

Recueil des abstracts 2020



18-20 NOVEMBRE 2020

100% VIRTUEL

congres-sfetd.fr





18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Sommaire :

- Résumés des interventions :
 - Cours supérieurs
 - Forums
 - Mises au point
 - Séances plénières
 - Sessions parallèles
 - Conférence de clôture
- Résumés posters :
 - Résumés sélectionnés en communication orale
 - Résumés sélectionnés en E-poster
 - Résumés sélectionnés en E-poster Commenté

Cours supérieurs

Douleur des cancers orofaciaux

1- Spécificités des douleurs des cancers orofaciaux

N. Pham dang (1)

(1)Chu Estaing, Clermont-ferrand, France

La douleur oro-faciale est considérée comme un symptôme clé chez les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale [1,2]. Au moment du diagnostic, elle serait présente chez 30 à 90% des patients qui consultent et serait à l'origine de la consultation pour 20% d'entre eux [3–5]. Lors du traitement, la chirurgie a pour conséquence des sections nerveuses sensibles ; la chimiothérapie et la radiothérapie déclenchent des mucites et ulcérations buccales [6]. A distance des traitements, la qualité des muqueuses buccales et de la salive change. Près de 43% des patients rapportent une sensibilité des muqueuses après 1 an de suivi. La chimiothérapie utilisant (entre autres) du cisplatine est neurotoxique et s'accompagne de séquelles sensibles type allodynie, hyperalgésie diffuses et céphalées évaluée entre 4% et 76% [7,8].

La présence d'une douleur inflammatoire et neuropathique prolongée due à la prolifération tumorale, suivie de douleurs et neurotoxicités liées aux traitements dans un contexte d'éthylisme et d'anxiété sont des facteurs connus pour favoriser l'installation d'une douleur chronique.

Dans la littérature, après traitement, 78% des patients rapportent une douleur de la tête, de la face ou de la cavité buccale ; 54% rapportent des douleurs cervicales et scapulaires. La prévalence des douleurs neuropathiques chroniques pour les patients traités de cancers de la cavité buccale sont très hétérogènes : de manière globale 11% des patients auraient des douleurs neuropathiques après traitement et 31% au moment du diagnostic [4], cette proportion augmentant considérablement après mandibulectomie (50%) [9] ou après maxillectomie (90%) [10].

De façon surprenante, toutes ces données de la littérature ne sont pas en adéquation avec les constatations cliniques :

- Beaucoup de patients ont une errance diagnostique de plusieurs semaines voire mois avant que le diagnostic de cancer ne soit établi essentiellement car la douleur n'est pas présente et n'est donc pas un signe d'appel.
- Dans le cadre du suivi, la douleur est parfois rattachée à une séquelle des traitements alors qu'en réalité elle apparaît surtout en cas de récurrence, d'évolutivité de la maladie ou d'ostéoradionécrose.

En conclusion, les données de la littérature sur les douleurs oro-faciales du cancer sont anciennes et les travaux réalisés surtout par les médecins oncologues qui prennent en charge les patients de stades évolués. Or, les cancers oro-faciaux sont souvent peu douloureux aux stades précoces. Les douleurs à distance des traitements sont souvent des troubles neurosensoriels associant paresthésie, hypoesthésie ou anesthésie des territoires traités. A distance des traitements la survenue, d'une douleur intense et résistante aux traitements est souvent liée à une récurrence, une évolution tumorale ou une ostéoradionécrose.

[1]. Bossi P, Ghiani M, Argenone A, Depenni R. Is pain part of a systemic syndrome in head and neck cancer? Support Care Cancer. 2020 Feb;28(2):451–9.

[2]. Ing JW. Head and Neck Cancer Pain. Otolaryngol Clin North Am. 2017 Aug;50(4):793–806.

[3]. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain*. 1999 Sep;82(3):263–74.
- [4]. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbruch L, Lehmann KA. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. *Pain*. 1996 Jan;64(1):107–14.
- [5]. Cuffari L, Tesseroli de Siqueira JT, Nemr K, Rapaport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: a descriptive study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Jul;102(1):56–61.
- [6]. Lalla RV, Brennan MT, Gordon SM, Sonis ST, Rosenthal DI, Keefe DM. Oral Mucositis Due to High-Dose Chemotherapy and/or Head and Neck Radiation Therapy. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2019 01;2019(53).
- [7]. Chaudhry V, Rowinsky EK, Sartorius SE, Donehower RC, Cornblath DR. Peripheral neuropathy from taxol and cisplatin combination chemotherapy: clinical and electrophysiological studies. *Ann Neurol*. 1994 Mar;35(3):304–11.
- [8]. Carozzi VA, Canta A, Chiorazzi A. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: What do we know about mechanisms? *Neurosci Lett*. 2015 Jun 2;596:90–107.
- [9]. Salwey L, L'Huillier V, Zaid M, Vené Y, Tavernier L, Mauvais O. Neuropathic pain at diagnosis of head and neck squamous cell carcinoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2020 Apr 25
- [10]. Rogers SN, Lowe D, McNally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Feb;61(2):174–81.

Cours supérieurs

Douleur des cancers orofaciaux

2- Les douleurs de mucite : actualités et perspectives

L. Guerrini rousseau (1)
(1)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

La mucite, inflammation aigüe des muqueuses orales et digestives, est une des principales toxicités secondaire aux traitements oncologiques (chimiothérapie, thérapie ciblée et/ou radiothérapie, d'autant plus fréquemment que ces traitements sont combinés). C'est un processus complexe secondaire aux effets cytotoxiques directs des traitements antinéoplasiques des réponses inflammatoires locales et des altérations de la flore orale qui vont aboutir de manière directe ou indirecte à l'altération de la muqueuse et des vaisseaux(1). L'évaluation de la mucite est basée sur une échelle développée par l'OMS en 1979, ou selon les National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria (NCI-CTC) (2). Les conséquences des mucites sont multiples, peuvent être sévères et même parfois engager le pronostic vital du patient (risques infectieux, hémorragique ou modification du traitement oncologique). Les douleurs de mucite représentent une complication importante par leur intensité et leur retentissement, en particulier sur la qualité de vie des patients (dénutrition, hospitalisations prolongées, etc). Elles comprennent à la fois des étiologies nociceptives et neuropathiques.

Le traitement de la douleur joue un rôle central. Il doit être multimodal, associant des traitements locaux et généraux (opioïdes ou non), basés sur les recommandations internationales de la « Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology » (MASCC/ISOO) réactualisées cette année par Elad et al. (3). L'intensité de la douleur doit être évaluée sur des échelles validées afin de pouvoir adapter le traitement antalgique (4,5). Un traitement antalgique systémique par morphinique en PCA (« patient-controlled analgesia ») est souvent nécessaire et recommandé dans les mucites sévères (6). En cas d'analgésie insuffisante, l'utilisation de co-antalgiques (paracétamol, kétamine, anticonvulsivants, antidépresseurs) permet d'améliorer le contrôle antalgique et l'épargne morphinique (7). Les stratégies non médicamenteuses (distraction, relaxation, hypnose) et les mesures préventives doivent également tenir une place majeure (8). Les mesures préventives reposent essentiellement sur la réalisation de soins de bouche permettant de réduire l'incidence et la sévérité des mucites, et des douleurs qui leurs sont liées (9). Aucun agent (électrolytique, anti-inflammatoire, antibactérien ou antifongique) n'a montré une efficacité supérieure et n'est spécifiquement recommandé. D'autres traitements comme la cryothérapie ou la laser thérapie sont également recommandés dans certaines situations en traitement préventif (3,10).

L'impact négatif important de la mucite, essentiellement lié aux douleurs, sur la qualité de vie des patients ainsi que son coût économique justifient le développement de mesures préventives et la poursuite de l'amélioration de la prise en charge curative des mucites. De nouveaux agents thérapeutiques pour la prévention et le traitement des mucites et de leurs douleurs, basés sur les phénomènes biologiques impliqués doivent être encore développés pour améliorer le niveau d'antalgie.

1. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer*. 2004 May 1;100(9 Suppl):1995–2025.

2. Chen AP, Setser A, Anadkat MJ, Cotliar J, Olsen EA, Garden BC, et al. Grading dermatologic adverse events of cancer treatments: the Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 4.0. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Nov;67(5):1025–39.
3. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2020;126(19):4423–31.
4. McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*. 1996 Mar;64(3):435–43.
5. [Evaluation and follow up of chronic pain in adults under ambulatory care]. *Presse Med*. 1999 Jun 19;28(22):1171–7.
6. Saunders DP, Epstein JB, Elad S, Allemanno J, Bossi P, van de Wetering MD, et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013 Nov;21(11):3191–207.
7. James PJ, Howard RF, Williams DG. The addition of ketamine to a morphine nurse- or patient-controlled analgesia infusion (PCA/NCA) increases analgesic efficacy in children with mucositis pain. *Paediatr Anaesth*. 2010 Sep;20(9):805–11.
8. Lotfi-Jam K, Carey M, Jefford M, Schofield P, Charleson C, Aranda S. Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2008 Dec 1;26(34):5618–29.
9. Cheng KK, Molassiotis A, Chang AM, Wai WC, Cheung SS. Evaluation of an oral care protocol intervention in the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis in paediatric cancer patients. *Eur J Cancer*. 2001 Nov;37(16):2056–63.
10. Sung L, Robinson P, Treister N, Baggott T, Gibson P, Tissing W, et al. Guideline for the prevention of oral and oropharyngeal mucositis in children receiving treatment for cancer or undergoing haematopoietic stem cell transplantation. *BMJ Support Palliat Care*. 2015 Mar 27;

Cours supérieurs

Douleur des cancers orofaciaux

3- Traitement des douleurs des cancers orofaciaux

D. Dupouiron (1)

(1)Département Anesthésie – Douleur, Institut de cancérologie de l'ouest Paul Papin, Angers

Les cancers oro-faciaux sont parmi ceux qui génèrent le plus de douleurs au cours de leur évolution et après traitement avec une prévalence supérieure à 80 %. De plus, les cancers oro faciaux présentent un taux élevé de douleurs neuropathiques et d'accès douloureux paroxystiques. L'amélioration de la survie, grâce aux progrès des traitements oncologiques, appelle à mieux appréhender la prise en charge algologique afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Le soulagement de ces douleurs est donc un élément majeur du traitement.

Les traitements médicamenteux reposent sur la même hiérarchie que pour les autres cancers. Cependant, il est souvent nécessaire d'adapter les formes galéniques aux spécificités de ces patients, notamment en raison de fréquentes difficultés d'administration par voie orale.

D'autre part, les traitements des cancers oraux faciaux sont responsables de nombreuses complications douloureuses en rapport avec les traitements du cancer : la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie. Le caractère neuropathique de ces douleurs est souvent prédominant. Dans ce cadre, les traitements topiques, comme la Capsaïcine et la toxine botulique, sont une avancée récente même s'il existe des restrictions à leur usage au niveau céphalique.

Lorsque ces traitements médicamenteux sont insuffisants pour obtenir un soulagement, il est nécessaire de faire appel aux techniques interventionnelles. En dehors des chirurgies de stabilisation du rachis cervical associées aux cimentoplasties, les techniques interruptives neurochirurgicales sont efficaces, même si leur caractère définitif est parfois un frein à leur utilisation. De même, la neurostimulation a une place dans le traitement des douleurs séquellaires. Les blocs régionaux peuvent être efficaces sur des douleurs localisées mais seulement pour un temps limité.

Enfin, l'analgésie intrathécale ou intraventriculaire est maintenant un recours très efficace pour les patients qui présentent des douleurs réfractaires. La disponibilité de cathéters qui permettent une implantation cervicale ou cisternale par voie lombaire simplifie la procédure et diminue considérablement les risques de la technique.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Cours supérieurs **Douleur et handicap**

1- Place des consultations douleur avancées en MAS

G. Mick (1)
(1)CH, Voiron, France

Evaluer et prendre en charge une douleur chronique chez une personne polyhandicapée hébergée en établissement spécialisé nécessite d'adopter une posture réaliste, transversale, partagée, sur la durée : évaluer au lieu même de vie de la personne, avec l'équipe d'accompagnement de soins et la famille, plusieurs fois en prônant la tenue d'agendas de vie et de ressentis par l'équipe et la famille ; utiliser les méthodes éprouvées dans le domaine du handicap et des troubles de la communication, rechercher systématiquement les problématiques mécaniques liées aux postures et appareillages tout autant que l'éventualité d'une douleur viscérale ; construire un projet thérapeutique gradué impliquant équipe et famille. Une expérience menée en MAS et FAM en Auvergne-Rhône-Alpes illustre ces postures.

Cours supérieurs Douleur et handicap

2- Freins à la prise en charge de la douleur dans le cadre du polyhandicap

D. Fernandez fidalgo (1), S. Vanuxem (2)

(1)SSR Hôpital de La Roche-Guyon (APHP), Paris, France, (2)Hôpital de La Roche-Guyon (APHP), La roche-guyon, France

La prise en compte de la douleur chez les personnes vulnérables, en particulier celles qui ne parlent pas comme dans les situations de polyhandicap, reste délicate encore aujourd'hui.

Au niveau national, il n'y a pas eu de plan douleur depuis 2010 (1) ce qui est problématique pour la prise en charge de la douleur en général et de celle des publics vulnérables en particulier, fait étudié et reconnu par l'ARS elle-même en 2011(2). La situation a peu évolué depuis et si le focus est mis sur le sanitaire du fait du COVID-19, peu de références sont faites à l'accompagnement de la douleur chez la personne vulnérable, dans le sanitaire comme dans le médico-social.

Les sociologues Frédéric Blondel et Sabine Delzescaux (3) parlent de « vie nue » concernant cette vulnérabilité des personnes polyhandicapées, en s'appuyant sur les écrits du philosophe Agamben. Ils évoquent le risque de « tentation souveraine » structurale à la situation de polyhandicap, tentation de mettre « hors du droit » la vie de ces personnes, qu'il est très facile d'oublier dans une chambre sans se poser la question de ce qui leur es dû, en terme de qualité de vie et de soins.

Cette réalité nous oblige d'autant plus à être vigilants sur les freins qui peuvent exister dans la prise en charge de leurs douleurs. Ces freins (4) sont en général d'ordre matériel, organisationnel ou psychologique. Ces trois types de freins interagissent les uns sur les autres et il faut en général agir sur les 3 simultanément pour obtenir un résultat tangible, en commençant par inscrire la lutte contre la douleur au cœur du projet d'établissement, que ce soit dans le sanitaire ou le médico-social, étant entendu que la prise en charge de cette douleur est l'affaire de tous et pas uniquement de la sphère médicale.

En nous appuyant sur des situations cliniques et sur le parcours de l'évaluation douleur, nous verrons comment on peut diagnostiquer les différents types de freins et les ressources pour y faire face. Sur le terrain, l'ennemi numéro un - après la douleur du sujet aidé bien entendu - est le sentiment d'impuissance, qui démobilise grandement les équipes et les usagers/patients.

Les actions entreprises dans notre lutte contre la douleur ne sont pas du temps perdu : elles restaurent un sentiment de compétence au niveau des professionnels qui sera mise au service de la personne vulnérable et de sa qualité de vie. Cela suppose une mobilisation au niveau des établissements, des professionnels mais aussi un engagement politique fort, à la hauteur de cette problématique.

(1) <https://www.egora.fr/actus-medicales/algologie/44229-congres-douleur-2018-la-douleur-oubliee-des-pouvoirs-publics?page=0%2C1>

(2) HAS – 2011, Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010
www.hcsp.fr/hcspr20110315_evaldouleur20062010

(3) Frédéric Blondel et Sabine Delzescaux : « Aux confins de la grande dépendance: Le polyhandicap, entre reconnaissance et déni d'altérité », éditions Erès, 2018

(4) Site internet PEDIADOL
<https://pediadol.org/les-freins-a-une-bonne-prise-en-charge-de-la-douleur>

Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques centrales : toujours aussi problématiques

1- Les douleurs associées aux lésions du système nerveux central : épidémiologie, évaluation et mécanismes

S. Hatem (1)

(1)Service de Médecine physique et réadaptation, Universitair Ziekenhuis Brussel - Vrije Universiteit Brussel, Jette, Belgium

La douleur neuropathique centrale est définie comme une douleur qui est la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie touchant le système somatosensoriel au sein du système nerveux central (SNC) [1]. Les douleurs neuropathiques centrales sont fréquemment chroniques. En l'absence de marqueurs objectifs pouvant déterminer les phases aiguës et chroniques de la douleur neuropathique, un délai arbitraire de 3 mois représente le début de la phase chronique. Afin d'améliorer la représentation des pathologies douloureuses dans le future outil de classification ICD-11 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) de l'Organisation Mondiale de la santé, l'IASP a constitué un groupe d'experts en algologie. Leur proposition est de classer la douleur neuropathique centrale chronique en différentes catégories liées à la maladie sous-jacente (lésions médullaires, lésions cérébrales, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, autres). La prévalence de douleur neuropathique centrale varie fortement d'une maladie à une autre: 8% après un accident vasculaire cérébral, 28% dans la sclérose en plaques, 39% à 67% dans les lésions de la moëlle épinière [2]. Dans une même pathologie, les manifestations douloureuses peuvent être très différentes d'un patient à un autre. La gamme de sensations anormales (douloureuses ou non) varie de la perte sensorielle à la présence de sensations spontanées et/ou d'une hypersensibilité. Les mécanismes physiopathologiques connus qui sous-tendent la douleur neuropathique centrale ont un lien très indirect avec les différents phénotypes cliniques de douleur. Ceci complique le diagnostic et le traitement des douleurs neuropathiques centrales. Un système de gradation a été proposé pour poser le diagnostic de douleur neuropathique (possible – probable – certain)[3]. Une histoire clinique évocatrice et la distribution neuroanatomique des symptômes, associée ou non à un questionnaire validé de dépistage de douleur neuropathique posent la possibilité d'une douleur neuropathique centrale. Lors de l'examen neurologique, les signes cliniques sensoriels correspondant à la représentation somatotopique d'une lésion du SNC rendent la présence de douleur neuropathique centrale probable. Des éléments dits plus 'objectifs' établissant le lien neuroanatomique entre la douleur et la lésion (ou maladie) du SNC sont nécessaires pour faire le diagnostic certain de douleur neuropathique. L'imagerie médicale du cerveau et/ou de la moëlle permet dans certains cas de mettre en évidence la lésion du SNC somatosensoriel. Dans d'autres situations, les examens psychophysiques (testing quantitatif sensoriel) et/ou électrophysiologiques suggèrent une anomalie du fonctionnement du SNC somatosensoriel (potentiels évoqués somesthésiques, potentiels évoqués par laser). De nombreux laboratoires de recherche explorent les mécanismes physiopathologiques de la douleur neuropathique dans des modèles expérimentaux animaux et humains. Au-delà des changements neuroanatomiques et neurochimiques, la recherche en douleur neuropathique centrale s'oriente également vers la neuro-génétique et la neuro-immunité [4].



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

[1] IASP (International Association for the Study of Pain) terminology updated from "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994

[2] Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53-59. doi:10.1097/j.pain.0000000000001365

[3] Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. 2016;157(8):1599-1606. doi:10.1097/j.pain.0000000000000492

[4] Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002. Published 2017 Feb 16. doi:10.1038/nrdp.2017.2

Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques centrales : toujours aussi problématiques

2- Prise en charge médicale des douleurs neuropathiques centrales

X. Moisset (1)

(1)CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

La prise en charge de la douleur neuropathique chronique est difficile, que la douleur soit d'origine centrale ou périphérique. Après avoir affirmé le diagnostic, il est recommandé d'utiliser en première intention des traitements médicamenteux. Les traitements locaux (emplâtres d'anesthésiques locaux, capsaïcine, toxine botulique) n'ont pas d'intérêt démontré pour la prise en charge des douleurs neuropathiques centrales. Pour les autres traitements médicamenteux, ils peuvent être utilisés aussi bien pour la prise en charge de douleurs périphérique que centrale. Des recommandations de prise en charge ont récemment été mises à jour (Moisset et al, Revue Neurologique 2020). Selon l'algorithme défini dans ces recommandations, il est proposé d'utiliser en première intention pour les douleurs neuropathiques centrales un inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine ou éventuellement venlafaxine), la gabapentine ou les antidépresseurs tricycliques. En deuxième intention, peuvent être proposés la prégabaline, le tramadol ou une association de traitements précédemment cités. Dès la deuxième ligne, il ne faut pas hésiter à proposer une psychothérapie en plus des traitements pharmacologiques, thérapie de pleine conscience et thérapie cognitivo-comportementale ayant montré leur intérêt. En troisième intention, la stimulation magnétique trans-crânienne répétitive à haute fréquence en regard du cortex moteur primaire peut être proposée. Enfin, en dernier recours, les opioïdes forts peuvent être utilisés, en l'absence d'alternative, en surveillant attentivement le risque de mésusage et pour la durée la plus courte possible.

Après échec des traitements de première et deuxième ligne, certains patients justifient une prise en charge neurochirurgicale. Cette possibilité sera abordée dans la troisième présentation de cette session.

Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Moisset et al., Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325-352.
doi: 10.1016/j.neurol.2020.01.361

Cours supérieurs

Douleurs neuropathiques centrales : toujours aussi problématiques

3- Que faire quand la prise en charge médicale devient insuffisante ?

D. Fontaine (1)

(1)CHU de Nice, Nice, France

Les douleurs neuropathiques centrales restent souvent sévères malgré les traitements médicaux spécifiques bien conduits, poussant patients et soignants à se tourner vers les approches chirurgicales, principalement les techniques de neuromodulation implantée, basées sur la stimulation électrique chronique du système nerveux central. L'efficacité de ces techniques, proposées généralement en dernière ligne chez des patients difficiles et multi-résistants, n'est basée que sur des études ouvertes aux effectifs réduits, aucun essai randomisé n'ayant été mené dans ces indications.

Dans les douleurs d'origine spinale, la stimulation médullaire semble être plus efficace sur les douleurs lésionnelles que sur les douleurs sous lésionnelles. L'efficacité du ziconotide intrathécal diffusé par pompe implantable a été suggéré dans des séries de cas et doit être confirmé par un essai randomisé français qui vient de démarrer.

Pour les douleurs d'origine supra-spinale, la stimulation du cortex précentral contralatéral aux douleurs permettrait de diminuer les douleurs de 40-50% chez la moitié des patients implantés. La rTMS de la même cible corticale permettrait de sélectionner les patients potentiellement répondeurs à la stimulation implantée. La stimulation cérébrale profonde (SCP) du thalamus sensitif apporterait une amélioration significative chez un tiers des patients. Plus récemment, la SCP du cingulum antérieur dorsal a été proposée pour moduler la dimension émotionnelle et affective de la douleur chronique.

Les aspects techniques de ces différentes thérapies seront présentés, ainsi que les résultats cliniques récents, en discutant leur niveau de preuve et leurs rapports bénéfiques/risques chez des patients souvent désespérés.

Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain.

Moisset X, Lanteri-Minet M, Fontaine D.

J Neural Transm (Vienna). 2020 Apr;127(4):673-686. doi: 10.1007/s00702-019-02092-y. Epub 2019 Oct 21.

Cours supérieurs

La douleur est-elle « contagieuse » ?

1- Intérêt du travail de "rêverie" dans la clinique

C. Dupuis gauthier (1)

(1) Institut de Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (IPPEA) / Université de Lille, Lille, France

La pratique analytique repose notamment sur l'expérience d'un partage émotionnel généralement qualifié de transfert. Mais depuis que cette notion fut conceptualisée par Freud, pour rendre compte de ce qui se joue dans la relation psychothérapique ou psychanalytique, sa conception a beaucoup évolué. En appui sur les travaux fondamentaux de M. Klein, D.W. Winnicott et W. Bion, la posture analytique s'est littéralement transformée. Aujourd'hui, penser la rencontre clinique à partir des notions de « narrativité » et de « rêverie » ouvre un nouveau champ d'expérience où peut notamment se loger le partage émotionnel de la douleur, possiblement transformée par le travail de pensées. Nous présenterons la manière dont les récents développements psychanalytiques invitent à penser la clinique du patient douloureux, à partir de la rêverie « qui naît en amont de l'interprétation, l'inspire et la suggère » (Ferro, 2014, p. 41).

-Bion W-R. (1970), L'attention et l'interprétation, Trad. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1974.

-Ferro A. (2002), Facteurs de maladie, facteurs de guérison : genèse de la souffrance et cure psychanalytique, Trad. N. Brissaud, Paris, In Press, 2004.

-Ferro A. (2014). Les viscères de l'âme. Alphabet des émotions et narrativité, trad. F. Caiazzo, Paris, Les éditions d'Ithaque, 2019.

-Parat C., (1995), L'Affect partagé, Paris, Puf, collection « le fait psychanalytique ».

Cours supérieurs

La douleur est-elle « contagieuse » ?

2- Culture du travail

A. Sallet (1)

(1)CH métropole Savoie, Chambéry, France

Quand les progrès technologiques font, plus que jamais, progresser les conditions de travail, on aurait pu s'attendre à un retranchement des pathologies qui sont liées à celui-ci. Pourtant, depuis le début des années 80, on recense de plus en plus de diagnostics posés en lien avec le travail, que ce soit d'abord du côté du corps, avec les pathologies de surcharge et les affections post-traumatiques entre autres, ou, par la suite, du côté de la vie psychique, avec les épuisements professionnels, liés à la question du harcèlement moral notamment. Des pathologies liées proprement au travail ont émergé. La psychologie, la psychiatrie et la médecine du travail ont eu à se saisir de ces données. Nous posons la question de ce qu'il en est en médecine de la douleur aujourd'hui et des voies que les réflexions sur la souffrance au travail peuvent ouvrir. Nous nous appuyons sur une théorie, la Psychodynamique du travail, aux carrefours entre l'approche anthropologique, l'approche sociologique et l'approche psychanalytique du travail. En son cœur, une préoccupation pour la question de la souffrance au travail et une analyse de celle-ci, ainsi que de ses conséquences, tant du côté des voies de transformations dont elle peut être le levier que du côté des voies pathogènes qui détériorent la condition du sujet au travail. Nous explorons alors comment, armé de ces questions, l'écoute des patients douloureux chroniques peut se trouver enrichie au point d'ouvrir de nouvelles pistes pour ce qu'il en est de la prise en charge pluridisciplinaire.

MARTY, P., M'UZAN, M. (DE), 1963, « La pensée opératoire », Revue française de psychanalyse, vol. 27., p. 345-356.
DEJOURS, C., 1980, Travail, Usure mentale, Essai de psychopathologie du travail, ed. 2008, Bayards, Paris.
DEJOURS, C., 1998, Souffrance en France, Le Seuil, Paris.
DEJOURS, C., 2007, Vulnérabilité psychopathologiques et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique), L'information psychiatrique, vol. 83, pp269-275.

Cours supérieurs

Les douleurs chez la femme

1- Accouchement : Douleur et analgésie obstétricale en 2020

D. Benhamou (1)

(1)Hôpital Bicêtre Service d'Anesthésie - Réanimation et Médecine Péri Opératoire Hôpitaux Universitaires Paris-Saclay (AP-HP), Le Kremlin bicêtre, France

Avec environ 800.000 accouchements par an en France et un taux d'analgésie péridurale de l'ordre de 80 %, la France se situe parmi les plus gros « consommateurs » de cette méthode. Le taux a régulièrement augmenté depuis 1980, sur la demande des patientes. Le système de santé s'est progressivement adapté à cette situation. Le taux est très variable selon les pays. Il existe de nombreuses raisons, culturelles ou sanitaires notamment qui expliquent ces grandes différences.

La douleur du travail est l'une des plus importantes qu'une femme peut rencontrer au cours de sa vie et des chiffres sur des échelles numériques entre 70 et 90 (sur une échelle de 100) sont habituels.

Parmi les méthodes d'analgésie, l'analgésie péridurale est de loin la plus efficace et pourrait-on dire la seule réellement efficace sur les scores douloureux. Ces derniers ne résument pas pour autant l'expérience du travail et de l'accouchement et certaines femmes, bien qu'éprouvant une douleur intense, ne souhaitent pas bénéficier de cette technique, soit en raison d'une capacité de contrôle personnel important soit par peur d'éventuels effets indésirables, soit encore pour des raisons culturelles ou d'environnement familial.

Les méthodes d'analgésie, autres que la loco-régionale, incluent des méthodes médicamenteuses (surtout l'emploi des opioïdes) et des méthodes non-médicamenteuses (relaxation, hypnose, toucher, acupuncture, support individuel...). On peut également y ajouter l'emploi des méthodes de déambulation ou assimilées (ballons) qui peuvent être proposées. Les progrès de l'analgésie péridurale permettent la déambulation et la mobilisation et elle peut donc être proposée simultanément aux autres méthodes.

Ses effets indésirables généraux (tels que le bloc sympathique et l'hypotension) et ses effets spécifiques à l'obstétrique (bloc moteur et retentissement obstétrical sur la marche du travail, le taux d'extraction instrumentale et de césarienne) ont été presque totalement abolis par l'évolution des protocoles et notamment la baisse des concentrations de l'anesthésique local. Des progrès technologiques sont venus également améliorer la qualité de l'analgésie et réduire les effets indésirables.

L'effet indésirable le plus souvent rencontré (de l'ordre de 1 % des cas) est la brèche de la dure-mère lors de la ponction avec son risque de céphalée posturale, de gêne à la prise en charge du nouveau-né et le besoin possible d'un blood patch. Les autres complications, notamment neurologiques, sont exceptionnelles et sont beaucoup plus souvent secondaires aux conditions de l'accouchement. L'emploi de l'analgésie péridurale est très important en France, justifié par l'intensité douloureuse ressentie le plus souvent. Plutôt que d'opposer les méthodes, l'avenir est probablement de les associer, selon les disponibilités locales et des compétences afin de procurer une meilleure expérience de la naissance à nos parturientes.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol.* 2019;133(3):e208-e225.
doi:10.1097/AOG.0000000000003132

Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;6(6):CD007396. Published 2018 Jun 5. doi:10.1002/14651858.CD007396.pub3

Cours supérieurs

Les douleurs chez la femme

3- Douleurs induites par les inhibiteurs de l'aromatase chez des patientes souffrant de cancer du sein

F. Laroche (1)

(1)Hôpital Saint Antoine/ APHP/CETD, Paris, France

Rationnel et état de la littérature : Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) prescrits au cours des cancers du sein hormono-dépendants (75% des cas) sont responsables de douleurs articulaires, musculaires avec raideur chez plus de 50% des patientes. C'est le premier motif d'arrêt du traitement (13 à 50%).

Etude française : Une cohorte prospective (avec suivi à 12 mois) de femmes avec cancer du sein adressées par 4 centres d'oncologie parisiens, nécessitant un traitement par IA sans douleur préexistante a été mise en place entre 2009 et 2011.

Résultats : Parmi les 135 femmes, 77 patientes (57%) ont développé des douleurs (EVA > 30) dans l'année avec un délai moyen de 3 à 6 mois. Quatre types de douleurs ont été observées : douleurs articulaires des membres de type arthrosique, douleurs diffuses de type nociplastique, douleurs neuropathiques et douleurs tendineuses. 24% des patients ont souffert de douleurs précoces (1 - 3 mois) et 18.6% de douleurs tardives (6 -12 mois). Une patiente a développé une polyarthrite rhumatoïde typique après 3 mois de traitement. En général les douleurs ont été bien contrôlées par les antalgiques de paliers 1 et 2. Cependant, douze patientes (8.9%) ont dû arrêter le traitement par IA entre 3 et 8 mois, en raison de l'intensité des douleurs.

Les facteurs prédictifs de tous les types de douleurs induites observés étaient l'intensité des douleurs initiales (EVA < 40) et 2 sous-scores du questionnaire de qualité de vie liée au cancer (QLQ-BR23). Le questionnaire de personnalité (TCI) et l'anxiété (HAD) étaient prédictifs respectivement des douleurs diffuses et neuropathiques. Aucune relation n'a été observée entre le poids, l'âge, la ménopause, le statut génétique, ni le statut hormonal.

Discussion : La littérature conforte ces résultats. Les douleurs les plus fréquentes sont de type arthrosique et de type nociplastique et on observe environ 5% de maladies auto-immunes sous IA.

La prise en charge consiste essentiellement en une information - éducation des patientes (et des médecins prescripteurs), une rotation d'IA (quand c'est possible), des antalgiques adaptés et une activité physique.

Conclusion : La douleur est fréquente chez les femmes traitées par IA, jusqu'à plus de 50% des patientes dans la première année de traitement. La prise en charge est globale (médicamenteuse et non médicamenteuse) et inclus des exercices physiques.

Geling Lu, Zheng Jin, Zhang Lei. The effect of exercise on aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms in breast cancer survivors : a systematic review and metanalysis. Supportive Care in cancer 2020 ; 28 : 1587-1596

Laroche F, Coste J, Medkour T, Cottu PH, Pierga JY, Lotz JP, Beerblock K, Tournigand C, Declèves X, de Cremoux P, Bouhassira D, Perrot S. Classification of and risk factors for estrogen deprivation pain syndromes related to aromatase inhibitor treatments in women with breast cancer: a prospective multicenter cohort study. J Pain 2014 ; 15 : 293-303

Cours supérieurs

Les douleurs fœtales et du nouveau-né : Qu'en est-il en 2020 ?

La science sur la douleur fœtale et du nouveau-né : où en est-on de la compréhension de ces phénomènes ?

P. Poisbeau (1)

(1) Institut Universitaire de France / Université de Strasbourg / Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives (CNRS UPR 3212), Strasbourg, France

La définition de la douleur vient récemment d'être mise à jour par l'IASP comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » [1]. La définition de 2020, révisée à partir de celle de 1979 [2], ajoute le mot « ressemblant à » pour palier à une lacune majeure. En effet, l'absence de verbalisation et la difficulté à communiquer n'exclut pas qu'un être humain (nouveau-né ou non) ou un animal non-humain éprouve de la douleur. Un point important, enfin, est de distinguer le terme de « nociception » et de « douleur » car l'activité des nerfs sensoriels, recrutés par une stimulation potentiellement nuisible et douloureuse pour l'organisme, ne peut à elle seule rendre compte d'une perception consciente (i.e. corticale) de la douleur. Cette notion est d'une extrême importance dans le cas de l'enfant en développement car les circuits nociceptifs qui permettent l'acheminement de l'information nociceptive jusqu'au cortex cérébral subissent une maturation pendant les deux derniers trimestres de grossesse mais également dans les premiers mois qui suivent la naissance. Cette grande plasticité rend d'ailleurs le nouveau-né prématuré extrêmement vulnérable si l'environnement est défavorable à son développement.

S'il est affligeant de constater qu'il aura fallu attendre 2020 pour que la définition de la douleur prenne en compte la douleur de l'enfant non verbalisant (ou celle des enfants/adultes ayant des difficultés à communiquer), il faut également noter que la douleur de l'enfant nouveau-né a fait l'objet de beaucoup de débat et controverses depuis le 19^{ème} siècle. Jusqu'à la fin des années 1980, la majorité des études disponibles font d'ailleurs état d'une insensibilité à la douleur voire, dans le meilleur des cas, d'un hyposensibilité des enfants [3]. L'immaturité présumée des circuits nociceptifs et l'absence de mémorisation des épisodes douloureux dans les premières années de vie, ont d'ailleurs donné lieu à la réalisation d'interventions chirurgicales majeures sans anesthésie ou analgésie péri-/post-opératoire, par exemple chez les enfants nouveau-nés prématurés [4,5]. La meilleure prise en compte des douleurs induites par les soins en unité de réanimation néonatale a permis de bien mesurer l'impact des douleurs sur le devenir du nouveau-né et son bon développement cérébral. Cette conférence fera le point sur ce sujet avec des résultats récents obtenus chez le fœtus et le nouveau-né. Quelques résultats de recherche fondamentale montreront aussi l'impact des perturbations périnatales sur le bon fonctionnement des contrôles de la douleur [6]. Ces travaux confirment que la douleur dans son expression est le fruit d'une histoire de vie, parfois particulièrement défavorable autour de la naissance.

[1]. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 161(9):1976-1982.

[2]. Merskey H, Albe Fessard D, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FWL, Lindblom U, Mumford JM, Nathan PW, Noordenbos W, Pagni CA, Renner MJ, Sternbach RA, Sunderland S (1979) Pain terms: a list with definitions and notes



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain 6:249-252.

[3]. Rodkey EN, Pillai Riddell R (2013) The infancy of infant pain research: the experimental origins of infant pain denial. J Pain 14:338-350.

[4]. Anand KJ (1998) Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate 73:1-9.

[5]. Anand KJ, Hickey PR (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med 317:1321-1329.

[6]. Melchior M, Juif PE, Gazzo G, Petit-Demouliere N, Chavant V, Lacaud A, Goumon Y, Charlet A, Lelievre V, Poisbeau P (2018) Pharmacological rescue of nociceptive hypersensitivity and oxytocin analgesia impairment in a rat model of neonatal maternal separation. Pain 159:2630-2640.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Cours supérieurs **Santé mentale et douleur**

Un autre regard sur la plainte

N. Hallouche (1)
(1)GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Paris, France

Le cas clinique relatant l'histoire de Youssoufa est très symptomatique de l'attitude d'écoute que nous pouvons avoir en tant que soignant face à une plainte douloureuse. En effet, notre écoute et donc les décisions qui en découlent sont particulièrement conditionnées par nos croyances, nos a priori, mais également parfois par des repères cliniques qui nous confortent dans notre stratégie diagnostique et thérapeutique. Faire preuve d'une bienveillante neutralité et objectivité dans l'analyse des données cliniques et anamnésiques n'est donc pas d'une évidence absolue. Maintenir un lien cohérent entre les différents aspects de la doléance émanant de la personne est primordial. Se défaire de considérations subjectives et prêter une écoute attentive sont des attitudes indispensables pour obtenir véritablement un regard emprunt à la fois de neutralité et de bienveillance sur la personne douloureuse. Le sens même des mots utilisés est important, et il faut savoir les intégrer dans le contexte pour ne pas se déconnecter de la plainte de la personne qui la formule.

De même, nos repères culturels ne sont pas nécessairement ceux de la personne qui nous relate son histoire, et cela peut représenter un biais dans notre interprétation des faits.

L'exposé de cette situation qui est à la frontière des territoires de la douleur, de l'addiction, de la santé mentale et de l'éthique, pourrait nous amener à poser un regard différent sur la plainte douloureuse.

Cours supérieurs

Sensibilisation centrale et hyperalgésie aux opioïdes

1- Mécanismes de la sensibilisation centrale à la douleur

C. Rivat (1)

(1) Université, Montpellier, France

Suite à des atteintes tissulaires périphériques, de nombreuses modifications se produisent au niveau de l'ensemble du système somatosensoriel modulant la transmission de l'information nociceptive. Parmi ces changements, les processus de sensibilisation sont à la base d'une neuroplasticité à partir de laquelle le système nerveux augmente la perception douloureuse. Au niveau du système nerveux central, la sensibilisation se traduit par des changements durables de l'excitabilité des neurones nociceptifs spinaux mais également supraspinaux (1, 2). Une fois établi, ce phénomène serait maintenu non plus par les influx nociceptifs périphériques mais par les processus centraux et pourrait être renforcé par l'administration de morphiniques (3) ou le stress (4, 5). Au niveau clinique, la sensibilisation centrale se traduit notamment par l'apparition d'hyperalgésie secondaire, d'allodynie tactile dynamique et d'une sommation temporelle (6). De manière schématique, l'ensemble des mécanismes conduisant à la sensibilisation centrale des voies nociceptives implique des modifications de la perméabilité membranaire des neurones nociceptifs, une facilitation à long terme de la transmission synaptique ainsi qu'une diminution de la transmission inhibitrice. Ceci est en partie dû à des modifications transcriptionnelles et post-translationnelles (1). Ainsi au niveau médullaire, l'activation des récepteurs aux neuromédiateurs tels que le glutamate, la substance (SP) et le calcitonin gene-related peptide (CGRP) et certains facteurs de croissance comme le brain-derived neurotrophic factor (BDNF) conduirait à une cascade d'événements moléculaires intracellulaires, parmi lesquels l'activation de protéines kinases (ERK, PKC, PKA, CaMKII) favorisant la transcription de nombreux gènes impliqués dans la régulation de l'activité neuronale. Par ailleurs, les protéines kinases, en phosphorylant certaines sous-unités des récepteurs ionotropiques et métabotropiques glutamatergiques renforceraient également l'activité de ces derniers jouant un rôle critique dans la potentiation à long terme du fonctionnement de synapses excitatrices, à l'extrémité centrale des fibres nociceptives (1). En marge de ces mécanismes neuronaux, le rôle des cellules gliales, parmi lesquelles astrocytes et microglie, ne doit pas être négligé puisque ces derniers participent activement à l'élaboration mais également au maintien de la sensibilisation centrale via leur interaction avec les neurones de la corne dorsale de la moelle. Ainsi, l'activation de la glie s'accompagne d'une libération de cytokines et de chimiokines pro-inflammatoires (7), participant alors au maintien de l'hyperexcitabilité neuronale. Enfin, certaines structures cérébrales, telles que la substance grise périaqueducale (PAG), la région rostro-ventromédiane bulbaire (RVM), seraient également responsables d'un contrôle de la sensibilisation spinale via des systèmes appelés descendants (8). L'ensemble de ces phénomènes seraient responsables de l'établissement d'une véritable boucle de rétrocontrôle positif entre les modifications spinales et supra-spinales à l'origine du renforcement de l'activation de systèmes facilitateurs de la nociception pouvant expliquer alors l'exagération et la persistance de certaines douleurs.

1) Latrémoilière and Woolf. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *Journal of Pain*. 2009 Sep;10(9):895-926. 2009.

2) Zhuo M. Cortical LTP: A Synaptic Model for Chronic Pain. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1099:147-155.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- 3) Rivat C and Ballantyne J. The dark side of opioids in pain management: basic science explains clinical observation. *Pain Report*. 2016; 1: p e5702016.
- 4) Cao J, Wang PK, Tiwari V, Liang L, Lutz BM, Shieh KR, Zang WD, Kaufman AG, Bekker A, Gao XQ, Tao YX: Short-term pre- and post-operative stress prolongs incision-induced pain hypersensitivity without changing basal pain perception. *Mol. Pain*. 2015; 11:73.
- 5) Richebe P, Capdevila X and Rivat C. Persistent postsurgical pain: Pathophysiology and preventative pharmacological considerations. *Anesthesiology*. 2018, 2018 Sep;129(3):590-607.
- 6) Woolf CJ Pain 2011. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011 Mar;152(3 Suppl):S2-15
- 7) Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N and Maixner W. Neuroinflammation and central sensitization in chronic and widespread Pain. *Anesthesiology*. 2018, Vol.129, 343-366.
- 8) Zuo M. Descending facilitation. *Mol. Pain*. 2017 Jan;13:1744806917699212.

Cours supérieurs

Sensibilisation centrale et hyperalgésie aux opioïdes

2- Hyperalgésie aux opioïdes et anesthésie : nouveautés 2020

P. Richebé (1)

(1)Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CEMTL, Département d'Anesthésiologie et Médecine de la Douleur, Université de Montréal, Montréal, Canada

Malgré de nouvelles tendances à réaliser des anesthésies sans (OFA) ou avec très peu d'opioïdes (ORA)(1), l'avènement de nouveaux protocoles d'analgésie multimodale réduisant ces mêmes opioïdes, et une meilleure connaissance des effets à long terme des opioïdes (notamment en termes de « crise des opioïdes »), ces médicaments restent encore largement utilisés en période périopératoire.

Les fortes doses d'opioïdes ont été depuis une vingtaine d'années identifiées comme responsables d'hypersensibilité à la douleur communément appelées « hyperalgésie induite par les opioïdes (HIO) »(2,3). D'abord largement démontré chez l'animal(4-6), puis le volontaire sain(7), c'est plus particulièrement en périopératoire que ce phénomène a été identifié et étudié car de très fortes doses d'opioïdes y étaient utilisées(8-10).

Les mécanismes cellulaires impliqués seront développés durant cette session et impliquent notamment des interactions entre les récepteurs μ -opioïdes et le classique récepteur N-méthyl-D-aspartate, mais aussi bien d'autres voies (β -arrestin-2)(3,11).

En pratique clinique d'anesthésiologie sur laquelle nous concentrerons cette lecture, cette HIO a été clairement identifiée avec tous les opioïdes(8). Cependant, certains auteurs soulignent un biais réel de publication car le rémifentanil semble être plus souvent incriminé mais est aussi celui qui a été le plus étudié(8,12). Il apparaît clair que lors de l'anesthésie, ce sont les très fortes doses qui créent une HIO significative et cliniquement pertinente(8,12). Les doses modérées intraopératoires n'induisent pas ou peu de HIO.

L'anesthésie a aussi évolué depuis les 20 dernières années : si le problème d'HIO était flagrant dans les années 2000, le développement des techniques d'anesthésies régionales, les protocoles d'analgésie multimodale et ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), ont permis une réduction drastique des opioïdes utilisés durant la chirurgie. Ceci réduisait de soit la responsabilité reconnue de l'anesthésie dans cette HIO(2,3).

D'autres avenues pour limiter cette HIO pourraient aussi être l'utilisation d'antagonistes spécifiques : anti-NMDA, antagonistes du recrutement des β -arrestin-2 etc(3).

L'utilisation de moniteurs de nociception intraopératoire a aussi démontré une capacité à réduire d'environ 30-40% les doses intraopératoires d'opioïdes. Ceci pourrait être considéré comme une des armes thérapeutiques dans notre arsenal pour réduire l'HIO(13-15) et pourrait participer à l'OFA ou ORA, la faisabilité de ces deux dernières étant encore sujet à controverses(1,16).

Enfin, une prise de conscience du corps médical est nécessaire en période périopératoire pour limiter les prescriptions d'opioïdes, prescription encore bien trop larges. De nombreux autres médicaments et stratégies (analgésie régionale, physiothérapie, ergothérapie etc.) doivent être proposées afin de réduire les prescriptions d'opioïdes et leurs trop fortes doses sur une trop longue durée(2,3). Ceci éviterait qu'une exposition initiale périopératoire des patients naïfs aboutisse à une utilisation chronique d'opioïdes comme il a été récemment démontré(17), notamment en Amérique du Nord.

Références :

1. Chia PA, Cannesson M, Bui CCM: Opioid free anesthesia: feasible? *Curr Opin Anaesthesiol* 2020; 33: 512-517.
2. Yaster M, Benzon HT, Anderson TA: "Houston, We Have a Problem!": The Role of the Anesthesiologist in the Current Opioid Epidemic. *Anesth Analg* 2017; 125: 1429-1431.
3. Colvin LA, Bull F, Hales TG: Perioperative opioid analgesia-when is enough too much? A review of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *Lancet* 2019; 393: 1558-1568.
4. Celerier E, Rivat C, Jun Y, Laulin JP, Larcher A, Reynier P, Simonnet G: Long-lasting hyperalgesia induced by fentanyl in rats: preventive effect of ketamine. *Anesthesiology* 2000; 92: 465-72.
5. Laulin JP, Maurette P, Corcuff JB, Rivat C, Chauvin M, Simonnet G: The role of ketamine in preventing fentanyl-induced hyperalgesia and subsequent acute morphine tolerance. *Anesth Analg* 2002; 94: 1263-9.
6. Richebe P, Rivat C, Laulin JP, Maurette P, Simonnet G: Ketamine improves the management of exaggerated postoperative pain observed in perioperative fentanyl-treated rats. *Anesthesiology* 2005; 102: 421-8.
7. Angst MS, Koppert W, Pahl I, Clark DJ, Schmelz M: Short-term infusion of the mu-opioid agonist remifentanyl in humans causes hyperalgesia during withdrawal. *Pain* 2003; 106: 49-57.
8. Fletcher D, Martinez V: Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis. *Br J Anaesth* 2014; 112: 991-1004.
9. Weber L, Yeomans DC, Tzabazis A: Opioid-induced hyperalgesia in clinical anesthesia practice: what has remained from theoretical concepts and experimental studies? *Curr Opin Anaesthesiol* 2017; 30: 458-465.
10. Richebe P, Capdevila X, Rivat C: Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology* 2018; 129: 590-607.
11. Roeckel LA, Le Coz GM, Gaveriaux-Ruff C, Simonin F: Opioid-induced hyperalgesia: Cellular and molecular mechanisms. *Neuroscience* 2016; 338: 160-182.
12. Angst MS: Intraoperative Use of Remifentanyl for TIVA: Postoperative Pain, Acute Tolerance, and Opioid-Induced Hyperalgesia. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2015; 29 Suppl 1: S16-22.
13. Meijer FS, Martini CH, Broens S, Boon M, Niesters M, Aarts L, Olofsen E, van Velzen M, Dahan A: Nociception-guided versus Standard Care during Remifentanyl-Propofol Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology* 2019; 130: 745-755.
14. Renaud-Roy E, Stockle PA, Maximos S, Brulotte V, Sideris L, Dube P, Drolet P, Tanoubi I, Issa R, Verdonck O, Fortier LP, Richebe P: Correlation between incremental remifentanyl doses and the Nociception Level (NOL) index response after intraoperative noxious stimuli. *Can J Anaesth* 2019; 66: 1049-1061.
15. Meijer FS, Niesters M, van Velzen M, Martini CH, Olofsen E, Edry R, Sessler DI, van Dorp ELA, Dahan A, Boon M: Does nociception monitor-guided anesthesia affect opioid consumption? A systematic review of randomized controlled trials. *J Clin Monit Comput* 2020; 34(4): 629-641.
16. Choudhury A, Magoon R, Sahoo S, Sehgal L: Opioid Free Cardiac Surgery: Opportunities and Obstacles. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2020; 34: 567-568.
17. Page MG, Kudrina I, Zomahoun HTV, Croteau J, Ziegler D, Ngangue P, Martin E, Fortier M, Boisvert EE, Beaulieu P, Charbonneau C, Cogan J, Daoust R, Martel MO, Neron A, Richebe P, Clarke H: A Systematic Review of the Relative Frequency and Risk Factors for Prolonged Opioid Prescription Following Surgery and Trauma Among Adults. *Ann Surg* 2020; 271(5):845-854.

Cours supérieurs

Sensibilisation centrale et hyperalgésie aux opioïdes

3- Stratégie thérapeutique préventive

V. Martinez (1)

(1)Hôpital Raymond Poincaré, Garches, France

La douleur chronique postopératoire est fréquente et invalidante. Une fois installée, elle est difficile à traiter. Les facteurs de risque de chronicisation de la douleur postopératoire sont de mieux en mieux connus [1]. Sur le plan physiopathologique, la sensibilisation centrale joue un rôle essentiel dans la chronicisation de la douleur postopératoire. Nous savons aujourd'hui que les opioïdes font partis des facteurs impliqués dans les mécanismes de sensibilisation centrale qui se manifestent en post opératoire par des phénomènes d'hyperalgésie [2-4]. Il est important de détecter les facteurs de risque de sensibilisation centrale tout au long du parcours chirurgical du patient afin de proposer des stratégies thérapeutiques préventives. Trois facteurs préopératoires permettent de dépister les patients les plus vulnérables lors de la consultation d'anesthésie. Il s'agit de la présence de douleur préopératoire, de l'utilisation d'opiacés et de la fragilité psychologique. En postopératoire trois facteurs doivent être considérés comme des signaux d'alerte, il s'agit d'une douleur intense, d'une pente de régression lente de la douleur et des caractéristiques de douleur neuropathique précoce. Dépister ces patients nous permet d'adapter et d'individualiser la prise en charge. Au cours de cet exposé, nous aborderons les différentes techniques et les traitements qui ont fait l'objet de recherche clinique pour prévenir la sensibilisation centrale[5]. Nous analyserons les preuves de la littérature sur les bénéfices, les limites et effets secondaires démontrés de chacune de molécules pressenties [2-4, 6, 7]: kétamine, gabapentinoïdes, lidocaïne, magnésium et alpha 2 agonistes[8, 9]. Enfin, nous apporterons un éclairage synthétiques basées sur la médecine fondée sur les preuves.

Références

1. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. [Chronic postsurgical pain]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32(6):422-35. doi: 10.1016/j.annfar.2013.04.012. PubMed PMID: 23747211.
2. Fletcher D, Martinez V. Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2014;112(6):991-1004.
3. Hina N, Fletcher D, Poindessous-Jazat F, Martinez V. Hyperalgesia induced by low-dose opioid treatment before orthopaedic surgery: An observational case-control study. *Eur J Anaesthesiol.* 2015;32(4):255-61. d4. Angst MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia: a qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 2006;104(3):570-87.
5. Eisenberg E, Suzan E, Pud D. Opioid-induced hyperalgesia (OIH): a real clinical problem or just an experimental phenomenon? *J Pain Symptom Manage.* 2015;49(3):632-6.
6. Verret M, Lauzier F, Zarychanski R, Perron C, Savard X, Pinard AM, et al. Perioperative Use of Gabapentinoids for the Management of Postoperative Acute Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology.* 2020;133(2):265-79.
7. Joly V, Richebe P, Guignard B, Fletcher D, Maurette P, Sessler DI, et al. Remifentanyl-induced postoperative hyperalgesia and its prevention with small-dose ketamine. *Anesthesiology.* 2005;103(1):147-55.
8. Richebe P, Capdevila X, Rivat C. Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology.* 2018;129(3):590-607.
9. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore.* 1994;23(2):129-38. PubMed PMID: 8080219.

Forums

Forum Associations de patients

Actualités douleurs 2020, le point de vue des patients

C. Sebire (1), N. Deparis (1)
(1) AFVD, Parthenay, France

Après avoir abordé, l'an dernier à ce même congrès, le sujet sur les douleurs chroniques au travail, nous avons choisi de nous recentrer sur le cœur de l'activité de notre association : comment gérer les douleurs chroniques et améliorer la qualité de vie des patients ? Les thérapies classiques sont-elles efficaces ? Y a-t-il d'autres alternatives acceptables pour que le patient ait une meilleure qualité de vie ? La prise en charge de la douleur est-elle optimale, selon son lieu de résidence ?

Bien sûr, il y a les opioïdes, des anti-douleurs puissants largement prescrits, que les médecins connaissent bien. Les patients douloureux chroniques en font parfois un mauvais usage, aboutissant ainsi à des situations de dépendance. Pour y voir plus clair, L'AFVD a été conviée à participer à un groupe de travail organisé par l'ANSM sur l'utilisation de ces médicaments et les dérives qui peuvent en découler.

Mais lorsque les antalgiques ou autres molécules n'agissent pas suffisamment sur la douleur, il existe des neuromodulateurs qui peuvent être implantés et agir sur le circuit de la douleur. Mais cette alternative est-elle connue des médecins ? Des patients ? A quel moment dans le parcours de soin propose-t-on ce dispositif ? Nous vous donnerons quelques éléments de réponse.

Contrairement à d'autres pays comme les États-Unis ou les pays du nord de l'Europe, l'utilisation du cannabis médical n'est pas encore autorisée en France. Les autorités de tutelles « traînent » la patte, nous essaierons de vous expliquer pourquoi cette situation perdure et inquiète.

Enfin, nous terminerons notre intervention en abordant la question de qualité de la prise en charge des patients. La crise sanitaire a particulièrement fait bouger les habitudes : la plupart des patients ont déserté les centres hospitaliers, privilégiant la téléconsultation plébiscitée dans les médias. Mais sommes-nous tous à l'aise pour parler de notre santé par écran interposé ? La relation de confiance, ce moment si particulier qu'est la consultation dans un cabinet médical, va-t-elle perdurer si on ne rencontre pas son médecin en personne ?

Forums

Forum Associations de patients

Résultats préliminaires de l'enquête Nationale sur le vécu et parcours des patients douloureux chroniques

F. Alliot-launois (1)

(1)Stand AFLAR, Paris, France

Françoise Alliot Launois Vice-Présidente AFLAR, Nathalie de Benedittis , section SAPHO AFLAR r Laurent Grange Président AFLAR, Pr Gérard Chales Trésorier AFLAR, Catherine Sebire Directrice AFVD, Sébastien Seymere REES France, Élise Cabout REES France, Pr Frédéric Aubrun Président SFETD.

Les patients ont leur vision vécue et personnelle de la Douleur, vision que l'on qualifie expérience patiente. Ils sont les acteurs actifs de leur prise en charge, eux-seuls sont capables d'indiquer aux soignants ce qu'ils ressentent. Leur participation est essentielle pour évaluer l'intensité de la douleur et l'efficacité des traitements, médicamenteux ou non [1].

Aucun examen, aucune prise de sang, aucun scanner ne permet d'objectiver la douleur : la parole et le vécu peut être un signal pouvant faire évoluer la prise en charge. Ils doivent donc être informés et écoutés par les professionnels de santé. Du côté des professionnels de santé, l'expression du vécu de la douleur est étroitement liée à la conception du fait douloureux : ceux-ci sont bien souvent les premiers confrontés à la plainte du patient et donc les premiers acteurs de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Cette dernière résulte d'une bonne coopération patiente algique/soignant : l'adhésion et la participation au projet thérapeutique dépend de l'écoute du soignant au début de la chaîne de la prise en charge. Le parcours doit ensuite se poursuivre avec l'intervention des autres acteurs concernés par la mise en place tout au long du Parcours Douleur.

L'Association de malades AFLAR, en collaboration avec l'AFVD et la SFETD, et avec l'équipe de chercheurs de REES France (Réseau d'Evaluation En Santé), ont eu l'initiative d'explorer le Parcours douleur à travers une enquête « Parlez de votre douleur » [2].

Le Parcours douleur, du point de vue de l'expérience patient, et c'est ce l'enquête cherche à recenser et analyser, est émaillé de démarches soignantes à l'hôpital et en ville, de mise en place de démarches thérapeutiques [3] mais aussi de hiatus, d'incompréhension parfois, de recherche mais aussi d'errance. Ces événements aboutissent alors à des parcours interrompus totalement ou partiellement.

L'enquête est instructive et innovante, grâce à la participation de plus de 600 répondants, elle permet de collecter et prendre en compte les dimensions et les faits concrets positifs et négatifs rencontrés sur le parcours douleur par les répondants.

[1] Bouhassira, Didier, Michel Lantéri-Minet, Nadine Attal, Bernard Laurent, et Chantal Touboul. « Prevalence of Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in the General Population »: Pain 136, no 3 (juin 2008): 380 87. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>.

[2] Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (s. d.). Consulté le 5 mai 2020.

[3] Livre Blanc de la Douleur 2017, état des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, SFETD

Forums

Forum Douleur et francophonie pays invité le Canada (Québec)

1- Crise des opiacés au Canada

P. Beaulieu (1)

(1) Faculté de médecine - Université de Montréal, Montréal - Québec, Canada

La sur-prescription (« crise ») des opioïdes est un phénomène apparu depuis environ 10-15 ans surtout en Amérique du Nord. C'est un enjeu sanitaire et social complexe aux conséquences désastreuses.¹ L'objectif de cette présentation est de témoigner de la situation canadienne et d'en faire un état des lieux, de reconnaître les méfaits associés à cette pratique, de présenter les recommandations canadiennes et finalement d'indiquer les initiatives visant à réduire les préjudices.

Des données de 2016-2019² montrent que les intoxications aux opioïdes sont une source de morbidité et mortalité considérable pour les Canadiens, associées à un nombre important d'hospitalisations (19 377 hospitalisations de 2016 à 2019, hors Québec) pour des réactions indésirables aux opioïdes sous ordonnance et pour des troubles liés à leur utilisation, les jeunes adultes et les plus âgés étant représentés de manière disproportionnée parmi les hospitalisations; dans la même période 15 393 décès étaient survenus.³ De plus, l'augmentation du nombre de décès accidentels liés aux substances, y compris les décès liés aux opioïdes, a ralenti l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 0,16 an, avec un impact plus négatif chez les hommes (-0,23 an) que chez les femmes.

Par ailleurs, plusieurs provinces et territoires canadiens ont déclaré des baisses (environ 10%) du nombre d'ordonnances et de la quantité d'opioïdes prescrits par 1 000 habitants dans la période 2012-2017.¹ À noter que le fentanyl, la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphone étaient les opioïdes les plus prescrits. Ces diminutions sont partiellement attribuables aux initiatives pancanadiennes, provinciales, locales visant à réduire les préjudices associés aux opioïdes, comme par exemple les nouvelles Recommandations canadiennes de 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse.⁴ Les autres initiatives sont d'optimiser l'utilisation des médicaments non opioïdes et des traitements non pharmacologiques pour soulager la douleur chronique et une meilleure sensibilisation à la crise des opioïdes au Canada et aux préjudices qui sont liés à ces substances.⁵ Ces résolutions ont probablement influencé à la baisse les tendances récentes en matière de prescription d'opioïdes.

Ainsi, la crise des opioïdes est un problème de santé publique complexe et la prescription sécuritaire des opioïdes ne constitue qu'une partie de la solution, car les opioïdes de source illicite continuent de représenter une grande partie du problème. Malgré les tendances à la baisse en matière de prescription d'opioïdes, les préjudices et les décès liés aux opioïdes n'ont cessé d'augmenter ces dernières années au Canada. Finalement, l'arrêt du traitement peut entraîner une vulnérabilité chez certains patients et les pousser à recourir à des opioïdes de source illicite, ce qui accroît les risques de préjudice.

1. Institut canadien d'information sur la santé - <https://www.cihi.ca/fr/opioides-au-canada>

2. Santé Canada - <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides>

3. Santé Canada - <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/donnees-surveillance-recherche/comprendre-eventail-plus-large-hospitalisations-liees-aux-opioides.html>

4. Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

cancéreuse - <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/FRENCH%20guideline.pdf>

5. Santé Canada - <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/prevention-toxicomanie.html>

Forums

Forum Douleur et francophonie pays invité le Canada (Québec)

2- Monitoring de l'analgésie : Quel impact attendre des nouveaux moniteurs ?

P. Richebé (1)

(1)Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CEMTL, Département d'Anesthésiologie et Médecine de la Douleur, Université de Montréal,, Montréal, Canada

De nos jours, l'anesthésiologiste a la responsabilité de personnaliser l'anesthésie générale en agissant sur trois composantes majeures : l'hypnose, la relaxation musculaire et la nociception. Hypnose et relaxation musculaire ont été largement étudiées quant à l'impact qu'une gestion appropriée et personnalisée peut avoir sur les issues postopératoires (1-3). En ce qui concerne la nociception intraopératoire, il est évident depuis quelques années, qu'une gestion adaptée des opioïdes permet de réduire les phénomènes d'hypersensibilité à la douleur postopératoires (4-8), mais un sous-dosage intraopératoire peut lui aussi aboutir à une mauvaise prise en charge de cette nociception qui amènera à une sensibilisation périphérique et centrale, et donc à un risque accru de douleur aiguë comme chronique après chirurgie (7).

C'est pourquoi ces deux dernières décennies, des moniteurs de nociception sont apparus dans la pratique d'anesthésie, initialement majoritairement basés sur un seul paramètre : pupillométrie, conductance cutanée, pléthysmographie, variabilité fréquence cardiaque (ANI) etc. Puis de plus récents ont proposé un score basé sur l'analyse de multiples paramètres : le nociception level (NOL) index.

Ils ont été d'abord validés durant la période intraopératoire (9-13) mais ont aussi été récemment testés en soins intensifs ou dans d'autres milieux hors-bloc (14,15).

L'intérêt de l'utilisation intraopératoire de tels moniteurs est de pouvoir mieux administrer, chez un patient non communicant sous anesthésie, les opioïdes nécessaires afin de traiter au mieux les stimuli nociceptifs tout en limitant le risque de surdosage en opioïdes responsable d'effets indésirables postopératoires.

Il est évident maintenant que l'exposition aux opioïdes en période périopératoire induit aussi un risque majeur de développer une accoutumance et une consommation chronique d'opioïdes dans la population initialement naïve (16).

Il est donc d'une importance cruciale de mieux gérer ces opioïdes intraopératoires. Ces moniteurs se sont révélés plus sensibles et plus spécifiques dans la détection de la nociception sous anesthésie générale que les critères cliniques habituellement utilisés pour guider l'anesthésiologiste dans son traitement antalgique intraopératoire (11,12).

Est-ce que cette amélioration de la performance des moniteurs par rapport aux paramètres cliniques comme fréquence cardiaque et pression artérielle a permis une amélioration des issues postopératoires? La réponse est OUI. L'utilisation intraopératoire de ces moniteurs a permis de réduire l'exposition intraopératoire aux opioïdes (17-21), mais aussi de réduire la consommation d'opioïdes et d'améliorer les scores de douleur postopératoires (18-20).

Ceci devrait dans les années à venir transformer la pratique de l'anesthésie chez le patient sous anesthésie générale, et permettre de mieux personnaliser l'administration d'antinociceptifs aux réels besoins intraopératoires du patient.

Reste cependant à déterminer si ces moniteurs trouveront leur place hors des blocs opératoires. Certaines études tendent à démontrer qu'ils peuvent y être utiles (14,15).

Références :

1. Bruintjes MH, van Helden EV, Braat AE, Dahan A, Scheffer GJ, van Laarhoven CJ, Warle MC: Deep neuromuscular block to optimize surgical space conditions during laparoscopic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2017; 118: 834-842.
2. Kertai MD, Pal N, Palanca BJ, Lin N, Searleman SA, Zhang L, Burnside BA, Finkel KJ, Avidan MS, Group BUS: Association of perioperative risk factors and cumulative duration of low bispectral index with intermediate-term mortality after cardiac surgery in the B-Unaware Trial. *Anesthesiology* 2010; 112: 1116-27.
3. Sessler DI, Sigl JC, Kelley SD, Chamoun NG, Manberg PJ, Saager L, Kurz A, Greenwald S: Hospital stay and mortality are increased in patients having a "triple low" of low blood pressure, low bispectral index, and low minimum alveolar concentration of volatile anesthesia. *Anesthesiology* 2012; 116: 1195-203.
4. Angst MS: Intraoperative Use of Remifentanyl for TIVA: Postoperative Pain, Acute Tolerance, and Opioid-Induced Hyperalgesia. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2015; 29 Suppl 1: S16-22.
5. Fletcher D, Martinez V: Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis. *Br J Anaesth* 2014; 112: 991-1004.
6. Fletcher D, Martinez V: How can we prevent opioid induced hyperalgesia in surgical patients? *Br J Anaesth* 2016; 116: 447-9.
7. Richebe P, Capdevila X, Rivat C: Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology* 2018; 129: 590-607.
8. Yaster M, Benzon HT, Anderson TA: "Houston, We Have a Problem!": The Role of the Anesthesiologist in the Current Opioid Epidemic. *Anesth Analg* 2017; 125: 1429-1431.
9. Gruenewald M, Herz J, Schoenherr T, Thee C, Steinfath M, Bein B: Measurement of the nociceptive balance by Analgesia Nociception Index and Surgical Pleth Index during sevoflurane-remifentanyl anesthesia. *Minerva Anestesiol* 2015; 81: 480-9.
10. Gruenewald M, Ilies C, Herz J, Schoenherr T, Fudickar A, Hocker J, Bein B: Influence of nociceptive stimulation on analgesia nociception index (ANI) during propofol-remifentanyl anaesthesia. *Br J Anaesth* 2013; 110: 1024-30.
11. Martini CH, Boon M, Broens SJ, Hekkelman EF, Oudhoff LA, Buddeke AW, Dahan A: Ability of the nociception level, a multiparameter composite of autonomic signals, to detect noxious stimuli during propofol-remifentanyl anesthesia. *Anesthesiology* 2015; 123: 524-34.
12. Renaud-Roy E, Stockle PA, Maximos S, Brulotte V, Sideris L, Dube P, Drolet P, Tanoubi I, Issa R, Verdonck O, Fortier LP, Richebe P: Correlation between incremental remifentanyl doses and the Nociception Level (NOL) index response after intraoperative noxious stimuli. *Can J Anaesth* 2019; 66: 1049-1061.
13. Sabourdin N, Arnaout M, Louvet N, Guye ML, Piana F, Constant I: Pain monitoring in anesthetized children: first assessment of skin conductance and analgesia-nociception index at different infusion rates of remifentanyl. *Paediatr Anaesth* 2013; 23: 149-55.
14. Aissou M, Snauwaert A, Dupuis C, Atchabahian A, Aubrun F, Beaussier M: Objective assessment of the immediate postoperative analgesia using pupillary reflex measurement: a prospective and observational study. *Anesthesiology* 2012; 116: 1006-12.
15. Shahiri TS, Richard-Lalonde M, Richebe P, Gelinas C: Exploration of the Nociception Level (NOL) Index for Pain Assessment during Endotracheal Suctioning in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: An Observational and Feasibility Study. *Pain Manag Nurs* 2020; S1524-9042(20)30082-5.
16. Page MG, Kudrina I, Zomahoun HTV, Croteau J, Ziegler D, Ngangue P, Martin E, Fortier M, Boisvert EE, Beaulieu P, Charbonneau C, Cogan J, Daoust R, Martel MO, Neron A, Richebe P, Clarke H: A Systematic Review of the Relative Frequency and Risk Factors for Prolonged Opioid Prescription Following Surgery and Trauma Among Adults. *Ann Surg* 2020; 271(5):845-854.
17. Meijer FS, Martini CH, Broens S, Boon M, Niesters M, Aarts L, Olofsen E, van Velzen M, Dahan A: Nociception-guided versus Standard Care during Remifentanyl-Propofol Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology* 2019; 130: 745-755.
18. Meijer FS, Niesters M, van Velzen M, Martini CH, Olofsen E, Edry R, Sessler DI, van Dorp ELA, Dahan A, Boon M: Does nociception monitor-guided anesthesia affect opioid consumption? A systematic review of randomized controlled trials. *J Clin Monit Comput* 2020; 34(4): 629-641.
19. Sabourdin N, Barrois J, Louvet N, Rigouzzo A, Guye ML, Dadure C, Constant I: Pupillometry-guided Intraoperative Remifentanyl Administration versus Standard Practice Influences Opioid Use: A Randomized Study. *Anesthesiology* 2017; 127: 284-292.
20. Upton HD, Ludbrook GL, Wing A, Sleigh JW: Intraoperative "Analgesia Nociception Index"-Guided Fentanyl Administration During Sevoflurane Anesthesia in Lumbar Discectomy and Laminectomy: A Randomized Clinical Trial. *Anesth Analg* 2017; 125: 81-90.
21. Espitalier F, Idrissi M, Brulotte V, Zaphiratos V, Loubert C, Bélanger M, Fortier A, Godin N, Verdonck O, Richebé P: Impact of NOL-guided analgesia on intra and postoperative opioid consumption in laparoscopic gynecological surgery. Presented at the American Society of Anesthesia Meeting 2020.

Forums

Forum Fondation APICIL : La douleur en réanimation

1- Comment détecter et traiter la douleur de l'enfant en réanimation

E. Javouhey (1)

(1)Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civils Lyon, Lyon, France

La réanimation et les situations qui conduisent l'enfant en réanimation sont sources de douleurs, de stress et d'inconfort.

La reconnaissance de la douleur de l'enfant est encore plus complexe que chez l'adulte du fait des variations liées à l'âge et à son développement. Même si l'auto-évaluation est possible dès 5 ans, la plupart du temps une hétéro-évaluation est nécessaire en réanimation, en utilisant des échelles validées, telles que la Flacc (Face Legg Activity Cry Consolability), l'Evendol, et le Comfort-B pour les enfants sous sédation-analgésie (1,2). Les évaluations doivent être répétées au minimum toutes les 4-8H et à chaque procédure invasive (3). Le syndrome de sevrage (morphinique ou aux benzodiazépines) étant plus fréquent que chez l'adulte (20-30%), l'usage d'une échelle de sevrage est aussi préconisée à partir de 5 jours de ventilation (WAT-1 : Withdrawal assessment test) afin de le distinguer d'une réaction douloureuse (4, 5). De même, pour le délirium, survenant dans 4 à 29% des cas, l'échelle de Cornell est utilisée (Cornell Assessment for Pediatric Delirium) (6). Des progrès techniques permettent d'envisager des moyens objectifs de détection de la douleur en analysant la variabilité de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et le signal électroencéphalographique (index Bispectral (BIS), Analgesia nociception index (ANI), ou NIPE).

Il est recommandé d'utiliser des protocoles, avec des algorithmes de traitement guidés par les infirmières, même s'il n'a pas été démontré que cela diminuait la durée de ventilation (3, 7, 8).

La prise en charge doit être globale visant à « mieux vivre en réanimation » : amélioration de l'environnement, participation de la famille (parents, fratrie et animaux de compagnie), soins de développement (cocooning, installation, doudou, jouets...), contrôle des facteurs de nuisances (sonores, lumineux, stimuli douloureux, respect du sommeil et du rythme de l'enfant...) (9).

Cette approche globale intègre des traitements non médicamenteux tels que l'hypnoanalgésie, les techniques distractives (tablettes, clowns, vidéo, histoires), l'eau sucrée, le MEOPA..., les médicaments antalgiques (morphiniques, antiinflammatoire, paracétamol, antispasmodiques, anesthésiques locaux) mais aussi les approches multimodales intégrant les techniques d'analgésie loco-régionale, les péridurales et blocs neurosensoriels.

La toxicité des médicaments utilisés, que ce soit pour l'analgésie ou la sédation est également particulière chez l'enfant du fait d'un métabolisme différent selon l'âge et d'une immaturité des systèmes enzymatiques et de détoxification (10). Les erreurs médicamenteuses sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est jeune, d'où l'usage recommandé des systèmes contrôlés de délivrance (Patient controlled Analgesia ou Nurse controlled Analgesia). Certaines drogues sont à éviter (le propofol en continu par exemple).

La toxicité à long terme sur le plan neurocognitif est encore en question et requière des études de cohorte.

1. Voepel-Lewis T, Zanotti J, Dammeyer JA, Merkel S (2010) Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *Am J Crit Care* 19:55–61
2. Van Dijk M, De Boer JB, Koot HM, Tibboel D, Passchier J, Duivenvoorden HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3 years old infants. *Pain* 2000, 84 : 367-377
3. Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, Tibboel D, Ista E. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2016 Jun;42(6):972-86. doi:10.1007/s00134-016-4344-1. Epub 2016 Apr 15.
4. Anand KJ, Willson DF, Berger J, Harrison R, Meert KL, Zimmerman J, Carcillo J, Newth CJ, Prophan P, Dean JM, Nicholson C (2010) Tolerance and withdrawal from prolonged opioid use in critically ill children. *Pediatrics* 125:e1208–e1225
5. Franck LS, Scoppettuolo LA, Wypij D, Curley MA (2012) Validity and generalizability of the withdrawal assessment tool-1 (WAT-1) for monitoring iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric patients. *Pain* 153:142–148
6. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, Halpert S, Augenstein J, Sickles LE, Li C, Greenwald B (2014) Cornell assessment of pediatric delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. *Crit Care Med* 42:656–663
7. Curley MA, Wypij D, Watson RS, Grant MJ, Asaro LA, Cheifetz IM, Dodson BL, Franck LS, Gedeit RG, Angus DC, Matthay MA, RESTORE Study investigators, Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI) Network (2015) Protocolized sedation vs usual care in pediatric patients mechanically ventilated for acute respiratory failure: a randomized clinical trial. *JAMA* 313:379–389
8. Dreyfus L, Javouhey E, Denis A, Touzet S, Bordet F. Implementation and evaluation of a paediatric nurse-driven sedation protocol in a paediatric intensive care unit. *Ann Intensive Care*. 2017 Dec;7(1):36. doi:10.1186/s13613-017-0256-7. Epub 2017 Mar 24.
9. Fourrier F. Mieux vivre la réanimation. *Conférence de consensus. Réanimation* 2010. 19: 91-203
10. Vet NJ, Brussee JM, de Hoog M, Mooij MG, Verlaat CW, Jerchel IS, van Schaik RH, Koch BC, Tibboel D, Knibbe CA, de Wildt SN, SKIC (2016). Inflammation and organ failure severely affect midazolam clearance in critically ill children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Jul 1;194(1):58-66. doi: 10.1164/rccm.201510-2114OC.



Forums

Forum Fondation APICIL : La douleur en réanimation

2- La douleur en réanimation : quelles avancées ?

J. Payen (1)

(1)CHU, Grenoble, France

L'essentiel des soins prodigués à un patient de réanimation vise à lutter contre la ou les défaillances viscérales qui sont l'objet de l'admission et/ou du maintien du patient en réanimation. Cependant, cette prise en charge génère une situation pénible pour le patient, accompagnée de douleurs fréquentes et intenses. Des recommandations internationales récentes (1) (2) attestent de l'importance mais aussi de la réelle difficulté à prendre en charge la douleur en réanimation. Trois raisons peuvent expliquer cela : 1) des causes multiples de douleur liées à la pathologie du patient et les soins inhérents à son état ; 2) une difficulté pour évaluer la douleur chez un patient non communicant ; 3) des habitudes inappropriées de prescription d'analgésiques et de sédatifs.

L'objectif général est de réduire au maximum l'emploi des sédatifs et de leur posologie pour permettre une durée de séjour plus courte en réanimation, et une incidence plus faible de confusion mentale (délirium) et de pneumopathie acquise sous ventilation. Les principales avancées concernent les méthodes d'évaluation de la douleur chez le patient non communicant, la notion de co-analgésie avec l'emploi de médicaments non morphiniques, la réduction de l'utilisation des sédatifs et la prise en compte du confort du patient dans sa globalité (3).

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306.

2. Devlin JW, Skrobik Y, Gelinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1532-48.

3. Chanques G, Drouot X, Payen JF. 2008-2018: Ten years of gradual changes in the sedation guidelines for critically ill patients. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2018;37(6):509-11.

Forums

Forum OFMA-SFETD : Pharmacovigilance et bon usage des antalgiques « Le fentanyl dans tous ses états »

1- Prescription hors AMM du fentanyl transmuqueux : étude sur les données nationales de l'Assurance Maladie

J. Delorme (1)

(1)Centre Hospitalier, Bayeux, France

Introduction : les formes transmuqueuses de fentanyl (LI) sont destinées exclusivement au traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients cancéreux adultes, recevant déjà un traitement de fond opioïde (LP). Selon les dernières données du réseau national d'addictovigilance (notifications spontanées et enquêtes pharmacoépidémiologiques de terrain) [1], le fentanyl LI fait fréquemment l'objet d'un mésusage, avec une prescription non conforme à l'AMM (>70%) en lien notamment avec une utilisation hors cancer ou sans traitement opioïde LP associé. De manière complémentaire à ces données, l'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de prescription hors AMM du fentanyl LI (hors cancer et/ou sans traitement opioïde LP associé) à partir des données exhaustives de l'Assurance maladie.

Méthode : les données sont issues de la base exhaustive de remboursements du Système National des Données de Santé (SNDS, >98% de la population française). Tous les patients ayant bénéficié d'au moins une délivrance de fentanyl LI (Actiq®, Effentora®, Breakyl®, Abstral®, Recivit®, Instanyl®, Pefcent®) entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017 ont été inclus. Les patients cancéreux ont été identifiés à partir de l'existence d'une ALD 30 ou d'une hospitalisation avec un code diagnostic CIM10 de cancer. Les spécialités et modes d'exercice (libéral/hospitalier) des prescripteurs ont été recueillis. La primo-prescription de fentanyl LI a été analysée et était définie par l'absence de délivrances dans les 12 mois précédents.

Résultats : au total, 29 228 patients ont été identifiés en 2017. Une utilisation hors AMM était retrouvée pour 51,5% des patients : la prescription hors cancer concernait 43,9% des patients et celle sans traitement opioïde LP associé 21,1%. Comparativement aux patients cancéreux, les patients non-cancéreux étaient majoritairement des femmes (64,5% vs 46,6%, $p < 0,0001$), plus âgés (âge médian 78 vs 67 ans, $p < 0,0001$), présentaient plus fréquemment des comorbidités médicales (71,3% vs 40,8%, $p < 0,0001$) et une posologie journalière médiane de fentanyl LI moins élevée, 495 vs 685 μg , $p < 0,0001$.

Comparativement aux patients cancéreux, le prescripteur était plus fréquemment un médecin libéral pour les patients non-cancéreux, 74,4% vs 59,1% ($p < 0,0001$), et il s'agissait majoritairement d'un médecin généraliste (94,1% vs 67,6%, $p < 0,0001$). A l'inverse, la prescription était plus fréquemment faite par un autre médecin spécialiste chez les patients cancéreux 23,6% vs 3,2% chez les patients non-cancéreux ($p < 0,0001$). La primo-prescription de fentanyl LI était essentiellement le fait des médecins libéraux, majoritairement des généralistes chez 95,8% des patients non-cancéreux vs 62,8% des patients cancéreux, $p < 0,0001$.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Conclusion : cette étude a montré que 1/ plus de la moitié des prescriptions de fentanyl transmuqueux étaient hors cancer et/ou sans traitement opioïde LP associé et 2/ la grande majorité d'entre elles étaient initiées par les médecins généralistes.

[1] Tournebize J, Gibaja V, Frauger E, et al. French trends in the misuse of Fentanyl: From 2010 to 2015. [published online ahead of print, 2019 Nov 25]. *Thérapie*. 2019;S0040-5957(19)30174-X. doi:10.1016/j.therap.2019.11.002

Forums

Forum OFMA-SFETD : Pharmacovigilance et bon usage des antalgiques « Le fentanyl dans tous ses états »

2- Données de pharmacovigilance du fentanyl en France

V. Gibaja (1)

(1)CHRU - Centre Addictovigilance, Nancy, France

Depuis 2003 sont commercialisées des spécialités de fentanyl d'action rapide destinées à une administration transmuqueuse, buccale (Abstral®, Actiq®, Breakyl®, Effentora® et Recivit®) ou nasale (Instanyl® et Pefcent®). Leur indication est unique : le traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients adultes recevant déjà un traitement de fond opioïde pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Leur pharmacocinétique -forte absorption, délai et durée d'action brefs- majore les risques d'abus/dépendance et de surdoses [1].

Eu égard au possible mésusage du fentanyl transmuqueux (FTM), l'ANSM a mis en place un suivi national de pharmacovigilance portant sur l'ensemble des cas signalés aux 2 réseaux nationaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance. Abstral®, Actiq®, Effentora®, Instanyl® et Pefcent® sont suivies depuis 2009, et Breakyl® et Recivit®, plus récemment commercialisées, depuis 2018. La dernière période d'étude s'étend respectivement du 01.01.2016 au 30.06.2019 pour les 5 premières spécialités et d'avril 2013 et juin 2014 au 30.06.2019 pour les spécialités les plus récentes (Breakyl® et Recivit®). Au total, 502 cas ont été signalés et 328 ont été retenus ; 54 % sont des cas graves. Rapportés au nombre de patients traités, les taux de notifications sont plus élevés pour les formes nasales.

Pour les spécialités suivies depuis 2009, on note globalement une augmentation des mésusages/risques identifiés : indication hors AMM (57%), abus/dépendance (51%), ou encore surdosage (12%), retrouvés également dans des proportions importantes pour les spécialités plus récemment suivies.

En ce qui concerne Abstral®, Actiq®, Effentora®, Instanyl® et Pefcent®, 146 cas d'abus/dépendance -dont 79 % sont graves- relèvent de l'addictovigilance. Les formes nasales et la forme comprimé avec applicateur buccal sont les plus souvent impliquées. Dans 68% des cas, l'indication est hors AMM et, pour 28% des cas, le traitement de fond est inexistant ou insuffisant. Une dépendance au geste/consommation compulsive est observée dans 4% des cas, peut-être en lien avec les formes galéniques (spray nasal, «sucette»). Les 6 cas d'abus/dépendance avec Breakyl® et Recivit® rapportent tous une indication hors AMM.

En conclusion, un mésusage très important en termes de non respect de l'AMM persiste depuis le début du suivi, exposant davantage au risque de surdosage et d'abus/dépendance. [2]. L'addictovigilance pointe ainsi sur une problématique d'abus/dépendance en augmentation chez des patients souffrant majoritairement de douleurs chroniques non cancéreuses pour lesquelles, de surcroît, le FTM est inefficace et mal prescrit. A la lumière de ces informations, il apparaît nécessaire que l'ensemble des prescripteurs soit informé des conséquences d'une prescription de FTM non adaptée, et sensibilisé à l'importance d'une prescription aux seuls patients relevant de l'AMM, en association avec un traitement de fond opioïde stabilisé.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

[1] Eiden C, Mathieu O, Donnadieu-Rigole H, Marrot C, Peyrière H. High opioids tolerance due to transmucosal fentanyl abuse. *Eur J Clin Pharmacol.* sept 2017;73(9):1195-6.

[2] Tournebize J, Gibaja V, Frauger E, Authier N, Seyer D, Perri-Plandé J, Fresse A, Gillet P, Javot L, Kahn JP and the French Addictovigilance Network. French trends in the misuse of Fentanyl: from 2010 to 2015. Doi : 10.1016/j.therap.2019.11.002.

Mises au point

Ce que nous apprend la prise en charge de la Douleur animale par les vétérinaires

1- Perspectives thérapeutiques du cannabis pour corriger le mal-être associé aux douleurs chroniques du chien et du chat

T. Poitte (1)

(1)Clinique Vétérinaire, La flotte en ré, France

Répondant à une demande légitime de soulagement des douleurs chroniques, le cannabis pâtit d'une désinformation liée à un enchevêtrement de définitions, à la complexité de ses mécanismes d'action, à l'absence de recommandations scientifiques étayées, aux imbroglios réglementaires nationaux et européens, enfin à des intérêts financiers considérables liés au marché du bien-être humain ou animal. Le système endocannabinoïde, est d'une grande importance pour le fonctionnement et l'équilibre de l'organisme, étant à la base de la régulation des processus suivants : perception de la douleur, réaction immunitaire, humeur et émotions, mémoire et cognition... Chez le chien, le nombre de récepteurs CB1 dans les structures cérébrales dépasse de loin ceux trouvés chez l'humain, expliquant sa plus grande sensibilité au THC. Les cannabinoïdes se sont révélés efficaces dans les modèles animaux de douleur inflammatoire et neuropathique. En juillet 2018, une étude croisée randomisée en double aveugle versus placebo relate les résultats obtenus suite à l'administration de CBD chez le chien arthrosique. Les évaluations (grille CBPI et Score de Hudson) ont montré significativement une diminution de la douleur et une augmentation de l'activité. Par contre les scores de boiterie et les réactions à la palpation des articulations arthrosiques par le vétérinaire praticien sont restés inchangés. Nous avons utilisé du CBD en tant que complément alimentaire, préparé dans le cadre des dérogations prévues par la législation. L'indication retenue est la correction du mal-être associé aux douleurs chroniques : douleurs arthrosiques, chroniques post-opératoires, neuropathiques (syringomyélie, hyperesthésie féline). La teneur précise en CBD doit être connue afin de suivre une procédure de type « start low, go slow et stay low » : seul le vétérinaire, expert clinicien, est à même de rechercher la dose minimale efficace en pratiquant une titration (progressive et précautionneuse) couplée à une évaluation rigoureuse de la douleur, au sein d'une relation privilégiée avec le propriétaire, en accord avec des objectifs partagés d'amélioration de la qualité de vie. La douleur a été évaluée par le système de gradation CSOM (Client Specific Outcome Measure) qui présente le double avantage de l'individualisation de la perturbation pour chaque animal dans son environnement donné et l'appropriation par le propriétaire d'un outil personnel et participatif. Ces premiers résultats sont encourageants mais ils méritent d'être confirmés par des études cliniques d'observation prospectives à plus grande échelle. Ils doivent nous inciter à réserver la prescription de CBD à des cas douloureux chroniques réfractaires aux traitements de première et deuxième intention dans un cadre réglementaire, en vue de diminuer la perception de la douleur (ressenti émotionnel) et lors de protocoles compassionnels, évitant le recours à des euthanasies ou des interventions mutilantes.

Lauri-Jo Gamble et al. Pharmacokinetics, Safety, and Clinical Efficacy of Cannabidiol Treatment in Osteoarthritic Dogs. *Front. Vet. Sci.*, 23 July 2018

Di Marzo V., 2006. A brief history of cannabinoid and endocannabinoid pharmacology as inspired by the work of British scientists. *Trends in Pharmacological Sciences*, 27, 134-140

Penny F. Whiting et al. Cannabinoids for Medical Use A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

2015;313(24):2456-2473.

Freundt-Revilla J, Keglér K, Baumgärtner W, Tipold A. Spatial distribution of cannabinoid receptor type 1 (CB1) in normal canine central and peripheral nervous system. PLoSOne. 2017Jul10;12(7):e0181064

De Lorimier P. Cannabis médical et animaux de compagnie : le pot aux roses ? 30ème Congrès annuel de l'AMVQ Montréal 5-7 avril 2018.

Mises au point

Ce que nous apprend la prise en charge de la Douleur animale par les vétérinaires

2- Mise en réseaux des praticiens vétérinaires pour la récolte des données, leur interprétation et le partage des données

L. Boisselier (1)

(1)CAPdouleur, Colombes, France

Historiquement cœur de métier de la profession vétérinaire, la prise en charge de la douleur est encore marquée par des freins d'origines diverses (spécisme, dolorisme médical, etc.). Aujourd'hui, des progrès considérables ont été réalisés, cependant, les données actuelles des neurosciences et de l'éthologie nous encouragent à transformer ce cœur de métier en cœur de compétences : la douleur devient le liant entre les compétences individuelles mais souvent isolées des vétérinaires. Ceci est la mission que s'est donnée CAPdouleur, réseau créé en 2017, regroupant aujourd'hui plus de 1600 vétérinaires, via notamment la mise en commun, l'organisation et le partage des connaissances et plus spécifiquement des données.

Un des premiers projets de CAPdouleur a été la création d'une web-application d'évaluation de la douleur, Dolodog. Cette version digitalisée est remplie pendant la consultation par le vétérinaire sur la base de l'entretien avec le propriétaire. A partir d'une grille validée, qui a été complétée pour tenir compte des dernières avancées et distinguer les différentes composantes de la douleur, cet outil permet non seulement d'engager de manière ludique et innovante les propriétaires dans l'évaluation, de garder en mémoire pour faciliter le suivi, mais surtout permet de compiler et analyser les évaluations réalisées par les différents membres du réseau. Ces analyses sont ensuite restituées et partagées. A date, plus de 1800 évaluations sont rassemblées dans l'outil, et les premiers résultats d'analyse sembleraient entre autres démontrer une proportion de douleurs neuropathiques plus importante que ce que rapportent les vétérinaires sur la base de simples observations cliniques. Dans la foulée ont été créées Dolodog et Dolorabbit, pour étendre l'usage aux principales espèces animales de compagnie et les trois grilles sont en cours de validation en collaboration avec les écoles vétérinaires.

Afin de continuer la démarche, CAPdouleur travaille en ce moment sur une version applicative des Client-Specific Outcome Measures (CSOM), grilles évaluatives de la douleur chronique, inspirées des PRO (Patient Reported Outcome). Cette application permettra de mieux comprendre l'impact des douleurs chroniques sur la relation entre le propriétaire et son animal, grâce à une meilleure représentativité des principaux symptômes retenus.

D'autres projets sont en cours de réflexion, comme la création d'une base de données d'images et de vidéos, la création d'une application de reconnaissance faciale de la sévérité de la douleur chez le chat...

Tous ces projets sont rendus possibles grâce à la collaboration de l'ensemble des praticiens et spécialistes du réseau et la volonté de partager leurs connaissances et leurs observations clinique. L'expertise CAPdouleur réside dans sa capacité à rassembler autour du sujet de la prise en charge de la douleur et à organiser l'ensemble des données générées.

Mises au point

Ce que nous apprend la prise en charge de la Douleur animale par les vétérinaires

3- Considérations éthiques de la suppression et du soulagement de la douleur chez le cheval dans un contexte de compétition/endurance

C. Louf (1)

(1), Epinal, France

La lutte contre la douleur est le quotidien du vétérinaire praticien. Les signes cliniques associés déclenchent souvent la consultation, que ce soit chez des animaux de loisir, de sport ou de travail. Les chevaux sont particulièrement concernés par la gestion de la douleur et des affections qui en sont la source, qui peuvent limiter l'activité de l'animal.

Tout phénomène douloureux se traduira par une baisse des performances ou une limitation des capacités d'entraînement. La gestion de la douleur est développée de longue date chez les chevaux. L'optimisation de la récupération musculaire ou la gestion des effets de l'entraînement sur le système ostéo-articulaire ont fait l'objet de nombreux travaux, cliniques ou empiriques, et permis le développement de nouvelles thérapeutiques.

La maîtrise de l'entraînement, l'amélioration de la prévention et du traitement des affections liées à l'utilisation sportive des chevaux sont sans nul doute un bénéfice pour leur bien-être ; la marge est en revanche étroite avec une utilisation de ces méthodes dans le but de pousser l'animal au-delà de ses limites, en dépit des éventuelles conséquences. Les incidences financières dans les sports et courses équestres ne sont pas étrangères à ces dérives. Les dotations des compétitions et les montants d'achat atteints par certains chevaux dans le domaine des courses ou de l'endurance ont contribué à la recherche du « toujours plus vite » et à l'utilisation dévoyée des méthodes de gestion de la douleur.

Ce phénomène se rencontre également lors des compétitions impliquant des « amateurs du dimanche » et concours poneys, où les contrôles anti-dopage sont quasi inexistantes, impliquant une population à éduquer quant aux dangers de telles pratiques. Les récents cas de mortalité ou blessures graves de chevaux sur les compétitions d'endurance ont mis en exergue des pratiques extrêmes de certains pratiquants. Jusqu'où peut-on aller pour améliorer la performance ?

Citons la névrectomie dans la gestion d'affections chroniques du pied, objet de débats animés au sein de la filière équine en 2018, porté par une parlementaire souhaitant son inscription dans le passeport. En cas d'affection chronique, sans guérison possible, est-il éthique d'utiliser ces techniques pour éviter au cheval de souffrir ? Si on s'accorde dans ce cas à exclure la pratique sportive permettant in fine un bénéfice moral ou financier, le débat est d'ordre philosophique. Dans le cas contraire, où commence la maltraitance ?

Ces considérations sous-tendent les soins réalisés par le vétérinaire, qui, s'appuyant sur les données scientifiques et cliniques, doit soulager l'animal, mais également gérer propriétaire(s), entraîneur, entourage... Chacun devra placer le curseur selon son âme et conscience, la pratique n'est pas toujours chose simple.

Mises au point

Evaluation psychologique en neuromodulation implantée

Evaluation psychologique en neuromodulation implantée

S. Conradi (1), C.Ordonneau (2)

(1)CHRU - Hôpital Central, Nancy, France, (2)Centre de Rééducation MELIORIS Le Grand Feu - Service psychologie, Niort, France

Cette session mise au point sera l'occasion de transmettre, lors de ce congrès de la SFETD, l'avancée des travaux de ce groupe de travail, réunissant plusieurs psychologues francophones (belges et français) impliquées dans cette clinique particulière qu'est l'implantation de la neuromodulation.

Devant le constat de la très grande diversité des pratiques dans cette technique d'exception, les psychologues, ainsi réunis, ont souhaité travailler pour ouvrir sur une clinique, plus accessible mais également plus étayée.

Une revue de littérature, mais également l'intégration des connaissances d'autres dispositifs implantés et leur impact sur le psychisme des individus ont ainsi été explorés et pourront faire l'objet de repères à la clinique et soutenir des démarches de recherche pertinente. Nous discuterons ainsi de l'opportunité des démarches qualitatives et quantitatives, afin de se concentrer sur l'essentiel : apporter au patient, inscrit dans une telle démarche exceptionnelle, la sécurité et l'amélioration des chances de réussite de cette étape de soin.

Car au-delà de l'évaluation et la détermination d'un risque pour le patient, il s'agit de développer une prise en charge globale, qui ne s'arrête pas à la technique, mais inclus bien les dimensions essentielles dans la prise en charge de la douleur des patients : le modèle bio-psycho-social (et professionnel).



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Mises au point

L'hypnose, la douleur et le confinement

Covidés, confinés, je n'hypnotiserai plus jamais

A. Bioy (1)

(1) Université Paris 8, Saint-denis, France

La période du confinement en lien avec le Covid-19 a bien entendu été une crise majeure, historique. La crainte - et une réalité parfois - fut que les ruptures thérapeutiques s'enchaînent alors même que personne ne pouvait prédire quand les consultations pourraient reprendre dans un cadre classique, pré-crise. La visioconférence a bien entendu connu un développement important durant cette période. Mais comment la pratique de l'hypnose pouvait se plier à ce mode de communication ? Certes, le cadre de consultation était bien différent, et a donné lieu à beaucoup de contre-vérités sur une prétendue relation qui ne serait pas présente, sur le fait que la sensorialité serait empêchée, etc. Mais surtout, l'hypnose à distance, sans "corps à corps", était-elle non seulement possible mais aussi souhaitable ? Et si les patients ne revenaient pas à l'état de conscience ordinaire ? Et s'ils faisaient une abréaction violente ? Et si la liaison se coupait en pleine séance ? Etc. Nous exposerons ici notre expérience à ce propos auprès des patients douloureux chroniques dans le cadre de consultations individuelles et aussi de groupe, et des ressources trouvées. Également, nous aborderons en partie la pratique de l'hypnose auprès des soignants durant cette période. Là aussi, le cadre était différent, avec des collègues débordés et bien en difficulté mais n'acceptant que difficilement l'aide proposée. Encore actuellement, la période covid est toujours vivace comme influence négative dans ce lien entre les soignants et leur santé. Là aussi, la pratique de l'hypnose a posé question d'une part concernant sa pertinence - nous expliquerons en quoi - et aussi dans ce qu'elle pouvait apporter.

Ces dimensions explorées le seront pour une seule raison : préparer ensemble un avenir qui nous mette en transe....

Bioy A. L'hypnose - 2nde édition. Paris, PUF collection "que sais-je?"

Bioy A, Servillat Th. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose - 2nde édition. Paris, Dunod.

Mises au point

Où en est-on de la place de la kétamine dans la prise en charge de la douleur ?

La kétamine dans la prise en charge de la douleur

F. Aubrun (1)

(1)HCL - Groupe hospitalier Nord - Hôpital de la Croix Rousse - CDS anesthésie-réanimation SDC, Lyon, France

La kétamine est un agent anesthésique non barbiturique qui induit une anesthésie dissociative, par réduction de l'activité au niveau du néocortex et des structures sous corticales tout en augmentant l'activité au niveau du système limbique et de la substance réticulée. A faible dose, la kétamine n'a pas d'effet anesthésiques mais présente une efficacité analgésique, mais aussi une action anti-hyperalgésique très utile dans la prévention de l'hypersensibilité et de la chronicisation de la douleur en situation d'urgence ou postopératoire (1). C'est le principal antagoniste puissant du récepteur NMDA (N Méthyl D Aspartate). La SFAR s'est positionnée en 2016 en précisant qu'en peropératoire, l'administration de faible dose de kétamine chez un patient sous anesthésie générale était recommandée dans les deux situations suivantes : (a) chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de DCPC; (b) patients vulnérables à la douleur, en particulier patients sous opioïdes au long cours ou présentant une toxicomanie aux opiacés. (2-6).

La kétamine est aussi utilisée en cas de douleur chronique réfractaire aux traitements conventionnels (7), notamment après certaines douleurs neuropathiques centrales ou dans le syndrome douloureux régional complexe (8-9). Il n'existe toutefois aucun référentiel précisant avec un niveau de preuve élevé, la dose la plus adaptée et la durée de traitement optimale (10). La kétamine est toujours proposée depuis 2010 en phase palliative, seule ou associée à des opioïdes (11). Des recommandations américaines qui datent de 2018 précisent que l'indication de poursuivre une prise en charge par kétamine doit reposer sur une amélioration de la douleur et/ou de la qualité de vie du patient de plus de 30 % à moyen terme ; cette évaluation doit être tracée dans le dossier médical du patient. Dans tous les cas, l'intérêt de poursuivre des administrations répétées de kétamine sur du long terme, doit être régulièrement réévalué (par exemple en réunion de concertation pluridisciplinaire) avec traçabilité dans le dossier médical. Enfin, il est recommandé de réaliser un bilan hépatique régulièrement lors des administrations répétées de kétamine (11).

Il existe aussi un bénéfice dans la réponse antidépressive en cas d'épisodes dépressifs majeurs résistants. Certaines équipes ont d'ailleurs relevé des marqueurs prédictifs de la réponse clinique à la kétamine afin d'affiner les indications et les populations cibles. Parmi ces facteurs, on retrouve des troubles unipolaires, une dépendance à l'alcool et des troubles neurocognitifs (12).

Les indications de la kétamine dépassent largement le cadre de la médecine périopératoire. Il n'est pas exclu que le champ des possibles s'élargisse encore avec la commercialisation de galéniques innovantes et d'une forme S qui réduirait les effets indésirables liés à la forme racémique.

1- Zanos P, Moaddel R, Morris PJ, Riggs LM, Highland JN, Georgiou P, Pereira EFR, Albuquerque EX, Thomas CJ, Zarate CA Jr, Gould TD. Ketamine and Ketamine Metabolite Pharmacology: Insights into Therapeutic Mechanisms. *Pharmacol Rev.* 2018 Jul;70(3):621-660. doi: 10.1124/pr.117.015198.

2- Aubrun F, Nouette-Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, Carles M, Cuvillon P, Dadure C, Lebuffe G, Marret E, Martinez V, Olivier M, Sabourdin N, Zetlaoui P. Revision of expert panel's guidelines on postoperative pain

- management. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019 Aug;38(4):405-411. doi: 10.1016/j.accpm.2019.02.011. Epub 2019 Feb 26.
- 3- Elia N, Tramer MR. Ketamine and postoperative pain – a quantitative systematic review of randomised trials. *Pain* 2005;113:61–70.
- 4- Laskowski K, Stirling A, McKay WP, Lim HJ. A systematic review of intravenous ketamine for postoperative analgesia. *Can J Anesth* 2011; 58 : 911-23.
- 5- Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: CD008307.
- 6- McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:1199–213.
- 7- Niesters M, Martini C, Dahan A. Ketamine for chronic pain: risks and benefits. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Feb;77(2):357-67. doi: 10.1111/bcp.12094.
- 8- Amr YM. Multi-day low dose ketamine infusion as adjuvant to oral gabapentin in spinal cord injury related chronic pain: a prospective, randomized, double blind trial. *Pain Physician* 2010;13(3):245-9.
- 9- Schwartzman RJ, Alexander GM, Grothusen JR, Paylor T, Reichenberger E, Perreault M. Outpatient intravenous ketamine for the treatment of complex regional pain syndrome: a double-blind placebo controlled study. *Pain* 2009;147(1-3):107-15.
- 10- Pickering G , Morel V , Micallef J. Ketamine and chronic pain: A narrative review of its efficacy and its adverse events. *Thérapie.* 2018 Dec;73(6):529-539.. doi: 10.1016/j.therap.2018.06.001. Epub 2018 Jun 19.
- 11- Johnstone-Petty M. Ketamine Use for Complex Pain in the Palliative Care Population. *J Hosp Palliat Nurs.* 2018 Dec;20(6):561-567. doi: 10.1097/NJH.0000000000000488.
- 12- Romeo B, Choucha W, Fossati P, Rotge JY. Facteurs prédictifs de la réponse antidépressive à la kétamine dans les épisodes dépressifs majeurs résistants: revue de la littérature. *L'encéphale* 2017; 43: 354-62.

Mises au point

Pratique avancée en douleur chronique : mythe ou réalité ?

Pratique avancée en douleur chronique : mythe ou réalité ?

J. Gautier (1)

(1)CHRU, Montpellier, France

La pratique infirmière avancée est apparue depuis que les systèmes de santé et les gouvernements du monde entier ont commencé à reconnaître « que l'optimisation de la contribution des effectifs infirmiers aux soins de santé par l'expansion de leur rôle constitue une stratégie efficace à suivre pour améliorer les services de santé » (1). La loi de modernisation de notre système de santé (2016) propose d'innover pour préparer les métiers de demain en créant un « exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux » (2). Les premiers décrets d'application sont publiés au Journal Officiel en 2018 pour la profession infirmière. Conformément à la réglementation, l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par les médecins et dans le cadre d'un protocole d'organisation signé par le ou les médecins et l'IPA. Les activités cliniques principales sont : Conduire un entretien, effectuer une anamnèse et procéder à l'examen clinique du patient qui lui a été confié, prescrire les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, et renouveler en adaptant si besoin, les prescriptions médicales. Les activités paracliniques qui sont menées par l'IPA sont : Mettre en œuvre des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, mener des travaux de recherche, la veille documentaire et former les équipes.

Depuis plus de 20 ans, des infirmiers exerçant dans le champ de la douleur ont développé de nouvelles compétences à partir de l'enseignement théorique du diplôme universitaire de prise en charge de la douleur et de l'expérience professionnelle construite dans un contexte de coopération et d'interdisciplinarité dans le domaine de la douleur, en particulier de la douleur chronique. Très rapidement, ces infirmiers font émerger leur identité propre (Infirmier Ressource Douleur ou IRD) et s'engagent dans un processus de professionnalisation (3). La construction de cette nouvelle fonction leur permet de s'investir dans la démarche clinique infirmière pour laquelle l'IRD va mobiliser ses connaissances et compétences, issues des sciences biomédicales (anatomie, physiopathologie, pharmacologie), des sciences infirmières et sciences humaines. C'est ainsi que l'IRD formalise une consultation infirmière dans une approche systémique du patient douloureux chronique. Dans ce contexte, l'IRD établit ses diagnostics et a un rôle thérapeutique dans son champ de compétence autonome, tout en collaborant à l'établissement du diagnostic médical et à l'application des thérapeutiques prescrites.

Eu égard au rôle des IRD dans le parcours de soins du patient douloureux chronique, au rôle des IPA dans notre système de santé, n'est-il pas légitime d'envisager un exercice infirmier en pratique avancée dans le champ de la douleur, à l'instar des expériences anglo-saxonnes (4) ?

1. SCHOBER M., AFFARA FA. (2006) Advanced Nursing Practice, Oxford, Blackwell Publishing Ltd. p. 2

2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Article 119)

3. GAUTIER JM (2012) Infirmiers ressource douleur et pratiques avancées : mythe ou réalité ? Douleur Analg.- 25:11, 136 -143

4. BOULARD M, LE MAY S. (2008) Pratique avancée en gestion de la douleur chronique : exploration d'un modèle anglais en sciences infirmières. L'infirmière clinicienne – 5(1):11-19

Mises au point

Radiologie Interventionnelle et douleur

Les consolidations osseuses : vertébroplastie, kyphoplastie, vissage percutané

X. Buy (1)

(1) Institut Bergonié, Bordeaux, France

Résumé

Dans cette présentation, nous aborderons les principales techniques de radiologie interventionnelle en algologie. Dans une première partie, nous traiterons des techniques de consolidation osseuse percutanée, à la fois sur les fractures osseuses ostéoporotiques et sur les tumeurs osseuses rachidiennes et extra-rachidiennes. La cimentoplastie reste la technique fondamentale dans ces indications. Lors de fractures complexes ou de destructions osseuses étendues, les vissages percutanés peuvent être employés, notamment sur les atteintes du bassin. Dans une deuxième partie, nous traiterons des techniques d'ablation thermique percutanée avec action directe sur la tumeur en oncologie. La radiofréquence est la méthode la plus répandue ; elle permet de coaguler les tissus en les chauffant au-delà de 60°C. La cryothérapie de dernière génération utilise du gaz argon à haute pression pour congeler les tissus ; elle offre comme avantage principal une grande précision avec contrôle 3D du volume de la glace par scanner ou IRM ; plusieurs sondes peuvent être activées simultanément pour traiter de larges volumes tumoraux. Dans une troisième partie, nous aborderons les principaux blocs neurolytiques profonds en oncologie palliative : neurolyses stellaire, splanchnique et présacrée.

Le choix des techniques de radiologie interventionnelle en pathologie tumorale doit prendre en compte l'objectif curatif ou palliatif, l'état général du patient ainsi que les possibilités offertes par les autres spécialités. Pour les cas complexes, une approche multidisciplinaire reste indispensable.

Séance plénière

Séance Plénière 1 : Thérapies complémentaires antalgiques Modulation sociale de la douleur

1- Evidence pour des thérapies complémentaires dans le champ de l'antalgie : opportunités pour une médecine intégrative

C. Berna-renella (1)

(1)Centre de Médecine Intégrative et Complémentaire du CHUV, Lausanne, Switzerland

La médecine intégrative propose de placer le patient dans sa globalité et ses objectifs au centre de la prise en charge, en visant un projet thérapeutique collaboratif et en utilisant des approches basées sur l'évidence, qu'elles soient issues de la médecine conventionnelle ou complémentaire. 1 L'antalgie est un excellent champ d'application pour la médecine intégrative, au vu d'une évidence croissante tant clinique et que neuroscientifique pour l'utilité de l'adjonction de médecines complémentaires aux traitements conventionnels. 2 Des exemples de recherche validant des approches psychocorporelles telle que la méditation pleine conscience ou l'hypnose, ou encore des systèmes thérapeutiques comme la médecine traditionnelle chinoise seront discutés. 3 De plus, cette présentation proposera des pistes pour la pratique de l'antalgie intégrative.

Références :

1. Rakei D. Integrative medicine, Elsevier, 2017.
2. Zurrion N & Berna C. Antalgie intégrative : une vision holistique du patient souffrant de douleurs chroniques, Revue Médicale Suisse 2019 ; 15 ; 1259-65.
3. Audette J.F. & Bailey A. Integrative pain medicine, Humana Press, 2008.

Séance plénière

Séance Plénière 1 : Thérapies complémentaires antalgiques Modulation sociale de la douleur

2- Modulation sociale de la douleur

L. Koban (1)

(1)ICM - Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

La douleur est l'obstacle le plus important au bien-être dans de nombreuses conditions. De plus en plus de preuves montrent que la douleur n'est pas seulement un produit de signaux nociceptifs ascendants, mais qu'elle résulte également d'une combinaison d'informations nociceptives et d'influences réglementaires descendantes, telles que des facteurs cognitifs, affectifs et socio-contextuels. Je soulignerai le rôle primordial des facteurs sociaux, dont le soutien social, la signification sociale et les attentes sociales sur les évaluations de la douleur et sur les réponses du cerveau à la douleur. Dans une série de plusieurs études concernant les effets de l'influence sociale sur la douleur et l'affect, des volontaires adultes ont été exposés aux évaluations de la douleur de plusieurs autres participants (fictifs). Ces « évaluations sociale » de la douleur peuvent être faibles ou élevées en moyenne. Les participants ont ensuite reçu une courte stimulation de la douleur par la chaleur sur l'avant-bras ou le mollet, et nous avons mesuré les évaluations de la douleur auto-rapportée, les réponses psychophysiques (conductance cutanée) et cérébrales (par l'IRMf). Les résultats ont montré que, relativement aux évaluations sociales faibles, les évaluations sociales élevées augmentaient considérablement les réponses d'auto-évaluation de la douleur et la conductance cutanée. L'imagerie cérébrale a révélé que les effets de l'influence sociale étaient médiés par les régions cérébrales frontopariétales, et que ces médiateurs cérébraux étaient largement distincts des médiateurs cérébraux des effets des attentes apprises sur la douleur. En conclusion, ces résultats montrent que 1) les effets de l'influence sociale n'affectent pas seulement les rapports de douleur, mais modifient également les réponses physiologiques plus profondes, et que 2) ces effets sont médiés par des mécanismes préfrontaux qui peuvent contourner les circuits d'apprentissage et réguler les représentations de la douleur via l'attribution du contrôle attentionnel. Je conclurai par une discussion des orientations futures et des implications potentielles pour les questions cliniques.

(1) Leonie Koban, Marieke Jepma, Marina López-Solà, & Tor D. Wager (2019). Different brain networks mediate the effects of social and conditioned expectations on pain. *Nature Communications*, 10, 4096.

(2) Leonie Koban, Marieke Jepma, Stephan Geuter, & Tor D. Wager (2017). What's in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 81, 29-42.

(3) Leonie Koban & Tor Wager (2016). Beyond conformity: Social Influences on Pain Reports and Physiology. *Emotion*, 16(1), 24-32.

Séance plénière

Séance Plénière 2 : Douleur oculaire

Le prurit

1- La douleur oculaire, du fondamental à la clinique

A. Reaux-le-goazigo (1)

(1) Institut de la Vision - INSERM U968 - Sorbonne Université, Paris, France

La douleur oculaire liée à la sécheresse oculaire est un des premiers motifs de consultation en ophtalmologie. La prévalence de la sécheresse oculaire est estimée entre 5 à 35% chez les patients de plus de 50 ans. Les douleurs oculaires sont très invalidantes et difficiles à traiter et leurs mécanismes physiopathologiques demeurent de nos jours mal connus (1,2). Ce constat impose un approfondissement de nos connaissances fondamentales sur l'anatomie du système nociceptif cornéen et sur les mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués dans l'initiation et la chronicisation de la douleur oculaire.

Au niveau fondamental, des études ont montré qu'une sécheresse oculaire persistante s'accompagne d'une inflammation cornéenne, d'altérations morphologiques des terminaisons nerveuses cornéennes et d'une allodynie mécanique et chimique. En outre, les enregistrements électrophysiologiques des nerfs cornéens ont mis en évidence une augmentation de leur activité spontanée, une modification de leurs réponses (seuil d'activation plus bas, latence diminuée, réponses exagérées aux stimulations) (3). Cette sensibilisation périphérique des nocicepteurs cornéens s'accompagne d'une activation neuronale et gliale et de réponses inflammatoires dans le ganglion trigéminal (3,4). De façon intéressante, ces changements cellulaires et moléculaires ne se limitent pas uniquement au ganglion trigéminal. En effet, une neuroinflammation, une plasticité présynaptique et une augmentation de l'activité des neurones de second ordre s'opèrent dans le complexe sensitif du trijumeau (3,4,5). Ces changements moléculaires et cellulaires participeraient ainsi aux phénomènes de sensibilisation centrale.

Enfin, les études cliniques que nous menons actuellement sur des cohortes de patients souffrant de douleurs oculaires chroniques visent à mieux comprendre les mécanismes inflammatoires et les anomalies neurosensorielles liés à cette douleur. Les patients douloureux présentent des altérations morphologiques des nerfs cornéens, une augmentation du nombre de cellules inflammatoires dans la cornée et une expression plus importante de molécules pro-inflammatoires au niveau de leur surface oculaire (6,7).

En conclusion, le développement de modèles animaux et les études cliniques ont ainsi permis une meilleure compréhension des mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués dans l'initiation et la chronicisation de la douleur oculaire. Rappelons que nos connaissances sur les mécanismes mis en jeu dans cette pathologie ont progressé ces dernières années, cependant, ces efforts doivent être poursuivis pour l'identification et la validation de nouvelles cibles thérapeutiques qui font actuellement cruellement défaut.

1. Belmonte, C., Nichols, J. J., Cox, S. M., Brock, J. A., Begley, C. G., Bereiter, D. A., Dartt, D. A., Galor, A., Hamrah, P., Ivanusic, J. J., Jacobs, D. S., McNamara, N. A., Rosenblatt, M. I., Stapleton, F., and Wolffsohn, J. S. (2017) TFOS DEWS II pain and sensation report. *Ocul Surf* 15, 404-437

2. Mehra D, Cohen NK, Galor A Ocular Surface Pain: A Narrative Review. *Ophthalmol Ther.* 2020 Sep;9(3):1-21.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

3. Fakh D, Zhao Z, Nicolle P, Reboussin E, Joubert F, Luzu J, Labbé A, Rostène W, Baudouin C, Mélik Parsadaniantz S, Réaux-Le Goazigo A. Chronic dry eye induced corneal hypersensitivity, neuroinflammatory responses, and synaptic plasticity in the mouse trigeminal brainstem. *J Neuroinflammation*. 2019 Dec 17;16(1):268.
4. Launay PS, Reboussin E, Liang H, Kessal K, Godefroy D, Rostene W, Sahel JA, Baudouin C, Melik Parsadaniantz S, Reaux Le Goazigo A. Ocular inflammation induces trigeminal pain, peripheral and central neuroinflammatory mechanisms. *Neurobiol Dis*. 2016 Apr;88:16-28.
5. Rahman M, Okamoto K, Thompson R, Katagiri A, Bereiter DA. Sensitization of trigeminal brainstem pathways in a model for tear deficient dry eye Pain. 2015 May;156(5):942-50.
6. Nicolle P, Liang H, Reboussin E, Rabut G, Warcoin E, Brignole-Baudouin F, Melik-Parsadaniantz S, Baudouin C, Labbe A, Reaux-Le Goazigo A. Proinflammatory Markers, Chemokines, and Enkephalin in Patients Suffering from Dry Eye Disease. *Int J Mol Sci*. 2018 Apr 17;19(4):1221.
7. Liang H, Kessal K, Rabut G, Daull P, Garrigue JS, Melik Parsadaniantz S, Docquier M, Baudouin C, Brignole-Baudouin F. Correlation of clinical symptoms and signs with conjunctival gene expression in primary Sjögren syndrome dry eye patients. *Ocul Surf*. 2019 Jul;15(3):404-437.



Séance plénière

Séance Plénière 2 : Douleur oculaire Le prurit

2- Le prurit

L. Misery (1)

(1)CHRU Brest (service de dermatologie), Brest, France

Le prurit se définit comme une sensation désagréable conduisant au besoin de se gratter. Contrairement à ce qui a été dit autrefois, le prurit n'est pas une "petite douleur" mais il s'agit d'une sensation bien différente. La douleur inhibe le prurit mais prurit et douleur peuvent co-exister, en particulier dans les troubles neuropathiques. Dans la peau, il existe des pruricepteurs, différents des nocicepteurs. On en distingue deux grandes catégories: histamino-dépendants et histamino-indépendants (les plus nombreux, essentiellement PAR-2-ergiques). Ensuite, il existe deux voies, qui peuvent se superposer, depuis les terminaisons nerveuses jusqu'au cerveau. De nombreuses aires cérébrales sont impliquées dans le prurit, dont les aires motrices puisque l'idée de se gratter est indissociable du prurit.

Le prurit est généralement dû à des maladies cutanées mais il peut aussi être dû à des maladies nerveuses, rénales, hépatiques, métaboliques, endocriniennes, sanguines ou à des troubles psychiques. Il est à l'origine d'une souffrance physique et psychique équivalente à celle de la douleur. La qualité de vie peut être profondément altérée et le prurit représenter un lourd fardeau. Comme la douleur chronique, le prurit chronique, dont l'expression clinique est le prurigo, peut s'autonomiser et avoir ses mécanismes propres.

Jusqu'à présent, l'arsenal thérapeutique est assez pauvre par rapport à celui des antalgiques. Mais les progrès réalisés dans la recherche physiopathologique ces dernières années permettent d'aboutir à un grand nombre d'essais thérapeutiques dans la période actuelle.

Misery L. Votre peau a des choses à vous dire. Larousse, 2019

Misery L, Ständer S. Pruritus, Springer, 2016

Misery L et coll. Neuropathic pruritus. Nat Rev Neurol 2014; 10: 408-416

Weisshaar E et coll. European S2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol 2019; 99: 469-506

Séance plénière

Séance Plénière 3 : Techniques neurochirurgicales lésionnelles dans les douleurs neuropathiques

Neuroradiologie interventionnelle et douleur

1- Place et Rationale des techniques neurochirurgicales lésionnelles dans les douleurs neuropathiques

M. Sindou (1)

(1)Clinique Breteche - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Nantes cedex 1, France

Les douleurs neuropathiques, selon la définition de l'International Association for the Study of Pain, sont celles « causées par une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel, et dont le diagnostic requiert une distribution neuro-anatomiquement plausible de la douleur »(1). Séquelles de lésions du système nerveux, périphérique ou central, elles sont particulièrement rebelles aux traitements physiques et médicamenteux classiques.

Le premier temps de leur prise en charge interventionnelle est la neuromodulation. Elle peut être pharmacologique intrathécale ou par neurostimulation, cette dernière par techniques percutanées ou abord direct. Les cibles en sont différentes selon le siège des douleurs, et doivent correspondre aux mécanismes anatomo- physiologiques des phénomènes algiques. La neurostimulation peut être appliquée au niveau des nerfs périphériques ou crâniens, des racines spinales, de la moelle spinale ou de l'encéphale. Quelle place pour les techniques neurochirurgicales lésionnelles ? (2).

L'interruption des voies sensibles est peu recommandée pour les douleurs neuropathiques, ce d'autant que celles-ci sont déjà en relation avec une lésion de ces mêmes voies nerveuses. Les méthodes d'interruption ne sont indiquées que dans certaines algies dites nociceptives, comme celles rencontrées dans certains cancers en évolution. Pour en bénéficier, ces douleurs doivent avoir une topographie bien définie, être liées à une lésion relativement circonscrite, et si la probabilité de survie est suffisamment longue pour justifier une chirurgie «conséquente».

Cependant, lorsque les douleurs neuropathiques peuvent être mises en relation avec un foyer de générateurs algogènes, celui-ci peut être l'objet d'une destruction sélective. Tel est le cas des douleurs d'avulsion radiculaire, du plexus brachial (fréquemment) ou lombo-sacré (plus rarement). Il en est de même des douleurs après lésion de la moelle (cône médullaire en particulier) et/ou de la queue-de-cheval, pour leur composante segmentaire. En effet les enregistrements par microélectrodes de la DREZ et de la corne dorsale ont montré l'existence d'une hyperactivité, spontanée, des neurones desafférentés. Sur ces bases la DREZotomie est capable de détruire ces neurones, et d'en supprimer les douleurs correspondantes, en particulier celles paroxystiques. Cette méthode est d'autant plus utile que la neurostimulation - y compris de la moelle spinale - n'y est pas efficace, ce qui est logique du fait que les fibres cordinales postérieures ont dégénéré depuis le site de leur lésion jusqu'aux noyaux-relais du tronc cérébral. L'intégrité de ces fibres peut être testée par l'étude du temps de conduction centrale des potentiels évoqués somesthésiques.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

S'agissant d'une chirurgie délicate, faite dans la profondeur de la DREZ et au sein de la corne dorsale (entre le faisceau cortico-spinal et le cordon postérieur), elle nécessite une bonne maîtrise des techniques microchirurgicales pour en assurer l'efficacité et la sécurité.

- 1-Scholz J et al., members of the Classification Committee of the Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG) – The IASP classification of chronic pain for ICD-11 chronic neuropathic pain. *Pain*, 2019, 160 (1): 53-59
- 2-Sindou M, Brinzeu A, Maarrawi J. Neurochirurgie de la douleur. *EMC - Neurologie* 2015;0(0):1-25 [Article 17-700-B-10].

Séance plénière

Séance Plénière 3 : Techniques neurochirurgicales lésionnelles dans les douleurs neuropathiques

Neuroradiologie interventionnelle et douleur

2- Neuroradiologie interventionnelle et douleur

A. Gangi (1)

(1)Nouvel Hôpital Civil - Imagerie Interventionnelle - Chairman of Radiology and Nuclear Medicine, Strasbourg, France

De nombreuses techniques de radiologie interventionnelle permettent d'intervenir sur la douleur en particulier en oncologie. Nous allons décrire et illustrer les différentes indications et techniques des interventions percutanées guidées par l'imagerie. L'imagerie interventionnelle est surtout privilégiée et indiquée dans des douleurs focales et bien systématisées. Il y a deux méthodes d'action sur la douleur, soit de manière directe sur l'origine de la douleur telle que les douleurs dues à une métastase en agissant sur la métastase, soit de manière indirecte en agissant sur les conséquences telles que les blocs ou les neurolyses.

Pour ce qui est l'action directe sur l'origine de la douleur, la destruction percutanée des tumeurs responsables, par : alcoolisation, embolisation, et ablation thermique (laser, radiofréquence, micro-ondes, ultrasons focalisés, cryoablation) ou des interventions de consolidation osseuse. Plusieurs indications sont déjà validées, telles que l'ablation thermique des métastases osseuses qui offre des résultats très prometteurs aux techniques traditionnelles. Par ailleurs, pour certaines tumeurs, plusieurs techniques peuvent être associées pour contrôler la douleur.

Pour ce qui est l'action indirecte, les blocs et les neurolyses sont des techniques déjà établies depuis de longues années.

Le point essentiel dans le traitement de la douleur reste le diagnostic et le choix du traitement proposé au patient ce qui explique l'importance de la prise en charge multidisciplinaire.

Session parallèle

Douleur de l'appareil locomoteur

Session du CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie) qui est une section de la Société Française de Rhumatologie)

1- Dernières recommandations HAS de la Lombalgie

F. Bailly (1)

(1)Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Introduction: Quatre-vingt-douze pourcents des français déclarent avoir eu des douleurs rachidiennes au cours de leur vie, dont 84% au niveau lombaire. Parmi eux, 13% ont des douleurs persistantes plus de 3 mois. Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, et pour prévenir le risque de chronicité, une actualisation des recommandations datant de 2000 a été initiée par la Haute autorité de santé (HAS). Ce travail s'inscrit dans une campagne de sensibilisation du grand public par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Matériel et méthodes: Compte tenu de l'existence de recommandations internationales récentes, une méthodologie d'élaboration de recommandations rapides nommée "fiche mémo" a été utilisée. Une synthèse des recommandations internationales publiées sur les 5 dernières années et une revue de l'ensemble des méta-analyses publiées sur les 3 dernières années ont été réalisées via une revue systématique de la littérature. L'ensemble des documents ont été synthétisés dans un rapport d'élaboration. Un groupe de travail pluriprofessionnel de 19 experts tous professionnels de santé et incluant des représentants de patients a permis l'élaboration d'une version préliminaire des recommandations. Chaque proposition de recommandation a été gradée A, B ou C en fonction du niveau de preuve de la littérature (ou gradée "accord d'experts" en l'absence de données scientifiques suffisantes). Vingt-quatre sociétés savantes ont été sollicitées pour émettre des avis d'expert sur chaque recommandation. Le groupe de travail a pris en compte ces avis avant d'aboutir aux recommandations définitives, puis le Collège indépendant de la HAS les a validées. Le degré d'accord entre experts du groupe de travail a finalement été évalué pour chaque recommandation selon la méthode RAND/UCLA.

Résultat: La revue systématique de la littérature a relevé 572 références, dont 188 doublons. 261 articles ont été analysés, dont 101 retenus pour l'élaboration du rapport final. 31 ont été validées pour la définition de la lombalgie, son évaluation clinique, l'évaluation du risque de chronicité, la pertinence de l'imagerie, la prise en charge globale du patient lombalgique, les prises en charge non médicamenteuses et médicamenteuses, les traitements à envisager sous condition ou non recommandés, les infiltrations épidurales ainsi que la prévention secondaire. Un arbre décisionnel sur la poussée aiguë de lombalgie et un autre sur la lombalgie à risque de chronicité/chronique ont été créés. Le degré d'accord entre experts était fort pour 26 des recommandations et pour les arbres décisionnels, et relatif pour 6 des recommandations.

Conclusion : De nouvelles recommandations françaises ont été validées et devraient permettre une harmonisation et une amélioration de la prise en charge des patients atteints de lombalgie commune, notamment en vue de prévenir le risque de passage à la chronicité.

Session parallèle

Douleur de l'appareil locomoteur

Session du CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie) qui est une section de la Société Française de Rhumatologie)

2- Activité physique chez le patient souffrant de douleurs musculosquelettiques

S. Pouplin (1)

(1)Hôpital Charles Nicole, Rouen, France

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense d'énergie au dessus de la dépense de repos. Avoir une activité physique correspond à « bouger ». L'activité physique est classée en quatre principaux domaines: transports, activités domestiques, activités professionnelles, et loisirs (incluant les sports et les exercices physiques).

L'activité physique a un impact positif prouvé dans l'évolution de nombreuses pathologies :

maladies cardiovasculaires et maladies métaboliques, santé mentale, cancers (notamment sein et colon), pathologies de l'appareil locomoteur, maladies respiratoires. Elle permet de diminuer la mortalité en lien avec toutes ces pathologies et elle favorise une meilleure « espérance de vie sans incapacité ». (1) (2)

L'activité physique, augmente la forme physique et la masse musculaire, l'endurance, la coordination et l'équilibre; elle améliore les troubles du sommeil et de l'humeur, elle diminue le stress et donne le sentiment d'avoir un meilleur contrôle sur l'intensité de la douleur. Elle aide à maintenir un poids de santé, réduit la sensation de fatigue et augmente l'estime de soi ; elle peut également permettre de rompre l'isolement. On comprend ainsi tout son intérêt dans la prise en charge de la douleur chronique souvent associée à une fatigue, un déconditionnement physique, une anxiété, une dépression et une diminution de la qualité de vie. Une revue Cochrane publiée en 2017 portant sur 21 études montre un effet bénéfique de l'activité physique sur la douleur chronique. Les principales pathologies étudiées dans cette revue sont la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose, la fibromyalgie, la lombalgie. Les interventions étaient des exercices d'aérobie, de force, de flexibilité, de mobilité et des exercices d'équilibre ainsi que le yoga, le Pilate et le Tai- chi. Les résultats sont positifs tant sur la douleur que sur la fonction, la qualité de vie et même la santé mentale. (3)

La prescription d'activité physique adaptée pour les patients atteints d'une affection longue durée est inscrite dans la loi depuis 2016. Elle peut être un moyen d'aider les patients douloureux chroniques à pratiquer une activité physique.

L'évaluation initiale du patient est une étape indispensable pour proposer un programme d'Activités Physiques efficient et adapté avec des objectifs réalistes. Nous disposons d'une aide à la prescription avec le dictionnaire MEDICOSPORT-SANTÉ mis à jour en 2020 qui comprend notamment un chapitre sur les maladies de l'appareil locomoteur. (4)

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge des patients douloureux chroniques ; elle est un maillon nécessaire à la prise en charge multimodale que nous proposons à nos patients.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- 1-Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- 2- Activité physique Prévention et traitement des maladies chroniques ; expertise collective ; synthèse et recommandations INSERM février 2019
- 3-Geneen LJ, Moore R, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub3
- 4-Commission médicale du Comité national olympique et sportif français. *Medicosport- Santé* . Edition 2020

Session parallèle

Douleur de l'appareil locomoteur

Session du CEDR (Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie) qui est une section de la Société Française de Rhumatologie)

3- Douleurs musculosquelettiques de croissance : mythe ou réalité ?

R. Javier (1)

(1)Hôpital de Hautepierre, Service de Rhumatologie et CETD, Strasbourg, France

Les « douleurs de croissance » sont une cause fréquente de consultation auprès des médecins traitants, avec une prévalence de 3 à 47% chez les enfants de 3 à 12 ans. Habituellement, ces « douleurs de croissance » sont décrites comme des douleurs musculaires ou des crampes profondes survenant en fin de journée ou durant la nuit chez des enfants d'âge préscolaire et des pré-adolescents, souvent après des activités physiques intenses de l'enfance et prédominant aux membres inférieurs. Elles peuvent réveiller l'enfant de son sommeil puis disparaissent le matin. La plupart des enfants n'ont pas mal tous les jours avec des fréquences de crises douloureuses très variables. Elles peuvent durer pendant plusieurs mois et occasionner jusqu'à 35 % d'absentéisme scolaire. D'autres douleurs y compris viscérales peuvent y être associées et seraient plus fréquentes en cas d'obésité. Une diminution du seuil de la douleur a été observée. Il n'y a aucune preuve solide qu'elles soient liées à des poussées de croissance.

Le pronostic des « douleurs de croissance » est excellent, avec dans les études prospectives à 5 ans, 50 % de disparition des douleurs et une amélioration chez les autres patients. Une histoire parentale de douleurs chroniques est fréquemment rencontrée. Certaines douleurs musculo-squelettiques peuvent se chroniciser et subsister à l'âge adulte surtout lorsqu'elles apparaissent tardivement à l'adolescence évoquant une fibromyalgie juvénile.

C'est un diagnostic d'exclusion. Le clinicien doit connaître certains diagnostics différentiels avec une démarche diagnostique, sans multiplier les examens ni inquiéter les parents. Ce diagnostic ne peut être retenu qu'en l'absence de signes généraux (pas de fièvre récente, ni fatigue, ni amaigrissement, absence de traumatisme, d'éruption cutanée, de boiterie). Devant des douleurs asymétriques et/ou si des signes généraux, une NFS, une CRP, des radiographies guidées sont indispensables à la recherche de lésions localisées (ostéochondrite, fissure osseuse sur excès sportif avec carence en 25OHVitD, ostéome ostéoïde ou autre tumeur osseuse bénigne, maladie osseuse génétique comme la dysplasie fibreuse, tumeur osseuse maligne) voire une scintigraphie osseuse corps entier et/ou une IRM. Si les douleurs sont symétriques, sont à exclure, par exemple, le syndrome de jambes sans repos, la fièvre méditerranéenne familiale ou la maladie de Fabry. Une tendance à l'hyper-mobilité articulaire est fréquemment rencontrée sans que pour autant le diagnostic d'hyper-mobilité articulaire bénigne associée ou non à une maladie génétique puisse être retenu. Une étude de cohorte prospective chez 2901 adolescents a remis en cause le lien entre douleurs musculo-squelettiques chroniques localisées ou diffuses et hyperlaxité.

1) Bishop JL, Northstone K, Emmett PM et al. Parental accounts of the prevalence, causes and treatments of limb pain in children aged 5 to 13 years: a longitudinal cohort study. Arch Dis Child 2012; 97: 52-3.

2) Deere KC, Clinch J, Holliday K et al. Obesity is a risk factor for musculoskeletal pain in adolescents: Findings from a population-based cohort. Pain 2012; 153: 1932-8.

3) De Sa Pinto AL, de Barros Holanda PM, Radu AS et al. Musculoskeletal findings in obese children. J Paediatr Child

Health 2006; 42: 341-4.

4) Field AE, Gordon CM, Pierce LM et al. Prospective study of physical activity and risk of developing a stress fracture among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 723-8.

5) Gobina I, Villberg J, Välimaa R. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *Eur J Pain* 2019;23:316-326

6) Hoftun GB, Romundstad PR, Zwart JA. Chronic idiopathic pain in adolescence-high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008. *Pain* 2011; 152:2259-66.

7) Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Association of parental chronic pain with chronic pain in the adolescent and young Adult. *JAMA* 2013; 167: 61-9.

8) Kashikar-Zuck S, Sil S, Lynch-Jordan AM et al. Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia. *J Pain* 2013; 14: 492-501.

9) Pagnini I, Borsini W, Cecchi F et al. Distal extremity pain as a presenting feature of Fabry's disease. *Arthritis Care Res* 2011; 63: 390-5.

10) Pavone V, Vescio A, Valenti F. Growing pains: What do we know about etiology? A systematic review. *World J Orthop*. 2019; 10:192-205.

11) Pavone V, Lionetti E., Gargano V et al. Growing pains: a study of 30 cases and a review of the literature. *J. Pediatr Orthop* 2011; 31: 606-9.

12) Picavet H, Berentzen N, Scheuer N. Musculoskeletal complaints while growing up from age 11 to age 14: the PIAMA birth cohort study. *Pain* 2016; 157:2826-2833.

13) Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H et al. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005;115:e152-62.

14) Ting TV, Hashkes PJ, Schikler K et al. The role of benign joint hypermobility in the pain experience in juvenile fibromyalgia: an observational study. *Pediatric Rheumatology Online J* 2012; 10: 16.

15) Tobias JH, Deere K, Palmer S et al. Joint hypermobility is a risk factor for musculoskeletal pain during adolescence. *Arthritis Rheum* 2013; 65:1107-15.

16) Uziel Y, Chapnick G, Jaber L et al. Five-year outcome of children with « Growing Pains »: correlations with pain threshold. *J. Pediatr* 2010; 156: 838-40.

Session parallèle Douleur et cancer

1- Prédire le développement de douleur suite aux traitements en cancérologie ? Résultats de l'étude Canopée

G. Pickering (1)

(1)CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

L'impact de la vulnérabilité psychosociale sur la douleur dans l'année suivant le diagnostic d'un cancer du sein a été peu étudié. Afin de déterminer un score de vulnérabilité psychosociale (paramètres cognitifs, émotionnels, qualité de vie et précarité) comme prédicteur de trajectoire de douleur, nous avons conduit une étude (1) prospective observationnelle incluant des femmes avec diagnostic récent de cancer du sein. Les patientes ont été suivies pendant 1 an (jour du diagnostic; 6 mois et 12 mois) avec pour objectif d'identifier des trajectoires distinctes douleur - temps. La vulnérabilité psychosociale de base a été normalisée par une transformation z-score, avec un score élevé représentant un patient plus vulnérable. 89 patientes ont été incluses (59,3 [10,7] ans). Deux trajectoires de douleur ont été identifiées: "Douleur transitoire" (TP) (39/89 patients) et "Douleur persistante" (PP) (50/89). Une différence significative de la douleur entre les trajectoires au cours du temps a été observée (PP vs TP à 6 mois: 2,23 [0,23] vs. 0,27 [0,09], $P < 0,001$). La vulnérabilité psychosociale a montré un effet plus important (d , -0,82; 95% I.C., -1,25 to -0,38; $P < 0,001$) et un score plus élevé dans PP vs TP: 0,12 [0,36] vs. -0,14 [0,26], $P < 0,001$). Un marqueur de vulnérabilité prédictif de la douleur est proposé et pourrait être utilisé au diagnostic du cancer pour orienter le chemin de traitement des patientes touchés par le cancer du sein.

(1)Voute M, Morel V, Joly D, Villatte C, Martin E, Durando X, Pereira B, Pickering G. Predicting Pain Trajectories in the One Year Following Breast Cancer Diagnosis-An Observational Study. J Clin Med. 2020 Jun 18;9(6):1907. doi: 10.3390/jcm9061907.

Session parallèle Douleur et cancer

2- Approche clinique des urgences douloureuses du patient atteint de cancer en phase avancée

A. Burnod (1)

(1) Département interdisciplinaire de soins de support, Institut Curie, Paris

Le patient atteint de cancer en phase avancée va connaître au fil de son parcours, des événements douloureux aigus pouvant provenir de la maladie néoplasique elle-même, de ses traitements spécifiques, des événements psychiques et cognitifs associés ou de toute autre cause potentiellement aigue. Cette douleur est multimorphe (1).

La prise en charge en urgence en phase avancée impose, en plus d'un soulagement rapide selon les recommandations actuelles (2), une démarche destinée à répondre au plus juste après une évaluation rigoureuse souvent globale, en raison du caractère évolutif de la maladie (3). La manière dont on répondra à cet événement aura des conséquences sur l'appréhension de la récurrence et la qualité de la relation thérapeutique.

L'expérience clinique au quotidien nous invite à dessiner une stratégie, guidée par un esprit de soin rigoureux qui répond à l'urgence de soulagement, souvent témoin d'une rupture d'un équilibre qu'il faut comprendre et reconstruire. On soulage en urgence pour stopper l'expérience sensorielle désagréable ou insupportable mais aussi pour limiter le risque, dû à une mémorisation de l'événement, d'une appréhension prochaine et freiner le processus vers une douleur chronique altérant l'intégrité globale de la personne.

De manière un peu systématique dans cette période de crise, on recherchera un nouveau diagnostic potentiellement réversible, une composante neuropathique de la douleur, un traitement plus durable de soulagement avec parfois appel à des techniques invasives de soulagement. On pourra faire appel à l'équipe de soins de support pour une approche globale dans une concertation pluridisciplinaire. Un circuit de soin propre à la personne consultant en urgence pour douleur facilite cette qualité de prise en charge et offre une réponse adaptée en vue de rétablir équilibre et confiance.

(1) 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

(2) Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al (2018) Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Ann Oncol* 29:iv166-iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>

(3) Burnod A, Maindet C, George B, Minello C, Allano C, Lemaire A. A clinical approach to the management of cancer-related pain in emergency situations. *Supportive Care in Cancer*, May 2019. DOI: 10.1007/s00520-019-04830-0

Session parallèle Douleur et cancer

3- Une nouvelle modélisation de la douleur du cancer : le concept de douleur multimorphe.

A. Lemaire (1)

(1) Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France

La douleur du cancer reste aujourd'hui encore une problématique majeure de santé publique. Malgré les progrès de la médecine de la douleur à travers l'intérêt démontré scientifiquement des soins de support précoces, plus de la moitié des patients pris en charge pour un cancer restent douloureux. La médecine de la douleur s'intègre parfaitement dans cette dynamique de soins de support, qu'elle porte d'ailleurs en partie. C'est une médecine exhaustive, exigeante, et qui connaît elle aussi depuis plusieurs années un lot de changements déterminants, tant en termes de connaissances physiopathologiques, de diagnostic, ou d'options thérapeutiques - qu'elles soient médicamenteuses, interventionnelles ou non médicamenteuses -, comme en témoignent de nombreuses recommandations internationales récentes. Prendre en charge la douleur du cancer suppose ces prérequis et ne peut pas reposer sur une équation simpliste qui mènerait de la douleur symptôme à l'unique réponse médicamenteuse, notamment via les opioïdes.

A travers le concept innovant de douleur multimorphe, nous aborderons les particularités de la douleur du cancer, à la fois en termes de compréhension, d'évaluation et de traitement. Cette modélisation met en avant les spécificités de la douleur du cancer, en tant qu'entité nosologique à part entière qui nécessite une approche interdisciplinaire, multimodale, dynamique et un management personnalisé. Les dimensions fondamentales qui constituent le socle de ce modèle de douleur multimorphe sont le parcours de soin dans son ensemble (diagnostic, guérison, récurrence, situation palliative), mais également les traitements du cancer qui impacteront la douleur (chimiothérapies au sens large, hormonothérapies, chirurgies, radiothérapie). Enfin, l'identification d'éléments de rupture ou de ruptures dans ce modèle dynamique est une clé majeure de compréhension et de prise en charge optimale de nos patients atteints de douleurs du cancer. Les stratégies thérapeutiques qui en découlent, qu'elles soient médicamenteuses comme pour les opioïdes, non médicamenteuses ou interventionnelles, sont codifiées par des recommandations basées sur des preuves scientifiques au service des équipes de soin, et in fine, du patient, dans l'objectif d'améliorer sa qualité de vie.

(1) Lemaire A. Modeling cancer pain: "the times they are a-changin'". Supportive Care in Cancer, May 2019. DOI: 10.1007/s00520-019-04832-y

(2) World Health Organization (2019) WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. ISBN 978-92-4-155039-0. <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en>



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

(3) Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al (2018) Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Ann Oncol* 29:iv166-iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>

(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. Managing Cancer Pain - Key Issues and Lessons Learned to Optimize Patient Care. Guest Editor: Antoine Lemaire, M.D. *Supportive Care in Cancer*, May 2019. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04853-7>

Session parallèle Douleur et Chronobiologie

1- Chronobiologie de la douleur : comment ça marche ?

L. Monconduit (1)

(1)Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-ferrand, France

De nombreuses fonctions de l'organisme (système cardiovasculaire, immunitaire, métabolisme...) sont assurées de façon cyclique grâce à un ensemble d'horloges endogènes. Ces horloges se divisent en horloges cellulaires dites périphériques contenues dans les différents organes en relation avec une horloge centrale, située au niveau des noyaux supra-chiasmatiques. C'est cette dernière qui impose un rythme circadien d'environ 24h, recalé chaque jour principalement grâce à la lumière. Les voies d'intégration de la douleur n'échappent pas à ce contrôle cyclique. Les neurones de cette horloge centrale présentent une activité oscillante sur 24 heures qui repose sur un support génétique. L'expression de gènes appelés « gènes horloges » ainsi que leurs interactions forment une boucle moléculaire d'autocontrôle qui fonctionne sur 24 heures, corrélée à l'activité électrique des neurones des noyaux suprachiasmatiques. Grâce à des facteurs circulants, tels que les glucocorticoïdes, l'horloge centrale synchronise les horloges périphériques. Ainsi le système circadien repose sur la présence d'une multitude d'oscillateurs synchronisés par les noyaux suprachiasmatiques.

Les études cliniques montrent que l'intensité de la douleur ressentie peut varier de manière cyclique au cours de la journée. Par exemple, il a été montré que les douleurs post-opératoires sont plus intenses le matin même avec une administration de morphine constante (1). A contrario, le pic de douleur dans la migraine se situerait plutôt autour de midi tandis que celui de la douleur neuropathique aurait lieu le soir (2). Dans les modèles animaux, il a été montré que les gènes horloges modulent l'activité des neurones périphériques et centraux impliqués dans la détection et l'intégration de la douleur (3). Ainsi, au niveau périphérique, ces gènes sont exprimés dans les ganglions rachidiens et régulent, par exemple, l'expression de la substance P. Cette expression cyclique peut ensuite moduler la réponse nociceptive provoquée par une inflammation périphérique (3). Comme la substance P, l'expression et l'activité d'autres protéines nécessaires à la détection du message douloureux [canaux ioniques, les récepteurs TRP (Transient Receptor Potential)] ou à son contrôle (opioïdes endogènes) sont régulées par l'horloge circadienne (3). Des auteurs ont montré, en effet, que le taux de beta-endorphines est plus élevé le matin et plus faible le soir. Ainsi, les gènes horloges pourraient moduler à la fois, les voies ascendantes ainsi que les contrôles descendants de la douleur. Bien qu'il reste de nombreux points à éclaircir, il semble indiscutable que la douleur comme les autres fonctions physiologiques soit contrôlée par l'horloge biologique circadienne.

1. Boscaroli R, Gilron I, Orr E. Chronobiological characteristics of postoperative pain : diurnal variation of both static and dynamic pain and effects of analgesic therapy. *Can J Anesth* 2007 ; 54: 696-704.

2. Burish MJ, Chen Z, Yoo SH. Emerging relevance of circadian rhythms in headaches and neuropathic pain. *Acta Physiol* 2019 ; 225: e13161.

3. Segal JP, Tresidder KA, Bhatt C, Gilron I, Ghasemlou N. Circadian control of pain and neuroinflammation. *J Neuro Res* 2018 ; 96: 1002-1020.

Session parallèle **Douleur et Chronobiologie**

2- Douleurs chroniques associées à un dérèglement des rythmes biologiques

A. Donnet (1)

(1)Hôpital la Timone Adultes - CETD, Marseille, France

Une des premières études s'intéressant à la chronologie de la douleur date de 1976, où il est démontré que la douleur augmente tout au long de la journée et atteint son paroxysme en soirée.

La sensibilité à la douleur présente une rythmicité au cours des 24h chez le sujet sain (1) et chez les patients atteints d'arthrose (2) ; l'hypothèse a été faite que cette rythmicité pouvait être sous le contrôle de l'horloge circadienne.

Certaines douleurs rentrent dans le cadre de véritables maladies chronobiologiques : l'exemple le plus typique est celui de l'algie vasculaire de la face (3) qui présente une double rythmicité, mais des arguments pour une implication chronobiologique sont décrits pour d'autres pathologies céphalalgiques (céphalée du sommeil, migraine et syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine) ou extra-céphalalgiques (douleur neuropathique, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgie) .

D'un point de vue expérimental, les résultats publiés sont parfois contradictoires. En effet, des différences méthodologiques importantes existent (variation du stimulus douloureux selon les études, évaluation indispensable de la composante affective et différences interindividuelles).

Une meilleure connaissance de ces mécanismes pour chaque pathologie conduirait à des applications thérapeutiques ; ainsi, des approches pharmacologiques prenant en compte de l'heure interne du patient pourrait également être mis en place afin d'optimiser l'efficacité du traitement.

1- Aviram, J., Shochat, T. & Pud, D. Pain Perception in Healthy Young Men Is Modified by Time-Of-Day and Is Modality Dependent. *Pain Med.*2015 16, 1137–1144.

2- Cutolo, M. & Masi, A. T. Circadian rhythms and arthritis. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*2005; 31, 115–129.

3- Barloese M, Lund N, Petersen A, Rasmussen M, Jennum P, Jensen R. Sleep and chronobiology in cluster headache. *Cephalalgia.* 2015 Oct;35(11):969-78.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Session parallèle **Douleur et Chronobiologie**

3- La chronobiologie pour administrer le bon traitement antalgique au bon moment

G. Pickering (1)

(1)CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

La chronobiologie, influencée par le rythme circadien, a un impact sur la réponse de l'organisme à un médicament, la chronopharmacologie. Cette prise en compte en thérapeutique peut permettre une meilleure efficacité et une meilleure tolérance des médicaments. De nombreuses études ont été réalisées chez l'homme ainsi que chez l'animal de l'effet de l'heure d'administration des médicaments sur leur efficacité et leur toxicité. Les études sur les antalgiques (1,2) ne sont globalement pas très nombreuses, et quelquefois contradictoires, mais ont permis de dégager des grandes lignes d'optimisation d'administration des traitements antalgiques opioïdes et non-opioïdes et co-antalgiques, antidépresseurs (3), corticostéroïdes...

(1) Bruguerolle, Bernard, et Gaston Labrecque. « Rhythmic Pattern in Pain and Their Chronotherapy ». *Advanced Drug Delivery Reviews* 59, no 9 10 (31 août 2007): 883 95. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2006.06.001>.

(2) Chassard, Dominique, et Bernard Bruguerolle. « Chronobiology and Anesthesia ». *Anesthesiology* 100, no 2 (février 2004): 413 27. <https://doi.org/10.1097/00000542-200402000-00034>.

(3) Nakano, S., et L. E. Hollister. « Chronopharmacology of Amitriptyline ». *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 33, no 4 (avril 1983): 453 59. <https://doi.org/10.1038/clpt.1983.61>.

Session parallèle **Douleur et Nutrition**

1- L'alimentation a-t-elle un effet sur la douleur : algique et/ou antalgique ?

N. Cenac (1)

(1)INSERM UMR1220, Institut de recherche en santé digestive, Toulouse, France

Malgré notre compréhension accrue des mécanismes de la douleur, il reste encore beaucoup à apprendre sur la mise en place de la douleur chronique. De nombreuses études cliniques et fondamentales se sont intéressées à l'influence de l'environnement et plus particulièrement sur les facteurs nutritionnels comme modulateurs de la douleur chronique. De fait, l'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît l'importance de l'alimentation dans la chronicité des pathologies : «la nutrition est en train de devenir un déterminant majeur modifiable des maladies chroniques, avec des preuves scientifiques soutenant de plus en plus l'idée que les modifications de l'alimentation ont des effets importants (à la fois positifs et négatifs) sur la santé tout au long de la vie ». Parmi les nutriments, les acides gras, une classe de nutriments essentiels pour l'homme, sont une importante source d'énergie et un composant essentiel des membranes cellulaires. Ils fonctionnent également comme des molécules de transduction du signal dans une variété de phénomènes biologiques. Ainsi, un nombre de plus en plus important d'études physiologiques et pharmacologiques sur les acides gras a révélé que les propriétés fonctionnelles des acides gras sont modulées par la quantité d'apport individuel en acides gras et la distribution des acides gras entre les organes. Récemment, l'association entre les acides gras polyinsaturés et le contrôle de la douleur est devenue l'objet de nombreuses études. Les acides gras insaturés oméga-3 ou n-3 soulagent la douleur causée par l'inflammation et la neuropathie, tandis que les taux sanguins d'acides gras insaturés oméga-6 ou n-6 sont augmentés chez les patients souffrant de douleur chronique et exacerbent la douleur. Il a également été rapporté que les médiateurs lipidiques prostanoides et leurs récepteurs sont des cibles thérapeutiques potentielles pour bloquer l'apparition de la douleur. Sur la base de ces rapports, il est probable que les acides gras jouent un rôle majeur dans la régulation de la douleur. Dans cette présentation, nous discuterons des acides gras insaturés et de leurs métabolites en tant que nouvelles molécules de gestion de la douleur. Nous passerons en revue l'état actuel et les perspectives d'avenir des médiateurs lipidiques.

Session parallèle Douleur et Nutrition

2- Le gluten peut-il induire des douleurs ?

P. Vergne-salle (1)

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

Parmi les thérapeutiques non médicamenteuses, la nutrition a pris une place importante ces dernières années. De nombreuses études ont été publiées sur le rôle protecteur ou délétère de certains nutriments, sur l'impact de différents régimes sur l'inflammation et les pathologies en lien avec l'inflammation. Le syndrome du colon irritable, pathologie éminemment douloureuse, est considéré par certains comme un trouble de l'axe tube digestif-cerveau. Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents dans les douleurs chroniques comme la fibromyalgie, les céphalées et migraines, etc. Dans la sensibilité au gluten non coeliaque, il existe fréquemment des céphalées, de la fatigue, des douleurs musculaires et articulaires. Il a également été décrit des neuropathies périphériques et des troubles psychiques. Tout ceci amène naturellement à l'hypothèse d'une relation entre gluten et douleur chronique. Par ailleurs, les anomalies du microbiote, en lien avec la nutrition, a émergé ces dernières années dans la physiopathologie de nombreuses maladies, mais aussi de la fibromyalgie.

Les études d'interventions diététiques, notamment le régime sans gluten, semblent donner des résultats positifs dans le syndrome du colon irritable (1). Ceux-ci sont moins évidents dans les pathologies douloureuses chroniques pour lesquelles aucune conclusion ne peut être retenue du fait du faible niveau de preuve (2). Il reste aussi des questions sur l'impact du régime sans gluten sur le statut nutritionnel, le microbiote et d'autres effets indésirables sur le long terme (3).

(1) Rej A. and Surendran Sanders D. *Nutrients* 2018, 10, 1727; doi:10.3390/nu10111727

(2) Brain K. et al. *J Hum Nutr Diet* 2018. <https://doi.org/10.1111/jhn.12601>

(3) Lebowitz B. et al. *BMJ* 2017;357:j1892. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j1892>

Session parallèle Douleur et Nutrition

3- Existe-t-il un lien entre masse corporelle et migraine ?

M. Lantéri-minet (1)
(1)CHU, Nice, France

Depuis plusieurs années est discuté un lien entre l'index de masse corporelle et l'expression clinique de la migraine. Cette discussion a été initiée par l'approche épidémiologique qui a été utilisée pour identifier des facteurs de risque du développement d'une migraine chronique. Il est ainsi accepté que la prévalence de la migraine n'est pas augmentée chez les patients présentant un index de masse corporelle élevé, c'est à dire qu'il n'y a pas plus de migraineux chez les sujets en surpoids voire obèses que chez les sujets présentant un index de masse corporelle normal. Par contre,, chez les migraineux, il a été mis en évidence une corrélation positive entre l'élévation de l'index de masse corporelle et l'augmentation de la fréquence des crises, avec une corrélation proportionnelle à l'importance de l'élévation de l'index de masse corporelle, faisant qu'il est maintenant démontré que l'élévation de l'index de masse corporelle est un facteur de risque de la migraine chronique. Ces données épidémiologiques ont rapidement conduit à essayer de comprendre les mécanismes physiopathologiques supportant ce lien entre index de masse corporelle élevé et transformation de la migraine vers un phénotype chronique, les hypothèse étant soit périphériques (faisant notamment appel au CGRP) ou centrales (faisant plutôt appel aux orexines hypothalamiques). Enfin, bien évidemment, ces données ont conduit à une réflexion thérapeutique dans une perspective préventive sachant qu'à ce jour nous ne disposons pas de données factuelles robustes attestant que le contrôle de l'équilibre pondéral prévienne le développement d'une migraine chronique chez les migraineux quand ils présentent une migraine épisodique notamment à haute fréquence. La réflexion thérapeutique porte également sur la prise en charge du surpoids chez les patients en migraine chronique (prise en charge dans une perspective d'effet direct sur l'expression clinique de la migraine mais également sur l'état de santé du migraineux) et l'impact sur cet équilibre des traitements utilisables dans la prophylaxie anti migraineuse..

Session parallèle Douleur et précarité sociale

Douleurs chroniques et migration: un regard socio-linguistique

O. Weber (1)

(1)CHUV / Service de Psychiatrie de Liaison, Lausanne, Switzerland

Au cours des dernières décennies, les institutions médicales ont intensifié leurs efforts pour répondre aux besoins des personnes souffrant de douleurs chroniques (1). Dans les activités concrètes des clinicien-ne-s impliqué-e-s dans ces efforts, la part communicationnelle et relationnelle est essentielle et se déroule souvent dans des conditions difficiles (surcharge, bureaucratisation, sentiments d'impuissance, etc.). La diversité linguistique et culturelle croissante adresse des défis communicationnels particuliers aux cliniciens en charge de personnes avec des douleurs persistantes (2). Dans mon intervention, j'aborderai ces défis, ainsi que certaines pistes possibles pour les relever dans la pratique clinique.

En me fondant sur mes travaux de recherche et d'autres éléments de la littérature, j'aborderai trois situations :

1. Patient-e-s avec une maîtrise (très) limitée de la langue de consultation :

Les difficultés de compréhension mutuelle sont omniprésentes et susceptibles de préjudicier la sécurité du/de la patient-e et le respect de règles éthiques fondamentales (3). Une bonne collaboration avec des interprètes est alors essentielle (4).

2. Patient-e-s avec une maîtrise intermédiaire de la langue de consultation :

Des malentendus problématiques se produisent fréquemment, surtout lors d'échanges sur les traitements possibles des douleurs et sur les intrications entre douleurs et contexte social (3). Il est possible de co-construire un espace de sens partagé grâce à une conscience accrue des risques de malentendus, une bonne écoute, des explications accessibles, des stratégies de vérification de la compréhension et grâce, enfin, à la création d'un climat relationnel qui permet aux patient-e-s de signaler des malentendus ou incompréhensions (2, 3).

3. Patient-e-s membres de minorités ethniques natifs/ves dans la langue de consultation :

Ils/elles risquent d'être défavorisé-e-s sur la base de stéréotypes et préjugés associant appartenances ethniques et douleurs (5). La réflexivité chez les clinicien-ne-s est décisive face à ces risques. Elle porte notamment sur leurs propres stéréotypes et préjugés possibles, mais également sur les discriminations vécues par les patient-e-s dans d'autres lieux et sur l'impact général d'un système sanitaire et social écartant de facto certains groupes de population de certaines prestations (2).

(1) Allaz, A.-F. (2003). *Le messenger boiteux: Approche pratique des douleurs chroniques*. Genève: Médecine et Hygiène.

(2) Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine / Public Library of Science*, 3, e294.

(3) Weber, O. (2017). *Migration et communication médicale: Les difficultés de communication dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques*. Limoges: Lambert-Lucas.

(4) Faucherre, F., Weber, O., Singy, P., Guex, P., & Stiefel, F. (2010). L'interprète communautaire : une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. *Revue Médicale Suisse*, 236, 336-338.

(5) Campbell, C.M., & Edwards, R.R. (2012). Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management*, 2, 219-230.



Session parallèle

Douleur, rééducation : faut-il choisir ? SDRC : des recommandations à la pratique

1- Recommandations 2018 de la SFETD et les pratiques des professionnels de la rééducation et réadaptation fonctionnelle

S. Soriot-thomas (1)
(1)CHU, Amiens, France

La physiopathologie du SDRC est mal connue. La durée d'évolution, le temps d'apparition entre les facteurs déclenchant et les premiers symptômes, les facteurs de risque, le risque de récurrence, la prévention, l'intérêt des examens complémentaires sont diversement appréciés dans la littérature. Ces recommandations permettent de poser un cadre pour la prise en charge des patients.

La 1^{ère} recommandation positionne les critères du Budapest 2004 comme référence diagnostic. La seconde oriente la prise en charge des patients présentant des symptômes sévères ou atypiques vers une évaluation pluri professionnelle en CETD. Les suivantes abordent les traitements préventifs du SDRC. Les recommandations 8, 9, 10 et 12 portent sur les prises en charges relevant du champ d'action de la rééducation et réadaptation fonctionnelle (RRF) relevant des professionnels du groupe de la Commission de Rééducation Réadaptation (C2R). Viennent ensuite les recommandations concernant la prise en charge par les psychologues, puis les traitements médicamenteux et les stimulations.

La recommandation 8 est de grade B. La 8a, affirme la nécessité de recours à la RRF dès qu'il existe un retentissement fonctionnel et la 8b positionne la RRF en garant de la restauration fonctionnelle de l'utilisation du membre dans tous les domaines de la vie quotidienne. La 8c apporte une vision nouvelle, abandonnant la vieille règle de la non-douleur qui limitait la prise en charge du thérapeute de RRF, et introduisant la notion d'augmentation temporaire de douleur acceptable durant les exercices. Elle engage les patients dans des apprentissages de stratégies de gestion de la douleur. La prise en charge globale du patient qui ne doit pas se limiter au membre atteint.

La recommandation 9 est une recommandation d'experts. Cette recommandation engage à confier la prise en charge de la RRF des patients présentant une forme légère à modérée à un kinésithérapeute libéral. Dans les situations les plus sévères ou lorsque les symptômes s'aggravent avec le temps, la rééducation fonctionnelle doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire (CETD ou CRRF). Elle rappelle qu'un traitement antalgique adapté peut être nécessaire pour permettre la mobilisation.

La recommandation 10 de grade C, ne recommande pas les drainages lymphatiques.

La recommandation 12 de grade C présente des thérapies innovantes qui peuvent être proposées et pour lesquelles il serait intéressant de mettre en place des études : la thérapie par feedback visuel avec miroir, la thérapie par entraînement de la discrimination sensorielle et la thérapie d'exposition graduée aux activités perçues par le patient comme dangereuses, lorsqu'il présente un niveau élevé de peur-évitement.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Recommandations de Lille sur la prise en charge des SDRC

<https://html5.slideonline.eu/event/17SFETD/presentation/5a17f7bbd8b91974253ae881/42/4:3/recommandations-finalises-sur-la-prise-en-charge-du-syndrome-douloureux-rgional-complexe>

RECOMMANDATIONS DE LA SFETD : recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille

Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD Douleur analg. (2019) 32:155-164 DOI 10.3166/dea-2019-0074

Session parallèle

Douleur, rééducation : faut-il choisir ? SDRC : des recommandations à la pratique

2- Cas clinique d'un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur

A. Van der kouwe (1), A.Hauviller (2), M.Duveau (3)

(1)Centre Hospitalier de Saint Amand les Eaux, Saint amand les eaux, France, (2)Centre de Réadaptation de COUBERT, Coubert, France, (3)Cabinet liberal, Olivet, France

Présentation des interactions de l'ergothérapie, de la kinésithérapie et de la psychomotricité, lors de la prise en charge d'une patiente présentant un SDRC du membre supérieur.

Femme de 59 ans mariée, mère de 3 enfants autonomes, référente technique à la CPAM, qui a fait une chute de sa hauteur en novembre 2018 responsable d'une fracture de la cupule radiale. 15 jours après, le chirurgien effectue une résection de la tête radiale. Les douleurs sont modérées en post opératoires puis intenses lors des premières séances de rééducation.

Un diagnostic de SDRC est posé en avril 2019 .Rapidement l'ensemble du membre s'enraidit avec un coude fixé entraînant de grandes limitations fonctionnelles. Une arthrolyse du coude sera effectuée en janvier 2020.Les suites opératoires sont simples mais le retour à domicile est très douloureux. La kinésithérapie en libéral permet un gain minime d'amplitude mais aucune amélioration fonctionnelle.

Il est proposé à la patiente une prise en charge pluridisciplinaire en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle.

Cette patiente, qui a des antécédents de fracture de cheville droite en 2004 compliqué d'un SDRC, évolutif pendant 2 ans mais ayant bien récupéré , exprime comme attente principale de la prise en charge de « redevenir comme avant ».

Chaque professionnel réalise des bilans propres à son activité tout en tenant compte des évaluations communes puis propose un programme évolutif en adéquation avec les capacités et les attentes de la patiente.

L'ergothérapie vise à l'amélioration de l'indépendance et de la qualité de vie. Une étroite collaboration avec la patiente est indispensable pour l'amener à se confronter à ses situations de handicap. Par l'appropriation progressive de techniques de gestion, via des mises en situations écologiques, la patiente explore ses ressources, développe de nouvelles stratégies de faire face et de confiance en elle.

Le kinésithérapeute face au bilan de l'enraidissement articulaire du membre supérieur, propose une prise en charge permettant une amélioration des capacités articulaires et musculaires. Il sera mis en place différentes thérapies entrant dans le cadre d'une exposition graduelle utilisant l'imagerie motrice.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

L'évaluation psychomotrice explore un vécu corporel douloureux avec des troubles tonico-émotionnels en lien avec une kinésiophobie et une anxiété importante dans un contexte de chutes. Le psychomotricien fait le lien avec le retentissement socioprofessionnel, des troubles de l'image du corps et du schéma corporel. La Relaxation Psychomotrice en Milieu Aquatique (RPMA) sera utilisée dans ce contexte pour favoriser un enrichissement sensori-moteur, réinvestir progressivement le membre du supérieur et diminuer la kinésiophobie.

Pezé Marie, Le Deuxième Corps, Edition La Dispute, 2002

Session parallèle

Douleur, rééducation : faut-il choisir ? SDRC : des recommandations à la pratique

3- Cas clinique d'un syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur

F. Cherdo (1), M. Duveau (2), F. Viseux (3), S. Law de Lauriston (4)

(1) Cabinet, Vence, France, (2) Cabinet libéral, Olivet, France, (3) CH de Valenciennes CETD, Valenciennes, France, (4) Centre Hospitalier de Soissons Consultation de la Douleur, Soissons, France

Présentation des interactions de la kinésithérapie, de la psychomotricité et de la podoposturologie, lors de la prise en charge d'une patiente présentant un SDRC de cheville.

Une patiente de 18 ans, célibataire, sans enfant, habitant chez ses parents, lycéenne redoublant sa terminale S, présente un SDRC de cheville gauche, suite à une entorse survenue lors d'un entraînement de handball, en cours de sport au lycée en avril 2017. Elle est traitée initialement par une immobilisation plâtrée, suivant l'ablation du plâtre apparaissent rapidement les symptômes évocateurs d'un SDRC, entraînant l'arrêt de toutes activités physiques et favorisant isolement à domicile. A 3 mois du bac, elle bénéficie d'une ligamentoplastie.

Lors de la 1^{ère} Consultation en Unité Douleur, en janvier 2019, soit 10 mois après la ligamentoplastie, le diagnostic de SDRC phase froide du pied et de la cheville est confirmé chez cette patiente qui présente des antécédents d'épilepsie de type grand mal traité par Dépakine, de luxation des 2 coudes pendant l'enfance, de fracture du 2^{ème} doigt gauche, un surpoids et de lombalgies banales depuis 4 ans. Elle se déplace avec 2 cannes anglaises depuis 22 mois, ne posant plus le pied, qui est maintenu en position varus équin dans une attèle type Aircast.

Cette patiente ne tolère ou ne veut pas un grand nombre de médicaments déclare souhaiter « savoir si il n'y a pas de nerfs bloqués pouvant empêcher la marche et s'il existe une solution ? »

Le kinésithérapeute propose un bilan des structures et fonctions fréquemment déficientes chez les patients atteints de SDRC, complété selon l'interrogatoire et les objectifs de la patiente. La rééducation s'articule autour de la déficience articulaire du pied, l'éducation et de la mise en contrainte progressive à une intensité de douleur tolérable.

Par une évaluation précise des capacités morphologiques, structurelles et fonctionnelles de la patiente, la podoposturologie offre une approche complémentaire systémique dans la prise en charge du SDRC et présente un intérêt thérapeutique en relation avec le développement de nouvelles pratiques cliniques.

L'évaluation psychomotrice recherchera un syndrome anxio-dépressif, un vécu corporel douloureux, des troubles tonico-émotionnels, une altération du schéma corporel, de l'image du corps, de la confiance et de l'estime de soi ainsi qu'un comportement douloureux chronique.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

La prise en soin favorisera une prise de conscience du corps (proprioception et sensorimotricité), la verbalisation des ressentis corporels face aux activités stressantes, telles que les situations d'évaluation en classe durant lesquelles elle déclare « perdre pied ». L'objectif étant de l'aider à s'autonomiser et à se projeter dans la vie

Session parallèle

La douleur chronique, une histoire sans fin ?

1- Lorsque la douleur devient constitutive

M. Richard (1)

(1)Hôpital Saint Camille, Bry sur marne, France

Lorsque la douleur se chronicise, l'individu qui en souffre tente, tant bien que mal, de s'en arranger avec l'identité qu'il s'est construit jusqu'alors et qu'il admet comme étant sienne. Les singularités, les caractéristiques qui le différencient des autres et qui lui donnent le sentiment d'être unique supportent alors un profond bouleversement, au regard du vécu de douleur chronique.

Ainsi, les remaniements consécutifs qui s'opèrent chez l'individu peuvent impliquer une appréhension de la douleur en tant que nouvel élément intrinsèque à son identité, mais également la percevoir comme un obstacle à la continuité de cette même identité. L'enjeu est alors de parvenir à rester soi malgré la douleur, tout en modifiant un peu de ce « soi » éprouvé par le vécu douloureux.

Mais quant est-il lorsque cette douleur, aussi loin que l'individu puisse se le remémorer, a depuis toujours participé à son vécu ? Quant est-il de la douleur lorsqu'elle demeure un élément inhérent de la constitution de l'identité, du rapport au monde, du rapport à soi et à l'autre ? « Inhérent », au sens où la douleur devient alors indissociable de l'individu afin de saisir sa subjectivité. En outre, il est évident que chacun d'entre nous connaît des expériences douloureuses singulières qui modèlent son histoire et la traduction identitaire qui s'en suit. Mais l'intérêt se porte ici sur la manière dont la douleur devient constitutive pour l'individu qui la ressent, qui l'endure depuis son plus jeune âge.

Au cours de cette communication, nous observerons cette question au travers du vécu de la douleur chez les personnes atteintes de syndromes drépanocytaires majeurs. En effet, la drépanocytose impose à l'individu des événements douloureux paroxystiques (les crises vaso-occlusives), comportant un risque léthal, et ce, parfois dès son plus jeune âge de vie. Dès lors, le développement psychocorporel de celui ou celle qui est drépanocytaire engage nécessairement un investissement identitaire par et au travers de la douleur. A fortiori, la drépanocytose est parfois culturellement et linguistiquement nommée comme étant la maladie de la douleur, voire la douleur tout court. Par conséquent, cette nomination cristalliserait presque la douleur au sein de l'individu drépanocytaire désigné, devenant le symbole de La douleur aux yeux du collectif.

Session parallèle

La douleur chronique, une histoire sans fin ?

2- Lorsque la prévention de l'après est là...

S. Conradi (1)

(1)CHRU - Hôpital Central, Nancy, France

A partir de l'expérience clinique en Structure labélisée de prise en charge de douleur chronique (SDC), nous aborderons la question de « l'après » cette prise en charge pluriprofessionnelle et spécifique. En effet, la fin de la prise en charge est une étape de soins à part entière où se retrouve de nombreux enjeux. Or celle-ci est souvent peu abordée en formation initiale ou continue, se concentrant à juste titre sur l'apprentissage des moyens d'actions ou thérapeutiques possibles. Que deviennent les patients après une prise en charge en consultation douleur ? Existe-t-il une fin de la prise en charge dans le cas de la chronicité ? Le fardeau de la douleur chronique (1), son impact en termes de santé publique, nous amène à nous interroger sur nos interventions. Les conséquences personnelles, familiales et professionnelles de la douleur chronique favorisent la fragilisation voire l'exclusion et une perte d'autonomie, d'où la pertinence d'une approche préventive.

Souvent d'un premier abord, prévention rime avec le fait d'éviter la douleur et de favoriser une meilleure prise en charge de la douleur aiguë. Une prise de conscience générale permet de regrouper maintenant des forces dans ce projet et amène à envisager des premiers résultats intéressants (2). Mais ce dont il conviendra de parler ici, ce sera plutôt la prévention tertiaire, c'est-à-dire lorsque la personne est ou a été confrontée à une douleur chronique, avec pour objectif l'atténuation de l'impact de la douleur chronique sur la santé globale et la qualité de vie liée à la santé (3).

Cette approche ouvre sur un appel à la recherche, afin d'identifier les facteurs de risque d'invalidité liée à la douleur chronique ; de développer des interventions visant à réduire l'effet de la douleur chronique ; d'optimiser les interventions disponibles ; de favoriser la mise en œuvre d'approches efficaces dans la gestion de la douleur chronique ; et identifier des sous-groupes hautement prioritaires (3).

Le fait de comprendre la douleur chronique comme un processus d'apprentissage, évolutif et donc modifiable, avec ces « lois » et sa temporalité, nous ouvre sur une gradation des interventions possibles. En prenant en compte le cheminement psychologique emprunté par les patients douloureux chroniques via le modèle transthéorique du changement, nous percevons des pistes de prise en charge pertinentes (4).

C'est sûrement dans ce sens, qu'avoir un regard incluant cette prévention globale dès le début de la prise en charge, et peut-être même dans le cadre de la définition du parcours de santé du patient douloureux chronique, que les conditions seront plus favorables pour à contribuer à améliorer encore nos interventions.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

1. Françoise Laroche, Julien Guérin, Déborah Azoulay, Joël Coste, Serge Perrot ; La fibromyalgie en France : vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients, *Revue du Rhumatisme*, Volume 86, Issue 1, 2019, Pages 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2018.01.002>
2. Bérubé, M., Gélinas, C., Choinière, M., Feeley, N., Martorella, G., Parent, S., & Streiner, D. L. (2017). The effect of psychological interventions on the prevention of chronic pain in adults : A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0583-7>
3. Gatchel, R. J., Reuben, D. B., Dagenais, S., Turk, D. C., Chou, R., Hershey, A. D., Hicks, G. E., Licciardone, J. C., & Horn, S. D. (2018). Research Agenda for the Prevention of Pain and Its Impact : Report of the Work Group on the Prevention of Acute and Chronic Pain of the Federal Pain Research Strategy. *The Journal of Pain*, 19(8), 837-851. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.015>
4. Aguerre, C., Bridou, M., Laroche, F., Csillik, A., & Jensen, M. (2015). Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *L'Encéphale*, 41(6), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.023>

Session parallèle

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

1- Un nouveau nanomédicament à base de Leu-enképhaline pour traiter efficacement la douleur sans créer d'addiction

S. Lepetre-mouelhi (1)

(1)Institut Galien, UFR de Pharmacie - Université de Paris-Sud, Châtenay-malabry, France

De nombreux médicaments ou candidats médicaments présentent des caractéristiques physico-chimiques peu favorables au passage des barrières biologiques qui séparent le site d'administration du médicament de son site d'action. Ces barrières mécaniques, physico-chimiques ou enzymatiques rendent très difficiles l'obtention de concentrations efficaces au niveau du site d'action et provoquent des déperditions importantes de molécule active vers d'autres tissus générant ainsi des effets toxiques parfois rédhibitoires pour le traitement. Ainsi, ces problèmes peuvent être résolus par encapsulation de celles-ci dans des nanovecteurs permettant une libération plus ciblée et contrôlée de la substance active (SA). De nombreux nanomédicaments sont déjà sur le marché, dont la majorité en oncologie. Dans ce contexte, notre laboratoire a mis au point un nouveau nanomédicament à base de squalène, un lipide endogène biocompatible, biodégradable, permettant d'augmenter significativement le taux de charge en SA par rapport aux nanomédicaments conventionnels.^{1,2} Dans la plupart des cas, ces nanotechnologies à base de squalène ont significativement augmenté l'activité pharmacologique de la SA en la protégeant de la métabolisation rapide et ont modifié favorablement sa biodistribution, diminuant ainsi sa toxicité. Appliquées tout d'abord aux molécules anticancéreuses et neuroprotectrices, les nanoparticules (NPs) de squalène ont plus récemment été utilisées pour le traitement de la douleur.

Ainsi, une étude a montré pour la première fois, les Leu-enképhalines (LENK) présentant un temps de demi-vie plasmatique court, pouvaient devenir efficaces pharmacologiquement lorsqu'elles étaient formulées en nanoparticules de squalène. Cette nanoformulation a permis d'une part de protéger la LENK de la métabolisation rapide dans le plasma et d'autre part, de lui conférer un effet antinociceptif significatif dans un modèle de douleur inflammatoire chez le rat (test de Hargreaves). Il est important de souligner que cet effet antinociceptif a duré 3 fois plus longtemps qu'avec la morphine. Un prétraitement avec un antagoniste des récepteurs opioïdes ne traversant pas la barrière hémato-encéphalique, comme la méthylnaloxone a complètement antagonisé l'effet antinociceptif de ces NPs, démontrant ainsi que celles-ci agissaient via les récepteurs opioïdes périphériques.³

De plus, l'étude de biodistribution de ces NPs marquées à la fluorescence a montré une forte accumulation de celles-ci au niveau de la patte œdémateuse, mais également dans le foie, la rate et les poumons alors qu'aucun signal n'a pu être détecté au niveau cérébral, ce qui confirme bien l'effet périphérique de ces NPs. Enfin, une étude toxicologique a confirmé l'innocuité de ces NPs malgré leur accumulation dans le foie.

Cette étude représente une approche innovante et prometteuse permettant une distribution ciblée la Leu-enképhaline dans les tissus œdémateux pour soulager efficacement la douleur inflammatoire.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- [1] Couvreur, P.; Stella, B.; Reddy, L. H.; Hillaireau, H.; Dubernet, C.; Desmaële, D.; Lepêtre-Mouelhi, S.; Rocco, F.; Dereuddre-Bosquet, N.; Clayette, P.; Rosilio, V.; Marsaud, V.; Renoir, J.-M.; Cattel, L. Squalenoyl Nanomedicines as Potential Therapeutics. *Nano Lett.* 2006, 6 (11), 2544–2548. <https://doi.org/10.1021/nl061942q>.
- [2] Feng, J.; Lepetre-Mouelhi, S.; Couvreur, P. Design, Preparation and Characterization of Modular Squalene-Based Nanosystems for Controlled Drug Release. *CTMC* 2017, 17 (25). <https://doi.org/10.2174/1568026617666170719171728>.
- [3] Feng, J.; Lepetre-Mouelhi, S.; Gautier, A.; Mura, S.; Cailleau, C.; Coudore, F.; Hamon, M.; Couvreur, P. A New Painkiller Nanomedicine to Bypass the Blood-Brain Barrier and the Use of Morphine. *Science Advances* 2019, 5 (2), eaau5148. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aau5148>.

Session parallèle

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

2- Comment l'empathie permet de moduler l'intensité de la douleur

C. Fauchon (1)

(1)Équipe d'intégration Centrale de la Douleur chez l'Homme (NeuroPain) - CRNL - Inserm U1028 - UCB Lyon1 - Université Jean Monnet, Saint-etienne, France

L'Homme a la capacité de ressentir et d'estimer la douleur de l'autre. Le comportement empathique qui en résulte permet ainsi d'aider la personne souffrante. Dans le milieu médical, cette stratégie est encouragée par les soignants pour interagir et soutenir les patients. A l'inverse, la non-empathie, c'est-à-dire une attitude négative envers la personne qui souffre, est proscrite par crainte d'effets délétères. Comment l'empathie et la non-empathie d'autrui influencent-elles la perception douloureuse ? Dans une série d'études en psychophysique, nous avons confirmé l'hypothèse générale que des commentaires empathiques d'observateurs sont capables de diminuer l'intensité de la perception douloureuse (-12%) chez des sujets sains [1]. A l'inverse des commentaires non-empathiques n'induisaient pas de changement de la cotation.

L'évaluation consciente de la douleur est le résultat de l'activation successive et coordonnée de plusieurs groupes d'aires cérébrales (i.e., modules fonctionnels) impliqués dans l'intégration des composantes sensorielles, cognitives, affectives et mnésiques associées à la douleur et à son contrôle [2,3]. Afin de déterminer les corrélats neuronaux concomitants à la modulation de la douleur par les commentaires empathiques d'autrui, nous avons utilisé la neuro-imagerie fonctionnelle (IRMf). Des stimulations thermiques nociceptives d'intensité constante étaient délivrées aux participants dans le scanner, et entre chaque stimulus ils pouvaient entendre les commentaires verbaux de deux observateurs de l'expérience. Les dialogues audio préenregistrés et standardisés étaient alternativement neutre, empathique et non-empathique au regard de la douleur du participant [4].

Les résultats ont montré que la modulation de la douleur par l'écoute des commentaires empathiques était étroitement liée à l'activité du cortex cingulaire postérieur (CCP)/Précuneus, une structure retrouvée dans la mémoire autobiographique, la conscience de soi et d'autrui. La diminution de la cotation douloureuse par l'empathie d'autrui a été aussi associée à des changements de connectivité fonctionnelle entre cette structure et le cortex préfrontal ventro-médian (vmPFC), l'insula antérieure et postérieure (InsA & InsP).

Ces modifications au sein du « connectome » cérébral (i.e., réseau fonctionnel) de la douleur reflète une régulation cognitive du processus nociceptif par les commentaires empathiques. Elle implique l'engagement de régions cérébrales supra-modales (i.e., CCP/Prec) de haut niveau, et des changements de connectivité fonctionnelle avec des structures centrales du système de la douleur, tel que le cortex insulaire et vmPFC, qui peuvent refléter un processus de réévaluation de l'intensité douloureuse perçue. L'étude de ces mécanismes de régulation permettra une meilleure compréhension de l'organisation cérébrale de la douleur et d'isoler de nouvelles cibles pour venir la réguler.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- [1] C. Fauchon, I. Faillenot, A.M. Perrin, C. Borg, V. Pichot, F. Chouchou, L. Garcia-Larrea, R. Peyron, Does an observer's empathy influence my pain? Effect of perceived empathetic or unempathetic support on a pain test, *Eur. J. Neurosci.* 46 (2017) 2629–2637. <https://doi.org/10.1111/ejn.13701>.
- [2] L. Garcia-Larrea, H. Bastuji, Pain and consciousness, *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* (2018). <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.10.007>.
- [3] L. Garcia-Larrea, R. Peyron, Pain matrices and neuropathic pain matrices: A review, *PAIN®.* 154 (2013) S29–S43. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.001>.
- [4] C. Fauchon, I. Faillenot, C. Quesada, D. Meunier, F. Chouchou, L. Garcia-Larrea, R. Peyron, Brain activity sustaining the modulation of pain by empathetic comments, *Sci. Rep.* 9 (2019) 8398. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44879-9>.

Session parallèle

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

3- L'hypnose et la communication dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété

N. Fusco (1), F. Bernard (2), F. Roelants (3), C. Watremez (3), H. Musellec (2), B. Laviolle (1), H. Beloeil (1).

(1)CHU - Hôpital Sud, Rennes, France, (2)CHP St Grégoire, Saint Grégoire, France, (3)Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles, Belgique

Introduction :

Les professionnels de santé ont trop souvent l'habitude de prévenir les patients d'un éventuel inconfort lié à la pose d'une voie veineuse périphérique (vvp). Cette attitude s'accompagne induit une modification de la perception de la douleur [1-3]. L'objectif de l'étude KTHYPE était de comparer l'impact de trois attitudes verbales (confusion hypnotique, neutre et nocebo) sur la douleur, l'anxiété et le confort ressentis lors de la mise en place d'une vvp.

Matériels et méthodes :

KTHYPE est un essai prospectif, comparé, randomisé, en parallèle, en simple aveugle et multicentrique mené chez 300 adultes bénéficiant d'une vvp de 20 G sur la face dorsal de la main en pré opératoire d'une chirurgie programmée. Les patients ont été randomisés en trois groupes : technique de confusion hypnotique (groupe HYPNOSE), termes à connotation neutre (groupe NEUTRE) ou à connotation négative (groupe NOCEBO). Le critère principal de jugement était la douleur ressentie lors de la pose de la vvp. Les critères de jugement secondaires étaient l'anxiété et le confort ressentis avant et après la pose de la vvp.

Résultats et discussion :

272 patients ont été randomisés (HYPNOSE n = 89 ; NEUTRE n = 91 ; NOCEBO n = 92). La douleur ressentie lors de la vvp est significativement inférieure dans le groupe HYPNOSE (1.5 ± 1.9 [0-9]) comparé au groupe NEUTRE (3.5 ± 2.3 [0- 9] ; $p < 0.0001$) et au groupe NOCEBO (3.8 ± 2.5 [0-10] ; $p < 0.0001$). L'anxiété après la pose de vvp est significativement plus basse dans le groupe HYPNOSE (2.3 ± 2.5 [0-9]) comparé aux groupes NEUTRE et NOCEBO combinés (3.3 ± 2.8 [0- 10] ; $p < 0.01$) ou non. Le confort ressenti après la pose de la vvp est quant à lui significativement supérieur dans le groupe HYPNOSE (8.5 ± 1.7 [2-10]) comparé aux groupes NEUTRE et NOCEBO combinés (7.4 ± 2.1 [1-10] ; $p < 0.0001$) ou non.

Conclusion :

L'essai KTHYPE montre un bénéfice significatif de la communication thérapeutique avec une technique de confusion hypnotique pour un geste invasif quotidien telle que la pose de vvp. Ces résultats renforcent la nécessité d'enseigner la communication thérapeutique dans le parcours des soignants.

[1] Lang, Pain 2005 ; 114 (1-2) : 303-9.

[2] Varelmann, Anesth Analg 2010 ; 110 (3) : 868-70.

[3] Dutt-Gupta, Br J Anaesth 2007 ; 99 (6) : 871-5.

[4] Cyna, Pain 2005 ; 117 (1-2) : 239.

Session parallèle

Le cannabis thérapeutique à visée analgésique dans la vraie vie

L'expérience canadienne

P. Beaulieu (1)

(1) Faculté de médecine - Université de Montréal, Montréal - Québec, Canada

En 1996, deux cannabinoïdes synthétiques, le dronabinol et la nabilone, ont été mis sur le marché au Canada contre les nausées et les vomissements lors de chimiothérapies. Depuis 2005, le nabiximols (Sativex®) est également disponible pour le soulagement de la douleur neuropathique en présence de sclérose en plaques. Depuis le 17 octobre 2018, le cannabis est officiellement légal au Canada pour des fins récréatives. Ce projet a fait suite aux réglementations fédérales débutées depuis 2001 et qui permettaient la production et la distribution du cannabis à des fins médicales. Au Québec, le cannabis, qui est en vente libre à la Société Québécoise du Cannabis (SQDC), peut être consommé de différentes façons : fumé, vaporisé ou ingéré.¹

Toutefois au Canada, l'usage du cannabis séché à des fins médicales n'est pas un traitement reconnu.² Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a émis des recommandations en lien avec la prescription de cannabis :³ il n'est pas appropriée pour les moins de 25 ans, si risque ou historique de dépendance, si antécédents familiaux de psychose, si maladies cardiovasculaires ou respiratoires, pour les femmes enceintes ou qui allaitent. De plus, d'autres options thérapeutiques doivent être considérées, notamment d'autres formes de cannabinoïdes (nabiximols, nabilone). Le médecin doit noter au dossier l'indication pour laquelle le cannabis est prescrit et doit tenir un registre de ces patients. De plus, au moment de prescrire du cannabis, le médecin devra préciser sur l'ordonnance le type de produit, et si possible la quantité et la fréquence d'utilisation, faire au patient les recommandations d'usage, transmettre l'ordonnance au producteur, prévoir et assurer le suivi du patient et finalement ajuster l'ordonnance en conséquence (aux trois mois).³

Par ailleurs, une initiative lancée par le CMQ a permis le recrutement de patients entre mai 2015 et octobre 2018 afin d'établir un registre (Registre Cannabis Québec) qui est aujourd'hui constitué de 3 002 patients chez qui du cannabis a été prescrit pour diverses indications et sous différentes formes. Les données cliniques comprenaient un diagnostic primaire, secondaire, les symptômes et médications concomitantes ainsi que le type, le mode d'administration, la dose prescrite, et le ratio THC:CBD. Trois questionnaires d'auto-évaluation ont été utilisés : Brief Pain Inventory, Revised-Edmonton Symptom Assessment System, EQ-5D-5L, ainsi que le recueil des effets indésirables. Les résultats seront présentés lors de la conférence.

En conclusion au Canada, le cannabis n'est pas encore considéré comme un médicament. Les indications thérapeutiques sont rares et le cannabis n'est pas en première ligne. Les effets indésirables sont fréquents et le patient doit être suivi régulièrement. Des études cliniques sont encore nécessaires, afin de préciser les indications thérapeutiques.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

1. Société Québécoise du Cannabis (SQDC) - <https://www.sqdc.ca/fr-CA/>
2. Santé Canada - <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-medication/cannabis/information-medical-practitioners/information-health-care-professionals-cannabis-cannabinoids-fra.pdf>
3. Collège des médecins du Québec - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-20-fr-ordonnance-cannabis-fins-medicales.pdf>

Session parallèle

Le cannabis thérapeutique à visée analgésique dans la vraie vie

L'expérience israélienne

E. Eisenberg (1)

(1) Institute of Pain Medicine, Rambam Health Care Campus, Dean Rappaport Faculty of Medicine, Technion - Israel Institute of Technology, Haifa, Israel

Medical cannabis (MC) is becoming a treatment option for patients with chronic pain who fail other therapies. Yet, MC has not become a legitimate part of the pain therapy armamentarium, mainly due to lack of clear evidence for efficacy and reluctance of physicians to prescribe uncontrolled doses of cannabis (1).

The Israeli Ministry of Health (IMOH) regulations allow MC use as inflorescence (for smoking or inhaling) and/or oil extracts (for sublingual use) to treat chronic pain in patients who have been using conventional treatment options for at least a year, unsuccessfully, and have exhausted all other treatment options. According to current estimates approximately 60,000 Israelis are licensed to use MC (80% as inflorescence), mostly for the relief of chronic pain. This situation creates a unique opportunity to study various aspects of medical cannabis use.

Several cohort studies were conducted in Israel, attempting to gain knowledge on the effectiveness and safety of MC. The most extensive one is a large scale, multi-center, ongoing prospective "real world" study of new MC users, which provides further evidence for the effects of MC on chronic pain and related symptoms, demonstrating an overall mild to modest long-term improvement of the tested measures and identifying possible predictors for treatment success (2). On note is a significant decrease from baseline in morphine equivalent daily dosage of opioids. The study has also identified possible predictors for treatment success.

Physicians who treat chronic pain are increasingly requested to prescribe MC, but are often reluctant to do so. A study on physicians' knowledge, norms, attitudes, and experience, which may influence physician's intentions to recommend MC for patients with chronic pain will also be presented (3).

Recent developments can potentially create a change in the way MC is perceived by the medical community in Israel: First, a reform led by the IMOH in the way MC is supplied (precise THC/CBD concentrations of oil extracts). Second, a thermal-metered-dose inhaler (Exo; Syqe Medical; Israel), designed to vaporize multiple precise micro-doses of inhaled cannabis, has been released to the market (4).

1. Fisher E, et al., Cannabinoids, cannabis, and cannabis-based medicine for pain management: a systematic review of randomised controlled trials. *Pain*. 2020 May 18. doi: 10.1097.

2. Aviram J, et al., Medical Cannabis Treatment for Chronic Pain: Outcomes and Prediction of Response. *EJP*, 2020 Oct 16. doi: 10.1002

3. Zolotov Y, et al., Predicting Physicians' Intentions to Recommend Medical Cannabis. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Sep;58(3):400-407. doi: 10.1016

4. Almog S, et al., The pharmacokinetics, efficacy, and safety of a novel selective-dose cannabis inhaler in patients with chronic pain: A randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Eur J Pain*. 2020 May 23;24(8):1505-16. doi: 10.1002

Session parallèle Mésusages des antalgiques

Le paracétamol

G. Pickering (1)

(1)CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

Le paracétamol est l'antalgique non-opioïde le plus utilisé dans le monde et en France. L'effet antalgique a été démontré par des méta-analyses dans des situations de douleur aiguë (1). En ce qui concerne les risques liés à la prise de paracétamol, l'insuffisance hépatique qui peut être fatale est le risque le plus grave. Lors d'intoxications volontaires ou involontaires, une prise en charge médicale avec administration de N-acétylcystéine (2) est nécessaire en raison de cette toxicité hépatique du paracétamol. L'ANSM a souhaité renforcer les informations présentes sur les boîtes de médicaments à base de paracétamol afin de sensibiliser les patients et les professionnels de santé sur les risques hépatiques. Une méta-analyse avait évoqué une augmentation de la mortalité totale et des risques cardiovasculaires, rénaux et digestifs chez les patients consommant de « fortes doses » de paracétamol de manière régulière, mais cette étude présentait un nombre de biais. Les populations vulnérables comme la femme enceinte, l'enfant ou la personne âgée doivent avoir des prises en charge adaptées afin de respecter un bon usage de ce médicament. Pour ce médicament souvent banalisé, accessible sur prescription et en automédication, il est important de sensibiliser les professionnels de santé ainsi que les patients pour une utilisation appropriée, afin d'éviter le mésusage et promouvoir le bon usage et éviter toute pathologie iatrogène.

(1) - Gougain M, Moreau A, Boussageon R, Pickering G, Gueyffier F. [Acute analgesic effect of paracetamol in primary care: Incomplete evidence]. *Thérapie*. 2017 Oct;72(5):609-613. doi: 10.1016/j.therap.2017.02.004. Epub 2017 Apr 4.

(2) - Pickering G, Macian N, Papet I, Dualé C, Coudert C, Pereira B. N-acetylcysteine prevents glutathione decrease and does not interfere with paracetamol antinociceptive effect at therapeutic dosage: a randomized double-blind controlled trial in healthy subjects. *Fundam Clin Pharmacol*. 2019 Jun;33(3):303-311.

Session parallèle Mésusages des antalgiques

Les AINS

C. Dualé (1)

(1)Centre de Pharmacologie Clinique, INSERM U1107, CHU, Clermont-ferrand, France

Certes, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) ne sont pas très utilisés en France en tant qu'antalgiques, sauf sans doute par les anesthésistes ; ils sont plutôt considérés selon leur dénomination courante, principalement indiqués dans les poussées inflammatoires de l'arthrose ou des polyarthrites. Toutefois, ces inhibiteurs de la cyclo-oxygénase sont d'authentiques antalgiques dont la puissance dans certaines douleurs (non neuropathiques) est largement sous-estimée, et leur usage est plus répandu dans d'autres pays que la France, notamment européens.

Leur réputation de médicaments mal tolérés – voire dangereux – n'aide donc pas à leur usage, et pourrait de fait rendre caduque la question du mésusage. Pourtant, leur utilisation raisonnée peut être une solution pour plusieurs situations cliniques dans lesquelles les autres options sont peu efficaces (ils ont un effet particulier dans les douleurs au mouvement). Seule une bonne connaissance de la pharmacodynamie peut aider à sélectionner les patients qui peuvent bénéficier sans risque de ces molécules. Si l'on évalue les risques du patient, moyennant un choix personnalisé des molécules, plus de patients que l'on pense peuvent en bénéficier.

Les formulations topiques, bien qu'intéressantes, ne sont pas dénuées de risque de passage systémique.

Pour obtenir un effet sans risque, il faut :

1. bien évaluer le terrain, notamment avoir un débit de filtration glomérulaire récent avant prescription, et faire un bilan du risque hémorragique et thrombotique ;
2. toujours respecter contreindications formelles, bien que celles-ci ne soient pas si fréquentes ;
3. réduire les doses, sachant que l'antalgie est obtenue avec les doses les plus basses de la gamme thérapeutique, et que le paracétamol a un fort effet synergique (à associer systématiquement) ;
4. réduire les durées de prescription : ce ne sont pas des traitements chroniques, mais des recours brefs dans des situations d'aggravation aiguë de douleurs nociceptives ;
5. recourir largement à l'association à un inhibiteur de la pompe à protons ;
6. enseigner au patient les précautions et les symptômes à repérer.

Revue générale

- Harirforoosh S & Jamali F. Expert Opin Drug Saf 2009; 8:669-81
- Day RO & Graham GG. BMJ 2013; 346:f3195
- McPherson ML & Cimino NM. Pain Med 2013; 14 Suppl 1:S35-S39

Recommandations

- Zhang W et coll. (OARSI). Osteoarthritis Cartilage 2007; 15:981-1000
- Zhang W et coll. (OARSI). Osteoarthritis Cartilage 2008; 16:137-62
- Hochberg MC et coll. (ACR). Arthritis Care Res (Hoboken.) 2012; 64:465-74
- Bruyère O et coll. (ESCEO). Semin Arthritis Rheum 2014; 44:253-63
- Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). <http://ansm.sante.fr> . 2013.

Méta-analyses



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- Moore RA et coll. Eur J Pain 2015; 19:1213-23
- Derry S et coll. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4:CD007400
- Derry S et coll. Cochrane Database Syst Rev 2017; 5:CD008609

Session parallèle Mésusages des antalgiques

Les gabapentinoïdes

V. Martinez (1)

(1)Hôpital Raymond Poincaré, Garches, France

Les gabapentinoïdes représentés par la gabapentine et la prégabaline sont deux molécules qui modifient l'activité des canaux calciques voltage dépendant du système nerveux central. Elles ont connu une véritable explosion de leur prescription depuis leur positionnement en traitement de première intention dans le traitement des douleurs neuropathiques. L'obtention de l'AMM européen de la prégabaline en 2004 a été suivie d'un véritable engouement dans sa prescription, avec des prescriptions en dehors de l'AMM qui se sont multipliés pour divers symptômes incluant les troubles du sommeil, de l'humeur, les douleurs postopératoires. Les premiers signaux d'addictovigilance sont apparus dans les années 2010 dans les pays nordiques, montrant l'implication des gabapentinoïdes dans les décès liés à l'abus de substance (1). Depuis de nombreuses preuves sont disponibles et rapportent une addiction de l'ordre de 10% chez les patientes exposées au long cours (2). Un mésusage, abus et dépendance ont été mis en évidence dans de nombreuses cohortes (2, 3). Les phénomènes les plus observés sont l'utilisation de doses supérieures à celles préconisées, une utilisation récréative ou encore une prescription médicale hors AMM (5,6). Au cours de cette présentation, seront abordés les données épidémiologiques disponibles, la physiopathologie des addictions avec ces molécules ainsi que les facteurs de risques de mésusage. L'ensemble de ces éléments doivent inciter les professionnels de santé à rester vigilants lors de la prescription de ces molécules (7).

1: Hägg S, Jönsson AK, Ahlner J. Current Evidence on Abuse and Misuse of Gabapentinoids. *Drug Saf.* 2020 Aug 28.

2: Evoy KE, Covvey JR, Peckham AM, Ochs L, Hultgren KE. Reports of gabapentin and pregabalin abuse, misuse, dependence, or overdose: An analysis of the Food And Drug Administration Adverse Events Reporting System (FAERS). *Res Social Adm Pharm.* 2019 Aug;15(8):953-958

3: Daly C, Griffin E, Ashcroft DM, Webb RT, Perry IJ, Arensman E. Intentional Drug Overdose Involving Pregabalin and Gabapentin: Findings from the National Self-Harm Registry Ireland, 2007-2015. *Clin Drug Investig.* 2018 Apr;38(4):373-380

4: Anantharamu T, Govind MA. Managing chronic pain: are gabapentinoids being misused? *Pain Manag.* 2018 Sep 1;8(5):309-311

5: Verret M, Lauzier F, Zarychanski R, Savard X, Cossi MJ, Pinard AM, Leblanc G, Turgeon AF. Perioperative use of gabapentinoids for the management of postoperative acute pain: protocol of a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2019 Jan 16;8(1):24.

6: Martinez V, Carles M, Marret E, Beloeil H. Perioperative use of gabapentinoids in France. Mismatch between clinical practice and scientific evidence. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2018 Feb;37(1):43-47

7: Smith RV, Havens JR, Walsh SL. Gabapentin misuse, abuse and diversion: a systematic review. *Addiction.* 2016 Jul;111(7):1160-74.

Session parallèle **Numérique et la médecine de la douleur (1^o partie)**

1- Numérique comme outils de formation des soignants

L. Mathieu (1)

(1)Centre Hospitalier de Verdun Saint Mihiel, Verdun, France

La formation continue des soignants doit permettre de répondre à l'acquisition des savoirs et des compétences nécessaires à l'exercice de la profession et ce quel que soient les spécificités et les particularités ainsi que la nature de l'affectation du soignant.

Pour ce faire, une part du budget de formation des établissements de santé est affectée à ces actions de formation continue.

Mais force est de constater que les obligations et les incitations à se former s'opposent à la réalité du quotidien.

Réunir un groupe dans une salle dédiée dans un même espace-temps devient un gageure, les départs en formation étant de plus en plus contraints par les modifications quasi quotidiennes des plannings des agents.

Le numérique apparaît alors comme une « bonne solution »

Mais qu'en est-il dans les établissements de santé ?

Les services de formation continue, les encadrements et les soignants sont-ils prêts à ce changement de paradigme.

Les modèles d'apprentissage descendants font place aux modèles d'apprentissage ascendants, l'apprenant avance à son rythme selon le modèle ATAWAD (Any Time, Any Where, Any Device) mais la fracture numérique ne risque-t-elle pas de laisser certaines générations en marge de ces évolutions technologiques ?

En effet, les règles d'enseignement et d'apprentissage changent le présentiel fait place au distanciel synchrone ou asynchrone.

Le modèle asynchrone s'oppose au sacrosaint contrôle que peuvent opérer les encadrements des professionnels qui n'ont pas la culture du télétravail.

Des questions restent encore non résolues mais la crise COVID va très certainement permettre de reconsidérer l'ingénierie de formation.

Le changement doit être accompagné, la gamification de la formation à l'aide des serious game est certainement une des clefs de la réussite du passage au numérique et la création d'un programme de formation adapté et personnalisé à chaque soignant en fonction de ses objectifs et de ses besoins permettra un développement professionnel continu tout au long de la carrière professionnelle.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Session parallèle

Numérique et la médecine de la douleur (1° partie)

2- Numérique comme outils de suivi en vie réelle des patients : e-Dol

N. Attal (1)

(1) Hôpital Ambroise Paré, INSERM U 987 et CETD, APHP, Boulogne-billancourt, France

La médecine connectée est une discipline en plein essor, notamment en ces temps difficiles, et ceci s'applique tout particulièrement à la douleur chronique (1). L'objectif de l'application numérique e-Dol développée avec bePatient avec le soutien de l'Institut Analgesia, est de recueillir à l'échelon national des données sémiologiques, épidémiologiques, et thérapeutiques sur une très large cohorte de patients douloureux chroniques (e cohortes) suivis dans des structures de lutte contre la douleur en France. À terme les informations recueillies à grande échelle (« big data ») permettront, outre le suivi individualisé des patients et l'aide au choix des traitements, de réaliser des études épidémiologiques et cliniques et dans un second temps des études thérapeutiques sur des patients bien individualisés, dans une perspective de recherche translationnelle.

(1) Eccleston C, Blyth FM, Dear BF, Fisher EA, Keefe FJ, Lynch ME, Palermo TM, Reid MC, Williams ACC. Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Pain*. 2020 May;161:889-893.

Session parallèle **Numérique et la médecine de la douleur (2° partie)**

1- Numérique comme outil diagnostic : évaluation de la douleur par reconnaissance de l'expression faciale

D. Fontaine (1)
(1)CHU de Nice, Nice, France

L'évaluation de l'intensité de la douleur est essentielle pour adapter le traitement antalgique. Comme elle repose essentiellement sur une auto-évaluation, l'estimation de la sévérité d'une douleur est difficile, voire impossible chez les patients non communicants (enfants préverbaux, patients déments, trouble de la conscience...). Dans ces cas-là, la douleur ne peut être évaluée que par des professionnels de santé à l'aide d'échelles d'hétéro-évaluation basées en grande partie sur l'expression faciale de la douleur. Cependant, la reconnaissance de cette expression par les soignants est chronophage, subjective, peu fiable, aboutissant fréquemment à une sous-évaluation de la douleur et une prise en charge insuffisante ou inappropriée.

Bien que plusieurs études aient suggéré que la reconnaissance faciale automatisée pouvait être utilisée pour évaluer la douleur, aucun outil numérique n'est aujourd'hui disponible dans la pratique clinique pour évaluer la douleur chez les patients non communicants.

Le but de l'étude DEFI était de déterminer la capacité d'un système l'Intelligence Artificielle utilisant l'apprentissage profond à évaluer de manière fiable, rapide et objective la douleur en se basant sur la reconnaissance automatisée de l'expression faciale.

Nous avons capturé concomitamment l'expression faciale et l'intensité douloureuse (échelle verbale numérique en 11 points) de 1189 patients opérés au CHU de Nice, avant et après intervention chirurgicale (à l'exclusion des interventions modifiant les traits du visage), soit 2810 images/intensités douloureuses.

L' algorithme développé en partenariat avec Orange (réseau de neurones convolutif – Resnet-18) analysait l'image du visage et a pu prédire l'intensité correcte de la douleur entre 0 et 10 avec une concordance de 53% avec l'intensité exprimée par les patients, et un erreur moyenne absolue de 2,4 points. Sa sensibilité pour détecter l'expression d'une douleur sévère (>7/10) était de 77,5%. Ces performances étaient meilleures que celles des 33 infirmières expérimentées soumises à la même tâche dans les mêmes conditions.

Les prochains enjeux seront d'affiner l'algorithme, de l'entraîner sur une population de patients beaucoup plus large, diverse et en prenant en considération d'autres marqueurs de la douleur (rythme cardiaque, tension artérielle, diamètre pupillaire, ...) pour atteindre une sensibilité et une spécificité permettant son utilisation pertinente en pratique clinique.

- Prkachin K, Solomon P. The structure, reliability and validity of pain expression: evidence from patients with shoulder pain. *Pain* 2008;139:267–74.

- Kunz M, Meixner D, Lautenbacher S. Facial Muscle Movements Encoding Pain-A Systematic Review. *Pain* 2019;160:535-49.

- Dawes T, Eden-Green B, Rosten C, et al. Objectively measuring pain using facial expression: is the technology finally ready? *Pain Manag* 2018;8.

Session parallèle

Numérique et la médecine de la douleur (2° partie)

2- Place du numérique dans une organisation innovante ville-hôpital de la prise en charge du patient douloureux chronique

J. Nizard (1), C. Duvaux (2)

(1) CETD, CHU, Nantes, France, (2) CHU de Nantes, Nantes, France

La prise en charge de la douleur chronique en 2020 reste un défi de santé publique.

Les difficultés ne se résument pas seulement au manque de données probantes sur telle ou telle intervention biomédicales. Elles mettent en lumière la difficulté de notre système de santé à être globalement préventif, coordonné, sur la base d'une approche globale du patient centrée sur sa qualité de vie au plus près de son lieu de vie mobilisant la bonne ressource au bon moment.

Manque de communication entre acteurs, difficulté de partage des connaissances, approches encore trop cloisonnées, et financements inadaptés, contribuent grandement à cette inefficacité (et pas seulement le manque de moyens).

La Stratégie Nationale de Santé promue par le ministère et le Projet Régional de Santé des Pays de Loire en découlant, nous incitent à surseoir à cela. L'article 51 de la LFSS 2018 inspiré par les constats susnommés offre aux acteurs la possibilité de dépasser les clivages sectoriels induits par la réglementation et les modes traditionnels de financement afin d'expérimenter une réponse en logique de parcours de santé plus transversale réduisant les risques de rupture, facteurs d'accumulation des délais conduisant pour partie à la chronicisation.

En région Pays de la Loire, avec le soutien de l'Assurance Maladie et de l'ARS, il a donc été proposé de se saisir de cette opportunité afin d'expérimenter une organisation innovante visant la mise en œuvre d'une réponse pluri-professionnelle de proximité autour du Médecin Traitant, pluri-professionnalité essentiellement réservée aux centres ressources douleurs et pourtant consubstantielles de la réussite des prises en charge dans l'approche bio-psycho-sociale qui la caractérise. Pour y parvenir, la « dématérialisation » des échanges sur la base d'un « travail en réseau structuré gradué », doit permettre entre autre de libérer du « temps soignant » utile en réduisant les coûts des transactions nécessairement nombreuses dans une organisation coopérative complexe mais se voulant malgré tout réactive, mobilisant de manière plus ou moins synchrone un grand nombre d'acteurs autour du patient, en l'incluant comme partenaire actif de sa prise en charge.

Ainsi, une réponse plus opérationnelle du patient douloureux chronique pourra être proposée et évaluée. Mais les nombreux outils disponibles aujourd'hui doivent s'inscrire selon nous dans le but de répondre aux enjeux de cette organisation innovante nécessitant de construire un schéma cohérent de leur déploiement et usage. En effet l'outil numérique n'est rien voire s'avère rapidement contre-productif s'il ne répond pas à un besoin identifié dans une organisation fonctionnelle au service d'une finalité partagée. Nous évoquerons également les perspectives ouvertes en matière de financements innovants, de conduite du changement et de recherche.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Références :

Agence Régionale de la Santé Pays de la Loire. (2018). Projet régional de Santé des pays de la Loire - Arrêté ARS-PDL-DG/2018/40 du 18 mai 2018.

Assurance Maladie. (2010). Article 51 - Guide sur les modèles de financement.

Haute Autorité de Santé. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer, l'orienter .

Haute Autorité de Santé. (2009). Douleur chronique : aspects organisationnels.

Ministère de la Santé. (2017). Article 51 de la loi 2017_1836 de financement de la sécurité sociale 2018.

Ministère de la santé. (2018). Stratégie Nationale de Santé.

SFETD. (2017). Livre blanc de la Douleur.

SFETD. (2019). Guides des bonnes pratiques sur les SDC.

Session parallèle **Pharmacologie et société**

1- « L'intention du prescripteur, les réalités des patients ; une situation qui a du cachet »

A. Bioy (1)

(1) Université Paris 8, Saint-denis, France

La prescription est un acte courant, dont la portée est pourtant l'une des moins anodine de tout le spectre des pratiques médicales. Il s'agit d'un acte qui revêt un caractère symbolique, culturel et pédagogique. Il a tellement de sens que le patient va même parfois choisir de le transgresser pour essayer d'affirmer son désir, pour tenter de se réapproprier son corps, et de trouver une autre place face à l'empire médical sur sa situation. Il va alors falloir reprendre la main en nommant ce comportement ("non observance / non compliance") puis réinstaller une relation thérapeutique convenable, dans un jeu assez inégal avec le patient. Dans ce mouvement, l'intention du prescripteur est docte, experte, volontiers à vocation bienfaisante. Les réalités du patient sont cependant plus plus complexes, car il a son propre savoir sur la situation, et surtout ses propres intentions, plus ou moins avouées. Si "le patient a toujours raison", il a parfois la pudeur de le cacher par quelques mensonges par omission...

Et si ces mensonges par omission expliquaient pourquoi les patients trouvent un intérêt majeur au cannabis non prescrit et que - prescrit - il a moins d'effet, voire pas d'effet? Et si ces mêmes mensonges par omission pouvaient intervenir dans les effets des psychothérapies utilisant des psychotropes pour potentialiser les effets obtenus? Et si certains médicaments dans l'arsenal médical en douleur produisait un effet paradoxal passé sous silence par nos patients, bien qu'ils y trouvent avantage, kétamine en tête?

L'hypothèse que nous avancerons est le poids des états de conscience modifiés dans l'acte de prescription et les effets médicamenteux qui vient colorer de façon si particulière la rencontre entre une intention, et des réalités... amplifiées?

Bioy A, Lignier, B. Clinique et Psychopathologie de la Douleur. Paris, Dunod.

Session parallèle Pharmacologie et société

2- « Etre prescripteur aujourd'hui : de la crise des opiacés à la rencontre avec le patient »

D. Baylot (1)

(1) Institut Mutualiste de la Loire, Saint-etienne, France

La crise des opiacés est un scandale sanitaire qui a touché essentiellement le monde anglo saxon ces dernières années, avec de très nombreux décès liés à des over doses d'opiacés à partir de prescriptions initialement à visée antalgique. Nos sociétés plus régulées ont été moins touchées. Cette crise a révélée l'impact délétère de comportements industriels, marketing et institutionnels déviants, aux conséquences sanitaires désastreuses, qui ne déchargent pas pour autant la responsabilité éthique des prescripteurs. Cette crise des opiacés, plus complexe qu'il n'y paraît, [1] met en lumière les multiples enjeux de la prescription, son rôle social voir sociétal. Elle nous interroge sur les facteurs d'influences, respectivement partagées entre les médecins et les patients, intervenant dans la relation thérapeutique sur le rôle les médias et des réseaux sociaux, ainsi que sur la responsabilité médicale individuelle et collective. Elle pose aussi la question de santé publique du soulagement de la douleur chronique [2].

Comment cette responsabilité du lien thérapeutique évolue au gré de ces évènements et de leur médiatisation ?

L'acte de prescrire est tout sauf neutre. Il constitue le plus souvent un pré requis attendu à toute consultation médicale. Il est entouré de beaucoup de fantasmes, (de la part de celui qui reçoit et de celui qui prescrit) du côté de la puissance, du pouvoir, mais aussi de la récompense et du plaisir. Il joue un rôle de médiation entre le praticien et le patient [3]. Cette relation a beaucoup évoluée ces dernières années passant d'une relation « paternaliste » à une relation « d'autonomisation » toutes les deux restant asymétriques. Les enjeux sont importants pour les deux « partenaires » : d'un côté l'amélioration de l'état global de santé, et de l'autre la pertinence des choix thérapeutiques dans l'attente partagée d'un résultat favorable.

La légitime médiatisation des phénomènes de société, joue parfois un rôle « confusionnant » pour le prescripteur et le patient en modulant les représentations individuelles et collectives. Elle remet en cause certains fondements sur lesquels est basés la relation thérapeutique. Elle participe au climat général actuel de défiance vis à vis des institutions et de leur représentants. Or c'est de la concordance de ces représentations que dépend l'efficacité globale du traitement.

C'est par l'analyse, la compréhension et la discussion de ces phénomènes, que l'on pourra trouver « l'accordage » nécessaire à une bonne relation thérapeutique.

1- M E Rose. Are prescription opioids driving the opioid crisis ? Assumptions vs facts . Pain medicine 793-807, 2018

2- Pain management, prescription opioid mortality, and the CDC ; is the devil in the data ? Journal of Pain research 2489-2495 ; 2017

3- 3 - M Villani, C Montel, S Sultan, C Bungener. Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. Bulletin de psychologie 2013/6 (258) 477-487

Session parallèle Pharmacologie et société

3- « Place, rôle et fonction du médicament dans la société contemporaine »

S. Dizet (1)

(1) Centre Hospitalier Sevrey / Service Pharmacie, Chalon-sur-saône, France

Le médicament est à la fois un des biens de consommation courante les plus anciens et répandus et un outil thérapeutique primordial. Tour à tour bien marchand, industriel, puis public, il est devenu un objet social à part entière. Son usage, qui remonte à la plus haute antiquité, ne cesse de croître et de s'élargir au fil des années. Il est influencé par de nombreux déterminants culturels et facteurs sociaux qui nous permettent de comprendre pourquoi et comment sa place est devenue si centrale dans nos vies. La définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948 et l'émergence de la santé publique ont considérablement transformé le rapport de notre société au médicament. Dès lors, une place est à prendre sur le marché du médicament : l'industrie pharmaceutique mute vers une industrie science-based et clinical-based. Construire des connaissances autant scientifiques que crédibles en matière d'efficacité thérapeutique des médicaments devient un enjeu majeur pour les acteurs du médicament. Au 20^{ème} siècle, sous la pression d'une demande de traitement efficace, capable de guérir ou de prévenir et grâce à l'émergence de technologies innovantes, le médicament dépasse son statut initial de remède pour devenir innovation thérapeutique. Fruit d'une recherche scientifique hautement performante, d'une prise de risque, de l'accumulation de savoir et savoir-faire ou juste du hasard, la mise au point d'une innovation thérapeutique est le déterminant majeur de l'image de marque des grands noms de l'industrie pharmaceutique. Mais cette course à la montre pour le médicament innovant est-elle compatible avec une production efficiente, un coût raisonnable et un usage rationnel en période de pandémie telle que nous la vivons aujourd'hui ?

Chauveau Sophie. Médicament et société en France au XX^e siècle, Vingtième Siècle, 2002, 73, p. 169-185

Session parallèle

RAAC (programme de récupération améliorée après chirurgie)

1- Règles fondamentales de la RAAC

K. Slim (1)

(1)CHU Estaing, Clermont-ferrand, France

La récupération ou réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) est née quand les médecins (chirurgiens et anesthésies) ont compris que les soins opératoires et périopératoires peuvent constituer une agression physiologique qui s'ajoute à l'agression de la maladie. Un ensemble de mesures a été ainsi individualisé pour limiter cette agression [1]. Près de trois quarts de ces mesures est fondé sur un bon niveau de preuves scientifiques (essais randomisés ou méta-analyses). Ces mesures sont soit l'abandon de certains soins inutiles (voire délétères dans certains cas) soit l'ajout de soins améliorant les suites opératoires. La communauté chirurgicale au sens large (chirurgiens et anesthésistes) est ainsi en train de vivre une véritable révolution dans les soins périopératoires quelle que soit la spécialité [2]. Cette révolution n'est ni technologique (comme la chirurgie robotique) ni médicamenteuse, mais organisationnelle. Il est en effet rare qu'une innovation aboutisse à une telle amélioration des suites opératoires.

Le programme de RAC comporte trois phases de prise en charge pré, per et postopératoire avec des mesures techniques communs à toutes les spécialités chirurgicales et des mesures spécifiques à chaque spécialité. Il n'y a, a priori, pas de contre-indication à la RAC mais une adaptation des protocoles à des cas particuliers de patients (patients âgés, diabétiques, etc) ou à des conditions de prise en charge (chirurgie d'urgence).

Ce concept appelé initialement « chirurgie express » (fast-track surgery) a évolué, en une dizaine d'années, vers « RAC », ce qui met en avant l'amélioration des suites opératoires plutôt que le raccourcissement du séjour hospitalier [3]. La finalité de la RAC n'est pas de « faire sortir rapidement » les patients. Il s'agit d'améliorer les suites de la chirurgie.

Mais les bénéfices de la RAC ne se limitent pas à la réduction de la morbidité postopératoire. Il s'est rapidement avéré que, pour que la RAC réussisse, l'instauration d'un esprit d'équipe est essentielle parmi tous les intervenants. On peut définir la RAC comme « une médecine de qualité dans un bon esprit d'équipe » [2]. Le rôle du patient acteur de ses soins est aussi majeur.

Toutes les études montrent que la RAC aboutit à un raccourcissement du séjour hospitalier (qui reste un marqueur des soins sans pour autant devenir un objectif majeur), sans augmentation des réadmissions. La gestion des risques liés à la sortie précoce est systématique et repose sur une organisation optimale du suivi où le patient et son entourage sont des acteurs majeurs.

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. JAMA Surg 2017; 152: 292-8.

2. Slim K. Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAC : La comprendre et la mettre en œuvre. Ed Elsevier Paris 2018, pp 144. ISBN: 9782294761775.

3. Slim K. Fast-track Surgery: The Next revolution in surgical care following laparoscopy. Colorectal Dis 2011; 13: 478-80.

Session parallèle

RAAC (programme de récupération améliorée après chirurgie)

2- Pourquoi la pluriprofessionnalité est-elle essentielle ?

J. Gautier (1)

(1)CHRU, Montpellier, France

Les principes de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) ont pour objet d'améliorer et d'accélérer la récupération des patients, après une intervention chirurgicale. L'ensemble des mesures qui interviennent sur les 3 périodes pré-, per- et postopératoires doivent permettre une récupération améliorée et rapide du patient permettant une sortie anticipée.

La RAAC correspond à une organisation spécifique des soins selon la notion de « chemin clinique » centrée autour du patient qui joue un rôle actif dans la démarche.

Sa pratique est multidisciplinaire et nécessite donc des efforts combinés de l'ensemble des équipes médicales (médecins anesthésistes, chirurgiens, rééducateurs, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.), ainsi qu'un environnement administratif et organisationnel favorable. Selon les auteurs, compte tenu de la multidisciplinarité de la démarche, l'implication de chacun des intervenants doit être protocolisée et coordonnée par un référent. Les enjeux pour les professionnels sont la promotion de pratiques coopératives entre professionnels (anesthésistes, chirurgiens, paramédicaux), la meilleure coordination des soins en équipe (chemins cliniques, culture d'équipe) et la promotion de la coopération ville-hôpital.

Cohen R, Goberman-Hill R. Staff experiences of enhanced recovery after surgery: systematic review of qualitative studies. *BMJ Open* 2019;9:e022259. doi:10.1136/bmjopen-2018-022259

Francis NK, Walker T, Carter F, Hübner M, Balfour A, Jakobsen DH, Burch J, Wasylak T, Demartines N, Lobo DN, Addor V, Ljungqvist O. Consensus on Training and Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: A Delphi Study. *World J Surg*. 2018 Jul;42(7):1919-1928. doi: 10.1007/s00268-017-4436-2. PMID: 29302724.

HAS. Rapport d'Orientation Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. Juin 2016. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

Herbert G, Sutton E, Burden S, Lewis S, Thomas S, Ness A, Atkinson C. Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 31;17(1):617. doi: 10.1186/s12913-017-2547-y. PMID: 28859687; PMCID: PMC5580205.

Pearsall EA, Meghji Z, Pitzul KB, Aarts MA, McKenzie M, McLeod RS, et al. A qualitative study to understand the barriers and enablers in implementing an enhanced recovery after surgery program. *Ann Surg* 2015;261(1):92-6.

Session parallèle

RAAC (programme de récupération améliorée après chirurgie)

3- Gestion de l'analgésie à domicile dans le cadre de la réhabilitation améliorée après chirurgie

A. Theissen (1)

(1)CH Princesse Grace - Anesthésie - Réanimation Chirurgicale, Monaco, France

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise de Kehlet est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie permettant une sortie précoce et une baisse de la morbidité. La prise en charge optimale de la douleur aigüe post-opératoire est incontournable pour la réussite du programme RAAC et commence dès le préopératoire par l'information et l'éducation du patient. Une douleur post-opératoire non contrôlée pourrait compromettre la sécurité du patient et imposer une réhospitalisation. Un autre enjeu est la réduction du risque de douleur chronique post-chirurgicale.

Les antalgiques doivent pouvoir être pris par voie orale et selon le principe de l'analgésie multimodale. La gamme des produits disponibles est assez vaste, allant du paracétamol et des AINS aux morphiniques de palier 2 (codéine, tramadol) et à la morphine orale. Les techniques d'anesthésie locorégionale et/ou d'infiltrations doivent être associées avec possiblement mise en place de cathéters pour prolonger l'effet. Leur efficacité est optimale permettant le plus souvent aux patients de quitter l'institution avant la levée complète du bloc sensitif et donc avec une absence complète de douleur, au moins jusqu'au retour à domicile. Elle suppose une bonne gestion du relais analgésique par le patient et son entourage, sans personnel médical ou paramédical pour adapter le traitement.

La gestion de l'analgésie doit se faire à la carte en fonction du patient (facteurs de risques propres et expériences précédentes), du type de chirurgie et du parcours clinique du patient.

Plus largement, la gestion de la douleur dans le cadre de la RAAC doit être multidisciplinaire associant le chirurgien et aussi les acteurs de ville après la sortie (infirmière libérale, kinésithérapeute ...). A l'avenir la gestion de l'analgésie intégrera probablement l'analyse du profil génétique du patient pour recevoir des médicaments et techniques adaptés à son génome.

Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;78:606-17

Gerbershagen HJ et al. Pain Intensity on the first day after surgery. A prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology* 2013;118: 934-44.

Dunkman WJ, Manning MW. Enhanced Recovery After Surgery and Multimodal Strategies for Analgesia. *Surg Clin North Am.* 2018;98:1171-1184.

Joshi GP, Kehlet H. Postoperative pain management in the era of ERAS: An overview. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2019;33:259-267.

Jones MR, et al. Regional Catheters for Outpatient Surgery-a Comprehensive Review. *Curr Pain Headache Rep.* 2019;23:24.

SFAR/SOFCOT. RFE Réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique lourde du membre inférieur 2019. <https://sfar.org/download/rfe-rac-orthopedique/?wpdmdl=24459&refresh=5f54b5b7960051599387063>

Session parallèle Recherche translationnelle

1- "Dormir ! Souffrir peut-être ! C'est toute la question"

H. Bastuji (1)
(1)HCL, CRNL Equipe Neuropain, Lyon, France

Lors du sommeil nous perdons la conscience du monde extérieur et notre organisme diminue globalement son activité. Cependant tout un ensemble de fonctions augmentent comme la synthèse protéique, les mécanismes de défense immunitaire, la consolidation des apprentissages et la gestion mnésique et émotionnelle.

Il est difficile de trouver le sommeil en cas de douleur, car celle-ci représente un signe d'alerte, de danger pour l'organisme, incompatible avec l'installation du sommeil. Mais qu'en est-il de la douleur survient alors que nous sommes endormis ? Les études expérimentales ont montré que nous restons capables de filtrer les informations sensorielles en fonction de leur pertinence pour l'intégrité corporelle et bien sûr de la profondeur du sommeil. La douleur phasique ne réveille le dormeur que dans 30% des cas, et de façon transitoire, sans laisser de souvenir le matin au réveil. Ceci suggère l'existence d'une fluctuation spontanée de la capacité de réactivité du cerveau au cours du sommeil, conduisant ou non au maintien du sommeil. Les facteurs qui conduisent à son interruption, qu'ils soient perceptuels ou sous influence mnésique et émotionnelle, semblent impliquer la réapparition transitoire d'une connectivité cérébrale effective et d'un traitement cérébral de haut niveau. En cas de douleur chronique d'autres mécanismes semblent entrer en jeu, comme un système de régulation de type top down, permettant à 20 à 30% des patients douloureux chroniques de dormir correctement. Pour les autres, des preuves directes d'un facteur de vulnérabilité commun en relation avec celui de la dépression manquent encore pour confirmer l'existence d'un terrain de prédilection, mais des éléments cliniques indirects vont dans ce sens.

(1). Bastuji H, Perchet C, Legrain V, Montes C, Garcia-Larrea L. Laser evoked responses to painful stimulation persist during sleep and predict subsequent arousals. *Pain* (2007), doi:10.1016/j.pain.2007.10.027.

(2). Bastuji H, Lavigne G. Pain perception during sleep. In *Pain and the conscious brain*. Editors Luis Garcia-Larrea, Philip L. Jackson. Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2016. pp 61-74.

(3). Garcia-Larrea L and Bastuji H. Pain and Consciousness. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017 Oct 12. pii: S0278-5846(17)30510-9. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.10.007.

Session parallèle Recherche translationnelle

2- Peut-on évaluer les composantes psychologiques de la douleur dans les modèles animaux ?

M. Barrot (1)

(1)CNRS, Université de Strasbourg, Institut des Neurosciences Cellulaires & Intégratives (UPR3212), Strasbourg, France

Les aspects émotionnels de la douleur sont multiples. Ils sont d'une part intrinsèques à l'expérience douloureuse elle-même, puisqu'elle est par définition une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Ils peuvent d'autre part être une conséquence psychiatrique de douleurs en particulier chroniques, la dépression et/ou l'anxiété étant en effet fréquemment observées chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Pendant cette dernière décennie, des progrès ont été faits en recherche dans les modèles animaux pour aborder ces aspects émotionnels de la douleur. D'un côté, des procédures ont été développées pour accéder à la composante émotionnelle désagréable de la douleur. Elles sont en général basées sur des comportements d'évitement et/ou de conditionnement aversif, ou peuvent reposer sur l'expression faciale de la douleur. Certaines semblent plus pertinentes dans les situations de douleur aiguë mais peu adaptées aux douleurs chroniques, d'autres peuvent être utilisées sur des modèles de douleur chronique mais sont très chronophages et peu sensibles. Dans tous les cas elles restent encore délicates à utiliser de façon routinière dans les laboratoires de recherche et nécessitent des progrès. D'autre part, différents tests et modèles ont été développés chez les rongeurs pour étudier les conséquences « anxiodépressives » de douleurs chroniques, aussi bien inflammatoires, que neuropathiques ou qu'en modèles potentiels de fibromyalgie. Ces outils précliniques (modèles et tests) ont ainsi permis d'établir un lien de causalité entre douleur chronique et troubles de l'humeur et de commencer à apporter des informations mécanistiques aux niveaux aussi bien neuroanatomique, qu'électrophysiologique et moléculaire. Là encore, des progrès majeurs restent encore à faire pour notamment optimiser et standardiser les procédures. En dépit de ces limitations, ces recherches sur les composantes émotionnelles de la douleur ont entre autres eu pour conséquence de faire « monter » les travaux de nombreux groupes de recherche chez l'animal d'aspects périphérique et/ou médullaires vers les aspects supraspinaux et notamment limbiques et corticaux de la douleur.

[1] Kremer M, Becker LJ, Barrot M, Yalcin I. How to study anxiety and depression in rodent models of chronic pain? Eur J Neurosci. 2020 Jan 26. doi: 10.1111/ejn.14686. Online ahead of print

[2] Yalcin I, Barrot M. The anxiodepressive comorbidity in chronic pain. Curr Opin Anaesthesiol. 2014 Oct;27(5):520-7. doi: 10.1097/ACO.000000000000116.

[3] Yalcin I, Barthas F, Barrot M. Emotional consequences of neuropathic pain: insight from preclinical studies. Neurosci Biobehav Rev. 2014 Nov;47:154-64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.08.002.

Session parallèle Recherche translationnelle

3- Mécanismes de chronicisation des douleurs post-opératoires : un rôle pour FLT3 ?

A. Tassou (1)

(1) Institut des neurosciences de Montpellier, Montpellier, France

La douleur chronique postopératoire (DCPO) est un important problème clinique impactant la réhabilitation postopératoire et la qualité de vie des patients. Les traitements existants restent inadaptés à ce type de douleur et sont inefficaces sur le long terme. Afin de comprendre la pathophysiologie de la DCPO et de proposer des traitements innovants, il est important de développer des modèles permettant d'étudier les phénomènes à l'origine de la transition douleur aiguë et douleur chronique, communément appelée chronicisation. Par conséquent, nous avons caractérisé les comportements de douleurs après chirurgie mais aussi les événements moléculaires impliqués dans leur chronicisation à travers l'étude d'un modèle murin de double chirurgie (2 chirurgies dans un intervalle de 7 jours) et évalué le rôle du récepteur FLT3, un potentiel facteur de chronicisation, dans le développement de DCPO.

A travers cette étude, nous montrons que le modèle de double incision (DI) induit une prolongation de l'hypersensibilité mécanique comparé au modèle de simple incision (SI). Les souris DI développent aussi une douleur spontanée ainsi que des comportements de type « dépressifs », absents chez les SI. Cette exagération des composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur est associée à une potentialisation de l'activation microgliale spinale des DI comparé aux SI. L'hypersensibilité mécanique induite par la DI est spécifiquement bloquée par l'injection intrathécale d'un inhibiteur microglial, la minocycline. L'inhibition de FLT3, via l'utilisation de souris transgéniques FLT3^{-/-} bloque totalement le développement d'hypersensibilités persistantes et les troubles de type « dépressifs » présents chez les souris DI. Au niveau cellulaire, l'activation microgliale induite par la DI est totalement bloquée chez la souris FLT3^{-/-}. A l'inverse, l'activation de FLT3 chez des souris naïves via l'injection intrathécale de son ligand endogène permet d'induire une hyperalgésie mécanique, des troubles de type « anxiodépressif » et une activation microgliale spinale. Par ailleurs, l'utilisation de souris Cx3Cr1EGFP nous a permis de montrer que la microglie ne semble pas exprimer FLT3 suggérant que l'activation microgliale semble être dépendante de FLT3 neuronal. De manière intéressante l'administration systémique d'un anticorps thérapeutique anti-FLT3 permet de réduire à la fois l'hyperalgésie ainsi que l'apparition des troubles anxiodépressifs induits par la DI.

En conclusion les résultats apportent la preuve que le modèle DI se rapproche plus d'un état de DCPO que le modèle SI et suggèrent l'implication du récepteur FLT3 dans la modulation de l'activité de la microglie, une entité indispensable à la chronicisation. Ainsi, l'inhibition de FLT3 pourrait devenir un traitement prometteur dans la gestion de la DCPO.

Session parallèle Recherche translationnelle

4- Prix "Starter" en recherche translationnelle SFETD-Institut Analgesia Présentation des avancées des travaux de recherche - lauréat 2019 NOCI-PREM : Approche multimodale de l'ontogénèse de la nociception chez le nouveau-né grand prématuré

P. Kuhn (1)

(1)Hôpital de Hautepierre, CHU Strasbourg, Médecine et réanimation du nouveau-né, Strasbourg, France

Introduction : Les nouveau-nés grands prématurés (NGP) sont exposés au cours des soins au stress, à la douleur [1] et à la séparation maternelle qui sont des facteurs reconnus d'altération du développement cérébral [2,3]. Une meilleure compréhension de l'intégration corticale des messages nociceptifs est essentielle pour le diagnostic et traitement de la douleur procédurale du nouveau-né. L'étude NOCI-Prem visait à l'évaluation de la maturation des réponses corticales hémodynamiques (NIRS) et comportementales du NGP à une ponction veineuse nécessaire à ses soins (avec traitement antalgique non pharmacologique habituel) et à une stimulation tactile contrôle non douloureuse

Méthodes : Inclusion de nouveau-nés à terme (NT) et de NGP à différents âges gestationnels corrigés mesurés en semaines d'aménorrhées (SA) : 30 +/- 2 SA, 34 +/- 2 SA, 40 +/- 2 SA. Les réponses corticales (augmentation d'Oxy Hb) étaient mesurées dans les aires somato-sensorielles primaires et préfrontales [4]. Les réponses comportementales étaient évaluées par l'échelle NFCS (Neonatal Facial Coding System) avant, pendant et après stimulation [5]. Analyse par ANOVA pour mesures répétées avec analyse post-hoc (Newman-Keuls).

Résultats : Les résultats sont intermédiaires après interruption des inclusions du 16/03 au 15/06 (arrêt des recherches non liées au coronavirus). Au total, 22 NT et 6 NGP ont été inclus pour un total de 37 enregistrements (22 enregistrements de NT et 15 enregistrements de NGP).

En réponse à la stimulation tactile contrôle, on ne note pas de variations significatives de la concentration d'OxyHb dans les aires nociceptives ni du score NFCS.

En revanche, après ponction veineuse, le score NFCS varie significativement ($p < 0,001$). Le score moyen au moment de la stimulation de 2,21 (+/-1,54) et ce score moyen reste supérieur à 1, seuil reconnu du comportement douloureux. On note aussi une augmentation significative de la concentration en OxyHb bilatéralement dans les aires somato-sensorielles et préfrontales (ANOVA, $p < 0,001$). En analyse post-hoc, l'augmentation de la concentration en OxyHb entre la période basale et la période de stimulation est significative en préfrontal D et G ($p < 0,01$). La diminution de cette concentration entre les périodes per et post-stimulation est significative dans les aires préfrontales et somatosensorielles primaires ($p < 0,001$ bilatéralement).

Conclusion : Cette étude suggère l'existence d'une activation neuronale spécifique dans des aires corticales impliquées dans la nociception à la suite d'une ponction veineuse chez les NT et les NGP, de façon corrélée aux réponses comportementales. Ces connaissances inédites sur la perception et l'expression douloureuse des NT et NGP permettront d'argumenter ou discuter les recommandations cliniques sur les traitements non pharmacologiques qui diminuent les comportements de douleur [6], mais dont l'action sur l'activation cérébrale restait débattue [7].



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

1. Carbajal R, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008;300(1):60-70.
2. Vinall J, Grunau RE. Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatr Res*. 2014;75(5):584-7.
3. Mooney-Leber SM, Brummelte S. Neonatal pain and reduced maternal care: Early-life stressors interacting to impact brain and behavioral development. *Neuroscience*. 2017;342:21-36.
4. Frie J, Bartocci M, Lagercrantz H, Kuhn P. Cortical Responses to Alien Odors in Newborns: An fNIRS Study. *Cereb Cortex*. 2017:1-12.
5. Grunau RE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonates. *Pain*. 1998;76(3):277-86.
6. Walter-Nicolet E, Calvel L, Gazzo G, Poisbeau P, Kuhn P. Neonatal Pain, Still Searching for the Optimal Approach. *Curr Pharm Des*. 2017;23(38):5861-78.
7. Slater R et al. How well do clinical pain assessment tools reflect pain in infants? *PLoS Med*. 2008;5(6):e129.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Session parallèle

rTMS et douleurs neuropathiques : enfin des preuves d'efficacité ?

1- La rTMS dans les douleurs neuropathiques périphériques

N. Attal (1)

(1)Hôpital Ambroise Paré, INSERM U 987 et CETD, APHP, Boulogne-billancourt, France

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) est une technique non invasive et généralement bien tolérée de neurostimulation consistant à appliquer un champ magnétique sur le cortex cérébral de façon indolore au moyen d'une bobine.. Cette présentation fera le point sur les données d'efficacité et de sécurité d'emploi de la rTMS dans les douleurs neuropathiques. L'étude multicentrique TRANSNEP, visant à comparer l'efficacité au long cours de la rTMS du cortex moteur et préfrontal dans les douleurs neuropathiques périphériques sera également présentée. La rTMS à haute fréquence (10-20 Hz) du cortex moteur est désormais recommandée en troisième intention dans le traitement des douleurs neuropathiques (1).

(1) Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020;176 :325-352.

Session parallèle

rTMS et douleurs neuropathiques : enfin des preuves d'efficacité ?

2- La rTMS dans les douleurs centrales

R. Peyron (1)

(1)CHU, Saint-etienne, France

Nous envisagerons ici les modalités de réalisation de la stimulation magnétique transcranienne répétitive (rTMS) chez les patients avec douleurs centrales rebelles. L'utilité de cette technique a pu être validée dans une étude en cross-over (1) chez des patients en situation d'échec aux traitements médicamenteux. La fréquence de stimulation était de 20Hz délivré sur le cortex moteur primaire représentant la main du côté opposé aux douleurs. L'intensité de stimulation était fixée à 80% du seuil moteur. La délivrance de la stimulation était assurée par un bras robotisé permettant de s'assurer que toute la dose était bien délivrée sur la cible voulue. La séance durait 30 minutes, elle était répétée toutes les 3 semaines, à concurrence de 4 séances au minimum. Les séances étaient soit factices (pas de courant dans la bobine) soit actives (courant dans la bobine), à chaque fois pendant une durée de 2 mois. Les deux périodes de 2 mois étaient séparées d'une période de wash-out de 2 mois. Au bout des 6 mois d'étude, les patients avaient un meilleur soulagement, une douleur moindre et leur pire score su NPSI amoindri en situation de rTMS active comparativement au placebo. Cet effet apparaissait après 4 séances actives consécutives. Le taux de patients répondeurs ($\geq 30\%$ de soulagement) s'établissait à 54% sous rTMS active et 21% sous rTMS placebo. Ces résultats confirment la positivité des premiers essais cliniques contrôlés visant M1 dans la douleur neuropathique (2,3,4). Ils en étendent l'usage possible en routine clinique en permettant de s'affranchir de la dose de charge en séances quotidiennes. L'utilisation d'un bras robotisé couplé à une neuronavigation permettait de s'assurer que la cible ne bougeait pas au cours de la séance et que la cible sur M1 recevait l'intégralité de la dose. Le contrôle-qualité du ciblage ne retrouvant aucune différence de positionnement entre rTMS active et placebo, l'effet observé ne pouvait être lié à un ciblage inadapté dans l'une des deux périodes du cross-over.

1. Quesada C., Pommier B., Fauchon C., Bradley C., Créac'h C., Murat M., Vassal F., Peyron R., New procedure of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central neuropathic pain a placebo-controlled randomized crossover study, *Pain* 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001760>

2. Khedr EM. Longlasting antalgic effects of daily sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in central and peripheral neuropathic pain. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2005;76:833–838.

3. Hosomi K, Shimokawa T, Ikoma K, Nakamura Y, Sugiyama K, Ugawa Y, Uozumi T, Yamamoto T, Saitoh Y. Daily repetitive transcranial magnetic stimulation of primary motor cortex for neuropathic pain: a randomized, multicenter, double-blind, crossover, sham-controlled trial. *PAIN* 2013; 154:1065–72.

4. Ayache SS, Ahdab R, Chalah MA, Farhat WH, Mylius V, Goujon C, Sorel M, Lefaucheur JP. Analgesic effects of navigated motor cortex rTMS in patients with chronic neuropathic pain. *Eur J Pain* 2016;20:1413–22.

Session parallèle

Session commune SFAR-SFETD : L'analgésie au XXIème siècle

1-L'hypnose au bloc opératoire

F. Bernard (1)

(1)CHP Saint-Grégoire, Saint grégoire, France

Hypnose au bloc opératoire

L'hypnose modifie l'inter-connectivité et la plasticité neuronale, ce qui augmente notre suggestibilité. Il reste ensuite à délivrer des suggestions en rapport avec les objectifs (analgésie, réhabilitation, confort...) qui, du fait du processus hypnotique, seront plus efficaces. [1][2][3]

1.Utilité

1.1Action sur l'anxiété

L'anxiété péri-opératoire est diminuée par l'hypnose, que ce soit en préparation ou pendant le geste. [4][5][6]

1.2 Action sur la douleur.

Il y a une inhibition des perceptions périphériques et une modulation du codage du message douloureux chez le sujet hypnotisé. Il existe des différences expérimentales, cliniques, et radiologiques avec le placebo. [7][8]

Des régions cérébrales sont recrutées pour participer à la gestion de la douleur. Ceci mène à une évaluation sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive différente. [9][10]

1.3 Intérêt pour la réhabilitation

L'hypnose favorise la réhabilitation post-opératoire. Il semble qu'il y ait un impact sur l'incidence des douleurs chroniques. [11][12][13][14]

2. Un outil polymorphe

L'hypnose utilise avant tout des outils de communication qui permettent d'adopter un langage beaucoup plus efficace, on parle de communication hypnotique. [15][16]

En y associant de la focalisation, on obtient de l'hypnose informelle, (exemple : en anesthésie loco-régionale échoguidée, les images sont détournées, transformées, interprétées.)

La focalisation peut aussi se faire grâce à la confusion lors des perfusions. [17]

Des techniques de dissociation peuvent être ajoutées : physiquement présent dans un endroit, le sujet est mentalement ailleurs ; il existe beaucoup de procédures et de multiples situations cliniques (maternité, ALR imparfaites...).

Dans le même ordre d'idée, il est possible, de réaliser des gestes sous anesthésie locale qui auraient été très inconfortables autrement (thyroïdectomie, mammectomie avec curage, conisation, hystérosopies, chirurgie plastique...). Enfin, certains gestes peu douloureux habituellement réalisés sous anesthésie générale peuvent ainsi être réalisés avec hypnose et sans narcotiques (coloscopie, fibroscopie, stérilisation tubaire, pansements...). Il y a un contrat entre le soignant et le patient, on parle d'hypnose formelle.

Le terme « hypnosédation » désigne la situation dans laquelle on associe des médicaments à l'hypnose. L'objectif est que le patient reste conscient, puisse coopérer, signaler des moments douloureux ou inconfortables par un code préétabli (fermeture

forcée des yeux, pression de la main, levée d'index). Les équipes ont actuellement tendance à recourir au rémifentanyl en raison de ses propriétés pharmacologiques. L'association à la réalité virtuelle est en cours d'exploration. [18]

Dans tous les cas, la modification de l'alliance thérapeutique et l'activation des ressources des patients permettent quotidiennement une meilleure prise en charge et facilite la réhabilitation et ce, quel que soit le geste à réaliser.

- [1] Maquet P, Faymonville M-E, Degueldre C et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999 ; 45 (3) : 327-33.
- [2] Kekecs Z et al The Effectiveness of Suggestive Techniques in Reducing Postoperative Side Effects: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials *Anesth. Anal* (2014) 119 (6), 1407-19
- [3] Rainville P, Duncan G, Price D et al. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997 ; 277 (5328) : 968-71.
- [4] Frenay M, Faymonville M-E, Devlieger S et al. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns* 2001 ; 27 (8) : 793-9.
- [5] Castel A, Pérez M, Sala J et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007 ; 11 (4) : 463-8.
- [6] Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E et al. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Paediatr Anaesth* 2005 ; 15 (4) : 275-81.
- [7] Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD. Hypnotic analgesia reduced R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995 ; 60 : 39-47
- [8] Bingel U, Lorenz J, Schoell E, Weiller C, Büche C. Mechanisms of placebo analgesia: rACC recruitment of a subcortical antinociceptive network. *Pain* 2006 ; 120 : 8-15.
- [9] Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* 2003 ; 17 (2) : 255-62.
- [10] Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E et al. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009 ; 47 (3) : 1047-54.
- [11] Faymonville M-E, Mambourg P, Joris J et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* 1997 ; 73 (3) : 361-7.
- [12] Watremez C, Docquier M, Brui B et al. Hypnosis and videoscopy combination as less invasive technique for thyroidectomy: 8AP54. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 2011 ; 28 : 121.
- [13] Gandara S. Intérêt de l'hypnosédation pour la réhabilitation post opératoire d'une thyroïdectomie. Thèse de médecine 2004, faculté de médecine de Nantes.
- [14] Belze O, Remerand F, Laulan J et al. Chronic pain after carpal tunnel surgery: Epidemiology and associated factors. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 ; 31 (12) : e269—e274.
- [15] McMurtry C, Chambers C, McGrath et al. When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain* 2010 ; 150 (1) : 52-8.
- [16] Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K, et al. The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl. *Sci Transl Med* 2011 ; 3 (70) : 70ra14.
- [17] Fusco N, Bernard F, Roelants F, Watremez C, Musellec H, Laviolle B, Beloeil H et al. Hypnosis and communication reduce pain and anxiety in peripheral intravenous cannulation: Effect of Language and Confusion on Pain During Peripheral Intravenous Catheterization (KTHYPE), a multicentre randomised trial. *British Journal Anaesthesia (BJA)* 2020; 124 : 292-298
- [18] Rousseaux F, Bicego A, Ledoux D, Massion P, Nyssen AS, Faymonville ME, Laureys S, Vanhaudenhuyse A et al. Hypnosis Associated with 3D Immersive Virtual Reality Technology in the Management of Pain: A Review of the Literature *J Pain Res.* 2020; 13: 1129–1138.

Session parallèle

Session commune SFAR-SFETD : L'analgésie au XXIème siècle

2- La communication thérapeutique

P. Cuvillon (1)
(1)CHU, Nîmes, France

Introduction

L'hypnose a connu au cours des 20 dernières années un développement exponentiel dans notre spécialité afin d'assurer un bien-être et un confort non pharmacologique à nos patients, à nos équipes et à certains à titre individuel (auto-hypnose).

1 : Définitions et nouvelles approches scientifiques de l'hypnose conversationnelle

La définition de l'hypnose a été actualisée en 2015 pour devenir : « un état de conscience (consciousness) qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience (awareness) caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions » et comporte trois composantes :

- absorption
- dissociation
- suggestibilité

En définitive, le vocabulaire (le verbal, le paraverbal, métaphores, conte, poésie...) et la définition de l'hypnose ont perpétuellement évolué depuis des décennies pour devenir in fine une « technique » d'activation de la conscience et de l'attention

2 : Hypnose conversationnelle en consultation ou en pré opératoire

L'hypnose conversationnelle est la technique la plus utilisée en péri opératoire ou lors des soins car de réalisation simple et applicable au plus grand nombre (sans préparation spécifique). Depuis quelques années, le terme hypnose « informelle » tend à s'imposer. C'est-à-dire d'hypnose sans contrat avec le patient pour :

a : prise en charge des addictions

b : préhabilitation :

c : réalisation d'hypnose informelle lors des gestes :

d : consultation d'anesthésie. L'hypnose conversationnelle est utilisée afin de rassurer les patients et les mettre en confiance pour leur future intervention. Toute information comporte le risque de suggestions négatives pouvant provoquer ou renforcer un stress inutile. En pratique, sont utilisés: mots simples et rassurant, observation, reformulation, maniement de la négation, choix illusoire, stratégies de coping de chaque patient.

3 Péri opératoire

3.1 : Hypnose conversationnelle pré et per opératoire : stress, douleur, confort

L'hypnose conversationnelle ou informelle est de loin la technique la plus utilisée, car la moins contraignante. Elle ne nécessite aucune information préalable du patient, juste l'autorisation de le faire bénéficier d'une aide salutaire et toujours respectueuse pour être plus confortable, plus détendu.

4. Douleur chronique

5. : Obstétrique

6 : Conclusion

L'hypnose informelle offre une perspective de soins non pharmacologiques reconnue et

adaptée à de nombreuses situations. Le bénéfice principal tient à la capacité à moduler la douleur ouvrant le champs à l'hypnoalgésie.

- Marcou A. Les bases neuro-scientifiques de l'hypnose Des illusions perceptives à la modulation de la douleur. Conférences d'Actualisation JEPU 2018, Paris: 519-525.
- Amraoui J, Pouliquen C, Fraisse J, Dubourdiou J, Rey Dit Guzer S, Leclerc G, de Forges H, Jarlier M, Gutowski M, Bleuse JP, Janiszewski C, Diaz J, Cuvillon P. Effects of a hypnosis session before general anesthesia on postoperative outcomes in patients who underwent minor breast cancer surgery: The HYPNOSEIN randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2018 ;1: e18116
- Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M.E. Neurophysiology of hypnosis. Neurophysiol Clin 2014; 44: 343-53.
- Rainville P, Hofbauer, R, Paus T, Duncan G, , Bushnell MC, Price D. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. Journal of Cognitive Neuroscience 2012, 11: 110-125.
- Boldt I, Eriks-Hoogland I, Brinkhof MW, de Bie R, Joggi D, von Elm E. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 28;(11):CD009177.
- Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. J Physiol Paris 2006; 99: 463-9.
- Cuvillon P et al. L'hypnose en 2019. SFAR - Le Congrès, Conférence d'essentiel2019 - SFAR.
- anesthetic in pediatric dental patients. ASDC J Dent Child. 2000; 67: 263-7.
- Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB, et al. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. J Natl Cancer Inst. 2007; 99: 1304-1312.
- Enqvist B, Björklund C, Engman M, Jakobsson J. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts: a prospective, randomized and blinded study. Acta Anaesthesiol Scand 1997; 41:1028-1032
- Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. SFAR 2005. Conférences d'actualisation 2005, p. 59-69.
- Roelants F, Watremez C. Bénéfices de l'hypnose en chirurgie carcinologique du sein. Hypnose et thérapies brèves, 2013 ; HS num 7 : 44-54.

Session parallèle

Session commune SFAR-SFETD : L'analgésie au XXI^{ème} siècle

3- L'analgésie multimodale en 2020

G. Lebuffé (1)

(1)CHU - Hôpital Claude Huriez - Clinique d'Anesthésie-Réanimation et de la Douleur, Lille cedex, France

La majorité des patients qui subissent une intervention chirurgicale ressentent une douleur postopératoire aiguë. Plus des deux tiers expriment une douleur modérée à intense mais moins de la moitié d'entre eux signalent un soulagement adéquat de la douleur postopératoire. De nombreux patients se disent même très insatisfaits de la gestion de leur douleur (1).

La douleur postopératoire intense est associée à une augmentation de la mortalité et de la morbidité responsable d'un allongement de la durée du séjour à l'hôpital. Il est reporté également une détérioration de la qualité de vie, une diminution de la satisfaction des patients, un retard à la déambulation et à leur autonomie et une augmentation du risque de survenue de douleurs chroniques postopératoires. Une prise en charge adéquate de la douleur postopératoire permet de réduire la morbidité, favorise la mobilisation précoce et améliore la qualité de vie des patients.

Idéalement, la gestion de la douleur postopératoire devrait viser à fournir une analgésie adéquate avec un minimum d'effets secondaires. Dans ce cadre, l'analgésie multimodale est la pierre angulaire de la prise en charge de la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique (2,3). Elle permet de réduire l'intensité douloureuse en minimisant le recours aux opiacés qui sont devenus des antalgiques de recours pour les chirurgies pourvoyeuses de douleurs importantes comme la chirurgie abdominale, orthopédique, rachidienne et cardiothoracique.

L'analgésie multimodale repose sur l'association d'agents antalgiques avec des mécanismes d'action différents offrant une meilleure qualité de la prise en charge de la douleur au repos et à la mobilisation tout en réduisant leurs effets secondaires. Les recommandations françaises et américaines ont positionné, en l'absence de contre-indication, le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens au centre de la prise en charge multimodale (2,3). De nombreux autres agents ont révélé également leur intérêt. L'analgésie loco-régionale doit être considérée systématiquement pour les chirurgies les plus à risque de douleurs intenses en postopératoire (4). L'analgésie multimodale apparaît donc comme une stratégie périopératoire d'épargne en opiacés qui conservent leur place en recours.

Atteindre un contrôle optimal de la douleur postopératoire est l'un des éléments clés du retour rapide à l'autonomie des patients ou protocole ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) des anglosaxons. Le protocole ERAS est une approche multimodale des soins s'étant révélé comme une procédure favorisant le rétablissement postopératoire et la réduction des durées de séjour hospitalier. Dans ce cadre, les régimes d'épargne en opioïdes permettent de réduire leurs effets adverses (5). Recommandés pour les douleurs les plus intenses, les opioïdes sont alors utilisés aux dosages aussi faibles que possible pendant une durée strictement limitée aux besoins de la chirurgie réalisée.

1) Morlion B, Schäfer M, Betteridge N, Kalso E. Non-invasive patient-controlled analgesia in the management of acute postoperative pain in the hospital setting. *Curr Med Res Opin.* 2018; 34(7): 1179-1186.

2) Aubrun F, Nouette-Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, Carles M, Cuvillon P, Dadure C, Lebuffé G, Marret



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

E, Martinez V, Olivier M, Sabourdin N, Zetlaoui P. Revision of expert panel's guidelines on postoperative pain management. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019; 38(4): 405-411.

3) Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain.* 2016; 17(2): 131-57.

4) Gabriel RA, Swisher MW, Sztain JF, Furnish TJ, Ilfeld BM, Said ET. State of the art opioid-sparing strategies for post-operative pain in adult surgical patients. *Expert Opin Pharmacother.* 2019; 20(8): 949-961.

5) Garimella V, Cellini C. Postoperative control pain. *Clin Colon Rectal Surg* 2013 ; 26:191-196.

Session parallèle

Structures douleur chronique et crise sanitaire

1- Nouvelle "Instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé" : quid des activités douleur ?

S. Rostaing (1)

(1) Institut Sainte-Catherine - Consultation douleur, Avignon, France

La Commission ambulatoire de la SFETD a poursuivi ses actions en 2019 et début 2020, en participant au groupe de travail national multipartite de la DGOS chargé de rédiger la nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé. Sa publication, prévue en mars 2020, a été repoussée du fait de l'épidémie de Covid-19.

L'article 8 de l'arrêté prestations du 28 février 2020 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé, paru au Journal Officiel, permet néanmoins de définir le nouveau cadre réglementaire des activités hospitalières ambulatoires, et vise à favoriser le virage ambulatoire.

En sus des activités externes effectuées sur les plateaux de consultations, trois niveaux de facturation des hospitalisations ambulatoires sont reconnus : facturation d'un GHS à taux plein ; facturation d'un GHS intermédiaire ; facturation externe.

Le recueil PMSI se trouve enrichi de quatre nouvelles variables : nombre d' « interventions » ; administration d'un produit de la réserve hospitalière (RH) ; contexte patient - surveillance particulière ; rescrit tarifaire.

Pour schématiser les prises en charge ambulatoires « emblématiques » de la douleur :

- les prises en charge hospitalières de médecine de moins d'une journée relèvent de la facturation d'un GHS plein (pour quatre « interventions » ou plus, réalisées directement auprès du patient), ou d'un GHS intermédiaire (pour trois « interventions » réalisées directement auprès du patient) ;
- les prises en charge comportant l'administration de produits de la RH relèvent d'un GHS plein ;
- le régime des exceptions : lorsque l'état de santé du patient présente un contexte requérant que des précautions spécifiques, ou lorsque les modalités de prise en charge nécessitent une surveillance particulière, les prises en charge relèvent de la facturation d'un GHS plein.

La publication de l'INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, est prévue au BO Santé n° 2020/9 du 15 octobre 2020.

Le paragraphe « douleur » tant attendu, contenu dans l'annexe 4 de l'instruction, devrait aiguiller les structures dans leur organisation. Une levée du moratoire sur les contrôles des activités ambulatoires est prévue, mais avec maintien exceptionnel et sous conditions pour les administrations de produits en dehors des indications de l'AMM.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Dans tous les cas, la fréquentation d'une unité d'hospitalisation, le respect des bonnes pratiques cliniques et la traçabilité des décisions, actions et conclusions, sont indispensables.

Session parallèle

Structures douleur chronique et crise sanitaire

2- Le nouveau répertoire des actes douleur : création d'une application mobile

C. Karanfilovic (1)
(1)Centre hospitalier - PMSI, Briis sous forges, France

La mise à disposition du nouveau répertoire des activités douleur et de son application mobile est prévue dans les stores pour fin 2020. Elle a pour objectif d'être un outil d'aide au codage des activités douleur pour les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur, et pour ceux impliqués dans le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et la T2A (tarification à l'activité).

Cette application mobile, reflet de la pluridisciplinarité et la pluriprofessionnalité de notre discipline et ayant bénéficié de l'expertise de nombreux professionnels (professionnels médicaux de spécialités différentes impliqués dans la douleur, professionnels non médicaux, médecins DIM, informaticiens) est composée de quatre parties :

- Les activités médico-techniques, où un codage CCAM est proposé quand cela est possible, en tenant compte des règles de bon usage de l'assurance maladie et de l'ATIH
- Les activités des infirmiers
- Les activités des psychologues
- Les activités des professionnels de la rééducation et de la réadaptation, avec proposition d'un codage CSARR.

Ce répertoire et son application mobile sont évolutifs.

Le chapitre des actes médico-techniques a ainsi subi en 2020 une mise à jour conséquente de son plan et de son contenu à la suite de la participation de la Commission ambulatoire de la SFETD au groupe de travail national multipartite de la DGOS chargé de rédiger la nouvelle instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé

La bonne description et la juste valorisation des activités de la douleur en général et des structures douleur chronique en particulier, impliquent de poursuivre le partenariat de la SFETD avec la DGOS, l'ATIH et la CNAM pour une validation ultérieure de l'application mobile par les instances si possible, notamment à l'occasion des travaux de révision de la CCAM qui sont envisagés très prochainement.

Le soutien institutionnel des Laboratoires GRÜNENTHAL a permis un partenariat avec un prestataire informatique : CODIXIS.

Conférence de clôture Conférence Jean-Marie BESSON

Recherche sur la douleur : une « success story » à la française

L. Villanueva (1)

(1) Institut de Psychiatrie et Neurosciences de Paris (IPNP U1266), Paris, France

La France du vingtième siècle a eu sa « success story » dans la recherche sur la douleur dont l'acteur principal fut Jean-Marie Besson. Avec une œuvre scientifique de tout premier plan et deux découvertes majeures (1, 2, 3).

Il a mis en évidence l'action dépressive spécifique de la morphine sur la transmission des messages véhiculés par les nocicepteurs au niveau spinal, ce qui a suscité d'autres études montrant que l'injection de quelques microgrammes de morphine dans le liquide céphalo-rachidien qui entoure la moelle épinière, étaient suffisants pour induire des effets analgésiques chez l'animal. Cette découverte fut confirmée chez l'homme, et des milliers de patients douloureux purent ainsi bénéficier des effets de l'injection locale de morphine. Ensuite, avec son équipe d'experts confirmés en études comportementales et électrophysiologiques chez l'animal, ils ont démontré l'influence modulatrice de certaines régions du cerveau sur les transmissions des messages douloureux qui transitent au niveau spinal, ainsi que l'implication de la sérotonine et des endorphines dans ces phénomènes. Ces études pionnières de neuromodulation centrale eurent un grand retentissement, et de nombreuses équipes internationales continuent aujourd'hui encore à étudier les mécanismes de contrôle de la douleur par diverses structures cérébrales.

Le renouveau de la recherche fondamentale sur la douleur en France est arrivé avec la création de son unité phare, la fameuse U161, au 2 rue d'Alésia, où la majorité de ceux qui sont devenus les ténors de la discipline se sont formés. Succès aussi dans son activité sociétale, illustrée par son engagement résolu et efficace pour une meilleure prise en charge de la douleur en France aux côtés de Lucien Neuwirth, son compagnon de route d'alors. Large diffusion des connaissances, en accueillant des chercheurs de plusieurs laboratoires français et étrangers pour les former aux méthodes d'algesimétrie expérimentale tout en leur donnant l'autonomie nécessaire pour la mise en place de leur propre projet.

Sa présence dans les médias et sa reconnaissance scientifique internationale ont favorisé la mise en place des premiers centres d'étude et de traitement de la douleur à l'AP. Poussés par JMB, les scientifiques se sont mis à faire des cours dans certains de ces centres, et ces interactions avec les cliniciens nous ont beaucoup appris et inspiré pour développer des stratégies de recherche à visée translationnelle.

Ses nombreux coups de main aux jeunes médecins et scientifiques qui se lançaient dans le domaine de la douleur faisaient partie intégrante de sa démarche quotidienne. Jean-Marie Besson c'était l'humanité et la générosité alliée à une grande rigueur scientifique.

1. Luis Villanueva L, Anthony H. Dickenson, Hélène Ollat (2004) Editors, The pain system in normal and pathological states: a primer for clinicians, IASP Press, 347 pages. ISBN 0-931092-53-1

2. Didier Bouhassira, Luis Villanueva (2015) In Memoriam Jean-Marie Besson 1938 to 2014. Pain 156: 2399-2401.

3. Luis Villanueva, Didier Bouhassira, Tony Dickenson, Allan Basbaum, Manfred Zimmermann (2015) Editorial: In memoriam: Jean-Marie Besson 1938–2014. European Journal of Pain 19: 871–876.

Résumés sélectionnés en communication orale

CO_01 - ENQUÊTE "DELPHI" SUR LA KÉTAMINE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE RÉFRACTAIRE

M. Voute (1), T.Riant (2), D.Consortium (1), I.De chazeron (3), G.Pickering (1)

(1)Centre de Pharmacologie Clinique et Centre d'Investigation Clinique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France, (2)Institut de Cancérologie Catherine de Sienne, Hôpital privé du Confluent, Nantes, France, (3)Service de psychiatrie B, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

OBJECTIFS: Bien que la kétamine soit connue et utilisée depuis longtemps dans la douleur, une vaste hétérogénéité des pratiques persiste pour les patients souffrant de douleur chronique réfractaire. Dans le but d'obtenir un consensus d'experts, cette enquête qui s'appuie sur la méthode Delphi, vise à déterminer le ratio bénéfice-risque de la kétamine pour son utilisation dans différentes situations douloureuses.

MÉTHODES: Un panel de 34 experts, sélectionné pour leur expérience en douleur chronique, ont participé par internet aux 4 tours du processus. Après une évaluation systématique de la littérature, un premier questionnaire composé de 96 items a été créé et divisé en plusieurs thématiques : utilité et avantages, évènements indésirables et effets délétères, méthodes d'administration, traitements concomitants et évaluation des résultats.

RÉSULTATS: Un taux de réponse de plus de 90% a été retrouvé pour les 4 itérations de l'enquête. Quarante-et-un pourcent des items sont parvenus à une réponse consensuelle et ont mis en évidence 4 principaux aspects quant à la place de la kétamine : 1/Priorité au traitement de la douleur neuropathique avec évaluation de l'efficacité à 1 mois; 2/Aucun effet délétère dans la majorité des pathologies/situations énumérées (fibromyalgie, syndrome douloureux régional complexe, douleur neuropathique centrale, douleur neuropathique périphérique, douleur nociceptive, sensibilisation, sevrage aux opioïdes, soins palliatifs, dépression) avec l'absence ou la survenue de moins de 3% d'effets indésirables; 3/0.5-0.9 mg/kg/j en intraveineuse; 4/Association avec un traitement non pharmacologique.

CONCLUSIONS: Plusieurs indicateurs ont été proposés quant à l'équilibre bénéfice-risque de la kétamine dans diverses indications et situations cliniques à travers l'élaboration de ce consensus de spécialistes de la douleur, fournissant ainsi une base pour la discussion de recommandations.

CO_02 - DOLORIC : Questionnaire concernant la douleur des patients suivis dans le service de rhumatologie de l'hôpital St Joseph à Paris, pour rhumatisme inflammatoire chronique.

A. Coutaux (1), F.Roux (2), G.Hayem (2), M.D'ussel (3)

(1)Hôpital St Joseph 75014 Paris, Paris, France, (2)Hôpital Paris St Joseph, service de rhumatologie, Paris, France, (3)Hôpital Paris St Joseph, SDC, Paris, France

La douleur est un symptôme cardinal au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). L'évolution des RIC a été favorablement bouleversée par le recours à de nombreuses biothérapies visant à contrôler le processus inflammatoire, suivant le paradigme « treat-to-target ».

Dans les études portant sur les patient reported outcomes (PRO) dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), la douleur est citée au premier rang des symptômes à améliorer [1] [2] — malgré un contrôle jugé optimal de la maladie inflammatoire par les traitements de fond. Il existe chez les patients traités une discordance entre une grande satisfaction concernant le traitement de fond de leur rhumatisme et la persistance de douleurs souvent intenses [3] [4]. Près de 30 % de ces patients ne prennent pas d'antalgique en continu, peu sont adressés aux structures douleur chronique (SDC).

Cette enquête avait pour objectifs

- de confirmer ces données chez les patients suivis à l'hôpital St Joseph
- de proposer une évaluation permettant de repérer les patients les plus douloureux à qui proposer un suivi dans la SDC.

Cette enquête anonyme a été menée en février 2020 auprès de patients hospitalisés pour RIC en hospitalisation de jour ou conventionnelle.

RÉSULTATS: 51 patients ont répondu (36 femmes, âge moyen 57 ans \pm 18 ,1), Durée moyenne d'évolution de leur RIC 16 ans \pm 11,06, 70% (n=36) recevaient une biothérapie.

La satisfaction vis-à-vis de leur traitement de fond évaluée par échelle numérique (EN) était très bonne (EN moy 7,5/10).

Concernant les douleurs :

- 88% étaient douloureux (EN>6 chez 34 % d'entre eux)
- 89 % recevaient un traitement antalgique avec une amélioration des douleurs>30 % chez 56%
- 46 % avaient des douleurs intenses à très intenses (EN>6) au moment des crises
- Sur le questionnaire concis des douleurs QCD, le retentissement était plus marqué sur les dimensions fonctionnelles qu'émotionnelles.
- 33 % des patients avaient une EN >3 pour la dépression et 37 % une EN > 3 pour l'anxiété
- 30% des patients avaient un score FIRST positif sans notion de diagnostic de fibromyalgie
- Les patients ayant un score FIRST positif avaient plus de douleurs (p<10⁻⁶), un QCD plus élevé (p<10⁻⁶), plus de troubles du sommeil (p=0.0002), une tendance à plus d'anxiété et dépression (p= 0.02)

DISCUSSION ET CONCLUSION: Cette enquête confirme les données de la littérature, les patients souffrants de RIC sont satisfaits de leur traitement de fond mais souffrent et ont des comorbidités rarement prises en compte.

Un dépistage rapide de ces patients avec une EN douleur et un score FIRST, pourrait



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

permettre de repérer les plus douloureux avec signes d'envahissement des douleurs afin de leur proposer une consultation en SDC.

[1] Heiberg T, Kvien TK. Preferences for improved health examined in 1,024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 391-7

[2] Sanderson T, Morris M, Calnan M, et al. Patient perspective of measuring treatment efficacy : the rheumatoid arthritis patient priorities for pharmacological interventions (RAPP-PI) outcomes. *Arthritis Care Res* 2010;62: 647-56.

[3] Taylor P, Manger B, Alvaro-Garcia J et al. Patient Perceptions Concerning Pain Management in the Treatment of Rheumatoid Arthritis *J Int Med Res.* 2010 38(4):1213-24.

[4] Taylor PC1, Alten R2, Gomez-Reino JJ3et al. Clinical characteristics and patient-reported outcomes in patients with inadequately controlled rheumatoid arthritis despite ongoing treatment. *RMD Open.* 2018 Mar 17;4(1).

CO_03 - NPFFR1/RFRP-3 : un système pronociceptif et anti-opioïde impliqué dans la sensibilisation latente à la douleur

M. Gerum (1), R. Quillet (1), K. Elhabazi (1), F. Simonin (1)

(1) CNRS UMR7242 BSC, Illkirch cedex, France

Les douleurs chroniques sont un problème de santé publique majeur chez l'Homme. La sensibilisation latente à la douleur est un état de vulnérabilité durable aux stimuli nociceptifs qui a été mis en évidence dans des modèles animaux d'hyperalgésie induite par les opiacés [1] et de douleur inflammatoire [2]. Certaines caractéristiques sont communes aux douleurs chroniques, telles que la nature épisodique et la sensibilité au stress. Cet état résulterait d'un tonus endogène élevé entre systèmes opioïdes et anti-opioïdes se mettant en place consécutivement à la résolution de la phase d'hyperalgésie. Cette sensibilisation latente peut alors être révélée avec un stress aigu [3] ou un antagoniste du système opioïde endogène, la naltrexone [2]. Des données préliminaires suggèrent que le peptide RF-amide related peptide 3 (RFRP-3) et son récepteur NPFFR1 sont impliqués dans la modulation de la nociception, potentiellement comme système anti-opioïde [4].

Le but de ce travail était de confirmer les propriétés anti-opioïdes du système RFRP-3/NPFFR1 et d'évaluer son implication dans la sensibilisation latente à la douleur. Pour ce faire, nous avons développé et caractérisé le premier antagoniste hautement sélectif du récepteur NPFF1R, le RF3286 [5]. À l'aide de cet outil pharmacologique, nous avons évalué les conséquences du blocage du récepteur NPFFR1 sur l'hyperalgésie et la tolérance analgésique induite par la morphine, ainsi que l'hyperalgésie et la sensibilisation latente induite par une douleur inflammatoire chez la souris. Par ailleurs, nous avons également étudié par hybridation *in situ* l'expression des messagers du peptide RFRP-3 et de son récepteur NPFFR1 dans les ganglions rachidiens dorsaux et dans la moelle épinière. Nos données montrent que le RF3286 prévient l'hyperalgésie induite par les opiacés et la tolérance à l'analgésie morphinique. Par ailleurs, il permet une résolution plus rapide de l'hyperalgésie inflammatoire et abolit de manière durable l'état de sensibilisation latente qui en découle, révélée par administration de naltrexone ou par un stress aigu. Enfin, les messagers de NPFFR1 et RFRP-3 sont exprimés dans la corne dorsale de la moelle épinière et une partie importante des cellules NPFFR1-positives expriment également les récepteurs opioïdes mu ou delta.

Dans l'ensemble, nos données indiquent que le système RFRP-3/NPFFR1 est impliqué dans les adaptations à long-terme liées à l'administration opiacés, l'hyperalgésie inflammatoire et le maintien de la sensibilisation latente à la douleur illustrant ainsi son rôle pronociceptif et anti-opioïde. Enfin, nos données suggèrent que le blocage pharmacologique du récepteur NPFF1R pourrait représenter une stratégie thérapeutique intéressante pour limiter l'hyperalgésie et la tolérance analgésique induite par l'administration chronique d'opiacés ainsi que l'hyperalgésie et la sensibilisation latente à la douleur induite par les douleurs inflammatoires.

[1] Célèrier E., Laulin JP., Corcuff JB., Le Moal M. and Simonnet G. (2001). Progressive enhancement of delayed hyperalgesia induced by repeated heroin administration: a sensitization process. *J Neurosci* 21:4074–4080.

[2] Corder G., Doolen S., Donahue RR., Winter MK., Jutras BL., He Y., Hu X., Wieskopf JS., Mogil JS., Storm DR., Wang ZJ., McCarron KE. and Taylor BK. (2013). Constitutive μ -opioid receptor activity leads to



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

long-term endogenous analgesia and dependence. *Science* 341:1394–1399.

[3] Rivat C., Laboureyras E., Laulin J-P., Le Roy C., Richebé P. and Simonnet G. (2007). Non-Nociceptive Environmental Stress Induces Hyperalgesia, Not Analgesia, in Pain and Opioid-Experienced Rats. *Neuropsychopharmacology* 32:2217–2228

[4] Elhabazi K., Trigo JM., Mollereau C., Moulédous L., Zajac JM., Bihel F., Schmitt M., Bourguignon JJ., Meziane H., Petit-Demoulière B., Bockel F., Maldonado R. and Simonin F. (2012). Involvement of neuropeptide FF receptors in neuroadaptive responses to acute and chronic opiate treatments. *Br J Pharmacol* 165:424–435.

[5] Quillet R., Schneider S., Utard V., Drieu la Rochelle A., Elhabazi K., Gerum M., Beldring Henningsen J., Kremer M., Gizzi P., Kugler V., Sorg-Guss T., Champy MF., Meziane H., Petit-demoulière B., Simonneaux V., Ilien B., Bihel F. and Simonin F. (sous presse). RFamide related peptide-3/Neuropeptide FF1 receptor is a pronociceptive system involved in the development of hyperalgesia induced by opiates and inflammatory pain

CO_04 - Impact du stress prénatal sur la sensibilité viscérale et l'homéostasie intestinale à l'âge adulte.

C. Petitfils (1), G. Payros (1), G. Dietrich (1), J. Motta (1), M. Serino (1), P. Le faouder (2), N. Cenac (1)

(1) Institut de recherche en Santé Digestive, Toulouse, France, (2) Institut des maladies métaboliques et cardiaques, Toulouse, France

Le stress gestationnel pourrait induire une dysbiose du microbiote intestinal et augmenter le risque de développer le syndrome de l'intestin irritable (SII) à l'âge adulte. Cependant, les liens de causalités entre l'hypersensibilité viscérale induite par le stress prénatal et la dysbiose n'ont pas été établis. Notre hypothèse est que le stress prénatal (SP), chez la souris, exacerberait la réponse au stress à l'âge adulte induisant une hypersensibilité viscérale et une perturbation de l'homéostasie intestinale comme observé dans le SII.

Le SP a été induit par une contention couplée à de la lumière vive, pendant 30 minutes 3 fois/jour, du 13^{ème} au 18^{ème} jour de gestation. La descendance, mâle et femelle, âgée de 8 semaines, a ensuite été soumise à une session de stress d'évitement de l'eau (Water Avoidance Stress (WAS)), pendant une heure, 24 heures avant d'évaluer leur sensibilité à la distension colrectale (DCR). L'expression au niveau du côlon de gènes impliqués dans l'inflammation a été évaluée par RT-qPCR, et les lipides bioactifs quantifiés par spectrométrie de masse. Le microbiote intestinal des souris a été analysé par une approche Mi-seq pour la taxonomie et par marquage FISH de l'ARN16S pour visualiser son organisation en biofilm.

Le WAS, a induit une augmentation significative de la sensibilité viscérale à la DCR chez les souris SP mâles et femelles. Le SP seul ou le WAS chez les souris contrôles, n'a pas entraîné de changements significatifs de la sensibilité viscérale. Aucune modification de l'expression des gènes n'a été observée dans le côlon des souris mâles ou femelles. Les côlons des mâles SP présentait une diminution des métabolites issus de la 5-lipoxygénase. Le SP seul, a induit une altération de la structure du biofilm, marquée par des infiltrations de bactéries dans la couche stérile de mucus. Le WAS a aggravé cette altération chez les souris SP des deux sexes, en entraînant de nombreuses infiltrations bactériennes dans le mucus et l'arrivée de bactéries au contact des cellules épithéliales, mais il n'a eu aucun effet chez les souris contrôles. Au niveau taxonomiques, Akkermansia muciniphila était augmentée chez les mâles et les femelles SP, et les souches Desulfovibrio sp et Lactobacillus animalis étaient diminuées chez les mâles et les femelles, respectivement.

Le stress prénatal est donc suffisant pour induire une dysbiose du microbiote intestinal, et une désorganisation du biofilm. Le WAS a aggravé ces altérations et a entraîné au niveau intestinal une hypersensibilité mécanique. Cette étude montre que le stress prénatal pourrait représenter un événement déclencheur important dans le développement du SII chez l'adulte en réponse à un stress inoffensif pour les contrôles.

CO_05 - Impact variable de la douleur expérimentale sur l'excitabilité du cortex moteur primaire : qu'en est-il de l'influence de la kinésiophobie et du catastrophisme ?

A. Duport (1), M.Martel (2), M.Harvey (2), F.Houde (2), G.Léonard (2)

(1)Université de Sherbrooke (Québec, Canada) et Université de Picardie Jules Verne (Amiens), Lille, France,
(2)Université de Sherbrooke, Centre de Recherche sur le Vieillissement, Sherbrooke, Canada

INTRODUCTION: Chaque individu adapte son comportement différemment face à la douleur, en particulier d'un point de vue moteur (1). Certaines études soutiennent que la douleur expérimentale diminue l'excitabilité corticomotrice, alors que d'autres montrent un effet variable (2,3). L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existe une relation entre certains facteurs psychologiques, tels que la kinésiophobie ou la dramatisation face à la douleur, et l'excitabilité du cortex moteur en réponse à une douleur expérimentale.

MÉTHODES: Vingt-quatre participants, dont quinze femmes et neuf hommes (âge moyen : $41,1 \pm 16,9$ ans), ont pris part à cette étude se déroulant en une seule séance au laboratoire. Lors de celle-ci, l'excitabilité corticomotrice des participants a été évaluée à l'aide de la stimulation magnétique transcrânienne en mesurant les potentiels évoqués moteurs (PEM) au niveau du premier interosseux dorsal de la main non-dominante. Ces mesures ont permis de représenter des courbes de recrutement représentant l'évolution de l'excitabilité corticospinale en fonction de l'intensité de stimulation. Les PEM ont été mesurés d'abord en situation contrôle (non-douloureuse), puis en situation douloureuse suivant l'application d'une crème de capsaïcine au niveau de la face interne de l'avant-bras. Chaque participant a également complété deux questionnaires visant à évaluer sa kinésiophobie grâce à l'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT-CF) et sa dramatisation face à la douleur grâce à la Pain Catastrophizing Scale (PCS-CF).

RÉSULTATS: Les participants ont généralement tendance à montrer une excitabilité corticomotrice diminuée, mais les résultats restent très variables. Les analyses corrélationnelles de Spearman ont révélé la présence d'une association positive entre la variation des pentes des courbes de recrutement et le niveau de kinésiophobie ($r=0,47$; $p=0,02$; $n=24$), suggérant ainsi que les individus qui ont une kinésiophobie plus élevée sont aussi ceux qui montrent les plus petits changements d'excitabilité corticomotrice en présence de douleur. À l'inverse, aucune association n'a été observée entre la variation des pentes de courbes de recrutement et le niveau de dramatisation face à la douleur.

DISCUSSION: Les résultats de cette étude permettent d'avancer dans la compréhension des interactions entre la douleur et le système moteur et, en particulier, de mieux comprendre comment des facteurs psychologiques comme la kinésiophobie peuvent interférer avec la réadaptation physique et la motricité. L'EKT-CF étant connue pour sa capacité à prédire le passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique (4,5), nos résultats suggèrent que ce phénomène pourrait être lié à un défaut d'inhibition de l'excitabilité corticomotrice en présence de douleur. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et pour éclaircir l'implication des modifications d'excitabilité corticomotrice dans la chronicisation de la douleur.

1. Sturgeon JA, Zautra AJ. Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Curr Pain Headache Rep.* mars 2013;17(3):317.

2. Le Pera D, Graven-Nielsen T, Valeriani M, Oliviero A, Di Lazzaro V, Tonali PA, et al. Inhibition of



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

motor system excitability at cortical and spinal level by tonic muscle pain. Clin Neurophysiol. sept 2001;112(9):1633-41.

3. Martel M, Harvey M-P, Houde F, Balg F, Goffaux P, Léonard G. Unravelling the effect of experimental pain on the corticomotor system using transcranial magnetic stimulation and electroencephalography. Exp Brain Res. 2017;235(4):1223-31.

4. Roelofs J, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW, Goossens M, Thibault P, Boersma K, et al. Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: Evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. Pain. sept 2007;131(1-2):181-90.

5. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Rotteveel AM, Ruesink R, Heuts PH. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. J Occup Rehabil. déc 1995;5(4):235-52.

CO_06 - Constipation induite par les opioïdes : évaluation du naloxéol en situation réelle d'utilisation chez les patients atteints de cancer. Etude MovE.

A. Lemaire (1), J.Sabaté (2), Y.Pointreau (3), B.Narciso (4), F.Piloquet (5), V.Braniste (6)

(1)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes cedex, France, (2)Service de gastro-entérologie, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny, Bobigny, France, (3)Service d'oncologie radiothérapie, Institut inter-régional de Cancérologie (ILC)-Centre Jean Bernard, Le Mans, Le mans, France, (4)Service d'Oncologie médicale, CHRU Bretonneau, Tours, Tours, France, (5)Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Institut de Cancérologie de l'Ouest, site René Gauducheau, St Herblain, St herblain, France, (6)Département médical, Kyowa Kirin Pharma France, Neuilly-sur-seine, France

Les opioïdes faibles ou forts sont les analgésiques recommandés chez les patients atteints de douleurs nociceptives du cancer [1]. La constipation induite par les opioïdes (CIO) [2] est leur effet indésirable le plus fréquent et ce souvent malgré l'utilisation de laxatifs usuels. Elle peut être responsable d'une dégradation de la qualité de vie des patients et d'une réduction inappropriée des posologies d'opioïdes voire de leur arrêt pour tenter de diminuer les troubles digestifs [3], impactant la stratégie antalgique. Le naloxéol, antagoniste sélectif périphérique des récepteurs μ aux opioïdes administré par voie orale, est indiqué dans le traitement de la CIO en cas de réponse inadéquate aux laxatifs [4].

L'étude non interventionnelle, multicentrique et prospective MovE visait à décrire l'efficacité et la tolérance du naloxéol en pratique médicale courante, chez des patients atteints de cancer et souffrant d'une CIO avec réponse inadéquate aux laxatifs. Les patients ont été inclus à l'instauration du traitement et évalués après 4 semaines (S4). La réponse au naloxéol était définie à S4 par un transit ≥ 3 selles/semaine et une augmentation du nombre de selles/semaine ≥ 1 par rapport à l'inclusion, avec ou sans laxatifs associés. L'évolution de la CIO a été évaluée par le BFI (Bowel Function Index) et la qualité de vie des patients par le PAC-QOL (Patient Assessment of Constipation Quality of Life).

De mai 2018 à décembre 2019, 124 patients ont été inclus avec un âge moyen de 62 ± 12 ans, un état général ECOG ≤ 2 chez 79%, un cancer de primitif variable (poumon 18%, sein 16%, prostate 11%, ORL 9%, digestif 9%,...), au stade métastatique dans 80% des cas. A l'inclusion, la dose médiane des opioïdes était de 60 mg/jour d'équivalent morphine (avec oxycodone 55%, morphine 34%, fentanyl 29%). Au cours des 7 jours précédant l'inclusion, le nombre moyen de selles des patients était de 2.1 ± 1.9 malgré la prise de laxatifs (osmotiques 94%) pris depuis 33 jours en médiane. A S4, le taux de réponse au naloxéol était à 69.4% (IC 95% [57.9%–80.8%]) avec une CIO améliorée (diminution du score BFI ≥ 12 points) chez 73.4% des patients (IC 95% [63.7%–83.2%]). La qualité de vie des patients était améliorée (diminution du score PAC-QOL ≥ 0.5 point) chez 68.0% des patients (IC 95% [57.4%-78.6%]). Des événements indésirables reliés au naloxéol ont été rapportés chez 8% des patients, avec 7% d'affections gastro-intestinales (une seule diarrhée grave).

L'étude MovE réalisée en pratique médicale courante chez des patients atteints de cancer confirme l'utilité du naloxéol dans le traitement de la CIO sur la constipation avec une amélioration de la qualité de vie des patients et une bonne tolérance.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- [1] Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv166-iv191
- [2] Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-407
- [3] Rumman A, Gallinger ZR, Liu LWC. Opioid induced constipation in cancer patients: pathophysiology, diagnosis and treatment. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care* 2016;1(1):25-35
- [4] Chey WD, Webster L, Sostek M, et al. Naloxegol for opioid-induced constipation in patients with noncancer pain. *N Engl J Med* 2014;370:2387-96

Résumés sélectionnés en E-poster

eP_01 - Conduite thérapeutique médicamenteuse de la douleur liée au zona

S. Bosquet-alma (1), M.Benbouzid (2)

(1)Service Douleur Soins Palliatifs Centre Hospitalier Eure-Seine, Evreux, France, (2)maison médicale, Follainville-dennemont, France

La principale complication du zona est la douleur [1] de type neuropathique (aiguë [2] et chronique [3, 4]) dont l'incidence et la sévérité augmentent avec l'âge [1, 5, 6]. C'est une douleur rebelle aux traitements usuels et sa prise en charge fait appel à des thérapeutiques spécifiques (antidépresseurs et antiépileptiques) [7]. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de cas de zona et de ses complications douloureuses ne va cesser d'augmenter avec le temps, ce qui en fait un réel problème de santé publique et un défi pour les médecins généralistes.

L'objectif de travail était de caractériser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des douleurs liées au zona et d'identifier des pistes d'amélioration. Nous avons effectué une étude épidémiologique descriptive, quantitative s'intéressant à la prise en charge de la névralgie chez les patients de plus de 50 ans, immunocompétents présentant un zona. Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire adressé à 200 médecins généralistes d'Ile de France.

L'échelle DN4, permettant d'objectiver la composante neuropathique de la douleur, n'est connue que par 36.3% des médecins et seuls 27.3% des médecins l'utilisent comme outil de dépistage. La plupart des médecins interrogés (33,3%) n'y ont recours qu'en cas de difficulté. Le DN4 n'est connu que par 32% de médecins ayant déclaré participer aux Formations Médicales Continues sur la douleur et seulement un médecin titulaire d'un diplôme douleur sur deux connaît cette échelle (50%). Concernant les traitements de la douleur aiguë du zona, les antalgiques du palier 2 de l'OMS sont majoritairement prescrits (47%). 64% des sondés initient un traitement spécifique des douleurs neuropathiques dans les 3 premiers mois et seulement après échec des antalgiques prescrits à la phase aiguë. Seuls 21% y ont recours d'emblée. En revanche, 14% des médecins déclarent ne pas utiliser de traitement spécifique des douleurs neuropathiques. Parmi ces traitements spécifiques, les antiépileptiques sont les plus prescrits (56%). Parmi eux, le Lyrica® (23,4%) et le Neurontin® (23,4%), tous deux recommandés en première intention, sont les plus représentés. Parmi les antidépresseurs, le Laroxyl® est le plus proposé (22,5%). L'Anafranil® et le Tofranil®, tous deux recommandés en première intention, ne sont proposés qu'à moindre mesure (respectivement 3,7 et 0,7%).

Une meilleure connaissance et utilisation du DN4 aiderait à mieux identifier la composante neuropathique de la névralgie aiguë et ainsi permettrait d'éviter d'éventuels retards diagnostics pouvant être responsables de la chronicisation de la douleur en l'absence de thérapeutique adaptée. Aussi, des formations régulières sur la douleur chronique pourraient être proposées aux médecins afin de les aider à mieux prendre en charge ces douleurs.

1. Pilly E, É.O., Le Berre R, Tattevin P, Collège des universitaires de maladies and i.e. tropicales, ECN.Pilly: maladies infectieuses et tropicales : préparation ECN, tous les items d'infectiologie. 2018



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

2. Benbernou, A., et al., Association between prodromal pain and the severity of acute herpes zoster and utilization of health care resources. *Eur J Pain*, 2011. 15(10): p. 1100-6.
3. Johnson, R.W. and R.H. Dworkin, Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Bmj*, 2003. 326(7392): p. 748-50.
4. Dworkin, R.H., et al., Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*, 2007. 44 Suppl 1: p. S1-26.
5. Hope-Simpson, R.E., THE NATURE OF HERPES ZOSTER: A LONG-TERM STUDY AND A NEW HYPOTHESIS. *Proc R Soc Med*, 1965. 58: p. 9-20.
6. Yawn, B.P., et al., A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc*, 2007. 82(11): p. 1341-9.
7. Martinez V, et al., Chronic neuropathic pain: Diagnosis, evaluation and treatment in outpatient services. Guidelines for clinical practice of the French Society for the Study and Treatment of Pain. *Douleurs*, 2010. 11: p. 3-21.

eP_02 - Prévalence et retentissement des troubles de la sexualité chez les patientes hospitalisées dans un Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur

V. Billard (1), S.Abad (1), J.Nizard (1)

(1)CHU de Nantes, SIDSMI, St herblain, France

INTRODUCTION: La fibromyalgie est une pathologie chronique touchant particulièrement les femmes, associant syndrome douloureux diffus, fatigue, troubles du sommeil, ainsi que d'autres symptômes somatiques. Des troubles de la sexualité sont rapportés, mais peu explorés dans la littérature [1-6].

MÉTHODES: Nous avons réalisé une étude monocentrique sur les patientes fibromyalgiques hospitalisées en Hospitalisation de Semaine au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. Nous avons évalué la sexualité avec le score FSFI, les affects dépressifs avec le questionnaire BDI-II, la qualité de vie avec le questionnaire SF-36, et l'estime de soi avec le questionnaire de Rosenberg. Des données démographiques, ainsi que des éléments obtenus lors d'une consultation dédiée avec un médecin du CETD ont été recueillies.

RÉSULTATS ET ANALYSE: Au total, 18 patientes ont accepté de participer à notre étude. L'âge moyen était de 44.9 ans. Le score FSFI total moyen était de 19,2 ($\pm 9,3$). Une dysfonction sexuelle, c'est à dire un score FSFI inférieur au seuil de 23, était retrouvée chez 12 patientes (66%). Cette dysfonction sexuelle entraînait une souffrance importante (66%), et constituait un problème de premier plan pour 25% des patientes. Le score moyen du questionnaire BDI-II était de 23,4 ($\pm 13,6$). L'échelle d'estime de soi de Rosenberg était évaluée à 25,8 ($\pm 2,6$). Il est intéressant de noter que seulement 38% des patientes avaient déjà discuté de ces troubles de la sexualité avec un professionnel de santé, dont 27% avec leur médecin traitant ou un médecin spécialiste.

DISCUSSION: Notre étude confirme une prévalence importante de troubles de la sexualité chez les patientes fibromyalgiques. Des affects dépressifs, une estime de soi faible ou modérée ont également été retrouvés sans que nous n'ayons réalisé de corrélations. Il nous paraît utile, dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire des patientes fibromyalgiques en CETD, de questionner des troubles potentiels de la sexualité, qui, souvent, ne sont pas évoqués spontanément par les patientes.

1- Bazzichi L, Giacomelli C, Rossi A, Sernissi F, Scarpellini P, Consensi A, et al. Fibromyalgia and sexual problems. *Reumatismo* [Internet]. 28 sept 2012;64 (4). Disponible sur: <http://www.reumatismo.org/index.php/reuma/article/view/633>

2- De Costa E, Leão W, Thé K, Kneubil M. Assessment of sexual satisfaction in fibromyalgia patients. *Einstein*. 2004;2:177-81.

3- Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. août 2008;26 (4) :663-6.

4- Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol*.avr 2009;28 (4) :365-9.

5- Ablin JN, Gurevitz I, Cohen H, Buskila D. Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol*. déc 2011;29 (6 Suppl 69) :S44-48.

6- Yilmaz H, Yilmaz SD, Polat HAD, Salli A, Erkin G, Ugurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med*. mars 2012;9 (3) :779-85.

eP_03 - Impact sur la cognition de la douleur chronique dans ses aspects multidimensionnels

A. Thomasset de longuemarre (1), R.Deleens (1), M.Lanquetuit (1), S.Pouplin (1), D.Wallon (1), D.Pouliquen (1), E.Bliaux (1), S.Bioux (2), M.Loubeyre (1), S.Chambellan (1)

(1)CHU Rouen, Rouen, France, (2)CHU Rouen, Rouen, France

INTRODUCTION: La plainte cognitive est récurrente chez les patients suivis en consultation douleur chronique, pouvant être le fait de troubles attentionnels [1,2]. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de troubles cognitifs et d'étudier son rapport avec les comorbidités fréquentes dans une population douloureuse chronique.

MÉTHODES: Il a été effectué une étude transversale multivariée cas par cas. 80 patients (65 femmes, 15 hommes) ont été inclus au centre d'évaluation et de traitement de la Douleur du CHU de Rouen. Un questionnaire a permis de recueillir : les données socio démographiques; les caractéristiques de la douleur par l'EN, le QDSA, le DN4, le diagnostic de la douleur posé par le médecin algologue référent; et les traitements antalgiques. Les comorbidités ont été évaluées par des questionnaires spécifiques : la fatigue par le FACIT V4; la qualité de vie par l'EQ5D; l'anxiété/dépression par l'HADs; l'autonomie par l'IADL. L'évaluation de troubles cognitifs a été réalisée par le Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Les données quantitatives et qualitatives ont été décrites respectivement par moyenne (écart type) et pourcentage,, et comparées par des tests de Mann-Whitney et χ^2 .

RÉSULTATS: On a retrouvé une prévalence de 32.5% de troubles cognitifs dépistés au MOCA, soit 26 patients sur les 80 patients inclus, correspondant aux données de la littérature (prévalence retrouvée entre 32% et 62%). La part sensorielle du Questionnaire douleur de Saint Antoine, est significativement plus élevée ($p=0.006$) dans la population présentant un trouble cognitif, elle représente la seule comorbidité identifiée dans cette étude ayant un impact sur les troubles cognitifs. Effectivement dans cette population, les troubles anxio-dépressifs, la fatigue et l'autonomie ne sont pas significativement associés aux troubles cognitifs

CONCLUSIONS: Dans cette étude, un tiers des patients douloureux chroniques rapporte des troubles cognitifs associés à une surexpression des items sensoriels du QDSA. Ces données ont mis en valeur un aspect commun rencontré en consultation douleur chronique : la plainte mnésique des patients. Cette dernière serait d'origine multifactorielle, accessible à la réassurance et réversible au cours d'une prise en charge globale bien menée [3]. Une analyse neuropsychologique approfondie par des entretiens pour les patients ayant ces troubles cognitifs est nécessaire pour préciser leur nature (notamment les troubles attentionnels comme décrits dans la littérature).

[1] McCracken, Lance M, PhD and Grant L. Iverson, PhD Predicting Complaints of Impaired Cognitive Functioning in Patients with Chronic, Pain Journal of Pain and Symptom Management Vol. 21 No. 5 May 2001

[2] Eccleston C, Crombez G, Aldrich S, Stannard C. Attention and somatic awareness in chronic pain. Pain 1997; 72: 209-15.

[3] Grisart JM, Plaghki LH. Impaired selective attention in chronic pain patients. European journal of pain 1999 3: 325-333.

eP_04 - Douleurs hémi-faciales secondaires à un syndrome myofascial douloureux : considérations cliniques et physiopathologiques issues de l'expérience d'une cohorte de 17 cas.

A. Pointin (1), M.Baigne (1), C.Juan (1), A.Sulukdjian (1), A.Chanlon (1), N.Moreau (1)

(1)Hôpital BRETONNEAU (AP-HP) - Service de Médecine Bucco-Dentaire, Paris, France

INTRODUCTION: Les douleurs de topographie hémi-faciale (stricto sensu affectant l'intégralité des 3 étages de la face) peuvent avoir de nombreuses étiologies, qu'elles soient céphalalgiques, névralgiques, musculaires, infectieuses ou tumorales. Parmi ces étiologies, les douleurs hémi-faciales secondaires à un syndrome myofascial douloureux pourraient être une occurrence fréquente mais malheureusement encore trop méconnue.

MATÉRIELS ET MÉTHODES: Une étude descriptive rétrospective a été réalisée au sein de la consultation douleur chronique du service de Médecine Bucco-Dentaire de l'hôpital Bretonneau à Paris sur les dossiers médicaux des 369 patients ayant consulté depuis la création de cette consultation au 1er septembre 2016.

L'ensemble des données des cas de douleurs hémi-faciales diagnostiquées au sein de la consultation ont été colligées dans un tableur EXCEL® et analysées à l'aide de statistiques descriptives simples, afin d'en dégager les caractéristiques cliniques et physiopathologiques essentielles.

RÉSULTATS: Sur 369 patients, 22 avaient consulté pour des douleurs hémi-faciales affectant les trois étages de la face, comprenant 17 syndromes myofasciaux douloureux (diagnostiqués sur les critères des DC/TMD [1] et de Rivers et al. 2015 [2]), 2 algies vasculaires de la face, 1 hémicrânie paroxystique, 1 hémicrânie continue et 1 cluster tic. L'analyse des 17 syndromes myofasciaux douloureux retrouvait les points saillants suivants :

- Age : de 26 à 82 ans ;
- Sexe-ratio : 15F/2H ;
- Comorbidités principales : dépression (n=4), accident de la voie publique (n=2), HTA (n=2) ;
- Muscles atteints : masséter (n=10), SCM (n=8), trapèze (n= 8), temporal (n=7) ;
- Présence de trigger points dans 5 cas sur 17 et 1 cas de « twitch » (sursaut) musculaire objectivable ;
- Présence fréquente de signes dysautonomiques (sensation de plénitude auriculaire, larmoiement, obstruction nasale...) ou neurologiques d'accompagnement (paresthésies, dysesthésies) ;
- Plusieurs modalités thérapeutiques : kinésithérapie maxillo-faciale (n=7), myorelaxant (n=7), médicament à effet antihyperalgésique (n=5), anti-inflammatoire (n=2) ;
- Efficacité thérapeutique : totale (n=3), partielle (n=8) ou nulle (n=1).

DISCUSSION: La présente cohorte de syndromes myofasciaux douloureux représentait 77% des cas de douleurs hémi-faciales ayant consulté au sein d'une consultation douleurs chroniques oro-faciales parisienne. Ainsi, le syndrome myofascial douloureux représente un diagnostic différentiel important des douleurs hémi-faciales.

La présence de douleurs à la palpation musculaire (en particulier lorsqu'elle reproduit la douleur du patient) ainsi que la présence de trigger points et/ou de twitch (sursaut)



musculaire sont évocatrices d'un syndrome myofascial douloureux. Lorsque ce dernier se chronicise, il peut donner lieu à une sensibilisation centrale avec une propagation des douleurs à toute l'hémiface (par sensibilisation du complexe sensitif du trijumeau) et apparition de signes dysautonomiques ou neurologiques complexifiant le diagnostic.

[1]. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, List T, Svensson P, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: Recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial special interest group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014;28:6-27.

[2]. Rivers WE, Garrigues D, Graciosa J, Harden RN. Signs and symptoms of myofascial pain: international survey of pain management providers and proposed preliminary set of diagnostic criteria. *Pain Med.* 2015;16:1794-1805.

eP_05 - Conception d'une organisation innovante de prévention et de prise en charge de la douleur chronique dans le cadre de l'article 51 du CSP en Loire Atlantique.

C. Duvaux (1), J.Nizard (2), E.Kuhn bougouin (2), E.Mosser (2), S.Abad (2), H.Gaillard (2), E.De chauvigny (2)

(1)CHU de Nantes - Centre de médecine Intégrative, douleur, soins de support, Nantes, France, (2)CHU de Nantes, Nantes, France

Avec les profondes mutations de notre système de santé, l'article 51 du CSP offre une opportunité de repenser les modalités de prise en charge de la douleur chronique en s'affranchissant des barrières juridiques, qu'elles soient réglementaires (autorisation) ou financières (tarifications) à l'origine de ruptures de parcours parfaitement décrites dans la littérature (Association québécoise de la douleur chronique 2016)

Une difficulté posée par la douleur chronique est qu'il n'existe pas de modèle théorique probant englobant la totalité du sujet même si de nombreux référentiels nosologiques existent. En raisonnant par analogie, il nous est apparu pertinent de penser intégration des acteurs et coordination continue (recommandations HAS, SFETD) et de mettre à profit des approches organisationnelles prévalant dans d'autres cadres conceptuels de prise en charge où le patient est l'acteur central et l'accompagnement est fondé sur ses attentes et sa qualité de vie. Pour cela, les acteurs de la prise en charge doivent être en capacité de se coordonner, de réagir rapidement et d'adapter leur réponse.

Au plan conceptuel, nous nous sommes appuyés sur :

- Le modèle bio-psycho-social de la douleur
 - Les recommandations HAS (1)
 - Les recommandations de la SFETD 2017, 2020 (2)(3)
 - Les études/recommandations internationales sur la douleur chronique et santé primaire (5)
 - Le projet régional de santé des pays de la Loire 2018-2022 (4)
- Sur le plan méthodologique, le travail a connu 4 temps principaux s'appuyant sur le cahier des charges proposées par la DGOS :
- rédaction initiale (cadrage, axes stratégiques)
 - concertation avec ARS et Assurance Maladie pour accord
 - temps de rédaction et d'ajustements réflexifs sur cadre d'organisation avec l'appui des professionnels du CETD de Nantes
 - concertation, ajustements avec acteurs de premier recours (2 territoires avec Maison de santé Pluriprofessionnelle et Communauté Professionnelle de Territoire de Santé)

Les obstacles identifiés :

- Les temps de consultation pour les médecins traitants
- Le rôle central de l'infirmier(ère) et la valorisation de son temps
- La non valorisation des interventions des psychologues
- Les temps de coordination
- Les transferts de connaissances et leurs ajustements réguliers
- L'insuffisance de développement des outils de partage de l'information

Pour faire face à certaines de ses contraintes, il a été proposé un modèle économique reposant sur une incitation financière collective (au sens où cette incitation est versée à un groupement d'acteurs en santé), complémentaire aux financements de droit commun (paiement à l'acte, tarification à l'activité, dotation globale, MIG...). L'incitation est calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, d'expériences patients et de maîtrise des dépenses pour une population donnée (6) .



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- (1) HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Recommandations Professionnelles, HAS, 2008.
- (2) SFETD. Livre blanc de la douleur 2017 État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. MED-LINE, 2017.
- (3) SFETD. Structures Douleur Chronique en France (SDC) -Guide de Bonnes Pratiques. MED-LINE, 2019.
- (4) ARS des Pays de La Loire. PRS Pays de la Loire 2018-2022. Nantes, 2018.
- (5) Association québécoise de la douleur chronique. « Renforcer les services de première ligne, développer les connaissances et les compétences des patients et des professionnels de la santé afin de mieux prévenir et traiter la douleur chronique. ».» 2016.
- (6) Ministère de la santé. «EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES (article 51 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018).» RAPPORT AU PARLEMENT , 2020.

eP_06 - Travail collaboratif pour la sécurisation du circuit du MEOPA : de la prescription à l'administration.

G. Guyon (1), C.Maucorps (1), R.Lebrun (2), G.Guillois (1)

(1)CH De Guingamp / Pharmacie, Guingamp, France, (2)CH de Guingamp / Equipe Douleur, Guingamp, France

INTRODUCTION: Le MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) est un gaz médical administré par voie inhalée. En tant que médicament, il est soumis à une prescription médicale. Ce travail a pour objectifs de faire un état des lieux du circuit du MEOPA au sein de notre établissement, d'identifier les défaillances afin de mettre en place les actions correctives nécessaires à la sécurisation du processus.

MATÉRIELS & MÉTHODES : Une équipe pluridisciplinaire, associant pharmacien, infirmier ressource douleur, infirmier hygiéniste et personnel du biomédical a été constituée. En premier lieu, chaque étape du processus a été analysée (stockage, délivrance, prescription, administration, gestion documentaire). Pour évaluer le taux de prescription, une étude prospective d'un mois a été menée sur les dossiers patients de 2 services (Urgences et Rééducation fonctionnelle - RF) afin de déterminer si une prescription médicale (informatisée ou non) avait été rédigée et encadrait l'administration du MEOPA. Puis, des actions ont été mises en place pour corriger les défaillances.

RÉSULTATS & DISCUSSION: L'état des lieux a permis d'identifier 2 défaillances potentielles prioritaires : la prescription et l'administration. L'étude menée sur le taux de prescription a permis l'analyse de 10 dossiers aux Urgences et 6 en RF. Les taux de prescription de MEOPA étaient respectivement de 60% et 0%. L'analyse à l'étape d'administration a montré que le matériel était obsolète et incomplet (pas de tuyau de gaz expirés) et l'existence d'une méconnaissance des règles d'entretien.

Suite à ce travail, plusieurs actions correctives ont été proposées et validées. Une procédure unique a été rédigée, elle rassemble les informations nécessaires au bon usage, à l'entretien du matériel et au circuit du MEOPA (commande, stockage et matériel disponible). En parallèle, du nouveau matériel (valve à la demande et dispositif d'administration à usage unique) et des consommables ont été référencés, de nouvelles consignes d'hygiène ont été données. Par ailleurs, afin d'améliorer le taux de prescription et de limiter le risque d'erreur, 2 protocoles de prescription du MEOPA ont été créés et validés par le CLUD sur le logiciel d'aide à la prescription Pharma®.

CONCLUSIONS: Une communication autour de ces actions a été réalisée au CLUD afin de sensibiliser les professionnels de santé. De nouveaux axes d'amélioration portent notamment sur la formation de personnes habilitées à la manipulation et l'administration du MEOPA et la sensibilisation du personnel médical à la prescription des gaz médicaux.

eP_07 - LA NEUROSTIMULATION MEDULLAIRE VECUE PAR LES PATIENTS : RESULTATS D'UNE ENQUETE SUR LEUR EXPERIENCE ET L'AMELIORATION DE LEUR QUALITE DE VIE AU QUOTIDIEN

C. Sebire (1)

(1) Association Francophone pour Vaincre les Douleurs, Parthenay, France

La façon dont les patients perçoivent leur stimulation est mal connue. L'Association Francophone pour Vaincre les Douleurs (AFVD), avec le soutien d'Abbott Medical France et Dooloo, présentent les résultats d'une enquête qui met en exergue le vécu des patients et l'impact de la neurostimulation médullaire dans plusieurs dimensions de leur vie au quotidien : physique, psychologique, professionnelle, sociale et émotionnelle.

PATIENTS ET MÉTHODES: Cette enquête a été réalisée du 15 novembre 2018 au 31 juillet 2019 à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne et diffusé sur internet et les réseaux sociaux, auprès de patients neurostimulés.

Le questionnaire (17 questions fermées et semi-ouvertes) s'est intéressé au vécu de la neurostimulation par les patients (soulagement de la douleur, intégration dans le quotidien, qualité de vie, difficultés rencontrées), à la manière dont les patients ont été informés de cette thérapie et aux leviers qui leur ont permis de prendre une décision éclairée quant à leur implantation.

PROFIL DES RÉPONDANTS: 116 patients dont une majorité de femmes (75,9%), âgés entre 40 et 60 ans (56%) et implantés depuis moins de 5 ans (85%) avec un stimulateur rechargeable (68,6%).

RÉSULTATS: Les patients estiment que la neurostimulation s'est parfaitement bien intégrée dans leur quotidien (96,5%) et qu'elle a permis d'améliorer leur qualité de vie dans différents domaines : ils citent prioritairement leur vie familiale (72,4%) et sociale (72,4%), leur humeur (75,9%), les sorties plus régulières (81,9%) ainsi que la reprise des activités de loisirs (66,4%) et de l'activité physique (41,4%). 19,8% d'entre eux ont également pu reprendre leur activité professionnelle.

Ils estiment aussi que leur douleur est globalement soulagée dès l'implantation et qu'à ce titre, 59,5% d'entre eux ont diminué leur consommation de médicaments, 28,5% ont diminué leur dosage et 17,2% ont complètement arrêté leur traitement.

Cette thérapie est principalement proposée par le médecin de la douleur (78,4%) loin devant le médecin traitant (9,5%) et, si une minorité des patients aurait souhaité être mieux informée (26,7%) voire plus soutenue psychologiquement (20,6%), les résultats soulignent que les patients se déclarent satisfaits à très satisfaits de bénéficier de cette thérapie (82,7%). 91,4% des répondants recommandent aux douloureux chroniques comme eux de se renseigner.

CONCLUSION: Cette enquête nationale montre que, dans l'ensemble, l'expérience des patients est positive en ce qui concerne le soulagement de la douleur, l'amélioration de leur qualité de vie ainsi que l'intégration de cette thérapie au quotidien.

Le niveau d'information et les attentes variables des patients montrent une opportunité de collaboration plus étroite entre les médecins de la douleur et les représentants des patients.

eP_08 - Le laser basse énergie pour la prise en charge des mucites chimio et/ou radio-induites : Retour d'expérience d'un protocole de coopération

C. Thery (1), S.Pasquier (1), E.Lecoq (2), A.Benchemam (1), N.Cardinael (3)

(1)CLCC Centre Henri Becquerel Rouen Service des Soins de Support, Rouen, France, (2)CLCC Centre Henri Becquerel Rouen Service de Radiothérapie, Rouen, France, (3)CLCC Centre Henri Becquerel Rouen Hématologie, Rouen, France

Après 3 années de travail, le Centre Henri Becquerel de Rouen a obtenu l'accord pour le protocole de coopération concernant la « Réalisation de séances de laser basse énergie pour la prévention et le traitement des mucites buccales chimio et/ou radio-induites chez les patients atteints de cancer par un(e) infirmier(e) ou un(e) manipulateur (trice) d'électroradiologie médicale en lieu et place d'un médecin ». (1) Nous rapportons la satisfaction des patients et des soignants après un an d'expérience.

La mucite est une complication (toxicité) fréquente des traitements de patients atteints de cancer solide et/ou hémopathie maligne. En effet, un patient sur deux, traité par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie, présentera une mucite, inflammation de la muqueuse recouvrant l'intérieur des cavités notamment buccales. Sa prise en charge est symptomatique par un traitement antalgique, local et/ou systémique et souvent peu efficace. Depuis plusieurs années et selon littérature (2,3,4), le laser basse fréquence s'est révélé intéressant pour le traitement curatif améliorant significativement les grades des mucites buccales avec un effet antalgique, anti- inflammatoire et cicatrisant.

Depuis le protocole de coopération, la prise en charge des mucites par laser basse fréquence a pu être élargie à tous les patients de l'établissement, technique jusqu'alors réservée aux patients en cours de radiothérapie ou souffrant d'hémopathies malignes (phase d'induction lors des greffes). Nous comptons à ce jour 23 délégués avec 18 infirmières (tout service confondu) et 5 manipulateurs. L'acte est fait « au lit du malade » ou en consultation dédiée. L'achat d'un 3ème laser de nouvelle génération aux Soins de Support a permis une autonomie de tout service. Sur le premier trimestre 2020, 241 actes ont été réalisés (300 actes en 2019), actes soumis à la prescription médicale, avec une codification en fonction de la taille de la lésion, avec une évaluation de début et de fin de traitement.

Globalement, le ressenti des soignants interrogés a été très favorable à la poursuite. La technique est « dite » facile, simple, permettant de nouvelles compétences, une meilleure prise en charge notamment avec une meilleure antalgie, communication et alimentation pour le patient. Les difficultés au moment de la mise en place ont été liées à la traçabilité des prescriptions ou à la réalisation de l'évaluation de clôture.

On note donc une bonne satisfaction des soignants et des patients. L'intérêt pour ce protocole est marqué, avec le souhait pour plusieurs établissements d'y adhérer. Les perspectives sont de poursuivre et d'élargir les indications vers un traitement préventif (5). Cela suppose du temps soignant supplémentaire, de l'organisation pour le screening des patients.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- 1) Avis n°2018.0031/AC/SA3P du 18 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Réalisation de séances de laser basse énergie pour la prévention et le traitement des mucites buccales chimio et/ou radio-induites chez les patients atteints de cancer par un(e) infirmier(e) ou un(e) manipulateur (trice) d'électroradiologie médicale en lieu et place d'un médecin »
- 2) HS Antunes et al, J Clin Oncol 29, 2011
- 3) Bjordal JM, Bensadoun RJ et al, Support Care Cancer, 2011
- 4) Bensadoun RJ, Nair RG. Curr Opin Oncol, 2012
- 5) Oberoi S, Zamperlini-Netto G, Beyene J, Treister NS, Sung L. PLoS ONE, 2014

eP_09 - Retour d'expérience de l'utilisation de la rTMS au sein de la structure douleur labellisée de la clinique du Pôle Santé Sud au Mans (groupe Elsan) entre 2017 et 2019.

J. Gaillard (1), A.Gahagnon (2), T.Monsegu (1), L.Juhel voog (3)

(1)CLINIQUE POLE SANTE SUD / SERVICE DOULEUR, Le mans, France, (2)CLINIQUE DU POLE SANTE SUD / SERVICE DOULEUR, Le mans, France, (3)CLINIQUE POLE SANTE SUD / MEDECINE INTERNE, Le mans, France

I. CONTEXTE : Les premières recommandations françaises sur l'utilisation thérapeutique et antalgique de la stimulation magnétique trans crânienne répétitive (rTMS) datent de 2011 (1). Ce texte fondateur définit les règles de sécurité (PEM) et les indications thérapeutiques avec un niveau de preuve A pour les douleurs neuropathiques et la dépression, avec un niveau de preuve B pour la fibromyalgie.

En 2015, notre service s'équipe d'une machine de rTMS permettant de proposer une alternative non médicamenteuse à nos patients. Ainsi sont réalisées 1890 séances de rTMS en 2017 pour une file active de 183 patients, 2306 en 2018 pour 185 patients, et 2378 en 2019 pour 207 patients.

II OBJECTIF: À l'aide d'un questionnaire défini par l'équipe douleur, nous avons souhaité évaluer l'efficacité de la rTMS auprès de nos patients. Le questionnaire anonyme a été distribué à tous les patients venus en rTMS pendant les mois d'avril et mai 2017, 2018, 2019.

Le questionnaire étudie plusieurs items à travers, la situation du patient (diagnostic clinique motivant la rTMS, nombre de séances, activité professionnelle, âge, sexe, ancienneté de la douleur), l'évaluation de l'amélioration (en pourcentage, sur les différents symptômes, effets secondaires), et l'impact de vie.

III. RÉSULTATS: Nous avons exploité 209 questionnaires, 131 pour fibromyalgie, 78 pour douleurs neuropathiques, et 19 pour dépression.

Les résultats seront présentés sur le poster pour chaque item, exprimés en pourcentage, ou en bâtonnets, ou en camembert.

L'amélioration de la douleur est rapportée dans 65 % des cas en 2017, 89 % en 2018 et 84 % en 2019.

Toutefois, un soulagement < 30 % est noté dans 40 % des cas en 2017, 38 % en 2018, 18 % en 2019.

Une amélioration >50% est notée sur la fatigue, les céphalées, le moral et les activités habituelles.

Les résultats sur le sommeil et la prise médicamenteuse ne sont pas homogènes.

Les effets secondaires immédiats (fatigue et céphalées) sont présents dans >50 % des cas.

Enfin, globalement, la rTMS a nettement amélioré et partiellement amélioré la vie des patients dans 78 % en 2017, 89 % en 2018 et 68 % en 2019.

IV. CONCLUSION / DISCUSSION : Il s'agit d'une étude observationnelle, avec ses limites. Cette thérapeutique non médicamenteuse apparaît suffisamment efficace et sûre pour être proposée, ce que confirme le GBP édité en novembre 2019 par la SFETD.

L'absence de prise en charge de cet acte par la sécurité sociale reste une menace pour le développement de la rTMS, et surtout une injustice pour la bonne prise en charge des patients.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

(1) French guidelines on the use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): Safety and therapeutic indications / Clinical Neurophysiology (2011) 41, 221-295

eP_10 - Stimulation auriculaire du nerf vague : étude prospective de l'efficacité et de la tolérance

L. Vanmassenhove (1), M.Lanquetuit (1), R.Deleens (1), S.Pouplin (1), C.Cauvin (1), P.Sturm (1)

(1)CHU Rouen, Rouen, France

INTRODUCTION: La stimulation auriculaire du nerf vague (SANV) apporterait un bénéfice dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques (1, 2). Les preuves sont malgré tout insuffisantes pour déterminer quelles sont les indications, étiologies ou type de douleur pour lesquels cette technique pourrait être proposée.

OBJECTIFS: L'objectif principal est de décrire l'impact de la SANV sur l'intensité douloureuse selon différentes situations douloureuses chroniques. Les objectifs secondaires sont d'analyser les modifications des caractéristiques de la douleur, d'évaluer l'amélioration globale ressentie, le degré de satisfaction et la tolérance.

MATERIELS ET METHODE: Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une SANV au CETD de Rouen. Le protocole de SANV (fréquence, durée et intensité) est adapté à la situation clinique. Nous avons répertorié les différentes situations cliniques puis évalué les patients à un, trois et six mois. Le critère principal est l'évolution de l'échelle numérique (E.N.) douleur. Les critères de jugement secondaires sont le NPSI, l'impression globale de changement, le degré de satisfaction et l'apparition d'effets secondaires.

RESULTATS: 26 patients (92 % de femmes, âge moyen 47 ans) ont été inclus depuis juillet 2019.

Caractéristiques initiales:

- pathologies : douleurs abdomino-pelviennes 56 % (endométriose 15% ; névralgie pudendale 11% ; douleurs : vésicales 7 %, anales 7%, pelviennes 7%, pancréatiques 4 %, abdominales pour un Crohn 4 %), fibromyalgie 19%, migraine 15%, douleurs rhumatologiques 7 % (lombalgies 4 % et polyarthrite rhumatoïde 4 %), acouphènes (4 %),
- principales localisations : abdomino-pelvien (52 %), tête (22%), rachis lombaire (19 %) et membres inférieurs (19 %).
- score DN4 médian : 2/10 (minimum 0/10 et maximum 8/10)
- EN douleur initiale médiane : 7/10
- NPSI médian : 18,5/100.

Après un mois de stimulation du nerf vague :

- nombre moyen de séances par jour : 1,7
- EN douleur médian : 4/10
- NPSI médian : 9,5/100
- Pourcentage d'efficacité ressentie médian : 26 %
- satisfaction des patients médiane : 5/10
- impression globale de changement : 42% léger changement, 4% forte amélioration et 12% sans changement
- effets indésirables : 19% (nausées pour 3 patients), aucun effet indésirable grave
- 1 patient perdu de vue.
- arrêt de la SANV 38 %

L'analyse des résultats à 3 et 6 mois est en cours.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

CONCLUSION et DISCUSSION: Ces premières données ouvrent une piste de réflexion mais les résultats à 1 mois sont décevants, plus d'un tiers des patients arrête la SANV à 1 mois. Notre étude présente de nombreux biais : recrutement, faible population et hétérogénéité des groupes. Néanmoins, le focus sur les patients améliorés permettra de définir ceux à inclure pour de futures études indispensables pour valider cette technique.

(1) Vitaly Napadow et al. Evoked Pain Analgesia in Chronic Pelvic Pain Patients using Respiratory-gated Auricular Vagal Afferent Nerve Stimulation, *Pain Med.* 2012 June ; 13(6): 777–789.

(2) Volker Busch et al. The effect of transcutaneous vagus nerve stimulation on pain perception e An experimental study, *Brain Stimulation* 6 (2013) 202e209

eP_11 - Les impacts d'un groupe « référents » dans la prise en charge de la douleur

A. Veaux (1), L.Belkheir (2), M.Coutellier (1), M.Sassi (3), B.Garcia (3), L.Sanseau (3), L.Matapa (3), K.Kabyll (3), M.Meri (3), H.Labed (3), L.Da veiga (3), A.Rharrabti (3)

(1)CH Argenteuil, service soins palliatifs et douleurs chroniques, Argenteuil, France, (2)CH Argenteuil, service de radiothérapie, Argenteuil, France, (3)CH Argenteuil, unité de soins longue durée, Argenteuil, France

Ce poster, réalisé par le groupe de référents douleur de l'hôpital d'Argenteuil, est un retour d'expérience.

Le travail du référent douleur est peu visible et peu reconnu. C'est un travail du quotidien pourtant essentiel au sein des services, qui demande une réelle implication et de l'investissement afin d'améliorer la prise en soin de la douleur de nos patients. L'objectif de ce poster est de présenter notre travail depuis 2015.

Dans un premier temps, le poster synthétise à travers une flèche chronologique les différentes missions et actions entreprises sur ces 5 années.

En effet, nous nous réunissons une fois par mois afin de mener à bien nos missions, coordonné par l'équipe mobile douleur et soins palliatifs. Nos objectifs prioritaires sont l'harmonisation des pratiques, la formation et la transmission dans nos services. Pour ce faire, les réunions abordent des thématiques différentes en fonction des besoins et problématiques que nous rencontrons, et sont aussi un lieu de réflexion sur des axes d'amélioration envisageables.

Notre rôle de transmission étant essentiel, ce poster reprend dans un second temps les actions concrètes que nous menons dans nos services, et explique de même le jeu de cartes éducatif que nous avons créé à des fins de formation et d'information.

Dans un troisième temps, le poster résume les deux journées d'information « sur les moyens de prise en charge de la douleur » et « le parcours du patient douloureux » qui ont été organisées par le CLUDSP sur l'hôpital, en 2015 et 2018, à destination du grand public. Notre groupe a été très investi dans la préparation de ces deux journées, à travers l'élaboration de posters et la création puis l'extension d'un jeu de carte. Nous nous sommes mobilisés et avons animé les stands pour faire de ces journées une réussite.

Ce poster permet de rendre compte auprès de la société savante qui nous représente des réalisations sur ces 5 années passées de notre groupe. De plus, l'objectif est de permettre à des référents douleur d'accéder au congrès de la SFETD et à son contenu formateur.

eP_12 - Douleurs orofaciales : participation du centre de soins dentaires aux activités du centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes; satisfaction des patients et des praticiens

M. Tellier (1), B.Enkel (2), S.Kimakhe (2), J.Nizard (3)

(1)Cabinet libéral, Viriville, France, (2)UFR Odontologie de Nantes, Nantes, France, (3)Chef du Service Interdisciplinaire Douleur Soins Palliatifs et de Support, Médecine intégrative, Nantes, France

La prise en charge des douleurs chroniques représente un défi pour les soignants, tant par la complexité inhérente à ces pathologies [1] que par les contraintes techniques (temps de consultation, moyens logistiques...) qui s'imposent aux praticiens dans leur exercice.

L'objectif de ce travail a été de faire un bilan le plus objectif possible du travail réalisé par une consultation animée par des chirurgiens-dentistes sur la période de juin 2015 à janvier 2018 et d'essayer d'apporter des propositions d'amélioration afin de faciliter le parcours de soins du patient au sein de cette consultation et dans le réseau de prise en charge de manière plus générale.

Cette étude s'appuie sur un recueil prospectif des données de consultation (âge, sexe, motif de consultation, nombre de consultations par patient...), sur des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des patients (attente fondée sur la consultation, apport de la consultation, raison de satisfaction) vus en consultation de septembre 2018 à février 2018 et sur des questionnaires d'évaluation de la satisfaction réalisés auprès des 3 praticiens animant la consultation. Le recueil de données sur 66 patients a mis en évidence une sur-représentation des femmes [2] se présentant en consultation (n=48, sex ratio: 2,7), des patients rarement âgés de moins de 25 ans (n=62, $\mu=51.7$, $\sigma=15.9$) et majoritairement avec une dysfonction de l'appareil manducateur pour 60% d'entre eux.

Concernant l'évaluation quantitative de la satisfaction des patients, elle a été réalisée immédiatement à la sortie de la consultation, et sur les 20 patients évalués il ressort un taux de satisfaction (mesuré sur une échelle de 0 à 10) de 70% avec une note de 9 ou 10 et de 15% avec une note de 7 ou 8.

Lorsque les patients ont évalué l'apport qui leur a été fait par la consultation, ce sont les valeurs humaines de « soutien moral » et de « considération, écoute » qui se sont le plus dégagées [1]. Enfin, ce qui ressort des évaluations réalisées auprès des praticiens est le manque de moyens logistiques (personnel, salles, matériel...) pour être le plus efficace possible dans la réponse à la demande grandissante de soins.

Ce travail pose les bases pour une recherche sur les améliorations concrètes qui pourraient être amenées afin d'améliorer le parcours de soins au sein de cette consultation et plus largement au sein du centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes pour les patients atteints de douleurs orofaciales.

1. A Fayaz, P Croft, R M Langford, L J Donaldson, G T Jones. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. [Internet]. 20 juin 2016;6(6):e010364 Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932255/>

2. Jørgena, ; Ekholm, ab; Sjøgren, Pa; Rasmussen, Niels K. Development of and recovery from long- term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population. Pain 2004; 108(1) : 154-162.

eP_13 - EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE L'AXE RACHIS-PELVIS DANS LES DOULEURS PELVI PERINEALES CHRONIQUES

C. Baude (1), M.Freydier (1), M.Barmaki (1), P.Arcagni (1)

(1)consultation douleur medipole lyon villeurbanne, Villeurbanne, France

INTRODUCTION: Les douleurs pelvi périnéales chroniques s'accompagnent fréquemment de troubles de la posture avec des douleurs lombaires entre autres (1). Dans notre expérience (2) nous retrouvons également cette association de signes cliniques en lien avec l'implication des muscles pelvi trochantériens. Le but de ce travail est d'exposer notre démarche clinique para clinique et nos principes de prise en charge de cette problématique.

MATERIEL ET METHODES: Dans notre expérience (2) sur 123 patients victimes d'algie pelvienne chronique dont 63% de femmes d'âge moyen entre 50 et 70 ans on retrouve 77% de syndromes myofasciaux et 35% de douleur de la sphère rachidienne (lombosciatique , syndrome de Maigne , sacralgie et coccygodynie) . A partir de ces données nous avons élaborer un protocole d'évaluation et de prise en charge .

RÉSULTATS ET DISCUSSION: On retrouve dans notre expérience (2) la même incidence de troubles rachidiens que dans la littérature (1) . Cette problématique s'explique d'une part par l'hypersensibilité pelvi périnéale quasi constante et d'autre part par l'implication des muscles pelvi trochantériens dans les algies pelviennes chroniques. On propose dans notre fonctionnement pluridisciplinaire le processus d'évaluation et de prise en charge thérapeutique suivant :

- Interrogatoire complet (antécédents chirurgicaux , traumatiques , médicaux , historique de la douleur ...)
- Examen clinique complet (recherche d'un syndrome myofascial ,d'un trouble de la posture et examen rachidien et pelvien)
- Bilan para clinique : IRM pelvienne et lombaire, Holorachis
- Avis d'un rééducateur fonctionnel (corset, kinésithérapie rachidienne ? , centre de rééducation ?)
- Prise charge spécifique de la composante pelvi périnéale (traitement médicamenteux , TENS , infiltration , chirurgie ..)
- Kinésithérapie pelvienne (syndrome myofascial)
- Ostéopathie (syndrome de Maigne , hypersensibilité pelvi périnéale)
- Accompagnement psychologique

CONCLUSION: La symptomatologie des algies pelviennes chroniques ne se résument par uniquement à des symptômes pelviens mais aussi à des symptômes rachidiens par hypersensibilisation et syndrome myofascial pelvi trochantérien . Il convient donc d'adopter une stratégie pluridisciplinaire efficace d'évaluation et de prise en charge de l'axe rachis-pelvis dans les algies pelviennes chroniques .

BIBLIOGRAPHIE

(1) ICAZIO S et coll ;Incidence des troubles posturaux chez les patients souffrant d'algies pelvi périnéales chroniques ; 18 e Congrès SFETD LILLE 14-16 Novembre 2018

(2) FREYDIER M ; Indication chirurgicale et prise en charge des patients atteints de névralgie pudendale canalaire après consultation en réunion de concertation pluridisciplinaire : Etude du cas de 123 patients ; Mémoire DESC 2016 .

eP_14 - Activités Physiques, Douleurs, Personnes Âgées au sein d'une Filière orthogériatrique

I. Tapesar (1), B.Auffray (1), C.Gov (2), O.Bonizzoni (3), P.Oubreyrie (1), M.Pugibet (4), J.Ferrarini (5)

(1)Centre Hospitalier de SAINT CERE SSR PAP, Saint cere, France, (2)Groupement Hospitalier Est - CETD- Centre évaluation et traitement de la douleur, Lyon, France, (3)Médecine Gériatrique Centre Hospitalier de SAINT CERE, Saint cere, France, (4)Médecine Interne Centre Hôpital de BRIVE, Brive-la-gaillarde, France, (5)Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Centre Hospitalier de FIGEAC, Figeac, France

CONTEXTE: Étude observationnelle rétrospective concernant 50 séjours (durée 4 à 6 semaines) de personnes âgées (PA) vulnérables de > 65 ans, de tout horizon, issues d'une filière Orthogériatrique type C[1][2] (CH SAINT-CERE - CH FIGEAC), déclinant un modèle de soins intégrés.

Conditions d'inclusion : Contexte polypathologie, MoCA (Montreal Cognitive Assesment) \geq à 18/30, adhésion à un programme d'activités physiques.

OBJECTIF: Démontrer le bénéfice d'une réhabilitation personnalisée, dans une approche globale somato-psycho-sociale, sur la diminution de la perception des douleurs.

MÉTHODE: Séquences d'activités physiques intégrées de manière récréationnelle, en complément de la prise en soins spécifiques (suites pathologies chirurgies orthopédiques, traumatisme bassin ou rachidien), avec prévention des dépendances iatrogènes [3] (limiter des douleurs liées à l'activité musculaire par neurostimulateur antalgique (TENS).

Combinaisons d'activités quotidiennes, d'intensité faible à modérée 3 à 6 MET (Intensité d'activité physique et dépense énergétique) ciblant de manière alternée, l'entraînement de l'équilibre, de la force et de la souplesse, de l'endurance, dans un schéma séquencé 3 fois par semaine.

Évaluation des résultats à travers les tests de performance globale, réalisés en début et en fin de séjour, en complément de l'évaluation multidimensionnelle gériatrique type Step 2 du Programme ICOPE, OMS 2019[4].

Parmi les nombreux outils gériatriques validés utilisés en SSR gériatrique, sont retenus : Short Physical Performance Battery (SPPB), Timed Up & Go (TUG), Hand Grip Test (HGT) ET Echelle Verbale Simple (EVS)

RÉSULTATS: Sevrage complet d'antalgique en fin de séjour

De manière globale : EVS diminuée (52%), Amélioration TUG (63%), SPPB (44%), HGT (4%).

Selon le genre, de tout âge :

Homme (42%) : EVS diminuée (70%), amélioration TUG (58%), SPPB (59%), HGT (4%)

Femme (58%) : EVS diminuée (59%), amélioration TUG (57%), SPPB (54%), HGT (4%)

Selon les populations des PA :

PA gérontologique (65~75 ans) : EVS diminuée (69%), amélioration TUG (77%), SPPB (55%), HGT (4%)

PA gériatrique (75~85 ans) : EVS diminuée (53%), amélioration TUG (72%), SPPB (58%), HGT (5%).

PA du grand âge (85~100 ans) : EVS diminuée (41%), amélioration TUG (51%), SPPB (50%), HGT (5%).

CONCLUSIONS: L'approche globale en gériatrie et la transdisciplinarité favorisent l'alliance thérapeutique.

L'activité physique adaptée à l'état de santé, améliore globalement la perception algique de plus de 50%, le statut de fragilité clinique de 44%, l'équilibre + mobilité de 63% et l'HGT (force de préhension), au mieux, que de 5%. Amélioration plus significative de la perception algique chez les hommes.

L'activité physique régulière est un levier thérapeutique de prévention secondaire des douleurs chroniques et de prévention primaire du « Frail syndrom [5] » (Qualité de vie, Activités élémentaires de la vie quotidienne, Capacités intrinsèques etc.)

[1] Pioli G, Giusti A, Barone A: Orthogeriatric care for the elderly with hip fractures: where are we? Aging Clin Exp Res. 2008, 20: 113-22

[2] The care of patients with fragility fracture (Blue Book) Authors: British Geriatrics Society

[3] Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 1 août 2015;16(8):674-81.

[4] C. Takeda, S. Guyonnet, Y. Sumi, B. Vellas, I. Ajauro de Carvalho ICOPE Programme de soins intégrés pour les seniors recommandé par l'OMS pour le maintien des capacités et la prévention de la dépendance chez les personnes âgées. L'année gérontologique, Vol 33, Tome II 2019

[5] The Frailty Syndrome. By Zachary J. Palace, MD, CMD, and Jennifer Flood-Sukhdeo, MS, RD, CDN Today's Geriatric Medicine Vol. 7 No. 1 P. 18

eP_15 - Efficacité et innocuité de la radiofréquence pulsée dans les algies post-zostériennes réfractaires de la face. A propos d'un cas.

D. Timbolschi (1), Y.Bohren (2), L.Joganah (3), A.Coca (4), D.Chaussemy (5), E.Salvat (3)

(1)CETD, Strasbourg, France, (2)CETD, CHU de STRASBOURG, Strasbourg, France, (3)CETD CHU Strasbourg, Strasbourg, France, (4)Service de Neurochirurgie CHU Strasbourg, Strasbourg, France, (5)Service de Neurochirurgie CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

INTRODUCTION: Le zona est une dermatose virale due à la réactivation du virus de la varicelle. Les algies post-zostériennes (APZ) représentent sa complication la plus fréquente, caractérisée par des douleurs neuropathiques chroniques, intenses, réputées résistantes aux thérapies médicamenteuses (1). Elles altèrent la qualité de vie de ces patients qui sont majoritairement des personnes âgées avec des comorbidités multiples. Le manque de réponse aux traitements conventionnels successifs impose le recours à des techniques d'analgésie interventionnelle. Des traitements par radiofréquence pulsée (RFP) au niveau des structures nerveuses atteintes par le zona ont été proposés dans les dernières années.

Bien qu'il n'y ait pas de recommandations formelles concernant RFP dans les APZ, ni d'études de grande envergure, il existe dans la littérature récente un nombre de cas cliniques rapportés avec des résultats positifs encourageants (2).

Présentation clinique.

Nous présentons le cas d'un patient de 81 ans avec des multiples antécédents médicaux. Il souffre depuis 3 ans des APZ faciales (V3) réfractaires aux traitements médicamenteux. Synthèse de la prise en charge.

Lors de la phase aiguë, un traitement par valaciclovir, fentanyl patch et prégabaline est mis en route. La guérison complète des lésions cutanées a été obtenue après trois semaines. En revanche, les douleurs neuropathiques ont persisté malgré les changements thérapeutiques : gabapentine, tramadol, amitriptyline, lidocaïne topique.

Lors de la première consultation, le patient présentait des douleurs invalidantes continues (EVS 4/10) avec des exacerbations algiques pluriquotidiennes (EVS 7/10), à caractère neuropathique (DN4 à 6/10), dans le dermatome mentonnier droit. Il existait une allodynie mécanique dynamique et une hypoesthésie à la pique.

Nous avons réalisé un bloc test du nerf mentonnier avec ropivacaïne 0,2% qui a été positif (analgésie complète pendant plusieurs heures). Après l'information et l'accord du patient, la RFP est réalisé sous légère sédation. Le repérage du foramen mentonnier et la progression de l'aiguille sont faits sous contrôle échographique. Une stimulation sensitive (0.5 V, 50 Hz) est réalisée. Les paresthésies dans le territoire mentonnier droit confirment le bon positionnement de l'aiguille. Nous réalisons 2 séances de RFP à 42°C de 2 minutes.

RÉSULTATS: La diminution significative des douleurs (EVS = 1/10) et la disparition complète de l'allodynie sont obtenues dès le jour de l'intervention. Elles se maintiennent 7 mois après l'intervention (EVS = 2/10). L'hypoesthésie persiste mais celle-ci n'occasionne pas de gêne particulière. Aucun effet secondaire à la RFP n'a été observé.

CONCLUSIONS: La RFP pourrait être une alternative thérapeutique intéressante dans les APZ. Elle est dépourvue d'effets indésirables significatifs (3). L'absence d'études et de recommandations formelles imposent de réserver la RFP aux APZ réfractaires.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Bibliographie

- (1) Bouhassira D., et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in general population. *Pain* 2008; 136: 380-7.
- (2) Gyun Park H., et al. Ultrasound-assisted mental nerve block and PRF treatment for intractable postherpetic neuralgia: three case studies. *The Korean journal of Pain* 2014, vol 27; 80-85
- (3) Marcia S., Saba L., *Radiofrequency treatments on the spine*. Springer Edition 2017

eP_16 - La douleur cancéreuse « rebelle » : évolution vers prise en charge intégrée

C. Thery (1), B.Chappes (2), L.Augusto (3), O.Rigal (3)

(1)CLCC Centre Henri Becquerel Rouen Service des Soins de Support, Rouen, France, (2)CHU, Rouen, USP, Rouen, France, (3)CLCC, Centre Henri Becquerel, Oncologie, Rouen, France

La douleur est le symptôme le plus fréquemment observé en cancérologie. L'incidence varie de 30 à 45% chez les patients à la phase précoce de la maladie, de 60 à 90 % à un stade avancé. Les douleurs cancéreuses sont souvent complexes et mixtes. Dans 15 % à 30% des cas, l'association analgésie et effets secondaires acceptables n'est pas satisfaisante. Le défi pour une prise en charge optimale de la douleur du cancer nécessite une organisation des soins et la formation des acteurs (1). Nous rapportons notre expérience pour une prise en charge de la douleur « rebelle ou réfractaire » intégrée au sein des services de soins.

En cas de douleurs rebelles, il est possible de recourir à des alternatives thérapeutiques non invasives (kétamine, méthadone), ou invasives (analgésie loco-régionale, pompes intra-thécales...), thérapeutiques nécessitant souvent un transfert en service spécialisé (2, 3, 4). Notre Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs (EMDSP) du CLCC de Rouen évolue vers une prise en charge intégrée au sein des services de cancérologie. Nous rapportons quelques situations cliniques explicitant cette démarche. L'utilisation de Kétamine est très fréquente et un quotidien pour les équipes. La mise en place d'une PCA de sufentanyl a permis une équilibration antalgique satisfaisante avec l'ajustement pluri-quotidien des posologies chez un de nos patients souffrant d'un cancer ORL avec évolutivité loco-régionale. Nous avons pu proposer la mise en place de Méthadone en rotation PO et en intra-veineux (ATU). La Méthadone comme co-analgique ou encore l'introduction de Tiapridal ont permis d'améliorer ou de stabiliser certains symptômes douloureux... Dans ces différentes situations, les associations diverses et les rotations ont permis d'optimiser l'antalgie. Nous comptons 5 patients en un an transférés en Unité de Soins Palliatifs (USP).

L'évolution des douleurs et des besoins des patients oblige à proposer des thérapeutiques « innovantes ». Notre retour est favorable avec une satisfaction des patients, des familles (réticents au changement de service et/ou d'établissement), et des référents (continuité de soins). Notre expérience montre une partie de l'arsenal thérapeutique disponible en cas de douleurs rebelles. Ces traitements doivent être instaurés de manière individuelle (pathologie, état général, tolérance, projets de vie) par des médecins formés. Une prise en charge intégrée n'est possible que par une collaboration étroite avec les médecins référents. Cela nécessite des évaluations pluriquotidiennes, une disponibilité de l'EMDSP, une formation du personnel soignant à ces nouvelles thérapeutiques (protocole, plan de traitement avec instructions claires...)... Nous poursuivons cette démarche, avec une mise à jour régulière des recommandations de bonnes pratiques et avec l'extension de ces thérapeutiques à d'autres patients (2,3,4).

- 1) Instruction n° DGOS/R3/INCA/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer
- 2) ANSM, - juin 2010
- 3) HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Janvier 2020
- 4) National Comprehensive Cancer Network. - NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology: Adult cancer pain, version 2.2016.

eP_17 - De l'hypnose à l'e-hypnose en UETD : implications pour la pratique clinique

A. Gouchet (1), H. Alipour (1)

(1)UETD - CH de Saint-Brieuc, Saint brieuc, France

La période de confinement pour raisons sanitaires a vu augmenter drastiquement l'activité de télé-consultation médicales [réf HAS /ARS], suite à une vague de suppressions massives des consultations présentes. Il a également été noté, chez les patients atteints d'affections chroniques, une réticence à consulter à l'hôpital, soulignée par la HAS.

Afin de compenser cela, et pour assurer un suivi optimal des patients douloureux chroniques, les consultations d'hypnose habituellement données en présentiel ont été proposées en télé-consultations, à partir de recommandations préalables [réf : Bioy, Garnier & Servillat].

Cette évolution, inédite dans notre UETD, a permis à plusieurs patients de bénéficier d'un suivi régulier, malgré l'isolement imposé par deux mois de confinement.

Nous rapportons ici, à partir d'une sélection de séances, notre expérience de praticien, ainsi que celle des patients ; si certains préfèrent les consultations présentes, d'autres apprécient cette modalité, qui affranchit notamment des trajets et assouplit les horaires.

Nous détaillons ainsi le ressenti des patients et du praticien, face à ces situations innovantes, qui mobilisent la créativité et l'adaptabilité de chacun.

La télé-consultation d'hypnose a permis de préserver le lien avec les patients et la continuité du travail avec l'hypnose : analgésie et/ou anxiolyse hypnotique, exercices de relaxation hypnotique, apprentissage de l'auto-hypnose.

Plusieurs situations inhabituelles et/ou inattendues nous ont permis d'étayer un raisonnement à suivre, pour garantir des séances confortables et utiles, tant pour les patients que pour le praticien.

Au-delà des classiques limitations techniques (qualité de la connexion, équipement informatique, ...) et des péripéties (perte de connexion, décalage entre audio et vidéo, ...), la dimension relationnelle a pu être explorée dans ses spécificités, ainsi que les modalités de l'observation clinique, centrale et indispensable dans la pratique de l'hypnose.

Pour le praticien, il est intéressant de pouvoir observer le patient dans son environnement familial, dans un comportement plus habituel. Des éléments de contexte peuvent utilement enrichir la séance, notamment pour proposer des ancrages.

L'interaction visuelle a tout particulièrement retenu notre attention : en effet, lorsque l'observant (A) regarde l'observé (B), il regarde en fait l'image de B à l'écran, donnant à celui-ci l'impression de ne pas être regardé, car le regard observant n'est pas dirigé vers la webcam ; ainsi l'observé (B) voit l'observant (A) regarder ailleurs. B ne voit A le regarder que lorsque A regarde la webcam et non l'écran ; B ne voit donc pas A l'observer en temps réel. Ceci est réciproque, il y a donc une altération "symétrique" de l'interaction visuelle entre A et B.

Bioy A, Garnier PH, Servillat T : Propositions pour la pratique de l'hypnose ericksonienne dans le cadre des consultations en ligne. Communication personnelle et
https://www.linkedin.com/posts/antoinebioy_visioconsultation-hypnose-activity-6649968462594617344-fq5w



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

eP_18 - Capsaïcine à 8% par dispositif transdermique : organisation pour plus d'efficience au niveau d'un GHT

Y. Pluchon (1)

(1)ALGOLOGIE/CETD, La roche sur yon cédex 9, France

Le service d'ALGOLOGIE/CETD territorial de Vendée pratique la prise en charge ambulatoire par Capsaïcine à 8% depuis 8 ans maintenant.

Nos préoccupations restent que nous puissions proposer ce traitement dans toutes les indications reconnues, à proximité du domicile des patients avec le minimum de délais de réalisation pour les patients, et une évaluation par le service pour suite à donner dans le cadre d'un protocole.

Notre organisation multisite permet la réalisation du protocole en proximité.

La centralisation de la programmation des protocoles facilite la répartition des patients sur les différents sites et la création d'une liste d'attente d'urgence assure l'absence de lit vide sur le territoire.

Nous décrivons l'activité sur 8 ans ainsi que la progression d'activité et la répartition des patients pour une réalisation actuelle moyenne de 40 patients par semaine bénéficiant d'un protocole à la capsaïcine.

eP_19 - Place et mise en oeuvre de l'hypnothérapie au CETD du CHD de la Roche Sur Yon

Y. Ganem (1), V. Bonnamy (2)

(1)Algologie/CETD, La roche sur yon cedex 9, France, (2)CHD Vendée Multisite, La roche sur yon, France

INTRODUCTION: Il existe une pratique de l'hypnothérapie au CETD au CHD de la Roche Sur Yon depuis 2006 pratiquée par différents intervenants avec des interruptions.

A nouveau depuis 2017 une IDE pratique l'hypnose en consultation et un médecin depuis avril 2019.

137 patients ont été suivis depuis 2017 avec une moyenne de 3 séances/patient.

PROJET: Il nous est apparu important de discuter et d'échanger autour de nos pratiques ce qui nous a amené à réfléchir à la mise en place d'un protocole de prise en charge de nos patients.

PROTOCOLE: L'adresseur est un des médecins de l'équipe du CETD, l'hypnothérapeute fait une première évaluation à la première consultation et 4 séances sont proposées, avec une évaluation à six mois et à 1 an par téléphone.

L'évaluation consiste à chiffrer de 0 à 10 l'intensité des symptômes douloureux, le stress, la qualité du sommeil, le niveau de l'énergie, l'envie de faire des activités et la qualité de vie.

CONCLUSIONS: L'hypnothérapie a toute sa place dans la prise en charge multidisciplinaire du patient douloureux chronique selon les recommandations de l'HAS. Il est important de protocoliser notre démarche pour travailler de façon homogène afin de pouvoir évaluer l'impact de l'hypnothérapie sur la qualité de vie de nos patients au long cours. Notre projet est d'évaluer ce protocole au bout de 1 an pour mesurer son intérêt.

eP_20 - Prescription hors AMM du fentanyl transmuqueux : étude sur les données nationales de l'Assurance Maladie

J. Delorme (1), C.Chenaf (1), N.Delage (1), C.Bertin (1), A.Eschalier (1), D.Ardid (1), N.Authier (1)

(1)a Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, F(6)3001, Clermont-Ferrand, France b Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) / French monitoring centre for analgesic drugs, Université Clermont Auvergne - CHU Clermont-Ferrand, F(6)3001 Clermont-Ferrand, France., Clermont-ferrand, France,

INTRODUCTION : les formes transmuqueuses de fentanyl (LI) sont destinées exclusivement au traitement des accès douloureux paroxystiques chez les patients cancéreux adultes, recevant déjà un traitement de fond opioïde (LP). Selon les dernières données du réseau national d'addictovigilance (notifications spontanées et enquêtes pharmacoépidémiologiques de terrain) [1], le fentanyl LI fait fréquemment l'objet d'un mésusage, avec une prescription non conforme à l'AMM (>70%) en lien notamment avec une utilisation hors cancer ou sans traitement opioïde LP associé. De manière complémentaire à ces données, l'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de prescription hors AMM du fentanyl LI (hors cancer et/ou sans traitement opioïde LP associé) à partir des données exhaustives de l'Assurance maladie.

MÉTHODE : les données sont issues de la base exhaustive de remboursements du Système National des Données de Santé (SNDS, >98% de la population française). Tous les patients ayant bénéficié d'au moins une délivrance de fentanyl LI (Actiq®, Effentora®, Breakyl®, Abstral®, Recivit®, Instanyl®, Pefcent®) entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017 ont été inclus. Les patients cancéreux ont été identifiés à partir de l'existence d'une ALD 30 ou d'une hospitalisation avec un code diagnostic CIM10 de cancer. Les spécialités et modes d'exercice (libéral/hospitalier) des prescripteurs ont été recueillis. La primo-prescription de fentanyl LI a été analysée et était définie par l'absence de délivrances dans les 12 mois précédents.

RÉSULTATS: au total, 29 228 patients ont été identifiés en 2017. Une utilisation hors AMM était retrouvée pour 51,5% des patients : la prescription hors cancer concernait 43,9% des patients et celle sans traitement opioïde LP associé 21,1%. Comparativement aux patients cancéreux, les patients non-cancéreux étaient majoritairement des femmes (64,5% vs 46,6%, $p < 0,0001$), plus âgés (âge médian 78 vs 67 ans, $p < 0,0001$), présentaient plus fréquemment des comorbidités médicales (71,3% vs 40,8%, $p < 0,0001$) et une posologie journalière médiane de fentanyl LI moins élevée, 495 vs 685 µg, $p < 0,0001$. Comparativement aux patients cancéreux, le prescripteur était plus fréquemment un médecin libéral pour les patients non-cancéreux, 74,4% vs 59,1% ($p < 0,0001$), et il s'agissait majoritairement d'un médecin généraliste (94,1% vs 67,6%, $p < 0,0001$). A l'inverse, la prescription était plus fréquemment faite par un autre médecin spécialiste chez les patients cancéreux 23,6% vs 3,2% chez les patients non-cancéreux ($p < 0,0001$). La primo-prescription de fentanyl LI était essentiellement le fait des médecins libéraux, majoritairement des généralistes chez 95,8% des patients non-cancéreux vs 62,8% des patients cancéreux, $p < 0,0001$.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

CONCLUSIONS: cette étude a montré que 1/ plus de la moitié des prescriptions de fentanyl transmuqueux étaient hors cancer et/ou sans traitement opioïde LP associé et 2/ la grande majorité d'entre elles étaient initiées par les médecins généralistes.

[1] Tournebize J, Gibaja V, Frauger E, et al. French trends in the misuse of Fentanyl: From 2010 to 2015. [published online ahead of print, 2019 Nov 25]. *Thérapie*. 2019;S0040-5957(19)30174-X. doi:10.1016/j.therap.2019.11.002

eP_21 - Identification des déterminants génétiques de la sensibilisation centrale chez des patientes souffrant d'un syndrome fibromyalgique

Y. Gloor (1), A. Matthey (2), M. Mouterde (3), K. Sobo (4), E. Poloni (3), C. Cedraschi (5), G. Pickering (6), E. Kosek (7), G. Ehret (4), J. Desmeules (5)

(1) Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)/ Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Genève, Switzerland, (2) Hôpitaux Universitaires de Genève/Centre de recherche clinique (CRC)/Unité d'investigation clinique, Genève, Switzerland, (3) Université de Genève/Département de génétique et évolution/Unité d'anthropologie, Genève, Switzerland, (4) Hôpitaux Universitaires de Genève/Département de médecine/Service de cardiologie, Genève, Switzerland, (5) Hôpitaux Universitaires de Genève/Département de médecine aiguë/Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Genève, Switzerland, (6) Université de Clermont Auvergne/Faculté de médecine/Centre de pharmacologie clinique, Clermont-ferrand, France, (7) Karolinska University Hospital/Karolinska Institutet/Osher Centrum/Department of Clinical Neuroscience, Stockholm, Sweden

BUTS: Le syndrome fibromyalgique (SFM) englobe un large éventail de manifestations douloureuses chroniques dysfonctionnelles et la sensibilisation centrale est considérée comme l'un des mécanismes clefs dans son développement. Ce processus peut être décrit comme une perte d'équilibre entre la transmission d'une stimulation douloureuse au système nerveux central (SNC) et la réponse naturelle d'atténuation de la douleur émanant du SNC. Le NFR (Nociceptive Flexion Reflex) est considéré comme une mesure objective de cette sensibilisation. Bien qu'une agrégation familiale du SFM suggère un caractère héréditaire au développement de la maladie, l'origine multifactorielle ainsi que la complexité du syndrome fibromyalgique ont jusqu'à présent freiné l'identification des déterminants génétiques impliqués.

MÉTHODES: Nous avons utilisé un micro-réseau dessiné sur mesure d'Illumina, l'Infinium CoreExome-24 BeadChip, pour géotyper 555'356 polymorphismes chez 302 volontaires recrutés dans le cadre de diverses études cliniques sur le SFM aux HUG. Ces données ont été utilisées pour une étude d'association avec le NFR.

RÉSULTATS: Le taux de couverture de géotypage a dépassé les 99 % chez chaque participant. Le contrôle qualité a validé 259'258 polymorphismes (CR >95%, HWE $p > 10^{-5}$, MAF >0.05) chez 284 patients ont été validés pour l'analyse bioinformatique.

Une corrélation entre les valeurs de NFR et les données génétiques a été réalisée en utilisant des régressions linéaires multiples prenant en compte le diagnostic de SFM, la médication, l'âge, le sexe ainsi que la cohorte d'origine de l'échantillon comme co-variables.

En se basant sur une mesure objective de la sensibilisation centrale, l'étude d'association pangénomique réalisée avec notre cohorte a permis l'identification d'un nouveau polymorphisme dans Hap1 susceptible de jouer un rôle dans la sensibilisation centrale. La présence de médication ainsi que le diagnostic de SFM se sont avérés des co-variables significatives du modèle.

Nos résultats serviront de base à une étude mécanistique visant une meilleure compréhension des mécanismes patho-physiologiques. De plus, grâce à des collaborations internationales, les résultats obtenus pourront être répliqués dans différents groupes de patients.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

CONCLUSIONS: En permettant d'affiner le diagnostic de la maladie, ce projet s'inscrit dans le processus de développement d'une médecine personnalisée visant à mieux cibler les processus physiopathologiques impliqués dans la sensibilisation centrale et ainsi permettre à terme d'optimiser le traitement de chaque patient souffrant de SFM.

eP_22 - Evaluation de la douleur des enfants de moins de trois mois par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences pédiatriques : états des lieux et perspectives d'amélioration dans un hôpital Francilien.

C. Blandin (1), S.Biscardi (1), R.Epaud (1), J.Ngo (3)

(1)CHI Créteil, Pédiatrie Générale et Urgences Pédiatriques, Creteil, France, (3)CHI Créteil - Pédiatrie Générale, Créteil, France

La douleur reste une expérience subjective. Pour ne pas minorer la douleur, il est indispensable de l'évaluer [1]. L'enfant de moins de trois mois n'a pas accès au langage et est privé de son moyen essentiel de communiquer son expérience douloureuse [2]. Aux urgences pédiatriques, l'enfant de moins de trois mois consulte pour des motifs variables (fièvre, conseils de puériculture, pleurs inexplicables...).

Il est inscrit dans le code de santé publique que « ... toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte ... » [3].

Nous avons effectué trois états des lieux de l'évaluation de la douleur aux urgences pédiatriques par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) des nourrissons de moins de trois mois ; sur trois périodes successives courtes, dans un hôpital de l'Île-de-France entre 2019 et 2020.

La totalité des dossiers des enfants de moins de trois mois consultant aux urgences pédiatriques ont été repris de manière rétrospective sur ces trois courtes périodes pour constituer la base de données.

Un premier état des lieux s'est penché sur 63 dossiers, une deuxième sur 100 dossiers, un troisième sur 89 dossiers.

Une formation d'une trentaine de minutes visant une majeure partie (70%) du personnel paramédical sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur a été effectuée entre les deux premiers états des lieux au sein même du service. La formation a été réalisée par une infirmière diplômée d'état référente douleur, dans le cadre de son DIU Douleur de l'enfant [4].

Sur les recueils de données successifs, on note une amélioration de l'évaluation systématique des enfants de moins de trois mois : 27% puis 44% puis 61% des enfants ont été évalués par l'IAO et ce, quel que soit le motif de consultation.

Une évaluation correcte, adaptée à l'âge, par une échelle EVENDOL [5] était retrouvée chez 24% des enfants, puis 36% puis 54%, ce qui est également en faveur d'un progrès. Néanmoins, une minorité d'enfants étaient toujours évalués par une échelle non conforme à l'âge (EVA) (3%-8%-7%).

En peu de temps, nous avons observé une amélioration de l'évaluation aux urgences pédiatriques des jeunes nourrissons par l'IAO d'un hôpital Francilien grâce à une démarche dynamique [6], une présence spécialisée au sein du service, une formation continue [7]. Le turn-over régulier du personnel médical et paramédical nous oblige à montrer, répéter les bons procédés afin de d'améliorer et de pérenniser les bonnes pratiques médicales.

1. ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ex-HAS : Haute Autorité de Santé). Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. mars 2000; Disponible sur: <http://www.has->



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenf4.pdf

2. Annequin D, Ngo J. Evaluation et prise en charge de la douleur chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent. *Traité Médecine Akos* 2018 134 1-7 Artic 8-1026 [Internet]. [cité 22 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1246985/evaluation-et-prise-en-charge-de-la-douleur-chez-l>
3. Code de la santé publique - Article L1110-5. *Code de la santé publique* oct 14, 2015.
4. DIU - Douleur de l'enfant en pratique quotidienne [Internet]. Sorbonne Université - Faculté de Médecine. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://medecine.sorbonne-universite.fr/les-formations/etudes-medicales/le-troisieme-cycle/les-formations-de-3e-cycle/douleur-de-lenfant-en-pratique-quotidienne/>
5. Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Carbajal R, Cimerman P, Lassaue F, Ricard C, et al. EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department: design and validation. *Pain*. août 2012;153(8):1573-82.
6. Bauchetet C, Barruel F, Nallet G, Colombat P. La gestion participative d'équipe : une démarche dynamique. *déc 2011;(Vol.11-n°4)*.
7. Ngo J. A quoi sert une Equipe Mobile de Lutte contre la Douleur (EMLD) dans un hôpital pédiatrique? E-Poster - Congrès Société Fr Pédiatrie. mai 2016;

eP_23 - Evaluation des symptômes altérant le confort des patients ayant des douleurs cancéreuses réfractaires prises en charge par une antalgie intra-thécale

R. Renambatz ichambe (1), J.Pouymayou (2), O.Bredeau (3), P.Cuvillon (4), B.Richard (5)

(1)CHU Montpellier, Toulouse, France, (2)Département de soins de support - IUCT, Toulouse, France, (3)CETD - CHU Nimes, Nimes, France, (4)Département de soins de support - ICM, Montpellier, France, (5)Département de soins palliatifs - CHU Montpellier, Montpellier, France

INTRODUCTION: L'antalgie intra-thécale (AIT) dans le cadre de douleurs cancéreuses réfractaires a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la douleur [1, 2], mais également le confort global du patient. Cette étude évalue les symptômes altérant le confort et l'autonomie fonctionnelle du patient avant et après AIT, l'impact sur l'entourage et le retour à domicile après AIT.

MÉTHODE: Cette étude descriptive multicentrique a inclus en 2019 vingt patients ayant des douleurs cancéreuses réfractaires et chez qui une AIT a été débutée. Les évaluations sont réalisées avant et après AIT (J15, 30, 60 et 90) à l'aide des échelles ESAS et ADL. Une différence d'au moins 2 points correspond à une différence cliniquement significative. Un test de Chi-2 est utilisé avec un seuil à 5%. L'impact sur l'entourage (positif, nul ou négatif) et le lieu de vie (domicile ou hospitalisation) sont évalués.

RÉSULTATS: On observe une différence statistiquement significative pour les scores de la douleur, du sommeil entre J-1 et J15 (6 vs 2, $p : 0,0007$), entre J-1 et J30 (6 vs 2, $p : 0,0038$), entre J-1 et J60 (6 vs 2, $p : 0,0027$) et de la somnolence entre J-1 et J15 (5 vs 3, $p : 0,0319$). Pour le symptôme « fatigue », on retrouve une tendance à l'amélioration inférieure à 2 points mais significative entre J-1 et J60 (5,75 vs 4,77, $p : 0,0132$) et entre J-1 et J90 (5,75 vs 4,71, $p : 0,0493$). Pour les autres symptômes, on ne retrouve pas de modification majeure.

Les Scores ADL restent stables. L'impact sur l'entourage est positif à plus de 84% de J15 à J90. Un retour à domicile est retrouvé dans plus de 80% des cas de J15 à J90.

PERSPECTIVES: Ces résultats montrent une amélioration de la douleur et du sommeil après AIT chez des patients atteints de douleurs cancéreuses réfractaires. L'autonomie fonctionnelle du patient semble ne pas être modifiée par l'AIT. L'impact sur l'entourage semble être positif et le retour à domicile a été possible pour la plupart des patients. Des études centrées sur la qualité de vie semblent nécessaires pour préciser ces premiers résultats.

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*. 2018 Oct 1; 29 (Supplement_4):iv166-iv191.
2. Dupoirion D. Intrathecal therapy for pain in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2019;13(2):75–80.

eP_24 - Prévalence et facteurs de risque de surdoses aux opioïdes chez les patients traités par morphine pour des douleurs chroniques

C. Bertin (1), J.Delorme (2), N.Delage (3), C.Chenaf (2), N.Authier (1)

(1)Structure Douleur Chronique & Service de Pharmacologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Clermont-ferrand, France, (2)Service de Pharmacologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Clermont-ferrand, France, (3)Structure Douleur Chronique, Centre Hospitalier Universitaire, Clermont-ferrand, France

INTRODUCTION: Dans un contexte mondial de crise sanitaire des opioïdes, la France a enregistré une augmentation des prescriptions plutôt centrée sur les opioïdes dits « forts ». Les déclarations d'effets indésirables graves, comme les troubles de l'usage et surdoses liées à la morphine se sont accrues [1–3]. Ces complications augmentent en présence de comorbidités psychiatriques et/ou addictologiques, fréquemment associées à la douleur chronique [4–7]. Elles favorisent l'installation de prescriptions persistantes d'opioïdes et à forte posologie. Ces dernières majorent le risque de surdose [6,8–12], dont notre étude va évaluer la prévalence annuelle chez les patients douloureux chroniques traités par morphine, avec et sans dépendance aux opioïdes associée.

MÉTHODE: Les données ont été extraites de la base exhaustive du Système National des Données de Santé. Les patients souffrants de douleurs chroniques non-cancéreuses (DCNC), hors soins palliatifs, traités régulièrement (durée ≥ 3 mois, intervalle ≤ 35 jours entre deux délivrances) par morphine orale entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015 ont été inclus, dans la cohorte 1 si une dépendance était identifiée, dans la cohorte 2 si non. Les caractéristiques sociodémographiques et des codes diagnostics issus de séjours hospitaliers (surdoses, décès toutes causes, antécédents psychiatriques, et alcoolodépendance) étaient recueillis.

RÉSULTATS: 16 665 patients DCNC recevant régulièrement de la morphine ont été inclus, dont 905 dépendants aux opioïdes. Ces derniers étaient plus jeunes (48 versus 62 ans), plus précaires (21% de bénéficiaires de la Couverture médicale universelle complémentaire versus 3,6%) plus masculins (58% versus 34,7% d'hommes) que les patients non-dépendants ($p < 0,01$). La prévalence des surdoses des patients douloureux-dépendants était six fois supérieure (7,4%) à celle des non-dépendants ($p < 0,01$), pour une prévalence de décès (0,2%) trois fois inférieure ($p < 0,01$). Les patients douloureux-dépendants étaient plus comorbides que les non-dépendants ($p < 0,01$), avec des antécédents psychiatriques trois fois supérieurs (26% versus 13%) et quatre fois plus d'alcoolodépendance identifiée (25% versus 6%). Les doses de morphine prescrites aux patients dépendants étaient 2,6 fois supérieures à celles des non-dépendants (153,2 mg versus 59,8 mg).

DISCUSSION: En France, en 2015, 5,4% des patients DCNC traités régulièrement par morphine présentaient un trouble de l'usage d'opioïde comorbide. Cette minorité de patients présentait un risque d'hospitalisation pour surdose six fois supérieur aux patients douloureux non-dépendants, pour une mortalité toutes causes trois fois inférieure, peut-être liée à l'âge supérieur des DCNC non-dépendants. Les patients douloureux-dépendants présentaient des caractéristiques sociales et sanitaires qui nécessitent de leur proposer un cadre de soin interdisciplinaire entre la médecine de la douleur, celles des

addictions et de la santé mentale. Il doit notamment permettre la prise en charge globale du patient et des actions de prévention du mésusage et des surdoses.

1. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality. *European Journal of Pain*. 2019;23(1):124-34.
2. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques [Internet]. Saint-Denis: ANSM; 2019 févr p. 52. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/340b9f75151945cf851676b9d51418d2.pdf
3. Gallagher H, Galvin D. Opioids for chronic non-cancer pain. *BJA Education*. nov 2018;18(11):337-41.
4. Barry DT, Cutter CJ, Beitel M, Kerns RD, Liang C, Schottenfeld RS. Psychiatric disorders among patients seeking treatment for co-occurring chronic pain and opioid use disorder. *J Clin Psychiatry*. oct 2016;77(10):1413-9.
5. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal Relationship between Pain and Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *J Pain*. sept 2011;12(9):964-73.
6. Howe CQ, Sullivan MD. The missing 'P' in pain management: how the current opioid epidemic highlights the need for psychiatric services in chronic pain care. *General Hospital Psychiatry*. 1 janv 2014;36(1):99-104.
7. Chenaf C, Eschalier A. Épidémiologie croisée entre conduites addictives et douleurs chroniques : une revue de la littérature. *Douleur analg*. 1 juin 2012;25(2):87-92.
8. Davis MA, Lin LA, Liu H, Sites BD. Prescription Opioid Use among Adults with Mental Health Disorders in the United States. *J Am Board Fam Med*. 1 juill 2017;30(4):407-17.
9. Sullivan MD, Edlund MJ, Zhang L, Unützer J, Wells KB. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. *Arch Intern Med*. 23 oct 2006;166(19):2087-93.
10. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Blanco C. Service Use Preceding Opioid-Related Fatality. *AJP*. 28 nov 2017;175(6):538-44.
11. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Green CJ, Merrill JO, Sullivan MD, et al. Overdose and prescribed opioids: Associations among chronic non-cancer pain patients. *Ann Intern Med*. 19 janv 2010;152(2):85-92.
12. Bair MJ, Bohnert AS. Overdoses in Patients on Opioids: Risks Associated with Mental Health Conditions and Their Treatment. *J Gen Intern Med*. août 2015;30(8):1051-3.

eP_25 - Validation transculturelle en langue française de l'échelle POMI (Prescription Opioid Misuse Index).

N. Delage (1), N.Cantagrel (7), C.Laporte (1), J.Delorme (2), N.Kerckhove (5), B.Pereira (6), P.Picard (3), F.Marcaillou (4), A.Roussin (8), N.Authier (9)

(1)CETD, CHU G Montpied, Clermont-ferrand cedex 1, France, (2)service de pharmacologie clinique CHU Gabriel Montpied, Clermont ferrand cedex 1, France, (3)CETD CHU G MONTPIED, Clermont ferrand cedex 1, France, (4) CPC / CIC, service de pharmacologie clinique CHU Gabriel Montpied, Clermont ferrand cedex 1, France, (5)CHU G Montpied / Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, Clermont-ferrand, France, (6)Hôpital Pierre-Paul Riquet / CETD, Toulouse, France, (7)CHU de Toulouse/ Service de pharmacologie clinique et médicale / Centre d'addictovigilance / UMR1027 Inserm-Université Toulouse 3, Toulouse, France, (8)CHU G Montpied / Services de Pharmacologie Médicale & Médecine de la Douleur, Clermont-ferrand, France,

RATIONNEL: La prévention des troubles de l'usage aux antalgiques opioïdes passe par une surveillance clinique régulière visant à repérer d'éventuels comportements de mésusage [1]. Le recours à ces traitements pouvant en effet faire le lit d'une réelle addiction ou d'un surdosage accidentel [2]. Leurs prescriptions doit donc garantir le meilleur rapport bénéfice – risque, notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans la durée comme c'est parfois le cas dans la douleur chronique [3;4]. Le questionnaire POMI, validé uniquement en langue anglaise [5], permet ce dépistage rapide d'un mésusage au traitement opioïde en cours, à l'aide de 8 questions.

OBJECTIF: Validation et adaptation de la traduction en langue française de l'échelle POMI.

MÉTHODE: L'échelle POMI a fait l'objet de trois traductions indépendantes en français, d'une adaptation par un comité d'experts puis d'une rétro-traduction en anglais par un traducteur francophone (6, 7). Les patients inclus présentaient une douleur chronique non cancéreuse traitée par au moins un médicament antalgique opioïde depuis plus de 3 mois et suivis depuis plus de 6 mois par les structures douleur chronique des CHU de Clermont-Fd et Toulouse. 154 patients ont répondu aux questionnaires en mode test puis re-test.

La mesure de l'acceptabilité s'est faite sur le calcul des données manquantes. La fidélité (ou précision) de l'échelle a été appréciée par les scores de cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach ou coefficient de Kuder-Richardson). La reproductibilité (stabilité test-retest) a été calculé par des coefficients de corrélations [7, 8] . Enfin, la validité des structures interne et externe a été explorée. Cette dernière ayant été établie par rapport au DSM 5 et à l'examen clinique par un tiers expert clinique.

RÉSULTATS: L'analyse statistique a permis la validation de la traduction avec une bonne acceptabilité, mais a nécessité des adaptations pour améliorer la fidélité et la validité de sa structure interne. Les items 7 et 8 présentant de faibles scores de cohérence interne et reproductibilité, nous avons décidé, tout comme pour l'échelle originale avec les questions 4 et 5, de ne pas les comptabiliser dans le score final. Ainsi, la validation de notre traduction permet de retenir 4 items pour la cotation du score final.

CONCLUSION: Cette échelle nouvellement validée en français permettra d'aider les



cliniciens francophones à repérer rapidement un éventuel comportement de mésusage à un antalgique opioïde alors que le traitement est déjà initié. Si le score à ces 4 questions est supérieur ou égale à 2, la recherche des raisons de ce mésusage pourra être explorée aisément à l'aide de trois groupes de questions qualitatives complémentaires incluant le craving, la recherche de comorbidité(s) et du soulagement de la douleur.

1. DUCHARME and MOORE. Missouri Medicine 2019, July/August. 318-324. Opioid use disorder assessment tools and drug screening
2. KAYE and coll. PAIN PHYSICIAN 2017 ; 20 : S93-S109, Prescription opioid abuse in chronic pain : an updated review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse : Part 1.
3. VOON et al. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2017. 12:36. Chronic pain and opioid misuse: a review of reviews
4. SULLIVAN et al. PAIN 2010. Problems concerns of patients receiving chronic opioid therapy for chronic non cancer pain
5. KNISLEY et al. Journal of Substance Abuse Treatment 2008. 35, 380–386 . Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse
6. GUILLEMIN et al. Journal Clinical Epidemiologie 1993, Vol. 46, No. 12, pp. 1417-1432. Cross-Cultural Adaptation Of Health-Related Quality Of Life Measures: Literature Review And Proposed Guidelines
7. RIEU, DURIF et al. Movement Disorders 2015. Vol. 30, No. 5. International Validation of a Behavioral Scale in Parkinson's Disease Without Dementia
8. TERWEE et al. Journal of Clinical Epidemiology 2007, 60, 34-42. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires

eP_26 - Association de la neurostimulation électrique transcutanée et de l'hypnose - Quelle efficacité chez les patients souffrant de douleur chronique ? Etude randomisée contrôlée sur 72 patients

S. Mauboussin carlos (1), L.Tonye-geoffroy (1), S.Tuffet (2), H.Fromentin (3), L.Berard (2), J.Leb Blanc (3), F.Laroche (1)

(1)HOPITAL SAINT ANTOINE/APHP/CETD, Paris, France, (2)HOPITAL SAINT ANTOINE/APHP/URC-Est, Paris, France, (3)HOPITAL SAINT ANTOINE/APHP/CRC-Est, Paris, France

INTRODUCTION : Les patients douloureux chroniques nécessitent une approche multidisciplinaire utilisant des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques telles que la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) et l'hypnose, largement pratiquées en soins courants dans les centres de la douleur en France (1) (2) (3). Cette étude contrôlée randomisée est la première à avoir évalué leur efficacité chez ces patients. Notre objectif est de comparer le soulagement obtenu à 3 mois par cette association (intervention) par rapport à la TENS seule (contrôle).

PATIENTS ET MÉTHODES: Essai contrôlé randomisé, entre 2013 et 2017, chez des patients adultes, souffrant de douleurs neuropathiques périphériques et/ou nociceptives chroniques non cancéreuses (hors fibromyalgie). Le critère de jugement principal est la différence de l'EVA douleur (0-100) (Echelle Visuelle Analogique) entre la visite initiale et 3 mois. Les critères de jugement secondaires sont le questionnaire SF36, la consommation d'antalgiques, le nombre de séances à domicile de TENS et d'hypnose, l'observance et le score de changement (Patient Global Impression of Change -PGIC) à 3 et 6 mois.

RÉSULTATS: 72 patients ont été inclus, âgés de 49.1 ± 10.8 ans en moyenne (75.7% femmes). Les patients souffrent de douleurs neuropathiques (31.4%), de douleurs nociceptives (15.7%), de douleurs mixtes (52.9%). Les pathologies les plus fréquentes sont l'algodystrophie (35.7%) et la lombalgie (22.9%). La douleur initiale est à $57,4 + 20,9$ mm (EVA). Les résultats montrent une diminution de 40 % de la douleur dans les deux groupes. Il n'y a pas de différence significative sur l'EVA douleur entre le groupe intervention (-23.6) et le groupe contrôle (-22.6), ni de différence sur les critères secondaires. L'observance est bonne et comparable dans les deux groupes. Six patients ont rapporté des événements indésirables mineurs dont 4 en rapport avec les interventions.

DISCUSSION ET CONCLUSION: Une diminution de la douleur de 40% est observée avec la TENS seule mais sans soulagement supplémentaire lorsque l'hypnose y est associée. Des résultats comparables ont été observés avec d'autres associations non médicamenteuses (thérapies cognitives et comportementales + exercices physiques (4)). L'absence d'effet "add on" de l'association peut être expliquée par l'ancienneté des douleurs, par le faible nombre de séances d'hypnose (8 en 6 mois) et l'utilisation de questionnaires unidimensionnels. L'utilisation de questionnaires multidimensionnels et de questionnaires centrés sur les patients comme les Patient Outcome Report (PRO) pourraient sensibiliser les résultats.

Afin d'adapter les thérapeutiques non médicamenteuses aux caractéristiques des patients, il serait utile d'évaluer au préalable les patients potentiellement répondeurs selon leur



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

profil clinique (expériences antérieures, hypnotisabilité, attentes...). Des thérapeutiques individuelles plus ciblées pourraient ainsi être proposées.

- (1) Haute Autorité de Santé - Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée (TENS). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/evaluation_tens.pdf
- (2) Gibson, W., Wand B. M., O'Connell N. E., 2017. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Neuropathic Pain in Adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 9: CD011976.
- (3) Adachi T et al. A Meta-Analysis of Hypnosis for Chronic Pain Problems: A Comparison between Hypnosis, Standard Care, and Other Psychological Interventions. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2014; 62: 1-28.
- (4) Macfarlane, G et al. A Randomised Controlled Trial (RCT) of Telephone Delivered Cognitive Behaviour Therapy (TCBT) and Exercise in the Management of Chronic Widespread Pain (CWP): Identifying Long-Term Outcome and Who Benefits from Which Treatment. Arthritis & Rheumatism 2013. Vol. 65.

eP_27 - Détection du risque de chronicisation de douleurs en cabinet de médecine générale : au-delà des questionnaires habituels

A. Steyaert (1), J.Feron (2), A.Berquin (3)

(1)Cliniques universitaires Saint-Luc, Service d'Anesthésiologie / UCLouvain, Bruxelles, Belgium, (2)Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain, Bruxelles, Belgium, (3)Cliniques universitaires St Luc / UCLouvain / Service de Médecine Physique et Réadaptation, Bruxelles, Belgium

INTRODUCTION: La détection du risque de chronicisation des douleurs fait habituellement appel à des questionnaires d'évaluation des facteurs de risque psychosociaux. Certaines données de la littérature suggèrent que d'autres facteurs de risque, notamment liés au style de vie, méritent d'être considérés, mais les études sont divergentes.

MÉTHODES: Dans un premier temps (t0), des étudiants en médecine ont proposé quotidiennement à chaque 3^e patient rencontré pendant leur mois de stage en médecine générale de répondre à un questionnaire (données démographiques, de mode de vie et OMPSQ court [1]). Un an après (t1), les patients qui avaient donné leur adresse courriel étaient recontactés pour une enquête électronique.

La valeur prédictive des données démographiques et de mode de vie a été testée au moyen d'analyses univariées et multivariées au regard de plusieurs variables de suivi, dont le questionnaire de qualité de vie EQ-5D [2].

RÉSULTATS: Des 3882 patients ayant participé à l'enquête initiale, 2179 avaient une adresse courriel valide et 600 ont répondu. 542 questionnaires étaient complets. Dans les analyses de contingence, la sévérité des douleurs selon l'EQ5D à t1 était corrélée à la plupart des paramètres démographiques et de style de vie mesurés à t0 (Odds ratio; intervalle de confiance à 95%) : âge >48 ans (1.83;1.27-2.62), indice de masse corporelle >25 (1.97;1.39-2.81), tabagisme (1.61;1.01-2.57), perception subjective de santé globale (4.76;3.16-7.16), troubles du sommeil (2.61 ;1.82-3.74), travail physiquement lourd ou monotone (2.31;1.44-3.69), niveau d'activité physique <2h/semaine (1.79 ;1.24-2.56), existence d'une douleur sur plus d'un site anatomique (3.28;2.15-4.50). Des relations comparables ont été observées pour d'autres variables de suivi.

En particulier, la santé globale perçue par le sujet à t0 est systématiquement corrélée aux variables de suivi à t1. Les courbes ROC confirment la valeur prédictive de ce paramètre, avec des AUC légèrement inférieures à celles observées pour l'OMPSQ court concernant la présence et la sévérité des douleurs à un an. De plus, chez des patients qui ne présentaient pas de douleur à t0, une mauvaise santé globale perçue à t0 était corrélée à l'apparition de douleurs un an plus tard.

DISCUSSION ET CONCLUSION: Nos données confirment l'implication probable de facteurs liés au style de vie dans le développement ou l'aggravation de douleurs chroniques, confirmant l'intérêt de stratégies de prévention ciblant spécifiquement ces facteurs.

La perception subjective de la santé, qui intègre de nombreux paramètres, est particulièrement bien corrélée à l'évolution des patients. Ceci souligne l'importance de



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

l'exploration des représentations et croyances des patients concernant leur santé (future) et leur hygiène de vie.

[1] Linton et coll., Spine 2011;36:1891–5.

[2] EuroQol Group, Health Policy 1990;16:199–208.

eP_28 - Effet de l'orthèse cruropédieuse sur les troubles de la marche des patients atteints de douleur chronique : l'apport du programme de réadaptation

O. Galarraga (1), H.Chenani (1), V.Da silva (1), R.Mari (1), E.Duveau (1), C.Etienne (1), M.Desbordes (1), A.Le saux (1)

(1)Centre de Réadaptation de Coubert, Coubert, France

INTRODUCTION: La maladie douloureuse chronique s'associe souvent à des troubles de la marche [1]. Les mécanismes qui en sont responsables peuvent être physiques et/ou cognitivo-comportementaux [2] et peuvent être compensés par une orthèse cruropédieuse (KAFO) [3].

L'objectif de ce travail était de quantifier les changements de la marche liés à l'utilisation du KAFO chez des patients atteints de douleurs chroniques, avec et sans programme de réadaptation pluridisciplinaire.

MÉTHODE: Nous avons considéré deux groupes de patients atteints de douleurs chroniques avec indication de KAFO (troubles de la marche avec impact sur le genou), pris en charge au Centre de Réadaptation de Coubert (CRC) entre avril 2019 et mars 2020. Un groupe dit "débutants", où une analyse quantifiée de la marche [4] avec et sans KAFO au moment de sa livraison (début du programme ou ambulatoire). Un autre groupe dit "experts", où la même analyse a été réalisée vers la fin du programme de réadaptation pluridisciplinaire de 6 semaines.

Les données avec et sans KAFO des deux groupes ont été comparées par des tests de Student sur les paramètres spatio-temporels et la cinématique (angles articulaires).

RÉSULTATS: 15 patients ont été retenus, dont 5 "débutants" (âge moyen 54 +/- 12 ans, 60% femmes, 80% KAFO à droite) et 10 "experts" (âge moyen 46 +/- 13 ans, 70% femmes, 70% KAFO à droite).

Pour les deux groupes nous avons constaté avec KAFO une amélioration de la flexion et extension du genou (correction de l'hyper-extension, meilleur amortissement et +5° de pic de flexion à l'oscillation), une neutralisation de la rotation de hanche de 5° et une diminution de 10° en flexion plantaire de cheville. Le groupe expert a montré également des améliorations sur la vitesse de marche de 13% en moyenne, 9% pour la cadence et la longueur du pas (soit +7 pas/mn et +5 cm respectivement), ainsi que de 4° sur la flexion de hanche à l'oscillation. A contrario, le groupe débutant a montré une discrète majoration de l'obliquité du bassin, surtout à l'oscillation.

DISCUSSION ET CONCLUSION: Les résultats montrent que l'orthèse a un impact direct sur le genou : contrôle de l'hyper-extension, amélioration de l'amortissement et l'oscillation. L'orthèse diminue cependant la mobilité de cheville (dû à sa conception). Les patients ayant bénéficié d'un temps d'adaptation et de rééducation avec l'orthèse ont aussi amélioré les données spatio-temporelles. Ces données montrent que la rééducation et l'adaptation à l'orthèse ont un rôle dans l'amélioration de la marche des patients douloureux chroniques. Un protocole mis en place réunissant systématiquement ces données pour tout patient douloureux chronique avec KAFO au CRC permettra de confirmer nos résultats.

[1] Pélissier J. & Viel E. (2006). Douleur et soins en médecine physique et de réadaptation. Sauramps médical.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- [2] Woolf C.J. & Salter M.W. (2000). Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science*; 288:1765-9.
- [3] Morel-Fatio M. & Leroy B. (2019). Réadaptation du handicap douloureux chronique : Pain Management Programmes en pratique. Elsevier Masson (1ère Edition).
- [4] Baker R. (2013). *Measuring Walking: A Handbook of Clinical Gait Analysis*. London: MacKeith Press (1ère Edition); 229 pp.

eP_29 - Evaluation de la technique de rééducation sensitive de l'allodynie mécanique statique (AMS) récente (< 3 mois) par contre stimulations vibrotactiles à distance (CSVD)

R. Belmahfoud (1), V.Zingale (1), M.Vigan (2), V.Salvator witvoet (1)

(1)CRRF LA CHATAIGNERAIE, Paris, France, (2)URC AMBROISE PARE, Boulogne billancourt, France

INTRODUCTION : L'allodynie mécanique statique est une douleur neuropathique secondaire à la lésion des fibres nerveuses sensibles déclenchée par un stimulus qui normalement ne provoque pas de douleur (1). L'AMS perturbe le processus de restauration fonctionnelle avec un impact négatif sur la qualité de vie du patient. En plus du traitement conventionnel médicamenteux et rééducatif, il est pratiqué une technique de rééducation sensitive, par l'application de contre stimulations vibrotactiles à distance (CSVD) de la zone d'allodynie (2), basée sur la théorie du « gâte control », qui permettrait la réduction de la zone allodynie et de la douleur ressentie.

OBJECTIF DE L'ETUDE : Evaluation de l'efficacité de l'application de CSVD dans le traitement de l'AMS récente sur la diminution de la surface allodynique par rapport à la rééducation conventionnelle et à un placebo.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Etude pilote monocentrique prospective randomisée en double aveugle menée au centre de rééducation « la châtaigneraie » de décembre 2015 à janvier 2019 sur 17 patients répartis en 3 bras :

- A : rééducation conventionnelle (RC) + vibrotactile (6),
- B : RC : + placebo (5),
- C : bras observationnel avec RC (6).

Les paramètres étudiés : surface d'allodynie (critère principal de l'étude), évaluation de la douleur (EVA), questionnaire de st Antoine (QDSA), DN4-score, consommation d'antalgiques, survenue d'événement indésirable.

l'allodynographie est réalisée avec l'esthésiomètre de Semmes- Weinstein à 15g et l'évaluation de l'intensité de l'AMS grâce à 7 esthésiomètres de sensibilité croissante de 0,003 à 15 g. La rééducation sensitive vibrotactile était effectuée au centre en utilisant l'appareil Vibradol et complétée à domicile par des CSVD effectuées par le patient. Les patients bénéficiaient d'évaluations initiale, intermédiaires, finale (12 semaines) et à 6 mois de leur dernière séance au centre.

Le suivi méthodologique et l'analyse statistique ont été réalisés par le service d'analyse statistique de l'hôpital A paré à Boulogne Billancourt.

RÉSULTATS : La surface d'allodynie à l'inclusion est de 53,9 cm² dans le bras A, 45,8 cm² dans le bras B et 131,7 cm² dans le bras C. Après 12 semaines de rééducation l'allodynographie est stable ou légèrement diminuée dans les trois bras.

Il n'y a pas de différence significative entre les trois bras sur la diminution de la surface et l'intensité de l'allodynie ainsi que sur l'évolution de la douleur.

Au QDSA, on note une tendance à la diminution du score dans le groupe A sans différence significative.

CONCLUSION : cette étude pilote retrouve une diminution de la surface allodynique dans les trois groupes sans différence significative et une amélioration du ressenti douloureux au QDSA dans le bras A.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

- (1) Merskey, H. & Bogduk, N. (Eds.) (1994). Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definitions of Pain Terms, (2nd ed.). Seattle : IASP Task Force on Taxonomy.
- (2) Spicher C. (2003): Manuel de rééducation sensitive du corps humain. Genève, Paris: Médecine et hygiène (traduit en anglais sous: Spicher, C.J. [2006]. Handbook for Somatosensory Rehabilitation. Montpellier, Paris: Sauramps médical.

eP_30 - Evaluation de l'intérêt d'une deuxième application systématique de Qutenza pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques : étude monocentrique rétrospective des patients du CETD du CHU de Nantes entre 2015 et 2018

A. Schmidt (1), E.Kuhn (2), S.Abad (2), Y.Pluchon (1), J.Nizard (2)

(1)CETD CHD Vendée, La roche-sur-yon, France, (2)CETD CHU Nantes, Nantes, France

Le Qutenza est l'une des dernières thérapies apparues dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques[1]. On note environ de 21 à 46% de patients répondeurs[2], ce taux variant selon les indications. La pratique nantaise depuis 2015 consiste à proposer systématiquement une deuxième application 3 mois après la première. Cette étude rétrospective monocentrique a pour but d'évaluer cette pratique sur les patients ayant débuté un traitement par Qutenza entre janvier 2015 et décembre 2018. L'évaluation se fait sur l'amélioration du Patient Global Impression Of Change (PGIC) supérieur à 30% ou si celui-ci est manquant, sur une amélioration de l'EN (échelle numérique) de 30% à la deuxième application. Nous avons également évalués les facteurs de modulation de cette réponse en fonction de l'origine de la douleur neuropathique périphérique, de facteurs socio-démographiques, de données psychologiques disponibles. Au total, 317 patients ont été analysés. Nous retrouvons un taux de répondeur au premier patch de l'ordre de 37%, avec une augmentation à 50% au deuxième patch, soit un gain de 37% de patients répondeurs en plus. Ce gain d'efficacité est d'autant plus important que la douleur initiale est élevée avec une EN supérieure ou égale à 7 (63% de patients répondeurs en plus, $p=0,003$), ou que la NPSI est supérieur ou égal à 61 (100% de patients répondeurs en plus, $p=0,005$). Plusieurs facteurs prédictifs de bonne réponse au second patch ont pu être identifiés : l'origine lésionnelle de la neuropathie, l'âge entre 21 et 60 ans, l'EN entre 4 et 6,5/10, le NPSI inférieur à 30. Les facteurs négatifs de réponse au Qutenza sont : neuropathie post-traumatique, SDRC (Syndrome Douloureux Régional Complexe), l'âge supérieur à 60ans, la survenue d'un accident de travail, le NPSI supérieur à 60. Ces résultats tendent à prouver l'intérêt franc d'une seconde application systématique de Qutenza. Dans certaines situations, il peut même se poser la question de l'intérêt d'une troisième application, notamment dans le groupe des patients avec un NPSI élevé : la réponse initiale est moins importante, mais la deuxième application permet de doubler le nombre de patients répondeurs.

1. Attal N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: The latest recommendations. *Revue Neurologique*. janv 2019;175(1-2):46-50.

2. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007393.pub4>

eP_31 - Le questionnaire OMPSQ court prédit l'évolution des patients douloureux « tout venant » en cabinet de médecine générale

A. Berquin (1), J.Feron (2), A.Steyaert (3)

(1)Cliniques universitaires St Luc / UCLouvain / Service de Médecine Physique et Réadaptation, Bruxelles, Belgium, (2)Centre Académique de Médecine Générale / UCLouvain, Bruxelles, Belgium, (3)Cliniques universitaires Saint Luc / Service d'Anesthésiologie / UCLouvain, Bruxelles, Belgium

INTRODUCTION: Un enjeu des démarches de prévention de la chronicisation est la détection des patients à risque. Plusieurs questionnaires existent, dont le Start Back Tool (SBT) [1] et l'Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ) [2]. Ces questionnaires ont été totalement (SBT) ou principalement (OMPSQ) validés pour des douleurs rachidiennes. On manque d'outils applicables aux autres situations douloureuses.

MÉTHODES: Dans un premier temps (t0), des étudiants en médecine ont proposé quotidiennement à chaque 3^e patient rencontré pendant leur mois de stage en médecine générale de répondre à un questionnaire (données démographiques, mode de vie et OMPSQ court). Un an après (t1), les patients qui avaient donné leur adresse courriel étaient recontactés pour une enquête électronique.

La valeur prédictive de l'OMPSQ a été testée au regard de variables de suivi dérivées notamment du questionnaire de qualité de vie EQ-5D [3].

RÉSULTATS: Des 3882 patients ayant participé à l'enquête initiale, 2179 avaient une adresse courriel valide et 600 ont répondu. 542 questionnaires étaient complets. Chez les patients souffrant de douleurs (sub)aiguës à t0 (n=111), 53% ne présentaient qu'un seul site douloureux. Indépendamment du nombre de sites douloureux, des douleurs étaient déclarées au niveau du rachis (60%), des membres (51%), du tronc (thorax, abdomen, bassin, périnée, 27%). 86% des patients présentaient des douleurs probablement musculosquelettiques (rachis et/ou membres). Les capacités prédictives de l'OMPSQ étaient médiocres (ROC AUC 0.68) concernant la présence ou l'absence de douleur, modérées (0.75) pour le score de mobilité de l'EQ-5D et bonnes (0.80) pour la capacité à réaliser les activités courantes selon l'EQ-5D.

Chez les patients souffrant de douleurs chroniques à t0 (n=276), 37% ne déclaraient qu'un seul site douloureux, 73% avaient des douleurs rachidiennes, 70% dans les membres, 23% au niveau du tronc et 95% des douleurs rachidiennes et/ou des membres. Les capacités prédictives de l'OMPSQ étaient modérées pour la présence ou l'absence de douleur (ROC AUC 0.73), le score de mobilité de l'EQ-5D (0.77) et la capacité à réaliser les activités courantes selon l'EQ-5D (0.79), elles étaient bonnes pour les activités de soin personnel selon l'EQ-5D (0.81).

DISCUSSION ET CONCLUSION: Le questionnaire OMPSQ court prédit de manière acceptable le risque de persistance d'une douleur invalidante dans une cohorte très hétérogène de patients suivis en consultation de médecine générale. Ceci ouvre la voie à une utilisation assez large de cet outil, notamment pour sensibiliser les médecins généralistes à leur rôle de prévention secondaire et tertiaire.

[1] Hill et coll., Arthritis & Rheumatism 2008;59:632–641.

[2] Linton & Hallden, in Proceedings of the 8th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press; 1997:527–36.

[3] EuroQol Group, Health Policy 1990;16:199–208.

eP_32 - ATELIER PHOTOLANGAGE AU SEIN DE LA STRUCTURE DOULEUR CHRONIQUE (SDC) AU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

J. Fauvel (1), C. Berthe (1), K. Legrand-klein (1), F. Mortreux (1), N. Giot (1)

(1) Centre Hospitalier d'Arras, Arras, France

La photographie est utilisée depuis longtemps et sous différentes formes dans la prise en charge psychologique. De plus en plus de thérapeutes se servent de la photographie comme support à une élaboration des fantasmes. Selon Vacherand (1985), psychologue clinicienne, parler d'une photo, c'est « parler de soi sans parler de soi, tout en parlant de soi ».

La méthode de photolangage se caractérise non seulement par les photographies mais aussi par les phénomènes groupaux. Cet outil facilite la prise de parole en groupe et soutient les échanges, en particulier les productions imaginaires dans leur dimension individuelle et groupale.

Au sein de la consultation douleur chronique du Centre Hospitalier d'Arras, nous avons mis en place des ateliers photolangage (durée 2h). Une semaine sur deux, nous réunissons des patients douloureux (3 à 5 patients), toutes pathologies confondues, afin d'offrir un temps d'échange, d'écoute, de partage et d'éducation vis-à-vis de leur douleur. La méthode consiste à demander aux patients de choisir 2-3 photographies, s'ensuit une prise de parole accompagnée par une prise de note par notre infirmière ressource douleur, puis, une restitution.

Nous nous saisissons du discours du patient, que nous transcrivons sur un tableau divisé en 4 composantes de la douleur : émotionnelle, cognitive, sensori-discriminative et comportementale. Tableau qui permettra en fin de séance de faire une synthèse reprenant leur discours tout en expliquant que celui-ci se partage dans ces quatre composantes. Notre atelier a donc plusieurs objectifs : se découvrir et découvrir les autres, créer un espace de partage et encourager la prise de parole en groupe, évaluer les ressources personnelles du patient, découvrir ses motivations, relativiser sa vision en se confortant aux idées et désaccords des autres, rechercher des solutions et prendre conscience des différentes composantes de la douleur.

Afin d'évaluer cet atelier, nous avons envoyé, à chaque participant, un questionnaire de satisfaction (45 patients sur l'année 2019), évaluant : les attentes vis-à-vis de l'atelier, l'atelier par lui-même, l'impact sur le comportement et sur la représentation de la douleur. Les résultats (27 retour à ce jour) montrent que : les patients accueillis sont principalement venus afin de rencontrer d'autres patients douloureux et obtenir des informations supplémentaires sur la douleur, pour 85,2% cet atelier a répondu à leurs attentes et 14,8% en partie, 63% ont obtenus des informations dont ils manquaient, 70,4% ont modifié certains de leurs comportements suite à cet atelier et pour 48,1% la représentation de leur maladie a évolué.

En conclusion, l'atelier photolangage mis en place à la consultation douleur chronique d'Arras a donc majoritairement répondu aux objectifs et aux attentes des patients reçus durant l'année 2019.

- Vacheret, C. (2010). Le photolangage, une médiation thérapeutique un bref historique des théories groupales. *Le Carnet PSY*, 141(1), 39-42. doi:10.3917/lcp.141.0039.

- <http://photolangage.fr/photolangage-pour-lanimation-et-la-communication-de-groupe/>

eP_33 - Douleurs chroniques: enquête sur la perception des malades

É. Cabout (1), S.Eymere (2), L.Grange (3), G.Chales (4), A.Le chevalier (5), F.Aubrun (5), G.Boy (6), F.Alliot launois (7), C.Sebire (8)

(1)REES, Paris, France, (2)REES France, Paris, France, (3)Association Française de Lutte Anti Rhumatismale, Paris, France, (4)Association Française de Lutte Anti Rhumatismale, Paris, France, (5)SFETD, Montferriat, France, (6)Grunenthal, Nanterre, France, (7)Association Française de Lutte Anti Rhumatismale, Paris, France, (8)Association Francophone pour Vaincre les Douleur, Parthenay, France

BACKGROUND: il a été estimé que 30% de la population française souffre de douleurs chroniques. Améliorer sa prise en charge a été une des priorités constantes des soignants et des pouvoirs publics [1], de nombreux plans nationaux pour le traitement de la douleur ont été mis en place. [2]. La douleur est un mécanisme complexe, ses répercussions pour le patient sont multiples physiques, psychologiques, sociales et économiques. L'objectif de l'enquête "Parlez de votre douleur" est de mieux appréhender l'expérience vécue par la personne malade, d'analyser les modalités de sa prise en charge et de mesurer l'ensemble de ses répercussions pour le patient.

MÉTHODES: un questionnaire de 112 questions a été développé pour être administré via internet.

Le questionnaire explore la douleur dans 6 dimensions. l'accès aux soins (8 questions), l'historique des douleurs (11 questions) et la nature des douleurs (14 questions couvrant notamment les douleurs neuropathiques et suraiguës) ont été mesurés à l'aide d'échelles visuelles analogiques et du questionnaire abrégé de St Antoine. Le suivi des douleurs chroniques par les différents professionnels de santé (30 questions) ainsi que l'analyse des traitements (11 questions) ont été retenus afin de mieux comprendre le rapport aux soins des malades. L'impact de la douleur en termes financiers et sociaux est également exploré (12 questions). Un kit de photolangage (2 questions) ainsi qu'un espace de libre expression permet analyser le rapport spécifique qu'entretient la personne interrogée avec sa propre douleur. Le questionnaire de qualité de vie de SF-12 complète la batterie des indicateurs proposés.

RÉSULTATS: l'objet du poster sera de présenter l'ensemble des résultats obtenus. Il décrira les répercussions de la douleur sous toutes ses facettes. Des analyses différenciées selon l'origine de la douleur ou le type de douleur seront réalisées afin de dégager leurs particularités.

CONCLUSION: en replaçant le malade au centre des préoccupations et en lui permettant d'exprimer son ressenti vis-à-vis de sa douleur, cette étude s'inscrit dans le courant des préoccupations actuelles d'une médecine centrée sur le patient.

[1] Bouhassira, Didier, Michel Lantéri-Minet, Nadine Attal, Bernard Laurent, et Chantal Touboul. « Prevalence of Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in the General Population »: Pain 136, no 3 (juin 2008): 380-87. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>.

[2] Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (s. d.). Consulté le 5 mai 2020.

eP_34 - Réorganisations allodymiques corticales dans la douleur neuropathique

S. Corvin (1), I.Faillenot (2), L.Garcia-larrea (3), R.Peyron (2), C.Creac'h (4), P.Convers (5), A.Chaigne (5)

(1)CRNL equipe Neuropain, Villeurbanne, France, (2)NeuroPain - CRNL, Université de Saint-Etienne, Saint-priest-en-jarez, France, (3)NeuroPain - CRNL, Bron, France, (4)Centre Stéphanois de la Douleur, CHU de Saint-Etienne; NeuroPain - CRNL, Université de Saint-Etienne, Saint-etienne, France, (5)Service de Neurologie, CHU de Saint-Etienne; NeuroPain - CRNL, Université de Saint-Etienne, Saint-etienne, France

L'allodynie est une douleur provoquée par un stimulus qui est normalement non douloureux, comme le contact ou un courant d'air. Ce symptôme, handicapant dans la vie quotidienne survient dans plus d'un tiers des douleurs neuropathiques après lésion du système nerveux, mais ses mécanismes restent largement inconnus [1]. Des études d'imagerie chez l'Humain ont montré que l'allodynie active un réseau cortical participant à la fois de ceux activés par le contact non-douloureux et par la douleur physiologique : cortex somatosensoriels primaires (S1) et secondaires (SII), mais aussi insula, thalamus et cortex cingulaire antérieur (CCA). La latéralisation de ces activités cortico-sous-corticales reste sujet à débat [2]–[4]. Les études précédentes ont été faites sur des populations hétérogènes de patients, avec des profils variés de perte sensitive (hypoesthésie) ou de production anormale de douleur (allodynie). A ce jour, aucune étude n'a modélisé ces troubles sensitifs pour les intégrer dans les analyses en neuroimagerie.

Les objectifs de cette étude sont 1- de caractériser les troubles sensitifs de la population étudiée, 2- de déterminer si ces troubles sensitifs sont liés à des modifications au repos fonctionnelles (débit sanguin au repos)[5] ou structurelles (quantité de matière grise)[6] et 3- de comparer les activations cérébrales dynamiques entre des stimulations allodymiques et ces mêmes stimulations dans des zones non-allodymiques sur le même hémicorps. Pour cela, 35 patients, ayant des douleurs neuropathiques avec allodynie, et 27 témoins ont été recrutés. Leur débit sanguin au repos a été mesuré par arterial spin labelling (ASL) ainsi que leur quantité de matière grise à partir d'une IRM anatomique T1. Les patients ont reçu des stimulations allodymiques et contrôles, avec enregistrement de l'activité cérébrale par imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Les potentiels évoqués par laser et les seuils thermiques ont permis de caractériser les troubles sensitifs des patients selon trois variables : hypoesthésie (seuil perceptif élevé), hypoalgésie (seuil douloureux élevé) et allodynie (intervalle entre seuils perceptif et douloureux resserré).

Les résultats ont montré que les patients sont caractérisés par une hypoesthésie significativement plus importante que la population témoin. Néanmoins, cette hypoesthésie n'est pas corrélée à une diminution du débit sanguin de repos ou une perte de matière grise. Les résultats d'IRMf ont montré que les stimulations contrôles activaient bilatéralement le SII. Les stimulations allodymiques induisaient des activités bilatérales dans le SII, l'opercule frontal, l'insula antérieure, l'aire motrice supplémentaire (SMA) et le CCA. Ces activations étaient significativement supérieures à celles induites par les stimulations contrôles réalisées sur le même hémicorps, et donc plus susceptibles d'être spécifiques de l'allodynie que de la perte sensitive.

[1] T. S. Jensen and N. B. Finnerup, "Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms," *Lancet Neurol.*, vol. 13, no. 9, pp. 924–935, Sep. 2014, doi: 10.1016/S1474-4422(14)70102-4.

[2] R. Peyron, I. Faillenot, F. B. Pomares, D. Le Bars, L. Garcia-Larrea, and B. Laurent, "Mechanical allodynia in neuropathic pain. Where are the brain representations located? A positron emission tomography



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

(PET) study: Allodynia in neuropathic pain,” *Eur. J. Pain*, vol. 17, no. 9, pp. 1327–1337, Oct. 2013, doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00307.x.

[3] R. Peyron et al., “An fMRI study of cortical representation of mechanical allodynia in patients with neuropathic pain,” *Neurology*, vol. 63, no. 10, pp. 1838–1846, Nov. 2004, doi: 10.1212/01.WNL.0000144177.61125.85.

[4] D. Ducreux, N. Attal, F. Parker, and D. Bouhassira, “Mechanisms of central neuropathic pain: a combined psychophysical and fMRI study in syringomyelia,” *Brain*, vol. 129, no. 4, pp. 963–976, Apr. 2006, doi: 10.1093/brain/awl016.

[5] S. M. Gustin et al., “Thalamic activity and biochemical changes in individuals with neuropathic pain after spinal cord injury:,” *Pain*, vol. 155, no. 5, pp. 1027–1036, May 2014, doi: 10.1016/j.pain.2014.02.008.

[6] S. M. Gustin, C. C. Peck, S. L. Wilcox, P. G. Nash, G. M. Murray, and L. A. Henderson, “Different Pain, Different Brain: Thalamic Anatomy in Neuropathic and Non-Neuropathic Chronic Pain Syndromes,” *J. Neurosci.*, vol. 31, no. 16, pp. 5956–5964, Apr. 2011, doi: 10.1523/JNEUROSCI.5980-10.2011.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

eP_35 - Kinésithérapie et Thérapie Cognitive et Comportementale pour les lombalgies chroniques non-spécifiques, l'impact sur la fonction et la douleur: Revue systématique

A. Preuilh (1), J.Wormser (2)

(1)Sorbonne Université, Paris, France, (2)Groupe Hospitalier Paris St-Joseph, Paris, France, (3)CH ARRAS, Arras, France, (4)Centre Hospitalier d'Arras, Structure Douleur Chronique, Arras, Gabon, (5)Centre Hospitalier d'Arras, Structure Douleur Chronique, Arras, France, (6)Centre Hospitalier d'Arras, Arras, France

INTRODUCTION : Le niveau de preuve concernant l'ajout des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) aux soins conventionnels des kinésithérapeutes reste peu clair. L'objectif de cette revue systématique est de faire un état des lieux sur ces TCC en complément de la rééducation du kinésithérapeute dans le cadre de patients présentant une lombalgie chronique non-spécifique.

MÉTHODE: Ont été inclus dans cette revue, les études contrôlées et randomisées concernant des patients lombalgique chronique comparant une thérapie cognitivo-comportementale associée à des exercices par rapport à des exercices seuls.

Résultats : 5 études ont été retenues avec des scores PEDro allant de 3 à 7/10. Trois études avaient un score supérieur à 6/10.

CONCLUSION: Une amélioration non significative de la fonction et de la douleur a été montrée par l'association de la TCC avec des exercices par rapport à des exercices seuls.

Mots clés : Cognitive behavioral therapy, Physical therapy modalities, Low back pain, Randomized Controlled Trial

eP_36 - Transposabilité des résultats de l'essai CONQUER dans la pratique clinique standard : galcanézumab vs placebo chez les patients avec contrôle inadéquat des migraines

M. Paget (1), A.Tockhorn-heidenreich (1), M.Belger (1), F.Chartier (1), M.Lantéri-minet (2)

(1)Eli Lilly and Company, Indianapolis, in, United States, (2)Département d'Évaluation et du Traitement de la Douleur, CHU de Nice et FHU InovPain, Université Côte d'Azur, Nice, France

CONTEXTE ET OBJECTIFS : Lors de l'évaluation des technologies de santé se pose souvent la question de la validité externe des études cliniques contrôlées, car les résultats peuvent ne pas être généralisables à tous les patients censés recevoir le traitement en situation réelle. CONQUER est une étude randomisée avec le galcanézumab chez les patients qui ont au moins 4 jours avec migraine par mois et en échec de 2 à 4 catégories de traitement préventif antérieur. Le but de cette analyse était de généraliser les résultats de CONQUER à la population française souffrant de migraine et prise en charge en situation réelle.

MÉTHODES : La base de données InovPain sur la migraine est une cohorte en situation réelle de tous les patients français atteints de migraine suivis dans un centre tertiaire de traitement des céphalées (Département d'Évaluation et du Traitement de la Douleur, CHU de Nice). L'analyse a été menée par étape :

Étape 1 : Les données de chaque patient de l'essai CONQUER (N=462) ont été pondérées et mises en correspondance avec les données InovPain regroupées (sous-groupe de patients français avec migraine et ≥ 2 échecs de traitement préventif [N=130]) à l'aide de la méthode Signorovitch (2010). Les caractéristiques mises en correspondance étaient le sexe, l'âge, le type de migraine et son ancienneté, les nombres de jours avec migraine et avec céphalée à l'inclusion.

Étape 2 : Le critère principal de CONQUER (variation moyenne globale par rapport à l'inclusion du nombre de jours avec migraine par mois pendant la phase de traitement en double aveugle de 3 mois) a été réanalysé avec les données des patients CONQUER pondérées à l'aide d'une méthodologie définie a priori.

RÉSULTATS : La comparaison des caractéristiques des patients avant et après pondération a montré que la taille effective de l'échantillon restait élevée (320), ce qui indique que la plupart des patients de la population CONQUER étaient semblables à ceux de la population d'InovPain. Les résultats de l'analyse pondérée étaient semblables à ceux de l'analyse CONQUER principale, avec une réduction moyenne statistiquement plus importante du nombre de jours avec migraine par mois pour le galcanézumab vs placebo. La différence moyenne des moindres carrés (IC à 95 %) du critère principal pour l'analyse CONQUER principale était de -3,12 (-3,92 ; -2,32) jours vs -3,13 (-4,02 ; -2,24) jours pour l'analyse pondérée ($p < 0,0001$ pour les deux).

CONCLUSION : Aucun élément ne suggère que les effets du traitement observés dans CONQUER seraient différents si la population de cette étude avait été une population semblable à celle de la cohorte française InovPain.

eP_37 - La douleur, une histoire de famille?

P. Truelle (1), B.Tourniaire (2)

(1)centre de la douleur, Hôpital Armand Trousseau, Paris, France, (2)Centre de la douleur, Hôpital Trousseau, Paris, France

Le fait d'avoir un parent douloureux chronique est associé à une augmentation de la fréquence des consultations pour douleur chronique chez l'enfant, OR 1.59 (1.32;1.92) [1]. La douleur chronique a un impact sur la vie sociale, scolaire, physique et psychique de l'enfant [2]. L'absentéisme scolaire est un des principaux critères d'évaluation du retentissement de la douleur chez l'enfant en consultation [3]. A notre connaissance, aucune étude ne montre à ce jour le retentissement de la présence d'une douleur chronique chez les parents dans le parcours scolaire et médical de l'enfant douloureux.

« Objectif » évaluer l'impact de la présence d'un antécédent familial de douleur chronique sur la scolarité de l'enfant consultant en centre de la douleur.

« Sujets / matériels et méthodes » tous les patients consultant en centre douleur entre janvier et mars 2020. Etude rétrospective par collection de données de soins courant concernant la douleur chronique, la scolarité et le parcours médical avec analyse par régression logistique et multivariée.

« Résultats principaux » 210 patients ont été inclus et analysés. Le fait d'avoir au moins un parent douloureux chronique augmente significativement la probabilité d'avoir un absentéisme scolaire (plus d'une semaine sur les 3 derniers mois): OR 1.989, IC 95% (1.113; 3.557). La standardisation en modèle multivarié sur la douleur chronique de l'enfant montre un OR 1.784, IC 95% (0.985; 3.231).

« Conclusion » Bien que moins significatif en modèle multivarié, nous faisons l'hypothèse d'une augmentation de l'absentéisme scolaire chez les enfants de parents douloureux chroniques. L'absentéisme scolaire a des conséquences multiples et majeures pour l'enfant. Ce lien serait en faveur d'une recommandation de suivi des enfants de patients adultes consultant pour des douleurs chroniques. Une étude multicentrique et prospective permettrait d'affirmer ces résultats avec une puissance plus importante.

[1] Higgins et al, Offsprings of parents with chronic pain: a systematic review and meta analysis of pain, health, psychological and family outcomes, Pain 2015

[2] Logan et al, School Impairment in Adolescent with Chronic Pain, The Journal of Pain 2008

[3] Zernikow et al, Characteristic of highly impaired children with severe chronic pain: a 5 year retrospective study on 2249 pediatric pain patients, BMC Pediatrics 2012

eP_38 - Evaluation de l'effet de l'intervention musicale Music Care© sur le bien-être, la douleur et l'anxiété chez des demandeurs d'emploi accompagnés par le Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE) : Etude de faisabilité.

S. Guetin (1), K.Moutarlier (2)

(1)Université Paris 5 - René Descartes/Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (EA 4056), Paris, France, (2)Ensemble vers l'Insertion et l'Emploi, Association GROUPE SOS Solidarités, Elbeuf, France

INTRODUCTION : On définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie et de travailler avec succès. Être au chômage nuit gravement à la santé [1]. La perte d'un travail et la difficulté à en retrouver un dégradent la santé des demandeurs d'emploi et provoque stress, perte de sommeil, douleur ou autres symptômes. Pour traiter ces troubles, des solutions thérapeutiques peuvent être proposées dont des solutions basées sur des traitements médicamenteux et des traitements non médicamenteux. Parmi ces interventions non médicamenteuses, les interventions musicales présentent un intérêt particulier.

OBJECTIF DE L'ETUDE : Evaluer l'effet de séances d'intervention musicale Music Care© sur le bien-être, la douleur et l'anxiété dans le cadre d'un atelier destiné à un public de demandeurs d'emploi en parcours d'insertion, notamment les adhérents du PLIE.

Méthodes : Etude de faisabilité. Les séances reposent sur l'utilisation du logiciel Music Care, labellisé application numérique de santé, basé sur la technique de la séquence en « U » [2]. L'ensemble des adhérents a suivi de 1 à 6 séances d'intervention musicales, sous la forme d'un cycle de 3 séances individuelles espacées de 15 jours, renouvelable une fois, soit une durée d'atelier allant de 1.5 mois à 3 mois. Le critère de jugement principal, mesuré à chacune des séances, était l'évolution du score de bien-être mesuré sur une échelle visuelle analogique (EVA). L'évolution du score de douleur et d'anxiété (EVA) a été analysée en critères secondaires.

RESULTATS: Une amélioration significative du bien-être (de 3,9 ($\pm 2,0$) à 5,7 ($\pm 2,0$), correspondant à une hausse de 46%) a été observée dès la première séance d'intervention musicale ($p < 0,01$). Concernant les critères secondaires, une baisse significative de la douleur (de 6,6 ($\pm 2,1$) à 4,6 ($\pm 2,0$), baisse de 30%) et de l'anxiété (de 5,7 ($\pm 2,6$) à 3,9 ($\pm 1,7$), baisse de 32%) ont également été observées ($p < 0,01$). L'effet des séances d'intervention musicale a été maintenu jusqu'à la fin de l'atelier.

CONCLUSION : Cette étude pilote nous a permis de démontrer la faisabilité et d'évaluer l'efficacité d'une intervention musicale (Music Care©) auprès des publics en parcours d'insertion, notamment les adhérents du PLIE. Les résultats nous confirment l'impact de cette technique sur le bien-être (amélioration de 46%), la douleur (baisse de 30%) et l'anxiété (baisse de 32%) dès la première séance et cela se maintient jusqu'à la fin du premier cycle. Ces résultats tendent à conclure que des interventions musicales de type Music Care© validées dans le traitement de la douleur semblent adaptées à des publics en parcours d'insertion professionnelle.

[1] Meneton P, Kesse-Guyot E, Méjean C, Fezeu L, Galan P, Hercberg S, Ménéard J. Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *Int Arch Occup Environ Health* 2015 Aug;88(6):707-16.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

[2] 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.

eP_39 - Perfusion de kétamine associée à du magnésium pour la prise en charge de patients ayant une algie vasculaire de la face chronique réfractaire.

X. Moisset (1), P.Giraud (2), R.Dallel (3)

(1)CHU Clermont-Ferrand, Service de Neurologie, Inserm U1107, NeuroDol, Clermont-ferrand, France,

(2)CH Annecy-Genevois, Annecy, France, (3)CHU Clermont-Ferrand NeuroDol, Clermont-ferrand, France

CONTEXTE: L'algie vasculaire de la face (AVF) est une céphalée d'intensité extrême, évoluant généralement par périodes de crises. Cependant, 20% des patients ont une forme chronique (périodes de rémission < 3 mois) et ces patients sont souvent mal contrôlés par les traitements de fond. Le risque suicidaire est non négligeable. De nouveaux traitements sont nécessaires pour soulager ces patients. Nous présentons ici les données d'efficacité et de sécurité concernant l'utilisation d'une perfusion unique de kétamine associée à du magnésium.

Méthodes: 17 patients consécutifs présentant une AVF chronique réfractaire ont reçu une perfusion de 0.5mg/kg de kétamine administrée sur 2 heures associée à 3g de sulfate de magnésium perfusés sur 30 minutes. Tous les patients avaient une réponse insuffisante à au moins 3 traitements préventifs, dont le vérapamil et les injections sous-occipitale de corticoïdes. Les patients étaient définis comme répondeurs lorsqu'ils présentaient une réduction de leur fréquence de crise quotidienne d'au moins 50% à J7-J8 par rapport à l'état avant la perfusion.

RESULTATS: 13/17 ont été répondeurs, avec un nombre de crises quotidiennes diminuant de 4.3 ± 2.4 avant la perfusion à 1.2 ± 1.0 après ($p < 0.001$). Aucun effet indésirable grave n'est à signaler.

CONCLUSION: Une perfusion de kétamine associée à du magnésium semble efficace et sûre pour réduire la fréquence des crises chez de nombreux patients présentant une AVF chronique réfractaire. Ce traitement est largement disponible, à faible coût. Cependant, un essai contrôlé randomisé est nécessaire pour confirmer ces résultats et permettre une utilisation plus large chez ces patients dont la souffrance est majeure.

eP_40 - EPAULES DOULOUREUSES ET STIMULATION AU LASER DU POINT D'ACUPUNCTURE « TIAOKOU » : A PROPOS DE 30 CAS

F. Mortreux (1), K.Legrand-klein (1), C.Berthe (1)

(1)Centre Hospitalier ARRAS / Service de la douleur Chronique, Arras, France

Introduction :La douleur de l'épaule est un motif fréquent de consultation [1]. Le point « Tiaokou », point 38 du méridien de l'estomac (E38) est considérée comme Le point « star » des pathologies articulaires de l'épaule [2]. La stimulation de ce seul point par rayon laser est-elle réellement efficace sur la douleur et la mobilité articulaire active de l'épaule, et qu'elle est la durabilité de cet effet ?

Matériel et Méthode :Recrutement de 30 patients majeurs présentant une pathologie d'épaule unilatérale aigue ou chronique. Le point E38 est stimulé au laser 1 minute ipsilatéralement à l'épaule concernée. Les données recueillies concernent essentiellement l'évaluation de la douleur avec l'échelle numérique et l'évaluation de la mobilité articulaire selon les critères du Score de Constant (sur 40 points) avant et après stimulation. Une réévaluation était proposée.

Résultats :La population d'un âge moyen de 61.9 ans, est composée de 11 hommes et 19 femmes. Un tiers d'âge moyen de 54.3 ans présentaient une pathologie aigue de moins de 3 mois (60% de tendinites simples), contre deux tiers d'âge moyen de 65.7 ans présentant une pathologie chronique (50% de pathologies arthrosiques). La douleur moyenne est de 6/10 avant stimulation puis 4.5/10 après stimulation, soit un gain de 1.5 points. Les patients présentant une pathologie aigue ont un gain sur la douleur de 2.1 points contre 1.3 pour ceux aux pathologies chroniques. La mobilité articulaire est à 43.5% de la normale avant stimulation, puis à 65.7% après stimulation, soit un gain de 22.5% de mobilité. Les patients avec pathologie aigue ont un gain de 29.5% contre 18.2% pour les pathologies chroniques. Dix-sept des 30 patients (56.7%) ont été revus en moyenne à J11, avec un gain moyen supplémentaire de 0.4 points sur la douleur pour les pathologies aiguës contre 0.1 pour les chroniques, et un gain moyen sur la mobilité de 5.75% pour les pathologies aiguës contre 0% pour les chroniques.

Discussion : Malgré un petit échantillon sur une étude non randomisée, nous constatons comme retrouvée par les punctures à l'aiguille dans la littérature [3, 4], une efficacité de la stimulation au laser du point E38, tant sur la douleur que sur l'amélioration de la fonction de l'épaule. Cet effet est surtout marquée pour les patients présentant une pathologie aigue de l'épaule (tendinites simples), avec une durabilité dans le temps.

Conclusion : Cette étude met en évidence que la stimulation au laser de ce seul point E38 a un intérêt thérapeutique bénéfique et durable sur les pathologies aiguës tendineuses de l'épaule, avec une complète innocuité.

[1] Martel P. Epaule douloureuse stable et non traumatique. La démarche diagnostique est avant tout clinique. Le quotidien du médecin du 31 mai 2006.

[2] Acupuncture : les points essentiels de Ph. Sionneau. Editions Trédaniel. 2000

[3] Vas J. Perea-Mila E. Les effets immédiats de la puncture du tiakou ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du deqi. Acupuncture et moxibustion 2004 ;3(3) :167-174.

[4]Nguyen J. Tiakou (E38) et mobilité de l'épaule. Revue Française de MTC 1984 ;103 :497-9.

eP_41 - Conception et amélioration d'une application numérique pour évaluer l'utilité et les risques des traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses chez le patient douloureux chronique

M. Barbelivien (1)

(1) CETD CHU Nantes, Nantes, France

Marie Barbelivien(1), Sébastien Abad(4), Céline Bouton(2), Armelle Simon(4), Pierre-Henri Garnier(4), David Feldman(3), Julien Nizard(1,4)

1. UFR Pharmacie Nantes

2. UFR Médecin Nantes

3. CHU Nantes, pharmacie à usage intérieur

4. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) Nantes

Le projet institutionnel "ma santé 2022" recommande un décloisonnement de l'exercice professionnel entre ville et hôpital. Avec la stratégie "e-santé 2020", le numérique est décrit comme un outil central permettant l'amélioration de l'organisation des soins pour les patients, les professionnels de santé et l'organisation générale du système de santé français.

La prise en charge des patients douloureux chroniques est nécessairement pluridisciplinaire et rapprochée. La continuité des soins et la transmission des informations médicales font partie des principales difficultés de ces patients. Notre réflexion est centrée sur la question suivante : comment garder le patient au centre de sa prise en charge pluridisciplinaire ? Une application numérique nous apparaît comme une solution pertinente. L'objectif de ce travail est d'évaluer au CETD du CHU de Nantes l'intérêt et la faisabilité d'une application pour les patients douloureux chroniques, centrée sur l'évaluation de l'efficacité et des risques des traitements médicamenteux et des interventions non médicamenteuses.

Une version préliminaire de l'application a été conçue en collaboration entre l'Université de Nantes (UFR de médecine et de pharmacie) et le CHU de Nantes. Des entretiens avec des patients hospitalisés au CETD ont été organisés. Un questionnaire composé de questions semi-ouvertes a été administré permettant d'obtenir des résultats exploitables tout en laissant la possibilité aux patients de s'exprimer librement.

48 patients ont été interrogés. 33 réponses ont été exploitables (69%). 90% des patients avaient un smartphone. 75% avaient recours à des thérapies complémentaires. Les résultats sont encourageants : 80% des patients avaient un avis positifs sur l'utilisation d'une application pour améliorer leur prise en charge. 64% des patients interrogés ont déclaré être intéressés par notre application. Les patients étaient prêts à partager leurs informations médicales avec les professionnels de santé. Cependant, des réserves ont été émises quant à l'ergonomie de l'application et quant à son contenu, décrivant des craintes et des représentations relatives à leur prise en charge et au partage de ces informations.

Cette étude mérite d'être étendue à un échantillon plus important afin d'augmenter la significativité des résultats. Les craintes des patients concernant le contenu de l'application nécessitent d'être explorées pour en identifier les causes.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Un test en vie réelle du prototype apparaît pertinent pour étudier en profondeur les usages par les patients de l'application. Enfin, une étude au long terme permettrait d'évaluer l'impact de l'application sur la prise en charge des patients douloureux chroniques.

eP_42 - Prise en charge pharmacologique de la douleur neuropathique en situation réelle de prescription : une étude pharmaco-épidémiologique nationale à partir des données de l'Assurance Maladie

C. Chenaf (1), J. Delorme (1), C. Bertin (1), N. Delage (3), A. Eschalier (2), D. Ardid (2), N. Authier (2), E. Gadea-deschamps (4)

(1) Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, Clermont-ferrand, France, (2) Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Institut Analgesia, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, F(6)3001, Clermont-Ferrand, France, Clermont-ferrand, France, (3) Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, F(6)3001, Clermont-Ferrand, France, Clermont-ferrand, France, (4) CH Emile Roux, Unité de recherche clinique, EA SNA EPIS 4607 Université Jean Monnet Saint Étienne, Le puy-en-velay, France

Introduction : la douleur neuropathique (DN) est une affection fréquente et invalidante qui est généralement considérée comme difficile à traiter. Une revue et méta-analyse internationale récente sur la pharmacothérapie de la DN a fait le point sur l'efficacité des traitements pharmacologiques [1] : les recommandations ont été classées en traitements de première ligne (gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline), de deuxième ligne (tramadol, lidocaïne) et de troisième ligne (opioïdes forts). Il n'existe pas d'évaluation récente en France de la réalité de la mise en œuvre et de l'adéquation des pratiques actuelles de prescription médicale en situation réelle avec les dernières recommandations internationales. L'objectif de cette étude était de décrire, dans une cohorte de patients douloureux neuropathiques incidents, la première prescription et la persistance des traitements recommandés.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective de patients incidents avec un premier diagnostic de DN entre 2013 et 2017 dans la base de données exhaustive de l'assurance maladie française (SNIIRAM). 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. L'arrêt du traitement était défini par un délai supérieur à 60 jours entre deux dispensations. La durée de suivi était de 36 mois après le diagnostic de DN.

Résultats : Parmi les 101 877 patients ayant reçu un diagnostic de DN au cours de la période d'étude, 29 756 patients incidents ayant reçu un premier traitement pour la DN ont été identifiés. La plupart des patients étaient des femmes (57%) et l'âge médian était de 60 ans [48-73]. Un traitement en monothérapie a été initié chez 67,2% des patients : médicaments de première ligne 44,1%, de deuxième ligne 18,8% et de troisième ligne 4,3%. Les médicaments en monothérapie recommandés les plus fréquemment prescrits étaient la prégabaline (40%), le tramadol (19%) et l'amitriptyline (10,7%). Environ un tiers des patients (32,8%) ont reçu une première prescription correspondant à une association d'au moins deux molécules recommandées. Enfin, moins de la moitié des patients (46,3%, IC à 95% [45,7-46,9]) étaient encore traités avec au moins un des médicaments recommandés à 1 an, environ un tiers (33,5% [32,9-34,1]) l'étaient encore à 2 ans et un peu plus d'un quart (27,3% [26,7-28,0]) à 3 ans.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Conclusion : la prévalence d'une primo-prescription conforme aux dernières recommandations internationales dans le traitement de la DN n'était pas optimale, moins de la moitié des patients (44,1%) s'étant vu prescrire un traitement recommandé en première ligne en monothérapie.

1. Finnerup N.B. et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* (2015) 14 162–173

eP_43 - Intérêt de la réalité virtuelle pour réduire l'anxiété, la douleur et l'inconfort : étude monocentrique multiservices au CHU de ROUEN

M. Lanquetuit (1), D.Gervereau (2), S.Lachkar (1), A.Savoure (1), D.Provost (1), B.Helali (1), V.Compere (1), P.Carvalho lallement (1), E.Guedon (1), P.Michelin (1), O.Vittecoq (1), R.Deleens (1), S.Pouplin (1)

(1)CHU de Rouen, Rouen, France, (2)CHU Rouen, Rouen, France

Introduction : La douleur liée aux soins est une préoccupation majeure. Bien qu'il existe de nombreuses techniques préventives médicamenteuses, celles-ci sont potentiellement pourvoyeuses d'effets indésirables. Aujourd'hui il existe des alternatives non pharmacologiques telle que la réalité virtuelle (RV), qui est en pleine croissance dans le monde médicale. Elle permet une modification de l'état de conscience du patient, par un détournement attentionnel visuel et/ou auditif. D'après la revue de la littérature, elle semblerait être bénéfique pour les patients mais aussi pour les soignants, dans les situations pourvoyeuses d'anxiété, de douleur et d'inconfort, aigues comme chroniques. Les objectifs de notre étude sont d'observer pour quel type de geste la RV apporte un réel bénéfice et sur quels symptômes elle agit (douleur, anxiété et inconfort).

Méthode : Le CLUD a obtenu grâce à la fondation Charles-Nicolle, le financement de huit casques de RV HypnoVR. Ces 8 casques de RV sont actuellement utilisés dans différents services du CHU de Rouen pour : les fibroscopies bronchiques en pneumologie, les explorations électrophysiologiques en cardiologie, les hystérosopies en gynécologie, les poses de chambres implantables en anesthésie, les soins douloureux (pansements d'escarres, de plaies, de brûlures...) en dermatologie et en soins palliatifs, les gestes ponctuels douloureux et anxiogènes sur le plateau ambulatoire de neurologie, du centre de la douleur et en rhumatologie et les biopsies en radiologie.

L'équipe médicale sélectionne un programme de RV adaptée au geste et la durée de la séance. Le patient sélectionne un scénario avec un univers auditif, visuel, et la possibilité d'une voix diffusant un discours hypnotique. Pour chaque utilisation du casque, les protocoles antalgiques médicamenteux habituels associés aux gestes ne sont pas modifiés. Des questionnaires sont remplis avant et après chaque utilisation du casque permettant d'évaluer l'intérêt de la RV sur l'anxiété, la douleur et l'inconfort du geste réalisé ainsi que la satisfaction du patient.

Résultats : La réalisation de l'étude est en cours, avec évaluation d'une cinquantaine de patients pour chaque service et l'analyse des données sera effectuée prochainement de manière rétrospective. Les bénéfices attendus de l'utilisation des casques de RV sont une diminution de la douleur et/ou de l'anxiété et/ou de l'inconfort par distraction ainsi qu'une satisfaction de l'utilisation de cet outil. A ce jour, les premiers résultats font apparaître une satisfaction de tous les services tant pour les patients que les soignants, néanmoins une absence de bénéfice sur la douleur en gynécologie pour la réalisation d'hystérocopie.

Conclusion : Les résultats définitifs de cette étude, nous permettront de discuter du développement de la réalité virtuelle dans d'autres services et pour d'autres actes.

eP_44 - Intervention centrée sur la clarification des valeurs dans les Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) chez les patients douloureux chroniques

V. Maréchal-chevallier (1), A.Masselin-dubois (2), O.Koupermann (3)

(1)Maison de Santé, 39 100, France, (2)Université de Bourgogne, Dijon, France, (3)Service de consultation anti-douleur du CH de Chalon sur Saône, Chalon sur saône, France

Bien que de nombreux modèles de prise en charge psychologique se centrent sur la réduction des symptômes douloureux, la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) (1) vise à modifier la relation que le patient entretient avec ses douleurs en favorisant la flexibilité psychologique. Le modèle de la flexibilité psychologique permet de promouvoir l'activation comportementale en favorisant notamment la mise en action à partir des valeurs de la personne. Monestès (2) définit les valeurs comme la représentation "de ce qui donne du sens à l'existence, ce qui l'organise". En s'appuyant sur ce qui compte vraiment pour lui, l'ACT va permettre au patient douloureux chronique de s'engager progressivement dans l'action, sans affronter ni éviter la douleur, en acceptant la personne qu'elle est "dans l'ici et maintenant" et en faisant probablement le deuil d'un état de santé antérieur (3).

Nous avons posé l'hypothèse que la clarification des valeurs pourrait constituer un levier thérapeutique favorisant l'activation comportementale chez ces patients douloureux chroniques dont l'image et la représentation de soi étaient altérées.

Nous avons conduit dans un Centre Anti-Douleur (CAD) des séances d'ACT basées sur la clarification des valeurs auprès de trois patients qui avaient été victimes soit d'une amputation soit d'un accident entraînant des douleurs chroniques.

Le dispositif supposait un minimum de cinq rencontres avec les patients. Nous avons eu recours à des entretiens cliniques et auto-questionnaires, afin de recueillir, d'une part des données cliniques sur les répercussions de la douleur chronique (BPI) et les stratégies de coping utilisées (CSQ-F), et d'autre part des informations sur la représentation de soi telles que l'acceptation de la limitation physique (ALP), l'estime de soi (EES), la satisfaction corporelle, la perception globale de soi et l'image de soi (QSCPGS).

Trois séances étaient ensuite consacrées à la conceptualisation du problème, l'identification des facteurs psychologiques de maintien, l'identification des valeurs, et enfin, la description de projet(s) que le patient souhaitait réaliser.

Les résultats montrent que cette approche psychothérapeutique leur a permis de prendre conscience des émotions et pensées négatives qui entravaient leur flexibilité psychologique. Bien que la limitation physique soit difficilement comparable entre ces trois patients car elle n'entraîne pas les mêmes implications sur l'image de soi, il semblerait que ce travail de clarification des valeurs personnelles constitue une base solide, un socle sur lequel ces patients pourront s'appuyer pour envisager de quitter cette « pause psychique », cet entre-deux identitaire qui les maintient dans une impossibilité à se ré-engager en direction d'une existence plus satisfaisante.

(1) Hayes S.C. et col (1999), Acceptance and commitment therapy : an experimental approach to behavior change. New York : The Guilford Press ; Hayes et col (2006). Acceptance and commitment therapy : model, process and outcomes. Behavior Research and Therapy, 44, 1-25

(2) Monestès J.L., (2011). La thérapie d'acceptation et d'engagement. Elsevier Masson, Issy-Les Moulineaux

(3) Masselin-Dubois A., (2016). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique. Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement 17, 233-251

eP_45 - Effet de la prise en charge multidisciplinaire sur la qualité de vie.

F. Arndt-vankemmel (1), A.Boumediene (2), G.Cozon (3), J.Malinovsky (4)

(1)CHU de Reims / Hopital Robert Debré / Centre de la Douleur, Reims, France, (2)CHU de Reims / Hôpitale Americain / Pédiatrie, Reims, France, (3)Hospices Civils de Lyon / Immunologie, Lyon, France, (4)CHU de Reims / Hôpital Robert Debré / Département d'Anesthésie-Réanimation, Reims, France

Introduction : Un patient douloureux chronique nécessite une prise en charge globale multidisciplinaire. Outre le traitement pharmacologique, l'approche doit comprendre les éléments de la statique et de l'émotionnel du patient. La perturbation du microbiote est un élément à également prendre en compte. En effet la dysbiose est responsable d'une inflammation infra clinique et de carences micronutritionnelles (vitamines ou minéraux) qui peuvent moduler l'intensité de la douleur ressentie. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'effet de cette prise en charge globale.

Etude : Cette étude rétrospective rapporte les résultats du bilan clinique et biologique lors d'une première consultation au centre de la douleur du CHU de Reims entre le 1er septembre 2018 et le 31 décembre 2018. La variation des indicateurs de qualité de vie sont évalués entre la première et la deuxième consultation (SF36, FIQ, HAD). Nous réalisons un interrogatoire de 45 minutes et proposons systématiquement un bilan métabolique et fonctionnel dans le but d'évaluer le microbiote. Le bilan biologique systématique comporte une évaluation du métabolisme glucidique, lipidique, hormonal, vitaminique et minéral. Un bilan fonctionnel plus poussé est parfois proposé (antioxydants, profil des acides gras membranaires, métabolites organiques urinaires, coproculture élargie, test génétique FUT2).

Résultats : 98 patients consécutifs ont consulté pour la première fois au cours du dernier trimestre 2018, âgés de 46 ans +/- 14.9, l'IMC est à 24 +/- 8.3. Les patients sont douloureux en moyenne depuis 15 ans +/- 28.5. Le délai entre les deux premières consultations est de 5.6 mois +/- 3.7, le sexe ratio est de 74% de femmes. Les indicateurs de qualité de vie se sont tous améliorés ($p < 0.0001$) : SF36 douleur physique passe de 22.7 à 38.1 (différence moyenne de 8.4), le FIQ de 58.3 à 50.5 (diminution moyenne de 7.9), le HAD dépression de 8.5 à 7 (diminution moyenne de 1.5), le Beck de 11.3 à 8.7 (diminution moyenne de 2.5).

Discussion : La prise en charge multidisciplinaire apporte une amélioration significative de tous les paramètres de qualité de vie évalués. Un rééquilibrage du microbiote (la correction des carences, la recherche de malabsorption) est proposé à tous les patients qui rapportent des douleurs digestives associées à un trouble du transit et une difficulté de digestion des lipides. Cette prise en charge est complétée par des traitements antalgiques non médicamenteux en première intention (TENS, emplâtres de Lidocaïne, correction de l'hygiène de vie).

eP_46 - Intérêts de l'ActiTENS pour les patients polyhandicapés en situation de handicap avec les autres TENS

S. Soriot thomas (1), L.Soriot (2), C.Grimaux (1)

(1)CHU Amiens Picardie, Amiens, France, (2)UPJV, Amiens, France

La TENS est une technique antalgique non médicamenteuse largement utilisée dans les SDC. Le succès de son utilisation dépend de la bonne indication, du positionnement des électrodes, du choix des programmes, de l'intensité, de la durée des séances mais surtout de l'éducation du patient. Cette éducation doit reposer sur les échanges et les interactions entre le soignant apportant ses connaissances et son expérience et le patient apportant son vécu, son ressenti et les réalités de son quotidien.[1,2,3,4]

Cependant des patients présentant un handicap physique ont besoin de l'aide d'un tiers pour positionner les électrodes ou utiliser correctement le stimulateur. ActiTENS permet à certains patients, dans l'incapacité physique d'utiliser un appareil TENS classique, d'utiliser cette technique.

Cas cliniques :

1. Patient présentant une paraplégie D12 avec des douleurs neuropathiques lésionnelles D11-D12 et des Lombalgies chroniques. Il a des difficultés à placer les électrodes en position assise au fauteuil (trouble de l'équilibre, 4 électrodes à coller, câbles à gérer) et des difficultés avec la gestion des câbles lors des déplacements en fauteuil, le contraignant à une seule séance au coucher. ActiTENS lui permet d'utiliser une seule électrode lombaire. Il n'y a plus de câbles entravant une utilisation pluriquotidienne du TENS au fauteuil. Le patient a diminué sa consommation d'antalgiques.

2. Patient présentant une tétraplégie C5 et une tendinite chronique du triceps gauche douloureuse. Il a une transposition musculaire permettant une pince pouce/index droite. Il est dans l'incapacité à connecter les électrodes aux câbles, d'appuyer sur les boutons du boîtier et est gêné par les câbles lors de l'utilisation du fauteuil manuel et du hand bike. ActiTENS lui permet de clipser les électrodes en tapant dessus et de fixer l'appareil à l'aide d'un scratch, de gérer les programmes sur l'écran tactile de son téléphone et il n'est plus gêné par les câbles.

3. Patiente amputée des 4 membres post-méningite à méningocoque et présentant des douleurs neuropathiques des mains. Elle a des pinces antibrachiales et est dans l'incapacité à connecter les électrodes aux câbles, l'impossibilité d'appuyer sur les boutons du boîtier et est gênée par le boîtier et les câbles dans la vie quotidienne. De ce fait elle utilise uniquement le TENS chez son kinésithérapeute. ActiTENS lui permet de clipser les électrodes en tapant dessus. La gestion des programmes se fait sur l'écran tactile de son téléphone adapté. L'appareil est fixé au bras, caché sous les vêtements.

Ces 3 cas cliniques révèlent l'intérêt de la technologie ActiTENS qui permet à des patients, en situation de handicap physique, de retrouver l'autonomie dans la gestion de leur douleur chronique.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

2. HAS. Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée. Septembre 2009
3. HAS. Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS) du 03/09/2019
4. Have L, Chavigny I, Bui M, Vallet I. Utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) : Evaluation de l'observance thérapeutique après mise en place de séances d'apprentissage de l'utilisation réalisées par une infirmière dédiée. 2017, P-017
http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3349/congres/2017/recueil_abstracts_congres_sfetd_2017_final1.pdf

eP_47 - Description des représentations de l'hypnose et des thérapies brèves chez les internes de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de Médecine Générale.

M. Mazas (1), J.Nizard (2)

(1)CHU Nantes, Nantes, France, (2)CHU Nantes / Chef du Service Interdisciplinaire Douleur Soins Palliatifs et de Support, Médecine intégrative, Nantes, France

L'hypnose et les thérapies brèves connaissent un effet de mode plurifactoriel impactant les attentes des patients face à leur médecin généraliste. Il apparaît important que médecin généraliste et patient puissent discuter ensemble et se comprendre dans une démarche de soin. (1) Il est difficile de donner une définition simple de l'hypnose ce qui traduit bien sa complexité. (2) En France, il n'y a actuellement pas de cadre légal précis encadrant sa pratique. (3) Les représentations sont les idées d'un concept ou d'une chose concrète, elles ne sont « ni justes ni fausses ni définitives » et sont définies par notre Histoire, notre éducation, notre vécu, les normes sociétales. (4–6)

L'objectif principal de cette étude était de connaître les représentations des internes de médecine générale sur l'hypnose et les thérapies brèves.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée, auprès de douze internes de médecine générale inscrits à la faculté de Nantes, qu'ils soient formés ou non à l'hypnose. 4 internes étaient en première année et 8 en troisième année. Parmi eux, 3 n'avaient aucune connaissance de l'hypnose ni des thérapies brèves et 2 avaient été formés à l'hypnose via l'IMHENA-AREPTA et l'école Dany Dan Debeix.

L'analyse des résultats révèle que malgré un manque de formation déploré par les internes, ceux-ci ont de riches notions de l'hypnose, moins des thérapies brèves. Deux grandes visions de l'hypnose ont émergé : sa représentation « magique » et sa représentation relationnelle. En effet, l'hypnose est vue comme un outil thérapeutique supplémentaire de l'arsenal du médecin généraliste, aux multiples indications. C'est un moyen et non un but, elle peut être utilisée en « dernière chance ». Elle n'aurait ni effet secondaire, ni contre-indication. Cependant son efficacité dépend des traits de personnalité du praticien et du patient. C'est une thérapie sans communication, vécue à travers les émotions mais paradoxalement basée sur la communication grâce à une relation intime créée entre le praticien et le patient. Celle-ci peut aussi se réaliser en autonomie : c'est l'auto-hypnose. L'outil « hypnose » permet une déconnexion de la réalité/du symptôme : c'est la transe. Toutefois, l'hypnose est une manipulation potentiellement dangereuse qui, réalisée dans le respect du patient et d'un cadre défini, doit rester au service de la relation et du soin.

Ce travail a pour perspective de susciter l'intérêt des internes à l'utilisation de l'hypnose, et de voir intégrer l'apprentissage de l'hypnose dans les parcours universitaires comme recommandé par le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC).

1. Dautrelogne Y, Cottencin O, Betbeze J. Thérapies brèves : principes et outils pratiques. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 236 p. (Pratiques en psychothérapie).
2. Définitions de l'hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose Ericksonienne. Disponible sur: <http://www.hypnose.com.fr/definitions-hypnose.htm>
3. Question n°14865 du Journal Officiel - Assemblée Nationale [Internet]. Disponible sur:



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-14865QE.htm>

4. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003. 454 p. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
5. Lo Monaco G, Lheureux F. Représentations sociales: théorie du noyau central et méthodes d'étude. Rev Électronique Psychol Soc. 2007;(1):55-64.
6. Castellotti V, Moore D. Guide pour l'élaboration des politiques linguistiques éducatives en Europe – De la diversité linguistique à l'éducation plurilingue. [Conseil de l'Europe, Strasbourg]; 2002.

eP_48 - Syndromes myofasciaux : description comparative des prises en charges en médecine occidentale et en médecine traditionnelle chinoise à travers l'exemple du syndrome du muscle piriforme.

A. Schmidt (1), S.Abad (2), Y.Meas (2), J.Nizard (2), Y.Pluchon (1)

(1)CETD CHD Vendée, La roche-sur-yon, France, (2)CETD CHU Nantes, Nantes, France

Les syndromes myofasciaux sont une affection fréquente dans la population général, variant de 21 à 93% de prévalance selon les études[1]. Les différents tableaux ont été décrits par Travell & Simons[2]. Par la suite, de nombreuses possibilités de prise en charge ont été proposées, avec des pratiques diverses. Ces syndromes myofasciaux ont été décrits dans les ouvrages de médecine chinoise (le Su Wen entre -320 et 111 après JC). Il y est également décrit diverse prises en charges, qui pour certaines sont similaires aux techniques utilisées actuellement.

L'objectif est de pouvoir présenter en parallèle les diverses options thérapeutiques en médecine occidentale[3] (massage, dry needling, tens, étirements, activité physique, chaud) et celles en médecine traditionnelle chinoise (massage tuina, acupuncture, règles hygiéno-diététiques, activité physique, physiothérapie, phytothérapie).

L'exemple choisi du muscle piriforme permet d'aborder de manière simplifiée la présentation en termes de médecine chinoise. Selon la théorie des méridiens, le muscle piriforme ne dépend que d'un unique méridien nommé Zu Tai Yang. La description clinique des syndromes myofasciaux [4] correspond à un tableau d'atteinte du méridien Zu Tai Yang, et plus particulièrement une stagnation au niveau du méridien tendino-musculaire Zu Tai Yang.

Les troubles au niveau des méridiens sont en général traité par acupuncture plutôt que par phytothérapie. Les techniques acupuncturales sont principalement : la technique de ponction directe du point Ashi (le point douloureux, souvent V53 et V54), qui correspond au dry needling du point gachette. Cette technique est peu utilisée car l'efficacité est immédiate, mais brève et souvent douloureuse. La deuxième technique consiste à traiter directement le méridien Zu Tai Yang en piquant à distance sur le méridien homolatéral pour libérer le méridien tendino-musculaire (67V, 65V, 60V, 18IG, et selon la saison 66V ou 40V). La dernière technique souvent peu utilisée dans les études cliniques est une technique de projection de la zone douloureuse sur un méridien appareillé [5]. La localisation du point à ponctionner dépend patient, mais la zone se situe en général autour du coude, autour du nombril ou autour du genou. Cette technique présente l'avantage d'apporter un soulagement immédiat, et permet de piquer à distance de la zone douloureuse. L'activité physique, les étirements et le chaud sont des thérapies communes entre les 2 approches. Concernant les règles hygiéno-diététiques et la phytothérapie, ces approches correspondent plus à la prise en charge d'une pathologie dite interne.

En conclusion, les approches modernes de la prise en charge des syndromes myofasciaux est semblable à celle décrite dans les traités classiques de médecine chinoise.

1. Simons DG. Clinical and Etiological Update of Myofascial Pain from Trigger Points. *Journal of Musculoskeletal Pain*. janv 1996;4(1-2):93-122.
2. Donnelly JM, Simons DG, éditeurs. Travell, Simons & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Third edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019. 935 p.
3. Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial Pain Syndrome Treatments. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. mai 2014;25(2):357-74.
4. Fernández-de-las-Peñas C, Dommerholt J. International Consensus on Diagnostic Criteria and Clinical Considerations of Myofascial Trigger Points: A Delphi Study. *Pain Medicine*. 1 janv 2018;19(1):142-50.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

5. Bataille, Benoit. (2018). Acupuncture Balancée : un nouvel outil de traitement basé sur l'interaction des méridiens. 17. 207-15.

eP_49 - Fibromyalgie : tableaux cliniques et prise en charge en soins primaires. Une revue de littérature à partir de 37 revues Cochrane

E. Paugam (1), J.Nizard (2), A.Van cleef (3), A.Sauvaget (2), C.Rat (4), E.Werner (5), X.Gocko (6)

(1)cabinet médical, Habas, France, (2)chu nantes, Nantes, France, (3)Département médecine générale Nantes, Nantes, France, (4)département médecine générale Nantes, Nantes, France, (5)Université d'oslo, Oslo, Norway, (6)cabinet médicale, Roche la moliere, France

Contexte: La fibromyalgie est maladie caractérisée par des douleurs musculo-squelettiques, souvent associée à des troubles du sommeil et à une asthénie chronique. Son étiologie multifactorielle et sa physiopathologie reposent sur les théories du cerveau bayésien, de l'anticipation et de l'excès de nociception. Les médecins éprouvent des difficultés pour la prise en charge devant des symptômes nombreux et variés et les patients sont souvent mécontents.

Objectifs: Décrire les différents tableaux cliniques inclus dans la littérature abordant la prise en charge de la fibromyalgie et identifier les thérapeutiques efficaces et accessibles en soins primaires.

Méthodes: Revue narrative de la littérature à partir de la base Cochrane centrée sur la prise en charge de la fibromyalgie de l'adulte, sans limites de date.

Résultats: 37 revues (294 études, 25765 patients) ont été analysées. 24 revues avaient inclus uniquement des patients fibromyalgiques, 6 revues avaient inclus des patients fibromyalgiques, mais aussi des patients avec d'autres types de pathologies (douleur neuropathique, douleur chronique et douleur musculosquelettique). Par contre, 7 revues n'avaient inclus aucun patient fibromyalgique.

Plusieurs interventions efficaces et réalisables en contexte de soins primaires ont été rapportées : des interventions médicamenteuses (7 revues), la pratique de l'activité physique (5 revues), et les psychothérapies (2 revues).

Discussion: Cette revue a inclus 37 revues même si elle n'a exploré que la base Cochrane.

Les tableaux cliniques décrits étaient très variés. Aborder la fibromyalgie comme un syndrome fibromyalgique permettrait peut-être d'adapter les prises en charge.

Pour traiter les patients, les médicaments ont montré leurs limites (faible proportion de patients présentant une amélioration, effets indésirables). Ces résultats sont en accord avec les recommandations internationales qui préconisent d'abord des approches non médicamenteuses (activité physique, thérapies cognitivo-comportementales).

Pour les acteurs des soins primaires, l'enjeu est d'élargir les ressources à disposition. Le remboursement des prises en charge non médicamenteuses est une piste à envisager. Cet élargissement permettrait de limiter les conséquences médicales et sociales (arrêt de travail, iatrogénie) pour les patients.

eP_50 - Efficacité de l'intervention musicale sur le prurit : une étude prospective randomisée en ouvert

S. Demirtas (1), C.Houssais (2), J.Tanniou (3), L.Misery (1), E.Brenaut (1)

(1)Service de Dermatologie, CHU Brest, Brest, France, (2)Service de Dermatologie, CHU de Brest, Brest, France, (3)DRCI, CHU de Brest, Brest, France

Le prurit est un symptôme fréquent dans de nombreuses dermatoses chroniques qui altère significativement la qualité de vie (1). Les traitements disponibles ne permettent pas toujours de soulager les patients. La musicothérapie a montré un intérêt dans la prise en charge dans de nombreux symptômes ou maladies comme la douleur, la dépression, l'anxiété ou la démence (2,3,4). Son effet sur le prurit n'a jamais été évalué.

Cette étude prospective randomisée contrôlée a inclus des patients hospitalisés présentant un prurit d'intensité $\geq 3/10$ dans le cadre de diverses dermatoses prurigineuses chroniques. Les patients ont été randomisés pour recevoir l'application d'une crème hydratante ou l'écoute d'une séance musicale selon une séquence en U de Music Care® , pendant 20 minutes au casque avec un masque oculaire.

Nous avons inclus 50 patients (25 par groupe), dont 62% d'hommes, avec une moyenne d'âge de 60,7 ans.

Les dermatoses les plus fréquentes étaient le psoriasis (N=10), la dermatite atopique (N=8), l'eczéma de contact (N=6). 86% des patients présentaient un prurit quotidiennement. 44% des patients présentaient un prurit depuis moins de 6 mois, 10% de 6 à 12 mois, 20% de 1 à 5 ans et le reste depuis plus de 5 ans. Le score ItchyQol moyen était de 64,8 montrant un retentissement important sur la qualité de vie. L'intervention musicale a permis une diminution du score mesuré par l'échelle numérique de $2,28 \pm 2,05$ et l'application de crème émolliente de $1,20 \pm 1,68$ ($p < 0,05$). Il existait une diminution de l'anxiété dans les deux groupes sans différence significative : diminution du score STAI Y-A de 6,48 vs 4,00. Chez les patients ayant bénéficié d'une intervention musicale Music Care® , 64% ont rapporté avoir ressenti une amélioration, 86% recommanderaient l'intervention musicale et 70% souhaiteraient poursuivre cette pratique.

La prise en charge du prurit est complexe, faisant appel en 1ère intention au traitement étiologique. Les traitements étiologiques ou symptomatiques du prurit ne permettent pas toujours son soulagement. Il est utile de trouver d'autres moyens pour les prendre en charge et l'intervention musicale a montré son intérêt dans notre étude. Son utilisation de façon répétée au long cours sera intéressante à évaluer. Comme dans la prise en charge de la douleur, la musicothérapie agit probablement par l'activation de circuits neuronaux inhibiteurs.

L'utilisation de la musique est une méthode simple non pharmacologique qui peut être un outil dans la prise en charge du prurit chronique (5).

1- Kini SP, DeLong LK, Veledar E, McKenzie-Brown AM, Schaufele M, Chen SC. The Impact of Pruritus on Quality of Life: The Skin Equivalent of Pain. Arch Dermatol. 2011;147(10):1153–6.

2-Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE et al. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD004517.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

3-Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJS. Music therapy for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD003477.

4-Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD004843.

5-Demirtas S, Houssais C, Tanniou J, Misery L, Brenaut E. Effectiveness of a music intervention on pruritus: an open randomized prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 [Epub ahead of print]

eP_51 - Kétamine et syndrome douloureux régional complexe.

C. Rimlinger (1)

(1)HPMetz - CETDC, Metz, France

INTRODUCTION: Produit d'anesthésie bien connu, la Kétamine est de plus en plus utilisée dans les structures douleur chronique. Les modalités d'utilisation restent néanmoins très variables selon les structures, tant sur la galénique, que sur les posologies et modalités d'administration ainsi que sur les indications [1].

Le guide des bonnes pratiques des structures Douleur Chronique en France de novembre 2019 vient cadrer cette utilisation en proposant un cadre sécuritaire et plusieurs recommandations [2].

Au Centre d'étude et de traitement de la douleur chronique des Hôpitaux Privés de Metz, nous avons une grande habitude d'utilisation de cette molécule. Une indication semble parmi toutes les autres se démarquer de façon significative : le syndrome douloureux régional complexe [3, 4].

En effet, cette indication semble et de loin la plus intéressante pour l'utilisation de la Kétamine administrée par voie intraveineuse, tant dans l'efficacité sur la symptomatologie douloureuse, la disparition des signes neurovégétatifs associés, et la durabilité dans le temps.

OBJECTIFS

- Présenter notre protocole d'utilisation de la kétamine par voie intraveineuse.
- Montrer sa bonne tolérance clinique et biologique.
- Montrer son efficacité dans le syndrome douloureux régional complexe réfractaire sur le plan des douleurs, des signes neurovégétatifs et sa durabilité dans le temps.

MATERIELS ET METHODES

Etude Rétrospective

- Patients suivis au CETDC des Hôpitaux Privés de Metz pour syndrome douloureux régional complexe.
- Echec de la prise en charge conforme aux recommandations de la SFETD de Lille 2017.
- Utilisation de la Kétamine par voie intraveineuse en seconde intention selon notre protocole.
- Patients pris en charge entre février 2018 et mars 2020.

Etude qualitative et quantitative

RESULTATS et DISCUSSION: Bilan du suivi d'environ 20 patients. Bonne tolérance clinique immédiate et biologique. Efficacité significative immédiate et durable pendant environ 3 à 4 mois sur la douleur et les symptômes neurovégétatifs. Répétition des cures gardant la même tolérance et la même efficacité.

[1]. Cohen SP, Bhatia A, Buvanendran A et coll. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Chronic Pain From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* : July 2018 – Volume 43 – Issue 5 – p 521-546.

[2]. Guide de Bonnes Pratiques des Structures Douleur Chronique en France. SFETD. MED-LINE Editions.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Novembre 2019. P78-81.

[3]. Sigtermans MJ, Van Hilten JJ, Bauer MC, et coll. Ketamine produces effective and long-term pain relief in patients with complex regional pain syndrome type 1. *Pain*. 2009;145:304–311.

[4]. Maher DP, Chen L, Mao J. Intravenous ketamine infusions for neuropathic pain management: a promising therapy in need of optimization. *Anesth Analg*. 2017;124:661–674.

eP_52 - Enregistrement dans différents milieux (air et cadavre) du champ magnétique produit par rTMS

C. Quesada (1), B.Pommier (2), I.Faillenot (3), R.Peyron (4)

(1)INSERM U1028, Equipe NEUROPAIN, Lyon, France, (2)Service de neurochirurgie, CHU de Saint-Etienne, Saint-etienne, France, (3)Equipe Neuropain, Université Jean Monnet Saint Etienne, Saint-etienne, France, (4)Service de neurologie, Centre de la douleur, CHU de Saint-Etienne, Saint-etienne, France

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est de plus en plus fréquemment utilisée en clinique pour le traitement des douleurs neuropathiques chroniques. Dans cette indication, la cible de prédilection est le cortex moteur primaire (M1) mais d'autres cibles plus profondes comme le cortex somatosensoriel secondaire (S2) ou encore l'insula postérieure ont également fait l'objet de recherches. Selon la profondeur de la cible il existe deux grands types de sondes de stimulation : la sonde plane « classique » à double enroulement, dite Figure-8 coil, et la sonde convexe avec un angle de 120°. La distribution du champ-magnétique produit en rTMS selon la profondeur et selon la sonde employée a jusqu'ici été très peu étudiée.

Nous avons réalisé la mesure du champ magnétique des deux types de sondes, plane et convexe à l'aide d'un capteur de champ-magnétique 3D, dans l'air mais aussi dans un modèle humain ex-vivo (cadavre) afin d'obtenir des modèles de décroissance du champ-magnétique.

Nos résultats montrent qu'il existe bien une différence de décroissance du champ-magnétique entre les deux sondes que ce soit dans l'air ou dans le tissu crânio-cérébral du cadavre, avec un champ-magnétique 165% supérieur pour la sonde convexe au-delà de 3cm de profondeur. Nous n'avons pas mesuré de différence dans la décroissance du champ-magnétique, à distance équivalente, entre la cible M1 et la cible S2.

Les caractéristiques anatomiques de la cible à atteindre ne semblent pas jouer sur la décroissance du champ-magnétique pulsé. Toutefois, pour les cibles situées au-delà de 3cm de profondeur, il est préférable d'utiliser des sondes de stimulation convexes.

eP_53 - Vécu du confinement Covid-19 : une analyse phénoménologique menée auprès de 12 patients douloureux chroniques

V. Delêtre (1), V.Barfety-servignat (1), C.Taylor (1), T.Liegeard (1), A.Bioy (1)

(1)Université de paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint denis, France,

Avec le confinement, une inquiétude est née concernant la santé des patients douloureux chronique. De ce que l'on savait déjà en psychopathologie de la douleur [1], ces patients décrivent un vécu d'enfermement dans leurs corps et dans leurs douleurs que peut venir potentialiser la situation de confinement. La problématique explorée par notre recherche était donc d'interroger ce possible effet d'écho confinement de lieu / confinement douloureux.

Une méthodologie mixte a été mise en place (validation CPP et CNIL) :

L'approche quantitative a été descriptive de l'évolution de santé de cette population : un inventaire de qualité de vie (SF36), une échelle d'anxiété et dépression (HAD), et un questionnaire construit ad hoc (douleurs, traitements, indicateurs généraux en santé...). L'approche qualitative a consisté en un entretien clinique sur le vécu douloureux et le confinement (approche par Analyse Phénoménologique Interprétative - IPA) et l'épreuve projective du dessin de soi douloureux, développé par Marie-Claude Defontaine-Catteau. Du fait du confinement, les entretiens ont été réalisés par visioconférence fin avril 2020.

289 patients ont été inclus (273 F / 16 H ; moyenne d'âge 49 ans). L'état de santé des patients est détérioré par le confinement concernant à la fois les douleurs, l'anxiété, la dépression et les grand indicateurs de qualité de vie (détail présenté dans un autre poster SFETD 2020).

Concernant le vécu de confinement, 12 patientes ont été sélectionnés pour la partie qualitative de la recherche (en méthode IPA, ce nombre permet la saturation des données). L'analyse des entretiens a notamment fait émerger des thèmes autour d'une préoccupation anxieuse pour la douleur, le corps et la maladie Covid. Cette préoccupation a pour fonction est remplir un sentiment de vide au quotidien généré par le confinement, avec une reviviscence de la question du sens associé au vécu douloureux. Les entretiens montrent également une très forte et inquiétante érosion de l'identité et de l'aptitude au relationnel, réduisant les patients au statut d'animal pris au piège. Des lignes de dégagement de ces angoisses se dessine toutefois en lien avec la psychopathologie individuelle (analyse des dessins).

Les résultats de cette étude apportent une dimension inédite à la compréhension de l'impact du confinement Covid-19 avec le vécu de la douleur chronique et invitent à des prises en charge psychologiques plus spécifiques au contexte épidémique.

[1] Bioy A, Lignier B. (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur. Paris, Dunod.

[2] Lionet B. (2021, sous presse). L'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA). In : Bioy A, Castillo MC, Koenig M. Les méthodes de recherche qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Paris, Dunod.

eP_54 - Apport de « La Bulle » espace dédié aux personnels hospitaliers pendant la pandémie COVID-19.

A. Coutaux (1), P.Toutzevitch (2), J.Pascal (3), C.Gory (4), S.Younes (5), C.Arros (6), E.Gruel charpentier (7), N.Lahlou (8), V.Marini (9), C.Geffrier (1)0, E.Barbier (1)1, C.Cocuzza (6), S.Evelinger (6), S.Barre (5), C.Cornuault 12, M.D'ussel (1)

(1)Hôpital St Joseph 75014 Paris, SDC, Paris, France, (2)Hôpital Paris St Joseph, SDC, Psychologue, Paris, France, (3)Hôpital Paris St Joseph, SDC, IDE, Paris, France, (4)Hôpital Paris St Joseph, département d'anesthésie, anesthésiste, Paris, France, (5)Hôpital Paris St Joseph, service d'oncologie, psychologue, Paris, France, (6)Hôpital Paris St Joseph, kinésithérapeute, Paris, France, (7)Hôpital Paris St Joseph, département d'anesthésie, IADE, Paris, France, (8)Hôpital Paris St Joseph, addictologue, Paris, France, (9)Hôpital Paris St Joseph, service d'imagerie, radiologue, Paris, France, (10)Hôpital Paris St Joseph, SDC, Proctologue, Paris, France, (11)Hôpital Paris St Joseph, SDC, IDE hypnothérapeute, Paris, France 12kinésithérapeute bénévole, Paris, France

Contexte : Comme ce fut le cas lors du SARS Cov 1 [1], il est probable que la pandémie liée au COVID 19, avec sa propagation rapide et son taux de mortalité élevé entraîne chez les soignants l'apparition de douleurs, de troubles du sommeil ou de manifestations psychiatriques comme un syndrome dépressif, des troubles anxieux voire un état de stress post-traumatique ou un burn out, même à distance de la crise[2][3][4].

Description: La Bulle des personnels a ouvert ses portes le 27 mars 2020 avec pour objectif de prévenir ces risques en proposant des interventions ciblées et individualisées dans un lieu calme, favorisant la détente.

Ouverte en accès libre de 11h30 à 20h, tous les jours sauf les WE, elle est gérée par des professionnels de santé de la consultation douleur chronique appuyés par d'autres soignants de l'hôpital Saint Joseph, bénévoles.

La Bulle met à disposition des fauteuils automassants, des séances de relaxation musicale « Music Care » ou de sieste... et propose sur inscription préalable, des consultations de thérapie manuelle ou des séances de sophrologie et d'hypnose.

Lieu d'échanges, elle permet aux soignants de bénéficier d'un soutien informel par un psychologue ou un médecin de la douleur, qui peuvent repérer des signes de souffrance et les orienter vers des consultations spécialisées adaptées.

Les personnels ont rempli lors de leur venue un questionnaire anonyme permettant de recueillir : service, fonction, âge, sexe, existence de douleurs (EN), anxiété (EN), troubles du sommeil (EN).

Bilan après 5 semaines de fonctionnement

La Bulle a enregistré 904 passages (85 passages quotidiens en moyenne à partir de la 2ème semaine d'ouverture), 80 % de femmes d'âge moyen 35 ±11,27 ans.

Les symptômes les plus marqués étaient les troubles du sommeil (EN>3 : 44%), l'anxiété (EN >3 : 41%) puis les douleurs (EN > 3 : 28%).

De nombreux personnels ont pu « tester » des approches psychocorporelles et découvrir que ces approches pouvaient avoir du sens pour eux.

Perspectives: La fréquentation de La Bulle montre qu'elle répond à un vrai besoin pour le personnel de l'hôpital. Une majorité d'entre eux ont souhaité que cette offre puisse perdurer au-delà de la pandémie. Les données retrouvées dans cette enquête sont similaires à celle de la littérature. Nous apportons des données nouvelles concernant



l'existence de douleurs chez 28% des soignants.

Une suite est envisagée par le recrutement d'une psychologue et d'un kinésithérapeute pour une durée de 6 mois lors du retour à une situation plus normale de soins, comme suggéré par l'expérience du SARS COV-1 qui a montré la nécessité de faire durer dans le temps un accompagnement physique et psychologique [5].

[1] Sim K. Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore J Clin Psychiatry. 2004; 65(8):1120-7.

[2] N.W.S. Chew, G.K.H. Lee, B.Y.Tan et al., A multinational, multicenter study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak Brain, Behavior, and Immunity, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>

[3] W El-Hage, C Hingray, C Lemogne et al Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? Encéphale 2020

[4] .B. Y.Q. Tan, et al, Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore Ann Intern Med. 2020 Apr 6 : M20-1083.

[5] Jeffrey M Pyne, Heart Rate Variability and Cognitive Bias Feedback Interventions to Prevent Post-deployment PTSD: Results from a Randomized Controlled Trial, Mil Med. 2019 Jan-Feb; 184(1-2): e124–e132.

eP_55 - Impact du confinement Covid-19 sur l'interruption de protocoles thérapeutiques (rTMS et tdc, Qutenza et kétamine) pour les patients douloureux chroniques du CETD du CHU de Lyon

L. Garcia larrea (1), C.Gov (2), G.Demarquay (3), C.Legrand (3), M.Curtet (3), B.Marguin (1), S.Martin (1), C.Vaudey (1), D.Bachmann (1), P.Cagnin (1), J.Caillet (1), C.Castagnet (1), B.Paturel (1), S.Simonin (1), P.Mertens (1)

(1)Cetd, Bron cedex, France, (2)CETD. Hôpital neurologique, Bron cedex, France, (3)CETD, Bron, France

L'urgence sanitaire de la Covid 19 a nécessité l'adaptation des capacités de soins à l'intérieur des établissements de santé avec l'annulation des hospitalisations programmées. Très rapidement, les équipes gérant les patients atteints de maladies chroniques en général et douloureux chroniques en particulier ont compris la nécessité de ne pas «abandonner» ces patients. L'HAS a d'ailleurs sorti une publication dès avril 2020 à l'intention du grand public [1].

Afin d'évaluer l'impact du confinement et de l'arrêt des procédures thérapeutiques du CETD, un questionnaire téléphonique ou présentiel a été rempli par 60 patients ayant interrompu leur protocole de capsaïcine (n=26), kétamine (n=24) ou stimulation corticale non invasive (n=10).

85% des patients rapportaient un bénéfice antalgique significatif (>25%) de la procédure pré-confinement. Dans 89% la douleur s'était réinstallée avant ou après la date prévue de la séance suivante (empêchée par le confinement). La réapparition des douleurs était plus fréquente chez les patients ayant répondu positivement à la dernière séance thérapeutique (80% vs 20%, $p<0.05$). La reprise des douleurs était considérée comme «peut-être» ou «certainement» en lien avec l'interruption du protocole dans 53% de cas, sans aucune corrélation significative entre ce niveau de certitude et l'efficacité antalgique obtenue lors des séances pré-confinement. L'anxiété liée à la pandémie et au confinement contribuait «peut-être» ou «certainement» à la reprise des douleurs dans 28% des cas. Un tiers des patients seulement déclare avoir augmenté le traitement antalgique suite à l'interruption de leur protocole (11% sur prescription du médecin algologue). 38 des 60 patients ont été contactés par téléphone par un membre du CETD durant la période du confinement et 84% ont jugé utile ce contact.

85% des patients interrogés souhaitent poursuivre leur protocole thérapeutique après le confinement. L'efficacité des procédures interrompues peut être mise en lumière par la recrudescence des douleurs au cours du confinement (preuve «par abstinence») ainsi que par la volonté très majoritaire des patients à reconduire leur protocole aussi tôt que possible.

1. HAS. Faire face à une maladie chronique pendant le confinement. Avril 2020

eP_56 - RETOUR D'EXPERIENCE DE LA TELECONSULTATION EN STRUCTURE DOULEUR CHRONIQUE (SDC) AU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS.

K. Legrand (1), F.Mortreux (2), C.Berthe (3), J.Fauvel (4)

(1)CH ARRAS, Arras, France, (2)Centre Hospitalier d'Arras, Structure Douleur Chronique, Arras, France, (3)Centre Hospitalier d'Arras, Structure Douleur Chronique, Arras, France, (4)Centre Hospitalier d'Arras, Arras, France

Introduction: La crise sanitaire Covid-19 a nécessité que notre SDC s'adapte. Il convenait d'analyser le bénéfice/risque à maintenir ou suspendre la prise en charge en douleur pour chaque patient. L'ARS Hauts-De-France a mis à notre disposition l'outil de téléconsultation PREDICE. Les téléconsultations ont débuté le 30 mars 2020.

Matériel et Méthode : Le service informatique crée notre compte sur la plateforme PREDICE, installe les Webcams et nous forme pendant 20 minutes.

L'Infirmière Ressource Douleur évalue par téléphone le patient suivi à la SDC et identifie ses besoins. Si une consultation médicale est nécessaire, l'infirmière planifie le rendez-vous sur 30 minutes dans l'agenda de consultation de l'hôpital puis dans PREDICE, explique au patient comment se préparer à la téléconsultation sur smartphone, tablette ou ordinateur.

Les agents du bureau des entrées créent les dossiers de consultation comme à l'habitude. Nous recueillons les données du 30 mars 2020 au 10 mai 2020 inclus.

Résultats : Le médecin algologue a effectué 65 téléconsultations de suivis de patients chez une population d'un âge moyen de 47,5 ans, dont 72% de femmes. 21% des patients consultent pour fibromyalgie, 23% lombalgie, 18% douleurs neuropathiques, 11% TMS, 8% douleur cancéreuse, 3% douleurs abdomino-pelviennes, 5% céphalées. 51% des patients ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse; 28% de TENS., un patient a été accompagné en hypnose. La durée moyenne de la téléconsultation est 23 minutes. 20% des consultations ont rencontrées des difficultés de connexion. L'infirmière a effectué en plus 18 téléconsultations TENS.

Discussion : Nous avons proposé la téléconsultation aux patients déjà suivis à la SDC. L'outil est facile d'utilisation.

La limite médicale de la téléconsultation est l'examen clinique. Si la symptomatologie clinique était modifiée, nous reprogrammions le patient en consultation présentielle (15%).

En période de confinement, certains patients étaient isolés et ont exprimés l'importance de ce temps d'échange. La téléconsultation nous permet d'évaluer l'efficacité et la tolérance des thérapeutiques, adresser l'ordonnance de prescription, conseiller les patients dans leur exercice physique, identifier les besoins d'avis psychologue. Nous avons aussi orienté nos patients pour d'autres pathologies que la douleur chronique, et répondu à leurs interrogations concernant le Covid-19.

La limite matérielle de la téléconsultation est la qualité du réseau internet des deux parties.

Conclusion : La téléconsultation nécessite une coordination des différents acteurs : service informatique, bureau des entrées, secrétariat, équipe soignante, patient.

Les téléconsultations ont pu répondre à la prise en charge de la douleur de nos patients. Cette activité a permis aussi de libérer des plages de consultation présentielle lors du déconfinement afin de recevoir les nouveaux patients.

Masque ou écran, l'essentiel est de pouvoir détecter les signes de souffrance de nos patients.

[1].Article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

[2].Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine

[3].Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

[4].Fiche Mémo Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, HAS, avril 2018

[5].Guide pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, Guide de bonnes pratiques, Guide HAS, mai 2019

[6].Le point sur la téléconsultation, <http://www.conseil-national.medecin.fr>, jeudi 09 mai 2019

[7].PREDICE, ma santé Hauts-de-France, https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-07/Prédice-Support_de_com_A4-TB-20190618-R8%20%281%29.pdf, 2019

[8].PREDICE, Ma santé Hauts-de-France, Fiches mémos « Utilisation de la téléconsultation », « Préparation de la téléconsultation », 2020

eP_57 - Impact du confinement chez les patients douloureux chroniques suivis au CHPG

J. Amodeo (1), I.Cussac (2), L.Albertini (1), F.Berthier (1)

(1)CHPG, Monaco, Monaco, (2)CHPG algologie, Monaco, Monaco

TITRE : Impact du confinement chez les patients douloureux chroniques suivis en consultation d'algologie au CHPG (Monaco)

Introduction : Afin d'évaluer plus précisément l'impact du confinement du au COVID-19 chez les patients douloureux chroniques, nous avons mené une étude observationnelle en recherchant les facteurs pouvant modifier l'intensité de la douleur.

Objectif: Etudier l'impact du confinement du au Covid19 sur l'évolution de la douleur et les liens possibles entre la variation du vécu douloureux et les différents facteurs cliniques (humeur, activité physique, sommeil) et socio démographiques (situation familiale et professionnelle).

Matériel et Méthode: Une étude épidémiologique observationnelle descriptive et anonyme a été menée auprès de 158 patients suivis en consultation d'algologie du CHPG sur une période de 2 mois : du 01/06/2020 au 31/07/2020. Quinze patients n'ont pas répondu. La durée moyenne de la douleur était de 11.3 ans.

Les données ont été collectées au moyen d'auto-questionnaires remplis soit lors des consultations soit envoyés à domicile et recueillis par voie postale. L'échelle numérique a été utilisée pour l'évaluation de la douleur ; les comparaisons statistiques ont utilisé les tests de χ^2 , Mann-Whitney et Kruskal-Wallis.

Résultats : Dans une population majoritairement féminine (75%) et active (73% de 18-65 ans) on note une aggravation statistiquement significative ($p < 0.001$) du vécu douloureux. L'aggravation a été observée chez 40 %, amélioration chez 16 % alors que 44% de patients n'ont pas observé de modifications.

Les variations du vécu douloureux ont été associées de manière très significative ($p < 0.0001$) avec les variations de l'humeur, de l'anxiété et la qualité du sommeil, survenues durant le confinement.

La diminution de l'activité physique a également été significativement associée avec une aggravation de la douleur (EN +0.5 ; $p = 0.023$).

Un lien très significatif ($p = 0.0001$) est retrouvé entre l'augmentation de la consommation d'antalgiques et l'aggravation de la douleur (EN +1.46).

On observe que l'impact du confinement sur l'aggravation de la douleur varie en fonction du type de douleur telles que les fibromyalgies (EN +0.9 ; $p = 0.01$) et les rhumatismes (EN +0.9 ; $p = 0.04$).

Conclusion : Les données de cette étude ont montré l'impact négatif du confinement et une aggravation du vécu douloureux. Elles soulignent l'existence de liens forts entre les variations de la douleur et l'humeur, l'anxiété et la qualité du sommeil principalement, mais également avec l'activité physique.

Ces résultats confirment l'importance d'une prise en charge globale chez les patients douloureux chroniques.

eP_58 - Place et fonctionnement d'un CETD pendant la Crise du coronavirus Prise en charge et prévention des troubles musculo squelettiques (TMS) et de l'épuisement professionnel.

I. Negre (1), G.Oliveira (2)

(1)BICETRE- APHP, Le kremlin bicetre, France, (2)CETD-Bicêtre, Le kremlin bicêtre, France

I- Introduction

La crise du COVID a eu un impact considérable sur le fonctionnement des Structures Douleur. Lors des visites quotidiennes dans les services, nous avons constaté la souffrance des personnels et distingué plusieurs origines :

- double confinement (dans le service et à la maison),
- surcharge mentale (changements multiples de poste et de type de soins),
- surcharge morale (informations anxiogènes et contradictoires associées aux problèmes personnels),
- surcharge sensorielle (bruit, lumière, sueurs sous les masques et surblouses),
- surcharge et fatigue physique (heures supplémentaires, efforts lors des soins surtout en réanimation, risque de TMS ce d'autant que les AINS étaient interdits).

Par ailleurs, les soignants n'éprouvaient pas l'envie de parler, ne contactaient pas les psychologues.

Afin de soutenir le personnel, de limiter les TMS et l'épuisement, le CETD a mis son matériel à disposition et proposé des 'pauses détente' de 30 min à visée d'anxiolyse, de détente et d'analgésie. L'organisation a été adaptée pour pouvoir recevoir les équipes de nuit avec des plages horaires de 7h30- 21h.

Matériel utilisé

1. Accueil personnalisé de qualité avec Communication Positive, mise à disposition d'un espace d'expression informel mais néanmoins cadré
2. Matelas d'Ondes Profondes Dynamiques (ODP): permettant un massage sans contact myorelaxant, antalgique et relaxant, au centre de l'activité, associé aux autres soins selon la demande et la disponibilité du matériel
3. Aromathérapie de détente, d'apaisement et d'anxiolyse.
4. Séances de relaxation audio
5. Musique d'ambiance douce.
6. Musicothérapie
7. Réalité Virtuelle
8. Auriculothérapie ciblée sur anxiété, troubles du sommeil et prévention du burn out.
9. Chiropraxie pour les tensions et douleurs musculo squelettiques
10. Séances de Massages de 20 min par une masseuse professionnelle.

4- Résultats

1224 passages ont été enregistrés du 24/03 au 9/07.

	ODP	Chiropraxie	Auriculothérapie	Massage
Total	822	223	90	89



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Toutes les professions étaient représentées, 72% était constitué de : IDE (30%), aides-soignants (19%), médecins (11%), agents (9%),

Les motifs des demandes étaient : détente (364), 'tensions' musculaires diffuses (198), rachialgies (206), dont lombalgies (91), cervicalgies (29), dorsalgies (73), scapulalgies (15), torticolis (4) ou douleurs diffuses (13), souvent associés à des états de fatigue voire d'épuisement, d'anxiété, de stress et de troubles du sommeil. Au total, les douleurs représentaient 30% des plaintes voire 47% si on inclut les tensions musculaires.

Conclusion: Cette démarche a objectivé la forte prévalence de la douleur parmi le personnel soignant qui consulte rarement pour cette indication, et a permis d'améliorer son état de santé tant somatique que psychique et d'éviter des arrêts de travail. La prévention et le traitement des TMS du personnel hospitalier doit être renforcée et prioritaire.

eP_59 - Utilité d'un groupe d'hypnothérapie par visioconférence de patients douloureux chroniques durant le confinement Covid-19

A. Bioy (1)

(1) Université de Paris 8 / Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint denis, France

Le confinement imposé par la pandémie Covid-19 a mis à mal les suivis thérapeutiques. Il a fallu s'adapter à la situation, et aussi à des éléments cliniques nouveaux, comme l'angoisse de contamination par le coronavirus en lien avec le risque d'infection. Dans le cadre de notre consultation psychothérapeutique, nous avons laissé le choix aux patients de mettre provisoirement en suspens le suivi, d'avoir un rendez-vous téléphonique bimensuel, ou bien de poursuivre le suivi en visioconférence. Mais le ressenti d'isolement des patients, les angoisses de contamination accentuées par le statut de malade, rendaient compliquées certains suivis individuels. Par ailleurs, la détérioration de la santé (ressentis douloureux plus intenses, inquiétude d'obtention des médicaments, vécus de « parias »...) devenait compliquée à gérer chez les patients les plus en souffrance. Nous leur avons donc proposé de constituer un groupe de suivi par visioconférence. L'objectif du groupe était de recréer du lien social grâce à cet espace « virtuel », de « décroquer » la parole et de se retrouver entre « mêmes » puisque le groupe était dédié aux patients douloureux chroniques.

Méthodologie : il s'agissait d'un groupe hebdomadaire, deux heures en matinée. Le premier temps était consacré à une séance d'hypnose en groupe, puis à un partage de vécus. Le second temps était consacré à l'apprentissage d'un exercice d'autohypnose, à reproduire hebdomadairement jusqu'à la séance suivante. 7 patients douloureux chroniques (deux hommes et cinq femmes, âge moyen 42 ans), ont souhaité participer à ce groupe, qui s'est tenu durant 8 semaines (jusqu'au déconfinement).

Les objectifs étaient au nombre de 3 (en lien avec les besoins exprimés par les patients au cours des séances individuelles préalables) :

Poursuivre le travail thérapeutique en clinique de la douleur (corporel, identité douloureuse...)

Travailler l'adaptation des patients à la situation anxiogène (incertitude, peur de l'aggravation de la symptomatologie douloureuse...)

Travailler sur les angoisses spécifiques au covid (contamination, effondrement du corps déjà atteint...)

Nous avons évalué sur la durée les effets de la prise en charge psychologique groupale en hypnothérapie.

Toutes les semaines :

La qualité de vie (dont douleurs) : SF36

L'échelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie.

A la fin :

- Posttraumatic Growth Inventory (validation française)

Les résultats montrent un effet bénéfique du groupe particulièrement sur le développement des capacités pour un changement adaptatif, le bien-être subjectif, la gestion de l'incertitude et une baisse des angoisses en lien avec le risque d'aggravation des douleurs. Le niveau de satisfaction du groupe est élevé. Le détail des 8 séances et les indicateurs de succès seront indiqués sur le poster.

eP_60 - Confinement et patients douloureux chroniques : retentissement sur leur vie et leur douleur ?

J. Doridam (1), M.Monrosty (2), M.Cimber (3), V.Fauconnier (2), E.Collin (4)

(1)Hôpital, Bobigny, France, (2)Hôpital Avicenne/APHP/Douleur, Bobigny, France, (3)Hôpital Avicenne/APHP/ Douleur, Bobigny, France, (4)Hôpital Avicenne/APHP/ Consultation d'Etude et de Traitement de la Douleur, Bobigny, France

La consultation de la douleur de l'hôpital Avicenne a arrêté ses activités pour soutenir les équipes en charge des patients COVID du 16 mars au 31 mai. Seules ont été maintenues les consultations urgentes (cancer...).

A partir du 11 mai, inquiètes de l'état de nos patients, nous avons effectué des consultations téléphoniques pour les patient.es dont les consultations avaient été annulées durant cette période. L'entretien téléphonique (suivant un questionnaire que nous avons conçu) a permis, outre les données démographiques, d'apprécier le vécu du confinement, les activités mises en place pour y faire face, les éventuelles modifications du vécu quantitatif de leur douleur. Les patients ayant été infectés par le SARS-CoV2 ont été exclus.

40 patient.es ont répondu au questionnaire du 11 au 31 mai : 72 % de femmes ; âge moyen 56 [32-86 ans] ; 75 % en couple avec enfants (Pour 70 % d'entre eux). 62 % en appartement ; 35 % en pavillon ; 3 % en foyer. 30 % employé et 12 % cadre (dont 23 % en AT) ; 23 % femme au foyer ; 25 % retraité ; 5 % chômage ; 2 % étudiant. Caucasiens 47,5 % ; Afrique du nord 37,5 % ; DOMTOM 5 % ; Afrique subsaharienne 5 % ; Sri Lanka 2,5 % ; Autre 2,5 %. Douleur articulaire 32,5 % ; Rachialgies (lombalgie, cervicalgie ...) 60 % ; Douleur neuropathique 45 % ; Fibromyalgie 30 % ; Autre 10 %.

Les principaux résultats indiquent :

Un confinement (évalué par une EVS en 4 points) bien 42,5 % à très bien vécu 27,5 % (mal 22,5 % ; très mal 7,5 %).

La réalisation d'activités spécifiques par 57,5 % des patient.es : Activités manuelles 52 % ; Activité « sportive » 35 % ; Activités « cognitives » 48 %.

Une diminution de la douleur chez 50 % des patient.es (augmentée 27,5 % ; stable 22,5 %).

La diminution des douleurs est attribuée par les patient.es au renforcement des liens familiaux et sociaux pour 75 % ainsi qu'à la possibilité de prendre du temps pour soi (activités [45 %] ou simplement repos [50 %]), tout deux rendus possibles par le confinement.

A contrario, chez les patients qui ont eu plus mal, l'inactivité et l'isolement prédominent et le confinement a été mal ou très mal vécu (91 %).

Le vécu du confinement et de la douleur n'est pas corrélé au type de douleur, l'origine ethnique, le sexe, le type d'habitation, la situation professionnelle ou familiale.

Finalement nos craintes étaient pour une grande part infondées

eP_61 - Vécu du confinement Covid-19 et douleurs : une étude de cas

C. Taylor (1), V.Barfety-servignat (2), T.Liegeard (1), C.Delètre (1), A.Bioy (3)

(1)Université de paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint-denis, France, (2)CHRU de Lille et Université de Paris 8, Lille, France, (3)Université de Paris 8 / Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint denis, France

Avec le confinement, une inquiétude est née concernant la santé des patients douloureux chronique. De ce que l'on savait déjà en psychopathologie de la douleur, la situation de confinement pouvait réactiver des vécus de stigmatisation, d'isolement, de souffrances morales, psychologiques et physiques [1]. La problématique générale explorée par notre recherche était d'explorer l'impact psychologique du confinement en lien avec la crise covid-19 chez ces patients. La méthodologie a été mixte (validation CPP et CNIL), comprenant :

une partie quantitative (qualité de vie, anxiété, dépression, évolution des douleurs et traitements, stress, fatigue, sommeil...) avec 289 patients inclus (analyse des résultats dans un autre poster SFETD 2020)

une partie qualitative : un entretien clinique sur le vécu douloureux et la confinement (Analyse Phénoménologique Interprétative) et l'épreuve projective du dessin de soi douloureux, développé par Marie-Claude Defontaine-Catteau, avec 12 patientes incluses (analyse des résultats dans un autre poster SFETD 2020)

Nous présentons ici la situation d'une patiente choisie pour son vécu singulier de la douleur et de l'enfermement. La méthode est celle de l'étude de cas avec un référentiel psychanalytique [2].

Cristale est une femme de 64 ans, atteinte depuis plus de 10 ans de fibromyalgie, diabète, hypertension, et syndrome de fatigue chronique. Durant le confinement, elle vit dans la peur de la contamination par le Covid-19, développant tous les symptômes d'un trouble hypocondriaque. Elle se considère comme déjà confinée depuis des années en raison de ses pathologies, et se reconnaît comme enfermée par la douleur, ne sortant plus que pour son suivi médical. Mais c'est justement cet enfermement chronique qui l'empêche de souffrir de la privation de liberté propre au confinement, malgré une majoration de ses douleurs durant cette période. L'interprétation croisée du discours de Cristale et de son dessin nous montre qu'elle se représente la douleur comme une carapace, marquant les limites dedans-dehors face à l'effraction chronique de la douleur, mais que la plainte douloureuse représente aussi un mode privilégié d'entrée en relation avec autrui à travers la demande médicale.

Cette étude de cas illustre bien les psychopathologie complexes en clinique de la douleur confrontée au confinement Covid-19, et la façon dont les patients mettent en place des modalités d'ajustement qui sont à entendre et connaître dans le cadre de nos accompagnements thérapeutiques.

[1] Bioy A, Lignier B. (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur. Paris, Dunod.

[2] Barfety-Servignat V. (2021, sous presse). L'étude de cas. In : Bioy A, Castillo MC, Koenig M. Les méthodes de recherche qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Paris, Dunod.

eP_62 - Impact de la crise sanitaire liée au COVID 19 sur les pratiques psychologiques en structure douleur: Enquête exploratoire à la Consultation Douleur de Saint Nazaire et au CETD du CHU de Nantes

E. Mosser (1), J.Nizard (2), S.Abad (2), B.Maillard (2), J.Mielcarek (3), P.Garnier (4)

(1) Consultation douleur du Centre Hospitalier de Saint Nazaire, Saint-nazaire, France, (2) SDISMI-CETD du CHU de Nantes, Nantes, France, (3) Consultation Douleur du Centre Hospitalier de Saint Nazaire, Saint nazaire, France, (4) CITI, Rezé, France

Le contexte de l'épidémie de Coronavirus, de mars 2020 à nos jours, a amené à adapter grand nombre des pratiques en santé afin de maintenir et d'ajuster au mieux nos activités de soins.

L'objectif de cette étude était d'observer de quelles manières les modifications des pratiques psychologiques en structures spécialisées douleur chronique, lors du confinement en contexte de crise sanitaire, puis du déconfinement, ont impacté la relation et l'interaction avec le patient, qui constituent le support même de la thérapie psychologique.

Cela a été en particulier l'occasion d'étudier : le vécu et l'adaptation des psychologues dans la traversée de cette période de crise, le développement d'entretiens psychologiques par téléphone [1,2,3] ou d'autres moyens de communication [4,5], adaptations nécessaires des cadres thérapeutiques et de la posture du psychologue, les ajustements de processus attentionnels en consultation, la place du corps en consultation dans l'interaction avec les patients douloureux chroniques [5,6,7], ces derniers ayant précisément une relation au corps altérée, et pour lesquels la dimension de restauration relationnelle est cruciale dans la prise en soin, les ajustements de processus attentionnels en consultation, la place du corps en consultation dans l'interaction avec les patients douloureux chroniques [5,6,7], ayant précisément une relation au corps altérée, et chez qui la dimension de restauration relationnelle est cruciale dans la prise en soin.

Il s'agit d'une enquête exploratoire auprès de trois psychologues travaillant à la consultation douleur de Saint Nazaire et au CETD du CHU de Nantes. Le recueil de données s'est déroulé lors de deux entretiens individuels guidés de façon ouverte par une grille d'entretien semi-dirigé :

- le premier pendant la période de confinement
- le second après la reprise d'une pratique en présentielle.

Les verbatims ont été analysées par thématiques en identifiant, codant, puis regroupant au fil des lectures, des catégories thématiques.[8]

L'enjeu est d'appréhender de quelles manières les pratiques psychologiques en structures douleurs chroniques pourront être amenées à se modifier à l'avenir, en préservant notamment les éléments essentiels d'une relation thérapeutique fructueuse.

Nous envisageons d'approfondir cette enquête exploratoire avec une approche qualitative plus poussée, auprès d'un plus grand nombre de psychologues d'autres structures douleur.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

1. Psychologue sur une ligne d'écoute, une rencontre « décorporéisée » Samuel Comblez Le Journal des psychologues 2009
2. La clinique du bout du fil. Aurélie Capobianco, Julie Gonzalez - Presse universitaire de France 2012
3. L'entretien clinique au téléphone. Brigitte Cadéac, Didier Lauru Le Carnet PSY 2007
4. Telehealth for Patients with Chronic Pain: Exploring a Successful and an Unsuccessful Outcome Lafontaine & co Journal of Technology in Human Services 2018
5. L'entretien clinique à distance. Lise Haddouk - Edition Eres novembre 2016
6. L'alliance thérapeutique . Dr Charly Cungi - Edition Retz septembre 2006
7. Telepresence experienced in videoconference varies according to emotions involved in videoconference sessions Stéphane Bouchard & co - Stud Health Technol Inform . 2011
8. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. Bernard Fallery, Florence Rodhain XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS, 2007, Montréal, Canada.

eP_63- COVID-19, retour d'expérience : la douleur paraît masquée

J. Doridam (1), M.Monrosty (2), M.Luu (2), E.Collin (3), J.Sigaux (4), G.Bousquet (5)

(1)Hôpital Avicenne/APHP/Service de neurologie, Bobigny, France, (2)Hôpital Avicenne/APHP/Consultation de la Douleur, Bobigny, France, (3)Hôpital Avicenne/APHP/ Consultation d'Etude et de Traitement de la Douleur, Bobigny, France, (4)Hôpital Avicenne/APHP/Rhumatologie, Bobigny, France, (5)Hôpital Avicenne/APHP/Oncologie, Bobigny, France

L'hôpital Avicenne (APHP) était le centre hospitalier référent COVID-19 pour le 93 et l'ensemble des services se sont mobilisés pour recevoir les patients. La consultation de la douleur, en absence d'équipe mobile de soins palliatifs, a aidé à la prise en charge symptomatique des patients, au lien avec les familles et participé aux décisions collégiales et au soutien des équipes.

L'équipe pluridisciplinaire renforcée par une neurologue et un médecin de soins palliatifs retraité a assurée la continuité des soins 7 jours /7 et 24 h/24 (présentiel et astreintes téléphoniques). L'équipe passait quotidiennement dans tous les services accueillant des patients COVID, (hormis les réanimations).

Nous présentons une partie de notre activité durant cette crise sanitaire en reprenant de façon rétrospective les données concernant 70 patients (dont 54 décédés) entre le 30 mars et le 8 mai 2020.

Nous rapportons les données démographiques, le motif de sollicitation de l'équipe, la durée de prise en charge, la présence de douleur et autres symptômes, les traitements instaurés.

Chez les patients « stabilisés » : âge moyen 82 ans [70-96], 70% de femmes, durée moyenne d'hospitalisation 12 jours [1-32] et de prise en charge par l'équipe 6 jours. Chez ces patients, l'équipe a été sollicitée principalement (90%) pour décision éthique sur la conduite à tenir notamment sur le transfert en réanimation et l'adaptation thérapeutique. Les patients étaient peu symptomatiques : douleur induite par l'infection COVID (18%), dyspnée (18%), pas de troubles cognitifs.

Concernant les patients décédés : âge moyen 81 ans (59 – 100), 56% d'hommes ; durée moyenne d'hospitalisation 9 jours (1-36 j) ; durée de prise en charge par l'équipe 5 jours. Nous avons été sollicités pour dyspnée (40 %) dont détresse respiratoire (15%), inconfort (26 %), douleur (28 %), éthique (26 %), agitation et confusion (14 %), adaptation thérapeutique (8 %). La douleur présente chez 52 % des patients lors de notre évaluation participait à l'agitation et/ou à l'inconfort chez 46 % des patients bien que la douleur n'avait pas été reconnue par les équipes. L'évaluation de la douleur chez des patients polypnéiques, agités est difficile et nous avons hésité chez 10 % d'entre eux. Les douleurs thoraciques (29 %) et abdominales (25 %) étaient les plus fréquentes (douleurs diffuses 15%).

Les traitements instaurés, essentiellement opioïdes forts et midazolam par voie intraveineuse (dose moyenne, respectivement 1,69 mg équivalent morphine/h (0,4-10) et 0,79 mg/h (0,2-3)) à doses notablement faibles, ont permis un bon confort des patients. Le recours aux procédures pour anticiper les détresses respiratoires a été exceptionnel. La douleur n'était pas au premier plan mais pouvait participer à l'inconfort des patients.

eP_64 - Evolution de l'intensité douloureuse chez une population de patients douloureux chronique pendant le confinement Covid 19.

C. Rimlinger (1), F. Brunet (1), M. Piette (1), M. Jehl (3)

(1)HPMetz - CETDC, Metz, France

INTRODUCTION: La douleur chronique est une entité complexe induisant une susceptibilité accrue à l'interruption des habitudes en lien avec un stress chronique et un trouble fréquent de l'adaptation. [1, 2]

Il a déjà été démontré que le stress émotionnel induit par des événements de type catastrophe naturelle est à l'origine de modifications neurochimiques générant une augmentation des événements douloureux aigus et chroniques [3, 4]

Nous cherchons à analyser les modifications de perception douloureuse chez des patients douloureux chronique pendant la période de confinement en lien avec la pandémie de Covid 19.

OBJECTIFS

- Evaluer la modification de l'intensité douloureuse chez des patients douloureux chronique, confinés pendant la pandémie du Covid 19.
- Rechercher les causes principales potentielles de ces modifications.
- Evaluer l'impact de la durée du confinement.

MATERIELS ET METHODES: Etablissement d'un questionnaire préalable

Etude Prospective

- Patients douloureux chronique suivis au CETDC des Hôpitaux Privés de Metz
- Appel téléphonique pour le recueil de données
- 1er appel début avril 2020 après 3 semaines de confinement
- 2ème appel fin avril 2020 après 6 semaines de confinement

Etude qualitative et quantitative

Résultats : 49 patients ont été inclus dans l'étude, comprenant 14 hommes et 35 femmes, avec un âge moyen de 52,4 ans.

Lors du premier entretien téléphonique, 14 patients ne notaient pas de modification de leur intensité douloureuse, tandis que 35 patients rapportaient un changement. Parmi eux, 26 patients voyaient leur intensité douloureuse augmenter, tandis que 9 patients la voyaient se réduire. Lors du second appel, 16 patients rapportaient une absence de modification de leur douleur. 33 patients notaient un changement de leur intensité douloureuse, avec une augmentation pour 27 patients et une réduction chez 6 autres patients.

Les trois motifs principaux de l'augmentation de l'intensité douloureuse étaient la crainte d'être infecté par le Coronavirus, l'interruption du suivi médical et celle des activités habituelles. Les trois motifs principaux de la réduction de l'intensité douloureuse étaient le repos favorisé par le confinement, la reprise secondaire d'activité professionnelle et celle du suivi médical.

Discussion: Cette étude confirme le caractère amplifiant de l'anxiété et de l'humeur globale chez le patient douloureux chronique. Elle met en évidence l'intérêt de renforcer ses ressources psychologiques et celui de développer des solutions de recours pour



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

assurer la continuité des soins en cas d'évènement inattendu entravant le suivi médical du patient douloureux chronique.

- [1]. Radat F. Stress et Douleur. *Annales Médico-Psychologiques* 172 (2014) 108–110.
- [2]. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106:127–33.
- [3]. Guetti C, Angeletti C, Papola R et coll. Headache prevalence in the population of L'Aquila (Italy) after the 2009 earthquake. *J Headache Pain* (2011) 12:245–250.
- [4]. Raphaël KG, Natelson BH, Janal MN et coll. A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. *Pain* 2002;100:131–9.

eP_65 - REFLEXIONS AUTOUR DE LA TELECONSULTATION EN DOULEUR CHRONIQUE PELVIENNE DURANT LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19 EXPERIENCE DU MEDIPOLE LYON VILLEURBANNE

C. Baude (1), M.Barmaki (2), M.Freydier (2), P.Arcagni (2)

(1)consultation douleur medipole lyon villeurbanne, Villeurbanne, France, (2)Medipole LYON VILLEURBANNE, Villeurbanne, France

INTRODUCTION: La téléconsultation n'a jamais été la règle en consultation de douleur pelvienne chronique . Les patients suivaient un parcours classique avec consultation initiale réglée et des consultations de suivi (1). La crise sanitaire du COVID-19 a bouleversée ce parcours médical avec un arrêt total des consultations .Les sociétés savantes et les autorités ministérielles ont incités au développement de la téléconsultation et cela a été fait dans notre structure . Nous rapportons notre expérience sur les points positifs les limites et le ressenti des patients suivis en téléconsultation durant la crise sanitaire en se posant la question de son avenir .

MATERIEL ET METHODES: Du 18 Mars au 28 Mai 2020 193 patients dont 113 femmes en grande majorité victimes de douleur pelvienne chronique ont eu une téléconsultation téléphonique sans visio. Ils étaient tous suivi dans la structure et avaient une consultation prévue .Quelques nouveaux patients prévus ont été appelés à la demande de leur médecin traitant .Nous avons notés toutes les actions et décisions prises ainsi que le ressenti des patients durant cette période difficile .

RESULTATS : Les principales actions menées lors de ces téléconsultations ont été les suivantes :

- Nouvel interrogatoire (critères diagnostiques, efficacité thérapeutique)
- Nouvelle explication de la douleur pelvienne chronique
- Ajustement des posologies des traitements en cours
- Modifications thérapeutiques (ajout ou remplacement de molécules neuropathiques.....)
- Prescription de TENS avec envoi postal ou électronique de documents explicatifs
- Explication d'exercices d'auto étirements avec envoi de documents pour traiter le syndrome myofascial
- Proposition d'outils connectés de gestion du stress

2 patients ont eu recours au service d'urgence (remplissage de pompe intrathécale et infection . Globalement les patients ont été satisfaits , ne se sentant plus isolés mais l'anxiété a été grandissante au fil des semaines du confinement avec demande de consultation « physique » après déconfinement .

DISCUSSION ET CONCLUSION: La crise sanitaire du COVID-19 avec l'arrêt des activités programmées a permis dans notre expérience de voir les avantages et les limites de la téléconsultation à savoir les divers actions possibles (traitement , critères d'évaluation ..) permettant une « bonne consultation douleur » avec une grande satisfaction des patients mais des limites avec l'impossibilité de faire un examen clinique . Son avenir pourrait éventuellement s'inscrire en alternance avec des consultations physiques .

BIBLIOGRAPHIE

(1) Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. Etat des lieux, HAS. Avril 2009.www.has-sante.fr.

Résumés sélectionnés en E-poster Commenté

ePC_01 - Prévalence, caractéristiques, facteurs de risques, retentissement psychologique et qualité de vie des patients présentant des douleurs fantômes post amputation oculaire.

A. Martel (1), D.Fontaine (2), O.Galatoire (3), F.Almairac (4), S.Baillif (1), M.Hamedani (5), M.Lanterminet (6)

(1)Hopital Pasteur 2 / CHU de Nice / Ophtalmologie, Nice, France, (2)Hopital Pasteur 2 / CHU de Nice / Neurochirurgie, Nice, France, (3)Fondation Rothschild / Oculoplastique, Paris, France, (4)Hopital Pasteur 2 / CHU de Nice / neurochirurgie, Nice, France, (5)Hopital Ophtalmique Jules Gonin / Oculoplastique, Lausanne, Switzerland, (6)Hopital Cimiez / CHU de NICE / Centre anti douleur, Nice, France

Introduction : Le syndrome de l'oeil fantôme (SOF) est une complication des amputations oculaires largement sous estimée. Le SOF comprend: les douleurs fantômes, les visions fantômes et les sensations fantômes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence, les caractéristiques, les facteurs de risque, les conséquences psychologiques et la qualité de vie des patients présentant des douleurs fantômes post amputation oculaire.

Patients et méthode: une étude prospective, multicentrique, internationale a été conduite dans 3 services d'ophtalmologie entre Avril 2016 et Juillet 2017. Les patients majeurs opérés il y a plus de 3 mois d'une amputation oculaire ont été inclus après avoir réalisé au préalable un examen de la cavité anophtalme. Un questionnaire pré timbré était ensuite remis aux patients. Ce dernier étudiant les caractéristiques des patients, ainsi que les données pré opératoires, per opératoires et post opératoires.

Résultats: Parmi les 185 questionnaires remis, 115 (62%) ont été renvoyés pour analyse. Cent patients (53 hommes; 47 femmes) d'une moyenne d'âge 65,1 ans (29-92, DS =13,0) ont été inclus. Les indications d'amputation oculaire étaient le mélanome uvéal (n=24, 24%), les traumatismes (n=20, 20%), les décollements de rétine (n=20, 20%), les glaucomes (n=14, 14%) et les endophtalmies (n=12, 12%). Quarante sept (47%), 30 (30%) et 38 (38%) patients présentaient des douleurs, visions et sensations fantômes respectivement. Vingt six (55%), 23 (49%) et 17 (36%) des patients ayant des douleurs fantômes décrivaient des sensations de tiraillement, démangeaisons et brulures respectivement. Dix huit (38%) patients présentaient des douleurs neuropathiques selon le questionnaire DN4. Trente quatre (34%) et 42 (42%) patients présentaient une anxiété (score HAD ≥ 8) et une dépression (score HAD ≥ 8) respectivement. Le score moyen EQ-5D-3L était de 0,8 (0,06-1)(DS=0,2). L'échelle moyenne EQ-5D VAS était de 68 points (0-100)(DS=22). La douleur pré opératoire (p=0,031), le glaucome (p= 0,027), l'anxiété post opératoire (p=0,012), la gêne esthétique (p=0,002) et le score EQ-5D-3L $< 0,8$ (p=0,0001) étaient statistiquement des facteurs de risque de douleur fantôme selon l'analyse univariée. En multivarié, seule l'anxiété était un facteur de risque de douleur fantôme (p=0,009).

Conclusion: les douleurs fantômes post amputation oculaire sont fréquentes et fortement corrélées à l'anxiété post opératoire.



- [1] J. M. Ahn, S. Y. Lee, et J. S. Yoon, « Health-related quality of life and emotional status of anophthalmic patients in Korea », *Am. J. Ophthalmol.*, vol. 149, no 6, p. 1005-1011.e1, juin 2010, doi: 10.1016/j.ajo.2009.12.036.
- [2] O. Sagiv et al., « Ocular preservation with neoadjuvant vismodegib in patients with locally advanced periocular basal cell carcinoma », *Br. J. Ophthalmol.*, juill. 2018, doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312277.
- [3] O. Sagiv et al., « Immunotherapy With Programmed Cell Death 1 Inhibitors for 5 Patients With Conjunctival Melanoma », *JAMA Ophthalmol.*, vol. 136, no 11, p. 1236-1241, nov. 2018, doi: 10.1001/jamaophthalmol.2018.3488.
- [4] P. L. Custer et K. M. Trinkaus, « Porous implant exposure: Incidence, management, and morbidity », *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 23, no 1, p. 1-7, févr. 2007, doi: 10.1097/01.iop.0000249432.18688.ee.
- [5] S.-K. Jung, W.-K. Cho, J.-S. Paik, et S.-W. Yang, « Long-term surgical outcomes of porous polyethylene orbital implants: a review of 314 cases », *Br. J. Ophthalmol.*, vol. 96, no 4, p. 494-498, avr. 2012, doi: 10.1136/bjophthalmol-2011-300132.
- [6] C. R. Leone, « Correction of superior sulcus defects after enucleation », *Adv. Ophthalmic. Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 8, p. 209-213, 1990.
- [7] M. L. R. Rasmussen, J. U. Prause, et P. B. Toft, « Phantom pain after eye amputation », *Acta Ophthalmol. (Copenh.)*, vol. 89, no 1, p. 10-16, févr. 2011, doi: 10.1111/j.1755-3768.2010.02058.x.
- [8] A. M. Andreotti et al., « Phantom eye syndrome: a review of the literature », *ScientificWorldJournal*, vol. 2014, p. 686493, 2014, doi: 10.1155/2014/686493.
- [9] M. Nicolodi, R. Frezzotti, A. Diadori, A. Nuti, et F. Sicuteri, « Phantom eye: features and prevalence. The predisposing role of headache », *Cephalalgia Int. J. Headache*, vol. 17, no 4, p. 501-504, juin 1997.
- [10] L. Hope-Stone, S. L. Brown, H. Heimann, B. Damato, et P. Salmon, « Phantom Eye Syndrome: Patient Experiences after Enucleation for Uveal Melanoma », *Ophthalmology*, vol. 122, no 8, p. 1585-1590, août 2015, doi: 10.1016/j.ophtha.2015.04.005.
- [11] P. Sörös, O. Vo, I.-W. Husstedt, S. Evers, et H. Gerding, « Phantom eye syndrome: Its prevalence, phenomenology, and putative mechanisms », *Neurology*, vol. 60, no 9, p. 1542-1543, mai 2003.
- [12] A. S. Zigmond et R. P. Snaith, « The hospital anxiety and depression scale », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 67, no 6, p. 361-370, juin 1983.
- [13] C. Bocéréan et E. Dupret, « A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees », *BMC Psychiatry*, vol. 14, p. 354, déc. 2014, doi: 10.1186/s12888-014-0354-0.
- [14] T. V. Perneger, C. Combescure, et D. S. Courvoisier, « General population reference values for the French version of the EuroQol EQ-5D health utility instrument », *Value Health J. Int. Soc. Pharmacoeconomics Outcomes Res.*, vol. 13, no 5, p. 631-635, août 2010, doi: 10.1111/j.1524-4733.2010.00727.x.
- [15] A. F. Macedo et al., « Visual and health outcomes, measured with the activity inventory and the EQ-5D, in visual impairment », *Acta Ophthalmol. (Copenh.)*, mars 2017, doi: 10.1111/aos.13430.
- [16] Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group et al., « Randomized comparison of systemic anti-inflammatory therapy versus fluocinolone acetonide implant for intermediate, posterior, and panuveitis: the multicenter uveitis steroid treatment trial », *Ophthalmology*, vol. 118, no 10, p. 1916-1926, oct. 2011, doi: 10.1016/j.ophtha.2011.07.027.
- [17] O. Pujol Carreras et al., « Quality of life in glaucoma patients and normal subjects related to the severity of damage in each eye », *Arch. Soc. Espanola Oftalmol.*, juin 2017, doi: 10.1016/j.oftal.2016.10.005.
- [18] D. Bouhassira et al., « Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) », *Pain*, vol. 114, no 1-2, p. 29-36, mars 2005, doi: 10.1016/j.pain.2004.12.010.
- [19] D. Bouhassira, M. Lantéri-Minet, N. Attal, B. Laurent, et C. Touboul, « Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population », *Pain*, vol. 136, no 3, p. 380-387, juin 2008, doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013.
- [20] H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda, R. Cohen, et D. Gallacher, « Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment », *Eur. J. Pain Lond. Engl.*, vol. 10, no 4, p. 287-333, mai 2006, doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- [21] S. R. Weeks, V. C. Anderson-Barnes, et J. W. Tsao, « Phantom limb pain: theories and therapies », *The Neurologist*, vol. 16, no 5, p. 277-286, sept. 2010, doi: 10.1097/NRL.0b013e3181edf128.
- [22] R. N. Jamison, K. O. Anderson, et M. A. Slater, « Weather changes and pain: perceived influence of local climate on pain complaint in chronic pain patients », *Pain*, vol. 61, no 2, p. 309-315, mai 1995.
- [23] H. Flor, « Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment », *Lancet Neurol.*, vol. 1, no 3, p. 182-189, juill. 2002.
- [24] L. Chahine et G. Kanazi, « Phantom limb syndrome: a review », *Middle East J. Anaesthesiol.*, vol. 19, no 2, p. 345-355, juin 2007.

- [25] T. S. Jensen, B. Krebs, J. Nielsen, et P. Rasmussen, « Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain », *Pain*, vol. 21, no 3, p. 267-278, mars 1985.
- [26] J. Katz et R. Melzack, « Pain “memories” in phantom limbs: review and clinical observations », *Pain*, vol. 43, no 3, p. 319-336, déc. 1990.
- [27] K. M. Welch, G. D’Andrea, N. Tepley, G. Barkley, et N. M. Ramadan, « The concept of migraine as a state of central neuronal hyperexcitability », *Neurol. Clin.*, vol. 8, no 4, p. 817-828, nov. 1990.
- [28] J. Ye et al., « Vision-Related Quality of Life and Appearance Concerns Are Associated with Anxiety and Depression after Eye Enucleation: A Cross-Sectional Study », *PLoS One*, vol. 10, no 8, p. e0136460, 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0136460.
- [29] J. Wang, H. Zhang, W. Chen, et G. Li, « The psychosocial benefits of secondary hydroxyapatite orbital implant insertion and prosthesis wearing for patients with anophthalmia », *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 28, no 5, p. 324-327, oct. 2012, doi: 10.1097/IOP.0b013e31825238c9.
- [30] K. A. Raichle, T. L. Osborne, M. P. Jensen, D. M. Ehde, D. G. Smith, et L. R. Robinson, « Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation », *Clin. J. Pain*, vol. 31, no 8, p. 699-706, août 2015, doi: 10.1097/AJP.000000000000150.
- [31] H. Kazemi, S. Ghassemi, S. M. Fereshtehnejad, A. Amini, P. H. Kolivand, et T. Doroudi, « Anxiety and depression in patients with amputated limbs suffering from phantom pain: a comparative study with non-phantom chronic pain », *Int. J. Prev. Med.*, vol. 4, no 2, p. 218-225, févr. 2013.
- [32] E. Calenda, M. Benzerroug, A. Retout, et O. Genevois, « Duration of pain after a combination of peribulbar anesthesia and local anesthetic in the ball after enucleation or evisceration: 115 cases », *J. Clin. Anesth.*, vol. 22, no 6, p. 485-486, sept. 2010, doi: 10.1016/j.jclinane.2009.12.008.
- [33] E. M. McElnea, A. Ryan, et T. Fulcher, « Porous orbital implant exposure: the influence of surgical technique », *Orbit Amst. Neth.*, vol. 33, no 2, p. 104-108, avr. 2014, doi: 10.3109/01676830.2013.851706.
- [34] J. Tosh, J. Brazier, P. Evans, et L. Longworth, « A review of generic preference-based measures of health-related quality of life in visual disorders », *Value Health J. Int. Soc. Pharmacoeconomics Outcomes Res.*, vol. 15, no 1, p. 118-127, janv. 2012, doi: 10.1016/j.jval.2011.08.002.
- [35] A. G. Malkin, J. E. Goldstein, M. S. Perlmutter, R. W. Massof, et Low Vision Research Network Study Group, « Responsiveness of the EQ-5D to the effects of low vision rehabilitation », *Optom. Vis. Sci. Off. Publ. Am. Acad. Optom.*, vol. 90, no 8, p. 799-805, août 2013, doi: 10.1097/OPX.0000000000000005.
- [36] V. S. Ramachandran, M. Stewart, et D. C. Rogers-Ramachandran, « Perceptual correlates of massive cortical reorganization », *Neuroreport*, vol. 3, no 7, p. 583-586, juill. 1992.
- [37] M. Lotze, H. Flor, W. Grodd, W. Larbig, et N. Birbaumer, « Phantom movements and pain. An fMRI study in upper limb amputees », *Brain J. Neurol.*, vol. 124, no Pt 11, p. 2268-2277, nov. 2001.
- [38] R. Melzack, « Phantom limbs and the concept of a neuromatrix », *Trends Neurosci.*, vol. 13, no 3, p. 88-92, mars 1990.
- [39] E. Bohman, M. L. Roed Rasmussen, et E. D. Kopp, « Pain and discomfort in the anophthalmic socket », *Curr. Opin. Ophthalmol.*, vol. 25, no 5, p. 455-460, sept. 2014, doi: 10.1097/ICU.0000000000000069.
- [40] P. N. Shams, E. Bohman, M. S. Baker, A. C. Maltry, E. D. Kopp, et R. C. Allen, « Chronic anophthalmic socket pain treated by implant removal and dermis fat graft », *Br. J. Ophthalmol.*, vol. 99, no 12, p. 1692-1696, déc. 2015, doi: 10.1136/bjophthalmol-2014-306585.
- [41] A. C. Rokohl et al., « Concerns of anophthalmic patients—a comparison between cryolite glass and polymethyl methacrylate prosthetic eye wearers », *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. Albrecht Von Graefes Arch. Klin. Exp. Ophthalmol.*, vol. 256, no 6, p. 1203-1208, juin 2018, doi: 10.1007/s00417-018-3942-8.
- [42] K. Pine, B. Sloan, J. Stewart, et R. J. Jacobs, « A survey of prosthetic eye wearers to investigate mucoid discharge », *Clin. Ophthalmol. Auckl. NZ*, vol. 6, p. 707-713, 2012, doi: 10.2147/OPTH.S31126.
- [43] K. R. Pine, B. Sloan, et R. J. Jacobs, « Deposit buildup on prosthetic eyes and implications for conjunctival inflammation and mucoid discharge », *Clin. Ophthalmol. Auckl. NZ*, vol. 6, p. 1755-1762, 2012, doi: 10.2147/OPTH.S37250.
- [44] A. Toribio, T. Marrodán, I. Fernández-Natal, H. Martínez-Blanco, L. Rodríguez-Aparicio, et M. Á. Ferrero, « Study of conjunctival flora in anophthalmic patients: influence on the comfort of the socket », *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. Albrecht Von Graefes Arch. Klin. Exp. Ophthalmol.*, juin 2017, doi: 10.1007/s00417-017-3708-8.
- [45] M. B. Kashkouli et al., « Tear Film, Lacrimal Drainage System, and Eyelid Findings in Subjects With Anophthalmic Socket Discharge », *Am. J. Ophthalmol.*, vol. 165, p. 33-38, mai 2016, doi: 10.1016/j.ajo.2016.02.016.
- [46] M. D. Abràmoff, L. P. Ramos, G. H. Jansen, et M. P. Mourits, « Patients with persistent pain after



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

enucleation studied by MRI dynamic color mapping and histopathology », Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., vol. 42, no 10, p. 2188-2192, sept. 2001.

ePC_02 - Qualité de vie (QdV) et Douleur Chronique (DC) après mastectomie totale sous anesthésie générale plus bloc interpectoral (PECS)

N. Leroux (1), A.Ahmeidi (1), V.Garcia (1), J.Wallet (2), M.Le deley (2), H.Jeazet tiotsia (3), F.Ben oune (4)

(1)Centre Oscar Lambret, Département d'Anesthésie, Réanimation, Algologie, Lille, France, (2)Centre Oscar Lambret, Département Méthodologie et Biostatistiques, Lille, France, (3)Centre Oscar Lambret, Département de méthodologie et biostatistiques, Lille, France, (4)Centre Oscar Lambret, Département promotion, Lille, France

D'après l'étude EDONIS [1], le taux de DC est de 30% après MT sous AG seule. Cependant, les répercussions sur la QdV n'ont pas été étudiée. De plus, la technique anesthésique a évolué combinant AG et anesthésie locorrégionale type PECS afin de limiter la douleur postopératoire et probablement la DC.

Méthode : L'objectif principal est d'évaluer la DC à 6 mois (M6) après MT sous AG plus PECS, par une étude prospective non randomisée. La QdV était également évaluée.

Les critères d'inclusions sont :

- Patientes majeures atteintes d'un cancer du sein unilatéral,
- Relevant d'une chirurgie première par MT.

Les critères d'exclusions sont :

- Reconstruction autre que par prothèse (lambeaux, DIEP),
- Chirurgie mammaire antérieure avec douleur résiduelle,
- Femmes enceintes, sous tutelles ou allaitantes.

Lors de la consultation d'anesthésie, les questionnaires de QdV sont remis aux patientes. La DC est évaluée à M6 par l'END et le score DN4 lors de la consultation d'algologie. La QdV est évaluée par 3 questionnaires : le QLQ-C30 (évaluant l'état global de santé des patients, cinq fonctions dont l'état physique et neuf symptômes comme la fatigue), le QLQ-BR23 (évaluant 4 échelles fonctionnelles dont l'activité sexuelle et 4 échelles symptomatiques) et HAD (évaluant l'état d'anxiété et de dépression). Les analyses sont réalisées avec le logiciel Stata®.

Résultats : 188 patientes sont incluses, d'âge moyen 54.6 ± 14 ans, d'IMC 25.7 ± 6 kg.m⁻² avec un score ASA médian de 2. 10% souffraient d'une douleur au site opératoire, 18% sont sous anxiolytiques/antidépresseurs, 36% sont anxieuses et 54% présentent un score de Kalkman \geq à 4.

25% ont eu une chimiothérapie néoadjuvante, 46% un curage axillaire, et 9 % ont bénéficié d'une pose de prothèse.

A M6, 38% déclarent une DC dont 65% avec END > 3 (douleur invalidante). 12% des DC sont neuropathiques.

L'état global de santé des patientes passe d'un score moyen de 74 ± 18 à l'inclusion à 67 ± 19 à M6. L'image corporelle diminue passant d'un score moyen à l'inclusion de 78 ± 26 à 62 ± 27 . les perspectives augmentent passant d'un score moyen de 45 ± 30 à 48 ± 33 . L'activité et le plaisir sexuel restent inchangé (75 ± 26 puis 76 ± 26 , et 42 ± 33 puis 43 ± 32 , respectivement). Le score moyen d'anxiété reste à 8 à M6 et le score moyen de dépression augmente de 1 valant 4.6.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Conclusion: Bien qu'il existe une incidence importante de DC après MT, avec une altération significative de la QdV et de l'image corporelle, celle-ci ne semble pas être aggravée par une dépression associée. L'anxiété ne se majore pas après l'intervention et il ne semble pas y avoir d'impact sur la sexualité.

[1] Schoeffler P, Dualé C, Ouchchane L, Dubray C. the EDONIS group – Epidemiologic study of postsurgical neuropathic pain. 7th Congress of the European Federation of IASP® Chapters, Hamburg (2011)

ePC_03 - Trajectoires prédictives de douleur sur un an de suivi après diagnostic de cancer du sein

M. Voute (1), V. Morel (1), D. Joly (2), C. Villatte (2), E. Martin (3), X. Durando (2), B. Pereira (4), G. Pickering (5)

(1) Centre de Pharmacologie Clinique et Centre d'Investigation Clinique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France, (2) Centre Jean Perrin, Clermont-ferrand, France, (3) Centre de Pharmacologie Clinique et Centre d'Investigation Clinique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France, (4) Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France, (5) Centre de Pharmacologie Clinique et Centre de d'Investigation Clinique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-ferrand, France

INTRODUCTION: Après le diagnostic d'un cancer du sein, les patients requièrent une prise en charge médicale spécifique comprenant une ou plusieurs interventions thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie) pouvant générer des douleurs et des déficiences tant cognitives qu'émotionnelles associées à une baisse de la qualité de vie. L'impact de la vulnérabilité psychosociale initiale sur la survenue et/ou la persistance de douleurs dans l'année suivant le diagnostic d'un cancer du sein n'a été que peu étudié. Cette étude prospective vise ainsi à identifier les trajectoires de douleur sur cette période et à proposer un score de vulnérabilité psychosociale comme indicateur prédictif d'appartenance à un profil douloureux.

MÉTHODES: Cette étude observationnelle prospective a été conduite parmi des patientes diagnostiquées pour un premier cancer du sein et dont le suivi sur un an a été divisé en plusieurs visites (visite de diagnostic ou baseline, visite à 6 mois, visite à 12 mois). De nombreux questionnaires ont été utilisés pour recueillir des informations sur la douleur, les fonctions cognitivo-émotionnelles, la qualité de vie, le sommeil et la vulnérabilité sociale. Des modèles mixtes semi-paramétriques ont été utilisés pour identifier des trajectoires distinctes de douleur. La vulnérabilité psychosociale en baseline a été caractérisée par une méthode de calcul des z-scores obtenus par normalisation de l'ensemble des paramètres. Ainsi, plus le z-score était élevé plus la patiente était considérée comme vulnérable. Ces résultats ont été exprimés en taille d'effet (moyenne[SEM] z-score) avec un intervalle de confiance à 95% et interprétés en fonction des recommandations de Cohen.

RÉSULTATS : Sur les 120 femmes pré-screenées pour lesquelles un cancer du sein avait été diagnostiqué, 89 ont été incluses (âge, 59.3[10.7] années). Deux trajectoires de douleur ont été identifiées : patientes avec une douleur "Transitoire" (T) (39/89) et "Persistante" (P) (50/89). Une différence significative de l'intensité de la douleur au cours du temps a été observée entre les trajectoires (P vs. T à 6 mois : 2.23 [0.23] vs. 0.27 [0.09], $P < 0.001$). La vulnérabilité psychosociale a montré une taille d'effet considérée comme "large" (-0.82; 95% CI, -1.25 to -0.38; $P < 0.001$) et un score plus élevé retrouvé dans la trajectoire de douleur "Persistante" (P vs. T : 0.12 [0.36] vs. -0.14 [0.26], $P < 0.001$).

CONCLUSIONS: Les patientes avec un cancer du sein et leurs traitements associés peuvent suivre différentes trajectoires de douleur. Un profil de patient mieux défini dès le diagnostic à l'aide d'un score prédictif de développement de douleur pourrait permettre une meilleure prise en charge sur le long terme de ces patients vulnérables



ePC_04 - Glossodynie secondaire à un processus expansif intracrânien : une entité à ne pas méconnaître.

C. Gibeili (1), A. Pointin (2), C. Juan (2), A. Sulukdjian (2), A. Chanlon (2), N. Moreau (2)

(1) Hôpital Henri MONDOR (AP-HP) - Service de Médecine Bucco-Dentaire, Creteil, France, (2) Hôpital BRETONNEAU (AP-HP) - Service de Médecine Bucco-Dentaire, Paris, France

Introduction : Les glossodynies définissent des douleurs chroniques linguales à type de brûlures (ou plus rarement de décharges électriques), sans lésion muqueuse objectivable à l'examen clinique, affectant principalement les femmes pendant la période péri-ménopausique. Bien que fréquemment associées à des comorbidités anxio-dépressives, elles sont aujourd'hui considérées comme d'authentiques douleurs neuropathiques et non plus – de façon erronée – comme des douleurs psychogènes « sine materia » [1]. A ce titre, il est important de ne pas méconnaître une origine secondaire -potentiellement grave- à cette neuropathie, comme un processus expansif intracrânien.

Cas clinique : Il est rapporté le cas d'une patiente de 86 ans, adressée à la consultation douleurs chroniques oro-faciales pour diagnostic et prise en charge d'une « glossodynie » inexplicée depuis 8 mois. Celle-ci rapportait l'apparition de brûlures hémilinguales et labio-mentonnières droites continue d'apparition progressive et d'aggravation croissante, sans facteur déclenchant notable ou soin bucco-dentaire récent. L'examen clinique était sans particularité hormis une légère hypoacousie droite et une hyposialie modérée. Un traitement par prégabaline topique (bains de bouche) apportait une amélioration significative (80%) de la douleur de la patiente. Une IRM cérébrale a été réalisée, objectivant un processus expansif au niveau de l'angle ponto-cérébelleux droit en hyposignal T1 et hypersignal T2 envahissant le tronc cérébral.

Après avis neurochirurgical, il a été émis l'hypothèse d'une tumeur bénigne à type de schwannome, méningiome voire une tumeur épidermoïde, pour laquelle il n'a pas été retenu d'indication opératoire compte-tenu des risques opératoires, de l'âge de la patiente et de la faible symptomatologie résiduelle sous traitement. Une surveillance régulière a été instaurée pour contrôler l'évolution du processus tumoral.

Discussion : Les différentes tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux peuvent engendrer une symptomatologie oro-faciale, souvent méconnue tant des médecins algologues que des chirurgiens-dentistes. Celle-ci est secondaire à la compression du nerf trijumeau à sa sortie du tronc cérébral (ainsi que de la compression des voies trigéminales métencéphaliques) [2].

Le diagnostic étiologique précoce de telles douleurs oro-faciales est essentiel du fait de la gravité potentielle de ses tumeurs (mêmes dans les formes bénignes). Sur le plan sémiologique, ces tumeurs peuvent donner un tableau de névralgie trigéminal ou mimer des douleurs dentaires [3], voire une « glossodynie » comme dans le cas présent, qui ne doit pas être méconnue du spécialiste de la douleur.

[1]. Jääskeläinen SK, Woda A. Burning Mouth Syndrome. Cephalalgia 2017;37(7):627-647.

[2]. Sarrazin JL, Hélie O, Cordoliani YS. Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux chez l'adulte. J Radiol. 2000;81:675-690.

[3]. Noma N, et al. Painful trigeminal neuropathy attributed to a space-occupying lesion presenting as a toothache: a report of 4 cases. J Endod. 2017;43(7):1201-1206.



ePC_05 - Les effets d'un programme de réduction de stress basé sur la méditation de pleine conscience (MBSR) sur la dramatisation de la douleur et la peur de la récurrence en contexte oncologique: vers une approche transdiagnostique

M. Barrault-couchouren (1), M.Karimov-zwienenberg (2)

(1)Institut Bergonié, Groupe de Recherche en Sciences Humaines et Sociales et soins oncologiques de support, Bordeaux ; Université de Bordeaux, Laboratoire de psychologie, Bordeaux, France, (2)Institut Bergonié, Groupe de Recherche en Sciences Humaines et Sociales et soins oncologiques de support, Bordeaux, France

Introduction: La confrontation au diagnostic et traitement du cancer a un impact important tant sur le plan physique que psychologique. Le programme de réduction de stress basé sur la méditation de pleine conscience (MBSR) est actuellement considéré comme une des interventions non-pharmacologiques intégratives les plus évaluées et efficaces en contexte oncologique. Néanmoins, peu d'études ont exploré ses effets sur l'adaptation psychologique spécifique aux symptômes du cancer (e.g. douleur, récurrence). L'objectif de l'étude présente était d'évaluer l'intérêt du programme MBSR sur la détresse psychologique secondaire aux symptômes de cancer, y compris la dramatisation de la douleur et la peur de la récurrence.

Méthode: Une étude mono-centrique pilote a été réalisée au sein d'un centre régional de lutte contre le cancer. Trois programmes de MBSR ont été organisés de janvier à décembre 2019. Les critères d'inclusion étaient les patients en cours de traitement oncologique. La dramatisation de la douleur (PCS-CF; French et al., 2005), la peur de la récurrence (les dimensions « sévérité » et « détresse » de l'IPRC; Simard & Savard, 2009) et la pleine conscience (FFMQ; Heeren et al., 2011) ont été évaluées avant et après l'intervention.

Résultats: Au total, 30 personnes ont été incluses dans cette étude. Les résultats ont démontré de fortes corrélations positives et significatives entre les dimensions « sévérité » et « détresse » de l'IPRC et les dimensions du PCS-CF, telles que la rumination ($r_{sév} = .66, p < .001$; $rdét = .57, p < .001$), l'amplification ($r_{sév} = .62, p < .001$; $rdét = .72, p < .001$), et l'impuissance ($r_{sév} = .64, p < .001$; $rdét = .69, p < .001$). A l'issue de l'intervention, les analyses intra-individuelles à l'aide du Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1992) ont démontré un changement clinique positif significatif pour près de la moitié de l'échantillon (43%) concernant le score total du PCS-CF par rapport à 23% pour la « détresse », 10% pour « la sévérité » de l'IPRC et 53% pour le score total du FFMQ.

Conclusion: Cette étude montre qu'une augmentation des aptitudes de pleine conscience (e.g., conscience et acceptation expérientielle) est associée à une meilleure gestion de la douleur et du vécu lié au risque de récurrence. Cette étude souligne l'intérêt du programme MBSR sur les mécanismes communs d'adaptation à l'incertitude liée au pronostic et au vécu de la douleur. Ces résultats méritent d'être approfondi par de futures recherches concernant d'autres séquelles récurrentes et chroniques du cancer telle que la fatigue, les troubles cognitifs, les troubles sexuels, et la dépression.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

Catastrophizing Scale». *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(3), 181.

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, 17(3), 241

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1992). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research.

ePC_06 - Prévalence de la douleur chronique chez les patients dépendants aux opioïdes à partir de la méthode de capture-recapture : étude sur les données nationales de l'Assurance Maladie

J. Delorme (1), C.Bertin (1), N.Delage (1), A.Eschalier (2), D.Ardid (2), N.Authier (2), C.Chenaf (1)

(1)a Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, F(6)3001, Clermont-Ferrand, France b Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) / French monitoring centre for analgesic drugs, Université Clermont Auvergne - CHU Clermont-Ferrand, F(6)3001 Clermont-Ferrand, France., Clermont-ferrand, France, (2)a Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) b Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA), Institut Analgesia c Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, Inserm, Neuro-Dol, Service de Pharmacologie médicale, Centres Addictovigilance et Pharmacovigilance, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur, Institut Analgesia, Clermont-ferrand, France

Introduction : Actuellement, il existe peu d'étude permettant d'estimer la prévalence de la douleur chronique (DC) chez les patients dépendants aux opioïdes. Toutes ont été effectuées sur de petits échantillons et sont basées sur des études de terrain avec leurs limites inhérentes [1-9]. La méthode de capture-recapture est de plus en plus utilisée en épidémiologie pour fournir des estimations de prévalence de maladies chroniques, mais elle n'a jamais été utilisée dans le contexte de la DC chez les patients dépendants aux opioïdes. Cette étude vise donc à estimer la prévalence de la DC dans cette population de patient en utilisant la méthode de capture-recapture à partir des données nationales de l'Assurance Maladie

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale utilisant la méthode de capture-recapture. Toutes les données ont été extraites à partir de trois bases de données exhaustives médico-administratives françaises qui ont été croisées : la base de données des médicaments sur ordonnance (liste A), la base de données nationale des hospitalisation (liste M) et la base de données des centres anti-douleur (liste C). En 2015-2016, 160 429 patients, hommes ou femmes ≥ 15 ans, traités par méthadone ou buprénorphine ont été identifiées (patients TSO) et appariées (âge et sexe) dans un ratio 1:1 avec 160 429 patients non dépendants (non-TSO). Tous les patients traités avec des médicaments antalgiques sur une durée d'au moins 6 mois (liste A) ou diagnostiqués avec une DC (liste M et C) ont été inclus. Des analyses de capture-recapture ont été effectuées pour fournir des estimations de la DC avec leurs intervalles de confiance à 95% [IC 95%], en utilisant des modélisations log-linéaires.

Résultats : Au total, 12765 patients TSO et 2938 non-TSO avec une DC ont été inclus. La plupart des patients étaient des hommes (67%), l'âge médian des patients TSO et des patients non-TSO était respectivement de 46 (38-51) et 48 (41-53) ans. La prévalence de la DC chez les patients TSO et non-TSO allait de 23,6% [IC à 95% : 14,9-46,2] à 32,1% [28,6-36,3] et de 7,29% [3,98-18,4] à 9,32% [7,42-12,1], respectivement. La prévalence de la DC chez les patients TSO traités par méthadone et par buprénorphine variaient de 17,0% [10,4-39,9] à 23,7% [20,5-28,0] et de 32,0% [15,4-100] à 39,8% [33,5-47,9], respectivement.

Conclusion: Cette première étude basée sur les données exhaustives de l'Assurance maladie Française, utilisant la méthode de capture-recapture, a montré une prévalence de la DC trois à quatre fois plus élevée chez les patients TSO comparativement à la population générale appariée.

1. Barry DT, Savant JD, Beitel M, Cutter CJ, Moore BA, Schottenfeld RS, et al. Pain and associated substance use among opioid dependent individuals seeking office-based treatment with buprenorphine-naloxone: a needs assessment study. *Am J Addict.* juin 2013;22(3):212-7.
2. Barry DT, Beitel M, Joshi D, Schottenfeld RS. Pain and substance-related pain-reduction behaviors among opioid dependent individuals seeking methadone maintenance treatment. *Am J Addict.* avr 2009;18(2):117-21.
3. Dunn KE, Brooner RK, Clark MR. Severity and interference of chronic pain in methadone-maintained outpatients. *Pain Med.* sept 2014;15(9):1540-8.
4. Glenn MC, Sohler NL, Starrels JL, Maradiaga J, Jost JJ, Arnsten JH, et al. Characteristics of methadone maintenance treatment patients prescribed opioid analgesics. *Subst Abus.* 2016;37(3):387-91.
5. Jamison RN, Kauffman J, Katz NP. Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain. *Journal of Pain and Symptom Management.* janv 2000;19(1):53-62.
6. Peles E, Schreiber S, Gordon J, Adelson M. Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain. *Pain.* févr 2005;113(3):340-6.
7. Rosenblum A, Joseph H, Fong C, Kipnis S, Cleland C, Portenoy RK. Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *JAMA.* 14 mai 2003;289(18):2370-8.
8. Stein MD, Herman DS, Bailey GL, Straus J, Anderson BJ, Uebelacker LA, et al. Chronic pain and depression among primary care patients treated with buprenorphine. *J Gen Intern Med.* juill 2015;30(7):935-41.
9. Tsui JI, Lira MC, Cheng DM, Winter MR, Alford DP, Liebschutz JM, et al. Chronic pain, craving, and illicit opioid use among patients receiving opioid agonist therapy. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2016;166:26-31.

ePC_07 - Fréquence des admissions aux urgences associées à la prise d'opioïde : étude aux urgences adultes et gériatriques d'un hôpital universitaire Suisse

K. Ing lorenzini (1), P.Mirouse van de leur (2), L.Wainstein (3), H.Spechbach (4), F.Sarasin (5), M.Ramlawi (6), V.Trombert (7), D.Zekry (7), G.Gold (8), V.Piguet (3), J.Desmeules (3)

(1)Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (2)Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Suisse, Genève, Switzerland, (3)Service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (4)Service de Médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (5)Service des Urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (6)Service des Urgences, Hôpital de la Tour, Meyrin, Switzerland, (7)Service de Médecine interne de l'âge, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (8)Service de gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland

Introduction: Depuis deux décennies, les Etats-Unis sont confrontés à une augmentation de l'usage des opioïdes [1], et de la morbi-mortalité associée [2]. La Suisse est également confrontée à cette augmentation de consommation [3, 4], mais aucune étude épidémiologique sur les risques associés n'est disponible, hormis une étude rétrospective montrant un risque accru de réadmission à l'hôpital (odds ratio 1.3) [5]. L'objectif de notre étude était d'évaluer la fréquence et les causes d'admissions aux urgences d'un hôpital universitaire suisse.

Méthodes: Etude observationnelle rétrospective conduite aux urgences adultes et gériatriques des Hôpitaux Universitaires de Genève durant 9 semaines (mai et septembre 2018, semaine de canicule d'août). Nous avons revu les dossiers médicaux des patients se présentant aux urgences afin de rechercher l'usage d'opioïde sur prescription (OP) à domicile. Nous avons évalué le lien entre admission aux urgences et OP à l'aide de l'échelle d'imputabilité de l'OMS. Nous avons inclus les effets indésirables médicamenteux (EIM), surdosage, abus/mésusage et inefficacité.

Résultats : Aux urgences adultes, 13209 dossiers ont été revus (52.9% d'hommes, âge moyen 50.0 [min-max: 18-105]). Huit pourcents (n=1065) des patients étaient sous OP, principalement pour des douleurs chroniques non cancéreuses (44.4%) et aiguës (28.2%). Chez un tiers des patients (n=313), l'admission aux urgences était au moins possiblement en lien avec l'OP. Une douleur insuffisamment soulagée était le principal motif (n=204), suivie par les EIM (n=65). Un surdosage et un abus, mésusage ont été suspectés chez respectivement 17 et 19 patients. Aux urgences gériatriques, 517 dossiers ont été revus (37.9% d'hommes, âge moyen 85.3 [min-max: 66-100]), dont 20.5% étaient sous PO (n=106), principalement pour les douleurs chroniques non cancéreuses (58.6%) et aiguës (17.1%). Un lien entre OP et admission aux urgences a été suspecté chez un tiers des patients (n=37). Contrairement aux urgences adultes, les patients gériatriques étaient plus fréquemment sujets à des EIM (n=24). Aucun cas de surdosage et abus, mésusage n'a été observé. Dans les deux services d'urgences, les EIM les plus fréquents étaient chute, vertiges, état confusionnel, troubles gastro-intestinaux (constipation, nausées/vomissements).

Conclusion : Dans notre étude, la fréquence d'utilisation des OP était doublée chez les patients d'âge gériatrique. Les EIM étaient aussi plus fréquents. Chez les patients âgés, le rapport bénéfice/risque à utiliser des opioïdes de façon chronique doit être régulièrement réévalué.



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

1. van Amsterdam, J. and W. van den Brink, The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe? *Curr Drug Abuse Rev*, 2015. 8(1): p. 3-14.
2. Rudd, R.A., et al., Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths - United States, 2000-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2016. 64(50-51): p. 1378-82.
3. Ruchat, D., et al., [Opioid consumption from 1985 to 2015 : The situation in Switzerland, with an international comparison]. *Rev Med Suisse*, 2018. 14(612): p. 1262-1266.
4. Wertli, M.M., et al., Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims. *BMC Health Serv Res*, 2017. 17(1): p. 167.
5. Blanc, A.L., et al., Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients. *PLoS One*, 2019. 14(7): p. e0219348.

ePC_08 - Dronabinol: bilan de quatre années de prescription au CETD des Hospices Civils de Lyon

C. Gov (1), J.Caillet (1)

(1)hospices civils de Lyon, Bron, France

L'efficacité antalgique des cannabinoïdes dans la littérature reste contradictoire [1, 2] et la pression sociétale importante [3]. L'indication la plus raisonnable semble être les douleurs neuropathiques [2]. Le dronabinol, 100% de Tetrahydrocannabinol (THC) synthétique, est utilisé en Autorisation Temporaire d'Utilisation nominative (ATUn) en France depuis plus de quinze ans dans les douleurs neuropathiques (DN) rebelles.

Notre étude s'intéresse aux patients du CETD ayant obtenu l'ATUn du dronabinol du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2019. Les données sont extraites des dossiers patients et d'un tableau de suivi des prescriptions.

62 patients ont eu l'ATUn : 12 en 2016, 13 en 2017, 16 en 2018 et 21 en 2019. 4 refus d'ATU nous ont été notifiées (1 en 2016, 1 en 2017 et 2 en 2018). 2 patients sont décédés. Le sexe ratio est de 32 hommes et 30 femmes avec un âge moyen de 54 ans [25-77ans]. L'origine des DN est périphérique dans 10/62 cas et centrale dans 52/62 cas. La posologie moyenne au-delà de 12 mois de traitement est de 4 capsules molles de 2,5mg [1-9 capsules]. 40% des patients arrêtent le traitement dans les 3 premiers mois par inefficacité (11/24) ou mauvaise tolérance (13/24). 10/60 patients ont arrêté le dronabinol au-delà de 6 mois [7 mois- 3 ans] dont 60% pour inefficacité. En mai 2020, 23/60 patients prennent le dronabinol : 9/23 depuis 6 à 12 mois et 14/23 depuis 1 à 5 ans.

La sclérose en plaque et autres myélopathies représentent 50% des ATUn. Cette proportion est comparable à l'étude des prescriptions nationales du dronabinol sur 14 ans [4]. La situation géographique du CETD au sein de l'hôpital Neurologique explique aussi ce résultat. Les doses quotidiennes prescrites au-delà de 12 mois sont stables dans le temps. Le produit semble moins addictif et/ou entraîne une moindre tolérance pharmacologique que les opiacés. Ce que l'on a pu constater lors du sevrage imposé par l'arrêt de délivrance du médicament en France entre mars et mai 2020. On peut évoquer la question de l'échappement thérapeutique en lien avec l'arrêt de traitement entre 7 mois et 3 ans. Nous ne connaissons pas le nombre de patients qui feront partie de cette catégorie parmi les 9/23 qui ont débuté leur traitement fin 2019.

Le dronabinol a sa place chez les patients douloureux neuropathiques chroniques en impasse thérapeutique. L'expérimentation nationale des cannabinoïdes dans le domaine thérapeutique qui va débuter dans la deuxième partie de l'année 2020 avec différents ratios de Cannabidiol et THC pourrait le confirmer.

[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 medicines and medical cannabis for chronic pain management. Eur J Pain. 2018; 22:1547-1564

[3] Fitzcharles, Einsenberg. Medical cannabis: a forward vision for the clinician. Eur J Pain (2018) 485-491

[4] Lejcsak, Rousselot, Di Patrizio, Debouverie. Dronabinol use in france between 2004 and 2017. Revue neurologique 175 (2019) 298-304

ePC_09 - Quelle prise en charge antalgique proposer aux patients sous Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO) (buprénorphine ou méthadone) ?

K. Morese (1), K.Muller (2), F.Capriz (3), M.Lanteri-minet (4), G.Fulconis (5), J.Eberhardt (6), F.Cherikh (7), F.Lemoel (8), R.Collomp (9)

(1)CHU de Nice, hôpital Archet, Département Soins de Support et Soins Palliatifs, Nice, France, (2)CHU Nice, pharmacie, Nice, France, (3)CHU Nice, SSR Gériatrique, Nice, France, (4)CHU de Nice, Département d'évaluation et traitement de la douleur, Nice, France, (5)CHU de Nice, DETD, Nice, France, (6)CH Sainte Marie, Nice, France, (7)CHU de Nice, Addictologie, Nice, France, (8)CHU de Nice, département hospitalo universitaire de médecine d'urgence, Nice, France, (9)CHU de Nice, hôpital Archet, Nice, France

Contexte : La prévalence de la douleur chez les patients sous TSO est plus élevée que celle de la population générale [5,12]. Les spécificités pharmacologiques des TSO et les particularités cliniques de ces patients nécessitent des stratégies antalgiques spécifiques.

Objectif : Élaborer pour notre établissement des protocoles antalgiques consensuels chez les patients substitués.

Matériels et méthode : Un groupe de travail pluridisciplinaire composé de pharmaciens, algologues, neurologue, addictologues, psychiatre, urgentiste et infirmiers, a été constitué au sein de notre CLUD. Dans un premier temps, une revue de la littérature a été effectuée. Dans un second temps, des recommandations et arbres décisionnels de prise en charge de la douleur ont été élaborés.

Résultats : 3 arbres décisionnels ont été établis selon l'intensité de la douleur, le type de douleur [8] et les caractéristiques pharmacologiques du TSO [4,11]. L'approche globale biopsychosociale est essentielle chez ces patients [5,12]. Une analgésie multimodale [1] sera privilégiée, associant des molécules antalgiques ayant des sites d'action différents, diverses techniques (ALR) et des traitements non médicamenteux. L'épargne morphinique ainsi obtenue a un intérêt chez ces patients ayant une tolérance marquée aux opioïdes et une hyperalgésie acquise [3,10]. De plus les opioïdes forts sont habituellement contre indiqués chez les patients sous buprénorphine [4,11]. Les opioïdes de palier 2 seront toujours déconseillés du fait de leur faible affinité pour les récepteurs mu les rendant moins efficaces [7,13].

Le premier arbre décisionnel concerne les douleurs d'intensité légère à modérée. Que ce soient la buprénorphine ou méthadone, elles devront être maintenues sans modification, associées à une analgésie multimodale adaptée [2,7,13].

Deux autres arbres décisionnels concernent les douleurs d'intensité modérée à sévère. 1/ patient sous méthadone: a/maintien de la méthadone à la posologie usuelle dans le cadre du TSO et titration morphinique avec une forme LI ou LP [13,14]. b/ fractionnement de la dose quotidienne de méthadone en 2 ou 3 prises avec une augmentation progressive selon un schéma de titration consensuel jusqu'à obtention d'un équilibre antalgique [9]. 2/ patient sous buprénorphine : arrêt de la buprénorphine avant instauration d'un opioïde fort. a/ pour un épisode douloureux non prévisible: dès l'apparition des premiers signes de sevrage, titration morphinique [6,13,14]. b/ Pour un épisode douloureux prévisible ou douleur chronique : remplacement de la buprénorphine par de la méthadone en coordination avec l'addictologue [2,7,13]. Par la suite, l'arrêt progressif des traitements morphiniques et la gestion du TSO sont réalisés en collaboration avec l'addictologue.

Conclusion: La prise en charge de la douleur chez ces patients toxicomanes est complexe. Elle doit être pluridisciplinaire et guidée pour une prise en charge optimale quelle que soit l'unité de soins.

- [1] Chauvin M. L'analgésie multimodale. In « Les essentiels ». 47e congrès d'anesthésie et de réanimation. 2005. Elsevier SAS, Paris. pp 295-308.
- [2] Courty P. La douleur somatique chez la personne sous TSO : idées reçues, idées fausses, solutions pratiques. 2ème colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes; 2010 ; Paris, France.
- [3] Hay JL, White JM, Bochner F, Somogyi AA, Semple TJ, Rounsefell B. Hyperalgesia in Opioid-Managed Chronic Pain and Opioid-Dependent Patients. *The Journal of Pain*. mars 2009;10(3):316-22.
- [4] Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiacés par buprénorphine haut dosage. ANSM - Octobre 2011
- [5] Jamison RN, Kauffman J, Katz NP (2000) Characteristics of methadone maintenance patients with chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 19:53-62
- [6] Jaouen Y. Les difficultés à la prise en charge du patient toxicomane aux urgences, SFMU, urgences 2015 [05/11/2018] ;
https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/fs_auteurs.htm
- [7] Manguzzi E., Wainstein L. Desmeules J., et Broers B. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitutions aux opioïdes. *Rev Med Suisse* 2018 ;14: 1280-5.
- [8] Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Chronic neuropathic pain: Diagnosis, evaluation and treatment in outpatient services. Guideline for clinical practice of the French Society for the Study and Treatment of Pain.
- [9] Poulain P, Berleur M-P, Lefki S, Lefebvre D, Chvetzoff G, Serra E, et al. Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUIMETH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain). *J Pain Symptom Manage*. nov 2016;52(5):626-636.e1.
- [10] Reznikov I, Pud D, Eisenberg E. Oral opioid administration and hyperalgesia in patients with cancer or chronic nonmalignant pain. *Br J Clin Pharmacol*. sept 2005;60(3):311-8.
- [11] Richard N. Buprénorphine haut dosage (BHD) et méthadone : indications thérapeutiques, conditions de prescription et de délivrance (CPD) en France et en Europe et principales recommandations depuis 2004. ANSM, Journée d'échange partenarial de la commission des stupéfiants et psychotropes sur les traitements de substitution des pharmacodépendances majeures aux opioïdes en France (TSO), 2018 ; Saint Denis, France.
- [12] Rosenblum A. et al. Prevalence and characteristics of chronic pain among chemically dependent patients in methadone maintenance and residential treatment facilities. *Jama*. Mai 2003;289 (18) :2370-2378.
- [13] Victorri-Vigneau C et al - Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés - Acute pain management in patients with maintenance treatments *Douleur analgésie* 2012
- [14] Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, 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 Med Urgence*. janv 2011;1(1):57-71.

ePC_10 - Premier Protocole National de Coopération Douleur « Initiation et ajustement de thérapeutiques antalgiques, de traitements symptomatiques et d'examen complémentaires par l'infirmier ressource douleur en lieu et place du médecin référent douleur »

I. Negre (1), G.Oliveira (2)

(1)BICETRE- APHP, Le kremlin bicetre, France, (2)CETD Bicêtre, Le kremlin bicêtre, France

Introduction : Les protocoles de coopération (PC) entre professionnels de santé (loi HPST, art 51) ont été proposés comme une réponse aux problèmes de démographie et comme une contribution à l'évolution des métiers et à l'émergence de nouveaux métiers. Ils permettent d'étendre le périmètre des activités des professionnels paramédicaux tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. De nombreux PC ont été validés excepté dans le domaine de la douleur.

Ce premier PC concernant la douleur, de portée nationale, permettra la reconnaissance des compétences de l'Infirmière Ressource Douleur (IRD), partenaire insuffisamment reconnu et pourtant indispensable à toute structure douleur.

Le PC est contractuel entre le médecin (délégant) et l'IRD (délégué) qui s'engagent mutuellement dans la démarche. Il permet de libérer du temps pour le médecin algologue pour les consultations externes et d'utiliser au mieux les compétences de l'IRD.

Description

- L'élaboration d'un PC comporte 3 différentes étapes : lettre d'intention adressée à l'ARS, analyse et validation du PC par l'ARS, puis validation de la HAS.
- Le PC décrit précisément les délégations de prescription à l'IRD dans des limites strictes.
- Le PC concerne l'activité interne
- Prérequis :
 - o l'IRD doit avoir validé DU douleur et exercer depuis au moins 5 ans dont 1 an en qualité d'IRD.
 - o Une formation adaptation à l'emploi est requise : pratique clinique et prise en charge de patients spécifiques à l'établissement (15h théoriques et 30 h pratiques)
 - o Le médecin délégant est référent douleur dans l'établissement.
- Le PC s'adresse aux patients majeurs hospitalisés présentant une douleur aiguë ou chronique, après consentement éclairé à ce mode de prise en charge.
- Le délégué alerte le délégant de toute situation inhabituelle ou d'absence d'amélioration.
- Les situations sont analysées lors d'échanges quotidiens.

Actes dérogatoires

- Traitement : Introduction, arrêt ou renouvellement du traitement, prescription de molécule, changement de posologie, de voie d'administration, rotation des opioïdes, prescription de TENS. Les molécules concernées par la délégation sont listées ainsi que les limites d'utilisation par l'IRD
- Biologie standard : prescription et analyse de : hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, créatinine, DFG.

Conclusion: Il aura fallu 5 ans de travail pour voir aboutir ce PC qui constitue une réelle avancée pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les établissements



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

de santé et la reconnaissance des compétences des IRD. Disponible sur le site de la HAS dans sa version complète, il peut être utilisé sur tout le territoire, moyennant un enregistrement nominatif des signataires à l'ARS.

ePC_11 - CARTOGRAPHIE MACRO-ANATOMIQUE DU CORTEX GUSTATIF PAR RAPPORT AU CORTEX THERMO-ALGIQUE DANS L'INSULA HUMAINE : ETUDE VOLUMETRIQUE DE LESIONS.

A. Chaigne (1), I.Faillenot (2), C.Boutet (3), P.Convers (4), L.Mazzola (4), C.Creac'h (5), R.Peyron (6)

(1)CHU Nord Saint Etienne, Saint etienne, France, (2)CRNL, Neuropain : Central Integration of Pain Unit, INSERM U1028, Saint-priest-en-jarez, France, (3)Service de radiologie, CHU Nord de Saint Etienne, Saint priest en jarez, France, (4)Service de neurologie, CRNL, Neuropain : Central Integration of Pain Unit, INSERM U1028, CHU Nord Saint Etienne, Saint priest en jarez, France, (5)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, CRNL, Neuropain : Central Integration of Pain Unit, INSERM U1028, CHU Nord Saint-Etienne, Saint priest en jarez, France, (6)Service de Neurologie, CRNL, Neuropain : Central Integration of Pain Unit, INSERM U1028, CHU Nord Saint-Etienne, Saint priest en jarez, France

INTRODUCTION: Plusieurs cas cliniques rapportent la survenue de troubles gustatifs et/ou thermo-algiques à la suite de lésions de la région operculo-insulaire chez l'Homme [1–5]. La localisation d'une aire gustative primaire demeure controversée [6–10] et les études lésionnelles sont peu nombreuses dans ce domaine [11]. L'objectif de l'étude était de réaliser une cartographie probabiliste macro-anatomique des régions insulaires impliquées dans les troubles du goût et dans la fonction thermo-algique après une lésion vasculaire afin de préciser les rapports anatomiques relatifs de ces projections au sein de l'insula humaine.

MATERIEL ET METHODE : Dans cette étude rétrospective, nous avons inclus des patients présentant une lésion vasculaire insulaire visible sur une IRM cérébrale réalisée à distance de leur AVC. Les troubles gustatifs et thermo-algiques ont été dépistés cliniquement. La sévérité des troubles gustatifs a été quantifiée via une échelle visuelle analogique tandis que les troubles thermo-algiques ont été évalués par stimulation laser et thermique (QST). Les patients ont été classés en quatre groupes selon qu'ils présentaient l'association dysgueusie/troubles thermo-algiques, une dysgueusie seule, un trouble thermo-algique seul, ou aucun des deux symptômes. Nous avons réalisé une analyse lésionnelle anatomique par segmentation et normalisation tri-dimensionnelle des lésions sur IRM cérébrale. Chaque lésion a ensuite été pondérée par la sévérité du trouble associé afin d'affiner la localisation des régions insulaires les plus fréquemment impliquées dans les dysgueusies et les troubles thermoalgiques.

RESULTS: Parmi 34 patients inclus, trois présentaient une dysgueusie isolée (9%), 12 patients avaient des troubles sensitifs et douloureux (35%) et 13 patients présentaient l'association dysgueusie/troubles thermo-algiques (38%) et 6 patients n'avaient aucun des deux symptômes (18%). L'analyse lésionnelle nous a permis d'identifier une zone fonctionnelle impliquée préférentiellement dans les troubles du goût post-AVC insulaire située au niveau de l'insula dorso-médiale antérieure. Située directement en arrière du sillon central insulaire, l'aire la plus impliquée dans les troubles thermo-algiques était identifiée au sein de l'insula dorso-médiale postérieure. Ces données sont en accord avec celles de la littérature utilisant la stimulation cérébrale profonde.

CONCLUSION: Cette approche lésionnelle confirme l'existence d'une aire impliquée dans l'intégration gustative située au sein de l'insula dorso-médiale antérieure et précise ses relations macro-anatomiques avec le cortex insulaire dédié au traitement des informations sensorielles et douloureuses, immédiatement en arrière. Au sein de l'insula humaine, ces deux fonctions semblent s'organiser selon un gradient antéro-postérieur centré par le

sillon central insulaire. D'un point de vue clinique, ces résultats invitent à dépister les troubles du goût au même titre que les troubles thermo-algiques en cas de lésion de l'insula dorso-médiale.

1. Pritchard TC, Macaluso DA, Eslinger PJ. Taste perception in patients with insular cortex lesions. *Behavioral Neuroscience*. 1999;113(4):663–71.
2. Cereda C, Ghika J, Maeder P, Bogousslavsky J. Strokes restricted to the insular cortex. *Neurology*. 2002 Dec 24;59(12):1950–5.
3. I. Mathy, M.J.-M. Dupuis, Y. Pigeolet, P. Jacquerye. Agueusie bilatérale après accident vasculaire cérébral ischémique insulaire et operculaire gauche. *Revue Neurologique*. 2003 May;961(5):499.
4. Ibañez A, Gleichgerrcht E, Manes F. Clinical effects of insular damage in humans. *Brain Struct Funct*. 2010 Jun;214(5–6):397–410.
5. Garcia-Larrea L. The posterior insular-opercular region and the search of a primary cortex for pain. *Neurophysiol Clin*. 2012 Oct;42(5):299–313.
6. Small DM. Taste representation in the human insula. *Brain Struct Funct*. 2010 Jun;214(5–6):551–61.
7. Veldhuizen MG, Albrecht J, Zelano C, Boesveldt S, Breslin P, Lundström JN. Identification of Human Gustatory Cortex by Activation Likelihood Estimation. *Hum Brain Mapp*. 2011 Dec;32(12):2256–66.
8. Stephani C, Fernandez-Baca Vaca G, Maciunas R, Koubeissi M, Lüders HO. Functional neuroanatomy of the insular lobe. *Brain Struct Funct*. 2011 Jun;216(2):137–49.
9. Kurth F, Zilles K, Fox PT, Laird AR, Eickhoff SB. A link between the systems: functional differentiation and integration within the human insula revealed by meta-analysis. *Brain Struct Funct*. 2010 Jun;214(5–6):519–34.
10. Mazzola L, Royet J, Catenoux H, Montavont A, Isnard J, Mauguère F. Gustatory and olfactory responses to stimulation of the human insula. *Annals of Neurology*. 2017;82(3):360–70.
11. Dutta TM, Josiah AF, Cronin CA, Wittenberg GF, Cole JW. Altered taste and stroke: a case report and literature review. *Top Stroke Rehabil*. 2013 Feb;20(1):78–86.

ePC_12 - ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE RÉFRACTAIRE : ÉTUDE OKAPI

A. Corriger (1), M.Voute (1), C.Okapi (1), C.Lambert (2), B.Pereira (2), G.Pickering (1)

(1)CHU Clermont-Ferrand, Centre de Pharmacologie Clinique - CIC Inserm 1405, Clermont-ferrand, France,
(2)CHU Clermont-Ferrand, DRCI, Secteur Biométrie et Médico-économie, Clermont-ferrand, France

Contexte : Le récepteur N-méthyl-D-aspartate est impliqué dans les phénomènes de chronicisation de la douleur et la littérature montre que le blocage de ce récepteur par la kétamine permettrait une amélioration des phénomènes douloureux chroniques. La kétamine est aujourd'hui fréquemment utilisée en France dans la prise en charge de douleur chronique (douleur neuropathique, fibromyalgie) mais sans consensus ou recommandation. L'objectif principal de cette étude observationnelle a été d'évaluer sur un an le bénéfice potentiel de la kétamine chez des patients souffrant de douleur chronique réfractaire.

Méthode : Cette étude prospective, multicentrique, conduite dans 30 structures douleur (OKAPI Consortium) s'est concentrée sur les patients ayant suivi une cure de kétamine dans leur centre (NCT03319238). Les patients inclus ont été suivis durant un an avec un appel téléphonique par mois. Les bénéfices ont été étudiés par l'évaluation de la douleur en utilisant une échelle numérique (0-10). Les critères secondaires principaux étaient d'identifier des trajectoires de douleur par un modèle de mélange semi-paramétrique, de caractériser chaque sous-groupe de patients par plusieurs variables et d'évaluer les risques en colligeant les événements indésirables rapportés par le patient.

Résultats : Parmi les 585 patients, 256 ont reçu une seule cure de kétamine (âge moyen \pm ET : 50.7 ± 11.5 ans ; 75.8% de femmes). L'intensité de la douleur a diminué significativement (6.8 ± 1.8 , n=240 en baseline versus 5.7 ± 1.8 , n=93 à 12 mois, $p < 0.001$). La taille d'effet du critère principal était de 0.61 (95%CI: [0.40; 0.80]; $p < 0.001$). Concernant les critères secondaires, trois trajectoires de douleur ont été identifiées : 16.0% des patients étaient dans une première trajectoire « douleur légère », 35.3% dans la trajectoire « Douleur moyenne » (2) et 45.7% dans la trajectoire « Douleur intense. Les patients de cette troisième trajectoire étaient surtout des patients fibromyalgiques, avec plus d'anxiété, de dépression et une moins bonne qualité de vie. La moitié des patients (108/218, 50%) ont présenté au moins un événement indésirable une semaine après la cure, ce taux diminuant tout au long du suivi.

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent une diminution de l'intensité douloureuse sur le long terme chez les patients souffrant de douleur chronique réfractaire. Plusieurs sous-groupes de patients ont été identifiés par la mise en évidence de trajectoires de douleur. Ces sous-groupes ont pu être caractérisés en fonction du sexe, du type de douleur et de l'intensité douloureuse, du statut émotionnel et du niveau de qualité de vie.

ePC_14 - Renoncement aux soins pour raisons financières et douleur chronique : une étude épidémiologique prospective à propos de patients hospitalisés au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes

C. Le joubioux (1), S.Abad (2), C.Duvaux (2), A.Schmidt (3), J.Nizard (2)

(1)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - CHU de Nantes, St herblain, France, (2)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes, St herblain, France, (3)Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Centre Hospitalier Départemental Vendée, La roche sur yon, France

Le niveau de renoncement aux soins pour raisons financières figure parmi les indicateurs d'évaluation et de suivi des performances du système de santé et de l'assurance maladie. Selon l'ESPS de 2012, 26% des français déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois [1]. La douleur chronique toucherait 8 millions de personnes en France et représente aujourd'hui un réel enjeu de santé publique [2]. Le renoncement aux soins pour raisons financières a été relativement peu étudié parmi les patients douloureux chroniques. Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence du renoncement aux soins pour raisons financières parmi les patients hospitalisés au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes.

Une étude épidémiologique, prospective, monocentrique a été menée auprès des patients hospitalisés d'avril à juillet 2019 au CETD du CHU de Nantes, par le biais d'un questionnaire anonymisé. Le score EPICES [3] permettait d'évaluer le niveau de précarité de chaque patient.

162 patients ont été inclus dans cette étude, dont 98 en hospitalisation et 64 contactés par téléphone. Le motif principal de prise en charge étaient des douleurs neuropathiques (51,9%). 46.8% des patients inclus étaient considérés en situation de précarité selon le score EPICES. 43,8% des participants ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois et 41.4% avoir renoncé à des soins pour raisons financières. Les thérapies psychocorporelles étaient les soins auxquels les patients avaient le plus renoncé. D'après l'analyse univariée, le sexe, l'âge, la situation professionnelle, le type de complémentaire santé, le niveau de précarité, la prise en charge au titre d'une ALD et le type de pathologie à l'origine du syndrome douloureux étaient significativement reliés au renoncement aux soins pour raisons financières ($p < 0,05$). L'analyse multivariée a montré que les femmes renonçaient davantage que les hommes (OR = 0,2 IC95% [0.08-0.61]), que les patients âgés de plus de 65 ans et les patients pris en charge au titre d'une ALD renonçaient moins que les autres (OR = 0.12 IC95% [0.02-0.79] ; OR = 0.4 ; IC95% = [0.16 -0.99] respectivement). L'analyse multivariée suggérait aussi que les patients précaires renonçaient davantage que les autres (OR = 5.2, IC95% = [2.0 - 13.5]), de même que les patients céphalalgiques (OR = 10,7 IC95% [2.7-43.1]) et ceux souffrant d'un syndrome fibromyalgique (OR=4,82 ; IC95%[1.5-15.3]).

Notre étude montre une prévalence du renoncement aux soins pour raisons financières plus élevée qu'en population générale. Ces résultats suggèrent une meilleure prise en compte des contraintes socio-économiques des patients mais également de s'intéresser au lien possiblement étroit entre niveau de précarité et douleur chronique.

[1] Celant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. [Internet]. 2014 juin [cité 25 août 2019]. Report No.: n°556. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-556-enquete-sur-la-sante-et-la-protectionsociale-2012.html>



18-20 NOVEMBRE 2020
100% VIRTUEL

[2] Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD). Livre Blanc de la Douleur SFETD 2017 : État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. In 2017 [cité 20 août 2019]. Disponible sur:
<http://www.sfetd-douleur.org/autres-productions>

[3] Labbé, Émilie, et al. « Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'exams de santé de l'Assurance maladie », La Revue de l'Ires, vol. 53, no. 1, 2007, pp. 3-49.

ePC_15 - Amélioration du parcours de soin des enfants opérés de scoliose : Intérêt d'un dépistage pré-opératoire des facteurs de risque de douleurs chroniques post-opératoires dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Trousseau

A. Abraham (1)

(1)trousseau, Clamart, France

ABRAHAM-BIZOT Alexia, Dr Sophie DUGUE, Dr Tristan LANGLAIS, et Pr Raphael VIALLE et Dr Barbara TOURNIAIRE

La scoliose est la plus fréquente des déformations rachidiennes chez les adolescents. L'incidence de la scoliose idiopathique en France est d'environ 3% chez les enfants [1] avec un sex ratio F/H de 8/1 [2]. Parmi les patients présentant une scoliose, seulement 0,1% auront besoin d'une intervention chirurgicale [3, 4].

Selon les critères de l'IASP (Association Internationale pour l'Étude de la Douleur), la douleur chronique post opératoire (DCPO) est définie comme une douleur persistante au-delà de deux mois après une opération chirurgicale [5]. La chirurgie de scoliose est l'une des trois chirurgies les plus à risque de chronicisation de la douleur post opératoire, représentant même la première cause en terme de nombre d'adolescents atteints [6]. Ainsi chez les adolescents, les DCPO étaient de 37,8% à 2 mois [7] et représentaient entre 41,8% [7] et 53% [8] à 1 an.

Ces dernières années, nous observons au sein de notre CETD, une augmentation des consultations pour DCPO après chirurgie de scoliose. Ces DCPO s'accompagnent le plus souvent d'un handicap fonctionnel majeur ainsi qu'une altération importante de la qualité de vie chez les adolescents : troubles anxio-dépressifs, impact scolaire important jusqu'à l'absentéisme scolaire, perte d'autonomie, sédentarisation.

Les facteurs de risques de chronicisation des DCPO sont de mieux en mieux connus chez l'adolescent [9–11] ; souvent, nous constatons qu'ils étaient déjà présents avant l'opération. Le repérage précoce de ces facteurs de risque avant la chirurgie permettrait de proposer rapidement une prise en charge globale et adaptée, permettant de réduire ce risque de DCPO et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Le questionnaire ALGOSCOLIOSE a donc été élaboré en nous inspirant du SRS 30 (questionnaire de qualité de vie des patients présentant une scoliose). Nous avons sélectionné 6 items communs avec les facteurs de risques de DCPO. Ce questionnaire, court et facile d'utilisation, sera renseigné par les chirurgiens au cours de leurs consultations pré opératoires afin de dépister le plus précocement possible les adolescents à risque de DCPO.

Ces adolescents seront ensuite rapidement vus en consultation au centre de la douleur afin d'explorer l'ensemble des facteurs de risque de DCPO et de proposer une prise en charge globale (explications sur la prise en charge de la douleur, réassurance de l'adolescent et de ses parents, prise en charge de la douleur médicamenteuse et non médicamenteuse et de l'anxiété pré opératoire).

La mise en place de ce circuit de soin est actuellement en cours et les résultats seront présentés ultérieurement.

1. Haute Autorité de Santé - Dr Catherine Marty - Scoliose évolutive - Décembre 2011.

2. Haute Autorité de Santé. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25°) jusqu'à maturation rachidienne. Saint-Denis La Plaine: HAS; Fév 2008.

3. Labelle H, Richards SB, De Kleuver M, Grivas TB, Luk KDK, Wong HK, et al. Screening for adolescent

idiopathic scoliosis: an information statement by the scoliosis research society international task force. *Scoliosis*. 2013;8:17.

4. 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*. 2018;13. doi:10.1186/s13013-017-0145-8.

5. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *British Journal of Anaesthesia*. 2001;87:88–98.

6. Noel M, Rabbitts JA, Fales J, Chorney J, Palermo TM. The Influence of Pain Memories on Children's and Adolescents' Post-Surgical Pain Experience: A Longitudinal Dyadic Analysis. *Health Psychol*. 2017;36:987–95.

7. Chidambaran V, Ding L, Moore DL, Spruance K, Cudilo EM, Pilipenko V, et al. Predicting the pain continuum after adolescent idiopathic scoliosis surgery: A prospective cohort study. *Eur J Pain*. 2017;21:1252–65.

8. Julien-Marsollier F, David R, Hilly J, Brasher C, Michelet D, Dahmani S. Predictors of chronic neuropathic pain after scoliosis surgery in children. *Scand J Pain*. 2017;17:339–44.

9. Perry M, Starkweather A, Baumbauer K, Young E. Factors Leading to Persistent Postsurgical Pain in Adolescents Undergoing Spinal Fusion: An Integrative Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. 2018;38:74–80.

10. Rabbitts JA, Fisher E, Rosenbloom BN, Palermo TM. Prevalence and Predictors of Chronic Postsurgical Pain in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2017;18:605–14.

11. Chieng YJS, Chan WCS, Klainin-Yobas P, He H-G. Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2014;70:243–55.

12. Asher MA, Min Lai S, Burton DC. Further Development and Validation of the Scoliosis Research Society (SRS) Outcomes Instrument. *Spine*. 2000;25:2381–2386.

ePC_16 - Impact sur la douleur de la pandémie à SARS-CoV-2 dans une population de patients atteints de rhumatisme inflammatoires chroniques suivis dans un service de Rhumatologie et Centre de la Douleur en France

P. Vergne-salle (1), C.Lemaçon (1), A.De pouilly lachatre (1), A.Deplas-descamps (1), C.Dufauret-lombard (1), B.Christine (1), P.Bertin (1)

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

Objectif : Contacter les patients suivis pour un Rhumatisme Inflammatoire Chronique (RIC) dans le Service de Rhumatologie pendant le confinement et évaluer l'impact de la pandémie à Coronavirus sur la douleur, la santé physique et mentale.

Méthodes : Il s'agit d'une étude non interventionnelle transversale. Une file exhaustive des patients suivis pour un RIC dans le service a été établie grâce au PMSI et aux formulaires électroniques spécifiques. Les patients ont été contactés par téléphone par des étudiants en Médecine inscrits à la réserve sanitaire et préalablement formés. Ils ont rempli un questionnaire pré-établi recueillant les symptômes et tests COVID, l'éventuelle altération depuis le confinement de la douleur ressentie, de l'activité du rhumatisme, de la fatigue, de l'anxiété/dépression et des troubles du sommeil, l'évaluation de l'adaptation, l'impact de la diminution de l'activité physique, et l'arrêt des traitements. L'étudiant devait ensuite évaluer la nécessité pour le rhumatologue référent de voir le patient en téléconsultation

Résultats : Sur une liste de 1376 patients (559 PR et 817 SPA), 943 ont été contactés par téléphone entre le 14.04 et le 20.05.2020. Parmi ceux-ci, 19,6 % avaient eu des symptômes compatibles avec une COVID. 25 patients avaient eu un test COVID, dont 8 étaient positifs.

35,9% déclaraient une amplification des douleurs depuis l'épidémie, 32% une dégradation de leur rhumatisme, et 30,1% un impact négatif de la diminution d'activité physique. 27,1% se sentaient plus stressés et 13,9% se sentaient plus déprimés. 27,1% avaient un sommeil plus perturbé, 21,3% avaient une fatigue plus importante comparé à avant l'épidémie. 41,2% avaient peur de venir en consultation ou en hospitalisation. 11,8% avait arrêté le traitement de fond de leur rhumatisme et 18,8% temporairement. Cependant, 88,4% considéraient s'être bien adapté à la situation sanitaire. A leur demande ou à celle des étudiants, 23,8% des patients ont été vus en téléconsultation à la suite de ce questionnaire.

Discussion : l'impact physique et mental de la pandémie à SARS-CoV-2 touchait approximativement un tiers de la population, alors même que la région a été faiblement touchée par la COVID. Les patients décrivaient une aggravation des douleurs, du rhumatisme de la fatigue et de l'anxiété et une altération du sommeil. La diminution d'activité physique était associée à l'aggravation des douleurs et l'altération de l'activité du rhumatisme. Un quart des patients ont du être recontactés par le rhumatologue référent.

Conclusion : malgré la faible incidence de l'infection dans la région, environ un tiers des patients décrivaient une altération de leur santé physique et mentale liée à la situation sanitaire.

ePC_17 - Effet du confinement sur l'intensité de la lombalgie chez des patients lombalgiques chroniques – étude CONFI-LOMB

F. Bailly (1), S.Genevay (2), V.Foltz (3), A.Bohm-sigrand (4), A.Zagala (5), J.Nizard (6), A.Petit (7)

(1)Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France, (2)Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Switzerland, (3)AP-HP Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France, (4)CHU de Dijon, Dijon, France, (5)Consultation de rhumatologie, Grenoble, France, (6)CHU de Nantes, Nantes, France, (7)CHU Angers, Angers, France

Introduction. Le contexte de pandémie au coronavirus SARS-CoV-2 et le confinement sont susceptibles d'avoir influencé l'évolution des symptômes lombaires. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du confinement sur l'intensité et le retentissement fonctionnel de la lombalgie chez les patients lombalgiques chroniques.

Méthodes. Etude descriptive et analytique, transversale, multicentrique, menée par questionnaire, du 18 mai au 30 juin 2020, auprès des patients ayant bénéficié d'une consultation pour lombalgie chronique commune entre le 1er janvier et le 17 mars 2020. Les données recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques, le vécu du confinement, l'anxiété, la dépression, la survenue d'une infection à SARS-CoV-2, la qualité de vie, l'évolution de l'intensité de la lombalgie et de l'incapacité fonctionnelle, la pratique d'activité physique (AP), le recours aux soins, la consommation médicamenteuse et de substances psychoactives à visée antalgique et l'activité professionnelle, pendant le confinement.

Résultats. 360 sujets (58,6 % de femmes, âge moyen = 52,1 ± 13,4 ans, IMC moyen = 26,1 ± 4,9 kg/m²) dont 64,1 % d'actifs, issus de 7 centres ont été inclus. Le confinement a majoritairement été bien vécu (51,7 % versus 19,1 % mal vécu). Sur le plan du moral, 60,6 % se disaient peu ou pas déprimés contre 18,6 % beaucoup ou énormément et 57,7 % se disaient peu ou pas anxieux contre 22,4 % beaucoup ou énormément. Le taux d'infection par le SARS-CoV-2 était de 6,4 % (dont 30,4 % avec une gêne pour les activités de la vie quotidienne). La pratique d'AP a globalement diminué pendant le confinement (moins de 2h/semaine pour 49,0% versus 34,4% avant le confinement). L'EVA moyenne de la lombalgie a significativement augmenté (53,4 versus 49,5 ; p<0,001) avec un ressenti d'aggravation des douleurs chez 41,1 % et une gêne pour les AVQ liée à la lombalgie > 15 jours pour 47,4 %. Près de 30 % des patients ont augmenté leur traitement ou consulté et 15,1 % ont augmenté leur consommation d'anxiolytique, pour aggravation de la lombalgie. Parmi les actifs, 63,2 % ont poursuivi leur activité professionnelle dont 54 % en télétravail. Pour 65,2 % de ces derniers, le télétravail a aggravé la lombalgie. Un mauvais vécu du confinement, une faible pratique d'AP, le télétravail et l'absence de matériel adapté au télétravail étaient significativement associés à une aggravation de la lombalgie (p=0,002, 0,045, 0,046 et 0,024, respectivement). En revanche, les conditions de confinement, l'infection par le SARS-CoV-2 ou le fait d'avoir poursuivi son activité professionnelle n'ont pas influencé l'évolution de la lombalgie.

Discussion. Ces résultats mettent en évidence l'impact délétère du confinement sur la lombalgie chronique et suggèrent des pistes d'amélioration dans l'hypothèse d'un nouveau confinement.

ePC_18 - Impact du confinement Covid-19 auprès des patients douloureux chroniques : premières données auprès de 289 patients

T. Liegeard (1), V.Barfety-servignat (2), V.Delêtre (3), C.Taylor (3), A.Bioy (4)

(1)Université de Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint-denis, France, (2)CHRU de Lille et Université de Paris 8, Lille, France, (3)Université de Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint denis, France, (4)Université de Paris 8 / Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie, Saint denis, France

Avec le confinement, une légitime inquiétude est née concernant les patients douloureux chroniques : quelle incidence de cette situation sur leur santé? De ce que l'on connaissait déjà en psychopathologie de la douleur, la situation de confinement pouvait potentiellement réactiver des vécus de stigmatisation, d'isolement, de souffrances morales, psychologiques et physiques [1]. Nous avons spécifiquement exploré l'hypothèse que la situation de confinement physique détériorait le vécu douloureux des patients. La méthodologie a été validée par un CPP et par la CNIL. Concernant cette hypothèse, nous avons utilisé un inventaire de qualité de vie (SF36), une échelle d'anxiété et de dépression (HAD), et un questionnaire construit ad hoc (diagnostic et ancienneté des douleurs ; occurrence et nature d'un suivi ; occurrence et évolution de la consommation de médicaments ; relevé du vécu habituel et lors du confinement de la douleur, et enfin des indicateurs généraux en santé en liens avec les expressions douloureuses : stress, motivation, qualité de l'humeur, fatigue, sommeil, perception du temps. Du fait du confinement, les passations ont été à distance auprès d'une population contactée par deux associations de patients et par le réseau professionnel des chercheurs, également cliniciens de la douleur. Les données ont été recueillies la troisième semaine d'avril 2020.

289 patients (sur 312 répondants) ont été inclus dans la recherche (273 F / 16 H) avec une moyenne d'âge de 49 ans (médiane 49, écart-type 10.6). Ils sont douloureux depuis plus de 10 ans pour la moitié d'entre eux. La fibromyalgie est la pathologie principalement rencontrée, avec ou sans comorbidité. 53% des patients ressentent un accroissement du ressenti douloureux durant le confinement. 70% ont une altération de la perception du temps qui déprécie leur moral et augmente les douleurs. 54% se disent plus anxieux, 42% ressentent une humeur dépressive plus importante, ainsi que de la fatigue (57%). L'HAD confirme cela avec des scores élevés d'anxiété (10,09 ; méd 10, é-t 4.1) et de dépression 8,62 (méd. 8, e-t 4.5) ; l'échelle SF 36 indique globalement une chute de la qualité de vie perçue. Les dimensions les plus impactées sont : vitalité, qualité de santé perçue, activités quotidiennes et retentissement physique ; activités quotidiennes et retentissement psychique et enfin le score douloureux.

Les résultats - détaillés dans le poster - montrent donc des indicateurs inquiétants d'impact du confinement covid-19 chez les patients douloureux chroniques. Se pose maintenant la question de comment tenir compte de ces données dans les reprises de suivi, et des ajustements à envisager.

[1] Bioy A, Lignier B. (2020). Clinique et psychopathologie de la douleur. Paris, Dunod.

ePC_19 - Prise en charge des pompes intra-thécales en période épidémique Covid-19

D. Hayon sonsino (1), C.Labourdette (2), A.Poulain (2)

(1)Centre Douleur Lille Métropoles, Marquette lez lille, France, (2)Centre Douleur Lille Métropole, Marquette lez lille, France

L'épidémie de COVID-19 a modifié brutalement notre prise charge des malades cancéreux porteurs d'une pompe intrathécale; Nous avons mis en place un procédure dont le but était de diminuer le risque d'exposition de ces malades fragiles au coronavirus sans augmenter le risque infectieux lors du suivi et du remplissage des pompes.

Après information et accord des malades, le remplissage et la programmation des pompes ont été pratiqués directement au cabinet après acquisition et installation d'une hotte de préparation pharmaceutique à flux laminaire dans une salle dédiée et rétrocession par les pharmacies hospitalières de la ropivacaine, de clonidine et du ziconotide (en accord avec le guide de rétrocession des médicaments); la morphine était fournie par les officines de ville. Un contact téléphonique hebdomadaire a été établi afin de déterminer la date de rendez-vous, et l'attente a été organisée dans le véhicule personnel ou l'ambulance sur le parking du cabinet afin que les malades ne se croisent pas. La procédure de remplissage suivait les règles habituelles d'asepsie stricte (repérage échographique, contrôle de la pompe, détertion et désinfection, habillage, préparation sous hotte et injection par le médecin responsable).

Sur la période confinement (du 16 mars au 11 mai 2020) 6 malades ont été suivis avec un âge moyen de 63 ans (+/-15). La durée moyenne de port de la pompe intrathécale était de 10, 6 mois (+/- 3,4). 25 remplissages (soit 4,2 remplissages par malade sur cette période) ont été pratiqués avec un temps de prise en charge moyen de 35 minutes (+/-10) au lieu des 4 heures incompressibles lors des remplissages en structure hospitalière, avec des doses quotidiennes moyennes de morphine de 13866 mcg (+/- 29994), de ziconotide de 12,96 mcg (+/-27,23), de naropéine de 20,59 mg (+/- 25,59) et de clonidine de 14 mcg (+/- 22,35). Deux retournements de pompe ont été diagnostiqués grâce à l'échographie sans incidence clinique ou fonctionnelle pour le malade. Aucun malade n'a été contaminé par le COVID-19 au cours de cette période. Aucun cas d'infection de pompe n'a été constaté. 4 pharmacies hospitalières sur 5 contactées ont répondu favorablement à la rétrocession. Cette période extraordinaire nous a permis de mettre en place une procédure de remplissage des pompes intrathécales chez les malades cancéreux répondant aux règles de sécurité et d'asepsie les plus strictes tout en augmentant la satisfaction des malades (absence d'hospitalisation, diminution drastique de l'attente) et en diminuant risque d'exposition virale au COVID-19 ainsi que la pression financière (économie du GHS).

L'inclusion et le suivi d'un plus grand nombre de malades nous permettra de déterminer le risque infectieux exact de ce type de procédure.^[OBJ]

The infection risk of intrathecal drug infusion pumps after multiple refill procedures.

Dario A, et al. Neuromodulation. 2005.

Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de

vie, recommandation de bonne pratique; HAS 29 janvier 2020.

Guide de rétrocession des médicaments Edition 2010.

ePC_20 - Diminution de la plainte douloureuse observée pendant le confinement (liée au COVID-19) chez les enfants douloureux chroniques. Suivi réalisé par téléconsultation (TC) dans un centre d'algologie pédiatrique.

F. Bernard (1), A.Ribrault (2), C.Bevis (3), C.Langlois (3)

(1)CHU Lapeyronie, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur Chronique de l'Enfant, Montpellier, France, (2)CHU Lapeyronie, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur Chronique Enfants et Adolescents, Montpellier, France, (3)CHU Lapeyronie, Centre Evaluation et Traitement de la Douleur Chronique de l'Enfant et Adolescent, Montpellier, France

Méthodologie: Nous rapportons nos observations de TC successives réalisées pendant la période de confinement du 16 mars 2020 au 11/05/2020 chez des enfants suivis pour pathologies douloureuses chroniques. Nous avons exclus les enfants consultant pour la première fois afin de disposer d'une possibilité de comparaison par rapport à la consultation précédente réalisée avant le confinement. L'évaluation de la douleur était réalisée par une échelle numérique ou une EVA.

Résultats: 77 enfants ont consulté. Sex ratio F/H de 57/20. Moyenne d'âge 12,6 ans (5-20). Les principales pathologies étaient: douleur abdominales 5, douleurs musculo squelettiques (DMS) diffuses (dont SED et FM): 16, Douleur article osseux 26, trouble somatoforme 2, SDRC 10, douleur liée à handicap 4, céphalée 14. Nous avons observé une diminution ou une disparition de la symptomatologie douloureuse chez 55 enfants (71,5%), une stabilisation chez 18 (23,5%) et une augmentation chez 4 enfants (5%).

Analyse et commentaires: La TC a pris toute sa place dans cette période de crise COVID-19. Nous revenons en détail dans notre travail sur les résultats. Nous avons constaté une diminution significative (voire une disparition de la plainte douloureuse) chez près de 71,5% des patients. La diminution d'intensité est >2 chez 92% des enfants. Les diminutions sont le plus souvent observées dans les céphalées, les douleurs d'un article osseux et les SDRC. Cette diminution constatée de l'intensité de la douleur observée nous interroge sur l'impact potentiel de la période de confinement (baisse d'activité, environnement plus sécurisant, absence d'école, baisse du niveau de "stress", dilution de la place de la plainte dans le contexte familial modifié...) chez l'enfant douloureux chronique. Les limitations de la méthode sont bien sur importantes à considérer avec la diminution des informations reçues par le soignant (souvent le "verbe sans l'image").

ePC_21 - CONFIDOL, Impact du confinement sur les douleurs et le comportement d'une cohorte de patients douloureux chroniques suivis en CETD

N. Delage (1), F.Marcaillou (2), C.Bertin (3), A.Bidar beauvallot (4), E.Chandeze (5), P.Picard (2)

(1)CETD, CHU G Montpied, Clermont-ferrand cedex 1, France, (2)CHU G MONTPIED/ CETD, Clermont ferrand, France, (3)CHU G Montpied, Structure Douleur Chronique & Service de Pharmacologie médicale, Clermont ferrand, France, (4)CHU G MONTPIED / CETD, Clermont fd, France, (5)CHU G Montpied, Clermont ferrand, France

RATIONNEL: Les patients souffrant de syndrome douloureux chronique (SDC) vivent au quotidien une situation de stress qui implique différents niveaux physique, émotionnel, comportemental et social [1]. Ce SDC est modulé par la relation que les patients entretiennent avec le monde environnant et avec eux-mêmes [2, 3]. Aussi, il nous a paru pertinent d'évaluer si le confinement imposé par l'épidémie de SARS-CoV2 pouvait modifier le vécu de la douleur et jouer sur les stratégies cognitivo-comportementales habituelles de modulation du SDC [4].

OBJECTIFS: Evaluer l'impact du confinement lié à l'épidémie de SARS-CoV2, sur
-l'intensité et le vécu de la douleur chronique.
-les capacités d'ajustement comportemental des patients douloureux chroniques.

MÉTHODE: Création d'un questionnaire Redcap de 33 questions ouvertes et fermées portant sur : modification d'intensité douloureuse et ses répercussions (sommeil, activités physiques, humeur), catastrophisme, kinésiophobie, et arrêt du recours aux soins paramédicaux ; Maintien ou découverte de stratégies comportementales pour s'adapter aux changements imposés par ce confinement. Après accord du comité d'éthique, inclusion d'un minimum de 30 patients suivis au CETD du CHU de Clermont-Fd pour une douleur chronique et devant bénéficier d'une consultation téléphonique durant la période de confinement.

Analyse statistique prévue notamment avec recherche de co-linéarités.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES: 78 patients ont pu participer, majoritairement des femmes présentant des douleurs de type fibromyalgique depuis plus de 10 ans. Bien que l'intensité de la douleur ait été retrouvée augmentée chez 50% avec majoration du stress perçu chez 64% et altération de l'humeur chez 43%, seulement 43% exprimaient néanmoins vivre moins bien leur douleur et 36% vivre comme d'habitude dans le confinement imposé. 45,8% ont poursuivi la marche quotidienne, ou des activités manuelles. Parmi les apprentissages effectués au CETD, ce sont la gymnastique, le fractionnement des tâches, les techniques psychocorporelles et le TENS qui ont été les plus mobilisés.

DISCUSSION

La majoration de la douleur par le confinement peut résulter dans notre population étudiée de plusieurs mécanismes : augmentation du stress, altération de la qualité du sommeil, diminution du recours aux pratiques kinésithérapeutiques.

Des résultats plus approfondis nous permettrons de mettre en relief quels types de patients ont pu mobiliser leurs apprentissages ou ressources propres et ainsi nous éclairer sur les profils de patients capables de les mettre en mouvement dans cette période particulièrement anxiogène. Nous confronterons ces résultats aux données de la littérature [5, 6, 7].



CONCLUSION : Le confinement imposé par l'épidémie de SARS-CoV2 a impacté la douleur des patients DC. Malgré cela, beaucoup d'entre eux se sont mis en marche, au propre et au figuré, allant à la recherche d'un sentiment d'efficacité personnelle et peut être de plus bonheur ?

1. F Laroche, Guérin J, Azoulay D, Coste J, Perrot S. Revue du Rhumatisme 2018. La fibromyalgie en France : vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients.
2. Sartori RDG, Marelli M, Garavaglia P, et al. Rehabil Psychol 2014;59(3):267–77. The assessment of patients quality of experience: autonomy level and perceived challenges.
3. Bucourt E, Martailé V, Mulleman D, Goupille P, Joncker-Vannier I, Huttenberger B. Revue du rhumatisme 2018 ; 85 :188-94. Comparaison des cinq grands traits de personnalité dans la fibromyalgie et les autres maladies rhumatismales.
4. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, Berna F, Jardri R, Vaiva G, Geoffroy PA, Brunault P, Thibaut F, Chevance A, Giersch A. Encephale 2020.04.07. Conséquences psychopathologiques du confinement.
5. Laroche F, Jammet L. Rev Rhum 2011 ; 78 : S83-6. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique.
6. Cheatle MD, Foster S, Pinkett A, Lesneski M, Qu D, Dhingra L. Anesthesiol Clin 2016; 34:379–93. Assessing and managing sleep disturbance in patients with chronic pain.
7. Nadine E Foster, Johannes R Anema, Dan Cherkin, Roger Chou, Steven P Cohen, Douglas P Gross, Paulo H Ferreira, Julie M Fritz, Bart W Koes, Wilco Peul, Judith A Turner, Chris G Maher, on behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group. Lancet 2018; 391: 2368–83. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions.