fois plus que la clonidine) et a des propriétés pharmacocinétiques intéressantes tant dans sa distribution tissulaire rapide que dans sa demi-vie d'élimination de 2 heures. Elle est proposée comme agent sédatif en réanimation mais également pour la sédation de patients adultes non intubés avant et/ou pendant les actes à visée diagnostique ou chirurgicale nécessitant une sédation, telle qu'une sédation procédurale/vigile. Utilisé en peropératoire, la DXM permet un bon réveil (en réduisant les phases d'agitation), diminue la douleur, les frissons et les nausées vomissements postopératoires (3).

La lidocaïne est un antiarythmique et un anesthésique local très utilisé. Elle a également des propriétés analgésiques, antiinflammatoires et antihyperalgésiques permettant de soulager certaines douleurs au repos, en condition dynamique avec un effet d'épargne morphinique. Elle améliore le transit intestinal avec une reprise plus précoce des gaz et une diminution de la durée de séjour en structure de soins (4).

Ces médicaments sont parfois associés les uns aux autres dans le cadre d'une anesthésie sans opioïdes (OFA). La combinaison de ces médicaments permet de surseoir aux

opioïdes (à risque d'effets secondaires et d'hyperalgésie) pendant une chirurgie. La eskétamine, la DXM et la lidocaïne ont toutefois leurs contre-indications, leurs effets indésirables et la combinaison de l'ensemble de ces agents n'est pas sans risque sur des populations notamment fragiles ou vulnérables.

1- Pharmacology of Pain, e-book IASP, 2010
2- Perioperative intravenous S-ketamine for acute postoperative pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Wang X et al. J Clin Anesth 2021.
3- Balanced Opioid-free Anesthesia with Dexmedetomidine versus Balanced Anesthesia with Remifentanil for Major or Intermediate Noncardiac Surgery.
Beloeil H, et al. Anesthesiology. 2021
4- Appropriate Duration of Perioperative Intravenous Administration of Lidocaine to Provide Satisfactory Analgesia for Adult Patients Undergoing Colorectal Surgery: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Yang W, et al.. Anesth Analg. 2023

Mise au point

Douleur de l'enfant avec déficit de communication

Application APO d'évaluation des douleurs de l'enfant dyscommunicant : Etat des lieux après un an.

Justine AVEZ-COUTURIER(1)Philippe LE MOINE(2)Elisabeth FOURNIER-CHARRIÈRE(3)

(1)CHU LILLE, Vhu lille, France, (2)CHU BREST, Brest, France, (3)AP-HP, Paris, France

Partant du constat que, chez les enfants en situation de handicap, la douleur est sous-diagnostiquée et sous-traitée (1,2,3) la DGS avait mandaté la SFETD et sa commission pédiatrique en 2021 pour créer un outil permettant l'évaluation et le repérage de l'expression de la douleur à domicile. Il était décidé de développer une application smartphone destinée aux aidants.
L'objectif de ce projet était de créer un outil utilisable par les aidants familiaux ou professionnels à domicile leur permettant d'améliorer la reconnaissance de l'expression d'une douleur, et son évaluation, chez les enfants et jeunes adultes à domicile ayant des difficultés de communication comme dans les troubles autistiques ou psychiques, les déficiences intellectuelles et le polyhandicap. Le but était également de mieux prendre en charge les troubles somatiques dans cette population.
Le projet a débuté en Janvier 2022 et a été co-construit en s'appuyant sur :
- Des pilotes : trois médecins de la commission pédiatrique de la SFETD
- Une équipe projet : les pilotes, une professionnelle de la société Apo Tech Care, un représentant de la SFETD, et une ergonome du CIC-IT (Lille).
- Un groupe d'experts pluridisciplinaire et pluri professionnel de 10 experts spécialisés dans le domaine du handicap avec trois réunions en visioconférence, qui ont défini les outils d'évaluation et les données à recueillir.
- Un groupe d'usagers, parents et aidants du domicile, pour valider l'utilisabilité dans la vie réelle.

L'application a été lancée sur les stores mi-juillet 2022. Elle a été présentée officiellement au congrès de la SFETD à Lille le 17 novembre 2022.
Nous vous présenterons les données d'utilisation un an après ce lancement et nos données cliniques d'utilisation.

1. McGrath PJ, Rosmus C, Canfield C, Campbell MA, Hennigar A. Behaviours caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals. Dev Med Child Neurol. mai 1998;40(5):340‑3.
2. ANESM, éditeur. GUIDE - QUALITÉ DE VIE : HANDICAP, LES PROBLÈMES SOMATIQUES ET LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX [Internet]. 2017 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/guide_des_problemes_somatiques.pdf
3. ANESM. SYNTHÈSE ET OUTILS : Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses. [Internet]. 2017 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/PMB/1379_SYNTH.pdf

Mise au point

Douleur de l'enfant avec déficit de communication

MoDIDol, équipe mobile douleur handicap déficience intellectuelle 0-25 ans : Un an d'expériences en Bretagne Occidentale

François INSOGNA(1)Philippe LE MOINE(2)

(1)CHU de Brest, CRDI, Equipe MoDIDOl, Brest, France, (2)CHU de Brest, Hopital Morvan, Equipe MoDIDol, Brest, France

Depuis septembre 2022, une équipe mobile (infirmier 0,5 ETP, pédiatre 0,2 ETP) est dédiée à la prise en charge de la douleur chez les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de déficience intellectuelle modérée ou sévère, en Bretagne occidentale. Ses missions sont de favoriser l'évaluation de la douleur dans ce contexte, de proposer une prise en charge adaptée à chaque situation, de suivre l'efficacité des propositions, de former les professionnels, et les aidants familiaux, à l'évaluation de la douleur.
La file active sur un an est de 44 patients, 12 filles et 32 garçons, le plus souvent en situation de polyhandicap ou d'autisme sévère. Nous avons réalisé 38 premières consultations en institution ou à domicile et 70 téléconsultations de suivi.
Sur 44 dossiers, 25 situations ont été identifiées comme de la douleur, 3 non douloureux, et 6 sont en évaluation.
12 dossiers sont clos :

- 3 non pris en charge : 2 demandes non suivies de consultation (avis téléphonique et prise de contact), et une prise en charge chirurgicale en urgence
- 5 considérés comme non douloureux dont 4 après une période de mise en place d'évaluation adaptée.
- 4 considérés comme douloureux :
  - Un post opératoire avec adaptation de traitements médicamenteux antinociceptifs et de prévention des douleurs procédurales, et traitements non médicamenteux (froid et distraction)
  - Une proposition d'évaluation et de suivi du transit
  - Deux adaptations des traitements médicamenteux

32 dossiers en cours de prise en charge :

- 3 en attente de première consultation
- Mise en place d'évaluation : 13
- Bilans d'investigation : 15
- Propositions non médicamenteuses : 20 (TENS, stimulation sensorielle positive (musique, enceinte vibrante), distraction, bains, chaleur, soutien éducatif, installation, …)

- Propositions médicamenteuses : 22 (antalgiques antinociceptifs, renforcement mécanismes inhibiteurs, anti hyperalgésiques, traitements de douleurs neuropathiques, laxatifs, inhibiteurs pompe à proton, …)
- Etiologies avérées ou envisagées : migraines et autres algies vasculaires, constipation, reflux, douleurs neuropathiques, douleurs nociplastiques, fracture, douleurs musculaires, douleurs dentaires

146 professionnels ont été formés en 10 formations d'équipes professionnelles dans les institutions, et plus de 500 en webinaires régionaux.
Nous n'avons pu réaliser qu'une formation de 5 parents.
Le travail de l'équipe MoDIDol répond à un besoin que nous avions sous-évalué. Nous envisageons une augmentation des temps de travail, ce qui permettra plus de disponibilités pour les prises en charge et les formations, et d'initier la formation des parents qui est en cours de programmation avec deux institutions (un IME, une structure TSA).

Mise au point

La French Tech innove avec de nouvelles classes d'antidouleurs

Tafalgie therapeutics : un peptide dérivé de TAFA4 comme thérapie innovante pour la douleur chronique

Aziz MOQRICH(1)

(1), Marseille, France

La douleur chronique, touche 1/5eme de la population mondiale et son impact économico-social est considérable. Elle demeure un enjeu majeur de santé publique car les traitements actuels sont très peu efficaces.
Il est largement admis que la chronicisation de la douleur est liée à un dysfonctionnement du système GABAergic ionotropique dans la moelle épinière qui se traduit par une perte d'inhibition prolongée dont on ignore les mécanismes cellulaires et moléculaires.
Nos résultats récents montrent (i) que la perte d'inhibition suite à une lésion nerveuse déclenchant une neuropathie est très fortement liée à la modulation d'un courant K+ transitoire (IA) dans une sous-population de neurones inhibiteurs localisés dans la couche II interne de la corne dorsale de la moelle épinière, (ii) que le neuropeptide TAFA4, fortement enrichi dans une sous-population de mécanorécepteurs à bas seuil (C-LTMRs), module négativement IA dans ces neurones et (iii) et que l'activité antidouleur de TAFA4 s'exerce via son interaction physique avec LRP1(1) . Ces résultats et ceux précédemment obtenus (2-4) montrent que TAFA4 est doté d'un puissant pouvoir antidouleur et peut donc être utilisé comme candidat médicament pour le traitement des douleurs aigues et post-lésionnelles. Lors de ma conférence, je vais vous présenter les travaux entrepris au sein de notre société Tafalgie Therapeutics mettant en avant la découverte du domaine fonctionnel de TAFA4, son activité antidouleur dans différents modèles précliniques de douleurs inflammatoire, postopératoire et neuropathique. Tous les tests de préclinique réglementaire, de CMC et de production d'unités thérapeutiques (UTs) sont au vert. Une première administration à l'homme est programmée pour le dernier trimestre 2024 et si tout va bien, là aussi tous les signaux sont au vert, les premiers essais cliniques courant 2025. Je partagerai l'ensemble des données qi nous font penser que notre molécules représente un futur excellent candidat médicament et mon souhait c'est d'avoir un retour aussi constructif que possible sur les attentes du corps médical en terme d'indications à viser et autres.

1. S. Yoo et al., TAFA4 relieves injury-induced mechanical hypersensitivity through LDL receptors and modulation of spinal A-type K(+) current. Cell reports 37, 109884 (2021).

2. M. C. Delfini et al., TAFA4, a chemokine-like protein, modulates injury-induced mechanical and chemical pain hypersensitivity in mice. Cell reports 5, 378-388 (2013).
3. G. Hoeffel et al., Sensory neuron-derived TAFA4 promotes macrophage tissue repair functions. Nature 594, 94-99 (2021).
4. C. Kambrun et al., TAFA4 Reverses Mechanical Allodynia through Activation of GABAergic Transmission and Microglial Process Retraction. Cell reports 22, 2886-2897 (2018).

Mise au point

La French Tech innove avec de nouvelles classes d'antidouleurs

Biodol therapeutics : un inhibiteur des Récepteur Tyrosine Kinase FLT3 comme thérapie innovante pour la douleur chronique

Les douleurs neuropathiques périphériques (DNP) résultent d'atteintes nerveuses et représentent un des problèmes de santé publique les plus importants dans les pays développés. Une étude européenne montre que ces douleurs affectent environ 7% de la population adulte [1]. Elles sont partiellement résistantes aux thérapies actuelles, qui sont simplement des traitements symptomatiques à efficacité et sécurité relativement faibles. En effet, environ 2/3 des patients souffrant de douleurs neuropathiques sont mal contrôlés par les médicaments actuels.

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine des DNP demeurent incompris. Notre équipe a identifié, au niveau des neurones sensitifs primaires, un nouveau mécanisme, contrôlé par le récepteur à activité tyrosine kinase FLT3 qui joue un rôle primordial dans le développement et le maintien des DNP chez les rongeurs [2]. L'administration de FL, le ligand à haute affinité de FLT3, au niveau des ganglions dorso-rachidiens (GDR) induit chez des animaux sans lésion, des hyperalgésies et des allodynies thermiques et mécaniques supportées par des modifications moléculaires et cellulaires au niveau des GDR et de la corne dorsale de la moelle épinière. Inversement, l'inhibition spécifique de FLT3 par délétion génique réverse les DNP dans plusieurs modèles animaux, sans entraîner de tolérance (désensibilisation). De manière intéressante, des résultats tout à fait similaires ont été obtenus sur un modèle de chronicisation de la douleur post-opératoire. En effet le blocage de FLT3 permet de réduire les comportements douloureux associés à la chirurgie chez l'animal indiquant que le récepteur FLT3 pourrait également être un acteur majeur dans la douleur chronique après chirurgie [3].

Ces découvertes majeures et originales dans le domaine de la douleur ont permis la création de la start-up BIODOL THERAPEUTICS en 2015 dont l'objectif principal est de développer des inhibiteurs spécifiques de FLT3. Ainsi, en coopération avec le Dr Didier Rognan (LIT, Strasbourg) et sous la coordination de BIODOL THERAPEUTICS, nous avons identifié des entités chimiques ciblant le domaine extracellulaire de FLT3. Ces nouveaux inhibiteurs, les BDT, sont des modulateurs allostériques négatifs spécifiques de ce récepteur et ont été découverts par des stratégies de chimie médicinale in silico. Nous avons montré que les BDT inhibent l'activation de FLT3 in vitro, ainsi que la sensibilisation douloureuse et traitent les DNP dans de nombreux modèles in vivo.

Dans l'ensemble, nos résultats proposent une stratégie nouvelle et spécifique pour le traitement des DNP. BIODOL THERAPEUTICS se proposent de lancer prochainement des études cliniques pour valider, chez l'homme, les résultats obtenus chez l'animal.

[1] Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136:380–387.
[2] Rivat C.*, Sar C.*, Mechali I.*, Leyris J.P.*, Dioufoulet L., , Sonrier C., Philipson, Y., Lucas O., Maillé S., Jouvenel A., Tassou A., Haton H., Venteo S., Mezghrani,A., Joly W., Mion J., Schmitt M., Pattyn A., Marmigère F., Sokoloff P., Carroll P., Rognan D and Valmier J. Inhibition of neuronal FLT3 receptor tyrosine kinase alleviates peripheral neuropathic pain in mice. Nat. Commun. 2018, Mar 12;9(1):1042. *equal contribution
[3] Tassou A, Thouaye M, Gilabert D, Jouvenel A, Leyris JP, Sonrier C, Diouloufet L, Mechaly I, Mallié S, Bertin J, Chentouf M, Neiveyans M, Pugnière M, Martineau P, Robert B, Capdevila X, Valmier J and Rivat C. Activation of neuronal FLT3 promotes exaggerated sensorial and emotional pain-related behaviors facilitating the transition from acute to chronic pain. Progress in Neurobiology, 2023, Jan 13;222:102405.

Mise au point

Douleur et Vie Réelle

Migraine chroniques : données en vie Réelle

Anne DONNET(1)

(1), Marseille, France

Titre :Migraine Chronique : données en vie réelle
Auteur : Anne Donnet
CETD AP HM

Les études en vie réelle permettent d'évaluer l'utilisation, l'efficacité et la tolérance d'un traitement, ainsi que ses enjeux médico-économiques dans la pratique de tous les jours et sur du long terme. Bien que les essais contrôlés randomisés soient indispensables, la rigueur du schéma expérimental, le nombre réduit de patients ou encore la durée limitée des études peuvent conduire à des conditions parfois éloignées de la pratique clinique et limiter la transposabilité des résultats à la pratique courante.

Les études en vie réelle constituent donc un complément précieux aux essais contrôlés randomisés. Elles permettent d'analyser une population plus large et prennent en considération de multiples variables telles que l'histoire du patient, les comédications ou comorbidités ou encore ses préférences en termes de traitement. Les études en vie réelle reflètent donc a priori la pratique courante du praticien. Les nouveaux traitements de fond de la migraine, à savoir les anticorps anti CGRP et le Botox n'échappent pas à cette règle. L'efficacité de la toxine botulinique dans l'indication migraine chronique déjà démontrée dans les études pivot est confirmée par une méta analyse en vie réelle. Concernant les AC anti CGRP, 13 études en ouvert sont analysées (4 pour l' erenumab, 4 pour le galcanezumab, 3 pour le fremanezumab, et 1 pour l' eptinezumab). La durée des essais 12 à 264 semaines. Le profil des évènements indésirables était comparable à ceux décrits dans les essais en double aveugle. Plus de 75% des patients restent dans l'essai clinique au delà de 1 an. L'efficacité et la tolérance de ces nouveaux traitements est donc confortés par les résultats des études en vie réelle.

Mise au point

Douleur et Vie Réelle

Douleurs neuropathiques : données en vie Réelle

Xavier MOISSET(1)

(1), Clermont-ferrand, France

La douleur neuropathique chronique concerne environ 7% de la population générale et a un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Elle est souvent difficile à traiter et au moins 30% des patients présentent des douleurs invalidantes malgré l'essai des différents traitements recommandés. Les données en vie réelle concernant le suivi de ces patients sont peu nombreuses. L'objectif de cette présentation sera de faire le point sur les différents registres existant pour le suivi de patients présentant une douleur chronique, de voir lesquels disposent de données exploitables concernant la douleur neuropathique et de s'intéresser plus longuement aux données déjà publiées. Ainsi, les comparaisons de traitements de la douleur neuropathique, utilisés en vie réelle au sein des patients inclus dans le Registre Québec Douleur, seront présentées. De même, les données de ce registre ont permis d'étudier les trajectoires d'évolution de la douleur lors d'une prise en charge multidisciplinaire dans un centre tertiaire et seront également présentées.

Mise au point

Quelles prises en charge pour quels patients, tous les douloureux doivent-ils voir le psychologue ?

Quelles prises en charge pour quels patients, tous les douloureux doivent-ils voir le psychologue ?

Les dernières recommandations sur le parcours patient douloureux de 2023 posent les processus d'évaluation et de prise en charge d'un patient présentant une douleur chronique relevant du modèle biopsychosocial, nécessitant d'être centrés sur la personne et requérant un exercice coordonné des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. A ce titre, l'évaluation psychologique et psychopathologique demanderait que le patient voit systématiquement le psychologue. Toutefois est-ce toujours possible et souhaitable ? Nous rappellerons les conditions du cadre clinique de la consultation psy ainsi que les modalités de l'analyse psychopathologique. Nous nous appuierons sur quelques exemples cliniques pour étayer notre propos.

Barfety-Servignat V (2018) Quelle réalité pour les patients douloureux. Revue Transes. Dunod 2:78–85.
Barfety-Servignat V (2018) La question du diagnostic psychologique en clinique de la douleur. Ann Med Psychol. Available from: URL: https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.011
Defontaine-Catteau MC, Bioy A (2014) Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. Douleur Analg 27:68–74.
Minjard R, Barfety-Servignat V. (2019). Méthode d'évaluation psychologique et psychopathologique du patient douloureux chronique. Douleur analg. 32/3, 177-182.
SFETD. Les cahiers de la SFETD https://www.sfetd-douleur.org/wpcontent/uploads/2019/10/cahier_sfetd_n1_-_mars_2013.pdf

Mise au point

Maladie de lyme et douleur

Maladie de lyme et douleurs persistantes: quelle prise en charge ?

Serge PERROT(1)

(1), Paris, France

De façon générale, la prise en charge de douleurs persistantes après maladie de Lyme repose, selon les recommandations nationales, sur différents éléments (grade AE) :
1/ indiquer au patient que les symptômes rapportés sont aspécifiques et qu'ils peuvent relever de plusieurs causes.
2/ éviter les simplifications abusives et stigmatisantes
3/ bien distinguer chez un patient donné les facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien, qui font notamment intervenir des conduites d'évitements et des renforçateurs sociaux.
4/ exposer pourquoi, du point de vue médical, l'hypothèse de la borréliose de Lyme ne peut être retenue autrement que comme un facteur précipitant éventuel en cas d'antécédent de borréliose de Lyme, pour expliquer les symptômes présentés.
5/ expliquer l'absence d'intérêt des antibiothérapies prolongées (disparition du facteur déclenchant, aucune preuve d'efficacité dans des études contrôlées de qualité).
6/ proposer des explications alternatives personnalisées pour les symptômes. De puissants facteurs de pérennisation à aborder avec le patient sont les relations souvent conflictuelles avec le système de soins, ainsi que les incertitudes angoissantes véhiculées par internet.
7/ proposer un diagnostic positif. En l'absence de terminologie consensuelle, le choix du terme sera guidé par sa compatibilité avec les représentations du patient et par l'objectif de mettre un terme à l'errance diagnostique, en s'efforçant d'aboutir à une décision partagée. La terminologie de symptômes somatiques persistants (SSP) est proposée au niveau européen. Le terme générique de troubles fonctionnels est également bien accepté. On veillera à reconnaître le caractère pénible des symptômes et l'invalidité qu'ils sont susceptibles de générer lorsque le diagnostic n'est pas posé. On insistera aussi sur la possibilité de thérapeutiques diverses, objets de nombreuses recherches. On restera toutefois modeste dans les ambitions thérapeutiques en visant l'atténuation des symptômes et de leur retentissement sur la vie quotidienne. Une résolution complète peut être espérée, en particulier lorsque le trouble est récent.
8/ rédiger un courrier détaillé, qui sera adressé au patient et à ses médecins, reprenant les différents points discutés, les arguments pour les causes alternatives aux symptômes, le diagnostic retenu et l'intérêt de limiter les explorations complémentaires.

9/ proposer une consultation de suivi pour établir autant que faire se peut une alliance thérapeutique et montrer que l'on est prêt à assumer les choix faits et les décisions prises, et même le risque de s'être trompé.
10/ évoquer, si le patient est réceptif à l'idée de facteurs d'entretien cognitifs et comportementaux, l'intérêt potentiel d'une thérapie cognitive et comportementale, en sachant qu'elle n'est malheureusement pas prise en charge par l'assurance maladie quand elle est assurée par un psychologue clinicien.

-Jaulhac B, Saunier A, Caumes E, et al.; endorsed by scientific societies. Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French scientific societies (II). Biological diagnosis, treatment, persistent symptoms after documented or suspected Lyme borreliosis. Med Mal Infect. 2019 Aug;49(5):335-346.
-Steere AC, Taylor E, McHugh GL, Logigian EL. The overdiagnosis of Lyme disease. Jama 1993,269:1812-1816.
-Reid MC, Schoen RT, Evans J, Rosenberg JC, Horwitz RI. The consequences of overdiagnosis and overtreatment of Lyme disease: an observational study. Ann Intern Med 1998,128:354-362.
-Haddad E, Chabane K, Jaureguiberry S, Monsel G, Pourcher V, Caumes E. Holistic approach in patients with presumed Lyme borreliosis leads to less than 10% of confirmation and more than 80% of antibiotics failure. Clin Infect Dis 2018.
-Jacquet C, Goehringer F, Baux E, Conrad JA, Ganne Devonec MO, Schmutz JL, et al. Multidisciplinary management of patients presenting with Lyme disease suspicion. Med Mal Infect 2019,49:112-120.
-Bouiller K, Klopfenstein T, Chirouze C. Consultation for presumed Lyme borreliosis: the need for a multidisciplinary management. Clin Infect Dis 2018.
-Sigal LH. The Lyme disease controversy. Social and financial costs of misdiagnosis and mismanagement. Arch Intern Med 1996,156:1493-1500.
-Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. Psychother Psychosom 2018,87:12-31.
-Weigel A, Husing P, Kohlmann S, Lehmann M, Shedden-Mora M, Toussaint A, et al. A European research network to improve diagnosis, treatment and care for patients with persistent somatic symptoms: Work report of the EURONET-SOMA conference series. J Psychosom Res 2017,97:136-138.

Mise au point

Syndrome douloureux régional complexe : les troubles de la perception et de la représentation du corps

Syndrome douloureux régional complexe : les troubles de la perception et de la représentation du corps

Sessi ACAPO(1)

(1)Université de Nantes / EA 4391 (Excitabilité Nerveuse Thérapeutique), Nantes, France

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) est une pathologie rare affectant l'extrémité d'un membre et survenant après un traumatisme(1). Parmi les multiples symptômes, les troubles de la perception du corps sont maintenant reconnus comme typiques(2). Ces derniers ont été explorés suite à des observations cliniques et le recueil des expériences de patients(3). D'abord nommés neglect-like symptoms, ils ont ensuite fait l'objet de recherche afin de les caractériser.
Ces troubles se rapportent aux perceptions par le patient que son membre atteint a un aspect différent (membre plus gros/petit, gonflé, plus lourd, de couleur différente...), au sentiment que le membre ne lui appartient pas, aux difficultés de le bouger sans y porter attention, aux difficultés de perception de sa position mais aussi aux émotions souvent négatives envers le membre (dégoût voire haine) et aux envies d'amputation. Ils semblent être fréquents dans le SDRC : 54% des participants rapportent trouver leur main « étrangère » ou « bizarre » (4) jusqu'à 84% (5). Ils semblent être plus intenses que dans d'autres populations avec des douleurs de membre chroniques non-SDRC (6). Ils ont été corrélés à l'intensité de la douleur (7,8), à l'invalidité et à la peur du mouvement (9,10).
Pour les explorer dans le SDRC, la littérature spécialisée dans la douleur s'est intéressée à l'évaluation des caractéristiques neuropsychologiques et perceptives.
Les patients surestiment la taille de leur main atteinte (corrélation avec la durée des symptômes, l'importance des troubles de la perception du corps et la diminution de l'acuité tactile) (11,12). Ils présentent des altérations de proprioception (stathesthésie et kinesthésie) (13–15) et une acuité tactile diminuée(16–18) qui semblent être influencée par l'espace dans lequel le membre est présenté (biais visuo-spatial) dans certaines études (19–21).
Les temps de réponse au test de reconnaissance de latéralité sont augmentés dans la plupart des études (19,22–24). Lors de mouvements imaginés, des patients rapportent une augmentation de la douleur et de l'œdème à court terme (25,26).
Certains auteurs trouvent un biais côté atteint lors de tâches de jugement du milieu du corps (27) alors que d'autres non (9,24,28).

En conclusion, les patients atteints de SDRC présentent donc des déficits à la fois de schéma corporel et d'image du corps. Beaucoup de questions restent en suspens, comme l'influence de la douleur ou de la durée des symptômes.
Les hypothèses physiopathologiques ont pour point commun une origine centrale. La plus partagée reste celle d'une réorganisation corticale de la représentation du membre affecté ainsi que d'autres régions impliquées dans la perception visuospatiale. Cependant, les données sur la réorganisation corticale du membre ont été contredites récemment(29).

1. Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD. Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille. Douleur analg. 2019 Sep;32(3):155–64.
2. Goebel A, Barker C, Birklein F, Brunner F, Casale R, Eccleston C, et al. Standards for the diagnosis and management of Complex Regional Pain Syndrome: results of a European Pain Federation task force. European Journal of Pain. 2019 Jan 8;23:641–51.
3. Galer B, Butler S, Jensen M. Case-reports and hypothesis - a neglect-like syndrome may be responsible for the motor disturbance in reflex sympathetic dystrophy (Complex-Regional-Pain-Syndrome-1). Journal of pain and symptom management. 1995 Jul;10(5):385–91.
4. Forderreuther S, Sailer U, Straube A. Impaired self-perception of the hand in complex regional pain syndrome (CRPS). Pain. 2004 Aug;110(3):756–61.
5. Galer BS, Jensen M. Neglect-like symptoms in complex regional pain syndrome: results of a self-administered survey. Journal of pain and symptom management. 1999;18(3):213–7.
6. Frettlöh J, Hüppe M, Maier C. Severity and specificity of neglect-like symptoms in patients with complex regional pain syndrome (CRPS) compared to chronic limb pain of other origins: Pain. 2006 Sep;124(1):184–9.
7. Schulte-Goecking H, Azqueta-Gavaldon M, Storz C, Woiczinski M, Fraenkel P, Leukert J, et al. Psychological, social and biological correlates of body perception disturbance in complex regional pain syndrome. Curr Psychol [Internet]. 2020 Feb 20 [cited 2021 Feb 18]; Available from: https://doi.org/10.1007/s12144-020-00635-1
8. Lewis JS, Schweinhardt P. Perceptions of the painful body: The relationship between body perception disturbance, pain and tactile discrimination in complex regional pain syndrome: Perceptions of the painful body in complex regional pain syndrome. European Journal of Pain. 2012 Oct;16(9):1320–30.
9. Kolb L, Lang C, Seifert F, Maihöfner C. Cognitive correlates of "neglect-like syndrome" in patients with complex regional pain syndrome: Pain. 2012 May;153(5):1063–73.
10. Vittersø AD, Buckingham G, Ten Brink AF, Halicka M, Proulx MJ, Bultitude JH. Characterising sensorimotor adaptation in Complex Regional Pain Syndrome. Cortex. 2021 Jul;140:157–78.
11. Moseley GL. Distorted body image in complex regional pain syndrome. Neurology. 2005 Sep 13;65(5):773.
12. Peltz E, Seifert F, Lanz S, Müller R, Maihöfner C. Impaired Hand Size Estimation in CRPS. The Journal of Pain. 2011 Oct;12(10):1095–101.
13. Bank PJM, Peper C (Lieke) E, Marinus J, Beek PJ, van Hilten JJ. Motor Dysfunction of Complex Regional Pain Syndrome Is Related to Impaired Central Processing of Proprioceptive Information. The Journal of Pain. 2013 Nov 1;14(11):1460–74.

14. Brun C, Giorgi N, Pinard AM, Gagné M, McCabe CS, Mercier C. Exploring the Relationships Between Altered Body Perception, Limb Position Sense, and Limb Movement Sense in Complex Regional Pain Syndrome. The Journal of Pain. 2019 Jan;20(1):17–27.
15. Lewis JS, Kersten P, McPherson KM, Taylor GJ, Harris N, McCabe CS, et al. Wherever is my arm? Impaired upper limb position accuracy in Complex Regional Pain Syndrome: Pain. 2010 Jun;149(3):463–9.
16. McCabe CS, Haigh R, Halligan P, Blake DR. Referred sensations in patients with complex regional pain syndrome type 1. Rheumatology. 2003 Mar 31;42(9):1067–73.
17. Moseley LG. I can't find it! Distorted body image and tactile dysfunction in patients with chronic back pain: Pain. 2008 Nov;140(1):239–43.
18. Pleger B, Tegenthoff M, Ragert P, Förster AF, Dinse HR, Schwenkreis P, et al. Sensorimotor returning in complex regional pain syndrome parallels pain reduction: Sensorimotor Treatment in CRPS. Annals of Neurology. 2005 Mar;57(3):425–9.
19. Bultitude JH, Walker I, Spence C. Space-based bias of covert visual attention in complex regional pain syndrome. Brain. 2017 Sep;140(9):2306–21.
20. Filbrich L, Alamia A, Verfaille C, Berquin A, Barbier O, Libouton X, et al. Biased visuospatial perception in complex regional pain syndrome. Scientific Reports [Internet]. 2017 Dec [cited 2017 Sep 6];7(1). Available from: http://www.nature.com/articles/s41598-017-10077-8
21. Reid E, Wallwork SB, Harvie D, Chalmers KJ, Gallace A, Spence C, et al. A New Kind of Spatial Inattention Associated With Chronic Limb Pain?: Somatospatial Inattention in Pain. Ann Neurol. 2016 Apr;79(4):701–4.
22. Moseley GL. Why do people with complex regional pain syndrome take longer to recognize their affected hand? Neurology. 2004;62(12):2182–6.
23. Reinersmann A, Haarmeyer GS, Blankenburg M, Frettloh J, Krumova EK, Ocklenburg S, et al. Left is where the L is right Significantly delayed reaction time in limb laterality recognition in both CRPS and phantom limb pain patients. Neuroscience Letters. 2010 Dec 17;486(3):240–5.
24. Wittayer M, Dimova V, Birklein F, Schlereth T. Correlates and importance of neglect-like symptoms in complex regional pain syndrome: Pain. 2018 May;159(5):978–86.
25. Moseley GL. Imagined movements cause pain and swelling in a patient with complex regional pain syndrome. Neurology. 2004 May 11;62(9):1644–1644.
26. Moseley GL, Zalucki N, Birklein F, Marinus J, van Hilten JJ, Luomajoki H. Thinking about movement hurts: The effect of motor imagery on pain and swelling in people with chronic arm pain. Arthritis & Rheumatism. 2008 May 15;59(5):623–31.
27. Sumitani M, Shibata M, Iwakura T, Matsuda Y, Sakaue G, Inoue T, et al. Pathologic pain distorts visuospatial perception. NEUROLOGY. 2007 Jan 9;68(2):152–4.
28. Reinersmann A, Landwehrt J, Krumova EK, Ocklenburg S, Güntürkün O, Maier C. Impaired spatial body representation in complex regional pain syndrome type 1 (CRPS I): Pain. 2012 Nov;153(11):2174–81.
29. Mancini F, Wang AP, Schira MM, Isherwood ZJ, McAuley JH, Iannetti GD, et al. Fine-grained mapping of cortical somatotopies in chronic Complex Regional Pain Syndrome. Journal of Neuroscience [Internet]. 2019 Nov 13 [cited 2019 Sep 14];39(46). Available from: http://biorxiv.org/lookup/doi/10.1101/409094

Mise au point

Douleurs neuropathiques chimio induites

DNPC, what else ? (introduction)

Eva Ester MOLINA BELTRAN(1)

(1), Saint-cloud, France

La douleur neuropathique chimioinduite (DNPC) est un des effets secondaires séquellaire le plus fréquents chez les patients atteints de cancer. Il survient lors que les patients sont traités par des molécules très souvent utilisés en oncologie tels que les taxanes et les sels de platine. La DNPC n'a pas seulement des conséquences fonctionnels pour les patients, mais aussi psychologiques et sociales ayant un impact négatif sur la qualité de vie des patients. A ce jour, aucun moyen préventif ou curatif a montré une efficacité suffisante. Cependant, les moyens non médicamenteuses ainsi que le dépistage précoce et la réduction des doses de traitements, semblent être les stratégies les plus efficaces afin d'éviter que cet effet secondaire devienne chronique.

Winters-Stone KM, Horak F, Jacobs PG, et al. Falls, Functioning, and Disability Among Women With Persistent Symptoms of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. J Clin Oncol. 2017;35(23):2604-2612.
Delorme T : Épidémiologie de la douleur en cancérologie, conséquences sur l'organisation
des soins. Douleur analg, 32 1 (2019) 3-8
Kandula T, Farrar MA, Kiernan MC et al. Neurophysiological and clinical outcomes in chemotherapy-induced neuropathy in cancer. Clin Neurophysiol 2017; 128: 1166-1175.
Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, Colvin LA, Fallon M. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain. 2014 Dec;155(12):2461-2470. doi: 10.1016/j.pain.2014.09.020. Epub 2014 Sep 23. PMID: 25261162.
Institut National du Cancer 2018, La Vie 5 ans Après le diagnostic d'un Cancer (VICAN 5).

Mise au point

Douleurs neuropathiques chimio induites

La recherche en soins dans la prévention de la douleur chronique : l'étude ELEGANT

Aurélia JOUREAU CHABERT(1)

(1), Lyon, France

La genèse de l'étude ELEGANT est venue d'une préoccupation forte de l'équipe infirmière de l'hôpital de jour du Centre Léon Bérard concernant la prévention des douleurs neuropathies chimio induites DNPC. La neuropathie périphérique représente un effet secondaire majeur des cytotoxiques (1), incluant les taxanes (paclitaxel) molécules incontournables dans le traitement du cancer du sein et les composés de platine (oxaliplatine) utilisés en oncologie digestive (2). 30 à 50% des patients traités par paclitaxel développent des NP sensori-motrices de grade ≥ 2 (3), 48 % des patients recevant de l'oxaliplatine ressentent des NP sensitive (4). La NP chimio-induite constitue un facteur limitant la thérapie pouvant se développer en symptômes chroniques. En pratique courante, nous utilisons les gants réfrigérés exploitant le principe de vasoconstriction par le froid. La vasoconstriction entraine une diminution du flux sanguin dans les mains limitant l'exposition locale aux cytotoxiques. Cependant, ils sont souvent mal tolérés par les patients (intolérance au froid) conduisant un arrêt de leur utilisation dans certains cas. « Prévenir la douleur neuropathique en induisant de l'inconfort, de la douleur durant l'administration des traitements » n'était absolument pas satisfaisant. L'efficacité des gants chirurgicaux (vasoconstriction mécanique) a été évaluée révélant des résultats encourageants (5). Nous avons décidé de mener un projet de recherche en soins infirmiers afin de valider ces résultats et contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur qualité de vie. L'étude ELEGANT est une étude prospective, comparative, étudiant 2 sous-populations de patients suivis pendant 18 mois. Elle évalue la satisfaction relative au port de gants chirurgicaux versus au port de gants réfrigérés pour les patients atteints de cancer du sein (94 patients) traités par paclitaxel (cohorte 1) et l'efficacité de la compression induite par les gants chirurgicaux contre le développement de NP chez les patients atteints d'un cancer colorectal (67 patients) traités par oxaliplatine (cohorte 2). Les résultats de la cohorte 1 sont très positifs : la satisfaction patient, le confort et la douleur durant les traitements sont significativement meilleurs avec le port de gants chirurgicaux. Le pourcentage d'apparition d'au moins une neuropathie par patient est significativement moins important avec le gant chirurgical. Le pourcentage d'apparition d'au moins une neuropathie sensitive de grade >=2 par patiente est significativement moindre avec le port du gant chirurgical. A ce jour, nous attendons les résultats de la cohorte 2 traité par oxaliplatine. Ces résultats devraient contribuer, à terme, à un

changement de pratique de la prévention des DNPC et une amélioration de la qualité de vie des patients pendant et après les traitements de chimiothérapies.

1. Paice JA (2009) Clinical challenges: chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Semin Oncol Nurs 25(suppl 1):S8–S19. PMID: 19447319
2. Ewertz M, Qvortrup C, Eckhoff L (2015) Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients treated with taxanes and platinum derivative. Acta Oncol 54:587–591. PMID: 25751757
3. Hershman DL et al. (2014) Prevention and management of chemotherapy- induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. J Clin Oncol 32:1941–1967. PMID: 29424607
4. Eckhoff L et al. (2013) Risk of docetaxel induced peripheral neuropathy among 1725 Danish patients with early stage breast cancer. Breast Cancer Res Treat 142:109–118. PMID: 24132874
5. Tsuyuki S et al. (2016) Evaluation of the effect of compression therapy using surgical gloves on nanoparticle albumin-bound paclitaxel-induced peripheral neuropathy : a phase II multicenter study by Kaimagata Breast Cancer Study Group. Breast Cancer Res Treat 160(1) :61-67. PMID : 27620884

Sessions parallèles

Pharmacologie : Session commune SFETD- SFPC

Apport des soins pharmaceutiques dans la douleur en gériatrie

Lise BERNARD(1)Céline MONGARET(2)Christelle MOUCHOUX(3)Pierrick BEDOUCH(4)

(1), Clermont-ferrand, France, (2)CHU Clermont-Ferrand/Pharmacie, Clermont-ferrand, France, (3)CHU Lyon/pharmacie, Villeurbanne, France, (4)CHU Grenoble, Grenoble, France

La douleur est très fréquente chez le sujet âgé (SA). Une enquête réalisée en 2016 [17] montre que 83 % des seniors déclarent avoir souffert au cours des 12 derniers mois. Chez le SA, la chronicité de la douleur affecte le comportement, les performances cognitives, s'accompagne d'une perte d'indépendance fonctionnelle et altère la qualité de vie. La prise en charge de la douleur chez le SA est donc primordiale. La composante médicamenteuse fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique, mais impose un certain nombre de règles spécifiques à la population âgée, afin de limiter au maximum le risque iatrogène.
Le pharmacien joue un rôle essentiel dans la détection des erreurs médicamenteuses, à travers ses activités de pharmacie clinique (conciliation des traitements médicamenteux, analyse pharmaceutique, bilan de médication, etc…). Lors de l'identification de problèmes liés à la thérapeutique, il peut être amené à formuler des interventions pharmaceutiques (IP). Celles-ci sont codifiées grâce à un outil simple standardisé validé par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) et colligées au sein de l'Observatoire National Act-IP© (5).
Dans le cadre du projet AGE (Antalgie en GEriatrie), le groupe Gériatrie de la SFPC, en collaboration avec le groupe Valorisation des Interventions Pharmaceutiques (VIP), a réalisé un état des lieux des pratiques de pharmacie clinique gériatrique en l'antalgie, en caractérisant les IP les plus fréquemment formulées concernant les différentes classes d'antalgiques, et en interrogeant les pharmaciens cliniciens sur leurs pratiques d'analyse pharmaceutique.
De janvier 2006 à décembre 2021, 787 781 IP ont été formulées par les pharmaciens dont 48,9% ont concerné des sujets $\geq$ 75 ans dont 12,7% étaient liées à un médicament antalgique. Le taux d'acceptation global par l'équipe médicale était de 82%. Les médicaments les plus fréquemment concernés par ces IP étaient le paracétamol avec l'identification d'un surdosage dans 60% des cas, les morphiniques avec une indication non traitée à hauteur de 32% et le tramadol souvent surdosé impliquant une demande d'arrêt par le pharmacien dans 30% des cas. En parallèle, sur les 191 répondants de l'enquête nationale menée auprès des pharmaciens cliniciens, 82,1% d'entre eux ont déjà formulé au moins 1 IP en lien avec l'antalgie chez le SA, dont 31,6% à une fréquence 1 fois par jour et 1 fois par semaine.

Ces résultats préliminaires confortent le rôle essentiel du pharmacien clinicien dans le parcours de soins de la personne âgée et plus spécifiquement pour sa prise en charge antalgique. A terme, ces données permettront de proposer un plan de formation et l'élaboration de recommandations partagées de pratiques professionnelles.

(1) CSA Sanofi. Enquête Vécu et impact de la douleur chez les seniors menée du 18 avril 2016 au 25 avril 2016 auprès de 500 Français âgés de 65 ans et plus. 2016
(2) Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. Neural Plast 2017;2017:9724371. https://doi.org/10.1155/2017/9724371.
(3) Williams LJ, Pasco JA, Jacka FN, Dodd S, Berk M. Pain and the relationship with mood and anxiety disorders and psychological symptoms. J Psychosom Res 2012;72:452–6. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.03.001.
(4) Nessighaoui H, Lilamand M, Patel KV, Vellas B, Laroche ML, Dantoine T, et al. Frailty and Pain: Two Related Conditions. J Frailty Aging 2015;4:144–8. https://doi.org/10.14283/jfa.2015.53.
(5) Benoît Allenet, Pierrick Bedouch, François-Xavier Rose, Laurence Escofier, Renaud Roubille, Bruno Charpiat, Michel Juste, Ornella Conort. Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacists' interventions. Pharmacy World and Science, 2006, 28, 181–188

Sessions parallèles

Pharmacologie : Session commune SFETD- SFPC

Apport des soins pharmaceutiques dans la douleur neuropathique

Eric BARAT(1)

(1)CHU Rouen, Rouen, France

Introduction :
Depuis 2017 la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) a défini un modèle intégratif des activités de pharmacie clinique positionnant ainsi les activités de pharmacie clinique en trois prestations : dispensation, bilan de médication et Plan Pharmaceutique Personnalisé. En s'appuyant sur ce modèle quelles sont les actions que le pharmacien peut mettre en place pour améliorer la prise en charge de la douleur neuropathique?
Méthode :
Répertorier les recommandations françaises en lien avec la douleur neuropathique et déterminer quel sont les actions réalisables par le pharmacien. Chacune de ces 2 étapes ont été réalisée par un binôme Médecin(SP) /Pharmacien(EB).
Résultats
1 - Activités réalisables par le pharmacien dans le cadre de la dispensation et indispensables en entretiens pharmaceutiques :
Évaluer la douleur à l'aide des trois échelles sous forme d'auto-questionnaire qui permettent d'évaluer facilement la douleur au comptoir de l'officine (1) : l'Echelle Numérique (EN),l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), une Echelle Verbale Simple (EVS)
Dépistage de la douleur neuropathique avec utilisation du DN4 questionnaire (2).
Surveiller le risque de mésusage à l'aide de l'échelle DSM-5 (3) ou de l'échelle POMI (4).
Chez ces patients, l'utilisation des opioïdes devra être suivie avec prudence y compris pour le tramadol. L'utilisation des opioïdes dans ce cas pourra être suivie par le pharmacien en respectant le bon usage des opioïdes pour une douleur chronique de l'HAS 2022 (5).
2 - Actions pharmaco-thérapeutiques réalisables en entretien pharmaceutique douleur neuropathique :
De par la régularité des échanges avec le patient, le pharmacien peut avoir un rôle essentiel dans le suivi et la détection de la douleur neuropathique et l'orienter le cas échéant vers le médecin en précisant le score évalué selon l'échelle DN4. Deux types d'entretiens peuvent être facilement proposés au patient sur le thème de la douleur neuropathique.
🗣Des entretiens d'initiation de traitement

🗣Des entretiens de suivi d'efficacité et de tolérance. Via l'utilisation du NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory) (6) Attention à penser à faire un NPSI de référence à l'initiation du traitement.

3 - Un lien avec les autres professionnels est essentiel

Rédaction d'un compte rendu et transmission au médecin traitant mais également mise en relation du patient avec tout autre professionnel pouvant être lié à la prise en charge de la douleur tel que l'infirmier, le psychologue, l'assistantes sociale, le kinésithérapeute….

Conclusion

La proximité et la disponibilité du pharmacien, en particulier du pharmacien d'officine, est une force pour la prise en charge des patients souffrant de douleur neuropathique. Ainsi le pharmacien à un rôle tout particulier à jouer dans le dépistage des douleurs neuropathiques et dans l'information lors de l'initiation de traitement.

1. liste_echelles_acceptees_2022.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. mars 2005;114(1‑2):29‑36.
3. 04_opioides_infog_douleur_c.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/04_opioides_infog_douleur_c.pdf
4. Echelle_POMI.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: http://www.ofma.fr/wp-content/uploads/2017/11/Echelle_POMI.pdf
5. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
6. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain. avr 2004;108(3):248‑57.

Sessions parallèles

Pharmacologie : Session commune SFETD- SFPC

Apport des soins pharmaceutiques dans l'interprofessionnalité d'un CETD

Amélie BOURSIER(1)Guillaume HACHE(2)

(1)CH Valenciennes _ service de Pharmacie, Valenciennes, France, (2), Marseille, France

Les soins pharmaceutiques correspondent à l'ensemble des attentions reçues par le patient, résultant de sa relation avec le pharmacien et son équipe. Ces attentions peuvent être préventives, curatives, palliatives et peuvent concerner les produits de santé et/ou les autres déterminants de santé du patient (contexte biomédical, psychologique et social). Ces soins sont prodigués en lien avec les autres professionnels de santé et, le cas échéant avec les aidants du patient (1).
Dans l'accompagnement des patients douloureux chroniques, des données illustrent l'impact des interventions des pharmaciens sur le bon usage du médicament et la diminution de l'intensité douloureuse dans la littérature internationale (2). Toutefois, le développement de ces activités est limité, notamment en France et au sein des centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD). Cela est en partie dû à un manque de clarté quant aux responsabilités du pharmacien et à la perception de son champs d'action (3).
Ainsi, sur la base des données de la littérature et du retour d'expérience des CETD de Valencienne et de Marseille, l'objectif de la session sera de discuter :

- les actes pharmaceutiques développés en CETD : conciliation médicamenteuse, bilans de médication, plan pharmaceutiques personnalisés, entretiens ciblés par exemple ;
- l'impact clinique de ces actes ;
- les modes d'intervention (hôpitaux de jour, permanences, avis spécialisés, consultations) ;
- la perception des équipes sur l'intégration des pharmaciens.

1. Allenet et al. Lexique de pharmacie clinique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien 2021;56: 119–123
2. Thapa et al. Pharmacist-led intervention on chronic pain management: A systematic review and meta-analysis Br J Clin Pharmacol.2021;87:3028-3042
3. Giannipatri et al. Expanding the role of clinical pharmacists on interdisciplinary primary care teams for chronic pain and opioid management. BMC Family Practice (2018) 19:107

Sessions parallèles

Bientraitance dans la prise en charge de la douleur

Les nouveaux critères de certification de la HAS, que faut-il retenir pour la douleur ?

Simon ROCHAT(1)

(1)Centre Hospitalier de Luxembourg, Metz, France

A travers divers moyens d'évaluation dont la certification, la HAS évalue le respect des bonnes pratiques.
La prise en charge de la douleur est l'un de ses critères le plus détaillé : le type d'évaluation, le nombre d'évaluation, l'intensité de la douleur et la mise en place d'un traitement adapté sont les points sensibles auxquels la HAS a choisit de prêter attention.
La version 2020 du manuel de certification de la HAS spécifie ces critères selon les différents secteurs de soins et aborde la question de la prise en charge du patient douloureux chronique en y proposant une évaluation spécifique.
Dans cette nouvelle version, la HAS met l'accent sur la douleur et sa prise en charge, notamment en l'y incorporant à d'autres notions fondamentales telles que : l'autonomie décisionnelle, les situations de fin de vie, le rôle des équipes spécialisées en douleur, l'importance des traitements médicamenteux et non médicamenteux et la notion de bientraitance.
Face à cette dimension qu'est la douleur par le biais de la certification, que faut-il retenir? quels sont les points clefs? le strict respect de ces critères permettent ils d'éviter toute insatisfaction patient?
En se basant sur les recommandations de bonnes pratiques et les différents critères douleur de la HAS, cette présentation souhaite aborder la certification sous un angle différent et souhaite aborder plus particulièrement la notion de douleur et bientraitance.

[1] : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219174/fr/manuel-et-referentiel-de-la-certification-des-etablissements-pour-la-qualite-des-soins

Sessions parallèles

Bientraitance dans la prise en charge de la douleur

La bientraitance du soignant face à la souffrance

Anne MASSELIN-DUBOIS(1)

(1), Dijon, France

La bientraitance est définie par l'HAS comme une démarche collective visant à identifier le meilleur accompagnement possible pour le patient dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. Ces dernières années notamment depuis la pandémie de la COVID-19, la pénurie de soignants, la technicité des soins, et leur exigence d'évaluation ont pu mettre à mal la relation soignant-soigné. La non reconnaissance et la désillusion quant aux valeurs altruistes et d'éthique du soin qui accompagnent la vocation du soignant, ont pu ainsi faire émerger une souffrance voire des pathologies au travail (burn out). La commission professionnelle infirmiers (CPI) de la Société Française d'Etudes et de Traitement de la douleur (SFETD) a engagé une réflexion clinique sur les soins prodigués aux malades douloureux de la maltraitance (congrès SFETD 2022) à la bientraitance (congrès SFETD 2023).
Un groupe ouvert rassemblant 10 IRD interrégionaux travaillant en SDC s'est rassemblé afin d'engager une réflexion clinique collective sur la bientraitance. Le choix d'une méthodologie qualitative du focus group (1) a été choisie pour favoriser le récit, la dynamique collective, et l'expérimentation. Deux réunions en visioconférence de 2H ont eu lieu entre février et avril 2022. Les réunions ont été filmées, leurs contenus retranscrits, puis ont fait l'objet d'une analyse thématique en suivant une méthode d'analyse de contenu (2).
Les résultats montrent un consensus du groupe de pairs sur la définition de la bientraitance. Ils soulignent la préoccupation des soignants de prendre soin d'eux en développant des comportements bientraitants envers eux-mêmes et envers leurs collègues tels que l'écoute de soi ou le respect de ses propres limites. Cette attention portée à soi apparaît comme nécessaire pour assurer un rôle de caregiver envers les patients en souffrance. En outre, la bientraitance transparait dans les résultats comme une éthique de la relation de soin qui ouvre à la compassion et à la bienveillance envers autrui. Enfin, la bientraitance s'inscrit dans un continuum l'opposant à la maltraitance, qu'elle soit institutionnelle, qu'elle soit une position défensive en réponse à l'insupportable détresse du patient, ou psychopathologique lorsque l'agressivité pulsionnelle est retournée contre soi.
Ces éléments d'analyse ouvrent donc à une réflexion sur les pratiques cliniques et au difficile travail du care des soignants confrontés à la souffrance physique et psychique de leurs patients douloureux. Ils apportent également des préconisations bienveillantes pour prévenir la souffrance au travail des infirmiers en suggérant une posture

d’ouverture, des stratégies de gestion du stress, un partage émotionnel, et en rappelant les bienfaits des approches centrées sur la personne (ex : la mindfulness (3)) ou l’analyse de la pratique des équipes médicales.

(1) Evans, C. (2011). Les groupes de discussion ou focus groups. In Mener l’enquête. Guide des études de publics en bibliothèque. Presses de l’enssib.
(2) Bardin, L. (2013). L’analyse de contenu. Presses Universitaires de France.
(3) Masselin-Dubois, A. (2021). Interventions la 3ème vague des TCC en douleur chronique. In Laroche F. & Roussell. P. Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC). Editions In Press.

Sessions parallèles

Bientraitance dans la prise en charge de la douleur

La bientraitance dans les soins : entre savoir être et savoir faire, parcours d'un patient sur l'échelle de la douleur.

Béatrice ALLAIN(1)

(1), Rennes, France

A partir de la définition de la Haute Autorité de la santé (HAS), "c'est une manière d'être, d'agir et de dire soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins, respectueuse de ses choix et de ses refus", je vais vous partager mon regard de patient sur la notion de bientraitance. Atteinte de douleurs chroniques, je souhaite attirer collectivement notre attention sur nos façons de faire et de vivre les soins. Rencontre, partenariat, bienveillance, prendre soin...seront des mots clés de mon témoignage.

Sessions parallèles

Sciences humaines : Le Care

Le point de vue d'une psychologue clinicienne et psychodynamicienne du travail

Isabelle GERNET(1)

(1), Paris, France

A partir de l'exposé d'une situation clinique en soins palliatifs, seront discutés les enjeux psychiques individuels et collectifs du travail de care du point de vue des patients, mais aussi et surtout du point de vue des professionnels du soin. Le soin est d'abord un travail qui ne produit pas d'objets visibles (au sens de produire un bien), comme c'est le cas d'ailleurs du travail social, du travail d'accueil et en général de toutes les activités de service. Ces activités se caractérisent comme des activités « discrètes » ou « immatérielles » en raison même de leur nature invisible (au sens de non objectivable). Cette discrétion du soin induit des formes de reconnaissance spécifiques qui reposent sur une dynamique subtile entre technique et narration, en vue de constituer un univers de références communes où la vulnérabilité et ses manifestations sont identifiées comme ce sur quoi doit porter l'exigence éthique. La discussion de l'évolution des pratiques en soins palliatifs, qui ont été désignés comme « soins ultimes » (au double sens du terme : soin de la limite, celle de la vie, et soin paradigmatique révélant l'essence du care) permettra de mettre en lumière les principes organisant la dynamique entre souffrance et plaisir en situation de travail.

1. C. Dejours (2016), Situations du travail, Paris, PUF
2. I. Gernet (2021), Approche clinique et psychopathologique du burn out : discussion à partir de la psychodynamique du travail, L'Evolution psychiatrique, 86, 1, 119-130
3. P. Molinier (2013), Le travail de care, Paris, La Découverte

Sessions parallèles

Sciences humaines : Le Care

Table ronde

Isabelle GERNET(1)

(1), Paris, France

A partir de l'exposé d'une situation clinique en soins palliatifs, seront discutés les enjeux psychiques individuels et collectifs du travail de care du point de vue des patients, mais aussi et surtout du point de vue des professionnels du soin.

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Efficacité des traitements non médicamenteux des douleurs de l'arthrose et des rhumatismes inflammatoires

Julien NIZARD(1)

(1), Nantes, France

Lors de cette présentation, nous aborderons dans un premier temps, les définitions actualisées des interventions non médicamenteuses, des thérapies complémentaires et de la médecine intégrative (1-5), déjà largement mise en œuvre dans les pays anglo-saxons et scandinaves.
Nous détaillerons ensuite les mécanismes présumés d'apparition et de pérennisation des douleurs dans les rhumatismes inflammatoires (6).
Puis, nous aborderons la prise en charge des patients souffrant de douleurs dans le cadre de rhumatismes inflammatoires, qui repose sur une approche pluridisciplinaire intégrant (6):
– Une approche étiologique avec optimisation du contrôle de la maladie rhumatismale,
– Des approches pharmacologiques de la douleur, intégrant ses différentes composantes, souvent associées (7),
– Des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires, dans le cadre d'une approche intégrative, avec éducation et participation active du patient douloureux.
Nous détaillerons les résultats des principales interventions et thérapeutiques non médicamenteuses dans les douleurs des rhumatismes inflammatoires chroniques (6).
Nous aborderons enfin l'importance d'une politique publique d'intégration de ces thérapeutiques dans le parcours du patient douloureux (8), et notamment le Comité d'appui à l'encadrement des pratiques de soins non conventionnelles, mis en place en juin 2018 par le Ministère chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé et la DGOS (9). Les principales missions de ce Comité seront abordées lors de cette communication : le nécessaire état des lieux de ces pratiques, le développement de la recherche; l'importance de l'universitarisation de leur enseignement initial et continu; et leur mise en œuvre dans le cadre d'indications et de protocoles thérapeutiques précis au sein du parcours du patient douloureux sur le modèle des soins de support en cancérologie, qui ont fait leurs preuves au bénéfice des patients.

1. World Health Organization. Global partners commit to advance evidence-based traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. 2023 [cité 22 août 2023]. Disponible sur:

https://www.who.int/news/item/19-08-2023-global-partners-commit-to-advance-evidence-based-traditional--complementary-and-integrative-medicine
3. Ng JY, Boon HS, Thompson AK, Whitehead CR. Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. BMC Complement Altern Med. déc 2016;16(1):1‑18.
4. Berna F, Paille F, Boussageon R, Nizard J, Verneuil L. Médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles : une différence scientifiquement non pertinente. Partie 1: Analyse des critères de séparation. soumis;
5. Berna F, Paille F, Boussageon R, Nizard J, Verneuil L. Médecine conventionnelle et pratiques de soins non conventionnelles : une différence scientifiquement non pertinente. Partie 2 Les PSNC relèvent-elles des pseudo-sciences ? soumis;
6. Vergne-Salle Pascale, Pouplin S, Loupret T. Non pharmacological interventions for pain in chronic inflammatory rheumatic diseases. Revue du Rhumatisme 2023; 90(3): 328-333.
7. Zhao Sizheng S , Duffield Stephen J, Goodson Nicola J. The prevalence and impact of comorbid fibromyalgia in rheumtoid arthritis Best practice and Research Clinical Rheumatology 2019; 33(3): 101324.
8. Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Thérapies Complémentaires (CUMIC): cumic.fr
9. DGS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 15 avr 2023]. Les pratiques de soins non conventionnelles. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles
Ministère chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé. Comité d'appui à l'encadrement des pratiques de soins non conventionnelles en santé.

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Actualités des traitements de la fibromyalgie

Françoise LAROCHE(1)

(1)APHP, Paris, France

Les connaissances actuelles convergent vers une prise en charge pluridisciplinaire (voire plutôt interdisciplinaire) et personnalisée de la fibromyalgie. Les approches non médicamenteuses doivent être proposées en première intention. Il s'agit surtout des exercices physiques (aérobie, réguliers, progressifs, fractionnés) et des approches psychologiques avec psychoéducation (de type cognitive, émotionnelle et comportementale). Il existe de nombreuses recommandations internationales (American Pain Society, European League Against Rheumatism, Canadiennes…) et nationales (HAS, Académie de médecine, expertise collective INSERM 2020). Les traitements pharmacologiques sont recommandés en deuxième intention. Les antalgiques classiques sont en général peu efficaces. Certains antidépresseurs (tricycliques et IRSNa) et antiépileptiques (gabapentinoïdes) sont proposés. Leur prescription ne devrait être discutée que pour les patients avec des douleurs sévères, des troubles du sommeil et/ou des comorbidités anxio-dépressives. Des médicaments sont aussi déconseillés. Il s'agit des opioïdes forts, des AINS, des corticoïdes, des benzodiazépines, des agonistes dopaminergiques, des IMAO. Les administrations répétées de kétamine n'ont pas fait la preuve de leur efficacité sur les douleurs. Pour le cannabis, à ce jour, le niveau de preuve n'est pas suffisant. Des innovations sont en cours de développement telle que la neurostimulation (stimulation magnétique transcrânienne répétitive) et l'adaptation des thérapeutiques aux phénotypes des patients.

- Inserm. Fibromyalgie. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2020.
- Kundakci, B., Kaur, J., Goh, S.L., Hall, M., Doherty, M., Zhang, W., Abhishek, A. (2022). Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Pain 163, 1432–1445.
- Thieme, K., Mathys, M., Turk, D.C. (2017). Evidenced-Based Guidelines on the Treatment of Fibromyalgia Patients: Are They Consistent and If Not, Why Not? Have Effective Psychological Treatments Been Overlooked? J Pain 18, 747–756.

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Covid long et manifestations rhumatologiques

Pascale VERGNE-SALLE(1)

(1)CHU de Limoges / Service de Rhumatologie et Centre de la Douleur, Limoges, France

Le Covid-long ou syndrome séquellaire post-infection à Sars-Cov2 est défini par la HAS comme la présence d'au moins un des symptômes initiaux, au-delà de 4 semaines suivant le début d'une infection à Sars-Cov2 confirmée ou probable, symptômes non expliqués par un autre diagnostic sans lien avec la COVID-19.
La prévalence est difficile à estimer compte tenu des multiples définitions dans le monde. Sur la plus large étude disponible (méta-analyse de 54 études et base de données de 22 pays), elle serait de 6,2% à 3 mois avec 3 grands clusters de symptômes : 1) fatigue associée à des douleurs et variations de l'humeur, 2) troubles cognitifs et 3) troubles respiratoires (1).
Les douleurs musculo-squelettiques sont fréquentes. Dans une méta-analyse d'études observationnelles, les symptômes persistants à 4 semaines sont des myalgies (5,7%), des arthralgies (4,6%) souvent diffuses et des douleurs thoraciques (7,9%). Leur prévalence augmente à 60 jours mais diminue à 180 j (2). Presque un tiers des patients douloureux remplirait les critères de fibromyalgie et l'obésité et le sexe masculin seraient des facteurs de risque de développer un tableau de fibromyalgie post-COVID (3). Le mécanisme des douleurs semble principalement nociplastique. Les hypothèses physiopathologiques sont nombreuses : (a) séquelles de lésions d'organes, (b) exacerbation de comorbidités sous-jacentes, notamment des douleurs chroniques déclenchées par un stress majeur lié à la pandémie, (c) déclenchement de maladie auto-immune infra-clinique par le virus, (d) persistance d'antigènes viraux responsables d'une réponse inflammatoire chronique en lien avec la présence d'auto-anticorps chez ces patients, (e) impact du Sars-Cov2 sur le système nerveux central avec neuro-inflammation, sensibilisation centrale et atteinte du système nerveux autonome.
La première étape consiste à écarter une complication de la phase aigüe, une décompensation de comorbidité et une autre cause aux symptômes que la COVID-19. L'étape du diagnostic différentiel est importante.
L'infection avec le variant Omicron semble associée à un risque plus faible de COVID-long comparé au variant Delta. La durée d'évolution dépend des comorbidités, de la sévérité de l'infection initiale et du spectre de symptômes. Elle est très variable en moyenne de 9 mois chez les patients initialement hospitalisés à 4 mois chez les patients non hospitalisés.

La prise en charge est pluridisciplinaire avec une rééducation et des exercices physiques adaptés, le traitement symptomatique des douleurs, la prise en charge des symptômes associés cognitifs, anxio-dépressifs, de stress post-traumatique.

(1) Global Burden of Disease Long COVID Collaborators, Wulf Hanson S, Abbafati C, et al. JAMA 2022; 328:1604.
(2) Fernández-de-Las-Peñas C et al. Pain 2022 ;163(7): 1220.
(3) Ursini F et al. RMD Open 2021 ;7: e001735.

Sessions parallèles

Douleurs de l'appareil locomoteur

Douleurs et Vitamine D ?

Rose-Marie JAVIER(1)

(1), Strasbourg, France

La vitamine D est de plus en plus considérée comme impliquée dans de nombreuses pathologies, qu'il s'agisse d'une simple association ou qu'il y ait un rapport de cause à effet.
Un certain nombre de données épidémiologiques permettent d'évoquer l'existence d'un lien entre hypovitaminose D et douleurs, en particulier ostéoarticulaires. Par ailleurs certains auteurs ont mis en évidence l'effet positif d'une supplémentation vitaminique D chez des douloureux chroniques, au cours de la fibromyalgie (Lombardo M 2022), mais aussi chez des patientes porteuses de métastases osseuses de cancer du sein ou en soins palliatifs (Klasson C 2022).
Comment peut-elle agir ? On retrouve des récepteurs à la vitamine D (VDR) au niveau de nombreux autres tissus que l'os et, si la forme active de la vitamine D est le calcitriol, fabriqué à partir de la vitamine D grâce à une 1 α hydroxylase dans le rein mais aussi dans de nombreux autres organes, la vitamine D a une action propre sur le VDR en particulier au niveau de l'os et de la parathyroïde : elle a une affinité pour le VDR 1000 fois plus basse que la 1-25 OH D mais une concentration sérique 1000 fois plus élevée.
Elle pourrait agir sur la douleur au niveau périphérique (en agissant sur le métabolisme osseux mais également sur le métabolisme musculaire et cartilagineux), systémique (en intervenant dans les mécanismes de l'inflammation et de l'auto-immunité ; Moslemi E 2022) mais également central cérébral (la 1 α hydroxylase a été mise en évidence dans l'hypothalamus et les noyaux gris centraux et la 1-25 OH vitamine D est indispensable au développement du cerveau embryonnaire chez le rat : Kesby J 2011).
Si l'association entre hypovitaminose et douleur est certaine, la causalité reste cependant à discuter. Selon l'étude Cochrane de 2015 (Straube S 2015), la question de savoir si la vitamine D peut avoir des effets bénéfiques dans des conditions douloureuses chroniques spécifiques nécessite une enquête plus approfondie
En pratique, le GRIO a édicté en 2019 (Souberbielle JC 2019), des recommandations sur le bon usage de la vitamine D : il faut doser la 25OH Vitamine D lorsqu'il existe des facteurs de risque de fracture (ostéoporose, chutes, maladies chroniques, traitements inducteurs d'ostéoporose, femmes enceintes accouchant en hiver ou au printemps) et supplémenter en fonction du taux, avec une cible de l'ordre de 40 ng/ml et un contrôle après la dose de charge. Le dosage lors d'évènements douloureux n'est pas remboursé.
Le message important est d'éviter une supplémentation anarchique médicamenteuse ou sous forme de compléments alimentaires

Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

L'intensité de la douleur est-elle contrôlée par l'horloge interne ?

Claude GRONFIER(1)

(1), Lyon, France

L'intensité de la douleur fluctue au cours de la journée dans certaines conditions expérimentales et cliniques, mais les mécanismes qui sous-tendent ces fluctuations sont inconnus. Bien que l'on sache que le système de synchronisation circadien régule un large éventail de fonctions physiologiques, on ignore si elle est impliquée dans la régulation de la douleur.
En utilisant des conditions de laboratoire très contrôlées (constant routine), nous montrons que la sensibilité à la douleur présente un rythme de 24 heures et qu'elle contrôlée par le système circadien endogène. La composante circadienne de la sensibilité à la douleur peut être modélisée par une fonction sinusoïdale, avec un maximum au milieu de la nuit et un minimum dans l'après-midi. Nos résultats montrent l'implication d'un processus homéostatique de régulation de la sensibilité à la douleur, avec une augmentation linéaire au cours des 34 heures d'éveil prolongé, qui s'accumule lentement avec la pression du sommeil. La modélisation des données suggère que le système circadien est responsable de ~80 % de l'ampleur totale de la sensibilité à la douleur au cours des 24 heures, et que les processus liés au sommeil ne représentent que ~20 %.
Dans l'ensemble, nos données révèlent que les mécanismes neurobiologiques impliqués dans la rythmicité de la perception de la douleur chez l'humain reposent sur le système circadien localisé dans les noyaux suprachiasmatiques. Ils soulignent la nécessité de prendre en compte le moment de la journée dans l'évaluation de la douleur, et suggèrent que la médecine circadienne personnalisée peut être une approche prometteuse pour la gestion de la douleur.

Daguet I, V. Raverot, D. Bouhassira, Gronfier C, Circadian rhythmicity of pain sensitivity in humans. Brain 2022 Sep 14;145(9):3225-3235. doi: 10.1093/brain/awac147.

Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Douleur neuropathie périphérique induite par l'oxaliplatine : Comment faire barrière ?

Isabelle BRUNET(1)

(1), Paris, France

Les neuropathies périphériques d'origine chimique (NIPC) sont des effets indésirables courants des traitements anticancéreux, notamment de l'oxaliplatine, qui augmentent en fonction de la dose administrée. Les patients souffrent de paresthésie et d'allodynie, en particulier au niveau des mains et des pieds, et les symptômes sont plus sévères quand la dose cumulée devient élevée. À ce jour, il n'existe pas de traitement spécifique contre la NIPC, principalement parce que son étiologie reste mal comprise. Les patients souffrent de douleurs neuropathiques non traitées qui réduisent considérablement leur qualité de vie et conduisent souvent à la réduction ou à l'arrêt de la chimiothérapie. L'oxaliplatine étant injecté par voie intraveineuse, nous avons émis l'hypothèse qu'une altération de la vascularisation intra-nerveuse pourrait être impliquée dans l'apparition et le développement de la NIPC. En effet, des changements dans les propriétés des vaisseaux sanguins intra-nerveux, que ce soit dans leur structure ou dans leur fonction, pourraient altérer l'homéostasie nerveuse et participer au développement des symptômes neuropathiques. Nous avons donc injecté de l'oxaliplatine par voie intraveineuse à des souris et effectué des tests comportementaux. Notre modèle de murin récapitule les symptômes de la NIPC mais ne présente pas de détérioration du système nerveux ni du système vasculaire. Une analyse transcriptomique des vaisseaux sanguins isolés des nerfs sciatiques de souris sham et de souris traitées à l'oxaliplatine montre une augmentation des gènes impliqués dans la vasoconstriction dans le groupe traité à l'oxaliplatine.Ces données conduisent à la possibilité intrigante que l'étiologie des NIPC pourrait être initiée par une vasoconstriction intra-nerveuse accrue, limitant ainsi la perfusion appropriée du nerf et entraînant des effets délétères sur l'homéostasie nerveuse. Pour tester directement cette hypothèse, nous avons administré deux molécules vasodilatatrices différentes avant et en même temps que l'oxaliplatine. Nos résultats montrent une réduction significative des symptômes de la NIPC avec les deux traitements vasodilatateurs (n=12), confirmant que les vaisseaux sanguins, à travers leur fonction contractile en particulier, sont effectivement impliqués dans l'apparition de la NIPC. Dans ce contexte, nos données suggèrent que les animaux atteints de NIPC présentent un niveau d'hypoxie plus élevé (augmentation de l'expression de Hif1a) que les animaux non traités ou les animaux recevant de l'oxaliplatine et au moins une molécule vasodilatatrice, ce qui est compatible avec une réduction du flux sanguin et de l'état de perfusion. Ces résultats représentent un espoir thérapeutique important pour

les patients souffrant de douleurs neuropathiques suite à un traitement de chimiothérapie.

1. Colvin, Lesley A. “Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Where Are We Now?” Pain. Lippincott
Williams and Wilkins, May 1, 2019. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001540.
2. Taïb, Sonia, Juliette Durand, and Isabelle Brunet. “Comment Faire Barrière ? Neuropathie Périphérique Induite Par l ’ Oxaliplatine” 36 (2020): 33–37.
3. Ubogu, Eroboghene E. “Biology of the Human Blood-Nerve Barrier in Health and Disease.” Experimental Neurology 328, no. February (2020): 113272.https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113272.
4. Maiuolo, Jessica, Micaela Gliozzi, Vincenzo Musolino, Cristina Carresi, Saverio Nucera, Roberta Macrì, Miriam Scicchitano, et al. “The Role of Endothelial Dysfunction in Peripheral Blood Nerve Barrier: Molecular Mechanisms and Pathophysiological Implications.” International Journal of Molecular Sciences
20, no. 12 (2019). https://doi.org/10.3390/ijms20123022.
5. Taïb S, Lamandé N, Martin S, Coulpier F, Topilko P, Brunet I. Myelinating Schwann cells and Netrin-1 control intra-nervous vascularization of the developing mouse sciatic nerve. Elife. 2022 Jan 12;11:e64773. doi: 10.7554/eLife.64773. PMID: 35019839; PMCID: PMC8782568.

Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Douleur arthrosique : le gène CHRFAM7A, récepteur à l'acétylcholine, contribue à la sévérité de la douleur

Alice COURTIES(1)

(1), Paris, France

L'arthrose est la maladie ostéo-articulaire la plus fréquente, affectant environ 500 millions de personnes dans le monde. Elle se caractérise par des douleurs et une raideur articulaire responsable d'un handicap. Elle affecte l'ensemble des tissus articulaires (cartilage, ménisque, synoviale et os sous-chondral) et est associée à une inflammation locale de bas grade. La physiopathologie de la douleur arthrosique est complexe impliquant les tissus articulaires et le système nerveux périphérique et central.
Parmi les acteurs impliqués dans la physiopathologie de l'arthrose, il a été montré que le récepteur nicotinique de l'acétylcholine alpha 7 (α7nAChR) (composé de 5 sous-unités codées par le gène CHRNA7) participe à l'homéostasie articulaire et que sa stimulation par un ligand exogène (nicotine) atténue la sévérité et la douleur de l'arthrose chez la souris (1,2). Sa stimulation pourrait constituer une cible thérapeutique potentielle dans l'arthrose chez l'Homme. Cependant, au cours de l'évolution, un duplicat partiel du gène Chrna7, spécifique à l'Homme, appelé CHRFAM7A est apparu, fonctionnant comme un dominant négatif du α7nAChR in vitro (3).
Nous avons étudié le rôle de ce duplicat, CHRFAM7A, dans la physiopathologie de l'arthrose et de la douleur arthrosique en utilisant de souris transgéniques (TgCHRFAM7A) et des souris sauvages (WT).
Nous avons montré que les souris TgCHRFAM7A ont une arthrose plus sévère que les souris WT dans 2 modèles connus d'arthrose [déstabilisation du ménisque médial (DMM) et injection de monoiodoacétate (MIA) intra-articulaire]. Cette sévérité accrue peut s'expliquer par une diminution de la réponse anti-inflammatoire des tissus articulaires aux agonistes α7nAChR chez les souris TgCHRFAM7A. Les souris TgCHRFAM7A présentent une allodynie plus importante après DMM et MIA que les souris WT. De manière intéressante, elles présentent un phénotype douloureux spécifique puisque leur seuil de réponse à la douleur est abaissé par rapport aux souris WT en l'absence de toute lésion. De même, la réponse douloureuse des souris TgCHRFAM7A est exacerbée après injection de formalin dans la patte. Ceci est associé à une signature inflammatoire des ganglions sensitifs innervant le genou des souris TgCHRFAM7A ainsi qu'à une perte de capacité de fixation du α7nAChR dans les ganglions sensitifsTgCHRFAM7A par rapport aux WT. Enfin, l'effet antalgique transitoire des agonistes de α7nAChR est complètement aboli chez les souris DMM ou MIA TgCHRFAM7A.

Ainsi, l'expression de CHRFAM7A est associée à une sévérité clinique et histologique accrue de l'arthrose mais elle influence aussi le seuil de réponse à la douleur chez les souris quelque soit le stimulus. Chez l'Homme, son impact sur la douleur doit être étudié et l'effet thérapeutique des agonistes α7nAChR sur l'arthrose devrait être évalué en fonction du génotype CHRFAM7A.

1.Teng, J Immunol. 2019 Jul 15;203(2):485-492.
2. Courties, Arthritis Rheumatol. 2020 Dec;72(12):2072-2082.
3. Costantini, J Leukoc Biol. 2015 Feb;97(2):247-57.

Sessions parallèles

La recherche sur la douleur en France : les découvertes de l'année

Booster les enképhalines pour traiter la migraine

Radhouane DALLEL(1)

(1), Clermont-ferrand, France

La migraines est une maladie invalidante et l'amélioration de sa prise en charge est une priorité de santé publique. Bien que de nombreux traitements soient disponibles, plusieurs échecs (c'est-à-dire patients non répondeurs, avec une contre-indication ou intolérants...) demeurent à l'égard des traitements de la crise et prophylactiques. De plus, les traitements de la crise sont souvent associés à des céphalées par abus médicamenteux, soulignant la nécessité de nouveaux médicaments. Une alternative prometteuse consiste à améliorer l'efficacité des enképhalines, opioïdes endogènes particulièrement efficaces dans la modulation de la douleur. Cependant, les effets analgésiques des enképhalines sont de très courte durée, du fait de leur dégradation enzymatique rapide en fragments inactifs par deux métallopeptidases à zinc, la néprilysine (NEP) et l'aminopeptidase N (APN). Il a été démontré que l'inhibition concomitante de la NEP et de l'APN par des inhibiteurs doubles de l'ENKéphalinase (DENKI) comme le PL37 augmente la demi-vie de l'enképhaline et induit une analgésie dans des modèles précliniques de douleur et dans les premiers essais cliniques sur l'homme.
Dans cette étude, nous avons testé le potentiel antimigraineux du PL37. L'étude a été réalisée sur un modèle de migraine reproduisant certaines caractéristiques de la migraine, dont une allodynie mécanique céphalique qui est présente chez 60 à 80% des patients migraineux. Le modèle consiste en l'administration répétée d'isosorbide dinitrate (ISDN), un donneur de monoxyde d'azote, connu pour déclencher des crises de migraine chez les patients migraineux. L'administration d'ISDN induit une hypersensibilité cutanée céphalique dès la première injection d'ISDN qui devient persistante après des administrations répétées, mimant le décours temporal de l'allodynie céphalique observées chez l'homme.
Nous montrons que l'administration de PL37 inhibe l'allodynie céphalique aiguë induite par une injection d'ISDN ainsi que l'allodynie céphalique chronique induites par des injections répétées d'ISDN. L'administration quotidienne de PL37 prévient le développement de l'allodynie mécanique céphalique ainsi que la sensibilisation centrale du complexe trigéminocervical évoquée par des injections répétées d'ISDN. Il important de noter que PL37 a une excellente tolérance et n'induit pas d'effets secondaires de type opiacé.

Cette étude révèlent le potentiel antimigraineux des inhibiteurs des enképhalinases et suggèrent que protéger les enképhalines de leur dégradation physiologique constitue une approche innovante pour traiter la migraine avec moins d'effets secondaires.

Descheemaeker A, Poras H, Wurm M, Luccarini P, Ouimet T, Dallel R. Dual enkephalinase inhibitor PL37 as a potential novel treatment of migraine: evidence from a rat model. Brain. 145:2664-2670, 2022.
Dallel R, Descheemaeker A, Luccarini P.Recurrent administration of the nitric oxide donor, isosorbide dinitrate, induces a persistent cephalic cutaneous hypersensitivity: A model for migraine progression. Cephalalgia. 38:776-785, 2018.

Sessions parallèles

Lorsque les douleurs chroniques s'invitent à l'école

L'adolescent douloureux chronique et les problématiques de la scolarité : quand les douleurs chargent le cartable

Sophie DUGUÉ(1)Leslie ODERDA(2)

(1)Centre de la Douleur et de la Migraine de l'enfant, Hôpital A. Trousseau, APHP, Paris, France,
(2)Centre de la Douleur et de la Migraine de l'enfant, Hôpital A. Trousseau, APHP, Paris, France

Les douleurs chroniques ne sont pas rares en pédiatrie. La prévalence est plus importante chez les adolescentes et augmente avec l'âge et le bas niveau socio-économique. Dans la littérature, leurs prévalences varient d'un facteur 10 selon les définitions retenues et la méthodologie utilisée. De nombreuses études, basées sur des auto-questionnaire en milieu scolaire ont proposé une définition temporelle (nombre de jour par semaine pendant au moins 3 à 6 mois) ; plus récemment l'impact des douleurs chroniques dans la vie quotidienne (notamment la scolarité) a été pris en compte. Ainsi, une méta-analyse nous invite à analyser la littérature existante de manière prudente (1). Les douleurs chroniques concernent 46 % des enfants scolarisés (2) et entre 2 à 5 % d'entre eux présentent des douleurs chroniques sévères et invalidantes (1,2). Elles regroupent principalement : les céphalées (8 à 83%), les douleurs musculosquelettiques (4 à 40%), les douleurs abdominales récurrentes (4 à 53%) et les douleurs diffuses (4 à 49%) (1). Une étude réalisée par la Commission pédiatrique de la SFETD (ComPédia) auprès des jeunes consultants pour la première fois en structure douleur pédiatrique a permis de montrer que dans 2/3 des cas, il n'y a aucune maladie chronique sous-jacente (3).
Ces douleurs sont souvent associées à un absentéisme scolaire, qui en représente une complication grave (4) et un signe objectif, pour le médecin, de la sévérité des douleurs chroniques du jeune.
Nous vous proposons d'étudier le lien entre douleurs et absentéisme scolaire, à travers deux situations : l'une exposant les conséquences des douleurs chroniques sur la scolarité et l'autre illustrant comment une souffrance scolaire, telle que le refus scolaire anxieux, peut favoriser l'installation de douleurs chroniques. Nous veillerons à aborder cette distinction prudemment, tant il est difficile bien souvent de « faire parler » le symptôme-douleur.
De ce fait, nous aborderons ensuite, les bienfaits des consultations en binôme médecin-psychologue, et plus généralement de l'approche bio-psycho-sociale, ainsi que de la thérapie familiale auprès de ces jeunes patients.

1. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. Pain. déc 2011;152(12):2729‑38.
2. Miró J, Roman-Juan J, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP. Chronic Pain and High Impact Chronic Pain in Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study. The Journal of Pain. 1 mai 2023;24(5):812‑23.
3. Justine Avez-Couturier, IDEA Study Group, Jean-Philippe Antonietti, Rémy Amourou. IDEA (Impact Douleur Enfant Adolescent): description of children and adolescents referred to 14 French outpatient pediatric pain clinics, first results. Poster Congres ISPP Bâle; 2019.
4. Logan DE, Simons LE, Stein MJ, Chastain L. School impairment in adolescents with chronic pain. J Pain. mai 2008;9(5):407‑16.

Sessions parallèles

Lorsque les douleurs chroniques s'invitent à l'école

« J'ai mal au collège », réalité quotidienne d'un enfant qui se plaint en milieu scolaire : regards croisés entre la douleur et le milieu scolaire

Anne Sophie RESTIF(1)Nathalie PASQUIER(2)

(1)CETD pédiatrique CHU de Rennes, Rennes, France, (2)Rectorat d'académie de Rennes, service infirmier académique, Rennes, France

Au collège, lycée les infirmiers de l'éducation nationale sont quotidiennement sollicités pour des motifs de douleur. La douleur représente un motif d'absentéisme voire de déscolarisation lorsque le système de régulation de la douleur est dépassée. Les stratégies médicamenteuses sont peu efficaces et l'infirmier, qui est le seul soignant présent dans l'établissement, peut être en difficulté pour proposer des stratégies adaptées à la situation.
Les infirmiers en structure douleur chronique pédiatrique identifient, avec l'équipe pluri-professionnelle, les stratégies de coping du jeune et tiennent compte de l'environnement scolaire pour proposer de nouvelles stratégies multimodales plus pertinentes.
Nous allons identifier les parcours de soins en santé scolaire et en centre de la douleur pédiatrique pour des adolescents qui vivent avec une douleur chronique. Nous verrons comment les raisonnements cliniques infirmiers, la rencontre entre les partenaires, le lien avec la famille permettent de formaliser un projet médico scolaire co-construit qui fournit un cadre sécurisant et cohérent pour le jeune et sa famille.
Pour les infirmiers en santé scolaire, la mise en œuvre de ce projet nécessite de connaître la complexité du système de la douleur, d'accueillir la plainte sans jugement, de créer un climat favorable à la mise en œuvre des stratégies antalgiques apprises au centre de la douleur.
La gestion des épisodes douloureux en milieu scolaire contribue à renforcer l'estime de soi et construire des habilités pour déployer des stratégies d'adaptation.
Le développement de l'auto-efficacité personnelle perçue passe par un partenariat entre santé scolaire et centre de la douleur. Travailler en partenariat ce n'est pas se chevaucher ou se superposer mais s'additionner en complémentarité pour donner aux jeunes plus de cohérence vers un même objectif.
Pour réussir un partenariat qui fasse sens, il faut que chacun sur le territoire concerné accomplisse bien la tâche qui est la sienne, cela suppose que chaque acteur de terrain connaisse les missions et les compétences de chacun et soit reconnu dans son professionnalisme par les autres professionnels avec qui il est en contact.

Connaître et être reconnu tels sont les mots clés d'une action en réseau. Des espaces de rencontres sont donc nécessaires pour travailler en réseau avec l'environnement local et harmoniser les postures professionnelles.

[1] Guidelines on the management of chronic pain in children, OMS 2020, https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870
[2] Enfants et adolescents : évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents référentiel de certification 2020, https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3222200
[3] Infirmier Ressource Douleur, référentiel d'activités et de compétences - SFETD https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2020/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-activit%C3%A9s-et-comp%C3%A9tences-juillet-2020-250920.pdf
[4] ROMANO Hélène. La santé à l'école en 24 notions, édition Dunod, 2021, 360 p.
[5] BRISTOL Patricia., KERNEUR Christine. Infirmière de l'éducation nationale, édition Maloine, 2020, 211 p.
[6] DUGUE Sophie, TOURNIAIRE Barbara. Les douleurs chroniques en pédiatrie : qu'en savons-nous ? Quels parcours de soins en France ? Perspectives Psy, avril 2021, volume 6, numéro 2, p 148-154

Sessions parallèles

Lorsque les douleurs chroniques s'invitent à l'école

Adolescents douloureux chroniques déscolarisés : que faire quand on ne sait plus quoi faire ?

Anne TONELLI(1)

(1), Paris, France

Les SSR pédiatriques de la Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF) ont développé des hospitalisations Soins/Etudes "douleur"[1]. Du fait d'un partenariat unique en France avec l'Education Nationale, les treize cliniques de la FSEF disposent d'une annexe pédagogique d'un collège-lycée publique permettant de proposer aux adolescents hospitalisés un projet Soins/Etudes [2].
Au delà de l'objectif règlementaire de la scolarité, le concept du Soins/Etudes est un ressort important du traitement médical. Les études font partie du soin, servent d'ancrage dans la réalité et permettent à ces patients de retrouver une identité scolaire qu'ils avaient perdue du fait de l'isolement social dû à la douleur chronique. Cette identité scolaire ,partie prenante de leur propre identité, leur redonne une estime de soi, la capacité de se penser et à nouveau de se projeter dans un avenir. Depuis 2011, le service de médecine interne pour adolescents de la Clinique FSEF Paris 16 accueille en hospitalisation des adolescents douloureux chroniques déscolarisés dans un projet Soins/Etudes axé sur l'évaluation et le traitement de leur douleur et la reprise de leur scolarité. Plusieurs modalités sont proposées: hospitalisations traditionnelles ou de jour, parfois itératives. Leur durée est bornée dans le temps et non calquée sur une année scolaire. L'indication principale est la douleur chronique, avec ou sans maladie organique, associée à une déscolarisation et un échec de suivi ambulatoire (de structure douleur le plus souvent). La déscolarisation est un critère de gravité de la douleur chronique à l'adolescence. Le projet Soins/Etudes associe des techniques non médicamenteuses (kinésithérapie, balnéothérapie, relaxation..), des consultations avec un médecin de la douleur, des soins psychiques (entretiens psychologiques, consultations avec un psychiatre..) et une scolarité en classe en petit effectif avec un emploi du temps allégé en fonction de la profondeur de la déscolarisation. Ce programme s'appuie, entre autres, sur l'effet cadrant et rassurant du service, le regard neutre et bienveillant des soignants, le contact avec les pairs douloureux ou non, la mise à distance de la famille assortie du travail avec celle-ci, la resocialisation favorisée et médiatisée par l'équipe soignante. La mobilisation douce et progressive du corps douloureux, les soins psychiques, le traitement des crises douloureuses et la scolarité bienveillante sans pression sont des éléments majeurs de ce dispositif.
Ces hospitalisations Soins/Etudes "douleur" arrêtent la spirale infernale: douleur, déscolarisation, désocialisation en offrant la possibilité à l'adolescent de faire un pas de

côté, et de se décentrer de sa douleur. Plus de trois cents adolescents ont bénéficié de ces projets Soins/Etudes "douleur" à la Clinique FSEF Paris 16.

1Tonelli A. Ces douleurs qui insistent à l'adolescence: l'hospitalisation en Soins/Etudes peut-elle être une réponse? Perspectives Psy 2021/2 (Vol.60), pp 164-71 EDP Sciences.
2 Godart N. (2019) Soins, études, insertion au sein de la Fondation Santé des Etudiants de France. In: Gerardin P., Boudailliez B., Duverger P . (eds)
Médecine et santé de l'adolescent. Elsevier Masson, pp 133-8.

Sessions parallèles

Douleur : place du non-pharmacologique

Quand la douleur et la médecine intégrative travaillent ensemble : l'expérience de l'institut de médecine intégrative et complémentaire du CHU de Bordeaux

Marie FLOCCIA(1)

(1)CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

L'hypnose clinique et thérapeutique se développe au CHU de Bordeaux depuis 2008, la méditation de pleine conscience, elle, depuis 2015. Ces méthodes non médicamenteuses ont une base solide au CHU : 1700 soignants sont formés à l'hypnose et 900 à la méditation de pleine conscience. En parallèle, au niveau national s'est créé un collège universitaire de médecine intégrative et complémentaire, qui définit la médecine intégrative comme l'association des médecines conventionnelles et complémentaires dans une approche scientifique validée, centrée sur le patient avec une vision pluridisciplinaire et une intervention non-médicamenteuse comme méthode de santé référencée, efficace, non invasive, personnalisée et encadrée par un(e) professionnel(le) qualifié(e).
Porté par cette dynamique forte, un Institut de Médecine Intégrative et Complémentaire (IMIC) a ouvert en 2019 au CHU de Bordeaux, au sein du service douleur et médecine intégrative dans le pôle des neurosciences cliniques.
L'IMIC s'est donné comme missions de coordonner les initiatives existantes dans l'établissement, de promouvoir et fédérer une nouvelle offre de soins basée sur l'hypnose et la méditation, de promouvoir la recherche autour de ces approches, de contribuer à la promotion de la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux du personnel hospitalier, d'enseigner et transmettre de manière qualifiée ces approches aux personnels soignants et aux étudiants en santé, de promouvoir d'autres techniques de soins complémentaires validées.
Les activités de l'IMIC se déploient pour les patients à travers de consultations individuelles (d'orientation, d'hypnose, de suivi en pratiques méditatives et compassionnelles) et de programmes de groupe principalement dans le cadre de la douleur chronique (1.2) et des maladies neurodégénératives (3) pour des patients dans des filières de soins organisées. Pour les agents du CHU l'IMIC propose un accès privilégié à l'hypnose thérapeutique ou aux programmes de méditation par l'intermédiaire du Service de Santé au Travail (4, 5.6).
En conclusion, les acteurs de l'IMIC sont mus par la conviction de la nécessité de porter les valeurs et la vertu des pratiques complémentaires avec exemplarité pour le bien être des soignants et des patients dans le domaine hospitalier et universitaire en participant à un mouvement global et inéluctable de quête de sens et de recentrage du soin sur l'humain qui ne demande qu'à être régulé et fédéré.

1. P. Langlois et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis j.neubiorev.2022
2. T. Thompson et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and metaanalysis of 85 controlled experimental trial. Neuroscience and behavioural reveiews, 2019
3. M Floccia et al. Hypnose en pratiques gériatriques. Ed Dunod. 2018
4. Fendel JC et al. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a study protocol for a systematic review and meta-analysis BMJ Open 2019 Nov 21;9-11
5. Lomas T, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions on the Well-Being of Healthcare Professionals. Mindfulness 2019;10:1193–1216
6. Mc Conville J, et al.. Mindfulness Training for Health Profession Students-The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. Explore 2017;13(1):26-45.

Sessions parallèles

Douleur : place du non-pharmacologique

Difficultés d'accès aux moyens non pharmacologiques et inégalités, les pertes de chances pour les patients sans oublier les aspects économiques

Marc LEVEQUE(1)

(1), Marseille, France

La prise en charge de la douleur chronique repose, en première ligne, presque exclusivement sur les médicaments. Bien souvent, il s'agit de l'unique solution dont dispose le médecin généraliste. Cette réponse, commode pour le praticien et son patient (rapidité de prescription pour l'un et désengagement pour l'autre) possède ses limites. La faible efficacité de cette antalgie chimique, notamment dans les douleurs neuropathiques, est de mieux en mieux documentée tandis que les effets indésirables (répercussion sur l'humeur ou la concentration, incompatibilité avec la conduite automobile, mésusage…) ont des répercussions psychosociales indéniables. Les morphiniques illustrent tristement ce constat et le demi-million de morts aux États-Unis lié à la crise des opioïdes nous alertent sur les dangers d'une culture du médicament trop prégnante.
Les alternatives non médicamenteuses – aux effets souvent désirables – doivent être promues. Chaque fois que leur efficacité a été validée scientifiquement, ces thérapies devraient rejoindre l'arsenal antidouleur au même titre (et, idéalement, au même remboursement) que les médicaments. L'activité physique adaptée (APA), les thérapies comportementales et cognitives (TCC), la méditation pleine conscience, la musicothérapie, l'hypnose ou l'acupuncture demeurent sous-utilisés en dépit de leurs vertus antidouleur prouvées et de leur absence d'effet délétère. Le recours aux dispositifs médicaux de neuromodulation – aux performances dopées par l'accélération technologique – doit également être généralisé. Aujourd'hui seulement 5% des patients qui pourraient bénéficier d'électrostimulation cutanée (TENS) y ont accès, on compte cinq fois moins d'implantation de stimulation médullaire que nos voisins belges et la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) n'est toujours pas remboursée ! À noter que ces outils antidouleurs ne sont, en général, accessible qu'au travers de structures douleurs publiques saturées. Outre leur facilité de prescription, les médicaments dominent largement les autres thérapies par le haut niveau de preuve que leur confèrent les « études en double aveugle randomisées », un « Gold standard » accessible qu'aux spécialités pharmaceutiques. Pourtant un haut niveau de preuve ne garantit en rien, un niveau élevé d'efficacité et ne renseigne, bien évidemment, pas sur les effets collatéraux. Le développement d'outil numérique d'évaluation devrait permettre d'apporter des preuves d'efficacité solides à ces alternatives non médicamenteuses desservies par une méthodologie profitant anormalement aux molécules.

Si le fléau de la douleur chronique progresse, on peut se réjouir de constater que les outils pour la combattre se diversifient et se perfectionnent encore faut-il qu'ils soient accessibles…

Sessions parallèles

Douleur : place du non-pharmacologique

Pratiques non pharmacologiques en consultation infirmière

Dominique GILLET(1)

(1), Voiron, France

Les Techniques Non-Médicamenteuse (TNM) sont très utilisées dans la prise en charge des patients douloureux chroniques au sein des Structure Douleur (SDC) et souvent mise en œuvre par les infirmiers.
Cette présentation propose de présenter une enquête menée auprès des infirmiers adhérents de la SFETD autour de l'utilisation des TNM en SDC, afin de mieux connaitre les TNM utilisées, l'organisation et la mise en place de ces techniques dans le parcours du patient et l'autonomie des IRD quant à l'utilisation de ces techniques.
L'objectif est de relever les leviers à l'utilisation des TNM dans les SDC, tels que l'expertise acquise des soignants, le temps dédié, la demande croissante des patients (…) et d'identifier les freins à une meilleure disponibilité des TNM, tels que le manque de cotation des actes, la non-uniformité des formations et le manque de validation scientifique de la plupart des TNM (…)

Livre blanc de la douleur 2017 - SFETD
Structures douleur chroniques en France - guide de bonnes pratiques - 2019 - SFETD
Guide des pratiques psycho-corporelles - Isabelle Céléstin-Lhopiteau et Pascale Thibault-Wanquet - Masson 2006

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Implication de la microcirculation cutanée locale dans les modifications de la perception et de la tolérance à la douleur associées au vieillissement

Julia DEVANNE(1)

(1), Strasbourg, France

Introduction :
La perception de la douleur est modifiée de manière complexe avec le vieillissement. Alors que les seuils de perception de la douleur sont plus élevés chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes, les séniors ont plus de difficultés à tolérer une douleur lorsqu'elle est prolongée (1). Cette réduction de la tolérance avec l'âge se manifeste notamment lorsqu'elle est testée avec des stimuli nociceptifs chauds (2). En plus d'activer le système nociceptif, ce type de stimuli implique également une réponse du système vasomoteur cutané pour assurer une vasodilatation locale. Or, des études précédentes ont montré une relation étroite entre la réponse vasomotrice et la douleur (3,4). Par ailleurs, des altérations de la vasodilatation cutanée locale ont été observées chez les personnes âgées (5). Par conséquent, l'objectif de cette recherche est d'explorer si cette altération de la microcirculation cutanée pourrait contribuer à la diminution de la tolérance à la douleur thermique associée au vieillissement.
Matériel et méthode :
Dans un premier temps, des participants jeunes et âgés en bonne santé ont réalisé une tâche de résistance à une douleur chaude prolongée durant laquelle le flux sanguin, la température cutanée et la douleur perçue ont été enregistrés en continu.
Ils ont ensuite effectué un test de chauffage local non nociceptif durant lequel le flux sanguin et la température cutanée ont été enregistrés en continu.
Résultats :
Nos résultats ont révélé [1] une corrélation entre l'augmentation du flux sanguin et l'apparition de la douleur uniquement chez les séniors, [2] une température cutanée au moment de l'apparition de la douleur qui est inférieure au seuil d'activation des nocicepteurs, [3] une altération plus prononcée de la réponse vasodilatatrice locale chez les personnes âgées ayant une faible tolérance à la douleur, et enfin [4] une corrélation entre l'amplitude de la réponse vasodilatatrice et les jugements de douleur.
Conclusion :
Nos résultats suggèrent que l'altération de la vasodilatation associée au vieillissement peut jouer un rôle dans les modifications de la perception de la douleur avec l'âge et contribuer aux défauts de tolérance à la douleur thermique observés dans le vieillissement.

(1). Lautenbacher S, Peters JH, Heesen M, Scheel J, Kunz M. Age changes in pain perception: A systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. Neurosci Biobehav Rev. avr 2017;75:104‑13.
(2). Zhou S, Lithfous S, Després O, Pebayle T, Bi X, Dufour A. Involvement of Frontal Functions in Pain Tolerance in Aging: Evidence From Neuropsychological Assessments and Gamma-Band Oscillations. Front Aging Neurosci. 2020;12:131.
(3). Arndt JO, Klement W. Pain evoked by polymodal stimulation of hand veins in humans. J Physiol. 1991;440:467‑78.
(4). Kunkle EC. Phasic pains induced by cold. J Appl Physiol. juin 1949;1(12):811‑24.
(5). Minson CT, Berry LT, Joyner MJ. Nitric oxide and neurally mediated regulation of skin blood flow during local heating. J Appl Physiol (1985). oct 2001;91(4):1619‑26.

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Rôle des récepteurs delta opioïdes dans la migraine

Manon DUSSOL(1)

(1), Clermont-ferrand, France

Manon Dussol1, Gisela da Silva Borges1, Claudie Beaulieu2, Philippe Luccarini1, Louis Gendron2 et Radhouane Dallel1
1Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Clermont-Ferrand, France
2Département de Pharmacologie-Physiologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

La migraine est un trouble invalidant, pour lequel les traitements disponibles, y compris ceux nouvellement développés, manquent d'efficacité chez de nombreux patients. De plus, les traitements les plus couramment utilisés sont soit associés à des contre-indications, soit mal tolérés, soulignant ainsi la nécessité de nouveaux traitements. Le récepteur opioïde delta (DOP) est une cible thérapeutique prometteuse pour la migraine. Chez la souris, les agonistes du DOP inhibent l'allodynie associée à la migraine. Cependant, le mécanisme par lequel passe l'effet anti-allodynique des agonistes DOP n'est pas connu. Nous avons donc étudié la distribution des DOP au sein du ganglion trigéminal (TG), une structure clé de la migraine, ainsi que les mécanismes du potentiel anti-allodynique d'un agoniste du DOP, le SNC80, et ses sites d'action, en utilisant un modèle de migraine induit par le dinitrate d'isosorbide (ISDN) chez le rat.
Grâce à une nouvelle technologie d'hybridation in situ appelée RNAscope, nous avons montré que le DOP est exprimé dans tous les types de neurones au sein du TG de rat : à savoir les neurones myélinisés de grande et moyenne taille, ainsi que les petites fibres C non peptidergiques et peptidergiques, bien que de manière moins prédominante. De plus, des enregistrements électrophysiologiques in vivo dans le complexe trigémino-cervical révèlent que l'administration systémique de SNC80 inhibe la réponse des neurones WDR (wide dynamic range) à des stimuli mécaniques nociceptifs, sans avoir d'effet sur les stimuli non-nociceptifs. Enfin, des tests comportementaux, réalisés grâce au test de von Frey, montrent que l'administration centrale et systémique de SNC80 prévient respectivement partiellement ou complètement l'allodynie induite par l'ISDN. L'effet anti-allodynique de l'administration systémique est partiellement inversé par la naloxone-méthiodide, un antagoniste des récepteurs opioïdes restreints au niveau de la périphérie.
Pour conclure, l'activation des DOP présenterait un potentiel antimigraineux chez le rat. Les résultats actuels mettent en lumière le rôle des DOP, tant au niveau périphérique que central, dans la régulation des céphalées de type migraine chez le rat.

Mots clés : Migraine ; Récepteur opioïde delta ; Allodynie

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Utilisation du neurofeedback pour le traitement des douleurs neuropathiques

Thibaut MUSSIGMANN(1)Benjamin BARDEL(2)Alain CREANGE(3)Colette GOUJON(4)Suhan SENOVA(4)Thierry GENDRE(3)Damien SENE(5)

(1)Univ Paris Est Créteil, Excitabilité Nerveuse et Thérapeutique (ENT), EA 4391, F-94010, Creteil, France, (2)Univ Paris Est Créteil, Excitabilité Nerveuse et Thérapeutique (ENT), EA 4391, APHP, Hôpital Henri Mondor, Unité de Neurophysiologie Clinique, DMU FIxIT, F-94010, Créteil, France, (3)APHP, Hôpital Henri Mondor, Service de Neurologie, DMU FIxIT, F-94010, Créteil, France, (4)APHP, Hôpital Henri Mondor, Service de Neurochirugie, DMU CARe, F-94010, Créteil, France, (5)APHP, Hôpital Lariboisière, Service de Médecine Interne, Paris, France, (6)APHP, Hôpital Henri Mondor, Unité de Neurophysiologie Clinique, DMU FIxIT, F-94010, Créteil, France, (7)Institut pour la Pratique et l'Innovation en PSYchologie appliquée (Pi-PSY), 45 Rue Waldeck Rousseau, 91210, Draveil, France

Introduction : Les douleurs neuropathiques sont fréquentes et les traitements médicamenteux restent insuffisant pour soulager les patients. Le neurofeedback par électroencéphalographie (EEG) pourrait constituer un traitement complémentaire permettant au patient de gérer ses douleurs chroniques de manière durable. A ce jour, seules quelques études ont évalué l'effet de séances de neurofeedback par EEG sur des patients atteints de fibromyalgie, ou présentant des douleurs consécutives aux lésions médullaires, apportant des résultats préliminaires positifs. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'efficacité du neurofeedback guidé par EEG dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques.
Méthodes : Dans cette étude randomisée contrôlée en 2 bras parallèles, nous avons inclus 32 patients présentant des douleurs chroniques neuropathiques périphériques. Le groupe actif s'entrainait à augmenter le ratio béta bas ([12-15 Hz]) sur béta haut ([22-30 Hz]) en augmentant le degré d'éveil avec des stratégies d'imagerie sensorimotrices sans pensées anxieuses. Le groupe contrôle s'entrainait à augmenter le ratio dans la bande de fréquence alpha ([8-12 Hz]) sur théta ([4-7 Hz]) en restant dans un état neutre sans somnolence. Tous les patients réalisaient 12 séances de 30 minutes de neurofeedback par EEG enregistré en regard du gyrus précentral, pendant 4 semaines. A chaque début et fin de séance, un EEG de repos de 2 minutes était réalisé. Avant et après les 12 séances, le patient évaluait sa douleur avec le Brief Pain Inventory (BPI) et d'autres tests cliniques. Une diminution du BPI supérieure à 30% était considéré comme une réponse au traitement. Les patients répondeurs poursuivaient l'étude avec une tâche de transfert à domicile sans neurofeedback de 10 minutes, 3 fois par semaine pendant 3 semaines, avec une évaluation post-finale par BPI.
Résultats : Les patients des deux groupes présentaient une amélioration intra-groupe sur le BPI. Les patients du groupe actif présentaient également une amélioration de la

douleur au Neuropathic Pain Scale Inventory ainsi qu'au Numeric Rating Scale. Les patients du groupe contrôle présentaient une amélioration au Pain Catastrophizing Scale ainsi qu'au Leeds Sleep Evaluation Questionnaire. Sur le plan neurophysiologique, l'enregistrement EEG des patients au repos montrait une augmentation de la puissance spectrale dans la bande [6-15 Hz] dans le groups actif entre les premiers et les derniers enregistrements EEG, sans modification dans le groupe contrôle.
Discussion : Nos résultats suggèrent l'efficacité du neurofeedback par EEG dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques, différente selon le type de bande fréquentielle entrainée. Un entrainement du rythme sensorimoteur (béta bas) objectivé en EEG permettrait une amélioration des composantes sensorielles de la douleur, tandis qu'un entrainement du rythme alpha permettrait une amélioration des composantes émotionnelles de la douleur.

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Hypersensibilité à la démangeaison et dysfonctionnement somatosensoriel dans un modèle de souris

Damien HUZARD(1)

(1), Montpellier, France

Les modèles murins sont fréquemment exploités en milieu expérimental pour approfondir notre compréhension des troubles autistiques et neuro-développementaux. Toutefois, la majorité des études précliniques sur les troubles autistiques se focalisent actuellement sur l'analyse des déficits à un niveau central. Bien que ces résultats soient de grande envergure et pertinents, une approche plus globale et "décentralisée" des déficits observés dans les modèles autistiques est préconisée. Il est important de noter que les comorbidités entre l'autisme et différentes conditions cutanées, telles que les dermatites atopiques, sont multiples. Par conséquent, il devient essentiel d'établir des connexions entre ces aspects au moyen de nos modèles murins.
Nos observations mettent en évidence que les souris Shank3-KO manifestent une hypersensibilité au développement de démangeaisons suite à l'administration de composés chimiques tels que le C48/80 et la Chloroquine. Ces réactions sont associées à une hyper-responsivité des cellules au niveau du ganglion de la base dorsale. Plus significativement, une hypersensibilité à la démangeaison mécanique est constatée chez les souris Shank3-KO. Nos investigations suggèrent que ce phénomène pourrait partiellement résulter d'une réponse déficitaire des fibres C-LTMRs et A-Beta, qui innerve la peau. En conclusion, nos découvertes pointent vers l'éventualité que des altérations locales au niveau de la peau pourraient contribuer au développement de l'hypersensibilité aux démangeaisons dans le modèle murin d'autisme.
Ces conclusions ouvrent la voie à des études futures, y compris sur des sujets humains, afin de mettre en lumière la corrélation entre les déficits comportementaux caractéristiques de l'autisme et les perturbations cutanées. La peau, en tant qu'interface externe primordiale avec le monde environnant, joue un rôle clé dans ces interactions physiques.

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Douleur du proche en réanimation : vécus des adultes et enfants visiteurs - étude ENVIFAR

Stéphanie NGUYEN(1)

(1), Dijon, France

Objectifs :
Avec l'avancée de l'ouverture 24h/24 des réanimations adultes, les soignants en perçoivent des bénéfices pour leur patient, les familles et soutiennent ces visites (1). Pourtant les enfants et adolescents de ces familles ne semblent pas avoir les mêmes droits, et dans une volonté de protéger l'enfant d'un environnement potentiellement traumatique, certains services conditionnent la visite aux enfants et adolescents (2). Cette recherche a pour objectif d'évaluer le vécu de la visite chez le mineur entre 6 et 14 ans.
Conception :
Etude prospective multicentrique impliquant 6 services de réanimation avec une méthodologie longitudinale quantitative et qualitative. A 7 jours de la visite, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec les enfants-visiteurs, les parents-accompagnants et les soignants-accompagnants. Les entretiens après retranscription ont été analysés avec la méthode d'analyse thématique selon Paillé (3).
Principaux résultats :
15 groupes familiaux ont été inclus dont 22 enfants et 15 parents accompagnants. L'analyse qualitative souligne l'inquiétude des enfants à causer de la douleur ou une douleur supplémentaire au parent hospitalisé exprimé par la perte des repères de l'enfant pour toucher le corps du parent et la gravité de la situation du parent. Nous avons montré que dans ce contexte spécifique, le parent-accompagnant trouve difficilement sa place habituelle de réassurance auprès de son enfant présent avec le thème « place de référent difficile à trouver ». Nos résultats montrent l'importance par l'équipe soignante de la construction d'un contexte secure pour les deux visiteurs pour soutenir les retrouvailles.
Conclusion :
La visite de l'enfant en réanimation est une source d'inquiétude chez l'enfant entre 6 et 14 ans et montre le désarroi chez le parent-accompagnant. Parent et enfant doivent bénéficier d'un accompagnement spécifique proposant des repères solides et authentiques pour la visite. Les perspectives de cette recherche mettent en évidence l'importance de la mise en place de dispositifs adaptés aux besoins spécifiques des enfants et de leurs accompagnants dans l'évènement visite et afin d'appuyer l'importance contenant des repères familiaux que propose la visite de l'enfant.

(1) Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J. R., Dhainaut, J. F., Schlemmer, B., & French FAMIREA Group (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. American journal of respiratory and critical care medicine, 163(1), 135–139. https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.1.2005117
(2) Laurent, A., Leclerc, P., Nguyen, S. & Capellier, G. (2019). The effect visiting relatives in the adult ICU has on children. Intensive Care Medicine, 45(10), 1490 1492. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05690-2
(3) Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. (2021).

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Plasticité des réseaux nociceptifs dans un modèle murin d'autisme

Lucien RUELLE-LE GLAUNEC(1)

(1)Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

Les individus atteints de trouble du neurodéveloppement (TND) présentent fréquemment des anomalies sensorielles. Dans les troubles du spectre autistique (TSA), par exemple, Il peut s'agir d'hyper, d'hypo-réactivité ou d'un intérêt atypique pour des informations sensorielles provenant de l'environnement. La nociception est une modalité sensorielle capitale pour la survie de l'organisme dont l'interprétation consciente et subjective peux donner lieu à la sensation de douleur. Les individus atteints de TND ont longtemps été considérés comme insensibles à la douleur. Malheureusement, du fait des déficits dans la communication qui caractérisent la symptomatologie ainsi que des potentiels déficits intellectuels associés, leur douleur est souvent mal évaluée et mal traitée. Les études chez l'humain à ce sujet sont loin de faire consensus. En effet, des hypo-sensibilités, des hyper-sensibilités et des normo-sensibilités sont retrouvées. Cette hétérogénéité suggère l'intérêt que pourrait représenter l'utilisation de modèles animaux de TND afin de réaliser des mesures standardisées de la sensibilité nociceptive et d'étudier les mécanismes cellulaires et moléculaires sous-jacents. Nous avons donc utilisé un modèle d'exposition prénatale au valproate de sodium (VPA) chez des souris. Dans un premier temps, nous avons exploré les caractéristiques comportementales de ces animaux pouvant faire écho aux symptômes de TND ainsi que leur sensibilité somatosensorielle avec un intérêt particulier pour la nociception. Dans un second temps, nous avons étudié les potentielles altérations cellulaires et moléculaires au niveau des neurones sensoriels des ganglions rachidiens et du réseau neuronal de la corne dorsale de la moelle épinière (CDME), acteurs importants du système nociceptif. Nous décrivons une hypo-réactivité au chaud nociceptif ainsi qu'à l'injection intraplantaire de capsaïcine et de formaline, modèles de douleur aiguë. De plus, nous observons une réponse plus courte à la capsaïcine des neurones sensoriels primaires à l'aide d'imagerie du calcium libre cytosolique ainsi que des modifications de la transmission synaptique dans les neurones de la corne dorsale de la moelle épinière grâce à des enregistrements électrophysiologiques. Ainsi, ce travail suggère que certaines modifications au sein d'acteurs cellulaires pourraient véritablement sous-tendre le phénotype nociceptif des individus atteints de TND.

Ruelle-Le Glaunec, L., Inquimbert, P., Hugel, S., Schlichter, R. & Bossu, J. L. Nociception pain and autism. Medecine/Sciences vol. 37 141–151 (2021).

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Effets antalgiques de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive

Joy THOMAS(1)

(1), Saint-etienne, France

Introduction : La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) à haute fréquence (20Hz) appliquée au cortex moteur primaire (M1) est une alternative non pharmacologique recommandée en 3ème intention dans le traitement des patients souffrant de douleur neuropathique (DN). Cette technique de neuromodulation à l'avantage de reproduire et prédire l'efficacité de la stimulation épidurale du cortex moteur (eMCS) de manière non invasive [1,2]. Des études récentes et contrôlées par placebo ont démontré l'efficacité et la sécurité de séances itératives de rTMS pour soulager les patients souffrant de DN [3,4]. Cependant, seuls quelques essais ont étudié l'effet antalgique de la rTMS à long terme et sans jamais explorer le lien entre l'efficacité et le niveau lésionnel (douleur neuropathique centrale vs périphérique – DNC, DNP)
Objectifs : Les objectifs de cette étude sont alors d'évaluer l'efficacité du traitement par rTMS sur plus de dix ans chez des personnes souffrant de douleur neuropathique et de déterminer les facteurs cliniques influençant cette efficacité. Nous cherchons également à confirmer la capacité prédictive de la rTMS sur la réussite de l'implantation chirurgicale chez plus de 20 patients.
Méthodes : 193 patients souffrant de DN ont reçu au moins 4 séances de rTMS consécutives, espacées de 2 à 3 semaines, entre janvier 2011 et mars 2022 au CHU de Saint-Etienne Hôpital Nord. Les patients rapportant un pourcentage de soulagement (%S) supérieur à 10% après la 4ème séance de stimulation sont considérés comme répondeur au traitement.
Résultats : Les patients rapportent en moyenne un %S de 25% après la 4ème séance. 113 patients (59%) sont considérés comme répondeur avec un %S moyen à 42%. Cette efficacité est maintenue après environs 15 séances consécutives avec l'atteinte d'un plateau autour de 45% de soulagement. La rTMS est plus efficace dans le traitement des DNC comparativement aux DNP après 4 séances, avec un effet cumulatif plus long pour les DNP. Le soulagement induit par la rTMS est significativement corrélé au soulagement induit par l'eMCS chez les 26 patients opérés (R2=.458, p=.0001).
Conclusion : Cette étude vient confirmer l'efficacité et la sécurité des séances itératives de la rTMS sur du très long terme et met en évidence une dynamique différente entre les patients souffrant de DNC et DNP. La rTMS reste un bon outil de présélection des candidats à l'eMCS offrant une solution durable aux patients bon répondeurs.

1. Lima, M. C. & Fregni, F. Motor cortex stimulation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis of the literature. Neurology 70, 2329–2337 (2008).
2. Pommier, B. et al. Added value of multiple versus single sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in predicting motor cortex stimulation efficacy for refractory neuropathic pain. J. Neurosurg. 130, 1750–1761 (2018).
3. Attal, N. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial. Brain J. Neurol. awab208 (2021) doi:10.1093/brain/awab208.
4. Quesada, C. et al. New procedure of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central neuropathic pain: a placebo-controlled randomized crossover study. PAIN 161, 718–728 (2020).

Sessions parallèles

Jeunes talents : Espoirs de la recherche

Effet antalgique d'inhibiteurs de kinases dans la douleur

Pauline MURAIL(1)

(1), Clermont-ferrand, France

Pauline Murail1, Amélie Descheemaeker1, Nicolas Pinto-Pardo1, Gisela DaSilva-Borges1, Alexia Visseq2, Fabrice Anizon2, Pascale Moreau2, Alain Artola1, Radhouane Dallel1
1Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, F-63000 Clermont-Ferrand
2Université Clermont Auvergne, CNRS, SIGMA Clermont, Institut de Chimie de Clermont-Ferrand, F-63000, Clermont-Ferrand

L'allodynie mécanique (AM) est un symptôme fréquent des douleurs chroniques causé par des stimuli normalement non douloureux. Malheureusement, il est difficile de traiter efficacement ce symptôme, car les analgésiques actuellement disponibles ne produisent pas toujours les effets escomptés et peuvent être associés à d'importants effets secondaires. Récemment, la découverte d'un composé, le 3-(2-bromophényl)-5-(phénylamino)pyridin-(1H)-one 69 (C69), s'est révélé être efficace pour réduire l'hypersensibilité mécanique dans un modèle animal d'AM inflammatoire [1,2]. Le C69 inhiberait la p38α Mitogen Activated Protein Kinase (MAPK), une protéine kinase connue pour contribuer à l'hypersensibilité à la douleur. Cette étude vise donc à caractériser l'effet anti-allodynique du C69 dans différents modèles de douleur chronique chez les rats mâles et femelles.
Grâce à une approche comportementale utilisant le test de von Frey chez le rat mâle, nos résultats montrent que le C69 administré par voie centrale prévient l'AM dans un modèle de douleur inflammatoire induite par le Complete Freund's Adjuvant (CFA). De plus, le C69 est plus efficace qu'un inhibiteur de référence de la p38α MAPK, la sképinone. Par la suite, nos résultats démontrent qu'une administration centrale de C69, après l'induction d'une douleur neuropathique, réduit l'AM chez le mâle et la femelle. Par ailleurs, un tel effet anti-allodynique serait de longue durée (>24h). Pour finir, l'administration orale du C69 prévient l'AM dans un modèle de migraine induite par une injection systémique d'isosorbide dinitrate (ISDN). Ainsi, les administrations centrales et systémiques de C69 seraient capables d'inhiber l'AM dans différents modèles animaux de douleur chronique, soutenant un effet central du C69, ce qui est cohérent avec son inhibition de la p38α MAPK. Il est également important de noter que le C69 n'a aucun effet sur le comportement moteur des animaux, n'inhibe pas l'activité des canaux hERG impliqué dans l'activité cardiaque et n'a aucun effet cytotoxique sur des lignées cellulaires saines et tumorales. En conclusion, les composés dérivés de la

pyridin-2(1H)-one pourraient représenter une nouvelle classe d'analgésiques prometteuse pour le traitement de l'AM.
Mots clé : Allodynie, Kinase et Analgésique

[1] Visseq A, Descheemaeker A, Pinto-Pardo N, Nauton L, Théry V, Giraud F, Abrunhosa-Thomas I, Artola A, Anizon F, Dallel R, Moreau P. Pyridin-2(1H)one derivatives: A possible new class of therapeutics for mechanical allodynia. Eur J Med Chem. 2020 Feb 1;187:111917. doi: 10.1016/j.ejmech.2019.111917. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31806536.
[2] Visseq A, Descheemaeker A, Hérault K, Giraud F, Abrunhosa-Thomas I, Artola A, Anizon F, Dallel R, Moreau P. Improved potency of pyridin-2(1H)one derivatives for the treatment of mechanical allodynia. Eur J Med Chem. 2021 Dec 5;225:113748. doi: 10.1016/j.ejmech.2021.113748. Epub 2021 Aug 8. PMID: 34392191.

Sessions parallèles

La stomatodynie : Quelles innovations ?

La stomatodynie : peut-on améliorer son diagnostic ?

Jean-Christophe FRICAIN(1)

(1)Service de chirurgie orale, Unité d'activité médicale de pathologies muqueuses et douleurs orographies-faciales, CHU Bordeaux, Bordeaux, France

En médecine générale les principaux diagnostics évoqués devant une brulure chronique de la muqueuse buccale sont une candidose ou un reflux gastro-oesophagien (1). Qu'elle soit primaire ou secondaire, le diagnostic de stomatodynie est difficile, par méconnaissance des variations physiologiques et pathologies de la muqueuse buccale. Les objectifs de cette présentation seront de faire le point sur la stomatodynie secondaire et primaire.
La stomatodynie secondaire sera abordée au travers de d'images cliniques permettant de donner des clés diagnostiques des variations physiologiques, des lésions élémentaires et des pathologies qui en découlent.
La stomatodynie primaire ou Burning Mouth Syndrome est une maladie complexe de par la variabilité des symptômes et difficile à diagnostiquer par les non spécialistes car il n'existe pas de substratum anatomique visible. A ce titre le diagnostic est souvent un diagnostic d'exclusion (2). Une étude observationnelle réalisée dans le service de chirurgie orale du chu de Bordeaux sur 100 nouveaux patients consécutifs a montré un délai diagnostic moyen de 25 mois et une moyenne de 2,9 praticiens consultés avant le diagnostic de stomatodynie primaire (1). Afin de faciliter le diagnostic de la stomatodynie primaire nous avons développé sur un échantillon de 160 nouveaux patients consultants pour une brulure chronique de la muqueuse buccale un score diagnostic spécifique basé sur un simple questionnaire à 5 items (3). Ce score testé sur un échantillon test a montré une sensibilité de 84%, une spécificité de 78% et une reproductibilité junior/sénior avec un coefficient de Kappa de 73%. Ce score simple à utilisé pourrait être une aide diagnostique utilisable en pratique non spécialisée car il n'est pas basé sur un examen clinique difficile à réaliser par un médecin non spécialiste de la muqueuse buccale.La sensibilité et la spécificité de ce score en soins primaires reste cependant à évaluer.

1- C Debouté; Thèse de doctorat en odontologie:https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02992681.
2- Currie CC et al; doi:10.1111/joor.13123. Epub 2020 Nov 19.
3- C Pasquier; Thèse de doctorat en odontologie:https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03844038v1.

Sessions parallèles

La stomatodynie : Quelles innovations ?

La stomatodynie est-elle une neuropathie et/ou un trouble de la gustation ?

Yves BOUCHER(1)

(1), Paris, France

La stomatodynie (Burning Mouth Syndrome) est définie par une sensation de brûlure buccale persistante sans lésion organique décelable à l'examen clinique classique. Sa prévalence générale est inférieure à 1% mais elle est plus élevée dans des groupes spécifiques, notamment chez les femmes lors de la ménopause (environ 8 consultants sur 10). Outre les dysesthésies, environ un tiers des patientes rapportent également xérostomie et dysgueusie.
La stomatodynie reste une affection énigmatique et multifactorielle (1, 2). Les investigations biologiques ainsi que neurophysiologiques, psychosensorielles et d'imagerie cérébrale ont documenté des changements dans les systèmes nerveux central et périphérique, suggérant fortement des mécanismes neuropathiques. D'autres études ont mis en évidence des comorbidités fréquentes avec des troubles psychosociaux et psychiatriques, comme l'anxiété, la dépression ou certains traits de personnalité. Le rôle du stress et la composante hormonale doivent également être pris en compte.
Peu de travaux se sont intéressés à la problématique spécifique du goût et de la stomatodynie (3). Plusieurs hypothèses ont été émises : a) les altérations gustatives pourraient être à l'origine de la stomatodynie ; b) les altérations gustatives pourraient être la conséquence de la stomatodynie c) les comorbidités sont le résultat de processus affectant les deux systèmes gustatifs et sensitif.
Cette intervention fera le point sur les problèmes gustatifs rencontrées en clinique et leurs possibles explications physiopathologiques. Elle fera également le point sur les solutions thérapeutiques actuelles.

1. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. Kolkka-Palomaa M, Jääskeläinen SK, Laine MA, T Teerijoki-Oksa , Sandell M, Forsell H et al. Oral Dis ; 2015;21(8):937-48.
2. Is burning mouth syndrome associated with stress? A meta-analysis. Porporatti A. Schroder A, Lebel A, Moreau N, Misery L, Alajbeg I, Braud A, Boucher Y. J Oral Rehabil. 2023 Jun 18.
3..Neuropathic and Psychogenic Components of Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review. Orliaguet M, Misery L. Biomolecules. 2021 18;11(8):1237.

Sessions parallèles

La stomatodynie : Quelles innovations ?

La stomatodynie est-elle due à une altération sur des mécanismes de contrôles de la douleur ?

Christelle GREMEAU(1)

(1), Clermont-ferrand, France

La stomatodynie est une sensation de brûlure ou de dysesthésie intrabuccale, se répétant quotidiennement et plus de 2 heures par jour pendant plus de 3 mois, sans lésion causale évidente à l'examen clinique et aux examens complémentaires [1].
Bien qu'elle ait été initialement classée comme une psychalgie, la stomatodynie est plutôt un trouble neuropathique. Cependant, la cause même des changements neuropathiques n'est toujours pas claire. Les dysrégulations combinées des stéroïdes surrénaliens, gonadiques et neuroactifs ainsi que le dysfonctionnement des afférences gustatives et somatiques ont été suggérés comme contribuant à la pathogenèse de la stomatodynie.
La stomatodynie peut coexister avec d'autres syndromes tels que le trouble temporo-mandibulaire, la fibromyalgie, la migraine, la céphalée de tension, ou le syndrome de l'intestin irritable [3, 4, 5] qui ont la particularité de présenter une altération de la modulation endogène de la douleur [6, 7, 8]. L'un des principaux systèmes endogènes de contrôle de la douleur est la Modulation conditionnée de la douleur (CPM) également appelée contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs. Il s'agit d'un mécanisme de modulation situé au niveau du tronc cérébral, capable d'inhiber un message douloureux ascendant et ainsi produire une analgésie diffuse à l'ensemble du corps, réduisant la perception douloureuse suite à une stimulation. Une défaillance de la CPM a été associée au développement de plusieurs types de douleurs chroniques. Dans cette conférence, nous verrons si la CPM est altérée chez les patients atteints de stomatodynie par rapport à des patients sains contrôles.

[1] Classification IASP, 2020,
[2] Gremeau-Richard et al, Enhanced pain facilitation rather than impaired pain inhibition in BMS female patients, 2022. The Journal of headache and pain
[3] Dong-Kyu K et al. Risk of BMS in patients with migraine : A nationwide cohort study, 2022. J Pers Med
[4] Mignogna MD, Pollio A, Fortuna G et al, Unexplain somatic comorbiditites in patients with BMS : a controlled clinical study, 2011. J Orofac Pain
[5] Moisset X, Calbacho V, Torres P, et al, co-occurrence of pain symptoms and somatosensory sensitivity in BMS : A systematic review, 2016. Plos One.

[6] Szikszay T et al, Offset analgesia : somatotopic endogenous pain modulation in migraine, 2020. Pain
[7] Sumpton and Moulin, 2014. Fibromyalgia, Handb Clin Neurol
[8] King CD, Wong F, Currie T, Mauderli AP, et al. Deficiency in endogenous modulation of prolonged heat pain in patients with Irritable Bowel Syndrome and Temporomandibular Disorder, 2009.Pain.

Sessions parallèles

Structures douleur chronique

Nouvelle labellisation des structures douleur chronique - Rapport PIRAMIG

Caroline BIZET(1)

(1)Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère de la Santé et de la Prévention, Paris, France

1/ Résultats de la labellisation des SDC 2023-2027
Cette première partie permettra de présenter les résultats de la nouvelle labellisation : notamment le nombre et le type de SDC labellisées ainsi que leur répartition sur le territoire et les structures spécialisées (pédiatrie; oncologie) et/ ou référentes (endométriose)
2/ Evolutions du modèle de financement des SDC en 2023
Suite à l'attribution d'une mesure nouvelle pour le financement des SDC, un nouveau modèle de modèle de dotation a été mis en place. Les compartiments et critères de répartition choisis seront présentés.
3/ Mise en place du rapport d'activité Piramig des SDC
En 2023, les SDC ont été invitées à saisir leur rapport d'activités dans la plate-forme PIRAMIG. Cela fait suite aux travaux menés par un groupe de travail composé de représentants de structures et de la SFETD en lien avec les référents ARS. Les objectifs et finalités de ce rapport seront exposés.
4/ Renforcement de l'attractivité des SDC
Il sera présenté deux actions récentes :
Le financement de postes d'assistants spécialistes douleur
Le protocole de coopération national « Prise en charge des patients par des infirmiers experts douleur en lieu et place des médecins dans les structures douleur chronique (SDC) labellisées »

Sessions parallèles

Structures douleur chronique

Protocole national de coopération « Prise en charge des patients par des infirmiers experts douleur en lieu et place des médecins dans les structures douleur chronique (SDC) labellisées »

Karine CONSTANS(1)

(1)CH Simone Veil de Beauvais / CETD, Beauvais, France

Depuis de nombreuses années, la CPI œuvre pour la reconnaissance en pratique avancée des activités et compétences des Infirmiers Ressource Douleur (IRD). Elle a travaillé sur 2 référentiels afin de lister et d'homogénéiser les activités effectives des IRD en France. (1)
En 2021, la Commission Professionnelle Infirmière (CPI) a rédigé l'argumentaire « Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmière ressource douleur (IRD) au sein des SDC » (2), remis à la représentante de la DGOS, lors du congrès de Montpellier en 2021.
En avril 2022, la DGOS proposait à la SFETD l'élaboration d'un protocole de coopération entre professionnels.
La SFETD a donc été conviée par la DGOS à participer à la rédaction de l'Appel à Manifestation d'Intérêts pour l'élaboration du protocole de coopération national qui, après validation de différents Conseils Nationaux Professionnels (CNP), a été publié le 4 novembre 2022 sur le site du Ministère et diffusé aux ARS :
« La Prise en charge de la douleur par des infirmiers experts dans les structures douleurs chroniques labellisées. »(3)
Une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire issue de différentes SDC labellisées (consultations et centres ; adulte et pédiatrique), représentative des SDC à l'échelle nationale, portée par la CPI et le groupe de travail IPA de la SFETD, s'est constituée afin de préparer un dossier de candidature en réponse à l'AMI.
Le 28 février 2023, les équipes sélectionnées par le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles (CNCI) pour la rédaction du protocole sont annoncées :

- SFETD : Groupe pluriprofessionnel et multidisciplinaire
- CHU LILLE : CETD adultes
- CLCC RENNES : Cs douleur « cancer »
- CHU RENNES : CETD pédiatrie
- GHR MULHOUSE : CETD adultes

La DGOS a réuni régulièrement les équipes afin de rédiger ce Protocole de Coopération National, dans une ambiance cordiale et bienveillante permettant des discussions ouvertes et constructives, encourageant les équipes à ne pas se limiter dans les dérogations possibles.

Une fois rédigé, ce protocole sera adressé à la HAS pour avis. Si cet avis est favorable, un arrêté ministériel sera publié, autorisant la mise en œuvre du protocole sur l'ensemble du territoire national.
Enfin, toute équipe pluriprofessionnelle, issue de SDC labellisée, désireuse d'adhérer à ce protocole devra se déclarer via un lien sur le site du Ministère.
La CPI de la SFETD poursuit ainsi son travail de valorisation des compétences des IRD en gardant comme objectif ultime la Pratique avancée.
A quelle étape serons-nous au moment de cette présentation ?

1 - Référentiel d'activités de consultation clinique infirmière – 2016 – CPI SFETD
Référentiel d'activités et de compétences de l'infirmier ressource douleur – 2020 – CPI SFETD - www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/
2 - Appliquer la reconnaissance d'une pratique avancée à l'exercice de l'infirmière ressource douleur (IRD) au sein des SDC - 2021 – CPI SFETD - www.sfetd-douleur.org/commission-professionnelle-infirmiere/
3 - sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation

Sessions parallèles

Structures douleur chronique

Enquête : recensement des psychologues exerçant en structure douleur chronique

Anne MASSELIN-DUBOIS(1)Isabelle VAAST(2)

(1), Dijon, France, (2)CH - Zuydcoote, Zuydcoote, France

Objectifs : La commission des psychologues de la SFETD a effectué une enquête de recensement de leurs collègues travaillant en Structure Douleur Chronique (SDC) en 2022 dans la continuité de celles réalisées auparavant en 2010 et 2016. Les objectifs poursuivis visent à effectuer une photographie de leur catégorie professionnelle (données sociodémographiques, formations initiales et continues, types d'activités cliniques et de recherche, etc.), de suivre les évolutions, et d'identifier les besoins des psychologues travaillant auprès de patients douloureux chroniques.
Méthodologie : Un questionnaire en ligne comportant des questions ouvertes et fermées a été élaboré et diffusé par mail aux psychologues membres de la SFETD, aux secrétariats des SDC et aux correspondants régionaux, de juillet à novembre 2022.
Résultats : 100 psychologues ont répondu à l'enquête. Les régions représentées sont les Haut de France (24%), le Grand Est (12%), l'Ile-de-France (11%) et la région Auvergne-Rhônes-Alpes (12%). La plupart des ETP des postes s'étendent de 50 à 140% bien que la majorité (81%) des psychologues occupent des postes à temps partiels. Les orientations conceptuelles et les pratiques cliniques se diversifient grâce aux formations complémentaires (ex : 60% ont suivi des formations continues). La plupart (85%) dispensent des formations et forment des étudiants. Concernant les orientations en ville, si des réseaux et structures de soin (CMP, …) existent, seul la moitié (environ 48%) des patients y ont accès. L'enquête rapporte que l'orientation en ville est limitée en raison d'une pénurie des professionnels (67%), des difficultés financières (40%), et des pathologies relatives au patient (29%).
Discussion : En sus d'un l'état des lieux sur les psychologues qui exercent en SDC, les résultats de l'enquête montrent depuis 2008 et 2016 un élargissement des champs de compétences. Ils soulignent l'impact des avancées scientifiques et de la mise en œuvre de techniques médicales sur leurs activités cliniques. Enfin, ils suggèrent de soutenir l'articulation des liens entre la ville et l'hôpital.

Sessions parallèles

Virus et Douleur : ces virus qui nous font mal

Spécificités des douleurs du Covid

Xavier MOISSET(1)

(1), Clermont-ferrand, France

Depuis la découverte du SARS-CoV2 en fin d'année 2019, nous avons découvert peu à peu les différents symptômes provoqués par ce virus, qu'ils soient aigus ou plus durables. Parmi ces symptômes, la douleur est un élément important et plus de 10 000 références sont répertoriées dans Pubmed lorsque les termes « Pain » et « Covid-19 » sont utilisés. Cette masse d'information, de qualité variable, rend difficile la réalisation d'une synthèse claire de l'ensemble de ces données.
Cette présentation aura pour objectif de faire un point sur les symptômes douloureux présents à la phase aigüe et ceux pouvant persister à plus long terme. Un focus sera réalisé sur les céphalées et les douleurs neuropathiques.

Sessions parallèles

Virus et Douleur : ces virus qui nous font mal

Spécificités des douleurs du Chikungunya

Didier BOUHASSIRA(1)

(1), Boulogne-billancourt, France

Les données les plus récentes concernant les douleurs associées à l'infection par le virus Chikungunya seront résumées lors de cette présentation.

Sessions parallèles

Virus et Douleur : ces virus qui nous font mal

Spécificités des douleurs du Zona

Gérard MICK(1)

(1), Voiron, France

La douleur du zona est liée à une radiculo-névrite inflammatoire avec hyperactivité des nocicepteurs périphériques, responsable d'un tableau clinique associant sensations de brûlures superficielles avec ou sans allodynie tactile dynamique et hyperalgésie tissulaire dans les territoires de l'éruption. La sévérité de cette douleur est directement liée à la sévérité de l'infection et à sa topographie, particulièrement au niveau de l'extrémité céphalique, et à l'absence de traitement anti-inflammatoire ou antiviral au cours des 72 premières heures. Cette douleur répond aux anti-inflammatoires et opioïdes. Elle peut durer jusqu'à 1 mois après l'éruption, avec ou sans caractéristique neuropathique (allodynie et décharges électriques), puis s'estomper après 3 mois. Quand une douleur persiste, elle prend toujours une tonalité neuropathique et résiste aux anti-inflammatoires tout en conservant conserve une sensibilité aux opioïdes. Différents tableaux cliniques peuvent alors être distingués : un par un mécanisme « gain de fonction », associant allodynie tactile dynamique, hyperalgésie à la pression, et douleur continue à type de brûlure superficielle dans le territoire de l'éruption et souvent au pourtour, souvent sans aucune altération de la sensibilité tactile non nociceptive. Un second tableau est la « perte de fonction », avec déficit sensitif multimodal prédominant sur la sensibilité thermoalgique, souvent significatif localisé dans le territoire de l'éruption ou en deçà, sans allodynie ni brûlure, mais avec hyperalgésie mécanique modérée à sévère et éventuellement prurit. Un troisième tableau combine les deux tableaux précédents. Cette variabilité dans la présentation clinique distingue l'algie post-zostérienne des autres douleurs neuropathiques sur le plan phénotypique, mais il s'agit en fait d'un ensemble phénotypique regroupant les diverses typologies habituellement rencontrées et liées aux situations de douleurs neuropathiques (neuropathie diabétique, douleur post chirurgicale, …). La distinction entre les tableaux liés à la perte de fonction et au gain de fonction est également thérapeutique, puisqu'il s'agit de mécanismes symptomatiques différents. La particularité de la douleur neuropathique liée au zona est qu'elle est moins probable en cas de vaccination contre le zona, qui assure une protection globale d'environ 50% en réduisant le risque de survenue du zona et ou la sévérité de celui-ci lorsqu'il survient. Une autre particularité est la décroissance progressive de la prévalence de l'algie post-zostérienne au cours de la première année suivant l'éruption, pour s'établir ensuite en plateau et signer la chronicité. D'autre part, il a été démontré que la repousse nerveuse en périphérie peut améliorer, à très long terme, le tableau clinique. Enfin, il

existe probablement une susceptibilité génétique au développement de l'agie post-zostérienne, au-delà des facteurs de risques bien connus que sont la sévérité de l'anxiété au moment de l'éruption cutanée, l'inadéquation du traitement antalgique et l'âge.

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Conséquences biopsychosociales des expériences adverses de l'enfance

Meggane MELCHIOR(1)

(1)Laboratoire De Neurosciences Cognitives Et Adaptatives, Université de Strasbourg, Strasbourg, France

Prématurité, douleur néonatale, stress précoce, manque d'interaction parentale dans les premiers jours de vie… tous constituent des facteurs pouvant avoir des conséquences sur le développement des enfants et leurs comportements (1). Nos recherches visent à évaluer l'impact de ces facteurs sur les réponses à la douleur et le fonctionnement du système nociceptif, mais aussi sur les réponses émotionnelles et capacités cognitives.
A l'aide de travaux dans le service de réanimation néonatale de l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg ainsi qu'à l'aide de travaux sur des modèles animaux de stress précoces, nous avons identifié que la présence parentale constitue un facteur clé dans la période néonatale pour le développement du système nerveux et des circuits nociceptifs. Des animaux soumis à une séparation maternelle répétée de P2 à P12 développent ainsi une hypersensibilité nociceptive marquée qui persiste jusqu'à l'âge adulte, associée à un dysfonctionnement de plusieurs systèmes modulateurs de la douleur. Ces troubles de la sensibilité sont aussi accompagnés de comportements anxieux, de troubles des comportements sociaux, et de déficits de mémoire. En parallèle, nos travaux sur les enfants grand prématurés visent à déterminer l'impact de l'environnement précoce, notamment du peau-à-peau dans les premières heures de vie, sur le développement des circuits nociceptifs et les réponses à la douleur. Nous utilisons pour cela une combinaison de mesures comportementales et de l'activité cérébrale lors de procédures de soin.

(1) Meggane Melchior, Pierre Kuhn, Pierrick Poisbeau. The burden of early life stress on the nociceptive system development and pain responses. Eur J Neurosci. 2022 May;55(9-10):2216-2241. doi: 10.1111/ejn.15153.

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Opportunités de recherche clinique autres que les essais randomisés contrôlés pour améliorer la gestion de la douleur chronique

Manon CHOINIÈRE(1)

(1)Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, québec, Canada

En dépit de décennies de recherche active, la gestion de la douleur chronique est loin d'être optimale encore aujourd'hui donnant lieu à des conséquences néfastes pour les patients au plan biopsychosocial et pour la société au plan économique. Après avoir brossé différents facteurs qui expliquent cette situation, une attention toute particulière sera apportée à la façon dont la recherche est menée dans ce domaine. En premier lieu, les essais randomisés contrôlés (ERC) continuent d'être l'étalon d'or mais ils comportent de sérieux désavantages. N'y a-t-il pas lieu d'effectuer à ce point-ci dans le temps un changement de paradigme où des opportunités de recherche clinique autres que les ERC sont privilégiées parce que plus propices à fournir des soins axés sur le patient et ce, dans un contexte de médecine de précision? Ainsi, les études effectuées à partir de données contenues dans des registres de patients, lesquelles données sont colligées dans un contexte de « vraie vie », représentent une option fort intéressante qui sera illustrée à partir de différents exemples. En deuxième lieu, la façon dont la recherche est menée dans le domaine de la douleur (et certes dans d'autres secteurs) se base sur des données qui sont « moyennées » sur des groupes. Or, la littérature scientifique insiste de plus en plus sur la nécessité de tenir en compte l'importance de la variabilité inter- et intra-individuelle et ce, à l'aide de méthodes d'analyses statistiques davantage sophistiquées. Des exemples d'une telle approche seront présentés. Considérant par ailleurs que la douleur est une expérience intrinsèquement subjective, l'utilisation exclusive de mesures quantitatives de douleur fait en sorte que toute la dimension de la souffrance des patients est ignorée, ratant ainsi l'occasion de saisir toutes les dimensions de l'expérience de la douleur. Les devis mixtes de recherche qui combinent à la fois des approches quantitative et qualitative sont de plus en plus utilisés et offrent une opportunité d'élargir notre compréhension du phénomène de la douleur de façon significative. Enfin, on ne peut que déplorer le manque de « culture de la mesure » dans nos systèmes de santé. Il est impératif que l'on procède à l'intégration de l'évaluation de la qualité des soins et de la recherche dans le quotidien des milieux cliniques car c'est la seule façon de voir si les changements effectués dans les pratiques organisationnelles et cliniques pour améliorer le traitement de la douleur chronique se traduisent réellement en bénéfices pour les patients et la société.

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prix de recherche Gisèle Guilbaud
Présentation des avancées des travaux de recherche - lauréate 2022
Caractérisation des changements fonctionnels cérébraux dans la migraine et impact des antimigraineux chez le rat par une nouvelle approche de neuroimagerie

Lauriane DELAY(1)

(1), Paris, France

Affectant plus de 15% de la population mondiale (1), la migraine est un trouble d'origine neurovasculaire caractérisé par des crises de céphalées accompagnées d'hypersensibilités sensorielles telles que la photophobie et/ou l'allodynie. Développée au sein du laboratoire d'accueil, l'imagerie fonctionnelle ultrasonore ultrarapide (fUS) permet, grâce à la détection extrêmement sensible des flux sanguins des études fonctionnelles et/ou de la connectivité fonctionnelle liant les aires cérébrales. Cette technique, alternative à l'IRM fonctionnelle, est caractérisée par une très bonne résolution temporelle (1 ms) et spatiale (~ 100 µm), ainsi qu'une excellente sensibilité (2) et a permis de réaliser des avancées importantes dans le domaine des neurosciences à la fois chez l'animal anesthésié (3–5), éveillé (6,7) et chez l'humain (8,9). Dans notre étude, outre le suivi du comportement douloureux, nous avons pu cartographier la dynamique cérébrale et du système trigéminovasculaire en amont, pendant et après des crises migraineuses dans deux modèles animaux pertinents cliniquement de douleur migraineuse induits par l'administration répétée de dinitrate d'isosorbide (ISDN) (10) ou nitroglycérine (GTN) (11,12). Nous avons pu étudier les changements de connectivité fonctionnelle en lien avec la chronicisation de la migraine grâce à la mise en place de fenêtres chroniques chez le rat. De plus, nos études ont été réalisées à la fois chez des mâles et des femelles, nous permettant de mettre en évidence un dimorphisme sexuel associé à la migraine.

1. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. Lancet Neurol. 2017;16(1):76. doi:10.1016/S1474-4422(16)30293-9
2. MacÉ E, Montaldo G, Cohen I, Baulac M, Fink M, Tanter M. Functional ultrasound imaging of the brain. Nat Methods. 2011;8(8):662-664. doi:10.1038/nmeth.1641
3. Rahal L, Thibaut M, Rivals I, et al. Ultrafast ultrasound imaging pattern analysis reveals distinctive dynamic brain states and potent sub-network alterations in arthritic animals. Sci Rep. 2020;10(1). doi:10.1038/s41598-020-66967-x

4. Osmanski BF, Pezet S, Ricobaraza A, Lenkei Z, Tanter M. Functional ultrasound imaging of intrinsic connectivity in the living rat brain with high spatiotemporal resolution. Nat Commun. 2014;5. doi:10.1038/ncomms6023
5. Réaux-Le-Goazigo A, Beliard B, Delay L, et al. Ultrasound localization microscopy and functional ultrasound imaging reveal atypical features of the trigeminal ganglion vasculature. Commun Biol. 2022;5(1):330. doi:10.1038/S42003-022-03273-4
6. Bergel A, Deffieux T, Demené C, Tanter M, Cohen I. Local hippocampal fast gamma rhythms precede brain-wide hyperemic patterns during spontaneous rodent REM sleep. Nat Commun. 2018;9(1). doi:10.1038/s41467-018-07752-3
7. Bergel A, Tiran E, Deffieux T, Demené C, Tanter M, Cohen I. Adaptive modulation of brain hemodynamics across stereotyped running episodes. Nat Commun. 2020;11(1). doi:10.1038/s41467-020-19948-7
8. Imbault M, Chauvet D, Gennisson JL, Capelle L, Tanter M. Intraoperative Functional Ultrasound Imaging of Human Brain Activity. Sci Rep. 2017;7(1). doi:10.1038/s41598-017-06474-8
9. Demené C, Robin J, Dizeux A, et al. Transcranial ultrafast ultrasound localization microscopy of brain vasculature in patients. Nat Biomed Eng. 2021;5(3):219-228. doi:10.1038/s41551-021-00697-x
10. Dallel R, Descheemaeker A, Luccarini P. Recurrent administration of the nitric oxide donor, isosorbide dinitrate, induces a persistent cephalic cutaneous hypersensitivity: A model for migraine progression. Cephalalgia. 2018;38(4):776-785. doi:10.1177/0333102417714032
11. Pradhan AA, Smith ML, McGuire B, Tarash I, Evans CJ, Charles A. Characterization of a Novel Model of Chronic Migraine. Pain. 2014;155(2):269. doi:10.1016/J.PAIN.2013.10.004
12. Moye LS, Pradhan AAA. Animal Model of Chronic Migraine-Associated Pain. Curr Protoc Neurosci. 2017;80:9.60.1. doi:10.1002/CPNS.33

Sessions parallèles

Recherche translationnelle

Prix "Starter" en recherche translationnelle SFETD-Institut Analgesia Présentation des avancées des travaux de recherche - lauréat 2022: Évaluer le potentiel thérapeutique du plasma riche en plaquettes (PRP) dans la douleur chronique

Mélanie KREMER(1)

(1), Strasbourg, France

La douleur chronique n'entraîne pas seulement une souffrance physique, elle affecte aussi la qualité de la vie au quotidien, entraînant des symptômes tels que l'irritabilité, l'agressivité, le repli sur soi et la perte d'autonomie. De plus, elle augmente le risque de développer des troubles de l'humeur. La prise en charge de la douleur chronique représente donc un défi important de santé publique. La douleur neuropathique [1] et la douleur post-chirurgicale [2] sont deux des types de douleurs chroniques fréquemment rencontrées dans la population [3]. Malheureusement, ces douleurs sont difficiles à soulager et, à ce jour, aucun traitement satisfaisant n'est disponible [2,4].
Ces dernières années, un nouvel outil thérapeutique a été développé dans de nombreux domaines médicaux : l'injection de plasma riche en plaquettes (PRP) [5], un concentré de sang plaquettaire autologue enrichi en messagers du système immunitaire (facteurs de croissance, cytokines, chimiokines), en molécules d'adhésion et en sérotonine [6]. L'hypothèse a été émise que le PRP favoriserait la régénération nerveuse après une blessure et réduirait la réponse neuro-immune, jouant ainsi un rôle protecteur et/ou analgésique potentiel dans les douleurs neuropathiques et post-chirurgicales persistantes [7].
Dans ce contexte, nous avons évalué le potentiel thérapeutique (préventif et curatif) du PRP dans un modèle murin de douleur neuropathique induite par la compression du nerf sciatique, et nous avons généralisé cette évaluation à une autre étiologie de la douleur, la douleur post-chirurgicale en utilisant un modèle murin d'incision de la patte. Administré en péri-chirurgical, le PRP empêche alors, dans nos modèles murins de douleur neuropathique et de douleur post-chirurgicale, le développement de l'allodynie mécanique, l'allodynie thermique au froid et l'hyperalgésie thermique au chaud. Ces résultats sont comparables chez le mâle et la femelle. Par contre, lorsque la douleur est installée le PRP possède une action analgésique mais plus limitée dans le temps. Ainsi une administration intrathécale de PRP soulage l'allodynie mécanique et l'hyperalgésie thermique associée à la douleur neuropathique 30 minutes à 1 heure seulement après l'administration. L'intérêt thérapeutique du PRP semble donc être le plus prometteur en traitement préventif.
Ces résultats nous ont permis de valider précliniquement l'utilisation du PRP dans le contexte de la douleur neuropathique et post-chirurgicale. La suite de ce projet

consistera à décrypter le mécanisme sous-jacent à l'action thérapeutique du PRP sur la douleur neuropathique. Nous espérons que les résultats de ce projet conduiront à l'utilisation généralisée du PRP comme analgésique standardisé et ouvriront la voie vers de nouvelles cibles thérapeutiques.

[1]Scholz, J., N.B. Finnerup, N. Attal, Q. Aziz, R. Baron, M.I. Bennett, R. Benoliel, M. Cohen, G. Cruccu, K.D. Davis, S. Evers, M. First, M.A. Giamberardino, P. Hansson, S. Kaasa, B. Korwisi, E. Kosek, P. Lavand'homme, M. Nicholas, T. Nurmikko, S. Perrot, S.N. Raja, A.S.C. Rice, M.C. Rowbotham, S. Schug, D.M. Simpson, B.H. Smith, P. Svensson, J.W.S. Vlaeyen, S.J. Wang, A. Barke, W. Rief, R.D. Treede, and G. Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest. 2019. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. Pain 160:53-59.
[2]Richebe, P., X. Capdevila, and C. Rivat. 2018. Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. Anesthesiology 129:590-607.
[3]Treede, R.D., W. Rief, A. Barke, Q. Aziz, M.I. Bennett, R. Benoliel, M. Cohen, S. Evers, N.B. Finnerup, M.B. First, M.A. Giamberardino, S. Kaasa, E. Kosek, P. Lavand'homme, M. Nicholas, S. Perrot, J. Scholz, S. Schug, B.H. Smith, P. Svensson, J.W.S. Vlaeyen, and S.J. Wang. 2015. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain 156:1003-1007.
[4]Finnerup, N.B., N. Attal, S. Haroutounian, E. McNicol, R. Baron, R.H. Dworkin, I. Gilron, M. Haanpaa, P. Hansson, T.S. Jensen, P.R. Kamerman, K. Lund, A. Moore, S.N. Raja, A.S. Rice, M. Rowbotham, E. Sena, P. Siddall, B.H. Smith, and M. Wallace. 2015. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 14:162-173.
[5]Sim, X., M. Poncz, P. Gadue, and D.L. French. 2016. Understanding platelet generation from megakaryocytes: implications for in vitro-derived platelets. Blood 127:1227-1233.
[6]Everts, P., K. Onishi, P. Jayaram, J.F. Lana, and K. Mautner. 2020. Platelet-Rich Plasma: New Performance Understandings and Therapeutic Considerations in 2020. Int J Mol Sci 21:7794.
[7]Bohren, Y., D.I. Timbolschi, A. Muller, M. Barrot, I. Yalcin, and E. Salvat. 2022. Platelet-rich plasma and cytokines in neuropathic pain: A narrative review and a clinical perspective. Eur J Pain 26:43-60.

Sessions parallèles

J'ai psychotrauMAL : Douleurs chroniques de l'enfant, de l'adolescent et stress post-traumatique : repérage et intrications

J'ai psychotrauMAL, une vignette clinique

Claire GUEPIN(1)Justine AVEZ-COUTURIER(2)

(1), Lille, France, (2)CHU LILLE, Lille cedex, France

Chez les adolescents rencontrés en Structure Douleur Chronique l'intrication entre douleur chronique et évènements de vie négatifs est fréquente.
Pour certains patients la situation est plus spécifique avec un trouble de stress post-traumatique caractérisé. Ce trouble peut être difficile à repérer chez les adolescents douloureux chroniques, le symptôme douloureux faisant parfois "écran" aux symptômes traumatiques.
L'objet de cette session sera d'aborder les spécificités cliniques du TSPT chez l'adolescent et son diagnostic chez les patients douloureux chroniques.
La session sera illustrée ici par un cas clinique typique.

Holley, A.L., Wilson, A.C., Noel, M., Palermo, T.M. (2016). Post-traumatic stress symptoms in children and adolescents with chronic pain: A topical review of the literature and a proposed framework for future research. Eur J Pain.
Noel, M., Wilson, A.C., Holley, A.L., Durkin, L., Patton, M., Palermo, T.M. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Youth with versus without Chronic Pain. Pain.
Tidmarsh, L.V., Harrison, R., Ravindran, D., Matthews, S.L., Finlay, K.A. (2022). The Influence of Adverse Childhood Experiences in Pain Management: Mechanisms, Processes, and Trauma-Informed Care. Front Pain Res (Lausanne) 3, 923866.

Sessions parallèles

J'ai psychotrauMAL : Douleurs chroniques de l'enfant, de l'adolescent et stress post-traumatique : repérage et intrications

Savoir reconnaître une situation de stress post-traumatique en consultation douleur chez l'enfant : comment réagir ?

Julien NGO(1)Aurélie BENHAMOU(2)

(1), Créteil, France, (2)CHI CRÉTEIL SDC Douleur Pédiatrique, Pédiatrie Générale, Créteil, France

La confrontation d'un jeune patient à un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique, psychique ou celles d'autres personnes présentes (une violence, une agression, un attentat, un décès, situations de harcèlement ou de maltraitance etc.), provoquant une peur intense, de la détresse ou de l'horreur peut entrainer une perturbation de son équilibre psychique, de façon aigue ou durable. Tout ceci entre dans la catégorie du psycho-traumatisme.
Pour certains, cela peut engendrer un Trouble Du Stress Post-Traumatique (TSPT) qui a une symptomatologie propre (symptômes d'intrusion telles des reviviscences répétitives de l'événement, évitement persistant des stimuli, altération des cognitions et de l'humeur, modifications de l'état d'éveil ou réactivité etc.). Il est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques tels des dépressions, des troubles anxieux. Il accroit le risque de dépendance à des substances psychoactives, des conduites auto-agressives et à un risque suicidaire (1,2).
Selon les études, environ 2/3 des adolescents ont connu au moins une fois un événement traumatique et 16% développent un TSPT (3–5).
La prise en charge du psycho-traumatisme est un véritable enjeu sociétal et de santé publique, le suicide représente en France la deuxième cause de mortalité chez les adolescents et jeunes adultes (6).
Les symptômes d'appel du psycho-traumatisme sont peu spécifiques et sont souvent les motifs de consultation en SDC pédiatrique : céphalées, douleurs abdominales, douleurs musculo-squelettiques... D'où l'importance de savoir reconnaitre tout événement traumatique et ne pas ignorer les critères d'alerte en pédiatrie (déscolarisation ou difficulté scolaire, trouble alimentaire ou du sommeil, isolement social, repli sur soi, surconsommation médicale…) (5,7,8).
La consultation douleur chronique pédiatrique est très souvent l'occasion pour l'enfant et l'adolescent de se confier à un adulte. La bienveillance et l'empathie sont des notions clés. Des mots simples et adaptés à l'âge ouvrent souvent le dialogue, l'examen somatique et pédiatrique (vaccination, courbe staturo-pondérale) permet une première approche. Souvent, du temps et un certain nombre de consultations sont nécessaires. Il est important de respecter le rythme de l'enfant. Il faut parfois oser demander sans

forcer le récit, humaniser la rencontre en offrant un espace rassurant et soutenant, puis vient le temps où l'enfant se met à raconter (9).
Résulte alors le temps de la prise en charge thérapeutique, les approches psychothérapeutiques sont recommandées en première intention chez les enfants comme l'EMDR (Eye Mouvement Desensibilisation and Reprocessing), le TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavorial Therapy) ainsi que l'hypnose. Il est impératif de prendre en charge les co-mordibités et parfois, une information préoccupante à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) voire un signalement au procureur de la République sont nécessaires si le mineur est en danger.

1. American Psychiatric Association, Crocq, Marc-Antoine, Guelfi, Julien-Daniel, Boyer, Patrice, Pull, Charles-Bernard, Pull, Marie-Claire. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2015.
2. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol. 2003;71(4):692‑700. DOI: 10.1037/0022-006x.71.4.692
3. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):577‑84. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.577
4. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(8):815-830.e14. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
5. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2014;204:335‑40. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.131227
6. Observatoire National du suicide. Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 2014;1er rapport.
7. Bae SM, Kang JM, Chang HY, Han W, Lee SH. PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization. PloS One. 2018;13(6):e0199138. DOI: 10.1371/journal.pone.0199138
8. Keeshin BR, Berkowitz SJ, Pynoos RS. Pediatrician's Practical Approach to Sleep Disturbances in Children Who Have Experienced Trauma. Pediatr Ann. 2019;48(7):e280‑5. DOI: 10.3928/19382359-20190610-01
9. Vila G. Stress post-traumatique de l'enfant : comment le pédiatre peut-il agir ? 2018;

Sessions parallèles

J'ai psychotrauMAL : Douleurs chroniques de l'enfant, de l'adolescent et stress post-traumatique : repérage et intrications

Douleur chronique et mémoire traumatique, liaisons dangereuses, le point de vue pédopsychiatrique

Jérôme PAYEN(1)

(1), Créteil, France

La douleur chronique de l'enfant ne peut se penser, ni se traiter, dans la seule perspective individuelle. Le caractère chronique vient remanier les équilibres familiaux, dans un contexte du développement de l'enfant, du côté de la protection, de la vulnérabilité, mais aussi, souvent du préjudice et de l'impuissance,vécu des parents, ce qui a pour effet adverse, de ralentir le développement. Il y a une tentation légitime à chercher des liens entre état de stress post traumatique et douleur chronique, aussi bien sur le plan synchronique que diachronique. Nous verrons l'intérêt et les pièges à les penser ensemble, afin de proposer des modifications dans le parcours de soins global des enfants ou adolescents douloureux chroniques, qui fasse une place plus grande au travail relationnel collectif, ici, préalable à la réussite des soins.

Sessions parallèles

Neuromodulation : du diagnostic à la thérapeutique

Place de l'algologie interventionnelle en douleur chronique (retour étude, panorama des diagnostics, modalités)

Philippe RIGOARD(1)

(1), Poitiers, France

L'utilisation de technique interventionnelle à visée antalgique est connue depuis la nuit des temps, à l'époque où l'on appliquait un poisson torpille sur une plaie, pour que l'intervention de l'homme, investissant la nature et ses capacités naturelles à trouver des solutions pour survivre, tentent d'œuvrer vers l'accalmie, investis par une mission technique.
Le champ de l'algologie interventionnelle recouvre un panorama très varié qui balaie un éventail de techniques parfois simples, comme l'utilisation de topiques ou de dispositifs externes à visée antalgique jusqu'à aller à des techniques très sophistiqués de cryoneurotomie sous contrôle échographique 3D ou de stimulations nerveuses périphériques implantées par couplage de l'échographie aux techniques d'endoscopies miniaturisés.
La pratique de l'algologie interventionnelle nécessite une collaboration intense entre cliniciens de divers horizons. Une approche holistique qui n'a de sens qu'en se positionnant comme une hybridation de cliniciens, de savoir-faire cliniques autour du patient pour servir son intérêt, dans les cas de douleurs les plus réfractaires, sous l'égide de consultations multidisciplinaires.
La mise en place d'un parcours clinique, optimisé et personnalisé, implique un accès aux technologies les plus récentes disponibles dans des centres hyperspécialisés : endoscope, appareil de cryoneurolyse, radiofréquence pulsée, chirurgie mini-invasive, réalisés en condition d'anesthésie éveillée avec des dispositifs d'évaluations boostés par les évolutions du numérique et de l'intelligence artificielle.
Cette mobilisation extrême de ressources explique que les traitements de l'algologie interventionnelle, soit le terrain de prédilection de certains centres de pointes, ayant la capacité de proposer aux patients les plus désespérés, une organisation de soins avec un plateau technique centré sur l'innovation technologique et la recherche au service du patient ; mais aussi et surtout, la capacité que chacun d'entre nous, médecin de la douleur, puisse déployer la mise en réseau de tous les professionnels de santé, médecins et non médecins, pour que à un problème donné, une réponse technique, dans un centre spécialisé, puisse être apportée au patient.
Cette présentation a l'ambition de faire évoluer les concepts pour passer d'une vision très symptomatique d'une douleur dont on ne connaît pas la véritable étiologie/physiopathologie, à une approche diagnostique, interventionnelle ultra

sélective, qui vise à identifier une cible neurologique, pouvant ensuite être traitée par des approches de neuromodulation lésionnelle ou non, réversibles ou non, permanentes ou non, et toujours ancrées dans une évolution bondissante sur le plan des connaissances et de l'approche technique de ces dernières années.
Nous sommes au balbutiement d'une nouvelle ère dans le traitement de la douleur.
Les approches médicales et chirurgicales ne doivent plus être opposées, elles doivent être hybridées par une nouvelle race de spécialistes : les algologues interventionnelles.

Sessions parallèles

Neuromodulation : du diagnostic à la thérapeutique

Radiofréquence, cryothérapie, phénolisation : quelles similitudes ? quelles différences ? Indications (onco et non onco)

Bénédicte BOUCHE(1)

(1), Poitiers, France

Les stratégies thérapeutique de la douleur neuropathique commencent généralement par une pharmacothérapie . Le traitement médicamenteux n'obtient souvent pas de résultats efficaces et peut exposer le patient à des effets secondaires avec une faible amélioration de la qualité de vie (QoL). Il est donc souvent nécessaire de recourir à des stratégies non pharmacologiques à des techniques peu invasives telles que les blocs neurolytiques. La neurolyse implique la destruction des neurones en plaçant une aiguille près du nerf et en injectant un agent chimique neurodestructeur ou en produisant des dommages par une méthode physique telle que le froid (c'est-à-dire la cryothérapie) ou la chaleur/neuromodulation (c'est-à-dire l'ablation par radiofréquence, RFA). Cette présentation évoquera les mécanismes supposés des techniques, mettra en avant les recommandations internationales, insistera sur les différences entre la pris en charge de la douleur chronique de l'handicap et de l'oncologie. Seront, également , exposées les possibles avancées technologiques.

1-Lloyd JW, Barnard JD, Glynn CJ. Cryoanalgesia. A new approach to pain relief. Lancet. 1976 Oct 30;2(7992):932-4. [PubMed]
2- Quinn JH. Repetitive peripheral neurectomies for neurolgia of second and third divisions of trigeminal nerve. J Oral Surg. 1965 Nov;23(7):600-8.
3-Radnovich R, Scott D, Patel AT, Olson R, Dasa V, Segal N, Lane NE, Shrock K, Naranjo J, Darr K, Surowitz R, Choo J, Valadie A, Harrell R, Wei N, Metyas S. Cryoneurolysis to treat the pain and symptoms of knee osteoarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled trial. Osteoarthritis Cartilage. 2017 Aug;25(8):1247-1256
4.
Barazanchi AW, Fagan PV, Smith BB, Hill AG. Routine Neurectomy of Inguinal Nerves During Open Onlay Mesh Hernia Repair: A Meta-analysis of Randomized Trials. Ann Surg. 2016 Jul;264(1):64-72
5Gambeta E, Chichorro JG, Zamponi GW. Trigeminal neuralgia: An overview from pathophysiology to pharmacological treatments. Mol Pain. 2020 Jan-Dec;16:1744806920901890.
5The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Evidence-Based Clinical Guideline of Interventional Treatments for Low Back Pain.

Sayed D, Grider J, Strand N, Hagedorn JM, Falowski S, Lam CM, Tieppo Francio V, Beall DP, Tomycz ND, Davanzo JR, Aiyer R, Lee DW, Kalia H, Sheen S, Malinowski MN, Verdolin M, Vodapally S, Carayannopoulos A, Jain S, Azeem N, Tolba R, Chang Chien GC, Ghosh P, Mazzola AJ, Amirdelfan K, Chakravarthy K, Petersen E, Schatman ME, Deer T.
J Pain Res. 2022 Dec 6;15.

6-Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines.
Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA.
Eur J Pain. 2021 Feb;25(2):275-295

Sessions parallèles

Neuromodulation : du diagnostic à la thérapeutique

Neuromodulation : thérapie intra-thécale dans la douleur chronique non cancéreuse

Marie-Christine DJIAN(1)

(1), Suresnes, France

Le recours aux thérapies intrathécales (TIT) est largement reconnue dans le cadre de la prise en charge des douleurs cancéreuses. Cependant, son utilisation dans le traitement de la douleur non cancéreuse est beaucoup moins connue.
Les recommandations de la PACC (1) et de la SFAR - SFETD (2) considèrent que la TIT offre un traitement fiable, précis, sûr et efficace de la douleur cancéreuse et non cancéreuse. Son indication est évaluée comme forte en présisant qu'il " faut utiliser le ziconotide par voie intrathécale dans les douleurs chroniques réfractaires notamment si la composante neuropathique est prédominante". La TIT sera proposée après échec des thérapeutiques classiques (3).
La littérature reste assez pauvre dans le domaine de la TIT dans la douleur non cancéreuse. Les études prospectives étudient principalement l'utilisation du ziconotide en tant qu'agent unique dans ce type de douleurs. Globalement, la réponse à cette molécule est bonne avec un score EVA à la fin de la période de suivi d'au moins 3 points plus bas qu'à l'inclusion, stable dans le temps (4 - 5). Le ziconotide est bien toléré dans ces études..
Un protocole rigoureux de prise en charge doit cependant être respecté avec une évaluation psychologique indispensable et un passage du dossier du patient en réunion multidisciplinaire et pluriprofessionnelle permettant de valider l'indication. Il sera également précisé lors de cette réunion le choix de la molécule utilisée (ziconotide, opioides ou anesthésique local) , le niveau d'implantation du cathéter en fonction de la pathologie et le type de pompe à implanter (20 ml de préférence).
Le projet thérapeutique sera décliné selon un calendrier incluant l'éducation thérapeutique du patient par l'infirmière ressource douleur.
La préparation des seringues se fait de manière sécurisée, en condition stérile en pharmacie hospitalière avec une prescription réalisée sur un logiciel dédié.
Deux cas cliniques permettront d'illustrer l'utilisation du ziconotide en TIT, l'un chez un patient présentant une myélopathie cervicarthrosique, l'autre chez une patiente décrivant un tableau de névralgie pudendale en échec des traitements classiques y compris de la stimulation médullaire.

1 - T. Deer and al. The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC) - Recommendations on intrathecal Drug Infusion Systems Best Practices and guidelines. 2017

2 - Beloeil H, Viel E, Navez M-L, Fletcher D, Peronnet D. Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2013
3 - Moisset X. et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur analg. 2020
4 - Brinzeu A, Berthiller J, Caillet J-B, Staquet H, Mertens P. Ziconotide for spinal cord injury - related pain. European journal of Pain. 2019
5 - Gladstone C. and al. Effectiveness and Safety of intrathecal Ziconotide : Final results of the Patient Registry of Intrathecal Ziconotide Management. Pain Medecine. 2020

Sessions parallèles

Actualités 2023 douleur animale : Anticorps monoclonaux anti-NGF et Microbiote

Retours de 2 ans d'utilisation des anticorps monoclonaux anti-NGF pour la prise en charge des douleurs arthrosiques chez le chien et le chat

En médecine vétérinaire, les anticorps monoclonaux (ACM) anti-NGF ont fait leur apparition en 2021, pour renforcer les moyens thérapeutiques servant à soulager les douleurs arthrosiques chez le chien (bedinvetmab) et le chat (frunévetmab). Leurs caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques placent les ACM anti-NGF au cœur de la lutte contre les mécanismes physiopathologiques (hypersensibilisation périphérique et centrale) de la douleur chronique ostéo-articulaire. Si les propriétés antalgiques paraissent indéniables, l'action anti-inflammatoire semble plus contestable et de facto limitée à l'inflammation neurogène (médiée par le NGF). Les retours d'utilisation confirment les résultats très prometteurs des essais cliniques, associant une efficacité antalgique inédite à une innocuité remarquable, particulièrement profitable dans le contexte de multimorbidités de nos animaux de compagnie âgés (obésité, maladie rénale chronique, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque gauche, etc.). Ces atouts ne doivent cependant pas faire oublier les règles de l'approche multimodale, pluridisciplinaire et individualisée de la prise en charge de l'arthrose: Une antalgie excessive monomodale associée à des conditions biomécaniques anormales pourrait exposer les articulations dégradées à des contraintes mécaniques délétères. Les ACM anti-NGF doivent être utilisés lors de consultations dédiées, au cours desquelles la douleur de l'animal est évaluée, par exemple avec le système de gradation CSOM (Client-Specific Outcome Measures) et le projet thérapeutique construit avec l'adhésion du propriétaire. Trois changements de paradigme devraient avantageusement optimiser les ressources des ACM anti-NGF et servir la cause du bien-être animal en améliorant la prise en charge des douleurs chroniques : l'alliance thérapeutique, la médecine proactive de la douleur dans laquelle le praticien abandonne les démarches purement réactives (face à de nouveaux accès douloureux) ou stéréotypées (procédures standardisées uniformes) pour cultiver une médecine préventive et individualisée de l'animal douloureux, enfin la médecine préventive secondaire (qui s'intéresse à l'arthrose radiologique, limitant la prévalence de l'arthrose clinique) et tertiaire (s'intéressant à l'arthrose clinique, réduisant la fréquence et l'intensité des rechutes). Par ailleurs, ces ACM anti-NGF pourraient offrir des perspectives intéressantes d'utilisation hors autorisation de mise sur le marché, dans la sphère ostéo-articulaire: douleurs chroniques postopératoires (chirurgie orthopédique), des sténoses lombo-sacrées, des hyperostoses squelettiques idiopathiques diffuses, des ostéosarcomes (en association avec les biphosphonates), des polyarthrites érosives ou non, du complexe gingivo-stomatite féline avec atteinte alvéolaire, etc. Enfin les cas

d'arthrose destructrice rapide (RPOA) décrits dans les essais cliniques en rhumatologie humaine et à l'origine du refus d'AMM du tanézumab et du fulranumab, n'ont jamais été observés en médecine vétérinaire.

Poitte Thierry. Dossier Les anticorps monoclonaux dans la gestion de l'arthrose canine et féline. Le Point Vétérinaire.N°431/432 • Juillet-Août 2022

Sessions parallèles

Actualités 2023 douleur animale : Anticorps monoclonaux anti-NGF et Microbiote

Le microbiote, un nouvel acteur de la santé animale

Le microbiote, communément désigné comme l'ensemble des microorganismes (archées, bactéries, virus, protozoaires) vivant à l'intérieur d'un organisme, est présent chez toutes les espèces animales et végétales. Cette communauté microbienne, bien que répartie de manière inégale dans l'organisme, est omniprésente. L'intestin abrite la plus grande diversité de ces microorganismes, suivis par la bouche, la peau, les organes génitaux et l'estomac. Étonnamment, de l'ADN bactérien a été découvert dans des organes autrefois considérés comme stériles, tels que les poumons, la vessie et le sang.
Si les microorganismes de notre microbiote participent à notre santé, un déséquilibre de notre microbiote – appelé dysbiose - pourrait être à l'origine de maladies. Il est temps de changer de paradigme : abandonner l'idée qui assimile les microbes uniquement à des agents pathogènes pour désormais les considérer comme des partenaires avec lesquels nous vivons et à qui nous déléguons certaines fonctions. Autrefois considérés comme nos ennemis, les microbes doivent désormais être considérés comme des alliés de notre santé.
Il est plausible que de nombreuses maladies soient en réalité le résultat de dysbioses. Par conséquent, la régulation du microbiote offre une perspective thérapeutique pour de nombreuses maladies. Pour corriger les dysbioses, plusieurs approches sont envisagées, telles que l'utilisation de prébiotiques pour nourrir la population bactérienne, l'administration de probiotiques pour réensemencer le tube digestif, ou même la transplantation de microbiote fécal (TMF). La TMF consiste à introduire les selles d'un individu en bonne santé dans le tube digestif d'un autre individu, dans le but de restaurer sa santé en corrigeant des déséquilibres microbiens.
En médecine vétérinaire, la transfaunation de jus de rumen est pratiquée depuis des décennies pour traiter les troubles de la digestion chez les ruminants.
En médecine humaine, l'efficacité de la TMF dans le traitement de l'infection à Clostridium difficile (CDI) a été démontrée avec un taux de succès d'environ 90 %. A ce jour, en médecine humaine, la TMF a pour seule indication reconnue le traitement de la CDI ; elle n'est pas autorisée dans d'autres indications sauf dérogation pour des essais cliniques. Nous décrirons des applications possible de la TMF en médecine vétrinaire.
La remarquable efficacité de la TMF dans le traitement de la CDI en médecine humaine laisse présager de son intérêt dans le traitement d'autres maladies digestives comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin mais aussi dans le traitement de maladies non digestives comme des maladies neurologiques ou des affections urinaires.

En traitant la maladie, la modulation du microbiote traite la douleur qui lui été associée. Ainsi, la modulation du microbiote intestinal offre une voie thérapeutique prometteuse dans la gestion de la douleur.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAP
Maladie génétique et neurodégénérative douloureuse

Douleur réfractaire de l'enfant atteint d'une maladie génétique cutanée : intérêt des thérapies ciblées

Céline GRECO(1)

(1), Paris, France

Les maladies génétiques de la peau sont fréquemment associées à des douleurs sévères et souvent réfractaires aux traitements antalgiques avec un impact majeur sur la vie quotidienne des enfants et de leur famille. Les mécanismes complexes impliquant le système Neuro-Immuno-Cutané-Endocrine doivent être mieux déchiffrés dans le but de définir de nouvelles cibles thérapeutiques.
Notre équipe se consacre à l'identification de ces cibles dans trois formes de génodermatoses les plus douloureuses dans lesquelles la kératodermie palmoplantaire héréditaire est un symptôme commun accompagné de douleurs majeures et pour lesquelles l'expression de la mutation dans le kératinocyte détermine les caractéristiques de la pathologie cutanée : le syndrome d'Olmsted, la pachyonychie congénitale et l'épidermolyse bulleuse simplex.
Grâce à la caractérisation moléculaire du syndrome d'Olmsted lié à une mutation de TRPV3 (1) et à partir de données de la littérature montrant un lien entre l'activation de TRPV3 et la signalisation EGFR (2), nous avons pu proposer un nouveau traitement ciblant les mécanismes de cette maladie source de douleurs terribles des paumes de mains et des plantes des pieds avec une kératodermie majeure se traduisant, chez les enfants atteints, par une perte d'autonomie avec impossibilité de marcher, un syndrome dépressif majeur et un arrêt de croissance.
Nous avons émis l'hypothèse que la mutation activatrice dans le canal TRPV3 était responsable des symptômes de la maladie via la transactivation de l'EGFR et avons pris en charge les enfants souffrant de cette maladie par l'erlotinib, un inhibiteur de l'EGFR développé pour l'oncologie. Le résultat a été spectaculaire avec aujourd'hui 5 ans de recul. La douleur a disparu en moins d'un mois de même que les lésions cutanées. Les enfants ont repris leur croissance, ont effectué leur puberté, appris à marcher et à courir et ont gagnés une totale autonomie (3).
A partir de ces données concernant la voie EGFR, nous avons par la suite pu soulager les douleurs des patients, enfants et adultes, souffrant de pachyonychie congénitale liée à des mutations des kératines 6, 16 et 17. Un essai clinique va être conduit avec l'erlotinib dans l'ichtyose kératinopathique affectant les kératines 1 et 10. Un développement de ce

traitement par voie topique est en cours, de manière à pouvoir en limiter les effets systémiques pour l'utiliser chez des enfants plus jeunes.
Ces résultats montrent qu'une thérapie ciblée sur le mécanisme d'expression phénotypique d'une mutation génétique délétère peut conduire à la disparition des symptômes, principalement la douleur et permettre aux patients de mener une vie normale.

1- Wilson NJ, Cole C, Milstone LM, Kiszewski AE, Hansen CD, O'Toole EA, Schwartz ME, Irwin McLean WH, Smith FJD. Expanding the Phenotypic Spectrum of Olmsted Syndrome. J Invest Dermatol. 2015 Nov;135(11):2879-2883. doi: 10.1038/jid.2015.217. Epub 2015 Jun 12. PMID: 26067147; PMCID: PMC4652067
2- Cheng X, Jin J, Hu L, Shen D, Dong XP, Samie MA, Knoff J, Eisinger B, Liu ML, Huang SM, Caterina MJ, Dempsey P, Michael LE, Dlugosz AA, Andrews NC, Clapham DE, Xu H. TRP channel regulates EGFR signaling in hair morphogenesis and skin barrier formation. Cell. 2010 Apr 16;141(2):331-43. doi: 10.1016/j.cell.2010.03.013. PMID: 20403327; PMCID: PMC2858065
3- Greco C, Leclerc-Mercier S, Chaumon S, Doz F, Hadj-Rabia S, Molina T, Boucheix C, Bodemer C. Use of Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitor Erlotinib to Treat Palmoplantar Keratoderma in Patients With Olmsted Syndrome Caused by TRPV3 Mutations. JAMA Dermatol. 2020 Feb 1;156(2):191-195. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.4126. PMID: 31895432; PMCID: PMC6990711

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAP
Maladie génétique et neurodégénérative douloureuse

Neuro orthopédie : En quoi la chirurgie peut soulager ?

Laure GATIN(1)

(1)UPOH hôpital Raymond Poincaré, Garches, France

La neuro-orthopédie est la spécialité de chirurgie orthopédique qui traite les déformations orthopédiques lors d'atteintes neurologiques, quelle qu'en soit l'origine (Accident Vasculaire Cérébral, Traumatisme Médullaire, Sclérose en Plaque, Paralysie Cérébrale, Neuropathie périphérique…).
Il n'est pas rare que des douleurs soient intriquées avec ces déformations, les douleurs pouvant alors être cause, conséquence de cette déformation, ou les accompagner, notamment sous la forme de douleurs neuropathiques.
En chirurgie orthopédique, notamment dans la prise en charge de l'arthrose (et dans la mise en place de prothèses de hanche, de genou, de cheville, d'épaule…), l'objectif principal est souvent le soulagement des douleurs. En neuro-orthopédie, cela peut aussi être le cas.
Cette population fragile (car âgée, ou handicapée), est en effet sujette à de nombreuses douleurs.
Parmi ces douleurs, nous développerons deux cas particuliers de douleurs sur le membre supérieur : la main fermée post syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur et la main fermée sur Hypertonie Déformante Acquise de la personne âgée, accompagnée de mycose.
La prise en charge de la douleur au moment des blocs opératoires est spécifique, en utilisant parfois des alternatives à l'anesthésie générale, notamment lors des procédures de ténotomies percutanées (1) (Sédation pouvant être accompagnée d'anesthésie locale, utilisation du protoxyde d'azote ou de l'anesthésie locale pure en consultation, hypnose, casque de réalité virtuelle…).

- Diminution de la douleur post-op avec la sédation, comparativement à l'AG (étude équipe Pr Martinez sur les 80 premières ténotomies percutanées sous sédation par rapport aux douleurs post-op après même geste chirurgical mais AG classique avec intubation), anticipation de la douleur différente (va avec la limitation des déplacements itératifs des patients institutionnalisés).

Des voies de recherche peuvent aussi se dessiner avec en particulier l'apport de la cryoneurotomie (2) sur les nerfs mixtes dans la spasticité, et donc la réduction des douleurs liées à cette spasticité (à noter également une réduction de la spasticité avec les neurotomies et donc une douleur possiblement moindre).

Dans le cas des patients peu ou non communicants, la réalisation de ténotomies pour réduire les douleurs permettent une amélioration de la communication et souvent la diminution du bruxisme, l'amélioration de l'installation au fauteuil par des ténotomies percutanées sur les fléchisseurs de genoux, de hanche.
La dernière nouveauté est la possibilité d'évolution vers la réalisation de gestes dans les établissements de santé médico-sociaux, pour éviter les déplacements itératifs et donc les douleurs induites par l'anticipation des gestes.
Toutes ces prises en charge ne s'envisagent qu'en multidisciplinaire (3), en contractualisant les objectifs avec la famille et les patients pour éviter les échecs.

1) Microinvasive percutaneous needle tenotomy, An alternative to open surgery to treat neurological foot deformities. Florence Angioni, Marjorie Salga, Philippe Denormandie, François Genêt, Oscar Haigh, Romain David, Laure Gatin, Alexis Schnitzler. Ann Phys Rehabil Med. 2023 Mar;66(2):101690. doi: 10.1016/j.rehab.2022.101690.
2) Analysis of side effects of cryoneurolysis for the treatment of spasticity. Paul Winston, Fraser MacRae, Shanika Rajapakshe, Isabella Morrissey, Ève Boissonnault, Daniel Vincent, Mahdis Hashemi. Am J Phys Med Rehabil. 2023 Apr 25. doi: 10.1097/PHM.0000000000002267
3) Orthopaedic surgery for patients with central nervous system lesions: Concepts and techniques. F Genêt, P Denormandie, M A Keenan. Ann Phys Rehabil Med
. 2019 Jul;62(4):225-233. doi: 10.1016/j.rehab.2018.09.004.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFAP
Maladie génétique et neurodégénérative douloureuse

Douleurs et souffrances dans les MND : quelle place pour la médecine palliative ?

Les maladies neuro-dégénératives sont, par essence, chroniques et non guérissables. Des traitements existent pour en ralentir l'évolution – riluzole, immunomodulateurs, anticorps monoclonaux… - et pour en limiter les symptômes spécifiques – anti-parkinsoniens, … - Des traitements purement symptomatiques – approches médicamenteuses et non médicamenteuses – sont nécessaires en complémentarité pour préserver la meilleure qualité de vie possible.
Les malades souffrent de douleurs diverses et d'autres symptômes physiques, associés à des souffrances psycho-affectives, socio-familiales et existentielles. Une attention particulière doit être portée aux différents types de douleurs - nociceptives, neuropathiques, dysfonctionnelles. Une évaluation clinique pluri-professionnelle est nécessaire pour adapter une thérapeutique multimodale.
Le modèle de la « Total pain » trouve ici une application particulière. L'intrication somato-psychique est systématique et le questionnement existentiel sur le sens de la vie est inhérent à l'expérience de la MND, pour les personnes malades et leurs proches.
L'évolution se fait progressivement vers une aggravation de l'état neurologique et général avec l'apparition de nouveaux symptômes. Plusieurs questions se posent au fil de cette évolution : quand commencent les soins palliatifs dans une MND ? Quand faire appel à une équipe spécialisée de soins palliatifs ? Comment soutenir les proches et aidants pour éviter l'épuisement ? À quel moment envisager et comment décider la pose d'une gastrostomie, la mise en place d'une VNI et une éventuelle admission en service de réanimation ? Comment entendre et réagir à une évocation ou une demande de mort provoquée ? Comment anticiper la conduite à tenir au moment de l'aggravation terminale, qui pourra survenir dans plusieurs semaines ou mois, voire années ? Quelle place réserver aux pratiques sédatives en cas de souffrances intenses et difficiles à soulager ? Comment assurer la sécurité du patient en phase terminale et agonique, y compris à domicile, en adaptant des soins personnalisés et proportionnés ?
Une approche pluridisciplinaire et collaborative entre les professionnels de neurologie, d'algologie et de la médecine palliative est indispensable pour répondre à ces questions et assurer à la personne malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible, tout en rendant possible le maintien à domicile selon les souhaits exprimés. Un savant mélange de pratiques cliniques affinées, d'accompagnement adapté et de réflexion éthique est nécessaire. Le repérage des situations les plus complexes, à risque, est nécessaire pour anticiper les moyens thérapeutiques, humains et organisationnels à mettre en œuvre.

La formation initiale et continue des soignants en médecine palliative est nécessaire, et les équipes de médecine palliative doivent aussi se former aux spécificités des maladies neurologiques. L'intégration d'une démarche palliative précoce en neurologie apparaît aujourd'hui comme un enjeu majeur.

- Paternostre B. et coll – Médecine palliative et Accompagnement dans les maladies neuro-dégénératives (chap 8) et Aspects éthiques et décisionnels (chap 9). In : Les maladies neurodégénératives et les maladies apparentées en pratique – sous la direction du Pr François Tison – Ed. Elsevier Masson 2022 – 87-124
- Sardin B. Conditions pour le maintien d'un écosystème palliatif et l'émergence d'une « écologie palliative » ? Éthique Santé 2017;14(3):174–84.
- Haute Autorité de Santé. L'essentiel de la démarche palliative. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_lessentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf
- Plan Maladies neurodégénératives 2014–2019 - https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-les-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019

Sessions parallèles

L'excès

L'excès d'agir et de contre-investissement défensif comme cause de l'usure des muscles, articulations et tissus. L'exemple d'un cas de déni de la souffrance au travail

Bouchra ADIER(1)

(1), Paris, France

Lorsque la douleur n'a plus de destin somatique lésionnel et que le patient franchit le palier du psychologue, le refus du diagnostic n'est pas le seul obstacle au soin. Nombreux sont les patients douloureux qui demandent de leurs grands vœux la prescription d'antalgiques ou le diagnostic d'une lésion répertoriée. Le somatique, quoiqu'il puisse ne pas être saisi dans sa compréhension, rassure. Alors que l'affection psychique, invisible, incontrôlable, demeure énigmatique, parfois rejetée socialement, individuellement et en devient angoissante. Elle agit ainsi comme un obstacle au traitement du médecin.
C'est à partir de l'analyse du rapport subjectif au travail, aux stratégies défensives et le lien entre douleur du soma et souffrance de l'âme, que la psychodynamique du travail permet une séméiologie de la pathologie et une anamnèse de certaines décompensations en lien avec des organisations du travail pathogènes. La clinique du travail éclaire le rapport souffrance/plaisir au travail d'un côté et le rapport souffrance/défense de l'autre et avec son corollaire de conséquences somatiques qui sont autant d'aiguillons pour penser la douleur à partir du rapport que les individus entretiennent avec leur travail et les effets des nouvelles organisations néolibérales du travail.

Adier, B., & Sallet, A. (2022). Douleur, travail et reconnaissance. Douleurs: Évaluation-Diagnostic-Traitement, 23(3), 107-116.
Dejours, C. (2009). Travail vivant 2: travail et émancipation. Payot.

Sessions parallèles

L'excès

L'excès de plainte et l'exagération de la douleur, demande-refus d'un répondant et crainte de la dépendance

Alexandre SALLET(1)

(1), Aix-les-bains, France

Les douleurs sans organicité, ou celles sans que l'organicité ne semble justifier l'importance de la plainte sont une question épineuse de la clinique des sujets douloureux chroniques. Elles posent la question de l'hallucination douloureuse, des pathomimies, des processus conversionnels, mais également celle, plus épineuse encore, de l'hypocondrie. Des unes aux autres, dans le discours des patientes et des patients, c'est l'adresse qui change de nature. Le cas de l'hypocondrie est particulier en ceci que la demande est à la fois incessante et jamais tout à fait adressée pour autant, sorte de demande-refus d'un répondant provenant de la personne du médecin, tantôt sauveur, tantôt médiocre. Mais ce n'est pas tant le paradoxe qui importe que chacun des deux mouvements antagonistes qui le constituent : la demande et le refus, aux rapports symétriques souvent à ceux qu'entretiennent, pour le sujet douloureux hypocondriaque, l'angoisse et la certitude. Pourtant, rarement il est question d'hypocondrie parmi les diagnostics, à laquelle on préfère le plus souvent ceux des troubles conversionnels ou des simulations, pourtant fort différents. Quelles questions l'hypocondrie vient-elle poser à la clinique de la douleur ? Parmi les « expériences sensorielles et émotionnelles désagréables associées à la une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion », ainsi que le pose la définition de la douleur, où et comment, singulièrement, l'hypocondrie sévit-elle ?

Sessions parallèles

L'excès

L'excès de consommation/prescription d'antalgiques comme déni de la valeur messagère de la douleur. Faire taire et/ou écouter ?

Bernard DUPLAN(1)

(1), Aix-les-bains, France

Toute douleur pose en elle-même la question de l'excès, des limites, voire de l'extrême, pour le sujet qui la subit. La même question surgit en miroir pour celui qui soigne, en particulier dans le choix du dispositif et des modalités du soin.
Un recours excessif aux antalgiques dénie la valeur messagère de la douleur.
Si le recours aux substances médicamenteuses prend le pas sur l'écoute, l'excès se tient en embuscade ; le risque est là de démesure. Les médecins de l'antiquité savaient que dans le médicament, pharmakon, il y a aussi poison.
Dans une perspective phénoménologique, la voie est étroite entre excès et défaut, trop ou pas assez. Mais cette voie est elle-même défectueuse sans la perspective dynamique complémentaire qui envisage le patient douloureux dans son fonctionnement psychique et somatique fait de temporalités qui oscillent entre différents extrêmes. Voilà qui suppose une co-construction personnalisée du dispositif de soin engageant en même temps soigné et soignant.
Prescrire pour faire taire le symptôme est utile mais reste paradoxal, puisque cela échoue dès lors que la douleur devient chronique. La thérapeutique est indissociable de l'écoute du patient dans ses différentes expressions (verbale, non verbale, agie). Le pouvoir de soigner issu du savoir et de l'expérience n'autorise aucune domination du prescripteur sur le malade.

- Le vécu du médecin face au patient douloureux chronique Entre symptôme et traitement : le contre-transfert
B. Duplan, A. Sallet
Revue médicale Suisse 382, -
- Soigner la douleur : répétition ou convocation de l'archaïque ? De l'antalgie symptomatique à la symbolisation d'un affect messager B Duplan in « Pratiques cliniques et dispositifs aux limites », Approches contemporaines », sous la direction de J. Jung et V. Di Rocco. Paris, Dunod, 2022.-
- La douleur, entre symptôme et affect messager en quête de symbolisation. B Duplan
In « Psychopathologie et psychopathologie clinique, perspectives contempo-raines », sous la direction de J. Jung et F.D. Camps, Paris, Dunod, 2020.
- L'excès, un défaut ? AM Sibireff in La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 2009/3 (77), pp 13-22

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFMU

Tests antalgiques en douleur aiguë : quelle pertinence ?

Aux urgences, 70% des patients sont algiques, dans 40% des cas c'est leur motif de recours prioritaire motivant leur consultation [1].
Les enjeux sont d'une part de les soulager efficacement, en particulier en cas de douleur sévère [2], d'autre part de faire le plus souvent possible le diagnostic de leur plainte douloureuse, et d'établir un pronostic de gravité.
Certaines étiologies douloureuses sont évidentes, dans la traumatologie distale de membre notamment. Mais dans de nombreux cas, la première prise en charge ne permet que de formuler des hypothèses diagnostiques probabilistes, et les diagnostics positifs cohabitent régulièrement avec les diagnostiques d'élimination. Les diagnostics évoqués pour certaines douleurs ressenties sont extrêmement variés d'un point de vue de la gravité potentielle. Dans la douleur thoracique par exemple, l'angor côtoie le reflux gastro-oesophagien [3], dans la douleur abdominale, l'ulcère gastrique et le trouble fonctionnel intestinal sont parfois à égalité de probabilité. En effet, l'interrogatoire, l'examen clinique comme les biomarqueurs biologiques ou les examens d'imagerie de première intention sont parfois insuffisants pour conclure. Certains antalgiques universels permettent de soulager ces patients même avant que l'étiologie sous-jacente soit établie. Mais une thérapeutique individualisée et ciblée reste l'assurance de limiter certains mésusages, comme dans le cas de la prescription d'opioïdes [4]. Par ailleurs, il peut être tentant d'utiliser les antalgiques d'action étiologiques comme argument diagnostic. Mais quel est le rationnel scientifique de cette utilisation ? Quelle est la valeur statistique et la robustesse de ces « tests diagnostiques antalgiques » ? En douleur chronique, nous connaissons l'intérêt des blocs nerveux diagnostiques, existe-t-il des tests équivalents aux urgences ? existe-t-il des tests non invasifs valables ? Dans cet exposé nous exposerons en particulier l'état de science concernant les tests à la trinitrine et à l'aspirine dans la douleur thoracique [5], les tests aux inhibiteurs de la pompe à proton [6], au paracétamol dans la céphalée, etc…Nous passerons en revue les niveaux de preuve disponibles concernant leur efficacité, leur fiabilité et nous discuterons de l'impact à court et à long terme d'une conclusion erronée lors de leur emploi.

[1] Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Médecine Urgence [Internet]. 1 sept 2011 [cité 28 nov 2021];1(5):312. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/s13341-011-0094-4

[2] Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David JS, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann Fr Médecine Urgence [Internet]. janv 2011 [cité 29 juin 2021];1(1):57‑71. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/s13341-010-0019-9
[3] Faybush EM, Fass R. Gastroesophageal reflux disease in noncardiac chest pain. Gastroenterol Clin North Am. 2004;33:41–54
[4] Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
[5] Twiner MJ, Hennessy J, Wein R, Levy PD. Nitroglycerin Use in the Emergency Department: Current Perspectives. Open Access Emerg Med. 2022 Jul 9;14:327-333. doi: 10.2147/OAEM.S340513. PMID: 35847764; PMCID: PMC9278720.
[6] K. Musikatavorn, P. Tansangngam, S. Lumlertgul, A. Komindr, A randomized controlled trial of adding intravenous pantoprazole to conventional treatment for the immediate relief of dyspeptic pain, Am J Emerg Med. 30 (2012) 1737–1742. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.02.001.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFMU

Modélisation du parcours douloureux aux urgences

Cassandre FOLLET(1)

(1), Rouen, France

La « douleur » est le motif le plus fréquent de recours aux soins d'urgence, environs 80% des entrées dans les Service d'Urgence (SU). (1)
La médecine d'urgence reste à ce jour confrontée à l'insuffisante reconnaissance de la douleur appelée oligoanalgésie. (2) Les mécanismes connus et reportés dans la littérature sont à la fois liés aux terrains des patients (3), à la typologie des pathologies douloureuses rencontrées (4) et à l'insuffisante sensibilisation et éducation des professionnels de santé en matière de prise en charge de la douleur (5).
Les enjeux seraient donc de pouvoir identifier tous les moments à risque d'oligoanalgésie au cours du parcours patient dans un service d'urgence, ainsi que les mécanismes concourant à ce sous diagnostic et cette défaillance de prise en charge de la douleur.
En parcourant la littérature, on s'aperçoit que le séjour aux urgences est toujours considéré dans sa globalité sans jamais être considéré comme un parcours de soin à moments clés à risque de douleur. Pourtant, des douleurs spontanées coexistent avec des douleurs provoquées par les soins (6), les professionnels sont multiples et interviennent de façon superposée, les organisations sont différentes d'un hôpital à l'autre, et les prises en charge médicamenteuses de la douleur sont réalisées à un instant t sans parfois aucune réévaluation ou complément thérapeutique. (7) Certains facteurs humains sont également retrouvés pouvant impacter la relation médecin-malade et donc influencer les prescriptions (8,9).
Il est donc probable que les mécanismes d'oligoanalgésie soient plus complexes et intriqués les uns aux autres que ceux actuellement reportés dans la littérature. (10)
Cette présentation aura pour but de faire le point sur la l'état actuel de la littérature concernant toute modélisation du parcours douleur patient au sein d'un service d'urgences
Adultes.
Les questions suivantes s'imposent à nous : Quels sont les moments clés et les mécanismes à l'origine de l'oligoanalgésie ?
Nous illustrerons ce propos par un modèle original du parcours douleur patient sous forme de graphique chronologique et didactique reprenant les étapes les plus critiques.
Cette méthode d'analyse de risque pourrait à l'avenir aboutir à l'étude d'action d'amélioration des moments les plus à risque de douleur tout au long du parcours de soin aux urgences. (11)

1. Barksdale AN, Hackman JL, Williams K, Gratton MC. ED triage pain protocol reduces time to receiving analgesics in patients with painful conditions. Am J Emerg Med [Internet]. déc 2016 [cité 29 déc 2021];34(12):2362‑6. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675716305435
2. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. Am J Emerg Med. Nov 1989;7(6):620-3. Humeau A, Croguennec Y, Jaffrelot M. La douleur chez la personne âgée.
3. Pasiorowski A, Olson K, Ghosh S, Ray L. Oligoanalgesia in Adult Colles Fracture Patients Admitted to the Emergency Department. Clin Nurs Res. janv 2021;30(1):23-31.
4. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández J de J, González-Montiel CA. Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Pract. août 2022;63:103390.
5. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud PY, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Médecine Urgence [Internet]. 1 sept 2011 [cité 28 nov 2021];1(5):312. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/s13341-011-0094-4
6. Vin X. Évaluation de la douleur. 2007;
7. Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. Ann Emerg Med. oct 2007;50(4):462-71.
8. Lvovschi VE, Roussel M, Dussart C. A Systemic Approach to Complete the Multimodal Assessment Model of Pain. Clin J Pain [Internet]. juill 2019 [cité 4 avr 2023];35(7):644. Disponible sur: https://journals.lww.com/clinicalpain/Citation/2019/07000/A_Systemic_Approach_to_Complete_the_Multimodal.12 .aspx
9. Arias Constanti V, Rifé Escudero E, Sainz de la Maza VT, Blanco González JM, Luaces Cubells C. Desing of a risk map in a paediatric emergency department. An Pediatría Engl Ed [Internet]. 1 mars 2022 [cité 3 déc 2022];96(3):267-70. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287922000230
10. Miner J, Biros MH, Trainor A, Hubbard D, Beltram M. Patient and physician perceptions as risk factors for oligoanalgesia: a prospective observational study of the relief of pain in the emergency department. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. févr 2006;13(2):140-6.
11. Möckel M, Searle J, Hüttner I, Vollert JO. Qualitative process analysis and modelling of emergency care workflow and interface management: identification of critical process steps. Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med. avr 2015;22(2):79-86.

Sessions parallèles

Session commune SFETD-SFMU

Place des opioïdes forts aux urgences

La prescription d'opioïdes forts (dont le référent est la morphine) en médecine d'urgences reste à l'heure actuelle encore un objet de débat.
Un travail publié en 2011, réalisé dans 50 centres hospitaliers français montrait que la morphine était prescrite chez 9% des patients ayant une douleur sévère [1]. Les recommandations d'alors préconisaient justement cette molécule pour les douleurs sévères [2]. Pendant ce temps se jouait un drame majeur outre atlantique, la crise des opioïdes, tuant annuellement 60000 personnes. Ceci remettait clairement en cause l'innocuité des opioïdes forts. Cependant les différentes études montraient que la part dans cette épidémie des urgences était franchement minimes et que si c'était le cas c'était en relation avec des prescriptions faites lors de la sortie des patients [3, 4]. Mais il n'y a aucune étude sur l'impact d'une prescription se limitant aux urgences. Le premier enjeu c'est l'effet d'une prescription plus ou moins prolongée et plus ou moins importante de morphine sur l'addiction aux opioïdes [4]. Il est clair que celle-ci existe. Le deuxième enjeu est l'impact des opioïdes prescrits aux urgences comme facteur favorisant une chronicisation de la douleur via le phénomène d'hyperalgésie comme cela a été démontré sur des modèles animaux et en postopératoire chez l'homme [5, 6] . Ce phénomène n'a pas été démontré en médecine d'urgence. La douleur par contre est délétère et elle pourrait favoriser une chronicisation de la douleur sans parler des effets immédiats d'inconforts et d'événements indésirables. Ces dernières années de nombreux travaux ont évalué des stratégies antalgiques sans opioïdes. Des associations comprenant AINS et paracétamol ont été montrées aussi efficace que l'association opioïdes fort – paracétamol [7]. Cependant la morphine reste pour l'heure incontournable en médecine d'urgence. Lorsque l'association AINS Paracétamol est insuffisante la morphine est un complément indispensable puisqu'elle a l'avantage de pouvoir être tirée c'est à dire que la dose efficace pourra être adaptée à chaque patient. Par ailleurs il y a les contre-indication aux AINS (allergie, grossesse, fonction rénale altérée, hypovolémie..), les situations pour lesquelles le diagnostic étiologique n'est pas connu (douleur abdominale par exemple). La morphine garde ainsi une place prépondérante en médecine d'urgence du fait de rares contre-indications et de son index thérapeutique élevé finalement dans la mesure où les modalités de prescriptions et de surveillances sont respectées ce qui n'est pas forcément évidents aux urgences.

1 Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, et al. Quality of pain management in the emergency department : results of a multicentre prospective study. Eur J Anaesthesiol 2011;28:97-105

2 Vivien B, Adnet F, Bounes V, et al Recommandations formalisées d'expert 2010 : Sédation et analgésie en structure d'urgence (Réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999. www.sfmu.fr
3 Axeen S, Seabury SA, Menchine M. Emergency department contribution to the prescription opioid epidemic. Ann Emerg Med 2018;71:659-67.
4 Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-prescribing patterns of emergency physicians and risk of long-term use. NEJM 2017;376:663-73
5 Celerier E, Rivat C, Jun Y, Laulin JP et al. Long-lasting hyperalgesia induced by. Fentanyl in rats. Anesthesio 2000;92:465-72
6 Guignard B, Coste C, Costes H, Sessler DI et al Supplementing desflurane-remifentanil anesthesia with small-dose ketamine reduce perioperative opioid analgesic requirements. Anesth Analg 2002;95:103-8.
7 Chang E, Bijur P, Esses D, ert al. Effect of a single dose of oral opioid and nonopioid analgesics on acute extremity pain in the emergency department. A randomized clinical trial. JAMA 2017;318:1661-7.

Résumés sélectionnés en communication orale

CO_01 - Mémoire de la douleur et du contexte associé dans un protocole en réalité virtuelle immersive.

M. Frot*(1), A.Caldichoury(1), C.Perchet(1), L.Garcia-larrea(1)

(1)INSERM Equipe NEUROPAIN - Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Lyon, France,

Au même titre qu'il existe dans la mémorisation d'un événement traumatique des associations fortes avec la mémorisation du contexte et les émotions associées à l'évènement, des mécanismes similaires sont susceptibles de survenir pour la douleur. Pourtant, peu d'études se focalisent sur la compréhension des mécanismes sous-tendant la mémorisation à long terme de la douleur.
Nous avons étudié la mémorisation de la douleur et du contexte avec deux questionnements principaux, à savoir : 1- La douleur peut-elle influencer la mémorisation implicite à long terme du contexte associé à la douleur? et 2- La mémoire de la douleur peut-elle être modifiée à long terme selon que l'individu est replongé dans le contexte initialement douloureux ou pas ?
Nous avons construit un protocole de conditionnement contextuel aversif avec un environnement « écologique » modélisé en Réalité Virtuelle immersive. L'environnement est un appartement à 3 pièces, chacune étant associée à un stimulus spécifique : (i) douloureux, une stimulation électrique et tonique induite sur la main gauche : (ii) non-douloureux, des sons aversifs; ou (iii) pas de stimulation, servant de contrôle.
Cinquante-neuf sujets sains ont participé au protocole de conditionnement : les sujets immergés devaient entrer dix fois dans chacune des pièces, durant lesquels les différentes stimulations étaient délivrées en fonction de leur pièce attribuée. L'évaluation de la perception de l'environnement a été focalisée sur la valence attribuée à chaque pièce. La mémoire implicite du contenu de l'environnement a été mesurée avec un paradigme d'images floutées (temps de réaction d'identification d'objets). La douleur et la mémoire de la douleur ont été mesurées grâce à des échelles visuelles analogues sur l'intensité de la perception. Les différentes mesures ont été faites à court (le jour de l'expérience) ou à long terme (8 à 15 jours après).
Les premiers résultats montrent que les deux types de conditionnement aversifs ont provoqué une diminution de la valence de la pièce associée, en particulier pour la condition douleur, jusqu'à deux semaines post-conditionnement aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne la mémorisation implicite du contexte, l'analyse des temps de réaction montre que les femmes ont identifié plus rapidement les objets de la pièce douleur comparées aux hommes, et que cet effet persiste à long terme. D'autre part, les femmes ont tendance à surestimer à long terme le souvenir de l'intensité de la douleur, contrairement aux hommes. Ces résultats suggèrent que la douleur peut moduler à long-terme la perception du contexte associé. D'autre part, le conditionnement contextuel douloureux modifie la mémoire implicite de l'environnement et la mémoire de la douleur, en particulier chez les femmes.

CO_02 - Incidence et facteurs de risques de douleur chronique post réanimation : ALGOREA une étude prospective multicentrique

H. Ingles*(1), A.Bourdiol(1), R.Cinotti(1)

(1)CHU de Nantes Réanimation chirurgicale PTMC, Nantes, France

Contexte :
La prise en charge en réanimation peut conduire à des séquelles somatiques, fonctionnelles et psychiatriques réunies dans le syndrome post réanimation. La douleur chronique post réanimation semble à ce jour sous-évaluée et mal comprise.

Objectif :
Evaluer l'incidence et les facteurs de risque de douleur chronique post réanimation.

Matériels et Méthodes :
L'étude a été conduite de manière prospective dans 26 services de réanimation français entre Avril 2021 et Janvier 2022. Tout patient hospitalisé en réanimation plus de 48h et en capacité de coter sa douleur à la sortie était éligible. Les données recueillies étaient implémentées par les équipes locales au sein d'un eCRF. A 3mois, le patient était contacté par téléphone ou par courrier. Le critère de jugement principal était une ENS≥ 3/10 à 3mois de sortie de réanimation. Les critères secondaires étaient l'ENS à la sortie, le score ID-Pain≥ 3/5 à la sortie et à 3mois, l'utilisation et le type d'analgésique à 3mois et les caractéristiques du patient per réanimation.

Résultats :
Au total, 1078 patients ont été inclus et 259 patients perdus de vu (décès ou absence de réponse). Une ENS≥ 3 à 3 mois de sortie de réanimation concernait 388 patients (47%). 189 patients (24%) rapportaient une douleur modérée (ENS 4-6) et 94 (12%) une douleur sévère (ENS≥ 7). La caractéristique neuropathique concernait seulement 34 patients à 3 mois (4%). L'incidence de douleur ENS≥ 3 à la sortie de réanimation était élevée (60%) parmi lesquels 70% d'entre eux persistait une ENS≥ 3 à 3mois. Le polytraumatisme (hors traumatisme crânien) était la population la plus à risque avec une ENS≥ 3 à 3mois chez 70% d'entre eux. Le sepsis la plus faible avec 29%. Le sexe féminin, la prise d'anti dépresseur antérieure à la réanimation et le décubitus ventral étaient associés à un risque plus élevé de douleur chronique post réanimation. Les principales localisations douloureuses concernaient le dos (30%), l'abdomen (22%) et le thorax (18%) avec une localisation douloureuse sensiblement identique entre la sortie et 3mois. Dans le groupe douloureux à 3mois, l'utilisation de paliers 1 a augmenté à 66% des patients, 21% pour les paliers II et 15% pour les paliers III.

Conclusion :

La douleur chronique post réanimation est une complication fréquente sans que des facteurs de risques clairs aient pu être identifiés. L'incidence élevée quelque soit le motif d'admission même médical suggère l'implication de mécanisme propre au contexte de réanimation. La caractéristique neuropathique semble intéresser une minorité de patient. Cette étude épidémiologique met en lumière la nécessité d'optimiser le management de la douleur en réanimation et d'en développer son suivi.

CO_03 - Equipe Mobile Douleur Handicap Déficience Intellectuelle 0-25 ans (MoDIDol) : une démarche innovante qui rencontre enfants, familles, et professionnels

F. Insogna*(1), P.Le moine(2)

(1)CHU Brest/CH Morvan/ CRDI, Brest, France, (2)CHU Brest La Cavale Blanche CETD Equipe MoDIDol, 29200, France

La douleur chez les enfants en situation de handicap avec déficience intellectuelle modérée à sévère est considérée comme sous-diagnostiquée et sous-traitée en raison de difficultés à communiquer la douleur par le langage oral. La difficulté de l'évaluation est accentuée lorsque les patients sortent de leur environnement coutumier. Les propositions thérapeutiques relèvent de l'avis d'expert. L'absence de suivi des prescriptions est fréquente en raison des contraintes de déplacement de l'enfant et des professionnels de la douleur, ce qui nuit à l'adaptation des traitements et à la progression des connaissances. Depuis septembre 2022, a été créée une équipe mobile (infirmier 0,5 ETP et pédiatre 0,2 ETP) dédiée à la prise en charge de la douleur chez les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de déficience intellectuelle modérée ou sévère, en Bretagne occidentale. Le travail de l'équipe a été construit selon cinq modalités :
- une première consultation des patients sur leurs lieux de vie : structures médico-sociales ou sanitaires voire domicile, en présence de ses parents et des professionnels habituels. Une évaluation initiale multidimensionnelle de la douleur est réalisée conduisant à des préconisations et prescriptions de prise en charge médicamenteuse ou non.
- un suivi en téléconsultation avec les référents familiaux et institutionnels, afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité des préconisations et prescriptions, et de les ajuster.
- une formation à l'évaluation de la douleur en situation de handicap pour les professionnels des établissements concernés.
- une formation des parents à l'évaluation de la douleur de leur enfant sous forme de séminaires regroupant plusieurs parents.
En 6 mois, 18 institutions et équipes nous ont sollicités pour 31 enfants, adolescents ou jeunes adultes, de 15 ans d'âge moyen, atteints de polyhandicap ou de troubles sévères du spectre de l'autisme. La demande provient le plus souvent (29/31) des professionnels, 2 fois des familles. 2 personnes n'ont pas été prises en charge en raison de nos délais d'intervention (en moyenne 6 semaines). 29 premières consultations sur site (19 déplacements) et 28 téléconsultations ont eu lieu. 2 enfants ont été vus à leur domicile car ne bénéficient pas d'institution. 6 formations d'équipes professionnelles ont été effectuées, une seule formation de parents menée. Le recrutement se poursuit à un bon rythme ainsi que les demandes de formation de groupes de parents et des professionnels.

Le travail de notre équipe répond bien à une demande des professionnels et des familles des patients et trouve sa place dans le champ du handicap sur la prise en soins de la douleur. Un développement semble nécessaire pour former les parents et réaliser une étude observationnelle des préconisations selon les contextes.

- Avez-Couturier J, Joriot S, Peudenier S, Juzeau D. La douleur chez l'enfant en situation de handicap neurologique : mise au point de la Commission « déficience intellectuelle et handicap » de la Société française de neurologie pédiatrique. Archives de Pédiatrie. 1 déc 2017;25.
- Barney CC, Andersen RD, Defrin R, Genik LM, McGuire BE, Symons FJ. Challenges in pain assessment and managemenet among individuals with intellectual and developmental disabilities. Pain Reports 2020 ; 5 e821 :1-7
- Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. Pain's impact on adaptive functioning. J Intellect Disabil Res. févr 2007;51(Pt 2):125-34.
- DéfiScience, Maladies rares du développement cérébral et déficience intellectuelle. Filière Nationale de Santé. Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) générique polyhandicap. 2020 ; 33-37
- McJunkins A, Green A, Anand KJS. Pain assessment in cognitively impaired, functionally impaired children: pilot study results. J Pediatr Nurs. août 2010;25(4):307-9.
- Rousseau M-C, Baumstarck K, Khaldi-Cherif N, Felce A, Valkov M, Brisse C, Loundou A, Auquier P, Billette de Villemeur T, the French Polyhandicap Group. Health issues in polyhandicapped patients according to age: Results of a large French cross-sectional study. Revue Neurologique 2020 ; 176 : 370-379
- Smith MG, Farrar LC, Gibson RJ, Russo N, Harvey AR. Chronic pain interference assessment tools for children and adults who are unable to self-report : a systematic review of psychometric properties. Dev Med Child Neurol 2023 ;00 :1-14 online ahead of print

CO_04 - Croyances et perceptions relatives à la douleur dans la maladie de Parkinson

S. Zimmers*(1), C.Bungener(1)

(1)Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne-Billancourt, France, Boulogne billancourt, France

La problématique douloureuse dans la maladie de Parkinson (MP) fait l'objet d'une attention récente mais croissante dans la littérature, car la complexité du phénomène douloureux dans cette maladie rend difficile son évaluation et ses traitements [1]. Cependant, les facteurs individuels et psychologiques impliqués dans les phénomènes douloureux ont été peu investigués, et en particulier, la question des croyances et des perceptions relatives à la douleur reste, à notre connaissance, inexplorée. Or, dans d'autres maladies chroniques aux prévalences douloureuses également élevées (en cancérologie par exemple), des études récentes montrent que quand les patients utilisent des stratégies de coping inadaptées, ils vont avoir tendance à percevoir la douleur comme pérenne et présenter des niveaux de détresse psychologique plus élevés [2].
Afin de mieux comprendre les processus psychologiques mis en place par les individus pour faire face à leur douleur, nous nous sommes donc intéressés, dans une étude quantitative de cohorte transversale, menée via une enquête en ligne, aux croyances et représentations de la douleur (Inventaire de Croyances et Perceptions associées à la Douleur, [3]) de 169 participants francophones majeurs atteints de MP. Nous avons par ailleurs recueilli leurs données socio-démographiques et médicales, caractérisé précisément leur(s) douleur(s), la sévérité des symptômes anxio-dépressifs, et évalué les mécanismes de coping liés à la douleur [4]. Nos résultats indiquent que les croyances et représentations de la douleur des patients atteints de MP diffèrent de celles de la population de patients douloureux chroniques de référence. Les représentations de la majorité de nos participants sont marquées par la dimension de pérennité, signifiant que les individus perçoivent l'expérience douloureuse comme chronique et durable. Par ailleurs, contrairement aux résultats d'études menées auprès d'autres populations douloureuses [5], cette dimension est peu en lien avec les symptômes anxio-dépressifs et peu en lien avec une tendance à dramatiser, nous laissant envisager plusieurs hypothèses de compréhension : la première consisterait à penser qu'une partie des individus atteints de MP se résignerait rapidement à la présence de ce symptôme comme faisant partie des symptômes inhérents à la maladie, dans une forme d'acceptation adaptative. Une seconde hypothèse serait que les individus attribuaient leurs douleurs à une autre cause que la maladie, par manque d'information (attribution erronée à des douleurs uniquement liées à l'âge par exemple, qui ne répondraient selon eux à aucun traitement), et s'y résigneraient également. Ces résultats permettent d'envisager des pistes d'amélioration des pratiques cliniques en termes d'évaluation du symptôme douloureux et de sa prise en soins dans la MP.

[1] Marques, A., & Brefel-Courbon, C. (2021). Chronic pain in Parkinson's disease: Clinical and pathophysiological aspects. Revue neurologique, 177(4), 394–399. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.06.015
[2] Tabriz, E. R., Mohammadi, R., Roshandel, G. R., & Talebi, R. (2019). Pain Beliefs and Perceptions and Their Relationship with Coping Strategies, Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Cancer. Indian journal of palliative care, 25(1), 61–65. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_137_18
[3] Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S., & Apostolidis, T. (2009). Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur. The pain beliefs and perceptions inventory (PBPI). Pratiques Psychologiques, 15(3), 387-404. 10.1016/j.prps.2007.12.009
[4] Zimmers, S., Robieux, L., & Bungener, C. (2023). Towards a better Comprehension and Management of Pain and Psychological Distress in Parkinson's: The Role of Catastrophizing. Journal of geriatric psychiatry and neurology, 8919887231154932. https://doi.org/10.1177/08919887231154932
[5] Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Marínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 33(2), 179–188. https://doi.org/10.1007/BF02879899-188.

CO_05 - Un nouvel indice de réponse clinique multidimensionnel pour évaluer l'état de santé global des patients douloureux chroniques : étude multicentrique

P. Rigoard*(1), A.Ounajim(1), M.Roulaud(1), N.Naiditch(1), B.Bouche(2), B.Lorgeoux(1), S.Baron(1), K.Nivole(1), M.Many(1), L.Poupin(3), D.Rannou(3), G.De montgazon(4), B.Roy-moreau(5), R.David(1), M.Billot(1)

(1)CHU de Poitiers Laboratoire PRISMATICS, Poitiers, France, (2)CHU de Poitiers, Poitiers, France, (3)CHU de Poitiers CETD, Poitiers, France, (4)Hôpital de La Rochelle CETD, La rochelle, France, (5)Hôpital nord Deux-Sèvres CETD, Niort, France

Introduction :
Les douleurs chroniques Lombo-Radiculaires Post-Opératoires (LRPO), décrites comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, aboutissent à des altérations multidimensionnelles au niveau biologique, psychologique et sociale [1–3]. Malgré l'innovation constante de la technologie numérique et de l'intelligence artificielle, la douleur est toujours évaluée par des "outils de référence" tels que l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) [4]. La principale limite de cet outil est qu'il ne tient pas compte des nombreuses dimensions de la douleur, comme les incapacités fonctionnelles, la détresse psychologique, la qualité de vie ou la localisation et l'étendue des douleurs sur le corps [3]. En pratique, les évaluations de ces dimensions sont considérées indépendamment, même si l'expérience clinique souligne l'imbrication de ces dimensions les unes avec les autres. Notre objectif était de développer un nouvel indice multidimensionnel de réponse clinique (MCRI), incluant l'intensité de la douleur, la capacité fonctionnelle, l'anxiété/dépression, la qualité de vie et la surface de la douleur.

Matériel et méthodes :
C'est une étude observationnelle, prospective, multicentrique (PREDIBACK) incluant 200 patients avec des LRPO avec un suivi de 12 mois. L'intensité de la douleur, la surface de la douleur corporelle (en cm2 via une interface tactile), l'incapacité fonctionnelle (Oswestry Disability Index), l'anxiété/dépression (Hospital Anxiety and Depression scale), la qualité de vie (EuroQol-5 dimensions). Ces résultats ont été combinés à l'aide d'une analyse factorielle pour créer l'indice composite MCRI. Le MCRI a été comparé aux autres mesures par des tests de corrélations. La capacité du MCRI à détecter la satisfaction du patient après une thérapie a également été analysé.

Résultats :
Le MCRI représentait de façon plus pertinente toutes les dimensions de la douleur comparé aux autres scores classiques (corrélation avec les autres critères > 0,603). De plus, comparé aux autre critères, le MCRI a montré la plus grande sensibilité (77,4 %) et spécificité (79,8 %) pour détecter de la satisfaction du patient par rapport aux autres scores.

Discussion / conclusion :
Ce nouvel indice composite MCRI peut contribuer à affiner l'évaluation de l'état de santé général du patient douloureux chronique sur la base de paramètres objectifs. Ce nouvel indice MCRI doit être éprouvé en milieu clinique afin d'évaluer l'efficacité des différentes thérapies rencontrées par les patients.

[1]. Schug, S.A.; Lavand'homme, P.; Barke, A.; Korwisi, B.; Rief, W.; Treede, R.-D.; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Postsurgical or Posttraumatic Pain. Pain 2019, 160, 45–52, doi:10.1097/j.pain.0000000000001413.
[2] Naiditch, N.; Billot, M.; Moens, M.; Goudman, L.; Cornet, P.; Le Breton, D.; Roulaud, M.; Ounajim, A.; Page, P.; Lorgeoux, B.; et al. Persistent Spinal Pain Syndrome Type 2 (PSPS-T2), a Social Pain? Advocacy for a Social Gradient of Health Approach to Chronic Pain. JCM 2021, 10, 2817, doi:10.3390/jcm10132817.
[3]. Ounajim, A.; Billot, M.; Goudman, L.; Louis, P.-Y.; Yousri, S.; Roulaud, M.; Bouche, B.; Wood, C.; Page, P.; Lorgeoux, B.; et al. Finite Mixture Models Based on Pain Intensity, Functional Dis-Ability and Psychological Distress Assessment Allow to Identify Two Distinct Classes of Persistent Spinal Pain Syndrome Type 2 Patients Related to Their Quality of Life. Preprints 2021, 2021080527 (doi: 10.20944/preprints202108.0527.v1).
[4]. Boonstra, A.M.; Schiphorst Preuper, H.R.; Balk, G.A.; Stewart, R.E. Cut-off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Visual Analogue Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. Pain 2014, 155, 2545–2550, doi:10.1016/j.pain.2014.09.014.

CO_06 - Apport de l'hypnose associée à une anesthésie locale lors d'une biopsie ostéo-médullaire en hématologie clinique adulte.

M. Granger*(1)

(1)CHU Ponchaillou service hématologie clinique adulte, Rennes, France

La biopsie ostéo-médullaire (BOM) est pratiquée quotidiennement dans le cadre de la prise en charge des patients en hématologie. Ce geste est effectué au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure et permet de réaliser une étude histologique de la moelle osseuse indispensable au diagnostic et au suivi des hémopathies. La réalisation de cet acte provoque chez le patient une douleur aigue au point de ponction, prévenue en partie par la réalisation d'une anesthésie locale. Il s'agit d'une douleur procédurale induite par les soins. En pratique courante, seule l'anesthésie locale (AL) est constamment utilisée lors de ce geste même si certaines équipes associent l'AL à l'utilisation du MEOPA (Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). L'utilisation du MEOPA reste limitée car un certain nombre de patients peuvent présenter des épisodes de tristesse avec pleurs ou à l'opposé des rires incoercibles. Compte tenu du caractère invasif et douloureux de la BOM, il parait important d'apporter un confort supplémentaire au patient afin que la douleur présente lors de la BOM soit allégée voire absente. Il a été montré que l'hypnose réduit de 50 % la douleur et permet de moduler le réseau cérébral impliqué dans un excès de stimulus douloureux. Nous avons évalué le bénéfice apporté par l'hypnose lors de la réalisation des BOM au sein du service d'hématologie du CHU de Rennes. Nous avons observé qu'en moyenne le confort du patient est côté à 8,5/10 (ENSc) et la douleur évaluée à 1.5/10 (EVA) lors d'une BOM avec accompagnement hypno-analgésique (n=34 patients) comparativement à un confort évalué à 2,5 (ENSc) et une douleur à 8,5 (EVA) chez les patients ne bénéficiant que d'une AL (n=33 patients). Les patients ont bien précisé la réalité du confort lors du geste et qu'ils s'imaginaient ressentir une douleur beaucoup plus importante que celle ressentie. De plus, un confort supplémentaire est observé chez le médecin réalisant le geste. Ceci se traduit par une meilleure qualité technique de la BOM qui se traduit par le nombre de logettes médullaires obtenues (14 logettes sous Hypnose + AL versus 9 logettes sous AL seule) Depuis 2020, nous avons intégré la pratique de l'hypnose de façon quasi systématique lors de la réalisation de la BOM, et ce grâce à la présence de 2 infirmières formées à cette procédure. A ce jour, plus de 350 patients en ont bénéficié. Afin de valider cette approche, nous allons débuter en Juin 2023 une étude prospective multicentrique comparative randomisée (BOM sous AL versus BOM sous AL + hypnose) chez 180 patients, dans le cadre d'un projet national PHRIP accepté et financé lors de l'appel d'offre 2021.

http://sfh.hematologie.net/fr/telechargements/Pratiques_Professionnelles/Guide_Bonnes_Pratiques.pdf
http://www.afsos.org/fiche-referentiel/place-therapies-complementaires-soins-de-support/

http://sfetd-douleur.org/la-douleur-procedurale
Musellec H, Bernard F. La communication dans le soin. Hypnose médicale et techniques relationnelles. Rueil-Malmaison : Arnette ; 2013.
Marie-Elisabeth Faymonville, Mélanie Boly, Steven Laureys. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. Affiliations expand ; PMID: 16750615 DOI: 10.1016/j.jphysparis.2006.03.018
Mathieu Landry, Amir Raz. Hypnosis and imaging of the living human brain. Affiliations expand PMID: 25928680 DOI: 10.1080/00029157.2014.978496

Résumés sélectionnés en E-poster commenté

PC_01 - Identifier une carte d'activation prédisant la modulation de la douleur : utilisation des signatures cérébrales multivariées - résultats préliminaires

L. Malaguti modernell*(1), I.Faillenot(1), R.Peyron(1), L.Garcia-larrea(1), C.Fauchon(1)

(1)NeuroPain / Centre de Recherche en Neuroscience de Lyon, Université de Saint-Etienne, CNRS, Inserm, Saint-Etienne, France

Les algorithmes d'apprentissage automatique ont largement été utilisés en neuroimagerie (IRMf) ces dernières années afin de dériver des signatures cérébrales (i.e., cartes d'activations) associées à des phénomènes mentaux spécifiques. Ainsi des patrons d'activités reflétant la perception douloureuse ont pu être déterminés [1]. Ils ont ultérieurement été appliqué dans des conditions : de stress [2], d'émotions négatives [3], de prise de décision [4] ou dans l'addiction (comportement compulsif) [5]. Cependant, un modèle représentant spécifiquement le patron d'activité cérébrale liée à la modulation de la perception douloureuse (i.e., sa diminution et/ou son augmentation lors d'une tâche) n'a toujours pas été étudié. Les cortex : insulaire antérieure, préfrontale dorsolatéral, et cingulaire antérieur pourraient représenter des dénominateurs communs aux modulations cognitives et affectives, capables de recruter les contrôles endogènes centraux de la douleur.
La présente étude a pour objectif l'implémentation de cette approche pour développer une signature cérébrale liée à la modulation de la perception douloureuse chez des sujets sains à travers différentes conditions expérimentales. Pour ce faire, un jeu de données comprenant quatre études en IRMf est utilisé de manière rétrospective, avec les données de 88 individus pendant des tâches cognitives et émotionnelles augmentant ou réduisant une douleur thermique nociceptive. La réponse BOLD liée au niveau de douleur (cotation EVA) est estimée individuellement pour chaque stimulation. Les images dérivées sont utilisées pour entraîner le modèle à prédire les cotations douloureuses (algorithme LASSO-PCR). Une validation croisée (10 fois) est ensuite utilisée pour évaluer la précision prédictive du modèle, et un rééchantillonnage bootstrap est appliqué pour identifier les voxels avec les valeurs prédictives les plus fiables. Un modèle préliminaire basé sur les données de 36 sujets d'une étude sur l'effet des commentaires empathiques sur la douleur [6] a été développé selon cette procédure. Les résultats montrent des régions prédictives distribuées sur l'ensemble du cerveau se réduisant progressivement avec les seuillages de correction successifs. Le modèle obtenu a une précision prédictive de 0.97, $p<0.001$, avec une sensibilité de 1.0, mais une spécificité quasiment nulle, une valeur AUC de 0.54 et une prédiction positive de 0.97. Ce modèle préliminaire, comme attendu, n'est pas pertinent mais montre cependant la faisabilité de l'approche. Le petit échantillon et l'absence de validation sur un jeu de données indépendant l'explique en grande partie. L'application du modèle sur

un plus large jeu de donnée, mixant différentes études, devrait permettre d'isoler un pattern d'activité soutenant la modulation de la douleur.

1. Wager, T. D., Atlas, L. Y., Lindquist, M. A., Roy, M., Woo, C. W., & Kross, E. (2013). An fMRI-based neurologic signature of physical pain. New England Journal of Medicine, 368(15), 1388-1397.
2. Ashar, Y. K., Andrews-Hanna, J. R., Dimidjian, S., & Wager, T. D. (2017). Empathic care and distress: predictive brain markers and dissociable brain systems. Neuron, 94(6), 1263-1273.
3. Chang, L. J., Gianaros, P. J., Manuck, S. B., Krishnan, A., & Wager, T. D. (2015). A sensitive and specific neural signature for picture-induced negative affect. PLoS biology, 13(6), e1002180.
4. Coll, M. P., Slimani, H., Woo, C. W., Wager, T. D., Rainville, P., Vachon-Presseau, É., & Roy, M. (2022). The neural signature of the decision value of future pain. Proceedings of the National Academy of Sciences, 119(23), e2119931119.
5. Koban, L., Wager, T. D., & Kober, H. (2023). A neuromarker for drug and food craving distinguishes drug users from non-users. Nature Neuroscience, 26(2), 316-325.
6. Fauchon, C., Faillenot, I., Quesada, C., Meunier, D., Chouchou, F., Garcia-Larrea, L., & Peyron, R. (2019). Brain activity sustaining the modulation of pain by empathetic comments. Scientific Reports, 9(1), 8398.

PC_02 - Douleur et insuffisance hépatique / cirrhose : une revue de la littérature

M. Bellone*(1), V.Piano*(1), C.Crete(2), J.Pouymayou(1)

(1)CH de la Dracénie / Algologie, Draguignan, France, (2)Etudiant en Master 1 neurosciences / CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

La prise en charge de la douleur chez le patient cirrhotique ou présentant une insuffisance hépatique modérée à sévère est peu visible dans nos pratiques. L'épidémiologie est très pauvre, les patients consultent peu (ils seraient peu algiques pour les professionnels de santé) et surtout les traiter avec des antalgiques serait impossible (pour ne pas aggraver leur fonction hépatique). Une revue systématique de la littérature des 5 dernières années a été réalisée ainsi que la recherche de toutes recommandations de bonne pratique en langue française ou anglaise. Sur la base de données Pubmed, l'équation de recherche était "pain treatment AND hepatic dysfunction OR hepatic fibrosis". Seules les méta-analyses, les revues systématiques et les revues ont été inclues. Sur 1649 articles retrouvés, 54 articles ont été retenus. Parmi eux, 6 concernaient la physiopathologie, 6 recommandations professionnelles, 21 l'épidémiologie, 22 concernaient le traitement. 63% des articles concernaient le mésusage (de médicaments, de drogues ou d'alcool). Cette revue met en évidence le manque d'études sur cette thématique or, la prévalence de stéatose hépatique non alcoolique ne cesse d'augmenter en raison des maladies de surcharges et métaboliques. Le risque est l'apparition du carcinome hépato-cellulaire dans les prochaines années. Seul l'article de Klinge et al proposait une prise en charge globale du patient cirrhotique souffrant de douleur aux USA. En conclusion, une recherche spécifique sur cette thématique est nécessaire. Quelques recommandations sont déjà possibles en pratique clinique. Un travail d'épidémiologie est mené actuellement sur les patients hospitalisés dans le Var afin d'évaluer précisément la prévalence des patients algiques avec une cirrhose, le type de douleur, la localisation ou encore son ancienneté.

Bellone M, Piano V et Pouymayou J. Antalgie et insuffisance hépatique : La quadrature du cercle ? Le flyer, nov 2022.
Klinge M et al. The assessment and management of pain in cirrhosis. Curr Hepatol Rep. 2018 Mar;17(1):42-51. doi: 10.1007/s11901-018-0389-7. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29552453 Free PMC article.
Moon AM et al. Opioid Use Is More Common in Nonalcoholic Fatty Liver Disease Patients with Cirrhosis, Higher BMI, and Psychiatric Disease. Dig Dis. 2021;39(3):247-257. doi: 10.1159/000511074. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32836224 Free PMC article.
Moon AM et al. Opioid prescriptions are associated with hepatic encephalopathy in a national cohort of patients with compensated cirrhosis. Aliment Pharmacol Ther. 2020 Mar;51(6):652-660. doi: 10.1111/apt.15639. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31960985 Free PMC article.
Moon AM et al. In inpatients with cirrhosis opioid use is common and associated with length of stay and persistent use post-discharge. PLoS One. 2020 Feb 26;15(2):e0229497. doi: 10.1371/journal.pone.0229497. eCollection 2020. PMID: 32101574 Free PMC article.

PC_03 - Patients with bipolar disorder taking lithium are less likely to report physical pain: a FACE-BD study

N. Risch*(1), J.Dubois(2), B.Etain(3), B.Aouizerate(4), F.Bellivier(3), R.Belzeaux(5), C.Dubertret(6), E.Haffen(7), D.Januel(8), M.Leboyer(9), A.Lefrere(10), L.Samalin(11), M.Polosan(12), R.Rey(13), P.Roux(14), R.Schwan(15), M.Walter(16), P.Courtet(17), E.Olié(17)

(1)CHU Lapeyronie, Urgence et post-urgence psychiatirque, Montpellier, France, (2)Department of Emergency Psychiatry and Post-Acute Care, CHU Montpellier, France, Montpellier, France, (3)AP-HP, Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP Nord, DMU Neurosciences, Hôpital Fernand Widal, Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Paris, France, Paris, France, (4)Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux, France, Bordeaux, France, (5)Pôle Universitaire de Psychiatrie, CHU de Montpellier, Montpellier, France / INT-UMR7289, CNRS Aix-Marseille Université, Montpellier, France, (6)AP-HP, Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP Nord, DMU ESPRIT, Service de Psychiatrie et Addictologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes, France, Colombes, France, (7)Service de Psychiatrie de l'Adulte, CIC-1431 INSERM, CHU de Besançon, Laboratoire de Neurosciences, UFC, UBFC, Besançon, France, Besançon, France, (8). Pôle universitaire 93G03 EPS ville Evrard 93330, Neuilly-sur- Marne, France, Neuilly-sur- marne, France, (9)Univ Paris Est Créteil, INSERM U955, IMRB, Translational NeuroPsychiatry Laboratory, Créteil, France, Créteil, France, (10)Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Pôle de Psychiatrie, Marseille, France, Marseille, France, (11)CHU Clermont-Ferrand, Department of Psychiatry, University of Clermont Auvergne, CNRS, Clermont Auvergne INP, Institut Pascal, 63000 Clermont-Ferrand, France, Clermont-ferrand, France, (12)Univ. Grenoble Alpes, Inserm, U1216, CHU Grenoble Alpes, Grenoble Institut Neurosciences, Grenoble, France, Grenoble, France, (13)INSERM U1028, CNRS UMR5292, Université Claude Bernard Lyon 1, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Equipe PSYR2, Centre Hospitalier Le Vinatier, Pole Est, 95 bd Pinel, BP 30039, 69678 Bron Cedex, France, Bron, France, (14)Centre Hospitalier de Versailles, Service Universitaire de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie, Le Chesnay; Université Paris-Saclay; Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; DisAP-DevPsy-CESP, INSERM UMR1018, Villejuif, France, Villejuif, France, (15) Université de Lorraine, Centre Psychothérapique de Nancy, Inserm U1254, Nancy, France, Nancy, France, (16) Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Générale et de Réhabilitation Psycho Sociale 29G01 et 29G02, CHRU de Brest, Hôpital de Bohars, Brest, France, Brest, France, (17) Department of Emergency Psychiatry and Post-Acute Care, CHU Montpellier, France, Montpellier, France

Introduction :
Physical pain is a common issue in patients with bipolar disorder (BD) [1]. It worsens mental health and quality of life [2], negatively impacts treatment response [3,4], and increases the risk of suicide [5]. Lithium, which is prescribed in BD as a mood stabilizer, has shown promising effects on pain[6,7].

Methods :
This naturalistic study included 760 patients with BD (French FACE-BD cohort) divided in two groups in function of the presence or absence of self-reported pain, evaluated with the EQ-5D-5L questionnaire. In this sample, 176 patients were treated with lithium

salts. The objectives of the study were to determine whether patients receiving lithium reported less pain, and whether this effect was associated with the recommended mood stabilizing blood concentration of lithium. Results: Patients with lithium intake were less likely to report pain (OR = 0.59, 95% CI [0.35-0.95]; p = 0.036) after controlling for sociodemographic variables, BD type, lifetime history of psychiatric disorders, suicide attempt, personality traits, current depression and anxiety levels, sleep quality, and psychomotor activity. Patients taking lithium were even less likely to report pain when lithium concentration in blood was ≥0.5mmol/l (OR = 0.44, 95% CI [0.24-0.79]; p = 0.008).

Discussion :
This is the first naturalistic study to show that lithium has a promising effect on pain in patients with BD after controlling for many confounding variables. This analgesic effect seems independent of BD severity and comorbid conditions. Now, it would be important to determine whether lithium decreases pain in other vulnerable populations, such as people with chronic pain.

1. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, et al. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatr Scand. 2015;131(2):75-88. doi:10.1111/acps.12325
2. Risch N, Dubois J, M'bailara K, et al. Self-Reported Pain and Emotional Reactivity in Bipolar Disorder: A Prospective FACE-BD Study. J Clin Med. 2022;11(3):893. doi:10.3390/jcm11030893
3. Karp JF, Scott J, Houck P, Reynolds CF, Kupfer DJ, Frank E. Pain Predicts Longer Time to Remission During Treatment of Recurrent Depression. J Clin Psychiatry. 2005;66(05):591-597. doi:10.4088/JCP.v66n0508
4. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams JW, Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: Results from the RESPECT trial: Pain. 2008;134(1):209-215. doi:10.1016/j.pain.2007.09.021
5.Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. J Psychiatr Res. 2015;71:16-32. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.09.004
6. Yang ML, Li JJ, So KF, et al. Efficacy and safety of lithium carbonate treatment of chronic spinal cord injuries: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Spinal Cord. 2012;50(2):141-146. doi:10.1038/sc.2011.126
7. Banafshe HR, Mesdaghinia A, Arani MN, Ramezani MH, Heydari A, Hamidi GA. Lithium attenuates pain-related behavior in a rat model of neuropathic pain: Possible involvement of opioid system. Pharmacol Biochem Behav. 2012;100(3):425-430. doi:10.1016/j.pbb.2011.10.004

PC_04 - Contrôle optique des canaux PIEZO1

M.Balcon*(1)

(1)Université de Strasbourg, Strasbourg, France

La détection des forces mécaniques de l'environnement d'un organisme est vitale pour sa survie. En 2010, le Dr. Patapoutian et ses collaborateurs découvrent les canaux ioniques PIEZO1 et PIEZO2 chez les vertébrés [1]. Ils ont montré que ce sont les senseurs moléculaires de la sensibilité mécanique. Cependant, l'activation des canaux PIEZO nécessite des méthodes sophistiquées et non-spécifiques de stimulation mécanique de la cellule. Par conséquent, le développement de méthodes alternatives permettant d'activer spécifiquement et rapidement ces canaux in vivo est un réel défi.

En utilisant de l'ingénierie biomoléculaire combinée à de l'électrophysiologie patch-clamp, nous avons développé une technologie optogénétique-chimique qui rend le canal PIEZO1 de la souris activable par la lumière [2]. En liant de manière covalente un photoswitch, basé sur un azobenzène, à une cystéine introduite par mutagenèse dirigée, nous avons montré qu'une irradiation lumineuse à 365 nm ouvrait rapidement le pore. La reprogrammation de ce canal permet, en l'absence de stimulus mécanique, de moduler rapidement son activité par la lumière, sans retirer sa sensibilité mécanique. À l'avenir, cet outil pourrait aider à la compréhension du mécanisme des canaux PIEZO, notamment impliqués dans l'allodynie mécanique [3].

[1]Coste B, Mathur J, Schmidt M, Earley TJ, Ranade S, Petrus MJ, Dubin AE, Patapoutian A (2010) Piezo1 and Piezo2 Are Essential Components of Distinct Mechanically Activated Cation Channels. Science 330:55–60.
[2]Peralta, F. A. ; Balcon, M. ; Martz, A. ; Biljali, D. ; Cevoli, F. ; Arnould, B. ; Taly, A. ; Chataigneau, T. ; Grutter, T. Optical control of PIEZO1 channels. Nat. Commun. 2023, 14 (1). DOI : 10.1038/s41467-023-36931-0
[3]Mikesell AR, Isaeva O, Moehring F, Sadler KE, Menzel AD, Stucky CL (n.d.) Keratinocyte PIEZO1 modulates cutaneous mechanosensation. eLife 11:e65987.

PC_05 - Etat des lieux des cas de surdosages pédiatriques aux opioïdes en France

D. Habib hanawy*(1), L.Girod*(1), M.Abou-taam*(1), P.Vella*(1)

(1)ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), Saint-denis, France

Introduction :
La consommation des opioïdes tels que morphine, oxycodone et fentanyl a augmenté dans la population générale de 150% de 2006 à 2017 en France. Parallèlement, un nombre croissant d'intoxications et de décès liés à la prise d'opioïdes a été mis en évidence [1]. De plus, des cas d'intoxications pédiatriques accidentelles mortelles aux opioides ont été récemment rapportés à l'ANSM [2]. Dans cette étude, nous analysons les cas de pharmacovigilance de surdosages aux opioïdes survenus chez les enfants, en excluant les intoxications volontaires

Méthode :
Une recherche des cas Français de surdosage chez des enfants de 0 à 15 ans aux médicaments opioides, de toutes formes galéniques, a été réalisée sur la base de pharmacovigilance européenne « Eudravigilance », de décembre 2001 jusqu'à avril 2023. Les substances sélectionnées étaient : morphine, tramadol, fentanyl, methadone, codéine, oxycodone, loperamide, buprenorphine et hydromorphone. Les preferred terms associés aux effets identifiés avec le dictionnaire MedDRA 26.0 étaient : «surdosage accidentel », «administration supplémentaire», «administration d'une posologie incorrecte» et «administration d'une dose incorrecte ».

Résultats :
Sur la période considérée, 72 cas de surdosages pédiatriques ont été colligés. La moyenne d'âge des enfants était de 4 ans (médiane : 3 ans, âge [1 ; 15 ans]). 88% (n=63) des cas étaient médicalement confirmés. 62.5% des formes galéniques utilisés étaient orales [(46% gélules et comprimés (n=33), 4% sirop (n=3), 12.5% de gouttes buvables (n=9)], 34.7% étaient des formes injectables (n=25) et 2.7% des patchs (n=2).
99% (n=71) des cas étaient graves : 13% (n=9) ont entrainé le décès, 39% (n=28) ont mis en jeu le pronostic vital, 26% (n=19) ont entrainé une hospitalisation et 18% (n=13) ont été classés comme graves sans autre information. Sur les 72 cas, 142 effets indésirables ont été rapportés, les principaux étaient neurologiques (32%, n=45); respiratoires (29%, n=41) et gastro-intestinaux (11%, n=16). Dans 81% des cas (n=58), il s'agissait d'une erreur médicamenteuse. La naloxone a été administrée dans 43% (n=25) des cas. L'évolution, lorsque renseignée (n=47), était favorable pour 100% des cas.
Dans 19% des cas (n=14) il s'agissait d'une exposition accidentelle à domicile dont 29 % (n=4) ont entrainé un décès. La naloxone n'a été administrée que dans 29% (n=4).

Conclusion :
Cette analyse confirme la gravité des cas de surdosages aux opioïdes dans la population pédiatrique. L'ANSM rappelle au grand public et aux professionnels de santé la nécessité de disposer de la naloxone, traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes [3] [4], et surtout la nécessité absolue de mettre ces médicaments hors de la vue et de la portée des enfants [2].

[1]. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM (sante.fr)

[2]. https://ansm.sante.fr/actualites/deces-denfants-suite-a-lingestion-accidentelle-de-methadone-rappel-des-regles-de-bon-usage

[3]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses

[4]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3425923/fr/prevenir-le-risque-de-surdose-d-opioides

PC_06 - Principales caractéristiques des patients de la cohorte eDOL

N. Cantagrel(1), S.Soriot thomas(2), M.Frost(3), C.Gov(4), R.Deleens(5), M.D'ussel(6), S.Pouplin(7), F.Léger(8), N.Delage(9), P.Giniès(10), A.Laveyssière(11), N.Kerckhove(11), C.Bertin(12), A.Corteval(11), A.Eschalier(11), N.Authier(13)

(1)CHU - CETD, Toulouse, France, (2)CHU - CETD, Amiens, France, (3)CHU - CETD, Grenoble, France, (4)HCL - CETD, Bron, France, (5)CHU - CETD, Rouen, France, (6)Hôpital St Joseph - CETD, Paris, France, (7)CHU, Rouen - cetd, France, (8)CHU - CETD, Saint herblain, France, (9)CHU - CETD, Clermont-ferrand, France, (10)CHU - CETD, Montpellier, France, (11)CHU - Fondation Analgesia, Clermont-ferrand, France, (12)CHU - Pharmacologie Médicale / CETD, Clermont-ferrand, France, (13)UMR Inserm 1107 - Fondation Analgesia, Clermont-ferrand, France

Le groupe epain, créé par la Fondation Institut Analgesia et constitué de 21 Structures Douleur Chronique (SDC), a initié la création d'une cohorte nationale de patients douloureux chroniques en formulant l'hypothèse que le recours à la e-santé pourrait assurer une meilleure caractérisation des patients et ainsi permettre d'aboutir à des stratégies thérapeutiques plus personnalisées. L'objectif a été d'abord de concevoir et évaluer la faisabilité d'une solution numérique trois en un, « eDOL » (1) : 1) une application smartphone pour les patients leur permettant de renseigner leur état à l'inclusion (à l'aide de plusieurs questionnaires/échelles) et de suivre leur évolution au cours du temps (à l'aide de baromètres pour quantifier plusieurs paramètres, reflets de leur vécu et leur mode de vie ; 2) une plateforme internet permettant au médecin de visualiser graphiquement les données renseignées par les patients (et ainsi de comprendre comment le patient évolue entre les consultations) et de renseigner des données cliniques et thérapeutiques ; 3) un entrepôt collectant l'ensemble de ces données après pseudonymisation avec une autorisation d'appariement avec les données de consommation du SNDS et accessible aux équipes de recherche : biostatisticiens, chercheurs en machine learning et cliniciens, pour des analyses visant à identifier des clusters de patients dont la sensibilité différentielle aux traitements sera évaluée dans une perspective de personnalisation thérapeutique. Après un démarrage échelonné des 21 SDC depuis septembre 2021, ce sont 1590 patients qui ont déjà été inclus après 20 mois, avec une durée moyenne de suivi de 49 semaines. 80% des patients inclus sont des femmes, et l'âge moyen est de 48 ans. 22% sont en arrêt de travail à cause de la douleur chronique, et 23% bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé ou d'une invalidité. Sept patients sur dix souffrent de douleur chronique depuis plus de trois ans, 33% depuis plus de dix ans. Les cinq principaux médicaments antalgiques retrouvés chez ces patients sont : antidépresseurs avec AMM douleur 43%, paracétamol seul ou association 42%, opioïdes 41%, antiépileptiques avec AMM douleur 24% et AINS 17%. Les trois principales douleurs sont les douleurs nociplastiques 41%, les douleurs nociceptives musculo-squelettiques 28% et les douleurs neuropathiques 18%. Une kinésiophobie est observée chez 74% des patients. Des antécédents de troubles

psychiques et d'addiction sont retrouvés chez respectivement 45% et 48% des patients. La mise en place de cette cohorte nationale apportera des données utiles à la caractérisation des douleurs et des profils cliniques de réponses aux traitements. Son futur appariement avec le système national des données de santé permettra aussi des études médico-économiques.

(1) : eDOL mHealth App and Web Platform for Self-monitoring and Medical Follow-up of Patients With Chronic Pain: Observational Feasibility Study. Kerckhove et al., JMIR Form Res. 2022.

PC_07 - Relation entre événements traumatiques précoces, personnalité et survenue de la douleur chronique multisites : Résultats de la cohorte CoLaus|PsyCoLaus

I. Rouch*(1), M.Strippoli(2), J.Dorey(3), B.Laurent(4), A.Von gunten(5), M.Preisig(5)

(1)CHU de Saint Etienne, Saint etienne, France, (2)Département de psychiatrie, Centre de recherche en épidémiologie psychiatrique et psychopathologie (CEPP), CHU de Lausanne et Université de Lausanne, Suisse, Lausanne, Switzerland, (3)Service de Géronto-Psychiatrie, Hôpital Le Vinatier, Bron, France, Bron, France, (4)INSERM U 1028, équipe NEUROPAIN, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, Lyon, France, (5)Département de psychiatrie, Service de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), Hôpitaux universitaires de Lausanne et Université de Lausanne, Suisse, Lausanne, Switzerland

Introduction :
Un lien entre douleur chronique (DC) et présence d'événements de vie traumatiques précoces (EVTP) a été mis en évidence dans des études transversales, en particulier dans certaines populations cliniques (fibromyalgie). Cependant, on sait peu de choses sur l'effet à long terme des événements traumatiques précoces, des traits de personnalité et des troubles de l'humeur dans la survenue de la douleur chronique, en population générale. Nous avons souhaité évaluer de manière prospective l'association entre les types d'événements traumatiques précoces, la personnalité, les troubles thymiques et l'apparition de la DC dans une cohorte de sujets âgés en population générale.

Méthodes :
Population : Elle est issue de l'étude CoLaus|PsyCoLaus, une cohorte prospective de 6 000 sujets menée en population générale à Lausanne, suivis depuis plus de 15 ans. Nos analyses ont porté sur les données de 2280 participants, suivis sur un intervalle de 5 ans, ne présentant pas de DC à l'inclusion.
Les critères diagnostiques des EVTP ont été établis à l'aide d'entretiens semi-structurés, la DC et les traits de personnalité ont été évalués à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation. 3 groupes sont analysés : 'pas de DC', 'DC non multisites' et 'DC multisites'.

Analyses statistiques :
Les associations entre les variables psychologiques et la survenue de DC cinq ans plus tard ont été évaluées à l'aide de modèles de régression logistiques multinomiales. Les analyses ont été contrôlées pour la présence de douleur initiale, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la présence de troubles anxieux ou dépressifs, et les traitements antalgiques et psychotropes.

Résultats principaux :

Parmi les 2280 participants sans DC initialement, 32,9% ont développé une DC 5 ans plus tard, dont 28% une DC 'non multisite' et 4,9% une 'DC multisite'. La majorité (80%) des sujets présentaient des douleurs rhumatologiques. Une association significative a été observée entre la présence d'EVTP, en particulier la séparation des parents, et un risque augmenté de développer une DC multisite, comparativement au groupe 'DC non multisite' (OR 1.84, IC : 1.01;3.34). En revanche, le niveau de névrosisme et d'extraversion n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

Discussion :
Des études précédentes avaient mis en évidence un lien entre certains traumatismes comme les abus sexuels ou physiques et la DC primaire. Nos résultats suggèrent que la présence d'événements traumatiques précoces fréquents et plus banaux, comme la séparation parentale, s'accompagne d'un risque plus élevé de développer une DC multisite, indépendamment des traits de personnalité et des troubles thymiques.

PC_08 - Décours temporel et chronotype de la Neuropathie Trigéminale Post-Traumatique Douloureuse

A. Lebel*(1), H.Weber(2), N.Moreau(3), A.Braud(4), A.Porporatti(2), Y.Boucher*(2)

(1)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), CNRS UMR8246, Paris, France, Paris, France, (2)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), Paris, France, Paris, France, (3)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Bretonneau, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), Paris, France, Paris, France, (4)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Rothschild, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), Paris, France, Paris, France

Introduction :
Plusieurs douleurs nociceptives suivent un rythme circadien, ce qui semble être aussi le cas pour les Douleurs Neuropathiques (DN) [1]. Certains patients souffrant de Neuropathies Trigéminales post-Traumatiques Douloureuses (NTTD) rapportent une variation diurne de la douleur [2] associée parfois à des altérations du rythme circadien.

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier les rythmes biologiques spécifiques de la NTTD en identifiant le chronotype de sommeil ainsi que les rythmes circadiens/infradiens d'évolution de la douleur.

Méthode :
Les données ont été recueillies dans le cadre du PHRC TRIGTOX (NCT03555916), un essai clinique randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo, mené auprès de patients adultes atteints de NTTD (critères ICHD-3) [3] et recrutés entre 2019 et 2023 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, France.
Le critère d'évaluation principal était une évaluation quantitative heure par heure de l'intensité de la douleur sur une échelle d'évaluation numérique (EN) de 0 à 10 pendant 7 jours consécutifs. Le critère d'évaluation secondaire était le score de Chronotype (MSFsc), calculé à l'aide de la version courte du Questionnaire Chronotype de Munich [4] et défini comme étant le point médian du sommeil pendant les journées sans travail, corrigé de la dette potentielle de sommeil accumulée pendant la semaine de travail.

Résultats :
Au total 34 patients (24 femmes et 10 hommes) de 51,6 ±14,8 ans ont été inclus. L'intensité moyenne de la douleur (3,7 ±2,1) augmente progressivement et significativement tout au long de la journée, de 1,3 ±0,3 à 3,2 ±0,3 ($p<0,001$). Le score moyen MSFsc est de 3:36 ±1:60 hh:min. Nous n'avons pas observé d'effet principal des jours sur l'intensité de la douleur ($F(5.250, 2070) = 1.856$, $p=0,0952$), mais nous avons remarqué un effet principal des heures sur l'intensité de la douleur ($F(6.688, 968.3) =$

66.29, p<0,0001). Le coefficient de corrélation de Pearson entre la pente d'évolution circadienne de la douleur et le score MSFsc était de 0,299 (p=0,09).

Conclusion / Discussion :
Les patients NTTD rapportent une augmentation linéaire, circadienne et progressive de l'intensité de la douleur au cours de la journée. Bien qu'il soit difficile de comparer les scores de chronotype par rapport à une sous-population de référence, nous avons montré qu'ils ne sont pas corrélés avec l'évolution circadienne de la douleur. À ce jour, cette étude est la première à mettre en évidence une variation diurne heure par heure de la douleur dans la DN trigéminale et à en évaluer le chronotype. Ces résultats pourraient éclairer la physiopathologie des DN, mais aussi ouvrir la voie à la chronopharmacologie afin d'améliorer la prise en charge de ce type de douleur.

[1] Gilron I, Bailey JM, Vandenkerkhof EG. Chronobiological characteristics of neuropathic pain: clinical predictors of diurnal pain rhythmicity. Clin J Pain 2013;29:755-759.
[2] Sougoumarin D, Omeish N, Dieb W, Moreau N, Braud A, Boucher Y. Exploring the time course of painful post-traumatic trigeminal neuropathy: a pilot study. J Oral Med Oral Surg. 2020;26(3):31.
[3] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
[4] Ghotbi N, Pilz LK, Winnebeck EC, et al. The µMCTQ: An Ultra-Short Version of the Munich ChronoType Questionnaire. Journal of Biological Rhythms. 2020;35(1):98-110.

PC_09 - Le bénéfice du dronabinol est-il plus important chez les patients présentant des douleurs neuropathiques d'origine centrale plutôt que périphérique ?

C. Gov*(1), M.Duraffourg(2), D.Charier(3), D.Bachmann(2), J.Caillet(2)

(1)Cetd - Hospices civils de Lyon, Lyon, France, (2)Cetd, Lyon, France, (3)Anesthésie Réanimation, Saint etienne, France

Introduction :
L'efficacité antalgique des cannabinoïdes dans la littérature est contradictoire, mais il semble exister un bénéfice dans certains sous-groupes de patients ou pour des symptômes particuliers (1,2,3). Le dronabinol, 100% de tétrahydrocannabinol (THC) synthétique, est utilisé en France depuis 18 ans dans les douleurs neuropathiques rebelles, en Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative puis en Autorisation d'Accès Compassionnel.

Objectif :
Notre étude s'est intéressée à la différence de bénéfice du Dronabinol chez les patients selon que la douleur neuropathique est d'origine centrale (DNC) ou périphérique (DNP). Nous avons choisi d'évaluer cette différence en mesurant la durée de prise du traitement.
Les données ont été extraites des dossiers patients de janvier 2016 à avril 2023.

Résultats :
Sur cette période, 165 patients ont reçu du dronabinol : 96 pour une DNC et 69 pour une DNP.
64% des patients ont arrêté le dronabinol dans les 12 premiers mois (dont 44% dans 6 premiers mois), par inefficacité ou mauvaise tolérance. 78% l'ont arrêté dans les 2 premières années. A la fin de l'étude, 57/165 patients prenaient encore du dronabinol : 36 patients DNC et 21 de patients DNP. Au-delà de 12 mois, 41% de patients DNC poursuivaient le traitement vs 29% de patient DNP. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Chi-2 après vérification de la validité de ce test. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide d'un test t de Student. La comparaison de la probabilité de temps restant avant l'arrêt du traitement par le patient, par la méthode du Log-Rank de Mantel-Cox, montre une différence significative entre les groupes DNC et DNP ($p = 0,023$). La durée de prise du traitement moyenne (tenant compte du fait que certains patients prennent toujours leur traitement), estimée par la technique de Kaplan-Meier, est de 41 ± 4 mois dans le groupe DNC (intervalle de confiance à 95% : (33-49(mois) et de 25 ± 3 mois dans le groupe DNP (intervalle de confiance à 95% : (19-31(mois). Ces données ne permettent pas de connaitre les motivations de la poursuite du traitement : baisse d'intensité de la douleur, amélioration du sommeil, meilleure qualité de vie..

Conclusion :
Il existe une différence significative de durée de prise du dronabinol selon le type de douleur neuropathique, centrale ou périphérique. 2/3 des patients arrêtent le traitement, pour la plupart dans les 6 premiers mois, par inefficacité ou intolérance. 1/3 des patients trouvent un intérêt à poursuivre le dronabinol au long cours, principalement pour des douleurs neuropathiques d'origine centrale.

1. Trouvin, Perrot . Cannabis : enjeux et risques en médecine de la douleur. Douleur analg. (2019) 32:73-78
2. Hauser, Finn, Kalso, Krcevski-skvarc, Kress, Morlion, Perrot, Schafer, Wells, Brill. European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medecines and medical cannabis for chronic pain management. Eur J Pain. 2018; 22:1547-1564
3. Moisset et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris) 2020

PC_10 - Syndrome fibromyalgique en France : place de l'évaluation et de la prise en charge des troubles du sommeil.

G. Andre*(1), M.Bonnefoi(2), C.Perez(1), C.Creac'h(3), M.Fantini(4), L.Sedes(5), M.Mathieu*(6), E.Gadea(5)

(1)CH Le Puy-en-Velay, Le puy-en-velay, France, (2)CH Le-Puy-en-Velay, Unité de recherche clinique, Le puy-en-velay, France, (3)CHU Saint-Etienne / INSERM U1208, Laboratoire Intégration Centrale de la Douleur chez l'Homme (NeuroPain), Saint-etienne, France, (4)CHU Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, Clermont-ferrand, France, (5)CH Le Puy-en-Velay, Unité de recherche clinique, Le puy-en-velay, France, (6)CH Le Puy-en-Velay, Unité de recherche clinique 43, Le puy-en-velay, France

Le syndrome fibromyalgique (SF) est caractérisé par des douleurs diffuses de plus de 3 mois « ayant un effet sur les capacités fonctionnelles, en les amoindrissant de manière variable selon les personnes et le temps » [1]. En France, on estime la prévalence de cette pathologie à 1,6%, et on constate qu'elle touche majoritairement les femmes (93%) [2], [3]. Elle est reconnue comme une cause majeure de morbidité dans le monde et impacte très négativement la qualité de vie [4]. La relation bidirectionnelle entre troubles du sommeil et douleur chronique est mise en évidence dans la littérature depuis des années, et de nombreuses études décrivent l'existence de troubles du sommeil, spécifiquement chez les patients atteints de fibromyalgie [5]–[10]. Pourtant, ces troubles sont encore souvent sous-estimés dans la prise en charge des patients. D'ailleurs, la prévalence de ces troubles du sommeil est très variable en fonction des articles ; certains auteurs rapportent que 60 à 90% des patients seraient concernés [11] alors que la haute autorité de santé décrit que seulement 20% des patients seraient touchés [1]. L'étude FIBOBS est une étude multicentrique, interventionnelle, prospective réalisée au sein de structures spécialisées douleur chronique (SDC) en France. 601 patients ont été inclus dans 46 centres participants, pour un total final de 510 patients analysables.
L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence des troubles du sommeil à l'aide d'auto-questionnaires remplis par les patients atteints de SF consultant au sein d'une SDC. Le questionnaire PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), permettant la mesure d'une mauvaise qualité du sommeil en général, le questionnaire STOP-BANG, permettant d'orienter le diagnostic vers le syndrome d'apnée du sommeil, et une question simple de dépistage du syndrome des jambes sans repos associée au questionnaire IRLS (International Restless Legs Syndrome), ont été utilisés. L'interaction entre ces troubles du sommeil et les autres symptômes du SF a également été analysée à partir d'auto-questionnaires remplis par le patient. En effet, l'étude vise aussi à évaluer la sévérité de la fibromyalgie, son impact sur la qualité de vie, sur le comportement quotidien du patient et sur son état d'anxiété et de dépression. En faisant l'hypothèse que les troubles du sommeil associés au SF ne sont qu'imparfaitement évalués et/ou traités en SDC, l'étude FIBOBS a également interrogé les médecins algologues afin de

connaître à la fois les outils diagnostiques utilisés et les prises en charge préconisées en cas de suspicion de troubles du sommeil dans le cadre d'un SF. Cette étude a permis de mieux appréhender le lien entre troubles du sommeil et fibromyalgie afin d'améliorer leur évaluation et prise en charge.

[1]"syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf." Accessed: May 15, 2023. [Online]. Available: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
[2]S. Perrot, E. Vicaut, D. Servant, and P. Ravaud, "Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of FIbromyalgia)," BMC Musculoskelet. Disord., vol. 12, p. 224, Oct. 2011, doi: 10.1186/1471-2474-12-224.
[3]F. Laroche, J. Guérin, J. Coste, A. P. Trouvin, and S. Perrot, "Importance of feelings of injustice in fibromyalgia, large internet survey on experiences of 4516 French patients," Joint Bone Spine, vol. 86, no. 6, pp. 808–810, Nov. 2019, doi: 10.1016/j.jbspin.2019.04.012.
[4]M. G. Carta et al., "The impact of fibromyalgia syndrome and the role of comorbidity with mood and post-traumatic stress disorder in worsening the quality of life," Int. J. Soc. Psychiatry, vol. 64, no. 7, pp. 647–655, Nov. 2018, doi: 10.1177/0020764018795211.
[5]B. Sivertsen, T. Lallukka, K. J. Petrie, Ó. A. Steingrímsdóttir, A. Stubhaug, and C. S. Nielsen, "Sleep and pain sensitivity in adults," Pain, vol. 156, no. 8, pp. 1433–1439, Aug. 2015, doi: 10.1097/j.pain.0000000000000131.
[6]P. H. Finan, B. R. Goodin, and M. T. Smith, "The association of sleep and pain: an update and a path forward," J. Pain, vol. 14, no. 12, pp. 1539–1552, Dec. 2013, doi: 10.1016/j.jpain.2013.08.007.
[7]M. T. Smith, R. R. Edwards, U. D. McCann, and J. A. Haythornthwaite, "The effects of sleep deprivation on pain inhibition and spontaneous pain in women," Sleep, vol. 30, no. 4, pp. 494–505, Apr. 2007, doi: 10.1093/sleep/30.4.494.
[8]E. H. S. Choy, "The role of sleep in pain and fibromyalgia," Nat. Rev. Rheumatol., vol. 11, no. 9, pp. 513–520, Sep. 2015, doi: 10.1038/nrrheum.2015.56.
[9]M. Haack, N. Simpson, N. Sethna, S. Kaur, and J. Mullington, "Sleep deficiency and chronic pain: potential underlying mechanisms and clinical implications," Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol., vol. 45, no. 1, pp. 205–216, Jan. 2020, doi: 10.1038/s41386-019-0439-z.
[10]B. Çetin, E. A. Sünbül, H. Toktaş, M. Karaca, Ö. Ulutaş, and H. Güleç, "Comparison of sleep structure in patients with fibromyalgia and healthy controls," Sleep Breath. Schlaf Atm., vol. 24, no. 4, pp. 1591–1598, Dec. 2020, doi: 10.1007/s11325-020-02036-x.
[11]S. M. Harding, "Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings," Am. J. Med. Sci., vol. 315, no. 6, pp. 367–376, Jun. 1998, doi: 10.1097/00000441-199806000-00005.

PC_11 - Demeter : dysménorrhées sévères de l'adolescente suspecte d'endométriose . etude qualitative prospective par l'intermédiaire de focus group centres sur les jeunes, leurs parents et les professionnels

A. Suc*(1), E.Leroy(2), C.Pienkowski(3), A.Cartault(4), C.Garczynski(5), O.Troupel(6)

(1)HOPITAL DES ENFANTS / CHU TOULOUSE, Equipe Enfant- Do (Douleur Pédiatrique), Toulouse, France, (2)HOPITAL DES ENFANTS , CHU TOULOUSE, Equipe Enfant-Do , (Douleur Pédiatrique), Toulouse, France, (3)HOPITAL DES ENFANTS, CHU TOULOUSE, Centre de Référence PGR TOULOUSE, Toulouse, France, (4)HOPITAL DES ENFANTS, CHU TOULOUSE, Centre de Reference PGR Toulouse, Toulouse, France, (5)Hôpital des Enfants, CHU TOULOUSE, Centre de Référence PGR Toulouse, Toulouse, France, (6)Université de Toulouse Jean Jaurés, LISST-UMR5193, Toulouse, France

Des recommandations récentes alertent les cliniciens sur la nécessité de structurer la prise en charge des femmes souffrant d'endométriose. Notre Centre de Douleur Pédiatrique reçoit un nombre croissant d'adolescentes souffrant de dysménorrhées dont un certain nombre recevront finalement un diagnostic d'endométriose. Ce retard peut se traduire par une errance médicale (1) et un vécu relationnel négatif. Alors que les dysménohrées confrontent les adolescentes à des défis qui impactent leur confiance en elles (2,3,) et leurs relations avec les autres, la douleur est souvent banalisée (4,5). Les patientes adultes font état d'une mauvaise écoute(6)et d'une reconnaissance insuffisante de leur douleur au cours de leur parcours (7,8,9). La compréhension des adolescentes est donc essentielle pour établir une alliance thérapeutique, proposer une prise en charge adéquate de la douleur et entreprendre des examens complémentaires si nécessaires
DEMETER (Dysmenorrhea Exploration in Teenagers and Caregivers) est une étude qualitative innovante visant à apporter une connaissance des représentations des adolescentes atteintes de dysménorrhée sévère, de leurs familles et des professionnels de santé.

Méthodologie :
La méthodologie de l'étude et l'analyse des données a éte construite par une équipe pluridisciplinaire. Le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo a été utilise après retranscription du contenu des 5 focus group qui ont été organisés : 2 avec des adolescents souffrant de dysménorrhée sévère, 2 avec leurs parents et 1 avec des professionnels de la santé de divers horizons. Dix adolescents âgés de 14 à 17 ans (M=15,2), 10 parents et 7 professionnels de la santé ont participé à ces Focus groupes.

Résultats :
L'analyse thématique a permis de dégager 5 constats:
Les adolescents ont rapporté des manifestations de douleurs pléiomorphes mais avec une imprévisibilité du quotidien et impact sur leur qualité de vie similaires. Déterminer

le caractère anormal des douleurs et les décrire est un enjeu majeur alors que l'écoute qualitative des professionnels de la santé ont eu un impact considérable sur les soins apportés.
La gestion de la douleur est complexe nécessitant un arsenal thérapeutique varié avec des résultats souvent décevants Les douleurs impactent l'équilibre socio-professionnel de l'ensemble la famille Il persiste des représentations négatives majeures qui sont des freins à la prise en charge alors que la mobilisation parentale est considérée comme un levier
Des expériences négatives antérieures et des préoccupations actuelles concernant la sexualité et la fertilité sont également évoquées.

Conclusion :
Ce travail qualitatif pluridisciplinaire montre qu'il est essentiel de donner aux adolescentes les moyens de décrire la nature et l'impact de leur douleur (11) afin de mettre en place des parcours spécifiques prenant en compte toutes les dimensions de ces dysménohrées

1. Arruda, M.S & Benetti-Pinto, C. L. (2003). Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. Human Reproduction (Oxford, England), 18(4), 756-759.
2. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Feb 6;12(Suppl 1):7-17.
3. Hu Z, Tang L, Chen L, et al: Prevalence and risk factors associated with pri-mary dysmenorrhea among Chinese female university students: a cross-sectional study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020; 33:15–22
4. Moussaoui, D, Grover S . The Association between Childhood Adversity and Risk of Dysmenorrhea, Pelvic Pain, and Dyspareunia in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology
5. Armour M , Ferfolja T , Curry C , et al : The prevalence and educational impact of pelvic and menstrual pain in Australia: a national online survey of 4202 young women aged 13-25 years. J Pediatr Adolesc Gynecol 2020; 33:511–18 .
6. Janssen EB , Rijkers ACM , Hoppenbrouwers K , et al : Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. Hum Reprod Update 2013; 19:570–82
7. Nur Azurah AG , Sanci L , Moore E , et al : The quality of life of adolescents with menstrual problems. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013; 26:102–8 .
Wong LP , Khoo EM: : Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. Int J Gynecol Obstet 2010; 108:139–42 . 42.
8. Gagua T , Tkeshelashvili B , Gagua D , et al : Assessment of anxiety and depres sion in adolescents with primary dysmenorrhea: a case-control study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013; 26:350–9. Xu K , Chen L , Fu L , et al : Stressful parental-bonding exaggerates the functional and emotional disturbances of primary dysmenorrhea. Int J Behav Med 2016; 23:458–63 .
10. Conroy I , Mooney SS , Kavanagh S , et al : Pelvic pain: what are the symptoms and predictors for surgery, endometriosis and endometriosis severity. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2021; 61:765–72
11. Hernio CI, Delpech-DunoyerG, et al. Dysmenorrhées primaires er ressources psychologiques mises en jeu par les adolescentes : étude observationelle aupres de 247 lycéennes dans le Finistère. Gynécologie Obstétrique Fertilite et Sénologie 49 (2021) 889-896.

PC_12 - Étude des stratégies perceptivo-motrices des patients lombalgiques chroniques lors de la locomotion dans des environnements complexes : vers de nouvelles méthodes d'analyse et de suivi.

A. Bilhaut*(1), A.Olivier(1), O.Roze(2), P.Carson-jouzel(3), A.Crétual(1), M.Ménard(4)

(1)Université Rennes 2 / Laboratoire M2S, Rennes, France, (2)Clinique Mutualiste La Sagesse / Anesthésie, Rennes, France, (3)Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes / MPR, Rennes, France, (4)Institut d'ostéopathie Rennes-Bretagne / Université Rennes 2 / Laboratoire M2S, Rennes, France

Introduction. La lombalgie chronique non spécifique (LCNS), sans cause patho-anatomique déterminée, a été identifiée comme l'une des principales causes d'invalidité dans le monde[1,2]. À ce jour, la majorité des essais cliniques l'évaluent à l'aide d'échelles ou de questionnaires, faisant état de l'influence de facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux[3]. Une des perspectives actuelles est de recourir à l'analyse biomécanique du mouvement explorant les paramètres cinématiques et dynamiques de la locomotion[4,5]. Cependant, peu d'études ont évalué les patients LCNS dans des situations de la vie quotidienne, telles que la marche en franchissant[6] ou contournant un obstacle[7]. Objectifs. Ce projet de recherche évalue les patients LCNS durant des tâches de locomotion en interaction avec un environnement, qui visent à comprendre l'effet de la douleur chronique sur les stratégies d'action et à identifier les facteurs qui peuvent influencer ces décisions. Méthodologie. Deux premières études ont été menées comparant une population LCNS à des adultes asymptomatiques (AA) appariés en genre et en âge. Dans la première 15 AA (9 femmes, 43.7±14.9 ans) et 15 LCNS (5 femmes, 41.9±14.1 ans) ont réalisé une tâche de marche à travers différentes largeurs d'ouvertures de 0.9 à 1.8 fois la largeur des épaules (NCT05337995). La variable principale est le seuil critique, c'est-à-dire la largeur d'ouverture à partir de laquelle les marcheurs décident de tourner leurs épaules[8]. Dans la seconde 17 AA (11 femmes, 46.3 ± 12.7 ans) et 17 LCNS (11 femmes, 46.35 ± 12.64 ans) ont réalisé une tâche d'évitement de collision qui consiste à croiser un autre marcheur (groupe d'interactions : AA-AA, AA-LCNS et LCNS-LCNS), qu'ils devront éviter (NCT05851118). Les métriques utilisées sont l'inversion de l'ordre de passage, le seuil de distance future de croisement qui déclenche une manœuvre d'évitement de collision et la distance de croisement effective liée à la notion de proxémie[9]. Résultats et discussion. Dans la première étude, les LCNS ont cessé de tourner leurs épaules pour une ouverture plus petite (1,18) que les participants AA (1,33). Ils semblent donc adopter une stratégie d'adaptation plus risquée en minimisant les rotations susceptibles d'induire de la douleur. Dans la deuxième étude, entre les groupes d'interactions, très peu d'inversions de l'ordre de passage ont été observées, le seuil de déclenchement d'une adaptation de mouvement et la distance de croisement étaient similaires (≈1 et ≈0.8 m respectivement), ainsi les participants perçoivent bien les conditions de l'interaction. Conclusion. Des travaux futurs sont en cours pour mettre en relation les données

cinématiques avec les variables pouvant influencer la perception douloureuse (e.g., intensité, kinésiophobie) mais également porter ces protocoles en réalité virtuelle, qui permettrait de contrôler tous les paramètres de l'environnement[10].

[1]C. Maher, M. Underwood, R. Buchbinder, Non-specific low back pain, The Lancet. 389 (2017) 736–747. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
[2]T. Vos, C. Allen, M. Arora, et al., Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, The Lancet. 388 (2016) 1545–1602. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
[3]A. Chiarotto, R.A. Deyo, C.B. Terwee, M. Boers, R. Buchbinder, T.P. Corbin, L.O.P. Costa, N.E. Foster, M. Grotle, B.W. Koes, F.M. Kovacs, C.-W.C. Lin, C.G. Maher, A.M. Pearson, W.C. Peul, M.L. Schoene, D.C. Turk, M.W. van Tulder, R.W. Ostelo, Core outcome domains for clinical trials in non-specific low back pain, Eur Spine J. 24 (2015) 1127–1142. https://doi.org/10.1007/s00586-015-3892-3.
[4]C. Koch, F. Hänsel, Chronic Non-specific Low Back Pain and Motor Control During Gait, Front. Psychol. 9 (2018) 2236. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02236.
[5]F. Moissenet, K. Rose-Dulcina, S. Armand, S. Genevay, A systematic review of movement and muscular activity biomarkers to discriminate non-specific chronic low back pain patients from an asymptomatic population, Sci Rep. 11 (2021) 5850. https://doi.org/10.1038/s41598-021-84034-x.
[6]A.E. Patla, M. Greig, Any way you look at it, successful obstacle negotiation needs visually guided on-line foot placement regulation during the approach phase, Neuroscience Letters. 397 (2006) 110–114. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2005.12.016.
[7]L.A. Vallis, B.J. McFadyen, Locomotor adjustments for circumvention of an obstacle in the travel path, Experimental Brain Research. 152 (2003) 409–414. https://doi.org/10.1007/s00221-003-1558-6.
[8]K. Wilmut, W. Du, A.L. Barnett, How Do I Fit through That Gap? Navigation through Apertures in Adults with and without Developmental Coordination Disorder, PLoS ONE. 10 (2015) e0124695. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124695.
[9]N. Snyder, M. Cinelli, V. Rapos, A. Crétual, A.-H. Olivier, Collision avoidance strategies between two athlete walkers: Understanding impaired avoidance behaviours in athletes with a previous concussion, Gait & Posture. 92 (2022) 24–29. https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.11.003.
[10]F. Berton, A.-H. Olivier, J. Bruneau, L. Hoyet, J. Pettre, Studying Gaze Behaviour during Collision Avoidance with a Virtual Walker: Influence of the Virtual Reality Setup, in: 2019 IEEE Conference on Virtual Reality and 3D User Interfaces (VR), IEEE, Osaka, Japan, 2019: pp. 717–725. https://doi.org/10.1109/VR.2019.8798204.

PC_13 - Bilan après une année d'un parcours de soins coordonné du patient douloureux chronique en soins primaires : intervention d'une infirmière ressource douleur de proximité dans une communauté professionnelle de territoire de santé

E. Mosser*(1), C.Duvaux*(2), A.Charière fiedler(3), S.Richard(4), C.Rat(3), J.Nizard(5)

(1)Consultation Douleur - CH Saint Nazaire, Saint nazaire, France, (2)CHU de Nantes, Nantes, France, (3)CPTS Pays de Retz, Pornic, France, (4)CPTS des Pays de Retz, Pornic, France, (5)CETD CHU Nantes, Nantes, France

Depuis juillet 2022, la communauté professionnelle de territoire de santé des Pays De Retz, animée par le professeur de médecine générale Cédric Rat, expérimente une prise en charge coordonnée de proximité de la douleur chronique avec l'aide d'une l'infirmière libérale formée (Infirmière Ressource Douleur de Proximité – IRDP), Amélie Charière Fiedler, en appui de 20 médecins généralistes, en lien avec la consultation douleur du Centre Hospitalier de Saint Nazaire, ceci dans un contexte d'animation impulsée au sein du CETD de Nantes.
Cette expérimentation construite sur les recommandations de La SFETD (1) et la HAS de 2008 et 2009 (2,3), s'inscrit dans la droite ligne des recommandations de l'HAS publiées en février 2023 (4). Cela notamment par ses aspects : -d'accès à des soins spécialisés adaptés, individualisés, dans des délais optimisés, - d'articulation des ressources de premier et deuxième recours, soit l'articulation entre soins primaires et structures douleur chroniques, - cela en s'appuyant sur un outil parcours informatisé respectant le cadre de déploiement de la stratégie numérique de santé (5)
Nous souhaitons :
- Partager les modalités de mise en œuvre, le déroulement, et les potentiels points limitants de ce dispositif innovant qui pose les bases d'une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée en soins primaires,
- Décrire la cohorte (47 patients inclus) et le parcours de soins des patients inclus (notamment la proportion des patients adressés finalement à la Consultation Douleur)
- Présenter quelques éléments d'évaluation qualitative concernant l'apport de cette intervention
Cette expérience confirme la pertinence du modèle d'organisation préconisée par l'HAS et la SFETD. Elle vient également opportunément alimenter le cahier des charges d'une expérimentation Article 51 « Parcours Douleur Chronique » soutenue par l'ARS et la CPAM de Loire atlantique, qui devrait nous permettre d'expérimenter et d'évaluer des modalités de financements innovants présentées en communication orale lors du congrès de la SFETD 2022 (6).

1 - Livre blanc de la douleur : État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, SFETD, 2017
2 - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, HAS, 2008
3 - Douleur chronique : les aspects organisationnels – Le point de vue des structures spécialisées,

HAS, 2009
4 - Parcours de santé d’une personne présentant une douleur chronique, HAS , 2023
5 - Stratégie d'accélération « Santé numérique » , Ministère de la santé, 2021
6 - Protocole de coopération, protocole d’organisation en pratique avancée, expérimentation pour les innovations organisationnelles : 3 illustrations concrètes Katia GUILLON (Nice) – Eva Ester MOLINA BELTRAN (Saint-Cloud) – Christophe DUVAUX (Nantes), communication orale, SFETD, 2022

PC_14 - Evaluation de l'autonomie décisionnelle des patients suivis en structure douleur chronique : Pourquoi ? Comment ?

M. D'ussel*(1), G.Durand(2), A.Coutaux(1), E.Sacco(3), N.Moreau(4), J.Nizard(5)

(1)GH Paris Saint-Joseph/Centre douleur chronique, Paris, France, (2)Centre Atlantique de PHIlosophie/Centre Hospitalier de Saint-Nazaire/Clinique Mutualiste de l'Estuaire/ consultation d'éthique clinique, Nantes, France, (3)GH Paris Saint-Joseph/ Département de recherche clinique, Paris, France, (4)Hôpital Bretonneau, AP-HP/ Consultation Douleurs Chroniques Oro-Faciales, Paris, France, (5)CHU Nantes/ Service Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Éthique et Médecine Intégrative, Nantes, France

L'autonomie décisionnelle du patient est un des quatre piliers fondamentaux de l'éthique médicale [1]. Elle fait référence à la capacité pour le patient d'exercer librement ses propres choix et de prendre ses décisions, étant doté des ressources et des informations suffisantes pour le faire. En médecine de la douleur, il est admis que la prise en charge adéquate, bienfaisante, vise à proposer un projet thérapeutique individualisé et partagé avec le patient, pour l'amener à vivre de manière la plus autonome possible avec ses douleurs [2]. Il existe un dilemme éthique lorsque le patient ne partage pas ce projet, s'il refuse tout ou partie des propositions pourtant considérées par le médecin comme étant adaptées à ses besoins. Faut-il alors favoriser le principe d'autonomie par rapport à celui de bienfaisance et laisser le patient opter pour les options qu'il souhaite? Les patients suivis en structure douleur chronique sont-ils suffisamment autonomes pour participer aux décisions thérapeutiques les concernant ? À notre connaissance, cette problématique n'a pas encore été étudiée et nous avons donc monté un projet-pilote.
Pendant 2 mois, nous avons évalué les patients en 1ère consultation douleur en leur faisant passer le score MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment) qui est considéré comme le meilleur outil pour mesurer la capacité d'un patient à consentir à un traitement [3]. Nous avons collecté des données démographiques et les caractéristiques de leurs douleurs (type, topographie, prise en charge antérieure en structure douleur, traitements médicamenteux et interventions non-médicamenteuses proposés) et avons interrogé le médecin qui les recevait concernant le degré d'autonomie de leur patient. 27 patients ont été inclus (21 femmes et 6 hommes), d'âge moyen 50 ans. La durée moyenne d'évolution des douleurs était de 8 ans. Suivant leur expérience clinique, les 4 médecins douleur différents en charge de ces patients estimaient que 24 d'entre eux (89%) avaient leur capacité totale de prise de décision, sans déficience. Selon les résultats du MacCAT-T, seulement 13 patients (48%) n'avaient aucune déficience tandis que 7 (26%) avaient une déficience légère et 7 autres (26%) une déficience majeure. Le temps de passage moyen du test était de 25 minutes et tous les patients se disaient très satisfaits de cet entretien. Les patients souffrant de douleurs chroniques n'apparaissent pas suffisamment autonomes dans leur décision de consentir au projet thérapeutique qui leur est proposé et les médecins semblent

éprouver des difficultés à évaluer cette compétence. Il est donc nécessaire de mener des études pour mieux évaluer ce concept et en déduire les applications cliniques pour améliorer les prises en charge complexes de ces patients.

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Eighth edition. New York, NY: Oxford University Press; 2019. 496 p.
2. Scemama, A, Druel V, Mick G. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique: recommandations de bonnes pratiques Haute Autorité de Santé. 2023.
3. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. Psychiatr Serv. nov 1997;48(11):1415-9.

PC_15 - Douleur réfractaire et intolérable en soins palliatifs : une indication de sédation ? Revue systématique des recommandations sur la sédation palliative

M. Tomczyk*(1), C.Jaques*(2), R.Jox*(3)

(1)Institut des humanités en médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland, (2)Bibliothèque universitaire de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland, (3)1) Institut des humanités en médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne ; 2) Service de soins palliatifs et de support, Chaire de soins palliatifs gériatriques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland

Introduction :
Dans le contexte des soins palliatifs, une liste exhaustive des indications de sédation n'est pas établie. S'agissant de la douleur, deux cas de figure sont distingués : 1) la douleur réfractaire et intolérable est le symptôme principal et, à ce titre, elle constitue une indication à ce traitement [1] ; 2) la douleur n'étant ni réfractaire ni intolérable, elle est présente/soulagée chez le malade nécessitant une sédation pour un/des autre(s) symptôme(s) [2]. Dans les deux cas, le processus décisionnel, la mise en œuvre d'une sédation et d'un traitement antalgique (ou son maintien), et enfin leur évaluation deviennent complexes. S'il existe diverses recommandations sur la sédation [1, 3], les deux situations précitées sont peu décrites.

Objectives :
Notre objectif était de réaliser une revue systématique des recommandations professionnelles sur la sédation palliative pour adultes publiées de par le monde et d'étudier le problème de la douleur réfractaire et intolérable comme indication de sédation. Nous visions également à explorer le problème de la douleur en tant que « symptôme accessoire », dans le contexte d'une sédation.

Méthodes :
Les recommandations ont été identifiées via des bases de données, des ressources supplémentaires (p.ex. Guidelines International Network), Google Scholar, Google et des sites des sociétés savantes de soins palliatifs. De plus, des experts ont été directement contactés et un appel public a été publié sur des réseaux sociaux, des sites des associations internationales de soins palliatifs (EAPC, IAHPC, ehospice) et dans les newsletters de ces associations. Une analyse thématique des recommandations incluses a été effectuée ; elle portait sur le processus décisionnel, la mise en œuvre d'une sédation et d'un traitement antalgique ainsi que leur évaluation.

Résultats :
Au total, 36 recommandations provenant de 4 continents et de 14 pays ont été incluses dans notre analyse. Cette dernière a montré que la douleur réfractaire et intolérable

était considérée comme une indication de sédation dans la moitié des textes (n = 16). Cependant, aucun texte n'a étudié cet aspect de manière approfondie ; le processus décisionnel et la mise en œuvre d'une sédation étaient présentés de manière générale, sans être focalisés sur ce contexte spécifique. Concernant l'évaluation, seuls quelques textes s'y sont intéressés, mais de manière très brève et incomplète ; cette évaluation ne concernait habituellement que la profondeur de la sédation et non le soulagement du patient.

Discussion et conclusion :
Notre revue systématique des recommandations est la première à s'intéresser à la douleur réfractaire et intolérable comme indication de sédation. Elle apporte des éléments de réflexion et invite à poursuivre les investigations et les discussions relatives à ce sujet.

[1] Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009 Oct;23(7):581-93. doi: 10.1177/0269216309107024. PMID: 19858355.

[2] Dieudonné Rahm N, Morawska G, Pautex S, Elia N. Monitoring nociception and awareness during palliative sedation: A systematic review. Palliat Med. 2021;35(8):1407-1420. doi:10.1177/02692163211022943

[3] Imai K, Morita T, Akechi T, et al. The principles of revised clinical guidelines about palliative sedation therapy of the Japanese society for palliative medicine. J Palliat Med. 2020;23(9):1184-1190. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0626.

Résumés sélectionnés en E poster

PO_01 - Les potentiels évoqués par le froid dans la pratique clinique : Comparaison avec les réponses évoquées par laser

C. Perchet*(1), K.Hagiwara(2), C.Salameh(1), L.Garcia-larrea(1)

(1)Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon-Equipe Neuropain, Lyon, France, (2)Fukuoka International University of Health and Welfare, Fukuoka, Japan

Le refroidissement non douloureux de la peau active les fibres Aδ spécifiques du froid et, par conséquent, l'enregistrement des potentiels évoqués par le froid (PEF) peut améliorer l'évaluation objective de la fonction thermo-nociceptive. Bien que la faisabilité des enregistrements de PEF chez le sujet contrôle ait déjà été démontrée, leur fiabilité et leur utilisation diagnostique en pratique clinique n'ont pas encore été établies.
Nous avons enregistré les PEF à l'aide de 32 électrodes de scalp chez 60 patients souffrant d'une douleur neuropathique présumée, et les avons comparés aux potentiels évoqués par laser (PEL), qui constituent encore l'étalon-or pour l'évaluation de l'intégrité de la voie spinothalamique, thermo-algique.
L'enregistrement des PEF était bien toléré par les patients et n'a ajouté que ~15 min à la durée totale de l'examen. La reproductibilité et le rapport signal/bruit des PEF étaient inférieurs à ceux des PEL, en particulier pour la partie distale des membres inférieurs. Alors que les réponses au laser étaient interprétables chez les 60 patients, l'interprétation des PEF n'était pas concluante chez 5 d'entre eux en raison d'artéfacts ou de l'absence de réponse du côté non affecté. Dans 6 cas, pour lesquels la présence des PEF était incertaine, l'enregistrement concomitant des réactions motrices a permis de valider la présence de réponses de petite amplitude. Les deux techniques ont donné des résultats concordants chez 73% des patients. Dans 12 cas, il existait une discordance avec des PEF anormaux en latence et/ou amplitude et des PEL dont les valeurs de latence et d'amplitude restaient dans les limites de la normale ; 3 de ces patients présentant une discordance avaient des symptômes cliniques limités aux sensations de froid, y compris une transformation sensitive 'froid-chaleur'. L'enregistrement des PEF semble être une technique utile pour explorer les systèmes de la douleur et de la température. Les avantages de cette technique sont le faible coût de l'équipement et l'innocuité des stimuli délivrés. Les inconvénients sont le faible rapport signal/bruit pour la stimulation des membres inférieurs et la sensibilité accrue à la fatigue et à l'accoutumance. L'enregistrement conjoint des PEF et des PEL peut accroître la sensibilité des techniques neurophysiologiques pour l'étude des lésions des fibres Aδ spinothalamiques, en particulier lorsque les anomalies de la perception au froid prédominent.

PO_02 - Activation des cellules gliales, synthèse de TNF-alpha et interaction astrocytes-microglie dans un modèle de douleur viscérale aigue chez le rat

M. Ben rehouma*(1), L.Hamdi(2), J.Mazoit(2), D.Benhamou(2)

(1)hôpital Bichat, Paris, France, (2)Laboratoire d'Anesthésie, Université Paris Saclay et INSERM U1195 Faculté de Médecine de Bicêtre 63 Rue Gabriel Péri 94270 Le Kremlin-Bicêtre France, Kremlin bicêtre, France

Les cellules gliales comprenant la microglie et les astrocytes, jouent un rôle clé dans les différentes fonctions du système nerveux central (SNC). Elles maintiennent l'homéostasie du SNC, protègent contre les lésions et jouent un rôle déterminant dans la communication entre les neurones (tant dans la moelle épinière que dans le cerveau) (1). Récemment, des expériences menées sur différents modèles animaux ont montré le rôle joué par les cellules gliales dans l'intégration du message douloureux (2). La douleur viscérale étant transmise aussi bien par le nerf vague que par les afférences spinales, la compréhension de l'intégration jusqu'au noyau du tractus solitaire est complexe. Quelques études ont montré que les cellules gliales sont également impliquées dans la douleur viscérale (3). Ainsi des études animales ont montré une augmentation de l'expression des cytokines pro-inflammatoires et des chimiokines par les cellules gliales dans un modèle de douleur viscérale chronique (4). Dans un modèle d'inflammation colique chez la souris, les cellules gliales des ganglions parasympathiques ont également été activées (5). Cependant, leur rôle dans la douleur viscérale aiguë est moins connu. Le but de ce travail était donc d'évaluer le rôle de ces cellules dans la douleur viscérale aiguë, leur cinétique d'activation et les interactions qui existent entre elles. Dans un modèle de douleur viscérale aiguë chez le rat par injection intrapéritonéale de carragénine, nous avons mis en évidence une activation concomitante de la microglie (marqueur CD11b) et des astrocytes (marqueur GFAP) dans le SNC, maximale à 24 heures et décroissante à partir de la 48ème heure. Cette activation s'accompagne d'une augmentation du nombre de cellules microgliales et astrocytaires associée à une modification morphologique des cellules (grossissement, forme arrondie) et à une synthèse augmentée de TNF-alpha par rapport au groupe contrôle. L'inhibition microgliale par la minocycline entraîne une inhibition astrocytaire dans le tronc cérébral dans ce même modèle de douleur. L'inhibition astrocytaire par la ceftriaxone ne modifie pas l'activité microgliale dans le tronc cérébral. Les cellules gliales jouent donc un rôle prépondérant dans la transmission et l'intégration du message douloureux viscéral aigü par leur activation rapide et conjointe. Elles pourraient constituer une cible thérapeutique dans le traitement de la douleur viscérale.

1° Salter MW, Stevens B: Microglia emerge as central players in brain disease. Nat Med 23:1018–27, 2017.
2° Zhang J, Deng X: Bupivacaine effectively relieves inflammation-induced pain by suppressing activation of the NF-κB signalling pathway and inhibiting the activation of spinal microglia and

astrocytes. Exp Ther Med 13:1074–80, 2017.
3° Kannampalli P, Pochiraju S, Bruckert M, Shaker R, Banerjee B, Sengupta JN: Analgesic effect of minocycline in rat model of inflammation-induced visceral pain. Eur J Pharmacol 727:87–98, 2014.
4° Liu P-Y, Lee I-H, Tan P-H, Wang Y-P, Tsai C-F, Lin H-C, Lee F-Y, Lu C-L: P2X7 Receptor Mediates Spinal Microglia Activation of Visceral Hyperalgesia in a Rat Model of Chronic Pancreatitis. Cell Mol Gastroenterol Hepatol 1:710-720.e5, 2015.
5° Hanani M: Role of satellite glial cells in gastrointestinal pain. Front Cell Neurosci 9:412, 2015.

PO_03 - Facteurs prédictifs de douleur chronique post-opératoire après arthroplastie de membres inférieurs : Étude prospective chez 178 patients.

S. Akba*(1), G.Sam-wing(2), R.Desclee de maredsous(3), JP.Bernard(2), J.Hardy(2), A.Alain(2), J.Boscher(4), A.Zago(5), S.Seigneur(6), M.Rozette(6), C.Trapy(6), P.Preux(7), P.Marcheix(8), N.Dumoitier(9), P.Vergne-salle(10)

(1)CHU limoges, Limoges, France, (2)CHU limoges, Service Orthopédie, Limoges, France, (3)CH BLOIS, Service Orthopédie, Blois, France, (4)CHU limoges, Orthopédie, Limoges, France, (5)CHU Rouen, santé publique, Rouen, France, (6)CHU, limoges, centre de la douleur, Limoges, France, (7)CHU limoges, Centre épidémiologique et de recherche, Limoges, France, (8)CHU limoges, servie orthopédie, Limoges, France, (9)CHU limoges, département de médecin générale, Limoges, France, (10)CHU, limoges, Rhumatologie, Limoges, France

Contexte :
Sur plus des 9 millions de patients opérés par an en France, 20 à 30% développerons des douleurs chroniques chirurgicales (DCPC), avec des douleurs chroniques neuropathiques pour la majorité d'entre eux.

Objectif :
Cette étude a pour but de rechercher les facteurs prédictifs de développement de DCPC chez les patients ayant une arthroplastie de membre inférieur de type prothèse de hanche (PTH) et genou (PTG).

Méthode :
Étude prospective, multicentrique réalisée sur deux sites hospitaliers dont le CHU de Limoges de février 2022 à mai 2023. Les caractéristiques des patients ont été recueillis dans les dossiers médicaux. Les paramètres relatifs à la douleur et les facteurs psychologiques ont été évalués par des questionnaires validés en pré-opératoire, post-opératoire immédiat, à 3 et 6 mois post- arthroplastie. Les données manquantes ont été complétées par appel téléphonique des patients. Les facteurs per-opératoires ont été standardisés ici pour l'ensemble de la cohorte et retenus comme facteurs confondants possibles.

Résultats :
Nous rapportons les analyses intermédiaires de cette étude non achevée concernant les 178 patients inclus. Parmi eux, 66 avaient une douleur de modérée à sévère à 3 mois et 31 à 6 mois. Parmi ces patients avec DCPC, 37.9% avaient une douleur neuropathique selon le DN2, 16.7% selon le DN4 à 3 mois et 12.9% selon le DN2, 38.7% selon le DN4 à 6 mois. Dans nos modèles de régression logistique, les données démographiques tel que l'âge, le sexe, l'IMC et l'environnement du patient n'ont pas été retrouvés comme facteurs associés avec le développement d'une DCPC, hormis la profession. Par contre, la prise de médicaments psychotropes au long cours était associée à l'occurrence de DCPC

(p=0,006). L'anxiété et l'état dépressif évalués avec le questionnaire HAD étaient significativement associés avec l'occurrence d'une DCPC à 6 mois (p<0.001). La présence d'évènements traumatisants dans la vie des patients était aussi un facteur associé avec des DCPC (p=0,012). L'intensité douloureuse pré-opératoire et post-opératoire immédiates n'étaient pas associées à la présence d'une douleur à 3 et 6 mois. Au cours de cette étude, les facteurs peropératoires ont été standardisés. L'utilisation de kétamine comme épargne morphinique ou la réalisation de blocs nerveux peropératoires n'étaient pas associées avec une douleur persistante à 3 et à 6 mois

Conclusion :
La présence d'un état anxieux et dépressif, ainsi que l'existence d'un événement traumatisant sont des facteurs associés à l'occurrence d'une DCPC à 3 et 6 mois après arthroplastie de membre inférieur.

Mots-clefs :
Douleurs chroniques post-opératoires, arthroplastie, douleur neuropathique, facteurs péri-opératoires, facteurs prédictifs.

- The neuropathic component in persistent postsurgical pain: A systematic literature review q
Simon Haroutiunian, Lone Nikolajsen, Nanna Brix Finnerup, Troels Staehelin Jensen
- Prevalence of Persistent Pain after Total Knee Arthroplasty and the Impact of Neuropathic Pain
Masahiro Hasegawa, MD, PhD1 Shine Tone, MD, PhD1 Yohei Naito, MD, PhD1 Hiroki Wakabayashi, MD, PhD1 Akihiro Sudo, MD, PhD1
- Attal N, Bouhassira D, Baron R. Diagnosis and assessment of neuropathic pain through questionnaires. Lancet Neurology 2018;17 :456-466.
- Colloca L, Ludman T, Bouhassira D et al. Neuropathic pain. Nat Rev Dis Primers 2017 16;3:17002.
- Bouhassira D et Attal N. Les douleurs neuropathiques, éditions Arnette, 2011
- Douleurs chroniques postchirurgicales Chronic postsurgical pain V. Martinez a,*,b,c, S. Baudic b,c, D. Fletcher a,b,c

PO_04 - Le tétrapeptide PLMI exerce une double action anti-prolifération et anti-nociceptive via le GPER

C. Mallet*(1), B.Jouffre(2), A.Acramel(3), R.Lappano(4), F.Grande(4), M.Maggiolini(4), L.Daulhac(2), Y.Jacquot(3)

(1)Université Clermont Auvergne / Neuro-Dol, Clermont-ferrand, France, (2)Neuro-Dol Basics & Clinical Pharmacology of Pain, Université Clermont Auvergne, Inserm U1107, Clermont-ferrand, France, (3)CiTCoM, CNRS UMR 8038, Inserm U1268, Université Paris Cité - Institut Curie, PSL Research University, Département de Pharmacie, Paris, France, (4)Department of Pharmacy, Health and Nutritional Sciences, University of Calabria, Rende, Italy

Le récepteur des œstrogènes couplé aux protéines G (GPER) offre des perspectives prometteuses dans le traitement du cancer du sein [1]. Dans des études précédentes, nous avons montré que le peptide ERα 17p, qui correspond aux 295-311 acides aminés de la région charnière (domaine D) de ERα 66 (séquence : H2N-PLMIKRSKKNSLALSLT-COOH) était capable de contrôler la prolifération de cellules cancéreuses du sein ERα-négatives, y compris les cellules cancéreuses triple négatives par GPER [1,2]. De même, nous avons montré que le peptide PLMI, correspondant à la séquence N-terminale de ERα 17p (séquence : H2N-PLMI-COOH), interagit avec la poche de fixation du GPER [2]. Comme l'implication récente de GPER a été proposée dans la nociception, nous avons évaluer l'effet anti-prolifératif et anti-nociceptif de ERα 17p et du PLMI.

Pour ceci, l'action de ERα17p et PLMI sur la croissance cellulaire a été étudiée sur la lignée SkBr3. Leur action anti-nociceptive a été étudiée dans un modèle murin d'inflammation chronique induite par l'adjuvant complet de Freund. Nous avons montré que ERα17p exerce des effets anti-prolifératifs et anti-nociceptifs via le GPER pour lequel il se comporte comme un agoniste inverse [3]. Ensuite, nous avons montré que le fragment PLMI supporte à la fois les actions anti-prolifératives et anti-nociceptives de l'ERα17p. Fait intéressant, le PLMI n'a pas atteint un effet anti-nociceptif plafond comme l'ERα17p, fournissant une analgésie plus efficace que l'ERα17p. Ainsi, nos travaux suggèrent que le PLMI, agoniste inverse du GPER, pourrait être utilisé non seulement comme molécule anti-tumorale mais aussi comme composé anti-hyperalgésique.

[1] Pelekanou V, Kampa M, Gallo D, Notas G, Troullinaki M, Duvillier H, Jacquot Y, Stathopoulos EN, Castanas E, Leclercq G. The estrogen receptor alpha-derived peptide ERα17p (P(295)-T(311)) exerts pro-apoptotic actions in breast cancer cells in vitro and in vivo, independently from their ERα status. Mol Oncol 2011;5(1):36 47
[2] Lappano R., Mallet C., Rizzuti B., Grande F., Galli G.R., Byrne C., Broutin I., Boudieu L., Eschalier A., Jacquot Y., Maggiolini M. The Peptide ERα17p Is a GPER Inverse Agonist that Exerts Antiproliferative Effects in Breast Cancer Cells. Cells, 2019 ; 8(6), 590
[3] Mallet C.*, Boudieu L., Lamoine S., Coudert C., Jacquot Y.*, Eschalier A. The antitumor peptide ERα17p exerts anti-hyperalgesic and anti-inflammatory actions through GPER in mice. Frontiers in

Endocrinology, 2021 ; 12:578250
[4] Jouffre B., Acramel A., Belnou M., Santolla M.F., Talia M., Lappano R., Nemati F., Decaudin D., Khemtemourian L., Liu W.Q., Maggiolini M., Eschalier A., Mallet C. & Jacquot Y. Identification of a human estrogen receptor α tetrapeptidic fragment with dual antiproliferative and anti-nociceptive action. Scientific Reports, 2023 ; 13(1) : 1326

PO_05 - Prévalence des douleurs musculo-squelettiques dans la population française

F. Bailly*(1), A.Petit(2), S.Kab(3), V.Foltz(4), M.Badard(4), B.Fautrel(4)

(1)Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Centre d'evaluation et de traitement de la douleur, Paris, France, (2)Centre de consultations de pathologies professionnelles, L'Université Nantes Angers Le Mans (L'UNAM) CHU Angers, Angers, France, (3)Constances - INSERM, Villejuif, France, (4)Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Service de Rhumatologie, Paris, France

Objectif :
Peu d'études incluant un nombre suffisant de personnes et représentatives de la population française permettent d'estimer la prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS), difficiles par ailleurs à identifier dans les bases de données médico-économiques. L'objectif était d'estimer la prévalence nationale des TMS à partir de la cohorte Constances.

Matériel et méthodes :
La cohorte Constances est constituée de volontaires, âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, affiliés au régime général de la sécurité sociale. Les sujets éligibles sont tirés au sort par sondage stratifié avec probabilités inégales, en sur-représentant les individus ayant une probabilité de non volontariat plus forte (selon leur âge, sexe, catégorie socio-professionnelle). Des coefficients de redressement sont calculés pour permettre une estimation de la prévalence au sein de la population française de 18 à 69 ans. Les données utilisées sont issues des questionnaires complétés à l'inclusion, sans imputation des données manquantes. Les personnes ayant un diagnostic de cancer ont été exclues. La présence de douleurs musculo-squelettiques a été évaluée par un questionnaire dérivé du Nordic Musculosqueletal Questionnaire. Un syndrome douloureux diffus chronique a été défini par des douleurs dans au moins 4 des 6 zones, pendant plus de 30 jours au cours des 12 derniers mois. Les douleurs chroniques modérées à sévères ont été définies par une cotation $\geq 4/10$ sur une EN. Les données décrites sont l'estimation de prévalence nationale après redressement par les coefficients de pondération.

Résultats :
104 247 personnes ont été incluses entre 2013 et 2017. Les douleurs lombaires étaient la localisation la plus fréquente : au cours des 12 derniers mois, 13,7 % des participants présentaient des douleurs permanentes, 13,4 % pendant plus de 30 jours, 14,2 % de 8 à 30 jours, 20,2 % de 1 à 7 jours, 8,3 % pendant moins de 24h et 30,2 % n'avaient aucune douleur. La prévalence annuelle des syndromes douloureux diffus était de 7,5 % [7,3-7,7]. La prévalence des douleurs chroniques modérées à sévères était de 18,6 % [18,4 – 18,9] pour la lombalgie, 11,3 % [11,1 – 11,5] pour les cervicalgies, 10,6 % [10,4 – 10,8] pour les scapulalgies, 13,0 % [12,8 – 13,2] pour les gonalgies, 9,0 % [8,8 – 9,2]

pour les douleurs des mains et des poignets, 5,4 % [5,2-5,5] pour les douleurs de coudes.

Conclusion :
La prévalence de TMS dans la population française est élevée, notamment pour les douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère, ce qui souligne la nécessité d'améliorer leur dépistage, leur prévention et prise en charge.

PO_06 - Impact de l'intensité de la douleur, de l'incapacité fonctionnelle et de la détresse psychologique sur la qualité de vie de patients douloureux chroniques : identification de deux profils patients

A. Ounajim*(1), M.Billot(1), M.Roulaud(1), N.Naiditch(1), B.Lorgeoux(1), S.Baron(1), K.Nivole(1), M.Many(1), P.Page(2), B.Bouche(2), L.Poupin(3), D.Rannou(3), G.De montgazon(4), B.Roy-moreau(5), C.Wood(1), P.Rigoard(1)

(1)CHU de Poitiers Laboratoire PRISMATICS, Poitiers, France, (2)CHU de Poitiers, Poitiers, France, (3)CHU de Poitiers CETD, Poitiers, France, (4)Hôpital de la Rochelle CETD, La rochelle, France, (5)Nord Deux-Sèvres Hospital CETD, Niort, France

Introduction :
Les Lombo-Radiculalgie Post-Opératoire (LRPO) se caractérisent par des douleurs impactant les capacités fonctionnelles, l'état psychologique, les facteurs sociaux [1], et détériorent de façon dramatique la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des patients. Le poids de chaque composante (intensité de la douleur, capacités fonctionnelles, détresse émotive) sur la QVLS n'est pas clairement établi dans la littérature. Dès lors, l'objectif principal de notre étude était d'identifier des sous-groupes de patients LRPO en se basant sur l'impact de l'intensité de la douleur, de l'incapacité fonctionnelle et de la dépression sur la QVLS. L'objectif secondaire était de caractériser les sous-groupes de patients selon des variables psycho-sociales.

Matériel et méthodes :
Cette étude est une étude multicentrique observationnelle incluant 200 patients avec des LRPO suivi sur une durée de 12 mois. Les patients sont évalués tous les 3 mois à partir des questionnaires Euro-Quol-5 Dimensions (EQ-5D_5L) pour la QVLS, l'échelle visuelle analogique (EVA) pour l'intensité de la douleur, Oswestry Disability Index (ODI) pour l'incapacité fonctionnelle, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour le score de dépression. Afin d'identifier les différents clusters de patients, nous avons utilisé un mélange de modèles mathématiques à effets mixtes. Ces modèles permettent d'identifier des groupes de patients pour qui les effets de plusieurs variables explicatives (ODI, EVA, HAD) diffèrent par rapport à une variable cible (EQ5D-5L).

Résultats :
198 patients avec des données complètes ont été inclus dans l'analyse. Deux sous-groupes de patients ont été identifiés. Alors que l'intensité de la douleur et l'état psychologique apparaissent impacter principalement la QVLS chez 31,3% (n=62) des patients LRPO, l'incapacité fonctionnelle et l'état psychologique impactaient de façon principale la QVLS de 68,7% (n = 136) des patients. Les hommes percevant leur travail comme physique sont plus affectés par l'incapacité fonctionnelle que par l'intensité de la douleur. Un niveau d'éducation plus faible, l'absence de stratégies d'adaptation et une

intensité de douleur plus élevée sont associés à une QVLS plus influencée par la perception de la douleur.

Discussion / conclusion

L'identification de ces groupes de patients douloureux chroniques permet de mieux comprendre les dimensions de la QVLS, notamment la dimension de l'incapacité fonctionnelle. Cette approche réalisée de façon systématique permettrait d'optimisée le parcours de soin par une prise en charge personnalisée.

[1]. Naiditch, N.; Billot, M.; Moens, M.; Goudman, L.; Cornet, P.; Le Breton, D.; Roulaud, M.; Ounajim, A.; Page, P.; Lorgeoux, B.; et al. Persistent Spinal Pain Syndrome Type 2 (PSPS-T2), a Social Pain? Advocacy for a Social Gradient of Health Approach to Chronic Pain. JCM 2021, 10, 2817, doi:10.3390/jcm10132817.

PO_07 - Analgésie péri opératoire des fractures du col du fémur chez le sujet âgé : place du PENG bloc ?

N. Hamma*(1), H.Makhloufi(1)

(1)CHU Benbadis université 3, Constantine, Algeria

Les fractures de l'extrémité supérieure de la hanche sont de plus en plus fréquentes à mesure que l'espérance de vie augmente. En France elles représentent 75000 patients /an [1,2] Il s'agit du 3ème type de fracture le plus fréquent en traumatologie, 2ème cause d'hospitalisation du sujet âgé, elles sont responsables de douleurs aiguës et chroniques, pré et postopératoires intenses et fréquentes, nécessitant une gestion de la douleur optimisée par bloc loco-régional et antalgiques systématiques [3] Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle analytique d'un échantillon 20 patients présentant une FCF entrepris au bloc opératoire sous rachianesthésie unilatérale (solution hypobare). Le décubitus latéral sur le coté sain provoque une douleur au moment de la mobilisation du membre atteint Un PENG block échoguidé a été réalisé en utilisant une solution de 20 cc de bupivacaïne à 0,25% + 4mg de dexaméthasone ; 30 min au moins avant la mise en place du patient en décubitus latéral. Résultats : Les résultats ont montré une réduction significative de la douleur spontanée et à la mobilisation avec réduction de l'anxiété en rapport de l'anesthésie et la chirurgie (score APAIS). La gestion optimale de la douleur , une analgésie multimodale est un élément essentiel l'objectif étant la diminution du stress dû à l'intervention une meilleure récupération, une convalescence plus courte l'autonomisation et diminution de la morbimortalité périopératoire [4,5]. Conclusion : Le PENG bloc trouve sa place dans l'Analgésie pour la prise en charge préopératoire des FCF. Il peut éventuellement être utilisé pour une analgésie postopératoire après une arthroplastie totale de la hanche et a démontré une meilleure analgésie par rapport aux autres blocs périphériques [6,7].

1.Aubrun, F, Baillard, C, Beuscart, J.-B., Billard, V., Boddaert, J., Boulanger, É. Servin, F. (2019). Recommandation sur l'anesthésie du sujet âgé : l'exemple de fracture de l'extrémitésupérieuredufémur.Anesthésie&Réanimation.
2.M. Khatouf a, FJ. Loughnane a, S. Boini b, M. Heck a, P. Meuret a, D. Macalou a, P- M. Mertes a, H. Bouaziz a, Rachianesthésie hypobare unilatérale chez le sujet âgé pour la chirurgie traumatique de la hanche : étude pilote
3.Clement ND et al.The outcome of fractures in very elderly patients.J Bone Joint Surg Br. 2011 Jun;93(6):806-10. doi: 10.1302/0301-620X.93B6.25596.PMID: 21586781
4.Haines, L., Dickman, E., Ayvazyan, S., Pearl, M., Wu, S., Rosenblum, D., & Likourezos, A. Ultrasound-Guided Fascia Iliaca Compartment Block for Hip Fractures in the Emergency Department. Emerg Med 2012 Oct;43(4):692-7 ; 43(4), 692697.
5. Stein BE, et al. lower extremity peripheral nerve blocks in the perioperative pain management of orthopedic patients AAOC exhibit selection j bone joint surg Am.2012. PMID: 23172334 Review. PMID: 23172334 DOI: 10.2106/JBJS.K.01706
6.Girón-Arango L, Peng PW, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular nerve group (PENG) block for hip fracture. Reg Anesth Pain Med. 2018;43:859–63.

7.Morrison C, Brown B, Lin DY, Jaarsma R, Kroon H. Analgesia and anesthesia using the pericapsular nerve group block in hip surgery and hip fracture: a scoping review. Reg Anesth Pain Med. 2021 Feb;46(2):169-175.

PO_08 - Validation d'un outil numérique d'auto-évaluation cognitive adapté aux patients douloureux chroniques

L. Hadri*(1), S.Lecjzak(1), X.Fabian(2), S.Lithfous(3), J.Nizard(4), P.Poisbeau(5)

(1)Laboratoire de Neurosciences Cognitives et Adaptatives (CNRS), Strasbourg, France, (2)Société Traboule Labs, Lyon, France, (3)Laboratoire des Neurosciences Cognitives et Adaptatives, Strasbourg, France, (4)Service Interdisciplinaire Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique et Médecine Intégrative (CHU), Nantes, France, (5)Laboratoire de Neurosciences Cognitives et Adaptatives, Strasbourg, France

Les fonctions cognitives peuvent être altérées dans différents contextes pathologiques, y compris dans les états douloureux chroniques [1]. La douleur chronique, définie comme une douleur persistante ou récurrente pendant plus de trois mois [2], produit des symptômes touchant la sphère sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle et cognitivo-comportementale [3-4]. Dans ce tableau, l'évaluation cognitive est loin d'être présente dans le suivi du patient douloureux chronique, par manque de temps, d'outil approprié ou de personnel formé en structure douleur, en institution ou en consultation de médecine générale. Pour combler cette lacune et faciliter la mise en place d'une évaluation cognitive chez les patients, notre équipe a développé E-MILE®, un outil numérique sur tablette informatique qui permet une auto-évaluation fine des fonctions cognitives, sans l'aide d'un expérimentateur grâce à la reconnaissance vocale par un réseau de neurones artificiels. Après sa conception, une étape de validation était nécessaire, sur une cohorte de sujets sains et de sujets ayant un trouble cognitif léger (sans douleur chronique), afin de vérifier la fiabilité et la fidélité de cet outil [5]. Elle consistait en trois sessions de tests espacées d'un mois, une première avec l'outil E-MILE®, une deuxième avec le test « Montreal Cognitive Assessment » (MoCA) en version papier et déjà validé par la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation et le suivi des fonctions cognitives, et une dernière avec l'outil E-MILE® pour vérifier l'effet test-retest.
Les premières analyses des résultats sur 60 sujets âgés de 18 à 93 ans sont encourageantes. La reconnaissance vocale donne satisfaction et, avant amélioration par une restriction du champ lexical, donne un taux d'erreur inférieur à 15%. Ceci n'empêche pas l'évaluation mais oblige à une analyse manuelle sur les erreurs. Aucune différence statistique n'est observée en comparant les valeurs normatives du MoCA [6], selon l'âge, avec celles obtenues sur les évaluations de type MoCA de l'outil E-MILE® (24 points sur les 30 du MoCA). La comparaison des résultats E-MILE® des sujets sains avec ceux des sujets ayant un trouble cognitif léger (déterminés à partir des résultats du test MoCA), a révélé des différences significatives sur plusieurs des items évalués. Enfin, l'analyse de la fidélité entre la première et la dernière session n'a pas révélé de différence significative dans les résultats E-MILE®, indiquant alors un effet test-retest nul. Ainsi, l'outil E-MILE® permet une évaluation fiable et reproductible des capacités cognitives.

[1] Zhang et al (2021) Front Neurosci. 15, 737-874.
[2] Raja et al (2020) Pain 161(9):1976-1982.
[3] Yalcin et al (2014) Society of Biological Psychiatry 70:946-953.
[4] Moriarty et al (2011) Prog Neurobiol 93(3):385-404.
[5] Laforce et al (2018) Arch Clin Neuropsychol. 33(1):57-65.
[6] Rossetti et al (2011) Neurology. 77(13):1272-5.

PO_09 - Comparison of subjective motor imagery abilities in CRPS compared to chronic limb pain and health controls: a cross sectional study

G. Cohen-aknine*(1), A.Homs(2), D.Mottet(3), T.Mura(4), F.Jedryka(5), A.Dupeyron(6)

(1)Euromov Digital Health and Motion, IMT Alès, Université de Montpellier, CHU de Nîmes, Nîmes, France, (2)Euromov Digital Health and Motion, IMT ALès, Université de Montpellier, CHU de Nîmes, Service de Médecine Physique et Réadaptation, Nîmes, France, (3)Euromov Digital Health and Motion, IMT Alès, Université de Montpellier, Montpellier, France, (4)CHU de Nîmes, lLaboratoire de Biostatistique, Epidémiologie clinique, Santé Publique Innovation et Méthodologie, (BESPIM), Nîmes, France, (5)CHU de Nîmes, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Nîmes, France, (6)CHU de Nîmes, Service de Médecine Physique et Réadaptation, Nîmes, France

Complex regional pain syndrome (CRPS) is a chronic pain condition with extensive symptoms. Motor imagery (MI) is a common therapy in chronic pain, however it is unknown whether patients with CRPS have a subjective MI deficit. In this single-center observational study, 120 patients were recruited, comprising 40 participants each with Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), Chronic Limb Pain (CLP), and healthy individuals. Participants completed the Motor Imagery Questionnaire - Revised Second (MIQ-RS) once on each side to assess their subjective kinesthetic (KMI) and visual (VMI) MI abilities. The study was performed in the University Hospital of Nîmes (France). The total MIQ-RS score, KMI and VMI subscores were compared between groups and between healthy and painful sides for the CRPS and CLP groups. There was no difference between or within groups ($p>0.05$; 95% CI) for all scores. Bayesian analysis suggested that CLP patients had the same MI abilities as healthy individuals and between their healthy and painful sides for the KMI score ($BF01>3$). This approach allowed us to conclude that if a difference exists for CRPS patients, it is very small, despite a limited questionnaire with poor relevance. Motor imagery training appears to be effective in rehabilitation programs for patients with CRPS, but not in improving a deficit in the ability to perform motor imagery. Future studies should aim to assess MI abilities by a subjective or objective method in a longitudinal study and observe changes in these abilities.

Birklein F, Ajit SK, Goebel A, Perez RSGM, Sommer C. Complex regional pain syndrome — phenotypic characteristics and potential biomarkers. Nat Rev Neurol. 2018;14(5):272-284. doi:10.1038/nrneurol.2018.20

Shokouhi M, Clarke C, Morley-Forster P, Moulin DE, Davis KD, St Lawrence K. Structural and Functional Brain Changes at Early and Late Stages of Complex Regional Pain Syndrome. J Pain. 2018;19(2):146-157. doi:10.1016/j.jpain.2017.09.007

Gieteling EW, van Rijn MA, de Jong BM, et al. Cerebral activation during motor imagery in complex regional pain syndrome type 1 with dystonia. PAIN. 2008;134(3):302-309. doi:10.1016/j.pain.2007.04.029

La Touche R, Grande-Alonso M, Cuenca-Martínez F, Gónzález-Ferrero L, Suso-Martí L, Paris-Alemany A. Diminished Kinesthetic and Visual Motor Imagery Ability in Adults With Chronic Low Back Pain.

PM&R. 2019;11(3):227-235. doi:10.1016/j.pmrj.2018.05.025
Loison B, Moussaddaq AS, Cormier J, et al. Translation and validation of the French Movement Imagery Questionnaire – Revised Second version (MIQ-RS). Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2013;56(3):157-173. doi:10.1016/j.rehab.2013.01.001
Kruschke JK. Bayesian Analysis Reporting Guidelines. Nat Hum Behav. 2021;5(10):1282-1291. doi:10.1038/s41562-021-01177-7
van Velzen GAJ, Marinus J, van Dijk JG, van Zwet EW, Schipper IB, van Hilten JJ. Motor Cortical Activity During Motor Tasks Is Normal in Patients With Complex Regional Pain Syndrome. The Journal of Pain. 2015;16(1):87-94. doi:10.1016/j.jpain.2014.10.010

PO_10 - Réseau LCD : un parcours ville-hôpital pédiatrique innovant au service des enfants douloureux chroniques d'Ile de France

J. Andreu gallien*(1), M.Delattre(1), M.Payet(1), O.Wurbel(1), S.Borin(1)

(1)RESEAU LUTTER CONTRE LA DOULEUR ILE DE DE FRANCE, Paris, France

La douleur chronique de l'enfant nécessitant des soins spécialisés, les pédiatres et médecins généralistes en ville sont souvent démunis face à cette symptomatologie, manquant d'expertise douleur ou de professionnels d'aval pour la prise en charge de ces enfants. Les Centres d'Etude et de Traitement de la Douleur sont eux, très sollicités et ne peuvent répondre à la demande croissante de prise en charge de patients. [1][2]
Les patients et leurs parents font face à des délais de prise en charge de plus en plus longs alors même que l'on sait qu'un meilleur pronostic de la douleur est associé à une prise en charge plus précoce[3][4] .

Ainsi, pour tenter de répondre à certaines de ces problématiques et apporter une aide aux patients et aux professionnels, le réseau LCD, qui porte un Programme d'Education Thérapeutique [5] depuis 2011 chez l'adulte, a créé en 2022, un nouveau programme ETP de proximité destiné aux enfants et adolescents douloureux chroniques d'Ile de France.

Plusieurs actions ont été menées de front : Création du parcours pédiatrique et des ateliers d'éducation thérapeutique du patient individuels ou de groupe : relaxation, danse thérapie…;
Créations d'outils éducatifs à destination des enfants, de leur famille et des professionnels de santé ; Communication, création d'un réseau de professionnels de santé compétents;
Identification et orientation vers le réseau des patients ayant fait une demande CETD pour lesquels la prise en charge est réalisable en ville avec un accompagnement douleur, permettant d'offrir aux patients des délais plus courts de prise en charge; Organisation de consultations d'évaluation et d'orientation des patients, réalisées en binôme avec une infirmière ressource douleur coordinatrice; Réalisation de bilan Educatif Partagé par l'Infirmière ressource douleur coordinatrice; Coordination et transmissions des informations tout au long de la prise en charge; Actions vers les professionnels de santé : retours auprès des médecins traitants, organisation de RCP…

L'activité du programme pédiatrique en 2022 a pu être évaluée avec des indicateurs quantitatifs ainsi que les retours qualitatifs des animateurs, des patients et de l'équipe LCD. Le nouveau programme pédiatrique ETP en ville du réseau LCD a été accueilli avec enthousiasme par les CETD. Il s'intègre dans l'offre de soins territoriale car les médecins de ville incluent également leurs patients. Les patients et leurs parents apprécient les

courts délais de consultation, l'écoute de l'équipe, l'aide à l'organisation et la prise en charge financière des ateliers. Les principales difficultés rencontrées sont la recherche de salles en ville et l'indisponibilité des jeunes patients et/ou de leurs parents. Le réseau LCD poursuit le développement du programme ETP pédiatrique en ville en Ile de France en 2023.

[1] Epidemiology of chronic pain in children and adolescents : a protocol for a systematic review update, Perri R Tutelman, 2020 DOI :10.1136/bmjopen-2020-043675
[2] The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review, Sara King 2011 - DOI: 10.1016/j.pain.2011.07.016
[3] Recommandations de la HAS. «Douleurs chroniques : reconnaitre le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient». HAS - Décembre 2008.(https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient)
[4] Livre Blanc SFETD 2017, État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) - 2017
[5] Article HAS Éducation thérapeutique du patient (ETP), HAS - 19 juin 2014 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

PO_11 - Facteurs démographiques, sociaux et professionnels associés aux syndromes douloureux chroniques dans une cohorte représentative de la population générale française

F. Bailly*(1), A.Petit(2), S.Kab(3), V.Foltz(4), M.Badard(4), B.Fautrel(4)

(1)Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Centre d'evaluation et de traitement de la douleur, Paris, France, (2)Centre de consultations de pathologies professionnelles, L'Université Nantes Angers Le Mans (L'UNAM) CHU Angers, Angers, France, (3)Constances - INSERM, Villejuif, France, (4)Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - Hôpital Pitié Salpêtrière - Service de Rhumatologie, Paris, France

Objectifs :
Les facteurs démographiques et antécédents médicaux associés aux syndromes douloureux chroniques sont bien connus, à l'inverse des facteurs professionnels et sociaux. L'objectif était d'évaluer l'ensemble de ces facteurs associés à la présence d'un syndrome douloureux chronique.

Méthode :
La cohorte constance est constituée de volontaires sélectionnés au sein de la population française, et représentative de la population âgée entre 18 et 69 ans. Une étude ancillaire de cette cohorte a été conduite. Un syndrome douloureux chronique était défini comme la présence d'au moins 4 des 6 zones du corps douloureuses, pendant au moins 30 jours dans les 12 derniers mois. Les individus avec un cancer ont été exclus. Les données cliniques, démographiques, sociales et professionnelles ont été collectées. Les données manquantes ont été imputées. Une régression logistique a été réalisée.

Résultats :
193,436 personnes ont été incluses, dont 7% d'entre elles avaient un syndrome douloureux chronique. Le sexe féminin, l'âge, l'IMC, la dépression, une activité physique modérée à élevée au travail, le tabagisme actuel ou antérieur étaient associés au syndrome douloureux chronique. Un nombre d'heures de sommeil élevé, un diplôme élevé, une activité physique de loisirs intense étaient des facteurs protecteurs. Le facteur protecteur le plus important était le diplôme (OR = 0.58). Le revenu financier du foyer, l'alcool, le cannabis ou la recherche d'emploi n'étaient pas ou peu associés à un syndrome douloureux chronique.

Au total :
Le syndrome douloureux chronique est fréquent en France, et est fortement associé aux caractéristiques socio-professionnelles.

PO_12 - Etat des lieux de la prescription des gabapentinoïdes par les rhumatologues français.

Q. Jansseune*(1), A.Bernard(1), S.Pouplin(2), L.Bibaut(3), D.Cerasuolo(4)

(1)CETD-CHU Caen, Caen, France, (2)CETD- CHU ROUEN, Rouen, France, (3)Rhumatologie-CHU Rouen, Rouen, France, (4)Biostatistique- CHU CAEN, Caen, France

Introduction :
La douleur neuropathique concerne de nombreuses pathologies rhumatologiques. La SFETD a émis des recommandations en 2020 (1) concernant la prise en charge des douleurs neuropathiques dans un contexte de mésusage croissant des gabapentinoïdes. La littérature reste pauvre sur ce sujet en France (2) ce qui a motivé notre étude visant à évaluer les pratiques des rhumatologues français concernant l'utilisation des gabapentinoides.

Méthode :
Un questionnaire a été envoyé en ligne aux rhumatologues inscrits à la Société Française de Rhumatologie (SFR) avec la possibilité de répondre au questionnaire de juillet 2022 à janvier 2023. Des QR codes ont également été distribués au congrès de la SFR en décembre 2022.

Résultats :
183 rhumatologues ont répondu (10%) dont 47,5% exerçant dans une structure hospitalière ; 17, 5% des rhumatologues ont une formation en douleur (capacité, DU, FST).
Une analyse a été effectuée en comparant les rhumatologues libéraux versus les rhumatologues hospitaliers ainsi que les rhumatologues avec une formation en douleur versus sans formation douleur (DU, capacité, FST). On constate des différences de prescription selon la formation des rhumatologues et les pathologies.
Ce questionnaire met en exergue la méconnaissance des rhumatologues concernant le mésusage en gabapentinoides (31,8%). Le DN4 est utilisé par 55,7% des rhumatologues pour évaluer une composante neuropathique. Les dernières recommandations sur les douleurs neuropathiques par la SFETD sont connues par 50% des rhumatologues dont une majorité de praticiens avec pratique hospitalière.

Conclusion
Cette étude met en lumière les pratiques des rhumatologues français concernant les gabapentinoides, pratiques différentes selon leur formation et leur lieu d'exercice. On constate également que les recommandations de la SFETD sont peu connues et l'utilisation du DN4 peu fréquente.

1. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des

recommandations françaises. Douleur analg. juin 2020;33(2):101-12.
2. Gabapentinoid Abuse in France: Evidence on Health Consequences and New Points of Vigilance - PMC [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7886797/

PO_13 - Perception et impact de la stimulation magnétique transcrânienne : Étude qualitative longitudinale, pré-thérapeutique et à 2 mois de la première séance, par entretiens semi-dirigés, auprès de patients atteints de douleurs neuropathiques chroniques.

M. Faure*(1), J.Nizard(1), N.Attal(2), R.Peyron(3), J.Nguyen(4), P.Garnier(1)

(1)CHU de Nantes, Nantes, France, (2)CHU Ambroise Paré, Boulogne-billancourt, France, (3)CHU de St Etienne, St etienne, France, (4)Clinique Brétéché, Nantes, France

Contexte :
La stimulation magnétique transcrânienne est recommandée en traitement de troisième ligne dans la prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques. Étant indolore, non invasive et n'impliquant que peu d'effet indésirables, elle est une bonne option thérapeutique, notamment au vu des difficultés de prise en charge de ce type de douleur. En effet, l'efficacité des traitements médicamenteux recommandés est souvent insuffisante et leur tolérance médiocre. Au contraire, l'efficacité de la stimulation magnétique transcrânienne a été démontrée avec un haut niveau de preuve sur les douleurs neuropathiques chroniques dans de nombreuses études quantitatives, mais il n'existait à notre connaissance aucune étude qualitative permettant d'appuyer ces données quantitatives disponibles.

Méthode :
Nous avons réalisé une étude qualitative longitudinale, consistant en la réalisation de deux entretiens semi-dirigés distincts pour chacun des douze participants, le premier entretien avant de débuter le traitement et le second après deux mois de prise en charge par stimulation magnétique transcrânienne. Cette étude a été réalisée selon une approche phénoménologique, utilisant un échantillonnage raisonné homogène. Deux analyses manuelles distinctes par deux chercheurs de professions différentes, un médecin et un psychologue, ont été réalisées, ainsi qu'une analyse logicielle. A la suite de ces trois analyses indépendantes, une triangulation des données a été faite.

Résultats :
Notre étude a mis en évidence une impression globalement positive du traitement par stimulation magnétique transcrânienne, avec une action bénéfique sur les douleurs et sur la qualité de vie. L'information sur ce traitement a néanmoins été majoritairement jugée insuffisante par les participants, entraînant des difficultés de compréhension du mécanisme du traitement. Ces difficultés ont été fréquemment à l'origine de représentations erronées sur le traitement, pouvant induire des craintes secondaires, notamment en lien avec la peur de pertes de capacités cognitives.

Discussion et Conclusion :

Les résultats de notre étude suggèrent des axes d'amélioration possibles, tant sur la pratique clinique que sur l'organisation des soins. L'information délivrée aux patients pourrait être optimisée, en privilégiant une prise en charge plus personnalisée, en prenant en compte les représentations et les craintes préliminaires afin de favoriser l'adhésion au traitement. Également, nos résultats semblent indiquer qu'il existe des enjeux de formation des personnels soignants afin d'optimiser le parcours de soin des patients souffrant de douleurs chroniques rebelles et de limiter autant que possible le risque de retards de prise en charge.

1. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. Juin 2008;136(3):380 7.
2. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008 [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
3. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3 21.
4. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. Pain. Août 2016;157(8):1599 606.
5. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. Pain. janv 2019;160(1):53 9.
6. Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, Fermanian J, Bouhassira D. The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. Pain. déc 2011;152(12):2836 43.
7. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology. févr 2015;14(2):162 73.
8. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique. Mai 2020;176(5):325 52.
9. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. Physiol Rev. 1 janv 2021;101(1):259 301.
10. Robertson K, Marshman LAG, Plummer D, Downs E. Effect of Gabapentin vs Pregabalin on Pain Intensity in Adults with Chronic Sciatica. JAMA Neurol. janv 2019;76(1):28 34.
11. Driot D, Jouanjus E, Oustric S, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. Patterns of gabapentin and pregabalin use and misuse: Results of a population-based cohort study in France. Br J Clin Pharmacol. Juin 2019;85(6):1260 9.
12. Lefaucheur JP, André-Obadia N, Poulet E, Devanne H, Haffen E, Londero A, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) : règles de sécurité et indications thérapeutiques. Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology. déc 2011;41(5 6):221 95.
13. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, Benninger DH, Brunelin J, Di Lazzaro V, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018). Clinical Neurophysiology. févr 2020;131(2):474 528.
14. Attal, N. Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial | Brain | Oxford Academic [Internet]. 2021 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: https://academic.oup.com/brain/article/144/11/3328/6312550
15. Moisset X, Bouhassira D. La neurostimulation cérébrale non invasive dans les douleurs neuropathiques. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. avr 2017;18(2):71 7.
16. Jin Y, Xing G, Li G, Wang A, Feng S, Tang Q, et al. High Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Therapy for Chronic Neuropathic Pain: A Meta-analysis. Pain Physician. nov 2015;18(6):E1029-1046.
17. Cruccu G, Garcia-Larrea L, Hansson P, Keindl M, Lefaucheur JP, Paulus W, et al. EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions. European Journal of Neurology. 2016;23(10):1489 99.

18. Baptista AF, Fernandes AMBL, Sá KN, Okano AH, Brunoni AR, Lara-Solares A, et al. Latin American and Caribbean consensus on noninvasive central nervous system neuromodulation for chronic pain management (LAC2-NIN-CP). PAIN Reports. janv 2019;4(1):e692.
19. Pommier B, Créac'h C, Beauvieux V, Nuti C, Vassal F, Peyron R. Robot-guided neuronavigated rTMS as an alternative therapy for central (neuropathic) pain: Clinical experience and long-term follow-up. European Journal of Pain. 2016;20(6):907 16.
20. Quesada C, Pommier B, Fauchon C, Bradley C, Créac'h C, Vassal F, et al. Robot-Guided Neuronavigated Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in Central Neuropathic Pain. Arch Phys Med Rehabil. nov 2018;99(11):2203-2215.e1.
21. Hodaj H, Payen JF, Hodaj E, Dumolard A, Maindet C, Cracowski JL, et al. Long-term treatment of chronic orofacial, pudendal, and central neuropathic limb pain with repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex. Clinical Neurophysiology. 1 juill 2020;131(7):1423 32.
22. HAS. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-soins-d-un-patient-douloureux-chronique-note-de-cadrage
23. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue Médicale Suisse. Août 2010;3.
24. Stillianesis G, Cavaleri R, Summers SJ, Tang C. Exploring patient perceptions of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment for chronic musculoskeletal pain: a qualitative study. BMJ Open. 2 août 2022;12(8):e058928.
25. Van Lieshout EC, Jacobs LD, Pelsma M, Dijkhuizen RM, Visser-Meily JM. Exploring the experiences of stroke patients treated with transcranial magnetic stimulation for upper limb recovery: a qualitative study. BMC Neurol. 6 oct 2020;20:365.
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19.
27. Lionet B. Chapitre 9. L'analyse phénoménologique interprétative. In: Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 9 mars 2023]. p. 145 57. (Univers Psy). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-p-145.htm
28. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. 2021 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474
29. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease , OMS 1980.
30. Cambois E, Robine JM. Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. Retraite et societe. 2003;no 39(2):59 91.
31. Allaz, Boureau F. Aspects psychologiques de la douleur chronique [Internet]. 2003 juin [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/drmouheb/douleur-aspects-psychologiquesde-la-douleur-chronique
32. André-Obadia N, Magnin M, Garcia-Larrea L. On the importance of placebo timing in rTMS studies for pain relief. PAIN. juin 2011;152(6):1233.
33. Lefaucheur JP, Drouot X, Ménard-Lefaucheur I, Keravel Y, Nguyen JP. Motor cortex rTMS in chronic neuropathic pain: pain relief is associated with thermal sensory perception improvement. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 1 sept 2008;79(9):1044 9.
34. Khedr EM, Kotb H, Kamel NF, Ahmed MA, Sadek R, Rothwell JC. Longlasting antalgic effects of daily sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in central and peripheral neuropathic pain. J Neurol Neurosurg Psychiatry. juin 2005;76(6):833 8.
35. Lefaucheur JP. Cortical neurostimulation for neuropathic pain: state of the art and perspectives. PAIN. févr 2016;157:S81.
36. Stillianesis G, Cavaleri R, Tang CY, Summers SJ. Exploring Patient Perceptions of Noninvasive Brain Stimulation: A Systematic Review. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface. 1 juin 2022;25(4):487 93.

PO_14 - Les outils numériques : des alliés précieux dans le parcours des patients bénéficiant de stimulation médullaire

M. Lipari(1), E.Kereun(1), M.Lévêque*(2)

(1)clinique Bouchard, Marseille, France, (2)clinique Bouchard, Marseille 8eme, France

La stimulation médullaire compte parmi les techniques les plus efficaces pour traiter les douleurs neuropathiques périphériques rebelles, mais présente l'inconvénient d'être invasive et de constituer un coût initial important. La sélection et la préparation des patients en vue de ce geste sont donc cruciales pour garantir la réussite de cette intervention. Le suivi est déterminant afin d'optimiser les réglages dans le temps pour garantir un soulagement pérenne. Depuis deux ans nous évaluons, en amont des consultations puis par un suivi régulier, l'état clinique des patients grâce à un large éventail de questionnaires adapté à la pathologie douloureuse du patient. Une plateforme numérique Algometra®, créer par l'un des auteurs, adresse des notifications régulières aux patients les invitant à remplir des échelles d'évaluations de la douleur en préopératoire, lors de la phase de test et pour le suivi. Les résultats de ces questionnaires offrent une meilleure connaissance sémiologique du patient et des répercussions de la douleur au quotidien. Ce carnet électronique permet d'éviter les biais de mémoire et renseigne le soignant en temps réel sur l'efficacité de la thérapie antalgique instaurée et de ses éventuels effets indésirables. L'adhésion est supérieure à 80% chez cent patients implantés.
Plus récemment, en collaboration avec la société Deepsen® nous avons élaboré un parcours patient immersif 360° en réalité virtuelle afin de préparer le patient à son parcours et à sa chirurgie d'implantation. Ce dispositif permet, chez le patient, une réduction de l'anxiété peropératoire, une diminution de la sédation-analgésie et une minimisation des douleurs postopératoires. Pour les soignants cela les affranchis des taches superflues et chronophages, cela sécurise le geste chirurgical et réduit le stress professionnel. Enfin, pour l'établissement, la satisfaction des patients s'en trouve augmentée et l'engagement des soignants renforcé. L'association d'une plateforme numérique de suivi à un conditionnement psychologique virtuel a permis de sécuriser le parcours des patients bénéficiant d'une neurostimulation médullaire et d'accroître leur satisfaction. Pour les soignants cette synergie permet de se consacrer davantage aux spécificités du patient et de répondre à ses attentes propres.

Rejula, V., et al., Chronic Pain Treatment and Digital Health Era-An Opinion. Front Public Health, 2021. 9: p. 779328.
Ahmadpour, N., et al., Virtual Reality interventions for acute and chronic pain management. Int J Biochem Cell Biol, 2019. 114: p. 105568.

PO_15 - Application pour le suivi des enfants et adolescents qui vont être opérés d'une scoliose idiopathique: bilan à un an

A.Ferrari(1), E.Soyeux*(1), N.Duparc(1), C.Rizet(1), A.Vandaele(1), A.Lahlou renolet(2), B.Ilharreboorde(3)

(1)CHU Robert Debré Unité Douleur, Paris, France, (2)CHU Robert Debré -Orthopédie, Paris, France, (3)CHU Robert Debré - Orhopédie, Paris, France

Au CHU Robert Debré (Paris 19) plus de 200 scolioses sont opérées annuellement. L'équipe de la douleur de l'enfant intervient à différents moments du parcours de soin et de plus en plus sur demande des chirurgiens orthopédistes et lors du bilan préopératoire. Les Infirmières Ressource Douleur assurent une consultation pré-opératoire (après la consultation d'anesthésie) et un suivi post-opératoire en lien avec l'équipe d'USC et les anesthésistes. L'infirmière de pratique avancée assure elle une téléconsultation à J45 de la chirurgie pour une évaluation de la douleur et pour identifier les différents facteurs prédictifs de chronicité (déscolarisation, peur du mouvement, abus médicamenteux, anxiété et syndrome post traumatique, etc..). Afin d'optimiser la concertation entre les équipes (Orthopédie- Anesthésie-Douleur), le suivi et la prise en charge nous avons proposé de créer une application sur smartphone , outil qui nous a semblé le plus adapté au parcours de ces jeunes patients. Nous avons obtenu un financement auprès du Fond Après de l'APHP et nous avons sélectionné avec la direction de l'hôpital un prestataire MAELA qui répondait au mieux à nos besoins. La plateforme étant suffisamment souple et adaptable pour créer des parcours différents selon les pathologies douloureuses.
L'objectif n'était pas de créer un outil connecté pour remplacer les infirmières ou les psychologues mais de nous mettre à disposition un outil de communication et le moyen d'être alerté rapidement avec des indicateurs pertinents pour la prise en charge de la douleur.
Certains questionnaires ont été co-construits avec les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours (grilles d'entretien), et nous avons intégré des questionnaires validés (SRS22, échelle de Qualité de vie pédiatrique PedsQL enfant/Parent, Score de kinésiophobie : TAMPA, échelle de Catastrophisme). Si le modèle peur-évitement de la douleur selon le modèle de Vlayen explique en partie la dynamique de la douleur chronique, les peurs, le catastrophisme et la dépression seraient considérées comme des facteurs de risque. C'est pourquoi nous avons établi des alertes en fonction des réponses des patients (seuil pour chaque scores aux échelles proposées) afin de les recevoir rapidement en consultation ou en HDJ Douleur. Nous évaluerons l'utilisation de l'application par les adolescents et leur famille. Le recueil et l'analyse des données nous permettra de préciser les facteurs prédictifs de chronicité et si nos interventions sont suffisantes pour mieux prendre en charge les douleurs.
Cette étude pourrait confirmer que les symptômes psychologiques et somatiques préopératoires des enfants pourraient prédire la présence de douleur un an après la

chirurgie. Le catastrophisme des enfants et l'attitude des parents face à la douleur de leurs enfants sont des critères d'évaluation que nous allons observer attentivement.

1 Weiss H-R, Goodall D. The treatment of adolescent idiopathic scoliosis (AIS) according to present evidence. A systematic review. Eur J Phys Rehabil Med. juin 2008;44(2):177-93.
2. Asher MA, Burton DC. Adolescent idiopathic scoliosis: natural history and long term treatment effects. Scoliosis. 31 mars 2006;1:2.
3. Konieczny MR, Senyurt H, Krauspe R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. J Child Orthop. févr 2013;7(1):3-9.
5 Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, Czaprowski D, Schreiber S, de Mauroy JC, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. Scoliosis Spinal Disord- Negrini et al. Scoliosis and Spinal Disorders(2018) 13:3
8. Haute Autorité de Santé - Dr Catherine Marty - Scoliose évolutive - Décembre 2011

PO_16 - Recommandations européennes sur les opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses, où en sont les prescriptions françaises ?

A. Trouvin*(1), S.Teixeira(2), C.Chenaf(2), N.Authier(2)

(1)GH Paris Centre / Hôpital Cochin / CETD, Paris, France, (2)CHU Clermont Ferrand, Clermont ferrand, France

Introduction :
En 2021, la Fédération Européenne de Médecine de la Douleur (EFIC) a émis des recommandations sur la prescription d'opioïdes pour les douleurs chroniques non cancéreuses [1,2]. Ces recommandations en deux parties sont très complètes (37 pages) et peuvent donc ne pas être lues entièrement par les prescripteurs. Il semble important, cependant, de cibler la/les recommandation(s) le(s) moins suivie(s) afin de pouvoir adapter et cibler les principaux messages à mettre en avant. Pour ce travail, nous nous sommes concentrés sur la partie 2 où la recommandation 3.1.2.1 stipule « Nous suggérons de ne pas prescrire simultanément des opioïdes et des benzodiazépines ». et 3.1.2.2 "Nous suggérons que la prudence soit exercée en ce qui concerne un traitement combiné avec des opioïdes et des gabapentinoïdes en raison des risques potentiels de dépression respiratoire et de surdosage d'opioïdes". L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques de prescription existantes en France, au regard de ces deux recommandations.

Matériel et méthodes :
A partir du SNDS, nous avons mené une étude de cohorte incluant en 2012-2020 tous les adultes, ayant bénéficié d'une dispensation d'opioïdes (code ATC : N02A) pendant au moins 3 mois consécutifs (donc identifiant un patient ayant des douleurs chroniques) sans diagnostic antérieur ou actuel de cancer (identifié par les maladies de longue durée ou les codes de sortie d'hôpital de la CIM-10 : C00 à D49). Les prescriptions et prescripteurs concomitants de benzodiazépines (code ATC : N05B) ou de gabapentinoïdes (codes ATC : N03AX12, N03AX16) ont été examinés.

Résultats :
De 2012 à 2020, 3 398 081 patients ont reçu au moins 3 mois continus de dispenses d'antalgiques opioïdes (63,22% de femmes, âges moyen 63.4 (+/- 17.3) et durée moyenne de la prescription d'opioïdes 191.4 (+/- 223.8) jours). Concernant la co-prescription de benzodiazépines, 1 523 260 patients (44,8% de la cohorte) ont reçu au moins une prescription concomitante avec leur antalgique opioïde. Les deux prescriptions provenaient du même prescripteur pour 96% des patients. Concernant les gabapentinoïdes, 474 313 patients (14%) ont reçu au moins une prescription concomitante avec leur antalgique opioïde. Les deux prescriptions provenaient du même prescripteur pour 95.3% des patients.

Conclusion :
En France, en 2012-2020, près de la moitié des patients recevant un traitement chronique par antalgiques opioïdes pour des douleurs non cancéreuses ont reçu au moins une prescription concomitante de benzodiazépines, la plupart émanant du même prescripteur. Cette recommandation particulière peut nécessiter un ciblage et une communication spécifique.

1. Häuser W et al. Eur J Pain.2021;25(5):949-968
2. Krčevski Škvarč N et al. Eur J Pain.2021;25(5):969-985.

PO_17 - Apport de la ludopédagogie à la formation douleur des soignants

H. Chambert*(1), L.Abensur vuillaume(2), V.Lvovschi(3), A.Bouchara(4), C.Gooetz(5), J.Moak(6)

(1)Faculté de médecine de Nantes, Nantes, France, (2)CHR Metz Thionville, service d'urgence, Metz, France, (3)Centre Hospitalier Universitaire Édouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France, (4)CHI R.Ballanger, Paris Île-de-France, Paris, France, (5)Unité de recherche clinique, CRH Metz-Thionville, Metz, France, (6)Université de Virginie Medical Center, service des urgences, Charlottesville, United States

Contexte :
La douleur est l'un des motifs les plus fréquents de consultation médicale (1–3). Elle représente une charge importante pour la société(4,5). Cependant, la prise en charge de la douleur est insuffisante aux quatre coins du monde et l'une des raisons est le manque de formation des professionnels de santé(6–8). L'apprentissage de la douleur est un défi en formation du fait de sa multiplicité et sa complexité. Cependant, au cours des dernières années, les jeux éducatifs ont gagné en popularité dans le domaine de la santé(9–12). Les jeux éducatifs sont des outils qui combinent plusieurs éléments clés pour faciliter l'apprentissage, tel que l'interaction, la motivation et l'engagement(13,14). C'est pourquoi nous avons donc décidé de créer un jeu éducatif sur la prise en charge de la douleur.

Objectif :
L'objectif de cette étude est de décrire et d'évaluer l'intérêt pédagogique d'un jeu éducatif créé pour la formation à la prise en charge de la douleur dans un contexte d'urgence.

Méthodes :
En collaboration avec la Société Française de Médecine d'Urgence SFMU, et la Société Française de Pédagogie Innovante en Santé SFPIS, nous avons créé un jeu coopératif à visée des médecins et des infirmier(e)s. Ce dernier a pour objectif d'apprendre à adapter sa prise en charge antalgique à tous types de patients et de situations dans un contexte d'urgence. Dans un second temps, nous avons procédé à son évaluation pédagogique selon le modèle de Kirkpatrick, par le biais de questionnaires de satisfaction puis de rétention de connaissance, espérant ici atteindre le niveau deux du modèle.

Résultats :
Sur les 28 participants, 17 (61%) ont rempli le questionnaire de satisfaction, 59% se déclarant satisfaits ou très satisfaits de l'outil de formation. Les résultats ont montré que le caractère ludique et l'échange pratique étaient des facteurs déterminants de la satisfaction. Cependant, du fait d'un manque de puissance, l'étude n'a pas pu mettre en évidence de différence significative sur la rétention de connaissances.

Conclusion :

La formation douleur semble être une priorité nationale, que ce soit pour l'apprentissage initial ou continu. Pour aider les formateurs, il existe actuellement des modèles de programmes de formation douleur élaborés par l'International Association for Study of Pain IASP (15), destinés aux différents professionnels de santé. Les résultats de cette présente étude suggèrent que les jeux éducatifs peuvent être un outil efficace pour diversifier la formation à la gestion de la douleur, notamment pour créer une alternative aux simples cas cliniques. Ce résultat encourageant nous permettra de développer un nouveau prototype plus élaboré, qui pourrait potentiellement être intégré à la formation initiale et continue.

1. Berben SAA, Meijs THJM, van Dongen RTM, van Vugt AB, Vloet LCM, Mintjes-de Groot JJ, et al. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. Injury. mai 2008;39(5):578-85.
2. Galinski M, Ruscev M, Gonzalez G, Kavas J, Ameur L, Biens D, et al. Prevalence and Management of Acute Pain in Prehospital Emergency Medicine. Prehosp Emerg Care. mai 2010;14(3):334-9.
3. Parcours de soins d'un patient douloureux chronique- HAS. [Internet]. HAS. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf
4. Gaskin DJ, Richard P, Walburn J. The Economical Impact of Pain. In: Saba L, éditeur. Neuroimaging of Pain [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 4 nov 2022]. p. 1-17. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-48046-6_1
5. Patel AS, Farquharson R, Carroll D, Moore A, Phillips CJ, Taylor RS, et al. The Impact and Burden of Chronic Pain in the Workplace: A Qualitative Systematic Review: Systematic review of chronic pain in work or employment. Pain Pract. sept 2012;12(7):578-89.
6. Lohman D, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. BMC Med. déc 2010;8(1):8.
7. Lui LY, So WK, Fong DY. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units: Medical nurses' knowledge and attitudes in pain. J Clin Nurs. août 2008;17(15):2014-21.
8. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. Am J Emerg Med. nov 1989;7(6):620-3.
9. Wang R, DeMaria S, Goldberg A, Katz D. A Systematic Review of Serious Games in Training Health Care Professionals. Simul Healthc J Soc Simul Healthc. févr 2016;11(1):41-51.
10. Derksen ME, van Strijp S, Kunst AE, Daams JG, Jaspers MWM, Fransen MP. Serious games for smoking prevention and cessation: A systematic review of game elements and game effects. J Am Med Inform Assoc. 1 mai 2020;27(5):818-33.
11. Drummond D, Monnier D, Tesnière A, Hadchouel A. A systematic review of serious games in asthma education. Pediatr Allergy Immunol. mai 2017;28(3):257-65.
12. Gauthier A, Kato PM, Bul KCM, Dunwell I, Walker-Clarke A, Lameras P. Board Games for Health: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Games Health J. avr 2019;8(2):85-100.
13. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci. 10 juin 2014;111(23):8410-5.
14. Bochennek K, Wittekindt B, Zimmermann SY, Klingebiel T. More than mere games: a review of card and board games for medical education. Med Teach. janv 2007;29(9-10):941-8.
15. IASP Education Initiatives Working Group. IASP Curriculum Outline on Pain for Medicine [Internet]. Disponible sur: https://www.iasp-pain.org/education/curricula/

PO_18 - Evaluation de l'innocuité et de l'efficacité de la perfusion continue de lévobupivacaïne via des cathéters d'infiltration de plaie pour les nouveau-nés et les nourrissons subissant une chirurgie abdominale majeure.

M. Day*(1), R.Desai(2), J.Cook(2), V.Taylor(2), U.Dickson(2)

(1)Waterford Hospital, Waterford, Ireland, (2)Birmingham Children's Hospital, Birmingham, United Kingdom

Background :
La perfusion continue d'anesthésique local (AL) via des cathéters d'infiltration de plaie est reconnue comme sûre et efficace dans les patients adultes et pédiatriques (1). Chez les nouveau-nés, il offre un complément analgésique pour réduire les besoins postopératoires en opioïdes systémiques qui peuvent compliquer la période postopératoire avec de nombreux effets secondaires. Bien que plusieurs études aient démontré l'innocuité des perfusions continues d'AL chez les nouveau-nés (1), il n'existe pas suffisamment d'études qui montrent que l'utilisation de perfusions continues d'AL réduit de manière significative les besoins postopératoires en opioïdes systémiques pour les nouveau-nés ou les nourrissons (2).

Objectifs :
• Vérifier les besoins systémiques en morphine fournis par l'analgésie contrôlée par l'infirmière dans les 48 premières heures après l'opération des nouveau-nés et des nourrissons subissant une chirurgie abdominale majeure.
• Mesurer l'incidence des complications de la perfusion de Chirocaïne à 0,125 % via un cathéter de plaie.

Méthodologie :
Une étude observationnelle prospective menée à L'Hôpital pour enfants de Birmingham, au Royaume-Uni; tous les patients âgés de moins de 3 mois au moment de la chirurgie subissant une chirurgie abdominale majeure entre juin 2020 et août 2022 ont été inclus. Les besoins en morphine intraveineuse contrôlés par l'infirmière et les scores de douleur ont été notés à 24, 48 et 72 heures post-opératoires. Ils ont été également enregistrés l'incidence d'extravasation, l'intégrité de la peau, les 'infections de la plaie et la cicatrisation.

Résultats :
Au total, les données de 21 patients ont été analysées. L'âge médian des patients était de 1 mois, 19 jours [4 jours – 2 mois 12 jours] et le poids médian était de 3,6 kg [IQR 2,8-4]. Les interventions chirurgicales réalisées ont été 11 Kasai et 10 laparotomies. Les besoins médians en morphine systémique aux jours 0, 1 et 2 étaient de 82,4 mcg/kg [IQR 51,1-97,4], 174 mcg/kg [IQR 70,7-228,6] et 78 mcg/kg [IQR 36-174] ; le besoin total médian dans les 48 premières heures postopératoires était de 377,7 mcg/kg [IQR

322-358]. Les besoins en opioïdes dans le groupe Kasai étaient plus élevés que ceux du groupe laparotomie. Aucune complication majeure n'a été attribuée aux cathéters de plaie ou à la perfusion d'AL et aucun retard de cicatrisation n'a été noté.

Discussion :
Ces résultats révèlent une réduction notable des besoins en opioïdes systémiques après l'opération avec l'utilisation d'une perfusion continue d'AL via des cathéters d'infiltration de plaie. Dans notre établissement, la morphine systémique n'est plus systématiquement prescrite en post-opératoire par l'anesthésiste pour une chirurgie abdominale majeure. Au lieu de cela, pour certaines laparotomies, les opioïdes intraveineux postopératoires peuvent être remplacés par du Oramorph ou de la codéine selon les besoins.

Krylborn J, Anell-Olofsson ME, Bitkover C, et al Plasma levels of levobupivacaine during continuous infusion via a wound catheter after major surgery in newborn infants: an observational study. Eur J Anaesthesiol 2015;32:851–6.
Popat H, Angiti R, Jyoti J, et al Continuous local anaesthetic wound infusion of bupivacaine for postoperative analgesia in neonates: a randomised control trial (CANWIN Study) BMJ Paediatrics Open 2022;6:e001586. doi: 10.1136/bmjpo-2022-001586

PO_19 - L'auriculothérapie en prévention des crises de migraine : une étude ouverte randomisée

M. Michel-cherqui*(1), S.Ma har(2), D.Ebbo(3), M.D'ussel(3), A.Spassova(4), C.Chaix couturier(5), B.Szekely(6), M.Fischler(6)

(1)service d'anesthesie et CETD de l'hopital FOCH, Suresnes, France, (2)service d'anesthesie et CETD, Hopital FOCH, Suresnes, France, (3)CETD Hopital saint Joseph, Paris, France, (4)Medecin generaliste, Maison-alfort, France, (5)Medecin generaliste, Montigny le bretonneux, France, (6)Service d'anesthesie et CETD Hopital FOCH, Suresnes, France

L'utilisation de l'auriculothérapie en prévention des crises migraineuses épisodiques a rarement été rapportée (1). Le but de cette étude ouverte était de montrer que 3 séances d'auriculothérapie, espacées d'un mois, permettait de diminuer la fréquence et l'intensité des crises douloureuses chez les patients présentant des migraines avec ou sans aura.
Au total, 90 patientes présentant une migraine avec ou sans aura (2), évoluant depuis plus de 6 mois , et se présentant avec un agenda des migraines colligeant les jours avec céphalées migraineuses ou céphalées non migraineuse, les prises médicamenteuses , l'intensité des céphalées et la qualité de vie évaluée par le score MIDAS ont été inclues dans l'étude. Elles ont été randomisées dans le groupe traitement (groupe AUR, n = 58) ou dans le groupe contrôle, sans traitement (groupe C, n = 32). Les séances d'auriculothérapie ont été pratiquées à l'aide d'aiguille semi permanentes, selon un protocole systématique. Les nombres de jours avec céphalées migraineuses ou céphalées non migraineuse, l'intensité des douleurs , les prise médicamenteuses (triptans ou autres traitements de la crise) ainsi que la qualité de vie évaluée par le score MIDAS durant les 3 mois de l'étude ont été relevés par les patientes des 2 groupes. Durant les 3 mois de l'étude, le nombre de jours avec céphalées et le nombre de jour sans céphalées était similaire dans les 2 groupes, (p = 0,123). La différence dans chaque groupe de ce nombre entre les trois mois précédant l'inclusion et les trois mois de l'étude n'était pas non plus significative (p = 0,194). Le nombre de jours avec céphalées migraineuses, la somme des intensités de douleur et le nombre total d'analgésiques pris, autres que le triptans, étaient similaires entre les groupes. Par contre Les patients du groupe AUR ont eu moins de jours avec des maux de tête non migraineux (p = 0,011) et ont pris moins de triptans (p = 0,045) que ceux du groupe C. Le score Midas diminuait avec le temps dans le groupe AUR alors qu'il augmentait dans le groupe C, que ce soit en valeurs absolues (p = 0,035) ou en catégories (p = 0,037). Aucun événement indésirable grave (EIG) n'a été signalé au cours de l'étude. En conclusion , l'auriculothérapie permet d'améliorer la qualité de vie et de diminuer le recours au triptans chez les patients migraineuses, Nos résultats devraient conduire à une étude plus approfondie de l'efficacité de l'auriculothérapie pour la prévention des migraines.

1. Habibabadi MR, Ashtari F, Raeisi I. Effect of auricular acupuncture with semi-permanent ear 460 needles on controlling migraine symptoms: A single-blind randomized clinical trial. J Acupunct 461 Meridian Stud. 2021;14:58-66.
2 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The 466 International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38:1-211.

PO_20 - Perception et vécu de la douleur chronique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : une étude qualitative dans un centre universitaire.

A. Bernard*(1), P.Launay(2), A.Rat(3), C.Guillaume(4)

(1)CHU Caen CETD/Rhumatologie, Caen, France, (2)Université Caen, Caen, France, (3)CHu Caen Rhumatologie, Caen, France, (4)CHu Caen CETD/UMSP, Caen, France

Introduction :
La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire chronique pourvoyeuse de douleurs aigues lors des poussées inflammatoires, mais aussi de douleurs chroniques (1,2). L'arrivée des biothérapies il y a une trentaine d'années a permis en grande partie de contrôler cette inflammation et donc de réduire les douleurs. Cependant, il est observé dans environ 30% des cas, la persistance de douleurs résiduelles et ce, malgré une maladie considérée en rémission selon le score d'activité Disease Activity Score 28 (DAS 28) (3,4,5).

Objectif :
L'objectif principal de notre étude était d'étudier le vécu de la douleur chronique chez les patients atteints de PR et traités par des biothérapies. Nous avons également cherché à analyser les témoignages selon les différences sociales et générationnelles.

Méthodes :
Des entretiens individuels ont été menés avec 20 adultes atteints de PR et traités par des biothérapies, recrutés en hospitalisation de jour de rhumatologie au CHU de Caen en 2020. Une analyse qualitative descriptive des transcriptions a été réalisée.

Résultats :
L'analyse qualitative a révélé 4 thèmes principaux : 1) l'expérience de la douleur ; 2) les représentations de la douleur ; 3) les répercussions sociales de la douleur ; 4) la gestion de la douleur. Notre étude met en évidence le traumatisme de la première expérience de la douleur en lien avec cette pathologie. Il existe une ambivalence dans le discours des patients entre le désir de ne pas être stigmatisé et la souffrance face au caractère invisible de la douleur, source de manque de reconnaissance. Les différences sociales et générationnelles influencent le rapport des patients à la douleur. Chez les patients des classes sociales populaires, le délai entre les premiers symptômes et la première consultation est long. Les patients des classes sociales supérieures souhaitent garder la maîtrise de leur corps et de leur traitement. Les jeunes patients sont les plus impactés par la douleur qui les empêche de débuter sereinement dans leur vie professionnelle et familiale. Ils souffrent d'un manque de reconnaissance de la douleur chronique.
Conclusion : La douleur chronique est vécue différemment selon l'âge et le milieu social

du patient. Il est important de reconnaître et de prendre en compte ces différences afin de mieux prendre en charge les patients.

1. Combe B, Lukas.C, Morel.J. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : épidémiologie, clinique et diagnostic. EMC Appareil Locomoteur. 2015.Juillet;10(3).
2. Polyarthrite rhumatoïde. Le cofer.6ème édition. 2018.
3. Kaltsonoudis E, Pelechas E, Voulgari PV, Drosos AA. Unmet needs in the treatment of rheumatoid arthritis. An observational study and a real-life experience from a single university center. Semin Arthritis Rheum. 2019 Feb;48(4):597–602.
4. Winthrop KL, Weinblatt ME, Crow MK, et al. Unmet need in rheumatology: reports from the Targeted Therapies meeting 2018. Ann Rheum Dis. 2019 Jul;78(7):872–8.
5. Rifbjerg-Madsen S, Christensen AW, Christensen R et al. Pain and pain mechanisms in patients with inflammatory arthritis: A Danish nationwide cross-sectional DANBIO registry survey. PLoS ONE. 2017;12(7):e0180014.

PO_21 - Les patients hémodialysés chroniques sont-ils des oubliés de la prise en charge de la douleur chronique ?

N. Saadallah-bouchemot*(1)

(1)HP La Casamance, Aubagne, France

L`insuffisance rénale chronique terminale concerne plus de 50 000 personnes en France, soit près de 1 ‰, dont 60 % sont en dialyse [1]. Ils souffrent de nombreuses comorbidités occasionnant, voire, majorant des douleurs chroniques plus ou moins intenses et invalidantes. La dialyse, elle-même, est source supplémentaire de chronicisation avec les ponctions répétées de fistules, les immobilisations prolongées… Ces patients semblent rencontrer les mêmes problématiques que les patients cancéreux à savoir une prévalence de la douleur élevée de l'ordre de 50 à 80 %, une insuffisance dans l`évaluation de la douleur et dans la gestion du traitement antalgique [2],[3]. Première étape de notre réflexion : établir un état des lieux dans notre centre d'hémodialyse. Souffrent-ils réellement ? Quel type de douleur ? Quelle topographie ? Quel traitement déjà en place?

Méthode :
A l'aide d'un questionnaire, l'infirmier en dialyse a mené une enquête sur l'intensité de la douleur selon l'échelle EVA et la douleur neuropathique en utilisant DN 4 sur 7 items. Une préformation est dispensée sur le DN4 : de nombreux soignants ne connaissent pas cet outil ni les médicaments utilisés pour la gestion de la douleur neuropathique.

Résultats :
145 questionnaires ont été analysés, 77 patients n'avaient aucune douleur ; pour 68 patients, la douleur est présente, qu'elle soit neuropathique ou non. 27 patients douloureux n'ont bénéficié d'aucun traitement antalgique. Seuls 8 patients souffrant de douleurs neuropathiques ont été traités pour « neuropathie »

Discussion :
Comment expliquer que des patients fréquentant un centre de soins plusieurs fois par semaine, et malgré leur vulnérabilité, restent-ils sous-évalués et sous-traités ?
Ce travail a fait prendre conscience de la nécessité d'une évaluation systématique de la douleur, à la fois qualitative et quantitative, et en relation avec le contexte psychosocial. La réflexion collective est une étape intéressante en faveur de techniques non pharmacologiques telles que la neurostimulation transcutanée ou la discussion sur l'adaptation des médicaments en fonction de la sévérité de l'insuffisance rénale pour éviter les effets secondaires. Des actions d'éducation thérapeutique permettront au patient de comprendre sa douleur et de mieux la gérer. Mais surtout, la formation et la

sensibilisation des soignants à la prise en charge de la douleur seront des clés essentielles d'une meilleure approche globale

[1] Bénédicte Stengel Cécile Couchoud, Catherine Helmer ,Carole Loos-Ayav Michèle Kessler Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France -30/03/0 Doi : 10.1016/j.lpm.2007.04.039
[2] Olié Valérie, Cheddani Lynda, Stengel Bénédicte, Gabet Amélie, Grave Clémence, Blacher Jacques, Halimi Jean-Michel, Néphrologie & Thérapeutique, 2021, vol. 17, n°. 7, p. 526-531
[3] Robinet S, Salvat E, Piano V, Poumayou J, Serrie A : Douleurs, insuffisance rénale chronique et Opioïdes : Lesquels choisir? Comment adapter le traitement ?

PO_22 - Problématique éthique du respect de l'autonomie du patient demandeur de soins iatrogènes pour ses douleurs chroniques : exemple de la demande d'avulsion dentaire par le patient souffrant de douleurs dentaires inexpliquées

M. D'ussel*(1), N.Moreau(2)

(1)Centre douleur chronique – Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris, France,
(2)Consultation douleurs chroniques oro-faciales, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Hôpital Bretonneau (AP-HP), Paris, France

La bioéthique repose sur 4 principes fondamentaux que sont la bienfaisance, le respect de l'autonomie, la justice et la non-malfaisance, formalisés pour la première fois en 1979 par Beauchamp et Childress [1]. Ces principes servent à guider le praticien dans les décisions cliniques, simples ou complexes, qu'il est régulièrement amené à prendre dans sa pratique quotidienne. Un dilemme éthique survient lorsque ces principes entrent en contradiction les uns avec les autres dans certaines situations précises, entravant la prise de décision. Une telle situation peut être observée dans le cas de patients douloureux chroniques demandeurs de soins iatrogènes, convaincus que ces derniers vont leur apporter un soulagement, malgré le refus du praticien devant l'absence d'indication de tels soins. A titre d'exemple, les patients souffrant de douleurs dentaires chroniques inexpliquées (sans étiologie locale évidente) sont fréquemment demandeurs de l'avulsion de la/les dent(s) au niveau de laquelle/lesquelles ils ressentent leur douleur, malgré l'absence de justification médicale d'un tel acte [2]. Certains patients restent convaincus que l'acte est bienfaisant, malgré une information appropriée sur ses risques encourus. Se pose alors le dilemme éthique : Faut-il faire prévaloir l'autonomie du patient et accéder à sa demande (i.e. avulser la dent) ou favoriser la non-malfaisance en refusant ce soin et adopter une attitude paternaliste ? La situation se complexifie lorsque la cause de la douleur du patient n'est pas claire, notamment du fait d'un manque de formation et/ou compétence en douleur chronique et que le praticien se trouve ainsi démuni de propositions thérapeutiques alternatives. A travers cet exemple de demande de soins iatrogènes pour traiter une douleur dentaire inexpliquée, ce travail pose la problématique éthique du respect de l'autonomie du patient en médecine de la douleur. Celle-ci est analysée sous deux angles principaux, la démarche d'évaluation de l'autonomie du patient et la littératie en douleur chronique (tant celle du patient que du praticien) qui est un moyen de la favoriser. In fine, une telle réflexion éthique devrait servir l'ensemble des professionnels de santé confrontés à de tels dilemmes dans le soin des patients douloureux chroniques, quelle que soit la nature de celles-ci.

1 – Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Eighth edition. 2019. New York, NY: Oxford University Press.
2 – Hoyle J. The distressed patient seeking self-harm: autonomy versus beneficience. J Am Coll Dent. 2013;80(2):32-6.

PO_23 - « Mise en place d'une Équipe Mobile Santé Douleur (EMSD) au sein d'une association du secteur social et médico-social prenant en charge des personnes avec handicap mental".

E. Botton*(1), V.Simonnet(2), M.Phelep(3), E.Quemeneur(3)

(1)ASSOCIATION LES GENETS D'OR, Brest, France, (2)EMSD/LES GENETS D'OR/, Brest, France, (3)LES GENETS D'OR, Brest, France

Après plus d'une quinzaine d'année de travail ensemble, une algologue et une IRD ont souhaité mettre leurs compétences (Douleur et Soins Palliatifs), au service d'un public pour lequel l'accès aux soins reste compliqué. L'Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD), a démarré son activité en septembre 2022. Elle est intégrée au Pôle Santé de l'association. L'objectif initial était le dépistage et la prise en charge de la douleur (comme évoquée lors des précédents plan douleur de 2002-2005 et de 2013-2017, mais ce dernier n'a jamais vu le jour) et l'amélioration de la qualité de vie. Après quelques mois nécessaires pour prendre connaissance de la structure et des personnes accompagnées, il est apparu qu'il y avait aussi des besoins concernant le vieillissement précoce (VP) et les soins palliatifs (SP).

Nous proposons maintenant, en concertation avec la personne, sa famille et les équipes médicales, paramédicales et éducatives qui l'accompagnent, une prise en charge sur le lieu de vie de :
-La douleur : dépistage, évaluation et proposition de traitements médicamenteux et non médicamenteux (très important dans cette population déjà polymédiquée) pour l'atténuer
-Le VP : dépistage rapide, adaptation de la prise en charge, discussion du devenir
-Les SP : dépistage précoce, pour permettre une prise en charge adaptée (médicamenteuses (si besoin) et accompagnement avec des équipes du domicile (HAD, libéraux…) ou hospitalières (LISP, USP)
-La Santé de manière globale : sensibilisation à une bonne hygiène de vie (Activité physique, alimentation, sommeil, bien-être émotionnel…)A ce jour, début avril 2023 :
-84 consultations ont été menées.
-Un réseau se tisse avec les correspondants médicaux hospitaliers et non hospitaliers pour aider au maintien dans le lieu de vie en toute sécurité-mise en place de thérapies Non Médicamenteuses (Activités Physiques Adaptées= APA, Musicothérapie)
-Une cellule « situation complexe » a été créée pour une prise en charge pluridisciplinaire des PA présentant des troubles du comportement, avec une neuro-psychologue
-Des travaux sont en cours sur nutrition et APA, actualisation des Fiches Urgence-Pallia, réflexion sur les directives anticipées et les procédures collégiales
-Des projets sont en réflexion : élaboration d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) au sein des ESAT, habituation aux soins

-Un collectif douleur a été créé regroupant les personnes de l'association formées à la douleur
-Des formations sont ouvertes aux professionnels également sur ces thématiques.

Nos indicateurs :
-Améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées
-Diminuer les troubles du comportement des personnes, souvent en lien avec de la douleur non diagnostiquée.
-Diminuer les hospitalisations non programmées et les passages aux urgences
-Améliorer les compétences des professionnels soignants et éducatifs
-Améliorer la qualité de vie des professionnels

Rapport Jacob de 2013 (« Anticiper les transitions vers un nouveau cadre de vie »)

PO_24 - Quand la PIT permet la thérapie carcinologique efficace

H. Alipour*(1), S.Lecoeur(2), S.Yvenou(3), S.Raoul(1), D.Dupoiron(4), J.Hautier(1)

(1)Centre Hospitalier de Saint Brieuc - CETD, Saint brieuc, France, (2)Centre Hospitalier de Saint Brieuc - Anesthésiologie, Saint brieuc, France, (3)Centre Hospitalier de Paimpol - Permanences avancées d'Évaluation et de Traitement e la Douleur, Paimpol, France, (4)ICO Angers - Anesthésiologie, Angers, France

INTRODUCTION :
L'analgésie par la voie intrathécale administrée à l'aide de pompe (PIT) est recommandée par différentes sociétés savantes [1-2-3-4] et par l'HAS [5]. Elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie en atténuant de façon sensible les douleurs rebelles et/ou les effets indésirables (EI) rebelles des antalgiques.

PRESENTATION :
Nous avons pris en charge 1 patient de 64 ans, 3 mois après le diagnostic du carcinome urologique avec métastase nécrotique du muscle psoas-iliaque. La première ligne de chimiothérapie est encours. Le patient a des douleurs rebelles nociceptives et neuropathiques radiculaires au membre inférieur. Il a eu des changements d'opioïdes, entre les différentes molécules comme les différentes voies d'administration, sans aucun succès. Il est sous 900 mg/j Equivalent Morphine Orale (EMO). Il a aussi des EI rebelles iatrogènes cognitifs et digestifs empêchant le maintient de la chimiothérapie.
L'EVA à 8-9/10, le QDN4 est positif. Il ne peut quitter son lit ni s'alimenter correctement.
La PIT a été posée, après la RCP, comportant initialement la morphine (3.5mg/j), la ropivacaïne (9mg/j) et le ziconotide (0.5µg/j). Très rapidement tous les effets indésirables iatrogènes se sont estompés suivis de la disparation quasi totale de toutes les douleurs. La chimiothérapie a pu être reprise dans des conditions optimales du fait de la disparition des douleurs, des EI et de l'amélioration de la qualité de vie. Il a également repris l'ensemble de ses activités quotidiennes sans restriction. Après deux ans de chimiothérapie, il est désormais considéré en rémission, et ce, depuis plus de 12 mois.
Il a été suivi pour sa PIT pendant 2 ans par notre CETD. Nous avons observé que la réponse carcinologique a permis aussi d'apporter progressivement une réponse antalgique. De ce fait, les posologies de son traitement par la PIT n'ont jamais été majorées, au contraire, elles ont dû être baissées jusqu'au l'arrêt de PIT suivie de son retrait 6 mois après. Le recul à 12 mois reste parfaitement satisfaisant.

DISCUSSION :
L'intervention de l'équipe d'Algologie aurait dû être plus précoce, aux alentours de 300mg EMO. Cela aurait évité l'escalade pharmacologique antalgique, ses EI et les difficultés du maintien de la chimiothérapie. La sollicitation de l'équipe d'Algologie

démontre la place incontournable de la collaboration Oncologue-Algologue dans la prise en charge globale du patient.

CONCLUSION :

Cette situation clinique, qui n'est pas si rare, confirme la nécessité du recours à la PIT en respectant les recommandations. La disparation des EI et la diminution voire la disparation des douleurs permettent d'améliorer la qualité de vie mais aussi d'optimiser la thérapie carcinologique. Cette dernière donne parfois un autre pronostic non-négligeable à ces situations complexes et graves.

1] SFETD. Livre Blanc de la douleur. 2017
2] SFETD. Boite A Outil Intrathécal. 2022.
https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/05/BOIT.pdf
3] SFAP. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs – mars 2006
4] AFSSAPS. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. 2010
5] HAS. Recommandation des bonnes pratiques. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. 2020

PO_25 - État des lieux de la prescription du tramadol pour les douleurs en rhumatologie par les rhumatologues français

L. Bibaut*(1), E.Lacroix(2), J.Grosjean(3), A.Bernard(4), Q.Jansseune(5), T.Lequerre(1), O.Vittecoq(1), S.Pouplin(6)

(1)Hôpital Charles Nicolle, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Service de Rhumatologie, Rouen, France, (2)Hôpital Charles Nicolle, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Département de Biostatistiques, Rouen, France, (3)Hôpital Charles Nicolle, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Département d'Informatique et d'Information Médicales, Rouen, France, (4)Hôpital Côte de Nacre, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Caen, France, (5)Hôpital Côte de Nacre, Centre Hospitalier Universitaire de Caen, Service de Rhumatologie, Caen, France, (6)Hôpital Charles Nicolle, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Rouen, France

Introduction :
Dans un contexte de crise des opioïdes mondiale qui touche préférentiellement les Etats-Unis, la France est le troisième pays européen en 2015 consommateur d'opioïdes faibles au premier rang desquels figure le tramadol.[1]

Objectifs :
L'objectif principal est de dresser un état des lieux des habitudes de prescription du tramadol chez les rhumatologues français. L'objectif secondaire est de vérifier si leurs habitudes de prescriptions sont en accord avec les recommandations HAS de mars 2022 sur le bon usage des opioïdes notamment sur son utilisation en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques : lombalgie, lomboradiculalgie ou arthrose.[2]

Matériel et méthode :
Pour répondre à l'objectif principal, nous avons adressé en juillet 2022 via la mailing-list de la SFR, un questionnaire de 46 questions recueillant les habitudes de prescription des rhumatologues français en collaboration avec le CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie).
En complément, les prescriptions du tramadol de la base de données du Système National des Données de Santé (SNDS) ont été extraites. Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons comparé les données déclarées des prescriptions avec les recommandations HAS 2022 sur le bon usage des opioïdes.[2]

Résultats (données déclaratives) :
296 rhumatologues ont rempli le questionnaire sur les 1760 sollicités. Ils prescrivent principalement du tramadol pour les radiculalgies et rachialgies aiguës alors que les radiculalgies et rachialgies chroniques arrivent en 4ème et 5ème positions des

indications.
22,3% prescrivent du tramadol en situation de douleur chronique en l'absence de diagnostic étiologique. L'association tramadol/paracétamol est la forme pharmaceutique la plus prescrite (68,1% des répondants). 45,3% utilisent une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN) dans un contexte de douleur chronique. 74,4% fixent une durée de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, le traitement est interrompu et/ou une consultation spécialisée douleur est organisée. 31% déclarent ne pas avoir de freins par rapport à la prescription de tramadol. 52% ne connaissent pas les recommandations HAS 2022.[2] Résultats (données factuelles extraites du SNDS)
Entre 2016 et 2022, on note une diminution de :
- 40% des prescriptions de tramadol par les rhumatologues (65 543 vs 40 905).
- 47% des prescriptions de tramadol associé au paracétamol (83 032 vs 43 311).

Discussion et conclusion :
Dans le contexte de crise des opioïdes, la France fait figure de bon élève avec une mortalité par surdoses d'opioïdes parmi les plus faibles des pays membres de l'OCDE.[3] Cela semble cohérent avec la tendance actuelle à la diminution de la prescription de tramadol par les médecins généralistes et surtout par les rhumatologues. La prescription de tramadol par les rhumatologues français est raisonnée.

1. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problematiques. (2019).
2. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. (2022).
3. Obradovic, I. D'un abus de prescriptions à une épidémie aiguë. Potomac papers numéro 35 Institut français des relations internationales, (2018).

PO_26 - L'être ou l'avoir et la douleur chronique

S. Lorriot*(1), S.Vibet(2), B.Yvert(2), I.Ferry(2)

(1)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours - Bretonneau - Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Tours, France, (2)CHRU Tours - Consultation d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Tours, France

Tout un chacun connaît le célèbre tourment d'Hamlet [1] au début du troisième acte de la pièce qui porte son nom : « To be or not to be » (Être ou ne pas être). Dans quelle mesure Shakespeare nous donne à penser sur la question de la douleur ? « Être douloureux ou ne pas l'être », ou encore : « être sa douleur ou ne pas l'être », auquel cas cela n'empêche pas d'en avoir une. Le rapport au langage : La manière dont les patients parlent de la douleur donne de précieuses indications sur leur vécu subjectif. Il existe un écart sémantique entre dire : « je suis douloureux chronique » (comme si la douleur faisait partie de l'être) et : « j'ai une douleur chronique » (qui laisse entendre un rapport à l'avoir et à la possession).
Dans la formule du patient : « je suis douloureux », le clinicien qu'il soit médecin, psychologue, infirmier, etc. peut entendre l'impact de la douleur et la place qu'elle prend dans une vie. Lorsque la douleur touche à l'être, elle peut revêtir une dimension identitaire voir existentielle [2], d'où parfois l'impossibilité de s'en détacher. Dans le rapport à l'avoir, c'est comme si la douleur était extérieure au patient, comme étrangère à soi mais présente. Dans ce dernier contexte, les connotations identitaires et existentielles à la douleur chronique sont moins marquées. Les pathologies douloureuses de l'être et/ou de l'avoir : Nous avons listé les pathologies fréquemment rencontrées en structure douleur, se nommant soit du côté de l'être soit du côté de l'avoir en français et par les patients : la migraine, la fibromyalgie, le cancer, la maladie de Parkinson, la lombalgie. D'autres affections ne se désignent par les patients que du côté de l'avoir et pas du côté de l'être : les céphalées de tension, l'endométriose, le syndrome d'Ehlers-danlos, l'algodystrophie, la spondylarthrite, la sclérose en plaques.
Discussion : - le clinicien en consultation douleur quelques soit sa profession d'origine se doit d'être attentif à la façon dont un patient se raconte ; - le choix du verbe auxiliaire pour parler de la douleur être ou avoir (« je suis … » ou « j'ai … ») donne des indications chez le patient sur son vécu de ses algies ; - le rapport à l'être peut impliquer un rapport identitaire voir existentiel à la douleur ; - le rapport à l'avoir induit plutôt une relation extérieure à la douleur, comme quelque chose d'étranger au corps mais qui est là.

[1] Shakespeare W. Hamlet. Paris : Librio.
[2] Le Breton D. Some relations between pain and identity. Rev Med Suisse Romande 1999;119:259-64.

PO_27 - Consultation pédiatrique douleur : comment se saisir de l'intuition conjointe médecin-psychologue ?

C. Rizet*(1), E.Soyeux(1)

(1)CHU ROBERT DEBRE Unité Douleur, Paris, France

Les enfants ou les adolescents que nous recevons à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique de l'hôpital Robert Debré à Paris nous sont adressés par des médecins généralistes ou spécialistes. Ils ont donc été déjà « explorés ». Il s'agit de consultations complexes avec des patients complexes, pris eux-mêmes dans la complexité de réseaux interactifs au sein de leur famille (voire de l'entourage amical et scolaire).
Dans le cadre de la première consultation pédiatrique douleur, binôme médecin-psychologue et binôme enfant-parent(s) se rencontrent. Le déroulé de la consultation suit un schéma précis. Consultation conjointe : rencontre des deux binômes (mêmes unités de temps et d'espace). C'est de cette situation qu'émerge (énaction) une intuition conjointe qui détermine les modalités de la poursuite de la démarche. La consultation demeure sur le même mode ou nous séparons le(s) patent(s) de leur enfant ou adolescent : soit l'enfant ou adolescent reste avec le médecin pour être examiné sur le plan somatique et le(s) parent(s) vont dans un autre bureau pour un entretien avec le/la psychologue, soit, nous demandons au(x) parent(s) de nous laisser seuls avec leur enfant ou adolescent. Enfin, nous nous rassemblons tous pour un entretien conclusif. Notre approche favorise une intuition clinique conjointe sur laquelle nous nous appuyons. Il s'agit de précipiter l'émergence (énaction) d'une pensée chez chacun, au-delà des symptômes douloureux, en créant un espace intermédiaire qui transforme dans un premier temps la rencontre binôme médecin-psychologue / binôme enfant-parent(s) en rencontre médecin-enfant / psychologue-parent(s), pour reprendre sa forme première avec quelques transformations dans l'ordre de l'appréhension du symptôme douloureux. L'intuition conjointe est la meilleure formulation que nous ayons trouvée pour nommer ce « moment fécond » (Kaïros) d'où il ressort une décision (Krisis) de modulation du cadre. En termes cognitivistes, il en est d'un mouvement défini comme « énaction » par Varela (1993) en tant que cognition créatrice et incarnée qui n'est pas une représentation : quelque chose émerge qui fonde une nouvelle action, non pas due au hasard ou surdéterminée, mais parce qu'elle semble s'imposer à celui, celle, ou ceux qui la décident. Cette intuition conjointe a l'avantage de nous permettre de restituer au binôme qui nous fait face (patient-parents) une « proto-pensée » (Bion, 1962) cohérente qui contribue à soutenir une autre co-pensée (Widlöcher, 1996) chez ce même binôme.
En effet, c'est bien d'une difficulté à penser la douleur de l'enfant qui caractérise le binôme enfant-parent(s) que nous partons. Ainsi, nous formons une « peau commune » pour penser ensemble ce qui était, pour l'instant, impensé et clivé (Anzieu, 1975).

Anzieu D., 1975, Le groupe et l'inconscient, l'imaginaire groupal, Paris, Dunod.
Bergson H., 1934, La pensée et le mouvant, Paris, Félix Alcan.
Bion W.-R., 1962, Aux sources de l'expérience, Paris, PUF, nouvelle édition, 2003.
Lebovici S., 2002, Le bébé, le psychanalyste et la métaphore, Paris, Odile Jacob, éditions posthume éditée par B. Golse.
Popper K., 1991, Un univers des propensions, Paris, Editions de l'éclat.
Varela F. et coll., 1993, L'inscription corporelle de l'esprit, Paris, Le Seuil.
Widlöcher D., 1996, Les nouvelles cartes de la psychanalyse, Paris, Odile Jacob.

PO_28 - Les indicateurs automatisés: les moyens du numérique à l'aune des professionnels ressource douleur, une dynamique vertueuse.

M. Sibers*(1), V.Touchard(2)

(1)Unité Soutien Douleur. CHU Bordeaux, Bordeaux, France, (2)Service Douleur et Médecine Intégrative. CHU Bordeaux, Bordeaux, France

En adéquation avec les exigences de la Haute Autorité de Santé, un indicateur « Évaluation et Prise en charge de la douleur » est décliné au sein du CHU de Bordeaux. De diffusion annuelle il permet l'appréciation par les équipes de soins de leur niveau de performance et les oriente vers les bonnes pratiques de traçabilité.
Les solutions numériques proposées par la Direction du Système d'Information (DSI) permettent l'analyse des données du dossier patient informatisé. Grâce à la collaboration de la DSI et d'une Infirmière Ressource Douleur (IRD) de l'Unité Soutien Douleur (USD), un outil conforme au management par la qualité voulu par le Coordinateur des soins, a été élaboré. Ainsi, l'indicateur automatisé « Évaluation et prise en charge de la douleur » comprend les éléments suivants :
- Proportion de patients pour lesquels un score de douleur est tracé au cours des 48 premières heures du séjour (taux assorti de la proportion de patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée).
- Pour les patients douloureux :
oTaux de réévaluation de la douleur par un nouveau score dans les 24h qui suivent le score seuil,
oTaux de prescription médicale d'antalgique,
oTaux de mise en œuvre de moyen(s) antalgique(s) non médicamenteux (au moins un recueil d'informations traçant l'utilisation de ces moyens et/ou d'une transmission ciblée douleur).
La qualité d'écoute de l'ingénieure informaticienne, la connaissance du terrain par l'IRD et la participation du réseau des correspondants douleur ont conduit à l'extraction, en routine, des données d'environ 105000 dossiers patients pour 115 unités de MCO et SMR chaque année. Les résultats sont communiqués par différents réseaux :
-Diffusés par mail à la Direction des soins, à chaque pôle et chaque unité, par le Cadre de santé de l'USD,
-Lors de différentes instances de l'établissement (CLuD, CME, …)
Par ailleurs, ils sont exploités à chaque formation et plus particulièrement à celle des correspondants douleur. Au-delà de ces repères chiffrés le tableau de bord est un outil d'audit, permettant aux équipes l'analyse de pratique, via l'USD. Le CHU de Bordeaux intègre la dynamique nationale de suivi de la qualité par l'extraction automatisée des indicateurs.

IQSS
-2023-secteur-mco-fiche-descriptive-de-l-indicateur-evaluation-et-prise-en-charge-de-la-douleur-avril-2

023
IQSS -
2023-secteur-smr-fiche-descriptive-de-l-indicateur-evaluation-et-prise-en-charge-de-la-douleur-avril-20
23
HAS. Manuel : Certification des établissements de santé. Version 2023

PO_29 - Réponse inadéquate au tramadol dans une cohorte de 41 patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse : Explorons leurs cytochromes

D. Montmeat*(1), A.Puszkiel(2), X.Declèves(2), S.Perrot(1), A.Trouvin(1)

(1)Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Paris, France, (2)Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Service de Pharmacologie, Paris, France

Introduction :
Le tramadol est un opioïde faible utilisé pour traiter des douleurs modérées à sévères, incluant les douleurs chroniques non cancéreuses(DCNC). C'est un médicament ciblant plusieurs récepteurs et une partie de son activité pharmacologique dépend de l'activité des cytochromes P450(CYP)2D6. Si son activité agoniste des récepteurs opioïdes µ1 est principalement due à son métabolite M1 formé via le CYP2D6, son activité d'inhibiteur de recapture de monoamines est médiée par lui-même, la molécule parent[1].
La présente étude vise à explorer l'activité du CYP2D6 chez une cohorte de 41 patients souffrant de DCNC et ayant une réponse inadéquate (inefficacité, effet indésirable majeur) au tramadol.

Matériel et méthodes :
Nous avons réalisé un bilan pharmacologique à 41 patients présentant des DCNC via le protocole PROTECT utilisant le cocktail de Genève[2], ayant pour but le phénotypage des cytochromes principalement impliqués dans le métabolisme des médicaments. Tous les patients présentaient soit une inefficacité au tramadol (8 sur 41), soit des effets indésirables majeurs ayant entrainé l'arrêt du traitement au tramadol (33 sur 41). Le pourcentage de métaboliseurs lents parmi les patients de la cohorte a été comparé à la fréquence de la population européenne[3].

Résultats :
88% des patients pour lesquels le tramadol n'était pas efficace présentaient un phénotype lent pour le CYP2D6 ($p<0.02$) et 73% des patients qui ont dû arrêter le tramadol en raison des effets indésirables étaient métaboliseurs lents ($p<0.001$).

Discussion/conclusion :
Les résultats obtenus chez les patients présentant une inefficacité au tramadol sont en accord avec de nombreuses études antérieures sur le sujet : puisque M1 est le métabolite actif, si M1 n'est pas formé, alors il n'y aura pas d'activité analgésique adéquate.
Les résultats obtenus pour les patients ayant eu des effets indésirables sont plus sujets à discussion. Il est possible que leurs effets secondaires soient le reflet d'un excès de sérotonine. En effet, si M1 n'est pas formé et qu'il y a donc une accumulation du tramadol, il y aura alors plus de risque de développer des effets liés à l'accumulation de

sérotonine. De plus, les effets secondaires observés chez ces patients pourraient être en lien avec : symptômes gastro-intestinaux comme des nausées (42%) et changements de l'état mental comme de la confusion (42%). Nos résultats suggèrent fortement qu'une réponse inadéquate au tramadol chez les patients souffrant de DCNC doit faire penser à un phénotype particulier du CYP2D6. Le test PROTECT est réalisable simplement en pratique courante, avec un bénéfice réel sur la prise en charge pharmacologique des patients compte tenu de l'implication importante du CYP2D6 dans la métabolisation de très nombreuses molécules (antalgiques mais aussi de nombreuses autres classes pharmacologiques).

[1] Grond, S. & Sablotzki, A. Clinical pharmacology of tramadol. Clin. Pharmacokinet. 43, 879–923 (2004).
[2]Bosilkovska, M. et al. Geneva Cocktail for Cytochrome P450 and P-Glycoprotein Activity Assessment Using Dried Blood Spots. Clin. Pharmacol. Ther. 96, 349–359 (2014).
[3] Zhou, Y., Ingelman-Sundberg, M. & Lauschke, V. Worldwide Distribution of Cytochrome P450 Alleles: A Meta-analysis of Population-scale Sequencing Projects. Clin. Pharmacol. Ther. 102, 688–700 (2017).

PO_30 - Association entre modulation de l'activité et émotions négatives chez les patients douloureux chroniques : Revue systématique.

D. Attali*(1), F.Leguay*(2), L.Milcent*(2), C.Baeza-velasco*(3)

(1)Université Paris Cité, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne Billancourt, France., Boulogne-billancourt, France, (2)Université Paris Cité, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé, Boulogne-billancourt, France, (3)Université Paris Cité, Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé ; Département d'urgence et post-urgence psychiatrique, CHU Montpellier ; Institut de génomique fonctionnelle, Université de Montpellier, CNRS, INSERM, Montpellier, Boulogne-billancourt, France

Introduction :
La douleur chronique est un problème majeur de santé publique du fait de sa prévalence et de ses conséquences multiples sur le fonctionnement psychologique et physique des patients. Il est donc important de déterminer l'association entre ces conséquences et les stratégies de gestion de la douleur telles que la modulation de l'activité (pacing). Cette revue avait pour objectif principal d'explorer l'association entre la modulation de l'activité et le niveau d'émotions négatives dans la douleur chronique. L'objectif secondaire était d'explorer les différences d'association en fonction du sexe.

Méthode :
Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les critères PRISMA. Trois chercheurs indépendants ont utilisé une combinaison de mots-clés dans quatre bases de données afin d'inclure les études évaluant le lien entre la modulation de l'activité et les émotions négatives dans la douleur chronique.

Résultats :
Les résultats montrent que la modulation de l'activité est associée à moins d'émotions négatives lorsque des mesures multidimensionnelles sont utilisées, permettant de distinguer la modulation de l'évitement et mettant l'accent sur des composantes importantes de la modulation telles que le maintien d'une activité régulière ou la conservation de l'énergie. Les données ne permettent pas d'explorer des différences en fonction du sexe.

Discussion :
La modulation de l'activité est multidimensionnelle et consiste en différentes stratégies de gestion de la douleur qui ne sont pas toutes associées aux émotions négatives de la même manière. Il est important d'utiliser des mesures reflétant cette conception pour mieux connaitre le rôle de la modulation de l'activité dans le développement des émotions négatives.

- Andrews, NE., Strong, J., Meredith, PJ. (2012) Activity Pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabiliation 93(11):2109-2121.e7.
- Attali, D., Leguay, F., Milcent, L., & Baeza-Velasco, C. (in press) Association between activity pacing and negative emotions in patients with chronic pain: a systematic review. The Clinical Journal of Pain. doi : 10.1097/AJP.0000000000001128

PO_31 - Tendances de consommation d'antalgiques opioïdes et de la morbi-mortalité associée en France : actualisation des données.

A. Trouvin*(1), S.Teixeira(2), N.Authier(3)

(1)GH Paris Centre / Hôpital Cochin / CETD, Paris, France, (2)CHU Clermont Ferrand, Clermont ferrand, France, (3)CHU Clermont Ferrand / INSERM 1107 Neurodol, Clermont ferrand, France

Introduction :
La crise des opioïdes aux États-Unis a évolué au fil du temps, mais est toujours en cours [1]. Des tendances à la hausse de la consommation d'opioïdes sur ordonnance ont été décrites dans plusieurs pays européens, mais il n'existe toujours aucune preuve d'une crise émergente des opioïdes [2]. Cependant, une surveillance étroite continue est justifiée compte tenu des conséquences lourdes observées outre Atlantique. L'objectif de cette étude était de décrire les tendances actualisées de la consommation d'antalgiques opioïdes sur ordonnance, des hospitalisations et des décès liés aux opioïdes en France.

Méthodes :
À l'aide des bases nationales : de données des demandes de remboursement de l'Assurance maladie, de données exhaustive des sorties d'hopitalisation et du registre national de mortalité, tous les patients ayant eu au moins une délivrance d'un antalgique opioïde de prescription (OP) entre 2017 et 2019 ont été identifiés, pour mettre à jour les tendances de l'utilisation d'antalgiques OP, les hospitalisations liées aux opioïdes et des décès.

Résultats :
Entre 2017 et 2019, la prévalence annuelle de la consommation d'opioïdes dits faibles a légèrement diminué de 4,3 % (codéine -8,5 %, tramadol -7,6 % et opium +1 %), tandis que celle des opioïdes dits forts a légèrement augmenté de 3,6 % (morphine +1,9 % , fentanyl -11% et oxycodone + 4,5%). La forte consommation d'opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses a diminué de 6,1 % (morphine +1,9 %, fentanyl -11 % et oxycodone + 4,5 %). Les hospitalisations liées aux opioïdes sont passées de 40 à 45 pour 1 000 000 d'habitants (+12,5 %, 2017-2021) et les décès liés aux opioïdes de 3,2 à 3,3 pour 1 000 000 d'habitants (+3,1 %, 2015-2017).

Conclusion :
La prévalence de l'usage d'antalgqiques opioïdes dits faibles semble stable voire en baisse entre 2017 et 2019 alors que l'usage d'opioïdes dits forts a légèrement augmenté, ainsi que la morbidité et la mortalité liées aux opioïdes. Il n'y a pas d'indication d'une crise des opioïdes mais une surveillance étroite et continue doit tout de même être poursuivie.

1- Post LA et al. JAMA Netw Open.2022;5(7):e2223631
2- Pierce M et al. Eur Psychiatry.2021;64(1):e47.

PO_32 - Amélioration de la qualité de vie des patients fibromyalgiques par une solution alliant neuromodulation et coaching : essai contrôlé, randomisé, multicentrique

C. Maindet*(1), A.Dumolard(2), M.Veloso(3), M.Barmaki(4), R.Deleens(5), R.Gonon-demoulian(6), A.Lorenzi-pernot(7), M.Michel-cherqui(8), A.Serrie(9), S.Velliet(10), E.Chipon(11), D.Crouzier(11), L.Minier(12), JC.Bosson(3)

(1)Centre d'Etude et de Traitement de Douleur, CHU Grenoble Alpe, Grenoble, France, (2)Centre d'Etude et de Traitement de Douleur, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France, (3)Laboratoire TIMC CNRS-UMR 5525, Univ. Grenoble Alpes, Pôle de Santé Publique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France, (4)Unité de recherche clinique , Medipôle Höpital Mutualiste, Villeurbane, France, (5)Département de médecine de la douleur, CHU, Rouen, France, (6)Service Douleur, Psychosomatique, Maladie fonctionnelle, CHU, Montpellier, France, (7)Partique privée de Neurologie, Mornant, France, (8)Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hopital Foch, Suresnes, France, (9)Médecine de la Douleur et Médecine Palliative, APHP Lariboisière, Paris, France, (10)Médecine de la Douleur, Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France, (11)Remedee Labs, Montbonnot-saint martin, France, (12)Remedee Labs, Meylan, France

Introduction :
La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs diffuses, des perturbations du sommeil, de la fatigue et de la raideur. Concernant sa prise en charge, l'EULAR recommande les thérapies non médicamenteuses. En ce sens, une solution composée d'un bracelet émetteur d'ondes millimétriques (OMM) et d'un programme de coaching a été développée. L'exposition du système nerveux périphérique aux OMM provoquent un effet modulateur, notamment médié une libération d'endorphines, ainsi qu'une activation parasympathique.
Le coaching vise à améliorer l'adhérence et l'efficacité du traitement.

Méthode :
Lors d'un essai multicentrique, randomisé et contrôlé, un total de 170 patients étaient répartis en 2 groupes d'intervention immédiate (GI) ou différée (GD). Le GI (N=84) bénéficiait de la solution dès la randomisation en plus de leur prise en charge habituelle (PCH). Le GD (N=86) recevait la solution lors du suivi à trois mois après évaluation du critère principal. Dans les deux groupes, les patients recevaient d'abord la solution complète (bracelet et coaching) pendant 3 mois, puis uniquement le bracelet pendant 3 mois. La solution consistait à utiliser le bracelet pendant trois sessions de 30 minutes par jour et à recevoir 4 séances de coaching incluant du contenu éducatif sur la solution et une formation à l'utilisation du dispositif (J0), une évaluation d'usabilité (J7) et une évaluation des bénéfices (M1 et M2). En cas de faibles bénéfices évalués à M1 ou M2, le mode de stimulation pouvaient être adapté. L'efficacité de la solution était évaluée en comparant le nombre de patients des deux groupes qui amélioraient de manière significative leur qualité de vie sur le questionnaire d'impact de la fibromyalgie (FIQ)

entre l'inclusion et le suivi à trois mois. Une diminution de score FIQ ≥14% est considérée comme cliniquement significative [1]. Les scores FIQ des 2 groupes étaient également mesurés 6 et 9 mois.

Résultats :
A M3, 55,1% des patients du GI amélioraient leur qualité de vie au-delà des 14%, contre 35,9% dans le GD et cette différence entre les groupes était statistiquement significative (p=0,021). En moyenne, les patients du groupe GI amélioraient leur score FIQ de 21,7%, contre 7,2% dans le GD. Les bénéfices obtenus dans le GI étaient préservés à M6, alors qu'ils n'étaient plus qu'en possession du bracelet.

Conclusion :
L'association d'OMM et coaching conduit à des améliorations de la qualité de vie des patients fibromyalgiques supérieures à celles obtenues avec une PCH après 3 mois. Cette amélioration se maintient jusqu'à 6 mois, alors que les patients ne disposent plus que du bracelet. Cette thérapie non pharmaceutique offre aux patients une solution qu'ils peuvent utiliser de manière autonome et ambulatoire.

[1] Bennett, R. Et al. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. The Journal of Rheumatology, 36(6), 1304–1311.

PO_33 - Prise en charge de la douleur du cancer en Afrique Francophone : état des lieu et recherche des facteurs limitant la prise en charge et l'accès aux antalgiques

Y. Hadjiat*(1), S.Perrot(2)

(1)INSERM, Paris, France, (2)INSERM - CHU Cochin, Paris, France

Le contrôle insuffisant de la douleur cancéreuse est un problème de santé publique en Afrique. Cette situation s'aggrave, notamment en Afrique francophone, alors même que l'incidence du cancer augmente. L'objectif de cette étude est d'améliorer la compréhension des freins à la prise en charge par les analgésiques opioïdes de la douleur liée au cancer en Afrique francophone.

Matériel et méthodes :
Enquête multinationale par questionnaire qualitatif auprès d'experts et de cliniciens impliqués dans la prise en charge de la douleur liée au cancer, portant sur : un état des lieux actualisé du contexte organisationnel, législatif et sociétal ; les pratiques, les besoins, les freins perçus, et les leviers identifiés pour améliorer cette prise en charge.

Résultats :
70 praticiens de pays d'Afrique Francophone ont complété le questionnaire. Les principaux freins identifiés étaient : manque de services disponibles en médecine de la douleur ou palliative ; nombre insuffisant de médecins spécialistes de la douleur ; formation insuffisante des médecins à l'évaluation et la prise en charge de la douleur ; réticences culturelles des patients ; contraintes administratives liées à la prescription des antalgiques morphiniques forts ; disponibilité et coût des médicaments.

Conclusion :
La formation sur la douleur est un levier essentiel pour réduire l'insuffisance de traitement de la douleur du cancer en Afrique francophone. La disponibilité des médicaments et les réseaux de distribution doivent être améliorés. Des recommandations cliniques et pharmacologiques adaptées aux pays en développement semblent nécessaires.

African Palliative Care Association. (2023). Palliative care in Africa: the need. Retrieved April 28, 2023, from African Palliative Care Association: https://www.africanpalliativecare.org/awareness/palliative-care-in-africa-the-need/
Ahmedzai, S. H., Bautista, M. J., Bouzid, K., Gibson, R., Gumara, Y., Hassan, A., . . . Wang, J. J. (2019). Optomizing cancer pain management in resource limited settings. Supportive Care in Cancer, 27, 2113-2124. doi:doi.org/10.1007/s00520-018-4471-z
Brennan, F. (2007). Palliative care as an international human right. J Pain Symptom Manage, 33(4), 494-499. doi:doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.022
Centre for Disease Control and Prevention. (2021, January 26). Opioid Basics. Retrieved May 3, 2023, from Commonly used terms: https://www.cdc.gov/opioids/basics/terms.html

Cheung, C. W., Choo, C. Y., Kim, Y.-C., Lin, F. S., Moon, S.-H., Osio-Salido, E., . . . Bhagat, A. (2016). Collaborative efforts may improve chronic non-cancer pain management in Asia: findings from a ten-country regional survey. Journal of Pain Relief, 5(1), 225. doi:doi:10.4172/2187-0846.1000225
Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, G., Adler, J. A., Ballantyne, J. C., Davies, P., . . . Miaskowski, C. (2009). Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. J Pain, 10(2), 113-30. doi:doi: 10.1016/j.jpain.2008.10.008
Clark, J., Gnanapragasam, S., Greenly, S., Pearce, J., & Johnson, M. (2021, January). Perceptions and experiences of laws and regulations governing access to opiods in South, Southeast, East and Central Asia: a systematic review, critical interpretative synthesis and development of a conceptual framework. Palliat Med, 351, 59-75. doi:doi: 10.1177/0269216320966505
Cleary, R., Powell, R. A., Munene, G., Mwangi-Powell, F. N., Luyirika, E., Kiyange, F., . . . Cherny, N. I. (2013). Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). Ann Oncol, 24(Suppl 11), 24-32. doi:doi.org/10.1093/annonc/mdt499
Duthey, B., & Scholten, W. (2014). Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. Journal of Pain and Symptom Management, 47(2), 283-297. doi:doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.03.015
Evenepoel, M., Haenen, V., De Baerdemaecker, T., Meeus, M., Devoogdt, N., Dams, L., . . . De Groef, A. (2022). Pain Prevalence During Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage, 63(3), e317-e335. doi:doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.011
Frau, S., Kananga, A. M., Kingolo, J. N., Kanyunyu, G. M., Zongwe, A. K., Tshilengi, A. N., & Ravinetto, R. (2021, December 9). Training on adequate use of opioid analgesics in West and Central Africa: a neglected step on the way to access to essential medicines? Journal of Pharaceutical Poliy and Practice, 14(104). doi:doi.org/10.1186/s40545-021-00388-7
Frenchside. (2023, March 8). Retrieved April 28, 2023, from List of French-speaking countries in Africa: https://frenchside.co.za/list-of-french-speaking-countries-in-africa/
Global Cancer Observatory. (2020). Cancer Today. Retrieved April 28, 2023, from Global Cancer Observatory: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&g
Gupta, S., & Atcheson, R. (2013). Opioid and chronic non-cancer pain. J Anaesthesiol Clin Pharmacol, 29(1), 6-12. doi:doi: 10.4103/0970-9185.105784
Hadjiat, Y., & Perrot, S. (2022). Cancer Pain Management in French-Speaking African Countries: Assessment of the Current Situation and Research Into Factors Limiting Treatment and Access to Analgesic Drugs. Front Public Health, 18(10), 846042. doi:doi.org/10.3389/fpubh.2022.846042
Hauser, W., Morlion, B., Vowles, K. E., Bannister, K., Buchser, E., Casale, R., . . . Škvarč, N. K. (2021). European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain – Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. European Journal of Pain, 25, 949-968. doi:doi.org/10.1002/ejp.1736
Hohenschurz-Schmidt, D., Sterling, M., Soderlund, A., & Stone, L. (2023). Generation and appraisal of evidence for integrative approaches to pain management. Retrieved May 2, 2023, from International Association of Pain: https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2023/04/integrative-approaches-to-pain-management-fact-sheet_R1.pdf
International Association for the Study of Pain. (2018, February). IASP. Retrieved May 10, 2023, from Opioids for pain management: https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/opioids-for-pain-management/
Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Shotwell, M., Han, X., & McQueen, K. (2016, September). A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. Anesthesia & Analgesia, 123(3), 739-748. doi:DOI: 10.1213/ANE.0000000000001389
Kim, Y.-C., Ahn, J. S., Calimag, M. P., Chao, T., Ho, K., Tho, L., . . . Bhagat, A. (2015). Current practices in cancer pain management in Asia: a survey of patients and physicians across 10 countries. Cancer Medicine, 4(8), 1196-1204. doi:doi.org/10.1002/cam4.471
Morais, C., Moyano, J., Belton, J., & Moyo, N. (2022, January 18). International Association of Pain. Retrieved May 2, 2023, from Global inequalities in pain treatment: how future research can address

this better:
https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/global-inequities-in-pain-treatment-how-future-research-can-address-this-better/
Quinten, C., Coens, C., Mauer, M., Comte, S., Sprangers, M. A., Cleeland, C., . . . Bottomley, A. (2009, September). Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. Lancet, 10(9). doi:doi: 10.1016/S1470-2045(09)70200-1
Sankaranarayanan, r., Swaminathan, R., Brenner, H., Chen, K. S., Chen, J. G., Law, S. C., . . . Al-Hamdan, N. (2020, February). Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. Lancet oncol, 11(2), 165-173. doi:doi: 10.1016/S1470-2045(09)70335-3
Scarborough, B. M., & Smith, C. B. (2018, May). Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. CA Cancer J Clin, 68(3), 182-196. doi:doi: 10.3322/caac.21453
Sehgal, N., Colson, J., & Smith, H. S. (2013). Chronic pain treatment with opioid analgesics: benefits versus harms of long-term therapy. Expert Rev Neurother, 13(11), 1201-1220. doi:doi: 10.1586/14737175.2013.846517
Snijders, R. A., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. (2023). Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Cancers, 15(3), 591. doi:doi.org/10.3390/cancers15030591
The American Cancer Society. (2019). The Cancer Atlas. Retrieved April 28, 2023, from Pain control: Millions fo cancer patients, almost entirely in low- and middle-income countries, lack access to essentila pain medicines.:
https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/09/CA3_PainControl.pdf
United Nations. (1948). United Nations. Retrieved April 28, 2023, from Universal Declaration of Human Rights:
https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=Everyone%20has%20the%20right%20to%20a%20standard%20of%20living%20adequate,age%20or%20other%20lack%20of
United Nations. (2021). United Nations Office on Drugs and Crime. Retrieved May 5, 2023, from UNODC opioid strategy:
https://www.unodc.org/res/opioid-crisis/the-strategy_html/OpioidStrategy_factsheet-generic_WEB_updated_202111.pdf
van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijin, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Annals of Oncology, 18, 1437-1449. doi:doi:10.1093/annonc/mdm056
van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Jannsen, D. J. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage, 51(6), 1070-1090.e9. doi:doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
Vargas-Shaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. Can Fam Pgysician, 56(6), e202-5.
Ventafridda, V., Saita, L., Ripamonti, C., & De Conno, F. (1985). WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. Int J Tissue React, 7(1), 93-96.
WHO. (1996). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability (2 ed.). Geneva: World Health Organization.
WHO. (2020, January). World Health Organisation: Access to medicines and health products division. Retrieved May 3, 2023, from Scoping document: WHO Guideline on ensuring balanced national policies for access and safe use of controlled medicines:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/controlled-substances/scope-ensuring-balance-v5-jan-2020.pdf?sfvrsn=a13d7558_2
WHO. (2020a, August 5). World Health Organization. Retrieved May 2, 2023, from Palliative care:
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
WHO. (2021, September 30). World Health Organization. Retrieved May 1, 2023, from WHO model list of essential medicines - 22nd list, 2021:
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02
WHO. (2021a, September 30). World Health Organization. Retrieved May 1, 2023, from WHO Model List of Essential Medicines for Children - 8th list, 2021:
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.03
World Health Organization. (2022, December 10). World Health Organization. Retrieved April 28, 2023, from Human Rights:

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=The%20right%20to%20health%2C%20as,consensual%20medical%20treatment%20and%20experimentation).

PO_34 - Patterns d'activité pour gérer la douleur et facteurs associés chez des patients avec syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ou trouble du spectre de l'hypermobilité : Résultats préliminaires.

D. Attali*(1), R.Jaussaud(2), F.Jedryka(3), E.Viel(4), J.Montoy(3), C.Baeza-velasco*(5)

(1)Université Paris Cité, Boulogne-billancourt, France, (2)CHU Nancy, Nancy, France, (3)CHU Nîmes, Nîmes, France, (4)CHU de Nîmes, Nîmes, France, (5)Université Paris Cité, Montpellier, France

Contexte et objectif :
Le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) et les troubles du spectre de l'hypermobilité (TSH) sont deux pathologies héréditaires du tissu conjonctif dont la douleur chronique est l'un des principaux symptômes (Malfait et al., 2017). On sait que les répercussions fonctionnelles de la douleur sont modulées par les patterns d'activité que la personne adopte. Les patterns évitant (éviter l'activité pour diminuer la douleur) et persistant (persister dans des haut niveaux d'activité malgré la douleur) sont dysfonctionnels car ils entrainent une majoration de la douleur (Racine et al., 2018). En revanche, le pattern modulant (réguler son activité en fonction de la douleur) est considéré plus adapté (Andrews et al., 2012). Cette étude vise dans un premier temps à explorer l'existence de patterns d'activité dysfonctionnels chez les personnes atteintes de SEDh ou de TSH et leur association avec l'atteinte fonctionnelle. Dans un second temps, les déterminants somatiques et psychosociaux des patterns d'activité seront explorés.

Méthode :
Des adultes atteints de SEDh ou de TSH ont répondu à une série d'auto-questionnaires évaluant les patterns d'activité évitant, persistant et modulant ainsi qu'un ensemble de variables somatiques et psychosociales.

Résultats :
A ce jour, 46 personnes ont participé à l'étude. Les résultats préliminaires montrent une prédominance du pattern persistant. Le pattern évitant était associé à une limitation de l'activité en raison de difficultés physiques. Les deux autres patterns n'étaient pas associés au niveau de fonctionnement physique. L'utilisation du pattern évitant était prédite par la kinésiophobie mais également par le catastrophisme et la croyance en des répercussions fonctionnelles et au caractère lésionnel des douleurs. L'exploration des prédicteurs des patterns modulant et persistant était moins concluante.

Conclusion :
L'étude est toujours en cours. Néanmoins ces premiers résultats semblent confirmer la littérature concernant l'association entre évitement et moindre fonctionnement

physique. Par ailleurs, des facteurs psychologiques prédiraient l'utilisation du pattern évitant chez les personnes atteintes de SEDh et TSH.

- Andrews NE, Hon B, Strong J, Meredith PJ. (2012). Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: A systematic review and meta-analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93:2109-2121.
- Malfait F, Belmont J, Berglund B, et al. (2017). The 2017 international classification on the Ehlers–Danlos syndromes. American Journal of Medical Genetics, 175C:148–157.
- Racine M, Galàn S, de la Vega R, et al. (2018) Pain-related activity management patterns and function in patients with fibromyalgia syndrome. Clinical Journal of Pain, 34:122-129.

PO_35 - Innovation : Mise en place d'une PCA à Usage Unique lors des transferts de patient

I. Queneuille*(1), C.Thuillier*(1), J.Mistiaen(1), M.Basset-lidy(2), C.Pailler(2), L.Blondel(2), M.Locret(2)

(1)Gustave Roussy, Villejuif, France, (2)Gustave-roussy, Villejuif, France

A Gustave Roussy, dès 2013, se pose la question de la continuité de l'administration intraveineuse d'un antalgique opioïde lors de transfert d'un patient vers une autre structure de soins. La qualité des soins et la sécurité pour le patient pendant le transfert ont été un objectif à atteindre depuis plusieurs années. En effet, l'impossibilité de s'administrer des bolus (doses supplémentaires) et l'absence d'un débit de perfusion constant fiable ont été les deux problématiques principales pour le transport. Courant 2022, la pharmacie propose au Centre d'Etude et de Traitement de la Douleur (CETD) un diffuseur portable permettant d'administrer un antalgique en continu et de s'auto-administrer un bolus : PCA à Usage Unique ANAPLUS (PCA UU). Pour mettre en place ce dispositif à Gustave Roussy, un travail en collaboration avec la pharmacie, le CETD, le laboratoire (Asept InMed), le CLUD, la communication et le comité patient a été réalisé.

Ce travail a débuté par la création de plusieurs outils :
• Une prescription informatique sécurisée,
• Un poster et vidéo,
• Une fiche de liaison,
• Un livret d'information patient,
• Un questionnaire de traçabilité pour les infirmier(e)s Diplômés d'Etat (IDE),
• Une procédure de soins,
• Des formations des professionnels.

Le dispositif a été mis en place dans un service pilote dans un premier temps, avec une évaluation auprès de nos soignants et soignés. Puis un mois plus tard, il a été mis à disposition dans chaque service de Gustave Roussy pour tous les patients bénéficiant d'un transfert long. A ce jour un audit est en cours

Ce projet est une amélioration innovante sur la qualité des soins infirmiers, alliant la rencontre entre une expertise de terrain, une aspiration à la sécurité, au confort du patient toujours plus forte et les avancées techniques du matériel. Ceci permet aujourd'hui d'asseoir l'inventivité et la conscience professionnelle dont font preuve au quotidien les professionnels de santé de Gustave Roussy.

Bon Usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326099/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses-recommandations

CIRCULAIRE DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des

personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=10571

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578

PO_36 - Création d'une consultation douleur à destination des professionnels d'une association médico-sociale

E. Botton*(1), V.Simonnet(2), E.Quemeneur(3)

(1)ASSOCIATION LES GENETS D'OR, Brest, France, (2)LGO, Brest, France, (3)LGO Direction, Brest, France

Depuis 1963, l'association Les Genêts d'Or (LGO) s'engage, dans le Finistère, pour la prise en charge et l'accompagnement de personnes âgées et/ou en situation de handicap tout au long de la vie (polyhandicap, autisme et troubles envahissants du développement (TED), déficiences intellectuelles, handicaps psychiques…) Elle est constituée de 52 établissements et services, avec plus de 2500 places agréées, et 1700 professionnels en CDD et CDI. Après plus d'une quinzaine d'année de travail en commun (au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer), une algologue et une IRD ont souhaité mettre leurs compétences (Douleur et Soins Palliatifs), au service de ce public pour lequel l'accès aux soins reste complexe et parfois restreint. L'Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD), a démarré son activité au sein de l'association LGO en septembre 2022. Elle est intégrée au Pôle Santé de l'association. Leur travail fait l'objet d'une autre présentation.
Comme dans beaucoup de structures du médico-social et à l'instar de l'hôpital, l'investissement psychique et physique des salariés est important sur ces postes (manipulation, aide aux gestes de la vie quotidienne, transfert, chutes…) Aussi, des TMS, des douleurs apparaissent, la douleur chronique également. En rappelant qu'en France seuls 3% des 12 millions de douloureux chroniques en France ont accès à des consultations dédiées, la direction, attentive au bien-être de ses salariés, dans le contexte difficile que traverse le médico-social (après la crise sanitaire, des départs de professionnels...), a souhaité dans le cadre de la qualité de vie au travail, et après acceptation des 2 professionnelles de l'EMSD, l'accueil favorable du CSE, proposer des consultations douleur chronique pour les professionnels de l'association qui le souhaitent.

Une plaquette d'information a été dessinée et diffusée au sein des 52 structures.
Les consultations ont démarré sur un site dédié, en mai 2023.

PO_37 - Droit au QUT' Mettons un carton rouge à la douleur neuropathique

E. Kereun*(1), M.Lipari(1), M.Ibba(1), C.Le bris(1), A.Alfaiate(1), R.Cesarini(1)

(1)Unité douleur clinique Bouchard, Marseille, France

Nous proposons un retour d'expérience de l'utilisation du dispositif médical QTT, solution numérique dans l'accompagnement des patients traités par application de patch cutané de Capsaïcine 8% QUTENZA® 179 mg pour douleurs neuropathiques périphériques focales. Les douleurs neuropathiques étudiées sont identifiées par leur étiologie, l'ancienneté, le score au questionnaire DN4 et les traitements concomitants et antérieurs à la prise en charge par topique. QTT Solution est une suite logicielle (application Web + application mobile) qui indique la surface douloureuse de la zone de traitement d'un patient à l'aide d'un smartphone ou d'une tablette numérique.
Lors de la procédure d'application du patch, cette zone douloureuse est préalablement identifiée et tracée par le professionnel de santé qualifié. QTT Solution scanne ensuite la zone tracée à traiter et en indique la surface. Par la comparaison des surfaces de traitement actuelles et antérieures, ce dispositif permet de suivre l'évolution de(s) zone(s) traitée(s) et de quantifier l'amélioration clinique du patient. Cet outil permet de réaliser une évaluation de l'évolution de l'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle numérique, et propose d'autres échelles optionnelles d'évaluation (score du PGIC qualité de vie, questionnaires multidimensionnels). L'Unité douleur de la Clinique Bouchard a inclus 181 patients sur l'année 2022 et a réalisé entre 1 et 4 applications pour chacun.

Les conclusions de cette expérience ouvrent plusieurs perspectives :
-L'intérêt du développement de l'outil numérique dans le suivi algologique des patients.
-L'optimisation du suivi du protocole thérapeutique topique antalgique par un dialogue plus riche entre le patient et son médecin sur la base des données enregistrées dans QTT
-La facilitation du partage du suivi des patients traités par Qutenza®, entre professionnels de santé
- L'amélioration de la gestion des patients ainsi que l'organisation des soins (gestion de planning, rappels, notifications).

Alors, CAP' ou pas CAPsaïcine ?

D.Bouhassira, N.Attal, J.Fermanian, H.Alchaar, M.Gautron, E.Masquelier, S.Rostaing, M. Lanteri-Minet, E.Collin, J.Grisart, F.Boureau. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain 2004, 108(3) :248-257.
X. Moisset et al.Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises Douleur analg. DOI 10.3166/dea-2020-0113

Gisèle Pickering et al. Traitements topiques et douleur neuropathique localisée. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement, 2019, 20, pp.4 - 11.

PO_38 - Intérêt de la mise en place d'un HDJ pluriprofessionnelle d'évaluation des douleurs chroniques séquellaires dans un centre de lutte contre le cancer.

S. Hakimi*(1), A.Rollot(1), F.Piloquet(1)

(1)ICO René Gauducheau, Saint herblain, France

Dans le cadre du parcours de soins oncologique, notre prise en charge du patient intègre également la réhabilitation post-cancer. Notre activité de soins du support, nous confronte quotidiennement aux symptômes douloureux séquellaires/chroniques. Il s'agit volontiers du symptôme le plus invalidant pour les patients, y compris une fois la pathologie oncologique en rémission clinique. La douleur devient alors un frein à la réinsertion entrainant un retentissement multidimensionnel. Dans un certain nombre de cas, la douleur séquellaire revêt un caractère complexe, intriquant une composante organique avec une dimension cognitive/affective. L'algologue peut alors se retrouver démuni face à l'échec des thérapeutiques classiques chez ces patients.
C'est sur ce terrain que le court-séjour douleur (CSD) a été déployé de façon « standardisée » dans notre établissement. Cette hospitalisation de jour voit son indication posée par l'algologue face à des douleurs chroniques (séquellaires des traitements oncologiques ou non séquellaires mais décompensée en raison de la prise en charge oncologique) dont au moins un facteur de renforcement a été identifié (syndrome anxiodépressif ou antécédent de troubles thymiques, comorbidités douloureuses, difficultés familiale/financière/professionnelle, incompréhension/fausse croyance par rapport à la douleur). Le CSD est rythmé par quatre interventions systématiques (évaluation infirmière douleur, psychiatre, kinésithérapeute, algologue), et permet une évaluation pluridisciplinaire et intégrative du patient présentant des douleurs chroniques ou séquellaires et une meilleure orientation vers des pistes de prises en charge transversales. Ce temps d'évaluation nous a permis de mettre en évidence la dimension psychotraumatique dans le cadre de la douleur ; qu'elle soit inhérente au vécu douloureux seul, ou intriquée à une réactivation par le processus douloureux d'antécédents psychotraumatiques anciens, et notamment sexuels. Nos entretiens psychiatriques ont révélé une surreprésentation de ce type d'évènements auprès des patients reçus en CSD. Nous avons ainsi recueilli l'expression de psychotraumatismes (évènements de vie violents dans presque 60% des cas) et particulièrement de psychotraumatismes sexuels (verbalisation d'antécédents d'agression sexuelle dans 35,7 % des situations cliniques). Des chiffres deux à trois fois supérieurs à ceux retrouvés en population générale. Des mécanismes similaires sont alors en jeu entre douleur et psychotraumatisme avec une hypervigilance accrue, des intrusions psychiques, une amplification somatosensorielle, un vécu de perte de contrôle. La perception, par le patient, d'un temps d'évaluation pluridisciplinaire accès sur le vécu douloureux rend plus acceptable, pour lui, la consultation psychiatrique. Les défenses psychiques étant moins intenses, le CSD nous permet alors d'accéder à des

éléments du parcours de vie plus difficiles, de l'accompagner dans l'élaboration de son histoire et de la plainte algique.
L'acceptation des propositions thérapeutiques, pharmacologiques comme psychologiques, effectuées à l'issue des CSD n'en est que plus grande.

Green, C. R., Hart-Johnson, T., & Loeffler, D. R. (2011). Cancer-related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. Cancer, 117(9), 1994-2003.
Burton, A. W., Fanciullo, G. J., Beasley, R. D., & Fisch, M. J. (2007). Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. Pain Medicine, 8(2), 189-198.
Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., Lebugle, A., Lejbowicz, T., Mazuy, M .. & Dupuis, J. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population & Sociétés, 538, 1-4. https://doi.org/10.3917/popsoc.538.0001

PO_39 - Utilisation de la réalité virtuelle pour des soins dermatologiques douloureux

J. Guillet-belaud(1), C.Emonet(1), M.Lanquetuit(1), P.Carvalho*(1)

(1)chu, Rouen, France

Méthode :
Nous avons réalisé une étude prospective non randomisée dans le service de Dermatologie lors de la réalisation de gestes techniques présumés douloureux ou anxiogènes : injections, soins de plaies chroniques, photothérapie dynamique... Tous les patients acceptant d'utiliser le casque de réalité virtuelle étaient inclus, quel que soit l'âge et s'ils ne l'avaient jamais utilisé auparavant. Nous avons choisi de prendre le patient comme son propre témoin. La période de l'étude était du 1er mars 2021 au 7 mars 2022. Le patient avait deux fois le même soin (1 avec casque et 1 sans casque) dans un laps de temps d'une semaine maximum.
Un casque de réalité virtuelle était posé, le patient choisissait parmi 4 scènes (forêt, plage, l'espace, montagnes) pour une séance de 10 ou 20 minutes, en fonction de la durée du soin. Les traitements médicamenteux antalgiques ou anxiolytiques déjà en place, s'il y en avait, étaient inchangés lors de l'évaluation. Un questionnaire était remis au patient évaluant le niveau d'anxiété et de douleur ressenties lors du soin, avec casque et sans casque, toutes deux sur une échelle standardisée allant de 1 à 10.

Résultats :
Nous avons inclus durant cette période 40 patients âgés de 18 ans à 88 ans (moyenne d'âge 72 ans). Concernant le type de soin, il s'agissait d'injections de toxine botulinique (14 cas), photothérapie dynamique (5 cas), réfections de pansements de plaies chroniques (20 cas) et 1 injection de Rituximab intra-lésionnel. Lors des soins, la douleur sans casque était de 6,5 en moyenne et avec casque de 4,8 soit une réduction de 26%. L'anxiété sans casque était de 5,1 en moyenne et avec casque de 3,7, soit une réduction de 27%. Ces résultats étaient statiquement significatifs ($p< 0,001$). La réduction de la douleur était de 20% pour les injections, de 38% pour les réfections de pansements et de 7% pour les séances de photothérapie dynamique. 82% des patients étaient satisfaits et favorables à une nouvelle utilisation du casque de réalité virtuelle.

Conclusion :
Nos résultats montrent une efficacité significative et conséquente de la réalité virtuelle sur l'anxiété et la douleur lors des soins dermatologiques. Plusieurs études randomisées et méta-analyses ont montré l'intérêt de cet outil pour la réalisation d'épidurales, soins dentaires, fibroscopies, et pour des soins pédiatriques. La réalité virtuelle en Dermatologie montre ici également un réel intérêt dans la qualité de la prise en charge des patients, pour différents types de soins, en complément des prises en charge classiques

Eijlers R, Utens EMWJ, Staals LM, de Nijs PFA, Berghmans JM, Wijnen RMH, et al. Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety. Anesth Analg. nov 2019;129(5):1344-53.
Lachkar S, Gervereau D, Lanquetuit M, Thiberville L, Pradier HM, Roger M, et al. Hypnosis associated with 3D immersive virtual reality technology during bronchoscopy under local anesthesia. J Thorac Dis. sept 2022;14(9):3205-10.
Smith V, Warty RR, Sursas JA, Payne O, Nair A, Krishnan S, et al. The Effectiveness of Virtual Reality in Managing Acute Pain and Anxiety for Medical Inpatients: Systematic Review. J Med Internet Res. 2 nov 2020;22(11):e17980.
Harper HE, Hirt PA, Lev-Tov H. The use of virtual reality in non-burn dermatological care - a review of the literature. J Dermatol Treat. févr 2022;33(1):48-53.
Pathoulas JT, Flanagan KE, Walker CJ, Pupo Wiss IM, Collins M, Ali S, et al. Use of virtual reality during scalp injections: A randomized interventional crossover study. J Am Acad Dermatol. nov 2022;87(5):1091-3.
Hoffman HG, Patterson DR, Seibel E, Soltani M, Jewett-Leahy L, Sharar SR. Virtual reality pain control during burn wound debridement in the hydrotank. Clin J Pain. mai 2008;24(4):299-304.

PO_40 - Evaluation de la douleur peropératoire dans la chirurgie de la cataracte a propos de 291 cas

A. Hammouche*(1), H.Djeghri(2), H.Makhloufi(2), A.Benabbes(2)

(1)CHU Dr BENBADIS, Constantine, Algeria, (2)chu constantine, Constantine, Algeria

Introduction :
Le principal facteur d'une bonne prise en charge opératoire dans la chirurgie de la cataracte est le contrôle de la douleur qui repose sur le ressenti du patient, ce qui la rend difficile à évaluer chez une population âgée. Une douleur oculaire pendant l'acte opératoire chez un malade éveillé provoque une gêne considérable pour le patient et pour le chirurgien.et peut être à l'origine de complication fonctionnelle irréversible. De plus la chirurgie de la cataracte constitue un facteur d'anxiété important qui peut se traduire par une agitation ou un refus de coopération de la part du patient pendant l'opération.
Patients et méthodes : C'est une étude prospective observationnelle monocentrique le recueil des données a été effectué au moment de la réalisation de la péribulbaire et en fin d'intervention nous avons évalué la douleur par échelle EVS
L'estimation de l'anxiété est réalisée par le score APAIS avec une évaluation de la douleur selon les tranches d'âge de dix ans, le genre, les délais d'attente pré operatoire, la durée de l'intervention et le score APAIS

Résultats :
291 personnes âgés de 65 ans ou plus admis durant la période 2017 jusqu'au 2019, pour la prise en charge opératoire d'une cataracte sous péribulbaire. L'âge moyen du recrutement est de 73,14 ± 6,74 ans. Le score moyen de la douleur à l'injection est de 1,96 (min 0 - max3). En peropératoire on a noté un score moyen de la douleur de 0,15 (min 0-max 1). Le score 3 de EVS est noté chez les femmes plus que les hommes.et chez la tranche d'âge entre 65 ans et 74 ans (Khi2 =59,28, p <0,0001
Le score élevé de la douleur (3) se voit dans le groupe des patients qui ont passé plus de 2 heures avant leurs entrées au bloc opératoire. Il existe une relation entre la perception de la douleur et le score APAIS élevé (khi 2=0,51 p <0,0001)

La discussion :
Les scores de la douleur à l'injection du produit anesthésique est plus intense que le score de douleur peropératoire ceci est proche de la littérature. En peropératoire les scores élevé de la douleur sont constatés pour les interventions de longue durée et chez les patients dont les délais d'attente pré operatoire dépassent les deux heures ainsi que chez les patients dans le score APAIS est élevé.

Conclusion :

Les scores élevés de la douleur se voient au moment de l'injection du produit anesthésique. Les différentes séries ont montré des scores de douleur faibles en per operatoire La péribulbaire est un geste peu douloureux, mais fortement anxiogène.

Références bibliographiques :

1- R. S. E. Roussel, « EVALUATION DE L'INNOCUITE DE L'ANESTHESIE EPISCLERALE DANS LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE », 2019

2-A. S. Dembélé, « TOLERANCE ET EFFICACITE DE L'ANESTHESIE PERIBULBAIRE DANS LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE. », MALI Med., vol. 35, no 2, 2020.

3-W. Ouijidi et al., « Stratégie simplifiée de la prise en charge anesthésique de la chirurgie de la cataracte au CHU MOHAMMED VI OUJDA », J. Société Marocaine D'Ophtalmologie, vol. 30, no 1, p. 32-42, 2021

4- H. Clausel et al., « Anesthésie péribulbaire: efficacité d'une seule injection et d'un volume d'anesthésiques locaux limité », J. Fr. Ophtalmol., vol. 31, no 8, Art. no 8, 2008

5- A. P. Mingnonsind.D Boua N. ,. Kone N. ,. Boni S. ,. Kouassi JL ,. Kacou SA ,. Fanny A. et Ango PD , Boua N , Kone N , Boni S , Kouassi JL , « Safety and efficacyofperibulbar anesthesiaperformed byananesthesiologistduring cataract surgeryin theophthalmology department of Treichville's teaching hospital », Cote D' ivoire, 2012

6- N. Moerman, F. S. van Dam, M. J. Muller, et H. Oosting, « The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) », Anesth. Analg., vol. 82, no 3, p. 445-451, 1996

PO_41 - Discordance entre l'auto-évaluation du patient et le ressenti du soignant : quelles conséquences dans la prise en charge de la douleur à domicile ? Annabelle Guillon, Anne Fourquier, Julien Nizard

A. Guillon*(1), A.Fourquier(2), J.Nizard(3)

(1)HOPITAL A DOMICILE NANTES ET REGION, Orvault, France, (2)HOPITAL A DOMICILE NANTES ET REGION, Nantes, France, (3)Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de Thérapeutique, CHU et Université de Nantes, Nantes, France

Introduction :
La discordance entre l'auto-évaluation du patient et le ressenti du soignant est courante. Mais selon quel critère l'infirmière continue-t-elle la prise en charge ? Se base-t-elle sur son ressenti ou le met-elle de côté et fait-elle « ce que le patient lui demande » ? Nous avons décidé d'étudier la discordance entre l'autoévaluation du patient et le ressenti du soignant et ses conséquences sur la prise en charge de la douleur à domicile.

Objectif :
Comprendre les réactions des infirmières lorsque leur ressenti n'est pas en phase avec l'auto-évaluation du patient et d'analyser ce qu'elles ont mis en place lors de cette différence avec les conséquences qui peuvent en découler.

Méthode :
Cette étude a porté sur l'analyse des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur à domicile. Une enquête par sondage a été menée auprès d'un échantillon représentatif de quarante-quatre infirmières, parmi lesquelles vingt-quatre infirmières HAD et vingt infirmières libéraux.

Résultats et conclusion :
Les infirmières ont tenté de garder le lien de confiance établi avec leurs patients en discutant de la discordance constatée lors de l'évaluation de la douleur. Cependant, la plupart d'entre elles ont continué la prise en charge selon leur ressenti, ce qui peut avoir des conséquences sur l'alliance thérapeutique, la majoration des douleurs du patient, et la perte de confiance en l'équipe soignante. Il n'existe aujourd'hui pas d'outil qui permet de mesurer objectivement la douleur. C'est pourquoi il est primordial de faire primer l'autoévaluation du patient plutôt que le ressenti du patient. A propos des différentes actions mises en place, les infirmières se concentrent sur l'aspect médical et peuvent oublier les différentes composantes, notamment cognitivocomportementales de la douleur. En omettant cette dernière, l'infirmière ne prend pas en charge suffisamment globalement la douleur, souvent complexe. Les résultats ne sont pas les mêmes concernant les conséquences sur la prise en charge selon si l'autoévaluation est haute ou basse. Si l'autoévaluation est haute, il existe plusieurs retentissements : ralentissement de la prise en charge, non écoute du patient, errance de diagnostic, perte

de confiance envers le soignant. Si l'autoévaluation est basse, il parait cohérent qu'il y ait moins de conséquences sur la prise en charge. En effet, la prise en charge peut paraitre moins compliquée- lorsque le patient sous-estime la douleur du patient. L'infirmière propose alors des solutions mais respecte les choix du patient.

PO_42 - Fiabilité d'un outil de quantification de la surface et de l'intensité de la douleur via une interface tactile numérique

A. Ounajim(1), J.Deneuville(2), M.Roulaud(1), K.Nivole(1), P.Rigoard(1)

(1)CHU de Poitiers Laboratoire PRISMATICS, Poitiers, France, (2)Institut Pprime UPR 3346, CNRS – Université de Poitiers – ISAE-ENSMA, Poitiers, France

Introduction :
En ce début de millénaire, nous assistons à une transition épidémiologique des maladies mortelles vers les affections non mortelles mais invalidantes, avec en chef de file la douleur chronique [1]. Par son caractère multidimensionnelle et subjectif, l'évaluation de la douleur reste un challenge. Dans cette optique, le logiciel PRISMap a été développé pour permettre de quantifier la surface et l'intensité douloureuse du patient au moyen d'une tablette numérique [2]. L'objectif de cette étude était de déterminer la fiabilité de ce nouvel outil d'évaluation de la surface et de l'intensité des douleurs chez des patients douloureux.

Matériel et méthodes :
La collecte de données a été réalisée en cabinet libérale de kinésithérapie au cours de consultations de patients douloureux. Un avatar adapté à l'indice de masse corporelle du patient était généré sur une interface tactile. Le patient dessinait les zones douloureuses selon 4 intensités : très intense, intense, modérée et faible. La surface (cm^2) douloureuse totale, ainsi que celles correspondant à chaque intensité étaient recueillies à un instant T, puis à un intervalle de 5 minutes. La fiabilité et la concordance des mesures obtenues étaient estimées à partir des Coefficients de Corrélation Intraclasse (CCI) de la surface douloureuse totale et par intensité, ainsi que par la différence moyenne de surface totale entre deux cartographies par la méthode de Bland-Altman [3] et les pourcentages d'intersection pour les surfaces globales et par intensités.

Résultats :
La surface moyenne totale de douleur était de 507,9±438.2 cm^2 lors de la mesure initiale. Les CCI [CI95%] entre la mesure initiale et 5 minutes après sont de 0,98 [0,97;0,99] pour la surface totale, 0,97 [0,94;0,99] pour les douleurs très intenses, 0,96 [0,91 ; 0,98] pour les douleurs intenses, 0,93 [0,86;0,96] pour les douleurs modérées, et 0,93 [0,83;0,97] pour les douleurs faibles. La différence moyenne entre deux surfaces est de 3,6 cm^2 CI95% = [-30,9;23,6]. Les moyennes des pourcentages d'intersection sont 74±14% pour la surface totale, 62±31% pour les douleurs très intense, 75±16% pour les douleurs intenses, 70±20% pour les douleurs modérées, et 73±16% pour les douleurs faibles.

Discussion / Conclusion :

Les métriques de fiabilité pour les surfaces de douleur calculées par PRISMap sont excellentes avec des intervalles de confiances resserrés. Les différences moyennes entre les deux temps de mesure sont très faibles et les pourcentages d'intersection entre deux cartographies sont élevés. Ces résultats indiquent que la cartographie des douleurs à partir de l'interface numérique PRISMap est reproductible et peut être utilisé en soins courants dans l'optique d'apporter des mesures objectives fiables de la douleur chez les patients en consultation douleur.

[1] Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020 Oct;396(10258):1204–22.

[2] Rigoard P, Nivole K, Blouin P, Monlezun O, Roulaud M, Lorgeoux B, et al. A novel, objective, quantitative method of evaluation of the back pain component using comparative computerized multi-parametric tactile mapping before/after spinal cord stimulation and database analysis: The "Neuro-Pain't" software. Neurochirurgie. 2015 Mar;61:S99–108.

[3] Martin Bland J, Altman DouglasG. Statistical Methods for Assessing Agreement Between Two Methods of Clinical Measurement. The Lancet. 1986 Feb;327(8476):307–10.

PO_43 - Prise en charge de douleur neuropathique chronique par les médecins du Centre Hospitalier de Cholet. Résultats d'une enquête descriptive

S. Al samawi*(1)

(1)Médecine polyvalente - CH de Cholet, Cholet, France

Les douleurs chroniques ont un retentissement majeur tant sur le plan fonctionnel que sur le plan socio-économique. Les douleurs neuropathiques sont souvent sous diagnostiquées et sous traitées. On estime que ces dernières concernent 7 à 8% de la population générale. Dans cette étude nous avons évalué la prise en charge des douleurs neuropathiques par une étude monocentrique en distribuant un questionnaire aux médecins de centre hospitalier de Cholet afin d'évaluer leurs pratiques. 53 données ont été recueillies, 46.15% médecins se basent sur l'interrogatoire l'examen physique et les échelles standardisées, 42.3% se basent sur l'interrogatoire et l'examen physique, 11.5% se basent sur l'interrogatoire seul, 66% utilisent le questionnaire DN4 seul ou combiné à l'EVS et/ou l'EV A. Les radiculopathies, la neuropathie diabétique, les AVC et les douleurs post- zostériennes étaient les étiologies les plus fréquentes, 40 % des praticiens ont des prescriptions parfaitement conformes en première intention et 23% en deuxième intention dans la douleur neuropathique périphérique ou centrale. En revanche, 72,9 % des praticiens respectent les recommandations dans le traitement de la DN périphérique localisée, à noter que le paracétamol, AINS et codéine sont présents dans 16 % des prescriptions, les médecines complémentaires sont très peu présentes dans les propositions thérapeutiques des praticiens. L'étiologie, l'intensité et les caractéristiques de la douleur, les antécédents du patient, les interactions médicamenteuses ont une très forte influence sur la prescription du médecin, ils disent à 44% être moyennement influencés par les recommandations.
Le fréquent sous diagnostic de douleur neuropathique n'apparait pas chez les médecins de centre hospitaliser de Cholet. Leur traitement est lui sous optimal dans les douleurs périphériques ou centrales et optimal dans la DN périphérique localisée. Les médecins se déclarent majoritairement insuffisamment formés aux différentes thérapeutiques.

[1] HAS, Douleurs chroniques : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures

spécialisées. 2009. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_813396/fr/douleur-chronique-les-aspects-organisationnels

[2] Bouhassira D, Lantéri-MinetM, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population Etude STOPNEP (Study Of Prevalence of Neuropathic Pain). Pain 2008 ; 136 : 380-7
[3] Ministère de la santé et des sports [10 septembre 2010] disponible à partir de l'adresse URL :<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur>.
[4] Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.

[5] Berthelot JM, Nizard J, Maugars Y. Opioids can paradoxically induce severe pain. Joint Bone Spine 2018 ; 85 : 655-657.
[5 bis] Moulin, D., A. J. Clark, et al. Chronic pain in Canada, prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia.Pain Res Manage 2002 ; 7 : 179-184.
[6] Berger A, Dukes EM, Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. J. Pain. 2004 ; 5(3) :143-9.
[6 bis] Raja SN, Carr DB, Cohen M et coll. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976–82
[7] McDermott A, Toelle T, Rowbotham D, Schaefer C, Dukes E. The burden of neuropathic pain : results from a cross-sectional survey. European Journal of Pain 2006 ; 10 : 127- 135.
[8] Dieleman JP, Kerklann J, Huygen FJ, Bouma PA, Sturkenboom MC. Incidences rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. Pain 2008;137:681-8.
[9] Hall GC, Caroll D, Parry D, McQuay HJ. Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. Pain 2006;122:156-62.
[10] Rey R. Histoire de la douleur. 2e Ed., Paris : La Découverte et Syros ; 2000 : 420 .
[11] Atallah F, Guillermou Y. L'Homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2004 ; 23 : 722-729. 126

41
[12] Garrigue B. Historique de la prise en charge de la douleur par les infirmiers en urgence. Chap. 53 SFMU (Société Française de Médecine d'Urgences) 2007.
[12 bis] Histoire de l'Anesthésie et la Réanimation www.histanestrea-france.org et biographie http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/morton_w_t_g.htm.
[13] Diderot et D'Alembert, Encyclopédie article « douleur », tome V.
[14] Larrey D J, Mémoires de chirurgie militaire et campagnes, Paris, 1. Smith et F. Buisson, 1812-1817,4 vol.; voir t.1 (1812), B.
[15] Lamouille V. Histoire de la prise en charge de la douleur dans son contexte de savoir et de pensée. Thèse Université Nancy : 2001.
[16] SFETD Livre blanc de la douleur 2017, https://www.sfetd-douleur.org/les-livres-blancs/
[17] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005; 114: 29-36.
[18] Bouhassira D, Chassany O, Gaillat J, Hanslik T, Launay O, Mann C, Rabaud C, Rogeaux O, Strady C. Patient perspective on herpes zoster and its complications: an observational prospective study in patients aged over 50 years in general practice. Pain. 2012 Feb;153(2):342-9.
[19] Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients: a French cross-sectional study. PLoS One. 2013 Sep 13;8(9):e74195.
[20] Bouhassira D, Luporsi E, Krakowski I. Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. Pain. 2017 Jun;158(6):1118-1125.
[21] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10: 287-333.
[22] Dualé C, Ouchchane L, Schoeffler P; EDONIS Investigating Group., Dubray C. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. J Pain. 2014 Jan;15(1):24.e1-24.e20
[23]Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle : IASP ; 1994
[24] Treede RD, Jensen TS, Campbell JN and al. Neuropathic pain : redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology 2008 ; 70 : 1630-5

42
[25] IASP Taxonomy - IASP [Internet]. [cité 26 nov 2014].Disponible sur: http://www.iasppain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Neuropathicpain
[26] SFETD ; Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur

neuropathique : une synthèse des recommandations françaises (2020) https://www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/

[27] Bennett M, Attal N, Backonja MM et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. Pain 2007 ; 127 : 199-203.
[28] Boureau F, Doubrere JF, Luu M. Study of verbal description in neuropathic pain. Pain 1990 ; 42 : 145 – 52.
[29] Melzack R. Pain Measurement and Assessment. New York : Raven Press, 1983.
[30] Galer BS, Jensen MP. Development and preliminary validation of a pain measure
[31] Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Pain 2001 ; 92 : 147 - 57.
[32] Krause SJ, Backonja M. Development of a neuropathic pain questionnaire. Clin J Pain 2003 ; 19 : 306 - 14.
[33] Bouhassira D, Attal N, Fermanian J et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain 2004 ; 108 : 248-257.

PO_44 - Evolution de la prévalence sur 23 ans du syndrome épaule main (SRDC) post AVC dans le service de MPR du CHU de Limoges

M. Berron*(1), M.Compagnat(2), R.Joste(2), J.Salle(2), J.Daviet(2)

(1)CHU LIMOGES, Limoges, France, (2)CHU MPR, Limoges, France

INTRODUCTION :
Le syndrome épaule main est une complication fréquente post AVC entrant une gêne fonctionnelle important[1]. Il semblerait que l'amélioration de la prise en charge ces dernière années s'accompagne d'une diminution de cette complication[2]. Nous avons décidé de réaliser une étude afin d'évaluer l'évolution sa prévalence au sein du service de rééducation du CHU de Limoges entre 1998 et 2021 au 3ème mois et à 3 semaine de l'AVC.

METHODE :
La population était composée de patients hospitalisés en rééducation dans le service de MPR en post AVC durant l'année de 1998, 2009 et 2021. Le recueil de données a été réalisé avant la fin du premier mois post AVC et au 3eme mois, pour le diagnostic de SDRC nous avons retenu les critères de GEURTS. Nous avons utilisé le score prédictif de Perrigot permettant de prédire l'incidence du SDRC à 3 mois de l'AVC selon 5 groupes allant de A à E.

RESULTATS :
Nous n'avons pas de trouvé de différence significative de la prévalence à 3 mois (p= 0,08) entre 1998 : 34,78 %, 2009 : 20,00 % et 2021 : 28,12%. A 3 semaines il existe une différence significative (p=0,01) avec une tendance à la diminution entre 1998 : 40,58 %, 2009 : 33,33 % et 2021 : 18%. On voit qu'il y a une augmentation de la prévalence en 2021 entre la 3ème semaine et le 3ème mois alors que ce n'était pas le cas en 1998 et 2009.

DISCUSSION/CONCLUSION :
Il semblerait qu'en 2021 les patients hémiplégiques développent des formes tardives SDRC au sein du service de rééducation de Limoges. Entre 1998 et 2009 un programme de prévention du SDRC avait été mis en place[3], il est donc nécessaire de sensibiliser de nouveau les équipes soignantes à cette problématique. Le score prédictif de Perrigot peut être utile pour cibler les patients à risque de syndrome épaule main.

[1] J. C. Daviet et al., « Algoneurodystrophie du membre supérieur de l'hémiplégique : facteurs cliniques de gravité et intérêt du score pronostique de Perrigot », p. 7.
[2] Y.-C. Su, Y.-H. Guo, P.-C. Hsieh, et Y.-C. Lin, « A Meta-Analysis and Meta-Regression of Frequency and Risk Factors for Poststroke Complex Regional Pain Syndrome », Medicina, vol. 57, no 11, p. 1232, nov. 2021, doi: 10.3390/medicina57111232.

[3] M.-L. Berthaud et J.-M. Bernard, « Optimiser la prise en charge de la douleur du membre supérieur chez le patient hémiplégique », 2009.

PO_45 - Evaluation d'une formation pour la prescription des morphiniques aux internes

A. Loret(1), B.Yvert(1), V.Saque(1), A.Cook(1), M.Coenen chron(1), I.Ferry(1), L.Pelet(1), S.Lecomte(1), A.Larousse(1), F.Remerand(1), S.Vibet*(2)

(1)chu tours/cetd, Tours, France, (2)CHU TOURS/ CETD, Tours, France

Au CHU de Tours, plusieurs évènements indésirables concernant les morphiniques remontent chaque année au CLUD concernant les prescriptions. Lors de nos passages dans les services, nous aidons nos collègues professionnels à prescrire et administrer les morphiniques. Fort de cette expérience, le CETD a développé un outil d'aide à la prescription destiné aux médecins, en parallèle d'un outil d'aide à l'administration destiné aux IDE. Ces plaquettes d'aide ont été présentées à la SFETD 2019 et sont protégées par une enveloppe SOLEAU. Dans le but d'initier une formation initiale des internes au CHU de Tours, nous avons évaluer notre formation. Nous avons distribuées les plaquettes à 18 internes avec un cours dédié d'une heure. Nous avons pu constater une évolution des apprentissages avec un questionnaire réalisé avant le cours et le même réalisé directement après le cours. Nous avons pu constater également moins d'évènements indésirables liés aux morphiniques depuis. Cet outil est désormais distribué à chaque rentrée d'interne au CHU de Tours.

PO_46 - Évaluation de la satisfaction de l'activité physique adaptée proposée lors de perfusion de tricycliques à domicile dans le cadre de douleurs chroniques rebelles.

B. Juszczak*(1), C.Greugny(2), I.Boitrel(4), B.Marguin(2), F.Troudi(2), A.Tokpo(2), K.Alhefeiti(2), M.Duraffourg(2), G.Pardey bracho(2), D.Bachmann(2), C.Castagnet(2), A.Lorin(2), C.Gov*(3)

(1)Perfnut Assistance Rhône Alpes, Beynost, France, (2)CETD, Lyon, France, (3)Cetd - Hospices civils de Lyon, Lyon, France , (4)Perfnut Assistance, Beynost, France

L'activité physique adaptée (APA) est définie et encadrée depuis le 1er mars 2017[1]. Sa pratique est adaptée aux aptitudes et motivations des patients et concerne les activités du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés. Les techniques mobilisées ne relèvent pas d'actes de rééducation réservés aux professionnels de santé [2].
Afin de diminuer les délais trop longs d'hospitalisation au CETD Lyonnais pour les douleurs chroniques rebelles, nous avons mis en place en janvier 2016, un protocole de perfusions à domicile pendant 10 jours de clomipramine ou amitriptyline. La satisfaction et la faisabilité a été évaluée en 2018 [3]. Depuis Juin 2022, ce protocole de service a été enrichi par la proposition de 4 séances d'APA au domicile des patients par un professionnel diplômé au rythme d'une par semaine. L'Objectif est d'évaluer la satisfaction des patients par un questionnaire non anonyme.
39 patients ont bénéficié de cette proposition. Aucun n'a refusé la prise en charge APA, cependant les séances ont été interrompues pour 1 patient à cause de douleurs importantes. 12 questionnaires ont été remplis. 75% des patients ont bénéficié de 4 séances et 25% de 3 séances. 58% ne connaissaient pas l'APA et ne pratiquaient aucune activité physique. 42% connaissaient et pratiquaient surtout la marche et le vélo. 100% des patients ont bénéficier pour la 1ère fois de cette prise en charge à domicile. 100% se disent satisfaits. 92% ont poursuivis seuls les exercices en inter séances et à distance des cures. 58% déclare une amélioration du fond douloureux et 50% une améliorations des pics douloureux. L'Intensité douloureuse passe d'un intervalle d'EN de [8-10] à [0-8] ; 1 patient n'arrivent pas à s'évaluer. Le retentissement positif est retrouvé sur la fatigue pour 2/12 patients, sur le sommeil pour 1/12, sur la vie quotidienne chez 3/12 et sur le bien être psychologique jusqu'à 4/12 patients.
La satisfaction des patients est au rendez-vous. Le couple cure de tricyclique-APA est bénéfique sur la douleur, la remise en mouvement et le bien être psychologique. Une étude comparant la cure médicamenteuse seule et celle avec APA sur un échantillon plus important permettrait probablement d'identifier ce qui revient à l'un, à l'autre ou aux deux.

La politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance lancée par la HAS [2] a toute sa place chez les patients douloureux chroniques qui sont souvent désadaptés aux efforts de la vie quotidienne.

[1] Code de la Santé Publique. Article L. 1172-1
[2]. Recommander les bonnes pratiques. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. HAS juillet 2022
[3]. Gov, Martin, Marguin, Curtet, Bouhamidi, Coppier, Durand, Bachmann, Castagnet, Caillet. Evaluation des perfusions de tricycliques à domicile dans le cadre des douleurs chroniques. SFETD congrés 2018

PO_47 - Utilisation de patchs de capsaïcine à haute concentration dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chroniques, évaluation de la réponse clinique et fonctionnelle

E. Sequeira*(1), G.Prum(2), S.Pouplin(3)

(1)Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Rouen, France, (2)CRMPR Les Herbiers, Bois guillaume, France, (3)CETD CHU Rouen, Rouen, France

Objectif :
l'équipe du CETD du CHU de Rouen propose un protocole de recherche clinique débuté en juin 2020 dont l'objectif principal est d'évaluer les répercussions fonctionnelles de la douleur et leurs évolutions chez les patients présentant des douleurs neuropathiques périphériques chroniques et naïfs de tout traitement par capsaïcine, afin de préciser le profil de bonne réponse à ce traitement.

Matériel et méthode :
Cette étude de cohorte est prospective, monocentrique, et réalisée au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) au CHU de Rouen. La durée de participation de chaque patient est de 6 mois, avec la pose de deux patchs renouvelés à 3 mois. L'amélioration du retentissement fonctionnel est évaluée pour 4 régions anatomiques douloureuses (membre inférieur, membre supérieur, rachis, thorax) par 4 échelles spécifiques (DASH score, MIF, échelle de Québec, EFMI) à 3 mois de chaque pose de patch. L'EVA, le NPSI, le PGIC et le SF- 36 sont aussi mesurés en tant que critères de jugement secondaires.

Résultats :
depuis juin 2020, 76 patients ont été inclus. Cinq patients ont interrompu l'étude après le 1er patch de QUTENZA®. Elle comprend 27 hommes et 44 femmes, dont l'âge moyen est de 45,4 ans. Les deux principales étiologies, toutes régions confondues, sont le SDRC de type 1 et le contexte post-chirurgical. Le groupe Membre Inférieur (MI) représente environ 50% de l'effectif total à ce stade de l'étude, encore en cours de réalisation. Il n'est pas mis en évidence d'évolution significative de l'EFMI et des autres échelles secondaires après la pose de deux patchs de QUTENZA®.

Conclusion :
à ce stade de l'étude, il n'est pas mis en évidence de façon significative d'amélioration des différents scores d'évaluation de la douleur, de ses répercussions fonctionnelles et de la qualité de vie. Ces premiers résultats sont encore difficiles à interpréter devant la faiblesse de l'effectif de participants ayant bénéficié de la pose de deux patchs de capsaïcine.

1. IASP Terminology - IASP.
Disponible sur: https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. mars 2005;114(1-2):29-36.
3. Cruccu G, Sommer C, Anand P, Attal N, Baron R, Garcia-Larrea L, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. Eur J Neurol. août 2010;17(8):1010-8.
4. Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain. avr 2004;108(3):248-57.
5. Anand P, Bley K. Topical capsaicin for pain management: therapeutic potential and mechanisms of action of the new high-concentration capsaicin 8% patch. Br J Anaesth. oct 2011;107(4):490-502.
6. Polydefkis M, Hauer P, Sheth S, Sirdofsky M, Griffin JW, McArthur JC. The time course of epidermal nerve fibre regeneration: studies in normal controls and in people with diabetes, with and without neuropathy. Brain J Neurol. juill 2004;127(Pt 7):1606-15.
7. Kennedy WR, Vanhove GF, Lu S-P, Tobias J, Bley KR, Walk D, et al. A randomized, controlled, open-label study of the long-term effects of NGX-4010, a high- concentration capsaicin patch, on epidermal nerve fiber density and sensory function in healthy volunteers. J Pain. juin 2010;11(6):579-87.
8. Nagy I, Sántha P, Jancsó G, Urbán L. The role of the vanilloid (capsaicin) receptor (TRPV1) in physiology and pathology. Eur J Pharmacol. 1 oct 2004;500(1-3):351-69.
9. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta- analysis. Lancet Neurol. févr 2015;14(2):162-73.
10. Lambert DG. Capsaicin receptor antagonists: a promising new addition to the pain clinic. Br J Anaesth. févr 2009;102(2):153-5.
11. Derry S, Lloyd R, Moore RA, McQuay HJ. Topical capsaicin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 7 oct 2009;(4):CD007393.
12. European Medicines Agency. 2018.
Disponible sur : https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/qutenza
32
13. Jones VM, Moore KA, Peterson DM. Capsaicin 8% topical patch (Qutenza)--a review of the evidence. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011;25(1):32-41.
14. England J, Wagner T, Kern K-U, Roth-Daniek A, Sell A. The capsaicin 8% patch for peripheral neuropathic pain. Br J Nurs Mark Allen Publ. 11 sept 2011;20(15):926-31.
15. Simpson DM, Robinson-Papp J, Van J, Stoker M, Jacobs H, Snijder RJ, et al. Capsaicin 8% Patch in Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. J Pain Off J Am Pain Soc. janv 2017;18(1):42-53.
16. Vinik AI, Perrot S, Vinik EJ, Pazdera L, Jacobs H, Stoker M, et al. Capsaicin 8% patch repeat treatment plus standard of care (SOC) versus SOC alone in painful diabetic peripheral neuropathy: a randomised, 52-week, open-label, safety study. BMC Neurol. 6 déc 2016;16(1):251.
17. QUTENZA (capsaïcine), antalgique local en patch. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831687/fr/qutenza-capsaicine- antalgique-local-en-patch
18. Mou J, Paillard F, Turnbull B, Trudeau J, Stoker M, Katz NP. Qutenza (Capsaicin) 8% Patch Onset and Duration of Response and Effects of Multiple Treatments in Neuropathic Pain Patients. Clin J Pain. avr 2014;30(4):286-94.
19. Maihofner C, Heskamp M-L. Prospective, non-interventional study on the tolerability and analgesic effectiveness over 12 weeks after a single application of capsaicin 8% cutaneous patch in 1044 patients with peripheral neuropathic pain: first results of the QUEPP study. Curr Med Res Opin. juin 2013;29(6):673-83.
20. Grégoire Prum (2018) Capsaïcine à haute-concentration : étude rétrospective de l'efficacité sur les douleurs neuropathiques- Mémoire de diplôme d'études spécialisées en Médecine Physique et de Réadaptation-Université de Médecine de Rouen.
21. Perrot S, Lantéri-Minet M. Patients' Global Impression of Change in the management of peripheral neuropathic pain: Clinical relevance and correlations in daily practice. Eur J Pain Lond Engl. juill 2019;23(6):1117-28.
22. Fermanian J. Validation of assessment scales in physical medicine and rehabilitation: how are psychometric properties determined ? Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys. juill 2005;48(6):281-7.

23. René F, Casimiro L, Tremblay M, Brosseau L, Lefebvre A, Beaudouin M, et al. Une version canadienne française du Lower Extremity Functional Scale (LEFS) : L'Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie I. Physiother Can. 1 avr 2011;63(2):242-8.
33

24. Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping DL, et al. The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. Spine. 1 févr 1995;20(3):341-52.
25. Yvanes-Thomas M, Calmels P, Béthoux F, Richard A, Nayme P, Payre D, et al. Validity of the French-language version of the Quebec back pain disability scale in low back pain patients in France. Joint Bone Spine. juin 2002;69(4):397-405.
26. CNFS. Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).
Disponible sur : https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-autonomie-pour-les-activites quotidiennes/mesure-d-independance-fonctionnelle-mif
27. DASH | Welcome to our website where you will find up-to-date information about the DASH Outcome Measure, the QuickDASH and related DASH.
Disponible sur : https://dash.iwh.on.ca/
28. QUESTIONNAIRE DASH- MEMBRE SUPERIEUR. 2000;5.
29. Cordesse G. Le questionnaire DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), un outil pour le bilan de l'épaule? Kinésithérapie Rev. 1 mai 2014;14(149):17-20.
30. Gummesson C, Ward MM, Atroshi I. The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. BMC Musculoskelet Disord. 18 mai 2006;7:44.
31. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. J Clin Epidemiol. nov 1998;51(11):1013-23.
32. Free online SF-36 score calculator - OrthoToolKit. Disponible sur : https://orthotoolkit.com/sf-36/
33. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. SAGE Open Med. 4 oct 2016;4:2050312116671725.

PO_48 - L'Algogériatrie : une nécessité de raison du fait du vieillissement croissant de la population française

I. Tapesar*(1), D.Paredes cevallos(2), C.Gov(3)

(1)CH Saint Jacques, Saint cere 46400, France, (2)Equipe pluridisciplinaire SSR PAP (Soins de Suite et de Rééducation Personne Agée Polypathologique), CH SAINT JACQUES, Saint cere 46400, France, (3)Centre de consultation et de traitement de la douleur du CHU de LYON, Hôpital Pierre Wertheimer, 59 boulevard pinel 69500 bron, France

Contexte :
La démarche gériatrique comprend historiquement l'abord global multidimensionnel (l'EGS[1] 1984), le concept de fragilité clinique[2] (2001) et les soins Intégrés (ICOPE[3] OMS 2019).
L'Epidémiologie de la douleur en gériatrie[4] : Une population hétérogène (20,5% en 2020), des douleurs persistantes (souvent sous-évaluées et sous traitées) 2,5 fois plus fréquentes entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans, 4 fois plus après 80 ans ; avec facteur de risque le plus fréquent de mauvais soulagement : un âge + de 70 ans. Pas d'étude épidémiologique spécifique chez les SA[5] dyscommunicants. Le SA[5] est un individu multiple[6], vulnérable[7] et polypathologique (65% jusqu'à 85 ans, 80% après 85 ans). En résulte une implication de plusieurs processus algogènes, responsables d'une expression algique souvent trompeuse où dépression masquée, troubles cognitifs et douleurs s'expriment souvent de façon semblable.

Objectif :
Améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur (aigue ou chronique) chez les SA[5] dès 65 ans en accord avec l'aspect législatif (Loi d'adaptation de la société au vieillissement 2016), le code de déontologie (Article 32, 37), et l'éthique médicale (bienfaisance, justice et proportionnalité) et la logique du parcours de santé.
Amortir le rôle du stress de la douleur comme facteur de risque de décompensation d'une fragilité clinique[2] et conséquemment d'une altération du paradigme de vieillissement.

Constat :
Le système de santé actuel est plus conçu pour les besoins de santé épisodiques qu'aux besoins de santé chroniques plus complexes liés au vieillissement. Les SA[5] sont souvent confrontés à des interlocuteurs nombreux (parcours fragmenté[8]), une attitude agéiste et une prise en soins centrée que sur les pathologies sans interventions pour éviter le déclin fonctionnel.

Perspective :
L'évaluation de la douleur fait partie intégrante de la démarche gériatrique. Pour plus de pertinence (Objectifs-Moyens), s'appuyer sur un modèle de soins intégrés opérant en

Gériatrie type ICOPE pour obtenir une triple évaluation Douleur–Cognition (interaction bidirectionnelle) - Capacités fonctionnelles[9] (interaction capacités intrinsèques[10] et environnement) avant de proposer des objectifs thérapeutiques (médicamenteux ou/et non) centrés sur le patient en tenant compte de ses souhaits et aspirations.

Conclusions :
Les spécificités algogériatriques sont d'abord liées au patient (cumul de syndrome gériatrique[11], poids des comorbidités actives, pathologies devenues fréquentes avec l'avancée en âge en incluant les atteintes cognitives, les spécificités thérapeutiques avec nécessité d'adapter les traitements à la fonction rénale, la polymédication et l'état nutritionnel). Les spécificités viennent également de l'entourage (patient isolé, conjoint polypathologique, interface psychosociale raréfiée), des soignants avec la nécessité d'une double compétence (gériatrique et algologique) et de l'institution (mise à disposition d'un personnel multidisciplinaire formé et d'un environnement professionnel adéquat).
L'HDJ[12] Algo gériatrique pourrait être le Gold standard.

[1] EGS pour Evaluation Gériatrique Standardisée.

[2] La fragilité clinique est caractérisée par une baisse de la capacité et des réserves fonctionnelles de divers systèmes physiologiques entraînant un dysfonctionnement précoce et disproportionné des mécanismes homéostatiques compensatoires.

[3] Programme ICOPE 2019: Integrated Care for Older People, www.who.int/ageing/health-systems/icope.

[4] Douleurs du sujet âgé : Outils d'évaluation et aide à la décision. Repères en Gériatrie • Avril 2012 • vol. 14 • numéro 117.

[5] SA pour Sujet Âgé.

[6] Individu multiple pour individu naturellement concerné par les domaines suivants : Sens, Comorbidités actives, Cognition, Environnement social et Familial, Chute, Médicaments, Nutrition, Autonomie, Paradigme de Vieillissement, Thymie et Douleur.

[7] La vulnérabilité concerne les interactions d'une personne âgée avec son environnement social et humain, dont elle n'a guère la maîtrise. L'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées, comme lors de la limitation de l'accès aux soins, la perte d'autonomie, la précarité sociale.

[8] Parcours fragmenté : Contraire des soins intégrés (continus) avec risque de perte d'informations médicales et synonyme d'un système de soins peu efficace dans le continuum.

[9] Capacités fonctionnelles (habiletés motrices, communication, habiletés socio affectives) ; Combinaison et interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit la personne.

[10] Capacités Intrinsèques pour ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu ; 5 domaines : locomotion, cognition, statut psychologique, fonctions sensorielles, vitalité.

[11] Un Syndromes gériatrique correspond à une situation de santé très spécifique chez les personnes âgées. Plusieurs syndromes gériatriques existent et ils se manifestent dans des conditions cliniques qui, chez les seniors, diffèrent de celles dans lesquelles les mêmes pathologies se manifesteraient chez les jeunes patients.

[12] HDJ pour Hospitalisation à temps partiel, avec prise en charge à la journée, alternative à l’hospitalisation complète.

PO_49 - Quand le piment soulage les douleurs du visage et du scalp

H. Alipour*(1), S.Yvenou(2), S.Lecoeur(3), C.Barbarot(4), S.Raoul(5)

(1)CETD - Centre Hospitalier de Saint Brieuc, Saint brieuc, France, (2)Centre Hospitalier de Paimpol - Permanences Avancées de l'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Paimpol, France, (3)Centre Hospitalier de Saint Brieuc - ANESTHESIOLOGIE, Saint brieuc, France, (4)Centre Hospitalier de Saint Brieuc - Anesthésiologie, Saint brieuc, France, (5)Centre Hospitalier de Saint Brieuc - CETD, Saint brieuc, France

Introduction :
Le QUTENZA est un patch cutané à base de capsaïcine qui est extrait du piment. Il entraîne une désensibilisation réversible des nocicepteurs cutanés supposée être à l'origine du soulagement de la douleur. Depuis 2009, il dispose d'une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes non diabétiques, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur. En 2015, son AMM a été étendue aux patients diabétiques.

Description :
L'HAS [1] comme les recommandations Françaises [2] le placent comme traitement de 2nde intention dans les douleurs neuropathiques. Du fait de la richesse d'innervation du visage et du scalp, les douleurs neuropathiques (post-zostériennes, cicatricielles, …) de ses localisations s'expriment souvent par des intensités ressenties plus fortes que certaines autres localisations. Notre structure de douleur chronique propose le recours au Qutenza en seconde intention dans les douleurs neuropathiques rebelles du visage et du scalp. Lors de la consultation d'algologie, le mode de fonctionnement de Qutenza et son protocole d'application sont expliqués et un dépliant informatif est remis au patient. La proximité des muqueuses et des yeux imposent des précautions supplémentaires afin d'éviter leur irritation. Celles-ci consistent, le jour de la pose, au port des lunettes et de pince-nez de natation, empêchant tout contact avec les particules de capsaïcine, et l'utilisation d'un tuba permettant de respirer de l'air sans particule de capsaïcine depuis le côté opposé à l'application du patch. En sus, lors du repérage cutané, une marge de sécurité est imposée par rapport aux muqueuses et des moyens de protections.
Après la pose, la décontamination de la peau se fait selon les préconisations d'usage voire de façon répétée si nécessaire. Le patient, dès son retour au domicile, en sus des préconisations habituelles, est davantage vigilant et protecteur de son visage/de son scalp du fait de la proximité des muqueuses

Description :
Aucun patient n'a refusé le recours à ce traitement à cause de ces mesures de sécurité obligatoires.
Aucune irritation des muqueuses pendant la pose du patch, au moment du retrait des moyens de protection ni à distance de la pose n'a été signalée. Dans notre série de 9

patients ayant des douleurs neuropathiques rebelles du visage et du scalp, le Qutenza a apporté une réponse satisfaisante et significative.

Conclusion :
La pose de Qutenza sur le visage et le scalp est possible sous réserve de recours à des moyens de protection rigoureux des muqueuses. Il permet le recours à une thérapie locale validée contre des douleurs neuropathiques rebelles. Aucune complication n'est à rapporter dans notre série. Le niveau de soulagement est identique à celui de pose sur le reste du corps.

1] HAS. Commission de transparence.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15989_QUTENZA_PIC_EI_Avis2_%20CT15989.pdf
2] Traitement pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique. X. Moisset and al. Douleur analg. DOI 10.3166/dea-2020-0113

PO_50 - Devenir des prescriptions d'antalgiques à risque de mésusage en sortie d'hospitalisation en MPR ortho-traumato-rhumatologie

H. Fricker*(1), S.Cheriet(2)

(1)CHU Rouen CETD, Rouen, France, (2)CRMPR Les Herbiers, Bois guillaume, France

Introduction :
En MPR, la prise en charge adaptée des douleurs est primordiale et indissociable à la rééducation Qu'elle soit nociceptive ou neuropathique, elle représente parfois un défi du fait des effets indésirables potentiels et du risque de mésusage de certains traitements.

Méthode :
Cette étude observationnelle, prospective, descriptive, monocentrique a évalué la prescription d'antalgiques à risque d'addiction et de mésusage, chez des patients adultes hospitalisés entre 2021 et 2022 dans un service de MPR (CRMPR les Herbiers,Seine Maritime).

Résultats :
Sur 94 sujets inclus , la majorité n'avait plus de traitement antalgique trois mois après la sortie. 15 sujets avaient encore recours à des Opioïdes de Prescription Médicale (OPM) à 3 mois, dont 4 à des OPM forts, à posologie toutefois diminuée. La Prégabaline, indiquée en deuxième intention, a été introduite chez 2 sujets, traitement par ailleurs prescrit avant l'entrée pour 4 patients. Il n'a pas été mis en évidence de mésusage, seul 5 sujets avaient un score POMI positif n'en signant qu'un risque éventuel.

Conclusion :
Cette étude a montré factuellement l'impact des prescriptions d'un service de MPR, régulièrement initiateur de traitement à risque d'addiction. Loin d'être nul, celui-ci n'est cependant pas majeur. Des axes d'amélioration ont émergé, tels que la remise d'une note d'information en cas de sortie d'hospitalisation sous OPM, le recours plus fréquent à la Duloxetine ou encore le dépistage de syndrome douloureux chronique post PTG ou PTH.

1. Plans douleur. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/
2. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problematiques. ANSM février 2019. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/19/20201019-rapport-antalgiques-opioides-fev-2019-3-pdf-2019-03-06.pdf
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 1 sept 2020;161(9):1976 82.
4. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and

French recommendations. Rev Neurol (Paris). mai 2020;176(5):325 52.
5. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. Nat Rev Dis Primer. 16 févr 2017;3:17002.
6. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. févr 2015;14(2):162 73.
7. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/en/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
8. Bien utiliser le paracétamol. VIDAL. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains/paracetamol.html
9. Kakkar M, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Single dose oral nefopam for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007442.pub2/full
10. Réunion du Comité technique de Pharmacovigilance – CT012013023 16 avril 2013. ANSM. Disponible sur: https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ce293ec4ef97ea3ee0c5fd1dfcf4dfe7.pdf
11. LES AINS EN PÉRIOPÉRATOIRE - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2015. Disponible sur: https://sfar.org/les-ains-en-perioperatoire/
12. Lee A, Cooper MG, Craig JC, Knight JF, Keneally JP. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on postoperative renal function in adults with normal renal function. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2007 [cité 7 août 2022];(2). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002765.pub3/full
13. Rolland B, Bouhassira D, Authier N, Auriacombe M, Martinez V, Polomeni P, et al. Mésusage et dépendance aux opioïdes de prescription : prévention, repérage et prise en charge. Rev Médecine Interne. août 2017;38(8):539 46.
14. LA PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES MAJEURS [Internet]. [cité 13 mai 2022]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc41/lc41_mono.html
15. Décret n°99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000393106
16. Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses.
17. Article R5132-21 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025786519/
18. Arrêté du 12 février 2021 relatif à la mise en œuvre de dispositions temporaires en matière de compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière afin de faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19 - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043168486
19. OPPIDUM Addictovigilance. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/oppidum/
20. DRAMES Addictovigilance. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/
21. OSIAP Addictovigilance. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/osiap/
22. Lanteri-Minet M. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006. 6e congrès de la SFETD; 2006.
23. Zhang X, Zhou G, Chen N, Zhang Y, Gu Z. Effect of non-pharmacological interventions on anxiety, depression, sleep quality, and pain after orthopedic surgery. Medicine (Baltimore). 5 nov 2021;100(44):e27645.
24. Lu K, Barron JO, Israel H, Cannada LK. Sleep disturbances in orthopaedic trauma patients. OTA Int. 9 juill 2019;2(4):e040.
25. Şahin F, Beyaz SG, Karakuş N, İnanmaz ME. Total Knee Arthroplasty Postsurgical Chronic Pain,

Neuropathic Pain, and the Prevalence of Neuropathic Symptoms: A Prospective Observational Study in Turkey. J Pain Res. 19 mai 2021;14:1315 21.
26. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. Lancet Lond Engl. 27 avr 2015;385 Suppl 2:S11.
27. Chirurgie : combien d'actes sont réalisés chaque année en France ? Science et vie. 2022 . Disponible sur:
https://www.science-et-vie.com/questions-reponses/chirurgie-combien-dactes-sont-realises-chaque-annee-en-france-4866.html
28. Martinez V, Maurice-Szamburski, A. A, Viel, E. Livre Blanc de la Douleur, Douleur postopératoire et sa chronicisation. Editorial. 2022. Disponible sur:
https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf
29. Lenguerrand E, Wylde V, Gooberman-Hill R, Sayers A, Brunton L, Beswick AD, et al. Trajectories of Pain and Function after Primary Hip and Knee Arthroplasty: The ADAPT Cohort Study. PLOS ONE. 12 févr 2016;11(2):e0149306.
30. Boisgard S, Erivan R, Villatte G, Descamps S. Prothèses totales de genou douloureuses. Rev Chir Orthopédique Traumatol. 1 oct 2021;107(6, Supplement):S43 52.
31. van der Wees PJ, Wammes JJG, Akkermans RP, Koetsenruijter J, Westert GP, van Kampen A, et al. Patient-reported health outcomes after total hip and knee surgery in a Dutch University Hospital Setting: results of twenty years clinical registry. BMC Musculoskelet Disord. 3 mars 2017;18(1):97.
32. Beswick AD, Wylde V, Gooberman-Hill R, Blom A, Dieppe P. What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients. BMJ Open. 1 janv 2012;2(1):e000435.
33. Jones CA, Voaklander DC, Johnston DW, Suarez-Almazor ME. Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. J Rheumatol. 1 juill 2000;27(7):1745 52.
34. Kim SC, Choudhry N, Franklin JM, Bykov K, Eikermann M, Lii J, et al. Patterns and predictors of persistent opioid use following hip or knee arthroplasty. Osteoarthritis Cartilage. 1 sept 2017;25(9):1399 406.
35. Bouhassira D. Le questionnaire DN4 : le nouvel outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 oct 2005;6(5):297 300.
36. Lewis GN, Rice DA, McNair PJ, Kluger M. Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. avr 2015;114(4):551 61.
37. Esses G, Deiner S, Ko F, Khelemsky Y. Chronic Post-Surgical Pain in the Frail Older Adult. Drugs Aging. mai 2020;37(5):321 9.
38. HAS recommandations rééducation PTG. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_ptg_-_argumentaire.pdf
39. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. mars 2005;114(1):29 36.
40. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, Campbell ED. Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse. J Subst Abuse Treat. déc 2008;35(4):380 6.
41. CLUD Tableau de Conversion des Opioides CHU Toulouse 2016. Disponible sur:
https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v6.pdf
42. Gerbershagen HJ, Rothaug J, Kalkman CJ, Meissner W. Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rating scale: a cut-off point analysis applying four different methods. Br J Anaesth. oct 2011;107(4):619 26.
43. Erivan R, Tardieu A, Villatte G, Ollivier M, Jacquet C, Descamps S, et al. Évolution et projection de la chirurgie du genou en France de 2008 à 2070 : étude épidémiologique avec analyse de tendance et projection. Rev Chir Orthopédique Traumatol. 1 sept 2020;106(5):508 17.
44. Pinedo-Villanueva R, Khalid S, Wylde V, Gooberman-Hill R, Soni A, Judge A. Identifying individuals with chronic pain after knee replacement: a population-cohort, cluster-analysis of Oxford knee scores in 128,145 patients from the English National Health Service. BMC Musculoskelet Disord. 2 oct 2018;19(1):354.
45. Jenny JY, Diesinger Y. Validation of a French version of the Oxford knee questionnaire. Orthop Traumatol Surg Res. 1 mai 2011;97(3):267 71.
46. Questionnaire Oxford pour hanche 2017.pdf. Disponible sur:

https://www.genouhanche.fr/images/documents_pdf/HOSPITALISATION/Oxford-hanche-2017.pdf
47. Bremner S, Webster F, Katz J, Watt-Watson J, McCartney C. Older adults' postoperative pain medication usage after total knee arthroplasty: a qualitative descriptive study. J Opioid Manag. juin 2012;8(3):145 52.
48. Chappell AS, Ossanna MJ, Liu-Seifert H, Iyengar S, Skljarevski V, Li LC, et al. Duloxetine, a centrally acting analgesic, in the treatment of patients with osteoarthritis knee pain: A 13-week, randomized, placebo-controlled trial. PAIN. déc 2009;146(3):253 60.
49. Pettersen VLA, Zapata-Sudo G, Raimundo JM, Trachez MM, Sudo RT. The Synergistic Interaction Between Morphine and Maprotiline After Intrathecal Injection in Rats. Anesth Analg. oct 2009;109(4):1312 7.
50. Kim MS, Koh IJ, Choi KY, Yang SC, In Y. Efficacy of duloxetine compared with opioid for postoperative pain control following total knee arthroplasty. PloS One. 2021;16(7):e0253641.
51. Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 30 oct 2017;10:CD012509.
52. Pappagallo M. Incidence, Prevalence, and Management of Opioid Bowel Dysfunction. Am J Surg. 1 nov 2001;182(5, Supplement 1):S11 8.
53. Camilleri M. Opioid-Induced Constipation: Challenges and Therapeutic Opportunities. Off J Am Coll Gastroenterol ACG. mai 2011;106(5):835 42.
54. Imam MZ, Kuo A, Ghassabian S, Smith MT. Progress in understanding mechanisms of opioid-induced gastrointestinal adverse effects and respiratory depression. Neuropharmacology. 15 mars 2018;131:238 55.
55. Swegle JM, Logemann C. Management of Common Opioid-Induced Adverse Effects. Am Fam Physician. 15 oct 2006;74(8):1347 54.
56. Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. BMJ. 17 janv 2018;360:j5790.
57. Pickering G. Pain, opioids and the elderly. 2014 Disponible sur: https://www.semanticscholar.org/paper/Pain%2C-opioids-and-the-elderly-Pickering/07147cd6e9fc0952b9366b9108b43c1c5e4d368a
58. VIDAL, L'intelligence médicale au service du soin. Disponible sur: https://www.vidal.fr/
59. Accueil - Base de données publique des médicaments. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php
60. Delage N, Cantagrel N, Delorme J, Pereira B, Dualé C, Bertin C, et al. Transcultural validation of a French–European version of the Prescription Opioid Misuse Index Scale (POMI-5F). Can J Anesth Can Anesth [Internet]. 28 févr 2022 [cité 6 juin 2022]; Disponible sur: https://doi.org/10.1007/s12630-022-02210-7
61. Réglette POMI V5 Disponible sur: http://www.ofma.fr/wp-content/uploads/2022/04/R%C3%A9glette-POMI-V5.pdf
62. Questionnaire Oxford Genou 2017 Disponible sur: https://www.genouhanche.fr/images/documents_pdf/HOSPITALISATION/Oxford-genou-2017.pdf

PO_51 - Toxine botulique en cancérologie Etude rétrospective

K. Mezaïb*(1)

(1)Gustave Roussy, Villejuif, France

La neurotoxine botulique est recommandée par la SFETD, même hors AMM, en deuxième ligne de traitement pour les douleurs neuropathiques périphériques. S'appuyant sur ces recommandations, nous commençons à l'utiliser à l'institut Gustave Roussy, à visée antineuropathique, chez des patients traités pour un cancer. Nous la proposons aussi en injection intra musculaire à visée de traitement des syndromes myofasciaux. Nous avons effectué un recueil rétrospectif sur ces 2 indications.

Résultats :
32 patients ont été inclus. 22 avec une injection à visée antineuropathique et 7 à visée myofasciale.
La majorité des patients étaient séquellaires, (« cancer survivors »), mais d'autres bénéficiaient encore d'un traitement antinéoplasique. Les injections à visée antineuropathique, sont réalisées majoritairement en intradermique, et varient de 2 à 5 unités par point avec une moyenne de 130 unités par séance. Le nombre de séances par patient varie de 1 à 3. L'intervalle de temps entre 2 séances est déterminé par la récidive douloureuse. Les principales indications sont post-chirurgicales (chirurgie du sein, thoracotomie, zones de prélèvements de lambeaux musculocutanés). Le critère d'évaluation a été au final le PGIC. En effet, les NPSI et BPI, remplis le jour de l'injection, ne sont pas systématiquement renseignés lors des évaluations téléphoniques réalisées à 2 puis 6 semaines post-injection, rendant leur analyse inexploitable. Sur les 22 patients, 10 se disent « très fortement améliorés », 7 « fortement améliorés », et 3 « légèrement améliorés ». Les injections intramusculaires à visée myofasciale sont réalisées au niveau des zones péricicatricielles ou des muscles paravertébraux. La dose par Trigger Point varie selon le muscles (de 10 à 30 unités). 3 patients, se sont dits « fortement amélioré » au PGIC, 2 « légèrement amélioré », 2 patients ne l'ont pas renseigné. Le seul évènement indésirable rapporté est la douleur lors de l'injection. Cette analyse rétrospective confirme l'innocuité des injections de toxine et son efficacité (PGIC) chez les patients traités pour un cancer. Néanmoins, un travail prospectif avec une homogénéisation de nos recueils de données et une analyse de l'épargne antalgique en particulier en morphiniques doit être réalisé

[1] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, Lanteri-Minet M, Lefaucheur JP, Mick G, Piano V, Pickering G, Piquet E, Regis C, Salvat E, Attal N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325-352. doi: 10.1016/j.neurol.2020.01.361. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32276788.
[2] Ranoux D, Attal N, Morain F, Bouhassira D. Botulinum toxin type A induces direct analgesic effects in chronic neuropathic pain. Ann Neurol. 2008 Sep;64(3):274-83. doi: 10.1002/ana.21427. Erratum in:

Ann Neurol. 2009 Mar;65(3):359. PMID: 18546285.
[3] Attal N, de Andrade DC, Adam F, Ranoux D, Teixeira MJ, Galhardoni R, Raicher I, Üçeyler N, Sommer C, Bouhassira D. Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol. 2016 May;15(6):555-65. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00017-X. Epub 2016 Mar 2. PMID: 26947719.
[4] Wei J, Zhu X, Yang G, Shen J, Xie P, Zuo X, Xia L, Han Q, Zhao Y. The efficacy and safety of botulinum toxin type A in treatment of trigeminal neuralgia and peripheral neuropathic pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. Brain Behav. 2019 Oct;9(10):e01409. doi: 10.1002/brb3.1409. Epub 2019 Sep 21. PMID: 31541518; PMCID: PMC6790324.

[5] Safarpour Y, Jabbari B. Botulinum toxin treatment of pain syndromes -an evidence based review. Toxicon. 2018 Jun 1;147:120-128. doi: 10.1016/j.toxicon.2018.01.017. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29409817.
[6] Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. Korean J Intern Med. 2018 Nov;33(6):1058-1069. doi: 10.3904/kjim.2018.162. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29929349; PMCID: PMC6234399.
[7] Mittal SO, Jabbari B. Botulinum Neurotoxins and Cancer-A Review of the Literature. Toxins (Basel). 2020 Jan 5;12(1):32. doi: 10.3390/toxins12010032. PMID: 31948115; PMCID: PMC7020400.

PO_52 - Cardiomyopathie de Tako-Tsubo et analgésie péridurale : A propos d'un cas

H. Djeghri*(1)

(1)UNIVERSITÉ SALAH BOUBNIDER 3 . FACULTE DE MEDECINE .CHU IBN BADIS, Constantine, Algeria

Introduction :
La douleur « induite » ou « procédurale » se dit d'une douleur de courte durée, causée par un professionnel de santé, une thérapeutique, un soin, dans des circonstances de survenue prévisibles, et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées
La mise en place d'un cathéter péridural est une procédure pouvant être associée à une douleur aigue mais également à une anxiété majeure ; non prévenues, ces circonstances peuvent favoriser la survenue d'une cardiomyopathie de Tako-Tsubo (CMTT) qu'est une forme de cardiomyopathie de stress ; ce diagnostic rare et de description récente la CMTT se présente souvent sous forme d'un syndrome coronarien aigu et est probablement provoquée par une stimulation excessive de catécholamines.

Observation :
Nous rapportant le cas de Mm G.T âgée de 41 ans sans antécédents pathologiques, candidate à une gastrectomie pour un adénocarcinome peu différencié antropylorobulbaire, ayant présenté lors de la réalisation de la péridurale analgésique, une bradycardie puis une douleur thoracique aigue avec un sous décalage ST dans un contexte de CMTT confirmé par les taux de troponine (100 x la normale), l'échocardiographie (troubles de la cinétique), la coronarographie blanche, l'IRM myocardique (myocardite). Contrairement à ce qui est connu sur La CMTT, la malade a gardé des troubles de la cinétique myocardique, la reprogrammation de son intervention a été décidé 4 semaines après l'incident avec une stratégie de prise en charge perioperatoire adaptée.

Conclusion :
Il est reconnu aujourd'hui que le Tako -Tsubo n'est plus une affection bénigne et transitoire, l'évolution précoce peut être compliquée voire mortelle. En raison de sa rareté relative et du manque d'études cliniques randomisées, la prévention de tout types de CMTT demeure difficile ; néanmoins dans un contexte de soins douloureux l'anticipation de la douleur induite et la prémédication essentiellement psychologiques ne peuvent que réduire les risques de complications à court, moyen ou long terme des douleurs procédurales.

1.Wrobel J. et Donnadieu S. et al. Les douleurs induites. In : Institut UPSA de la douleur. 2005. www.institut-upsa-douleur.org
2. Ferber A, Onyeije CI, Zelop CM, et al. (2002) Maternal pain and anxiety in genetic amniocentesis: expectation versus reality. Ultra- sound Obstet Gynecol 19: 13-7

3. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ (1994) Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. Am J Hosp Pharm 51: 1539-54
4. Gibson LE, Klinker MR, Wood JM. Variants of Takotsubo syndrome in the perioperative period: a review of potential mechanisms and anaesthetic implications. Anaesth Crit Care Med 2020; 39: 647-54.
5.Garcia Guzzo ME, Novas DS, Iglesias FA, Deluca D, Domenech G, Terrasa SA. Anesthetic implications of perioperative Takotsubo syndrome: a retrospective cohort study. Can J Anesth 2022; this issue. DOI: https://doi.org/10.1007/s12630- 021-02109-9.
6. Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, et al. International expert consensus document on takotsubo syndrome (part II): diagnostic workup, outcome, and management. Eur Heart J 2018; 39: 2047-62.
7. Gopalakrishnan P, Zaidi R, Sardar MR. Takotsubo cardiomyopathy: pathophysiology and role of cardiac biomarkers in differential diagnosis. World J Cardiol 2017; 9: 723-30.
8. Ong GJ, Nguyen TH, Kucia A, et al. Takotsubo syndrome: finally emerging from the shadows? Heart Lung Circ 2021; 30: 36-44.
9.Hessel EA 2nd. Takotsubo cardiomyopathy and its relevance to anesthesiology: a narrative review. Can J Anesth 2016; 63: 1059-74.

PO_53 - L'éducation des lombalgiques chroniques en soins premiers

A. Cook*(1)

(1)CHU Tours, Tours, France

Introduction:
La lombalgie chronique est une affection récurrente et invalidante. Les répercussions sont importantes sur les capacités fonctionnelles du patient et il existe un retentissement social et économique majeur. La physiopathologie de cette atteinte est souvent multifactorielle et complexe. Il convient d'intervenir dans cette pathologie très précocement afin d'éviter la mise en place des mécanismes de chronicisation parfois irréversibles (déconditionnement, dépression…). Ainsi, une identification et une éducation précoce des patients à risque de chronicité pourraient prévenir un déconditionnement sévère. Nous nous sommes donc demandés quel serait le bénéfice d'une action d'éducation thérapeutique des patients lombalgiques chroniques en soins premiers ?

Méthodes :
Étude interventionnelle d'une action d'éducation thérapeutique sur une cohorte de 25 patients en soins premiers entre novembre 2021 et juillet 2022. Cette étude s'est déroulée en 3 étapes : i) Audit préliminaire auprès de 50 médecins généralistes (MG) : état des lieux et besoins dans la prise en charge des lombalgies chroniques en soins prremiers (2020). ii) Réalisation d'un fascicule d'information et d'éducation pour les patients après une revue systématique de la littérature (2021) et iii) Efficacité du fascicule sur l'éducation de nos patients lombalgiques chroniques.
Les critères de jugements principaux étaient la consommation d'antalgiques et l'échelle numérique de la douleur (EN). Les critères de jugements secondaires étaient les scores fonctionnels (Oswestry et EIFEL), et la reprise du travail. Les patients étaient suivis à M1, M3 et M6 (2021- 2022).

Résultats :
Critères de jugements principaux :
Consommation en antalgiques: diminution de 72 % à M1. Persistance d'une diminution à M3 et M6 de 72 % (p=0,002). EN: Amélioration significative à M1 de 55 % (p=0,012), à M3 de 58 % et à M6 de 71,3 % (p=0,001).

Critères de jugements secondaires :
Les scores fonctionnels: A partir de M1, l'Oswestry diminuait significativement à 15,5 (DS 10), l'amélioration se maintenait à M3 : 12,2 (DS 7,1), < 10 à M6 (p=0,001). Avec une amélioration moyenne de 81 % sur l'ensemble de l'Oswestry. Amélioration de 69 % (p=0,04) pour l'EIFEL.

Reprise du travail: 50 % (p=0,08) à 6 mois.

Conclusion et perspectives :
L'action d'éducation avec un fascicule a permis de diminuer significativement la consommation d'antalgiques, l'intensité de la douleur ainsi que l'incapacité des patients et a permis une reprise du travail. Nous étudions actuellement la place du fascicule dans l'intervention grâce à un groupe contrôle sans fascicule.

- Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain : evidence, challenges , and promising directions. Lancet. 2018; 391:2368-2383. doi:10.1016/S0140-6736(18)30489-6
- P.Cherin, C.de Jaeger. La lombalgie chronique : actualité, prise en charge thérapeutique. Médecine et longévité. 2011,137 – 149
- Bernard Fouquet, Anaïs Jacquot, Julien Nardou. Rééducation de la lombalgie commune. Revue du rhumatisme monographies 84. 2017. 29 – 38
- Jean-Baptiste Fassier. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. Revue du rhumatisme. 2011. S38 – S41.
- Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum 2009;76(6):537—42.

PO_54 - Stimulation corticale non-invasive à visée antalgique : Comment et Pour qui ?

C. Salameh*(1), N.Andre-obadia(2), C.Perchet(3), C.Gov(4), L.Garcia-larrea(1)

(1)CETD Hôpital Neurologique, Hospices civiles de Lyon/ Centre de recherche en Neurosciences de Lyon/ Inserm U 1028, équipe NeuroPain/CNRS UMR 5292, Lyon, France, (2)CETD, Hôpital Neurologique, Hospices Civiles de Lyon, Service de Neurologie Fonctionnelle et Epileptologie, Lyon, France, (3)Centre de Recherches en Neurosciences de Lyon (INSERM U1028, UMR 5292 UCBLyon1), Lyon, France, (4)CETD Hôpital Neurologique, Hospices Civiles de Lyon, Lyon, France

La stimulation corticale non-invasive par application transcrânienne de champs magnétiques (rTMS) ou de courants électriques (tDCS) a fait ses preuves dans le traitement des douleurs neuropathiques même résistantes au traitement pharmacologique [1 ; 2 ; 3]. Or, la plupart des études cliniques ont été menées sur des groupes de patients de faibles effectifs. De plus, la grande hétérogénéité des protocoles en terme de fréquence de stimulation, nombre total de stimulations par session, nombre de séances, etc., rend difficile toute définition précise des modalités de stimulation permettant une antalgie optimale en identifiant les bons répondeurs potentiels [4]. Nous effectuons une revue de 215 dossiers de patients traités par stimulation corticale non-invasive (rTMS et/ou tDCS) au CETD de l'hôpital Neurologique de Lyon, dont une centaine ayant bénéficié des deux modalités de stimulation en 'cross-over'. Nos objectifs sont : (a) chercher des facteurs prédictifs de réponse à un type donné de stimulation en fonction des caractéristiques de la douleur et de la pathologie sous-jacente, et (b) définir les paramètres de stimulation ayant conduit aux meilleures réponses cliniques. Pour cela, les données cliniques, électrophysiologiques et d'imagerie obtenues chez chaque patient seront corrélées aux effets de la neurostimulation sur l'intensité de la douleur, les modifications du traitement et différents paramètres de qualité de vie.

[1] : Attal N, Poindessous-Jazat F, De Chauvigny E, Quesada C, Mhalla A, Ayache SS, Fermanian C, Nizard J, Peyron R, Lefaucheur JP, Bouhassira D. Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial. Brain. 2021 Dec 16;144(11):3328-3339. doi: 10.1093/brain/awab208. PMID: 34196698
[2] : Pommier B, Quesada C, Fauchon C, Nuti C, Vassal F, Peyron R. Added value of multiple versus single sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in predicting motor cortex stimulation efficacy for refractory neuropathic pain. J Neurosurg. 2018 May 1:1-12
[3] : Quesada C, Pommier B, Fauchon C, Bradley C, Créac'h C, Murat M, et al. New procedure of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central neuropathic pain: a placebo-controlled randomized crossover study. Pain. avr 2020;161(4):718-28
[4] : O'Connell NE, Marston L, Spencer S, DeSouza LH, Wand BM. Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 13;4(4):CD008208

PO_55 - Utilisation de techniques d'activation et orientation de la conscience pour l'apprentissage de l'auto-hypnose (auto-activation) en consultation de douleur chronique.

G. Pardey bracho*(1), C.Gov(2)

(1)Hôpital neurologique Pierre Wertheimer, Lyon, France, (2)Hôpital neurologique Pierre Wertheimer. Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur., Bron, France

La douleur chronique (DC), phénomène complexe qui interfère dans la vie du patient dans ses aspects bio-psycho-socio-professionnel, représente un challenge pour les équipes qui s'occupent de leur prise en charge. L'utilisation de l'hypnose médicale (HM) dans ce contexte est bien décrite dans la littérature (1,2,3). Les Techniques d'activation et orientation de la conscience (TAC) témoignent de l'évolution moderne de l'hypnose ericksonienne basée sur les recherches neuroscientifiques (4). Les TAC peuvent être proposées comme un complément non-médicamenteux pour la prise en charge du patient avec des DC, avec des indications diverses.

Méthodologie :
Étude observationnelle, descriptive. L'indication de l'HM est posée par l'algologue. Lors de la première consultation, le patient est interrogé sur ses croyances liées à l'HM, les modalités de cette prise en charge particulière sont discutées, et un contrat verbal est établi. Le patient s'engage à assister à une moyenne de 5 consultations pour l'apprentissage d'au minimum 4 protocoles, au rythme d'une séance par mois. Le but de chaque séance est défini, reformulé et/ou recadré si besoin. Une évaluation de l'intensité de la douleur avant et après la séance à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) est réalisée. A la fin de chaque séance, le patient reçoit le protocole utilisé en consultation pour le pratiquer à la maison. Les consultations successives permettent la mise au point, et le travail du protocole suivant en séance, si maitrise de la technique. Le patient est invité à noter les changements (tâche thérapeutique).

Résultats :
Entre janvier 2022 et mai 2023, 154 consultations d'HM ont été réalisées dans notre Centre (deux hypnopraticiens). 33 patients ont bénéficié des TAC, pour un total de 88 consultations, avec des indications diverses. Les patients reportent une efficacité de l'utilisation de l'auto-activation de 30 à 50% sur la DC, et une action positive sur d'autres aspects (fatigue, sommeil) de manière indirecte. L'utilisation d'un souvenir d'apprentissage ou une action dans la nature, est plus facile pour les patients par rapport à un souvenir agréable. L'apprentissage du lieu de sécurité est très utile selon les patients, et la plupart arrivent à manipuler un objet du souvenir pendant la séance.

Discussion :
La recherche médicale a mis en évidence les mécanismes et les effets positifs de l'HM

comme coadjuvant dans le traitement des DC, associant un intéressant coût-bénéfice, et des effets secondaires minimes.

Conclusions :
L'utilisation des TAC est faisable chez les patients qui présentent des DC, sont faciles à apprendre avec une efficacité plus intéressante par rapport à l'hypnose ericksonienne classique.
L'apprentissage de l'auto-activation donne le pouvoir au patient de gérer une partie de son traitement, en participant à son propre soin.

1) Grünenwald M. Approche de la douleur chronique par l'hypnose : expérience d'un médecin praticien Revue Médicale Suisse 2009; 5:1380-1385.
2) Piguet V, Zoutter G, Cuddy N, Forster A, Cohen M. Utilisation de l'hypnose lors de douleurs chroniques : une mise en mouvement. Revue Médicale Suisse 2021; 17(744):1210-1213
3) Alibeau J-P. Hypnose et douleurs neuropathiques. Revue Hypnose et Thérapies Brèves 2017;47:
4) Becchio J, Suarez B. Du nouveau dans L'hypnose : Les Techniques d'activation de Conscience. Odile Jacob 2021.
5) Bicego A, Rousseaux F, Faymonville M-E, Nyssen A-S, Vanhaudenhuyse A. Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature The American journal of clinical hypnosis 2022,64 (1):62–80.

PO_56 - Évaluation de l'efficacité de l'acupression des points « Yin-Tang » et « Shen- Men » sur l'anxiété pré et postopératoire dans la césarienne programmée (ACUCESAR) : une étude prospective, randomisée, contrôlée, en simple aveugle

V. Saque*(1), S.Abidi(1), C.Louw(2), R.Gray(2), F.Perrotin(3), S.Vibet(1), M.Laffon(3)

(1)CHRU, Tours, France, (2)Department of Anesthesia and Perioperative Medicine of Cape Town University, Cape town, South Africa, (3)CHRU de Tours, Tours, France

Introduction:
L'anxiété préopératoire dans la césarienne programmée est un évènement fréquent et associé à une augmentation de la morbidité peropératoire. Pour son traitement, et en raison du passage transplacentaire des médicaments, certaines équipes ont recours à des techniques non pharmacologiques comme l'acupression. L'objectif de cette étude était d'étudier l'efficacité de l'acupression par costimulation des points « Yin-Tang » et « Shen-Men » sur la diminution de l'anxiété pré et postopératoire dans la césarienne programmée.

Méthode :
Étude randomisée, contrôlée, monocentrique et en simple aveugle chez des patientes ASA I ou II bénéficiant d'une césarienne programmée sous anesthésie péri-médullaire. Randomisation en deux groupes, le groupe ACU+ (costimulation des points « Yin-Tang » et « Chen-Men ») et le groupe ACU- (stimulation de deux points factices). L'anxiété était évaluée par le score STAI (Stait-Trait Anxiety Inventory) et par la mesure de la conductance cutanée (EDA – Electrodemal Activity) lors de trois périodes : période 1 (à l'inclusion, dans la chambre de la patiente, le matin de l'intervention), période 2 (avant l'entrée au bloc opératoire), période 3 (en salle de surveillance post-interventionnelle). L'acupression, vraie ou factice, était réalisée par la mise en place de sparabilles entre la période 1 et 2, et laissées en place jusqu'à la fin de la période 3.

Résultats :
47 patientes incluses et 44 analysées. Le STAI n'était pas différent à l'inclusion entre le groupe ACU+ et le groupe ACU- (50,7 ± 8,2 versus 46,9 ± 9,7 ; p=0,062). Le STAI était plus bas dans le groupe ACU+ par rapport au groupe ACU- à la période 2 (37,1 ± 7,4 versus 45,6 ± 7,9 ; p=0,001) et à la période 3 (29,2 ± 7,0 versus 38,8 ± 8,6 ; p<0,001). Aucune différence entre les deux groupes n'a été observée pour l'EDA. Dans les deux groupes, le niveau d'anxiété était plus bas en post-césarienne (période 3) par rapport à l'inclusion (p < 0,01).

Conclusion :
Dans la césarienne programmée, l'acupression par costimulation des points « Yin-Tang » et « Shen-Men » est efficace pour diminuer l'anxiété pré et postopératoire.

PO_57 - Apport d'une organisation en hôpital de jour pluridisciplinaire en contexte de douleurs pelviennes chroniques complexes. A propos d'une série de 18 patientes

C. Lepicard*(1), A.Gers(1), J.Le guen edan(1), M.Suriray(1), F.Vannier-le herisse(1), C.Busnel(2)

(1)Clinique la Sagesse, Rennes, France, (2)Clinique la Sagesse, structure d'évaluation et de traitement de la douleur, Rennes, France

Un hôpital de jour pluridisciplinaire pour des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques (DPC) complexes, avec sensibilisation pelvienne associée (évaluée selon le score de convergence pp [1]), s'est organisé à la Clinique La Sagesse. Les patientes, adressées par la filière de gynécologie, rencontrent, lors d'une première évaluation, un médecin algologue, une kinésithérapeute, une infirmière ressource douleur, une psychologue et une sophrologue. Elles se voient ensuite proposer un parcours de soin personnalisé, adapté à leur situation et à leurs besoins spécifiques. Elles ont la possibilité de valider ou de refuser les propositions, afin de s'impliquer activement dans leur prise en charge, critère indispensable dans un parcours de douleur chronique [2]. Elles bénéficient ensuite d'un suivi régulier, permettant un réajustement permanent des stratégies.
Plusieurs études ont montré que la prise en charge multidisciplinaire en hôpital de jour permettait une amélioration de la qualité de vie des patientes souffrant de DPC, avec une réduction des douleurs et de la consommation de médicaments [3, 4]. Cette organisation permet également de renforcer la relation entre les patientes et les professionnels de santé, en offrant un environnement rassurant et bienveillant. Notre expérience depuis l'ouverture de cet hôpital de jour est encourageante. Nous avons observé une amélioration significative de la qualité de vie des patientes, une réduction de la douleur, mais aussi une diminution du score de sensibilisation pelvienne (score convergence pp). Les patientes sont satisfaites de cette prise en charge globale et personnalisée, qui répond à leurs besoins et attentes (recueillies lors de la première évaluation). En conclusion, l'ouverture d'un hôpital de jour multidisciplinaire pour les DPC complexes est une approche efficace pour améliorer la qualité de vie des patientes, en accompagnant la douleur selon le modèle bio-psycho-social. Notre expérience montre que cette organisation de soins, globale et personnalisée, permet une coordination optimale entre les différents professionnels (médicaux, paramédicaux) impliqués et un engagement des patientes qui favorisent leur autonomisation. Nous sommes convaincus que cette approche doit être encouragée et développée dans les établissements de soins.

[1] Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ, For CPPN. Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria) : Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus. Pain Med 2018.
[2] Parcours de santé d'une personne présentant des douleurs chroniques, HAS-SFETD-Collège de la Médecine Générale, 11 Janvier 2023

[3] Breivik H, et al. European Journal of Pain. 2006;10(4):287-333.
[4] Bokhari et al. Cureus. 2021;13(3):e13827

PO_58 - Ressenti des patientes pour la prise en charge de l'ostéoporose OP Groupe Consultatif de Patients (Patient Advisory Group) : étude pilote qualitative

R. Javier*(1), F.Debiais(2), F.Alliot-launois(3), P.Bosgiraud(4), D.Poivret(5), P.Halbout(6), J.Reginster(6), B.Cortet(7)

(1)Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, (2)GRIO Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses;, Poitiers, France, (3)AFLAR Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale, Paris, France, (4)AFLAR, Paris, France, (5)AFLAR, Metz mercy, France, (6)IOF International Osteoporosis Foundation, Nyon, Switzerland, (7)GRIO Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses;, Lille, France

La prise en charge de l'OP est un problème de santé publique majeur ; elle reste sous-diagnostiquée et sous-traitée. L'objectif de ce projet pilote était d'étudier les représentations et ressenti des patients face à l'OP, connaître leur parcours et leur comportement à l'égard des traitements, et comment les informations sont obtenues.

Patients et méthodes :
L'AFLAR a constitué un groupe consultatif de 7 patientes (âge moyen: 63,7 ans [54-74 ans]) et représentatives de la diversité des stades de l'OP (6 OP fracturaires, évolution de très récente à 15 ans) en dehors du très grand âge et des hommes. Une étude qualitative, anonymisée a été menée avec un questionnaire semi-dirigé ouvert.

Résultats :
La survenue de l'OP est le plus souvent brutale, la fracture faisant « irruption » dans leur vie dans un contexte de méconnaissance globale et profonde de l'OP et de sa gravité tant pour le grand public que les médecins généralistes. Le rhumatologue est le professionnel qui parle de la maladie et instaure le traitement avec confiance des patientes. L'adhésion aux traitements est complexe, la cause principale de non-adhésion étant des craintes majeures avec incertitudes vis-à-vis des traitements. Les informations médicales sont insuffisantes, ou mal comprises avec tendance à voir les mêmes effets indésirables pour les différents traitements. Les médias et autres sources d'informations sont autant voire plus importants que les soignants avec un impact majeur des informations négatives même si les médias leur paraissent non fiables, avec d'éventuels liens d'intérêt et doute sur leur éthique. Aucune confiance n'est accordée aux laboratoires pharmaceutiques et la confiance en l'éthique des médecins est en suspens.
L'impact sur la vie quotidienne est majeur avec un besoin d'aide de l'entourage dès la première fracture, une peur prononcée de la chute et de perte de liberté avec la sensation d'être confiné. Les traitements stabilisent cette qualité de vie altérée sans retour à « l'état d'avant ». La méfiance sur les traitements persiste au long cours avec une inobservance multifactorielle (peur d'effets secondaires, mauvaise tolérance des traitements, contraintes liées à la prise des traitements). La télésanté et de la communication numérique n'ont pas encore de rôle pour l'OP.

Discussion et conclusion :
Cette étude pilote Groupe Consultatif de Patients IOF/GRIO/AFLAR illustre le vécu et les nombreux obstacles à une prise en charge efficace. Cette initiative va se poursuivre pour permettre des interactions plus fortes et efficaces avec les patients. En plus d'une information grand public, une information médicale complète et soutenue surtout lors du diagnostic et de l'instauration des traitements paraît essentielle pour lutter contre les contradictions dans l'information toujours négatives.

(1) EPIFRACT Study Briot K Real-world care for individuals aged over fifty with fractures in France: Evidence for a wide care gap-The EPIFRACT Study. Joint Bone Spine
2020 et Cortet B Fragility fractures in France: epidemiology, characteristics and quality of life (the EPIFRACT study) Arch Osteoporos 2020;
(2) Roux C. Refracture and mortality following hospitalization for severe osteoporotic fractures: The Fractos Study JBMR Plus 2021;
(3) Svensson HK. A painful, never ending story: older women's experiences of living with an osteoporotic vertebral compression fracture. Osteoporos Int 2016
(4) AFLAR «Livre blanc des états généraux de l'ostéoporose, manifeste pour un plan de santé publique contre les fractures liées à l'ostéoporose ».
(5) Wu CH Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures, Osteoporos Int 2018 et Bone 2018;
(6) Launois R Barriers and expectations for patients in post-osteoporotic fractures care in France: the EFFEL Study. Value Health. 2022

PO_59 - Place du qutenza ® dans la prise charge des nevragies cluneales a propos d'une série de 21 cas

C. Baude*(1), M.Freydier(2), P.Arcagni(3), M.Barmaki(3), L.De massari(1)

(1)consultation douleur, Villeurbanne, France, (2)consultation douleur Medipole LYON VILLEURBANNE, Villeurbanne, France, (3)consultation douleur LYON VILLEURBANNE, Villeurbanne, France

INTRODUCTION :
Les névralgies clunéales sont des douleurs neuropathiques du périnée. Le diagnostic est clinique ,ce sont des douleurs au niveau de l'ischion augmentées en position assise sur un plan dur. Elles sont souvent associées avec une névralgie pudendale (1). La prise en charge est multimodale (traitement médicamenteux, infiltration test, TENS, kinésithérapie voire chirurgie). Le but de cette étude est d'évaluer la place du QUTENZA® dans la prise en charge multimodale des névralgies clunéales au travers d'une étude sur 21 patients avec un recul de 2 ans. En effet le QUTENZA®, patch de capsaïcine à 8%, est un traitement indiqué dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques sans effet secondaire majeur (2).

MATERIEL ET METHODES :
21 patients dont 12 femmes d'âge moyen 42,2 ans tous porteurs de névralgie clunéale (57 % seule ou 33% associée à une névralgie pudendale) ont été inclus dans l'étude. La prise en charge thérapeutique a associé le traitement médical (62%), le TENS et la kinésithérapie (100%). Le QUTENZA ® a été applique sur le territoire du nerf clunéal soit le pli de la fesse jusqu'au bord de l'anus qui a été protégé. Il y a eu en moyenne 2,6 séances espacées de 2 mois (entre 1 et 6) L'évaluation a été classique (EVA, DN4, durée de position assise …) avec un recul de 2 ans depuis Juin 2021.

RESULTATS :
L'application de QUTENZA ® sur le territoire du nerf clunéal a permis une amélioration antalgique très importante dans 23% des cas, importante dans 33% des cas soit 56% de patients satisfaits avec une position assise beaucoup plus longue contre 44% de patients non satisfaits. Il n'y a eu aucun effet secondaire. La prise en charge chirurgicale n'a donc été faite que dans 14% des cas.

DISCUSSION ET CONCLUSION :
La névralgie clunéale souvent associée à la névralgie pudendale fait partie des étiologies des douleurs périnéales chroniques en position assise avec ses propres critères cliniques (1).La prise en charge de cette douleur »neuropathique »est multimodale (1) avec une interrogation sur l'intérêt et la place du QUTENZA® . La littérature est pauvre à ce sujet avec uniquement des recommandations sur les douleurs neuropathiques en général (2) .Notre étude portant sur 21 patients avec un recul de 2 ans montre une

efficacité du QUTENZA® dans 56% des cas .Par conséquent on pourrait donc proposer la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire suivante :
-étape diagnostic clinique et différentiel
-puis traitement de première ligne avec TENS, kinésithérapie, application de QUTENZA® et éventuellement traitement médical neuropathique
-puis selon l'évolution poursuite de ce traitement de première ligne ou évolution vers la chirurgie.

(1) T. Riant, J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat ; Traitements médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques ; Progrès en urologie (2010) 20, 1095—110
(2) X.Moisset et coll ;Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines , Douleur analg. DOI 10.3166/dea-2020-0113X.

PO_60 - the interest of spinal erector block in breast surgery

K. Widad*(1), N.Benmouhoub(2)

(1)Hca, Alger, Algeria, (2)EPH KOUBA ALGER, Algerie, Algeria

Background and aims :
Breast cancer is the first female cancer for which treatment often requires surgery. The surgery causing the most postoperative pain is mastectomy +/- axillary dissection. There are several ways to improve the pain management, amongst is the spinal erector block (ESP) which is a new technique. So, the aim of the study is to evaluate the effectiveness of the ESP block.

Methods :
This is a prospective, unicentric, descriptive study including 40 patients operated for mastectomy and/or axillary dissection in our department.

Technique :
All the patients undergo general anesthesia with a realization of an ESP block.
A standard protocol for all patients (Propofol, Sufentanyl, Dexamethasone and Paracetamol 1gr/6hr). - The local anesthetic used is a 20ml dose of 0.25% Bupivacaine for all patients.
Data collected:
-Evaluation of postoperative pain by VAS, NS: each 6HRS, 12HRS, 24HRS and 48HRS. ESP block
Performed before the induction using a 50mm echoplex needle and an ultrasound guide with a linear probe at T4.

Results :
An average of 95% of patients felt "0" pain when static after 0hrs, 6hrs,12hrs, 24hrs or 48hrs and with an average of 73% " 0" pain when in movement after 0hrs, 6hrs,12hrs, 24hrs or 48hrs. The highest pain felt <3 for 82% of patients in movement at 0hrs.

Conclusions:
Advantage :
The simplicity of the technique, easiness to learn. Limitations of the study: Requires further comparative studies to conclude. Effectiveness in chronic pain. ESP can be a very interesting alternative for the management of peri-operative pain in senological oncological surgery.

- S. FitzGerald et 106 al. / Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 33 (2019) 95e110.
- Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 33 (2014) 548–553.
- J.-C. Sleth et al. / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27 (2008) 941–944

PO_61 - Usage problématique des traitements opiacés dans l'indication douleur chronique non cancéreuse d'origine ostéo-articulaire : Etude descriptive prospective en soins courants

A. Loret*(1), S.Vibet(2), A.Philippe(2), G.Carvajal alegria(3), P.Goupille(3), I.Griffoul(3), D.Mulleman(3), D.Chu miow lin(3)

-1CHRU TOURS Trousseau Rhumatologie / CETD, Tours, France, (2)CHRU Tours CETD, Tours, France, (3)CHRU Tours Rhumatologie, Tours, France

INTRODUCTION :
La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) ostéo-articulaire a un impact multidimensionnel. Les opiacés ont un rôle clé dans leur gestion, mais exposent à des risques d'effets indésirables graves et notamment à des problématiques d'addiction et de mésusage. Il existe peu de données en France à ce sujet. Ce travail évalue la proportion de patients ayant un usage problématique de leur traitement opiacé au sein du service de rhumatologie et du centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHRU de Tours.

PATIENTS ET METHODES :
Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique observationnelle en soins courants chez les patients suivis pour une DCNC ostéo-articulaire et traités dans cette indication par un traitement opiacé faible ou fort au moment de l'inclusion entre janvier et décembre 2021. Nous avons recueilli des données démographiques, cliniques et de prescription des opiacés. Le critère de jugement principal était l'usage problématique du traitement opiacé défini par une surconsommation et/ou un mésusage selon le Prescribed Opioid Misuse Index (POMI) et/ou une addiction selon les critères du DSM V.

RESULTATS :
97 patients ont été inclus (68% de femmes, âge médian 55 ans) ; 37% des patients étaient traités par opiacés forts. La durée médiane du traitement par opiacés était de 4,5 ans ; 30% des patients présentaient un usage problématique de leur traitement opiacé. On notait une surconsommation chez 20% des patients, un mésusage chez 22% et une addiction chez 15%. Le groupe de patients ayant un usage problématique du traitement opiacé avait un indice de masse corporelle plus élevé et rapportait significativement plus d'antécédents de psychotraumatisme.

CONCLUSION :
L'usage problématique des opiacés chez les patients atteints d'une DCNC ostéo-articulaire est fréquent. Ces données sont en accord avec celles de la littérature dans d'autres indications. L'intérêt de programmes d'éducation thérapeutique ou d'autres interventions de prévention reste à définir.

Mots-clés : opiacés, douleur chronique non cancéreuse, addiction, mésusage.

PO_62 - Mémantine et fibromyalgie; à propos d'une observation clinique prospective

N. Chard'homme*(1)

(1)CHU UCL Namur, Yvoir, France

La mémantine, antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA, de par son action neuroprotectrice, et son faible pourcentage d'effets indésirables s'avère être une piste intéressante pour le traitement médicamenteux de la fibromyalgie. Cette molécule a fait l'objet d'études randomisées dans le traitement des douleurs neuropathiques et de la fibromyalgie. Dans notre centre multidisciplinaire de la douleur chronique, nous avons mené une observation descriptive auprès de cinquante patients atteints de fibromyalgie, invalidante malgré le traitement chronique (duloxétine, pregabalin ou antalgiques, des programmes d'exercices, d'éducation à la santé et des thérapies cognitivo-comportementales). Un schéma graduel et progressif de la mémantine a été prescrit durant une période 3 à 6 mois. Les patients ont été sollicités pour observer les changements tant au niveau de la perception des douleurs que certaines répercussions telles que les troubles cognitifs et les améliorations en terme de qualité de vie. Des questionnaires psychométriques ont été transmis avant et pendant l'essai thérapeutique (J0, 1 mois, 3 mois et 6 mois). Dans ce travail, nous communiquerons nos résultats en termes d'efficacité thérapeutique et d'observance de ce traitement. Les résultats qui se dégagent montrent une amélioration significative des douleurs (réduction de certaines sensations douloureuses telles que les brulures, le nombre de crises,...) et de la qualité de vie auprès d'un sous-groupe de patients fibromyalgiques (diminution de l'état de fatigue, amélioration de la concentration). Nous avons constaté une très faible existence d'effets secondaires. A peine 5 patients ont interrompu leur traitement à cause de vertiges, de la somnolence).

Tahni L.Pyke, Peter G. Osmotherly, Surinder Baines. Measuring Glutamate Levels In the brains of fibromyalgia. Patients and a potential role for glutamata in the pathophysiology of fibromyalgia symptoms. A systematic review. Pain. 2017. volume 33, number 10
Pickering G, Morel V.. Memantine for the treatment of general neuropathic pain: a narrative review. Fundamental and Clinical Pharmacology.2017. volume 32, Issue 1/p4-13
Rouvin K., Raza K., Shanthanna H. A systematic review and meta -analysis of memantine for the prevention or treatment of chronic pain. Eur J Pain. 2019. 23(7):1234-1250/ejp.1393
Olivan-Blazquez B., Herrera-Mercadal P., Puebla-Guedea M., Perez-Yus MC, Andrès E, Fayed N., Lopez-Del- Hoyo Y., Mogallon R., Roca M., Garcia-Campayo J. Efficacity of memantine in the treatment of fibromyalgia: a double-blind, randomised, controlled trial with 6-month follow-up. Pain;2014. Dec,155(12):2517-2525.

PO_63 - Evaluation de l'efficience de la Neurostimulation Électrique Transcutanée au travers de son observance : Étude rétrospective sur 201 personnes.

M. Parein*(1), S.Rousseau(1)

(1)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France

Introduction :
La NeuroStimulation électrique Transcutanée ou TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) est une technique non médicamenteuse proposée dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques, comme les douleurs neuropathiques périphériques. Qu'elle soit proposée de manière complémentaire ou alternative aux traitements médicamenteux, la TENS présente l'avantage de rendre autonome le patient dans la prise en charge de sa douleur. Son efficience est conditionnée à la mise en place d'un programme personnalisé, de son apprentissage, et d'un suivi adapté. De ce point de vue, l'objectif de ce travail a été d'évaluer l'efficience de la prise en charge par la TENS au travers de l'observance de celle-ci.

Matériel et méthode :
La méthode proposée dans ce travail repose sur l'analyse rétrospective des données de 201 personnes, suivies en 2022 au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Valenciennes, et bénéficiant de la TENS dans la prise en charge de leurs douleurs chroniques. L'étude a été menée sur la base d'audits des dossiers patients puis d'appels téléphoniques. L'évaluation a porté sur le choix du patient d'interrompre l'utilisation de la TENS au regard du motif évoqué, de la quantité d'amélioration de la douleur et de l'estimation de la difficulté d'utilisation de la TENS.

Résultats :
201 dossiers ont été étudiés. 34 personnes (16,9%) ont arrêté l'utilisation de la TENS avant la fin prévue du protocole. Le manque d'efficacité ressentie constitue la principale raison évoquée. Les résultats de l'étude montre une diminution de la quantité de douleur de ~40% pour une difficulté d'utilisation estimée à 2.7/10.

Conclusion :
Les résultats de cette étude rétrospective, réalisée sur un échantillon de 201 patients, soulignent l'efficience de La NeuroStimulation électrique Transcutanée dans la une prise en charge des douleurs neuropathiques. Cette efficience se caractérise par une diminution de la quantité de douleur, un faible niveau de difficulté d'utilisation et une bonne observance.

PO_64 - Le mésusage des opioïdes peut cacher un problème de cytochrome : Cas clinique d'une patiente de 22 ans

D. Montmeat*(1), A.Puszkiel(2), X.Declèves(2), A.Trouvin(1), S.Perrot(1)

(1)Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Paris, France, (2)Hôpital Cochin, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Service de Pharmacologie, Paris, France

Introduction :
Entre 2000 et 2015, le nombre de décès liés aux opioïdes a augmenté de 146% en France[1]. L'une des clés pour limiter les dommages potentiels des analgésiques opioïdes est le choix de la bonne molécule pour le bon patient. Si l'on pense souvent à l'indication et à la posologie, le polymorphisme du métabolisme est souvent oublié[2] .
La codéine est une prodrogue nécessitant une bioactivation par le cytochrome P450(CYP)2D6 pour être transformée en morphine et ainsi être active. Ainsi, son efficacité est dépendante de l'activité du CYP2D6 et de nombreux facteurs peuvent l'influencer : gènes, aliments, plantes ou médicaments[3].

Matériel & méthodes :
Nous rapportons le cas clinique d'une femme de 22ans atteinte d'endométriose et souffrant de douleurs pelviennes chroniques, qu'elle évalue à 9/10. Cette douleur est actuellement traitée par du dafalgan codéiné 500mg/30mg en si besoin. A l'interrogatoire, il apparait que Mme X a augmenté progressivement son nombre de prise à cause d'un manque d'efficacité et qu'elle consomme lors de sa prise en charge au Centre de la Douleur 20 dafalgan codéiné par jour. Elle ne présente aucun signe clinique d'une intoxication aux opioïdes et l'efficacité de ce traitement n'est jugée que très relative par la patiente. Un bilan pharmacologique a été réalisé à Mme X. via le protocole PROTECT utilisant le cocktail de Genève[4]. Il vise à phénotyper les cytochromes des patients présentant une inefficacité ou des effets indésirables majeurs afin de comprendre s'il y a un lien entre l'activité individuel des cytochromes et la réponse clinique.
Un prélèvement lors d'une consultation a également été réalisé pour effectuer un bilan hépatique et doser les concentrations sanguines du paracétamol, de la codéine et de la morphine.

Résultats :
Mme X présentait un phénotype lent pour le CYP2D6. Cela a été confirmé par le dosage sanguin des médicaments 4h après la dernière prise : concentration de codéine très élevée (200µg/L), morphine indétectable. Bilan hépatique normal.

Discussion/conclusion :
Le mésusage de cette patiente a été expliqué par un échec thérapeutique, en l'absence

d’efficacité perceptible, la patiente a augmenté d’elle-même le traitement. Grâce au phénotypage, nous avons réalisé une prise en charge médicamenteuse personnalisée : pas d'initiation de traitement substitutif aux opioïdes car finalement, la patiente n'avait pas de dépendance physique puisque pas de morphine dans le sang et arrêt rapide de la codéine (sans risque de sevrage). Nous avons prescrit de la poudre d'opium, opioïde faible ne nécessitant pas de bioactivation par le CYP 2D6. Le phénotypage est un test simple et rapide qui pourrait être facilement mis en œuvre dans les soins de routine afin d’optimiser la prise en charge thérapeutique.

[1]Chenaf, C. et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. Eur J Pain 23, 124–134 (2019).
[2]Volkow, N. D., Jones, E. B., Einstein, E. B. & Wargo, E. M. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. JAMA Psychiatry 76, 208–216 (2019).
[3]Taylor, C. et al. A Review of the Important Role of CYP2D6 in Pharmacogenomics. Genes (Basel) 11, E1295 (2020).
[4]Bosilkovska, M. et al. Geneva Cocktail for Cytochrome P450 and P-Glycoprotein Activity Assessment Using Dried Blood Spots. Clin Pharmacol Ther 96, 349–359 (2014).

PO_65 - Efficacité du dispositif médical, Music Care©, dans la prise en charge de la douleur en soins palliatifs au Mali

R. Boubacar(1), W.Dewayne(2), P.Ginies(3), P.Poisbeau(4), S.Maiga(1), M.Ly(1)

(1)Service d'Oncologie Médical, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Bamako, Mali, (2)Department of Psychological Science, University of California, Irvine, United States, (3)Département de la douleur, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, France, (4)Université de Strasbourg/CNRS/Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

Introduction :
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit depuis 2002 les soins palliatifs comme l'ensemble des soins dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. Leur objectif est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible, et notamment l'atténuation de la douleur. Les technologies numériques sont de plus en plus utilisées pour renforcer les systèmes de santé nationaux. Des publications récentes ont décrit les effets potentiels des interventions musicales sur la douleur et l'anxiété [1,2]. Très peu d'études scientifiques se sont intéressées à l'impact de l'intervention musicale sur le continent Africain et particulièrement au Mali.

Objectif :
L'objectif de cette étude était de démontrer les effets d'un dispositif médical (Music Care© : intervention musicale) sur la douleur et l'anxiété des patients en fin de vie.
Méthode : Les patients hospitalisés en soins palliatifs au service d'oncologie médicale du CHU Mère-Enfant le Luxembourg (Bamako, Mali) ont été inclus dans cette étude et ont tous reçu une séance d'intervention musicale. La séance repose sur l'utilisation de la web app Music Care©, dispositif médical, basée sur la technique de la séquence en « U » [3]. Le critère principal était le niveau de douleur évalué à l'aide de l'échelle verbale numérique (EVN) mesuré avant et après la séance. Les critères secondaires étaient le niveau d'anxiété (EVN) mesuré avant et après la séance et la satisfaction (EVN) mesurée à la fin de la séance.

Résultats :
Au total, 100 patients ont été inclus dans l'étude, d'âge moyen 46.2 ans (±13.8). Près de 3/4 des patients (72%) sont des femmes. Une réduction significative ($p<0.0001$) du niveau de douleur a été observée passant de 4.6 (±4.5) avant la séance à 3.3 (±3.6) après la séance, correspondant à une baisse de 30%. Le niveau d'anxiété a diminué significativement (-2.4 (±2.2), baisse de 31%, $p<0.0001$). La satisfaction moyenne a été de 7.6 (±3.2).

Conclusion :
Cette étude suggère que le dispositif médical Music Care© pourrait être efficace dans le traitement de la douleur et de l'anxiété (baisse de 30% et 31%, respectivement) chez les

patients en fin de vie en Afrique. Une très forte satisfaction de la part des patients a également été relevée. Cette technique, simple d'utilisation, s'inscrit parfaitement dans une approche multidisciplinaire globale de prise en charge de la douleur.

[1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. https://doi.org/10.1002/ 14651858.CD006908.pub2
[2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. J Adv Nurs. 2019;75:502-516.
[3] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.

PO_66 - Le vécu douloureux de patients atteints de la maladie de Parkinson à un âge précoce : une analyse phénoménologique interprétative

S. Zimmers*(1), C.Bungener(1)

(1)Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, F-92100 Boulogne-Billancourt, France, Boulogne billancourt, France

La maladie de Parkinson (MP) est une affection neurodégénérative invalidante, qui se caractérise par la présence de signes dits moteurs et non-moteurs. Parmi ceux-ci, la douleur, pourtant jugée par les patients comme le symptôme non moteur le plus invalidant, reste sous-évaluée et sous-traitée [1]. Des modèles de compréhension du phénomène douloureux émergent progressivement, mettant en avant des tableaux douloureux divers et particulièrement complexes [2]. Par ailleurs, les premières études sur la douleur ont permis d'identifier que : les femmes, les patients diagnostiqués à un âge précoce, ceux présentant des complications motrices, avec une durée de maladie plus longue, et les patients déprimés et anxieux étaient plus douloureux [3]. Cependant, peu d'études se sont intéressées au vécu subjectif des patients. L'objectif de notre étude visait donc à analyser les processus de mise en sens de l'expérience douloureuse à travers l'exploration des représentations de la maladie et de la douleur dans la MP. Des entretiens non-directifs ont été mené auprès d'individus douloureux ayant reçu un diagnostic de MP. Quatre participants francophones, diagnostiqués à un âge précoce et présentant des tableaux douloureux variés, ont été inclus dans cette étude. Les analyses qualitatives menées en IPA (Analyse Phénoménologique Interprétative, [4]) ont fait émerger 4 thèmes majeurs : l'histoire de la maladie, l'adaptation face à la maladie, les pertes liées à la douleur et les stratégies déployées pour reprendre le contrôle face à la douleur.

Ces résultats mettent en lumière les processus d'adaptation mis en œuvre par les participants, et ce malgré le bouleversement identitaire majeur provoqué par la maladie et la douleur. Ils éclairent aussi la façon dont la dimension relationnelle de la douleur prend place dans cette expérience douloureuse. Cette dimension semble en effet jouer une part importante dans l'expérience de la douleur, tant parce que la relation à l'autre peut favoriser le déclenchement des douleurs ou leur amplification, que parce qu'elle peut aider à stopper les processus de renforcement de la douleur. Les participants expliquent ainsi leur besoin, alternant en fonction de leurs ressources du moment, de s'isoler ou de rechercher un soutien social pour s'adapter à leur(s) douleur(s).

En termes d'enjeu clinique, cette étude étaye et renforce les recommandations de dépistage spécifique et de prise en charge multidisciplinaire de la douleur dans la MP. Elle ouvre également sur des perspectives de recherche qui viseraient à investiguer le bénéfice de l'ajustement des proches et/ou des médecins aux remaniements liés à l'expérience douloureuse des patients.

[1] Hurt, C. S., Rixon, L., Chaudhuri, K. R., Moss-Morris, R., Samuel, M., & Brown, R. G. (2019). Barriers to reporting non-motor symptoms to health-care providers in people with Parkinson's. Parkinsonism and Related Disorders, 64(January), 220–225. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.04.014
[2] Mylius, V., Perez Lloret, S., Cury, R. G., Teixeira, M. J., Barbosa, V. R., Barbosa, E. R., Moreira, L. I., Listik, C., Fernandes, A. M., de Lacerda Veiga, D., Barbour, J.,Hollenstein, N., Oechsner, M., Walch, J., Brugger, F., Hägele-Link, S., Beer, S., Rizos, A., Chaudhuri, K. R., Ciampi de Andrade, D. (2021). The Parkinson disease pain classification system: results from an international mechanism-based classification approach. Pain, 162(4), 1201–1210. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002107
[3] Ozturk, E. A., Gundogdu, I., Kocer, B., Comoglu, S., & Cakci, A. (2017). Chronic pain in Parkinson's disease: Frequency, characteristics, independent factors, and relationship with health-related quality of life. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 30(1), 101–108. https://doi.org/10.3233/BMR-160720
[4] Smith J, Flowers P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis. Sage, London. 2009.

PO_67 - Prise en charge Pluriprofessionnelle et Coordonnée des patients atteints de Douleurs Chroniques en Soins Primaires dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie : état des lieux des pratiques actuelles

J. Songeon*(1), B.Bastiani(2), S.Coste(3), M.Raynal(4), M.Dutech(5), L.Jasse(6), N.Cantagrel(7), M.Lapeyre-mestre(8), A.Elyn(9)

(1)Département Universitaire de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Toulouse, Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, France, (2)UMR Education, Formation, Travail, Savoirs (EFTS), Université Toulouse - Jean Jaurès, Maison de la Recherche, Toulouse, France, (3)MSP Nailloux - St Léon, CPTS Terres du Lauragais, Département Universitaire de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université Toulouse Paul Sabatier, Nailloux, France, (4)Fécop, Toulouse, France, (5)MSP Nailloux - St Léon, CPTS Terres du Lauragais, Fécop, Nailloux, France, (6)Institut HoPeS, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France, (7)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Universitaire de Touloue, Toulouse, France, (8)Université Toulouse III Paul Sabatier, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France, (9)MSP Nailloux - St Léon, CPTS Terre du Lauragais, Fécop, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France

Introduction :
La Douleur Chronique (DC) est définie par une douleur de plus de 3 mois [1]. En France, on estime que 30% de la population est atteinte de DC [2]. Moins de 3% de ces patients bénéficient d'une consultation en Structure DC (SDC) [3]. L'exercice pluriprofessionnel coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) semble adapté pour accompagner les patients atteints de DC [4-5]. L'objectif principal était d'évaluer les pratiques et d'estimer la prévalence des MSP de la région Occitanie qui ont concrétisé la prise en charge de la DC dans leur organisation.

Méthode :
Étude quantitative transversale, de type enquête de pratique par questionnaire (janv-juil 2022). Questionnaire à remplir lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), un seul questionnaire par MSP attendu.

Résultats :
Sur 99 MSP éligibles, 13 ont répondu au questionnaire. La majorité des MSP (n=10, 77%) avait des projets concernant la prise en charge de la douleur et intégrait des professionnels formés à la prise en charge de la douleur (n=8, 62%), mais seulement 4 MSP (31%) étaient en cours de protocolisation de cette prise en charge. Les MSP ont travaillé sur les rachialgies (61.5%), les douleurs neuropathiques (53.8%), les douleurs en soins palliatifs (53.8%), les douleurs liées au cancer (53.8%) et les douleurs liées aux soins (53.8%). Elles se sentaient le plus en difficulté dans la prise en charge des douleurs liées à la fibromyalgie (92%), des douleurs neuropathiques (92%) et des

douleurs de cancer (77%). Les MSP prioriseraient la mise en place de RCP entre l'équipe traitante et une SDC, de formations spécifiques pour l'équipe et d'ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique. Les MSP adressaient leurs patients vers les consultations spécialisées douleur ou les SDC en CH/clinique (84.6%) ou les Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (38.5%) pour des délais de prise en charge compris entre 3 et 6 mois. Elles adressaient entre 5 et 20 patients par an à ces structures et étaient globalement peu satisfaites des prises en charges proposées. Trois MSP travaillaient en coordination avec la SDC.

Conclusion :
Les MSP de la région Occitanie ont potentiellement les ressources nécessaires pour répondre au besoin d'alternatives aux SDC dans la prise en charge du patient douloureux chronique. La prise en charge de ces patients reste à l'heure actuelle très peu coordonnée et protocolisée en soins primaires.

[1] Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease : the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1):19-27.
[2] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-387.
[3] Perrot S. Démographie et impact socio-économique de la douleur en France. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. p37-41.
[4] Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centre de santé génère des gains en matières de productivité et de dépenses. IRDS, Questions d'économies de la santé. 2015 juin;(210):6
[5] Haute Autorité de Santé. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 2023. Saint-Denis La Plaine: HAS.

PO_68 - Réflexions sur les facteurs sociologiques et physiologiques qui peuvent expliquer la prédominance féminine de la fibromyalgie?

A. Wahbi*(1), A.Evin(2), F.Léger(2), J.Nizard(2), E.Mosser(3)

(1)Previa, Nantes, France, (2)Chu Nantes/CETD, Nantes, France, (3)CH Saint Nazaire/Algologie, Saint nazaire, France

Introduction :
Existe-il des arguments physiologiques francs pour expliquer la grande prédominance de femmes atteintes de fibromyalgie (FM) ? L'explication sociologique peut-elle nous donner des pistes de compréhension ?

Mécanismes physiologiques et physiopathologiques
Les niveaux de douleur sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes [1]. La différence entre les sexes est multifactorielle : génétique, morphologiques, biologique.
Les mécanismes expliquant les différences entre les sexes dans la FM ne sont pas entièrement compris, mais peuvent impliquer la biologie, la psychologie et les facteurs socioculturels [2]. La FM peut être considérée comme un état douloureux centralisé, commençant tôt [3]. Il est probable qu'un état de stress chronique modifie progressivement la réponse du système hypotalamo-hypophysaire et sympathique au stress et à la douleur [4], puis un déséquilibre des neurotransmetteurs [5], qui chronicise la maladie. Le modèle d'hypersensibilisation en est un exemple [6].

Analyse sociologique du sex-ratio dans la FM
Il existe des biais dans la surreprésentation féminine de la FM. De l'ACR1990 à l'ACR2016, on passe d'un sex-ratio de 10/1 [7] à 1.5/1 [8]. Il existe un décalage important entre femmes diagnostiquées FM et celles satisfaisant réellement les critères ACR2016 (biais d'anticipation, d'examen et d'interprétation). Plus de la moitié des patients font le lien entre des évènements de vie et le développement d'une FM: des données suggèrent que la déclaration d'une FM serait davantage le résultat d'un parcours de vie que d'un évènement unique [3]. Le sex-ratio à prédominance féminine serait alors à confronter aux différences de parcours de vie homme/femme au regard des différences de socialisation genrées : stratégies de coping différentes [9] et plus grande susceptibilité aux risques psychosociaux [10]. Les études qualitatives réalisées auprès de patients FM montre des préjugés sexistes dans le monde médical avec tendance à psychiatriser la FM, exposant le dualisme corps/esprit dans nos modèles [11]. Devant ces différents biais et préjugés, il est possible que l'aggravation de la symptomatologie se fasse dans une co-construction médecin-malade.

Conclusion :

D’un point de vue physiologique, les hommes et les femmes ne semblent pas égaux face à la douleur. Des études complémentaires sur ces différences, permettraient de mieux comprendre la FM. Notre analyse expose que l’aggravation de la symptomatologie peut se faire dans une co-construction médecin-malade. Les sentiments de rejet, de discrimination, associé à la FM viendrait majorer des douleurs physiques. Il paraîtrait intéressant de se questionner sur l’évolution des symptômes et la coévolution avec le monde médical. Enfin, il serait intéressant de faire des études pour affiner les facteurs de risque de développement d'une FM, en privilégiant des études plus précoces dans l’évolution de la maladie.

1. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. Pain. 1996 Jun;65(2–3):123–67.
2. Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant M a. B, Petzke F, Williams DA, et al. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. Brain J Neurol. 2004 Apr;127(Pt 4):835–43.
3. Am M. A long, winding trajectory of suffering with no definite start and uncertain future prospects - narratives of individuals recently diagnosed with fibromyalgia. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2022
4. Fries E, Hesse J, Hellhammer J, Hellhammer DH. A new view on hypocortisolism. Psychoneuroendocrinology. 2005 Nov;30(10):1010–6.
5. Becker S, Schweinhardt P. Dysfunctional neurotransmitter systems in fibromyalgia, their role in central stress circuitry and pharmacological actions on these systems. Pain Res Treat. 2012;2012:741746.
6. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semin Arthritis Rheum. 2008 Jun;37(6):339–52.
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990 Feb;33(2):160–72.
8. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. PloS One. 2018;13(9):e0203755.
9. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. Personal Soc Psychol Rev. 2002 Feb;6(1):2–30.
10. Berhuet S, Croutte P, De Barthes J, Hoibian S. Tous autonomes et vulnérables à la fois. Etat des lieux des publics fragiles. 2019.
11. Nacu A, Benamouzig D. Eléments d’éclairage sociologiques sur la fibromyalgie : du problème public à l’expérience vécue. Haute Autorité de Santé. 2009. Available from: https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01404435

PO_69 - Neurostimulation électrique transcutanée du nerf vague dans les douleurs abdominales chroniques chez les enfants pris en charge pour une pathologie oncologique ou hématologique.

V. Veyet*(1), S.Bouttefroy(1), C.Rivet(1), J.Drevon(1), P.Marec berard(1), F.Granjard goy(1)

(1)IHOPE, Lyon, France

Contexte et objectif :
Les douleurs abdominales sont fréquentes pendant et après les traitements pour une pathologie oncologique ou hématologique en pédiatrie. La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) du nerf vague permet de diminuer les douleurs abdominales chez les adultes et adolescents atteints du syndrome de l'intestin irritable, mais n'a pas été étudiée dans les douleurs abdominales en onco-hématologie pédiatrique. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de la neurostimulation du nerf vague à l'aide d'un TENS auriculaire dans le cadre des douleurs abdominales chroniques chez les enfants âgés de 8 à 18 ans dans un contexte de pathologie oncologique ou hématologique.

Méthode :
Etude rétrospective de 10 dossiers de patients suivis dans le service d'oncologie et d'hématologie pédiatrique, âgés de 8 à 18 ans, et ayant bénéficié de TENS auriculaire en 2023 pour la prise en charge de douleurs abdominales chroniques. Ces patients ont été formés à l'utilisation des TENS auriculaires avec utilisation deux à trois fois / jour pour une durée de 30 minutes à chaque fois. Les données concernant l'évaluation de la douleur avant et après l'instauration du TENS ainsi que le traitement antalgique médicamenteux associé ont été recueillies.

Résultats :
Les deux premières analyses de dossier concernaient des enfants pris en charge pour des douleurs abdominales chroniques sur des infarctus spléniques à répétition pour l'un d'entre eux, et suite à un traitement anti angiogénique chez le deuxième. Dans ces deux cas l'utilisation du TENS auriculaire a permis une diminution des douleurs abdominales, avec possibilité de réduire le traitement antalgique médicamenteux. Les autres dossiers sont en cours d'analyse.

Conclusion :
Les premiers résultats de cette étude montrent l'intérêt de l'utilisation de cette technique complémentaire par la diminution des douleurs et du traitement antalgique associé, elle permet aussi l'autonomisation du patient dans la prise en charge de sa douleur. Une étude prospective serait intéressante afin d'évaluer plus précisément l'impact de ce traitement sur les douleurs abdominales chez les patients pris en charge en oncologie ou hématologie pédiatrique.

Efficacy of Auricular Neurostimulation in Adolescents With Irritable Bowel Syndrome in a Randomized, Double-Blind Trial
Amornluck Krasaelap 1, Manu R Sood 2, B U K Li 1, Rachel Unteutsch 1, Ke Yan 2, Melodee Nugent 2, Pippa Simpson 2, Katja Kovacic 3
Affiliations expand
PMID: 31622740 DOI: 10.1016/j.cgh.2019.10.012

Ameliorating effects and mechanisms of transcutaneous auricular vagal nerve stimulation on abdominal pain and constipation
Xiaodan Shi 1, Yedong Hu 1, Bo Zhang 2, Wenna Li 1, Jiande Dz Chen 3, Fei Liu 1
Affiliations expand
PMID: 34138761 PMCID: PMC8410029 DOI: 10.1172/jci.insight.150052
Free PMC article

Neurostimulation for abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in adolescents: a randomised, double-blind, sham-controlled trial
Katja Kovacic 1, Keri Hainsworth 2, Manu Sood 1, Gisela Chelimsky 1, Rachel Unteutsch 1, Melodee Nugent 3, Pippa Simpson 3, Adrian Miranda 4
Affiliations expand
PMID: 28826627 DOI: 10.1016/S2468-1253(17)30253-4

[Clinical efficacy of auricular vagus nerve stimulation in the treatment of chronic and acute pain : A systematic review]
[Article in German]
Rudolf Likar 1 2, Christophe Perruchoud 3, Stefan Kampusch 4, Markus Köstenberger 5, Sabine Sator 6, Caroline Stremnitzer 4, Andreas Wolf 7, Stefan Neuwersch-Sommeregger 5 8
Affiliations expand
PMID: 36592212 DOI: 10.1007/s00482-022-00686-2

PO_70 - Évaluation de la compréhension et du ressenti de participants ayant suivi un cours d'éducation aux sciences de la douleur au sein d'un programme de réadaptation multidisciplinaire

N. Adenis*(1), F.Happillon(2), M.Dontenwille(3), V.Wieczorek(4), A.Thevenon(5)

(1)Kinésithérapeute libéral, doctorant université de Lille., Lille, France, (2)Kinésithérapeute libérale, Anthy sur leman, France, (3)Kinésithérapeute libérale, Paris, France, (4)CHRU Lille / Hôpital Swynghedauw / Médecine Physique et réadaptation, Lille, France, (5)Université de Lille, Lille, France

INTRODUCTION:
Une prise en soin multimodale intégrant l'éducation du patient à des exercices thérapeutiques et de l'activité physique est recommandée pour les patients souffrant de lombalgies persistantes [1]. L'Education aux Sciences de la Douleur (ESD) figure parmi les stratégies éducatives existantes [2]. Cette étude a pour objectif d'évaluer la compréhension et le ressenti de participants ayant reçu des séances d'ESD au sein d'une prise en soin multimodale afin d'évaluer et de comprendre les changements possibles liés au choix de l'ESD comme composante éducative.

MÉTHODE:
Etude qualitative par entretiens semi-directifs réalisés par six internes en médecine. Douze sujets souffrant de lombalgies persistantes ont été inclus au sein d'un autre essai clinique après avoir participé à un programme de réadaptation multidisciplinaire d'une semaine intégrant une composante d'ESD [2]. Le guide d'entretien et les thèmes d'analyse ont été construits à partir de l'hypothèse selon laquelle la reconceptualisation de la douleur permettrait des changements cognitifs et comportementaux plus adaptés [4]. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim puis analysés par thématique par trois kinésithérapeutes.

RÉSULTATS :
Deux thèmes avaient été créés a priori: i) compréhension (diagnostic, pronostic, options thérapeutiques) ; ii) coping (interne, externe). Chacun des thèmes a été analysé sous le prisme du changement ou de l'absence de changement. L'analyse a permis l'émergence de thèmes supplémentaires: i) apprentissage expérientiel; ii) autres freins au changement; iii) forces; iv) limites.

DISCUSSION :
Nous observons des différences entre les participants allant de l'absence à la présence plus ou moins marquée de changement dans la compréhension de leur lombalgie et des stratégies de coping qui en découlent pour gérer leur douleur. Pour la majorité d'entre eux, on observe que la présence ou non d'un changement dans la compréhension a été respectivement suivi d'un changement ou non de leurs stratégies de coping, ce qui

suggère une relation de cause à effet. Cependant ce constat n'est pas retrouvé chez tous les sujets. Cela fait suggérer que d'autres facteurs peuvent influencer la compréhension et les stratégies de coping. L'alliance thérapeutique, l'apprentissage par l'expérience, la présence de freins sociaux et des éléments liés à la pédagogie, l'organisation et au contenu éducatif pourraient affecter cette relation.

[1] Haute Autorité de Santé. Traitement du patient présentant une lombalgie commune. Fiche mémo. 2019 [en ligne]. https://www. has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_ v2_2.pdf [page consultée le 12/05/2023]
[2] Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. Physiother Theory Pract. 2016 Jul;32(5):332-55. doi: 10.1080/09593985.2016.1194646. Epub 2016 Jun 28.
[3] Adenis N, Moretto F, Hanot Q, Wieczorek V, Duhamel A, Thevenon A. Évaluation de l'efficacité de l'éducation à la neurophysiologie de la douleur comparée à une éducation conventionnelle, associée à une réadaptation multidisciplinaire, chez des patients lombalgiques chroniques : un protocole pour un essai contrôlé et randomisé. Kinesither Rev 2020; 20: 9-17.
[4] Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. Man Ther. 2003 Aug;8(3):130-40. doi: 10.1016/s1356-689x(03)00051-1.

PO_71 - Dans quelle(s) mesure(s) la PIT améliore t'elle la qualité de vie des patients en situation de douleur cancéreuse réfractaire ?

J. Mistiaen*(1), R.Kortbaoui-saad(1)

(1)GUSTAVE ROUSSY, Villejuif, France

Introduction :
Actuellement, les patients atteints d'un cancer ont une survie plus longue grâce aux progrès de la médecine. Pour autant, le cancer étant pourvoyeur de douleur à toutes les phases de sa prise en charge, la douleur cancéreuse chronique devient une symptomatologie récurrente et parfois réfractaire aux traitements standards de la gestion de la douleur, altérant la qualité de vie des patients (1). Une alternative aux traitements antalgiques est l'analgésie intrathécale avec l'implantation d'une pompe (PIT) [2], mais pour autant améliore t'elle la qualité de vie des patients concernés ?

Méthode :
Une étude observationnelle rétrospective, hors loi Jardé (MR-004), a été réalisée pour évaluer l'impact de la PIT sur la qualité de vie, au travers des dimensions physique, fonctionnelle, psychologique et sociale, des patients implantés. Cette enquête repose sur deux approches dans le but d'établir un regard croisé. D'un côté, une cohorte de 32 patients en situation de douleur cancéreuse chronique réfractaire chez lesquels l'impact du traitement a été évalué. Et d'un autre côté, l'exploitation d'un questionnaire auprès d'une population de soignants pour connaître leur perception de la qualité de vie des patients bénéficiant d'une analgésie intrathécale.

Résultats :
L'étude met en évidence l'amélioration de la qualité de vie des patients au travers de toutes les dimensions étudiées, tant dans la cohorte de patients que chez les soignants interrogés.

Discussion :
Ce travail permet d'avancer une piste de réflexion quant à l'intérêt de l'implantation précoce des pompes intrathécales et d'offrir matière à discussion sur la place de cette technique dans les parcours patients ce dès le diagnostic pour améliorer la qualité de vie des patients. (3)

Conclusion :
L'analgésie intrathécale améliore toutes les dimensions de la qualité de vie des patients douloureux. La création d'outils d'évaluation et de traçabilité de la qualité de vie des patients en situation de douleur cancéreuse chronique réfractaire, au décours d'une recherche prospective, est nécessaire pour confirmer ces résultats.

Mots clés :
Analgésie intrathécale - Pompe intrathécale - Douleur cancéreuse chronique - Douleur réfractaire - Qualité de vie.Bibliographie :

[1] Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. Annals of Oncology. 1 oct 2018;29:iv166-91.
[2] HAS. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie.
[3] Smith TJ, Staats PS, Deer T, et al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: impact on pain, drug-related toxicity, and survival. J Clin Oncol. 2002;20(19):4040-4049. doi:10.1200/JCO.2002.02.118

PO_72 - Evaluation de l'utilisation en vie réelle d'un appareil actiTENS chez des patientes atteintes de douleurs pelviennes d'endométriose- Enquête ENDOTENS chez 125 patientes.

S. Perrot*(1), M.D'ussel(2), P.Planquelle(3), C.Lacoste(4), D.Lhuillery(5), A.Drissi(6), M.Huet(6)

(1)Unité Centre d 'étude et de traitement de la douleur / Hôpital Cochin, Paris, France, (2)Groupe Hospitaliser Paris Saint-Joseph / Unité douleur chronique, Paris, France, (3)Hôpital Cochin / Unité Centre d'étude et de traitement de la douleur, Paris, France, (4)Hôpital Paris Saint-Joseph / Unité douleur chronique, Paris, France, (5)Clinique Saint Jean de Dieu / Douleurs chroniques, Paris, France, (6)SUBLIMED SAS, Moirans, France

Contexte :
Les traitements médicamenteux des douleurs pelviennes chroniques, liées ou non à l'endométriose sont en général peu efficaces. Dans ce contexte, des approches non médicamenteuses telles que la Stimulation Electrique Transcutanée (TENS) proposées par les structures de douleur chronique sont de plus en plus utilisées. Il n'existe pas de recommandation dans ce type d'indication. Il paraît intéressant de connaître les retours « en vie réelle » des patientes.

Etude :
Une enquête en ligne a été menée auprès de patientes atteintes de douleurs pelviennes liées à l'endométriose, suivies en structure douleur chronique, utilisant actiTENS à visée antalgique. Le questionnaire (24 questions) a été développé par un comité scientifique de médecins impliqués dans la prise en charge de douleurs d'endométriose.

Résultats :
125 patientes utilisant actiTENS pour des douleurs d'endométriose, depuis plus de 3 mois pour 68% des patientes, ont répondu en ligne.
-Modalités d'utilisation dans les douleurs pelviennes
Dans 80% des cas, actiTENS était utilisé pour des douleurs pelviennes, les programmes les plus utilisés étant les programmes P1 (100Hz), P2 (80Hz) et P10 (80Hz), avec des variations quant aux nombres de canaux utilisés et au placement des électrodes.
-Modalités d'utilisation d'actiTENS dans les dysménorrhées
Dans 32% des cas, actiTENS était utilisé pour des dysménorrhées, le plus souvent avec les programmes P1 (100Hz), P3 (2Hz) et P10 (80Hz), avec 2 canaux, en positionnant les électrodes avant tout au niveau pelvien et sacré, avec des variations quant à la durée et la fréquence des séances.
-Utilisation dans d'autres douleurs associées
Dans 60% des cas, actiTENS était utilisé aussi pour d'autres douleurs associées, non pelviennes, comme la fibromyalgie.
-Evaluation de l'impact d'actiTENS dans les douleurs pelviennes
Les patientes qui utilisent actiTENS se sentent très améliorées : 33% dans leurs activités physiques ; 33% dans leurs douleurs ; 24% dans les émotions ; 36% dans leur qualité de

vie. Ceci a un impact sur la consommation des médicaments antalgiques : très et énormément diminuée pour 43% des patientes.

Conclusions :
Bien qu'il n'existe pas de recommandations officielles, l'utilisation de la TENS dans les douleurs pelviennes d'endométriose semble très positive. Dans cette indication, l'utilisation d'actiTENS a un impact important sur la douleur, la qualité de vie et la consommation d'antalgiques. Une étude contrôlée, randomisée d'évaluation de l'action antalgique d'actiTENS dans les douleurs pelviennes, notamment d'endométriose, va pouvoir se développer, en partant des données d'utilisation en vraie vie des patientes.

PO_73 - Y a-t-il des complications lors d'injections de toxine botulinique sur les muscles perineaux ? A propos d'un cas complexe de douleur pelvipérinéale chronique

C. Baude*(1), M.Freydier(2), P.Arcagni(2), M.Barmaki(2), L.De massari(2)

(1)consultation douleur, Villeurbanne, France, (2)consultation douleur LYON VILLEURBANNE, Villeurbanne, France

Le syndrome myofascial est une composante clinique constante des algies pelviennes chroniques (névralgie pudendale , endométriose , vessie douloureuse …).Sa prise en charge est nécessaire et fondamentale associée aux autre thérapeutiques ciblées pour une bonne approche thérapeutique des douleurs pelvi périnéales chroniques (1) . La prise en charge du syndrome myofascial associe la kinésithérapie , l'ostéopathie, le TENS , les auto étirements et parfois les infiltrations avec les anesthésiques locaux voire la toxine botulinique .Il n'y a pas de recommandations concernant la toxine botulinique sur les muscles périnéaux(1).Nous en soulevons une complication possible a propos d'un cas clinique complexe. Nous rapportons une observation concernant Mme E.V.. une patiente âgée de 38 ans sans antécédents particuliers. L'histoire douloureuse commence il y a quelques années par une lombaire et une douleur périnéale et latero anale gauche . Cette douleur est augmentée en position assise évoquant une névralgie pudendale voire clunéale .Elle présente également une douleur pelvienne augmentée lors des menstruations évoquant une endométriose avec une amélioration sous contraception . L'IRM confirme la présence de nodules d'endométriose .Le syndrome myofascial est majeur avec une hypersensibilisation pelvipérinéale . La prise en charge a été une association d'un traitement neuropathique per os et injectable (kétamine), TENS , kinésithérapie et plusieurs injections de toxine botulinique sur le puborectal gauche sans grande efficacité Une IRM a montré un nodule sur le puborectal qui a été reséqué pour analyse. Dans notre service une infiltration test pudendal gauche a été faite et elle est positive confirmant la névralgie pudendale . Depuis la patiente est toujours douloureuse sous traitement avec une proposition de chirurgie de décompression avec des signes de douleur neuropathique localisée sur le périnée gauche.

L'analyse du nodule confirme le diagnostic typique de névrome sans signe de malignité

Au vu de cette observation et en conclusion, on peut faire les remarques suivantes :
1 : Le diagnostic de ce cas clinique complexe est vraisemblablement une névralgie pudendale canalaire gauche sur un terrain d'endométriose avec une douleur neuropathique périnéale localisée gauche potentiellement iatrogène (injection et chirurgie).
2 : Le syndrome myofascial est toujours présent dans toutes ces pathologies.

3 : La prise en charge thérapeutique du syndrome myofascial est d'abord classique (électrothérapie antalgique , kinésithérapie, auto étirements éventuellement traitement médical). La toxine botulinique est controversée dans cette indication.
4 : Des complications ont été décrites (granulome…) dans la littérature (2) et dans notre cas clinique on peut l'évoquer.
5 : Il faut rester prudent quant à l'usage de la toxine botulinique au niveau périnéal.

(1) T. Riant, J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat ; Traitements médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques ; Progrès en urologie (2010) 20, 1095—110
(2) M.Anabtawi et coll ;Éruptions nodulaires en tant que complication rare de la neurotoxine botulique de type A : série de cas et revue de la littérature
Cureus. 2020 août ; 12(8) : e10175.

PO_74 - Pratique et place des Thérapies complementaires au sein de la prise en charge hospitalière d'un centre de la douleur de CHU. Evaluation de l'efficacité des thérapies complementaires, à propos de 68 patients hospitalisés.

F. Gourdon*(1), J.Nizard(2), C.Bobin-dubigeon(3)

(1)Hôpital Nord Laennec / CHU Nantes / Service Douleur Soins Palliatifs, St herblain, France,
(2)Hôpital Nord Laennec / CHU Nantes / Service Douleur Soins Palliatifs, Nantes, France,
(3)Hôpital nord Laennec / CHU Nantes / Département de Biologie Oncologique Laboratoire de Pharmacocinétique Centre René Gauducheau, Nantes, France

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Pharmacie d'officine, je me suis intéressé à la prise en charge de la douleur chronique via les thérapies complémentaires au sein d'un CTED avec pour exemple le CETD du CHU de Nantes.

Mon travail s'est déroulé en deux grandes parties, une partie descriptive des thérapies complémentaires ainsi que de la prise en charge de la douleur chronique, puis, dans un second temps, une étude de l'efficacité des thérapies complémentaires (TC) au sein du CETD via un auto-questionnaire de satisfaction (étude validée par un comité d'éthique, le GNEDS).

Tout d'abord un état des lieux a été réalisé sur les pratiques de certaines TC (Acupuncture, Hypnose, Médecine Manuelle - Ostéopathie) ainsi que les recommandations d'utilisation de l'académie nationale de médecine [1,2,3]. La prise en charge des patients douloureux chroniques a été développé via l'exemple du CETD du CHU de Nantes, avec une description des différentes activités et de l'objectif global d'une hospitalisation de semaine en CETD.
La suite de la thèse s'est concentrée sur l'auto-questionnaire, il interrogeais les patients sur l'efficacité ressentie via la pratique des TC citées plus haut au sein du CETD de Nantes. Le questionnaire était distribué en début d'hospitalisation de semaine pour une remise en fin d'hospitalisation. L'objectif principal était de déterminer l'efficacité des TC sur différents critères : intensité de la douleur, durée/nombre de crise douloureuse, fatigue, anxiété, tensions musculaires, amélioration des rapports familiaux, pratique des loisirs/activités professionnelles. Les objectifs secondaires de l'étude étaient de déterminer si les TC avait une efficacité supérieure sur les symptômes même de la douleur et si une population répondeuse à ces dernières de détachait de la population étudiée.

L'étude conclue sur une efficacité non négligeable des TC chez ces patients douloureux chroniques avec cependant de nombreuses limites et biais (temporalité limitée, taille de l'échantillon exploitable, monocentrique). L'étude permet, en outre, de mettre en lumière plusieurs éléments : plus de la moitié de l'échantillon (68%) avait déjà pratiqué au moins une TC, une majorité (67%) souhaitait un suivi plus poussé de leur traitement

en pharmacie, et surtout 80% d'entre eux souhaitent poursuivre la pratique des TC en sortie d'hospitalisation.

Cette étude est plutôt à prendre comme une étude de faisabilité d'études de plus grandes envergures, comme des études multicentriques ou des études avec suivi en ambulatoire.

1. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Rapport INSERM 2014
2. Rapport Inserm. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015.
3. Barry, C., & Falissard, B. (2012). Rapport Inserm. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie.

PO_75 - Impact du dispositif médical Music Care© sur le stress et le burnout du personnel soignant : Etude ouverte multicentrique

L. Brun(1), M.Horst(2), P.Poisbeau(3)

(1)Unité évaluation et traitement de la douleur, Centre Hospitalier Territorial Gaston-Bourret, Noumea, New Caledonia, (2)Centre Hospitalier Territorial Gaston-Bourre, Noumea, New Caledonia, (3)Université de Strasbourg/CNRS/Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

Introduction :
Le Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS) ou burnout en anglais est un problème de santé publique et a fait l'objet d'un mémo par la Haute Autorité de Santé [1]. Il peut concerner toutes les catégories professionnelles. En France, 67% des soignants et infirmières sont exposés à un risque de burnout [2]. Des études ont permis de montrer que les interventions musicales permettent de diminuer l'anxiété et le stress [3-4]. Aucune étude française étudiant l'impact de la musique sur le stress et le burnout des soignants n'a été retrouvée dans la littérature.

Objectif :
Evaluer l'effet du dispositif médical Music Care© (web app) sur le stress et le burnout du personnel soignant.

Méthode :
Essai clinique évaluant l'impact de l'intervention musicale chez des soignants travaillant au sein de 3 établissements, une maison de retraite (ACPPA Péan), l'Institution Nationale des Invalides (INI) et le Centre Hospitalier Territorial (CHT) de Nouméa. La séance repose sur l'utilisation de la web app Music Care©, dispositif médical, basée sur la technique de la séquence en « U » [5]. L'ensemble des participants a bénéficié d'un cycle de 5 séances d'intervention musicale (S1,…,S5) à raison d'une séance par semaine. Le critère principal était le niveau de stress évalué à l'aide de l'échelle verbale numérique (EVN) mesuré avant et après chaque séance. Le critère secondaire était l'intensité du burnout mesurée à l'aide de la version française de l'échelle BMS-10 (Burnout Measure Short) [6] à l'inclusion et à la fin du cycle des 5 séances.

Résultats :
Au total, 74 soignants ont été inclus dans l'étude, 26 travaillant au sein d'ACPPA Péan, 12 à l'INI et 36 au CHT. L'âge moyen est de 41.5 ans (±10.5), 87.8% des soignants travaillent en équipe de jour et 93.2% sont des femmes. Une réduction significative ($p<0.0001$) du niveau de stress a été observée dès S1 (-2.5 (2.0), baisse de 44%), baisse apparaissant plus importante au fil des séances (54% à S5). Le niveau de burnout s'est abaissé significativement entre S1 et S5, passant de 4.2 (±1.2) à 3.4 (±1.2), correspondant à une baisse de 14% ($p = 0.0283$).

Conclusion :

Les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation du dispositif médical Music Care© basé sur la séquence en « U » permet de réduire le stress et le burnout chez le personnel soignant. Cette application numérique pourrait être proposée aux soignants à domicile ou sur le lieu du travail pour diminuer considérablement le stress (de 44% à 54%) et l'épuisement professionnel (14%).

[1] Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine; 2017.
[2] Montero-Marín J, García-Campayo J, Fajó-Pascual M, Carrasco JM, Gascón S, Gili M, Mayoral-Cleries F. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. BMC Psychiatry. 2011 Mar 29;11:49.
[3] Colin C, Prince V, Bensoussan JL, Picot MC. Music therapy for health workers to reduce stress, mental workload and anxiety: a systematic review. J Public Health (Oxf). 2023 May 5:fdad059.
[4] Guetin S, Touchon J. Musique et douleur : la séquence en « U », une solution thérapeutique standardisée et validée. Douleur et Analgésie. 2017.
[5] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.
[6] Lourel M, Guéguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). Pratiques Psychologiques 2007; 13(3):353-364.

PO_76 - Mise en place d'un atelier de musicothérapie dans la prise en charge de patients atteints de douleurs chroniques au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) à Saint-Nazaire (Loire Atlantique)

N. Jaud*(1), C.Dr ganry-salomon*(2), F.Vrait(3), J.Pr nizard(4), É.Dr mosser(5)

(1)Maison de santé La Fontaine, musicothérapeute, Saint-nazaire, France, (2)Maison de Santé La Fontaine, Saint-nazaire, France, (3)Institut de musicothérapie de Nantes (IMN), Saint-sébastien-sur-loire (44), France, (4)CHU Nantes, service Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Nantes, France, (5)CH Saint-Nazaire (44), Service Douleur, Saint-nazaire, France

Le médecin généraliste reste le premier et le plus fréquent intervenant dans la prise en charge des patients douloureux chroniques [1,][2]. Il peut être confronté à des consultations chronophages et de fréquentes impasses thérapeutiques médicamenteuses.
Au sein de l'approche thérapeutique multimodale, et en lien avec la Consultation Douleur du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, la MSP La Fontaine (Saint-Nazaire) a mis en place des ateliers de musicothérapie depuis février 2022, animés par Nicolas Jaud, musicothérapeute formé à faculté de médecine de l'Université de Nantes.
La musicothérapie est déjà utilisée et étudiée dans la prise en charge de la douleur aiguë depuis plusieurs années [3],[4],[5]. Mais elle peut aussi tout à fait s'intégrer aux approches psychocorporelles recommandées dans le traitement de certaines pathologies douloureuses chroniques [6],[7]. Nous présenterons dans ce poster les modalités de mise en œuvre organisationnelle et le déroulement de ces ateliers de musicothérapie. Ils se déroulent soit en groupe soit en individuel, et peuvent prendre forme de :

- musicothérapie réceptive, avec utilisation de techniques de relaxation ou d'hypnose ;
- musicothérapie réceptive : pratiques favorisant l'expression de soi et ouverture à l'imaginaire ;
- musicothérapie active basée sur le rythme et la percussion ;
- musicothérapie active s'appuyant sur la voix et spécifiquement l'Exploration vocale[8].

Nous décrirons la population des 31 patients ayant bénéficié de l'intervention et apporterons quelques éléments d'évaluation qualitative concernant son apport (thèse de médecine générale en cours). Cela nous permettra de développer de quelle manière la musicothérapie peut être le vecteur de processus associatifs et ré-associatifs, ainsi qu'un outil de médiation corporelle, relationnelle et d'expression émotionnelle, lui conférant une place totalement pertinente dans la prise en charge de la douleur chronique [9].
La mise en place de ce type de programme de musicothérapie est un très bon support de d'observation de la manière dont des organisations coordonnées en soins primaires (MSP) peuvent mettre en œuvre la dimension globale et multimodale de la prise en soins

des patients douloureux chroniques, et peuvent accompagner la dynamique de développement des interventions non médicamenteuses, déjà bien présente auprès de cette population de patients[10].

1. « Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique », Recommandation HAS, 14/2/2023,
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218057/fr/parcours-de-sante-d-une-personne-presentant-une-douleur-chronique (13/5/2023)
2. « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient », Recommandation de bonne pratique HAS, 1/12/2009,
https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient (13/5/2023)
3. Guétin S., Coudeyre E., Picot M.-C., Ginies P. , Graber-Duvernay B. et al. (2005) Intérêt de la musicothérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique en milieu hospitalier (Étude contrôlée, randomisée sur 65 patients). Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 48 (5), pp.217-224. ⟨10.1016/j.annrmp.2005.02.003⟩. ⟨hal-03061617⟩
4. Pegliasco C. (2015). La musicothérapie : présentation d'une thérapie complémentaire et d'une technique innovante face à la douleur », Hegel, 4 (N° 4), p. 264-267. DOI : 10.3917/heg.054.0264. URL : https://www.cairn.info/revue-hegel-2015-4-page-264.htm
5. Jourt-Pineau C., Guétin S.,Védrine L, Moulec S., Poirier J.-M, Ceccaldi B. (2013). Effets de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété des patients atteints de cancer hospitalisés et/ou suivis en service d'oncologie. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 14. 200–207.
6. « Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique », Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD, mars 2014,
https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf (14/5/2023)
7. Berquin A. (2019). Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille. In: Douleur et Analgésie,32/3, p. 155-164. http://hdl.handle.net/2078.1/262140 -- DOI : 10.3166/dea-2019-0074
8. Jaud N. (2020). À la recherche de la voix perdue : une musicothérapie en addictologie. Revue française de musicothérapie, 2020, 39 (2). Hal-03432804.
https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03432804
9. Vrait F.-X. (2018). La musicothérapie., Que Sais-je ?, PUF, Paris, France.
10. Ninot G. (2021). La filière des INM : une réponse aux transitions démographiques, sanitaires, économiques et environnementales actuelles , Hegel 2021/3, p. 271-275, ALN Éditions.

PO_77 - Réalisation d'une enquête sur la douleur induite par les soins dans un Centre de Lutte Contre le Cancer.

F. Piloquet*(1), S.Jubier-hamon(2), A.Rollot(1)

(1)ICO René Gauducheau, Saint herblain, France, (2)ICO Paul Papin, Angers, France

Le 17 octobre dernier, lors de la journée mondiale contre la douleur, le CLUD (Comité de LUtte contre la Douleur) de l'ICO a organisé une enquête auprès des patients et professionnels à l'ICO.

Objectif :
évaluer la douleur induite lors des examens ou traitements en radiothérapie, médecine nucléaire et imagerie et faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur.
Le taux de participation à l'enquête est très élevé :
• 71.3 % des patients se sont exprimés (364 patients)
• 60 % des professionnels (MER*, praticiens et internes) ont répondu (94 réponses)

Bonne information du patient avant les examens ou les traitements ! A la question « le déroulement de la séance ou de l'examen vous a-t-il été expliqué ? », plus de 90% des patients de radiothérapie, imagerie et médecine nucléaire ont répondu positivement.
Une évaluation fréquente de la douleur en radiothérapie ! Les soignants déclarent dépister de manière systématique la douleur pour 70% des patients de radiothérapie sur Angers et pour 46% d'entre eux sur Saint-Herblain soit par un questionnement verbal, soit à l'aide d'échelles. En médecine nucléaire et en imagerie se dépistage semble moins fréquent.
Peu de patients font part d'une douleur induite ! les traitements non médicamenteux à l'honneur ! • A la question « avez-vous ressenti une douleur au moment de l'examen / la séance, en lien avec l'installation ou le maintien de la position sur la table ? », plus de 93 % des patients en radiothérapie ont répondu négativement. o Pour les patients ayant ressenti une douleur (15 individus), tous l'ont signalé, majoritairement au MER, puis au médecin. 40 % d'entre eux ont bénéficié de la mise en place d'un traitement non médicamenteux (musique, relaxation, hypnose voire consultation douleur spécialisée) •A cette même question pour les patients en imagerie et médecine nucléaire, 88.5 % des patients n'ont pas ressenti de douleur. o Pour les patients ayant ressenti une douleur (10 individus), 75% l'ont signalé sur le site angevin et 33% l'ont signalé sur le site herblinois ; dans tous les cas, le signalement a été fait auprès du MER. La moitié des patients angevins douloureux ont bénéficié de la mise en place d'un traitement non médicamenteux (kinésithérapie ; consultation douleur spécialisée). Les patients douloureux sur le site de Saint-Herblain n'ont pas eu de prise en charge spécifique.
Des professionnels demandeurs d'une formation. Un retour a été réalisé auprès des

différentes équipes permettant une nouvelle sensibilisation à la prise en charge de la douleur induite par les soins.

PO_78 - Efficacité du bloc des érecteurs du rachis guidé par ultrasons pour l'analgésie postopératoire en chirurgie du cancer du sein. Résultats d'une étude prospective à la clinique chirurgicale A du CHU Oran.

S. Yousfi*(1)

(1)CHU ORAN, Oran, Algeria

Position du problème et objectif(s) de l'étude :

La chirurgie du cancer du sein est fréquemment responsable de douleurs post-opératoires intenses [1]. Afin de minimiser la douleur postopératoire aigue mais aussi l'apparition de douleurs chroniques, une prise en charge analgésique multimodale optimale est donc indispensable incluant des techniques d'analgésie loco- régionale [2].

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'effet analgésique du bloc des érecteurs du rachis après mastectomies avec curage axillaire.

Matériel et Méthode :
Il s'agit d'une étude descriptive de type prospectif et monocentrique, réalisée auprès des patientes opérées pour cancer du sein par mastectomie avec curage ganglionnaire sous anesthésie générale au niveau du service de chirurgie générale sur une période de deux années.

Avant l'induction les patientes ont bénéficié d'une analgésie multimodale :
dexaméthasone, kétamine, paracétamol, associée à un bloc des érecteurs du rachis écho guidé avec injection unique en T5 de 20 ml de bupivacaïne à 0,25 %.
La douleur postopératoire au mouvement était évaluée par une échelle numérique simple.

Résultats :
L'âge moyen des patientes était de 63,2 ans, 24 femmes étaient classées ASA2. Les scores de douleur ENS : à H1, était en moyenne de 1,89 ; à H2 : 1,9 ; à H4 : 1,6 ; à H6 : 1,6 ; à H12, 1,2 et à H24 : 1,1. Une seule patiente a reçu de la morphine titrée en intra veineux (4 mg à H1), pour la satisfaction : 75% de malades très satisfaites, 10% satisfaites et 15% peu satisfaites.

Conclusion :
Ces dernières années, l'émergence de techniques d'anesthésie locorégionale a modifié la prise en charge de la douleur après chirurgie mammaire. L'efficacité du bloc des érecteurs du rachis reste à préciser par des études comparatives randomisées ; mais semble prometteuse pour l'analgésie en chirurgie du sein.

Mots clés : douleur postopératoire aigue, analgésie locorégionale, cancer du sein.

1 : Tulgar S, Selvi O, Senturk O, Serifsoy TE, Thomas DT. Ultrasound-guided Erector Spinae Plane Block: Indications, Complications, and Effects on Acute and Chronic Pain Based on a Single-center Experience. Cureus. 2019 Jan 2;11(1):e3815.
2 : Yao Y, Li H, He Q, Chen T, Wang Y, Zheng X. Efficacy of ultrasound-guided erector spinae plane block on postoperative quality of recovery and analgesia after modified radical mastectomy: randomized controlled trial. Reg Anesth Pain Med. 2019 Nov 2.

PO_79 - Retour d'expérience de la musicothérapie (Music-care®) pour des personnes accompagnées avec déficience intellectuelle, en structure médico-sociale

V. Simonnet*(1), E.Botton*(2), E.Quemeneur(1)

(1)Pôle Santé, LGO, Brest, France, (2)ASSOCIATION LES GENETS D'OR, Brest, France

L'Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD), a démarré son activité au sein de l'association Les Genêts d'Or en septembre 2022. Elle est intégrée au Pôle Santé de l'association.
Forte de notre expérience en oncologie après plus de 15 ans de travail en binôme algologue-IRD, nous avons la volonté de proposer des Techniques Non Médicamenteuses pour un public déjà très médicamenté, pour les aider à gérer leurs maux du quotidien : douleur/anxiété/insomnie/asthénie.
Après avoir formé les équipes des structures concernées (Foyer De Vie et Maison d'Accueil Spécialisée) nous avons proposé une phase d'essai de 3 semaines de la musicothérapie, avec le soutien de music-care® qui nous a prêté le matériel.
Ces dernières ont identifié les résidents pouvant être éligibles à cet outil, en réunion de coordination, et selon leur profil sensoriel. Au moins 10 résidents ont pu en bénéficier de manière régulière dans l'indication de soins de pédicurie, nursing/douche, habillage, temps de repas ou encore pour favoriser l'éveil ou l'endormissement.
Les séances variaient entre 15 et 60', majoritairement en U et 2 en L et J. Les retours ont été très positifs avec une bonne adhésion des professionnels, qui pour certains ont installé sur leur portable personnel l'application. Après avoir présenté notre bilan à notre interlocutrice de music-care® ainsi qu'à notre hiérarchie directe, nous nous heurtons à un coût trop élevé et donc nous ne pouvons pas mettre cette TNM à disposition sur l'ensemble des 52 établissements de l'association. Nous continuons de diffuser l'information pour suggérer un abonnement individuel pour nos résidents en capacité de payer.

PO_80 - Efficacité du dispositif médical Music Care© (web app) par typologie de douleur chronique : étude contrôlée randomisée

P. Ginies(1), W.Dewayne(2), D.Watanabe(2), J.Touchon(3), P.Poisbeau(4)

(1)Département de la douleur, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, France, (2)Department of Psychological Science, University of California, Irvine, United States, (3)Département de Neurologie, INSERM, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Montpellier, France, (4)Université de Strasbourg/CNRS/Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

Introduction :
Les technologies numériques sont de plus en plus utilisées pour renforcer les systèmes de santé nationaux, mais les preuves cliniques de leur utilité sont rares. La musique est utilisée comme technique de prise en charge de la douleur et la e-santé est en pleine expansion, mais son efficacité en pratique clinique est complexe à démontrer. Des publications récentes ont décrit l'impact des thérapies digitales (DTx) utilisant la musique sur la douleur et l'anxiété [1,2].

Objectif :
L'objectif de cette étude est de démontrer les effets du dispositif médical Music Care© (DTx / web app) sur différents types de douleur chronique.

Méthode :
Cet essai clinique contrôlé, randomisé, en simple aveugle était composé de 2 bras et a eu lieu au CHR de Montpellier. Les patients devaient être hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, avoir des antécédents de douleur pendant au moins 6 mois et souffrir de douleur lombaire, inflammatoire, fibromyalgie ou neurologique. Une stratification a été effectuée en fonction du type de douleur. Les patients ont été randomisés dans le groupe intervention (Music Care, application Web selon la technique en « U » [3]) ou le bras contrôle (pas de musique). Le groupe d'intervention a reçu au moins 2 séances quotidiennes de musique entre J0 et J10, associée à leur traitement standard, puis ils ont poursuivi l'intervention musicale à domicile jusqu'à D60 en utilisant le matériel fourni. Le groupe contrôle a reçu seulement un traitement standard. Le critère principal était le niveau de douleur évalué à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) et a été recueilli à J0, J5, J10, J60 et J90.

Résultats :
Au total, 87 patients (44 dans le groupe intervention, 68 femmes, âge moyen 48.8 ans) souffrant de douleur lombaire (n=22), fibromyalgie (n=22), inflammatoire (n=22) ou neurologique (n=21) ont été inclus. Chez les patients traités par Music Care, une forte réduction du niveau de douleur a été observée dès J5 quelle que soit la typologie.

Conclusion :
Cette étude suggère qu'une intervention musicale personnalisée via l'application Web Music Care© s'intègre facilement dans le parcours de soins des personnes souffrantes de douleur chronique.

[1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. https://doi.org/10.1002/ 14651858.CD006908.pub2
[2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. J Adv Nurs. 2019;75:502-516.
[3] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.

PO_81 - Gestion de la douleur postopératoire après excision-greffe chez les brules : lidocaïne en intraveineux.

S. Hamaz*(1)

(1)CENTRE DES GRANDS BRULES, Alger, Algeria

Introduction :
La douleur postopératoire après excision - greffe reste très difficile a évaluer.La morphine garde toujours une place privilégiée dans la prise en charge de la douleur chez le brule.
La lidocaïne intraveineuse s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge multimodale et d'épargne morphinique.

Objectif :
Rôle de la lidocaïne dans l'analgésie multimodale avec objectif d'épargne morphinique.

Matériels et méthode :
Il s'agit d'une étude comparative entre deux groupes d'adultes jeunes brules de 20 a 30 % de surface corporelle par flamme sans inhalation de fumée ; ayant bénéficié d'une excision greffe précoce sous anesthésie générale. En postopératoire : Le premier groupe a bénéficié d'une analgésie associant : Perfalgan, néfopam et morphine en intraveineux.
Le second groupe a bénéficié de : Perfalgan, néfopam et lidocaïne intraveineuse débutée en peropératoire par un bolus initial de 1 a 3 mg/kg suivi par une perfusion continue d'une dose allant de 1 a 5 mg/kg/h ainsi que la morphine a la demande (en bolus et en intraveineux).
Une évaluation continue concernant : Les constantes vitales : TA, Fr, Fc, Spo2. La douleur par l'EVA. La consommation de morphine. Les effets secondaires de la morphine et de lidocaïne

Résultats :
Bien que la taille de notre l'échantillon soit faible (5 cas par groupe) ; nous avant remarque une diminution de consommation de morphine dans le groupe de lidocaïne ; aucune perturbation hémodynamique dans les deux groupes.

Discussion :
Un petit essai clinique, impliquant seulement 45 participants, qui a montre un bénéfice de la lidocaïne intraveineuse pour le soulagement de la douleur chez les personnes souffrant de brulures. L'essai n'a pas montre de différence dans la consommation d'opioïdes, l'anxiété des participants ou le niveau de satisfaction des participants a l'égard de l'utilisation de la lidocaïne par voie intraveineuse. Dans un cas rapporte de prise en charge de la douleur a la phase aigue chez un jeune de 18 ans brule a 18- 20%

par Département de soins intensifs, Hôpital universitaire Sahlgrenska, Molndal, Suède
La perfusion intraveineuse de lidocaïne s'est avérée efficace avec peu d'effets cardiovasculaires.

Conclusion :
La douleur postopératoire chez le brule est multifactorielle, sa prise en charge nécessite d'être multimodale. La morphine bien que puissant analgésique, garde des effets secondaires a court et long terme a prendre en considération. D'autres études sont nécessaires afin de démontrer l'efficacité de la lidocaïne en intraveineux dans la prise en charge de la douleur ainsi que dans une démarche d'épargne morphine en postopératoire chez le brule.

1.Cassuto, Jean, et Peter Tarnow. « Potent Inhibition of Burn Pain without Use of Opiates ». Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries 29, no 2 (mars 2003): 163-66. https://doi.org/10.1016/s0305-4179(02)00237-1.
2.Beaussier, Marc, Paola Mascitti, et Anne-Elisabeth Bossard. « Place de la lidocaïne intraveineuse en périopératoire », 2019.
3.« Lidocaine for pain relief in people with burns | Cochrane ». Consulté le 30 avril 2023. https://www.cochrane.org/CD005622/SYMPT_lidocaine-pain-relief-people-burns.
4.Wasiak, Jason, Patrick D Mahar, Siobhan K McGuinness, Anneliese Spinks, Stefan Danilla, Heather Cleland, et Hannah B Tan. « Intravenous lidocaine for the treatment of background or procedural burn pain ». The Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, no 10 (16 octobre 2014): CD005622. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005622.pub4.
5.Maurice-Szamburski, Axel. « Analgésie multimodale, ce qu'il faut abandonner ». Le Praticien en Anesthésie Réanimation 22, no 5 (octobre 2018): 257-63. https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.08.006.
6.Chaibdraa, A., M.S. Medjelekh, A. Saouli, et M.C. Bentakouk. « Quelle place pour l'anesthésie locorégionale chez les brûlés? » Annals of Burns and Fire Disasters 28, no 3 (30 septembre 2015): 192-95.
Dr David Picovski « Le traitement chirurgical des brûlures récentes »., 18 août 2016. https://docteur-picovski.com/intervention/traitement-brulures-recentes

PO_82 - Prise en charge des douleurs neuropathiques péri-cicatricielle du mélanome cutané par patch à haute concentration de capsaïcine : étude rétrospective monocentrique

J. Leclerc*(1)

(1)CETD, Amiens, France

Introduction :
La douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) se développe ou augmente en intensité après une chirurgie et persiste plus de 3 mois après l'intervention, par mécanisme neuropathique. Après reprise d'exérèse de mélanome 9 à 10 % des patients ont une douleur persistante. Le patch à haute concentration de capsaïcine, CP8 (Qutenza®) est un traitement de 2ème intention des douleurs neuropathiques superficielles dans les recommandations françaises et européennes.

Matériel et méthodes :
Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique pour évaluer le CP8 dans les DCPC sur cicatrice d'exérèse de mélanome. Le critère de jugement principal (CJP) était défini comme la réduction ≥ 30% de la douleur sur l'échelle NPRS (douleur entre 0 et 10) entre le début du traitement et la Semaine 12 (S12) après la dernière pose. Les critères de jugement secondaires concernaient la qualité de vie (score EQ-5D-5L) et la tolérance.

Résultats :
13 patients, d'âge moyen 54.9 ans, ont bénéficié de poses de CP8, de Janvier 2018 à Juin 2021.
Le CJP a été atteint pour 84,6% des patients, après un nombre moyen de 3 poses.
Pour 9 patients (69,2%), la douleur a diminué d'au moins 70%, dont 6 rémissions complètes.
Selon le score EQ-5D-5L, 100 % des patients avaient une anxiété/dépression, 91% des difficultés pour réaliser leurs activités habituelles, 82% des problèmes de mobilité et 82% d'autonomie avant CP8. À S12, 36 % n'avaient plus d'anxiété/dépression, 64% plus de problèmes d'autonomie, 64 % plus de problèmes de mobilité et 64% plus de problèmes dans leurs activités habituelles. Très peu d'effets indésirables ont été rapporté.

Discussion :
Nous constatons une bonne efficacité et tolérance de CP8 sur les DCPC de mélanome. Les antalgiques en cours ont pu être arrêtés chez tous les patients. La nécessité d'une chirurgie en 2 temps du mélanome pourrait expliquer un risque plus élevé de DCPC, Parmi les autres facteurs de risque connus des DCPC, seuls l'âge >50ans et le sexe

féminin ont été retrouvés. Les limites de notre étude incluent la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle.

Conclusion :

Dans ce type de douleurs, l'application de capsaïcine topique aurait une place en première intention. Il soulage rapidement le patient, évite tout traitement per os et améliore la qualité de vie. Il est nécessaire de mettre en place un travail prospectif avec une cohorte plus importante afin de confirmer les résultats.

PO_83 - Approche qualitative explorant la passation d'une échelle d'évaluation spécifique des troubles de perception corporelle dans le syndrome douloureux régional complexe

J. Labarre*(1), B.Colette(1), P.Garnier(2), J.Nizard(3)

(1)CHU de Nantes, Nantes, France, (2)Institut pour l'Etude des Relations Homme-Robots, Paris, France, (3)EA4391 Excitabilité Nerveuse et Thérapeutique, Paris, France

Contexte :
Les troubles de la perception corporelle étant courants dans le SDRC (54 à 84 % des patients)(1), il semble important d'évaluer plus systématiquement ces symptômes, d'autant plusqu'un nombre croissant de données montrent leur probable implication dans la persistance des douleurs(2). La question de ces sentiments hostiles, de détachement et de perceptions déformées n'est pas toujours abordée. En effet, les critères de Budapest, référence clinique pour le diagnostic du SDRC n'en font pas mention(3). La version française de l'échelle de Bath(4), qui interroge ces symptômes, est en cours de validation par un membre de notre équipe. Au-delà de cette adaptation en langue française, il est nécessaire de déterminer comment elle pourrait s'intégrer dans la prise en charge et de quelle manière elle doit être utilisée pour être la plus contributive possible. Il est indispensable de cerner comment l'outil est reçu, aussi bien par les patients que par les cliniciens.

Méthode :
Analyse thématique de contenu des entretiens individuels semi-structurés après avoir réalisé la passation de l'échelle de Bath auprès d'un médecin rééducateur, un médecin algologue, un kinésithérapeute, 3 patients avec SDRC

Résultats :
Les principaux thèmes émergents s'articulent autour d'un outil pertinent pour évaluer les troubles de perceptions corporelles, des difficultés de compréhension du questionnaire, et d'un espace de collaboration entre soignants et patients.

Conclusion :
L'Échelle de Bath apparait comme un outil pertinent pour les patients et soignants, et d'ouverture vers l'éducation thérapeutique du patient en facilitant l'adhésion au traitement, mais nécessite un travail sur la forme pour simplifier et le faire accepter aux patients en pratique clinique. Il semble nécessaire d'établir au préalable une relation de confiance avec son patient afin d'ouvrir plus facilement l'échange autour de ses symptômes.

1- Galer BS, Jensen M. Neglect-like symptoms in complex regional pain syndrome: results of a self-administered survey. J Pain Symptom Manage. 1999 Sep;18(3):213-7.
2- Acapo S, Osinski T, Rulleau T, Berthelot JM, Dupeyron A, Nizard J, Body Perception Disturbances in

Complex Regional Pain Syndrome: a Systematic Review of Assessment Methods; 2020, under review
3- Bruehl S, Harden RN, Galer BS, Saltz S, Bertram M, Backonja M, Gayles R, Rudin N, Bhugra MK, Stanton-Hicks M. External validation of IASP diagnostic criteria for Complex Regional Pain Syndrome and proposed research diagnostic criteria. International Association for the Study of Pain. Pain. 1999 May;81(1-2):147-54.
4- Lewis, J., McCabe, C.S., 2010. Body perception disturbance (BPD) in CRPS. Practical Pain Management 10, 60–66.

PO_84 - Impact de l'intolérance à l'incertitude sur la douleur chronique

A. Gkiouzeli*(1), F.Brunet*(2)

(1)Université de Lorraine, Metz, France, (2)Hopital Belle Isle UNEOS, Metz, France

Introduction :
Les modèles psychologiques qui visent à expliquer les facteurs contribuant au développement et au maintien de la douleur chronique tels que le modèle d'évitement de la peur suggèrent que l'interprétation cognitive et la réponse aux stimuli douloureux peuvent avoir un impact significatif sur l'expérience future de la douleur de l'individu [1]. L'apparition de la douleur peut déclencher une pensée catastrophique, entraînant le développement de peurs liées à la douleur et l'évitement des activités qui la provoquent, ce qui conduit finalement à une sensibilité accrue à la douleur et à une invalidité [2]. Les chercheurs ont récemment commencé à étudier l'intolérance à l'incertitude (II) en tant que construction psychologique pertinente pour susciter des cognitions, des émotions et des incapacités liées à la douleur menaçante chez les patients douloureux chronique. L'II est définie comme un biais cognitif affectant la perception, l'interprétation et la réaction d'un individu face à des événements incertains aux niveaux cognitif, comportemental et émotionnel. Elle est étroitement liée à l'anxiété et joue un rôle central dans le développement et le maintien d'une inquiétude excessive [3], deux prédispositions connues pour accentuer l'expérience subjective de la douleur. Des études cliniques ont indiqué une corrélation positive entre l'II, l'anxiété liée à la douleur et l'intensité de la douleur expérimentale autodéclarée, en particulier pendant les périodes de stimulation imprévisibles ou après de longs délais [4].
Cette étude vise à étudier pour la première fois à notre connaissance les relations entre l'intolérance à l'incertitude, le catastrophisme, la peur de la douleur, la kinésiophobie, l'intensité perçue de la douleur et l'interférence de la douleur chez des patients adultes souffrant de douleur chronique et suivis en structure douleur chronique.

Objectifs :
Objectif 1 : Etudier comment l'intolérance à l'incertitude affecte l'intensité de la douleur perçue et l'interférence de la douleur chez les patients douloureux chronique suivis en structure douleur chronique
Objectif 2 : Etudier le rôle de la dramatisation de la douleur et de la peur de la douleur dans la prédiction des résultats de la douleur pour les différents niveaux d'intolérance à l'incertitude chez des patients douloureux chronique

Matériels et méthodes :

- Patients douloureux chronique hospitalisés au CETDC du Groupe Hospitalier Associatif UNEOS
- Etude menée sur un an
- Mesures recueillies : Variables socio-démographiques, Questionnaire Concis sur les Douleurs (QCD), Pain Anxiety Symptoms Scale-short form (PASS-20), Pain Catasrophizing Scale Canado-French Version (PCS-CF), Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) Echelle d'intolérance à l'incertitude (EII)
- Réévaluation des différentes mesures tous les 3 mois

Résultats et discussion :
A venir après recueil des données et étude des réponses. Objectif de 70 à 80 patients ciblés durant le test.

[1] Zale, E. L., & Ditre, J. W. (2015). Pain-Related Fear, Disability, and the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. Current opinion in psychology, 5, 24-30. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.014

[2] Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain : A state of the art. Pain, 85(3), 317-332. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0

[3] Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. Journal of Anxiety Disorders, 20(2), 222-236. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004

[4] Bélanger, C., Blais Morin, B., Brousseau, A., Gagné, N., Tremblay, A., Daigle, K., Goffaux, P., & Léonard, G. (2017). Unpredictable pain timings lead to greater pain when people are highly intolerant of uncertainty. Scandinavian Journal of Pain, 17, 367-372. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.09.01

PO_85 - Croyances sur les lombalgies et comportements de 150 français(e)s selon leur préférence pour les thérapies manuelles ou la médecine allopathique.

A. Criard*(1), J.Berthelot(2), J.Nizard(3)

(1)Ostéopathe, Saint-cast-le-guildo, France, (2)Service de rhumatologie, CHU Nantes, Nantes, France, (3)Service d'algologie, CHU Nantes, Nantes, France

Certaines croyances sont un facteur de risque de passage à la chronicité des lombalgies « communes ». Depuis plus de 20 ans, les médecins tentent de rassurer leurs patients quant à la « solidité de leurs colonnes vertébrales », pour les aider à reprendre au plus vite une activité, dès que l'intensité de la lombalgie le permet. L'Assurance maladie via le slogan « le bon traitement c'est le mouvement », diffusé par divers médias, a tenté d'infuser ce message au sein de la population française, avec un certain succès. Mais malgré cette pédagogie, il est probable que beaucoup de personnes, voire soignants, partagent encore des croyances erronées concernant la pathogénie des lombalgies, et incriminent un possible rôle d'une activité « normale » dans l'induction de celles-ci. Comme nombre de patients lombalgiques français consultent désormais plus souvent un ostéopathe plutôt qu'un médecin, il apparaît utile que les ostéopathes participent à l'effort d'éducation et de réassurance des lombalgiques, afin de diminuer les conséquences personnelles et sociétales des lombalgies. Pour tenter de vérifier ces deux hypothèses, nous avons mené entre le 15 février et le 30 mai 2022 une enquête (dans 5 cabinets d'ostéopathie, et 7 cabinets de médecine générale des Côtes d'Armor) auprès de 150 adultes de la population française (ne faisant pas partie du corps des soignants, et ne souffrant pas de radiculalgies associées aux lombalgies), au moyen d'un questionnaire explorant : 1- les croyances concernant les lombalgies ; 2- le niveau hebdomadaire d'activités physiques déclaré par ces personnes ; 3- la préférence d'une prise en charge allopathique ou par thérapie manuelle.
Le questionnaire utilisé pour explorer et quantifier les bonnes ou mauvaises croyances concernant les lombalgies était le questionnaire Back-PAQ, dans sa version 10 items.
Le 99 patient déclarant « aller voir en priorité ostéopathes ou kinésithérapeutes » n'avaient pas un profil de croyances plus favorable à une amélioration que les 51 allant voir en priorité un médecin ou un pharmacien, et ils étaient, de manière inattendue, plutôt moins actifs. Les ostéopathes et kinésithérapeutes peuvent donc aussi aider leurs patients en corrigeant leurs croyances erronées concernant les rachialgies, et en les incitant à être plus actifs grâce aux soins prodigués.

PO_86 - Impact of pharmacist-specific training on the quality of pain counselling and antalgic delivery in French community pharmacies: Results of the Optymed 2 study

A. Annenkova*(1)

(1)UPSA SAS, Rueil-malmaison, France

The use of OTC analgesics is common worldwide. Pharmacist-led medication is cost-saving but implies that the pharmacy staff should have the necessary knowledge to prevent an inappropriate drug consumption and identify the patients at risk and in need of a medical advice. The Optymed study conducted in the French community pharmacies showed that some patients were not identified at risk while exhibiting symptoms that required a medical consultation and prescription. Optymed 2 is a pilot longitudinal, epidemiological study aiming to assess the benefits of an e-learning-based training on the knowledge and management of pain by the French community pharmacy staff including pharmacists and dispensers. Pharmacies were randomized into two groups receiving (group 1, n=97) or not (group 2, n=93) a training within 7 days after randomization. Training consisted of the 4 thematic modules including the patient risk situations. Successful rates were significantly higher after the training, with 35% and 2.3% of pharmacy staffs reaching at least 70% of correct answers, in groups 1 and 2, respectively. The difference concerned all the thematic modules but was more pronounced for the global knowledge of pain and headache management. For the questions associated to the usual risk situations, overall successful rates were slightly but significantly higher in group 1. Very low rates were obtained in both groups regarding the secondary headaches and the antalgic dose adjustment in particular cases, such as chronic alcoholism or low weight. The results of this pilot study suggest that an e-learning-based training focused on pain may improve the overall knowledge of the patient risk situations and a better identification of patients at risk by the pharmacy staff and should provide in-depth learnings regarding some practical situations that may require antalgic dose adjustments or an eventual medical advice.

1. Bell J, Dziekan G, Pollack C, Mahachai V. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. Adv Ther 2016; 33:1691-703. 2. Chang J, Lizer A, Patel I, Bhatia D, Tan X, Balkrishnan R. Prescription to over-the-counter switches in the United States. J Res Pharm Pract 2016; 5:149-54. 3. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Sherwin E, Wheeler J, Hohmeier K. The opioid crisis: Origins, trends, policies, and the roles of pharmacists. Am J Health Syst Pharm. 2019; 76:424-35. 4. Delouya S, Crosnier G, Lacombe J, Desericourt C, Milon JY. Pharmacist-led medication for pain in France: What population are we talking about? Results of the Optymed study. Presse Med. 2019 Oct; 48(10): e273-e283. 5. Giannitrapani KF, Glassman PA, Vang D, McKelvey JC, Thomas Day R, Dobscha SK, Lorenz KA. Expanding the role of clinical pharmacists on interdisciplinary primary care teams for chronic pain and opioid management. BMC Fam Pract. 2018 Jul 3; 19(1): 107. 6. Mehuys E, Crombez G, Paemeleire K, Adriaens E, Van Hees T, Demarche S, et al. Self-medication with over-the-counter analgesics: a survey of patient characteristics and concerns about pain medication. J Pain 2019;20(2):215–23.

PO_87 - La douleur chronique post-mastectomie

K. Mizi*(1)

(1)Université de Béjaïa, Béjaïa, Algeria

Abstract :
Introduction :
Les progrès effectués dans la prise en charge thérapeutique des tumeurs mammaires s'inscrivent dans une optique d'une meilleure vie pour la patiente après ses soins. La douleur chronique induite par l'intervention chirurgicale génère par sa persistance un problème à travers l'impact qu'elle réalise sur le bien-être des patientes.
Notre Objectif est de déterminer la prévalence et les caractéristiques de la douleur chronique post-opératoire après une chirurgie du sein avec ou sans curage ganglionnaire axillaire.

Méthode et moyens :
c'est une étude observationnelle descriptive, à recrutement prospective, monocentrique portant sur la douleur chronique post-mastectomie. Elle inclut 76 cas de femmes opérées par chirurgie mammaire. L'étude s'est déroulée sur une période de 6 mois, allant du 28 août 2022 au 15 janvier 2023, au sein du service de gynécologie-obstétrique de Targa-Ouzemour à Béjaïa.

Résultats :
Entre 3 et 6 mois après l'intervention, 47,4 % des patientes ont présenté une douleur chronique post-mastectomie dont 50 % d'entre-elles sont des douleurs modérées à sévères. Elle est, aussi, associée dans 38,89% des cas à des perturbations sensorielles ou d'inconfort. Cette douleur chronique post mastectomie est présente chez des femmes jeunes âgées entre 18 et 31 ans (72,7%), des patientes avec antécédents de douleurs préopératoires (50%), chez des patientes ayant bénéficié d'une mastectomie conservatrice (51,61%), ou une chirurgie avec un curage (46,8%). Elle est présente aussi chez des malades bénéficiant d'une radiothérapie dans 50% des cas. Le goût de vivre et le sommeil sont impactés respectivement chez 11,11% et 50% des patientes témoignent de l'impact de la douleur dans notre échantillon.

Conclusion :
La douleur chronique après le traitement du cancer du sein continue d'avoir une prévalence élevée et une influence négative sur la qualité de vie

Mots-clefs : Douleur, chronique, mastectomie, cancer, analgésie.

PO_88 - « HANDIDOLENS » Douleur Handicap : Innovation organisationnelle pour optimiser la prise en soins des personnes en situation de handicap

A. Neau*(1), J.Houedakor(2), C.Busnel(3), C.Lepicard(3), S.Petrili(4), S.Burlot-tual(4), G.Godin(3), B.Nicolas(4)

(1)Pôle saint hélier- Clinique de la Sagesse, Rennes, France, (2)Pôle Saint Hélier-Clinique de la sagesse, Rennes, France, (3)clinique de la sagesse, Rennes, France, (4)pôle saint hélier, Rennes, France

Dans le cadre d'une collaboration ancienne entre la clinique de la Sagesse et le pôle Saint Hélier sur le bassin rennais, datant de 2006, il a été constaté en Juillet 2022 qu'il n'y avait pas assez de médecins algologues pour assurer les demandes à la SETD(1-2) et que les patients en situation de handicap avaient un accès aux soins limités du fait de leur handicap(3-4).
Un temps de médecin algologue anesthésiste réanimateur sur un poste à temps partagé entre le Pôle St Hélier et la clinique de la Sagesse a été proposée pour augmenter la capacité de consultation de la SETD, amener d'autres compétences sur la SETD (radiofréquence, infiltrations), amener les compétences d'algologie sur le Pôle St Hélier, propositions de soins pour les personnes peu ou pas mobilisables sur le Pôle St Hélier, Handi Accès (consultations d'algologie chez le patient avec Handi Mobile, office surgery) et lien entre les 2 structures. En février 2023, ce médecin est arrivé. Les premières consultations sur les 2 sites ont débuté de suite, les premiers blocs tests pour radio fréquence et infiltrations en mars 23, la rTMS est prévue en septembre 23. Les perfusions de lidocaine ont été instaurées en avril 23. Les patients bénéficient de l'accès aux 2 sites avec la multiplicité des actes proposés. Les plans et le financement des travaux et du matériel de l'Office Surgery sont validés en mai 2023 pour réaliser des gestes dentaires, gynécologiques et orthopédiques pour les patients en situation de handicap sous sédation. Le protocole de pose de piccline est validé en mai 23.

Conclusion :
Cette nouvelle organisation originale permet d'avoir une aide dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, d'élargir le panel des propositions thérapeutiques et d'avoir un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de handicap au plus proche de leur lieu de résidence.

- (1) Parcours de santé d'une personne présentant des douleurs chroniques, HAS-SFETD-Collège de la Médecine Générale, 11 Janvier 2023
- (2) Programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- (3) Audition publique : Accès aux soins des personnes en situation de handicap, Paris, 22-23 octobre 2008, Textes des experts, TOME 2, octobre 2008, HAS
- (4) Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, juillet 2017, HAS

PO_89 - Pathologies chroniques et souffrances psychologiques chez des adolescents au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou au Burkina Faso

F. Traore kambou*(1)

(1)Centre Hospitalier universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction :
L'adolescent succède au pubère et précède l'adulte. Selon l'OMS l'adolescence est une étape qui va de 10 à 19 ans et la jeunesse s'étend de 15 à 24 ans. Les troubles anxieux, dépressifs, sexuelles, du comportement alimentaire ou addictifs, le psycho traumatisme, sont les principaux risques pouvant altérer le développement des jeunes. Lorsque survient une douleur chronique, les remaniements psychiques mis à l'œuvre durant le processus pubertaire se retrouvent mis à l'épreuve de la métabolisation psychique de la maladie chronique. Dans ce contexte, et considérant que la douleur chronique renforce la dépendance réciproque, on peu se demander quel est l'impact de la douleur chronique à l'adolescence sur la sexualité, le syndrome de stress posttraumatique et les relations parents-enfants.

Méthodes :
Il s'est agi de décrire les décompensations psychiques de la douleur chroniques dont le cancer et de discuter les difficultés du suivi psychologique. Etude prospective et descriptive de Janvier à Mars 2023. Un questionnaire a été administré afin de recueillir et d'évaluer le vécu de la sexualité dans la douleur chronique et les difficultés psychologiques présentées par les adolescents.

Résultats :
Sur 35 adolescents suivis, 75% ont manifesté un état anxieux et dépressif pendant les épisodes douloureux. 60% ont présenté des troubles du comportement avec 10% de consommation excessive d'alcool, de drogues. On a observé une anorexie et une boulimie chez 5% des adolescents. 40% ont présenté des actes agressifs fréquents contre soi-même et les autres comme le vol, le viol, les agressions, le harcèlement, les tentatives de suicide. 15% ont eu des répétitions de situation d'échec. L'anxiété forte a été observée chez 80%, et la dépression forte chez 50% des adolescents. Les adolescents présentant des souffrances psychiques sont ceux ayant subi un syndrome de stress posttraumatique (sspt) lors des attaques terroristes, vécu un deuil, une absence, une maltraitance.

Conclusion :
Vivre son adolescence avec une douleur chronique est dès lors difficile, contraintes des traitements, éventuelles limites physiques, prise de conscience de l'irrévocable atteinte du corps, confrontation obligée de la maladie avec laquelle on va avoir à vivre sa vie d'adulte. Lorsque des facteurs déstabilisateurs, une attaque terroriste, un deuil, une absence, une maltraitance, une addiction, un traumatisme ou la précarité viennent perturber cette période, ce moment essentiel de construction peut facilement créer une souffrance psychique.

Mots- clés : Adolescents – Douleur chronique – sexualité – Souffrances psychiques.

PO_90 - Les patients céphalalgiques sont-ils plus à risque de présenter un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ? Une étude observationnelle.

H. Magne*(1)

(1)Cabinet médical, Chamalières, France

Introduction :
La prévalence des céphalées primaires chez l'adulte est d'environ 50%. La prévalence du TSPT serait de 5 à 12% en population générale. Les facteurs de stress et les comorbidités psychiatriques sont des facteurs aggravants reconnus des céphalées, mais peu de données sont disponibles sur la coexistence des céphalées et du TSPT.

Objectifs :
Déterminer la fréquence du TSPT dans une population de patients céphalalgiques.

Méthodes :
31 primo-consultants pour céphalées en médecine libérale ont été inclus dans cette étude observationnelle. Les critères de l'ICHD-3 ont été utilisés pour spécifier le type de céphalées. Les critères du DSM-5 ont été utilisés pour poser le diagnostic de TSPT. Le niveau d'anxiété et de dépression de chaque patient a été déterminé par l'échelle HAD.

Résultats :
31 patients ont été inclus dans l'étude (90,3% de femmes et 9,7% d'hommes, moyenne d'âge : 38,8±7,4 ans). 16,1% des patients présentaient une céphalée de tension (CT), 61,3% une migraine épisodique (ME) (dont 73,7% de migraine sans aura [MSA], et 26,3% migraine avec aura [MA]), 22,6% une migraine chronique (MC) (dont 85,7% MSA, et 14,3% MA). 10/31 patients soit 32,3% présentaient un TSPT de type 2 (trauma répété), dont 2/4 dans le groupe CT, 4/19 dans le groupe ME et 4/7 dans le groupe MC. Le trauma source précédait l'apparition des céphalées chez tous les patients. Les patients ayant reçu un diagnostic de TSPT présentaient un niveau d'anxiété (14±4,3 vs.7,9±2,8) et de dépression (10,7±4,7 vs. 6,9±4,5) supérieurs aux patients non TSPT ($p<0,05$).

Conclusions :
Les patients céphalalgiques présentent un surrisque de TSPT par rapport à la population générale dans notre population d'étude. Les céphalées de type CT et MC sont les plus associées à un TSPT. Les niveaux d'anxiété et de dépression sont plus élevés chez les patients céphalalgiques porteurs d'un TSPT. Cette étude confirme que le TSPT est un facteur de chronicisation des céphalées.

PO_91 - Phénotypage des atteintes douloureuses chroniques du membre supérieur dans le cadre du traitement chirurgical du cancer du sein

M. Merceur*(1)

(1)Hôpital Pontchaillou, Rennes, France

Introduction :
Les douleurs de membre supérieur après chirurgie mammaire sont multifactorielles, multidimensionnelles, mais surtout fréquentes, survenant chez 30 à 60% des patientes. Apparaissant au niveau du membre supérieur homolatéral à la chirurgie, elles sont modérées à sévères dans 52% des cas et ont un retentissement majeur sur la qualité de vie des patientes. Le cancer du sein concernant environ 1 femme sur 9 et impliquant le plus souvent un traitement chirurgical, les douleurs chroniques post-opératoires représentent un grand nombre de patientes et donc un enjeu majeur en terme de santé public. Ces douleurs étant variées autant dans leurs origines, leurs mécanismes que leurs topographies, il nous paraissait pertinent de les décrire et les classer, n'ayant pas trouvé de telle classification dans la littérature existante. L'objectif de ce travail est donc de décrire et de phénotyper les différentes atteintes douloureuses du membre supérieur pouvant survenir tardivement après traitement chirurgical d'un cancer du sein, afin de tenter de donner une idée claire de l'étiologie douloureuse au praticien dans ce contexte.

Matériels et Méthodes :
La recherche bibliographique a été effectuée du 14/05/2022 au 21/08/2022, dans les bases de données Medline, Cochrane library et Google Scholar. Dès lors que les étiologies de douleurs chroniques de membre supérieur post opératoires ont été identifiées et classées en 3 catégories, les différents articles sélectionnés ont été classés par étiologies douloureuses retrouvées.

Résultats :
Nous avons identifié les principales étiologies responsables de douleurs chroniques post- opératoires dans le cancer du sein, pour les classer en 3 catégories : douleurs par excès de nociception, douleurs d'expression neuropathique ou douleurs mixtes.

Conclusion :
Nous proposerons un algorithme décisionnel pouvant aider au diagnostic devant une douleur du membre supérieur se chronicisant après le traitement chirurgical d'un cancer du sein. Celui-ci pourrait constituer une aide en consultation aux praticiens étant amenés à prendre en charge des patientes après traitement chirurgical d'un cancer du sein.

PO_92 - Développement d'un outil numérique d'auto-évaluation cognitive chez les patients douloureux

S. Lejczak*(1), L.Hadri(1), X.Fabian(2), S.Lithfous(1), J.Nizard(3), P.Poisbeau(1)

(1)CNRS, Strasbourg, France, (2)trabouleslabs, Lyon, France, (3)CHU Nantes, Nantes, France

Peu de données sont disponibles sur les altérations des fonctions cognitives lors de douleurs chroniques [1-3]. En imagerie cérébrale, plusieurs structures de la matrice de la douleur semblent modifiées [2-3]. Ces quelques observations expliquent le déclin cognitif observé cliniquement chez les patients mais trop souvent non évalué précisément, par manque de temps mais surtout d'outils adaptés. Le MMSE (Mini-Mental State Examination) et le MOCA (Montréal Cognitive Assessment) sont deux outils disponibles et recommandés par la Haute Autorité de Santé [4-5]. Le MOCA a été utilisé chez les patients souffrant d'arthrose ou encore de fibromyalgie [2-3]. Ce test reste chronophage en clinique, imprécis et insuffisant pour discriminer de manière précise les altérations cognitives des patients. Partant de ce constat, notre équipe a développé E-MILE®, un outil numérique sur tablette informatique qui a pour objectif de mesurer finement les conséquences cognitives des états douloureux chroniques. L'objectif était de proposer un outil où le patient effectue une évaluation autonome de ses fonctions cognitives dans un temps inférieur à 20 minutes. Pour cela, l'outil numérique a été adapté à toute personne en capacité d'utiliser une tablette numérique. La reconnaissance vocale, intégrée via un réseau de neurones artificiels, a permis de standardiser l'interaction avec le patient que ce soit au moment de poser les questions ou de reconnaitre les réponses verbalisées. Les étapes de conception d'E-MILE® ont été guidées par la limitation du nombre de questions tout en évaluant les capacités cognitives de manière la plus complète et précise. E-MILE® évalue également les facteurs influençant la cognition comme la fatigue, le stress et la douleur grâce à des échelles d'intensité et de désagrément et un schéma corporel. L'outil offre aussi la possibilité de répondre à un questionnaire de confiance en la conduite automobile [6].
L'étude de validation sur un échantillon de sujets sains, par tranches d'âge à partir de 18 ans est actuellement terminée. Les résultats de cette validation ont permis de commencer une étude chez les patients douloureux chroniques avec l'objectif de cartographier leurs fonctions cognitives selon les pathologies et traitements. Nous espérons que cet outil apportera une évaluation plus précise des pathologies douloureuses rencontrées et une meilleure prise en charge à terme, que ce soit en structures hospitalières, en institution ou en médecine de ville.

[1] Mick & Labeye (2005) Presse Med 34(10), 738-744.
[2] Moriarty et al (2011) Prog Neurobiol, 93(3), 385-404.
[3] Zhang et al (2021) Front Neurosci, 15, 737874.
[4] Folstein et al (1975) J Psychiatr Res, 12(3), 189-198.
[5] Nasreddine et al (2005) J Am Geriatr Soc, 53(4), 695-699.
[6] George et al (2007) Clin Rehabil, 21(1), 56-61.

PO_93 - Étude rétrospective des urgences pédiatriques au sein du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Pitié-Salpêtrière en 2022

C. Guillouet*(1), A.Capitaine*(2), A.Porporatti(3), I.Rodriguez(4), M.De la dure molla(2), G.Lescaille(4), R.Toledo(4), Y.Boucher*(3), A.Lebel*(5)

(1)UFR d'Odontologie, Département d'odontologie pédiatrique, Université Paris Cité, Paris, France, Paris, France, (2)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Rothschild, Service d'Odontologie, Département d'Odontologie Pédiatrique, Paris, France, Paris, France, (3)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), Paris, France, Paris, France, (4)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Paris, France, Paris, France, (5)Université Paris Cité, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Médecine Bucco-Dentaire, Laboratoire de Neurobiologie Oro-Faciale (EA 7543), CNRS UMR8246, Paris, France, Paris, France

Introduction :
La douleur représente le premier motif de consultation aux urgences générales [1] et motive plus de la moitié des urgences bucco-dentaires (UBD) [2]. Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (SMBD-PSL), qui assure la grande garde d'odontologie d'Île-de-France, accueille les adultes en continu et les enfants uniquement la nuit, les week-ends et les jours fériés. Des données épidémiologiques sur le recours aux UBD sont disponibles en population adulte (y compris pendant la pandémie de COVID-19 [3]) mais restent relativement éparses pour la population pédiatrique. L'objectif de cette étude était de caractériser la population pédiatrique consultant pour UBD dans le SMBD-PSL en 2022.

Méthode :
Une étude descriptive rétrospective monocentrique a été menée sur la population pédiatrique (âgée de moins de 16 ans) consultant au SMBD-PSL pendant l'année 2022. Les données recueillies incluaient le sexe, l'âge, le diagnostic CIM-10, l'horaire de consultation et le département d'origine. Une analyse statistique a été menée en considérant les classes d'âge (telles que définies par l'ANSM) ainsi que les catégories diagnostiques, traumatiques ou non traumatiques (urgences liées à la maladie carieuse, à une pathologie de la muqueuse buccale, aux phénomènes éruptifs, urgences parodontales, complications post-opératoires, autres urgences non traumatiques).

Résultats :
Sur la période du 01/01/2022 au 31/12/2022, 56 015 patients ont consulté dont 7055 enfants (12,05%). L'âge moyen était de 7,76 ± 3,97 ans et 58,20% étaient de sexe masculin. La tranche d'âge [6-12] ans représentait près de la moitié des consultations (48,22%). Le motif de consultation le plus fréquent (46,38%) était la maladie carieuse et ses conséquences douloureuses (pulpaires et péri-apicales), suivi des traumatismes alvéolo-dentaires, également douloureux (40,79%).
Conclusion / Discussion :
Cette étude indique un recours important aux soins d'urgence bucco-dentaires, notamment en population pédiatrique dont le nombre de consultations a augmenté de 38% en 2022 par rapport à 2015 [4]. La majeure partie de ces urgences est motivée par la douleur qui est évaluée à chaque consultation, mais non indexée dans la base de données. La base de données utilisée ne permet pas de connaître le parcours de soins,

mais le nombre de passages pose la question de l'accès aux soins bucco-dentaires des enfants en Île-de-France. La maladie carieuse est une pathologie évitable mais révélatrice des inégalités de santé [5]. Les difficultés d'accès aux soins dentaires pédiatriques en Île-de-France ont été soulignées par un rapport de l'IGAS en 2013 [6]. Un meilleur accès aux soins et aux mesures de prévention permettrait de diminuer le recours aux UBD.

[1] Milojevic, K., Boutot, F., Berton, L., & Lambert, Y. Prévalence et étiologie de la douleur en médecine d'urgence chez l'adulte. La Revue des SAMU - Médecine d'Urgence. (2007)
[2] Robin, O., Fribourg-Chelle, I. & Bois, D. La douleur, premier motif de consultation en odonto-stomatologie. Doul. et Analg. 9, 33–38 (1996)
[3] Guo HQ, Xu T, Pan J, Ji AP, Huang MW, Bai J. A Retrospective Study of Oral Emergency Services During COVID-19. Int Dent J. 72(2):236-241 (2022)
[4] Tenenbaum A, Sarric M, Bas AC, Toledo R, Descroix V, Azogui-Levy S. Consultations pour urgence bucco-dentaire chez les enfants : étude rétrospective en Île-de-France [Children's consultations for dental emergency. Retrospective study in Île-de-France]. Rev Epidemiol Sante Publique. 68(1):17-24. French. (2020)
[5] Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Rapport 2015, DREES (2015).
[6] Fellinger F, Alter L. Evaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Rapport 2013, IGAS (2013).

PO_94 - Bloc intercostal pour la prise en charge du zona thoracique

N. Grainat*(1), N.Boudouh(2), F.Boudiaf(2), A.Gadda(3), H.Gacem(2)

(1)CHU anesthesie reanimation, Batna, Algeria, (2)CHU faculte de medecine Universite Batna 2, Batna, Algeria, (3)CHU Tlemcen, Tlemcen, Algeria

Le zona est une expression clinique de la reactivation du VZV, virus de la famille des Herpesviridae, dont la complication est la douleur de moderee a intense qui altere la qualite de vie, les traitements de la douleur sont codifies, mais devant une douleur rebelle la technique du bloc intercostal n'est pas decrite dans cette pathologie
L'objet de ce travail est de proposer une technique analgesique pour la prise en charge de la douleur rebelle du zona, malgre un traitement adapte (1) du zona et qui consiste a realiser le bloc intercostal a la xylocaine (2)

Malades et methodes :
Etude prospective durant l'annee 2022 descriptive interessant 7 patients presentant un zona thoracique avec des douleurs cotes a 60 et plus sur l'EVA. Cette technique est contre indiquee en cas de troubles de la coagulation et d'infection de la peau (3).
La technique du bloc intercostal (4) chez le patient penche legerement en avant pour faciliter l'acces aux angles posterieurs au dessus de T7 les bords inferieurs des cotes sont marques. Le point d'entree de l'aiguille a 6-8cm de la ligne mediane, bord inferieur de la cote. Apres aspiration de sang negative, l'injection de 5 ml d'anesthesique local de la xylocaine, qui peut etre repete a plusieurs niveaux.
Les parametres etudies, sont le sexe, l'age, l' EVA avant, l'EVA apres et la satisfaction du patient.

Resultats et discussion :
Patients jeunes, sex ratio 3/1, ASA1, tous les patients ont ete soulages avec une satisfaction, l'EVA est inferieure a 20.

Conclusion :
technique d'analgesie regionale tres interessante dans les douleurs rebelles impliquant le thorax , ici il s'agit du zona, la bonne realisation de la technique a permis de n'avoir aucun incident. Les indications de cette technique reste a preciser (5), le bloc intercostal est une technique efficace dans les douleurs rebelles du zona.

1.Attal N, Bouhassira D traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques, EMC, neurologie 17-023-A -95 . 2005
2.Karmakar gestion de la douleur aigue des patients avec plusieurs cotes fracturees, J Trauma 2003 54-612-615
3. Bloc nerveux intercostal reperes et techniques de stimulation nerveuse Anthony MH HO, Robert Buck, Malikah Latmore, Matthew Levine, Manoj K, Karmakar NYSORA
4. Assesment of intercostal nerve block for thoracic surgery a systematic review and meta analysis

Carlos E Guerra Londono MD Ann Pryvorotsky BA Crispiana Cozowicz MD et al. JAMA Netw open 2021
5. Bloc intercostal pour l'analgesie post operatoire de la chirurgie carcinologique du sein. Rakotondrainibe Aurelia et Coll. Revue Malgache de cancerologie - 2017, 2, (1) : 49

PO_95 - Douleur induite quelle conduite?

N. Hamma*(1), H.Makhloufi(1)

(1)CHU Benbadis université 3, Constantine, Algeria

Introduction :
La douleur induite par les soins est fréquente et insuffisamment évaluée et prise en compte. C'est une problématique qui concerne l'ensemble du personnel médical et paramédical dans des circonstances de survenue prévisibles elle peut être anticipée, évaluée et traitée par des mesures adaptées[1,2,3]. Matériel et méthode : Dans le cadre de la formation continue paramédicale et la protocolisation de la prise en charge de douleur induite par les soins, nous partageons notre expérience du service d'orthopédie traumatologie du CHU Benbadis de Constantine. une enquète a été mené afin d'évaluer la pratique de nos soignants consernant la prise en charge de douleur induite par les soins . Un questionnaire a été délivré à tout le personnel paramédical du service qui avait pour objectif d'évaluer la connaissance et les moyens de prévention de cette dernière. Nous comptant 36 infirmiers les trois services confondus On a recensé que 32 questionnaires. Résultats : les gestes douloureux les plus pratiqués étaient l'ablation de drains et changement de pensements ; personne ne connaissait la définition exacte de la douleur induite, tout le monde la prévenait mais après les soins en utilisant que du paracétamol a l'exception de 05 qui en plus distraient les enfants avec les téléphones en présence de leurs parents. Aucun n'évaluait l'intensité de la douleur ni l'efficacité du traitement tout le monde expliquait aux patients le déroulement des soins. Le but de cette enquête étant de les former aux types de soins responsables de douleurs induites (pose de sonde vésicale, ablation de drains changement de pansement...) et surtout l'apprentissage des principes de prise en charge dans le cadre de la formation paramédicale continue. Conclusion : il faut toujours avoir en tête quel geste est douloureux . Organiser, regrouper les soins et anticiper la douleur ; rédiger des protocoles de service afin d'uniformiser la prise en charge et surtout mettre en avant l'importance de la formation continue pour la prévention et l'amélioration des pratiques.

1. Wrobel J. et Donnadieu S. et al. Les douleurs induites. In : Institut UPSA de la douleur. 2005. www.institut-upsa-douleur.org
2.Boccard E., Adnet F., Gueugniaud P.Y., Filipovics A., Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans les services d'urgence en France en 2010. Ann Fr Med Urgence, 2011 ; 1 :312-9.
3.Conférence d'experts SFAR/SFMU 2010

PO_96 - Prévalence des douleurs neuropathiques chez les hémodialysés chronique en Tunisie

R. Ben tekaya*(1), H.Hachfi(1), M.Brahem(1), O.Jomaa(1), M.Younes(1)

(1)Hopital universitaire Taher Sfar Mahdia, Service de rhumatologie, Mahdia, Tunisia

Introduction :
Les douleurs musculo-squelettiques sont un problème majeur pour les patients hémodialysés, mais ils sont insuffisamment étudiés.

Objectifs :
Décrire les caractéristiques de la douleur des membres chez les hémodialysés chroniques, et plus particulièrement les douleurs neuropathiques.

Méthodes :
Cette étude a été menée dans le service de rhumatologie de l'hôpital universitaire Taher Sfar à Mahdia, Tunisie. L'étude a impliqué 61 patients atteints d'insuffisance rénale chronique au stade 5, dont nous avons analysé les données socio-démographiques. La douleur neuropathique était recensée grâce au questionnaire « DN4 » et l'intensité de la DL grâce à l'EVA.

Résultats :
L'étude a inclus 61 patients sous hémodialyse chronique, soit 26 femmes (42,6%) et 35 hommes (57,4%), l'âge moyen était de 53,9 [17-83] ans, avec une durée moyenne de dialyse de 6,1 ans. Il s'agissait de néphropathie diabétique dans 15 cas (24,6%), 46 (75,4%) de néphropathies non diabétiques. La prévalence de la douleur était de 81,9 % des malades. Le score DN4 a été supérieur à 4 dans 32,7 % des cas. La douleur neuropathique était distale et non systématisée à un trajet d'un nerf dans la plupart des patients algiques. On a trouvé un syndrome de canal carpien chez 7 malades 11,47%.

Conclusion :
La DN moins fréquent ne réponds pas aux antalgiques non spécifiques d'où l'intérêt de la rechercher afin de pouvoir prescrire le traitement adéquat pour soulager les patients.

PO_97 - Pericapsular nerve group (PENG) block pour l'analgésie postopératoire chez un enfant atteint de para-ostéo-arthropathie neurogène (POAN) bilatérale de la hanche post coma traumatique.

N. Hamma*(1), H.Makhloufi(1)

(1)CHU Benbadis université 3, Constantine, Algeria

Objectifs :

Apport du PENG block dans la prise en charge de la douleur post opératoire liée à la chirurgie des ostéo arthropathie post traumatiques de la hanche[1]. La POAN correspond à la formation d'ossifications hétérotopiques extra-articulaires, se développant dans les tissus musculaires et fibro mésenchymateux. Dite neurogène lorsqu'elle survient dans les suites d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Fréquemment décrite après un traumatisme crânien ou une lésion médullaire .Le traitement consiste en des ostéotomies [2,3] s'agit d'une chirurgie très pourvoyeuse de douleur postopératoire.

Matériels et méthodes :
il s'agit du patient M Abdellatif âgé de 13 ans admis pour une prise en charge chirurgicale d'une POAN suite à un coma post traumatique.il était hospitalisé en 2021pendant 33 jours en réanimation suite à un traumatisme crânien. il présentait une limitation de l'abduction et un flessum des deux hanches Entrepris au bloc opératoire sous AG pour une ostéotomie de ponts osseux coxo-fémoraux. Le patient présentait des douleurs post opératoires cotées à 09/10 à l'EN. Nous avons procédé à un PENG block echoguidé analgésique (10cc bupivacaine à 0,25% et 4mg de dexaméthasone).on a evalué l'intensité de la douleur à t15',t30', tH1, tH2,tH3 tH4...tH8

Résultats :
Réduction de la douleur spontanée dés la 15ème min puis à la mobilisation à la 30ème min.L'analgesie a duré pendant 8heures et le patient n'a nécessité que du paracétamol pour la gestion de sa douleur.

Discussion :
Les techniques d'anesthésie régionale sont sûres chez les enfants peuvent procurer une bonne, le bloc PENG a récemment été décrit dans la littérature pour l'analgésie périopératoire de la chirurgie de la hanche chez l'adulte et l'enfant[1,4]Une analgésie adéquate permet une réhabilitions plus rapide, une diminution de la consommation d'opioïdes et l'évitement des effets secondaires indésirables associés.

Conclusion :

le PENG block est une nouvelle technique pour le contrôle périopératoire de la douleur de la hanche chez les patients pédiatriques et adultes, elle s'est avérée être une méthode efficace et satisfaisante pour une analgésie chez un enfant subissant une chirurgie ouverte de la hanche. Cette première expérience encourage son utilisation.

[1] Girón-Arango L, Peng PW, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular nerve group (PeNG) block for hip fracture. Reg Anesth Pain Med 2018;43:859–63.
[2] O. Kharrat , M. Ouertatani , K. Ben Hmida , M. Mestiri , C. Dziri Les para-ostéo-arthropathies neurogènes multiples : à propos d'un cas.jrm.2014.11.006 Vol 35 - N° 1 P. 42-46 - mars 2015
[3] J Pélissier , S Petiot , C Bénaïm , G Asencio : Prise en charge des paraostéoarthropathies neurogènes (POAN) chez le traumatisé crânio- encéphalique : étude de la littérature Annales de Réadaptation et de Médecine Physique ;Volume 45, Issue 5, May 2002, Pages 188-197
[4] Ueshima H, Otake H. Clinical experiences of pericapsular nerve group (PENG) block for hip surgery. J Clin Anesth 2018;51:60–1.

PO_98 - L' experience surf santé : identifier les leviers et freins a la pratique du programme auprès de patients atteints de maladies et douleurs chroniques

E. Blain*(1), E.Mimeau(2)

(1)CHU Nantes, La roche sur yon, France, (2)CHD Vendée, La roche sur Yon, Service MPR, La roche sur yon, France

Un Français sur quatre est atteint d'une pathologie chronique en France. (1) La prise en charge de ces patients est souvent complexe et fait appel à différents outils thérapeutiques. L'activité physique est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse depuis 2011. (2) Malgré les dispositifs sport santé proposés pour ces patients, l'adhésion, l'assiduité et la poursuite de l'activité physique à la fin d'un encadrement initial est faible. (1) (3) L'objectif de ce travail est d'identifier les leviers et les freins à la pratique d'un programme de Surf Santé© auprès de patients atteints de maladies chroniques. Il s'agissait d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. (4) Pour répondre à la question de recherche, deux séries d'entretiens individuels ont été réalisées auprès de 15 patients atteints de maladies chroniques, avant et après leur participation au programme Surf Santé©. Il s'agissait de réaliser une séance hebdomadaire de surf, de bodyboard ou de stand-up paddle, encadrée par un moniteur formé au sport santé pendant 6 mois. Les bénéficiaires étaient suivis pour différentes pathologies et 13 d'entre eux rapportaient des douleurs chroniques, imputables à la maladie ou aux traitements. Nous avons identifié 7 thèmes principaux : La vie quotidienne, le concept et l'organisation surf santé, le rapport au corps/aux capacités physiques, la maladie, la vie sociale et familiale, le surf santé dans sa dimension sportive et le rapport à la nature. Ces thèmes se connectaient autour de 3 axes plus spécifiques au surf. Il s'agissait de la représentation sociétale du surf, du rapport à l'océan et de l'utilisation du matériel pour la réappropriation du corps. Les résultats de l'étude permettaient de conforter la « dimension santé » des disciplines Surf Santé©. La prévention et les thérapeutiques non médicamenteuses faisant partie de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, il semblait primordial que les médecins puissent leur prescrire de l'activité physique. Pour cela, il était nécessaire de connaître les dispositifs d'accompagnement à proposer aux patients et les recommandations d'activité physiques hebdomadaires fixées par l'OMS. (5) Les programmes Surf Santé© offrant des supports de glisse variés et différents milieux de pratique, ils pouvaient être des outils intéressants pour approcher ou atteindre ces recommandations. Ils permettaient également d'augmenter le nombre d'activités « sport santé » référencés et ainsi proposer une orientation personnalisée afin accroître les chances d'adhésion et de poursuite de l'activité physique à long terme.

1. Expertise collective INSERM. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-

et-traitement-maladies-chroniques

2. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

3. Boiché J, Perrin C, Ninot G, Varray A. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Barrières à l'activité physique : constats et stratégies motivationnelles. [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_7.html

4. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé - CNGE production; 2021. 192 p.

5. Organisation Mondiale de la Santé. Activité physique [Internet]. 2020 [cité 30 avr 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

PO_99 - Mise en place de fiches d'information patient sur les principaux antalgiques dans un Centre de Lutte Contre le Cancer

F. Piloquet*(1), A.Rollot(1), P.Hervouet(1)

(1)ICO René Gauducheau, Saint herblain, France

Afin de permettre une meilleure information et une meilleure observance du patient, nous avons réalisé des fiches synthétiques sur les principaux antalgiques prescrits. Elles se présentent sous la même forme et répondent à des questions simples :

- de quoi s'agit-il ?
- ce qu'on en attend
- à quoi ressemble-t-il ?
- comment le prendre
- les principaux évènements indésirables et la conduite à tenir
- autres précautions éventuelles

L'ensemble des fiches a été relu et validé par le service des usagers et sont accessibles aux différents soignants de l'établissement. Fiches médicaments réalisées :
Opioïdes (SKENAN / OXYCONTIN / SOPHIDONE / METHADONE / FENTANYL), NEURONTIN, LAROXYL, CYMBALTA, METHADONE, KETAMINE, Toxines Botuliques, QUTENZA.

PO_100 - Place du pharmacien d'officine dans le parcours de prise en charge d'un patient migraineux

A. Zahnd*(1), J.Nizard(2)

(1)CHU NANTES CETD, Angers, France, (2)CHU NANTES CETD, Nantes, France

La migraine est une pathologie fréquente touchant environ 12% de la population adulte en France, et constitue la première cause de consultation neurologique. Dans le système de santé actuel, le pharmacien d'officine ne dispose pas d'encadrement reconnu pour la prise en charge globale des patients migraineux. Cette thèse propose une approche basée sur l'élaboration d'entretiens pharmaceutiques personnalisés pour évaluer l'efficacité du traitement, améliorer l'observance thérapeutique, et informer les patients sur les mesures non pharmacologiques pour prévenir et soulager les crises. Ce manuscrit propose également une orientation diagnostique au comptoir, qui permettrait d'identifier les patients souffrant de migraine et de les orienter vers une prise en charge adaptée. La mise en place d'un tel outil pourrait contribuer à améliorer la qualité de vie des patients migraineux et offrir une nouvelle perspective de prise en charge dans le système de santé français.