Résumés

**11 ans de recule sur l’efficacité de la neuromodulation corticale dans le traitement de la douleur neuropathique**

Submission ID

54

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) à haute fréquence visant le cortex moteur primaire (M1) est la technique de neuromodulation non invasive la plus utilisée dans le traitement des douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapeutiques classiques (1). Il s’agit d’une alternative non-pharmacologique, qui reproduit l’efficacité de la stimulation épidurale du cortex moteur (eMCS)((2), et peut informer la sélection des futurs répondeurs (3). Elle démontre une efficacité antalgique significative (4, 5) mais inconstante, puisqu’un patient sur deux est répondeur(6). L’objectif de cette étude rétrospective observationnelle était d’évaluer l’efficacité antalgique de la rTMS sur du long terme et sur une large cohorte de patients souffrants de douleurs neuropathiques centrales (DNC) et périphériques (DNP). Les objectifs secondaires étaient 1) d’identifier les facteurs individuels qui peuvent contribuer aux effets analgésiques; et 2) d'évaluer le nombre de sessions de rTMS optimale pour prédire l'efficacité de la chirurgie eMCS. 167 patients souffrant de DN (71,3% avec des DNC) ont été traités par rTMS neuronaviguée à haute fréquence (20Hz) délivrées sur M1 à l’aide d’un bras robotisé, entre janvier 2011 et mars 2022 au CHU de Saint-Etienne. Les patients analysés ont réalisé un minimum de 4 séances consécutives, espacées chacune de 3-4 semaines. Les patients bénéficiant d’un pourcentage de soulagement (%S) > 10% à la 4ème séance de stimulation est considéré comme répondeur. 4000 séances de rTMS ont été réalisées, sans aucun effet secondaire sérieux. En moyenne, après les 4 premières séances, le %S étaient de 27%. 56% des patients étaient considérés comme répondeur avec un %S de 44% et 58 patients (35%) avec un seuil ≥30%S. Ce chiffre évolue à 39,5% chez les patients souffrants plus spécifiquement de DNC et 25,6% pour les DNP. La durée du soulagement des répondeurs était de 12jours avec une diminution de 2.2 ±7.37 points (EVA) d’intensité douloureuse par rapport à avant les séances de rTMS. 70 patients ont bénéficié d’au moins 15 séances, 31 d’au moins 45 séances étalées sur 5ans avec un %S à 53%. Parmi eux, 10 sont encore en cours de traitement. Enfin, 19 ont demandé à bénéficier du traitement neurochirurgical par eMCS après en moyenne presque 2ans de traitement par rTMS. L’identification des mesures pronostiques individuelles de l'efficacité antalgique de la rTMS et le nombre optimal de séances de rTMS pour prédire l'efficacité de la eMCS sont en cours d’analyse en fonction du profil de DN. La présente étude, menée sur un large échantillon de patients, nous informe sur l’évolution de l'efficacité à long terme de la rTMS pour soulager les DN réfractaires.

Bibliographie

1. X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conradi, M. H. Delmotte, M. Lanteri-Minet, J. P. Lefaucheur, G. Mick, V. Piano, G. Pickering, E. Piquet, C. Regis, E. Salvat, N. Attal, Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique. 176, 325–352 (2020). 2. M. C. Lima, F. Fregni, Motor cortex stimulation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis of the literature. Neurology. 70, 2329–2337 (2008). 3. B. Pommier, C. Quesada, C. Fauchon, C. Nuti, F. Vassal, R. Peyron, Added value of multiple versus single sessions of repetitive transcranial magnetic stimulation in predicting motor cortex stimulation efficacy for refractory neuropathic pain. Journal of Neurosurgery. 130, 1750–1761 (2018). 4. C. Quesada, B. Pommier, C. Fauchon, C. Bradley, C. Créac’h, M. Murat, F. Vassal, R. Peyron, New procedure of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for central neuropathic pain: a placebo-controlled randomized crossover study. PAIN. 161, 718–728 (2020). 5. N. Attal, F. Poindessous-Jazat, E. De Chauvigny, C. Quesada, A. Mhalla, S. S. Ayache, C. Fermanian, J. Nizard, R. Peyron, J.-P. Lefaucheur, D. Bouhassira, Repetitive transcranial magnetic stimulation for neuropathic pain: a randomized multicentre sham-controlled trial. Brain, awab208 (2021). 6. N. E. O’Connell, L. Marston, S. Spencer, L. H. DeSouza, B. M. Wand, Non‐invasive brain stimulation techniques for chronic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews (2018), doi:10.1002/14651858.CD008208.pub4.

**Algie vasculaire de la face et addictions : Etude de cohorte prospective pronostique en centre tertiaire**

Submission ID

84

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction L’algie vasculaire de la face (AVF) est une céphalée primaire caractérisée par des accès douloureux sévères unilatéraux durant 15 à 180 minutes accompagnés de manifestations dysautonomiques ispilatérales. Bien que la question clinique d’un lien entre AVF et addiction ait été soulevée, les études épidémiologiques l’ayant investiguée, ainsi que son impact sur l’AVF, sont rares et rétrospectives. Elles n’ont pas utilisé le gold standard diagnostique de l’addiction. L’objectif de cette étude est d’étudier l’association entre les caractéristiques cliniques de l’AVF d’une cohorte de patients inclus dans un centre tertiaire, et le diagnostic et la sévérité de l’addiction. Matériel et Méthodes Il s’agit d’une étude de cohorte prospective pronostique incluant les cas prévalents et comparant les caractéristiques cliniques de l’AVF des patients avec addiction et sans. Ont été inclus successivement tous les patients de plus de 18 ans consultant en centre tertiaire au CHU de Bordeaux, pour une AVF épisodique ou chronique selon les critères ICHD-III, en période active ou inactive, pendant la période d’inclusion. Chaque patient a bénéficié d’une double évaluation : neurologique mesurant les variables d’intérêt de l’AVF (âge de début, forme, fréquence es crises et des périodes), et psychiatrique addictologique comportant MINI (explorant les critères diagnostiques DSM-5 d’addiction et d’autres troubles psychiatriques) et ASI (évaluant la sévérité multidimensionnelle liée aux usages addictifs). Des analyses univariées ont permis de rechercher une association entre variables d’intérêt de l’AVF et les paramètres caractéristiques de l’addiction. Résultats 75 patients ont été inclus. La moyenne d’âge était de 41,2 ans (ET : 10,6). L’échantillon comportait 82,7 % d’hommes (n=62). L’AVF était épisodique pour 70,7 % des patients (n=53). L’ancienneté de l’AVF était en moyenne de 15,6 ans (ET : 10,3) Une addiction actuelle ou passée était présente chez 89,3 % (n=67) des patients. 65,3 % des patients avaient une addiction autre qu’au tabac. Le nombre d’addictions par patient était en moyenne de 1,9 (ET : 1,2). 84 % des patients avaient une addiction au tabac, 38,7 % au cannabis, et 34,7 % à l’alcool. 77,3 % des patients (n=58) avaient un score ASI >=4 traduisant un besoin de prise en charge pour au moins un usage. Conclusion L’existence d’une addiction (actuelle ou passée) est confirmée par le gold standard diagnostique chez 90 % des patients. Notons que le recrutement en centre tertiaire a probablement participé à sélectionner une population de patients ayant une AVF plus sévère. L’orientation vers une consultation spécialisée addictologique pourrait être nécessaire pour plus de 2/3 de ces patients.

Bibliographie

1. Jan Hoffmann, Arne May. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. Lancet Neurol2018:17:75-83. 2. Amélie Govare, Elisabeth Leroux. Licit and illicit drug use in cluster headache. Curr Pain Headache Rep (2014)18:413. 3. Ilse F de Coo et al. Increased use of illicit drugs in a Dutch cluster headache population. Cephalalgia 2019, 39(5): 626-634. 4. Camille Ponté et al. Cluster headache in subjects with substance use disorder: a case series and a review of the literature. Headache 2019; 59:576-589.

**ALGOPOLY: apprendre autrement**

Submission ID

85

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Objectifs : L’éducation est au centre de la prise en charge des patients dans les centres de la douleur. Utiliser un jeu de société adapté permet de transmettre et/ou tester les connaissances d’une façon constructrice et ludique. Au départ créé pour la formation au traitement de la Douleur des infirmières de Vivalia, ce jeu, similaire à un Trivial Pursuit, avec un plateau de jeu rond et deux paquets de cartes comportant questions ou mises en situation, a été adapté pour l´éducation des patients. Le soignant référent anime et corrige les réponses des participants. Le but n’est pas de gagner, mais de partager ses expériences, de susciter une dynamique de groupe innovante et valorisante pour tous. En pratique : Ce jeu LUDIQUE et COLLABORATIF, basé sur l’échange et où la partie ne se termine jamais, rend les participants ACTEURS et garantit une DYNAMIQUE de groupe propice à une approche MULTIDISCIPLINAIRE axée sur le modèle biopsychosocial. Sa conception permet un usage PERSONNALISABLE selon le public (soignants/patients) avec des jeux de cartes spécifiques : - thème « patient », centré sur l’apprentissage psycho-éducatif multidisciplinaire (thèmes abordés par infirmière/psychologue/kiné et ergothérapeute). - thème « soignant » (formation continue), avec modules généraux, gériatriques, pharmacologiques (antalgiques), partages d’expérience. - thème « créatif », par des cartes vierges adaptables aux besoins de chaque équipe selon les objectifs propres. Développement : Des capsules d’apprentissage sont développées afin d’accompagner le jeu avec mode d’emploi, partage d’expériences des infirmières formatrices et pour la gestion des groupes psychoéducatifs . Des questionnaires d’évaluation et de satisfaction du jeu font partie intégrante de cette expérience innovante et mobilisatrice. Conclusions : Réfléchir à une initiative éducative originale et ludique est une expérience fédératrice et dynamique pour une équipe douleur, par la sélection des priorités, des thèmes et des informations à aborder. Son utilisation est aussi un moyen facile d’évaluation d’acquisition des connaissances partagées. Pour le patient, c’est un outil pertinent et positif d’apprentissage, complémentaire aux formations psycho-éducatrices proposées dans une approche bio-psycho-sociale. Cette opportunité d’échanges, de partage et de discussion autour de la douleur, par le biais d’un vecteur divertissant et où tout le monde est gagnant, peut s’intégrer dans l’éducation des familles, et la formation des étudiants et de tout soignant désireux d’apprendre autrement.

**Algorithme des sub-tests cognitifs pour optimiser le choix de l’échelle quantitative unidimensionnelle d’auto évaluation de la douleur chez les Personnes âgées en pratique médicale courante**

Submission ID

41

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

CONTEXTE Etude observationnelle rétrospective sur 113 séjours de PA[1] (de 66 à 99 ans) en SSR PAP[2] concernant l’intérêt des sub-tests cognitifs [3] (Apraxie gestuelle réflexive, Fluence verbale, Calcul mental, Test d’abstraction, Test de 5 mots) pour présager un score MoCA[4] et choisir l’échelle d’intensité d’auto évaluation de la douleur (EN[5] ou EVS[6]) OBJECTIF Mieux connaître et comprendre les liens douleur et cognition du sujet âgé pour une évaluation affinée au sein de cette population où les douleurs persistantes, d’expression souvent atypiques, sont 2,5 fois plus fréquentes entre 60 et 70 ans qu’entre 30 et 40 ans, 4 fois après 80 ans[7]. POSTULAT L’altération de la cognition est couramment associée à l’expérience douloureuse. Une origine centrale des effets du vieillissement sur la perception et l’intégration de la douleur paraît probable[8] du fait d’un chevauchement entre les aires cérébrales impliquées dans la cognition et celle de la matrice de la douleur. La dimension sensori-discriminative de la douleur est atteinte en dernier et l’EN[5] (numérique et orale) donne une évaluation quantitative plus robuste en cas de déficit cognitif léger[9]. METHODES L’examen gériatrique est multi-domaine[10] incluant l’évaluation de la douleur et l’appréciation cognitive (réalisation des subtests cognitifs). Secondairement une évaluation cognitive globale (MoCA[5], BREF[11]) est réalisée. L’ensemble des résultats est décliné en tableau statistique en ajoutant l’âge. Une recherche de dépendance entre les variables est réalisée selon 2 modes de calculs de corrélation (PEARSON ou dépendance linéaire, SPEARMAN ou dépendance non linéaire) RESULTATS Les calculs servent à obtenir les coefficients de corrélation entre deux variables. En valeur absolue, 1 correspond à une dépendance totale, 0 à une non dépendance et < à 0,5 est synonyme d’une corrélation mince. L’ensemble des corrélations (PEARSON et SPEARMAN), malgré un panel limité, est affiché dans des matrices démontrant : - Pas de corrélation entre l’âge, le MoCA[4] et la BREF[10]. - Bonne corrélation entre le MoCA[4] et la BREF[9] (0,81). - Corrélation limite entre apraxie gestuelle et MoCA[4] (0.45), BREF[10] (0.48) - Bonne corrélation entre les 4 autres subtests (0,79 à 0.63) et MoCA[4], BREF[9] CONCLUSION D’ores et déjà, pour plus de pertinence (concordance objectif moyen), pour plus d’efficience (évaluation couplée douleur cognition) et pour plus d’efficacité (gain de temps, meilleure évaluation vaut meilleure prise en soins), l’algorithme suivant pourrait être proposé en algo-gériatrie (Parcours de soin accessible à la PA[1]) - 1 sub-test défaillant (apraxie gestuelle), privilégier l’EN[5] (MoCA[4] > 18/30). - 2 sub-tests défaillants (apraxie gestuelle, Test des 5 mots), privilégier toujours l'EN (MoCA[4] > 18/30) - 3 sub-tests défaillants (Apraxie gestuelle, Test des 5 mots, Fluence verbale ou test d’abstraction défaillants), privilégier l’EVS[6] (MoCA[4] aux alentours de 18/30). - 4 ou 5 sub-tests défaillants (Apraxie gestuelle réflexive, Test de 5 mots, Fluence verbale, Test d’abstraction et/ou Calcul mental), privilégier l’EVS[6] couplée à l’hétéro évaluation (MoCA[5] nettement < 18/30)

Bibliographie

- [1] Personne âgée - [2] Service de soins et de réadaptation Personne Âgée Polypathologique - [3] Test destiné à vérifier un point plus particulier d'un test général. - [4] MoCA soit le Montreal cognitive Assessment - [5] Echelle numérique - [6] Echelle Verbale Simple. - [7] Douleurs du sujet âgé, Outils d’évaluation et aide à la décision, Repères en Gériatrie, Avril 2012, vol. 14, numéro 117 - [8] Douleur du sujet âgé et cognition : état des lieux volume 15, N° 4, Décembre 2017 Gériatrie et Psychologie neuropsychiatrie du vieillissement - [9] Douleur, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, Dr ROUCH LEROYER, Présentation SARADOL, 01, Avril 2021 - [10] Evaluation Gériatrique Standardisée et évaluation fonctionnelle - [11] BREF soit Batterie Rapide d’Evaluation Frontale

**Analgésie intrathécale pour la douleur du cancer : à domicile jusqu'en fin de vie**

Submission ID

77

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La pratique de l'analgésie intrathécale, dans un centre non implanteur d'un Centre hospitalier de recours, pour le suivi et les remplissages de pompes implantées, est une activité primordiale pour la prise en charge des douleurs réfractaires dans la maladie cancéreuse. La collaboration avec un centre expert implanteur est à l'origine de notre activité. Pour continuer le suivi, nous pouvons aussi réaliser la prise en charge en hôpital périphériques et collaborer avec l'HAD pour que nous puissions aussi intervenir à domicile jusqu'en fin de vie. Depuis 2015 (88 mois), nous avons réalisé 2271 remplissages de pompes pour 134 patients, dont 17 en hôpital périphériques et 29 à domicile. Cette pratique "hors les murs" a permis à certains patients de bénéficier de cette technique analgésique jusqu'en fin de vie et à domicile.

**Apport d'une patiente experte au programme d'éducation thérapeutique proposé aux patients de la consultation douleur chronique du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.**

Submission ID

98

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte L'éducation thérapeutiques (ETP) fait partie des offres de soins indispensables dans la gestion des maladies chroniques dont la douleur. Depuis quelques années, des patients porteurs de maladie chronique cherchent à s'impliquer auprès d'autres personnes atteintes de la même maladie. Ces patients dit « experts » ont développé des connaissances expérientielles et médicales sur leur maladie. Ils ont par ailleurs des aptitudes à l'écoute, à l’accompagnement et à la communication. Depuis 2011 il existe des formations universitaires pour permettre à ses patients de se former en ETP et être partenaires des équipes soignantes pour concevoir et évaluer des programmes. Pourquoi un patient expert en consultation de la douleur chronique En 2021, dans le cadre de sa formation universitaire en ETP à Paris V en vue de devenir patiente experte, une femme souffrant elle-même de douleurs chronique a suivi les ateliers collectifs d’ETP organisés par notre consultation. Nous avons convenu que dans le cadre de son stage, elle complète cette approche, essentielle selon elle, par un suivi individuel des patients. Cette étudiante a par ailleurs une formation professionnelle de coach en santé. Le coach santé est formé à l’accompagnement de projets personnels et professionnels afin de faire aboutir un objectif qui soit à la fois motivant et réaliste. Nos patients ont donc pu bénéficier d’un accompagnement personnalisé et individuel dans la suite des ateliers collectifs. Il a permis de mettre en application des différents nouveaux savoirs acquis lors des séances d’ETP, au profit d’un objectif travaillé avec la patiente experte. En tant que patiente experte elle a apporté une expertise particulièrement précieuse pour le patient : un langage commun avec une écoute et une authentique compréhension de ce qui est dit et ressenti. 21 patients ont bénéficié de cet accompagnement de 2 RDV à 1 mois d’écart : tous ont rapporté une grande satisfaction de cette expérience, se sont sentis compris et guidés dans la définition de leur(s) objectif(s) et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Perspectives Nous continuons de proposer des suivis en individuel par notre patiente experte aux patients venus aux ateliers d’ETP (4 RDV à 2 semaines d’intervalle). Il nous parait cependant important de pouvoir mieux comprendre au plan qualitatif et évaluer l’apport de cette offre de soins, en sus des ateliers thérapeutiques. Une étude randomisée est en cours.

**Apports du Tai Chi dans le programme de soins des adolescents douloureux chroniques déscolarisés**

Submission ID

89

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Le service de médecine interne pour adolescents de la clinique FSEF Paris 16 a développé l’hospitalisation complète d’adolescents douloureux chroniques déscolarisés (1). Ces adolescents bénéficient d’un projet Soins/Etudes axé sur l’évaluation et le traitement de leur douleur et la reprise de leur scolarité. Ce programme de soins, surtout basé sur des méthodes non médicamenteuses (kinésithérapie, balnéothérapie, relaxation, suivi psychologique…) s’accompagne d’une scolarité aménagée. Il y a dix ans, le service a souhaité enrichir celui-ci de Tai Chi. Méthode: La présence d’un professeur d’EPS enseignant le Tai Chi, la motivation du chef de service et du proviseur, l’implication des personnels et des patients ont permis la mise en place de ces ateliers. Art martial chinois, le Tai Chi peut être considéré comme une gymnastique de santé, une voie vers une plus grande tranquillité de l’esprit. Il permet une entrée différente dans la relation au corps: mieux gérer ses douleurs, retrouver confiance, pouvoir bouger de nouveau avec aisance en sont les fils conducteurs. Pour ces adolescents, c'est un temps de pause dans leurs tensions et un apprentissage de leur capacité à se détendre. Résultats: Depuis 2012, 150 patients, âgés de 12 à 18 ans, ont bénéficié de ces ateliers. Les séances hebdomadaires étaient réparties en deux groupes ( collège et lycée). Les indications principales sont les ccq et migraines, les syndromes douloureux musculosquelettiques, les douleurs abdominales chroniques. Les outils du Tai Chi sont adaptés à l’état de santé du jeune ( la respiration pour agir sur leur posture, la sensation de détente qui va faciliter la reprise des cours ..). C’est par une écoute bienveillante ressentie dans ces ateliers qu’ils retournent cette bienveillance vers eux-mêmes et vers les autres. La dimension du groupe est un soutien et une ressource pour eux. Ce pouvoir d’agir s’inscrit dans une dynamique au service de la scolarité. Leurs bilans personnels positifs mettent en lumière un processus de maturation pour une meilleure gestion de leur douleur. Ils retrouvent une autonomie, le plaisir de sentir, de se reconnaître davantage et d’aller chercher en eux leurs propres ressources. Ils font l’expérience d’un temps qui leur appartient et dans ce temps, ils apprivoisent une autre façon d’être. Outre les bénéfices corporels ressentis, ils font l’expérience, qu’ils peuvent, par cette pratique, accéder à un plus grand calme. Certains patients ont poursuivi le Tai Chi, à la faculté, après leur sortie du service. Conclusion: Le succès de ces ateliers, leur inscription parfaite dans l’alliance Soins/Etudes, la satisfaction des patients, des familles et des adresseurs nous encouragent à poursuivre dans cette voie.

Bibliographie

(1) Tonelli A .Ces douleurs qui insistent à l'adolescence: l'hospitalisation en soins/études peut-elle être une réponse? EDP Sciences "Perspectives Psy".2021/2 ,vol 60,164-171

**Biomarqueurs de la douleur chronique neuropathique fournis par l’analyse de l’EEG à l’état de repos (resting-state EEG): revue de la littérature**

Submission ID

69

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte: Le diagnostic et la prise en charge de la douleur chronique neuropathique sont difficiles, ce qui conduit aux efforts actuels pour caractériser des biomarqueurs « objectifs » de la douleur à l'aide de techniques d'imagerie ou neurophysiologiques. Objectifs: Présenter un état de l'art des paramètres de l’analyse de l'électroencéphalographie (EEG) enregistrée à l’état de repos (resting-state) qui pourraient servir de biomarqueurs de la douleur chronique neuropathique. Méthodes: Une revue systématique de la littérature a été menée dans PubMed/Medline et Web-of-Science jusqu'en octobre 2021 pour identifier les biomarqueurs EEG de la douleur chronique neuropathique chez l'homme. Le risque de biais a été évalué par l'échelle de Newcastle-Ottawa. Les études expérimentales, de douleur provoquée, ou portant sur la douleur chronique non-neuropathique ont été exclues de l’analyse. Résultats: Nous avons identifié 14 études dans lesquelles l'analyse spectrale de l’EEG à l'état de repos a été comparée entre des patients souffrant de douleur chronique liée à une maladie neurologique et des patients souffrant de la même maladie mais sans douleur ou des témoins sains. Conclusion: De ces études exploratoires hétérogènes, quelques conclusions peuvent être tirées. Dans l'ensemble, la puissance du signal EEG est augmentée dans la bande delta (4-7 Hz) et éventuellement dans la bande bêta haute (20-30 Hz), et est diminuée dans la bande alpha haute à bêta basse (10-20 Hz) en présence de douleur chronique neuropathique. En conséquence, la fréquence maximale dominante est plus basse dans la bande delta-alpha et plus haute dans la bande bêta entière. Contrairement à la douleur expérimentale, les changements portant sur les oscillations gamma ne semblent pas être pertinents dans la douleur chronique neuropathique. Les biomarqueurs fournis par l'EEG à l’état de repos pourraient être particulièrement intéressants pour optimiser le traitement de la douleur chronique neuropathique par des techniques de neuromodulation, telles que la stimulation transcrânienne à courant alternatif ou les procédures de neurofeedback. Mots clés: biomarqueur, douleur neuropathique, EEG quantitatif.

**Bon usage de la prescription de naloxégol (Moventig®) dans un centre hospitalier universitaire (CHU)**

Submission ID

91

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : Dans plus de 50% des cas (1-2), la constipation liée aux opioïdes nécessite une prise en charge adaptée chez les patients. L’un des traitements utilisés en cas d’échec d’un traitement par laxatif et règle hygiénodiététique correctement mené est le naloxégol, médicament référencé dans notre centre depuis 2019. Objectifs : Evaluation des modalités de prescription au regard des recommandations dans la prise en charge de la constipation liée aux opioïdes. Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant les patients hospitalisés dans notre établissement et ayant fait l’objet d’une instauration de naloxégol entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2021. Critères recherchés dans les dossiers patients (recueillis sur tableur Excel™) : les données sociodémographiques (âge, sexe, service), la présence d’antalgiques opioïdes de palier II/III, les laxatifs associés, l’accompagnement de mesures hygiéno-diététiques, la présence de contre-indications, les données de prescription du naloxégol (posologie, interactions médicamenteuses, modalités d’administration), les effets indésirables signalés dans les 48 heures. Les critères d’exclusion étaient une instauration de Moventig® avant l’hospitalisation ou avant le début de l’étude. Résultats : Au total, 114 patients ont eu une prescription de naloxégol. Le sex-ratio Homme/Femme est 1,07 et l’âge moyen est 65,5ans (±15,5) [18-94] ans. Au regard des critères d’exclusion, 91 patients ont donc été inclus. Quatre-vingt-un (89%) patients étaient traités par antalgiques opioïdes dont 47 (52%) patients avaient une prescription de laxatif en systématique. Les règles hygiéno-diététiques (RHD) sont prescrites chez 18% des patients (n=16). Onze contre-indications ont été rapportées (cancer gastro-intestinal, occlusion et la non-indication chez les moins de 18ans). Les modalités de prescription : le taux de conformité de prescription retrouvée est de 70% (n=64/91) [posologie de 25 mg : 94% (n=60) patients et posologie de 12,5 mg : 15% (n=4)]. Le naloxégol était prescrit le matin à jeun chez seulement 8 patients (8,8%). Des interactions médicamenteuses sont à souligner dans 21% des prescriptions (n=19). Les effets indésirables ont été décrits chez 11% des patients (diarrhée, douleurs abdominales, nausées). Conclusion ou Discussion : La présence d’un antalgique et la prescription de laxatifs en systématique avant l’instauration ainsi que la posologie du naloxégol étaient majoritairement conformes aux recommandations (3-4-5). La prise à jeun et la prescription des RHD sont non-conformes dues à une prescription compliquée sur logiciel. Au contraire, la recherche de contre-indication telle qu’une occlusion ou cancer et les interactions médicamenteuses sont peu conformes. Il serait intéressant d’avoir un protocole s’insérant automatiquement dans l’ordonnance lors des prescriptions avec des messages d’alerte à respecter lors de la dispensation.

Bibliographie

1. Clère F. Constipation induite par les opioïdes : état des lieux et nouvelles approches. Douleurs-Diagn- Paru en octobre 2009; 10(5):237-43. (Doi : 10.1016/j.douler.2009.07.001) 2. https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/constipation-de-l-adulte-2484.html#prise-encharge (Consulté 5/04/22) 3. https://hoptimal.vidal.fr/medicament/moventig\_12\_5\_mg\_cp\_pellic-150249.html (Consulté le 28/03/22) 4. https://hoptimal.vidal.fr/recherche.html?q=MOVENTIG%2025%20MG%20CP%20PELLIC (Consulté le 28/03/22) 5. Buxeraud J. et al, Les nouveaux médicaments en gastro-entérologie, métabolismenutrition et pneumologie ; Volume 57, Issue 577, Supplement, June 2018, Pages 30-36 (doi.org/10.1016/j.act/ha.2018.03.018)

**Cohorte nationale eDOL des patients souffrant de douleur chronique : point d'étape à un an.**

Submission ID

106

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Le groupe ePAINn, créé par la Fondation Institut Analgesia et constitué de 21 Structures Douleur Chronique (SDC), a initié la création d’une cohorte nationale de patients douloureux chroniques avec pour objectif principal une meilleure caractérisation des patients et ainsi permettre d’aboutir à des stratégies thérapeutiques plus personnalisées. L’objectif a été d’abord de concevoir et évaluer la faisabilité d’une solution numérique trois en un, « eDOL » (1) : 1) une application smartphone pour les patients leur permettant de renseigner leur état à l’inclusion (à l’aide de plusieurs questionnaires/échelles) et de suivre leur évolution au cours du temps (à l’aide de baromètres pour quantifier plusieurs paramètres, reflets de leur vécu et leur mode de vie ; 2) une plateforme internet permettant au médecin de visualiser graphiquement les données renseignées par les patients (et ainsi de comprendre comment le patient évolue entre les consultations) et de renseigner des données cliniques et thérapeutiques ; 3) un entrepôt collectant l’ensemble de ces données après pseudonymisation avec une autorisation d’appariement avec les données de consommation du Système National des Données de Santé et accessible aux équipes de recherche : biostatisticiens, chercheurs en machine learning et cliniciens, pour des analyses visant à identifier des clusters de patients dont la sensibilité différentielle aux traitements sera évaluée dans une perspective de personnalisation thérapeutique. Après un démarrage échelonné des 21 SDC depuis septembre 2021, ce sont plus de 1000 patients qui ont déjà été inclus à mi-2022. Trois-quarts des patients inclus sont des femmes, et l’âge moyen est de 50 ans. 23% sont en arrêt de travail à cause de la douleur chronique, et 20% bénéficient de l’Allocation Adulte Handicapé ou d’une invalidité. Plus de six patients sur dix souffrent de douleur chronique depuis plus de trois ans, 32% depuis plus de dix ans. Les traitements cinq principaux médicaments antalgiques retrouvés chez ces patients sont : paracétamol 48%, opioïdes 48% (tramadol 39%), Antidépresseurs tricycliques 23% (amitiptyline 87%), antiépiletiques 30% (prégabaline 61%), antidépresseurs IRSNa (duloxétine 67%) et anti-inflammatoires non stéroïdiens 20%. La mise en place de cette cohorte nationale, avec un objectif minimum de 5000 patients inclus, apportera des données utiles à la caractérisation des douleurs et des profils cliniques de réponses aux traitements. Son appariement avec le SNDS permettra notamment des études médico-économiques et pharmacoépidémiologiques.

Bibliographie

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

**Comment expliquer, simplement, à nos patients, le lien entre la douleur chronique, la fatigue chronique et le microbiote.**

Submission ID

81

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La recherche sur le thème du microbiote s’impose de plus en plus dans toutes les pathologies chroniques. La présence d’une dysbiose (altération du microbiote) permet d’expliquer de nombreux symptômes chez nos patients douloureux chroniques. La correction d’une dysfonction du microbiote, représente donc un espoir réel. Par contre au niveau thérapeutique, la maitrise de la flore intestinale reste complexe. La diététicienne formée à la discipline micronutritionnelle proposera des changements nutritionnels parfois difficile à appliquer. L’objectif de ce travail est d’offrir au patient la possibilité de comprendre que certains symptômes chroniques dont il souffre sont liés à une dysbiose. C’est cette connaissance qui permettra à certains patients d’accepter de changer durablement ses habitudes de vie. Avant la première consultation, sur la convocation, le patient est invité à scanner un flash code pour visualiser une vidéo sur ce thème complexe ‘’du lien entre microbiote et la douleur chronique ou bien avec la fatigue chronique’’. -Cela permet au patient d’avoir une écoute active pendant la consultation, il pourra poser des questions ciblées ou bien exprimer rapidement un refus pour ce mode de prise en charge. -Cela permet au médecin d’ajuster son argumentation et le temps de consultation aux souhaits du patient, afin de l’orienter vers le programme d’éducation thérapeutique (ETP) qui lui correspond. La consultation anti-douleur de Clermont Ferrand a intégré le thème du microbiote dans son programme d’ETP. Après la première consultation, les vidéos pourront être revues et partagées, ce qui permettra une meilleure reconnaissance de la complexité de cette maladie invisible vis-à-vis de l’entourage. Plusieurs centres proposent cette information sous forme de vidéos courtes : -A Reims, le Dr Frédérique Arndt, PH, propose une vidéo à partir des schémas réalisés en consultation pour expliquer à ses patients le lien entre le microbiote et les douleurs chroniques. https://eqrcode.co/a/Cn3rWq -Au Mans, les Docteurs Juhel-Voog et Gaillard ont créé une association qui propose des vidéos pour expliquer le lien entre le microbiote et la fibromyalgie. https://eqrcode.co/a/9ybSRj -A Lyon, le Dr Grégoire Cozon, MCU, est l’auteur de plusieurs publications scientifiques, d’ouvrages et de vidéos sur le thème du microbiote et de la fatigue chronique. https://eqrcode.co/a/mA6kf7 SUR LE POSTER EXPOSE A LILLE LES LIENS SERONT REMPLACES PAR DES QR CODES

**De l’importance d’une activité spécialisée en douleurs oro-faciales : à propos d’une douleur dentaire d’origine cancéreuse**

Submission ID

90

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Les douleurs oro-faciales, représentent une entité nosologique complexe, à la croisée de plusieurs professions et spécialités médicales, dont le diagnostic et la prise en charge sont encore insuffisantes à ce jour, notamment du fait de la grande spécificité et complexité du système nociceptif trigéminal dont elles sont tributaires [1]. Parmi ces douleurs, la douleur dentaire (odontalgie) est la plus fréquente, secondaire à une pathologie locale (carie dentaire, pulpite…) dans la vaste majorité des cas. Néanmoins, des étiologies non odontogènes ont également été rapportées, fréquemment méconnues tant des spécialistes de la région oro-faciale (chirurgiens-dentistes, stomatologues, ORL…) que des autres spécialités médicales et professions de santé, à l’origine d’une importante errance diagnostique et d’une iatrogénie conséquente. Ceci est d’autant plus problématique en cas d’odontalgie non odontogène secondaire à une pathologie grave, notamment cancéreuse, tel que rapporté dans la littérature [2-6]. Afin d’illustrer cette problématique, nous rapportons le cas d’un patient de 64 ans, initialement adressé en consultation spécialisée douleurs oro-faciales pour diagnostic et prise en charge d’une odontalgie mandibulaire droite chronique inexpliquée évoluant depuis plus d’un an. Celui-ci rapportait des douleurs continues irradiantes à type de décharges électriques dans le territoire du V3 droit ainsi qu’une dysesthésie d’apparition et d’aggravation croissante depuis 1 an, associées à une perte de poids et une fatigue intense. L’examen clinique retrouvait une tuméfaction érythémateuse massétérine et infra-temporale droite associée à une hypoesthésie hémilinguale droite. L’IRM objectivait un processus expansif hétérogène de l’espace masticateur droit évoquant un rhabdomyosarcome. Une cytoponction réalisée en milieu spécialisé retrouvait des cellules tumorales malignes fusiformes et pléomorphes STAT6+ en faveur d’une tumeur fibreuse solitaire, une forme rare de sarcome des tissus mous [7-8]. Après avis auprès d’une RCP sarcome, le patient a bénéficié d’une pelvi-mandibulectomie droite interruptrice avec curage ganglionnaire et reconstruction par lambeau de grand dorsal. Au contrôle à 6 mois, l’état local était satisfaisant mais le bilan d’extension retrouvait des métastases hépatiques, cérébrales et pulmonaires. Ainsi que l’illustre ce cas, le diagnostic précoce des odontalgies non odontogènes revêt une importance capitale en particulier en cas d’étiologies graves, notamment malignes. A ce titre, une prise en charge précoce au sein d’une consultation spécialisée en douleurs oro-faciales devrait permettre d’améliorer le diagnostic et donc in fine le pronostic de ces cas graves.

Bibliographie

1 – Moreau N, Boucher Y. A-t-on perdu la tête ? Plaidoyer pour l’étude et la prise en charge des douleurs oro-faciales. Douleur et Analgésie 2022;35:43-45. 2 – Cherif E, Ben Hassine L, Azzabi S, Kaoueche Z, Boukhris I, Khalfallah N. Une douleur dentaire inhabituelle ! Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2013;114(2):94-6. 3 – Imholz B, Lombardi T, Scolozzi P. Odontalgie : quand évoquer une tumeur de l’angle ponto-cérébelleux ? Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2015;116(3):161-5. 4 – Hassona Y, Almuhaisen G, Almansour A, Scully C. Lymphoma presenting as a toothache: a wolf in sheep’s clothing. BMJ Case Rep. 2017;2017:bcr2016218686. 5 – Fatahzadeh M. Primary diffuse large B-cell lymphoma of mandible masquerading as a toothache. Quintessence Int. 2020;51(1):50-55. 6 – Hanifa FA, Zazo A, Fares MK, Al Hashemi M, Bazkke B, Haddad B, Niazi A. Managing misdiagnosed gingival squamous cell carcinoma (GSCC) with occult symptoms: A report of two cases. Ann Med Surg. 2021;69:102820. 7 – Nunes FB, Sant’Ana MSP, Silva AMB, Agostini M, Silva Canedo NH, de Andrade BAB, Romanach MJ, Correa DL, Tomasi RA, Radhakrishnan R, Gomez RS, de Sousa SF, Brennan PA, Fonseca FP. Solitary fibrous tumour of the oral cavity: An update. J Oral Pathol Med. 2020;49(1):14-20. 8 – Cox DP, Daniels T, Jordan RC. Solitary fibrous tumor of the head and neck. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010;110(1):79-84.

**Défauts d’interaction entre le microbiote et la barrière épithéliale intestinale : un nouvel acteur impliqué dans les troubles digestifs observées chez les patientes douloureuses pelviennes chroniques.**

Submission ID

21

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Les douleurs pelvi-périnéales chroniques (DPC) sont fréquentes chez les femmes et altèrent sévèrement leurs qualité de vie. Les troubles digestifs associés sont invalidants et leur fréquence est mal connue dans cette population. Les objectifs de cette étude étaient (1) de caractériser les troubles digestifs de patientes DPC (2) de déterminer si une dysbiose du microbiote intestinal ou une altération de ses métabolites était retrouvée chez les femmes douloureuses avec symptômes digestifs (DPC+) comparativement aux femmes douloureuses sans symptômes (DPC-) ou à des contrôles sains (CT) ; (3) d’évaluer la capacité du surnageant fécal (SF) des patientes DPC+ à induire des modifications de la barrière épithéliale intestinale dans un modèle murin. Matériel et méthodes : questionnaire ROME IV et barostat rectal de patientes DPC (n=40). Analyse 16S (microbiote) et par spectrométrie de masse (50 métabolites) des fécès d’une population de DPC+ (n=15), DPC- (n=15) et CT (n=16). Lavement colique de souris prétraitées par antibiothérapie avec du SF de DPC+ (n=5), DPC- (n=5) et CT (n=5). Sacrifice puis analyse de la perméabilité colique, analyse transcriptomique haut débit et analyse immuno-histologique de la barrière muqueuse colique distale. Résultats : 60% des patientes DPC présentaient des troubles du transit sur les 3 derniers mois (30% alternance diarrhée/constipation, 22% constipation et 8% diarrhée). Un abaissement significatif du seuil de douleur à la distension rectale était retrouvé chez les DPC+ comparativement aux DPC- et aux contrôles. La douleur ressentie lors de l’examen (EVA) était corrélée à l’intensité des troubles digestifs (p=0,04). Une augmentation de la richesse du microbiote intestinal (nombre d’ASV, p=0.046) et une baisse de la béta-diversité (PCOA, p=0,009) était retrouvée dans la population DPC+ comparativement aux DPC- et aux CT. Une modification de sa composition (22 bactéries différentiellement retrouvées entre les groupes au niveau des ASV). De plus, une augmentation significative de 5 métabolites lipidiques inflammatoires et d’un métabolite bactérien (lithocholique acide) a été retrouvée, ainsi qu’une diminution du butyrate dans les fécès de patientes DPC par rapport aux CT. Chez la souris, la perméabilité colique n’était pas modifiée mais l’expression ARNm de Muc2 et d’un réseau de 8 gènes associés étaient sous-exprimés chez les souris traitées avec SF de patientes DPC+ comparativement aux deux autres groupes. Cette altération significative du mucus colique a également été retrouvée à l’aide d’un marquage Muc2 en immunohistochimie. Conclusion : Le microbiote et les métabolites des fécès des patientes DPC+ pourraient altérer la barrière de mucus chez ces patientes et contribuer aux troubles digestifs observées.

**Douleur et émotions lors d’un passage aux urgences : premiers résultats de l’étude SOFTER IV -POSTER**

Submission ID

61

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

En 2019, les services d’urgences en France enregistraient environ 22 millions de passages (1), autant d’occasions de forts ressentis, douleur, stress, émotions, soit en lien direct avec le motif du recours aux urgences, soit en raison de la prise en charge elle-même. Or si les ressentis sont utiles, ils peuvent parfois devenir pathologiques et/ou influencer le développement de problèmes de santé futurs comme les syndromes post-traumatiques (2) ou les douleurs chroniques (3). Une attention toute particulière à ces ressentis, soulagement de la douleur, gestion du stress, régulation adaptée des émotions, représente donc un levier d’amélioration de la prise en charge aux urgences, et donc un fort enjeu de santé publique. Jusqu’à présent, les travaux issus d’études cliniques s’intéressent à un ressenti particulier, douleur ou stress (4–9), et rarement aux émotions ou à l’interaction entre ces ressentis. L’étude proposée a pour objectif de décrire la douleur et les émotions, ainsi que les interactions entre douleur, stress et émotions dans un contexte de services d’urgences adultes. Elle s’appuie sur les données d’un vaste essai randomisé mené dans le cadre d’un PHRC national (étude SOFTER - Stress FOllowing Trauma at the Emergency Room), et d’un volet spécifique sur la douleur chronique avec le soutien de la Délégation à la sécurité routière et de la Fondation APICIL. La phase de recrutement a démarré en octobre 2021 et se terminera en juin 2022. A ce jour, plus de 2000 patients ont été inclus, et 1190 ont répondu aux questionnaires d’entrée et de sortie du service des urgences. Les analyses sont en cours et les résultats seront présentés lors du congrès. Sur la base des questionnaires complétés à l’entrée et à la sortie, il est prévu de réaliser une description fine des ressentis : émotions au moment de l’événement (questions appartenant à l’échelle de symptômes post-commotionnels RIVERMAID (10)) ; douleur aigüe (mesurée par l’échelle numérique de 0-10 (11) ), et émotions à l’entrée et à la sortie des urgences (interrogées grâce à la roue des émotions (12)). Les interactions entre ces ressentis, ainsi qu’avec le stress (stress perçu sur une échelle de 0 à 10) seront étudiées ainsi que l’évolution des ressentis entre l’entrée et la sortie des urgences. Cette étude constitue le premier volet d’une recherche sur les déterminants d’une douleur chronique 1 an après un traumatisme (étude POSTER), et qui s’intéresse plus particulièrement au rôle des émotions.

Bibliographie

1. DREES. Les établissements de santé [Internet]. 2021 [cité 2 mai 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021#toc-fiches 2. Gil-Jardiné C, Al Joboory S, Jammes JTS, Durand G, Ribéreau-Gayon R, Galinski M, et al. Prevention of post-concussion-like symptoms in patients presenting at the emergency room, early single eye movement desensitization, and reprocessing intervention versus usual care: study protocol for a two-center randomized controlled trial. Trials. 12 oct 2018;19(1):555. 3. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. J Psychosom Res. 1 avr 2018;107:38‑45. 4. Abdolrazaghnejad A, Banaie M, Tavakoli N, Safdari M, Rajabpour-Sanati A. Pain Management in the Emergency Department: a Review Article on Options and Methods. Adv J Emerg Med. 2018;2(4):e45. 5. Holm L, Fitzmaurice L. Emergency department waiting room stress: can music or aromatherapy improve anxiety scores? Pediatr Emerg Care. déc 2008;24(12):836‑8. 6. Iserson KV. An hypnotic suggestion: review of hypnosis for clinical emergency care. J Emerg Med. avr 2014;46(4):588‑96. 7. Motov SM, Vlasica K, Middlebrook I, LaPietra A. Pain management in the emergency department: a clinical review. Clin Exp Emerg Med. déc 2021;8(4):268‑78. 8. Oriot D, Trigolet M, Kessler DO, Auerbach MA, Ghazali DA. Stress: A Factor Explaining the Gap Between Simulated and Clinical Procedure Success. Pediatr Emerg Care. 1 déc 2021;37(12):e1192‑6. 9. Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, et al. [National survey of emergency management of acute pain in prehospital setting]. Ann Fr Anesth Reanim. déc 2004;23(12):1149‑54. 10. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NEG, Wade DT. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. J Neurol. 1995;242(9):587‑92. 11. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs. août 2005;14(7):798‑804. 12. Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured? Soc Sci Inf. 1 déc 2005;44(4):695‑729.

**DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS AUX URGENCES ATTITUDES, PRATIQUES ET CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTE Enquête réalisée au niveau du service des urgences de l’E.P.H.ARRIS**

Submission ID

50

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Problématique : Quelles sont les connaissances, les pratiques, et les attitudes, des professionnels de santé à l’égard de «la douleur induite par les soins» ? Objectifs de l’ enquête 1-Objectif global Notre enquête visant à évaluer la perception des soignants vis-à- vis de la prise en charge de la douleur induite par les soins et à analyser leurs pratiques 2-Objectifs spécifiques 21. Déterminer le niveau de connaissances et attitudes du personnel sur les normes de prise en charge de la douleur. 22. Identifier les stratégies pour la prise en charge efficace de la douleur et en particulier les douleurs induites par les soins. 23. proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge de ce type de douleurs.. Matériel et Méthode du travail : QUESTIONNAIRE D’ENQUETE: Anonyme: Comprend des questions ouvertes, directes qui permettent de recueillir les informations susceptibles de vérifier et en relation directe avec nos interrogations. Population d'étude La taille de l'échantillon a été déterminée à l'aide d'une technique d'échantillonnage. L'OMS préconisant un échantillon variant de 1 à 50% de la population cible qui est composée de 30 personnes présentant 50% de personnel des urgences de l’EPH dont : -10 Médecins des URGENCES - 20 ISP Résultats  La prise en charge des douleurs induites est non satisfaisante selon 90% des enquêtés  76,5% des enquêtés pensent provoquer des douleurs lors des soins Notons aussi que la tranche d’âge la plus touchée se situe entre 60 et 80 ans pour les deux sexes, et la tranche d’âge la moins touchée est comprise entre 20 et 39 ans pour les 2 sexes  100% du personnel affirment l’absence de protocoles de prise en charge des douleurs induites dans le service..  Il n’ya que 43,3% qui ont parfois recours à un antalgique du palier 1 de l’OMS pour lutter contre les D.I.  Selon les enquêtés le retentissement psychologique des D.I est important 60%  Les réductions orthopédiques sont énumérés entre autres comme geste les plus pourvoyeurs de douleurs induites selon les enquêtés (43%)  Parmi les moyens nécessaires pour prendre en charge correctement une douleur induite selon les enquêtés la formation est citée à 60% .. Limites Obtenir de plus grands échantillons en incluant plus d’acteurs autour de ce type de douleurs (médecins privés, autres établissements de santé et centres anti- douleurs) s’avère plus fiable, mais couteux et difficile à réaliser… Conclusion  La prise en charge de la douleur, induite ou non, est insuffisante voire absente dans nos services d’urgences. L’amélioration passe par l’ensemble de l’équipe, médicale et paramédicale, afin qu’une réflexion sur des protocoles se développe autour des gestes invasifs douloureux pratiqués quotidiennement

**Éducation thérapeutique des patients fibromyalgiques pendant la cure thermale : un essai contrôlé, randomisé FiETT**

Submission ID

25

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

: La cure thermale est connue pour améliorer la qualité de vie et diminuer la douleur. Nous avons évalué l'efficacité (Questionnaire d'Impact de la Fibromyalgia -QIF) et la tolérance à 6 mois d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) spécifique de la fibromyalgie, ajouté à la cure thermale standardisée (SST) adaptée à la fibromyalgie, comparé à la SST seule, dans un essai contrôlé randomisé de supériorité. Nous avons recruté 157 patients, majoritairement des femmes, fréquentant des centres thermaux du Sud-Ouest de la France en 2015-2016, et nous les avons randomisés en SST + ETP (79) ou SST (78). L'analyse en intention de traiter, avec les valeurs manquantes considérées comme des échecs, a montré une tendance en faveur d'un bénéfice plus élevé, quoique non significatif, avec l'ETP plutôt que sans, avec un FIQ (−9 vs −3 ; p = 0,053) et sur l'intensité de la douleur (−1,1 vs −0,9; p = 0,58). Le soulagement de la douleur (+4,3 vs +3,2 ; p= 0,03) et la fatigue (Echelle de Pichot : −3,7 vs −1,6 ; p = 0,02) étaient significativement améliorés. Nous expliquons le défaut de bénéfice significatif de l'ETP, évalué à partir du FIQ, par le fait que nos participants, appartenant à des associations de patients fibromyalgiques, étaient déjà bien informés et bien encadrés. A noter, la bonne tolérance des cures thermales avec peu d’effets indésirables et surtout que 87% des patients du bras SST + TPE pratiquaient encore régulièrement, à 6 mois, les exercices physiques qui leur avaient été enseignés.

**Effets de la Prégabalinepériopératoire sur la Douleur Neuropathique Chroniques Post-Chirurgicale après Thoracotomie**

Submission ID

78

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

OBJECTIF: La thoracotomie est pourvoyeuse de Douleur Neuropathique Chronique PostChirurgicale (DNCPC) impactant ainsi la qualité de vie des patients. Nous avons évalué l’effet de la prégabaline périopératoire sur l’incidence de la DNCPC ainsi que l’impact de la DNCPC sur la santé mentale et physique. MÉTHODES: Notre étude était prospective randomisée type cas témoin incluant 50 patients classés ASA І ou ІІ proposés pour thoracotomie. Les critères d'exclusion étaient :la grossesse, la dysfonction hépatique ou rénale, un antécédent de traitement par prégabaline ou gabapentine et l’antécédent de douleurs chroniques préopératoires. La veille de l'acte, les patients du groupe prégabaline ont reçu 300 mg de prégabaline orale. Les témoins n’ont reçu aucun médicament. Le protocole anesthésique a été standardisé. En postopératoire, une analgésie multimodale (péridurale thoracique et morphine IV) a été instaurée. Le groupe prégabaline a reçu en postopératoire 150 mg par jour de prégabaline pendant 30 jours.Nous avons recueilli l'EVA au repos et la consommation de morphine IV jusqu’à H48 postopératoire. Six mois après la chirurgie, les patients ont été évalués à l'aide du score DN4 : un seuil>4 confirme la présence de DNCPC. L'impact de la DNCPC sur la santé mentale et physique a été évalué à l’aide du Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) et de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Résultats: 25 patient ont été recrutés dans chaque groupe. Les 2 groupes étaient comparables(caractéristiques démographiques, chirurgicales et anesthésiques). Au bout de H48 postopératoire, l'EVA et la consommation moyenne de morphine étaient significativement réduites dans le groupe prégabaline (p< 0,001). À 6mois,76 % des patients du groupe témoin présentaient une DNCPC contre 36 % dans le groupe prégabaline (p = 0,01). L’impact de la DNCPC sur la santé mentale et physique évalué à l’aide du SF-36 et du HADS était significativement réduit dans le groupe prégabaline (Tableau I). Tableau I : Comparaison du SF-36 et du HADS entre les 2 groupes Pregabaline Témoin valeur de P SF-36 Activité physique (PF) 69,2 ± 17,3 48± 19,1 0,84 Limitations dues à l’état physique (RP) 61 ± 40 48 ±33 0,01 Limitations dues à l’état psychique (RE) 56 ± 41 41± 40 0,27 Vitalité (VT) 52 ± 16 36 ± 10 0,003 Santé psychique (MH) 55,8 ± 19 45,9 ± 9,9 0,002 Vie et relation avec les autres (SF) 63,2 ± 25 60 ± 22 0,04 Douleurs physiques (BP) 53,3 ± 24 28,5 ± 20 0,06 Santé perçue (GH) 49,5 ± 12,4 41,4±7,7 0,03 HADS Anxiété 8,2±1,4 10,4±3,5 0,002 Dépression 4,7±1,8 10,7±4,2 0,004 CONCLUSION: La prégabaline améliore l'analgésie postopératoire d’une thoracotomie et réduit efficacement l'incidence de la DNCPC ainsi que son impact sur la santé mentale et physique.

**Efficacité d’une application numérique de santé sur la douleur et l’anxiété pendant une chirurgie de la cataracte**

Submission ID

9

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La chirurgie de la cataracte est l’une des interventions les plus couramment pratiquées dans le monde. Malgré la sédation pouvant être administrée, les patients peuvent éprouver un état d’anxiété considérable avec un certain niveau de douleur pendant la procédure. Des publications récentes ont décrit les effets potentiels des interventions musicales adaptées sur la douleur et l’anxiété [1,2]. Objectif : Démontrer les effets d’une application numérique de santé (Music Care© : intervention musicale) sur la douleur intra et post-opératoire pendant une chirurgie de la cataracte effectuée sous anesthésie locale. Méthode : Cet essai clinique contrôlé, randomisé, en simple aveugle était composé de 2 bras et a eu lieu dans un seul centre à l’hôpital Cochin à Paris, en France. Les patients qui devaient subir une première chirurgie de la cataracte oculaire sous anesthésie locale ont été sélectionnés entre février 2017 et juillet 2018 pour participer à l’étude. Interventions : Les patients ont été randomisés dans le bras expérimental (Music Care, application Web selon la technique en « U » [3]) ou le bras contrôle (casque antibruit sans musique) pendant 20 minutes avant l’intervention chirurgicale. Critères principaux et mesures : Le niveau d’anxiété évalué à l’aide de l’échelle visuelle analogique a été recueilli avant et après l’intervention musicale. Le niveau de douleur a été évalué à l’aide de l’échelle numérique d’évaluation, pendant l’intervention chirurgicale, avant la décharge et sept jours après l’intervention. L’occurrence d’au moins 1 événement hypertensif pendant l’intervention chirurgicale et les traitements de sédation ont également été évalués. Résultats : Au total, 243 patients ont été inclus : 119 dans le groupe d’intervention et 124 dans le groupe contrôle. Le niveau d’anxiété était significativement plus faible dans le groupe musique (respectivement, 1,3 ± 1,1 vs 3,2 ± 2,2; p < 0,05). Les patients du groupe musique ont signalé un niveau moyen de douleur plus faible pendant l’intervention chirurgicale et avant la décharge comparativement au groupe contrôle (respectivement, 1,2 ± 0,5 contre 2,1 ± 1,1, p = 0,03 et 0,23 ± 0,4 contre 0,81 ± 0,7, p = 0,04). L’incidence d’événement hypertensif et le nombre d’injections de sédatifs nécessaires pendant l’intervention chirurgicale ont été significativement plus faibles dans le groupe musique que dans le groupe contrôle. Conclusion : Pour les participants semblables à ceux qui participent à l’étude, l’essai suggère qu’une intervention musicale personnalisée sur application Web avant une chirurgie de la cataracte pourrait être envisagée pour réduire l’anxiété, la douleur et l’hypertension ou réduire le besoin de médicaments sédatifs.

Bibliographie

[1] Bradt J, Dileo C, Shim M. Music interventions for preoperative anxiety. Cochrane Database Syst Rev. CD006908. https://doi.org/10.1002/ 14651858.CD006908.pub2 [2] Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. J Adv Nurs. 2019;75:502-516. [3] Guetin S, Ginies P, Siou DK, Picot MC, Pommie C, Guldner E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. The Clinical journal of pain. 2012; 28(4), 329-337.

**Epidémiologie de la douleur chez les patients atteints de mucoviscidose et suivis au CHU de Rouen - MUCODOL**

Submission ID

19

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La douleur est une complication fréquente de la mucoviscidose. L’objectif principal de notre étude était d’évaluer l’intensité et la fréquence des épisodes douloureux chez les patients atteints de mucoviscidose et suivis au CRCM du CHU de Rouen. Méthodologie : Etude épidémiologique observationnelle, descriptive, prospective et monocentrique au CHU de Rouen, du 1er Novembre 2019 au 31 Mai 2020. Les patients consultant au CRCM remplissaient un questionnaire rétrospectif sur les 3 derniers mois, ainsi qu’un agenda prospectif sur les deux semaines suivant la consultation. Les critères de jugement principaux étaient l’intensité (échelle numérique d’auto ou hétéro-évaluation par les parents selon l’âge) et la fréquence des épisodes douloureux. Résultats : 104 patients ont été inclus (47 adultes et 57 enfants), 80 agendas des douleurs ont été retournés (77%). Les épisodes douloureux étaient fréquents et intenses puisqu’un patient sur deux avait des douleurs ≥ 3/10 au moins 3 jours sur 14 et un patient sur quatre avait des douleurs ≥ 7/10 au moins 2 jours sur 14. L’intensité et la fréquence des épisodes douloureux n’étaient pas significativement corrélées à la sévérité de la mucoviscidose mais significativement corrélées à l’âge. Les localisations douloureuses les plus fréquentes étaient les douleurs abdominales, les céphalées, les dorsolombalgies et les douleurs thoraciques. Les antalgiques étaient sous-utilisés (35,5% des évènements douloureux amenaient à une prise d’antalgique). Les douleurs avaient un impact sur la vie quotidienne, 30% des sujets rapportaient un absentéisme scolaire ou professionnel sur les trois derniers mois et un quart des sujets avaient eu au moins une journée avec des activités compromises et une nuit avec réveil nocturne en lien avec la douleur sur les 14 jours de l’agenda. Conclusion : Les douleurs sont fréquentes chez les patients atteints de mucoviscidose et nécessitent un dépistage systématique lors des consultations de suivi ainsi qu’une prise en charge multidisciplinaire individualisée. Mots clés : Mucoviscidose, douleur, épidémiologie, enfants, adultes

Bibliographie

1. Centre de référence Mucoviscidose. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Mucoviscidose. 2017. 2. HAS. Le dépistage néonatal systématique de la mucoviscidose en France : Etat des lieux et perspectives après 5 ans de fonctionnement. 2009. 3. Bellis G, Dehillotte C, Lemonnier L. Registre français de la mucoviscidose : Bilan des données 2017. Registredelamuco.org; 2019. 4. IASP. IASP Terminology - IASP [Internet]. 2011 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain 5. Lee AL, Rawlings S, Bennett KA, Armstrong D. Pain and its clinical associations in individuals with cystic fibrosis : A systematic review. Chron Respir Dis. 2016;13(2):102‑17. 6. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain ? Pain Clin Updat. 2003;11(2):1‑4. 7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe : prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain Lond Engl. 2006;10(4):287‑333. 8. Brudvik C, Moutte S-D, Baste V, Morken T. A comparison of pain assessment by physicians, parents and children in an outpatient setting. Emerg Med J. 2017;34(3):138‑44. 9. Khin Hla T, Hegarty M, Russell P, Drake-Brockman TF, Ramgolam A, von Ungern-Sternberg BS. Perception of pediatric pain : a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. Paediatr Anaesth. 2014;24(11):1127‑31. 10. Brahmbhatt A, Adeloye T, Ercole A, Bishop SM, Smith HL, Wheeler DW. Assessment of post-operative pain in children : who knows best ? Pediatr Rep. 2012;4(1):e10. 11. Rajasagaram U, Taylor DM, Braitberg G, Pearsell JP, Capp BA. Paediatric pain assessment : differences between triage nurse, child and parent. J Paediatr Child Health. 2009;45(4):199‑203. 12. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised : toward a common metric in pediatric pain measurement. Pain. 2001;93(2):173‑83. 13. Bailey B, Daoust R, Doyon-Trottier E, Dauphin-Pierre S, Gravel J. Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain. Pain. 2010;149(2):216‑21. 14. Tsze DS, von Baeyer CL, Pahalyants V, Dayan PS. Validity and Reliability of the Verbal Numerical Rating Scale for Children Aged 4 to 17 Years With Acute Pain. Ann Emerg Med. 2018;71(6):691-702.e3. 15. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults : a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011;41(6):1073‑93. 16. Masson A, Kirszenbaum M, Sermet-Gaudelus I. Pain is an underestimated symptom in cystic fibrosis. Curr Opin Pulm Med. 2017;23(6):570‑3. 17. Lechtzin N, Allgood S, Hong G, Riekert K, Haythornthwaite JA, Mogayzel P, et al. The association between pain and clinical outcomes in adolescents with cystic fibrosis. J Pain Symptom Manage. 2016;52(5):681‑7. 18. Ravilly S, Tourniaire B, Cimerman P. Pain in CF : a national survey on 1104 patients. J Cyst Fibros. 2009;8:S100. 19. Sermet-Gaudelus I, De Villartay P, de Dreuzy P, Clairicia M, Vrielynck S, Canoui P, et al. Pain in children and adults with cystic fibrosis : a comparative study. J Pain Symptom Manage. 2009;38(2):281‑90. 20. Hayes M, Yaster M, Haythornthwaite JA, Riekert KA, Nelson McMillan K, White E, et al. Pain is a common problem affecting clinical outcomes in adults with cystic fibrosis. Chest. 2011;140(6):1598‑603. 21. Nash EF, Ohri CM, Stephenson AL, Durie PR. Abdominal pain in adults with cystic fibrosis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014;26(2):129‑36. 22. Tabori H, Arnold C, Jaudszus A, Mentzel H-J, Renz DM, Reinsch S, et al. Abdominal symptoms in cystic fibrosis and their relation to genotype, history, clinical and laboratory findings. PloS One. 2017;12(5):e0174463. 23. Botton E, Saraux A, Laselve H, Jousse S, Le Goff P. Musculoskeletal manifestations in cystic fibrosis. Joint Bone Spine. 2003;70(5):327‑35. 24. Palazzo C, Ravaud J-F, Papelard A, Ravaud P, Poiraudeau S. The burden of musculoskeletal conditions. PLoS ONE. 2014;9(3). 25. Thornton J, Rangaraj S. Anti-inflammatory drugs and analgesics for managing symptoms in people with cystic fibrosis-related arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(1):CD006838. 26. Ravilly S, Robinson W, Suresh S, Wohl ME, Berde CB. Chronic pain in cystic fibrosis. Pediatrics. 1996;98(4 Pt 1):741‑7. 27. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. Curr Pain Headache Rep. 2013;17(6):341. 28. Hubert D, Soubeiran L, Gourmelon F, Grenet D, Serreau R, Perrodeau E, et al. Impact of osteopathic treatment on pain in adult patients with cystic fibrosis : a pilot randomized controlled study. PloS One. 2014;9(7):e102465. 29. Koh JL, Harrison D, Palermo TM, Turner H, McGraw T. Assessment of acute and chronic pain symptoms in children with cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol. 2005;40(4):330‑5. 30. Ayers S, Muller I, Mahoney L, Seddon P. Understanding needle-related distress in children with cystic fibrosis. Br J Health Psychol. 2011;16(Pt 2):329‑43. 31. Allgood SJ, Kozachik S, Alexander KA, Thaxton A, Vera M, Lechtzin N. Descriptions of the Pain Experience in Adults and Adolescents with Cystic Fibrosis. Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses. 2018;19(4):340‑7.

**Essai Clinique Multicentrique, Randomisé et Contrôlé sur l’Efficacité d’un Nouveau Dispositif de Neuromodulation dans la Fibromyalgie**

Submission ID

60

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La fibromyalgie est un syndrome complexe caractérisé notamment par des douleurs diffuses, des perturbations du sommeil, de la fatigue et des troubles cognitifs [1-3]. Il n’existe pas de traitement médicamenteux spécifique mais seulement des traitements symptomatiques. Une solution non médicamenteuse, composée d’un bracelet émetteur d’ondes millimétriques et d’un programme de coaching a été développée. L’application des ondes millimétriques sur une zone fortement innervée a des effets neuromodulateurs grâce à la libération d’endorphines et à l’activation du système parasympathique. Le coaching vise à améliorer l’adhésion des patients à cette technologie et ainsi optimiser l’observance et l’efficacité du traitement. Nous espérons démontrer l’efficacité de cette solution dans l’amélioration de la qualité de vie de personnes fibromyalgiques. Méthode : Les patients sont inclus et randomisés en deux groupes au sein de huit centres français. Il s’agit d’une étude de type intervention immédiate/intervention différée. Le groupe Immédiat bénéficie de la solution dès la randomisation en plus de la prise en charge conventionnelle. Le groupe Différé se voit remettre la solution lors du suivi à trois mois après évaluation du critère principal, le groupe Différé constituant alors le groupe comparateur avec prise en charge conventionnelle seule pendant ces trois mois. L’objectif de cette méthodologie est de limiter le biais de déception et de faciliter les inclusions. Il est recommandé aux patients de réaliser au minimum trois sessions de 30 minutes par jour. Le coaching, réalisé par un personnel de chaque centre formé au programme, comporte quatre séances à partir de la remise du bracelet. L’efficacité de la solution est évaluée en comparant le nombre de patients des deux groupes qui améliorent de manière significative leur qualité de vie sur le questionnaire d’impact de la fibromyalgie (FIQ) entre l’inclusion et le suivi à trois mois. Une diminution de score FIQ ≥14% est considérée comme cliniquement significative [4]. Les objectifs secondaires s’intéressent notamment à l’évolution du sommeil, de la douleur, de la fatigue, des traitements et soins, … Résultats : les 170 patients ont été inclus en 4.5 mois. Le suivi de neuf mois par patient est en cours. Une première analyse des critères de jugement est prévue dès que tous les patients auront réalisé leur visite à trois mois. Ces résultats sont attendus pour octobre 2022. Une seconde analyse sera réalisée une fois la phase d’investigation terminée. Conclusion : dans cette étude, nous espérons confirmer les effets de cette solution, basée sur une stimulation des endorphines et un programme de coaching, dans la douleur nociplastique et spécifiquement chez des patients fibromyalgiques.

Bibliographie

[1] Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. BMC musculoskeletal disorders. 2007;8(1):1–11. [2] Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier; 2015. p. 680–92. [3] Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. Patient education and counseling. 2008;73(1):114–20. [4] Bennett, R. Et al. (2009). Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. The Journal of Rheumatology, 36(6), 1304–1311.

**Est-il possible qu’une équipe puisse stigmatiser un patient douloureux chronique lors de son parcours de soins ? Enquête auprès des équipes soignantes du Groupe Hospitalier Bretagne Sud.**

Submission ID

87

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La présence d’antécédents psychologiques et/ou addictifs est fréquente chez les patients douloureux. Ils peuvent entrainer un risque de stigmatisation et de jugements par les équipes soignantes. La non-discrimination est inscrite au code de déontologie de l’IDE. Nous avons évalué cet impact auprès d’équipes soignantes du GHBS Méthode : Envoi de questionnaires auprès des médecins, secrétaires, IDE et AS des services de chirurgie, médecine polyvalente, oncologie/hématologie et urgences. Les questionnaires comprenaient 6 questions dont x ouvertes et x fermées avec répondes à choix multiples, quantitative et anonyme. Résultats : 120 questionnaires ont été envoyé, dont 53 ont été recueillis. Les pathologies rencontrées étaient une addiction dans 25% des cas, troubles psychologiques/psychiatriques dans 11% des cas, une déficience mentale dans 1% des cas. Ces situations sont jugées fréquente dans 51% des cas. Les soignants estiment que les antécédents psychologiques et/ou addictifs permettent d’avoir une bonne connaissance du patient (66%), de faire appel à des équipes transversales (62%), d’adapter les thérapeutiques (62%), d’adopter une posture professionnelle (40%). 85% des répondants estiment qu’un patient douloureux peut craindre d’être stigmatisé au cours d’une hospitalisation. Dans 43% des cas il s’agit de la crainte que la plainte douloureuse de soit pas entendue, 39% des cas une peur du jugement et dans 18% des cas une perte de confiance. Discussion : Le travail d’équipe hospitalier implique une transmission des antécédents des patients, avec un risque de stigmatisation important. Suivant les personnes, ces transmissions sont considérées comme associé à une modification positive ou négative du soin. Les soignants estiment principalement que les patients craignent que leurs plaintes douloureuses ne soient pas entendues, il apparait utile d’obtenir le point de vue des patients afin de compléter cette première évaluation.

Bibliographie

(1) https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2020/10/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-activit%C3%A9s-et-comp%C3%A9tences-juillet-2020-250920.pdf (2) https://www.has-sante.fr/jcms/c\_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation (3) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/#LEGISCTA000033496885https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000033482841/2016-11-28/ (4) https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-soulagement-souffrancesnon-obstination#:~:text=Article%2037%20%2DSoulagement%20des%20souffrances%2FNon%20obstination%20d%C3%A9raisonnable,-Le%20code%20de&text=En%20toutes%20circonstances%2C%20le%20m%C3%A9decin,%C3%A9tat%20et%20l'assister%20moralement. (5) Christine, Paillard. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers,2ème édition 2014.P33.34.77 (6) Michèle Grosjean, Michèle Lacoste. Communication et intelligence collective. Le travail à l’hôpital. Presses universitaires de France, coll. 1999,p.225 (7) De Ida Jean Orlando. La Relation dynamique infirmière-client. Éditions H.R.W. 1979 (8) www.pediatol.org Article : Nicolas Danziger. Empathie et douleur :la perception de la douleur d’autrui, Décembre 2013. (9) La stigmatisation de la douleur chronique Douleurs ELSEVIER MASSON Vol 21 JUIN ,2020 P1 09-116. (10) Revue des facteurs qui modulent les réponses cérébrale et comportementale à la douleur d’autrui REVUE Douleurs ELSEVIER MASSON Vol 13 OCTOBRE 2012 P 212-218.

**Étude coût-efficacité d’une consultation pharmaceutique sur la douleur post-opératoire dans un service de chirurgie ambulatoire.**

Submission ID

83

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : La chirurgie ambulatoire est en pleine expansion en France et s’accompagne d’une augmentation des risques d’échecs ambulatoires dus à la douleur. Une étude clinique menée dans un Centre Hospitalier Universitaire Français a montré qu'une consultation pharmaceutique pré-opératoire ciblée sur les antalgiques permettaient une diminution significative de la proportion de patients douloureux passant de 34% dans le groupe contrôle à 21% dans le groupe bénéficiant d'une consultation pharmaceutique. Objectif : Déterminer la coût efficacité d'une consultation pharmaceutique centrée sur la douleur en amont d’une opération en chirurgicale ambulatoire Matériel et méthode : Une étude coût-efficacité a été réalisée à partir des données cliniques extraites de l’étude du CHU français et complétées par des données de la littérature. Un modèle de type arbre décisionnel a été construit, intégrant les consommations de ressources liées à l’intervention pharmaceutique et ceux liés à la prise en charge des patients douloureux. Les données de coûts ont été extraites de l’échelle nationale de coûts et de la base de remboursement de la sécurité sociale. La différence intergroupe, exprimée en pourcentage de patients douloureux (patients bénéficiant ou non du programme de pharmacie clinique d’accompagnement préopératoire) a été isolé comme critère d’efficacité différentiel. A l'aide de ces données un ratio différentiel coût-résultat (RDCR, ou incremental cost-effectiveness ratio [ICER] en anglais) a été calculé. Des études de sensibilité déterministe (via un diagramme de tornade) et probabiliste (via un diagramme de Monte-Carlo représentant 1000 simulations) ont également ont été réalisées afin d'éprouver la robustesse du modèle. Les résultats ont été interprétés à partir de la propension à payer de l'étude de Jolanda et al (1). Résultats : L'ICER était de -17 euros par patient douloureux évité (€/PDE). L’analyse de sensibilité déterministe a révélé que le coût de l’échec ambulatoire et le salaire de l’intervenant étaient les deux facteurs qui influençaient le plus l’ICER. L’analyse probabiliste (1000 simulations) a démontré une stabilité des résultats satisfaisante avec 87.6% des simulations, qui se situait en-dessous du seuil de propension à payer de 30 €/PDE. Discussion/conclusion : Une consultation pharmaceutique centrée sur la prise en charge de la douleur préalable à une intervention chirurgicale est coût-efficace à la valeur seuil de 30 €/PDE sous réserve que le salaire de l’intervenant n’excède pas celui d’une assistant pharmacien. Avec les données initiale l'intervention pharmaceutique était même dominant permettant une économie de 17€/PDE. D’après les différentes analyses de sensibilités le modèle semble être stable et les résultats robustes. La mise en place d’une telle intervention s’inscrit ainsi de manière efficiente dans un parcours de soins de chirurgie ambulatoire.

Bibliographie

(1) Jolanda E. van den Bosch, Gouke J. Bonsel, Karel G. Moons, Cor J. Kalkman. Effect of Postoperative Experiences on Willingness to Pay to Avoid Postoperative Pain, Nausea, and Vomiting. Anesthesiology 2006; 104:1033–9

**Étude d'un atelier de photo-expression chez le patient douloureux chronique**

Submission ID

37

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction Les recommandations appellent à la pluridisciplinarité dans l'accompagnement du patient douloureux chronique, en impliquant notamment la prise en charge des facteurs amplifiants socio-psychologiques [1]. Reprenant la méthode du photolangage®, la photo-expression est un outil de médiation thérapeutique en groupe utilisé dans le domaine du soin psychique. Cet espace partagé confère une place particulière à la parole à travers la verbalisation émotionnelle et expérientielle du sujet au sein d’un groupe en activant les processus psychiques de symbolisation et d’association. [2,3,4] Au CETDC du Groupe Hospitalier Associatif UNEOS à Metz, nous proposons un atelier de photo-expression à nos patients hospitalisés selon une approche pluriprofessionnelle. Objectifs - Déterminer les objectifs de l’atelier, son contenu et le matériel nécessaire à sa réalisation - Évaluer l’intérêt suscité chez les patients douloureux chroniques participant à l’atelier et les perspectives d’amélioration Matériels et méthodes - Patients douloureux chroniques hospitalisés au CETDC du Groupe Hospitalier Associatif UNEOS - Étude menée sur 4 semaines (mai-juin 2022) - Animation de l’atelier par une psychologue et une infirmière - Remplissage d’un auto-questionnaire pré-établi avant et après l’atelier Résultats et discussion Résultats de l’étude à venir après recueil des données et étude des réponses. Objectif de 20 à 30 patients ciblés durant le test.

Bibliographie

[1] Barfety-servignat, V., Conradi, S., & Masselin-dubois, A (2020). Le psychologue en clinique de la douleur. IN PRESS [2] Vacheret, C. (1999). Le psychanalyste et le groupe à médiation. Revue française de psychanalyse, 879-890. https://doi.org/ [3] Finkelstein, C. & Vacheret, C. (2012). Groupes photolangage® avec des patients psychosomatiques et des patients souffrant de crises de panique. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 59, 201-216. https://doi.org/10.3917/rppg.059.0201 [4] Le Breton, D. (2017). Tenir : Douleur Chronique et réinvention de soi. Ed. Métailié.

**Étude de l’activité cérébrale en réponse à une stimulation sensorielle suite à l’application d’une onde millimétrique**

Submission ID

63

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Financement du protocole de recherche clinique par l'entreprise fournissant le bracelet

Résumé (430 mots maximum)

Introduction L’application d’une onde millimétrique (OMM) au poignet est actuellement étudiée dans le cadre du soulagement des douleurs chroniques. Si ses effets semblent confirmés par les études en cours, son mécanisme d’action reste hypothétique. L’une des hypothèses serait que ce type d’onde aurait un effet activateur infra sensitif des récepteurs nociceptifs périphériques [1,2,3], responsable de la mise en route d’une boucle de rétroaction à effet central, impactant l’activité électrique cérébrale. Cette étude avait pour but de déterminer si l’application d’OMM modifie l’activité électrique cérébrale en réponse à un stimulus somesthésique. Matériel et Méthode Après approbation du CPP nous avons réalisé une étude prospective mono-centrique en double aveugle sur 10 volontaires sains. Nous avons enregistré les potentiels évoqués somesthésiques avant et après application d’OMM au poignet pendant 30 minutes. Chaque volontaire a bénéficié de 2 sessions d’enregistrement à quelques jours d’intervalle. Chaque session comportait un dispositif actif ou inactif, dont l'ordre était tiré au sort et inconnu de l'équipe investigatrice comme du volontaire. L’exploration de l’activité cérébrale a été réalisée en magnétoencéphalographie (MEG). La MEG est une technique non invasive, proche de l’EEG, offrant une grande résolution temporelle et permettant l’étude des dynamiques cérébrales. Les enregistrements ont été réalisés au repos (activité cérébrale spontanée) et avec une stimulation sensitive délivrée au niveau du pouce gauche [4] afin d’étudier spécifiquement l’effet des OMM sur les circuits somesthésiques. Ce choix de paradigme est motivé par le recouvrement entre les voies d’activations somesthésiques et le circuit de la douleur [5]. Résultats Les résultats préliminaires montrent que l’activité cérébrale en réponse au stimulus sensitif est différente dans l'une des deux conditions (placebo ou OMM). Cette différence est localisée au niveau de l’aire somatosensorielle SII controlatérale à la stimulation. Discussion Ces résultats montrent que l’application d’OMM au poignet modifie la perception centrale d’un stimulus sensoriel. En effet, la réponse centrale à un stimulus sensoriel périphérique est d’abord recueillie sur l’aire primaire SI, puis ensuite modulée au niveau de l’aire SII. Dans notre étude, cette modulation est différente suivant l’application ou non d’OMM. Ceci conforte l’hypothèse d’un mécanisme d’action de l’OMM médié au niveau central. Cette neuromodulation pourrait expliquer les effets de l’OMM sur la perception douloureuse. Conclusion La neuromodulation centrale liée à l’application d’OMM au poignet mise en évidence au cours de cette étude ouvre la voie à l’étude des mécanismes d'action des OMM chez les patients douloureux chroniques.

Bibliographie

[1] A. Radzievsky, O. V. Gordiienko, S. Alekseev, I. Szabo, A. Cowan, et M. C. Ziskin, « Electromagnetic millimeter wave induced hypoalgesia: frequency dependence and involvement of endogenous opioids », Bioelectromagnetics, vol. 29, no 4, p. 284‑295, mai 2008, doi: 10.1002/bem.20389. [2] T. I. Usichenko et H. F. Herget, « Treatment of chronic pain with millimetre wave therapy (MWT) in patients with diffuse connective tissue diseases: a pilot case series study », Eur J Pain, vol. 7, no 3, p. 289‑294, 2003, doi: 10.1016/S1090-3801(02)00125-8. [3] T. Partyla, H. Hacker, H. Edinger, B. Leutzow, J. Lange, et T. Usichenko, « Remote Effects of Electromagnetic Millimeter Waves on Experimentally Induced Cold Pain: A Double-Blinded Crossover Investigation in Healthy Volunteers », Anesth. Analg., vol. 124, no 3, p. 980‑985, 2017, doi: 10.1213/ANE.0000000000001657. [4] N. André-Obadia et F. Mauguière, « Potentiels évoqués en neurologie : réponses normales », EMC Neurologie, juill. 2015. [5] D. L. Morton, J. S. Sandhu et A. K. P. Jones, « Brain imaging of pain : state of the art », Journal of Pain Research, vol. 9, p. 613–624, 2016, http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S60433

**Etude des contrôles inhibiteurs descendants chez des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique actif, influence de l’introduction d’une biothérapie**

Submission ID

53

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Rationnel La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondyloarthrite (SpA) sont des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'intensité de la douleur n'est pas corrélée à l'activité de la maladie et la douleur peut persister sous traitement de fond même lorsque la rémission clinico-biologique semble atteinte. Lorsque le rhumatisme inflammatoire est actif, il existe une diminution des contrôles inhibiteurs descendants (CID). Le Tumoral Necrosis Factor (TNF) est impliqué dans des mécanismes périphériques mais aussi centraux, et son blocage peut inhiber rapidement la douleur. Dans ce contexte, la compréhension de l’action d’un traitement anti-TNF (mis en place pour le rhumatisme inflammatoire) sur ces CID pourrait permettre une meilleure compréhension des mécanismes de cette douleur persistante chez les patients sous traitement. Patients et Méthodes Étude bicentrique, en soins courants. Inclusion de patients ayant une PR ou une SpA active pour laquelle un traitement de fond par anti-TNF va être débuté. Étude des CID par la technique de conditioned pain modulation (CPM) avant initiation du traitement puis à 3 et 6 mois du début de l'anti-TNF. Comparaison de la cohorte à un groupe contrôle non douloureux chronique, n'ayant pas de rhumatisme inflammatoire, apparié en âge et en sexe. La CPM est réalisée en déterminant le seuil de première douleur au chaud sur l'avant-bras dominant. Puis réalisation d'un stimulus conditionnant douloureux intense : pied controlatéral au côté dominant plongé dans un bain d'eau froide à 8° pendant 1 minute puis mesure immédiatement après du seuil de première douleur au chaud. L'effet CPM est mesuré en différence de °C entre le seuil de douleur au chaud initial et après stimulus conditionnant. Résultats Cent patients (50 PR et 50 SpA) et 100 témoins ont été inclus, 59% de femmes, âge moyen 45,8 ans ; 87 patients ont débuté le traitement par anti-TNF, 74 ont été réévalués à 6 mois. A 6 mois 75% de PR et 66% de SpA évaluées avaient une bonne réponse thérapeutique. Entre baseline et la réévaluation à 6mois, l’effet CPM moyen est passé de 0,25°C à 2,96°C (p<0,001) lorsque le stimulus conditionnant est appliqué au pied et est passé de 0,57°C à 3,11°C (p<0.001). L’effet CPM moyen des patients à 6 mois du début des anti-TNF n’est plus significativement différent de l’effet CPM moyen de la cohorte contrôle. Discussion Les données de cette étude montrent qu'il existe un dysfonctionnement des CID chez les patients ayant un rhumatisme inflammatoire actif. Ce dysfonctionnement est corrigé par l’introduction d’un traitement de fond par anti-TNF.

Bibliographie

L’analyse de corrélation entre la modification de l’effet CPM et les données cliniques du rhumatisme ainsi que l’efficacité clinique (notamment l’intensité douloureuse résiduelle) du traitement est en cours et sera terminée pour le congrès

**Etude pilote sur le bénéfice d’une radiofréquence pulsée péri-nerveuse pour la prise en charge de la gonalgie chronique post traumatique**

Submission ID

22

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Position du problème et objectif(s) de l’étude La prévalence de la douleur chronique neuropathique en France est de 7% et 50% des douleurs chroniques post opératoire sont neuropathiques. Les thérapeutiques interventionnelles peuvent etre envisagées lorsque ces douleurs restent réfractaires malgré un traitement bien conduit (1). La radio-fréquence pulsée (RFP) est une stimulation électromagnétique qui modifie l’activité électrique de la structure nerveuse ciblée sans entrainer de lésions tissulaires (neuromodulation) (2). L’application de la radiofréquence pulsée sur les nerfs géniculés ± du nerf saphène permettrait d’améliorer ces patients. Matériel et méthodes Les patients suivis pour douleur chronique réfractaire malgré une optimisation thérapeutique selon les recommandations (1) ont été proposées pour une RFP du genou (nerfs géniculés ± nerf saphène interne). La procédure comportait au préalable une infiltration diagnostique (nerfs géniculés ± nerf saphène) pour confirmer l’effet bénéfique de l’anesthésie des nerfs ciblés. Secondairement, la radio fréquence était réalisée sur les mêmes nerfs sous échoguidage et neurostimulateur. La procédure de RFP consiste à générer un champ électromagnétique à l’extrémité de l’aiguille tout en maintenant une température inférieure à 42° pendant 4 min. L’évaluation post radiofréquence était réalisé à J14 et à 3 mois sur les critères d’EVA, de mobilité articulaire, de réduction d’antalgiques et du score PGIC (Patients’ Global Impression of Change)(3). Résultats & Discussion 11 patients suivis pour gonalgie chronique réfractaire ont eu une infiltration diagnostique. Tous présentaient une douleur mécanique et 8 une composante neuropathique. L’infiltration diagnostique chez les 11 patients (9 nerfs géniculés, 6 nerf saphène) a permis d'identifier 7 patients bénéficiaires de celle ci. La RFP réalisée chez ces 7 patients a ciblé les nerfs géniculés et 3 d'entre eux le nerf saphène en complément. A J14, l' EVA au repos était de 4,7 ± 2,4 et à la mobilisation de 5,5 ± 2. L’amélioration était perçue positivement pour 6 patients (85%) et 4 (57%) ont réduit leurs prises d’antalgiques dès J14. A 3 mois, 5 patients (71%) confirmaient le bénéfice de la procédure (score PGIC). Aucun effet secondaire n’a été relevé au cours du suivi. Conclusion Les techniques interventionnelles peuvent s'intégrer dans le traitement des douleurs chroniques réfractaires. La démarche d'identification par une infiltration des patients répondeurs a améliorer la sélection. La RFP des nerfs géniculés ± nerf saphène a permis d’obtenir une amélioration globale pour 5 des 7 patients. La RFP est une thérapeutique interventionnelle qui peut trouver une place pour les douleurs chroniques réfractaires.

Bibliographie

1. Moisset. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325-352 2. Lemasle. La radiofréquence pulsée : mécanisme d’action et indication en douleur chronique. Douleurs. Volume 23, Issue 1, February 2022, Pages 1-13

**Etude prospective monocentrique de la prévalence et des facteurs de risque de la douleur chronique post sternotomie dans les chirurgies cardiaques.**

Submission ID

33

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Les douleurs post opératoires sont pourvoyeuses d’un important retentissement dans la vie des patients, principalement par leur chronicisation. La littérature met en évidence des douleurs persistante en post opératoire de chirurgie cardiaque entre 27% et 70%. Notre objectif est de déterminer la prévalence de la douleur chronique à la suite de sternotomie au CHU de Nantes, sa composante neuropathique grâce au questionnaire PAIN DETECT, ses facteurs de risques, la consommation d'antalgique et son retentissement sur la qualité de vie des patients opérés d’une chirurgie cardiaque. Nous avons réalisé une étude prospective de 217 patients opérés d’une chirurgie cardiaque avec sternotomie au CHU de Nantes entre Janvier 2021 et Mars 2022 pour évaluer la douleur résiduelle à 3 mois de la chirurgie. L’étude a été approuvée par le CPP Ouest 6. Au total, 217 patients ont été pris en compte dans l’analyse statistique. Le taux de réponse est de 86%. La prévalence de la douleur chronique moyenne à sévère dans notre étude à la suite d’une sternotomie est de 21,7%. Il est également retrouvé des pics de douleurs avec une EN supérieur ou égale à trois chez 33,6% des patients. La douleur neuropathique est présente chez 5,5% des patients. L’analyse des différents facteurs de risque de douleur chronique avec un score à l’échelle numérique supérieur ou égale à trois montre que les patients dont l’indice masse corporel est plus important sont moins douloureux (p=0,02). Le seuil de douleur définis par une EN différente de zéro pour la douleur la plus forte au cours de quatre semaines permet de mettre en évidence des facteurs risques en analyse multivariée ; Le sexe féminin est un facteur de risque de douleur chronique (p=0,027) ainsi que la consommation active de tabac (0,027). La consommation de tabac est associée à une consommation d’antalgique de façon chronique chez les patients qui présente un tabagisme actif ou sevré en comparaison avec les patients non-fumeur (p=0,028). 14,4% des patients avait des antalgiques prescrit à trois mois de la chirurgie. On note l’absence de consommation d’opioïde fort ou de coantalgique. Des douleurs chroniques post-sternotomie sont présentes chez 21,7% des patients opérés d’une chirurgie cardiaque avec un facteur de risque modifiable ; la consommation de tabac active. Une composante neuropathique est également retrouvée chez 5,5% de notre population. Il persiste un faible taux de consommation d’antalgique à trois mois de la chirurgie de 14,4% des patients sans consommation d’opioïdes fort. Il pourrait être intéressant d’évaluer dans d’autres études l’effet du sevrage tabagique sur les douleurs chroniques.

Bibliographie

-Anwar S, Cooper J, Rahman J, Sharma C, Langford R. Prolonged Perioperative Use of Pregabalin and Ketamine to Prevent Persistent Pain after Cardiac Surgery. Anesthesiology. juill 2019;131(1):119‑31. -Carle C, Ashworth A, Roscoe A. A survey of post-sternotomy chronic pain following cardiac surgery. Anaesthesia. déc 2009;64(12):1387. -Kamalipour H, Vafaei A, Parviz Kazemi A, Khademi S. Comparing the Prevalence of Chronic Pain After Sternotomy in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Using The Internal Mammary Artery and Other Open Heart Surgeries [Internet]. --Anesthesiology and Pain Medicine. 2014 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: https://sites.kowsarpub.com/aapm/articles/17403.html#abstract -Marcassa C, Claudio M, Faggiano P, Pompilio F, Greco C, Cesare G, et al. A retrospective multicenter study on long-term prevalence of chronic pain after cardiac surgery. J Cardiovasc Med (Hagerstown). nov 2015;16(11):768‑74. -Bruce J, Drury N, Poobalan AS, Jeffrey RR, Smith WCS, Chambers WA. The prevalence of chronic chest and leg pain following cardiac surgery: a historical cohort study. Pain. juill 2003;104(1‑2):265‑73. -Guimarães-Pereira L, Farinha F, Azevedo L, Abelha F, Castro-Lopes J. Persistent Postoperative Pain after Cardiac Surgery: Incidence, Characterization, Associated Factors and its impact in Quality of Life. Eur J Pain. 2016;20(9):1433‑42. -Brown CR, Chen Z, Khurshan F, Groeneveld PW, Desai ND. Development of Persistent Opioid Use After Cardiac Surgery. JAMA Cardiol. 17 juin 2020; -Meyerson J, Thelin S, Gordh T, Karlsten R. The incidence of chronic post-sternotomy pain after cardiac surgery--a prospective study. Acta Anaesthesiol Scand. sept 2001;45(8):940‑4. -Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin. oct 2006;22(10):1911‑20.

**Évaluation de l'effet analgésique du patch à la Capsaïcine (QUTENZA®) dans le traitement des neuropathies périphériques post chimiothérapie (CIPN) : étude rétrospective CERCAN-CIPN**

Submission ID

36

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Grünenthal

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Les effets secondaires des traitements oncologiques peuvent apparaitre pendant mais aussi après la fin des traitements oncologiques. La douleur neuropathique chimio-induite (CIPN) peut être induite par de nombreuses chimiothérapies, principalement les sels de platines et les taxanes, mais aussi certaines immunothérapies.[1,2] L’incidence des CIPN est évaluée entre 19 et 85%.[3] Leur survenue peut entraîner une diminution de la dose voire un arrêt précoce du protocole thérapeutique oncologique prévu. [4,5] Le traitement repose sur les recommandations de la SFETD (Société Française d’Evaluation et de Traitement de la Douleur) pour les douleurs neuropathiques.[6] Dans ces recommandations, l’application locale de patch à la capsaïcine intervient en seconde intention sur les douleurs neuropathiques localisées. Certaines études récentes sont en faveur d’un soulagement significatif dans le cadre des CIPN. [7,8] Objectif : L’objectif principal de cette étude était d’évaluer l’efficacité des patchs à la capsaïcine (QUTENZA®) sur les CIPN. L’objectif secondaire était l’évaluation de la tolérance de ces applications. Matériel et Méthode : Cette étude monocentrique de suivi rétrospectif s’est déroulée au sein du Département Douleur de l’Institut de Cancérologie de l’Ouest (ICO) à Angers, France. Elle se base sur la cohorte rétrospective CERCAN, totalisant 996 patients dont la première application de patch de Capsaicine a été effectuée entre 2014 et 2018. Résultats : 57 patients âgés en moyenne de 60.5 ans ont été identifiés comme présentant une CIPN traitée par QUTENZA®. La CIPN était imputable à un taxane seul chez 33 patients (57,9%). 184 applications ont été réalisées comprenant au total 296 sessions, dont 222 au niveau des membres inférieurs (75%). Le recours au QUTENZA® avait lieu en troisième intention chez 49,1% des patients. Le CGIC (Clinician Global Impression of Change) retrouvait un soulagement important ou complet pour 61 applications (33,2%), chez 30 patients (52,6%). Le PGIC (Patient Global Impression of Change) retrouvait un soulagement important ou complet pour 65 applications (35,3%), chez 27 patients (47,4%). On retrouvait un soulagement continu entre deux poses pour 52 applications sur 105 renseignées (49,5%). L’effet analgésique apparaissait en moins d’une semaine dans 72,2% des cas (26 applications sur les 36 renseignées). Pendant la pose, on retrouvait principalement une douleur légère (42,2%) ou modérée (35,0%). Un effet indésirable après la pose était rapporté lors de 118 sessions sur 296 (39,9%), principalement la douleur (84 sessions soit 28,4%). Conclusion : L’application locale de patchs de Capsaïcine pour les CIPN douloureuses apporte un soulagement intéressant du point de vue du patient comme du praticien, avec une bonne tolérance globale.

Bibliographie

1. Park SB, Goldstein D, Krishnan AV, Lin CS-Y, Friedlander ML, Cassidy J, et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: A critical analysis: CIPN: A Critical Analysis. CA A Cancer Journal for Clinicians. nov 2013;63(6):419 37. 2. Cuzzubbo S, Javeri F, Tissier M, Roumi A, Barlog C, Doridam J, et al. Neurological adverse events associated with immune checkpoint inhibitors: Review of the literature. European Journal of Cancer. mars 2017;73:1 8. 3. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain. déc 2014;155(12):2461 70. 4. Bhatnagar B, Gilmore S, Goloubeva O, Pelser C, Medeiros M, Chumsri S, et al. Chemotherapy dose reduction due to chemotherapy induced peripheral neuropathy in breast cancer patients receiving chemotherapy in the neoadjuvant or adjuvant settings: a single-center experience. SpringerPlus. déc 2014;3(1):366. 5. Richardson PG, Briemberg H, Jagannath S, Wen PY, Barlogie B, Berenson J, et al. Frequency, Characteristics, and Reversibility of Peripheral Neuropathy During Treatment of Advanced Multiple Myeloma With Bortezomib. JCO. 1 juill 2006;24(19):3113 20. 6. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte M-H, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur analg. juin 2020;33(2):101 12. 7. Anand P, Elsafa E, Privitera R, Naidoo K, Yiangou Y, Donatien P, et al. Rational treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with capsaicin 8% patch: from pain relief towards disease modification. JPR. juill 2019;Volume 12:2039 52. 8. Cabezón-Gutiérrez L, Custodio-Cabello S, Palka-Kotlowska M, Khosravi-Shahi P. High-Dose 8% Capsaicin Patch in Treatment of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2020 Nov;60(5):1047-1054.e1.

**Évaluation de l’association de la thérapie Vibroacoustique et la Musicothérapie réceptive dans les soins de la douleur chronique.**

Submission ID

88

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La douleur chronique est un problème très répandu, touchant près de 30% de la population mondiale [1], qui s'accompagne souvent de dépression et d'anxiété. Il a été démontré que la douleur chronique provoque une synchronisation réduite entre l’aire somatosensorielle primaire et certains des noyaux thalamiques impliqués dans le traitement de la douleur, entrainant une perturbation du comportement des neurones thalamiques des oscillations gamma donc une dysrythmie thalamocorticale [2]. La thérapie vibroacoustique consiste en l'application tactile de vibrations sonores sinusoïdales à basse fréquence entre 30 et 120Hz [3] et agit comme une force motrice pour le réentraînement rythmique de cette boucle thalamocorticale perturbée [4]. A travers de nombreuses études, il a été démontré que la thérapie vibroacoustique augmente le seuil de la tolérance à la douleur en contribuant à l’atténuation des comorbidités telles que l’anxiété et la dépression [5], améliore la qualité du sommeil et aide à réduire ou à arrêter la consommation d’analgésiques chez les personnes atteintes de fibromyalgie ou de douleurs neuropathiques [6], et permet de gérer les troubles de l'humeur [7]. De nombreuses études témoignent également des effets analgésiques de la musicothérapie, réduisant la perception de la douleur [8] et des symptômes associés aux maladies somatiques, tels que l’anxiété et la dépression [9]. Au regard de ces données, la question suivante a été posée : l’association de la thérapie vibroacoustique et de la musicothérapie représente-t-elle un apport significatif en vue de soulager la douleur chronique, la dépression et l’anxiété ? Afin de répondre à cette problématique, une étude croisée à méthode mixte a été menée auprès de 9 patientes, souffrant de douleurs chroniques, au C.E.T.D du C.H.U de Montpellier. Cette étude associant la musicothérapie réceptive et la thérapie vibroacoustique, sous forme d’une thérapie multimodale (corps-esprit) a été basée sur trois axes qui sont : écoute musicale, induction de basse fréquence à 40Hz [10] et soutien thérapeutique. Les résultats quantitatifs de cette étude ont montré que cette association amplifie de façon considérable les effets analgésiques, réduisant la perception de la douleur et les symptômes associés à la douleur chronique tels que l’anxiété et la dépression. Elle augmente aussi sensiblement la relaxation. Les résultats qualitatifs ont montré que cette association a un effet dynamisant et euphorisant, qu’elle aide à une prise de conscience corporelle et psychologique qui favorise un repositionnement face à la pathologie, et qu’elle améliore la qualité de vie.

Bibliographie

1- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Douleur [Internet]. Paris: INSERM 2020. En Ligne: https://www.inserm.fr/dossier/douleur/ 2- Cauda F, Sacco K, D’Agata F, et al. Low-frequency BOLD fluctuations demonstrate altered thalamocor- tical connectivity in diabetic neuropathic pain. BMC Neurosci. 2009; 26: 138. 3- Punkanen M, Ala-Ruona E. Contemporary vibroacoustic therapy: Perspectives on clinical practice, re- search, and training. Music Med. 2012; 4(3): 128–135. 4- Bartel, L., Chen, R., Alain, C., & Ross, B. (2017). Vibroacoustic stimulation and brain oscillation: From basic research to clinical application. Music and Medicine, 9(3), 153–166 5- Braun Janzen, T., Paneduro, D., Picard, L., Gordon, A., & Bartel, L. R. (2019). A parallel randomized controlled trial examining the effects of rhythmic sensory stimulation on fibromyalgia symptoms. PloS One, 14(3), e0212021, https://doi.org/ 10.1371%2Fjournal.pone.0212021. 6- Naghdi L, Ahonen H, Macario P, Bartel L. The effect of low-frequency sound stimulation on patients with fibromyalgia: A clinical study. Pain Res Manag. 2015; 20(1): e21–e27. 7- Campbell, E. A., Hynynen, J., & Ala-Ruona, E. (2017). Vibroacoustic treatment for chronic pain and mood disorders in a specialised healthcare setting. Music and Medicine, 9(3), 187–197. 8- Liu, Y., & Petrini, M. A. (2015). Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. Complementary Therapies in Medicine, 23(5), 714-718, https://doi.org/10.1016%2Fj.ctim. 2015.08.002. 9- Lai, H., Li, Y., & Lee, L. (2012). Effects of music intervention with nursing presence and recorded music on psycho‐physiological indices of cancer patient caregivers. Journal of Clinical Nursing, 21, https://doi.org/ 10.1111/j.1365-2702.2011.03916.x. 10- Naghdi, L., Ahonen, H., Macario, P., & Bartel, L. (2015). The effect of low-frequency sound stimulation on patients with fibromyalgia: A clinical study. Pain Research & Management, 20(1), e21.

**Evaluation de l’efficacité du protocole DOULHY dans la gestion de la douleur chez les patients douloureux chroniques de la Consultation Douleur du CHITS**

Submission ID

99

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction: Les patients douloureux chroniques du CHI-Toulon/La-Seyne-sur-Mer participent au programme Doulhy (Gérer la douleur par l’hypnose sur 6 séances). Animé par la psychologue, ils sont structurés par un temps de parole puis d’apprentissage de l’auto-hypnose. L’objectif est d’apprendre à mieux gérer les douleurs chroniques,d'en modifier la perception. Les patients, vus par le médecin de la douleur et orientés après un atelier d’accueil et/ou un entretien psychologique. Les critères d’inclusion sont: tout patient majeur vu par le médecin. Les critères d’exclusion sont: co-morbidités psychiatriques non stabilisés. Objectif: Afin de cibler les outils psychothérapeutiques à la population rencontrée et d’identifier les besoins, attentes, compétences et aptitudes acquises à l’issu de ces ateliers,une enquête a été réalisée de 2018 à 2020 sur 90 patients. Méthode/outils: Un questionnaire de 4 questions ouvertes a été élaboré par la psychologue. Il porte sur les caractéristiques socio-démographiques, les attentes, les compétences acquises et les besoins des participants. Une échelle numérique (EN) a également été administrée mesurant l’appropriation de l’autohypnose entre la 4ème et la 6ème séance par un tour de table. Des analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS version 9.4. Résultats: Données socio-démographiques : 76% de femmes, 14% d'hommes. 38,89% de la population ont participé à 1 à 3 ateliers, et 52,22% ont participé à 4 à 6 ateliers. Les résultats suggèrent une amélioration du ressenti douloureux et de la gestion de la douleur. En effet, 95,45% estiment mieux gérer leurs douleurs à l’issu du programme. Les apports concernent l’acceptation des douleurs, la détente musculaire et le renforcement du lien social. Les résultats de l’échelle numérique montrent un accroissement de 50 à 80% du sentiment d’efficacité personnelle entre le 4ème et 6ème atelier. Discussion: Le programme semble répondre aux attentes d’autogestion des douleurs chroniques grâce à l’apprentissage de l’autohypnose, même si le nombre de données manquantes (46) demande d’entreprendre une nouvelle étude pour affiner les résultats. Les trois modalités "acceptation", "relaxation", "lien social" suggèrent que le travail psychique proposé accompagne les patients dans l'acceptation des douleurs, modifie les expériences sensorielles, apporte un état de bien-être physique et psychique, et modifie la relation à autrui (lien social). Environ la moitié des patients ont participé à 4 à 6 ateliers. Une meilleure appropriation de l’autohypnose à partir du 4ème atelier pourrait s’expliquer par le cadre mis en place. Les notions d’ "empathie", de "potentiel créatif" et d’ "intuition" (Bioy, 2018) peuvent éclairer la réflexion. Conclusion: Cette enquête a mis en évidence les compétences acquises lors des séances. Une nouvelle étude permettrait d’approfondir les éléments du cadre s’inspirant du modèle de Shari Geller et Leslie Greenberg (présence thérapeutique-2005).

Bibliographie

Barfety- Servignat, B., Conradi, S., Masselin-Dubois, A., et la Société Française d’étude et de traitement de la douleur (SFETD) (dir). (2020). Le psychologue en clinique de la douleur. Editions In Press Bioy, A. (2018). Chapitre 2. Douleur et hypnose: L’approche hypnotique en clinique de la douleur. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., Prendre en charge la douleur chronique: Avec les thérapies non médicamenteuses (pp. 40-63). Paris: Dunod. https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dunod.brenn.2018.02.0040" Bioy, A. (2018). Chapitre 8. Aspects actuels de l'hypnose thérapeutique. Dans : Arnaud Plagnol éd., Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne (pp. 99-110). Doin. https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/jle.plagn.2018.01.0099" Breton, S. (2020). La présence en hypnothérapie à la lumière de François Roustang. Le Journal des psychologues, 374, 62-67. https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/jdp.374.0062 Enert-Barbero, N. (2018). « Programme Doulhy » - Résumés des posters - 18ème congrès de la SFETD - Douleur et analgésie – numéro spécial. Geller, S. & Greenberg, L. (2005). La présence thérapeutique: L'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, 1, 45-66. https://doi.org/10.3917/acp.001.0045 Malet P, Bioy A and Santarpia A (2022) Clinical Perspectives on the Notion of Presence. Front. Psychol. 13:783417. doi: 10.3389/fpsyg.2022.783417 Société Française d’Etude et de Traitement de la Douleur. (2017). Livre blanc de la douleur 2017. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Editions Med-Line.

**Evaluation de l’hyperalgésie induite aux opioïdes en réanimation chez des patients SARS-CoV-2 positifs**

Submission ID

92

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : L’hyperalgésie induite aux opioïdes (HIO) est définie comme une augmentation de la réponse douloureuse à un stimulation douloureuse causée par l’exposition aux opioïdes. Elle est bien connue et a été explorée en périopératoire [1,2] ainsi que chez les patients douloureux chroniques exposés aux opioïdes au long court [3,4]. A ce jour, la population de patients hospitalisée en réanimation particulièrement exposée à des posologies importantes et prolongées d’opioïdes n’a jamais été explorée. Matériels et méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, prospective, multicentrique sur des patients SARS-CoV-2 positifs hospitalisés en réanimation. L’objectif principal de cette étude était d’évaluer la survenue d’une HIO au décours d’une hospitalisation en réanimation en utilisant des tests de nociception validée et standardisée [3-5]. Nous avons évalué avec des tests sensoriels quantifiés les seuils de détection, de douleur, de tolérance ainsi que la sommation temporelle mécanique et thermique sur deux sites distincts. Nous avons comparé les patients exposés et non exposés aux opioïdes pendant la réanimation. Résultats : Au total 41 patients divisé en deux groupes de 20 et 21 patients ont été comparés. Le groupe de patients ayant reçu des opioïdes a montré des niveaux significativement plus élevés d’hyperalgésie évaluée sur deux sites distincts dans cinq tests : seuil de tolérance au chaud (Avant-bras : 41.2 vs 45.2°C, P<0.001 / Mollet : 42.3 vs 46.3°C, P<0.001), seuil de tolérance au froid (Avant-bras : 12 vs 2.7°C, P<0.001 / Mollet : 9 vs 0.5°C, P<0.001), durée de tolérance à 47°C (Avant-bras : 1.7 vs 4.5 sec, P<0.001 / Mollet : 2.2 vs 6.2 sec, P<0.001), tests de sommation temporelle thermique (Avant-bras : 2.85 vs 0.19 (EN4-1), P<0.001 / Mollet : 2.9 vs 0.43 (EN4-1), P<0.001) et mécanique (Avant-bras : 2.85 vs 0.67 (EN10-1), P<0.001 / Mollet : 3.8 vs 0.81, (EN10-1), P<0.001). Conclusion : L’HIO n’épargne pas les patients de réanimation. Elle est importante et détectable par des tests sensoriels quantifiés plusieurs jours après l’arrêt des opioïdes. Les tests de tolérance et de sommation temporelle semblent particulièrement robustes pour sa détection. L’HIO est à prendre en considération comme une complication secondaire de l’administration d’opioïdes lors d’un séjour en réanimation. Cette prescription étant nécessaire, les pistes futures de réflexion sont l’adaptation individualisée des doses d’opioïdes aux besoins chaque patient ainsi que le développement d’une meilleure identification de l’HIO en pratique clinique afin de proposer sa prévention et son traitement.

Bibliographie

1. Joly, Vincent, Philippe Richebe, Bruno Guignard, Dominique Fletcher, Pierre Maurette, Daniel I. Sessler, et Marcel Chauvin. « Remifentanil-Induced Postoperative Hyperalgesia and Its Prevention with Small-Dose Ketamine ». Anesthesiology 103, no 1 (juillet 2005): 147 55. 2. Fletcher, D., et V. Martinez. « Opioid-Induced Hyperalgesia in Patients after Surgery: A Systematic Review and a Meta-Analysis ». British Journal of Anaesthesia 112, no 6 (juin 2014): 991 1004. 3. Chen, Lucy, Charlene Malarick, Lindsey Seefeld, Shuxing Wang, Mary Houghton, et Jianren Mao. « Altered Quantitative Sensory Testing Outcome in Subjects with Opioid Therapy ». Pain 143, no 1 2 (mai 2009): 65 70. 4. Hina, Nabil, Dominique Fletcher, Frédérique Poindessous-Jazat, et Valéria Martinez. « Hyperalgesia Induced by Low-Dose Opioid Treatment before Orthopaedic Surgery: An Observational Case-Control Study ». European Journal of Anaesthesiology 32, no 4 (avril 2015): 255‑61. 5. Higgins, C., B. H. Smith, et K. Matthews. « Evidence of Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Populations after Chronic Opioid Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis ». British Journal of Anaesthesia 122, no 6 (juin 2019): e114 26.

**Évaluation de la réalité virtuelle en cardiologie interventionnelle**

Submission ID

16

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La réalité virtuelle est une alternative non pharmacologique dans la gestion de la douleur et de l’anxiété liées aux soins, qui est en plein essor [1]. L’objectif principal de notre étude était d’évaluer la satisfaction des patients après utilisation de la réalité virtuelle en cardiologie interventionnelle. Nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, monocentrique en cardiologie au CHU de Rouen entre novembre 2019 et juin 2021. Étaient inclus les patients communicants, ayant bénéficié d’un geste interventionnel avec port du masque de réalité virtuelle et remplissage de questionnaire. Le critère de jugement principal était la mesure de la satisfaction du patient après la séance selon une échelle numérique d’autoévaluation (ENA) allant de 0 à 10. Les critères secondaires étaient la mesure de la satisfaction de l’équipe soignante selon une échelle numérique d’autoévaluation, et celle de la douleur, de l’anxiété et de l’inconfort du patient selon une échelle numérique d’autoévaluation et une échelle numérique hétéro évaluation (avant, pendant et après le geste). Au total, 49 patients ont été inclus dans l’étude. La moyenne (écart-type) de la satisfaction après la séance était de 9,0 (± 1,5) et la médiane (1er et 3ème quartile) de 10 (8 – 10). La moyenne de la satisfaction de l’équipe soignante était de 9,1 ± 1,9. 47 patients (95 ,9%) et tous les soignants étaient favorables à sa réutilisation. 6 patients (12,2%) ont retiré le masque avant la fin du geste. L’anxiété diminuait significativement tout au cours de la procédure (moyenne de l’ENA avant = 5,8 - pendant = 2,9 - après = 0,7), que ce soit entre avant et pendant, avant et après, pendant et après le geste (p<0.0001). Concernant la douleur (moyenne de l’ENA avant = 0,1 - pendant = 2,6 - après = 1,2), celle-ci augmentait significativement entre avant et pendant le geste (p<0.0001), tandis qu’elle diminuait significativement entre pendant et après le geste (p=0.004). Aucun des facteurs étudiés n’a significativement modifié la satisfaction après la procédure mais le sexe masculin et la réalisation de geste similaire préalable sans masque diminuait l’anxiété avant la procédure (médiane de l’ENA de l’anxiété avant le geste : sexe masculin = 4,5 – sexe féminin = 8 (p=0,02) / geste préalable similaire sans masque : oui = 2 – non = 7 (p=0,01)). Nos résultats semblent prometteurs mais l’absence de groupe contrôle nous oblige à nuancer nos conclusions et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer les différents bienfaits de la réalité virtuelle. Malgré cela, il nous semble intéressant d’encourager l’utilisation de ce formidable outil technologique, qui pourrait devenir une pratique standard de complément d’offre de soins.

Bibliographie

[1] Terzulli C, Berlemont C, Salvat E, Poisbeau P. La réalité virtuelle : son utilisation en clinique aujourd’hui et les enjeux de demain. Douleur Analgésie 2019;32:67–8. https://doi.org/10.3166/dea-2019-0053.

**Evaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge de la douleur en chirurgie pédiatrique**

Submission ID

95

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

L’évaluation de la douleur par les soignants est essentielle dans les services accueillant des enfants, ce d’autant qu’ils ne sont pas toujours capables d’exprimer spontanément avec des mots leur douleur par eux-mêmes. Il est donc fondamental que le personnel médical et paramédical soit capable d’évaluer la douleur d’un enfant quel que soit son âge et sa capacité d’expression. Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU de Caen sur l’évaluation de la douleur et sa prise en charge, avant et après avoir mené une formation auprès des paramédicaux du service ; chaque évaluation a été réalisée sur 20 dossiers de chirurgie pédiatrique, choisis au hasard. La formation portait sur les bonnes pratiques de l’évaluation de la douleur, sur les échelles de douleur pédiatriques et leur utilisation. Les critères d’évaluation des dossiers incluaient le dépistage systématique de la douleur, après l’administration d’un traitement médicamenteux ou non, et l’utilisation d’une échelle validée en fonction de l’enfant (âge, niveau de compréhension) selon le protocole institutionnel du service. Les résultats ont mis en évidence que les professionnels du service de chirurgie pédiatrique sont sensibilisés à l'évaluation de la douleur des patients. En effet, 100% des dossiers retrouvaient au moins une échelle de douleur renseignée, que ce soit avant ou après la formation. De la même façon, l’évaluation de la douleur a été systématique au moins une fois par équipe dans la majorité des dossiers, à 80% avant la formation et 95% après. Dans la majorité des cas, si une douleur était identifiée, une action a été mise en œuvre, qu’elle soit ou non médicamenteuse. La réévaluation de la douleur suite à la mise en place d’un traitement, n’a pas toujours été tracée sur les dossiers. Il existe cependant une amélioration, passant de 38% à 69% suite à la formation. Cette EPP a également mis en évidence une meilleure utilisation des échelles de douleur pédiatriques grâce à la formation du personnel paramédical, puisque 100% des échelles sont adaptées au profil de l’enfant après formation, alors que ce chiffre n'était que de 75% avant. Cette EPP a montré que les soignants étaient déjà sensibilisés au dépistage de la douleur et la formation a surtout eu un rôle de rappel sur les bonnes pratiques. Il apparait cependant que ce sont surtout les infirmières (puéricultrices ou non) qui tracent cette évaluation, et peu les auxiliaires qui ne tracent pas toujours cette donnée. Il semble nécessaire d’insister d’avantage lors de la formation auprès des auxiliaires de puériculture, afin qu’elle tracent l’évaluation de la douleur lorsqu’elles la réalisent.

Bibliographie

- https://pediadol.org/afssaps-prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-aigue-et-chronique-chez-lenfant-recommandations-de-bonne-pratique/ - https://pediadol.org/wp-content/uploads/2006/06/Afssaps\_argum.pdf - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/prise\_en\_charge\_de\_la\_douleur\_post-operatoire\_referentiel\_2005.pdf - https://www.has-sante.fr/jcms/c\_272030/fr/evaluation-et-strategies-de-prise-en-charge-de-la-douleur-aigue-en-ambulatoire-chez-l-enfant-de-1-mois-a-15-ans - http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/outils-d-evaluation-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-sante

**Evaluation psychophysique de l'analgésie induite par la musique sur la douleur expérimentale**

Submission ID

96

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Malgré un nombre important de recherches conduites sur l’efficacité de l’analgésie induite par la musique (AIM), la modulation supra-spinale et spinale des contrôles endogènes de la douleur reste discutée. Bien que les musiques relaxantes semblent réduire l’activation des mécanismes facilitateurs spinaux, des résultats contradictoires ont été observés concernant la modulation de la douleur conditionnée (MDC) (Cabon et al., 2021; Chai et al., 2020). En faisant l'hypothèse que la musique agirait par le biais des émotions, cette étude avait pour objectif d’évaluer la mise en jeu de la MDC ainsi que du pic de douleur épicritique et du mécanisme de sommation temporelle (ST) lors de l’écoute de musiques préférées. Vingt-quatre participants sains (12 femmes, 12 hommes, âge= 26.42+/-6.06 ans) ont pris part à cet essai randomisé et contrôlé en cross-over impliquant une combinaison séquentielle de tests sensoriels quantitatifs dynamiques, comprenant un paradigme de MDC associé à deux tests de ST. La perception de la douleur était évaluée en continu au moyen d’une échelle visuelle analogique (EVA) et comparée entre les conditions musique et contrôle par des ANOVA à mesures répétées pour chaque sujet. L’amplitude d’activation de la MDC était calculée par la différence entre la moyenne des scores à l’EVA obtenus lors des tests de ST, réalisés avant et après le stimulus inconditionnel opérationnalisé par un bain d’eau froide. Les analyses statistiques n’ont pas montré d’effet principal de la musique sur la MDC mais un effet d’interaction lié à l’ordre de présentation des conditions. L’activation de la MDC était réduite lorsque la condition musique était menée après la condition contrôle, ce qui suggère un effet additionnel à celui de la musique comparable à l’effet placebo. De plus, le pic de douleur épicritique et l’amplitude de la ST étaient bien réduits lors de la condition musique en comparaison de la condition contrôle, conformément aux précédentes observations (Cabon et al., 2021; Chai et al., 2020). Ainsi, ces résultats suggèrent une dissociation entre la modulation des mécanismes endogènes spinaux de la douleur par la musique et l’activation de la MDC. Cette étude supporte l’intérêt de l’utilisation de la musique à visée antalgique, et ce indépendamment des dysfonctionnements relatifs à la mise en jeu de la MDC.

Bibliographie

Cabon, M., Le Fur-Bonnabesse, A., Genestet, S., Quinio, B., Misery, L., Woda, A., & Bodéré, C. (2021). Impact of Music on First Pain and Temporal Summation of Second Pain: A Psychophysical Pilot Study. Music Perception, 38(3), 267–281. https://doi.org/10.1525/mp.2021.38.3.267 Chai, P. R., Gale, J. Y., Patton, M. E., Schwartz, E., Jambaulikar, G. D., Wade Taylor, S., Edwards, R. R., Boyer, E. W., & Schreiber, K. L. (2020). The Impact of Music on Nociceptive Processing. Pain medicine, 21(11), 3047–3054. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa070

**Hystérectomie et douleurs chroniques : HYSTODOC une étude prospective.**

Submission ID

79

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : L’hystérectomie est l’une des chirurgies les plus fréquemment réalisée en gynécologie (62 000/an en France) [1]. Dans les suites, certaines patientes vont développer des douleurs post-opératoire chroniques pouvant entraîner un impact variable sur leur qualité de vie. L’anxiété, la dépression [2], des douleurs post-opératoires aiguë intenses [3] pourraient jouer un rôle dans leur développement. L’objectif de notre étude était d’établir la prévalence des douleurs chroniques post-hystérectomie (DCPH) à 3 mois de la chirurgie, d’en déterminer les caractéristiques et l’impact sur la qualité de vie globale et sexuelle des patientes, ainsi que d’identifier les facteurs de risques associés à leur développement. Matériel et méthode : il s’agissait d’une étude observationnelle prospective réalisée au sein des services de chirurgie gynécologique du CHU de Nantes et de l’hôpital Antoine Béclère, chez les patientes majeures bénéficiant d’une hystérectomie quel que soit l’indication ou la voie d’abord. Elles étaient interrogées et examinées en pré-opératoire et répondaient à des auto-questionnaires validés en préopératoire et à 3 mois de la chirurgie. Les caractéristiques des douleurs, des patientes ainsi que leur satisfaction étaient décrites. Les facteurs démographiques, pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires associés au développement de DCPH ont été recherchés en analyse univariée. Résultats : 83 patientes ont été inclues dans l’étude avec une prévalence de DCPH de 19,28%. A 3 mois, les douleurs étaient le plus souvent peu intenses, hypogastriques (62,5%), nécessitant une prise d’antalgique de palier I dans 25% des cas et de palier II dans 12,5% des cas. Elles n’entrainaient qu’un faible impact sur la qualité de vie et la part de douleur neuropathique était de 37,5%. L’étude de la satisfaction globale montrait des patientes se sentant « beaucoup mieux » ou « mieux » dans 81,92% des cas. En parallèle, une augmentation de la qualité de vie et de la satisfaction sexuelle était perçue à 3 mois de la chirurgie avec une diminution significative des dysfonctions sexuelles (34% vs 24% ; p=0,08). Les facteurs associés au développement d’une DCPH étaient l’état dépressif, le catastrophisme de la douleur, l’âge, le statut hormonal, la présence d’une sensibilisation pelvienne, le poids de l’utérus et l’absence d’infiltration d’anesthésiques locaux en per-opératoire. Conclusion : Le développement de douleur chroniques post-hystérectomie est un évènement dont la prévalence n’est pas négligeable. L’identification des facteurs de risques présents chez les patientes pourrait permettre une prise en charge individuelle préventive. Cependant des études à plus long terme sont nécessaires pour établir la persistance de ces douleurs.

Bibliographie

[1] Données PMSI via la plateforme « DIAMANT » [2] Han C, Ge Z, Jiang W, Zhao H, Ma T. Incidence and risk factors of chronic pain following hysterectomy among Southern Jiangsu Chinese Women. BMC Anesthesiol. déc 2017;17(1):103. [3] Sng BL, Ching YY, Han N-LR, Ithnin F, Sultana R, Assam PN, et al. Incidence and association factors for the development of chronic post-hysterectomy pain at 4- and 6-month follow-up: a prospective cohort study. JPR. mars 2018;Volume 11:629 36.

**Identification de déterminants génétiques de l’hyperexcitabilité centrale**

Submission ID

45

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Buts Le syndrome fibromyalgique (SFM) englobe un large éventail de manifestations douloureuses chroniques dysfonctionnelles souvent associés à un phénomène de sensibilisation centrale. Cette sensibilisation centrale ou hyperexcitabilité du système nerveux central (SNC) correspond à un déséquilibre entre la transmission d’une stimulation douloureuse vers le SNC et la réponse d’atténuation de la douleur émanant de celui-ci. Elle est considérée comme l’un des potentiels mécanismes clefs dans l’apparition d’une douleur chronique. Cette hyperexcitabilité centrale peut être évaluée à l’aide d’un électro-neuro-myographe mesurant le seuil de NFR (Nociceptive Flexion Reflex). D’autre part, une composante héréditaire au développement du SFM a été mise en évidence, malgré la difficulté à isoler les facteurs génétiques correspondants. Pour surmonter les difficultés liées à l’hétérogénéité de présentation et la complexité de la pathologie SFM, notre projet s’est intéressé aux déterminants génétiques impliqués dans l’hyperexcitabilité centrale captée par le seuil de NFR. Méthodes Nous avons utilisé un micro-réseau dessiné sur mesure d’Illumina, l’Infinium CoreExome-24 BeadChip, pour le génotypage de 302 volontaires recrutés dans le cadre de trois différentes études cliniques incluant des patients SFM et des volontaires sains possédant des mesures de la valeur seuil du NFR. Résultats Le taux de couverture de génotypage a dépassé les 99 % chez chaque participant. Le control qualité a validé 259'258 polymorphismes (CR >95%, HWE p>10-5, MAF >0.05) chez 284 participants (xx patients et 72 contrôles). L’étude d’association pangénomique des valeurs de NFR 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. Nos résultats mettent en évidence un polymorphisme résultant dans une substitution d’acide aminé dans la partie N-terminale de la protéine Hap1. Hap1 est principalement exprimée dans les neurones où elle est impliquée dans le transport intracellulaire avec la membrane plasmique. Les seules co-variables significatives du modèle sont la présence de médication interférant avec la mesure NFR ainsi que le diagnostic de SFM. Conclusion Ces résultats vont servir de base à une étude mécanistique visant une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques de la sensibilisation centrale. De plus, grâce à des collaborations internationales, les résultats obtenus sont en cours de réplication dans deux différentes cohortes. En permettant de mieux comprendre l’origine et les facteurs de risques résultant à une sensibilisation centrale chez certains patients, ce projet s’inscrit dans le processus de développement d’une médecine personnalisée permettant, à terme, d’optimiser le traitement de chaque patient.

Bibliographie

NA

**Identification des facteurs de susceptibilité génétique envers les nausées et vomissements post-opératoires**

Submission ID

46

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Buts Malgré le développement d’échelles de risque et une large palette de traitements prophylactiques, les nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) affectent encore environ 30% des patients, leur occasionnant de considérables désagrément et compliquant leur prise en charge. Le but de notre étude est de caractériser de possibles facteurs de risque génétiques afin d’améliorer la prise en charge de ces patients. Méthodes Notre cohorte était composée de 601 patients sans traitements antiémétiques prophylactiques, suivit pendant 24 heures après une opération chirurgicale sous anesthésie générale pour l’apparition de nausées et ou vomissements. Nous avons déterminé 28 polymorphismes répartis entre 13 gènes différents ainsi que déterminé l’activité présumée de 6 cytochromes impliqués dans le métabolisme hépatique sur la base de leurs polymorphismes génétiques. L’influence de chacun de ces polymorphismes ou activités sur l’occurrence de NVPO a été analysée en utilisant une régression logistique multiple intégrant les facteurs de risques reconnus comme cofacteurs (âge, sexe, statut de fumeurs de tabac ou cannabis, type d’opération, antécédent de NVPO, utilisation d’anesthésiant volatiles et dose d’opiacés). Résultats L’incidence de NVPO dans la cohorte était de 44%. Nous avons identifié une association significative entre 6 polymorphismes dont 5 affectant le récepteur de la sérotonine de type 3B (HTR3B) et l’occurrence de NVPO. Une analyse plus détaillée des halpotypes présents dans HTR3B a permis de mettre en évidence le polymorphisme rs3782025 comme étant la mutation la plus significative (OR = 1.40 [CI 95% : 1.09-1.80], p = 0.008). Les autres facteurs de risques significatifs de NVPO dans notre cohorte comprennent le sexe, l’âge, un antécédent de NVPO et l’utilisation d’anesthésiants volatiles. Conclusion Notre étude confirme l’importance des variations génétiques dans le récepteur de sérotonine de type3B dans l’occurrence de NVPO. L’intégration de ce paramètre dans l’évaluation préopératoires des patients pourrait permettre une meilleure prévention des NVPO non-expliqués.

Bibliographie

NA

**Impact d’une prise en charge diététique sur la fibromyalgie en structure douleur chronique**

Submission ID

13

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : La fibromyalgie est un motif fréquent de consultation des structures douleur. Le patient fibromyalgique se voit généralement proposer une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les recommandations européennes insistent sur l’importance des méthodes non médicamenteuses. Néanmoins la prise en charge diététique est rarement proposée et même peu évaluée [1, 2]. Pourtant, on retrouve une prévalence élevée du surpoids, de l’obésité ainsi qu’une faible qualité des apports nutritionnels chez les patients fibromyalgiques [3, 4, 5]. Dans le cadre d’un master en sciences de la santé publique, l’apport d’une diététicienne nous a permis de mettre en place prise en charge diététique personnalisée pour des patients fibromyalgiques et d’évaluer l’impact de ce suivi sur leurs douleurs et leur qualité de vie. Méthode : C’est une étude quantitative pré-expérimentale avec 47 patients fibromyalgiques pris en charge au Centre de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Luxembourg, inclus entre janvier à juillet 2021. La prise en charge diététique proposée comporte une consultation initiale avec collecte de données puis mise en place d’une alimentation équilibrée avec remise d’un plan alimentaire personnalisé et adapté. Le patient est ensuite suivi à 1 mois, puis 2 mois avant une consultation de clôture à 3 mois pour réévaluation des données. Résultats : 47 patients ont été inclus, 45 femmes et 2 hommes, avec une moyenne d’âge de 49 ans. En fin de prise en charge, nous avons pu observer des effets significatifs sur la diminution des douleurs (-1,47 sur EVA) ainsi que sur l’amélioration de la qualité de vie (+12,1 au SF-12v2). D’autres résultats ont montré une diminution significative du poids (-2,1 kg), du tour de taille (–4cm), de l’inconfort digestif ainsi que de la sédentarité avec reprise d’activité physique. La qualité de l’alimentation a également été significativement majorée. En revanche nous n’avons pas montré de changement sur la consommation d’antalgiques. Les patients ont été satisfait, du type de prise en charge proposée, dans 85,1% des cas. Conclusion : Une prise en charge diététique en structure douleur a un impact très positif chez le patient fibromyalgique avec réduction des douleurs et amélioration de la qualité de vie. Perspectives : Ces résultats favorables nous encouragent à monter le projet de recrutement d’une diététicienne au sein de notre service de façon à systématiser ce suivi proposé dans cette population de patients. L’étude pourrait alors étendue sur le plus long terme et en évaluant l’impact sur d’autres critères tels que l’activité professionnelle et les troubles de l’humeur.

Bibliographie

[1] EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Macfarlane GJ, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:318–328. [2] Haute Autorité de la Santé (HAS). Syndrome fibromyalgique de l’adulte. Rapport d’orientation. Service des maladies chroniques et des dispositifs d’accompagnement des malades. 2010. 1-124. [3] Fibromyalgia's key symptoms in normal-weight, overweight, and obese. Aparicio VA, et al. Pain Manag Nurs. 2013 Dec;14(4):268-276. [4] Do Nutritional Factors Interact with Chronic Musculoskeletal Pain? Elma Ö . et al. A Systematic Review. J Clin Med. 2020 Mar 5;9(3):702. [5] Food intake assessment and quality of life in women with fibromyalgia. Dias Batista E. et al. 2016 Mar-Apr;56(2):110-105.

**Impact du Toucher-Massage sur le vécu des patients souffrant de douleurs chroniques et sur la relation soignant-soigné en soins stationnaires : une étude mixte.**

Submission ID

59

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La douleur chronique est un problème majeur de santé publique. Les interventions non pharmacologiques sont de plus en plus recommandées en complément des traitements médicamenteux pour les douleurs chroniques. Le but de cette étude était d’évaluer l'impact du Toucher Massage (TM) sur l'expérience des patients souffrant de douleurs chroniques. Un essai clinique en cluster incluant une partie qualitative a été conduit dans deux unités de soins. Les participants ont bénéficié de 4 séances de massage (TM=Groupe intervention GI, vs une machine=Groupe contrôle GC) sur 2 semaines. La perception globale du changement en termes de douleur (PGIC), l’anxiété, la dépression et la relation patient-soignant ont été évalués. Des entretiens semi-dirigés avec des participants et des focus groupes avec l’équipe soignante ont complété l’étude. Quatre-vingt-deux participants ont été inclus (39 GI et 43 GC). Les participants du GI ont eu tendance à percevoir un changement global plus important de l'impact de la douleur que les participants du GC (Cohen’s d=0,42). Aucun effet statistiquement significatif n’a pu être mis en évidence sur les autres variables. Six thèmes ont émergé des entretiens (n=16, GI) : bien-être, sensation de détente, lien avec le masseur, environnement serein, bénéfices du toucher, souvenirs ou émotions qui émergent. L’analyse de deux focus groupes réalisé avec l’équipe soignante de chaque unité (10 GI et 6 GC) a mis en évidence deux catégories de thèmes : effets et implémentation de l’intervention. En ce qui concerne les effets de l’intervention, trois thèmes ont émergé : l’impact perçu sur les patients, l’expérience affective et cognitive des professionnels et la relation patient- professionnel. Deux thèmes en lien avec l’implémentation de l’intervention ont été identifiés : tensions conceptuelles et tensions organisationnelles. Cette étude démontre avec une méthodologie robuste que le TM a un impact positif sur la perception de la douleur chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Le TM, perçu comme une expérience subjective positive constitue une intervention soignante accessible, réalisable et efficiente pour traiter les patients souffrant de douleurs chroniques. De plus, les focus groupes ont permis de mieux comprendre l’expérience de l’équipe soignante et de discuter les potentielles barrières et facilitateurs à l’implémentation de cette intervention.

Bibliographie

Bollondi C,et al. Le Toucher-massage® : expérience de patients hospitalisés souffrant de douleur chronique. Douleur analg. 2019;32(1):61-5. Coelho A, et al. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(7):1867-904. Anderson JG, Taylor AG. Effects of healing touch in clinical practice: a systematic review of randomized clinical trials. J Holist Nurs. 2011;29(3):221-8.

**Influence d’une éventuelle divergence de représentation sociale de leur objet de travail commun et/ou du rôle professionnel entre kinésithérapeutes et médecins généralistes exerçant en libéral auprès de patients souffrant de douleur persistante musculosquelettique**

Submission ID

103

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La collaboration interprofessionnelle étant un sujet majeur et d’actualité dans le système de santé français nous avons souhaité nous y intéresser sous le prismes des représentations sociales. En effet, celles-ci nous semblaient pertinentes à questionner pour mettre en perspective les difficultés de communication et de collaboration entre les différentes professions de santé exerçant en libéral à l’échelle d’un bassin de vie. Nous nous sommes posé la question de l’influence d’une divergence de représentation sociale de la douleur persistante musculosquelettique, en tant qu’objet de travail commun, entre kinésithérapeutes et médecins généralistes. Ainsi que la question d’une divergence entre la représentation sociale de sa propre profession et la représentation que l’autre en avait. Dans l’hypothèse qu’une divergence créerait des attendus discordants et donc des difficultés à collaborer. Nous avons utilisés une méthodologie à méthodes mixtes en deux temps : tout d’abord un questionnaire permettant de collecter un corpus de mots et une première forme de représentation suite à une analyse prototypique augmentée d’une analyse catégorielle (sémantique). Dans un deuxième temps nous avons réalisé des entretiens au cours desquels nous avons utilisé une carte associative afin de hiérarchiser les résultats des analyses précédentes et un entretien semi-directif pour mettre en perspective les résultats précédents. Il ressort de ces analyse que la représentation sociale de la douleur persistante musculosquelettique n’est pas partagée par les médecins généralistes et les kinésithérapeutes de notre échantillon. Par contre la représentation du rôle du kinésithérapeute dans ce contexte est partiellement partagée et celle du rôle du médecin généraliste fortement partagée. Il en découle que la difficultés de collaboration au quotidien entre médecins généralistes et kinésithérapeutes ne semblent pas découler d’une divergence dans la représentation sociale du rôle de chacun. La divergence de représentation sociale quant à la douleur persistante musculosquelettique ne semble pas, à la lumière des entretiens, être un frein particulier non plus, les professionnels insistant sur la possibilité d’échanger en présentiel, et sur des temps synchrones, comme principale voie d’amélioration de la collaboration, à condition que ce temps soit valorisé. Il serait intéressant de questionner ultérieurement la représentation sociale de la collaboration elle-même par ces mêmes professionnels.

Bibliographie

[1] Abric, JC, (1994) 1. Les représentations sociales : aspects théoriques. Dans Abric, JC, Pratiques sociales et représentations (pp. 11-36). Paris : Presses Universitaires de France [2] Caza, B. B., & Creary, S. (2016). The construction of professional identity. Perspectives on Contemporary Professional Work. https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781783475575/9781783475575.00022.xml [3] Dellandréa, A. (2013). Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. [Other, Université de Lorraine]. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732013 [4] Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D., & Roland-Lévy, C. (2016). Représentations sociales de la maladie : Comparaison entre savoirs «experts» et savoirs «profanes». L’Encéphale, 42(3), 226 233. https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.007 [5] Mick, G., Genthon, A., et Saby, M. (2018). La coordination entre acteurs, un défi de la douleur chronique. Douleur et Analgésie, 31(3), 155 160. https://doi.org/10.3166/dea-2018-0017 [6] Péoc’h, N. (2014). Représentations sociales de la douleur. Les dossiers des sciences de l’éducation, 31, 81 99. https://doi.org/10.4000/dse.593 [7] Seaton, J., Jones, A., Johnston, C., & Francis, K. (2021). Allied health professionals’ perceptions of interprofessional collaboration in primary health care : An integrative review. Journal of Interprofessional Care, 35(2), 217 228. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311 [8] Siebert, P. (2017). Étude des dysfonctionnements interprofessionnels entre médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux : Pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers (p. Non renseigné) [Other, Université de Lorraine]. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932369 [9] Staffoni, L., Schoeb, V., Pichonnaz, D., Bécherraz, C., Knutti, I., & Bianchi, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle : Comment les professionnels de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? Kinésithérapie, La Revue, 184(17), 18. https://doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.009

**Intérêt de la collaboration entre le médecin rééducateur et l’algologue sur l’efficacité de la prise en charge du syndrome lombo pelvi périnéal chronique : étude rétrospective multicentrique à propos de 17 patients.**

Submission ID

56

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Du fait de la proximité anatomique des régions lombaires et pelvi-périnéales, plusieurs étiologies douloureuses peuvent cohabiter chez un même patient, rendant difficile l'interprétation du tableau clinique (1). Ces cas complexes nécessitent une approche pluridisciplinaire et multimodale afin de rompre le cercle vicieux entre douleurs neuropathiques, douleurs myofasciales et troubles de l'équilibre lombo pelvien (2,3). L’objectif principal de notre étude observationnelle rétrospective multicentrique est d’évaluer l’efficacité d’une double prise en charge algologique et rééducative sur l’amélioration de la douleur (critère principal) et de la qualité de vie des patients (critères secondaires : amélioration du sommeil, de l'humeur, récupération fonctionnelle). Par ailleurs, on identifiera les mécanismes rachidiens impliqués dans les douleurs pelvi-périnéales chroniques. Matériel et méthodes : La population concernée est composée de patients consultant pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques associées à une plainte lombalgique et/ou radiculalgique. L’évaluation initiale était faite par l’algologue, puis par le médecin rééducateur, afin de proposer une prise en charge spécifique, adaptée au profil rachidien du patient. La réévaluation des symptômes est faite après 4 mois de prise en charge rééducative (interrogatoire, score HAD, périmètre de marche, temps de station assise). Résultats : Parmi les patients étudiés, 76 % décrivent des douleurs sur le territoire du nerf pudendal. La moitié présentent une lombosciatalgie concomitante, 17 % sont exclusivement lombalgiques. 80 % des patients rapportent une nette amélioration de leur douleur (en moyenne plus de 70 %) après rééducation rachidienne. S'y ajoutent une amélioration du sommeil et de l'humeur, une augmentation du périmètre de marche, du temps de position assise et la reprise de l'activité physique. Une discopathie des deux derniers étages lombaires se retrouve chez 90 % des patients décrivant des douleurs sur le territoire du nerf pudendal. Un syndrome de Maigne est associé dans 41 % des cas. 80 % des patients présentent des troubles de la statique rachidienne (majoritairement des profils II et IV selon la classification de Roussouly). Discussion : Nos résultats montrent que l'approche pluri professionnelle et pluridisciplinaire des patients permet une meilleure prise en charge des mécanismes d’entretien douloureux afin de progresser plus rapidement vers une amélioration, tant au niveau de la douleur que de la récupération fonctionnelle. Il apparaît aussi que lorsque les symptomatologies douloureuses lombaires et pelvi périnéales cohabitent, il est licite de débuter par une rééducation rachidienne adaptée et encadrée. En conclusion, la participation rachidienne est essentielle à prendre en compte lorsqu’un patient consulte pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques. Une étude spécifique de la colonne (4,5) est à intégrer au cours de la consultation, ainsi qu'une collaboration étroite avec un médecin rééducateur.

Bibliographie

1. Iacazio S, Foisy A, Tessier A, Riant T, Ploteau S, Perrouin-Verbe MA, et al. [Incidence of postural disorders in patients with chronic pelvic-perineal pain]. Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol. Sept 2018;28(11):548-56. 2. Ploteau S, Labat JJ, Riant T, Levesque A, Robert R, Nizard J. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management. Discov Med. Mars 2015;19(104):185-92. 3. Volckmann P, Le Blay G, Ebermeyer E, D’astorg H, Szadkowski M, Fiere V. La lombalgie récurrente ou lombalgie chronique ? Douleurs Éval - Diagn - Trait. Juin 2018;19(3):12-32. 4. Chaléat-Valayer E, Mac-Thiong JM, Paquet J, Berthonnaud E, Siani F, Roussouly P. Sagittal spino-pelvic alignment in chronic low back pain. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. Sept 2011;20 Suppl 5:634-40. 5. Laouissat F, Sebaaly A, Gehrchen M, Roussouly P. Classification of normal sagittal spine alignment: refounding the Roussouly classification. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. Août 2018;27(8):2002-11.

**Intérêt des injections sous cutanées de toxine botulinique A dans les douleurs neuropathiques périphériques vulvaires et périnéales**

Submission ID

34

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

CONTEXTE ET OBJECTIFS La prise en charge des douleurs neuropathiques reste difficile et justifie d’un ensemble d’approches thérapeutiques. Une synthèse des recommandations françaises publiée en 2020 [1] propose 3 lignes de traitement associant traitements pharmacologiques et non pharmacologiques des douleurs neuropathiques. En 2ème ligne, apparaît la toxine botulinique A. L’objectif de notre observation a été de positionner la toxine botulinique dans le traitement des douleurs neuropathiques périnéales féminines, notamment dans les névralgies pudendales, clunéales inférieures et vulvaires. Dans ces problématiques neuropathiques, les mécanismes de la douleur sont multiples, et la prise en charge par injections de toxine botulinique a été proposée dans un certain nombre d’études [2-3-4-5]. La cible physiopathologique dans ce contexte a été de lutter contre l’hypertonie de certains muscles du périnée, mais également par un effet antalgique propre de la toxine botulinique (blocage de la libération de neuropeptides vasoactifs et de l’expression exocytotique des récepteurs TRPV1 ; action sur le transport axonal rétrograde). METHODE Etude observationnelle sur 12 mois évaluant la qualité de vie avant (M0) et après (M12) injections sous-cutanées de toxine botulinique au niveau vulvaire et périnéal, chez des patientes présentant une névralgie identifiée pour laquelle un projet thérapeutique pluriprofessionnel et multimodal a été mis en œuvre (1ère et 2ème lignes de traitement, psychothérapie, prise en charge du syndrome myofascial pelvien). Questionnaire DN 4 positif, analyse statistique d’auto-questionnaires de qualité de vie SF12, DLQI (Dermatology Life Quality Index), et d’évaluation de la douleur (EN). Après consultation préalable pluridisciplinaire et information du patient, les injections ont été réalisées sous préparation par application de crème anesthésiante locale au moins 1h30 avant le geste (explications, informations et fiche descriptive délivrées par l’IRD) ; injections trimestrielles. Geste réalisé sous MEOPA et accompagnement hypnotique (hypnose Ericksonienne). Toxine botulinique dilution de 100 UI /2ml de NaCl 0.9%, injections de 2,5 UI par point. RESULTATS 5 patientes incluses - EN diminution moyenne de 4 points - Impact sur l’allodynie vulvopérinéale (DLQI) : 60% d’amélioration globale - Qualité de vie (SF12) : amélioration des capacités physiques de 47 % - Amélioration de l’équilibre psychologique et des relations sociales de 42 % et diminution de 23 % de l’impact des douleurs sur la vitalité et l’état psychique. CONCLUSIONS Il s’agit d’une étude originale évaluant l’intérêt de la toxine botulinique sous-cutanée en 2ème ligne de traitement des douleurs neuropathiques périnéales. Cette observation montre des bénéfices notables de la mise en œuvre de cette technique sur un petit effectif de patientes, en termes de qualité de vie et de soulagement. Ce traitement mériterait une analyse observationnelle plus large, et éventuellement d’être intégré dans un projet thérapeutique dédié pluriprofessionnel et multimodal.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE 1 X. Moisset, D. Bouhassira, J. Avez Couturier, H. Alchaar, S. Conrad, M.H. Delmotte, M. Lanteri-Minet, J.P. Lefaucheur, G. Mick, V. Piano, G. Pickering, E. Piquet, C. Regis, E. Salvat, N. Attal. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Revue Neurologique 176 (2020) 325-352. 2 F. Pelletier, M. Girardin, P. Humbert, M. Puyraveau, F. Aubin, B. Parratte. Long-term assessment of effectiveness and quality of life of OnabotulinumtoxinA injections in provoked vestibulodynia. JEADV 2016, 30, 106–111 © 2015 European Academy of Dermatology and Venereology 3 Hedebo Hansen Thomas, Guldberg Rikke, Meinert Mette. Botulinum toxin-treatment of localized provoked vulvodynia refractory to conventional. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Publié March 1, 2019. Volume 234. Pages 6-9. © 2019. 4 Tosti G, Attal N. Traitement pharmacologique des douleurs neuropathiques. EMC – Neurologie 2021;44(2):1-9 [Article 17-023-A-95]. 5 A Datta Gupta, S Edwards, J Smith et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Efficacy of Botulinum Toxin A for Neuropathic Pain. Toxins (Basel). 2022 ; 14(1):36

**Intérêt du gain de la durée de position assise comme critère de réussite de la chirurgie de décompression du nerf pudendal.**

Submission ID

7

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La chirurgie de décompression transposition du nerf pudendal par voie transglutéale est une technique chirurgicale validée (1). La réussite de la chirurgie est définie par une amélioration de la douleur avec diminution d'au moins trois points sur l'échelle visuelle analogique (EVA) par rapport à la douleur initiale décrite par le patient (1-2). Cependant la principale plainte des malades concerne surtout la difficulté du maintien de la position assise et le retentissement sur leur qualité de vie. L'objectif de notre étude est de valider un nouveau critère de réussite de la chirurgie : le gain de temps de position assise. Matériels et méthodes : Nous avons étudié le cas de 60 patients. Les patients dits "en échec" de la chirurgie avaient une EVA douloureuse qui diminuait de moins de 3 points un an après l'intervention. Inversement les patients pour lesquels la chirurgie était considérée comme un succès avaient une douleur qui diminuait d'au moins 3 points sur l’EVA un an après le geste. Nous avons comparé les résultats des patients considérés « en échec » de la chirurgie avec ceux des patients considérés comme « en succès » chirurgical pour le gain de position assise et le score anxiété et dépression (HAD). Résultats : Un score HAD élevé est significativement moins fréquent pour les patients chez lequel la chirurgie est considérée comme une réussite (p = 0,0176). Cependant 51 % des patients en échec de la chirurgie rapportent un gain de position assise de plus de 50 minutes. De plus, 77 % des patients avaient une position assise d'une heure ou plus un an après l'intervention. Discussion : La présence d'une symptomatologie dépressive plus marquée malgré une amélioration fonctionnelle certaine est la preuve que l’EVA n'est pas seulement un reflet de l'intensité de la douleur mais aussi d'autres composantes psycho émotionnelles associées à la symptomatologie douloureuse. En effet, la présence de critères objectifs diagnostiques (critères de Nantes) (3-4) peut amener à une prise en charge trop systématique des patients selon leurs caractéristiques cliniques sans prendre en compte d'autres éléments plus subjectifs comme leurs attentes par rapport au traitement (5). La notion d'amélioration et non de guérison reste primordiale dans le cadre d’une chirurgie à visée fonctionnelle. Par ailleurs, une augmentation du gain de temps de position assise rendra possible la reprise de certaines activités de la vie quotidienne, notamment sociales. Ainsi, ce critère de jugement apparaît alors comme une meilleure estimation de la réussite de la chirurgie par rapport à l’EVA.

Bibliographie

(1) Robert R., Labat J.-J., Bensignor M., et al. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. European Urology. 2005;47(3):403–408. (2) Robert R, Labat JJ, Khalfallah M, et al. Pudendal nerve surgery in the management of chronic pelvic and perineal pain. Prog Urol. 2010;20:1084–8. (3) Labat J.-J., Riant T., Robert R., et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria) Neurourology& Urodynamics. 2010;27(4):306–310. (4) Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V,et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. Eur J Pain. 2022 Jan;26(1):7-17. (5) Cormier S, Lavigne GL, Choinière M, et al. Expectations predict chronic pain treatment outcomes. Pain. 2016 Feb;157(2):329-338.

**L’INTÉRÊT D’UNE MÉDECINE INTÉGRATIVE POUR L’AUTONOMIE DU PATIENT FIBROMYALGIQUE**

Submission ID

26

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

INTRODUCTION Le recours à une médecine intégrative est de plus en plus fréquent pour la prise en charge des patients douloureux chroniques. Parce qu’il doit être reconnu comme autonome, le patient doit pouvoir choisir pour lui-même les pratiques complémentaires auxquelles il souhaite recourir. Pourtant, le principe d’autonomie limité au seul champ d’une décision rationnelle ne permet pas de rendre compte de la globalité du vécu du patient dans la continuité, ni de la complexité d’une information pluridisciplinaire. Notre étude visait à explorer la perception du patient concernant leur parcours de soins combinant médecine conventionnelle, pratiques orientées par le corps (acupuncture, ostéopathie) et pratiques orientées sur l’esprit (hypnothérapie, psychologie) afin de cerner les contours d’une autonomie appliquée à la médecine intégrative. MÉTHODES Notre étude a été conduite de mars 2021 à juin 2021 au sein du centre de la douleur du CHU de Nantes dans un service douleur, soins de support et médecine intégrative. Les participants souffraient tous d’un syndrome fibomyalgique. Des entretiens semi-directifs ont suivi les différents soins proposés aussi bien en médecine conventionnelle que complémentaire et une analyse thématique continue a structuré les données. RÉSULTATS La conduite de 20 entretiens a permis de soulever l’importance de trois thèmes principaux. En premier, pour 70 % des patients, le corps était perçu comme un outil dont la défaillance posait une rupture de vie, centrale dans la maladie. Nous avons observé que les pratiques complémentaires centrées sur le corps pouvaient transformer la perception du corps du patient à un « corps sujet », plus riche de « sens » et de complexité. En second, 90 % des patients relataient que la diversité des soins complémentaires et leur encadrement par le modèle biomédical favorisaient une éthique situationnelle où le patient expérimentait davantage son autonomie au sein du parcours de soin grâce aux relations. Troisièmement, le thème de la reconnaissance d’une complexité de soi apparaissait à 85 %, grâce à la mise en œuvre d’une combinaison de pratiques différentes qui ouvraient de nouvelles perspectives sur et pour le patient. CONCLUSION Il semble important, aussi bien pour les patients que pour les praticiens, d’élargir le concept d’autonomie du patient en médecine de la douleur. Il s’agit, au-delà d’une compréhension rationnelle du concept d’autonomie, de mieux prendre en compte le vécu du patient. L’exploration des expériences des patients révèle que ce concept n’est pas un état mais plus un processus qui s’enrichit de la complémentarité des soins. Ce processus se renforce grâce à des pratiques thérapeutiques permettant une approche clinique biopsychosociale à partir du corps tel que l’acupuncture ou l’ostéopathie.

Bibliographie

1. Klein A. Contribution à l’histoire du « patient » contemporain. Hist Médecine Santé. 1 juin 2012;(1):115‑28. 2. www.unitheque.com. Référentiel Collège Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses R2C [Internet]. Unithèque. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.unitheque.com/referentiel-college-bon-usage-medicament-des-therapeutiques-non-medicamenteuses-r2c/le-referentiel-med-line/med-line/Livre/377441 3. Ben-Arye E, Schiff E, Golan O. Ethical issues in integrative oncology. Hematol Oncol Clin North Am. 2008; 4. Ernst E. Ethics of complementary medicine: practical issues. Br J Gen Pract. 1 juill 2009;59(564):517‑9. 5. Stalder, Hans. Médecine générale - pensée linéaire et complexité [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-80/31655 6. Starmer CF. On the complexity of Investigating Chronic Illness. Biometrics, Volume 36, Issue 2. juin 1980;333‑5. 7. Naik AD, Dyer CB, Kunik ME, McCullough LB. Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-conceptualization. Am J Bioeth AJOB. févr 2009;9(2):23‑30. 8. Pelluchon C. L’autonomie brisée Bioéthique et philosophie. 2019 9. Ravat J. Autonomie et moralité à la lumière des approches naturalistes : la fin de l’autonomie rationnelle ? :18. 10. Bujold M. Pluralisme médical polarisé : la représentation de la maladie du patient comme canal de communication interdisciplinaire. Anthropol Sociétés. 2008;32:18‑25. 11. Caspi O, Koithan M, Criddle MW. Alternative Medicine or “Alternative” Patients: A Qualitative Study of Patient-Oriented Decision-Making Processes with Respect to Complementary and Alternative Medicine. Med Decis Making. janv 2004;24(1):64‑79. 12. Devisch I, Vanheule S. Singularity and medicine: is there a place for heteronomy in medical ethics? J Eval Clin Pract. déc 2014;20(6):965‑9. 13. Laugier M, Jouan S. Comment penser l’autonomie ? Entre compétences et dépendances . 2014 14. van Koulil S, Kraaimaat FW, van Lankveld W, van Riel PLCM, Evers AWM. A patient’s perspective on multidisciplinary treatment gain for fibromyalgia: An indicator for pre-post treatment effects? Arthritis Rheum. 15 déc 2009;61(12):1626‑32. 15. Fibromyalgie (2020) ⋅ Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/ 16. EULAR-2006.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2012/03/EULAR-2006.pdf 17. Élodie. Évaluation de l’efficacité et de la sécurité de l’acupuncture – 2014 ⋅ Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-et-de-la-securite-de-lacupuncture-2014/ 18. Attias S, Schiff E, Arnon Z, Ben-Arye E, Keshet Y, Sroka G, et al. Development and validation of a tool to evaluate Inpatient Beliefs, Expectations and Attitudes toward Reflexology (IBEAR-16). Complement Ther Med. 1 févr 2018;37. 19. Baron RJ. An Introduction to Medical Phenomenology: I Can’t Hear You While I’m Listening. Ann Intern Med. 1 oct 1985;103(4):606‑11. 20. Merleau Ponty. Phénomenologie de la perception. Gallimard. 1945 21. Canguilhem G. Le normal et le pathologique - Georges Canguilhem - Quadrige – puf. 1966 22. Gauvry C. Une intentionnalité pratique et contextuelle chez le Heidegger de 1919-1929 ? Bull Anal Phénoménologique. 2009 23. Carel H. Phenomenology of Illness. Oxford University press. 2016 24. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. Sociol Health Illn. 1982;4(2):167‑82. 25. Bernet R. The Body as a ‘Legitimate Naturalization of Consciousness’. R Inst Philos Suppl. juill 2013;72:43‑65. 26. Sartre. L’être et le néant. Gallimard. 1943 27. Liendle M. Vulnérabilité [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm 28. Pellegrino E. The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics. :11. 29. Brugère F. L’Éthique du « care ». Puf. 2021 30. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. J Gen Intern Med. juill 2010;25(7):741‑5. 31. Busato A, Künzi B. Differences in the quality of interpersonal care in complementary and conventional medicine. BMC Complement Altern Med. 4 nov 2010;10(1):63. 32. Le moment du soin - Frédéric Worms - Quadrige - Format Physique et Numérique | PUF [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Le\_moment\_du\_soin\_0 33. Suissa V, Guérin S, Denormandie P. Médecines complémentaires et alternatives. Michalon. 2019 34. Caillol M. L’objectivation nécessaire dans la pratique soignante. Cancers Psys. 16 oct 2019;n° 4(1):133‑42. 35. Monnet É. La théorie des « capabilités » d’Amartya Sen face au problème du relativisme. Tracés Rev Sci Hum. 31 mai 2007;(12):103‑20. 36. Fibromyalgie (2020) ⋅ Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/expertise-collective/fibromyalgie/ 37. Marzano MM. Je consens, donc je suis...: Ethique de l’autonomie. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2006. 261 p. 38. Ee C, Templeman K, Grant S, Avard N, de Manincor M, Hunter J. Informing the model of care for an academic integrative healthcare centre: a qualitative study exploring healthcare consumer perspectives. BMC Complement Med Ther. 18 févr 2020;20(1):58. 39. Goldstein P. Vulnérabilité Et Autonomie Dans La Pensée De Martha C. Nussbaum.puf. 2011 40. Dreyfus H. A Phenomenology of Skill Acquisition as the basis for a Merleau-Pontian representationalist Cognitive Science. 2002. 41. Andrieu B. Les rayons du monde: l’espace corporel avec Merleau Ponty. :11. 42. Ricœur P. Parcours de la Reconnaissance - Trois Etudes. Paris: Folio; 2005. 448 p. 43. Olivier AP. Chapitre V. La théorie de la reconnaissance : un modèle critique pour l’éducation ? In: Fabre M, Gohier C, éditeurs. Les valeurs éducatives au risque du néo-libéralisme [Internet]. Mont-Saint-Aignan: Presses universitaires de Rouen et du Havre; 2018 [cité 30 oct 2021]. p. 79‑89. (Penser les valeurs en éducation et en formation). Disponible sur: http://books.openedition.org/purh/1602 44. Zielinski A. Le libre choix. De l’autonomie rêvée à l’attention aux capacités. Gerontol Soc. 2009;32 / n° 131(4):11‑24. 45. Paterson C. Measuring changes in self-concept: a qualitative evaluation of outcome questionnaires in people having acupuncture for their chronic health problems. BMC Complement Altern Med. 16 mars 2006;6(1):7. 46. Morin E. Le défi de la complexité. Chimères. 1988;5(1):1‑18. 47. Rabatel A. Les verbes de perception en contexte d’effacement énonciatif : du point de vue représenté aux discours représentés. Trav Linguist. 2003;no46(1):49‑88. 48. Andrieu B. Sentir son corps vivant. Émersiologie I [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: http://www.vrin.fr/book.php?code=9782711626823 49. Goodwin N. Towards People-Centred Integrated Care: From Passive Recognition to Active Co-production? Int J Integr Care. 16(2):15. 50. Morin E. La méthode 3. La connaissance de la connaissance. Seuil. 1986. (Points; vol. 236).

**L’utilisation du Salbutamol Spray (Ventoline®) dans les douleurs de dysménorrhées sévères chez la femme touchées par l’endométriose**

Submission ID

76

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Le Salbutamol en nébulisation est utilisée largement dans le cadre des crises d’asthme tant chez l’enfant que chez l’adulte et sa sécurité d’emploi est établie. Il a été démontré aussi que le Salbutamol était utilisé chez la femme dans le cadre de douleurs gynécologiques, y compris lorsqu’elle était enceinte. Ajoutons enfin, que l’évolution de l’endométriose est le résultat d’une dyscontractilité utérine. Ce sont à ces titres que nous avons eu l’idée de le proposer dans les dysménorrhées des femmes touchées par l’endométriose, dont l’intensité des douleurs est plus importante au regard de la population générale féminine. Justification : L’idée de l’utilisation du Salbutamol Spray dans les dysménorrhées fait suite à un article sur l’efficacité des β-2 mimétiques utilisé en injectable IV chez des femmes se présentant aux urgences pour dysménorrhées [1] et du retour de certaines patientes asthmatiques voyant leurs douleurs cycliques amoindries suite à son utilisation. Les mécanismes des β-2 mimétiques, en particulier du Salbutamol, se font par l’intermédiaire de leurs récepteurs situés essentiellement au niveau du muscle bronchique et de l’utérus [2]. Son action explique le relâchement de ces tissus. Selon nos pré-études, 50 à 70% des patientes exprimaient une diminution significative de leur intensité douloureuse au cours des menstrues. Certaines évoquaient même une réduction du flux sanguin et une réduction de la durée de leur cycle. Méthodologie : Etude descriptive, observationnelle, transversale, élaborée à partir d’un auto- questionnaire en ligne. Cette étude se déroulera chez des femmes volontaires, sans hormonothérapie, sur 3 cycles, les 3 premiers jours de chaque cycle, évaluant leur douleur à ≥ 4/10 (échelle numérique). Deux groupes seront distincts : un groupe consommant des AINS et un groupe sans. Le critère principal de jugement sera l’évaluation de la douleur (échelle EN) avant et après Salbutamol Spray. Les critères secondaires seront le délai d’action, la durée d’action, la consommation ou non d’antalgiques (paracétamol, Acupan et/ou opioïdes OMS 2), les effets secondaires potentiels et le ressenti de la patiente sur son flux sanguin et sa qualité de vie (EHP5). Résultats : Chaque patiente remplira une évaluation des critères principaux et secondaires. Elle l’adressera par voie dématérialisée. Les statistiques et résultats en découleront. Conclusion : L’utilisation actuellement informel nous amène à penser l’efficacité de ce produit sur les dysménorrhées sévères dans un contexte d’endométriose. Au regard du délai d’action et des effets secondaires rares dans le cadre de l’asthme, l’utilisation du Salbutamol Spray dans les dysménorrhées seraient révolutionnaires. Nous voulons en formaliser les effets, connaitre avant toute chose son intérêt sur l’intensité des douleurs.

Bibliographie

[1] Chanoufi B et Al. Recommandation de pratiques cliniques pour la prise en charge de la dysménorrhée des patientes africaines. Consensus formalisé. Douleurs. 2018 ; 19, 174-181. [2] Caractéristiques de la Ventoline 100μg/dose. ANSM. 2017

**La douleur chronique en psychiatrie : profils cliniques des patients consultant en Centres Médico-Psychologiques**

Submission ID

32

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La douleur chronique et les troubles mentaux sont fréquents en population générale (prévalence en Europe : 10-30% [1] et 12% [2], respectivement). Les patients douloureux chroniques sont plus à risque de présenter un trouble mental tel qu'une dépression, un trouble anxieux ou un trouble de l'usage des substances [3]. Objectif : Déterminer les profils des patients douloureux chroniques consultant en centre de psychiatrie ambulatoire (CMP). Méthodes : Nous avons réalisé une étude pilote observationnelle bicentrique en milieu rural (CMP de Ruffec/Charente, et de Bressuire/Deux-Sèvres). Les données suivantes ont été recueillies au cours d'une consultation dédiée : données socio-démographiques, histoire psychiatrique, histoire de la douleur chronique, mesures de la qualité de vie (questionnaire de santé SF-36, questionnaire de fatigue de Pichot, questionnaire de somnolence d'Epsworth, questionnaires de sommeil spécifiques), niveaux d'anxiété et de dépression (échelles HAD et MADRS), profil psychiatrique (épisode dépressif caractérisé et troubles de la personnalité selon le DSM-5), histoire traumatique (questionnaire THQ) et potentiel addictologique (échelles AUDIT, CAST et ECAB). Résultats : La population d'étude (27 patients inclus) était jeune (45,8±10,1 ans) et majoritairement féminine (74%). La plupart des patients avaient un long suivi en psychiatrie (44,5% depuis plus de 5 ans, 92,6% pour syndrome anxio-dépressif) et en médecine de la douleur (66,7% depuis plus de 10 ans, 37% pour fibromyalgie). Le diagnostic de douleur chronique avait été posé majoritairement par un rhumatologue (40,7%) et un CETD (26%), qui avaient permis une adaptation des thérapeutiques médicamenteuses (réduction des prescriptions d'antalgiques de palier 2 (-65%), de palier 3 (-72%), d'AINS (-50%), d'antiépileptiques (-33%) et d'antidépresseurs (-65%)). Les traitements non médicamenteux étaient largement employés. Les patients ne rapportaient ni somnolence ni fatigue diurnes. Leur perception de leur santé physique et psychique était mauvaise, avec un impact sur le travail (moyennes : 1,9±1,3 arrêts de travail/patient, 52,7±64,9 jours). Un tiers des patients rapportait l'existence d'évènements de vie traumatiques. Environ 20% présentait également un trouble de la personnalité, majoritairement du registre histrionique et état-limite. Une dépendance aux benzodiazépines comorbide était fréquemment retrouvée. Conclusion : Notre étude montre (1) l'association fréquente entre douleur chronique et comorbidités psychiatriques ; (2) le rôle majeur du médecin ayant posé le diagnostic de douleur chronique dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ; (3) l'absence de profil psychiatrique type. Ces résultats confirment la nécessité d'une prise en charge médico-psychologique par des professionnels formés en prise en charge de la douleur. Ils doivent être comparés aux données obtenues en service hospitalier, en médecine libérale, et en CMP urbain. Mots-clés : douleur chronique, psychiatrie, étude observationnelle

Bibliographie

[1] Chenaf et al., 2018 ; [2] World Health Organisation, 2019 ; [3] Hooten et al., 2016.

**La douleur des soignants: facteurs associés aux troubles psychologiques des personnels hospitaliers après la 1ère vague Covid**

Submission ID

104

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Objectif La pandémie Covid-19 est à l’origine d’une crise sanitaire mondiale majeure. En France, la 1ère vague a nécessité une réorganisation en urgence de l’offre de soins, mobilisant les personnels hospitaliers dans un climat d’incertitude. Les soignants en première ligne ont été comparés à des "combattants du front." Ils ont rencontré de nombreuses difficultés comme le risque de contamination, l’épuisement physique, la réorganisation des espaces de travail, la gestion de la pénurie de matériels, le nombre inhabituellement élevé de décès parmi les patients, des questions éthiques relatives à la prise de décision dans un système de soins en tension. L’impact psychologique sur ces personnels hospitaliers et ses conséquences sur le développement de douleurs musculosquelettiques sont un enjeu indirect d'une telle pandémie. Nous avons cherché à analyser les symptômes psychologiques des employés du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph quelques mois après la 1ère vague de la pandémie. Méthodes Du 15 juillet au 1er octobre 2020, une enquête a été menée auprès de tous les personnels en utilisant l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et la Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL) pour mesurer les symptômes d'anxiété, de dépression et de PTSD. Les facteurs indépendamment associés à ces symptômes ont été identifiés. Résultats 780 participants (47 % de soignants, 18 % de personnel administratif, 16 % de médecins et 19 % d'autres professionnels) ont répondu à l'enquête. Des symptômes significatifs d'anxiété, de dépression et de PTSD ont été rapportés par 41%, 21% et 14% des participants, respectivement. L'analyse de régression hiérarchique a montré un risque plus élevé de présenter des symptômes psychologiques chez les personnes (1) qui ont été infectées par le SARS-CoV-2 ou dont des collègues ou des parents ont été infectés, (2) qui ont déclaré rétrospectivement avoir ressenti la 1ère vague comme une expérience anxieuse, et (3) qui avaient des antécédents d'épuisement professionnel ou de dépression. Inversement, la satisfaction au travail est apparue comme un facteur de protection. Les personnels hospitaliers présentaient des niveaux statistiquement identiques de symptômes d'anxiété, de dépression et de SSPT, quelle que soit leur profession et qu'ils aient ou non travaillé dans des unités COVID. Conclusions Cette enquête montre qu'après la première vague, les personnels hospitaliers présentaient une charge importante de symptômes émotionnels. Des mesures préventives spécifiques visant à promouvoir le bien-être des employés doivent être mises en œuvre, d'abord parmi le personnel particulièrement vulnérable, puis pour l'ensemble du personnel hospitalier pour lequel l'anxiété est détectée précocement, et pas seulement pour ceux qui ont été directement exposés aux patients infectés.

**La laser-thérapie dans la prise en charge curative des mucites orales chimio-induites : A propos de deux cas cliniques**

Submission ID

65

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction. Les mucites sont des complications fréquentes des thérapies anticancéreuses. Elles se définissent par des inflammations et /ou des ulcérations douloureuses des muqueuses orales et/ou gastro-intestinales par altération de l’épithélium sous-muqueux et du tissu conjonctif sous-jacent. Les mucites chimio-induites ont une incidence de 64 %, indépendamment du type de cancer ou de chimiothérapie. Dans les formes les plus sévères, elles sont sources de douleurs invalidantes et de difficultés majeures d’alimentation orale avec dégradation de l’état nutritionnel. La prise en charge des mucites orales chimio-induite comprend pour l’essentiel des thérapies prophylactiques (hygiène bucco-dentaire, bains de bouche, cryothérapie, photobiomodulation laser) et symptomatiques antalgiques (anesthésique locale topique, morphinothérapie locale ou systémique). La prévention, malgré toutes ces thérapeutiques, reste souvent difficile dans les formes sévères. Le traitement laser par photobiomodulation est un moyen thérapeutique simple, déjà proposé dans l’arsenal thérapeutique de la prévention des mucites radio et chimio-induites. Cependant, la laser-thérapie à visée curative et notamment dans les stades sévères de mucite, est peu décrite et utilisée en pratique clinique. Présentation de cas. Nous rapportons le cas de 2 patients pris en charge pour un lymphome de Burkitt et un sarcome d’Ewing d’emblée métastatique et présentant chacun une mucite de grade 3 chimio-induite avec des douleurs buccales intenses (EVA >7/10) mais également une impossibilité d’alimentation orale. A l’issue de 2 séances de laser-thérapie avec balayage endobuccal de toute la cavité orale (ʎ= 650 nm, 810 nm, 910 nm, 1064 nm, E totale : 1.9W, Fluence totale : 237 J/cm2, taille du spot : 8 mm), les patients ont rapporté une diminution significative des douleurs (EVA <3/10), une reprise progressive de l’alimentation entérale jusqu’à sa normalisation, contemporaines d’une régression significative des lésions endobuccales. Discussion. La physiopathologie des mucites est décrite en plusieurs phases, avec en premier lieu la production de radicaux libres provoquant une activation de la réponse inflammatoire locale, puis des lésions directes sur l’ADN cellulaire conduisant à des phénomènes d’apoptose (ulcération). La laser thérapie à visée curative pourrait utiliser plusieurs longueurs d’ondes (dans le rouge et le proche infra-rouge) dont on connait déjà les propriétés et cibles différentes, à l’origine de réponses biologiques variées. Leurs effets cumulés (action anti-inflammatoire, anti-oedémateuse, antalgique, pro-cicatrisante) pourraient ainsi s’avérer particulièrement intéressants au regard de la complexité de la physiopathologie de la mucite. Conclusion. Ces résultats cliniques sont encourageants et laissent entrevoir pour cette option thérapeutique, exemptée d’effets secondaires, une place de choix dans la prise en charge curative des mucites orales chimio-induites. Cependant, pour que la photobiomodulation laser puisse être validée dans cette indication il est nécessaire de poursuivre l’évaluation clinique sur des cohortes plus importantes.

Bibliographie

(1) Noriko Nishimura , Kenji Nakano, Kyoko Ueda, Makoto Kodaira, Shuhei Yamada, Yuko Mishima, Masahiro Yokoyama, Yasuhito Terui, Shunji Takahashi, Kiyohiko Hatake : Prospective evaluation of incidence and severity of oral mucositis induced by conventional chemotherapy in solid tumors and malignant lymphomas, Support Care Cancer . 2012 Sep;20(9):2053-9 (2) Sharon Elad , Karis Kin Fong Cheng , Rajesh V Lalla , Noam Yarom , Catherine Hong , Richard M Logan , Joanne Bowen , Rachel Gibson , Deborah P Saunders , Yehuda Zadik , Anura Ariyawardana , Maria Elvira Correa , Vinisha Ranna , Paolo Bossi : MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy, Cancer. 2020 Oct 1;126(19):4423-4431

**LA NEUROSTIMULATION ELECTRIQUE TRANSCUTANEE SOULAGE LES DYSMENORRHEES PRIMAIRES ET LIMITE LA CONSOMMATION D’ANTALGIQUES : ETUDE CLINIQUE RANDOMISEE EN DOUBLE-INSU VERSUS PLACEBO.**

Submission ID

35

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Employée des Laboratoires Urgo Healthcare commercialisant le produit à l'étude

Résumé (430 mots maximum)

La dysménorrhée (règles douloureuses, douleurs menstruelles) est un symptôme gynécologique couramment rapporté par les femmes en âge de procréer. La douleur est responsable d’absentéisme professionnel ou scolaire et impacte les activités quotidiennes (1,2). La dysménorrhée primaire (DP) se manifeste sous forme de crampes dues à une augmentation des prostaglandines provoquant des contractions utérines anormales sources de douleurs ischémiques (3). Les antalgiques et/ou anti-inflammatoires non-stéroïdiens, recommandés en première intention, sont à l’origine d’effets secondaires limitant leur utilisation. L’électrothérapie est une alternative thérapeutique non-pharmacologique ou un complément à la prise d’antalgiques dans le traitement des DP (4). Cet essai randomisé, croisé, contrôlé en double insu, évalue l’efficacité et la sécurité d’un dispositif de neurostimulation électrique transcutanée (TENS) préprogrammé versus placebo (SHAM - dispositif factice) chez des femmes souffrant de DP (5). Méthodes: 40 femmes souffrant de DP importante nécessitant une prise médicamenteuse utilisent alternativement selon la randomisation le dispositif TENS (Urgo règles douloureuses) puis le SHAM ou inversement le SHAM puis le TENS durant 2 cycles menstruels. Les dispositifs sont appliqués par les patientes, en autonomie, au niveau abdominal ou lombaire selon la localisation de la douleur. Le critère principal compare l’évolution de la douleur avant et après application du TENS et du SHAM. Les situations d’utilisation du TENS, sa rapidité d’action, la rémanence de l’effet antalgique, l’épargne thérapeutique d’antalgiques, ainsi que l’opinion et la satisfaction des participantes sur l’efficacité du dispositif sont également évaluées. Les évènements indésirables (EIs) sont collectés. Résultats : Une diminution statistiquement et cliniquement significative de la douleur de 53% (p<0,0001) est observée lors des 2 premières applications du TENS versus pas d’effet antalgique (-5%, p=0,318) avec le SHAM. Le soulagement rapide, moins de 20 minutes dans 74 % des cas, perdure en moyenne plus de 7 heures. Une différence de consommation d’antalgiques de -93% est observée en faveur du TENS (p<0,01). 95% des participantes ressentent une amélioration de leurs dysménorrhées sous TENS, alors que 86,5% estiment que leurs douleurs sont inchangées sous SHAM. 90% des participantes sont satisfaites par le TENS qu’elles considèrent efficace et au moins aussi efficace que leur traitement antalgique habituel pour soulager leurs dysménorrhées. Enfin, 87% des participantes déclarent avoir utilisé le TENS en vaquant à leurs occupations à domicile, 71% au travail et 39% en se promenant ou en faisant leurs courses. Sept participantes rapportent 10 EIs non graves dont 2 sont possiblement liés au TENS. Conclusion : Le dispositif TENS testé représente une solution antalgique non-pharmacologique bien tolérée, rapidement et durablement efficace, susceptible de remplacer ou d’être associée aux antalgiques dans la prise en charge des DP.

Bibliographie

(1) Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(8):765-70. (2) Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. Obstet Gynecol. 2020;136(5):1047-58. (3) Dawood Y. Primary dysmenorrhea. Advances in pathogenesis and management. Obstetrics and Gynecology 2006;108(2):428-441. (4) Elboim-Gabyzon M, Kalichman L. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Primary Dysmenorrhea: An Overview. Int J Womens Health. 2020;12:1-10. (5) Guy M, Foucher C, Juhel C, Rigaudier F, Mayeux G and Levesque, A. (2022). Transcutaneous electrical neurostimulation relieves primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical study versus placebo. Progrès En Urologie (in press). https://doi.org/10.1016/j.purol.2022.01.005

**La perception subjective de la douleur : une étude de connectivité fonctionnelle par enregistrement intracérébral chez l’humain**

Submission ID

47

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

L'activation des voies nerveuses véhiculant les informations de douleur (voie spinothalamique) n'entraîne pas toujours une perception subjective douloureuse. Des stimuli nociceptifs consécutifs délivrés à intensité constante près du seuil de douleur, donnent en effet lieu à des perceptions très variables, allant d'une douleur vive à une perception indolore [1,2]. L’objectif de cette étude est de caractériser les mécanismes cérébraux sous-jacents à cette variabilité de ressenti, et en particulier la connectivité fonctionnelle des régions impliquées, afin de mieux comprendre les phénomènes neurophysiologiques sous-tendant le passage de la nociception à la douleur. Vingt-cinq patients épileptiques possédant des électrodes implantées ont reçu une série de 15 à 20 stimuli laser sur la main à intensité constante, fixée au seuil nociceptif. Après chaque stimulation, les patients évaluaient leur ressenti sur une échelle visuelle analogue (EVA) allant de 0 (aucune sensation) à 10 (douleur intolérable) avec le seuil nociceptif fixé à 4. L'EEG a été analysé pendant trois secondes après la stimulation en effectuant des mesures de cohérence pour des fréquences allant de 0,5Hz à 80Hz (delta à gamma). Ces mesures concernent trois régions d’intérêts : l'insula antérieure (IA), le cortex orbitofrontal (OFC) et le cortex cingulaire antérieur moteur (ACC médian) et permettent d’étudier leur connectivité fonctionnelle avec deux autres régions : l'insula postérieure (IP) et l'amygdale (Am), qui sont parmi les premières à recevoir l’information nociceptive. Pour les stimuli perçus comme douloureux, la connectivité fonctionnelle de l'IP était significativement accrue avec l'OFC (+80%), l'IA (+66%) et l'ACC (+54%) comparés aux stimuli perçus comme non douloureux. Bien que dans une moindre mesure, des augmentations des valeurs de cohérence ont également été observées entre Am et IA (+36%) et entre Am et OFC (+19%). Ces résultats suggèrent que la perception douloureuse d'un stimulus dépend de l'interaction de plusieurs régions au sein d'un réseau cortical. On peut supposer que l'augmentation de la connectivité fonctionnelle entre l'IP, une région sensorielle, et l'ACC moyen participerait à la réponse de retrait moteur. D'autre part, afin de catégoriser un stimulus comme douloureux, la communication entre les zones sensorielles telles que l'IP et un réseau plus cognitif et émotionnel comprenant l'IA, l'Am et l'OFC semble cruciale. Dissocier le réseau cérébral en lien avec l’intégration du message nociceptif de celui nécessaire à la perception douloureuse présente de nombreux intérêts cliniques. Par exemple, pour les patients douloureux chroniques, en définissant de nouvelles cibles de stimulations magnétiques ou électriques transcrâniennes afin de moduler la perception douloureuse, mais également pour les patients en état de conscience altérée en participant à l’élaboration d’un schéma cérébral particulier qui pourrait signer une perception douloureuse.

Bibliographie

1- Schulz E, Tiemann L, Schuster T, Gross J, Ploner M (2011) Neurophysiological coding of traits and states in the perception of pain. Cereb Cortex. 21(10):2408-2414. 2- Pomares FB, Faillenot I, Barral FG, Peyron R (2013) The ‘where’ and the ‘when’ of the BOLD response to pain in the insular cortex. Discussion on amplitudes and latencies. Neuroimage. 64: 466-475.

**Le contrôle moteur des muscles périscapulaires chez des patients atteints de cervicalgie chronique atraumatique : un protocole de type SCED**

Submission ID

72

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : La cervicalgie fait partie des affections musculosquelettiques les plus fréquentes [1]. Plusieurs moyens de rééducation peuvent être utilisés par le masseur-kinésithérapeute. La littérature a montré que les exercices de contrôle moteur centrés sur l’activité des muscles cervicaux profonds aident les patients souffrant de cervicalgie [2]. Chez les patients atteints de cervicalgie chroniques, nous pouvons observer des changements comme des hypo ou hyperactivations musculaires [3,4]. Il a aussi été observé des changements positionnels de la scapula avec des différences entre les patients sains et les patients souffrants de cervicalgie. En effet, les patients atteints de cervicalgie suite à un fléau cervical présentent une diminution de la bascule postérieure contrairement aux patients souffrants de cervicalgie sans fléau cervical qui présentent une augmentation de cette bascule [5]. Il semble donc exister un lien entre les positions de la scapula et les douleurs cervicales. Nous avons alors étudié les impacts d’une rééducation du contrôle moteur des muscles périscapulaires sur la douleur et l’incapacité cervicale chez des patients atteints de cervicalgie chronique atraumatique. Design : Un protocole de type single case experimental design (SCED) a été réalisé pour répondre à cette question. Cette méthode a un niveau de preuve 1 selon le Centre d’Evidence-Based Medicine (CEBM). Méthode : Quatre participants atteints de cervicalgie chronique atraumatique ont été suivis pendant quinze semaines. Celui-ci prenait la forme ABAA’, avec la phase A d’évaluation (deux semaines), la phase B d’intervention (quatre semaines), et la phase A’ de suivi à long terme (sept semaines). Durant la phase B, les participants effectuaient des exercices de contrôle moteur des muscles périscapulaires en autonomie, à raison de trois fois par semaine. Le programme d’exercices était réalisé spécifiquement pour chaque patient, en fonction des résultats trouvés lors du bilan et du test de repositionnement scapulaire (positionnement passif de la scapula qui abolit les douleurs). La douleur a été évaluée par une échelle numérique et le retentissement fonctionnel des douleurs par l’échelle d’incapacité cervicale. Résultats : L’intensité de la douleur cervicale des quatre participants a diminué de 40 à 93%. Un effet similaire a été retrouvé pour l’échelle d’incapacité cervicale. Le gain observé est considéré comme statistiquement significatif avec des scores NAP compris entre 81 et 100%, et un Tau compris entre -0,455 et -0,816 permettant de mettre en avant une efficacité de ce protocole. Conclusion : La rééducation des muscles périscapulaires par le contrôle moteur semble efficace pour diminuer la douleur et améliorer la fonction chez les patients atteints de cervicalgies chroniques atraumatiques. Des études supplémentaires permettront de mieux identifier les répondeurs Mots-clés : cervicalgie, contrôle moteur, douleur chronique, position scapulaire

Bibliographie

[1] Hoy DG, Protani M, De R, Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010;24:783–92. https://doi.org/10.1016/j.berh.2011.01.019. [2] Tsiringakis G, Dimitriadis Z, Triantafylloy E, McLean S. Motor control training of deep neck flexors with pressure biofeedback improves pain and disability in patients with neck pain: A systematic review and meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract 2020;50:102220. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102220. [3] Falla D, Farina D. Neuromuscular adaptation in experimental and clinical neck pain. J Electromyogr Kinesiol 2008;18:255–61. https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2006.11.001. [4] Falla DL, Jull GA, Hodges PW. Patients With Neck Pain Demonstrate Reduced Electromyographic Activity of the Deep Cervical Flexor Muscles During Performance of the Craniocervical Flexion Test. Spine 2004;29:2108–14. https://doi.org/10.1097/01.brs.0000141170.89317.0e. [5] Helgadottir H, Kristjansson E, Mottram S, Karduna A, Jonsson H. Altered Scapular Orientation During Arm Elevation in Patients With Insidious Onset Neck Pain and Whiplash-Associated Disorder. J Orthop Sports Phys Ther 2010;40:784–91. https://doi.org/10.2519/jospt.2010.3405.

**LE DECLIC EPRI, LE programme d’éducation du patient DoulEur Chronique LIée au Cancer : Un programme de recherche construit pour la prise en charge douleur chronique en cancérologie.**

Submission ID

105

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La douleur chronique chez les personnes atteintes de cancer reste fréquente et conduit à des situations complexes à fort retentissement psychosocial. Une stratégie d'accompagnement et d’autonomisation du patient est indissociable d’un traitement associant une stratégie médicamenteuse complexe et non médicamenteuse. L'intervention LE DECLIC EPRI développée selon la théorie Behaviour Change Wheel, implique chercheurs de différentes disciplines, algologues et oncologues hospitaliers, patients partenaires, éducateurs, médecins généralistes et réseau de soin ville-hôpital. LE DECLIC EPRI consiste à favoriser l’implantation d’un programme d’ETP centré sur la douleur chronique liée au cancer, dans des contextes différents de prise en charge oncologique. Méthode L’ intervention LE DECLIC EPRI associe un programme d’ETP autorisé par l’ARS IDF (DECLIC), trois sessions de formation : une pour les médecins généralistes, afin de les intégrer dans le parcours de soin du patient; une pour les oncologues médicaux et autres influenceurs, visant à accroître leur collaboration avec l'équipe d'éducation des patients, et une pour les professionnels de la santé, afin de les former à être éducateurs dans le programme DECLIC. Il s’agit d’un essai contrôlé randomisé en cluster stepped wedge, en ouvert, dans 5 centres de traitement du cancer, débuté en mars 2021, qui inclura 270 patients en 3 ans et permettra de comparer, sur une période de 6 mois, un groupe bénéficiant de l’intervention LE DECLIC EPRI à un groupe contrôle (pratiques usuelles) Premiers résultats 70 patients inclus sur les 5 centres, dont 18 ont pu bénéficier d’un programme ETP DECLIC. Le programme ETP DECLIC est implanté sur 1 centre suite à l’intervention LE DECLIC EPRI. Deux formations auprès des oncologues et leaders d’opinions des établissements ont été réalisées, ainsi qu’un module de formation auprès des médecins généralistes. Discussion La recherche interventionnelle permet l’observation dans la vraie vie, tout en permettant l’implémentation d’une offre de soins. L’adoption du programme par les professionnels de santé, les freins liés aux modifications de l’organisation locale des soins et la difficulté d’accès du programme restent notables. Le module de formation des oncologues apporte des pistes de réflexions et révèle des cercles d’influence favorisant l’implémentation de l’ETP. Des mesures correctives sont à l’œuvre, laissant la place à toute la créativité des équipes de soins alliée à l’expérience patient. Conclusion Les résultats attendus à terme sont la définition d’un modèle intégratif du parcours de soin, incluant l’éducation thérapeutique aboutissant à la réduction des inégalités d’accès à la prise en charge de la douleur chronique en cancérologie.

Bibliographie

Bourmaud A, Chauvin F. Which communication strategies can improve interventions aimed at tackling social inequalities in organized cancer screening in France? Glob Health Promot. 2021 Mar;28(1\_suppl):89-92. Meux MC, communicaiton orale 4ème congrès ETP cancérologie, 25 mars 2022 Institut Curie, Paris

**Lidocaïne intraveineuse et SDRC**

Submission ID

38

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction Les recommandations actuelles suggèrent l’intérêt de la Lidocaïne intraveineuse dans la crise paroxystique douloureuse [1,2]. Son utilisation a également fait l’objet de nombreuses études en douleur chronique. Il n’existe actuellement pas de consensus dans la littérature concernant la posologie de la Lidocaïne intraveineuse recommandée dans le Syndrome Douloureux Régional Complexe [3,4]. Au CETDC du Groupe Hospitalier UNEOS, nos patients douloureux chroniques bénéficient de cures intraveineuses de Lidocaïne à des doses progressivement croissantes. Objectifs - Évaluer l’intensité douloureuse de patients souffrant d’un SDRC trois mois après réalisation de cures successives de Lidocaïne intraveineuse à des posologies croissantes - Évaluer l’impact global des cures de Lidocaïne intraveineuse sur le score NPSI Matériels et méthodes - Étude prospective, qualitative et quantitative - Patients atteints de SDRC selon les critères de Budapest au CETDC du Groupe Hospitalier Associatif UNEOS - Étude menée sur 9 mois (septembre 2021 à mai 2022) - Réalisation de trois cures de Lidocaïne intraveineuse aux posologies croissantes de 3 mg/kg, 4 mg/kg et 5 mg/kg à 3 mois d’intervalle - Réévaluation médicale 3 mois après une cure pour évaluation du bénéfice sur l’intensité douloureuse - Réalisation du score NPSI 3 mois après chaque cure Résultats et discussion À venir après recueil des données et études des réponses. Objectif de 10 à 20 patients ciblés durant le test.

Bibliographie

[1] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, Lanteri-Minet M, Lefaucheur JP, Mick G, Piano V, Pickering G, Piquet E, Regis C, Salvat E, Attal N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325-352. doi: 10.1016/j.neurol.2020.01.361. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32276788. [2 ]Tully J, Jung JW, Patel A, Tukan A, Kandula S, Doan A, Imani F, Varrassi G, Cornett EM, Kaye AD, Viswanath O, Urits I. Utilization of Intravenous Lidocaine Infusion for the Treatment of Refractory Chronic Pain. Anesth Pain Med. 2021 Jan 2;10(6):e112290. doi: 10.5812/aapm.112290. PMID: 34150583; PMCID: PMC8207879. [3] Schwartzman RJ, Patel M, Grothusen JR, Alexander GM. Efficacy of 5-day continuous lidocaine infusion for the treatment of refractory complex regional pain syndrome. Pain Med. 2009 Mar;10(2):401-12. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00573.x. PMID: 19284488. [4 ] Yousefshahi F, Predescu O, Francisco Asenjo J. The Efficacy of Systemic Lidocaine in the Management of Chronic Pain: A Literature Review. Anesth Pain Med. 2017 Apr 22;7(3):e44732. doi: 10.5812/aapm.44732. PMID: 28856112; PMCID: PMC5561441.

**Long-Lasting Analgesia With Transdermal Fentanyl: A New Approach in Rat Neonatal Research**

Submission ID

82

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

With advances in neonatal care, management of prolonged pain in newborns is a daily concern. In addition to ethical considerations, pain in early life would have long-term effects and consequences. However, its treatment remains inadequate. It was therefore important to develop an experimental model of long-lasting analgesia for neonatal research. Experiments were performed in six groups of rats with transdermal fentanyl 0, 3, 12, 50, 100, or 200 μg/kg/h from second postnatal day (P2) until weaning. Assessment of analgesia was carried out at P21, with behavioral scores (ranging from 0 to 3) using a 4% formalin test. Plasma levels of fentanyl were determined by UPLC/TQD at P22. Growth rate was investigated. Fentanyl 100 and 200 μg/kg/h reduced scores of formalin-evoked behavioral pain. They increased time spent in pain score 0 (8 min 55 s and 6 min 34 s versus 23 s in controls) as in low pain scores 1 and 2, and decreased time in the most severe pain score 3 (19 min 56 s and 17 min 39 s versus 44 min 15 s). Fentanylemia increased in a dose-dependent manner from 50 μg/kg/h (2.36 ± 0.64 ng/ml) to 200 μg/kg/h (8.66 ± 1.80 ng/ml). Concerning growth, no difference was observed except weaker growth from P17 to P22 with 200 μg/kg/h. Clinically, we noticed no visible side effect from 3 to 100 μg/kg/h. Concomitantly, 200 μg/kg/h was responsible for ophthalmological side effects with appearance of corneal bilateral clouding in 90% pups. No difference was observed between male and female rats. Altogether, results indicate that transdermal fentanyl 100 μg/kg/h is an efficient therapeutic for long-lasting analgesia in lactating pups. This new model provides a useful tool for protection and welfare, and future opportunity for studying long-term health consequences of sustainable neonatal analgesia.

**Mémoire à long-terme de la douleur chez l'Homme - étude sur le conditionnement douloureux en Réalité Virtuelle Immersive**

Submission ID

48

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

L’objectif de cette étude est de comprendre les mécanismes du conditionnement contextuel aversif (douloureux et non-douloureux), en particulier la modulation de la perception et de la mémoire implicite du contenu de l’environnement associé au conditionnement. Le protocole de conditionnement contextuel aversif a été construit par le biais d’un environnement écologique modélisé en Réalité Virtuelle Immersive (iVR). L’environnement est un appartement constitué de trois pièces (une cuisine, un salon et une salle de bain), chacune associée à une stimulation spécifique : soit douloureuse, une stimulation électrique et tonique induite sur la main gauche ; soit non-douloureuse, un ensemble de sons aversifs ; soit aucune stimulation pour la condition contrôle. Cinquante-quatre volontaires ont participé au processus de conditionnement : les sujets devaient effectuer dix tours dans chacune des pièces dans un ordre aléatoire pendant lesquels ils recevaient les différentes stimulations en fonction du contexte associé. La valence attribuée à chaque pièce a été mesurée via l’échelle de Self-Assessment Manikin (SAM, [1]) afin d’évaluer la perception de l’environnement. La mémoire implicite du contenu de l’environnement a été mesurée par le biais d’un paradigme d’image floutée [2] (enregistrement du temps de réaction d’identification des objets de l’environnement). Ces mesures ont été répétées à quatre instants du protocole : avant (valence seulement) et après le conditionnement, le lendemain et deux semaines après. Les résultats comportementaux ont révélé une diminution de la valence post-conditionnement pour les pièces associées aux stimulations aversives, en particulier pour celle associée à la douleur, qui s’avère maintenue à long-terme. L’analyse du temps de réaction a montré un effet genre significatif à chaque instant de mesure : les femmes identifient plus rapidement les objets associés à la douleur comparé aux hommes, ce qui se traduit, chez les femmes, en un temps-de-réaction plus court pour identifier ces objets, comparé à celui des objets associés à la condition aversive non-douloureuse et condition contrôle. Ces résultats suggèrent que le conditionnement aversif, douloureux et non-douloureux, module la perception de l’environnement à long-terme. Néanmoins seul le conditionnement douloureux influence la mémoire implicite du contexte associé, exclusivement chez les femmes. Cet effet genre pourrait contribuer à mieux comprendre les différences hommes-femmes révélés par certaines études chez l’homme et l’animal ([3], [4]), en particulier concernant les mécanismes mnésiques liés à l’apprentissage et à l’extinction du conditionnement à la peur.

Bibliographie

1.Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion: The self-assessment manikin and the semantic differential. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25(1), 49–59 2. Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (2000). The mind in the middle: A practical guide to priming and automaticity research. In H. T. Reis & C.M. Judd (Eds.), Handbook of research methods in social and personality psychology (pp. 253–285). 3.Merz C.J., Wolf O.T.,Schweckendiek J., Lkucken T., Vaitl D., Stark R. (2013) Stress differentially affects fear conditioning in men and women. PsychoNeuroEndocrinology, 38, 2529-2541. 4.Voulo M.E., & Parsons R.G. (2017) Response specific sex difference in the retention of fear extinction. Learn Mem, 24: 245-251.

**Mesolimbic dopaminergic system alteration in chronic pain induced-depression**

Submission ID

31

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Neuropathic pain is a chronic pathological condition caused by a lesion or disease of the somatosensory system. Almost 50% of patients with chronic pain develop a major depressive disorder (MDD) during their lifespan. Dopaminergic (DA) neurons of the ventral tegmental area (VTA), part of the mesolimbic DA system, are involved in a various functions, such as motivation and reward, and alterations in this system have therefore been reported in chronic pain and MDD. The lateral habenula (LHb), another key region in mood disorder sends projections to the VTA with a minor direct excitatory connection and a major indirect inhibitory pathway. Our hypothesis is that VTA DA neurons and more especially those receiving inputs from the LHb may be impaired in the comorbidity of chronic pain and MDD. By performing single-cell recordings of optogenetically identified VTA DA neurons in anesthetized mice, we studied the basal activity of VTA DA neurons and their responses to electrical stimulation of the LHb in a mouse model of neuropathic pain. Our data showed that the tonic activity of subpopulations of VTA DA neurons is increased in animals showing depressive-like behaviours following neuropathic pain. More specifically, this increased activity is observed in VTA DA neurons located contralateral to the peripheral nerve injury. Finally, the proportion of neurons inhibited by LHb stimulation seems to be reduced in neuropathic animals compared to control mice. Using mass spectrometry, we then assessed the basal dopamine concentration in the VTA and the Nucleus Accumbens (NAc, being one of the main projection sites of the DA VTA neurons). Our current data showed that there is no change in basal dopamine content in neuropathic animals. The results of this experiment combined with our electrophysiological data suggest that the phasic but not tonic activity of the mesolimbic DA system is impaired in the comorbidity of chronic pain and MDD

Bibliographie

Yalcin I, Megat S, Barthas F, Waltisperger E, Kremer M, Salvat E, Barrot M. The sciatic nerve cuffing model of neuropathic pain in mice. J Vis Exp. 2014 Jul 16;(89):51608. doi: 10.3791/51608. PMID: 25078668; PMCID: PMC4217571.

**Mésusage, dépendance et surdose d’opioïdes : connaissances, pratiques et besoins des professionnels des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur de la région PACA**

Submission ID

62

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction Les opioïdes sont des médicaments importants pour la prise en charge de la douleur. Néanmoins, leur utilisation peut exposer à un risque de dépendance et de surdose, en particulier en cas de mésusage. Notre objectif était d’interroger les professionnels des centres de la douleur de la région PACA afin d’explorer leurs connaissances, pratiques et besoins concernant la prise en charge des patients et la prévention des surdoses d’opioïdes. Méthodes Le projet POP « Prévention et réduction des risques des surdoses liées aux Opioïdes en région PACA » a pour objectif d’améliorer la prise en charge des patients à risque de surdose et faciliter la diffusion de naloxone. La première étape du projet était la réalisation d’un état des lieux des pratiques professionnelles, des difficultés et des besoins auprès de multiples professionnels. Un questionnaire électronique a été proposé aux médecins et personnels non-médicaux (PNM) aux 20 structures spécialisées de la région PACA. Le mésusage était défini dans le questionnaire comme l’usage non-conforme à la prescription et la dépendance comme l’utilisation inadaptée définie par le DSM-V. Résultats Au total, 45 professionnels issus de 8 structures ont répondu au questionnaire (25 médecins et 20 PNM dont 13 infirmiers). La majorité des médecins (68%) ont pris en charge au moins un patient en situation de mésusage et/ou dépendance aux opioïdes au cours des 6 derniers mois. Concernant la connaissance des échelles de repérage, 25% des PNM et 76% des médecins avaient connaissance des échelles Opioid Risk Tool (ORT) et/ou Prescription Opioid Misuse Index (POMI). Presque tous les médecins (92%) recherchaient un risque de mésusage ou dépendance avant l’instauration ou pendant un traitement par opioïde, cependant, les échelles ORT et POMI étaient rarement utilisées à cet effet. La mise à disposition de naloxone prête à l’emploi était connue par 70% des PNM et 88% des médecins. Parmi ces derniers, seuls 14% en prescrivaient mais 76% seraient enclins à prescrire la naloxone avec l’aide d’un protocole. Concernant les besoins, 20% des professionnels rapportaient un besoin de formation, 29% d’outils d’aide à la pratique et 31% de documents à destination des patients. La mise en place d’interfaces avec les addictologues était un besoin exprimé par 45% des médecins. Conclusion Cette enquête locale montre que les professionnels des centres de la douleur sont régulièrement confrontés à des patients en situation de mésusage ou de dépendance de traitement opioïde. Les besoins exprimés par les professionnels seront utiles pour guider la création d’outils de communication destinés aux professionnels et aux patients (phase 2 du projet POP) et ainsi favoriser l’utilisation d’échelles de repérage et la diffusion de naloxone.

**Mise en place d’une activité de socio-esthétique au sein de la Consultation Douleur du CHITS**

Submission ID

100

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Financement de l'action

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Connue dans le cadre de la prise en charge du cancer, la socio-esthétique est une discipline complémentaire aux soins médicaux et chirurgicaux permettant un réinvestissement du corps et une meilleure estime de soi des patients. La socio-esthéticienne des Centres de beauté CEW fait partie de l’équipe pluridisciplinaire et permet de faire le lien avec les autres parcours proposés au sein de la Consultation Douleur du CHITS. Cette contribution du CEW a pu prendre forme grâce au partenariat financier de la Caisse d’Epargne Nice Cote d’Azur. Problématique : Lors de staffs pluridisciplinaires, nous discutons des problématiques des patients et réfléchissons aux différentes approches. La rencontre avec l’association CEW a permis de mettre en lumière une approche en proposant ces consultations et ateliers de socio-esthétique. Ces dernières permettent de travailler le rapport au corps, à la douleur, d'éveiller le système sensoriel qui est souvent ébranlé, de redonner une confiance et une autre lecture au corps. Ils permettent aussi un autre espace d’écoute et de lâcher prise, indispensables au travail psychique des patients et complémentaire au travail proposé par les autres membres de l'équipe. Méthode / outils : Le projet a débuté en janvier 2022 : une journée par mois, un atelier le matin et des consultations individuelles l’après-midi. L’orientation vers ces ateliers se fait via l’équipe pluridisciplinaire. Les critères d’inclusion sont : les patients qui ont des difficultés dans leur rapport au corps, les patients ayant vécu des violences et ayant travaillé le psychotraumatisme associé avec la psychologue, les patients étant dans une dynamique de réinvestissement corporel. Les critères d’exclusion sont : les patients étant en début de parcours n’ayant pas entamé un travail d’acceptation de la maladie, les patients non stabilisés sur le plan psychiatrique. L’atelier « bien être » de 2h du matin est ouvert à 4 patients comporte des conseils hygiène et beauté, un espace d’écoute des attentes de chaque patient, un temps de soins des mains en duo. L’après-midi, 4 consultations individuelles sont proposées pour des soins individuels. Des questionnaires d’évaluation de la séance élaborés par l’équipe sont distribués à la fin de chaque séance permettant d’apprécier les attentes, besoins et répercussions sur la vie quotidienne. Premiers résultats : Les premiers résultats mettent en évidence une bonne adhésion des patients au projet, une mise en confiance progressive permettant un lâcher prise, propice à la reconnexion au corps. Les patients ont souhaité s’inscrire pour les autres sessions. Discussion : Les premiers résultats sont encourageants pour faire perdurer ce projet. Nous pourrons présenter des résultats complémentaires lors du congrès dans le cadre de ce poster.

Bibliographie

Alloncle, J. (2002). Une nouvelle approche en soins palliatifs: la socio-esthétique. InfoKara, 17, 59-60. https://doi.org/10.3917/inka.022.0059 Lecointe, M. & Dumet, N. (2016). « Des soins… à soi ». Dispositif psychologique et clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en cancérologie gynécologique. Cancer(s) et psy(s), 2, 105-115. https://doi.org/10.3917/crpsy.002.0105 Fondation Apicil. (2017). Dossier de presse. Hypnose ou soins socio-esthétiques deux approches complémentaires au domicile des patients.

**Mise en place de l’accompagnement M.A.R.C.H.E. (Mouvement, Acceptation, Relaxation, Conscience, Hic et Nunc et Engagement) auprès de patients souffrant de douleurs chroniques**

Submission ID

40

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Les répercussions de la douleur sur les différents pans de la vie du patient conduisent à envisager un accompagnement global en considérant les aspects personnels, familiaux, sociaux et professionnels. Une approche interdisciplinaire et la participation active du patient sont recherchées pour limiter l’impact de la douleur dans le quotidien des personnes souffrant de douleurs chroniques [1]. L’effet positif de la pratique d’une activité physique adaptée (APA) est attestée tant au point de vue de la santé physique que de la santé mentale [2] [3]. Le développement de l’APA à visée thérapeutique est d’ailleurs l’un des axes de la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. La mise en place de programmes combinant des APA et un suivi des patients par un psychologue revêt un intérêt croissant car cet accompagnement apporte une réduction de la douleur perçue, un sentiment d’auto-efficacité plus élevé, une meilleure évaluation du bien-être et de la qualité de vie ainsi qu’une diminution des pensées catastrophiques [4]. Le psychologue aide le patient à respecter son rythme et à être attentif aux émotions qui le traversent. C’est ainsi que de nouvelles expériences sont vécues et que des ajustements peuvent être envisagés. Proposer une démarche innovante pour accompagner à la remise en mouvement de patients, souvent déconditionnés sur le plan physique et psychique, est au cœur du projet MARCHE. Il s’agit de soutenir la pratique de la marche à travers un suivi individualisé, des outils co construits, la pratique d’exercices de relaxation et la transmission de ressources. Les efforts sont valorisés et les sensations corporelles agréables sont recherchées et verbalisées. Le recours à des entretiens motivationnels contribue à augmenter la disposition au changement [5] et différentes ressources visent à renforcer l’engagement du patient. Ainsi, des fiches qui comprennent des références théoriques et des prolongements vers des lectures ont été construites. Elles ont pour objectifs de renforcer les connaissances des patients sur les thématiques de la douleur et de la pratique d’activités sportives. Par ailleurs, un agenda est complété tout au long du dispositif ; il permet de rendre compte de la pratique et d’objectiver les progrès. Enfin, une « boîte à outils » est co construite à partir des ressources identifiées. La mobilisation de ces ressources contribue à consolider l’engagement du patient. Au terme d’un accompagnement de dix semaines, une évaluation est menée et un étayage pour la poursuite de l'activité est proposé. Ce dispositif peut aisément être adapté selon le profil des patients et la disponibilité des professionnels : temps d’accompagnement, fréquence des rencontres, sollicitation d’autres partenaires, etc.

Bibliographie

[1] Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Médecine du sport, 258(28), 1511-1513 [2] Ardoin, A., & Canot, B. (2019). Bénéfices physiques et psychologiques de l’activité sportive adaptée dans une cohorte de malades chroniques. Science & Sports, 34(1), 10-15. https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.07.001 [3] Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. Santé mentale au Québec, 42 (1), 147-164. https://doi.org/10.7202/1040248ar [4] Berquin, A., & Grisart, J. (2016). Les défis de la douleur chronique : Comprendre et accompagner les patients. Mardaga. [5] Aguerre, C., Bridou, M., Laroche, F., Csillik, A., & Jensen, M. (2015). Specifications of motivational interviewing within a cognitive-behavioral therapy of chronic pain. Encéphale, 41(6), 515–520. https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.10.023

**Neuropathique ou somatoforme ? Phénotypage électrophysiologique des douleurs médicalement inexpliquées présentant des caractéristiques neuropathiques**

Submission ID

97

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Les syndromes douloureux médicalement inexpliqués sont fréquents (prévalence ~8%), et peuvent imiter la douleur neuropathique s'ils combinent douleur et hypoesthésie. Leurs causes peuvent aller des lésions organiques cachées à des troubles somatoformes ou à la simple simulation. Nous avons étudié la possibilité de classer objectivement ("phénotyper") cette catégorie de patients à l’aide d’une combinaison de tests psychophysiques et électrophysiologiques, à savoir les cotations subjectives à des stimuli calibrés, les potentiels évoqués par laser (PEL), les réponses cutanées sympathiques (RCS) et les potentiels cognitifs (P300), chez 30 patients adressés en raison de syndromes douloureux avec hypoesthésie d'origine non organique présumée. L’enregistrement de PEL anormaux a permis de distinguer un sous-groupe de patients (22%) présentant de réelles anomalies neurologiques, confirmées ultérieurement par d'autres examens, qui ont pu être classés comme de véritables douleurs neuropathiques. Chez les 23 autres patients, deux sous-groupes ont pu être distingués sur la base des réponses cutanées sympathiques (reflétant la réponse végétative à la douleur) et/ou des réponses cognitives P300 (reflétant la détection consciente du stimulus). Dans 13 cas, l'hypoesthésie/analgésie clinique aux stimuli s'accompagnait de réponses végétatives et/ou cognitives normales ou même renforcées aux mêmes stimuli, indiquant un éveil végétatif préservé et une détection conscience des stimuli prétendument inaperçus. Chez ces patients, on peut soupçonner un effort délibéré de tromperie, bien que la raison sous-jacente à une telle "compulsion à mentir" reste souvent insaisissable. Dans 10 cas, les patients ont montré une véritable absence de réponses végétatives et/ou de signes P300 de conscience du stimulus, malgré une transmission nociceptive normale. Nous proposons que ces patients ne doivent être soupçonnés de mensonge délibéré, mais plutôt d’une déconnexion entre une transmission somesthésique normale et une intégration corticale aberrante du stimulus, expliquant l'absence de réactions cognitives ou végétatives. Ce dernier groupe peut être apparenté à ce que l'on appelait autrefois "la belle indifférence", et peut refléter une base psychiatrique plus profonde.

**ostéogenèse imparfaite: l'apport de la 'ALR l'échoguidée dans la prise en charge de la douleur post opératoire**

Submission ID

68

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction: L’ostéogenèse imparfaite (OI), est une maladie rare caractérisée par une fragilité osseuse, due à une anomalie de production du collagène de type I qui conduit à des défauts de la croissance squelettique avec des malformations et des fractures multiples, engendrées par des traumatismes minimes. L’OI expose à de véritables défis anesthésiques, allant du risque d’intubation difficile, l’atteinte respiratoire corrélée à la sévérité des déformations rachidiennes;;;;;;;;;;;;;à la difficulté de prise en charge de la douleur post opératoire. En effet ce sont des patients candidats à des chirurgies orthopédiques très fréquentes, nécessitant

**PARCOURS DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ANALYSE DES COURRIERS D’ADRESSAGE DES MEDECINS VERS LES CETD**

Submission ID

8

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La douleur chronique est une problématique complexe et très fréquente en médecine générale. Sa prise en charge est chronophage et difficile pour les patients douloureux et les médecins de premier recours. L’objectif de cette étude était d’étudier le parcours de soins des patients douloureux à travers l’analyse de la transmission de l’information médicale entre les médecins qui adressent les patients et les centres de la douleur, en évaluant l’exhaustivité des courriers d’adressage puis en les comparant selon les caractéristiques des patients, des hypothèses diagnostiques, des praticiens et des modalités d’orientation. 200 courriers ont été analysé dans 3 CETD en région parisienne, à l’aide d’une grille d’exhaustivité. En moyenne, les courriers comportent 4,56/9 items importants. Les courriers des médecins généralistes sont moins complets que ceux des autres spécialistes 4,29 vs 4,82. L’exhaustivité ne varie pas significativement selon les hypothèses diagnostiques. La qualité des courriers n’est pas différente selon l’âge et le sexe des patients et s’améliore lorsque la situation familiale et professionnelle est mentionnée. Les leviers d’actions pour une meilleur transmission de l’information médicale pourraient être l’amélioration de la formation des médecins généralistes et la sensibilisation sur l’importance de l’environnent des patients douloureux sur leur santé.

Bibliographie

1. Descartes R. L’homme de René Descartes et la formation du foetus. 1677. 2. HAS. Douleur chronique : Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l’évaluer et orienter le patient. In 2008. 3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287–333. 4. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l’étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. Douleurs. 2013;14(1):4–15. 5. Didier Bouhassira, Michel Lanteri-Minet NA, Bernard Laurent CT. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008;136:380–7. 6. Generale D, Sante DEL a. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La douleur en questions. [Internet]. 2e édition; 2008 http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Doul\_en\_questions\_EDIT2.pdf. 2007. p. 1–11. 7. Midy V. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale Examinateurs. UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY; 2013. 8. SFETD. Les ruptures de la prise en charge du patient douloureux passer d’un parcours d’errance un parcours de soins [Internet]. 2018. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/les-ruptures-de-la-prise-en-charge-du-patient-douloureux-passer-dun-parcours-derrance-un-parcours-de 9. BUCUR D. Quelles sont les difficultés de prise en charge du patient douloureux chronique éprouvées par les médecins généralistes? UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE- LILLE 2; 2013. 10. Binoist M, Cochin M. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques en médecine générale dans le bassin grenoblois. UNIVERSITE DE GRENOBLE; 2013. 11. Barbour S, Baudin M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Grenoble et attentes concernant leur formation initiale. GRENOBLE; 2013. 12. Cécile M. Difficultés de prise en charge de la douleur chronique par les internes de Médecine Générale de Paris 7 et attentes concernant leur formation initiale. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2014. 13. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale: Point de vue du médecin de la douleur. Douleur et Analgésie. 2002;15(1):71–9. 14. Antonin S, Alison PD. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l ’ égard des structures d ’ étude et de traitement de la douleur chronique ? Tours; 2012. 15. SFETD. Livre blanc de la douleur 2017 État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. 2017. 16. BERGSON H. Matière et mémoire. Paris : Alcan, 1896, 279. 17. MERSKEY, H. Pain terms : a list with definitions and notes on usage. recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain. 1979;6:249–52. 18. Danziger N, Willer JC. L’insensibilité congénitale la douleur. Vol. 165, Revue Neurologique. 2009. p. 129–36. 19. Anaes. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l’adulte en médecine ambulatoire. Presse Med. 1999;28(22):1171–7. 20. Salomon L, Tcherny-Lessenot S C. Pain prevalence in a French teaching hospital. J Pain Symptom Manag. 2002;24:586–92. 21. SFETD. Douleur chronique, définition. 22. Bouhassira D(1), Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J CG, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H L-MM, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D VE. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005;114:29–36. 23. SFETD. Douleur, soins palliatifs et accompagnement. MED-LINE. 2014. 24. Aydede S. Recently introduced definition of “nociplastic pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. Pain. 2018;159:1176–7. 25. Lazorthes Y. EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS L ’ HISTOIRE DE LA MEDECINE. 2010. 26. Ministère des solidarité et de l’emploi. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d’action triennal de lutte contre la douleur d ans les établissements de santé publics et privés. 2014. p. 2–5. 27. ANSM Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 – Juin 2014. 28. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R VB. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. ; Br Med J. 2006; 29. HAS. Évaluation des systèmes implantables de neurostimulation médullaire. Service d’évaluation des dispositifs 2014. 30. Ministère de la santé et des Solidarités. Plan d’amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Axe 3 : améliorer l’utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques. 31. Enquête Nationale SFETD sur l’activité des structures douleurs (2014) (http://www.sfetddouleur.org/ sites/default/files/u3349/EnqueteSFETD/resultats\_enquete\_structure\_douleur.pdf). 32. Gueguen J, Barry C, Hassler C FB. Evaluation de l’efficacité de la pratique de l’hypnose. INSERM, 2015. 213p. 33. Caroline Barry, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali BF; Evaluation de l’efficacité et de la sécurité de l’acupuncture, INSERM, 2014, 212p. 34. HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. In 2007. 35. DELEENS DR. Les prises en charge de la douleur : autour des pratiques L’éducation thérapeutique des patients. Livre blanc la douleur SFETD. 2017;187–9. 36. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales S. PARCOURS DE VIE Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z. 2012; 37. Brochet B, Collin E, Delorme C, Gaeble G, Godefroy JN, Meynadier J, et al. Les français et la douleur. Enquête auprès du grand public sur la perception de la prise en charge de la douleur en France. Douleurs. 2006;7(2 C-1):85–92. 38. Douleurs A francophone pour vaincre les. La prise en charge de la douleur en France, Une priorité de santé. 2015:51–5. 39. Pickering G, Gavazzi G, Gaillat J, Paccalin M, Bloch K, Bouhassira D. Is herpes zoster an additional complication in old age alongside comorbidity and multiple medications ? Results of the post hoc analysis of the 12-month longitudinal prospective observational ARIZONA cohort study. 2016;1–8. 40. SFETD. Améliorer la prise en charge des comorbidités dans \_le parcours de soins du patient douloureux [Internet]. 2018. Available from: http://www.sfetd-douleur.org/etape-4-ameliorer-la-prise-en-charge-des-comorbidites-dans-le-parcours-de-soins-du-patient 41. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. 2014; 42. Serra E. Douleur en santé mentale : les aspects institutionnels sont-ils déterminants ? Douleur Analg. 2011; 43. O’brien T BH. The impact of chronic pain-European patients’ perspective over 12 months. Scand J Pain. 2012; 44. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs. Douleurs. 2014; 45. Gérard Mick, Serge Perrot HG. Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l’enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. Douleurs Eval - Diagnostic - Trait. 46. Boccard A. Prise en charge de la douleur chez l’adulte dans des services d’urgences en France en 2010. Ann Fr médecine d’urgence. 2011; 47. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l etude ECOGEN. Université Grenoble Alpes; 2017. 48. PIANO V. Livre blanc de la douleur , Medecine Générale et douleur. SFETD. 2017. 73-75 p. 49. Huas D, Pouchain D, Gay B, Avouac B, Bouvenot G, French College Of Teachers In General P. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. Eur J Gen Pr. 2006;12(2):52–7. 50. SOYEUX EK. Contribution à la mise place d’un réseau ville-Hopital pour la prise charche des patients douloureux chroniques. UMPC; 2002. 51. SFETD. REPUBLIQUE, PLAIDOYER A DESTINATION DES CANDIDATS A LA PRESIDENCE DE LA. 2017; 52. SFETD. http://sfetd-douleur.org/les-structures-douleur-chronique. 53. Bournot M-C, Goupil M-C TF. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et Résultats. 2008;649. 6. 54. ECALE HB. Recensement des difficultés et possibilités d’amélioration de la communication d’informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. 2012. 55. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H MH. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? Br J Gen Pr. 53(488):217–9. 56. CARTIER Thomas. Les lettres d’adressages des généralistes vers les spécialistes : Analyse de la litterature internationale. 2010. 57. Mesnil C. Etude préliminaire descriptive des lettres d’adressage des medecins réferents aux urgences de Lariboisière. 2016. 2016;1–93. 58. Dardenne J. Etude analytique de courriers d’admission de personnes âgées adressées aux services des urgences. 2006. 59. Antalgique T, Structures S, Pain C. Les douleurs chroniques en France . Recommandations de l ’ Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. Académie Natl médecine. :1–18.

**Place de la phytothérapie dans la douleur chronique: Une étude qualitative conduite auprès de médecins généralistes en Mayenne**

Submission ID

44

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction En France, 31% de la population adulte souffrent de douleurs chroniques [1]. Elle génère un handicap fonctionnel et un retentissement psychique important et malgré une prise en charge spécialisée certaines douleurs restent rebelles à tous soulagements [1]. Il existe tout un arsenal médicamenteux pour lutter contre la douleur aiguë. En revanche, le clinicien a peu de moyen à sa disposition pour soulager les formes chroniques, l’efficacité des drogues reste modérée et les effets secondaires ne sont pas négligeables. [2] Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) sont alors un recours possible pour beaucoup de patients telles que l’ostéopathie, l’acupuncture, la mésothérapie, la magnétothérapie. [3]. La phytothérapie est aussi une de ces MAC, elle est de plus en plus utilisées par la population française. Selon une étude menée par la société Ipsos, 41% des français interrogés utilisent des traitements naturels pour se soigner et 75% envisagent d'en utiliser à l'avenir. [4] Dans ce travail de thèse, l’objectif principal était d’étudier le recours à la phytothérapie des médecins généralistes dans le traitement des douleurs chroniques. Les objectifs secondaires étaient de déterminer pour quels types de douleur ils utilisaient la phytothérapie et ce qu’ils pensaient de l’utilisation du cannabidiol dans les douleurs chroniques. Méthode Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Elle a été faite auprès de 9 médecins généralistes exerçant en médecine de ville, lors d’entretiens individuels semi-dirigés. Ces médecins se sont exprimés sur leur pratique et leur opinion concernant la douleur chronique et la phytothérapie. Résultats D’après les médecins généralistes les douleurs chroniques sont complexes et nécessitent un suivi global et pluriprofessionnel sur le long terme. Il n’utilisent pas de phytothérapie dans le traitements de ces douleurs car ils déplorent l’absence d’efficacité clinique et de preuve d’efficacité mise en évidence dans des études bien menées. Concernant le cannabidiol, ils ne l’ont pas intégré dans leur pratique, ils ne sont pas réfractaires mais estiment qu’il y a encore beaucoup à mettre en place par le régulateur pour que cela se démocratise. Conclusion et Discussion Bien que les médecins généralistes n’utilisent pas de phytothérapie dans la douleur chronique, ils y trouvent un intérêt dans d’autres indications, notamment l’anxiété et les troubles mineurs du sommeil. De futures travaux pourraient alors aider à déterminer l'intérêt de la phytothérapie à visée anxiolytique et somnifère chez des patients douloureux chroniques.

Bibliographie

[1] Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs : Evaluation - Diagnostic Traitement. 1 juin 2014;15(3):106-14. [2] Bouhassira D, Calvino B. Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie. Arnette; 2009. 338 p. [3] Léoutre-Falmagne B, Hanriot O, Kanny G, De Korwin JD. Recours aux médecines complémentaires et alternatives non-médicamenteuses par les patients douloureux chroniques. Étude observationnelle descriptive transversale par enquête publique. La Revue de Médecine Interne. déc 2019;40:A31 [4] Etat des lieux du marché des traitements naturels. Ipsos [Internet]. Disponible sur: https://www.ipsos.com/fr-fr/etat-des-lieux-du-marche-des-traitements-naturels

**PLACE DES ONDES OMAGNETIQUES FOCALES DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE DE DESENSIBILISATION DES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES : A PROPOS D’UNE SERIE SUR 12 PATIENTS**

Submission ID

18

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

INTRODUCTION Les douleurs pelviennes chroniques par hypersensibilisation sont fréquentes par de multiples étiologies (névralgie, cystite chronique, endométriose…). Leur diagnostic est clinique et elles peuvent être dépistées par le score de Convergences PP (1) avec des items d’hypersensibilité viscérale pelvienne non douloureuse, d’hypersensibilité viscérale pelvienne douloureuse et des items d’hypersensibilité extra pelvienne. La prise en charge est difficile et les moyens thérapeutiques (médicaments, perfusions antalgiques, kinésithérapie TENS, infiltration…) sont souvent utilisés de façon successive avec des résultats parfois décevants. Le but de ce travail est de trouver une place des ondes électromagnétiques focales » Rtms focale » dans une stratégie thérapeutique de désensibilisation plus codifiée. MATERIEL ET METHODES 12 patients dont 11 femmes d’âge moyen 41,5 ans tous porteurs de douleur pelvienne chronique par hypersensibilisation due essentiellement à des névralgies périnéales avec un score moyen de 8 /10 ont été inclus dans l’étude. La prise en charge thérapeutique a associé le traitement médical (58%), le TENS (75%), la kinésithérapie (100%) et moins souvent des perfusions de kétamine (33%) ou une infiltration du ganglion impar (3%). Le syndrome myofascial toujours présent mais rebelle a été traité, en plus des moyens classiques, par application focale d’ondes électromagnétiques au niveau du bassin avec le protocole suivant : 10 trains de 100 impulsions à 75HZ à 80%. L’évaluation du syndrome myofascial a été faite par un examen clinique et algométrie avec EVA avant et après la séance d’ondes électromagnétiques. RESULTATS L’EVA moyenne avant traitement lors de la pression musculaire du bassin était de 8/10 avec une pression douloureuse moyenne de 2 kg. Après la séance d’ondes électromagnétiques l’EVA est passée à 4/10 en moyenne pour une pression douloureuse de 4.7kg en moyenne. Les patients ont ressenti cette amélioration pendant 3 semaines environ tout en continuant leur prise en charge habituelle avec une amélioration du score d’hypersensibilité. Les séances ont été programmées tous les 1 à 2mois. DISCUSSION ET CONCLUSION L’hypersensibilisation pelvipérinéale est fréquente , d’étiologie multiple , dépistable (1) et s’accompagne toujours d’un syndrome myofascial souvent rebelle et s’en est la pierre angulaire (2).Il faut toujours associer des moyens thérapeutiques et concernant le syndrome myofascial les ondes électromagnétiques focales ont un effet positif dans la littérature (3) et dans notre étude également .On pourrait donc proposer la stratégie thérapeutique suivante de désensibilisation pelvipérinéale par palier : -traitement médical, kinésithérapie et TENS plus ondes électromagnétiques focales si syndrome myofascial rebelle -puis perfusion de kétamine avec infiltration impar -puis traitement spécifique de l’étiologie (chirurgie …) Le tout bien sûr dans un accompagnement pluridisciplinaire.

Bibliographie

(1) LABAT JJ, RIGAUD J et coll ; Score diagnostique de douleur pelvienne par hypersensibilisation : élaboration par avis d’expert selon la méthode DELPHI (Groupe Convergences PP) ;106 éme Congrès français d’urologie, Paris, 21 au 24 Novembre 2012 (2)RODNEY U, ANDERSON A et coll; Chronic pelvic pain syndrome: reduction of medication use after pelvic floor physical therapy with an internal myofascial trigger point wand; Appl Psychophysiol Biofeedback; 2015 Mar;40(1):45-52. (3) SMANIA N, CORATO N et coll ; Repetitive magnetic stimulation: a novel therapeutic approach for myofascial pain syndrome; J Neurol. 2005 Mar;252(3):307-14.

**Place du cannabis thérapeutique dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.**

Submission ID

57

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Aujourd’hui, la douleur est le premier motif de consultation en France. La douleur est universelle, chacun d’entre nous peut y être confronté. Le nombre de patients souffrant de douleurs chroniques et notamment de douleurs neuropathiques ne cesse d’augmenter. Cela représente un défi majeur pour le système de santé d’aujourd’hui et de demain. Il existe de nombreuses étiologies aux douleurs neuropathiques. Et les conséquences sur le bien-être du patient sont bien connues. L’objectif actuel est d’accompagner au mieux le patient dans sa prise en charge, afin de maintenir et d’améliorer sa qualité de vie. Les possibilités de traitement des douleurs neuropathiques sont nombreuses. Parmi elles, le cannabis médical semble montrer un intérêt, d'où l'expérimentation débutée en 2021 en France. A ce jour, ces douleurs sont encore parfois fois mal voire non prises en charge, par manque de sensibilisation des professionnels de santé. Pourtant, l’objectif de prise en charge globale du patient inclue une mobilisation et un travail inter-disciplinaire alliant différents acteurs de santé. Cette thèse expose les différents mécanismes physiopathologiques à l'origine des douleurs neuropathiques afin de mieux comprendre les cibles thérapeutiques et ainsi appréhender l’intérêt du cannabis médical dans la stratégie thérapeutique. Une analyse de la première année d’expérimentation du cannabis médical a également été réalisée via un questionnaire destiné aux pharmaciens volontaires de la région Centre-Val de Loire. Enfin, le rôle clé du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients atteints de douleurs neuropathiques est mis en évidence. Le pharmacien est un acteur de santé de proximité, il peut donc jouer un rôle important dans la gestion de la douleur chronique à l'officine à travers le développement d'entretien pharmaceutique et son implication dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient.

**Pompe intrathécale à viser antalgique et situations cliniques complexes**

Submission ID

52

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

INTRODUCTION L’analgésie par la voie intrathécale administrée à l’aide de pompe (PIT) est recommandée par différentes sociétés savantes nous incitant sa proposition aux patients ayant des douleurs rebelles du cancer. PRESENTATION Nous avons pris en charge une patiente de 44 ans, 16 mois après le diagnostic de carcinome d’apex pulmonaire droit. Elle est en échappement après 3 lignées de chimiothérapie et 20 séances de radiothérapie. Elle nous est adressée, enfin, du fait de ses douleurs rebelles en lien avec Pancoast Tobias. La parésie du membre supérieur est associée, au QDN4 à 6/10 et à l’EVA à 6/10. Elle est sous 1440 mg/j d’OXYNORM par perfusion intraveineuse à débit continu, sous 3600 mg/j de bolus d’oxynorm, soit 24 bolus de 150mg, et sous duloxetin, prégabaline, kétamine, paracétamol, prédnisolone et midazolam. Le bloc plexique avait échoué du fait d’infiltration tumorale cutanée. Elle ne dort pas et sa qualité de vie est médiocre. Elle a des effets neuro-psychogènes des opioïdes, des constipations rebelles et des nausées l’empêchent de s’alimenter. La proposition de pose de PIT est acceptée par la patiente et faite 7 jours après la consultation. Les molécules intrathécales initiales sont la morphine 3 mg/j (soit 300 mg équivalent IV/j), la ropivacaïne 6mg/j et la ziconotide 0,25µg/j. Ses différents traitements sont arrêtés dès la sortie du bloc opératoire ou dans les jours qui ont suivi. La patiente décède 3 mois après. Le dernier remplissage de sa PIT comprend 19mg/j de morphine, 22mg/j de ropivacaïne et de 1,2µg/j de ziconotide. Nous n’avons jamais réussi à la soulager de façon satisfaisante. Mais, elle arrivait à dormir et ne plus subir les effets iatrogènes invalidants. DISCUSSION Indépendamment de l’incohérence des doses d’opioïdes avec la probable hyperalgésie induite par ces derniers, l’absence de recours à la PIT interroge. La DGOS [1], l’HAS [2], la SFETD [3], la SFAP [4], l’AFSSAPS [5] recommandent le recours à la PIT dans ces situations complexes et difficiles. Les algologues auraient dû être sollicitées plus précocement tant dans l’accompagnement de sa prise en charge algologique que dans la proposition des solutions spécifiques dont le recours à la PIT. CONCLUSION Cette situation clinique, qui n’est pas si rare, démontre la nécessité de la mise en place des réseaux régionaux des centres experts dans la prise en charge des douleurs du cancer et de pose de PIT. Des réseaux identifiés, accessibles et réactifs. Cette couverture large et fonctionnelle est indispensable pour apporter une réponse médicale, éthique et humaine. Cela nécessite une coopération étroite et une organisation constructive entre les différents acteurs ; structures douleurs chroniques, oncologue, chirurgien/anesthésiste, HAD/généralistes et ARS.

Bibliographie

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 du cancer 2 ] HAS. Recommandation des bonnes pratiques. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l’adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu’en fin de vie. 2020 3 ] SFETD. Livre Blanc de la douleur. 2017 4 ] SFAP. Recommandations pour l’indication et l’utilisation de la PCA à l’hôpital et à domicile pour l’administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs – mars 2006 5 ] AFSSAPS. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l’adulte. 2010

**Practice guidelines for the treatment of acute migraine and chronic knee osteoarthritis with paracetamol: an expert appraisal on evolution over time between scientific societies**

Submission ID

94

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Je suis responsable des affaires médicales du laboratoire UPSA qui a coordonner ce travail avec les experts auteurs

Résumé (430 mots maximum)

Background: Paracetamol is the commonest analgesic worldwide in primary care. Despite evidence-based recommendations for management of acute and chronic pain with paracetamol, practices seem vary considerably in its modalities of use, with or without restrictions, between renowned scientific societies and over time. Objective: Qualitative assessment of similarities, differences, and changes over time in guidelines for paracetamol use in acute and chronic pain. Methods: We focused on two common pain conditions for which paracetamol is widely used: acute migraine and chronic knee osteoarthritis (OA). In 19 guidelines (10 for acute migraine, 9 for chronic knee OA) from 10 scientific societies (AAN/AHS, ACR/AF, CHS, EFNS, EHF/LTB, ESCEO, EULAR, SFEMC, SRF, OARSI) published between 1997 and 2021, methods, results and conclusions were compared, between guidelines and over time. Results: In acute migraine, there was a shift from no recommendation for paracetamol or recommendation only for mild attacks to recommendation for mild to moderate attacks in updated guidelines, without restriction for use for four of the five scientific societies. In knee OA, although updated guidelines generally used the GRADE system, recommendations remained heterogeneous between scientific societies: recommendation without or with restrictions, or not recommended. Consensus is lacking regarding long-course safety and efficacy in acute pain and pain at mobilization. Conclusions: Most migraine guidelines now recommend paracetamol for mild to moderate pain. Knee OA guidelines vary on the use of paracetamol: a more holistic approach is needed for this condition, considering patient profile, disease stage, and pain management during physical activity to clarify its appropriate use.

Bibliographie

References 1. Przybyła GW, Szychowski KA, Gmiński J. Paracetamol - An old drug with new mechanisms of action. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2020;10.1111/1440-1681.13392. 2. Gaul C, Eschalier A. Dose Can Help to Achieve Effective Pain Relief for Acute Mild to Moderate Pain with Over-the-Counter Paracetamol. Open Pain J. 2018; 11:12-20. 3. Hider-Mlynarz K, Cavalié P, Maison P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. Br J Clin Pharmacol. 2018;84(6):1324-1334. 4. Grilli R, Magrini N, Penna A, et al. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. Lancet. 2000;355(9198):103-106. 5. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. BMJ. 2016;352:i1152. 6. EQUATOR: Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guideline [Internet]. Updated 2022 November 25 [cited 2022 March 11]. Available from: https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/the-agree-reporting-checklist-a-tool-to-improve-reporting-of-clinical-practice-guidelines/ 7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008;336(7650):924-926. 8. Robbins MS. Diagnosis and Management of Headache: A Review. JAMA. 2021;325(18):1874-1885. 9. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, et al. Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain. 2020;21(1):137. 10. Cui A, Li H, Wang D, et al. Regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. EClinicalMedicine. 2020;29-30:100587. 11. Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, et al. Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. Nat Rev Rheumatol. 2021;17(1):59-66. 12. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2000;55(6):754-762. 13. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. Headache. 2015;55(1):3-20. 14. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, et al. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. J Headache Pain. 2014;15(1):2. 15. Ducros A, de Gaalon S, Roos C, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Rev Neurol (Paris). 2021;177(7):734-752. 16. Pryse-Phillips WE, Dodick DW, Edmeads JG, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. Canadian Headache Society. CMAJ. 1997;156(9):1273-1287. 17. Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ, et al. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. Can J Neurol Sci. 2013;40(5 Suppl 3):S1-S80. 18. Evers S, Afra J, Goadsby P J, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2006;13(6):560-572. 19. Evers S, Afra J, Frese A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2009;16(9):968-981. 20. Steiner TJ, Martelletti P. Aids for management of common headache disorders in primary care. J Headache Pain. 2007;8 Suppl 1:S2. 21. Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition): on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. J Headache Pain. 2019;20(1):57. 22. Hochberg MC, Altman RD, April KT, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(4):465-474. 23. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(2):149-162. 24. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. Semin Arthritis Rheum. 2016;45(4 Suppl):S3-S11. 25. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Semin Arthritis Rheum. 2019;49(3):337-350. 26. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2003;62(12):1145-1155. 27. Geenen R, Overman CL, Christensen R, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):797-807. 28. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2014;22(3):363-388. 29. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578-1589. 30. Sellam J, Courties A, Eymard F, et al. Recommendations of the French Society of Rheumatology on pharmacological treatment of knee osteoarthritis. Joint Bone Spine. 2020;87(6):548-555. 31. Saad J, Mathew D. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs Toxicity. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Updated 2021 Jul 21 [cited 2022 March 11]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526006/ 32. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ. 2011;342:c7086. 33. Bally M, Dendukuri N, Rich B, et al. Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data. BMJ. 2017;357:j1909. 34. Lucas GNC, Leitão ACC, Alencar RL, et al. Pathophysiological aspects of nephropathy caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. J Bras Nefrol. 2019;41(1):124-130. 35. Baker M, Perazella MA. NSAIDs in CKD: Are They Safe?. Am J Kidney Dis. 2020;76(4):546-557. 36. NICE: National Institute for Health and Care Excellence. Management of migraine (with or without aura) [Internet]. Updated 2021 May 12 [cited 2022 March 11]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553317/bin/nicecg150guid\_pathway1.pdf. 37. De Vries F, Setakis E, van Staa TP. Concomitant use of ibuprofen and paracetamol and the risk of major clinical safety outcomes. Br J Clin Pharmacol. 2010;70(3):429-438. 38. Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, et al. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. Ann Rheum Dis. 2016;75(3):552-559. 39. McCrae JC, Morrison EE, MacIntyre IM, et al. Long-term adverse effects of paracetamol - a review. Br J Clin Pharmacol. 2018;84(10):2218-2230. 40. Leopoldino AO, Machado GC, Ferreira PH, et al. Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2(2):CD013273. 41. Alchin J, Dhar A, Siddiqui K, Christo PJ. Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older. Curr Med Res Opin. 2022;1-36. 42. Wilson SH, Wilson PR, Bridges KH, et al. Nonopioid Analgesics for the Perioperative Geriatric Patient: A Narrative Review. Anesth Analg. 2022; 10.1213/ANE.0000000000005944. 43. Vonkeman HE, van de Laar MA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: adverse effects and their prevention. Semin Arthritis Rheum. 2010;39(4):294-312. 44. Varga Z, Sabzwari SRA, Vargova V. Cardiovascular Risk of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: An Under-Recognized Public Health Issue. Cureus. 2017;9(4):e1144. 45. Swathi VS, Saroha S, Prakash J, et al. Retrospective pharmacovigilance analysis of nonsteroidal anti-inflammatory drugs-induced chronic kidney disease. Indian J Pharmacol. 2021;53(3):192-197. 46. Battaggia A, Lora Aprile P, Cricelli I, et al. Paracetamol: a probably still safe drug. Ann Rheum Dis. 2016;75(9):e57. 47. Forestier RJ, Erol Forestier FB. Did the subjects and the controls have the same disease?. Ann Rheum Dis. 2016;75(7):e43. 48. Vaz JM, Alves BM, Duarte DB, et al. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. Cephalalgia. 2022;42(3):239-249. 49. Freo U, Ruocco C, Valerio A, et al. Paracetamol: A Review of Guideline Recommendations. J Clin Med. 2021;10(15):3420. 50. Abdel Shaheed C, Ferreira GE, Dmitritchenko A, et al. The efficacy and safety of paracetamol for pain relief: an overview of systematic reviews. Med J Aust. 2021;214(7):324-331.

**Pratique de l'hypnose dans le service des Brûlés Adultes du CHU de Nantes : nouvelles perspectives dans la prise en charge infirmière du patient brûlé**

Submission ID

58

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Pratiquer l’hypnose au sein d’un service de brûlés adultes offre des perspectives qui vont au-delà de la seule prise en charge de la douleur. L’efficacité de cette méthode est aujourd’hui validée par plusieurs études. Les résultats positifs de ce mode d’accompagnement sont observés au quotidien ; il permet de réaliser des soins adaptés, centrés sur la personne. La crainte des séances de soins laisse place à un confort retrouvé et facilite le travail des soignants. Les équipes soignantes sont clairement moins stressées, le patient cicatrise mieux et plus rapidement. Une observation conduite dans le service et la restitution de séances d’hypnose, démontrent comment cet outil permet de remobiliser le patient brûlé, tant psychologiquement que physiquement, en lui restituant sa sérénité et son autonomie. Ainsi, le patient réutilise son membre lésé ou greffé avec une aisance remarquable ; il envisage, voire anticipe sa sortie de l’unité sans appréhensions. Atout supplémentaire : la diminution du recours au Méopa, ce qui permet de limiter l’exposition du patient et de l’équipe soignante. 15 patients brûlés de 2 à 15 % de leur surface corporelle ont été suivis. Les critères d’observation ont été l’efficacité de la séance d’hypnose, la durée d’utilisation du Meopa, la possibilité d’une sortie anticipée. Pour 4 patients, le déroulé des séances a été retranscrit en détails, soit 9 scénarios ; pour les autres, relevé des point clef du déroulé hypnotique, du soin, du bénéfice immédiat et journalier soit 23 séances. Les séances ont eu lieu lors de la réfection de leurs pansements en balnéothérapie, en chambre, et en dehors des soins (hypnoanalgésie, mobilisation des zones lésées ou pour résoudre des phénomènes de mémorisation de la douleur alors que la cicatrisation est avancée.). Les patients sous Méopa vont dès leurs deuxièmes séances d’hypnose limiter son utilisation aux premières minutes du soin ou très ponctuellement, au lieu de 30 à 60 minutes « en continue » ; pour une patiente, Méopa remplacé par casque virtuel. Pour tous les patients, c’est l’obtention d’amplitudes articulaires des zones brûlées presque normales. Certains anticipent leurs retours à domicile (jusqu’à plusieurs jours), renouent avec un proche (annulation d’un ssr pour un patient). Enfin, l’équipe soignante souligne des actes réalisés dans une ambiance apaisante, avec moins de tensions et plus d’efficacité. L’hypnose éricksonienne a donc toute sa place dans un centre de traitement des brûlés pour autant qu’une équipe dédiée soit pérennisée. Mots-Clefs : hypnose, patients brûlés, major burns, Erickson, hypnoanalgésie, hypnosédation, hypnose intégrée aux soins, centre des brûlés,CHUV, Sfetb.

**Première évaluation du relais de Ropivacaine par Bupivacaine concentrée dans les mélanges intrathécaux en douleur cancéreuse**

Submission ID

17

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction: L’analgésie intrathécale est recommandée dans la gestion des douleurs cancéreuses réfractaires.[1] Des recommandations ont été établies concernant ses indications et sa gestion.[2-4] Un mélange de Morphine et de Bupivacaine est recommandé en première intention.[2] L’utilisation intrathécale de Bupivacaine est depuis longtemps étudiée, seule ou en mélange, et à court comme long terme.[5-7] En France, on utilise de la Ropivacaine à 10mg/mL au lieu de la Bupivacaine à 5mg/mL, seule concentration disponible. Depuis Juillet 2020, la Bupivacaine à 40mg/mL est disponible en France via une Autorisation Temporaire d’Utilisation (ATU), devenue une Autorisation d’Accès Compassionnel (AAC) en juillet 2021. Objectifs: L’objectif principal de cette étude était d’évaluer la sécurité et l’efficacité antalgique de ce relais de la Ropivacaine vers la Bupivacaine en intrathécal, de reporter les effets indésirables survenus et les rations de conversion utilisés. L’objectif secondaire était de calculer les differences relatives de coûts lors de ce relais. Matériel and Méthode: Cette étude monocentrique de suivi rétrospectif s’est déroulée au sein du Département Douleur de l’Institut de Cancérologie de l’Ouest (ICO) à Angers, en France. 14 Patients de 18 ans et plus on été inclus, ayant bénéficié de l’implantation d’une pompe intrathécale et suivis sur l’ICO de Juillet 2020 à Février 2021 après un relais de la ropivacaine intrathécale par bupivacaine. Leurs pompes étaient programmées en mode de perfusion continue avec réalisation possible de bolus via une télécommande type Personal Therapy Manager (PTM). Résultats: Le ratio de conversion médian entre la ropivacaine et la bupivacaine était de 0.68 (0.65; 0.69), sans modification significative de l’évaluation des douleurs par Echelle Numérique (p=0.10). Les effets indésirables observés sont resté d’intensité modérée et rapidement résolutifs, principalement à type d’hypotension clinique (29%) et de bloc moteur après bolus (21%). Le coût médian hospitalier journalier estimé était significativement plus bas (p=0.05) pour les recharges avec bupivacaine concentrée que lors de la dernière recharge avec ropivacaine, diminuant de 51.7€ (41.6; 59.1) à 42.3€ (38.5; 50.6). Le coût médian journalier pour la Sécurité Sociale était trois fois moins élevé pour les recharges avec bupivacaine concentrée comparées à la dernière recharge avec ropivacaine (p<0.01), diminuant de 150.14€ (131.44;153.33) à 64.59€ (54.15;60.27). Conclusion: Relayer la ropivacaine intrathécale par de la bupivacaine concentrée apparaît au moins aussi efficace tout en restant aussi sûr, et à moindre coût.

Bibliographie

1. Recommandation de Bonne Pratique. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l’adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu’en fin de vie. HAS, Janvier 2020 2. Deer TR, Pope JE, Hayek SM, et al. The Polyanalgesic Consensus Conferencev(PACC): Recommendations on Intrathecal Drug Infusion Systems Best Practices and Guidelines. Neuromodulation. Feb 2017;20(2):96-132. 3. Dupoiron D. Intrathecal therapy for pain in cancer patients. Curr Opin Support Palliat Care. Jun 2019;13(2):75-80. 4. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. Oct 2018;29 Suppl 4:iv166-iv191 5. Van Dongen RTM, Crul BJP, De Bock M. Long-term intrathecal infusion of morphine and morphine/bupivacaine mixtures in the treatment of cancer pain: a retrospective analysis of 51 cases. Pain. Oct 1993;55(1):119-123 6. Appelgren L, Janson M, Nitescu P, Curelaru I. Continuous intracisternal and high cervical intrathecal bupivacaine analgesia in refractory head and neck pain. Anesthesiology. Feb 1996;84(2):256-272. 7. van Dongen RT, Crul BJ, van Egmond J. Intrathecal coadministration of bupivacaine diminishes morphine dose progression during long-term intrathecal infusion in cancer patients. Clin J Pain. Sep 1999;15(3):166-172.

**Prescription du paracétamol en vie réelle dans l’ostéoarthrose et la lombalgie commune par les médecins généraliste en France**

Submission ID

67

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

UPSA SAS

Résumé (430 mots maximum)

Contexte Les douleurs musculosquelettiques sont l’une des principales causes d’invalidité au monde [1-3] et parmi elles, l’arthrose (OA) et la lombalgie commune (LC) sont les plus fréquentes [4,5]. Il est estimé que la LC touchait la moitié de la population française avant la pandémie liée au Covid-19 [6]. Cette prévalence augmente depuis le confinement et la mise en place du télétravail dans le monde entier [7 ; 8]. L’OA, quant à elle, touche environ 9 à 10 millions de personnes en France et 654 millions de personnes à travers le monde [9 ;10]. En France, le paracétamol est recommandé en première intention par Les Autorités de Santé dans la prise en charge de douleurs légères à modérées liées à l’OA et la LC [11 ;12]. Cependant, les recommandations internationales sont restées très hétérogènes entre les sociétés scientifiques, le paracétamol étant soit recommandé sans aucune restriction, soit recommandé avec des restrictions, soit non recommandé [13 ;14 ; 15 ;16 ;17 ;18]. Dans ce contexte, une exploration actualisée des modalités de prescription du paracétamol dans l’OA et la LC chez les médecins généralistes français est d’actualité. Objectifs Objectif primaire : Décrire les modalités de prise en charge des patients présentant une OA ou une LC et recevant du paracétamol, en médecine générale, en France. Objectifs secondaires : -Décrire les modalités de prise en charge des patients présentant une OA ou une LC et recevant de l’ibuprofène en médecine générale en France. -Décrire et comparer les profils des prescripteurs et des patients en fonction du type de traitement prescrit et du diagnostic. - Identifier des traitements (médicamenteux ou non) associés au traitement prescrit - Evaluer si les prescriptions de paracétamol et d’ibuprofène sont en adéquation avec leurs résumés des caractéristiques produit respectifs en ce qui concerne la posologie et les contre-indications. Méthode Etude observationnelle et rétrospective en France sur des patients adultes recevant du paracétamol ou de l’ibuprofène et atteints d’OA ou de LC. Les inclusions ont été réalisées sur une période de 10 mois (1er juin 2020 au 31 mars 2021) avec un suivi de 6 mois effectué par des médecins généralistes. Les patients ont été inclus à partir d’une base de données médicale électronique (IQVIA-EMR) constituée d’un panel de 1200 médecins généralistes. Résultats Les résultats sont en cours d’analyse et seront disponibles en juin 2022.

Bibliographie

1. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The Global Burden of Musculoskeletal Pain—Where to From Here? Am J Public Health. 2019 Jan;109(1):35–40. 2. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol. 2000 Sep;53(9):895–907. 3. Thakral M, Shi L, Foust JB, Patel KV, Shmerling RH, Bean JF, et al. Persistent Pain Quality as a Novel Approach to Assessing Risk for Disability in Community-Dwelling Elders With Chronic Pain. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019 Apr 23;74(5):733–41. 4. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. The Lancet. 2019 Apr 27;393(10182):1745–59. 5. Goode AP, Carey TS, Jordan JM. Low Back Pain and Lumbar Spine Osteoarthritis: How Are They Related? Curr Rheumatol Rep. 2013 Jan 11;15(2):305. 6. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, et al. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. Ann Readapt Med Phys 2007;50:640-4. 7. Peter Šagát , Peter Bartík , Pablo Prieto González , Dragoș Ioan Tohănean , Damir Knjaz Impact of COVID-19Quarantine on Low Back Pain Intensity, Prevalence, and Associated Risk Factors among Adult Citizens Residing in Riyadh (Saudi Arabia): A Cross-Sectional Study Int J Environ Res Public Health . 2020 Oct 6;17(19):7302. 8. Giuseppe Francesco Papalia, Sergio Iavicoli, Giorgia Petrucci, Fabrizio Russo, Luca Ambrosio, Gianluca Vadalà, Rocco Papalia and Vincenzo Denaro COVID-19 Pandemic Increases the Impact of Low Back Pain: A Systematic Review and Metanalysis Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 11;19(8):4599. 9. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. EClinicalMedicine. 2020;29-30:100587. Published 2020 Nov 26. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100587. 10. Le Pen C. Revue du rhumatisme 72 (2005) 1326-1330. 11. Haute Autorite de Sante (HAS) M-G. Arthrose : le paracétamol en 1re intention lors des crises douloureuses [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\_2974704/fr/arthrose-le-paracetamol-en-1re-intention-lors-des-crises-douloureuses 12. Haute Autorite de Sante (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune 13. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/ Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Care Res. 2020 Feb;72(2):149–62. 14. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. Semin Arthritis Rheum. 2016;45(4 Suppl):S3-S11. 15. Sellam J, Courties A, Eymard F, et al. Recommendations of the French Society of Rheumatology on pharmacological treatment of knee osteoarthritis. Joint Bone Spine. 2020;87(6):548-555. 16. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. BMJ. 2017 Jan 6;356:i6748. 17. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514–30. 18. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. Osteoarthritis Research Society International OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578-1589.

**Présentation de CO-ALGIR : groupe de parole mensuel co-animé avec les patients experts et/ou ressources au sein la Consultation Douleur du CHITS**

Submission ID

101

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Dans le cadre des activités de la consultation douleur du CHI Toulon-La Seyne, nous proposons un groupe de parole mensuel : CO-ALGIR. Il s'agit d'une séance de 2h co-animée avec l'infirmière-sophrologue, la psychologue et des patients que nous appelons « ressources » ou « experts ». Le patient « expert » désigne « une personne atteinte de maladie chronique qui a développé, au cours des années de vie avec la pathologie, une connaissance fine de sa maladie au quotidien. Les patients « ressources » sont ceux qui empruntent ce chemin. Problématique : Ces séances co-construites sont le fruit de différentes demandes : - des patients, en cours de suivi, d’avoir un espace-temps pour partager leur vécu sans s’inscrire dans un programme fermé sur plusieurs séances, de diminuer le sentiment de solitude, de trouver des pistes pour améliorer leur qualité de vie, d’insuffler une dynamique de vie. - des patients « experts » et « ressources », qui ont émis le souhait d’être dans une dynamique de partage d’expérience, de réflexion, d’écoute, d’entraide, de vivre une expérience de co-construction avec une équipe soignante, de développer leurs capacités d’empathie, d’améliorer leur qualité de vie, et pour certains, de dynamiser leur projet professionnel. - de notre équipe de proposer un espace qui permette un cadre et des objectifs différents, de vivre également une expérience de co-construction et de proposer une alternative aux autres formats proposés. Méthode / outils : Des questionnaires d’évaluation de la séance élaborés par l’équipe en co-construction avec les patients experts et ressource sont distribués à la fin de chaque séance permettant d’apprécier les attentes, besoins et répercussions sur la vie quotidienne. Résultats : Un questionnaire d’évaluation est proposé à la fin de chaque séance. Sur un an, 64 patients ont participé à 10 groupes. Les résultats des questionnaires montrent que les patients : => identifient des outils à appliquer dans la gestion de la douleur => s’épanouissent dans leurs interactions familiales, sociales et professionnelles => retiennent des informations utiles pour leurs démarches administratives => se sentent écoutés => s’expriment librement => Sont forces de propositions Discussion : Ces ateliers mensuels permettent une alternative. Depuis sa mise en place, les inscriptions augmentent et nous envisageons un groupe bi-mensuel dans les prochains mois.

Bibliographie

Faire valoir le point de vue des usagers dans la certification. Enquête sur les pratiques d’implication des représentants des usagers dans la certification. Synthèse. 2016. HAS Le patient-expert un nouvel acteur clé du système de santé. Marguerite Friconneau, Annie Archer, Jeanne Malaterre, Françoise Salama, Marie-Christine Ouillade. Médecine/sciences 2020 ; 36 (hors série n°2) : 62-4 Le patient expert dans les établissements de santé. EHESP. 2013 Livre blanc de la douleur. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique , moderne et citoyen. SFETD. 2017 Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l’ « expert profane ». Les tribunes de la santé , 2 (2), 91-100.

**PRESENTATION DES RÉSULTATS DE PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES PRÉCÉDEMMENT IMPLANTÉS PAR UN SYSTEME DE STIMULATION MEDULLAIRE ET CONVERTIS AVEC UN NOUVEAU SYSTÈME - EXPÉRIENCE EUROPÉENNE**

Submission ID

42

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Accord de consultation avec Boston Scientifique

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La possibilité pour certains dispositifs de stimulation médullaire épidurale (SME) d’offrir diverses formes d'onde et options de programmation peut faciliter la personnalisation et l’optimisation de la neuromodulation analgésique chez les patients souffrant de douleur chronique. Ces nouvelles possibilités thérapeutiques ne sont cependant pas toujours accessibles aux patients ayant manifesté une perte ou une atténuation de l’efficacité thérapeutique au long cours après avoir été implanté avec des dispositifs plus anciens. Pour ces patients et s’ils le choisissent, une conversion thérapeutique est possible, consistant à remplacer le stimulateur sous-cutané par un nouveau dispositif donnant accès à ces nouvelles possibilités de programmation. Dans cette étude, nous avons évalué une cohorte de patients précédemment implantés et qui ont été convertis à un nouveau dispositif de SME capable de délivrer une thérapie combinée (administration simultanée ou séquentielle de plusieurs formes d'onde), une thérapie sous-perception, ainsi qu’une thérapie utilisant l'automatisation des formes d'onde. Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique et rétrospective évaluant une série consécutive de patients précédemment implantés avec un système de SME qui ont ensuite été convertis à l’aide d’un adaptateur à un nouveau dispositif (Boston Scientific) capable de stimulation multimodale et/ou de thérapie combinée. Le soulagement de la douleur (Echelle Numérique EN) et des résultats associés ont été documentés, concernant à la fois le système de stimulation médullaire précédemment implanté ainsi que le dispositif nouvellement utilisé. Résultats : Quarante-huit patients ayant été précédemment implantés d’un dispositif de SME depuis 8,0±3,5 ans en moyenne ont été inclus dans l’étude. L'âge moyen est de 58 ans avec un score moyen de douleur globale initiale de 7,7±1,8. Après conversion au nouveau dispositif de SME, une amélioration de 4,9 points a été observée sur le score de douleur, tandis que le système précédemment implanté apportait une amélioration de 1,4 points (remarque : ces dispositifs précédemment implantés représentent une gamme de fabricants différents). Une amélioration durable avec l'utilisation du nouveau système de stimulation médullaire à options multiples a été notée lors du dernier suivi (2,7±1,5 ans ; score EN 7,7 à 3,0; p<0,0001). Soixante-sept pour cent des patients évalués ont indiqué que leur principale motivation pour bénéficier d’un nouveau système de stimulation médullaire était la recherche d’un meilleur soulagement de la douleur. Discussion/Conclusion : Les premiers résultats de cette étude européenne indiquent que les patients précédemment implantés avec un système de stimulation médullaire et pour lesquels il y a une possibilité d’offrir l’utilisation de multiples options de stimulation et de formes d’ondes par « conversion » à un nouveau système de stimulation médullaire, peuvent obtenir un soulagement de la douleur important et durable.

Bibliographie

NA

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE EN SALLE DE REVEIL DES CHIRURGIES DE FENTE LABIO PALATINE CHEZ DES PETITS NOURRISSONS**

Submission ID

29

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

 Introduction : La gestion actuelle de la douleur post-opératoire des nourrissons opérés de fente labio-palatine peut s’avérer compliquée avec des scores d’évaluation élevés en salle de réveil. Notre étude recherche s’il existe une corrélation entre l’intensité de la douleur post-opératoire et la stratégie analgésique péri opératoire.  Méthode : Cette étude a été établie à partir d’un questionnaire distribué aux soignants paramédicaux prenant en charge ces enfants en salle de réveil. En parallèle une étude rétrospective sur des enfants opérés du premier temps de chirurgie d’une fente palatine ou labio-palatine a été réalisée. Cette étude compare les différentes stratégies analgésiques péri opératoires avec l’intensité de la douleur post-opératoire évaluée par l’échelle FLACC ainsi que la durée de séjour en salle de réveil.  Résultats : Les réponses au questionnaire reflètent de bonnes connaissances et pratiques professionnelles du personnel paramédical (évaluation de la douleur post-opératoire, utilisation d’un outil de mesure validé, recours à des moyens non médicamenteux pour contribuer au soulagement de la douleur). D’autres points mériteraient d’être améliorés (modalités de prescription des antalgiques et harmonisation des pratiques). L’étude rétrospective a porté sur 33 nourrissons âgés de 3 mois à 1 an sur une période de recueil de 18 mois (janvier 2020 à juin 2021). Une proportion importante de ces enfants opérés de fente labio-palatine présente des douleurs intenses en post-opératoire (FLACC ≥ 7) : 9/32. Il semble par ailleurs que certains résultats de l’étude des données rétrospectives soient bien corrélés aux données de la littérature. La réalisation d’une ALR (bloc de la face) protège de cette douleur de forte intensité qui requiert des antalgiques morphiniques dans la majorité des cas. On constate que l’anticipation de l’administration de la morphine avant l’arrivée en SSPI permettrait de diminuer les scores de douleur maximale des enfants au réveil. La douleur augmente également la durée de séjour en salle de réveil.  Conclusion : La douleur post-opératoire après une chirurgie de fente labio-palatine peut être assez intense (FLACC ≥ 7). Dans notre étude, la stratégie analgésique péri opératoire contribue à un meilleur soulagement des enfants par la réalisation d’une anesthésie loco-régionale (ALR) et l’administration de morphine avant l’arrivée en SSPI.

Bibliographie

[1] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469249 R. Rosenberg, R. A Clark, P. Chibbaro, H Rhodes Hambrick, J-M. Bruzzese, C. Feudtner, A. Mendelsohn. Factors Predicting Parent Anxiety Around Infant and Toddler Postoperative and pain. 2017. [2] https://www.em-consulte.com/article/1020934/chirurgie-de-fentes-labio-palatines-chez-l-enfant Christophe Dadure, Chrystelle Sola, Isabelle Gaudet-Ferrand. Chirurgies de fentes labio-palatines chez l’enfant : modalités de prise en charge anesthésique. Congrès de l’Adarpef 2015. (3) Rabitts JA and coll : presurgical psychosocialpredictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery. J.Pain16:226-234,2015.

**Prise en charge des douleurs liées à l’endométriose par le médecin généraliste (MG): enquête de pratique auprès de médecins généralistes installés en Alsace et en Ile- de- France (IDF).**

Submission ID

75

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : La douleur est un symptôme cardinal de l’endométriose. Le défi de sa prise en charge a tendance à s’imposer de plus en plus fréquemment en médecine générale. Le but de notre étude est de définir la place des AINS dans la stratégie thérapeutique des MG, face à la prise en charge des trois principales douleurs liées à l’endométriose : les dysménorrhées, les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques. Méthodologie : Etude descriptive, observationnelle, transversale, élaborée à partir d’un auto- questionnaire en ligne. Diffusion du questionnaire aux MG d’Alsace et d’IDF, via des groupes Facebook ou par mail à des médecins contactés téléphoniquement. Recrutement du 28 février au 25 mai 2021. Résultats : Concernant le rôle des AINS dans la prise en charge des douleurs liées à l’endométriose, la quasi-totalité des MG (92.8%) estiment qu’ils sont pertinents dans le traitement des dysménorrhées, quand une majorité (55.8%) les pensent adéquat pour les douleurs pelviennes chroniques, et qu’à l’inverse, près des deux tiers (62%) considèrent qu’ils ne sont pas appropriés dans un contexte de dyspareunie. D’une façon générale la plupart des MG de notre échantillon disent se méfier des AINS (69%). En pratique, il s’avère que ces derniers ont une place de choix dans leur stratégie thérapeutique antalgique. Ils représentent le premier traitement proposé en cas de dysménorrhées, le troisième (après les antalgiques et lubrifiants) en cas de dyspareunies et quatrième traitement (après antalgiques, antispasmodiques et traitement hormonal) le plus fréquemment prescrit en cas de douleurs pelviennes chroniques. Dans les trois situations douloureuses, ils sont néanmoins principalement employés en première intention. Le recours aux thérapies non médicamenteuses, comme la kinésithérapie, la psycho/sexothérapie, et les thérapies complémentaires sont moins répandus. Concernant l’utilisation des AINS dans le cadre spécifique des dysménorrhées, 86% des MG ont une prescription préférentielle, et la molécule qu’ils privilégient dans ce contexte est le flurbiprofène (73%). Conclusion : Les AINS ont une place de choix dans l’arsenal thérapeutique des généralistes face aux trois principaux symptômes douloureux de l’endométriose. Or, leur utilisation dans le cadre des dyspareunies et des douleurs pelviennes chroniques, n’est pas aussi pertinente que celle d’autres traitements plus adéquats (antiépileptiques et/ou antidépresseurs à visée antalgique), et moins sollicités par les MG de notre échantillon. La valorisation de formations sur la physiopathologie de la douleur dans la maladie, l’élaboration de fiches pratiques thérapeutiques destinées à guider le MG en consultation, ainsi qu’une amélioration des échanges entre les différents acteurs de soins, pourraient représenter des solutions permettant d’optimiser la prise en charge antalgique des patientes touchées par l’endométriose.

Bibliographie

-1- Ohayon S. Prise en charge des douleurs liées à l’endométriose par le médecin généraliste : enquête de pratique auprès de médecins généralistes installés en Alsace et en Ile- de- France. Thèse en médecine. Soutenue le 11 mars 2022.

**Profil épidémio-clinique des métastases osseuses dans le centre de traitement de la douleur en Tunisie**

Submission ID

15

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction: L'os est l'un des sites métastatiques les plus fréquents. L'incidence des métastases osseuses (MO) n'a cessé d'augmenter au fil des ans en raison de l'augmentation de l'espérance de vie des patients cancéreux. Objectif: Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques des MO des patients suivis au centre de traitement de la douleur (CTD) de la Tunisie. Méthodes: Etude rétrospective des dossiers des patients présentant une MO, vus au CTD de la Tunisie pendant les années 2019 et 2021. Résultats: Un total de 117 patients, avec un ratio homme/femme de 2,5 et un âge moyen de 61,2± 12,5 ans [22-93] ont été inclus. Les cancers primaires étaient principalement le cancer du poumon (40%), du sein (13,7%), de la prostate (11,1%), les hémopathies malignes (5%) et le cancer du rein (3,5%). La durée moyenne du cancer était de 10,5 mois [0-84]. Trente-cinq pour cent des patients ont bénéficié d'un traitement curatif du cancer (chirurgie plus chimiothérapie adjuvante dans 31 % des cas et chimio-radiothérapie dans 4 % des cas). Cependant, près de 65% des patients étaient du ressort des soins palliatifs. Les symptômes les plus fréquents de la MO étaient les douleurs osseuses inflammatoires (68,8%) et les fractures pathologiques (6,4%). Les anomalies à l'examen physique comprenaient des douleurs à la palpation des structures osseuses (87,2%), une raideur lombaire (13%) et des signes radiculaires (11,8%). Un déficit neurologique n'a été constaté que chez trois patients. La durée moyenne entre le diagnostic du cancer et le diagnostic de la MO était de 4,2±1,7 mois [0-11]. La MO était révélatrice du cancer dans le un tiers des cas. La MO était associée à un ou plusieurs autres sites métastatiques dans 56% des cas : Les plus fréquentes étaient les métastases hépatiques (22,5%), pulmonaires (20%) et cérébrales (15,5%). Les sites de MO les plus fréquents étaient le rachis (83,6%), le bassin (28,5%) et les côtes (22,4%). Des MO multiples (⩾ 2 sites) ont été trouvées chez près 46% des patients. Une hypercalcémie (calcium sérique corrigé⩾ 105mg/l) était présente initialement chez 8% des patients. Les anomalies les plus constatées sur la radiographie standard étaient: les fractures vertébrales (28%), les lésions ostéolytiques (20%), les lésions ostéo-condensantes (8%) et les lésions mixtes (7%). Néanmoins, la radiographie était normale dans 40 % des cas. L'imagerie par résonance magnétique a été réalisée dans 30 % des cas, et la lésion la plus fréquente était un hyposignal T1- hypersignal T2 (58 %). Une scintigraphie osseuse n'a été réalisée que chez 24% des patients. Conclusion: Les MO sont extrêmement fréquentes et peuvent être révélatrices du cancer. Leur diagnostic est basé l'association clinique-imagerie.

**Profils d'évolution des symptômes douloureux chez les personnes atteintes d’endométriose et facteurs associés dans la cohorte ComPaRe-Endométriose**

Submission ID

64

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction Les personnes atteintes d'endométriose peuvent présenter différents profils d'évolution des symptômes douloureux au cours du temps [1-5], mais ce sujet est peu documenté dans la littérature. Afin d’améliorer nos connaissances sur l’endométriose, l’identification de différentes trajectoires d’évolution de la maladie et leur caractérisation est une étape importante [6]. Méthodes ComPaRe-Endometriose est une e-cohorte prospective française impliquant des personnes atteintes d'endométriose qui répondent à des questionnaires en ligne. Nous avons demandé aux participantes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 leur pire niveau de douleurs passées pour les dysménorrhées, dyspareunies, dyschézies, dysuries et douleurs abdominales sur 5 tranches d'âge (≤15, 16-20, 21-30, 31-40 et >40 ans) [7]. Nous avons réalisé des modèles mixtes à classes latentes pour identifier les trajectoires de douleur au cours de la vie pour chaque type de douleur [8], et des modèles de régression logistique multinomiale pour explorer les facteurs associés à chaque trajectoire. Résultats Parmi les 2195 participantes, nous avons identifié 3 trajectoires pour les dysménorrhées, dysuries et douleurs abdominales, et 4 trajectoires pour les dyspareunies et dyschézies. Pour chaque type de douleur, nous avons identifié au moins une trajectoire avec une douleur faible et stable dans le temps, et une trajectoire avec une douleur sévère et constante dans le temps. Nous avons également identifié des trajectoires d’aggravation et de régression de la douleur. Les trajectoires de « douleur sévère » étaient associées à des antécédents familiaux de douleurs pelviennes chroniques, un âge plus précoce à l’apparition des symptômes, au nombre de comorbidités et à un niveau socio-économique faible. Des associations cohérentes ont été trouvées entre le type de douleur et la localisation des lésions (i.e. atteintes des organes urinaires pour les dysuries, des organes reproducteurs pour les dyspareunies…). Discussion Cette étude rapporte pour la première fois une évaluation des trajectoires des douleurs au cours de la vie chez les patientes atteintes d'endométriose. Cette recherche a inclus un large éventail de participantes, avec une une grande diversité de profils de patientes. L'une des limites est le recours à des données rétrospectives, qui peuvent être sujettes à un biais de mémoire, bien que l'évaluation du pire niveau de douleur par rapport au niveau moyen ait pu réduire ce biais. Conclusion Nous avons identifié 3-4 trajectoires d'évolution de 5 types de douleurs liées à l’endométriose chez des patientes au cours de leur vie, avec plusieurs facteurs associés. S'ils sont confirmés dans d'autres contextes, ces résultats pourraient avoir des implications importantes dans la caractérisation des différents profils de patientes et pourraient contribuer à informer les patientes et les cliniciens en charge de leurs soins.

Bibliographie

1. Brosens I, Gordts S, Benagiano G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. Hum Reprod. 2013 Aug;28(8):2026–31. 2. Unger CA, Laufer MR. Progression of endometriosis in non-medically managed adolescents: a case series. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 Apr;24(2):e21-23. 3. Savaris RF, Nichols C, Lessey BA. Endometriosis and the Enigmatic Question of Progression. Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders. 2014 Jul 1;6(3):121–6. 4. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R, Berlanda N. Is rectovaginal endometriosis a progressive disease? Am J Obstet Gynecol. 2004 Nov;191(5):1539–42. 5. Comptour A, Lambert C, Chauvet P, Figuier C, Gremeau AS, Canis M, et al. Long-Term Evolution of Quality of Life and Symptoms Following Surgical Treatment for Endometriosis: Different Trajectories for Which Patients? J Clin Med. 2020 Jul 31;9(8):2461. 6. EEL. “Endometriosis – a progressive disease?” Discussion opposing S. Mechsner (pro) to D. Hornung (contra). 5th European Endometriosis Congress (Dec 6, 2019) Available: https://www.eec2019.com/detailed-programme/. Accessed 04/04/2020, 2020. 7. Vitonis AF, Vincent K, Rahmioglu N, Fassbender A, Buck Louis GM, Hummelshoj L, et al. World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and Biobanking Harmonization Project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. Fertil Steril. 2014 Nov;102(5):1223–32. 8. Proust-Lima C, Philipps V, Liquet B. Estimation of Extended Mixed Models Using Latent Classes and Latent Processes: The R Package lcmm. Journal of Statistical Software. 2017 Jun 1;78:1–56.

**Quel est l’effet de l’intensité de l’exercice physique sur la modulation conditionnée de la douleur chez le jeune sujet sain ?**

Submission ID

74

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte de l’étude : Il existe différents systèmes de modulation de la douleur qui interviennent à différents niveaux de la transmission du message nociceptive. La modulation conditionnée de la douleur (CPM) permet en clinique d’évaluer l’efficacité des systèmes d’inhibition descendante de la douleur [1]. Les données actuelles montrent que la CPM est un phénomène modulable [2], que les athlètes présentent une CPM plus haute que les non athlètes [3] et également quelle pourrait prédire la survenue de douleur chronique [4]. Toutefois aucune étude n'a été réaliser pour déterminer s’il existe un lien entre l’intensité de l’exercice et la modulation conditionnée de la douleur. Méthode : Dans le cadre d’une étude de l’effet de l’intensité de l’activité physique aérobique sur les mécanismes de modulation conditionnée de la douleur chez les sujets jeunes et sains, un essai croisé randomisé en double aveugle a été mis en place. Cinq participants (1 homme, 4 femmes) ont participé à l’étude. L’effet conditionnant d’un cold pressure test (CPT) sur le seuil douloureux à la pression (PPT) a été utilisé. Les mesures ont été faites avant et après un exercice de faible (3 équivalents métaboliques [METs]), moyenne (5,5 METs) et forte intensité (10 METs) selon le compendium des activités physiques de 2011 [5]. Résultats : Les données préliminaires de cette étude montrent une augmentation significative de la CPM (p-value = 0,022) après l’exercice de forte intensité en comparaison avec l’exercice de faible intensité, avec une taille d’effet de 0,556 et une puissance de 0,61. On ne retrouve cependant pas de différence entre l’exercice de faible et moyenne intensité et entre l’exercice de moyenne et forte intensité. Il apparait également que l’exercice augmente la proportion de sujets réceptifs, c’est-à-dire de sujet ayant une augmentation de la CPM après l’exercice, puisque tous les participants ont répondu à l’exercice de forte intensité contre, 40% à moyenne et aucun à faible intensité. Discussion : L’intensité de l’exercice influence donc la réponse CPM. Faire pratiquer une activité physique de forte intensité pourrait permettre d’activer les systèmes d’inhibition descendant et ainsi prévenir la survenue de douleur. Ceci pourrait expliquer pour partie l’intérêt des programmes d’exercices physiques chez les patients douloureux. Conclusion : Ces éléments sont des arguments en faveur d’une augmentation de la prescription d’activité physique notamment chez les personnes avec des troubles de la modulation. Des études supplémentaires sont à envisager pour évaluer ce lien à long terme et les facteurs prédicteurs de réponse.

Bibliographie

[1] Ossipov MH, Morimura K, Porreca F. Descending pain modulation and chronification of pain. Curr Opin Support Palliat Care 2014;8:143–51. https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000055. [2] Yarnitsky D, Granot M, Granovsky Y. Pain modulation profile and pain therapy: Between pro- and antinociception. Pain 2014;155:663–5. https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.005. [3] Flood A, Waddington G, Thompson K, Cathcart S. Increased conditioned pain modulation in athletes. Journal of Sports Sciences 2017;35:1066–72. https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1210196. [4] Yarnitsky D, Crispel Y, Eisenberg E, Granovsky Y, Ben-Nun A, Sprecher E, et al. Prediction of chronic post-operative pain: Pre-operative DNIC testing identifies patients at risk. PAIN 2008;138:22–8. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.033. [5] 2011 Compendium of Physical Activities: A Second Update of C... : Medicine & Science in Sports & Exercise n.d. https://journals-lww-com.ezproxy.u-paris.fr/acsm-msse/Fulltext/2011/08000/2011\_Compendium\_of\_Physical\_Activities\_\_A\_Second.25.aspx (accessed February 15, 2022).

**QUELLE EST LA MOTIVATION DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES PELVIENS ? : A PROPOS D'UNE SERIE SUR 29 PATIENTS**

Submission ID

14

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

INTRODUCTION Les douleurs pelvi périnéales chroniques sont fréquentes avec un diagnostic souvent difficile. Il faut en moyenne 3 ans pour que les patients aient un diagnostic avec l’aide souvent des centres de douleur pelvienne spécialisée. Il en résulte une errance thérapeutique avec de nombreux échecs et un découragement des patients (1). On peut légitimement se poser des questions sur la motivation de ces patients lorsqu’ils arrivent dans des centres de douleur pelvienne spécialisée: découragement, méfiance et plus de motivation ou au contraire une forte motivation mais laquelle ?. La relation médecin malade sera différente et devra s’adapter. Le but de ce travail est d’évaluer toutes les formes de motivation ou l’amotivation chez 29 patients douloureux chroniques pelviens grâce au questionnaire spécifique de motivation EMG -28 (2). MATERIEL ET METHODES 29 patients dont 16 femmes d’âge moyen 49,5 ans ont été inclus dans l’étude. Tous avaient une douleur pelvi périnéale chronique avec une majorité de douleur périnéale (névralgie pudendale et clunéale) avec une ancienneté moyenne de la douleur de 7,2 ans Tous ont rempli le questionnaire EMG-28 (2) et les 7 item de la motivation ont été évalués de 1 à 7 , 7 étant la correspondance maximum : la motivation intrinsèque à la connaissance, à l’accomplissement, à la stimulation , la motivation extrinsèque identifiée (acceptation d’un comportement utile) la motivation extrinsèque introjectée (adopter les demandes extérieures ),la motivation extrinsèque régulée(comportement pour obtenir une reconnaissance ) et enfin l’amotivation . RESULTATS Les patients sont motivés et on retrouve les meilleures correspondances dans la motivation intrinsèque à la connaissance, à l’accomplissement et à la stimulation (5,5 à 5,3/7La correspondance est moindre pour la motivation extrinsèque identifiée et introjectée (4,5 à 4,9/7). Il n’y pas d’amotivation (3,1/7). DISCUSSION ET CONCLUSION Cette étude malgré son faible effectif montre que les patients douloureux pelviens chroniques restent motivés malgré leur parcours médical difficile et éprouvant. L’évaluation des différentes composantes de la motivation montre que la prise en charge de ces patients pourrait s’axer sur (1)(3) : l'amélioration des connaissances du patient, une stratégie de stimulation pour un accomplissement meilleur des moyens thérapeutiques en renforçant un comportement permettant d'atteindre des objectifs valorisés sans trop de sentiments de pressions extérieures. Le questionnaire EMG-28 pourrait aussi s'intégrer dans les questionnaires d’évaluation de la douleur .

Bibliographie

(1) LABAT JJ , BENSIGNOR M et coll ;La relation médecin–malade dans les douleurs pelvipérinéales chroniques :Progrès en Urologie ;Vol 20 ;N12.911-916-2010 (2) GUAY F, MAGEAU G et coll ; Society for Personality and Social Psychology , 29:8,2003 (3) ROGERS C, BOTEMAN A ; A. Psychothérapie et relations humaines : théorie de la thérapie centrée sur la personne. Paris : Edition esf ; 2009

**Questionnaire douleur en ligne pour les patients douloureux chroniques : quelle utilisation, quels enjeux ?**

Submission ID

70

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : L’organisation pluridisciplinaire et l’expertise nécessaires pour les patients douloureux chronique est un défi [1] en dehors des Structure Douleur Chronique en Ile-de-France. L’enjeu des déserts médicaux[2] accentue les difficultés d’accès aux soins pour ces patients. Les technologies numériques sont une des ressources dont les malades chroniques se saisissent afin de s’adapter et d’améliorer leur qualité de vie[3]. En mars 2020, LCD développe alors un questionnaire d’évaluation de la douleur, en libre accès [4] sur son site internet www. reseau-lcd.org avec le soutien de l’Agence Régionale de Santé Ile de France. Nous présentons le retour d’expérience de l’utilisation de ce questionnaire. Méthode : Le public ciblé concerne les visiteurs du site internet www.reseau-lcd.org. Le Questionnaire concerne l’évaluation de la douleur chronique, son retentissement et le contexte global de la vie du patient. Les questions et tests sont issus de la littérature française et internationale[5],[6]. Fibromyalgie France et AFVD (Association Francophone Vaincre la Douleur), sont sollicités pour tester l’outil. Après avoir rempli le questionnaire, il est conseillé à la personne de présenter la synthèse des évaluations lors de la prochaine visite chez son médecin traitant. Si le patient habite la région Ile de France, il peut remplir un formulaire de demande de contact et, l’équipe de coordination lui adresse alors le dossier d’inclusion à remplir par le médecin traitant, afin d’entrer dans un parcours coordonné. Résultats : Entre le 13 mars 2020 et le 31 décembre 2021, il y a eu 3252 consultations du questionnaire, 514 questionnaires remplis sur le site , 59 formulaires de demande de contact. Sur c’est 59 contacts, 30% des personnes résidaient hors Ile de France, 50% n’ont pas poursuivi leur demande d’inclusion dans le réseau, et 20% patients ont été inclus dans le réseau après contact auprès du médecin traitant. Discussion : Nous aborderons si l’ accès direct des patients, touche un public différent, facilite le parcours coordonné du patient douloureux. Nous verrons également les enjeux, comme un pas vers la démocratie sanitaire, la relation médecin/patient douloureux[7], ou encore la sensibilisation des médecins traitant aux outils d’évaluation douleur chronique. Conclusion : L’outil offre un espace intime au patient dans son évaluation, un partage avec son médecin généraliste, et un accès au parcours de soin coordonné. Son développement pourrait permettre d’optimiser le dépistage des patients douloureux chroniques, et améliorer la prise en charge en ville. Une évaluation qualitative reste nécessaire auprès des patients, mais aussi des médecins généralistes pour mieux comprendre l’usage.

Bibliographie

1. Livre Blanc 2017 https://www.sfetd-douleur.org/grand-public-2/ 2. https://santegraphie.fr/mviewer/?config=app/zonage\_medecin.xml# 3. Impact des nouvelles technologies sur la santé et la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique - Chaire Réseaux Sociaux et Objets Connectés de l’Institut Mines-Télécom Business School et collectif (Im)patients Chroniques et Associés.2017 4. https://www.reseau-lcd.org/questionnaire-douleur-lcd 5. International Association for Study of Pain (IASP) 6. Recommandations de l’ANAES et de l’HAS sur la douleur chronique. 7. Académie nationale de médecine Rapport 21-09. La relation médecin-malade, juillet 2021

**Qutenza Pose sur le Visage et sur la Tête**

Submission ID

20

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

INTRODUCTION Le patch de Qutenza est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes, seul ou en association avec d'autres médicaments. L’agence Européenne de médicaments [1] et l’HAS [2] précisent que le Qutenza devait être utilisé sur une peau sèche et intacte, jamais sur le visage, ni au dessus de la limite du cuir chevelu, et ni à proximité des muqueuses. DESCRIPTION Les douleurs neuropathiques du visage et de la tête, du fait de la richesse d’innervation de ces zones, s’expriment souvent par des intensités ressenties encore plus fortes par les patients. Notre structure de douleur chronique pose du Qutenza sur le visage et sur la tête alors que les précautions d’emploi déconseillent cela. Lors de notre consultation, une fois le traitement par du Qutenza retenu puis expliqué, nous évoquons la possibilité de le faire sur le visage ou sur la tête sous conditions incontournables et imposées. Il est demandé au patient de se munir d’une paire de lunettes de natation et d’un pince-nez de natation, qui sont imperméables, et d’un tuba permettant de respirer de l’air du côté opposé à l’application du patch. Cf les photographies. Aucun patient n’a refusé le recours à ce traitement à cause de ces mesures de sécurités imposées. Avant la pose, lors du repérage cutané, on respecte une marge de sécurité par rapport aux muqueuses et des moyens de protections portés. A l’issue de la pose, le retrait de ces moyens se fait avec précaution. Le patient procède à leur décontamination par un lavage dès son retour au domicile. La décontamination de la peau après la pose se fait selon les préconisations d’usage voire de façon répétée si nécessaire. Le patient, dès son retour au domicile, décontamine ces habits selon les préconisations et il est davantage vigilant sur la décontamination de son visage ou de sa tête du fait de la proximité des muqueuses faciales. Nous n’avons jamais rencontré de complications ni d’irritation des muqueuses pendant la pose du patch. Aucun patient n’a signalé la contamination des muqueuses ou une difficulté quelconque après sa sortie de l’hôpital. CONCLUSION La pose de Qutenza sur le visage et sur la tête, sous réserve de recours à des moyens de protection des muqueuses et l’application des mesures de sécurité rigoureuses, est possible. Le patient peut alors bénéficier d’une thérapie locale validée et utile dans le traitement des douleurs neuropathiques. Aucune complication n’est à rapporter dans notre série. Le niveau de soulagement est identique à celui de pose sur le reste du corps.

Bibliographie

1) Agence Européenne de Médicament. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/qutenza-epar-product-information\_fr.pdf 2) HAS. Commission de transparence. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15989\_QUTENZA\_PIC\_EI\_Avis2\_%20CT15989.pdf

**Rééducation musicale : comment intégrer la musique en SSR dans la prise en charge de la douleur ?**

Submission ID

55

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Le centre Richelieu est un établissement ESPIC, de la Croix Rouge française. C’est un SSR spécialisé, prenant en charge des patients présentant des affections de l’appareil locomoteur, du système nerveux et respiratoire. Il est situé en front de mer à deux pas de l’hypercentre de La Rochelle dans un cadre naturel exceptionnel. Le centre, premier établissement SSR de la CRF a mis en place la musicothérapie via l'application Music Care dès mars 2021. L'objectif principal étant d'avoir une thérapie non médicamenteuse supplémentaire pour soulager les douleurs chroniques, aigues et induites par les soins. Concernant la méthode choisie pour la recherche, nous avons ciblé les patients douloureux puis avons élargi son utilisation aux patients présentant des troubles du sommeil et des épisodes d'angoisse dans leur parcours de soins. 2 à 3 séances sont proposées par semaine. Un tableau de suivi est réalisé reprenant certains critères tels que l'objectif thérapeutique, l'âge du patient, le sexe, l'évaluation de la douleur/ anxiété avant et après la séance et le nombre de séance totale. Stéphane GUETIN, fondateur de Music Care apporte sa contribution pour l'analyse des résultats. Au total, 20 patients sont intégrés dans l'étude. Les résultats sont en cours d'analyse mais globalement concluant ( diminution de l'EN, demande de séance supplémentaire, endormissement, détente, abonnement des patients à l'application à leur sortie). Les projets à moyen terme sur l'établissement : - Utilisation du dispositif lors de consultation pluriprofessionnelle du Handicap ( injection de toxine botulique, ténotomie, bloc moteur, phénolisation,...) - Utilisation de l'application pour les professionnels dans le cadre de la qualité de vie au travail. Le déploiement de la musicothérapie se fait progressivement sur les trois unités de soins, sur le plateau technique de rééducation et lors d'actes invasifs en consultation.

Bibliographie

- LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR - HAS - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AVEC LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES - Sous la direction de Marie Jo Brennstuhl

**Réunion Concertation Pluri-disciplinaire Neuromodulation: une collaboration inter-établissements au service du patient**

Submission ID

71

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La douleur chronique neuropathique reste un problème de Santé Publique, concernant 8 à 10% de la population européenne, dont la moitié est insuffisamment traitée et soulagée. Les traitements pharmacologiques ont une efficacité modérée, avec une importante variabilité en fonction des patients, et des effets secondaires limitant leur usage (Attal, 2000; Eisenberg & Suzan, 2014). Dans cette indication, la neuromodulation (stimulation médullaire, corticale, rTMS, thérapie intra-thécale) constitue une alternative intéressante, avec une efficacité reconnue. Cependant ces techniques restent encore sous-utilisées et méconnues. La multiplicité des intervenants, la complexité du parcours de soin, la difficulté d’accès aux centres spécialisés et le manque de diffusion des progrès technologiques sont responsables d’une prise en charge tardive et hétérogène. Optimiser le fonctionnement en réseau et la communication inter-établissements permettrait d’améliorer ce parcours de soins. Dans cet objectif, une réunion pluri-disciplinaire et pluri-établissements a été mise en place à Paris-IDF associée à d’autres centres régionaux. D’une fréquence mensuelle, cette RCP permet une discussion sur la prise en charge des patients ayant des douleurs neuropathiques rebelles. L’analyse rétrospective de ces RCP sur une année a permis de souligner plusieurs bénéfices: 1/ Discussion réellement multi-professionnelle de dossiers complexes regroupant toutes les modalités thérapeutiques disponibles 2/ Facilitation de la prise en charge des patients: rapidité et fluidité dans l’orientation des patients. 3/ Meilleure adhésion des patients au projet de soins, résultant d’une plus grande cohésion dans la prise en charge globale. 4/ L’association de centre oncologique (Institut Gustave Roussy) La douleur neuropathique est également fréquente chez les patients atteints de cancer (secondaire à la tumeur et/ou aux traitements oncologiques). La survie des patients augmente grâce aux progrès thérapeutiques, avec un plus grand taux de guérison, mais aussi l’apparition de tableaux cliniques douloureux complexes rebelles. La guérison peut s’accompagner de douleurs séquellaires, et environ 20 % de patients « cancer survivors » souffrent de douleurs neuropathiques (Bouhassira et al., 2017; Shkodra et al., 2021). Pour ces patients il est fondamental de réduire voire d’arrêter les opioïdes aux effets néfastes à long terme. Leur parcours de soin rejoint celui des patients douloureux chroniques non atteints de cancer, avec une efficacité et /ou une tolérance médiocre des traitements habituels. Ainsi l’association à la RCP neuromodulation permet d’élargir les options thérapeutiques: thérapie intra-thécale, stimulation médullaire, rTMS sont également proposées grâce à cette réflexion multidisciplinaire et à une facilitation de l’accès à ces techniques. Enfin, l’inclusion sur l’année de nouveaux centres participants montre un réel besoin, ce qui confirme la nécessité de développer ce mode de fonctionnement afin d’améliorer la prise en charge des patients, et la collaboration entre équipes et centres spécialisés.

Bibliographie

Attal, N. (2000). Chronic neuropathic pain: Mechanisms and treatment. In Clinical Journal of Pain. https://doi.org/10.1097/00002508-200009001-00003 Bouhassira, D., Luporsi, E., & Krakowski, I. (2017). Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. Pain. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000895 Eisenberg, E., & Suzan, E. (2014). Drug combinations in the treatment of neuropathic pain. Current Pain and Headache Reports. https://doi.org/10.1007/s11916-014-0463-y Shkodra, M., Brunelli, C., Zecca, E., Formaglio, F., Bracchi, P., Lo Dico, S., Caputo, M., Kaasa, S., & Caraceni, A. (2021). Neuropathic pain: clinical classification and assessment in patients with pain due to cancer. Pain. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002076

**Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) : quels sont les facteurs pronostiques précoces ? Une revue systématique de la littérature**

Submission ID

66

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

CONTEXTE: Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est une pathologie encore peu comprise dont la physiopathologie reste à élucider. Ses données épidémiologiques sont difficilement synthétisables et peuvent même être contradictoires. Certains patients guérissent spontanément tandis que d’autres souffrent de douleur et de handicap durant de nombreuses années [1-5]. De récentes études longitudinales ont mis en évidence le peu de récupération complète et ont avancé que 14 à 27% des patients présentaient encore un SDRC 1 an après le début de leur pathologie [2, 4, 6]. Alors que plusieurs facteurs de risque d’apparition de la pathologie ont été mis en évidence [7], les facteurs pronostiques restent à l’heure actuelle méconnus, rendant complexe toute prévention secondaire. OBJECTIF: Identifier et synthétiser les facteurs pronostiques précoces décrits dans la littérature concernant le SDRC chez l’adulte. SOURCES DE DONNEES: Articles publiés entre janvier 1990 et novembre 2021 dans les bases de données PubMed, Embase, PsycINFO, Cochrane Library et Scopus ainsi que les bibliographies des articles inclus et des revues sur le sujet. METHODE : Deux investigateurs ont indépendamment sélectionné toutes les études longitudinales et cross-sectionnelles identifiant des facteurs pronostiques précoces (< 12 semaines depuis le début de la pathologie) influençant la douleur, le CRPS Severity Score (CSS), la fonction, le retour au travail ou la qualité de vie. Le risque de biais a été évalué par l’outil Quality In Prognostic Studies (QUIPS). RESULTATS: A partir de 4 652 articles différents, 6 études ont été retenues [8-13]. Nous avons identifié 24 facteurs, dont 8 étaient ajustés. Etre une femme, la sévérité de l’évènement déclencheur, l’intensité de la douleur, le handicap fonctionnel, certains facteurs psychologiques comme l’anxiété et la peur du mouvement, et dans une moindre mesure certaines caractéristiques sensitives (e.g., seuils de pression douloureuse abaissés) pourraient être des facteurs pronostiques précoces négatifs impactant le retour au travail (N = 3), le statut de SDRC (N = 3), le handicap fonctionnel (N = 2) ou la douleur (N = 1). Deux études seulement avaient un risque de biais faible. Le peu de qualité et l’hétérogénéité des études n’a pas permis de tirer d’autres conclusions. CONCLUSION: Nous ne disposons que de très peu d’informations sur le sujet. Seulement une étude longitudinale a investigué l’impact des facteurs psychologiques sur le devenir de ces patients. D’un point de vue clinique, ces facteurs correspondent aux variables les plus intéressantes et pourraient être évaluées dès la phase précoce pour potentiellement réduire le risque de chronicisation. L’intensité de l’évènement déclencheur, de la douleur ainsi que certaines caractéristiques sensitives précoces pourraient également jouer un rôle dans l’apparition de formes persistantes de SDRC.

Bibliographie

[1] P. Sandroni, L. M. Benrud-Larson, R. L. McClelland, and P. A. Low, ‘Complex regional pain syndrome type I: incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study’, Pain, vol. 103, no. 1–2, pp. 199–207, May 2003, doi: 10.1016/s0304-3959(03)00065-4. [2] D. J. Bean, M. H. Johnson, W. Heiss-Dunlop, and R. R. Kydd, ‘Extent of recovery in the first 12 months of complex regional pain syndrome type-1: A prospective study’, Eur. J. Pain, vol. 20, no. 6, pp. 884–894, Jul. 2016, doi: 10.1002/EJP.813. [3] de Mos M, Huygen FJ, van der Hoeven-Borgman M, Dieleman JP, Ch Stricker BH, and Sturkenboom MC, ‘Outcome of the complex regional pain syndrome.’, Clin. J. Pain, vol. 25, no. 7, pp. 590–7, 2009. [4] F. Brunner, L. m. Bachmann, R. s. g. m. Perez, J. Marinus, and M. m. Wertli, ‘Painful swelling after a noxious event and the development of complex regional pain syndrome 1: A one-year prospective study’, Eur. J. Pain, vol. 21, no. 9, pp. 1611–1617, 2017, doi: 10.1002/ejp.1064. [5] D. J. Bean, M. H. Johnson, and R. R. Kydd, ‘The outcome of complex regional pain syndrome type 1: a systematic review’, J. Pain, vol. 15, no. 7, pp. 677–690, Jul. 2014, doi: 10.1016/j.jpain.2014.01.500. [6] A. Beerthuizen et al., ‘Demographic and medical parameters in the development of complex regional pain syndrome type 1 (CRPS1): prospective study on 596 patients with a fracture’, Pain, vol. 153, no. 6, pp. 1187–1192, Jun. 2012, doi: 10.1016/j.pain.2012.01.026. [7] T. Pons, E. A. Shipton, J. Williman, and R. T. Mulder, ‘Potential Risk Factors for the Onset of Complex Regional Pain Syndrome Type 1: A Systematic Literature Review’, Anesthesiol. Res. Pract., vol. 2015, p. 956539, 2015, doi: 10.1155/2015/956539. [8] D. J. Bean, M. H. Johnson, W. Heiss-Dunlop, A. C. Lee, and R. R. Kydd, ‘Do psychological factors influence recovery from complex regional pain syndrome type 1? A prospective study’, Pain, vol. 156, no. 11, pp. 2310–2318, Nov. 2015, doi: 10.1097/j.pain.0000000000000282. [9] D. J. Bean, M. H. Johnson, W. Heiss-Dunlop, and R. R. Kydd, ‘Factors Associated With Disability and Sick Leave in Early Complex Regional Pain Syndrome Type-1’, Clin. J. Pain, vol. 32, no. 2, pp. 130–138, Feb. 2016, doi: 10.1097/AJP.0000000000000234. [10] Y. H. Roh, H. S. Gong, and G. H. Baek, ‘Prognostic Value of Pain Sensitization During Early Recovery After Distal Radius Fracture in Complex Regional Pain Syndrome’, Pain Med. Malden Mass, vol. 20, no. 6, pp. 1066–1071, Jun. 2019, doi: 10.1093/pm/pny184. [11] J. Laulan, J.-P. Bismuth, G. Sicre, and P. Garaud, ‘The different types of algodystrophy after fracture of the distal radius. Predictive criteria of outcome after 1 year’, J HAND SURG GBR, vol. 22, no. 4, pp. 441–447, 1997. [12] M. Dauty, P. Renaud, C. Deniaud, L. Tortellier, and C. Dubois, ‘[Professional outcome of reflex sympathetic dystrophy]’, Ann. Readaptation Med. Phys. Rev. Sci. Soc. Francaise Reeducation Fonct. Readaptation Med. Phys., vol. 44, no. 2, pp. 89–94, Mar. 2001, doi: 10.1016/s0168-6054(00)00065-9. [13] S. Dumas et al., ‘Work prognosis of complex regional pain syndrome type I: multicenter retrospective study on the determinants and time to return to work’, J. Occup. Environ. Med., vol. 53, no. 12, pp. 1354–1356, Dec. 2011, doi: 10.1097/JOM.0b013e318239e0ef.

**THESE : PERCEPTIONS ET DIFFICULTÉS DE PRESCRIPTION DES OPIOÏDES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES DOULEURS CHRONIQUES NON CANCÉREUSES. ÉTUDE QUALITATIVE EN LOIRE ATLANTIQUE ET VENDÉE**

Submission ID

24

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La douleur chronique est le premier motif de consultation en médecine générale et est un véritable enjeu de santé publique. La prescription d’opioïdes dans le cadre de douleur chronique non cancéreuse (DCNC) reste en progression suite à plusieurs recommandations nationales. Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d’opioïdes, mais ils font face à des difficultés diverses, comme l’évoquent de nombreux travaux. La consommation d’opioïdes en France a augmenté ces dernières années et fait l’objet d’une vigilance accrue. L’objectif principal de notre travail était d’explorer les perceptions et difficultés de prescription des opioïdes par les médecins généralistes dans le cadre de douleurs chroniques non cancéreuses. L’objectif secondaire était d’évaluer le point de vue des médecins face au risque de mésusage. Nous avons conduit une étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-dirigés, réalisés entre février 2021 et juillet 2021, jusqu’à saturation des données. L’échantillon était raisonné et diversifié, et comprenait des médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés de manière thématique avec un double codage. Les médecins ont évoqué être globalement « à l’aise » avec la prescription des opioïdes. Les principales difficultés de cette classe de médicaments étaient leurs effets secondaires et le risque de dépendance. La prise en charge de la douleur chronique était vécue comme complexe par les praticiens du fait du caractère chronophage de sa prise en charge et de sa composante psychologique. Les médecins nous ont paru sensibles au retentissement que la douleur chronique pouvait avoir sur la vie des patients. Ils étaient également conscients du risque de mésusage. Ils nous ont confié ne pas le rechercher systématiquement, mais être  plus vigilants face a certains ≪profils ≫ de patients. L'usage des opioïdes s’est largement développé dans la prise en charge de la DCNC. Les principaux freins à leurs prescriptions sont la tolérance et le risque de dépendance. La DCNC du fait de son caractère multidimensionnel nécessite une approche biopsychosociale, notamment via les Structures de lutte contre la Douleur Chronique (SDC). La relation médecin malade a une place majeure dans la prise en charge de la DCNC. Ce travail a mis en évidence la nécessité de formations à l’utilisation stratégique des opioïdes, ainsi qu’une meilleure coordination des soins avec les SDC. Le dépistage plus systématique du risque de mésusage des patients sous traitements opioïdes en soins primaires semble primordial.

Bibliographie

1. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l’évaluer et orienter le patient. Recommandation de bonne pratique. [internet]. Haute Autorité de Santé. 2009 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur : https://www.has- sante.fr/jcms/c\_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux- chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient 2. Aubrun F. Structures douleur chronique, SDC : guide des bonnes pratiques. Paris : Éditions Med-line ; 2019. 3. RESPADD. Médicaments antalgiques opioïdes. Ce qu’il faut savoir, ce qu’il faut faire. [internet]. 2018 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur : https://www.respadd.org/blog/2018/10/10/medicaments-antalgiques-opioides/ 4. SFETD Société Française d’Évaluation et de Traitement de la Douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l’adulte Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé. 2016 janv.

**TRAITEMENT DES DOULEURS DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET DU COU A L’AIDE DES CAPACITES DE CIBLAGE NEURONAL ET D’UNE PROGRAMMATION PERSONNALISEE D’UN SYSTEME DE STIMULATION MEDULLAIRE**

Submission ID

43

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

ont un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Merci de préciser le lien d'intérêt

Accord de consultation avec Boston Scientific

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Les avancées technologiques récentes des techniques de stimulation médullaires (SCS) sont de plus en plus personnalisées pour chaque patient, et permettent d'effectuer une optimisation des paramètres de stimulation et du champ électrique. Nous avons donc choisi d'étudier si les patients souffrant de douleurs neuropathiques chroniques des membres supérieurs et du cou peuvent obtenir des résultats bénéfiques significatifs lorsqu'ils sont implantés avec un système équipé de ces capacités. Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique, rétrospective, portant sur une série de patients présentant des douleurs aux membres supérieurs et au cou et qui ont bénéficié d’une procédure d'implantation de neurostimulateur médullaire au niveau cervical. Tous les patients inclus ont été implantés avec un dispositif fabriqué par Boston Scientific (ou convertis avec un système [Boston Scientifique]) capable d'utiliser de manière sélective plusieurs modalités de neurostimulation, y compris (mais sans s'y limiter) la stimulation tonique conventionnelle, en sous- perception, ainsi que la thérapie combinée. Les évaluations cliniques ont été recueillies avant l'implantation et jusqu'à 6 mois après l'implantation (selon la pratique courante) et comprennent des scores d'intensité de la douleur (NRS) et d'autres évaluations de la qualité de vie. Résultats : 37 patients d'âge moyen 49,4 ans présentant des douleurs aux membres supérieurs (62,2%) ou à la Tête/Cou (51,4%) ont été évalués. Au dernier suivi après l’implantation du dispositif (durée moyenne : 638,5 jours), une amélioration de 4,0 points du score NRS (7,5 à 3,6, p < 0,0001) de la douleur globale a été notée par rapport à la douleur initiale. La plupart des patients ont indiqué préférer les modalités de stimulation basées sur la sous-perception (c. burst/microburst, algorithme de ciblage du champ de stimulation personnalisé, stimulation à haute fréquence et/ou thérapie combinée). Discussion/Conclusion : Les résultats cliniques peuvent être améliorés chez les personnes souffrant de douleurs chroniques des membres supérieurs et du cou qui sont implantées avec un dispositif de stimulation médullaire par rapport aux résultats rapportés dans des études antérieures utilisant des systèmes plus anciens. Cette première évaluation monocentrique démontre qu'un dispositif de stimulation médullaire capable de fournir une thérapie personnalisée (un ciblage précis du champ de stimulation électrique, sa personnalisation et l'optimisation des paramètres de dosage neuronaux par patient) peut être efficace pour traiter les douleurs chroniques des membres supérieurs et/ou du cou.

**TRAITEMENT DES NEVRALGIES PUDENDALES REFRACTAIRES PAR LA STIMULATION MAGNETIQUE TRANSCRANIENNE REPETITIVE (rTMS). Illustration à propos d’un cas.**

Submission ID

30

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

non

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction : Depuis quelques années, se développe la technique de la rTMS dans le traitement des douleurs chroniques réfractaires. Pour les douleurs pudendales, des études récentes en ont montré l’efficacité et la simplicité. Nous rapportons le cas d’une patiente souffrant d’une névralgie pudendale chronique sévère. Cas clinique : Il s’agit d’une patiente âgée de 52 ans, présentant depuis 2 ans des névralgies pudendales chroniques réfractaires aux thérapeutiques conventionnelles, bilatérales, intéressant les trois branches des nerfs pudendaux. La chirurgie n’a pas été retenue. Le traitement à la prise en charge comprend : tramadol 150 mg x 4 ; les traitements à visée neuropathique ont été abandonnés car mal supportés et peu efficaces. La douleur est cotée habituellement entre 7 et 9/10 à l’EVA, très invalidante sur le plan socioprofessionnel et dans sa vie personnelle. Une prise en charge par rTMS est proposée à la patiente qui l’accepte. Paramètres de stimulation : en raison de la topographie somatotopique de la cible, médiane, au vertex, la neuronavigation est inutile, et la stimulation est de fait bilatérale. Elle est pratiquée avec une sonde B65. La fréquence de stimulation est de 20 Hertz, l’intensité à 80% du seuil moteur, les trains de 4 secondes sont espacés d’un intertrain de 84 secondes, et au total 1600 impulsions sont délivrées en 30’. Le protocole est le suivant : semaine 1 et 2 une séance par jour / 5 jours, puis deux séances hebdomadaires les semaines 3 et 4, puis une séance hebdomadaire les semaines 5 à 8, puis une séance mensuelle pendant 6 mois. Résultats : une amélioration a commencé à être perçue par la patiente à la fin de la première semaine, puis plus significative à J15 (EVA= 2 ,5/10) Cette amélioration a été maintenue stable par les séances mensuelles. Impression clinique globale : fortement amélioré. La prise médicamenteuse a pu être réduite : elle consomme actuellement un comprimé par jour de tramadol 75 mg, et a retrouvé une qualité de vie confortable selon elle. Conclusion : La rTMS peut être une option thérapeutique dans le traitement des névralgies pudendales réfractaires aux traitements conventionnels\*. La simplicité de mise en œuvre permet une utilisation régulière. Elle pourrait être proposée précocement dans la stratégie de traitement de ces douleurs très invalidantes. Des études contrôlées randomisées sont nécessaires pour confirmer son effet antalgique à long terme.

Bibliographie

\*H Hodaj, JP Alibeu, C Maindet-Dominici, A Dumolard, JF Payen. Pratique de la rTMS dans le traitement des syndromes douloureux chroniques : l’expérience grenobloise. Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology 2016 ; 46 , 2 : 86-87. DOI10.1016/j.neucli.2016.05.053

**Travaux dirigés pour améliorer les connaissances en douleur orofaciale des étudiants en odontologie et gamification pour augmenter leur plaisir d’apprendre.**

Submission ID

39

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Contexte : La Douleur OroFaciale (DOF) est fréquente. Elle peut impliquer des difficultés psychosociales et peut impacter fortement la qualité de vie des patients (1). Les étudiants en dernières années de formations d’odontologie se sentent peu compétent pour prendre en soin les patients souffrant de DOF (2). L’ajout de séances de Travaux Dirigés (TD) dans leurs enseignements pourrait permettre d’améliorer les connaissances des étudiants en diagnostic de DOF. De plus, l’utilisation de la gamification, pourrait permettre d’augmenter le plaisir des étudiants durant leurs enseignements. Matériel et méthode : Deux séances TD ont été proposées aux étudiants en 5ème année d’odontologie de l’université de Brest : une séance sous forme de synthèse collective (TD-synthèse), l’autre sous forme de jeu pédagogique (TD-jeu). Le TD-jeu consistait à participer au « jeu du chapeau » appliqué aux diagnostics de DOF. Les étudiants, par groupe de 8, étaient répartis en 2 équipes et devaient faire deviner, au cours de 3 manches, 40 cartes-diagnostiques aux membres de leur équipe. Les étudiants ont été randomisés en 2 groupes. L’ordre de participation aux TD a été inversé entre les groupes. Des tests de connaissances ont été réalisés avant, entre et après les 2 séances de TD. Les compétences en DOF, l’apport du TD, l’intérêt du TD et le plaisir lors de la séance, ont été auto-évalués par une Échelle Visuelle Analogique (EVA) après chaque séance de TD. Résultats : Le TD-synthèse a permis une amélioration des connaissances plus importante que le TD-jeu. Les EVA-compétences en DOF, EVA-apports et EVA-intérêt n’étaient pas différentes entre les deux TD. L’EVA-compétences en DOF a augmenté significativement (p<0,01) entre la première et la seconde séance de TD, quelque soit son contenu (jeu ou synthèse). Les étudiants ont ressenti plus de plaisir lors du TD-jeu que lors du TD-synthèse (p<0,01). La participation à un jeu pédagogique s’associe à un sentiment de plaisir de l’étudiant (3,4), entrainant des effets positifs sur l’état physiologique et émotionnel du sujet, et améliore ainsi son sentiment d’autoefficacité et donc ses performances (5). Conclusion : Les deux types de TD semblent complémentaires pour améliorer les compétences cliniques en matière de diagnostic de DOF des étudiants en odontologie.. La finalité de la gamification n’est pas de faire apprendre plus, mais de varier les contextes, les méthodes et les supports d’apprentissage. Un intérêt majeur de l’utilisation des jeux pédagogiques est le plaisir des apprenants induit par le jeu. Cette notion de plaisir devrait être prise en compte dans la conception des enseignements en odontologie afin d’améliorer la qualité de vie, le sentiment d’autoefficacité et les performances des étudiants.

Bibliographie

1. Cahana A, Forster A. [Mechanisms by which acute orofacial pain becomes chronic]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2006 Jun;107(3):156–60. 2. Baudin H, Nicolas E, Chaumeil B, Roger-Leroi V. Influence du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence professionnelle de l’étudiant en chirurgie dentaire. Pédagogie Médicale. 2009 Nov;10(4):239–51. 3. Hedges JH, Adolph KE, Amso D, Bavelier D, Fiez JA, Krubitzer L, et al. Play, attention, and learning: How do play and timing shape the development of attention and influence classroom learning? Ann N Y Acad Sci. 2013 Jul;1292(1):1–20. 4. Palagi E, Stanyon R, Demuru E. Play to learn, teach by play. Behav Brain Sci. 2015;38:e53. 5. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annu Rev Psychol. 2001;52:1–26.

**Une structure douleur en soins primaires ? ’L expérience de la maison de santé pluriprofessionnelle de Port Sainte Marie-Prayssas**

Submission ID

93

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La prise en charge de la douleur chronique repose principalement sur les 254 structures de la douleur chronique (SDC). Pourtant, seulement 3 % des patients douloureux chroniques consultent dans les SDC (1). Les médecins généralistes sont les premiers recours des patient douloureux. Selon les études, 36% à 54% des consultations de médecine générale présentent au moins un motif douloureux (2)(3)(4). Le mode d’exercice des médecins généralistes évolue, ces derniers travaillent de plus en plus de façon coordonnées. Au 31 décembre 2021, on comptait 2 018 maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) en France, soit 984 de plus qu’en 2017 (5). C’est exercice coordonné n'est pas sans rappeler celui des structures douleur. Le cahier des charges des structures douleur (6), et celui des maison de sante (7) ont de fortes similitudes. Cela a incité la MSP de Port Sainte Marie-Prayssas, dans le Lot et Garonne, à démarrer depuis 2019 une expérimentation de prise en charge coordonnée de la douleur en milieu rurale. Un questionnaire d’évaluation est mis à disposition en amont de la consultation Un médecin référent douleur, titulaire du DIU Douleur propose des consultations douleur initiale, d'une durée de 50 minutes et des consultations douleur de suivi, d'une durée de 20 à 30 minutes. En 2021, 190 consultations douleur initiale, ont eu lieu. Le nombre de suivi est vraisemblablement compris entre 300 et 500 par an mais n’a pas encore été quantifié, ç ce jour. Les autres médecins ont pour mission de dépister et orienter leur patients vers le médecin référent selon les recommandations HAS 2008 (8). Deux infirmières d’éducation thérapeutique ont initié des consultations d’ETP douleur principalement pour l’aide à l’utilisation de la TENS ou la mise en place de réhabilitation physique par le biais de consultation en marchant. Trois kinésithérapeutes, trois psychologues, une ostéopathe et une sophrologue complètent la prise en charge de la douleur des patients. La pharmacie associée à la MSP a recensé, 41 locations de TENS sur l'année 2021. Enfin, un groupe d’usagers de soins, s’est récemment fédéré autour de la question de la fibromyalgie. L'équipe soignante se réuni en RCP mensuelle de trois type : santé mentale, douleur chronique, gériatrie et problème sociaux. Une patiente experte, membre de l’AFVD a dernièrement été conviée à nos réunions. Cette action a été réalisée en partenariat avec la structure douleur du CH d’AGEN et du CETD du CHU de Bordeaux. Compte tenu de la difficulté d’accès aux SDC et de l’importance de la prise de la douleur en premier recours, une expérimentation pour évaluer la création de postes avancés des structures douleur via les MSP semble justifiée.

Bibliographie

1. Parcours de soins d’un patient douloureux chronique NOTE DE CADRAGE. HAS; 2019 nov. 2. F.Boureau, Sahmoud T. The prevalence of acute and chronic pain in the french general medical practice. 23 août 1993; 3. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 1 mars 2002;15(1):71‑9. 4. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l’étude ECOGEN [Internet] [PhD Thesis]. 2017. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514479 5. Maison de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/je-cherche-une-maison-de-sante-un-centre-de-sante 6. DGOS. Cahier des charges pour les structures Douleur. 2019. 7. Les Maisons de Santé. Site Internet du Ministère des Solidarités et de la Santé. Mise à jour 3 Mars 2022. 8. HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l’évaluer et orienter le patient Consensus formalisé [Internet]. 2008 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\_chronique\_recommandations.pdf

**VERS L’IDENTIFICATION DE SOUS-GROUPES DE PATIENTS FIBROMYALGIQUES**

Submission ID

102

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

Introduction Le syndrome fibromyalgique (SFM) est caractérisé par des douleurs chroniques diffuses, des troubles du sommeil, de la fatigue, ainsi que de nombreuses autres comorbidités mais son étiologie reste à clarifier [1]. Ces divers symptômes sont très hétérogènes et différentes hypothèses autour des mécanismes de développement du SFM existent [1]. La sensibilisation centrale pourrait être l’un des mécanismes clés du SFM [2,3] avec notamment une hyperalgie aux stimuli thermiques, mécaniques et électriques [4]. La littérature rapporte que des profils de patients semblent exister [5]. L’objectif de cette étude est de caractériser les prédispositions de sensibilisation centrale chez des patients souffrant de SFM comparés à un groupe de témoin afin d’identifier des sous-groupes de patients fibromyalgiques. Matériel et Méthodes Une étude exploratoire de physiopathologie de type cas/témoins, portant sur des caractéristiques psychophysiques (évaluation de la sensibilisation centrale) (NCT 04624581) s’est déroulée au PIC-CIC Inserm 1405 du CHU de Clermont-Ferrand chez des patients souffrant de fibromyalgie (2016 American College of Rheumatology Criteria (ACR)) et des volontaires sains appariés. Les participants ont réalisé une mesure du reflex de flexion nociceptive (RIII). La douleur (échelle numérique (EN), Questionnaire Concis sur les Douleurs), l’impact de la fibromyalgie (Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)), la qualité de vie (questionnaire de qualité de vie (Short Form 36), questionnaire Hospital Anxiety Depression (HAD)), la sensibilité à la douleur (Pain Sensitivity Questionnaire (PSQ), Central Sensitisation Inventory (CSI), mesure de sensibilité au son et à la lumière) ont été évalués. Un prélèvement de sang (polymorphismes génétiques) et de selles (microbiote) ont également été effectués. Résultats 201 patientes et 40 volontaires sains appariés ont été inclus entre Novembre 2020 et Janvier 2022. Les patientes étaient âgées de 49±9 ans et les volontaires de 51±5 ans. Tous les patientes remplissaient les critères ACR 2016 avec un score WPI de 13.5±3.0 et SSS de 9.7±1.8 et un score EN de 6±2. Concernant le critère principal, la valeur de stimulation pour obtenir le reflex RIII était de 36.2±15.3 mA chez les patients vs 61.0±15.3 mA chez les volontaires (p=0.00) et trois groupes de patients se distinguent. Les critères secondaires sont en cours d’analyse pour un rendu en septembre 2022 Conclusion Cette étude souligne, avec le RIII, une hyperalgie et des sous-groupes de patients fibromyalgiques. Des corrélations seront maintenant recherchées avec l’ensemble des autres paramètres mesurés.

Bibliographie

1. Alciati, A.; Nucera, V.; Masala, I.F.; Giallanza, M.; La Corte, L.; Giorgi, V.; Sarzi-Puttini, P.; Atzeni, F. One Year in Review 2021: Fibromyalgia. Clin. Exp. Rheumatol. 2021, 39, 3–12, doi:10.55563/clinexprheumatol/gz4i3i. 2. Mezhov, V.; Guymer, E.; Littlejohn, G. Central Sensitivity and Fibromyalgia. Intern. Med. J. 2021, doi:10.1111/imj.15430. 3. Desmeules, J.; Chabert, J.; Rebsamen, M.; Rapiti, E.; Piguet, V.; Besson, M.; Dayer, P.; Cedraschi, C. Central Pain Sensitization, COMT Val158Met Polymorphism, and Emotional Factors in Fibromyalgia. J. Pain 2014, 15, 129–135, doi:10.1016/j.jpain.2013.10.004. 4. Desmeules, J.A.; Cedraschi, C.; Rapiti, E.; Baumgartner, E.; Finckh, A.; Cohen, P.; Dayer, P.; Vischer, T.L. Neurophysiologic Evidence for a Central Sensitization in Patients with Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2003, 48, 1420–1429, doi:10.1002/art.10893. 5. Yim, Y.-R.; Lee, K.-E.; Park, D.-J.; Kim, S.-H.; Nah, S.-S.; Lee, J.H.; Kim, S.-K.; Lee, Y.-A.; Hong, S.-J.; Kim, H.-S.; et al. Identifying Fibromyalgia Subgroups Using Cluster Analysis: Relationships with Clinical Variables. Eur. J. Pain Lond. Engl. 2017, 21, 374–384, doi:10.1002/ejp.935.

**Vers une meilleure compréhension des liens entre douleur et détresse psychologique dans la maladie de Parkinson : le rôle du catastrophisme**

Submission ID

49

Je souhaiterais, si mon poster est retenu, le présenter à l'oral

oui

Je déclare que mes travaux

n'ont pas d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé ou commercial en relation avec le sujet présenté

Résumé (430 mots maximum)

La maladie de Parkinson (MP), pathologie chronique neurodégénérative, confronte un grand nombre de patients à des douleurs, qui ont tendance à se chroniciser. Cette problématique fait l’objet d’une attention récente mais croissante dans la littérature, car la complexité du phénomène douloureux dans cette maladie rend difficile son évaluation et ses traitements [1] . Par ailleurs, la douleur dans la MP est souvent associée à une symptomatique anxio-dépressive [2], mais les processus impliqués dans la relation entre douleur et détresse psychologique restent mal compris [3]. Nos objectifs étaient donc d’explorer avec précision le vécu douloureux des patients atteints de MP ; ainsi que d’explorer les liens entre douleur et détresse psychologique et tenter de dégager si certaines stratégies d’adaptation pouvaient s’avérer plus ou moins efficaces dans l’ajustement face à la douleur dans cette maladie. Nous avons proposé une étude quantitative de cohorte transversale, via une enquête en ligne, à des participants francophones de plus de 18 ans ayant reçu un diagnostic de MP. Après avoir recueilli les données socio-démographiques et médicales, l’enquête explorait la sévérité des symptômes anxio-dépressifs (Beck Depression Inventory, BDI-13 et Parkinson Anxiety Scale, PAS), puis évaluait la douleur des participants de la manière la plus complète possible : caractérisation des douleurs spécifiques liées à la MP ou à ses traitements (King’s PD Pain Questionnaire), localisation, sévérité et impact de la douleur liée ou non à la MP (Brief Pain Inventory, BPI) et évaluation des répercussions sensorielles et émotionnelles de la douleur (McGill Pain Questionnaire, MPQ-QSDA). Les mécanismes de coping liés à la douleur étaient investigués, avec une attention spécifique sur le catastrophisme (Coping Strategies Questionnaire et Pain Catastrophizing Scale). Les résultats de l’étude (n= 169 patients issus de la francophonie) nous ont permis d’établir un profil douloureux des participants. Au total, 82% des participants sont douloureux, et 66% d’entre eux rapportent des douleurs chronicisées ; 23.5% des participants rapportent des symptômes dépressifs et 67.5% des symptômes anxieux. Par ailleurs, la détresse psychologique est significativement corrélée à la sévérité de l’impact sensoriel et émotionnel de la douleur, et les analyses inférentielles mettent en lumière un résultat majeur : le rôle médiateur du catastrophisme dans la relation entre détresse psychologique et douleur. Ces résultats offrent de nouvelles perspectives de compréhension du phénomène douloureux dans la MP. Ils permettent également d’envisager de nouvelles pistes d'interventions thérapeutiques, visant à réduire le catastrophisme, afin de modifier la perception de l’expérience douloureuse et ainsi faciliter l'adaptation à ce symptôme particulièrement fréquent et invalidant chez les patients atteints d’une maladie de Parkinson.

Bibliographie

[1] Marques A, Brefel-Courbon C (2021) Chronic pain in Parkinson’s disease: Clinical and pathophysiological aspects. Rev Neurol (Paris) 177, 394–399. [2] Rodríguez-Violante M, Alvarado-Bolaños A, Cervantes-Arriaga A, Martinez-Martin P, Rizos A, Chaudhuri KR (2017) Clinical Determinants of Parkinson’s Disease-associated Pain Using the King’s Parkinson’s Disease Pain Scale. Mov Disord Clin Pract 4, 545–551. [3] Defazio G, Antonini A, Tinazzi M, Gigante AF, Pietracupa S, Pellicciari R, Bloise M, Bacchin R, Marcante A, Fabbrini G, Berardelli A (2017) Relationship between pain and motor and non-motor symptoms in Parkinson’s disease. Eur J Neurol 24, 974–980.