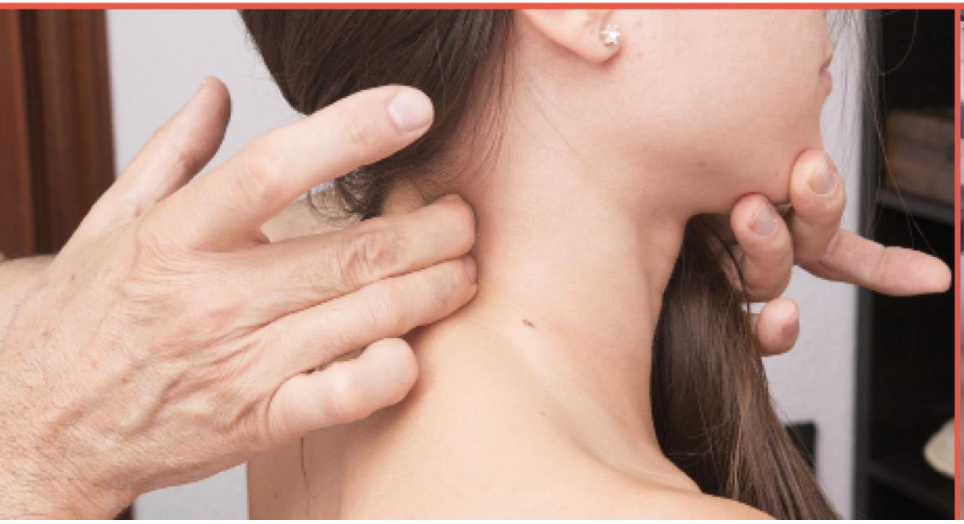
LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS

« Faire équipe contre la douleur » : Place, rôle et moyens de l'équipe douleur hospitalière au sein du réseau ville hôpital

Dr David, Chef du service Douleur – Dr Delannoy, Médecin généraliste à Raimbeaucourt



Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Michael David

Chef du service Douleur - CH de Douai

La consultation douleur

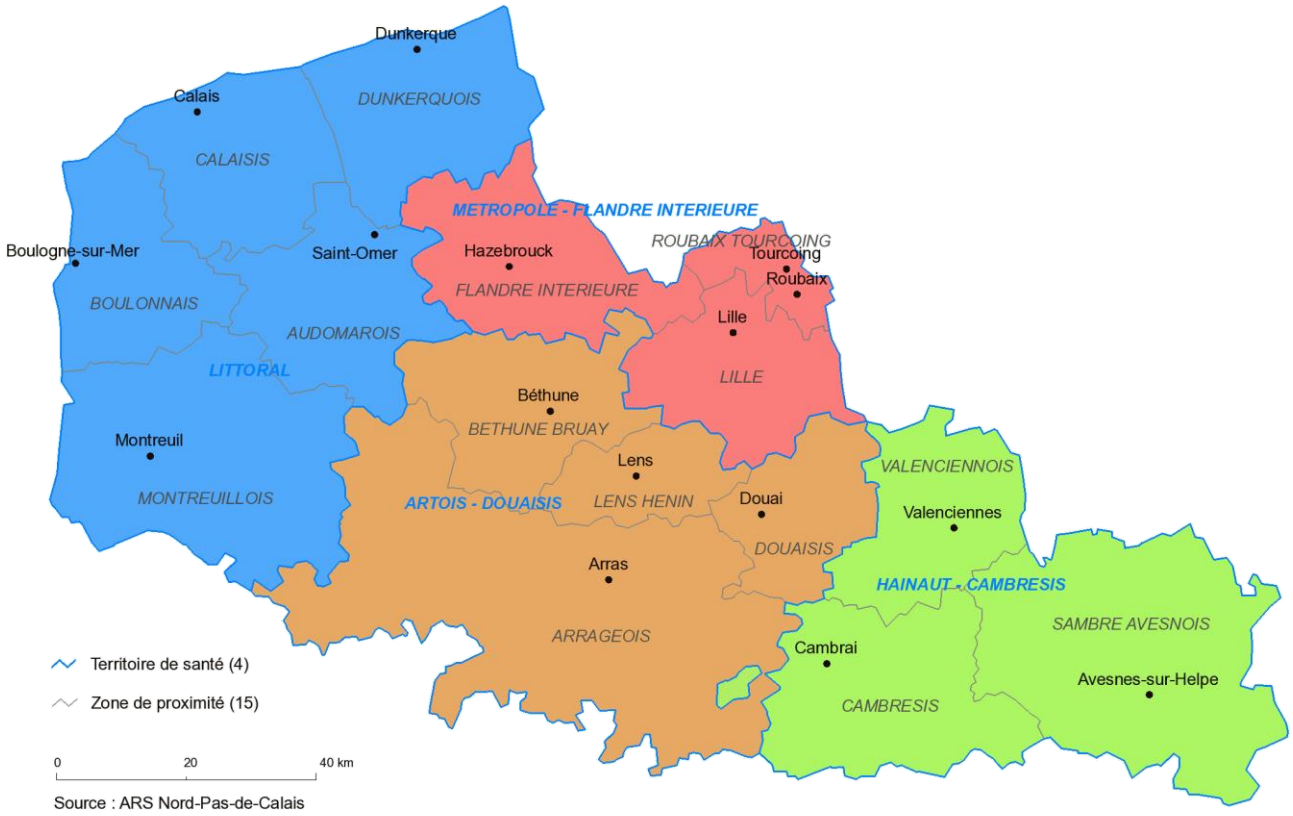
- La consultation existe depuis 1998 ;
- Le financement repose sur les MIGAC (1 enveloppe par 500 CS) ;
- Evolution des **consultations** depuis 2008 ;

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
504	729	1005	1522	1895	1749	1855	1853	1878

- Evolution des **hospitalisations** depuis 2009.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
27	25	85	95	112	133	137	149

« Faire équipe contre la douleur »



Nombre d'habitants par territoire

Artois - Douaisis	**1 153 748**
ZP Arrageois	244 511
ZP Béthune-Bruay	292 122
ZP Douaisis	247 626
ZP Lens-Hénin	369 489
Hainaut - Cambresis	**742 790**
Cambrésis	159 562
Sambre-Avesnois	234 131
Valenciennois	349 097
Littoral	**808 490**
Audomarois	118 253
Boulonnais	162 766
Calaisis	159 778
Dunkerquois	255 081
Montreuillois	112 612
Métropole - Flandre Intérieure	**1 319 462**
Flandre intérieure	179 287
Lille	718 605
Roubaix-Tourcoing	421 570
Région	**4 024 490**

INSEE - RP 2008

Bassin de vie Artois - Douaisis

- Nous sommes avant tout une consultation de recours **TERTIAIRE** :

**Un diagnostic doit être établi ou des avis spécialisés doivent avoir été demandés ;*

- Nous ne sommes qu'un **MAILLON** de la chaîne de soins pour les patients et non le dernier recours.

Quels types de douleurs ?

- **Toutes les douleurs chroniques non cancéreuses :**

- Rhumatologiques (lombalgie, syndrome de Cyriax, fibromyalgie, algoneurodystrophie) ;
- Neurologiques (SEP, parkinson, SJSR) ;
- Douleurs neuropathiques au sens large (diabétique, carentielle, vasculaire, iatrogène post chimiothérapie) ;
- Traumatologiques (arthroses +++ du genou, par exemple, chez un jeune qui ne peut être opéré des suites d'une PTH) ;
- Céphalées migraines ;
- Douleurs sur MICI ;
- Douleurs post infectieuses (syndrome post maladie de lyme) ;
- Douleurs post chirurgicales.

- **Les douleurs du cancer dans sa phase active de soins**

- Essentiellement pour mise en route et adaptation des thérapeutiques et diagnostics des ADP.

Objectif de la consultation douleur chronique :

Aider le patient à mieux contrôler sa douleur, pour acquérir plus d'indépendance et une meilleure qualité de vie.

Quels sont les moyens utilisés ?

- **La démarche comporte trois phases :**

- **Une phase d'évaluation** : rechercher les causes et les mécanismes de la douleur en envisageant le patient dans sa globalité ;

- **Une phase de traitement**, utilisant un large éventail de possibilités thérapeutiques (médicamenteuses, de réadaptation, techniques locorégionales ou psychothérapeutiques) ;

- **Une phase d'accompagnement** à plus ou moins long terme visant une réinsertion sociale et professionnelle. La prise en charge nécessite de la patience, du temps et un engagement intense de la part du patient, de ses proches et de l'équipe thérapeutique.

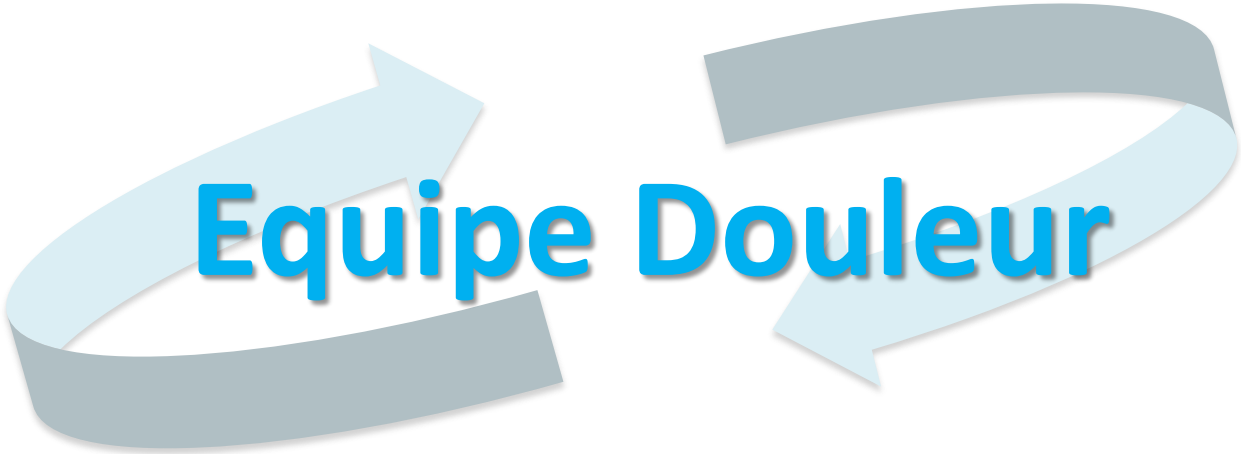
Une équipe pluridisciplinaire

Secrétariat
Mme Brandys

Cadre infirmier
Mme Parisseaux

Ostéopathe
Mme Desaux

Psychologues
Mme Amirou
Mlle Deneugardin

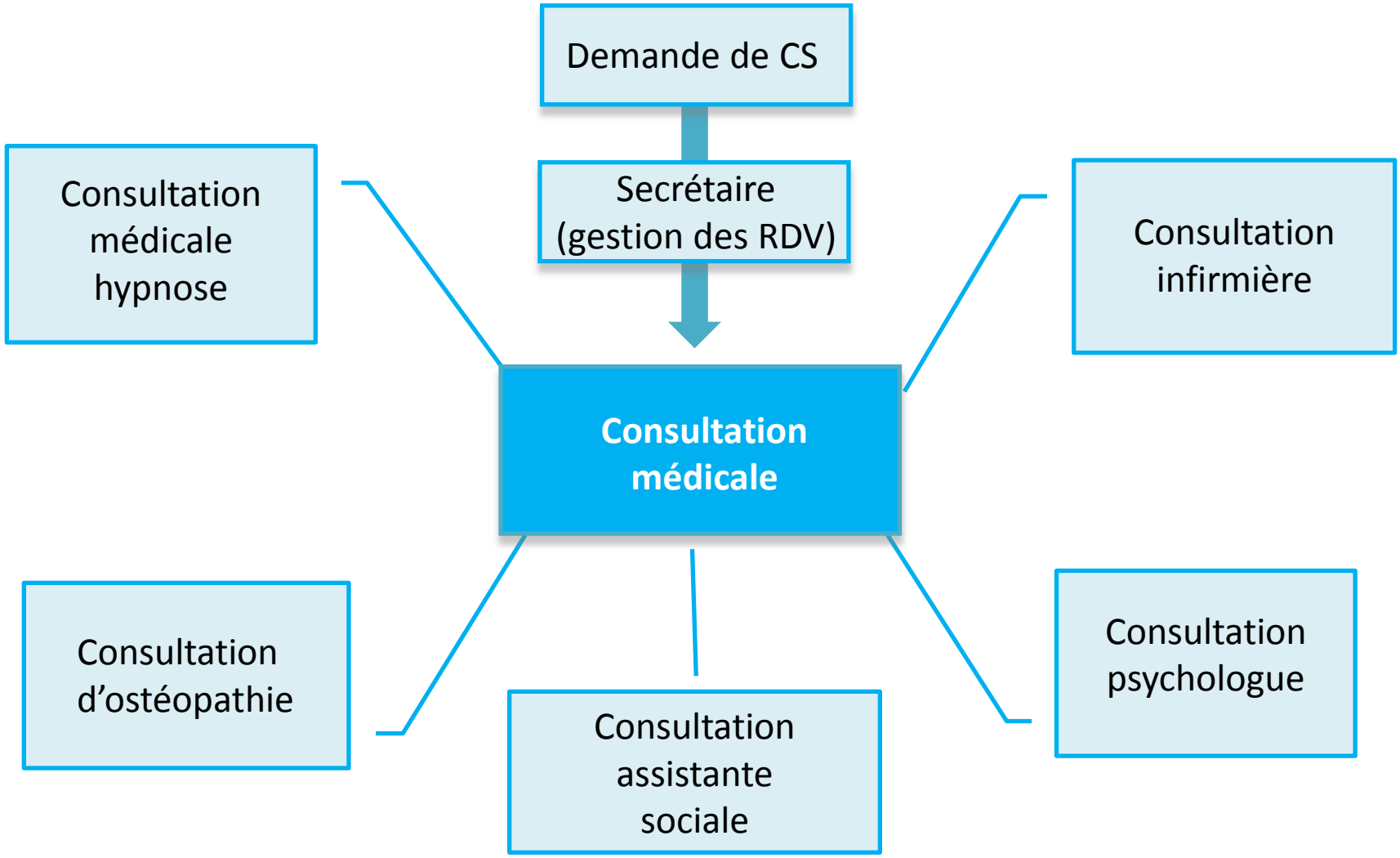


Assistante sociale
Mme Pawlicki

Médecins de la douleur
Dr David - algologue
Dr Delannoy - médecin généraliste (Hypnose)

IDE
Mme Wisniewski
M. Pietrzak

« Faire équipe contre la douleur »



Comment obtenir un rendez-vous ?

- **La demande de rendez-vous est faite soit :**

- Par écrit, accompagnée d'une lettre du médecin traitant ou du médecin spécialiste, et adressée au secrétariat de la douleur ;
- Par téléphone, au 03.27.94.76.10.

- **Un livret de pré consultation est adressé au domicile.**

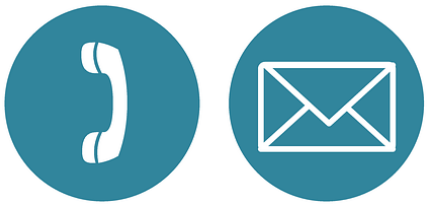
- Ce n'est qu'à réception de celui-ci, accompagné de la lettre de votre médecin, qu'un **rendez-vous sera donné**. Par ailleurs, n'omettez pas d'apporter votre dossier médical.

Contactez-nous

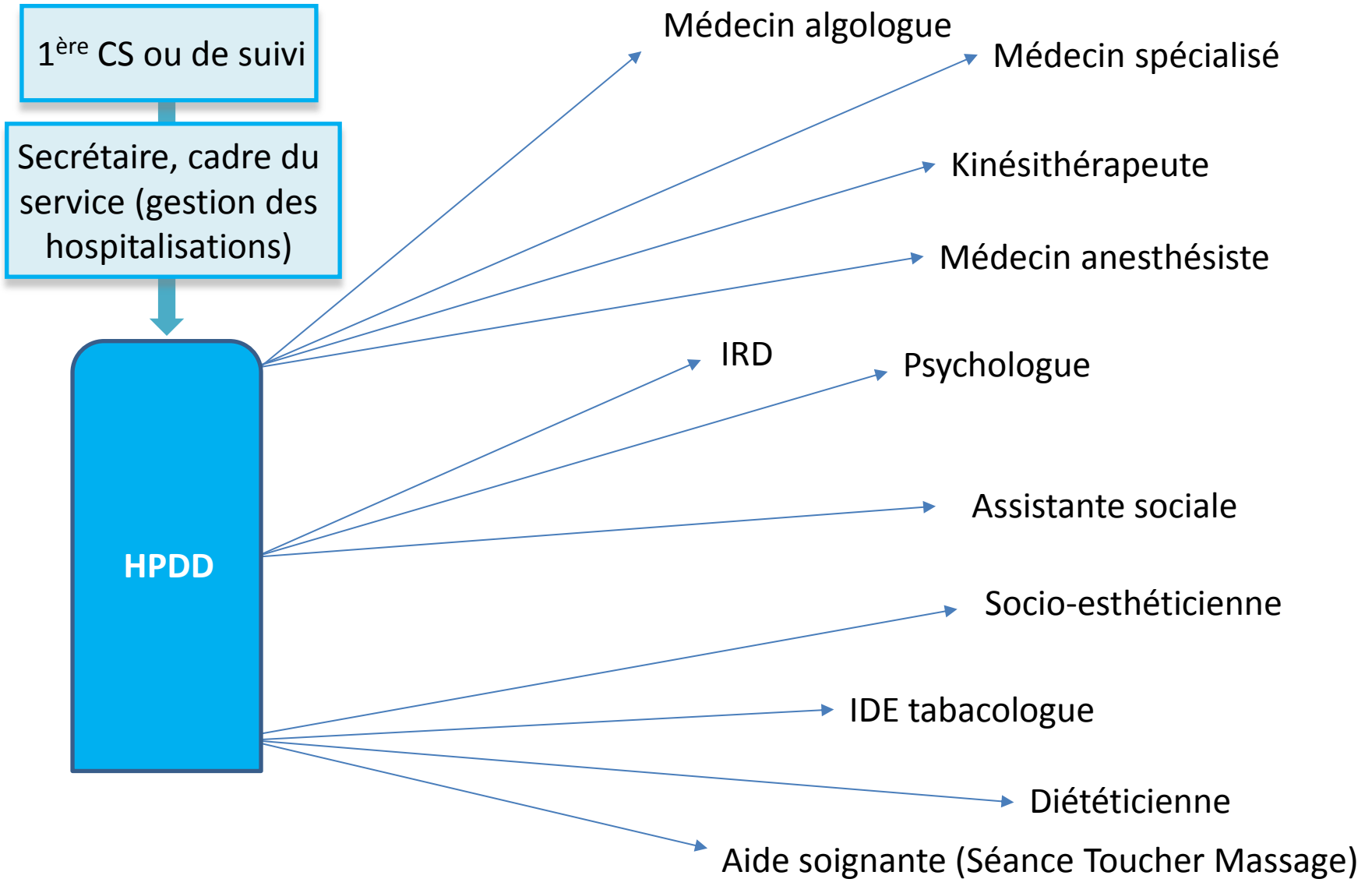
Consultations Douleurs

Centre Hospitalier de Douai
Route de Cambrai - BP 10740
59507 DOUAI Cedex

TEL : 03 27 94 76 10
FAX : 03 27 94 76 14

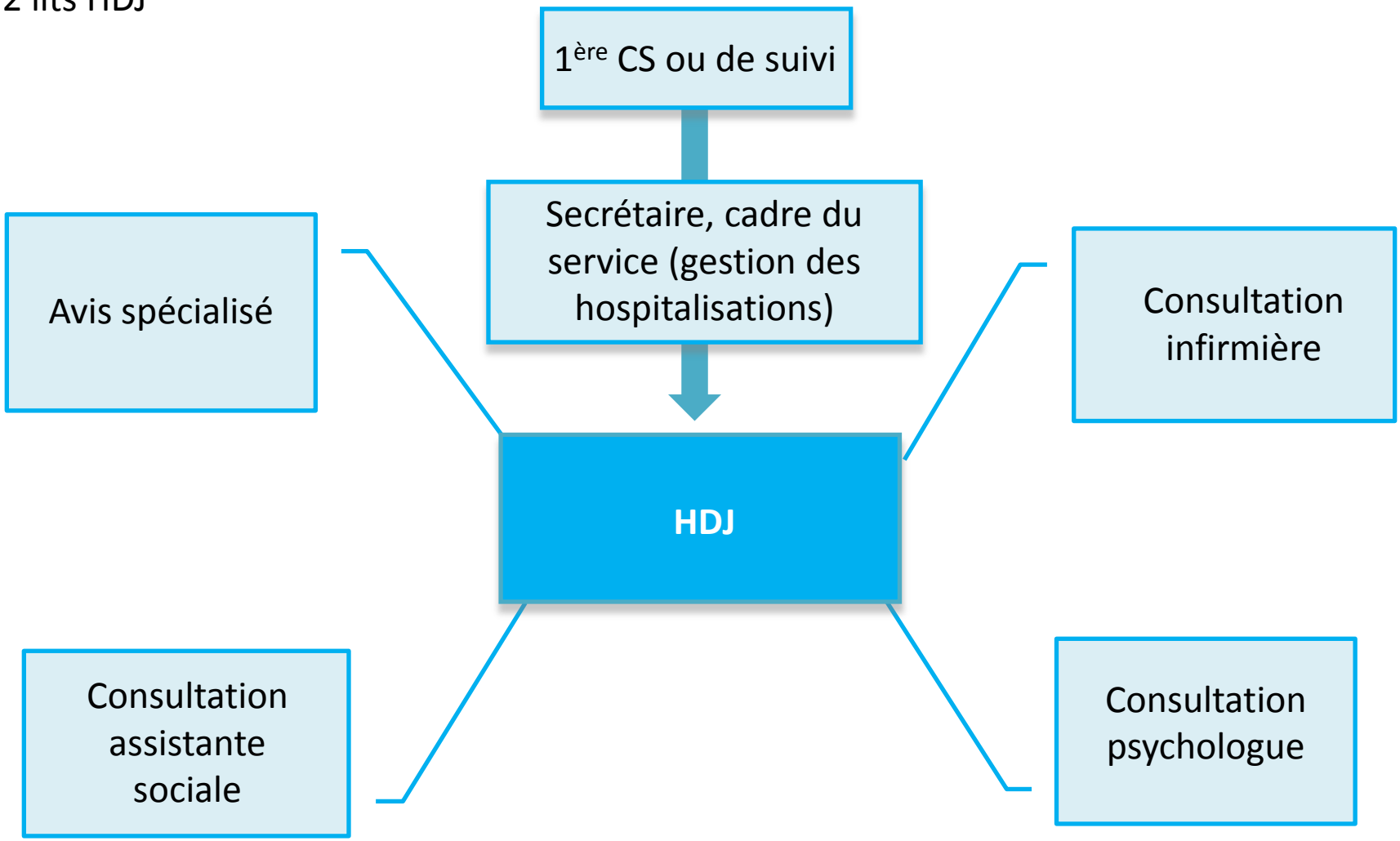


« Faire équipe contre la douleur »



« Faire équipe contre la douleur »

2 lits HDJ



Quelle offre de soins ?

- Médicamenteuse : cure kétamine, xylocaïne, qutenza (capsaiscine) ;
- Technique anesthésie : cathéter péri nerveux ;
- Non médicamenteuse : sophrologie, relaxation, hypnose ;
- Complémentaire : ostéopathie ;
- Aide technique : neurostimulation transcutanée ;
- Technique chirurgicale de modulation de la douleur : stimulation médullaire.

Comment travaille t-on ?

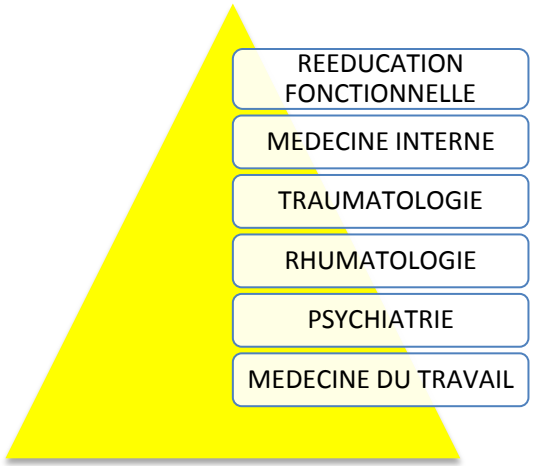
- **Avec nos ressources en interne et surtout de façon pluridisciplinaire :**

- Nous ne disposons pas de toutes les ressources en interne ;
- L'hôpital doit s'ouvrir sur l'extérieur :
  - Partenariat avec les CMP et le CSAPPA ;
  - Partenariat avec d'autres CETD ;
  - Partenariat avec les médecins libéraux ;
  - Partenariat avec les paramédicaux libéraux.

- En collaboration avec des disciplines complémentaires :
  - La sophrologie ;
  - L'ostéopathie ;
  - La kinésithérapie (micro kinésithérapie) ;
  - L'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, la réflexologie.

- Avec les associations de patients.

Fonctionnement



Association de malades

Développer collaboration avec la médecine générale

CETD Béthune
RCP Stimulation médullaire

JMD
Protocoles
Echange d'expérience

Education thérapeutique

INTER CLUD ARTOIS DOUAISIS

Cathéter péri-nerveux

Equipe douleur + EMD

CLUD

Formation int.
Information ETP

HOSPITALISATIONS
(4 lits HPDD)
(2 lits HDJ)

POINT FIXE DOULEUR MENSUEL

CS EXTERNE

CS INTERNE AVIS

2nde ligne

CS AVANCEE CH SOMAIN

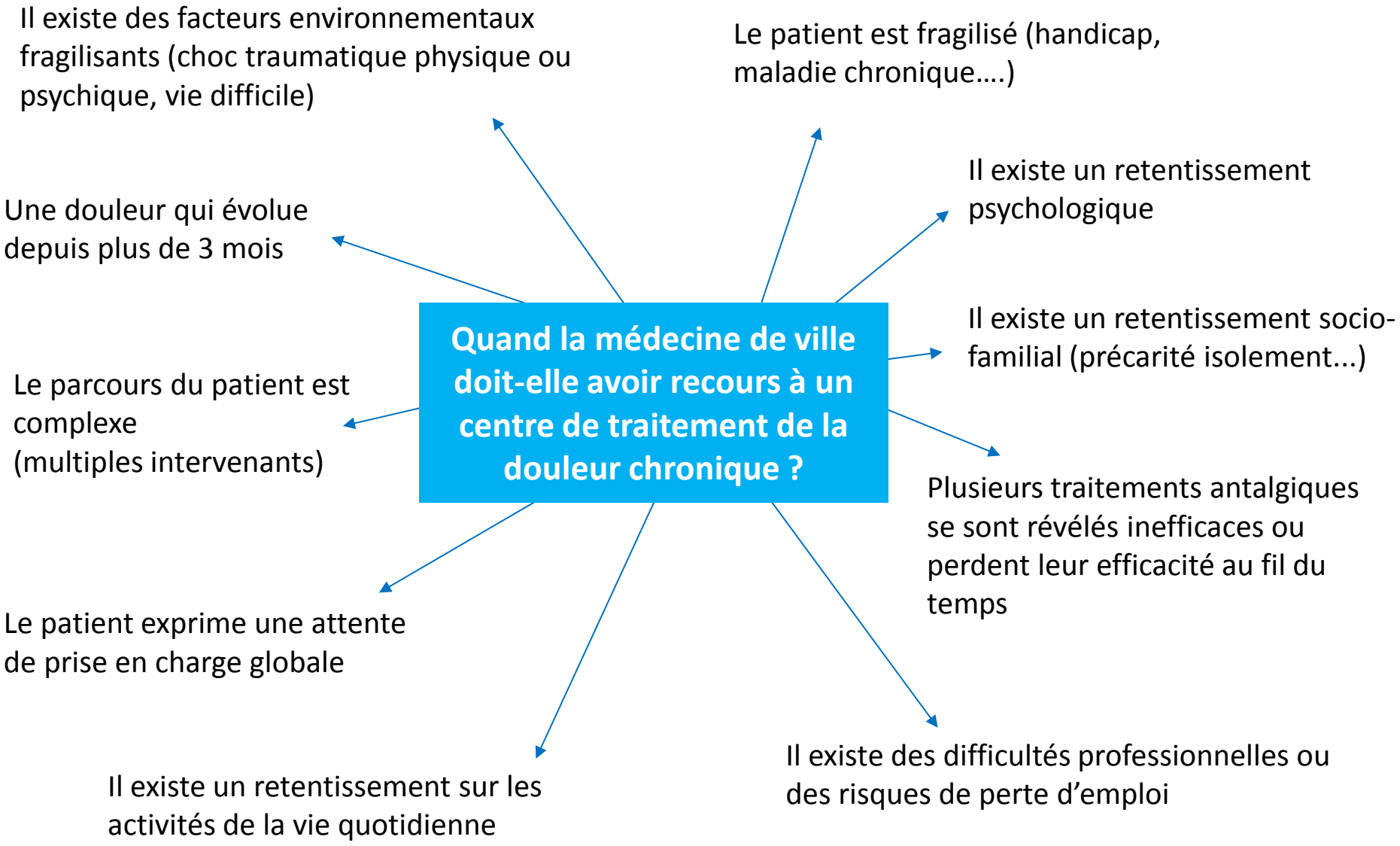
Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Christian Delannoy

Médecin généraliste à Raimbeaucourt

Le recours à un centre de traitement de la douleur chronique

« Faire équipe contre la douleur »



Centre Hospitalier de DOUAI

Etudes de cas

M. G, né en 1965, ouvrier verrier, marié, 3 enfants

- Adressé à la CS pour prise en charge d'une lombo-sciatalgie droite évoluant depuis janvier 2010 ;
- Arrêt complet du travail depuis 1 an environ ;
- Scanner et IRM lombaire : hernie discale L5-S1 venant à peine au contact de la racine S1 ;
- Pas d'indication chirurgicale retenue par le neurochirurgien ;
- Infiltration non efficace ;
- Séjour en rééducation : prise en charge lombalgies chroniques, amélioration en terme de souplesse mais pas de douleur.

Mai 2011 : Consultation algologue

- Douleurs lombaires mécaniques radiculaires de tonalité neuropathique S1 droite rarement une symptomatologie à gauche ;
  EVA : 7/10 - DN4 5/10.

- Traitement médicamenteux proposé :

  Lyrica : 100mg x 2 ;
  Laroxyl 10 G ;
  Tramadol ;
  Activité physique, étirement, assouplissement.

Août 2011 : Consultation algologue

- Pas de vraie amélioration de la qualité et de l'intensité de la douleur, aggravation des douleurs lors des efforts ;

- EVA 7/10, Dn4 4/10 ;
- Arrêt du tramadol intolérance (nausées vomissements), mise en place de codoliprane ;

- Augmentation du lyrica 150 mg *2/j, du laroxyl progressivement à 20g ;
- Décision de mettre en place une TENS lors d'une prochaine CS.

Septembre 2011 : Consultation algologue + IDE douleur

- Clinique idem, symptomatologie de plus en plus présente à gauche ;
- Mise en place de la TENS, détermination des programmes et éducation à l'utilisation de l'appareil par l'IDE ;
- Patient satisfait eva 3/10 pendant le fonctionnement, post effet 5-10 min ;
- Augmentation lyrica 200*2/j.

Novembre 2011 : Consultation algologue

- Bonne utilisation de la TENS, efficace pour la gestion des crises ;
- Aggravation des douleurs avec augmentation des difficultés au niveau fonctionnel ;
- PSY : beaucoup d'inquiétudes concernant son emploi, pas de reprise sans adaptation du poste, si impossibilité, licenciement : impact moral ;
- Prescription d'un IRM de contrôle, EMG et PES ;
- Arrêt du lyrica, inefficace, remplacé par le neurontin 100mg*3 et augmentation du laroxyl 25mg.

Janvier 2012 : Consultation algologue

- Majoration des douleurs ;
- IRM : HD L5-S1 + étalement discal L4-L5, pas de conflit disco-radiculaire ;
- EMG normal, PES, altérations de recrutement par stimulation des SPI (racine S1) ;
- Traitement idem ;
- Nouvel avis neurochirurgical.

Mars 2012 : Consultation algologue

- Pas d'indication chirurgicale ;
- Pas d'amélioration avec modification thérapeutique ;
- Utilisation assidue de la TENS > 3 heures par jour ;
- Impact moral +++ ;
- Dossier MDPH en cours ;
- Souhait du patient de diminuer le traitement compte tenu de l'inefficacité ;
- Prescription de kiné + évaluation par un psychologue.

Septembre 2012 : Consultation algologue

- Douleurs ont un impact de + en + important sur le moral, ainsi que sur la fonction et la vie de famille ;
- Début d'un suivi avec psychiatre sur le conseil de la psychologue ;
- Traitement par anafranil 10*2 et bromazepam ;
- Utilisation quotidienne de la TENS plusieurs heures par jour ;
- Objectif du patient : reprendre son métier ;
- CAT suivi psy, proposition d'une stimulation médullaire, poursuite traitement médicamenteux.

Janvier 2013 : Consultation algologue

- Patient qui a annulé sa prise en charge pour la stimulation médullaire ;
- Visite avec le médecin sécu : reprise du travail sur un poste adapté (médecin du travail) ;
- Conserve des douleurs au niveau des jambes ++ (se sont fixées aussi à gauche) ;
- TENS, traitement médical, poursuite du suivi par son psy, augmentation anafranil*4.

Janvier 2014 : Consultation algologue

- Moral meilleur depuis la reprise du travail ;
- Douleur idem avec accès aigus, mais meilleure gestion ;
- Poursuite suivi psy, traitement idem.

Janvier 2015 : Consultation algologue

- Réactivation +++ de la lombo radiculalgie, travaille encore mais n'a plus d'autre activité que son travail ;
- Utilisation de la TENS en permanence mais très peu au travail car contrainte +++ ;
- Continuation du suivi psy F ;
- IRM de contrôle, pas de modification ;
- Adresse pour une évaluation, pour une stimulation médullaire ;
- Objectifs :
  - Reprendre une activité physique et poursuivre son activité professionnelle ;
  - Arrêter les traitements ;
  - Reprendre une vie sociale.

Février 2015 : Consultation anesthésiste

- Consultation anesthésiste : accord de principe.

Avril 2015 : Consultation psychologue

- Consultation psychologue : pas de contre indication ;
- Le même mois, échange avec l'équipe pluridisciplinaire RCP : accord.

Mai 2015 : Phase test

- 1er temps opératoire (19/05) boitier externe (amélioration de 70% des douleurs zone de recouvrement proche de 100%), arrêt de travail.

Juin 2015 : Phase 2

- Implantation définitive du stimulateur rechargeable sous AG ;
- Réglage définitif en juillet.

Septembre 2015 : Consultation algologue

- Douleur radiculaire contrôlée EVA 1-2/10 ;
- Lumbagos à répétition ;
- Utilisation TENS lombaire ;
- Diminution thérapeutique médicamenteuse ;
- Demande de réévaluation par le médecin rééducateur ;
- Arrêt du suivi psy ;
- Réévaluation du bon fonctionnement de la SME : ok.

Novembre 2016 : Consultation algologue

- Mars 2016 : programme éducation à auto-rééducation des lombalgies HDJ ;
- Reprise du travail à temps plein sur un poste adapté en mai 2016 ;
- Reprise de l'activité physique adaptée ;
- Traitement uniquement anafranil et 8g de laroxyl ;
- Réévaluation du bon fonctionnement de la SME : ok.

M. V, né en 1987, pilote de machines en usine, marié, 2 enfants

Octobre 2014 : Consultation algologue

- Adressé à la rhumatologue du CH Douai pour une prise en charge d'une algoneurodystrophie de la main droite évoluant depuis un accident de travail par traumatisme direct, mai 2014 ;
- Bilan imagerie normal, pas de fracture, clinique typique d'algoneurodystrophie alors que le patient est sous plâtre ;
- Scintigraphie osseuse + juillet 2014 ;
- A bénéficié de traitements antalgiques divers (1,2), calcitonine et lyrica non efficace ;
- Perfusion de pamidronate efficacité relative d'environ 1 mois.

- Clinique : œdème de la main, dépilation, hématome, trouble vasomoteur, allodynie, douleur d'allure neuropathique (brûlure) ;
- Mise en place d'une TENS ;
- Introduction d'un traitement par neurontin 300*3, laroxy 20Gl et oxycontin lp 15 mg ;
- Prescription scintigraphie osseuse et kinésithérapie en balnéothérapie.

Janvier 2015 : Consultation algologue

- Scintigraphie de contrôle conclut à la disparition de l'algoneurodystrophie ;
- Après une amélioration transitoire de la douleur, de nouveau aggravation avec installation d'une raideur ++ malgré augmentation du laroxyl 25g et oxycontin 20*2/J ;
- Décision d'une hospitalisation pour protocole kétamine.

Fin janvier 2015 : Hospitalisation

- Protocole kétamine de 0,25 à 0,45mg/kg associe à une coantalgie ;
- Nette amélioration de la douleur eva 8/10 → 1/10 et Dn4 8 à 3/10 ;
- Diminution oxycontin Lp10*2/J.

Avril 2015 : Hospitalisation en urgence

- Soulagement pendant 2 mois et demi ;
- Hospitalisation en rhumatologie après passage aux urgences pour une réactivation des douleurs +++ avec réactivation des signes cliniques ;
- Nouveau protocole kétamine avec la même réponse favorable, de nouveau décroissance des traitements, notamment de la morphine.

Juin 2015 : Consultation algologue

- Efficacité pendant 2 mois, réactivation des douleurs et signes cliniques ;
- Majoration du neurontin 600*3, consommation oxynorm 5 - 4 jours en plus de l'oxycontin ;
- Décision d'une nouvelle hospitalisation avec protocole combinant kétamine et xylocaïne ;
- Amélioration de la douleur 8 → 0/10 idem pour DN4, diminution neurontin 400*3et Laroxyl 15G ;
- Reprise de la balnéothérapie avec plus de possibilités.

Septembre 2015 : Consultation algologue

À trois mois, encore bonne gestion des douleurs eva 3-4/10 traitement médicamenteux stable.

Mai 2016

- Protocole kétamine xylocaïne avec toujours une nette amélioration de la douleur pendant 3 mois ;
- Le patient a fait des séances de cryothérapie qui permettaient d'allonger l'efficacité des cures ;
- Pendant toute cette période, pas de manifestation clinique bruyante ;
- Stagnation l malgré les différentes cures – notion algoneurodystrophie chronique 2 ans d'évolution ;
- Nouveau protocole kétamine + xylocaïne avec la même réponse favorable.

Juillet 2016 : RCP douleur + hospitalisation

- Trop tôt pour des méthodes invasives comme le cathéter péri nerveux ou la stimulation médullaire ;
- Décision collégiale d'une prise en charge par kétamine per os ;
- Hospitalisation pour initiation traitement kétamine per os avec nouvelle évaluation psychologique et initiation du patient à la sophrologie.

Décembre 2016 : Consultation algologue

- Situation stable avec eva 4/10 bonne maîtrise de la douleur ;
- Le patient veut reprendre le travail sur un poste adapté, il doit cependant arrêter la kétamine per os.

Février 2017 : Hospitalisation

- Arrêt de la kétamine per os ainsi que nouveau protocole kétamine et xylocaïne ;
- Mais, réactivation +++ des signes neuro végétatifs et de la douleur, hospitalisation de 15 jours ;
- Reprise de la kétamine per os en attendant une décision de cathéter péri nerveux.

Juillet 2017

- Après rediscussion du dossier en RCP douleur et en accord avec les anesthésistes : mise en place d'un cathéter péri nerveux à la naropeine 2,5% le 17 juillet ;

- Explication de la procédure.

Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Pierre DAGHER

Anesthésiste Réanimateur - CH de Douai

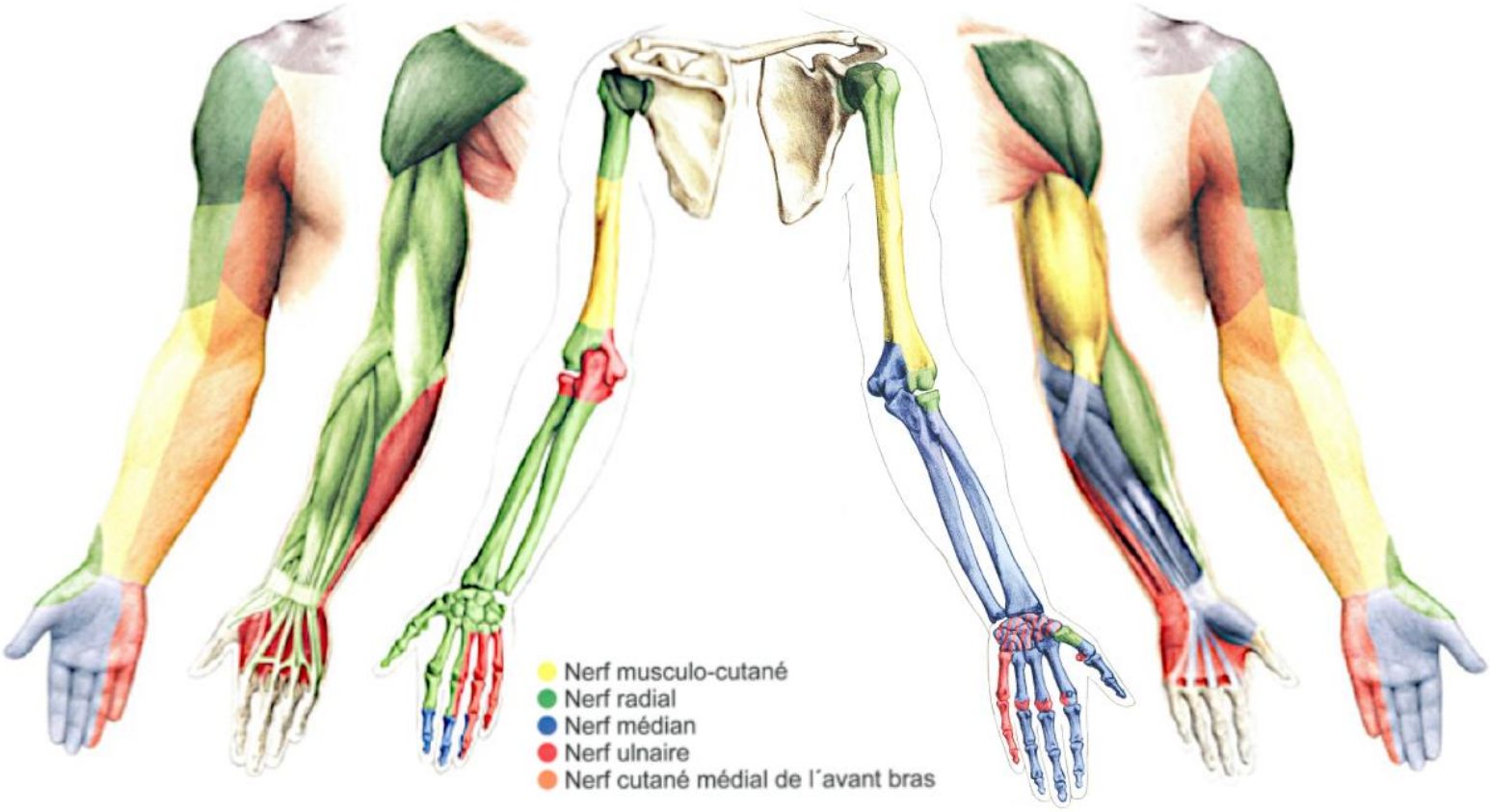
L'apport de l'anesthésie locorégionale dans la gestion de la douleur chronique

Plusieurs champs d'application

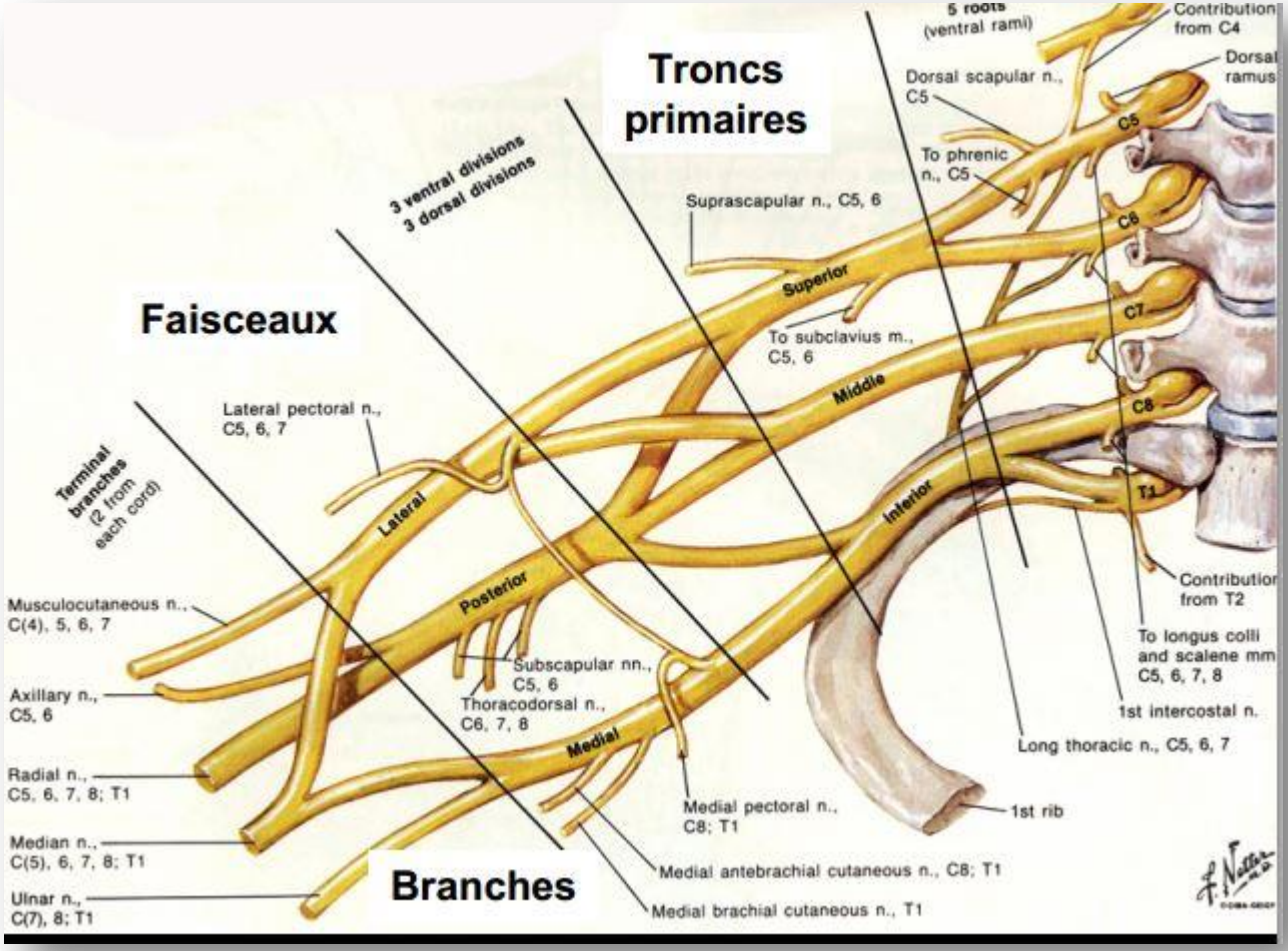
- **Blocs locorégionaux thérapeutiques/syndromes douloureux chroniques divers :**
  - Des membres (algodystrophies/CRPS I et II/fantômes) ;
  - De la face : A.L. avant neurolyse ou radiofréquence (ganglion de Gasser, ganglion sphéno-palatin) ;
  - Du tronc : n.intercostaux, paravertébraux, ilioinguinaux… ;
  - Du pelvis ;
  - De l'abdomen …

- **Blocs locorégionaux dans le cadre de la douleur liée à la spasticité des membres**
  - Diagnostiques : spasticité ? Rétraction tendineuse/capsulaire ?
  - Prédictifs : le bloc améliore t-il l'habilité fonctionnelle ;
  - Thérapeutiques : blocs L.R. neurolytiques.

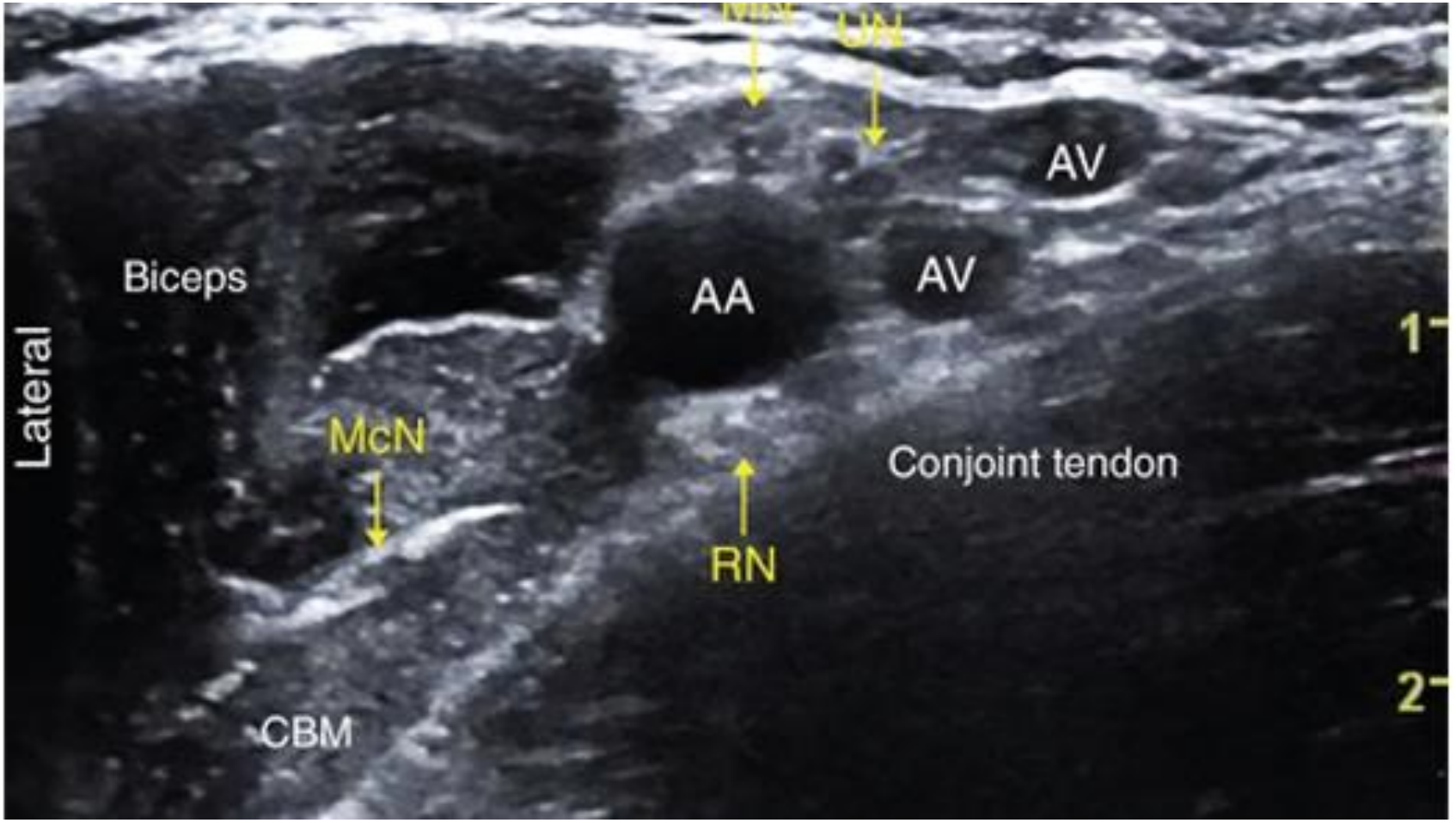
Dans l'algodystrophie



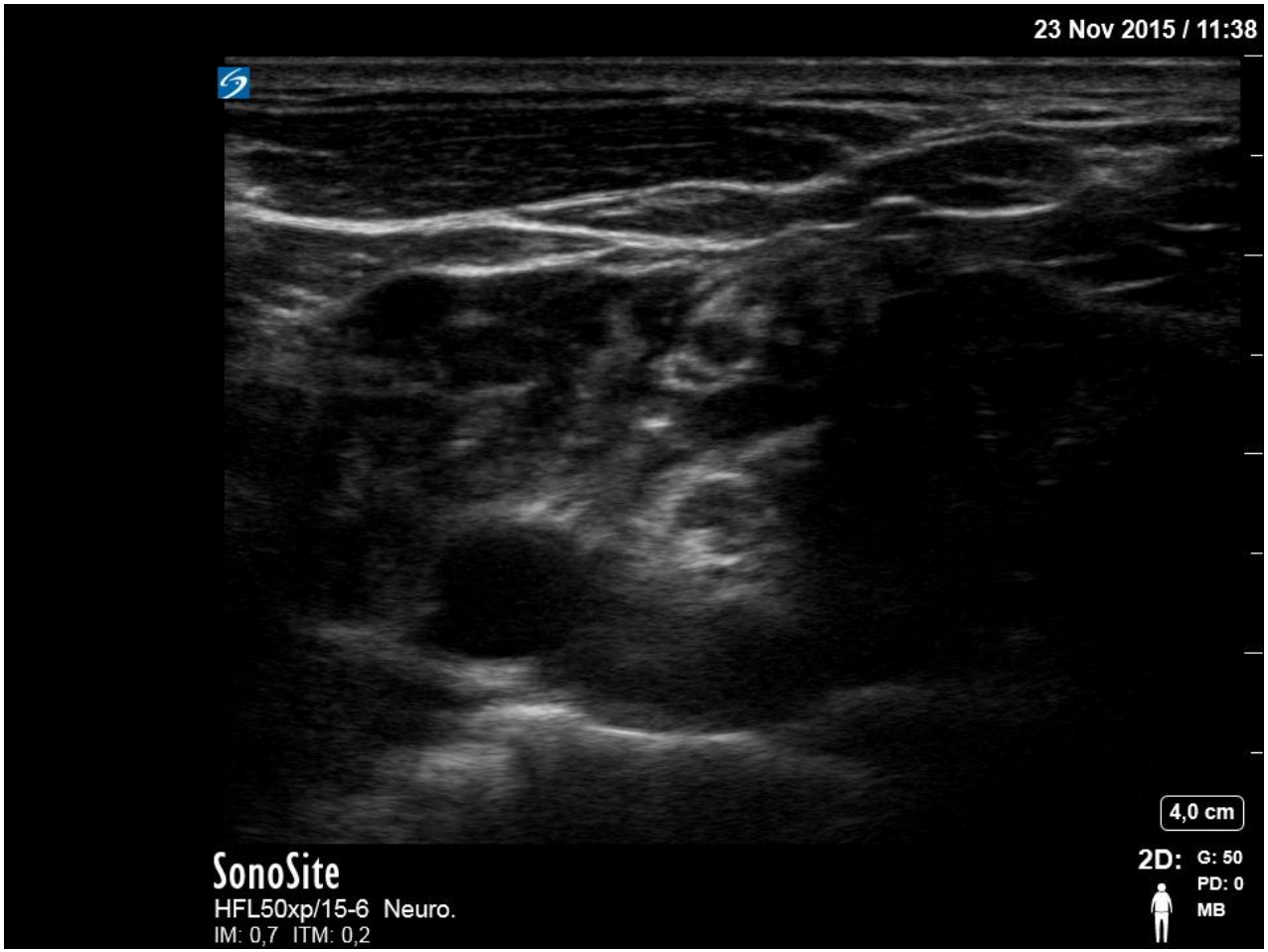
« Faire équipe contre la douleur »



Réflexion sono anatomique



Bloc Inter Scalenique



Surveillance Cathéter

- **Commune à tous les blocs :**
  - EVA, point d'entrée KT, fièvre.
- **Spécifique du bloc :**
  - Bloc moteur (béquillage), bloc sensitif, bloc phrénique…
- **Kinésithérapie :**
  - Douleur à la mobilisation, reprise d'autonomie.
- **Suites chirurgicales :**
  - Aspect cicatrice, périmètre genou, signe de phlébite, signe d'infection ;
  - Eviter d'adapter l'analgésie si la douleur est liée à une complication…

« Faire équipe contre la douleur »

eXperf
Professionnels de Santé à Domicile

SURVEILLANCE INFIRMIERE QUOTIDIENNE

Suivi de catheter périnerveux
Type de diffuseur : Volume maximal 300 ml debit 5ml/h

Nom et Prénom du patient : **Date de l'intervention :**

Prescripteur : **Type d'intervention :**

Jour			
Heure			
Constantes			
POULS			
TENSION			
TEMPERATURE			
Evaluation de la douleur			
Echelle EN (Evaluation numérique) comprise en 0 et 10 L'absence de douleur = 0 La douleur est insupportable = 10			
Score bloc moteur			
Mouvements normaux sans gêne = 0 Mouvements possibles mais gêne = 1 Mouvements impossibles = 2			
Score bloc sensitif			
Sensibilité normale = 0 Paresthésie ou hypoesthésie = 1 Anesthésie totale (insensibilité) = 2			
Prise Antalgique Per os			
Indiquer le traitement et la posologie			
Suivi de la perfusion			
Etat Pansement (point de ponction)			
Effets secondaires			
Fonctionnement du système de perfusion			
Observations			

A la fin de la prise en charge nous vous remercions de nous retourner la feuille renseignée
Par mail : v.gazet@experf.fr ou Par fax : 03.20.53.27.18

Juillet – Août 2017 : Maintien du cathéter péri nerveux au domicile

- Soins à domicile par le prestataire de service Experf ;
- Consultation hebdomadaire de contrôle en douleur ;
- Pendant toute cette période, le patient avait une eva 0/10 ;
- Ablation du cathéter le 19 août ;
- Réévaluation téléphonique 15 après pas de réapparition des douleurs ;
- Une consultation de contrôle est prévue en décembre 2017 ;
- À ce jour pas de fait nouveau.

Cas clinique – Mme Flip

- En octobre 2015, elle est victime d'une chute d'ascenseur du 4ème étage à son travail. Le lendemain de cet accident, elle reprend le travail pendant presque 2 mois. Au bout de ces 2 mois, elle présente des douleurs cervicales associées à une névralgie cervicale droite ; elle est mise en arrêt de travail ;
- Le bilan radio retrouve un écrasement du disque c5-c6 avec sténose sans myélopathie ;
- Elle est suivie par un psychiatre et en micro kinésithérapie ;
- Elle est reçue par le docteur David en Janvier 2017 ; un traitement médicamenteux est mis en place associé à une prise en charge multi disciplinaire.

- Un suivi en hypnose a consisté en une prise en charge du choc traumatique ; Suite à cette prise en charge apparaissent de nombreux syndromes traumatiques dans l'enfance ;
- Une prise en charge est effectuée en ostéopathie car la patiente se présente déformée en arc de cercle avec un axe tête/bassin totalement bouleversé ; (En attendant la prise en charge ostéopathique, prise en charge en mésothérapie avec un traitement décontracturant).

Centre Hospitalier de DOUAI

Ateliers

LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS

« Faire équipe contre la douleur »

1. **Stimulation médullaire - Salle Thémis**
   Dr David

2. **Neurostimulation transcutanée - Salle Demeter**
   Mme Parisseaux - M. Pietrzak

3. **Ostéopathie - Salle Apollon**
   Mme Dezaux

4. **Mésothérapie - Salle Héméra**
   Dr Delannoy

5. **Hypnose - sophrologie - Salle Héracles**
   Mme Amirou - Mme Wisniewski

6. **Cathéter péri-nerveux au domicile - Salle Prométhée**
   Dr Dagher - prestataire de service Experf

Des questions ?