

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Prise en charge Pluriprofessionnelle et Coordonnée des patients atteints de Douleurs Chroniques en Soins Primaires dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Occitanie : état des lieux des pratiques actuelles

Submission ID : 4

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction : La Douleur Chronique (DC) est définie par une douleur de plus de 3 mois [1]. En France, on estime que 30% de la population est atteinte de DC [2]. Moins de 3% de ces patients bénéficient d'une consultation en Structure DC (SDC) [3]. L'exercice pluriprofessionnel coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) semble adapté pour accompagner les patients atteints de DC [4-5]. L'objectif principal était d'évaluer les pratiques et d'estimer la prévalence des MSP de la région Occitanie qui ont concrétisé la prise en charge de la DC dans leur organisation.

Méthode : Étude quantitative transversale, de type enquête de pratique par questionnaire (janv-juil 2022). Questionnaire à remplir lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), un seul questionnaire par MSP attendu.

Résultats : Sur 99 MSP éligibles, 13 ont répondu au questionnaire. La majorité des MSP (n=10, 77%) avait des projets concernant la prise en charge de la douleur et intégrait des professionnels formés à la prise en charge de la douleur (n=8, 62%), mais seulement 4 MSP (31%) étaient en cours de protocolisation de cette prise en charge. Les MSP ont travaillé sur les rachialgies (61.5%), les douleurs neuropathiques (53.8%), les douleurs en soins palliatifs (53.8%), les douleurs liées au cancer (53.8%) et les douleurs liées aux soins (53.8%). Elles se sentaient le plus en difficulté dans la prise en charge des douleurs liées à la fibromyalgie (92%), des douleurs neuropathiques (92%) et des douleurs de cancer (77%). Les MSP prioriseraient la mise en place de RCP entre l'équipe traitante et une SDC, de formations spécifiques pour l'équipe et d'ateliers spécifiques d'éducation thérapeutique. Les MSP adressaient leurs patients vers les consultations spécialisées douleur ou les SDC en CH/clinique (84.6%) ou les Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (38.5%) pour des délais de prise en charge compris entre 3 et 6 mois. Elles adressaient entre 5 et 20 patients par an à ces structures et étaient globalement peu satisfaites des prises en charges proposées. Trois MSP travaillaient en coordination avec la SDC.

Conclusion : Les MSP de la région Occitanie ont potentiellement les ressources nécessaires pour répondre au besoin d'alternatives aux SDC dans la prise en charge du patient douloureux

chronique. La prise en charge de ces patients reste à l'heure actuelle très peu coordonnée et protocolisée en soins primaires.

Bibliographie

- [1] Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease : the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
- [2] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008 Jun;136(3):380-387.
- [3] Perrot S. Démographie et impact socio-économique de la douleur en France. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre Blanc de la Douleur. 2017. p37-41.
- [4] Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centre de santé génère des gains en matières de productivité et de dépenses. *IRDS, Questions d'économies de la santé*. 2015 juin;(210):6
- [5] Haute Autorité de Santé. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 2023. Saint-Denis La Plaine: HAS.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Apport de la ludopédagogie à la formation douleur des soignants

Submission ID : 10

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

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

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

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

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

Conclusion : La formation douleur semble être une priorité nationale, que ce soit pour l'apprentissage initial ou continu. Pour aider les formateurs, il existe actuellement des modèles

de programmes de formation douleur élaborés par l'International Association for Study of Pain IASP (15), destinés aux différents professionnels de santé. Les résultats de cette présente étude suggèrent que les jeux éducatifs peuvent être un outil efficace pour diversifier la formation à la gestion de la douleur, notamment pour créer une alternative aux simples cas cliniques. Ce résultat encourageant nous permettra de développer un nouveau prototype plus élaboré, qui pourrait potentiellement être intégré à la formation initiale et continue.

Bibliographie

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

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

PLACE DU QUTENZA ® DANS LA PRISE CHARGE DES NEVRAGIES CLUNEALES A PROPOS D'UNE SERIE DE 21 CAS

Submission ID : 11

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

INTRODUCTION

Les névralgies clunéales sont des douleurs neuropathiques du périnée. Le diagnostic est clinique, ce sont des douleurs au niveau de l'ischion augmentées en position assise sur un plan dur. Elles sont souvent associées avec une névralgie pudendale (1). La prise en charge est multimodale (traitement médicamenteux, infiltration test, TENS, kinésithérapie voire chirurgie). Le but de cette étude est d'évaluer la place du QUTENZA® dans la prise en charge multimodale des névralgies clunéales au travers d'une étude sur 21 patients avec un recul de 2 ans. En effet le QUTENZA®, patch de capsaïcine à 8%, est un traitement indiqué dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques sans effet secondaire majeur (2).

MATERIEL ET METHODES

21 patients dont 12 femmes d'âge moyen 42,2 ans tous porteurs de névralgie clunéale (57 % seule ou 33% associée à une névralgie pudendale) ont été inclus dans l'étude. La prise en charge thérapeutique a associé le traitement médical (62%), le TENS et la kinésithérapie (100%). Le QUTENZA ® a été appliqué sur le territoire du nerf clunéal soit le pli de la fesse jusqu'au bord de l'anus qui a été protégé. Il y a eu en moyenne 2,6 séances espacées de 2 mois (entre 1 et 6) L'évaluation a été classique (EVA, DN4, durée de position assise ...) avec un recul de 2 ans depuis Juin 2021.

RESULTATS

L'application de QUTENZA ® sur le territoire du nerf clunéal a permis une amélioration antalgique très importante dans 23% des cas, importante dans 33% des cas soit 56% de patients satisfaits avec une position assise beaucoup plus longue contre 44% de patients non satisfaits. Il n'y a eu aucun effet secondaire. La prise en charge chirurgicale n'a donc été faite que dans 14% des cas.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La névralgie clunéale souvent associée à la névralgie pudendale fait partie des étiologies des

douleurs périnéales chroniques en position assise avec ses propres critères cliniques (1). La prise en charge de cette douleur »neuropathique« est multimodale (1) avec une interrogation sur l'intérêt et la place du QUTENZA®. La littérature est pauvre à ce sujet avec uniquement des recommandations sur les douleurs neuropathiques en général (2). Notre étude portant sur 21 patients avec un recul de 2 ans montre une efficacité du QUTENZA® dans 56% des cas. Par conséquent on pourrait donc proposer la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire suivante :

- étape diagnostic clinique et différentiel
- puis traitement de première ligne avec TENS, kinésithérapie, application de QUTENZA® et éventuellement traitement médical neuropathique
- puis selon l'évolution poursuite de ce traitement de première ligne ou évolution vers la chirurgie.

Bibliographie

- (1) T. Riant, J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat ; Traitements médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques ; Progrès en urologie (2010) 20, 1095—110
- (2) X. Moisset et coll ; Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines , Douleur analg. DOI 10.3166/dea-2020-0113X.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Y A-T-IL DES COMPLICATIONS LORS D'INJECTIONS DE TOXINE BOTULINIQUE SUR LES MUSCLES PERINEAUX ? A propos d'un cas complexe de douleur pelvipérinéale chronique

Submission ID : 12

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Le syndrome myofascial est une composante clinique constante des algies pelviennes chroniques (névralgie pudendale , endométriose , vessie douloureuse ...).Sa prise en charge est nécessaire et fondamentale associée aux autres thérapeutiques ciblées pour une bonne approche thérapeutique des douleurs pelvi-périnéales chroniques (1) . La prise en charge du syndrome myofascial associe la kinésithérapie , l'ostéopathie, le TENS , les auto étirements et parfois les infiltrations avec les anesthésiques locaux voire la toxine botulinique .Il n'y a pas de recommandations concernant la toxine botulinique sur les muscles périnéaux(1).Nous soulevons une complication possible a propos d'un cas clinique complexe.

Nous rapportons une observation concernant Mme E.V.. une patiente âgée de 38 ans sans antécédents particuliers. L'histoire douloureuse commence il y a quelques années par une lombaire et une douleur périnéale et latéro anale gauche . Cette douleur est augmentée en position assise évoquant une névralgie pudendale voire clunéale .Elle présente également une douleur pelvienne augmentée lors des menstruations évoquant une endométriose avec une amélioration sous contraception . L'IRM confirme la présence de nodules d'endométriose .Le syndrome myofascial est majeur avec une hypersensibilisation pelvipérinéale . La prise en charge a été une association d'un traitement neuropathique per os et injectable (kétamine), TENS , kinésithérapie et plusieurs injections de toxine botulinique sur le puborectal gauche sans grande efficacité Une IRM a montré un nodule sur le puborectal qui a été reséqué pour analyse. Dans notre service une infiltration test pudendale gauche a été faite et elle est positive confirmant la névralgie pudendale . Depuis la patiente est toujours douloureuse sous traitement avec une proposition de chirurgie de décompression avec des signes de douleur neuropathique localisée sur le périnée gauche .

L'analyse du nodule confirme le diagnostic typique de névrome sans signe de malignité

Au vu de cette observation et en conclusion, on peut faire les remarques suivantes :

1 : Le diagnostic de ce cas clinique complexe est vraisemblablement une névralgie pudendale canalaire gauche sur un terrain d'endométriose avec une douleur neuropathique périnéale localisée gauche potentiellement iatrogène (injection et chirurgie) .

2 : Le syndrome myofascial est toujours présent dans toutes ces pathologies .

3 : La prise en charge thérapeutique du syndrome myofascial est d'abord classique (électrothérapie antalgique , kinésithérapie, auto étirements éventuellement traitement médical) .La toxine botulinique est controversée dans cette indication.

4 :Des complications ont été décrites (granulome...) dans la littérature (2) et dans notre cas clinique on peut l'évoquer .

5 : Il faut rester prudent quant à l'usage de la toxine botulinique au niveau périnéal.

Bibliographie

(1) T. Riant, J. Rigaud, D. Delavierre, L. Sibert, J.-J. Labat ; Traitements médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique des douleurs pelvipérinéales chroniques ; Progrès en urologie (2010) 20, 1095—110

(2) M.Anabtawi et coll ;Éruptions nodulaires en tant que complication rare de la neurotoxine botulique de type A : série de cas et revue de la littérature Cureus. 2020 août ; 12(8) : e10175.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Prise en charge de douleur neuropathique chronique par les médecins du Centre Hospitalier de Cholet. Résultats d'une enquête descriptive

Submission ID : 13

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Les douleurs chroniques ont un retentissement majeur tant sur le plan fonctionnel que sur le plan socio-économique. Les douleurs neuropathiques sont souvent sous diagnostiquées et sous traitées. On estime que ces dernières concernent 7 à 8% de la population générale. Dans cette étude nous avons évalué la prise en charge des douleurs neuropathiques par une étude monocentrique en distribuant un questionnaire aux médecins de centre hospitalier de Cholet afin d'évaluer leurs pratiques. 53 données ont été recueillies, 46.15% médecins se basent sur l'interrogatoire l'examen physique et les échelles standardisées, 42.3% se basent sur l'interrogatoire et l'examen physique, 11.5% se basent sur l'interrogatoire seul, 66% utilisent le questionnaire DN4 seul ou combiné à l'EVS et/ou l'EV A. Les radiculopathies, la neuropathie diabétique, les AVC et les douleurs post- zostériennes étaient les étiologies les plus fréquentes, 40 % des praticiens ont des prescriptions parfaitement conformes en première intention et 23% en deuxième intention dans la douleur neuropathique périphérique ou centrale. En revanche, 72,9 % des praticiens respectent les recommandations dans le traitement de la DN périphérique localisée, à noter que le paracétamol, AINS et codéine sont présents dans 16 % des prescriptions, les médecines complémentaires sont très peu présentes dans les propositions thérapeutiques des praticiens. L'étiologie, l'intensité et les caractéristiques de la douleur, les antécédents du patient, les interactions médicamenteuses ont une très forte influence sur la prescription du médecin, ils disent à 44% être moyennement influencés par les recommandations. Le fréquent sous diagnostic de douleur neuropathique n'apparaît pas chez les médecins de centre hospitalier de Cholet. Leur traitement est lui sous optimal dans les douleurs périphériques ou centrales et optimal dans la DN périphérique localisée. les médecins se déclarent majoritairement insuffisamment formés aux différentes thérapeutiques.

Bibliographie

[1] HAS, Douleurs chroniques : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures

spécialisées. 2009. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_813396/fr/douleur-chronique-les-aspects-organisationnels

- [2] Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population Etude STOPNEP (Study Of Prevalence of Neuropathic Pain). *Pain* 2008 ; 136 : 380-7
- [3] Ministère de la santé et des sports [10 septembre 2010] disponible à partir de l'adresse URL : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur>>.
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
- [5] Berthelot JM, Nizard J, Maugars Y. Opioids can paradoxically induce severe pain. *Joint Bone Spine* 2018 ; 85 : 655-657.
- [5 bis] Moulin, D., A. J. Clark, et al. Chronic pain in Canada, prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manage* 2002 ; 7 : 179-184.
- [6] Berger A, Dukes EM, Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. *J. Pain*. 2004 ; 5(3) :143-9.
- [6 bis] Raja SN, Carr DB, Cohen M et coll. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–82
- [7] McDermott A, Toelle T, Rowbotham D, Schaefer C, Dukes E. The burden of neuropathic pain : results from a cross-sectional survey. *European Journal of Pain* 2006 ; 10 : 127- 135.
- [8] Dieleman JP, Kerkhann J, Huygen FJ, Bouma PA, Sturkenboom MC. Incidences rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *Pain* 2008;137:681-8.
- [9] Hall GC, Carroll D, Parry D, McQuay HJ. Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. *Pain* 2006;122:156-62.
- [10] Rey R. Histoire de la douleur. 2e Ed., Paris : La Découverte et Syros ; 2000 : 420 .
- [11] Atallah F, Guillerrou Y. L'Homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2004 ; 23 : 722-729. 126
- 41
- [12] Garrigue B. Histoire de la prise en charge de la douleur par les infirmiers en urgence. Chap. 53 SFMU (Société Française de Médecine d'Urgences) 2007.
- [12 bis] Histoire de l'Anesthésie et la Réanimation www.histanestrea-france.org et biographie http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/morton_w_t_g.htm.
- [13] Diderot et D'Alembert, Encyclopédie article « douleur », tome V.
- [14] Larrey D J, Mémoires de chirurgie militaire et campagnes, Paris, 1. Smith et F. Buisson, 1812-1817, 4 vol.; voir t.1 (1812), B.
- [15] Lamouille V. Histoire de la prise en charge de la douleur dans son contexte de savoir et de pensée. Thèse Université Nancy : 2001.
- [16] SFETD Livre blanc de la douleur 2017, <https://www.sfetd-douleur.org/les-livres-blancs/>
- [17] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114: 29-36.
- [18] Bouhassira D, Chassany O, Gaillat J, Hanslik T, Launay O, Mann C, Rabaud C, Rogeaux O, Strady C. Patient perspective on herpes zoster and its complications: an observational prospective study in patients aged over 50 years in general practice. *Pain*. 2012 Feb;153(2):342-9.
- [19] Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients: a French cross-sectional study. *PLoS One*. 2013 Sep 13;8(9):e74195.
- [20] Bouhassira D, Luporsi E, Krakowski I. Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. *Pain*. 2017 Jun;158(6):1118-1125.

- [21] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- [22] Dualé C, Ouchchane L, Schoeffler P; EDONIS Investigating Group., Dubray C. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. *J Pain*. 2014 Jan;15(1):24.e1-24.e20
- [23] Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle : IASP ; 1994
- [24] Treede RD, Jensen TS, Campbell JN and al. Neuropathic pain : redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008 ; 70 : 1630-5

42

- [25] IASP Taxonomy - IASP [Internet]. [cité 26 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.iasppain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Neuropathicpain>
- [26] SFETD ; Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur

neuropathique : une synthèse des recommandations françaises (2020) <https://www.sfetd-douleur.org/recos-et-referentiels/>

- [27] Bennett M, Attal N, Backonja MM et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007 ; 127 : 199-203.
- [28] Boureau F, Doubrere JF, Luu M. Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain* 1990 ; 42 : 145 – 52.
- [29] Melzack R. Pain Measurement and Assessment. New York : Raven Press, 1983.
- [30] Galer BS, Jensen MP. Development and preliminary validation of a pain measure
- [31] Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001 ; 92 : 147 - 57.
- [32] Krause SJ, Backonja M. Development of a neuropathic pain questionnaire. *Clin J Pain* 2003 ; 19 : 306 - 14.
- [33] Bouhassira D, Attal N, Fermanian J et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain* 2004 ; 108 : 248-257.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

L'être ou l'avoir et la douleur chronique

Submission ID : 24

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Tout un chacun connaît le célèbre tourment d'Hamlet [1] au début du troisième acte de la pièce qui porte son nom : « To be or not to be » (Être ou ne pas être). Dans quelle mesure Shakespeare nous donne à penser sur la question de la douleur ? « Être douloureux ou ne pas l'être », ou encore : « être sa douleur ou ne pas l'être », auquel cas cela n'empêche pas d'en avoir une.

Le rapport au langage :

La manière dont les patients parlent de la douleur donne de précieuses indications sur leur vécu subjectif. Il existe un écart sémantique entre dire : « je suis douloureux chronique » (comme si la douleur faisait partie de l'être) et : « j'ai une douleur chronique » (qui laisse entendre un rapport à l'avoir et à la possession).

Dans la formule du patient : « je suis douloureux », le clinicien qu'il soit médecin, psychologue, infirmier, etc. peut entendre l'impact de la douleur et la place qu'elle prend dans une vie.

Lorsque la douleur touche à l'être, elle peut revêtir une dimension identitaire voir existentielle [2], d'où parfois l'impossibilité de s'en détacher. Dans le rapport à l'avoir, c'est comme si la douleur était extérieure au patient, comme étrangère à soi mais présente. Dans ce dernier contexte, les connotations identitaires et existentielles à la douleur chronique sont moins marquées.

Les pathologies douloureuses de l'être et/ou de l'avoir :

Nous avons listé les pathologies fréquemment rencontrées en structure douleur, se nommant soit du côté de l'être soit du côté de l'avoir en français et par les patients : la migraine, la fibromyalgie, le cancer, la maladie de Parkinson, la lombalgie. D'autres affections ne se désignent par les patients que du côté de l'avoir et pas du côté de l'être : les céphalées de tension, l'endométriose, le syndrome d'Ehlers-danlos, l'algodystrophie, la spondylarthrite, la sclérose en plaques.

Discussion :

- le clinicien en consultation douleur quel que soit sa profession d'origine se doit d'être attentif à la façon dont un patient se raconte ;
- le choix du verbe auxiliaire pour parler de la douleur être ou avoir (« je suis ... » ou « j'ai ... ») donne des indications chez le patient sur son vécu de ses algies ;
- le rapport à l'être peut impliquer un rapport identitaire voir existentiel à la douleur ;

- le rapport à l'avoir induit plutôt une relation extérieure à la douleur, comme quelque chose d'étranger au corps mais qui est là.

Bibliographie

[1] Shakespeare W. Hamlet. Paris : Libro.

[2] Le Breton D. Some relations between pain and identity. Rev Med Suisse Romande 1999;119:259-64.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

« Mise en place d'une Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD) au sein d'une association du secteur social et médico-social prenant en charge des personnes avec handicap mental".

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Après plus d'une quinzaine d'année de travail ensemble, une algologue et une IRD ont souhaité mettre leurs compétences (Douleur et Soins Palliatifs), au service d'un public pour lequel l'accès aux soins reste compliqué.

L'Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD), a démarré son activité en septembre 2022. Elle est intégrée au Pôle Santé de l'association.

L'objectif initial était le dépistage et la prise en charge de la douleur (comme évoquée lors des précédents plan douleur de 2002-2005 et de 2013-2017, mais ce dernier n'a jamais vu le jour) et l'amélioration de la qualité de vie.

Après quelques mois nécessaires pour prendre connaissance de la structure et des personnes accompagnées, il est apparu qu'il y avait aussi des besoins concernant le vieillissement précoce (VP) et les soins palliatifs (SP).

Nous proposons maintenant, en concertation avec la personne, sa famille et les équipes médicales, paramédicales et éducatives qui l'accompagnent, une prise en charge sur le lieu de vie de :

- La douleur : dépistage, évaluation et proposition de traitements médicamenteux et non médicamenteux (très important dans cette population déjà polymédiquée) pour l'atténuer
- Le VP : dépistage rapide, adaptation de la prise en charge, discussion du devenir
- Les SP : dépistage précoce, pour permettre une prise en charge adaptée (médicamenteuses (si besoin) et accompagnement avec des équipes du domicile (HAD, libéraux...) ou hospitalières (LISP, USP)
- La Santé de manière globale : sensibilisation à une bonne hygiène de vie (Activité physique, alimentation, sommeil, bien-être émotionnel...)

A ce jour, début avril 2023 :

- 84 consultations ont été menées.
- Un réseau se tisse avec les correspondants médicaux hospitaliers et non hospitaliers

pour aider au maintien dans le lieu de vie en toute sécurité

- mise en place de thérapies Non Médicamenteuses (Activités Physiques Adaptées= APA, Musicothérapie)
- Une cellule « situation complexe » a été créée pour une prise en charge pluridisciplinaire des PA présentant des troubles du comportement, avec une neuro-psychologue
- Des travaux sont en cours sur nutrition et APA, actualisation des Fiches Urgence-Pallia, réflexion sur les directives anticipées et les procédures collégiales
- Des projets sont en réflexion : élaboration d'un programme d'Education Thérapeutique (ETP) au sein des ESAT, habitude aux soins
- Un collectif douleur a été créé regroupant les personnes de l'association formées à la douleur
- Des formations sont ouvertes aux professionnels également sur ces thématiques.

Nos indicateurs :

- Améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées
- Diminuer les troubles du comportement des personnes, souvent en lien avec de la douleur non diagnostiquée.
- Diminuer les hospitalisations non programmées et les passages aux urgences
- Améliorer les compétences des professionnels soignants et éducatifs
- Améliorer la qualité de vie des professionnels

Bibliographie

Rapport Jacob de 2013 (« Anticiper les transitions vers un nouveau cadre de vie »)

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Création d'une consultation douleur à destination des professionnels d'une association médico-sociale

Submission ID : 34

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Depuis 1963, l'association Les Genêts d'Or (LGO) s'engage, dans le Finistère, pour la prise en charge et l'accompagnement de personnes âgées et/ou en situation de handicap tout au long de la vie (polyhandicap, autisme et troubles envahissants du développement (TED), déficiences intellectuelles, handicaps psychiques...)

Elle est constituée de 52 établissements et services, avec plus de 2500 places agréées, et 1700 professionnels en CDD et CDI.

Après plus d'une quinzaine d'année de travail en commun (au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer), une algologue et une IRD ont souhaité mettre leurs compétences (Douleur et Soins Palliatifs), au service de ce public pour lequel l'accès aux soins reste complexe et parfois restreint.

L'Equipe Mobile Santé Douleur (EMSD), a démarré son activité au sein de l'association LGO en septembre 2022. Elle est intégrée au Pôle Santé de l'association. Leur travail fait l'objet d'une autre présentation.

Comme dans beaucoup de structures du médico-social et à l'instar de l'hôpital, l'investissement psychique et physique des salariés est important sur ces postes (manipulation, aide aux gestes de la vie quotidienne, transfert, chutes...) Aussi, des TMS, des douleurs apparaissent, la douleur chronique également.

En rappelant qu'en France seuls 3% des 12 millions de douloureux chroniques en France ont accès à des consultations dédiées, la direction, attentive au bien-être de ses salariés, dans le contexte difficile que traverse le médico-social (après la crise sanitaire, des départs de professionnels...), a souhaité dans le cadre de la qualité de vie au travail, et après acceptation des 2 professionnelles de l'EMSD, l'accueil favorable du CSE, proposer des consultations douleur chronique pour les professionnels de l'association qui le souhaitent.

Une plaquette d'information a été dessinée et diffusée au sein des 52 structures.
Les consultations ont démarré sur un site dédié, en mai 2023.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

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

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

La douleur chronique de l'enfant nécessitant des soins spécialisés, les pédiatres et médecins généralistes en ville sont souvent démunis face à cette symptomatologie, manquant d'expertise douleur ou de professionnels d'aval pour la prise en charge de ces enfants. Les Centres d'Etude et de Traitement de la Douleur sont eux, très sollicités et ne peuvent répondre à la demande croissante de prise en charge de patients. [1][2]

Les patients et leurs parents font face à des délais de prise en charge de plus en plus longs alors même que l'on sait qu'un meilleur pronostic de la douleur est associé à une prise en charge plus précoce[3][4].

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

Plusieurs actions ont été menées de front :

Création du parcours pédiatrique et des ateliers d'éducation thérapeutique du patient individuels ou de groupe : relaxation, danse thérapie...;

Créations d'outils éducatifs à destination des enfants, de leur famille et des professionnels de santé ;

Communication, création d'un réseau de professionnels de santé compétents;

Identification et orientation vers le réseau des patients ayant fait une demande CETD pour lesquels la prise en charge est réalisable en ville avec un accompagnement douleur, permettant d'offrir aux patients des délais plus courts de prise en charge;

Organisation de consultations d'évaluation et d'orientation des patients, réalisées en binôme avec une infirmière ressource douleur coordinatrice;

Réalisation de bilan Educatif Partagé par l'Infirmière ressource douleur coordinatrice;

Coordination et transmissions des informations tout au long de la prise en charge;

Actions vers les professionnels de santé : retours auprès des médecins traitants, organisation de

RCP...

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

Les patients et leurs parents apprécient les courts délais de consultation, l'écoute de l'équipe, l'aide à l'organisation et la prise en charge financière des ateliers.

Les principales difficultés rencontrées sont la recherche de salles en ville et l'indisponibilité des jeunes patients et/ou de leurs parents.

Le réseau LCD poursuit le développement du programme ETP pédiatrique en ville en Ile de France en 2023.

Bibliographie

[1] Epidemiology of chronic pain in children and adolescents : a protocol for a systematic review update, Perri R Tutelman, 2020 DOI :10.1136/bmjopen-2020-043675

[2] The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review, Sara King 2011 - DOI: 10.1016/j.pain.2011.07.016

[3] Recommandations de la HAS. «Douleurs chroniques : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient». HAS - Décembre 2008.(https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient)

[4] Livre Blanc SFETD 2017, État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) - 2017

[5] Article HAS Éducation thérapeutique du patient (ETP), HAS - 19 juin 2014 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

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

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Au CHU Robert Debré (Paris 19) plus de 200 scoliozes sont opérées annuellement. L'équipe de la douleur de l'enfant intervient à différents moments du parcours de soin et de plus en plus sur demande des chirurgiens orthopédistes et lors du bilan préopératoire. Les Infirmières Ressource Douleur assurent une consultation pré-opératoire (après la consultation d'anesthésie) et un suivi post-opératoire en lien avec l'équipe d'USC et les anesthésistes. L'infirmière de pratique avancée assure elle une téléconsultation à J45 de la chirurgie pour une évaluation de la douleur et pour identifier les différents facteurs prédictifs de chronicité (déscolarisation, peur du mouvement, abus médicamenteux, anxiété et syndrome post traumatique, etc..). Afin d'optimiser la concertation entre les équipes (Orthopédie-Anesthésie-Douleur), le suivi et la prise en charge nous avons proposé de créer une application sur smartphone, outil qui nous a semblé le plus adapté au parcours de ces jeunes patients. Nous avons obtenu un financement auprès du Fond Après de l'APHP et nous avons sélectionné avec la direction de l'hôpital un prestataire MAELA qui répondait au mieux à nos besoins. La plateforme étant suffisamment souple et adaptable pour créer des parcours différents selon les pathologies douloureuses.

L'objectif n'était pas de créer un outil connecté pour remplacer les infirmières ou les psychologues mais de nous mettre à disposition un outil de communication et le moyen d'être alerté rapidement avec des indicateurs pertinents pour la prise en charge de la douleur. Certains questionnaires ont été co-construits avec les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours (grilles d'entretien), et nous avons intégré des questionnaires validés (SRS22, échelle de Qualité de vie pédiatrique PedsQL enfant/Parent, Score de kinésiophobie : TAMPA, échelle de Catastrophisme).

Si le modèle peur-évitement de la douleur selon le modèle de Vlayen explique en partie la dynamique de la douleur chronique, les peurs, le catastrophisme et la dépression seraient considérées comme des facteurs de risque.

C'est pourquoi nous avons établi des alertes en fonction des réponses des patients (seuil pour chaque scores aux échelles proposées) afin de les recevoir rapidement en consultation ou en HDJ Douleur.

Nous évaluerons l'utilisation de l'application par les adolescents et leur famille. Le recueil et l'analyse des données nous permettra de préciser les facteurs prédictifs de chronicité et si nos interventions sont suffisantes pour mieux prendre en charge les douleurs. Cette étude pourrait confirmer que les symptômes psychologiques et somatiques préopératoires des enfants pourraient prédire la présence de douleur un an après la chirurgie. Le catastrophisme des enfants et l'attitude des parents face à la douleur de leurs enfants sont des critères d'évaluation que nous allons observer attentivement.

Bibliographie

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

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

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

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

BACKGROUND

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

Objectifs

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

Méthodologie

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

Résultats

Au total, les données de 21 patients ont été analysées. L'âge médian des patients était de 1 mois, 19 jours [4 jours - 2 mois 12 jours] et le poids médian était de 3,6 kg [IQR 2,8-4]. Les interventions chirurgicales réalisées ont été 11 Kasai et 10 laparotomies. Les besoins médians en morphine systémique aux jours 0, 1 et 2 étaient de 82,4 mcg/kg [IQR 51,1-97,4], 174 mcg/kg

[IQR 70,7-228,6] et 78 mcg/kg [IQR 36-174] ; le besoin total médian dans les 48 premières heures postopératoires était de 377,7 mcg/kg [IQR 322-358]. Les besoins en opioïdes dans le groupe Kasai étaient plus élevés que ceux du groupe laparotomie. Aucune complication majeure n'a été attribuée aux cathéters de plaie ou à la perfusion d'AL et aucun retard de cicatrisation n'a été noté.

Discussion

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

Bibliographie

Krylborn J, Anell-Olofsson ME, Bitkover C, et al Plasma levels of levobupivacaine during continuous infusion via a wound catheter after major surgery in newborn infants: an observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32:851–6.

Popat H, Angiti R, Jyoti J, et al Continuous local anaesthetic wound infusion of bupivacaine for postoperative analgesia in neonates: a randomised control trial (CANWIN Study) *BMJ Paediatrics Open* 2022;6:e001586. doi: 10.1136/bmjpo-2022-001586

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Pericapsular nerve group (PENG) block pour l'analgésie postopératoire chez un enfant atteint de para-ostéo-arthropathie neurogène (POAN) bilatérale de la hanche post coma traumatique.

Submission ID : 21

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Objectifs :Apport du PENG block dans la prise en charge de la douleur post opératoire liée à la chirurgie des ostéo arthropathie post traumatiques de la hanche[1]. La POAN correspond à la formation d'ossifications hétérotopiques extra-articulaires, se développant dans les tissus musculaires et fibro mésenchymateux. Dite neurogène lorsqu'elle survient dans les suites d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Fréquemment décrite après un traumatisme crânien ou une lésion médullaire .Le traitement consiste en des ostéotomies [2,3] s'agit d'une chirurgie très pourvoyeuse de douleur postopératoire. Matériels et méthodes :il s'agit du patient M Abdellatif âgé de 13 ans admis pour une prise en charge chirurgicale d'une POAN suite à un coma post traumatique.il était hospitalisé en 2021pendant 33 jours en réanimation suite à un traumatisme crânien. il présentait une limitation de l'abduction et un flessum des deux hanches Entrepris au bloc opératoire sous AG pour une ostéotomie de ponts osseux coxo-fémoraux. Le patient présentait des douleurs post opératoires cotées à 09/10 à l'EN. Nous avons procédé à un PENG block echoguidé analgésique (10cc bupivacaine à 0,25% et 4mg de dexaméthasone).on a évalué l'intensité de la douleur à t15',t30', tH1, tH2,tH3 tH4...tH8 Resultats :Réduction de la douleur spontanée dès la 15ème min puis à la mobilisation à la 30ème min.L'analgesie a duré pendant 8heures et le patient n'a nécessité que du paracétamol pour la gestion de sa douleur. Discussion :Les techniques d'anesthésie régionale sont sûres chez les enfants peuvent procurer une bonne, le bloc PENG a récemment été décrit dans la littérature pour l'analgésie périopératoire de la chirurgie de la hanche chez l'adulte et l'enfant[1,4]Une analgésie adéquate permet une réhabilitations plus rapide, une diminution de la consommation d'opioïdes et l'évitement des effets secondaires indésirables associés.Conclusion :le PENG block est une nouvelle technique pour le contrôle périopératoire de la douleur de la hanche chez les patients pédiatriques et adultes, elle s'est avérée être une méthode efficace et satisfaisante pour une analgésie chez un enfant subissant une chirurgie ouverte de la hanche. Cette première expérience encourage son utilisation.

Bibliographie

- [1] Girón-Arango L, Peng PW, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular nerve group (PeNG) block for hip fracture. *Reg Anesth Pain Med* 2018;43:859–63.
- [2] O. Kharrat , M. Ouertatani , K. Ben Hmida , M. Mestiri , C. Dziri Les para-ostéo-arthropathies neurogènes multiples : à propos d'un cas. *jrm.2014.11.006* Vol 35 - N° 1 P. 42-46 - mars 2015
- [3] J Pélissier , S Petiot , C Bénaïm , G Asencio : Prise en charge des paraostéoarthropathies neurogènes (POAN) chez le traumatisé crânio- encéphalique : étude de la littérature *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* ;Volume 45, Issue 5, May 2002, Pages 188-197
- [4] Ueshima H, Otake H. Clinical experiences of pericapsular nerve group (PENG) block for hip surgery. *J Clin Anesth* 2018;51:60–1.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Etude sur l'utilisation des thérapies non médicamenteuses (TNM) par les patients de la consultation « douleurs chroniques » (CDC)

Submission ID : 25

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Objectif : Quelles TNM utilisent les patients ? Pour quels bénéfices ?
Etude rétrospective sur dossiers et questionnaires.

Résultats : 30 patients interrogés. 23% d'hommes. Pathologies douloureuses diverses. 23% n'avaient pas utilisé de TNM avant le suivi. Les autres avaient suivi à 86.7% les conseils d'un personnel de santé. Une quinzaine de techniques ont été citées, avec un bénéfice ressenti dans 50 à 75% des cas. Pas d'effet indésirable grave retrouvé. Tous les patients utilisent au moins une TNM. Les bénéfices sont : une amélioration de la sensation douloureuse dans 63% des cas, de la gestion du quotidien dans 36%, et de la qualité de vie dans 33%. 97% sont satisfaits de leur prise en charge.

Discussion :

Les patients adhèrent aux TNM à tout âge, genre et pathologies, tout au long du suivi.
Faible proportion d'hommes: En lien avec la demande de prise en charge? Avec les TNM?
Kinésithérapie et activité physique ne sont pas considérées comme des TNM par les patients.
Le choix des TNM est adapté aux problématiques (variables au cours du temps). Le rôle du personnel soignant est de guider et d'informer le patient sur la thérapie la plus adaptée.

Bon rapport bénéfices/risques

La difficulté à se déplacer et le frein financier compliquent les suivis (thérapies onéreuses, séances répétées). En proposer au sein de la CDC, sans surcoût, permet un accès facilité et pérenne.

Ils soulignent l'importance de l'écoute, la disponibilité de l'équipe, et la prise en compte des autres symptômes (sommeil, anxiété, fatigue)

Le patient est acteur, et plus autonome (TENS, cohérence cardiaque, autohypnose, ...)

Les patients sont en recherche de ces TNM et satisfaits d'en bénéficier avec la CDC.

Bibliographie

Etude rétrospective dans les courriers médicaux de 402 dossiers consécutifs d'une structure douleur chronique. S.Farely, N.Rollin et coll. Douleurs Eval-diag-trait (2020) vol 23.p37-46

- Traitement non pharmacologique de la douleur chronique au cours des rhumatismes inflammatoires. Veigne-SalleS.Poupine et coll. Revue du Rhumatisme (2023)
- Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action. I.Negre. Douleurs- Eval-Diag—trait (2013) Vol14;p111-118
- Haute autorité de santé. Rapport d'orientation. Développement de la prescription de TNM validées. Avril 2011
- Académie nationale de médecine. Thérapies complémentaires - acupuncture - hypnose - ostéopathie - Tai-chi - leur place parmi les ressources de soin. Mai 2013
- Rapport INSERM. « Evaluation de l'efficacité et de la sûreté de l'ostéopathie » 2012
- Rapport INSERM. « Evaluation de l'efficacité de l'hypnose » 2013
- Rapport INSERM. « Evaluation de l'efficacité et de la sûreté de l'acupuncture » 2014
- Livre blanc de l'auriculothérapie. Dr Y. Rouxville.2020

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Pathologies chroniques et souffrances psychologiques chez des adolescents au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou au Burkina Faso

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction : L'adolescent succède au pubère et précède l'adulte. Selon l'OMS l'adolescence est une étape qui va de 10 à 19 ans et la jeunesse s'étend de 15 à 24 ans. Les troubles anxieux, dépressifs, sexuelles, du comportement alimentaire ou addictifs, le psycho traumatisme, sont les principaux risques pouvant altérer le développement des jeunes. Lorsque survient une douleur chronique, les remaniements psychiques mis à l'œuvre durant le processus pubertaire se retrouvent mis à l'épreuve de la métabolisation psychique de la maladie chronique. Dans ce contexte, et considérant que la douleur chronique renforce la dépendance réciproque, on peut se demander quel est l'impact de la douleur chronique à l'adolescence sur la sexualité, le syndrome de stress posttraumatique et les relations parents-enfants.

Méthodes : : Il s'est agi de décrire les décompensations psychiques de la douleur chroniques dont le cancer et de discuter les difficultés du suivi psychologique. Etude prospective et descriptive de Janvier à Mars 2023. Un questionnaire a été administré afin de recueillir et d'évaluer le vécu de la sexualité dans la douleur chronique et les difficultés psychologiques présentées par les adolescents.

Résultats : Sur 35 adolescents suivis, 75% ont manifesté un état anxieux et dépressif pendant les épisodes douloureux. 60% ont présenté des troubles du comportement avec 10% de consommation excessive d'alcool, de drogues. On a observé une anorexie et une boulimie chez 5% des adolescents. 40% ont présenté des actes agressifs fréquents contre soi-même et les autres comme le vol, le viol, les agressions, le harcèlement, les tentatives de suicide. 15% ont eu des répétitions de situation d'échec. L'anxiété forte a été observée chez 80%, et la dépression forte chez 50% des adolescents. Les adolescents présentant des souffrances psychiques sont ceux ayant subi un syndrome de stress posttraumatique (sspt) lors des attaques terroristes, vécu un deuil, une absence, une maltraitance.

Conclusion : Vivre son adolescence avec une douleur chronique est dès lors difficile, contraintes des traitements, éventuelles limites physiques, prise de conscience de l'irrévocable atteinte du corps, confrontation obligée de la maladie avec laquelle on va avoir à vivre sa vie d'adulte. Lorsque des facteurs déstabilisateurs, une attaque terroriste, un deuil, une absence, une

maltraitance, une addiction, un traumatisme ou la précarité viennent perturber cette période, ce moment essentiel de construction peut facilement créer une souffrance psychique.
Mots- clés : Adolescents – Douleur chronique – sexualité – Souffrances psychiques.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

DISCORDANCE ENTRE L'AUTO-EVALUATION DU PATIENT ET LE RESSENTI DU SOIGNANT : QUELLES CONSEQUENCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR A DOMICILE ? Annabelle Guillon, Anne Fourquier, Julien Nizard

Submission ID : 35

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction : La discordance entre l'auto-évaluation du patient et le ressenti du soignant est courante. Mais selon quel critère l'infirmière continue-t-elle la prise en charge ? Se base-t-elle sur son ressenti ou le met-elle de côté et fait-elle « ce que le patient lui demande » ? Nous avons décidé d'étudier la discordance entre l'autoévaluation du patient et le ressenti du soignant et ses conséquences sur la prise en charge de la douleur à domicile.

Objectif : comprendre les réactions des infirmières lorsque leur ressenti n'est pas en phase avec l'auto-évaluation du patient et d'analyser ce qu'elles ont mis en place lors de cette différence avec les conséquences qui peuvent en découler.

Méthode : Cette étude a porté sur l'analyse des pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la douleur à domicile. Une enquête par sondage a été menée auprès d'un échantillon représentatif de quarante-quatre infirmières, parmi lesquelles vingt-quatre infirmières HAD et vingt infirmières libéraux.

Résultats et conclusion : Les infirmières ont tenté de garder le lien de confiance établi avec leurs patients en discutant de la discordance constatée lors de l'évaluation de la douleur. Cependant, la plupart d'entre elles ont continué la prise en charge selon leur ressenti, ce qui peut avoir des conséquences sur l'alliance thérapeutique, la majoration des douleurs du patient, et la perte de confiance en l'équipe soignante. Il n'existe aujourd'hui pas d'outil qui permet de mesurer objectivement la douleur. C'est pourquoi il est primordial de faire primer l'autoévaluation du patient plutôt que le ressenti du patient. A propos des différentes actions mises en place, les infirmières se concentrent sur l'aspect médical et peuvent oublier les différentes composantes, notamment cognitivocomportementales de la douleur. En omettant cette dernière, l'infirmière ne prend pas en charge suffisamment globalement la douleur, souvent complexe. Les résultats ne sont pas les mêmes concernant les conséquences sur la prise en charge selon si l'autoévaluation est haute ou basse. Si l'autoévaluation est haute, il existe plusieurs retentissements : ralentissement de la prise en charge, non écoute du patient, errance de diagnostic, perte de confiance envers le soignant. Si l'autoévaluation est basse, il paraît cohérent qu'il y ait moins de conséquences sur la prise en charge. En effet, la prise en charge peut paraître

moins compliquée- lorsque le patient sous-estime la douleur du patient. L'infirmière propose alors des solutions mais respecte les choix du patient.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

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

Submission ID : 36

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

La douleur chez les enfants en situation de handicap avec déficience intellectuelle modérée à sévère est considérée comme sous-diagnostiquée et sous-traitée en raison de difficultés à communiquer la douleur par le langage oral. La difficulté de l'évaluation est accentuée lorsque les patients sortent de leur environnement coutumier. Les propositions thérapeutiques relèvent de l'avis d'expert. L'absence de suivi des prescriptions est fréquente en raison des contraintes de déplacement de l'enfant et des professionnels de la douleur, ce qui nuit à l'adaptation des traitements et à la progression des connaissances.

Depuis septembre 2022, a été créée une équipe mobile (infirmier 0,5 ETP et pédiatre 0,2 ETP) dédiée à la prise en charge de la douleur chez les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de déficience intellectuelle modérée ou sévère, en Bretagne occidentale. Le travail de l'équipe a été construit selon cinq modalités :

- une première consultation des patients sur leurs lieux de vie : structures médico-sociales ou sanitaires voire domicile, en présence de ses parents et des professionnels habituels. Une évaluation initiale multidimensionnelle de la douleur est réalisée conduisant à des préconisations et prescriptions de prise en charge médicamenteuse ou non.
- un suivi en téléconsultation avec les référents familiaux et institutionnels, afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité des préconisations et prescriptions, et de les ajuster.
- une formation à l'évaluation de la douleur en situation de handicap pour les professionnels des établissements concernés.
- une formation des parents à l'évaluation de la douleur de leur enfant sous forme de séminaires regroupant plusieurs parents.

En 6 mois, 18 institutions et équipes nous ont sollicités pour 31 enfants, adolescents ou jeunes adultes, de 15 ans d'âge moyen, atteints de polyhandicap ou de troubles sévères du spectre de l'autisme. La demande provient le plus souvent (29/31) des professionnels, 2 fois des familles. 2 personnes n'ont pas été prises en charge en raison de nos délais d'intervention (en moyenne 6 semaines). 29 premières consultations sur site (19 déplacements) et 28 téléconsultations ont eu lieu. 2 enfants ont été vus à leur domicile car ne bénéficient pas d'institution. 6 formations d'équipes professionnelles ont été effectuées, une seule formation de parents menée. Le

recrutement se poursuit à un bon rythme ainsi que les demandes de formation de groupes de parents et des professionnels.

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

Bibliographie

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

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Quand la PIT permet la thérapie carcinologique efficace

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

INTRODUCTION

L'analgésie par la voie intrathécale administrée à l'aide de pompe (PIT) est recommandée par différentes sociétés savantes [1-2-3-4] et par l'HAS [5]. Elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie en atténuant de façon sensible les douleurs rebelles et/ou les effets indésirables (EI) rebelles des antalgiques.

PRESENTATION

Nous avons pris en charge 1 patient de 64 ans, 3 mois après le diagnostic du carcinome urologique avec métastase nécrotique du muscle psoas-iliaque. La première ligne de chimiothérapie est encours.

Le patient a des douleurs rebelles nociceptives et neuropathiques radiculaires au membre inférieur. Il a eu des changements d'opioïdes, entre les différentes molécules comme les différentes voies d'administration, sans aucun succès. Il est sous 900 mg/j Equivalent Morphine Orale (EMO). Il a aussi des EI rebelles iatrogènes cognitifs et digestifs empêchant le maintien de la chimiothérapie.

L'EVA à 8-9/10, le QDN4 est positif. Il ne peut quitter son lit ni s'alimenter correctement.

La PIT a été posée, après la RCP, comportant initialement la morphine (3.5mg/j), la ropivacaïne (9mg/j) et le ziconotide (0.5µg/j).

Très rapidement tous les effets indésirables iatrogènes se sont estompés suivis de la disparation quasi totale de toutes les douleurs.

La chimiothérapie a pu être reprise dans des conditions optimales du fait de la disparition des douleurs, des EI et de l'amélioration de la qualité de vie. Il a également repris l'ensemble de ses activités quotidiennes sans restriction.

Après deux ans de chimiothérapie, il est désormais considéré en rémission, et ce, depuis plus de 12 mois.

Il a été suivi pour sa PIT pendant 2 ans par notre CETD. Nous avons observé que la réponse carcinologique a permis aussi d'apporter progressivement une réponse antalgique. De ce fait, les posologies de son traitement par la PIT n'ont jamais été majorées, au contraire, elles ont dû être baissées jusqu'au l'arrêt de PIT suivie de son retrait 6 mois après. Le recul à 12 mois reste parfaitement satisfaisant.

DISCUSSION

L'intervention de l'équipe d'Algologie aurait dû être plus précoce, aux alentours de 300mg EMO. Cela aurait évité l'escalade pharmacologique antalgique, ses EI et les difficultés du maintien de la chimiothérapie.

La sollicitation de l'équipe d'Algologie démontre la place incontournable de la collaboration Oncologue-Algologue dans la prise en charge globale du patient.

CONCLUSION

Cette situation clinique, qui n'est pas si rare, confirme la nécessité du recours à la PIT en respectant les recommandations. La disparation des EI et la diminution voire la disparation des douleurs permettent d'améliorer la qualité de vie mais aussi d'optimiser la thérapie carcinologique. Cette dernière donne parfois un autre pronostic non-négligeable à ces situations complexes et graves.

Bibliographie

1] SFETD. Livre Blanc de la douleur. 2017

2] SFETD. Boite A Outil Intrathécal. 2022.

<https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/05/BOIT.pdf>

3] SFAP. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs – mars 2006

4] AFSSAPS. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. 2010

5] HAS. Recommandation des bonnes pratiques. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. 2020

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Quand le piment soulage les douleurs du visage et du scalp

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction

Le QUTENZA est un patch cutané à base de capsaïcine qui est extrait du piment. Il entraîne une désensibilisation réversible des nocicepteurs cutanés supposée être à l'origine du soulagement de la douleur. Depuis 2009, il dispose d'une AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes non diabétiques, seul ou en association avec d'autres médicaments antidouleur. En 2015, son AMM a été étendue aux patients diabétiques.

Description

L'HAS [1] comme les recommandations Françaises [2] le placent comme traitement de 2nde intention dans les douleurs neuropathiques.

Du fait de la richesse d'innervation du visage et du scalp, les douleurs neuropathiques (post-zostériennes, cicatricielles, ...) de ses localisations s'expriment souvent par des intensités ressenties plus fortes que certaines autres localisations. Notre structure de douleur chronique propose le recours au Qutenza en seconde intention dans les douleurs neuropathiques rebelles du visage et du scalp.

Lors de la consultation d'algologie, le mode de fonctionnement de Qutenza et son protocole d'application sont expliqués et un dépliant informatif est remis au patient.

La proximité des muqueuses et des yeux imposent des précautions supplémentaires afin d'éviter leur irritation. Celles-ci consistent, le jour de la pose, au port des lunettes et de pince-nez de natation, empêchant tout contact avec les particules de capsaïcine, et l'utilisation d'un tuba permettant de respirer de l'air sans particule de capsaïcine depuis le côté opposé à l'application du patch. En sus, lors du repérage cutané, une marge de sécurité est imposée par rapport aux muqueuses et des moyens de protections.

Après la pose, la décontamination de la peau se fait selon les préconisations d'usage voire de façon répétée si nécessaire. Le patient, dès son retour au domicile, en sus des préconisations habituelles, est davantage vigilant et protecteur de son visage/de son scalp du fait de la proximité des muqueuses

Description

Aucun patient n'a refusé le recours à ce traitement à cause de ces mesures de sécurité obligatoires.

Aucune irritation des muqueuses pendant la pose du patch, au moment du retrait des moyens de protection ni à distance de la pose n'a été signalée.

Dans notre série de 9 patients ayant des douleurs neuropathiques rebelles du visage et du scalp, le Qutenza a apporté une réponse satisfaisante et significative.

Conclusion

La pose de Qutenza sur le visage et le scalp est possible sous réserve de recours à des moyens de protection rigoureux des muqueuses. Il permet le recours à une thérapie locale validée contre des douleurs neuropathiques rebelles. Aucune complication n'est à rapporter dans notre série.

Le niveau de soulagement est identique à celui de pose sur le reste du corps.

Bibliographie

1] HAS. Commission de transparence.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15989_QUTENZA_PIC_EI_Avis2_%20CT15989.pdf

2] Traitement pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique. X.

Moisset and al. Douleur analg. DOI 10.3166/dea-2020-0113

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

La traversée en algologie à la casamance

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Notre poster représente le parcours patient en service d'hôpital de semaine d'Algologie à la Casamance à Aubagne.

Il nous permettra d'initier un atelier thérapeutique sur le concept de la douleur chronique.

Le patient arrive avec la conception de sa douleur qui oriente son devenir. Il navigue dans un océan, les voiles le guideront.

Nous lui demandons d'y mettre de la couleur durant un atelier thérapeutique: le selfie et de définir les attentes de son hospitalisation durant un autre atelier thérapeutique: le contrat thérapeutique afin d'envisager une autre orientation.

De multiples ressources sont à sa disposition: son entourage, son mode de vie, son histoire.

Nous axons la semaine sur la prise en charge pluridisciplinaire non médicamenteuse.

Nous apportons de nouvelles ressources : neuro stimulation, balnéothérapie, kinésithérapie, psychothérapie, psychomotricité.

Le médecin algologue adapte également la thérapeutique médicamenteuse.

Le navigateur peut ainsi saisir une bouée ou s'en délester.

Le patient est ainsi co-acteur et choisit ce qui va lui permettre d'aller mieux et laisser ce qui le freine, il rédige durant un atelier son ordonnance pour aller mieux.

Durant 5 jours l'équipe lui apporte l'écoute, la bienveillance et le soutien qu'il désire pour apprendre à nager seul au milieu de l'océan de la vie.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

La place de la pratique de l'hypnose au CETD de Rouen

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Depuis la création de la structure douleur du CHU de Rouen dans les années 80, l'hypnose a été proposée alors même que les recommandations n'existaient pas encore.

Actuellement, cette technique non médicamenteuse fait l'objet de recommandations scientifiques dans différentes situations chroniques: prise en charge des céphalées- migraines, de la fibromyalgie, des lombalgies chroniques...

Dans notre pratique courante, de nombreux patients sont orientés vers cette technique.

Nous nous sommes interrogés sur les croyances et attentes des patients, mais également des soignants dans un contexte d'offre de soins limitée et de délais longs.

Une enquête a été faite auprès de 16 professionnels de santé, toutes professions confondues y compris les étudiants en médecine en stage dans l'unité.

Un recueil de données auprès des patients douloureux chroniques accédant pour la première fois à une consultation d'hypnose au CETD a également été fait ; l'objectif est de définir les informations reçues par le patient pour cette prise en charge, leur définition de l'hypnose, leurs attentes, mais aussi l'évaluation du délai de prise en charge et ce qu'ils ont pu mettre en place pendant cette période.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

« HANDIDOLENS » Douleur Handicap : Innovation organisationnelle pour optimiser la prise en soins des personnes en situation de handicap

Submission ID : 45

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Dans le cadre d'une collaboration ancienne entre la clinique de la Sagesse et le pôle Saint Hélier sur le bassin rennais, datant de 2006, il a été constaté en Juillet 2022 qu'il n'y avait pas assez de médecins algologues pour assurer les demandes à la SETD(1-2) et que les patients en situation de handicap avaient un accès aux soins limités du fait de leur handicap(3-4).

Un temps de médecin algologue anesthésiste réanimateur sur un poste à temps partagé entre le Pôle St Hélier et la clinique de la Sagesse a été proposée pour augmenter la capacité de consultation de la SETD, amener d'autres compétences sur la SETD (radiofréquence, infiltrations), amener les compétences d'algologie sur le Pôle St Hélier, propositions de soins pour les personnes peu ou pas mobilisables sur le Pôle St Hélier, Handi Accès (consultations d'algologie chez le patient avec Handi Mobile, office surgery) et lien entre les 2 structures. En février 2023, ce médecin est arrivé. Les premières consultations sur les 2 sites ont débuté de suite, les premiers blocs tests pour radio fréquence et infiltrations en mars 23, la rTMS est prévue en septembre 23. Les perfusions de lidocaine ont été instaurées en avril 23. Les patients bénéficient de l'accès aux 2 sites avec la multiplicité des actes proposés. Les plans et le financement des travaux et du matériel de l'Office Surgery sont validés en mai 2023 pour réaliser des gestes dentaires, gynécologiques et orthopédiques pour les patients en situation de handicap sous sédation. Le protocole de pose de picline est validé en mai 23.

Conclusion

Cette nouvelle organisation originale permet d'avoir une aide dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, d'élargir le panel des propositions thérapeutiques et d'avoir un meilleur accès aux soins pour les personnes en situation de handicap au plus proche de leur lieu de résidence.

Bibliographie

- (1) Parcours de santé d'une personne présentant des douleurs chroniques, HAS-SFETD-Collège de la Médecine Générale, 11 Janvier 2023

- (2) Programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- (3) Audition publique : Accès aux soins des personnes en situation de handicap, Paris, 22-23 octobre 2008, Textes des experts, TOME 2, octobre 2008, HAS
- (4) Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, juillet 2017, HAS

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Consultation pédiatrique douleur : comment se saisir de l'intuition conjointe médecin-psychologue ?

Submission ID : 46

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Les enfants ou les adolescents que nous recevons à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur chronique de l'hôpital Robert Debré à Paris nous sont adressés par des médecins généralistes ou spécialistes. Ils ont donc été déjà « explorés ». Il s'agit de consultations complexes avec des patients complexes, pris eux-mêmes dans la complexité de réseaux interactifs au sein de leur famille (voire de l'entourage amical et scolaire).

Dans le cadre de la première consultation pédiatrique douleur, binôme médecin-psychologue et binôme enfant-parent(s) se rencontrent. Le déroulé de la consultation suit un schéma précis. Consultation conjointe : rencontre des deux binômes (mêmes unités de temps et d'espace). C'est de cette situation qu'émerge (énaction) une intuition conjointe qui détermine les modalités de la poursuite de la démarche. La consultation demeure sur le même mode ou nous séparons le(s) parent(s) de leur enfant ou adolescent : soit l'enfant ou adolescent reste avec le médecin pour être examiné sur le plan somatique et le(s) parent(s) vont dans un autre bureau pour un entretien avec le/la psychologue, soit, nous demandons au(x) parent(s) de nous laisser seuls avec leur enfant ou adolescent. Enfin, nous nous rassemblons tous pour un entretien conclusif. Notre approche favorise une intuition clinique conjointe sur laquelle nous nous appuyons. Il s'agit de précipiter l'émergence (énaction) d'une pensée chez chacun, au-delà des symptômes douloureux, en créant un espace intermédiaire qui transforme dans un premier temps la rencontre binôme médecin-psychologue / binôme enfant-parent(s) en rencontre médecin-enfant / psychologue-parent(s), pour reprendre sa forme première avec quelques transformations dans l'ordre de l'appréhension du symptôme douloureux.

L'intuition conjointe est la meilleure formulation que nous ayons trouvée pour nommer ce « moment fécond » (Kairos) d'où il ressort une décision (Krisis) de modulation du cadre. En termes cognitivistes, il en est d'un mouvement défini comme « énaction » par Varela (1993) en tant que cognition créatrice et incarnée qui n'est pas une représentation : quelque chose émerge qui fonde une nouvelle action, non pas due au hasard ou surdéterminée, mais parce qu'elle semble s'imposer à celui, celle, ou ceux qui la décident.

Cette intuition conjointe a l'avantage de nous permettre de restituer au binôme qui nous fait face (patient-parents) une « proto-pensée » (Bion, 1962) cohérente qui contribue à soutenir une

autre co-pensée (Widlöcher, 1996) chez ce même binôme.

En effet, c'est bien d'une difficulté à penser la douleur de l'enfant qui caractérise le binôme enfant-parent(s) que nous partons. Ainsi, nous formons une « peau commune » pour penser ensemble ce qui était, pour l'instant, impensé et clivé (Anzieu, 1975).

Bibliographie

Anzieu D., 1975, *Le groupe et l'inconscient, l'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.

Bergson H., 1934, *La pensée et le mouvant*, Paris, Félix Alcan.

Bion W.-R., 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, nouvelle édition, 2003.

Lebovici S., 2002, *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*, Paris, Odile Jacob, éditions posthume éditée par B. Golse.

Popper K., 1991, *Un univers des propensions*, Paris, Editions de l'éclat.

Varela F. et coll., 1993, *L'inscription corporelle de l'esprit*, Paris, Le Seuil.

Widlöcher D., 1996, *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

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

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction

La consommation des opioïdes tels que morphine, oxycodone et fentanyl a augmenté dans la population générale de 150% de 2006 à 2017 en France. Parallèlement, un nombre croissant d'intoxications et de décès liés à la prise d'opioïdes a été mis en évidence [1]. De plus, des cas d'intoxications pédiatriques accidentelles mortelles aux opioïdes ont été récemment rapportés à l'ANSM [2].

Dans cette étude, nous analysons les cas de pharmacovigilance de surdosages aux opioïdes survenus chez les enfants, en excluant les intoxications volontaires

Méthode

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

Résultats

Sur la période considérée, 72 cas de surdosages pédiatriques ont été colligés. La moyenne d'âge des enfants était de 4 ans (médiane : 3 ans, âge [1 ; 15 ans]). 88% (n=63) des cas étaient médicalement confirmés. 62.5% des formes galéniques utilisés étaient orales [(46% gélules et comprimés (n=33), 4% sirop (n=3), 12.5% de gouttes buvables (n=9)], 34.7% étaient des formes injectables (n=25) et 2.7% des patches (n=2).

99% (n=71) des cas étaient graves : 13% (n=9) ont entraîné le décès, 39% (n=28) ont mis en jeu le pronostic vital, 26% (n=19) ont entraîné une hospitalisation et 18% (n=13) ont été classés comme graves sans autre information.

Sur les 72 cas, 142 effets indésirables ont été rapportés, les principaux étaient neurologiques (32%, n=45); respiratoires (29%, n=41) et gastro-intestinaux (11%, n=16).

Dans 81% des cas (n=58), il s'agissait d'une erreur médicamenteuse. La naloxone a été

administrée dans 43% (n=25) des cas. L'évolution, lorsque renseignée (n=47), était favorable pour 100% des cas.

Dans 19% des cas (n=14) il s'agissait d'une exposition accidentelle à domicile dont 29 % (n=4) ont entraîné un décès. La naloxone n'a été administrée que dans 29% (n=4).

Conclusion

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

Bibliographie

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

[2].

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

[3].

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

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

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

LA PLACE DU PARACETAMOL DANS LA GESTION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT : QUE SAVONS-NOUS AUJOURD'HUI ?

Submission ID : 58

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Employer du laboratoire UPSA

Résumé (300 mots)

Contexte : Le choix d'un traitement approprié dans la prise en charge de la douleur chez les enfants dès la naissance reste un sujet de discussion.

Objectif : Ce travail a été réalisé pour fournir des informations actualisées concernant l'utilisation du paracétamol chez l'enfant.

Méthodes : Une recherche bibliographique exhaustive sur l'utilisation du paracétamol chez les enfants dès la naissance a été effectuée. Son efficacité et sa tolérance ont été analysées à travers les différentes études, méta-analyses et recommandations des sociétés savantes.

Résultats : L'efficacité analgésique du paracétamol avec une dose de 15mg/kg/jour a été démontrée dans les céphalées/migraines, les douleurs traumatiques, les pathologies ORL comme la pharyngo-amygdalite, les otites moyennes aiguës, les maux de gorge et les douleurs post-opératoires après amygdalectomie ou après extraction dentaire. Etant donné son action anti-nociceptive centrale indépendante des cyclo-oxygénases, le paracétamol est une bonne alternative aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens pour les douleurs aiguës d'intensité légères à modérées. Globalement, le paracétamol est bien toléré chez l'enfant et les effets indésirables aux doses thérapeutiques sont rares.

Conclusion : Le paracétamol a démontré un bon profil efficacité/innocuité dès la naissance pour le traitement de la douleur. Il est recommandé comme antalgique de première intention par les différentes sociétés savantes pour des douleurs légères à modérées.

Bibliographie

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

État des lieux de la prescription du tramadol pour les douleurs en rhumatologie par les rhumatologues français

Submission ID : 63

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction

Dans un contexte de crise des opioïdes mondiale qui touche préférentiellement les Etats-Unis, la France est le troisième pays européen en 2015 consommateur d'opioïdes faibles au premier rang desquels figure le tramadol.[1]

Objectifs

L'objectif principal est de dresser un état des lieux des habitudes de prescription du tramadol chez les rhumatologues français.

L'objectif secondaire est de vérifier si leurs habitudes de prescriptions sont en accord avec les recommandations HAS de mars 2022 sur le bon usage des opioïdes notamment sur son utilisation en dernière intention dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques : lombalgie, lomboradiculalgie ou arthrose.[2]

Matériel et méthode

Pour répondre à l'objectif principal, nous avons adressé en juillet 2022 via la mailing-list de la SFR, un questionnaire de 46 questions recueillant les habitudes de prescription des rhumatologues français en collaboration avec le CEDR (Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie).

En complément, les prescriptions du tramadol de la base de données du Système National des Données de Santé (SNDS) ont été extraites.

Pour répondre à l'objectif secondaire, nous avons comparé les données déclarées des prescriptions avec les recommandations HAS 2022 sur le bon usage des opioïdes.[2]

Résultats (données déclaratives)

296 rhumatologues ont rempli le questionnaire sur les 1760 sollicités.

Ils prescrivent principalement du tramadol pour les radiculalgies et rachialgies aiguës alors que les radiculalgies et rachialgies chroniques arrivent en 4ème et 5ème positions des indications.

22,3% prescrivent du tramadol en situation de douleur chronique en l'absence de diagnostic

étiologique.

L'association tramadol/paracétamol est la forme pharmaceutique la plus prescrite (68,1% des répondants).

45,3% utilisent une échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique (EN) dans un contexte de douleur chronique.

74,4% fixent une durée de prescription au-delà de laquelle, sans bénéfice pour le patient, le traitement est interrompu et/ou une consultation spécialisée douleur est organisée.

31% déclarent ne pas avoir de freins par rapport à la prescription de tramadol.

52% ne connaissent pas les recommandations HAS 2022.[2]

Résultats (données factuelles extraites du SNDS)

Entre 2016 et 2022, on note une diminution de :

- 40% des prescriptions de tramadol par les rhumatologues (65 543 vs 40 905).
- 47% des prescriptions de tramadol associé au paracétamol (83 032 vs 43 311).

Discussion et conclusion

Dans le contexte de crise des opioïdes, la France fait figure de bon élève avec une mortalité par surdoses d'opioïdes parmi les plus faibles des pays membres de l'OCDE.[3]

Cela semble cohérent avec la tendance actuelle à la diminution de la prescription de tramadol par les médecins généralistes et surtout par les rhumatologues.

La prescription de tramadol par les rhumatologues français est raisonnée.

Bibliographie

1. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. (2019).
2. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. (2022).
3. Obradovic, I. D'un abus de prescriptions à une épidémie aiguë. Potomac papers numéro 35 Institut français des relations internationales, (2018).

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

L'Algogériatrie : une nécessité de raison du fait du vieillissement croissant de la population française

Submission ID : 140

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Contexte :

La démarche gériatrique comprend historiquement l'abord global multidimensionnel (l'EGS[1] 1984), le concept de fragilité clinique[2] (2001) et les soins Intégrés (ICOPE[3] OMS 2019). L'Epidémiologie de la douleur en gériatrie[4] : Une population hétérogène (20,5% en 2020), des douleurs persistantes (souvent sous-évaluées et sous traitées) 2,5 fois plus fréquentes entre 60 et 70 ans qu'entre 30 et 40 ans, 4 fois plus après 80 ans ; avec facteur de risque le plus fréquent de mauvais soulagement : un âge + de 70 ans. Pas d'étude épidémiologique spécifique chez les SA[5] dyscommunicants.

Le SA[5] est un individu multiple[6], vulnérable[7] et polypathologique (65% jusqu'à 85 ans, 80% après 85 ans). En résulte une implication de plusieurs processus algogènes, responsables d'une expression algique souvent trompeuse où dépression masquée, troubles cognitifs et douleurs s'expriment souvent de façon semblable.

Objectif :

Améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur (aigue ou chronique) chez les SA[5] dès 65 ans en accord avec l'aspect législatif (Loi d'adaptation de la société au vieillissement 2016), le code de déontologie (Article 32, 37), et l'éthique médicale (bienfaisance, justice et proportionnalité) et la logique du parcours de santé.

Amortir le rôle du stress de la douleur comme facteur de risque de décompensation d'une fragilité clinique[2] et conséquemment d'une altération du paradigme de vieillissement.

Constat :

Le système de santé actuel est plus conçu pour les besoins de santé épisodiques qu'aux besoins de santé chroniques plus complexes liés au vieillissement. Les SA[5] sont souvent confrontés à des interlocuteurs nombreux (parcours fragmenté[8]), une attitude agéiste et une prise en soins centrée que sur les pathologies sans interventions pour éviter le déclin fonctionnel.

Perspective :

L'évaluation de la douleur fait partie intégrante de la démarche gériatrique. Pour plus de pertinence (Objectifs-Moyens), s'appuyer sur un modèle de soins intégrés opérant en Gériatrie type ICOPE pour obtenir une triple évaluation Douleur-Cognition (interaction bidirectionnelle) -

Capacités fonctionnelles[9] (interaction capacités intrinsèques[10] et environnement) avant de proposer des objectifs thérapeutiques (médicamenteux ou/et non) centrés sur le patient en tenant compte de ses souhaits et aspirations.

Conclusions :

Les spécificités algogériatriques sont d'abord liées au patient (cumul de syndrome gériatrique[11], poids des comorbidités actives, pathologies devenues fréquentes avec l'avancée en âge en incluant les atteintes cognitives, les spécificités thérapeutiques avec nécessité d'adapter les traitements à la fonction rénale, la polymédication et l'état nutritionnel). Les spécificités viennent également de l'entourage (patient isolé, conjoint polypathologique, interface psychosociale raréfiée), des soignants avec la nécessité d'une double compétence (gériatrique et algologique) et de l'institution (mise à disposition d'un personnel multidisciplinaire formé et d'un environnement professionnel adéquat).

L'HDJ[12] Algo gériatrique pourrait être le Gold standard.

Bibliographie

[1] EGS pour Evaluation Gériatrique Standardisée.

[2] La fragilité clinique est caractérisée par une baisse de la capacité et des réserves fonctionnelles de divers systèmes physiologiques entraînant un dysfonctionnement précoce et disproportionné des mécanismes homéostatiques compensatoires.

[3] Programme ICOPE 2019: Integrated Care for Older People, www.who.int/ageing/health-systems/icope.

[4] Douleurs du sujet âgé : Outils d'évaluation et aide à la décision. Repères en Gériatrie • Avril 2012 • vol. 14 • numéro 117.

[5] SA pour Sujet Âgé.

[6] Individu multiple pour individu naturellement concerné par les domaines suivants : Sens, Comorbidités actives, Cognition, Environnement social et Familial, Chute, Médicaments, Nutrition, Autonomie, Paradigme de Vieillesse, Thymie et Douleur.

[7] La vulnérabilité concerne les interactions d'une personne âgée avec son environnement social et humain, dont elle n'a guère la maîtrise. L'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées, comme lors de la limitation de l'accès aux soins, la perte d'autonomie, la précarité sociale.

[8] Parcours fragmenté : Contraire des soins intégrés (continus) avec risque de perte d'informations médicales et synonyme d'un système de soins peu efficace dans le continuum.

[9] Capacités fonctionnelles (habiletés motrices, communication, habiletés socio affectives) ; Combinaison et interaction des capacités intrinsèques avec l'environnement dans lequel vit la personne.

[10] Capacités Intrinsèques pour ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu ; 5 domaines : locomotion, cognition, statut psychologique, fonctions sensorielles, vitalité.

[11] Un Syndromes gériatrique correspond à une situation de santé très spécifique chez les

personnes âgées. Plusieurs syndromes gériatriques existent et ils se manifestent dans des conditions cliniques qui, chez les seniors, diffèrent de celles dans lesquelles les mêmes pathologies se manifesteraient chez les jeunes patients.

[12] HDJ pour Hospitalisation à temps partiel, avec prise en charge à la journée, alternative à l'hospitalisation complète.

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

INTERT DE L'ANETHESIE LOCOREGIONAL POUR LA CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DU SEIN

Submission ID : 142

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

INTRODUCTION :

L'anesthésie locorégionale allège le parcours de soin des patientes opérées d'un cancer du sein réveil, facilité, séjour écourté, peu de nausées. Les patientes interrogées sont très largement convaincues !

L'infiltration du quadrant totale du sein à opérée décrit au début du xxème siècle généralement réalisé par les chirurgiens, mais l'apport de la ropivacaïne a permis une remise au goût du jour de ce bloc et une réappropriation par les anesthésistes réanimateurs de cet acte d'anesthésie locorégionale.

MATERIEL ET METHODE

Une étude prospective incluant 12 patientes proposés pour une chirurgie du carcinome canalaire infiltrant du sein sous anesthésie locorégionale par la ropivacaïne et de la lidocaïne au niveau du service de chirurgie viscérale de CHUConstantine Algérie sous sédation de confort.

RESULTAT

Cette technique regroupe des patientes d'intubation difficile (N=3), patiente allergique au curare, une patiente avec une cardiopathie ischémique fe32% et 4 Patiente qui refuse l'intubation.

Les résultats sont répartis en deux phases, évaluation de la période peropératoire (qualité de l'anesthésie) et la phase post opératoire (Evaluation de la douleur post opératoire, la consommation de morphine, Diminution significative du score EVA pour la douleur, et l'absence des NVPO, Analyse de la durée de l'analgésie, facilité de l'acte, satisfaction de la patiente et du chirurgien et l'apparition de lymphœdème).

CONCLUSION

C'est une technique simple de réalisation rapide fait en position unique pour l'anesthésiste et le chirurgien avec un risque faible de complication, cet technique à la fois analgésique et anesthésique améliore la qualité de la prise en charge et diminue la consommation des morphiniques et les complication de l'anesthésie générale voir même la diminution par quatre le risque de récidence ou de métastase de cancer du sein selon la littérature .

Bibliographie

1- Anesthésie locorégionale et chirurgie carcinologique. X Capdevila, K Nouette-Gaulain, C Dadure - Le Praticien en Anesthésie, 2012 Elsevier
Effects of surgery and anesthetic choice on immunosuppression and cancer recurrence.
Kim R. J Transl Med. 2018 Jan 18;16(1):8. doi: 10.1186/s12967-018-1389-7

Thème : Expériences et actions de formation, d'évaluation ou de création de structure

Cardiomyopathie de Tako-Tsubo et analgésie péridurale : A propos d'un cas

Submission ID : 144

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

Si oui, merci de préciser le lien d'intérêt

Résumé (300 mots)

Introduction :

La douleur « induite » ou « procédurale » se dit d'une douleur de courte durée, causée par un professionnel de santé, une thérapeutique, un soin, dans des circonstances de survenue prévisibles, et donc susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées

La mise en place d'un cathéter péridural est une procédure pouvant être associée à une douleur aiguë mais également à une anxiété majeure ; non prévenues, ces circonstances peuvent favoriser la survenue d'une cardiomyopathie de Tako-Tsubo (CMTT) qu'est une forme de cardiomyopathie de stress ; ce diagnostic rare et de description récente la CMTT se présente souvent sous forme d'un syndrome coronarien aigu et est probablement provoquée par une stimulation excessive de catécholamines.

Observation :

Nous rapportant le cas de Mm G.T âgée de 41 ans sans antécédents pathologiques, candidate à une gastrectomie pour un adénocarcinome peu différencié antropylobulbaire, ayant présenté lors de la réalisation de la péridurale analgésique, une bradycardie puis une douleur thoracique aiguë avec un sous décalage ST dans un contexte de CMTT confirmé par les taux de troponine (100 x la normale) ,l'échocardiographie (troubles de la cinétique) ,la coronarographie blanche ,l'IRM myocardique (myocardite) . Contrairement à ce qui est connu sur La CMTT, la malade a gardé des troubles de la cinétique myocardique, la reprogrammation de son intervention a été décidé 4 semaines après l'incident avec une stratégie de prise en charge periopératoire adaptée.

Conclusion :

Il est reconnu aujourd'hui que le Tako -Tsubo n'est plus une affection bénigne et transitoire, l'évolution précoce peut être compliquée voire mortelle. En raison de sa rareté relative et du manque d'études cliniques randomisées, la prévention de tout types de CMTT demeure difficile ; néanmoins dans un contexte de soins douloureux l'anticipation de la douleur induite et la prémédication essentiellement psychologiques ne peuvent que réduire les risques de complications à court, moyen ou long terme des douleurs procédurales.

Bibliographie

1. Wrobel J. et Donnadiou S. et al. Les douleurs induites. In : Institut UPSA de la douleur. 2005. www.institut-upsa-douleur.org
2. Ferber A, Onyeije CI, Zelop CM, et al. (2002) Maternal pain and anxiety in genetic amniocentesis: expectation versus reality. *Ultra- sound Obstet Gynecol* 19: 13-7
3. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ (1994) Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *Am J Hosp Pharm* 51: 1539-54
4. Gibson LE, Klinker MR, Wood JM. Variants of Takotsubo syndrome in the perioperative period: a review of potential mechanisms and anaesthetic implications. *Anaesth Crit Care Med* 2020; 39: 647-54.
5. Garcia Guzzo ME, Novas DS, Iglesias FA, Deluca D, Domenech G, Terrasa SA. Anesthetic implications of perioperative Takotsubo syndrome: a retrospective cohort study. *Can J Anesth* 2022; this issue. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02109-9>.
6. Ghadri JR, Wittstein IS, Prasad A, et al. International expert consensus document on takotsubo syndrome (part II): diagnostic workup, outcome, and management. *Eur Heart J* 2018; 39: 2047-62.
7. Gopalakrishnan P, Zaidi R, Sardar MR. Takotsubo cardiomyopathy: pathophysiology and role of cardiac biomarkers in differential diagnosis. *World J Cardiol* 2017; 9: 723-30.
8. Ong GJ, Nguyen TH, Kucia A, et al. Takotsubo syndrome: finally emerging from the shadows? *Heart Lung Circ* 2021; 30: 36-44.
9. Hessel EA 2nd. Takotsubo cardiomyopathy and its relevance to anesthesiology: a narrative review. *Can J Anesth* 2016; 63: 1059-74.