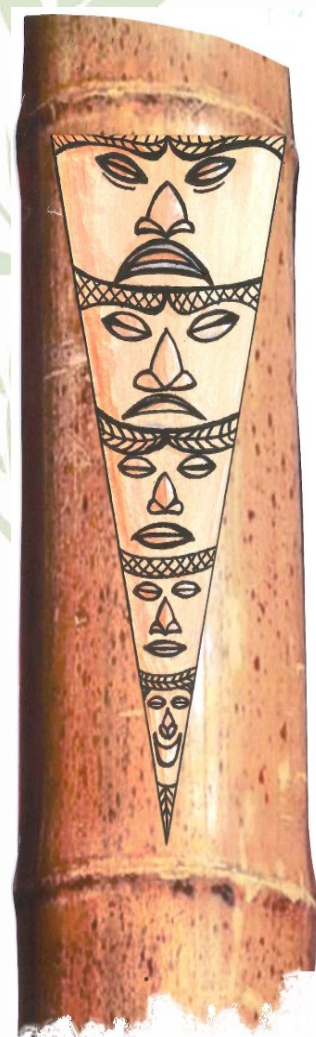


Livre des résumés

1^{er} Forum Calédonien et du Pacifique de la Douleur



22 avril 2022 — CPS à l'Anse Vata

Le mot du président

Depuis sa création en 2014 l'Association DOULEUR NC a pour ambition de faire mieux prendre en compte la douleur dans les soins en Nouvelle Calédonie et d'organiser des soirées médicales. Cette année, pour la première fois nous vous proposons un congrès sur le thème de la douleur, ouvert à tous les professionnels de la santé.

La pandémie nous a fait prendre un retard considérable sur les prises en charge qu'il convient de rattraper à la faveur de la pause sanitaire actuelle.

C'est avec un immense plaisir que le comité d'organisation et le comité scientifique ont préparé ce 1^{er} forum Calédonien et du Pacifique de la Douleur. Nous serons accueillis dans cet endroit magnifique qu'est la CPS dans ce lieu mythique à Nouméa : l'Anse Vata.

En ouverture nous ferons un focus sur la perception de la douleur et la souffrance dans le monde kanak avec M. Wapone Cawidrone et Mme A-tena Pidjo.

Pour cette première, le Pr Eric Viel, anesthésiste réanimateur et algologue au CHU de Nîmes sera notre invité d'honneur et mettra en lumière les douleurs persistantes post chirurgicales. Il nous parlera aussi des topiques qui sont d'actualité pour les douleurs neuropathiques localisées.

Nous aurons également la présence du Dr Dexter qui sera en direct en duplex depuis Sydney et le Dr Bruno Leroy qui vient de Liège pour nous montrer une façon originale de faire de l'éducation thérapeutique pour la lombalgie chronique avec son complice le dessinateur Pierre Kroll très réputé en Belgique.

Enfin nos confrères calédoniens nous brosseront un tableau des différents aspects de la douleur et de leur prise en charge.

Nos conférences seront retransmises en direct dans tout le réseau de la Communauté du pacifique avec une interprétation pour les auditeurs anglophones.

Bonne conférence à tous.

Dr Luc Brun



Le comité d'organisation

Dr Luc Brun
Dr Thierry De Greslan
Mme Marie Claire Kabar
Mme Anne LeDu
Mr Michel Bœuf
Mme Stéphanie Roujas
Mme Claire Line Biavat
Mme KarineLantéri
Mme Isabelle Dumont
Mme Florence Vastel

Le comité scientifique

Dr Luc Brun
Dr Thierry De Greslan
Dr Gael Guyon
Dr Jean Luc Isambert
Dr GianMaria Drovetti
Dr Lorenzo Xavier
Dr Frederic Rigault
Mme Maelle Deniaud

Programme complet de la journée

Sessions plénières : salle Jacques Iékawé	Communications courtes : salle bibliothèque
07h45 - 08h00 Coutume d'ouverture	
08h00 - 08h15 Discours ouverture (Dr Thierry De Greslan)	
08h15 - 09h00 "Kuni": la résistance à la douleur dans les représentations culturelles kanak et océaniques et dans l'approche clinique. (Wapone Cawidrone formateur en langues et culture kanak, MmeA-Tena PIDJO, doctorante à l'UNC) <u>Modérateurs</u> : Dr Thierry De Greslan ; Mme Caroline Graille L'expression de la douleur revêt une dimension culturelle prépondérante en Nouvelle-Calédonie. Dans le monde kanak, en particulier, la capacité à endurer la souffrance physique s'acquiert dès l'enfance ("kuni" en langue nengone). Cette manière de taire la douleur renvoie avant tout à une vision cosmologique et symbolique de l'humain kanak, à l'intérieur de son environnement naturel, social et spirituel	
09h00 - 9h45 Douleur en cancérologie et soins palliatifs (Dr Gianmaria Drovetti, oncologue, Clinique Kuindo Magnin ; Dr Angélique Ayon, soins palliatifs, CHT) <u>Modératrices</u> : Dr Nathalie Quirin, Dr Marie-Laure Gaudillier Les patients d'oncologie nécessitent une prise en charge optimale de leurs lésions cancéreuses. La tumeur elle-même mais également le traitement du cancer peut entraîner des douleurs qui sont souvent sévères et durables. Elles nécessitent un traitement adapté, puissant et de mise en œuvre rapide. En soins palliatifs, quand la maladie atteint un stade avancé, l'essentiel du traitement doit se baser sur les soins de confort et notamment la prise en compte de la douleur. Parfois des techniques d'analgésie locorégionale font intervenir des équipes pluridisciplinaires.	9h00 - 9h45 Les topiques : une révolution dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques...Capsaïcine, toxine botulique... Les nouvelles recommandations (Pr Eric Viel, CHU Nîmes, France) <u>Modérateurs</u> : Dr Frédéric Rigault, Dr Anne Karine Rossi

9h45-10h15 : Pause et visite des stands

10h 15 - 11h 00 Douleurs chroniques post-chirurgicales : épidémiologie, mécanismes et acteurs favorissants, conséquences médico-économiques. (Pr Viel, CHU Nîmes, France) Le Pr Eric Viel nous parlera des dernières actualités concernant les douleurs chronicisées dans les suites d'une intervention chirurgicale. Nous verrons l'importance des définitions précises et la sous-estimation de l'incidence de ce fléau méconnu. Enfin nous verrons qu'il existe une grande marge de manœuvre thérapeutique du plus simple au plus complet.	10h15 - 10h45 Prise en charge des lombalgies : le point de vue du rééducateur et du rhumatologue (Dr Jean-Luc Isambert, médecine Physique et réadaptation, CSSR ; Dr Bénédicte Champs, rhumatologue, Nouméa) <u>Modérateur</u> : Dr Jean-Pierre Legros
--	---

Sessions plénières : salle Jacques Iékawé	Communications courtes : salle bibliothèque
	10h45 - 11h30 Douleur de l'enfant : médicale et post opératoire (Dr Gael Guyon, pédiatre, CHT) <u>Modérateurs</u> : Dr Bruno Calendreau ; Dr Corinne Joubert La nécessité d'optimiser la gestion de la douleur de l'enfant, au cours de son hospitalisation ou en période péri-opératoire, est depuis longtemps une priorité bien admise par l'ensemble des soignants. Si la réponse pharmacologique à la douleur nociceptive semble évidente, de nombreuses autres thérapeutiques, médicamenteuses ou non, sont désormais proposées afin de garantir une prise en charge plus globale de la douleur de l'enfant.
11h15-12h00 Présentation de livre blanc de la SFETD 2021 : la douleur post-chirurgicale et sa chronicisation (Pr Eric Viel, CHU Nîmes, France) <u>Modérateurs</u> : Dr Jessyca Samin ; Dr Philippe Rouvreau ; Dr Thibault Leprince	11h30 - 12h00 Aspect psychologique de la douleur (Mme Maelle Deniaud, psychologue clinicienne, CHT) <u>Modérateur</u> : Dr Bruno Calendreau Parler de sa douleur, c'est parler de soi. C'est une expérience que nous avons tous traversée à un ou plusieurs moments de notre histoire, de notre vie. Elle a à voir avec l'intime, avec notre perception du monde, notre personnalité et son contexte de survenue. Elle ne se partage pas. Mais alors que connaissons-nous de la douleur de l'autre ? Nous allons explorer la psychologie et psychopathologie de la douleur à travers trois axes : l'impact sensoriel, l'impact psychique et l'impact cognitif et comportemental.

12h00 - 13h30 : Repas sur le deck, inscription sur E-Ticket obligatoire

13h30 - 14h15 Comment le neurochirurgien peut améliorer les douleurs chroniques (Dr Mark Dexter, neurochirurgien, Westmead Private Hospital, Sydney, Australie) <u>Modérateurs</u> : Dr Nicolas Molko ; Dr Nicolas Michel Le célèbre Docteur Dexter de Sydney, bien connu de nos confrères calédoniens et de nos patients nous parlera des techniques neurochirurgicales qui sont utiles dans le traitement des douleurs aussi diverses que les céphalées et les douleurs neuropathiques. Il nous montrera que l'on peut aussi bien interrompre que stimuler les circuits neurologiques.	13h30 - 14h15 1 - MEOPA (Dr Oliver Kesteman, CHN; Arthur Le Houerou, GAZPAC) 2 - TENS (Mme Laurence Gracia, Mme Sandra Monnier, CHT) 3 - Musicothérapie et casque réalité virtuelle + tapis champ de fleurs, (Mme Maelle Deniaud, CHT ; Mme Béatrix Boutin, Mme Suti Sudjasmin, CHS ; M. Stéphane Guétin, Music-Care, Paris)
14h15 - 15h00 Casse pas la tête : les céphalées je gère. (Dr Anae Monta, neurologue, Nouméa) <u>Modérateurs</u> : Dr Delphine Gresse ; Dr Nicolas Molko Les céphalées primaires comme la migraine, les céphalées de tensions et les AVF nécessitent un diagnostic clinique précis. Il faut également éliminer les « drapeaux rouges » et avoir des clefs simples et efficaces de prise en charge thérapeutique. Les autres causes de céphalées sont dites « céphalées secondaires ». Au travers de cas cliniques didactiques, nous aborderons les principales causes de céphalées aiguës/coup de tonnerre à gérer en urgence et les autres étiologies secondaires plus rares et/ou moins urgentes	14h30 - 15h15 4 - Ostéopathie (M. Michel Bœuf, Nouméa) 5 - Hypnose (Dr Jessyca Samin, CHT ; Mme Claire-Line Biavat, Nouméa) 6 - Diététique anti inflammatoire (Mme Alexandra Souprayen ; Mme Charlène Guignet ; Mme Heiti Mata, Nouméa)

15h00 - 15h30 : Pause et visite des stands

Sessions plénières : salle Jacques Iekawé	Communications courtes : salle bibliothèque
15h30 - 16h15 Douleur et sommeil : le mal-dormir (Dr Thierry De Greslan, neurologue, CHT) Modérateurs : Dr Luc Brun ; Dr Thierry Langin Les liens entre douleur et sommeil sont connus de longue date et les relations s'établissent dans les deux sens. Le Dr De Greslan nous rapporte ici les dernières données scientifiques et nous donne les clés pour identifier et analyser cette association parfois déroutante.	15h 30 - 16h15 7 - Auriculothérapie (Mme Vanessa Top, Nouméa) 8 - Pilates (Mme Aïssatou Badji) 9 - Lombalgies chronique : école du dos, école du cerveau ? ; intérêt des cartoons (Dr Bruno Leroy ; Pierre Kroll, CHR La citadelle Liège, France)

16h30 - 17h00 : Visite des stands, tirage de la tombola et remises des prix

17h00 - 18h00 : Pot de clôture en musique avec le "Quatuor à Cordes"

Roland Arnassalon - violon 1
Marine Toloht - violon 2
Tanya Gooch - alto
Amandine Marican - violoncelle

18h00 - 19h00 | Conférence tout public

Au commencement est la musique : regards croisés entre cultures, univers sonores et soins (Stéphane Guétin HDR en sciences du langage de Music Care ; Mme Stephanie Geneix Rabault MCF)

Musique et soins. L'idée n'est pas nouvelle. Quoi que ! C'est une question que l'on peut (se) poser. Cette conférence polyphonique présentera la façon dont deux chercheurs ont exploré quelques facettes de la musique calédonienne comme instrument d'intervention thérapeutique en Nouvelle-Calédonie.

19h00 : Fin du Forum





Sessions Plénières

Salle Jacques Iékawé

“Kuni” : la résistance à la douleur dans les représentations culturelles kanak et océaniques et dans l’approche clinique

Auteurs

Wapone Cawidrone, Formateur en langues et culture kanak
Caroline Graille, Docteure en anthropologie sociale et culturelle

Résumé

« *Qu’est-ce que tu as mangé ? Qu’est-ce que tu as dit ? Qu’est-ce que tu as fait ?* ».

Il est communément admis, dans le monde kanak, que la maladie n’arrive jamais par hasard et qu’une forme de déséquilibre social, visible ou invisible, est nécessairement à l’origine d’une pathologie, surtout si elle devient persistante et se trouve marquée par des symptômes d’aggravation ou d’intensification. La douleur qui l’accompagne prend alors une dimension symbolique qui, bien que cruciale pour le patient et pour tout ce qui relève de la thérapeutique traditionnelle mélanésienne, échappe généralement à l’examen clinique et au diagnostic biomédical posé par le médecin.

Cette communication à deux voix s’appuie pour commencer sur l’histoire mythique du *Maître de Koné* : il s’agit d’une des plus anciennes légendes orales sur le lézard, animal totémique primordial dans le monde kanak, recueillie à Houaïlou par le pasteur Maurice Leenhardt (et publiée en 1932 dans les *Documents Néo-Calédoniens*). La douleur physique et psychologique engendrée par l’attaque foudroyante du lézard permet de décrire métaphoriquement la souffrance, l’acceptation de cette dernière, mais aussi la résilience du malade et les modes successifs de remédiation qui sont mobilisés aux fins de réparer, puis de combattre la cause du mal.

La digression par certaines langues vernaculaires kanak (il en existe une trentaine) permet ensuite de montrer les logiques de représentation et d’expression de la douleur, notamment selon les parties externes ou internes du corps qui sont concernées, leur analogie avec le monde végétal (l’écorce, le tronc, la sève...), mais également la dimension sacrée, autant que guerrière, qui peut accompagner l’arsenal thérapeutique traditionnel : voyant, devin, guérisseur, pharmacopée, panier magique, *jinu* (puissance des ancêtres), etc., composent un éventail de ressources et de compétences traditionnelles qui permettent de détecter l’origine de la maladie, d’en contrer les effets, et d’en soulager les symptômes.

Enfin, la notion de « pluralisme médical » reflète les parcours de soin de la majorité des patients kanak et calédoniens, qui concilient généralement un recours successif ou simultané à la médecine traditionnelle et à la biomédecine : il convient dès lors de s’interroger sur les attentes de ces mêmes patients à l’égard de la « médecine des blancs » pour la prise en charge spécifique de la douleur, selon des échelles de tolérance et d’interprétation qui nécessitent d’être objectivées et réévaluées en regard du contexte culturel propre au pays.

La douleur en cancérologie

Auteur

Dr Gianmaria Drovetti, Nouméa

Résumé

La douleur est une notion complexe, multifactorielle et ce particulièrement en cancérologie. C'est d'abord l'expérience qu'en fait le malade mais aussi l'idée que s'en fait le « professionnel de santé ». Ensuite on peut évoquer la représentation anthropologique, historique et psychologique de la douleur. Il est aussi possible d'aborder la douleur sous son aspect scientifique et particulièrement depuis le développement des neurosciences. Enfin le concept épistémologique, de philosophie cognitive et de philosophie morale ne peut être écarté.

« La plus atroce offense que l'on puisse faire à un homme, c'est de nier qu'il souffre ». (Cesare Pavese, in Le Métier de Vivre)

La douleur en soins palliatifs

Auteur

Dr Angélique Ayon, Soins palliatifs, CHT

Résumé

Les soins palliatifs concernent la prise en charge des patients porteurs d'une maladie incurable de la phase palliative initiale à la phase terminale.

Dans le service de soins palliatifs au CHT : unité de 10 lits d'hospitalisation, un des critères d'admission est la douleur rebelle aux traitements classiques. Il s'agit le plus souvent de patients en soins palliatifs avancés voire terminaux.

Ces douleurs sont liées à la pathologie cancéreuse mais aussi vasculaire comme la maladie artérielle.

Plusieurs techniques et alternatives sont possibles : non médicamenteuse, médicamenteuses dont notamment l'analgésie périmédullaire : péridurale, intrathécale et l'analgésie périnerveuse.

Voici un focus rapide sur ce type de prise en charge dans le service, travail associé aux anesthésistes du CHT. La décision thérapeutique se prend en équipes médicale puis après discussion avec le patient et éventuellement sa famille. Il concerne un groupe d'une 10^e de patients, âgés entre 18 et 99 ans.

C'est une technique qui demande à être protocolisée, déclenchée plus rapidement, avec l'utilisation d'une technologie permettant un retour à domicile plus sécurisé.

Les douleurs chronicisées post-chirurgicales : Epidémiologie, conséquences sur la santé publique et impact médico-économique

Auteur

Pr Eric Viel, CETD CHU Nîmes et Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes — eric.viel@chu-nimes.fr

Résumé

Fléau longtemps méconnu ou sous-estimé, la douleur chronicisée post-chirurgicale (DCPC) est un problème de santé publique dont l'impact sur l'évolution de l'état de santé des patients, la qualité de vie et les besoins éventuels de réadaptation fonctionnelle s'accompagne de conséquences médico-économiques non négligeables. Plus de trois cent millions d'actes chirurgicaux sont pratiqués chaque année dans le monde dont environ 10 millions en France¹. Parmi eux, près de 60% des opérés subissent une douleur post-opératoire d'intensité modérée à sévère. Plus l'intensité de cette douleur est sévère et plus longue est la durée des douleurs post-opératoires, plus élevée est l'incidence de douleur post-chirurgicale persistante (durée supérieure à 3 mois) et, selon la localisation et la nature de la chirurgie, 10 à 56% des patients développeront une douleur chronique²⁻⁷. La DCPC affecte toutes les chirurgies et tous les âges de la population. Cependant, les patients âgés représentent un segment de population qui croît rapidement et le taux de chirurgies dans ce groupe humain augmente chaque année. De fait, la DCPC revêt une importance toute particulière chez les personnes âgées car elle impacte fortement les possibilités de récupération somatique autant que cognitive, la qualité de vie et la morbi-mortalité⁸ : souffrance, isolement social et consommation accrue de soins et médicaments, ces derniers pouvant eux-mêmes aggraver le tableau par l'importance et l'incidence de leurs effets adverses (troubles cognitifs, digestifs, urinaires...).

Incidence des DCPC, d'après Glare et al⁽⁷⁾ (2019)

Nature de l'intervention	Incidence des DCPC	Incidence des douleurs sévères	Nombre d'interventions
Amputation de membre	30 à 85%	5 à 10%	-
Prothèse totale genou	13 à 44%	15%	723086
Césarienne	6 à 55%	5 à 10%	1142680
Cholécystectomie	3 à 50%	-	300245
Craniotomie	0 à 65%	25%	-
Prothèse totale hanche	27%	6%	487625
Cure hernie inguinale	5 à 63%	2 à 4%	-
Laminectomie + arthrodèse rachidienne	10 à 40%	4 à 6%	564911
Mastectomie	11 à 57%	5 à 10%	-
Pontage aorto-coronarien	30 à 50%	5 à 10%	160240
Thoracotomie	5 à 65%	10%	-

Les facteurs de risque de DCPC relèvent du patient lui-même, qu'il s'agisse de facteurs génétiques ou épigénétiques (consommation médicamenteuse pré-opératoire, état inflammatoire péri-opératoire, douleurs préopératoires en rapport ou non avec la pathologie conduisant à la chirurgie) ou encore de la technique chirurgicale (voie d'abord, coelioscopie ou laparoscopie vs. chirurgie à ciel ouvert, mode de suture...). Des facteurs pharmacologiques peuvent également favoriser la survenue de DCPC, tout particulièrement une consommation morphinique pré-opératoire, ou une

Les douleurs chronicisées post-chirurgicales : Epidémiologie, conséquences sur la santé publique et impact médico-économique

(suite)

consommation morphinique post-opératoire indûment prolongée, l'une et l'autre favorisant l'apparition d'une sensibilisation et d'une hyperalgésie morphinique. Une nécessaire réflexion sur nos pratiques doit découler de la prise de conscience de l'ampleur du phénomène "DCPC", passant par des approches chirurgicales moins invasives et moins délabrantes, l'utilisation raisonnée des agents analgésiques et un recours accru aux thérapies non-médicamenteuses incluant remise en mouvement et approches psychosociales.

Quelques références bibliographiques

- Weiser TG, Haynes AB, Molina G Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. Lancet 2015; 385 (Suppl 2):S11
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention. Lancet 2006; 367:1618–25
- Wylde V, Hewlett S, Learmonth ID, Dieppe P. Persistent pain after joint replacement: prevalence, sensory qualities, and postoperative determinants. Pain 2011;15:566-72
- Gilron I, Vandenkerkhof E, Katz J, Kehlet H, Carley M: Evaluating the association between acute and chronic pain after surgery: Impact of pain measurement methods. Clin J Pain 2017; 33:588–9
- Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. Pain Reports 2017;2:e627
- Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet 2019;393: 1537-46

Présentation du livre blanc 2021 de la SFETD : la douleur post-chirurgicale et sa chronicisation

Auteur

Pr Eric Viel, CETD CHU Nîmes et Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes — eric.viel@chu-nimes.fr



Le sommaire de cet ouvrage collaboratif de 216 pages, coordonné par V. Martinez pour la SFETD et A. Maurice-Szamburski pour le Comité douleur de la SFAR, comprend 5 parties :

Partie 1 : *l'approche médicale en 3 chapitres : Les douleurs chronicisées post-chirurgicales (E. Viel) ; Physiopathologie de la chronicisation de la douleur postopératoire : De l'expérimental à la clinique. C. Rivat & A. Tassou) ; Prévention de la chronicisation de la douleur postopératoire. (V. Martinez & F. Aubrun).*

Partie 2 : *l'approche psychologique en 2 chapitres : Le cadre psychologique général des douleurs chroniques postopératoire (S. Conradi & R. Minjard) ; Les facteurs de risque psychologiques de la douleur chronique postopératoire et leur approche thérapeutique (A. Masselin-Dubois & S. Baudic)*

Partie 3 : *L'approche chirurgicale en 2 chapitres : La prévention de la douleur chronique postopératoire en chirurgie orthopédique (L. El Sayed & A. Sautet) ; La prévention de la douleur chronique postopératoire en chirurgie thoracique (J. Assouad & H. Etienne)*

Partie 4 : *22 fiches pratiques permettent en une page par fiche de retrouver les principaux critères décisionnels et pratiques face aux diverses situations de douleur chronique post-chirurgicale.*

Partie 5 : *il s'agit d'une véritable boîte à outils en 11 fiches contenant les diverses échelles et questionnaires utilisables dans ces situations particulières.*

L'ouvrage sera disponible sur les sites internet de l'une et l'autre société savante.

Comment le neurochirurgien peut améliorer les douleurs chroniques

Auteur

Dr Mark Dexter, neurochirurgien, Westmead Private Hospital, Sydney, Australie

Résumé (en anglais)

Neurosurgeons can offer a variety of procedures to assist in the management of chronic pain. They also have a crucial role to play in the diagnosis and investigation of a variety of chronic pain syndromes. These roles are often of most benefit in the setting of a specialised multidisciplinary pain management team.

The neurosurgical procedures may include:

- Ablative Neurosurgical procedures (Peripheral, Spinal and Central)
- Neurolysis and Neurectomy in the Peripheral Nervous System
- Peripheral Nerve Stimulation
- Spinal Cord Stimulation
- Motor Cortex Stimulation
- Deep Brain Stimulation
- Microvascular Decompression
- Stereotactic Radiosurgery (Gamma knife)
- Intrathecal Drug Delivery

Trigeminal neuralgia is the most recognised and best studied of the facial neuralgias but it is by no means the only cause of facial pain. It is unique in that it is one of the relatively few forms of chronic neuropathic pain that is not only treatable but often curable. It will be used as an example of the ways in which neurosurgeons play a role in the diagnosis, investigation and management of chronic pain. As there are a variety of treatment options such as medical therapy, peripheral neurectomy, gasserian rhizolysis, microvascular decompression, stereotactic radiosurgery, motor cortex stimulation and deep brain stimulation, it is an interesting condition in which the spectrum of neurosurgical procedures that can be used in the management of chronic pain can be explored.

Casse pas la tête : les céphalées je gère

Auteur

Dr Anae Monta, neurologue, Nouméa

Résumé

1) Les Céphalées Secondaires

Il s'agit des céphalées inhabituelles, céphalées de novo (< 6 mois), céphalées accompagnées de signes neurologiques (visuels ou Généraux), céphalées post traumatique
Signes d'interrogatoire importants: caractère habituel / inhabituel ; brutal / progressif ; ancien / récent ; paroxystique / continu; épisodique / chronique

Examen clinique soigneux et prise des constantes impérative.

Voici la liste des céphalées secondaires

1. Les Céphalées progressives : clinique « HTIC » et le sd méningé : thrombophlébite cérébrale, tumeur cérébrale, HTIC idiopathique, HSD, éclampsie, hydrocéphalie aigue, PRES, encéphalopathie hypertensive, méningite...
2. Les un peu plus Brutales : nécrose pituitaires, saignement intracrânien, AVC ...
3. Les coups de tonnerre : Hémorragie Sous Arachnoidienne -SVCR
4. Les dissections vasculaires
5. Les Hypotension du LCR et ses complications (thrombophlébite / HSD)
6. Les Intoxications (CO...)
7. Les Causes locales : glaucome / sinusites / stomato/ cervicale ...
8. La vascularite de Horton
Bilan étiologique +++ URGENCE.
Scanner cérébral avec INJECTION +/- TSAo ; +/- ponction lombaire ; Bilan Sanguin +/- Hemoc - protéinurie -toxiques..., IRM cérébrale

Zoom sur l'angiostrongylose

2) Les céphalées Primaires

Les fameux:

Les Migraines 15% : Critères Diagnostiques, forme épisodique / chronique, Les auras, Quand faire une imagerie

Traitements de crise et de fond – Information sur les fameux Ac anti-CGRP

Risque vasculaire et POP

Les Céphalée de tension ; critères Diagnostiques, quand faire une imagerie, Traitements : crise et fond

Point sur : les céphalées par abus médicamenteux

Les névralgies :

Les Névralgies faciales : Critères diagnostiques, L'imagerie, Les traitements

Les Névralgies du Nerf grand occipital (Arnold) : Critères diagnostiques, imagerie et traitements

Les céphalées trigémino-dysautonomiques

Les AVF Critères diagnostiques, Imagerie, Traitement de crise et de fond, Point sur le Tabac

Les Hemicrania continua et hemicranie paroxystique

Les mixtes Névralgies + activation Trigémino autonome : Notions sur le SUNCT et le SUNA

3) Les autres entités : céphalées hypniques ; Saos, HTA, à la demande ...

4) Questions -réponses

Douleur et sommeil : le mal-dormir

Auteur

Dr Thierry De Greslan, neurologue, CHT

Résumé

Les liens entre douleur aiguë et sommeil semblent évidents : comment bien dormir quand on a mal et comment supporter la douleur quand on n'a même pas de répit durant son sommeil. Mais qu'en est-il lorsque la douleur ou l'insomnie deviennent chroniques ? De nombreuses études viennent explorer cette relation duale et le sujet semble enfin un peu plus à la mode. Douleur et sommeil sont des amants terribles, qui ne se quittent pas nuit et jour et vivent une relation passionnelle fascinante. Nos patients sont enfermés dans un cercle particulièrement vicieux : Le manque de sommeil aggrave la sensation douloureuse qui elle-même intensifie l'insomnie.

Les différents points de vue qu'offre la médecine, de l'épidémiologie à l'anatomie, de la neurophysiologie à la neuro-imagerie, de l'expérience clinique aux effets des traitements, nous permettent de mieux comprendre cette relation indissociable. Percer le secret de cette liaison tumultueuse en incluant un autre acteur, la mémoire, sera le principal objectif de cette présentation. Car cette clef nouvelle permettra peut-être d'envisager la logique de prises en charge possibles, améliorant le sommeil et soulageant la douleur. Peut-on d'ailleurs faire l'un sans l'autre ?



**Communications
courtes**

Salle bibliothèque

Les traitements topiques, une révolution dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques: capsaïcine haute concentration, toxine botulique ... les nouvelles recommandations

Auteur

Pr E. Viel, CETD CHU Nîmes et Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes — eric.viel@chu-nimes.fr

Résumé

Les douleurs neuropathiques périphériques constituent une entité fréquemment rencontrée qui répond à de multiples étiologies : cicatrices chirurgicales ou traumatiques, neuropathie chimio-induites (anti-cancéreuses, anti-VIH), neuropathies métaboliques (diabète) ou toxiques (alcool), infectieuse (neuropathie post-zostérienne), carencielles, génétiques (diverses canalopathies, neuropathies à petites fibres...). Les recommandations "habituelles" (européennes, françaises) reposaient pour l'essentiel sur des médicaments administrés par voie générale : anti-épileptiques de la famille des gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques, opioïdes faibles et, in fine, oxycodone. Les topiques ne sont apparus que plus tardivement et, faute de preuves suffisantes dans la littérature, n'apparaissaient qu'en dernier recours, en cas d'échec des propositions précédentes. La publication d'un certain nombre d'études contrôlées a conduit à une révision des recommandations françaises dès novembre 2020, plaçant les topiques en seconde ligne de traitement. Il s'agit du patch de capsaïcine haute concentration (8%) et de la toxine botulique A en injections intradermiques. On retiendra également que l'emplâtre de lidocaïne 5% se retrouve dès la première ligne de traitement, en compagnie de la stimulation électrique transcutanée (TENS).

Le patch de capsaïcine est titulaire d'une AMM pour tout type de douleur neuropathique périphérique, en France et en Europe. Apparu sur le marché français dès avril 2011, il a fait l'objet de nombreux travaux contrôlés qui rapportent une bonne tolérance reposant sur la quasi absence d'effets secondaires systémiques, une efficacité supérieure à celle des médications administrées par voie générale. Il a été récemment autorisé sur le marché nord-américain dans la double indication neuropathie post-zostérienne et neuropathie diabétique, en attendant l'extension aux douleurs neuropathiques post-chirurgicales. La toxine botulique A, utilisée depuis de nombreuses années en Médecine physique et réadaptation (spasticité des membres, dystonie cervicale...), en neurologie, en ophtalmologie (blépharospasme) et en médecine esthétique, ne possède pas d'AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques. Les mécanismes d'action de la toxine dans la douleur neuropathique sont complexes, notamment périphériques (réduction de la libération des neurotransmetteurs dans la fente synaptique, acétylcholine, et diminution de la libération de CGRP, substance P, glutamate). Ils sont également centraux (transport axonal des récepteurs TRPV1, diffusion intra-neuronale rétrograde de la toxine). De multiples essais contrôlés randomisés ont confirmé l'innocuité et l'efficacité de la toxine botulique dans l'indication du traitement de la NP, mais l'hétérogénéité des protocoles étudiés ne permet pas de faire de cette utilisation de la toxine un traitement de première intention. On peut conclure des études publiées que la toxine botulique est sûre, sans effets collatéraux notables et de durée prolongée.

Quelques références bibliographiques

- Gilron I *et al.* Evaluating the association between acute and chronic pain after surgery: Impact of pain measurement methods. *Clin J Pain* 2017; 33:588–9
- Glare P *et al.* Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* 2019;393: 1537-46
- Smith BH *et al.* Neuropathic pain in the community: Prevalence, impact, and risk factors. *Pain* 2020, 161: S127–S137

Les traitements topiques, une révolution dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques: capsaïcine haute concentration, toxine botulique ... les nouvelles recommandations

Quelques références bibliographiques (suite)

- Moisset X *et al.* [Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations.](#) *Rev Neurol (Paris)* 2020;176:325-52
- Hampää M *et al.* Capsaicin 8% patch vs. oral pregabalin in patients with peripheral neuropathic pain. *Eur J Pain* 2016;20:316-28
- Simpson D *et al.* Capsaicin 8% patch in painful diabetic neuropathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Pain* 2017;18:42-53
- van Nooten F *et al.* Capsaicin 8% patch versus oral neuropathic pain medications for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: A systematic literature review and network meta-analysis. *Clin Ther* 2017;39:210-4
- Viel E *et al.* Treatment impact on patient-reported outcomes in peripheral neuropathic pain: comparing single intervention with topical high-concentration capsaicin to daily oral pregabalin. *Pain Phys* 2021;24:453-63
- Datta Gupta A *et al.* A systematic review and meta-analysis of efficacy of botulinum toxin A for neuropathic pain. *Toxins (Basel)*. 2022;14:36-45
- Pirazzini M *et al.* Botulinum neurotoxins: Biology, pharmacology and toxicology. *Pharmacol Rev* 2017;69:200-35
- Ranoux D *et al.* Botulinum toxin type A induces direct analgesic effects in chronic neuropathic pain. *Ann Neurol* 2008;64: 274-83
- Attal N *et al.* Safety and efficacy of repeated injections of botulinum toxin A in peripheral neuropathic pain (BOTNEP): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2016, 15, 555–65
- Salehi H *et al.* The effects of botulinum toxin type A injection on pain symptoms, quality of life, and sleep quality of patients with diabetic neuropathy: A randomized double-blind clinical trial. *Iran J Neurol* 2019;18:99-107
- Taheri M *et al.* The effect of intradermal botulinum toxin A injections on painful diabetic polyneuropathy. *Diabetes Metab Syndr* 2020;14: 1823-8
- Moisset X *et al.* [French guidelines for neuropathic pain: An update and commentary.](#) *Rev Neurol (Paris)* 2021;177:834-7

Prise en charge des affections rachidiennes au sein du CSSR

Auteur

Dr Jean-Luc Lambert, médecine Physique et réadaptation, CSSR

Résumé

La prise en charge des affections rachidiennes douloureuses chroniques ou à risque de chronicisation remonte à la création du CSSR en 2015.

Initialement le programme intitulé GLC (Groupe Lombalgie Chronique) se déroulait sur 4 semaines en HDJ, bien sûr en pluridisciplinarité médecin Médecine Physique et Réadaptation, Masseur Kinésithérapeute, Enseignant en Activités Physique Adaptée et Ergothérapeutes.

Avec l'acquisition d'un équipement d'iso cinétisme comprenant un module rachis pour une évaluation instrumentale, le programme a été modifié en 2017 et complété avec l'intervention systématique d'une IDE (ETP), de diététiciennes, de psychologues et d'assistantes sociales autant que de besoin.

Le programme s'intitule RFR pour Restauration Fonctionnelle du Rachis, dure 6 semaines et n'est pris en charge par la CAFAT qu'une seule et unique fois par patient.

Le contenu du programme et la patientèle accueillie répondent aux Référentiel de l'HAS de 2000 et à la Fiche Mémo de 2019.

Les patients sont adressés soit par les médecins généralistes ou spécialistes rhumatologues et chirurgiens orthopédistes et surtout par l'UETD du CHT (Dr Luc Brun) avec lequel le CSSR a une convention mensuelle.

Les parcours des patients sont variés mais la condition pour participer à un programme RFR est que le parcours médico chirurgical soit clos et le point commun entre tous nos patients est la présence de facteurs de risques bio psycho sociaux péjoratifs.

Enfin il faut souligner que la plupart des patients en activité professionnelle ont déjà bénéficié grâce au suivi de la Médecine du travail, d'adaptation ou de reclassement professionnels pour autant que les entreprises soient en mesure de proposer des postes adaptés et qu'il n'y ait pas de conflits enkystés.

Un enjeu majeur pour ce programme est donc un objectif économique en consolidant les parcours et en réduisant la consommation de soins.

Prise en charge des lombalgies chroniques

Auteur

Dr Bénédicte Champs, rhumatologue, Nouméa

Résumé

Les lombalgies chroniques sont un motif fréquent de consultation. Diverses causes peuvent être responsables de ce tableau.

Pour une prise en charge adaptée, il convient de déterminer précisément l'étiologie des douleurs : atteinte articulaire postérieure, discale, spondylolisthésis, douleurs projetées... L'examen clinique est complémentaire du bilan iconographie (Radiographie de rachis Dorsolombaire, TDM rachis lombaire +/- IRM rachis lombaire).

Les thérapeutiques sont multiples et doivent être axées sur un travail de rééducation : en kinésithérapie, prescription d'activités physiques adaptées, centre de rééducation...

La prise en charge doit être pluridisciplinaire : kinésithérapeute, rhumatologue, radiologue, médecin physique et réadaptation, centre anti-douleurs, éducateurs sportifs....

Le patient a un rôle central dans sa prise en charge.

La prescription de kinésithérapie en « lombalgies chroniques invalidantes » permet la prise en charge par la CAFAT, sans avoir à recourir à une demande de maladie longue et couteuse. Outre la physiothérapie antalgique, le travail rééducatif (dont gainage, renforcement musculaire, étirements et assouplissement du rachis) est nécessaire.

Le traitement médicamenteux est personnalisé. La prescription d'antalgiques au long cours n'est pas recommandée. Ponctuellement, lors des crises aiguës, les antalgiques (de palier 1 ou 2) ou des AINS en cures courtes peuvent être prescrits. Des infiltrations rachidiennes ciblées par dérivés cortisonés (épidurale, articulaires postérieures, iliolumbaires...) peuvent être proposées.

Dans certains cas, la chirurgie rachidienne est utile. Le recours à la chirurgie doit être évalué par un spécialiste du rachis : soit un chirurgien orthopédiste soit un neurochirurgien. Chaque prise en charge est unique, discutée selon la situation : laminectomie, cure de hernie discale, discectomie, arthrolyse...

Un suivi clinique est nécessaire, de manière régulière : semestriel voir annuel. Le bilan iconographique est renouvelé au cas par cas, selon l'évolution du tableau clinique et de l'étiologie.

Douleur aiguë de l'enfant — De l'approche à la prise en charge

Auteur

Dr Gaël Guyon, pédiatre, CHT

Résumé

Le domaine de la douleur de l'enfant est un secteur d'activités en mutation constante depuis une trentaine d'années grâce à l'évolution régulière des connaissances (physiopathologiques, pharmacologiques...), à l'évolution progressive des pratiques médicales, des mentalités des soignants, au développement d'unités transversales dédiées à cette problématique et au dynamisme associatif. Les sociétés savantes et les autorités sanitaires de différents pays ont émis des recommandations de bonne pratique. L'International Association for the Study of Pain a d'ailleurs proposé en 2020 une nouvelle définition de la douleur plus conforme aux progrès de la compréhension de la douleur: "Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle". Cette définition est particulièrement adaptée à l'enfant (expression non verbale, personnalisation...) et introduit les différentes voies de gestion de la douleur.

Le ressenti douloureux est présent dès la naissance y compris chez le prématuré et sa représentation cognitive va varier et évoluer au cours de la croissance présupposant des approches comportementales différentes dans la prise en charge.

Bien gérer la douleur de l'enfant, c'est d'abord savoir la reconnaître, en particulier en l'absence d'expression verbale. C'est un juste retour à la clinique puisque la douleur est subjective et ne s'évalue ni par des bilans, ni par l'imagerie. Il faut croire un enfant quand il exprime sa douleur, soit par des mots, soit par le corps et savoir prendre du temps. Pour le guider, le clinicien dispose désormais d'outils spécifiques, les échelles d'évaluation, adaptées et validées (Sensibilité et Spécificité) pour chaque tranche d'âge et chaque type de douleurs.

Cette étape de repérage de la douleur, essentielle, doit être appréhendée de façon globale en y intégrant les aspects mnésique et psychologique, l'environnement familial et culturel ainsi que la plus grande vulnérabilité de l'enfant et doit être accompagnée d'une information réciproque adaptée à l'âge de l'enfant et aux parents, partenaires du soin et valorisés dans leurs compétences.

Si la réponse pharmacologique à la douleur nociceptive est désormais inscrite dans la pratique médicale, il faut savoir compléter et/ou associer cette prise en charge par d'autres moyens thérapeutiques alternatifs médicamenteux ou non. En pédiatrie comme chez l'adulte, les médicaments sont répartis en 3 paliers d'antalgie définis par l'OMS utilisables pour beaucoup dès la naissance, notamment la morphine largement sous utilisée en pratique quotidienne en raison de préjugés tenaces. A l'antalgie par voie générale traditionnelle (orale, intraveineuse, rectale...) peuvent s'associer ou se substituer les soins locaux (blocs, emplâtres, patches), les solutions sucrées (nouveau-né), les administrations gazeuses ou par voie intranasale, les techniques physiques (kinésithérapie, neurostimulation...), les méthodes cognitives (distractions, attention...). Chaque moyen thérapeutique intervient sur l'une des 4 composantes de la douleur, chacune intriquée avec les autres.

Aujourd'hui, il n'est plus permis de dire qu'un enfant ne souffre pas et de ne pas mettre en place une antalgie personnalisée pour le soulager.

Aspect psychologique de la douleur chronique...

Auteur

Mme Maelle Deniaud, psychologue clinicienne, CHT

Résumé

La douleur est un phénomène universel et incontournable, il accompagne la condition humaine et son histoire depuis la nuit des temps. Les situations qui la provoquent sont aussi diverses et variées qu'il y a d'histoires et d'individus qui la racontent.

Il faut attendre l'article L110-5 de la loi du 4 mars 2002 qui scelle la prise en charge de la douleur comme un « droit fondamental de toute personne » ouvrant sur une priorité de santé publique.

Dédiées aux situations complexes, où la douleur est considérée comme chronique (HAS, 2008) les Structures Douleur Chroniques, qui se développent depuis les années 1990, offrent un cadre d'intervention et une lecture de la complexité de la clinique de la douleur.

Dans ce dispositif, le patient confronté à une douleur, devenue chronique, peut, sur l'orientation d'un professionnel de santé, rencontrer une équipe composée à minima d'un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue. Chacun apporte un regard, une pierre à l'édifice de la compréhension de la problématique dans chacune de ses dimensions.

« L'évaluation psychologique de la douleur chronique est un versant essentiel de l'évaluation globale avec un triple axe :

L'évaluation psychologique de la douleur,

L'analyse psychopathologique du patient ;

L'évaluation des conséquences psychologiques de la douleur ou des facultés d'adaptation à la douleur ou encore des possibilités d'acceptation d'une thérapeutique antalgique spécifique » (SFETD, 2013).

Ainsi, dans un contexte où douleur, plaintes et vécus inconscients se côtoient, le psychologue va fonder la rencontre clinique avec le sujet douloureux à partir du récit d'un corps souffrant et meurtri dans l'expérience du transfert et de ses résonances.

La douleur est définie par l'OMS comme : « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion** »

Avec le caractère modulable de la douleur et son vécu raconté par le patient, il n'y a plus de frontières entre le psychique et le physiologique. Pour la psychologie, les frontières entre psyché et soma sont tombées depuis longtemps.

C'est ce que nous allons explorer ensemble suivant trois axes:

L'impact sensoriel, la douleur est un stimulus perçu comme une menace pour l'organisme. Elle est d'emblée une expérience de l'angoisse !

L'impact psychique, la douleur est un sentiment d'étrangeté, elle menace l'équilibre du sujet ; d'autant plus lorsqu'elle se chronicise...

L'impact cognitif et comportemental de la douleur chronique. Les patients mettent en place un ensemble de stratégies, de pensées ou d'images pour faire face à cette désorganisation.

« Quand on a mal, on n'entend plus, on ne parle plus, on ne pense plus. » (CAVRO, 2007. Douleurs et intersubjectivité. Le journal des psychologues, 3 (246), 30-34.)



Ateliers

Atelier 1 : MEOPA

Dr Oliver Kesteman, CHN

DEFINITION DE L'ACTIVITE

Le Meopa est **un gaz médicinal anxiolytique et analgésique**. Le Meopa est un mélange de 50 % d'oxygène et de 50 % de protoxyde d'azote. C'est un gaz incolore et peu odorant, conditionné en bouteilles de 2 à 20 litres et distribué sous différents noms commerciaux.

INDICATIONS

Le Meopa est surtout dispensé en milieu hospitalier pour soulager la douleur ou aider les patients à gérer leur anxiété lors d'actes de soins douloureux et de courte durée : ponction, pansement, réduction de fracture, la sédation en soins dentaires (en particulier chez les patients anxieux ou atteints d'un handicap), l'analgésie en obstétrique, dans l'attente d'une analgésie péridurale ou en cas de refus ou d'impossibilité de la réaliser.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre indications sont : les patients nécessitant une ventilation en oxygène pur, les patients présentant un épanchement aérique non drainé (notamment intracrânien, pneumothorax ou emphysème bulleux), les patients ayant reçu récemment un gaz ophtalmique.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Il est administré aux patients grâce à un masque d'inhalation (nasal ou facial) ou un embout buccal.

EFFETS INDESIRABLES

Les effets indésirables : nausées, vomissements, augmentation temporaire de pression et/ou de volume des cavités aériques de l'organisme (normales ou pathologiques), effets euphorisants, troubles psychodysléptiques en l'absence d'association avec un autre agent anesthésique.

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

Leger F. Kuhn E. *Évaluation des pratiques et risques professionnels liés à l'utilisation du MEOPA au CHU de Nantes*. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement Vol 81. 2020
Victorri-Vigneau C. Paille C. *Pratiques d'utilisation du MEOPA dans un CHU : quelle conformité ? Therapie* Vol 72 issue 6. 2017.

Atelier 2 : TENS

Laurence Gracia, IDE douleur, CHT

DEFINITION DE L'ACTIVITE

TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ou Neuro Stimulation Trans Cutanée est une technique non médicamenteuse qui permet de soulager les patients souffrant de douleurs chroniques. Elle utilise les propriétés d'un **courant électrique transmis au travers d'électrodes placées sur la peau**. La prescription médicale est faite dans des structures douleur. Le geste technique de pose est réalisé lors d'une séance test par un personnel soignant formé (acte délégué).

INDICATIONS

Les douleurs neuropathiques (Atteinte des nerfs périphériques ou atteinte radiculaire) : Amputation (membre fantôme, moignon), lésion de nerf périphérique, zona, causalgie, mono et polyneuropathie, radiculopathie.

Les douleurs chroniques non neurologiques : douleurs rhumatologiques (lombalgie, lombosciatalgie, arthrose, tendinite), douleurs myofasciales.

CONTRE INDICATIONS

Contre-indications absolues : pace maker, femme enceinte, zone en regard du sinus carotidien, utilisation pendant la conduite d'un véhicule, anesthésie complète d'un territoire (un déficit moteur sans anesthésie n'interdit pas la neurostimulation).

Non-indications : douleur de topographie multifocale, allergie aux électrodes, allodynie importante, hyperesthésie, difficultés de compréhension ou d'intégration de l'utilisation de la neurostimulation par le patient.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Elle consiste à placer des électrodes sur la peau ; ces électrodes sont reliées à un appareil portable qui va générer le programme et l'intensité nécessaire au soulagement de la douleur du patient. Lors d'une séance test, l'infirmière détermine avec le patient la localisation des électrodes ; elle éduque le patient au réglage de l'appareil et aux modalités des séances.

BIBLIOGRAPHIE

- Bjorndal JM, et al. *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) can reduce postoperative analgesic consumption*. A meta-analysis with assessment of optimal treatment parameters for postoperative pain. Eur J Pain. 2003;7(2):181-8.
- Johnson MI. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as an adjunct for pain management in perioperative settings: a critical review. Expert Rev Neurother. 2017 Oct;17(10):1013-1027.
- Dailey DL, et al. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Reduces Movement-Evoked Pain and Fatigue: A Randomized, Controlled Trial. Arthritis Rheumatol. 2020 May;72(5):824-836.
- Richard E. Liebano et al. An Investigation of the Development of Analgesic Tolerance to Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) in Humans. Pain. 2011 February ; 152(2): 335–342

Atelier 3A : Tapis champ de fleurs

Maelle Denaud, Psychologue Clinicienne, CHT

DEFINITION DE L'ACTIVITE

Le tapis champ de fleurs est un instrument médical certifié, conçu pour produire une **stimulation nerveuse particulière**. Le soulagement de la douleur est provoqué à la fois par la sécrétion d'endorphine dans le système nerveux, par un soulagement des inflammations, par une augmentation de la circulation sanguine, et par un relâchement des muscles, des nerfs et des articulations

INDICATIONS

Soulagement des problèmes lombaires et névralgiques, réduction du stress et amélioration du sommeil.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Lorsque l'utilisateur s'allonge sur le tapis champ de fleurs c'est au total 5525 points de pression qui sont appliqués sur le dos de manière simultanée. Cette méthode favorise la libération d'endorphines de façon modérée sans sur-stimuler les terminaisons nerveuses. Ainsi, pendant la période d'application recommandée de 15 à 45 minutes, l'hormone analgésique est graduellement libérée.

Les pointes des fleurs de lotus stimulent les terminaisons nerveuses, lesquelles transmettent les signaux au système nerveux central ; provoquant ainsi la sécrétion d'endorphines et d'autres neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, ocytocine). Les endorphines inhibent la transmission des stimuli produisant ainsi l'effet analgésique. Résultat : l'intensité de la douleur diminue. De plus, ces neurotransmetteurs ont aussi un effet calmant et favorisent un sommeil profond.

BIBLIOGRAPHIE

C Hohmann et al. The Benefit of a Mechanical Needle Stimulation Pad in Patients with Chronic Neck and Lower Back Pain: Two Randomized Controlled Pilot Studies. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2012, Article ID 753583.

Atelier 3B : Musicothérapie, casque de réalité virtuelle

Maelle Denaud, Psychologue Clinicienne, CHT

DEFINITION DE L'ACTIVITE

« MUSIC CARE » est un soin, personnalisé et standardisé, issu des techniques de musicothérapie et basé sur les principes de l'hypno analgésie. Il consiste en l'écoute de **séquences musicales spécifiquement composées pour induire un état de relaxation psychomoteur**. Chaque séquence musicale est composée selon le protocole standardisé des séquences en « U ».

INDICATIONS

MUSIC CARE est un soin non-médicamenteux complémentaire et transversal. Il peut être utilisé dans de nombreuses indications : douleur chronique, troubles anxieux, troubles dépressifs et troubles du sommeil. et par tout type de professionnel de santé. Il peut être proposé à tout type de patient (du nouveau-né, enfants/adolescents, adultes jusqu'à la personne âgée), avec ou sans troubles cognitifs.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

L'écoute musicale entraîne la modification du système nerveux et hémodynamique. La musique est un message sensoriel multidimensionnel et stimulant. Elle stimule la cognition (mémoire, attention). Elle a des vertus antalgiques, en atténuant la conduction des fibres afférentes de la douleur. Et des vertus anxiolytiques en stimulant la production d'endorphine, de dopamine. Elle facilite la régulation émotionnelle. Elle agit activement sur la psychomotricité. Enfin, elle favorise et renforce les liens interpersonnels.

Le modèle standardisé des séquences en « U » se déroule en 3 phases :

Phase 1 : INDUCTION Rythme stimulant, représentant l'état émotionnel. Variation progressive des paramètres de la musique (ralentissement tempo, simplification du rythme et de la formation orchestrale, baisse du volume sonore).

Phase 2 : RELAXATION Rythme lent, réduction de tous les paramètres musicaux.

Phase 3 : EVEIL Rythme d'éveil, réintroduction progressive des paramètres musicaux.

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

Effect of music intervention in the management of chronic pain: a single blind randomized, controlled trial. Clinical Journal of Pain 2012 ; 28: 329 - 37.)

Effects of music therapy in intensive care unit without sedation in weaning patients versus non ventilated patients. Annales Françaises Anesthésie Reanimation 2007 ; 26 :30 - 8.)

Atelier 4 : Ostéopathie PO2

Michel Bœuf, ostéopathe, Nouméa

DEFINITION DE L'ACTIVITE

Le Protocole Ostéopathique en 2 séances (PO2) s'inscrit dans une démarche d'évolution de la stratégie ostéopathique, et de la qualité des soins ostéopathiques.

C'est une ligne directrice originale de traitement ostéopathique qui est une proposition de protocollisation de l'ostéopathie en accord avec les principes de l'Evidence Based Medecine (EBM) pour une meilleure prise en charge de la douleur.

INDICATIONS

Pour l'adulte : rachialgie commune avec ou sans radiculopathie, céphalée de tension, tendinite, entorse, coccygodynie, douleur thoracique, SADAM.

Pour l'enfant entre 10 et 18 ans : douleur "posturale" des membres inférieurs et du rachis

CONTRE-INDICATIONS

Absolue : tumeur osseuse, fracture ou ostéoporose avancée.

Relatives : maladie infectieuse, inflammatoire ou psychiatrique.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Interrogatoire classique : typage de la douleur avec : localisation, facteurs déclenchants, opération, chronicité, exploration para clinique, imagerie, écoute des plaintes du patient

Examen clinique original : Batterie de 13 tests de douleurs provoqués, et Schéma de Torsion Pré-existant (STP).

Traitement classique : vertébral (structurelle), viscéral (muscles lisses), musculaire (points Trigger et étirements facial) et crânien (détente, intension).

Evaluation douleur : évaluation numérique simple (EN) tout au long du traitement

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

Rubinstein SM et al. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2019 Mar 13;364:l689

HAS : *recommandation des mobilisations pour les lombalgies communes*. 2019

Bœuf M, Brun L :

PO2 et sciatique L5, PO2 et thoracotomie, PO2 et tendinopathie, et PO2 et coccygodynie. Posters au congrès de la SFETD. 2021 et 2022.

Effet du Protocole Ostéopathique en 2 séances (PO2) chez les patients souffrant de rachialgies non spécifiques. Un essai clinique croisé randomisé (en cours...)

Le Schéma de Torsion Préexistant (STP) : un nouveau modèle de schéma d'adaptation musculo-squelettique du rachis. (en cours...)

Atelier 5 : Hypnose

Clarie-Line Biavat, Hypnothérapeute, Nouméa — Dr Jessyca Samin, Anesthésiste, CHT

DEFINITION DE L'ACTIVITE

L'hypnose est un **état cérébral naturel conscient**. Dans le cadre de la gestion de la douleur, l'hypnothérapie utilise cet état comme un outil, dans le but de modifier la perception de la douleur.

Nous percevons la douleur d'une manière plus ou moins intense et désagréable en fonction de plusieurs facteurs : culture, éducation, contexte, croyances, émotions (stress, peur, anxiété).

C'est la modulation cérébrale du stimulus douloureux.

En travaillant sur les perceptions, l'hypnose permet : de gérer les seuils et l'intensité de la douleur. Elle aide également à gérer les émotions et les croyances qui l'accompagnent.

INDICATIONS

Tout type de douleur

Douleurs aiguës : interventions chirurgicales, urgences, soins douloureux.

Douleurs chroniques : migraines, mal de dos, côlon irritable, douleurs post opératoires, musculaires, et liées aux cancers.

CONTRE INDICATIONS

Schizophrénie / Douleur non explorée

LES PRINCIPALES TECHNIQUES UTILISEES EN HYPNOSE

Transfert d'analgésie ou insensibilisations

La régression à une époque non-douloureuse (pour douleurs chroniques)

La relaxation hypnotique

La dissociation

Les métaphores

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

<http://www.laryngo.com/tip/hypnoseHypnosedation.pdf>

[http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose en anesthesie.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose_en_anesthesie.pdf)

[https://www.google.com/url?](https://www.google.com/url?q=https://vimeo.com/256484425&sa=U&ved=2ahUKEwjExMXwpoj2AhWWQvEDHRxVBNoQtwJ6BAgEEAE&usg=AOvVaw09bnfAGCF_wD2bw_5RZVRd)

[q=https://vimeo.com/256484425&sa=U&ved=2ahUKEwjExMXwpoj2AhWWQvEDHRxVBNoQtwJ6BAgEEAE&usg=AOvVaw09bnfAGCF_wD2bw_5RZVRd](https://vimeo.com/256484425&sa=U&ved=2ahUKEwjExMXwpoj2AhWWQvEDHRxVBNoQtwJ6BAgEEAE&usg=AOvVaw09bnfAGCF_wD2bw_5RZVRd)

<https://vimeo.com/186251686>

Atelier 6 : Diététique anti-inflammatoires

Alexandra Souprayen, Charlène Guignet, Heiti Mata
Diététiciennes Nutritionnistes, Nouméa

DEFINITION DE L'ACTIVITE

La diététique a pour but **d'adapter une alimentation équilibrée variée et personnalisée au quotidien**, afin de prévenir ou d'intégrer : les conséquences de pathologies particulières, les troubles du métabolisme, les infections, les allergies, ou les phénomènes inflammatoires qui peuvent être la cause de douleurs.

INDICATIONS

Pour toute personne à partir de la naissance jusqu'à la fin de vie : durant toutes les étapes particulières de la vie (croissance, grossesse, sport...), en bonne santé, ou atteinte des pathologies chroniques (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, rénales, intolérances alimentaires, allergies, rhumatismes inflammatoires ...)

CONTRE-INDICATIONS

Aucune contre-indication, ce qui ne dispense pas de consulter un médecin pour un bilan sanguin pour compléter les conseils nutritionnels

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

- Consultation initiale : anamnèse, enquête alimentaire, bilan diététique
- Consultations de suivi : ré-évaluation des objectifs fonction du retour patient

Les spécificités de l'alimentation pro « anti-inflammatoire » reposent sur :

- Poids équilibré (lutte contre le surpoids et l'obésité)
- Supplémentation en Oméga 3 (démonstrations scientifiques)
- Régime méditerranéen : (bénéfice cardio-métabolique et articulaire)
- ! Antioxydants : vitamines ACE, polyphénols, lycopène, probiotiques, cannelle, safran, curcuma... (manque de données scientifiques, donc pas de nécessité à la supplémentation systématique, une alimentation saine et équilibrée permettant de couvrir les besoins en antioxydants.)
- ! Pas d'évictions alimentaires non justifiées (produits laitiers ou de régime drastique végétalien, jeûne, sans gluten, sans lactose)

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

HAS-sante.fr : consultation diététique recos – 01/2006

SFR : *Recommandations de la Société française de rhumatologie sur l'alimentation des patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique* – Claire DAIEN– méta- analyses 29/09/2021

Atelier 7 : Acupuncture auriculaire

Vanessa Top, infirmière, Nouméa

DEFINITION DE L'ACTIVITE

Pour la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC), la douleur est due à un blocage. Le traitement à l'aide d'aiguilles, d'acupressions, d'aimants, de moxas, de ventouses sur des points spécifiques soutient le corps à retrouver un équilibre, une libre circulation, qu'il s'agisse d'une obstruction liée au Qi (énergie), au sang, aux causes externes (chaud, froid, vent, humidité...), aux causes liées aux habitudes de vie (alimentation, gestion des émotions, activités physiques...).

INDICATIONS

Elle est préventive : prévenir des déséquilibres et des douleurs (douleurs physiques ou psychiques), la personne est vu 3 ou 4 fois par an ; et curative. Elle est utilisée en complémentarité de la médecine occidentale, par un suivi conjoint entre le médecin et le tradipraticien pour les douleurs chroniques, telles que les lombalgies, fibromyalgie, céphalées mais aussi les troubles anxio-dépressif, les insomnies, les PTSD... Elle a une action également sur les effets secondaires des traitements lourds tels que la chimiothérapie, l'hormonothérapie.

CONTRE-INDICATIONS ET EFFETS SECONDAIRES

L'avis du médecin sera demandé, notamment pour les personnes fragiles (personnes âgées, immunodéprimées, avec de nombreuses comorbidités...).

Les effets secondaires sont plutôt rares : rougeurs passagères, sensation de chaleur, douleur locale, hématome, fatigue, sensation de malaise.

EXPERIENCE DU PROTOCOLE NADA au sein de la ligue contre le cancer, Nouméa:

NADA est un protocole d'acupuncture auriculaire, issu de la recherche dans les années 70 par le Dr M. O. Smith, à partir notamment de travaux du Dr P. Nogier, acupuncteur Lyonnais. Il consiste à l'introduction de 5 aiguilles au niveau des deux oreilles externes. C'est une méthode simple, non-verbale, qui soutient l'être dans sa globalité pour retrouver un équilibre. Utilisé comme soin de support au sein de la ligue contre le cancer.

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

Moisset X et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur analg.* 33:101-112. 2020

De Valois BA et al. NADA ear acupuncture for breast cancer treatment-related hot flashes and night sweats: an observational. *Medical Acupuncture* 24(4). DOI:10.1089/acu.2012.0897. 2012

Bruce, L. Ear acupuncture: A tool for recovery. Yale School of Medicine Department of Psychiatry Website. Contributed by Connecticut Mental Health Center. Retrieved from <http://medicine.yale.edu/psychiatry/newsandevents/cmhcacupuncture.aspx>. 2011

Hollifield M et al. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 504-513. 2007

Atelier 8 : Pilates

Aïssatou Badji, Nouméa

DEFINITION DE L'ACTIVITE

La méthode Pilates est **une gymnastique douce** qui allie une respiration profonde avec des exercices physiques et qui s'inspire du yoga, de la danse et de la gymnastique.

INDICATIONS

La méthode Pilates est principalement utilisée dans une perspective d'entraînement afin d'améliorer la force, la souplesse, la coordination et le maintien d'une bonne posture. Pratiquée régulièrement et sur une assez longue période, elle agirait sur la santé globale des individus.

Les indications principales sont :

lombalgie chronique, baisse de la capacité fonctionnelle, de la flexibilité, fatigue, dépression et baisse de la qualité de vie.

CONTRE-INDICATIONS

Dans le cas de douleurs, qui peuvent être attribuables à des problèmes sérieux, il faut consulter un médecin car la marque n'étant pas une marque réservée, la méthode n'est pas encadrée par un organisme de contrôle.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Elle se pratique au sol, sur un tapis, ou à l'aide d'appareils. On utilise également des « jouets proprioceptifs ». Ces objets (ballons, ressorts, élastiques) induisent des déséquilibres, ce qui incite le corps à faire appel à une série spécifique de muscles stabilisateurs.

La méthode Pilates repose sur 8 principes de base qui doivent toujours rester présents à l'esprit de celui qui la pratique : concentration, contrôle, centre de gravité, respiration, fluidité, précision, enchaînement et isolement.

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

A Patti et All. *Effects of Pilates Exercise Programs in People With Chronic Low Back Pain A Systematic Review*. 2015

M Lastennet. *La place du Pilates en prévention de la récurrence de la lombalgie*. Science du vivant HAL. 2019.

Atelier 9 : Cartoons

Dr Bruno Leroy, anesthésiste, Liège, Belgique — Pierre Kroll, dessinateur, Liège, Belgique

DEFINITION DE L'ACTIVITE

La lombalgie chronique non spécifique bénigne est la pathologie chronique qui impacte le plus la qualité de vie des patients (1).

PHYSIOPATHOLOGIE

La source de douleur, suivant le modèle bio-médical, n'est pas aisée à identifier car on ne parvient pas à mettre en évidence avec précision une source nociceptive. **Le modèle bio-psycho-social** a une approche plus globale de la pathologie, incluant les croyances et permet d'apporter un meilleur traitement.

TRAITEMENT

Différents traitements ont été proposés sur le modèle bio-médical. Les résultats sont assez décevants. L'approche interdisciplinaire apporte de meilleurs résultats. (2)

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

Dans les techniques apportées par l'approche interdisciplinaire, la modification des croyances des patients semblent avoir une place importante.

Elle permet d'éviter l'évitement et renforce la motivation des patients. (3,4)

En plus de cette prise en charge, nous avons créé des cartoons pour essayer de modifier les croyances délétères des patients.

ETUDES ET RECOMMANDATIONS

Lancet 2012 Dec 15;380(9859):2163-96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.

Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Vos T and all.

Réadaptation du handicap douloureux chronique, Michel Morel Fatio, Bruno Leroy, Elsevier Masson 2019

Vlaeyen JW Kole-Schrijders AM Boeren RG van Eek H Fear of movements/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance Pain 1995 ;62 :363-72

Vlaeyen JW Morley S, Linton S, Boeresma K, de Jong j pain-related fear : exposure-based treatment of chronic pain. Seattle : IASP press 2012

Les remerciements

Le comité d'organisation et le comité scientifique du 1^{er} forum Calédonien et du Pacifique de la Douleur tiennent à adresser leurs remerciements les plus chaleureux à la Communauté du Pacifique (CPS) qui nous accueille dans ses locaux et a fourni une aide logistique et organisationnelle de premier plan. Nous remercions également les institutions, les instances sanitaires et médicales du territoire, les établissements de santé, les partenaires de l'industrie et du service médical à la personne du secteur privé.

Un gros merci à tous les orateurs qui ont bénévolement accepté de faire les communications orales et de rédiger le livre des résumés du congrès, ce qui fera un beau souvenir de cette première édition pour tous les congressistes. Une pensée pour nos voyageurs lointains qui ont fait le déplacement (Pr Eric Viel, M Stéphane Guétin, Dr Bruno Leroy, M Pierre Kroll) et pour le Dr Mark Dexter qui n'a pu se déplacer de Sydney à cause de la crise sanitaire.

Merci à tous les bénévoles qui ont aidé à cette journée dans l'organisation et la logistique.

Nous adressons un remerciement particulier à Béryl Fulilagi et Christelle Lepers de la CPS ainsi que du Dr Berlin Kafoa sans lesquels ce forum n'aurait pu avoir lieu. Enfin merci à Camille Menaouer pour son aide pour la communication.

Les comités d'organisation et scientifique



Les partenaires du forum



Notes

Notes

1^{er} Forum Calédonien et
du Pacifique de la
Douleur

22 avril 2022

CPS à l'Anse Vata

<http://douleur.nc/>

A. Ruvak