

The background features a dark blue gradient with faint, overlapping circular patterns and numerical scales, resembling a technical or medical diagram.

*PARCOURS DE SOINS
PRISE EN CHARGE PRECOCE*

« DOULEUR NEUROPATHIQUES POST OPÉRATOIRES »

JOURNÉE RÉGIONALE ONCO HAUTS DE FRANCE ARRAS LE 3 AVRIL 2025

DR GWLADYS FONTAINE

MME MANUELA CALAIS IRD

SDC GHPSO

RATIONNEL DU PROJET

Douleur Neuropathique: Douleur étant la conséquence directe d'une lésion ou une maladie affectant le système somato sensoriel (IASP)

- Incidence douleurs chroniques post opératoires: 30% (DCPO sévères: 5-10%)
- 1/3 des lésions nerveuses chirurgicales sont suivies de douleurs neuropathiques
- Les douleurs neuropathiques post opératoires surviennent de manière isolée ou associée aux douleurs nociceptives
- Plus de la moitié des douleurs post opératoires ont des caractéristiques neuropathiques, quel que soit le type de chirurgie
- Si présence de DN, l'intensité globale des douleurs augmente => demande médicamenteuse plus importante
- La prévalence de la DCPO tend à diminuer avec le temps, la DN tend à persister plus que la douleur nociceptive



FACTEURS PREDICTIFS

1) Le type de chirurgie: EDONIS PHRC 2005 (3120 patients sur 40 centres avant 9 situations chirurgicales programmées avec suivi post opératoire de 6 mois): Incidence des DN post mastectomie 37,1% > post thoracotomie 32,7% >...

La section franche du nerf conduirait à moins de douleurs neuropathiques (versus section partielle, étirement, écrasement)

Le choix de la technique chirurgicale, de la voie d'abord, la dextérité et l'expérience ont des répercussions sur la limitation des lésions nerveuses

Une chirurgie longue au BO

Le remaniement cicatriciel

Une reprise chirurgicale: 2^{ème} incision=> sensibilisation plus importante





2) Les caractéristiques des douleurs pré opératoires: intensité, durée, sémiologie neuropathique => sensibilisation du SNC

3) La prise d'opioïdes en pré opératoire => sensibilisation du SNC

4) Les caractéristiques des douleurs post opératoires: intensité et durée élevées, sémiologie neuropathique, la mesure de l'hyper algésie secondaire péri cicatricielle

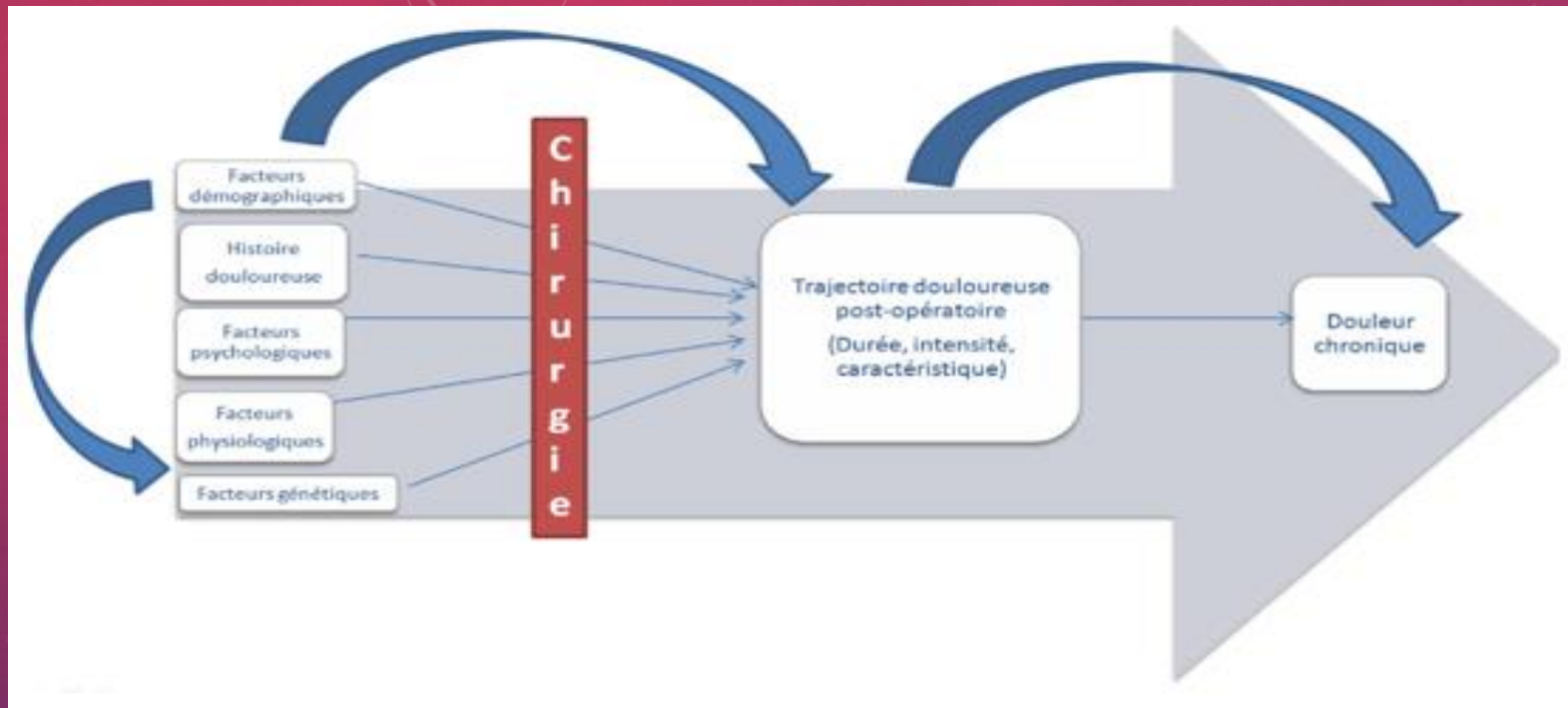
5) Les facteurs neuropsychologiques: dépression, vulnérabilité psychologique, stress, anxiété, état anxieux pré opératoire, catastrophisme, troubles cognitifs (et la DC altère la cognition...)

6) Les facteurs socioprofessionnels: invalidité, AT

7) Les facteurs génétiques: polymorphisme génétique des canaux sodiques, calciques et potassiques

8) La prévention pharmacologique: kétamine; gabapentine: études négatives; AL et ALR (blocs péridural et paravertébral pour thoracotomie/thoracoscopie - blocs paravertébral, fasciaux antérieurs et des érecteurs du rachis pour la chirurgie du cancer mammaire)





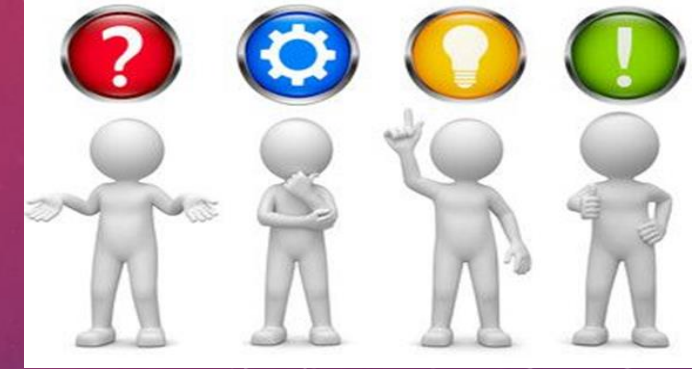
Sous diagnostic des douleurs neuropathiques post opératoires et retard de PEC =>
Altération de la qualité de vie:

- Troubles du sommeil
- Troubles de l'humeur
- Handicap fonctionnel
- Consommation de médicaments et de soins
- Arrêt de travail et inaptitude Coût médico économique dès 3-6mois

EX EQUIPE CANADIENNE: STRUCTURE D'ALGOLOGIE TRANSITIONNELLE

- ✓ Composition de l'équipe: anesthésistes, psychologues, hypnopraticiens, kinésithérapeutes, acupuncteurs
- ✓ PEC pré et post opératoires des patients à haut risque de DCPO
- ✓ Gestion des traitements opioïdes pendant l'hospitalisation et au domicile
- ✓ Accompagnement cognitif et comportemental => qualité de vie quotidienne

EX LE DAPI CHU AMIENS DR PAUL TARPIN



- ✓ Equipe d'anesthésie ressource en Douleurs Aiguës Post Interventionnelles: anesthésiste-IADE
- ✓ Pendant l'hospitalisation complète dans les services de chirurgie digestive, urologique et gynécologique
- ✓ Recrutement sur le tableau du bloc opératoire, sur appel des équipes des services de chirurgie
- ✓ Grille d'évaluation: intensité des douleurs, douleurs chroniques antérieures, traitements en place, type de chirurgie + DN4 + ORT?
- ✓ Relais « rapide » vers le CETD CHU Amiens
- ✓ Lien à faire avec les SDC du bassin de vie des patients?

Freins: le temps de l'équipe anesthésie, le financement, les disponibilités des SDC, le RAD post chirurgie ambulatoire

EX EQUIPE MOBILE DOULEUR LILLE PR GILLES LEBUFFE

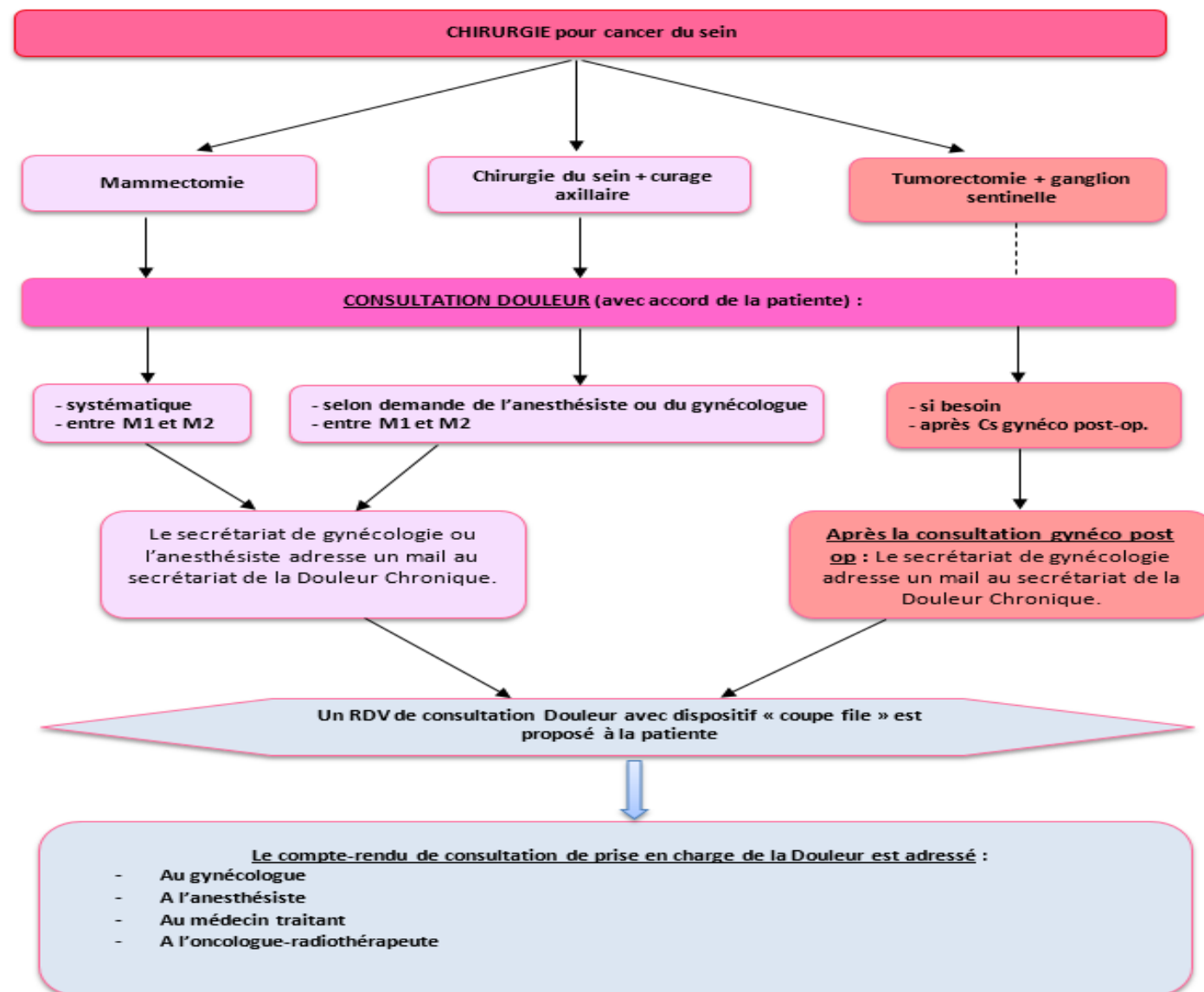
- ✓ Consultation dite intermédiaire => structure d'algologie transitionnelle
- ✓ Consultation à 1 et 6 mois après chirurgie de l'œsophage (164 patients opérés d'une oesophagectomie - oct 2022-avril 2024) Critères de jugement douleur persistante: EN>3 et/ou DN4>3 =>
- ✓ M1 132 patients dont 32% douloureux
- ✓ M6 71 patients dont 14% douloureux
- ✓ (Thèse Faculté de médecine Lille B Renaudon 3/10/2024)
- ✓ Ne pas se substituer au médecin traitant mais consolider le lien et le parcours avec le MT
- ✓ Adressage précoce en SDC

Frein: Pb RH

DONNÉES DIM GHPSO CHIRURGIE DU SEIN



Année	Mastectomie	Tumorectomie	Total
2020	113	25	138
2021	134	32	166
2022	123	28	151
2023	141	39	180
2024	118	51	169



PROPOSITIONS (1)

- Parcours de patients à haut risque de DNPO identifiés dès le préopératoire (dès la CPA comme pour notre parcours chirurgie oncologique du sein) => collaboration anesthésistes-algologues
- Ajustement du risque selon le déroulé de la chirurgie et la période post opératoire immédiate



PROPOSITIONS (2)

- Suivi précoce en SDC à 3 mois post opératoire: se donner les moyens en terme de prévention de chronicisation des DN et en terme d'errance des patients douloureux chroniques => la Cs transitionnelle ou intermédiaire?
- Dispositif coupe file? Via la RAAC également?
- Le maillage territorial et sensibilisation des médecins traitants



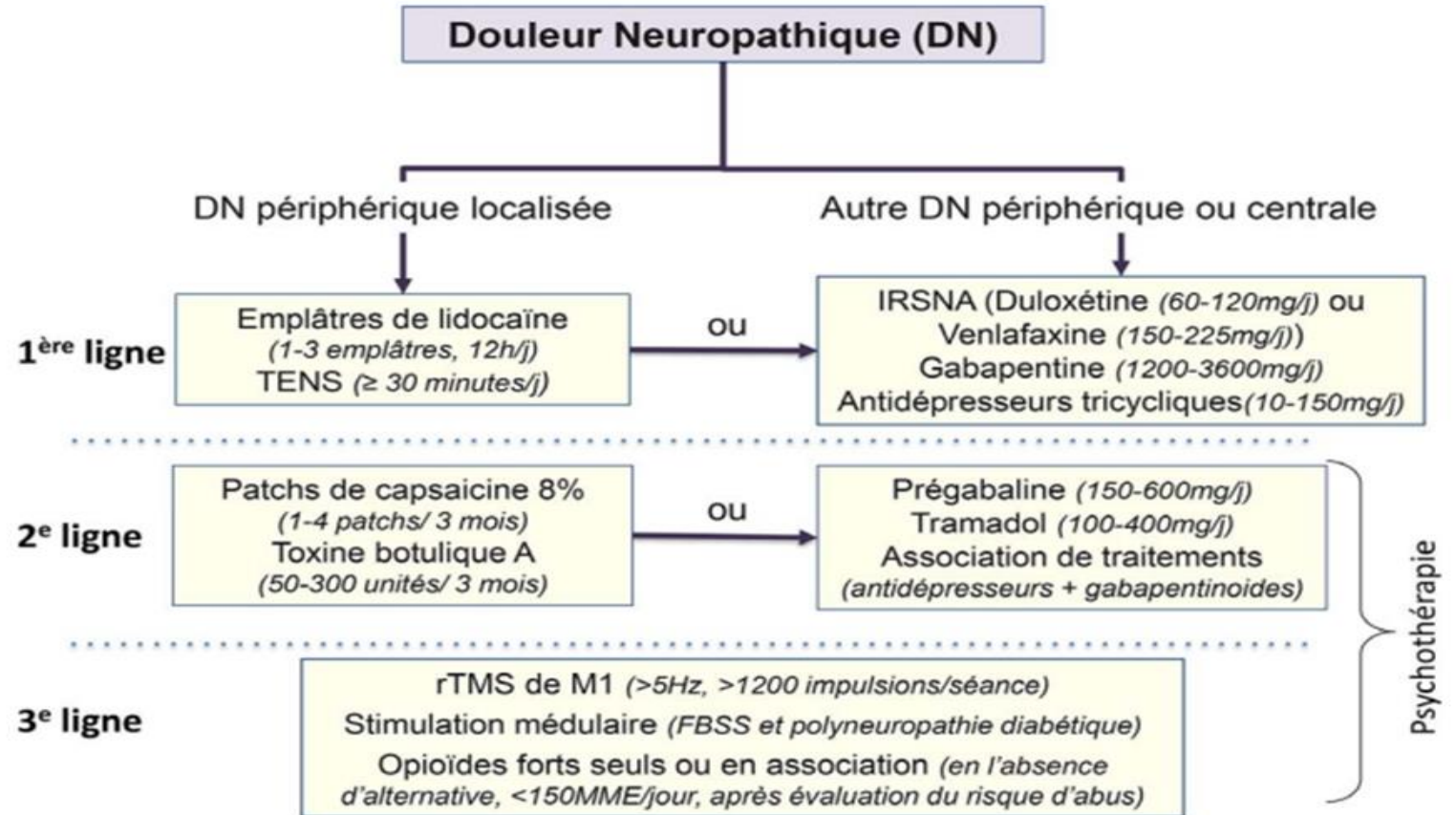


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

- RSP / RCP
- Proposer rapidement des orientations thérapeutiques « différentes »
- Si besoin d'une 3ème ligne de PEC à 6 mois de l'intervention, disponibilité du plateau technique? AIT pour les douleurs oncologiques et non oncologiques / Stimulation médullaire...



CONCLUSION



- Prise en charge précoce par la structure d'algologie intermédiaire/transitionnelle réalisée par l'équipe d'anesthésie ou de la Structure Douleur Chronique? Prévention de la chronicisation bénéfique pour le patient au niveau médico psycho socio professionnel mais également pour les SDC
- Identifier les chirurgies et les patients à risque de DPO sévères avec DN / Accessibilité à tous les patients et pas seulement les patients/chirurgies dits « moins à risque »?
- Stratégie à défendre auprès des tutelles



MERCI DE VOTRE ATTENTION