

BANQUE QUESTIONS CAPACITE depuis 2004

Question A partir des données anatomo-physiologiques, expliquer quand la nociception devient douleur ? P Mertens Neurochirurgie Lyon

Question Modalités d'implication des médiateurs aminergiques dans la physiologie de la nociception et la physiopathologie de la douleur. A Eschallier Clermont Ferrand

Question La douleur chronique , sa définition, ses principales caractéristiques cliniques, ses principaux facteurs d'entretien , de pérennisation , aggravant. M Navez

Question Le paracétamol: données pharmacologiques et place dans l'arsenal thérapeutique. A Eschallier Clermont Ferrand

Question Comment mène-t-on spécifiquement la consultation d'un enfant de 9 ans amené par ses parents au Centre de la douleur pour des céphalées apparues depuis un an ? JP Alibeu centre douleur grenoble

Question En quoi la « douleur totale » telle que définie par Cecily Saunders diffère-t-elle d'une « douleur rebelle » ? (10 points) Précisez votre réponse à partir d'une ou plusieurs situations cliniques (10 points)

Question Mme L, 60 ans, stade OMS 3, est atteinte d'un cancer du poumon en cours de chimiothérapie de 2^{de} ligne. Elle présente des douleurs essentiellement mécaniques, rachidiennes et à l'aîne droite par métastases osseuses (D12, L1-L2) déjà irradiées, il y a 3 mois. Les opioïdes forts avec l'Oxycodone LP 100 mg/12h, en relais à la morphine, sont mal supportés avec somnolence excessive.

1. Vous introduisez une PCA (Patient Control Analgesia) pour l'administration de l'oxycodone par voie intraveineuse afin d'insister sur l'anticipation des douleurs provoquées : quels sont les paramètres utilisés et quelle surveillance mettez-vous en place ? Précisez votre réponse.

2. Vous discutez d'une cimentoplastie en D12-L1 sur les deux vertèbres les plus lésées et en cas d'échec, d'une analgésie péri-médullaire :

2.1 concernant la cimentoplastie, pouvez-vous en préciser l'indication, les contre-indications, les risques et les modalités pratiques de réalisation ?

2.2 concernant l'analgésie péri-médullaire, quelle voie choisissez-vous ? argumentez votre réponse. Quelles sont les produits d'analgésie de base à utiliser en fonction de la technique choisie ?

Question Melle X. 25 ans aux antécédents de douleurs abdominales récurrentes inexplicables dans l'enfance, présente des céphalées orbitofrontales droites depuis l'âge de 18 ans. Elles ont la particularité d'être intenses, pulsatiles, s'accompagnant de nausées, de larmoiements de l'oeil lors des crises les plus fortes, avec photophobie, durant souvent 12 h, et survenant 20 j/m.

1. - Quels diagnostics pouvez-vous évoquer ? utilisez un tableau synthétique pour discuter les différentiels

Lequel privilégiez-vous ? pour quelle raison ?

- Quels sont les facteurs de chronicisation d'une céphalée ?

- Elle prend souvent du paracétamol 1 g avant de recourir à l'ibuprofène 200 mg. Mais doit souvent en reprendre 2 à 3 fois. Que lui conseillez-vous ? Quels traitements de crise prescrire ?

- Hierarchisez les traitements de fond médicamenteux utilisables en première intention, en seconde intention ?

Elle revient vous voir car elle présente une douleur cervicale droite persistante depuis 10 jours, sans réelle crise depuis un beau week-end de ski.

- Que craignez-vous ? comment allez-vous l'éliminer ?

- Tout est normal sur le plan de l'imagerie, qu'allez-vous rechercher ?

Question Comment reconnaître par l'examen clinique et les examens para cliniques une sciatique compliquée et quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question Pourquoi dans le cadre d'une douleur chronique l'approche thérapeutique médicale doit-elle être associée à une prise en considération de la subjectivité du patient ?

Question « PEC non médicamenteuse de la douleur chez la personne âgée, quelles sont les techniques à proposer ?, Développez la place et l'intérêt de la psychomotricité et de l'ergothérapie »

Question Décrire les signes cliniques et les grands mécanismes de la sensibilisation centrale médullaire des voies de la douleur (un schéma peut accompagner la réponse).

Question Méthodes d'études clinique et paraclinique des voies sensitives nocives et non nocives chez l'homme. Décrire leur intérêt respectif dans le cadre de l'expertise clinique d'un patient douloureux chronique

Question Les contrôles supra-segmentaires : aspects physiologiques et neurochimiques

Question Critères d'efficacité dans les essais thérapeutiques des antalgiques

Question Indications, principe et réalisation pratique de la titration morphinique pour une douleur aigue d'un enfant de 20 Kg

Question un enfant de 6 ans, 25 kg est opéré pour un phimosis à 9 h le matin sous anesthésie générale avec bloc pénién lidocaïne-bupivacaïne-clonidine : l'intervention, une circoncision, se passe bien et l'enfant reçoit en salle de réveil vers 10h30 un suppositoire de Nifluril* 400 mg et une injection iv de 5 mg de Nubain*. Il quitte la clinique à 15h sans consignes particulières hormis des soins locaux antiseptiques. Vers 17h la maman appelle le pédiatre car l'enfant brusquement hurle de douleur, a arraché son pansement et refuse tout examen. 1-comment expliquez-vous cet épisode 2-aurait-il pu être évité et comment 3- quelle prise en charge y a-t-il lieu de mettre en place rapidement

Question Madame X, 40 ans, que vous suivez depuis quelques temps pour des lombaires dans le cadre d'une histoire lombalgique évoluant sur différents modes depuis l'enfance, scoliose, blocages par tige de Harrington à 20 ans, nous fait part au cours de la consultation de troubles du sommeil répétitifs à type de réveils fréquents matinaux. Elle se plaint par ailleurs de ne plus avoir envie de sortir, de ne plus rencontrer d'amis. Elle reste volontiers enfermée chez elle toute la journée et précise qu'elle est mieux au lit du fait de ses douleurs. Pourtant dit-elle, « il faudrait que j'aille voir ma sœur à l'hôpital », vous apprenez que cette dernière vient d'être hospitalisée en urgence consécutivement à une tentative de suicide. Dans la foulée, tout en pleurant, elle évoque la perte d'un chat auquel elle tenait beaucoup et dont elle s'était occupée. Tout d'un coup, ajoute-elle, « je n'ai même plus de plaisir à manger ». Actuellement, elle est traitée par des antalgiques de pallier II de l'OMS pour son problème de lombalgie et de la kinésithérapie à type de séances de balnéothérapie.

Devant ces signes, à quoi pensez vous ? Quelle hypothèse faites vous ? Comment procédez vous ?

Question Décrire les voies nociceptives et leurs contrôles à l'étage encéphalique.

Question Implication des acides aminés excitateurs dans la nociception et la physiopathologie de la douleur.

Question Antidépresseurs et douleur.

Question Principales caractéristiques cliniques d'une douleur neuropathique

Question. Mr B., 40 ans, rechute d'un cancer du tiers inférieur de l'œsophage 2 ans après un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Il présente des adénopathies sus-claviculaires droites responsables d'une névralgie cervico-brachiale sévère. Celle-ci a été en

partie soulagée par l'association morphine (MOSCONTIN®, 100 mg/12h) et gabapentine (NEURONTIN®, 600 mg/12h) introduits maintenant depuis 15 jours.

La douleur persistante est décrite comme une impression de brûlure irradiant de l'épaule au coude. Elle est majorée par les mouvements du membre supérieur. L'effleurement des téguments est mal supporté. La région sus-claviculaire reste infiltrée et légèrement douloureuse.

La chimiothérapie a été débutée. La fonction rénale est normale.

Vous décidez de réajuster la posologie de la morphine afin d'être plus efficace sur la douleur. Le patient devient alors somnolent et présente des hallucinations. Le maintien d'une posologie de 130 mg/12h est impossible malgré un essai de monter très progressivement les posologies.

Que décidez-vous ?

Envisagez les mécanismes générant la douleur et les propositions thérapeutiques les plus adaptées. Justifiez vos réponses.

Question Un mécanicien de 28 ans est reçu en urgence pour traumatisme du bras gauche suite à la chute d'un pièce mécanique. Après examen clinique, il s'agit en fait d'un abcès au pli du coude gauche, on note également de multiples points d'injection sur les membres. *Comment orientez vous l'interrogatoire ?*

Quelles précisions demandez vous au patient ?

R = Recherche d'informations sur la prise de stupéfiants par voie IV. Rechercher des précisions sur modalités d'injection : asepsie, utilisation de seringues stériles. Bien séparer la prise de morphinique de la prise des autres drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy, solvants) qui ne posent pas les mêmes problèmes en terme de gestion de douleur et de sevrage. Si Héroïnomane connaître la pureté d'après la couleur de la poudre et connaître la consommation moyenne journalière en vue de la substitution.

En définitive , il s'agit d'un patient usager des drogues se substituant lui même soit par prescription soit par les marchés parallèles en Buprénorphine utilisée de préférence en injectable . Equivalence en dose quotidienne à 16 mg de SUBUTEX ; il existe un usage « festif » d'ecstasy et de cocaïne sniffée.

Le patient exprime sa crainte de la douleur (qui était jusqu'à présent masqué par les agonistes antagoniste de la morphine) et son appréhension d'un syndrome de sevrage en hospitalisation.

Comment gérer vous l'angoisse du patient ?

Quels sont les termes du contrat ?

R = cf cours et description du contrat

L'indication opératoire d'incision d'abcès est posée et la douleur post opératoire est évaluée inférieure à 40/100 sur l'échelle EVA.

Existe t il selon vous un risque peropératoire dû à la consommation habituelle de drogues ?

Quel type de substitution et d'antalgie suggérez vous à l'équipe médico-chirurgicale ?

R1 : la cocaïne et les autres psychostimulants étant réservés à un usage intermittent, on n'a pas à craindre de réactions serotoninergique ou adrenergique peropératoire

R2 : SUBUTEX en substitution 16 mg + 25% pour la douleur J0 et J+1 = 20 mg de SUBUTEX

A prendre en UNE SEULE fois (pour saturer les sites) sous surveillance de l'IDE pour éviter l'usage détourné et fractionnée.

A J+2 dose de substitution de 16 mg de SUBUTEX

Au-delà de la prescription, informer le patient de l'intérêt d'un suivi spécialisé pour un traitement de substitution adapté.

Au bout de 48 heures le patient étant apyrétique et l'état local satisfaisant le sortie est envisagée. Le patient exprime le désir d'être suivi et sevré des drogues .

Quelles possibilités décrivez vous au patient ?

Quelle est votre ordonnance de sortie ?

R1 : Concernant le désir exprimé de sevrage

1/ Jamais de sevrage en période de transition opératoire.

Habituellement, la substitution de bas seuil désigne les stratégies de substitution à faible dosage (<30mg de méthadone, ou 4 mg de Subutex) au jour le jour. Cette possibilité n'est pas indiquée pour un patient qui souhaite s'inscrire dans une démarche de soins.

2/ Deux possibilités de début de sevrage hors période critique :

a/ Substitution de bas seuil théoriquement par tous médecins

b/ Substitution de haut seuil uniquement par centre agréés

R2 : Ordonnance de sortie comportera :

1/ *Substitution de base par SUBUTEX 16 mg à prendre en UNE fois*

La traitement par Subutex n'excédera pas une semaine, et le nom de la pharmacie (si délivrance en officine) sera porté sur l'ordonnance. Si possible, la posologie sera réadaptée, sachant que 16 mg est la dose thérapeutique maximale conseillée.

2/ Lettre au médecin directeur du Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST ancien SDIT) du département.

Autant que possible, on prendra RV avec le Centre de soins spécialisé avec le patient, de façon à s'assurer que le relais de prescription sera pris dans les temps. Dans le cas d'une polyintoxication ou toxicomanie complexe, le suivi par le médecin traitant peut être insuffisant, surtout si ce dernier n'est pas formé ou expérimenté. Le courrier au médecin traitant (concernant la toxicomanie) doit être fait avec l'accord du patient.

Question Vous recevez en consultation une patiente de 40 ans, présentant un cancer du sommet pulmonaire droit avec envahissement pariétal et syndrome de Pencoast Tobias très douloureux malgré une radiothérapie initiale, la poursuite d'une chimiothérapie palliative et un traitement associant un morphinique oral (800 mg de SKENAN/12h et possibilité de morphine 200 mg en forme injectable à boire dans un peu d'eau sucrée jusque 1 fois/4h), un antidépresseur tricyclique (LAROXYL 50 mg, 2 cp le soir), un antiépileptique (NEURONTIN 800 mg, 1 cp matin et midi et 2 cp le soir) et 2 laxatifs avec le FORLAX et le JAMYLENE.

Vous décidez de faire hospitaliser la patiente pour adapter le traitement de la douleur.

Quels moyens antalgiques autres pouvez-vous proposer en sachant que la patiente est lasse de prendre autant de médicaments per os ?

Précisez les étapes successives que vous devez envisager à la recherche d'un soulagement de cette douleur rebelle.

Question Liens entre Consommation médicamenteuse et Céphalées

1. Parmi les patients suivants lesquels sont à risque de développer des céphalées induites par un abus médicamenteux ?

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Arthrose évoluée | oui | non |
| - Céphalée tensile épisodique et lombalgie | oui | non |
| - Douleurs neuropathiques périphériques et Lombalgie | | oui |
| non | | |
| - Chirurgie colique d'exérèses et céphalées tensives | | oui |
| non | | |
| - Fibromyalgie et migraine | oui | non |
| - Migraine | oui | non |

2. A votre avis, chez ces patients à risque, dans les cas suivants, existe-t-il un abus médicamenteux en antalgiques ou en antimigraineux réel (colonne A)? Si oui, cela peut-il expliquer développement de céphalées chroniques quotidiennes –CCQ- (colonne B)?

Prise médicamenteuse chez un patient céphalalgique connu	A/ Abus médicamenteux ?	B/ Responsabilité possible de l'abus médicamenteux dans le développement de CCQ ?
Paracétamol 1g/j - 30 j/mois	oui non	oui non
Paracétamol 2g/j -16 j/ mois	oui non	oui non
Ibuprofène 800 mg/j -16 j/mois	oui non	oui non
Dextropropoxyphène/paracétamol 4 gelules/j 12j/mois	oui non	oui non
Triptan 1 cp/j -12 j/mois	oui non	oui non

Question Monsieur X., 50 ans, 90kg 1m60, asthmatique, présentant un syndrome de Raynaud et un trouble du rythme cardiaque mal précisé, migraineux depuis l'âge de 20 ans présente des CCQ induites par une surconsommation de combinaisons d'antalgiques. Son examen neurologique est normal. Sa TA est stable.

Quelle est votre attitude ?

a/ vous prévoyez un sevrage médicamenteux sous laroxyl

oui non

si oui quelle dose ? sinon, que donner au patient pendant son sevrage ? justifier

b/ vous remplacez le traitement de crise

par un traitement que vous considérez comme plus anodin

par un traitement que vous considérez comme plus efficace

justifier (si possible en faisant référence aux consignes de l'ANAES)

c/ donnez un exemple précis de prescription de traitement de crise chez ce patient (y compris quantité ou fréquence)

d/ vous introduisez un nouveau traitement de fond antimigraineux

oui non

justifier et dans tous les cas citer quatre critères principaux justifiant l'instauration d'un traitement de fond ?

e / chez ce patient, quel(s) traitement(s) de fond vous semblerai(en)t approprié (s) ?

f/ devant une consommation médicamenteuse en augmentation chez un patient migraineux que vous paraît-il important d'explorer sur le plan psychologique et à partir de là de prendre en compte dans votre stratégie thérapeutique globale ? (développer cette partie sur la feuille de copie)

Question 2

Une patiente de 50 ans, mariée, deux enfants, technicienne de laboratoire, se présente à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur pour une "fibromyalgie". Elle se plaint de douleurs diffuses évoluant depuis plusieurs mois, qui paraissent concerner les articulations et les muscles. Elle est fatiguée dès le matin, intolérante à l'effort, et se plaint aussi de fréquentes douleurs abdominales. Elle a reçu, sans grand succès, divers traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Elle signale que les symptômes ont débuté peu après un rappel de vaccination contre l'hépatite B, qu'elle a reçu pour des raisons professionnelles. Elle est en arrêt de travail depuis 6 mois, et en conflit avec son employeur qui menace de la licencier. Elle a trouvé sur Internet des informations sur la fibromyalgie : elle pense en être atteinte. Dans ce cas, indique-t-elle, "il n'y a rien à faire, c'est une maladie orpheline que les médecins ne reconnaissent pas, ils vous disent que c'est psychosomatique pour masquer leur ignorance, il n'y a aucun traitement efficace".

- 1- Sur quelles données de l'interrogatoire et de l'examen clinique pouvez-vous asseoir le diagnostic de fibromyalgie chez cette malade ?
- 2- Quels diagnostics différentiels devez-vous envisager ? Quels examens complémentaires prescrivez-vous dans cette perspective ?
- 3- Quels facteurs psychosociaux susceptibles de contribuer aux plaintes et à la pérennisation de la douleur recherchez-vous ?
- 4- Quelles explications donnez-vous, si vous retenir le diagnostic de fibromyalgie ?
- 5- Quels traitements (médicamenteux et non médicamenteux) lui proposez-vous ?

Question 3

Un mécanicien de 28 ans est reçu en urgence pour traumatisme du bras gauche suite à la chute d'un pièce mécanique. Après examen clinique, il s'agit en fait d'un abcès au pli du coude gauche, on note également de multiples points d'injection sur les membres.

-Comment orientez vous l'interrogatoire ?

-Quelles précisions demandez vous au patient ?

En définitive , il s'agit d'un patient usager des drogues se substituant lui même soit par prescription soit par les marchés parallèles en Buprénorphine utilisée de préférence en injectable . Equivalence en dose quotidienne à 16 mg de SUBUTEX ; il existe un usage « festif » d'ecstasy et de cocaïne sniffée.

Le patient exprime sa crainte de la douleur (qui était jusqu'à présent masqué par les agonistes antagoniste de la morphine) et son appréhension d'un syndrome de sevrage en hospitalisation.

-Comment gérer vous l'angoisse du patient ?

-Quels sont les termes du contrat ?

L'indication opératoire d'incision d'abcès est posée et la douleur post opératoire est évaluée inférieure à 40/100 sur l'échelle EVA.

-Existe t il selon vous un risque peropératoire dû à la consommation habituelle de drogues ?

-Quel type de substitution et d'antalgie suggérez vous à l'équipe médico-chirurgicale ?

-Quelles possibilités décrivez vous au patient ?

-Quelle est votre ordonnance de sortie ?

Question 4:

Décrivez les outils disponibles, et les modalités de leur application, pour l'autoévaluation de la douleur chez l'enfant de 4 à 6 ans.

Question 5

Madame X, âgée de 90 ans, vit depuis de nombreuses années dans une résidence pour personnes âgées.

Depuis un an, cette dame présente un néoplasme du sein droit d'emblée métastatique (métastases osseuses : bassin et vertèbres lombaires) non traité du fait d'une polyopathie associant une démence sénile type Alzheimer, une hypertension artérielle et un diabète. Elle est grabataire

Vous êtes appelés auprès de cette dame du fait d'apparition récente de troubles du comportement à type d'agitation et de cris incessants.

1 - Face à ce trouble du comportement :

- Quel diagnostic le plus probable faites-vous ?
- Que recherchez-vous à l'examen clinique ?
- Quels mécanismes physiopathologiques évoquez-vous ?

2 - La malade a un patch de Durogésic 25 µg/h qui ne paraît pas suffisant.

- que proposez-vous comme traitement antalgique, pourquoi et à quelle posologie ?
- une évaluation de la douleur vous semble-t-elle nécessaire ? Si oui quel outil d'évaluation proposez-vous ?
- quelle surveillance demandez-vous aux infirmiers ?
- comment prévenez-vous les effets secondaires ?

3 - Un mois plus tard, elle présente une escarre sacrée (stade 2) et des escarres talonnières. Les pansements sont très douloureux. Du fait de troubles de la déglutition, aucun traitement oral ne peut être donné.

- que proposez-vous?

Question 6

Un patient de 32 ans, victime d'un polytraumatisme par accident de moto est pris en charge en rééducation fonctionnelle à la sortie d'une période de coma prolongé.

A son réveil, il a été noté par les rééducateurs que le patient garde comme séquelle fonctionnelle essentiellement un déficit sensitivo-moteur complet du membre supérieur gauche. Des douleurs de type neuropathique sont décrites dans ce membre par le patient depuis quelques semaines.

Vous êtes appelé pour avis dans le service de rééducation fonctionnelle

- Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
- Par quelles données sémiologiques et provenant des examens paracliniques étayez-vous ce(s) diagnostic(s) ?

Au bout de 12 mois, les douleurs persistent et ne sont pas contrôlées malgré des tentatives de traitements pharmacologiques, bien suivies par le patient. Tous les antidépresseurs et les anticomitiaux connus pour leur valeur antalgique ont été prescrit sans succès, ainsi que les antalgiques simples jusqu'aux morphiniques à libération prolongée.

- Avez-vous d'autres propositions thérapeutiques à formuler dans le domaine médical ?

Toutes les ressources de l'approche médicale étant épuisées, ce patient devient candidat à un traitement neurochirurgical.

- Décrivez en les différentes modalités en précisant les principes et les indications de chaque techniques neurochirurgicales.

Cas clinique capacité douleur

Madame X, âgée de 90 ans, vit depuis de nombreuses années dans une résidence pour personnes âgées.

Depuis un an, cette dame présente un néoplasme du sein droit d'emblée métastatique (métastases osseuses : bassin et vertèbres lombaires) non traité du fait d'une polypathologie associant une démence sénile type alzheimer, une hypertension artérielle et un diabète.

Elle est grabataire

Vous êtes appelés auprès de cette dame du fait d'apparition récente de troubles du comportement à type d'agitation et de cris incessants.

1 - Face à ce trouble du comportement :

- Quel diagnostic le plus probable faites-vous ?
- Que recherchez-vous à l'examen clinique ?
- Quels mécanismes physiopathologiques évoquez-vous ?

2 - La malade a un patch de Durogésic 25 µg/h qui ne paraît pas suffisant.

- que proposez-vous comme traitement antalgique, pourquoi et à quelle posologie ?
- une évaluation de la douleur vous semble-t-elle nécessaire ? Si oui quel outil d'évaluation proposez-vous ?
- quelle surveillance demandez-vous aux infirmiers ?
- comment prévenez-vous les effets secondaires ?

3 - Un mois plus tard, elle présente une escarre sacrée (stade 2) et des escarres talonnières. Les pansements sont très douloureux. Du fait de troubles de la déglutition, aucun traitement oral ne peut être donné.

- que proposez-vous?

Liens entre Consommation médicamenteuse et Céphalées

1. Parmi les patients suivants lesquels sont à risque de développer des céphalées induites par un abus médicamenteux ?

- | | | |
|--|-----|-----|
| - Arthrose évoluée | oui | non |
| - Céphalée tensile épisodique et lombalgie | oui | non |
| - Douleurs neuropathiques périphériques et Lombalgie | | oui |
| non | | |
| - Chirurgie colique d'exérèse et céphalées tensives | oui | non |
| - Fibromyalgie et migraine | oui | non |
| - Migraine | oui | non |

2. A votre avis, chez ces patients à risque, dans les cas suivants, existe-t-il un abus médicamenteux en antalgiques ou en antimigraineux réel (colonne A)? Si oui, cela peut-il expliquer développement de céphalées chroniques quotidiennes –CCQ- (colonne B)?

Prise médicamenteuse chez un patient céphalalgique connu	A/ Abus médicamenteux ?	B/ Responsabilité possible de l'abus médicamenteux dans le développement de CCQ ?
Paracétamol 1g/j - 30 j/mois	oui non	oui non

Paracétamol 2g/j -16 j/ mois	oui non	oui non
Ibuprofène 800 mg/j -16 j/mois	oui non	oui non
Dextropropoxyphène/paracétamol 4 gelules/j 12j/mois	oui non	oui non
Triptan 1 cp/j -12 j/mois	oui non	oui non

3. Monsieur X., 50 ans, 90kg 1m60, asthmatique, présentant un syndrome de Raynaud et un trouble du rythme cardiaque mal précisé, migraineux depuis l'âge de 20 ans présente des CCQ induites par une surconsommation de combinaisons d'antalgiques. Son examen neurologique est normal. Sa TA est stable. Quelle est votre attitude ?

a/ vous prévoyez un sevrage médicamenteux sous laroxyl

oui non

si oui quelle dose ? sinon, que donner au patient pendant son sevrage ? justifier

b/ vous remplacez le traitement de crise

par un traitement que vous considérez comme plus anodin

par un traitement que vous considérez comme plus efficace

justifier (si possible en faisant référence aux consignes de l'ANAES)

c/ donnez un exemple précis de prescription de traitement de crise chez ce patient (y compris quantité ou fréquence)

d/ vous introduisez un nouveau traitement de fond antimigraineux

oui non

justifier et dans tous les cas citer quatre critères principaux justifiant l'instauration d'un traitement de fond ?

e / chez ce patient, quel(s) traitement(s) de fond vous semblerai(en)t approprié (s) ?

f / chez ce patient, quelles autres causes de CCQ secondaires recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

EXAMEN FINAL

CAPACITE "EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR"

NEUROCHIRURGIE - Cas clinique (30 min) :

Un patient de 32 ans, victime d'un polytraumatisme par accident de moto est pris en charge en rééducation fonctionnelle à la sortie d'une période de coma prolongé.

A son réveil, il a été noté par les rééducateurs que le patient garde comme séquelle fonctionnelle essentiellement un déficit sensitivo-moteur complet du membre supérieur gauche. Des douleurs de type neuropathique sont décrites dans ce membre par le patient depuis quelques semaines.

Vous êtes appelé pour avis dans le service de rééducation fonctionnelle

- Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- Par quelles données sémiologiques et provenant des examens paracliniques étayez-vous ce(s) diagnostic(s) ?

Au bout de 12 mois, les douleurs persistent et ne sont pas contrôlées malgré des tentatives de traitements pharmacologiques, bien suivies par le patient. Tous les antidépresseurs et les anticomitiaux connus pour leur valeur antalgique ont été prescrit sans succès, ainsi que les antalgiques simples jusqu'aux morphiniques à libération prolongée.

- Avez-vous d'autres propositions thérapeutiques à formuler dans le domaine médical ?

Toutes les ressources de l'approche médicale étant épuisées, ce patient devient candidat à un traitement neurochirurgical.

- Décrivez en les différentes modalités en précisant les principes et les indications de chaque techniques neurochirurgicales.

Mlle W.W se présente à la consultation de céphalées du service de Neurologie pour des “ maux de tête ”.

Il s’agit d’une jeune femme de 22 ans qui présente pour antécédents médicaux une sinusite allergique et un tabagisme estimable à 4 paquets/années.

Depuis la naissance de son premier enfant il y a 5 mois, elle est sujette à des épisodes de céphalées qui ont tendance à devenir de plus en plus fréquents.

Ces céphalées sont toujours ressenties comme “ un cœur qui bat ” au niveau de la tempe gauche. Leur durée moyenne est de 12 heures. Elles imposent souvent le repos dans le noir et le silence et s’accompagnent d’un fond nauséux.

La survenue de ces céphalées est toujours précédée par une gêne visuelle que la patiente décrit comme un “ zigzag brillant ” perçu à droite et qui persiste l’œil droit ouvert ou fermé, voire les deux yeux fermés. Cette symptomatologie s’installe en une à deux minutes et dure en moyenne dix minutes avant de laisser la place aux céphalées.

Actuellement les épisodes surviennent à une fréquence bimensuelle et commencent à avoir un retentissement fonctionnel certain.

Le jour de la consultation, en phase non douloureuse, l’examen neurologique est strictement normal. De même l’examen du segment céphalique est strictement normal avec, en particulier, l’absence de tout souffle intracrânien, d’œdème papillaire au fond d’œil et d’anomalie à la palpation des artères temporales. La pression artérielle est à 130 / 70 mm Hg avec un pouls battant de façon régulière à 65 coups par minute.

1) Quels sont les critères sémiologiques de ces céphalées permettant de porter le diagnostic d’accès migraineux chez cette patiente ?

2) À quoi correspond le “ zigzag ” décrit par la patiente ? Comment expliquez vous le fait que la patiente a constaté que ce trouble est présent qu’elle soit en vision binoculaire, en vision monoculaire ou encore les yeux fermés ?

3) Son médecin traitant appelle à la consultation pour demander qu’un examen tomodensitométrie cérébral soit effectué. Quels sont les deux caractères sémiologiques du tableau qui peuvent justifier une telle indication ? Quelles sont alors les deux étiologies plus particulièrement recherchées ?

4) L'examen tomodensitométrique est réalisé et s'avère strictement normal. En reprenant l'interrogatoire, il s'avère que la patiente a déjà présenté deux phlébites des membres inférieurs avant sa grossesse. Quel bilan biologique propose-t-on ? Que recherche-t-on à travers ce dernier ?

5) Ce bilan biologique s'avère également normal et la patiente revient à la consultation faire part d'un désir de contraception orale. Que peut-on lui proposer et pour quelle raison ?

Corrigé

1) Quels sont les critères sémiologiques de ces céphalées permettant de porter le diagnostic d'accès migraineux chez cette patiente?

- caractère stéréotypé (1 point) et récurrent (4 points)
- durée de 12 heures (5 points)
- topographie hémicranienne (5 points)
- tonalité pulsatile (5 points)
- association à une hyperesthésie (2 points) sensorielle (2 points) (les termes phonophobie ou sonophobie et photophobie sont acceptés pour 2 points chacun)
- association à un fond nauséux (4 points)
- terrain femme jeune (1 point)
- début après accouchement (1 point)

2) À quoi correspond le " zigzag " décrit par la patiente ? Comment expliquez vous le fait que la patiente a constaté que ce trouble est présent qu'elle soit en vision binoculaire, en vision monoculaire ou encore les yeux fermés ?

- aura (5 points) visuelle (5 points) (le terme de migraine ophtalmique est accepté mais côté que 7,5 points)
- symptomatologie d'origine corticale (5 points)

3) Son médecin traitant appelle à la consultation pour demander qu'un examen tomodensitométrique cérébral soit effectué. Quels sont les deux caractères sémiologiques du tableau qui peuvent justifier une telle indication ? Quelles sont alors les deux étiologies plus particulièrement recherchées ?

- caractère inaugural (5 points)
- stricte unilatéralité (5 points)

- malformation vasculaire (2,5 points)

- méningiome (2,5 points)

4) L'examen tomodensitométrique est réalisé et s'avère strictement normal. En reprenant l'interrogatoire, il s'avère que la patiente a déjà présenté deux phlébites des membres inférieurs avant sa grossesse. Quel bilan biologique minimal propose-t-on ? Que recherche-t-on à travers ce dernier ?

- numération formule sanguine (4 points)

- numération plaquettaire (4 points)

- vitesse de sédimentation (4 points)

- anticorps antiphospholipides (2 points)

- lupus (4 points)

- syndrome des anticorps antiphospholipides (2 points)

- thrombocytémie (4 points)

5) Ce bilan biologique s'avère également normal et la patiente revient à la consultation faire part d'une volonté de contraception orale. Que peut-on lui proposer et pour quelle raison ?

- contre-indication de la contraception (2points) si le tabagisme continue (2points) (les deux éléments de la réponse sont liés)

- ou

- prescription d'une forme minidosée uniquement (5 points) si le tabagisme est arrêté (5 points)

- augmentation du risque vasculaire chez les migraineuses de moins de 35 ans présentant une migraine avec aura et utilisant une contraception orale (6 points)

cas clinique 2

Madame Jacqueline B., patiente âgée de 62 ans, est adressée à la Consultation en raison de la réapparition de douleurs de l'hémiface droite.

Ses antécédents sont marqués par la réalisation d'une thermocoagulation percutanée de la deuxième branche du nerf trijumeau à droite quatre ans auparavant avec un soulagement complet.

C'est depuis environ six mois qu'elle se plaint de douleurs à type de décharges électriques fulgurantes à point de départ dans la gencive supérieure et irradiant à l'ensemble de la pommette droite, déclenchées notamment par la mastication, la parole et s'accompagnant parfois d'une sensation d'encombrement nasal ainsi que d'un discret larmoiement du même côté.

L'examen des nerfs crâniens est normal. En particulier, on ne retrouve pas de zone d'hypoesthésie faciale.

Quel est le diagnostic évoqué en première intention et sur quels arguments cliniques ou anamnésiques ?

Quel diagnostic peut-on exclure en contrepartie ?

Quelle thérapeutique médicamenteuse envisagez-vous ?

Si ce traitement médicamenteux s'avère insuffisant ou mal toléré, quels gestes peut-on envisager d'un point de vue chirurgical ?

Si l'irradiation de la symptomatologie douloureuse concernait en particulier l'aile du nez et la paupière supérieure, le geste chirurgical pourrait-il se retrouver modifié ?

Madame Jacqueline B., patiente âgée de 62 ans, est adressée à la Consultation en raison de la réapparition de douleurs de l'hémiface droite.

Ses antécédents sont marqués par la réalisation d'une thermocoagulation percutanée de la deuxième branche du nerf trijumeau à droite quatre ans auparavant avec un soulagement complet.

C'est depuis environ six mois qu'elle se plaint de douleurs à type de décharges électriques fulgurantes à point de départ dans la gencive supérieure et irradiant à l'ensemble de la pommette droite, déclenchées notamment par la mastication, la parole et s'accompagnant parfois d'une sensation d'encombrement nasal ainsi que d'un discret larmoiement du même côté.

L'examen des nerfs crâniens est normal. En particulier, on ne retrouve pas de zone d'hypoesthésie faciale.

Quel est le diagnostic évoqué en première intention et sur quels arguments cliniques ou anamnésiques ?

Quel diagnostic peut-on exclure en contrepartie ?

Quelle thérapeutique médicamenteuse envisagez-vous ?

Si ce traitement médicamenteux s'avère insuffisant ou mal toléré, quels gestes peut-on envisager d'un point de vue chirurgical ?

Si l'irradiation de la symptomatologie douloureuse concernait en particulier l'aile du nez et la paupière supérieure, le geste chirurgical pourrait-il se retrouver modifié ?

Mme X.T. est une patiente âgée de 75 ans qui allègue pour antécédents une arthrose sévère responsable d'un syndrome douloureux chronique justifiant d'une prise en charge dans le Département d'Evaluation et Traitement de la Douleur, un syndrome anxio-dépressif apparu après le décès de son époux trois ans auparavant et un suivi ophtalmologique pour de " la tension aux yeux " pour laquelle on vient de lui prescrire un nouveau collyre dont elle n'a pas encore mémorisé le nom.

Deux jours avant de consulter, elle a ressenti de discrètes "brûlures" au-dessus de l'arcade sourcilière droite. Le lendemain la sensation se précisait devenant intense et décrite comme une " cuisson ". En dépit de prises répétées de Codoliprane®, cette sensation persistait et devenait franchement douloureuse empêchant la patiente de trouver le sommeil, ce qui la décida à venir consulter.

À l'examen, elle était apyrétique, présentant un excellent état général. L'examen clinique ne mettait en évidence que de discrètes lésions cutanées un peu suintantes de la paupière supérieure droite alors que l'œil homolatéral était normal.

1) Quel est le diagnostic ?

2) Quel en est son mécanisme étiopathogénique général ?

3) À quel risque immédiat est exposée cette patiente ?

4) Pour quels principes thérapeutiques allez vous opter ?

5) Suite à votre prescription, toute la symptomatologie disparaît en une quinzaine de jours. Cependant la patiente revient consulter deux mois après pour une reprise de la symptomatologie sensitivo-douloureuse dans la région sus-orbitaire droite surtout gênante par l'impossibilité de toucher cette région sans déclencher des accès douloureux paroxystiques intolérables. Quel diagnostic évoquez vous alors ? Quel élément pouvait faire redouter une telle évolution chez cette patiente ?

6) Que proposez-vous alors à cette patiente sur le plan antalgique ?

Corrigé

1) Quel est le diagnostic ?

- Zona (15 points) ophtalmique (10 points)

2) Quel en est son mécanisme étiopathogénique général ?

- Réactivation (5 points) du varicella-herpes virus (5 points) resté quiescent (5 points) au niveau du ganglion de Gasser (5 points) après une varicelle (5 points)

3) À quel risque immédiat est exposée cette patiente ?

- oculaire (termes acceptés : kératite, iridocyclite) (25 points)

4) Pour quels principes thérapeutiques allez vous opter ?

- Acyclovir (5 points) par voie orale (2 points) 800 mg 5 fois par jour (2 points) pendant 7 à 10 jours (1 point)

- Prednisolone (termes acceptés : corticoïdes ou corticothérapie) (3 points) par voie orale (1 point) 60 mg par jour et réduction de 10 mg/j tous les trois jours (1 point)

- Larmes artificielles (5 points) et pansement oculaire occlusif nocturne (5 points)

5) Suite à votre prescription, toute la symptomatologie disparaît en une quinzaine de jours. Cependant la patiente revient consulter deux mois après pour une reprise de la symptomatologie sensitivo-douloureuse dans la région sus-orbitaire droite surtout gênante par l'impossibilité de toucher cette région sans déclencher des accès douloureux paroxystiques intolérables. Quel diagnostic évoquez vous alors ? Quel élément pouvait faire redouter une telle évolution chez cette patiente ?

- Algie faciale post-zostérienne (8 points)

- Sujet âgé (5 points)

6) Que proposez-vous alors à cette patiente sur le plan antalgique ?

- gabapentine NEURONTIN® (6 points)

- 300 mg/j initialement (2 points) et augmentation progressive de 300 mg tous les trois jours (2 points) jusqu'à 1800 mg/j (2 points)

Attention si prescription de tricycliques sans s'être assuré de l'absence de glaucome à angle fermé 0 au dossier (notion de " tension aux yeux ").

Mr Y.Y. est un patient âgé de 42 ans, enseignant, qui est porteur d'un diabète insulino-dépendant découvert il y a une vingtaine d'année.

Depuis environ 1 mois il décrit des " crampes " au niveau des membres inférieurs associées à des " brûlures " des pieds et des mains. Cette symptomatologie n'était initialement que nocturne, mais depuis moins d'une semaine il la ressent également le jour alors qu'il a noté la même symptomatologie au niveau de la face antérieure de la partie inférieure de l'abdomen.

L'examen du patient est assez difficile car tout attouchement cutané est très pénible, augmentant les douleurs, en particulier au niveau des pieds. Néanmoins il permet de suspecter une hypoesthésie semblant affecter tous les modes au niveau des membres inférieurs où elle dessine une topographie " en chaussette ". Les réflexes achilléens sont faibles alors que les autres sont présents et normaux. Il n'existe aucun déficit moteur patent au niveau segmentaire. Les réflexes cutanés plantaires ne peuvent pas être étudiés en raison des " brûlures " des pieds. Les réflexes cutanéo-abdominaux sont présents et symétriques. L'exploration du segment céphalique est sans particularité sur le plan neurologique hormis une lenteur bilatérale de la réponse pupillaire à la lumière. Sur le plan somatique, la pression artérielle est de 145 / 70 mm Hg et le pouls battant régulièrement à 90 coups/minute.

L'interne qui le reçoit fait un bilan d'entrée. Ce bilan comprend une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, une protidémie avec électrophorèse des protéines, une créatininémie, une glycémie, une natrémie, et une kaliémie dont les résultats sont dans la limite de la normale exceptée la glycémie à 2 g/l, une étude du liquide céphalo-rachidien qui est acellulaire avec une protéinorachie à 0.8 g/l, un électrocardiogramme retrouvant un rythme sinusal à 90 pulsations par minute et un électromyogramme mettant en évidence peu de signes anormaux mais néanmoins des tracés pauvres au niveau des muscles pédiens et une diminution du réflexe H.

- 1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumenter le.
- 2) Comment interprétez vous la relative pauvreté des signes électromyographiques ? Que pouvez-vous proposer comme autre exploration électrophysiologique ?
- 3) Comment interprétez-vous la lenteur du réflexe pupillaire à la lumière ? Quelle autre constatation clinique faite chez ce patient a le même mécanisme ?
- 4) L'interne est inquiet de la protéinorachie à 0.8 g/l, l'interprétant comme un élément en faveur d'une démyélinisation sévère. Qu'en pensez-vous ?
- 5) Rédiger la prescription antalgique que réclame le patient

Corrigé

1) Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumenter le (25 points)

- neuropathie périphérique symétrique et distale (ou neuropathie sensitive) (10 points)
d'origine diabétique (4 points)
- symptomatologie bilatérale (1 point) symétrique (1 point) et distale (1 point)
- faiblesse réflexes achilléens (2 points)
- discrète dysautonomie associée (2 points)
- diabète ancien (1 point) actuellement déséquilibré (1 point)
- autres grandes étiologies écartés par clinique (1 point) et biologie (1 point)

2) Comment interprétez vous la relative pauvreté des signes électromyographiques ? Que pouvez-vous proposer comme autre exploration électrophysiologique ? (17 points)

- atteinte préférentielle des petites fibres (7 points) mal explorées par l'électromyographie (5 points)
- quantification des sensibilités thermiques (5 points)

3) Comment interprétez-vous la lenteur du réflexe pupillaire à la lumière ? Quelle autre constatation clinique faite chez ce patient a le même mécanisme ? (18 points)

- atteinte parasympathique (6 points) liée à une dysautonomie débutante (6 points)
- tachycardie sinusale (6 points)

4) L'interne est inquiet de la protéinorachie à 0.8 g/l, l'interprétant comme un élément en faveur d'une démyélinisation sévère. Êtes vous d'accord avec lui ? Pourquoi ? (10 points)

- non (5 points)
- hyperprotéinorachie modérée fréquente dans le diabète (5 points)

5) Rédiger la prescription antalgique que réclame le patient

- LAROXYL (ou ANAFRANIL) (10 points) par voie orale (gouttes ou comprimés) (5 points)
- débiter à 25 mg/ j (4 points) et augmenter progressivement de 25 mg/ j toutes les semaines (4 points) en privilégiant la prise vespérale (2 points)
- en surveillant tous les jours (1 point) initialement le rythme cardiaque (2 points) et la pression artérielle debout (2 points)

CAS DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 Th. BINOCHE

Monsieur F., 64 ans, porteur d'un artérite sévère des membres inférieurs, a été amputé en janvier 97 de la jambe droite sous le genou. Il est appareillé depuis août 97 avec un moignon de qualité convenable.

Depuis mars 97, ce malade se plaint de brûlures intense perçue au niveau du pied manquant, d'intensité variable, mais prédominant plutôt la nuit.

Il a été prescrit d'abord du Diantalvic (jusqu'à 6 comprimés par jour) puis du Skénan 20 mg matin et soir, avec un résultat incomplet et transitoire.

1° Quels commentaires fait-vous sur cette prise en charge et quel(s) traitement(s) proposez vous ?

CAS DOULEUR NEUROPATHIQUE 7 S BLOND

Monsieur Nicolas B. : il s'agit d'un patient âgé de 38 ans, mécanicien, dont les antécédents sont marqués par la survenue d'un accident de la voie publique lors d'une course de moto entraînant un polytrauma en 1994, comportant notamment un arrachement du plexus brachial droit avec compromis vasculaire surajouté ayant bénéficié ultérieurement d'une tentative de greffe nerveuse.

Actuellement, le patient se plaint d'une douleur intéressant l'ensemble du membre supérieur droit qu'il ressent lourd, serré, dans un étau et oppressé de façon permanente. S'y rajoutent des paroxysmes décrits comme des décharges électriques, des pointes, des « paquets de fourmis », « d'éclatement » de la main et de l'avant-bras. Le toucher et les variations thermiques sont extrêmement pénibles alors qu'il existe un déficit moteur complet et sensitif associé.

Analysez les différentes composantes de ce syndrome douloureux en essayant d'en dégager leur physiopathologie.

Quelles thérapeutiques médicamenteuses vous paraissent indiquées pour ces différentes composantes ?

Si vous vous trouvez devant une impasse thérapeutique médicamenteuse, quel(s) geste(s) chirurgical(aux) pourrai(en)t-il(s) être envisagé(s) seul, associés ou successifs ?

CAS DOULEUR NEUROPATHIQUE 8

Pr . S. BLOND

Monsieur Eric D. Patient de 31 ans, conseiller clientèle EDF, aux antécédents marqués par la survenue en 1987 d'un accident de la voie publique à moto entraînant un arrachement

du plexus brachial mais également un écrasement du membre supérieur gauche, motivant son amputation au tiers supérieur du bras et laissant des douleurs séquellaires depuis. Actuellement, il se plaint de douleurs de son membre fantôme de façon permanente, à type de brûlures, picotements et fourmillements au niveau de la main et du poignet. A signaler qu'il a l'impression d'avoir sa main recroquevillée sur son thorax. Il présente également des crises hyperalgiques à type de décharges électriques violentes, inopinées ou déclenchées par le stress, la fatigue ou les changements de temps, mieux supportées du fait de leur caractère bref. Il présente également des douleurs permanentes au niveau du moignon.

L'examen clinique du moignon ne retrouve pas d'anomalies particulières. On constate une allodynie mécanique mais également thermique concernant non seulement le moignon d'amputation mais aussi l'épaule et l'hémithorax gauches.

Quels sont les mécanismes physiopathologiques de ce syndrome douloureux ?

Quels sont les traitements médicamenteux envisagés en première intention ?

Quelles interventions chirurgicales peut-on proposer à ce patient ?

CAS LOMBALGIE 1 P. BOURGEOIS, E. COLLIN, A. COUTAUX ET G. DESFOSES

M. P, 72 ans, vous consulte pour des lombalgies apparues sans facteur déclenchant 3 mois auparavant.

A. Décrivez les modalités de votre entretien clinique.

Le patient a dans ses antécédents un cancer de la prostate découvert et traité par chirurgie endoscopique 6 ans plus tôt. Il est suivi de façon régulière par son médecin traitant et le dernier contrôle des PSA est normal (2,5 mg/l, [nl < 5 mg/l]).

Les douleurs se sont intensifiées progressivement malgré le repos et la prise régulière d'antalgique (palier 2). Il existe depuis 15 jours des réveils nocturnes vers 3 heures du matin. On ne note ni amaigrissement ni altération franche de l'état général.

B.1 Quels diagnostics pouvez-vous évoquer ? Hiérarchisez. Justifiez.

B.2 Comment procédez-vous pour évaluer ses douleurs ?

B.3 Quels seront les grands axes de votre prise en charge thérapeutique ?

B.4 Quels examens complémentaires faites-vous pratiquer pour confirmer votre suspicion clinique ?

Les radiographies standard montrent une disparition du pédicule droit de L4 associée à une condensation de L2 et de l'aile iliaque droite. Vous adressez donc votre patient en urgence à l'hôpital pour prise en charge diagnostique et thérapeutique.

C.1 Quels examens seront pratiqués pour étayer le diagnostic ? Qu'en attendre ?

C.2 Le patient vous demande si les examens que vous lui faites pratiquer sont douloureux. Que répondez-vous ? Quelles mesures prendre ?

La biopsie radioguidée de L4, finalement retenue, conclut à un infiltrat de cellules d'un adénocarcinome peu différencié mais compatible avec une origine prostatique.

D.1 Discuter la prise en charge thérapeutique chez ce patient (prise en charge étiologique, prise en charge symptomatique, prévention des complications éventuelles liées à l'évolution de la maladie).

D.2 Détaillez votre traitement antalgique en fonction des mécanismes physiopathologiques impliqués dans les douleurs liées aux métastases osseuses.

D.3 Comment évaluez-vous l'efficacité du traitement antalgique ? Quelles modifications seriez-vous amené à faire dans les situations suivantes :

EVA > à 55 mm en permanence ;

EVA en moyenne à 25 mm sur le nycthémère avec des pics douloureux lors des mobilisations (« incident pain ») évalués à 85 mm ;

EVA variable dans la journée avec des accès douloureux imprévisibles évalués à 85 mm sur une EVA (« breakthrough pain ») ;

Douleurs bien contrôlées dans la journée mais persistance de réveils nocturnes par les douleurs.

D.4 Comment abordez-vous la question du diagnostic et du pronostic avec votre patient ?

Les différents traitements proposés permettent un retour à domicile dans de bonnes conditions. Vous suivez régulièrement le patient. Le traitement antalgique par Moscontin® et Sevredol® est efficace et stable. Au bout de 5 mois, sa femme vous appelle à domicile car son mari est dans un état d'agitation et de confusion depuis 24 heures.

E.1 Quels diagnostics évoquez-vous ?

E.2 Quelle sera votre prise en charge symptomatique et étiologique en fonction du diagnostic ?

E.3 Quelle serait votre conduite pratique si la femme du patient refusait toute hospitalisation et tout traitement agressif ?

CAS LOMBALGIE 2 P. BOURGEOIS, A. COUTAUX, M. MELSE ET O. PLAISANT

A. Un homme de 44 ans, camionneur, vous consulte pour des lombalgies apparues lors d'un effort de soulèvement à son travail.

Les douleurs sont très intenses rendant toute déambulation impossible.

A.1 Quels signes de gravité recherchez-vous et quelles seront les données de l'examen clinique ? Chez ce patient, quels sont les mécanismes de la douleur et comment conduisez-vous votre entretien pour évaluer la douleur ?

A.2 Quelle prise en charge thérapeutique instituez-vous et pourquoi ? Quelles recommandations lui faites-vous ?

A.3 Quelle prise en charge sociale devez-vous mettre en route ?

B. L'évolution est rapidement favorable et le patient reprend son travail à plein temps. Quelques mois plus tard, lors d'un faux mouvement dans son jardin, le patient ressent une vive douleur lombaire, mais peut poursuivre sans encombre son activité. Le lendemain matin, il ne peut quitter son lit du fait d'une douleur insupportable apparue dans le membre inférieur droit. Il vous appelle à son domicile, incapable de se déplacer.

B.1 Quelles sont les données de l'examen clinique ? Quels signes de gravité devez-vous rechercher ? Quels sont les arguments en faveur d'un conflit disco-radiculaire ?

B.2 Quels sont les mécanismes de la douleur ? Comment interprétez-vous cette douleur ? Quelles conséquences thérapeutiques cela peut-il avoir ?

B. 3 Quels examens complémentaires faites-vous pratiquer ? Qu'en attendez-vous ?

B.4 Quelle thérapeutique mettez-vous en place ?

B.5 Quelle sera cette fois-ci la prise en charge sociale ?

C. Après 1 mois d'évolution, le patient se dit toujours insuffisamment soulagé pour pouvoir reprendre son travail. L'examen clinique montre quelques signes discordants alors que le patient revendique la prise en compte de l'épisode actuel en rechute de l'accident de travail (AT) initial.

C.1 Cette revendication est-elle légitime ? En cas de non-reconnaissance en rechute d'AT, quelles en sont les conséquences sociales en cas de poursuite de l'arrêt en maladie ?

C.2 Quelle est votre interprétation des signes de discordance clinique ?

C.3 Quels sont les différents aspects de votre prise en charge ?

D. La prise en charge que vous avez effectuée l'a nettement amélioré, il a repris son travail, mais les douleurs redeviennent importantes. Il est à nouveau en arrêt de maladie. Il passe ses journées au lit, ne fait plus rien, dort mal.

D.1 Quelle interprétation faites-vous de ses nouveaux symptômes ? Cela modifie-t-il votre prise en charge ? Que proposez-vous au patient ?

E. Des voisins et le médecin du travail lui ont conseillé d'aller consulter un chirurgien orthopédiste qui lui propose de l'opérer malgré l'absence de conflit disco-radiculaire franc. Le patient est amélioré quelques jours en postopératoire avant que ne réapparaissent des douleurs identiques.

E.1 Comment conduisez-vous l'entretien avec votre patient ?

E.2 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et que faites-vous pour les confirmer ?

E.3 Modifiez-vous le traitement pharmacologique de la douleur ?

F. Les données de l'examen clinique et des examens paracliniques sont rassurantes. Il existe un tissu cicatriciel, englobant les racines L5 et S1 droites, évocateur de fibrose. Le traitement que vous lui proposez ne permet pas un soulagement suffisant lors des longs trajets en voiture et donc la reprise de son travail. Le patient est licencié par son entreprise qui ne peut lui proposer de reclassement professionnel.

F.1 Que lui proposez-vous ?

Monsieur Luc F. Il s'agit d'un patient âgé de 37 ans, agent de police, dont les antécédents sont marqués par la survenue en 1992 de façon brutale d'un syndrome de compression de la queue de cheval associant un déficit sensitivo-moteur S1 gauche et des troubles sphinctériens en rapport avec une hernie discale L5-S1 gauche libre, ayant bénéficié d'une chirurgie décompressive en urgence.

L'évolution post-opératoire est marquée par une récupération motrice en cours de rééducation alors que le patient garde des séquelles à type de lombalgies chroniques et surtout des troubles vésicaux sphinctériens de type spastique.

C'est environ quatre ans plus tard que dans un contexte de réactivation des lombalgies chroniques, en particulier lors des efforts, le patient se plaint de façon de plus en plus croissante de douleurs siégeant à la face postérieure de la cuisse et de la jambe gauches, de façon permanente et surtout nocturne, à type de crampes, de brûlures voire de déchirement.

L'examen clinique retrouve une hypoesthésie épicroticienne et thermoalgique dans le territoire S1 gauche, sans déficit moteur, s'accompagnant d'une abolition unilatérale du ROT achilléen dans un contexte de syndrome rachidien modéré. Un bilan d'imagerie anatomique n'a pas permis de mettre en évidence l'existence d'un conflit ostéo-disco-radicalaire.

Quel est le diagnostic clinique à évoquer en première intention et quels sont les examens paracliniques utiles à illustrer ce diagnostic ou à exclure d'autres ?

Quelles thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses non invasives peut-on proposer à ce patient ?

Dans le cas de la persistance de douleurs invalidantes malgré ces thérapeutiques proposées, quel geste opératoire pourrait-on envisager ?

CAS DCNC 1

B. BROCHET

Mme C, 55 ans, agricultrice consulte pour des douleurs abdominales de début progressif depuis quelques mois. Ces douleurs ne sont pas rythmées par les repas. Elle consomme des antalgiques (paracétamol, paracétamol-codéine) en automédication à la demande qui sont inefficaces.

Antécédents :

Colopathie fonctionnelle, Cholécystectomie

Syndrome dépressif depuis 3 ans (retraite de son mari).

HTA , DNID

Quels renseignements complémentaires souhaitez-vous à ce stade?

Pas d'antécédent d'éruption.

La topographie de la douleur : latérale gauche en hémiceinture

Type des douleurs : brûlures continues avec des lancements surajoutés (pointes, coups d'aiguilles),

Rythme des douleurs : non rythmées par les repas, douleurs le jour et la nuit (la douleur la réveille).

Examen clinique :

examen abdominal normal

pas de trace d'éruption

pas d'hypoesthésie aux principales modalités sensitives (tact, piquûre...).

allodynie mécanique & thermique statique et dynamique.

Quelle est la signification de l'allodynie ?

Quel est le mécanisme probable de ces douleurs ? Listez et commentez tous les arguments en faveur de ce mécanisme.

Quelle étiologie évoquer?

Quelles possibilités de traitement peut-on envisager ?

Cas DCNC 2

B. BROCHET

Un homme de 45 ans consulte pour un tableau douloureux chronique. Il est artisan-maçon, marié, père de 2 enfants.

Antécédents:

Lumbagos à répétition depuis l'âge de 35 ans, environ un par an l'obligeant à s'aliter 8 à 15 jours chaque fois.

Appendicectomie à 16 ans;

Hernie inguinale droite à 37 ans

Hernie inguinale gauche à 38 ans

Histoire de la maladie:

Il y a 2 ans et demi il est victime d'un accident du travail (port d'un sac de 35 kg de ciment). Il ressent une lombalgie aiguë avec blocage. Il s'alite.

Le lendemain il ressent une douleur progressive du membre inférieur gauche (face postérieure de fesse, cuisse et mollet puis bord interne du pied jusqu'au cinquième orteil).

Il est traité pendant 15 j par AINS en intramusculaire et repos relatif.

Aucune amélioration. Il est alors hospitalisé.

Un scanner lombaire montre une hernie discale L5-S1 latéralisée à gauche. Il est opéré (microdiscectomie).

Il est soulagé de la sciatique mais conserve des lombalgies aggravées en position debout, ou couché sur le ventre et quand il se redresse.

Un mécanisme particulier peut-il être évoqué pour ces lombalgies séquellaires ?

Une rééducation de renforcement musculaire lombaire et abdominal est entreprise.

Deux mois plus tard la sciatique reprend dans le même territoire. Un scanner de contrôle montre un bombement discal. Il est réopéré. Aucun soulagement. Une « rééducation » (ultrasons, infrarouges, massages légers) est reprise.

Son traitement actuel est: Uteplex[®] 3/j, Valium[®] 5mg matin, midi, 15mg le soir; Propofan 2 cps à la demande, Anafranil 10 mg/j; Tegretol[®] 200LP un cp/j.

Comment évaluer la situation de ce patient? Décrire les modalités de l'évaluation et les paramètres à considérer.

En fonction des résultats de cette évaluation quelles possibilités de prise en charge pourraient être envisagées?

Cas DCNC 3

Th. BINOCHÉ

Mme L., 45 ans, été opérée il y a un an d'une lombosciatique S1 droite d'origine discale avec succès puisque les douleurs radiculaires droites ont disparu dans les suites de l'intervention. Seules persistaient des lombalgies, en particulier lors de la station debout prolongée. Trois mois après l'intervention, c'est-à-dire il y a six mois, des douleurs du membre inférieur droit sont réapparues. Elles sont de topographie S1, parfois aussi L 5, plutôt plus sourdes que les douleurs préopératoires, non-impulsives à la toux, augmentant en position assise et debout immobile, mais plutôt améliorées par la marche.

L'imagerie ne montre pas de récurrence herniaire mais seulement une « fibrose » périradiculaire importante. Le chirurgien vous adresse cette patiente pour la prise en charge de ses douleurs.

Quels compléments d'information demandez vous ?

Comment analysez-vous ces douleurs ?

Quel traitement proposez vous ?

Cas DCNC 4

Th. BINOCHÉ

Madame F., cinquante-deux ans, consulte pour des douleurs du genou gauche et des douleurs des doigts. Cette patiente, sans antécédent particulier, pèse 70 kilos pour 1 mètre 55. Les radiographies qui datent de quelques semaines montrent une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale, plus marquée à gauche, et une arthrose des interphalangiennes.

Les douleurs du genou gauche surviennent principalement à la marche (au delà de 100m) , à la station debout prolongée et à la montée des escaliers (dès les premières marches). Les douleurs des doigts sont permanentes, débutant au réveil mais sans dérouillage matinal. Elles ne s'accroissent pas lors des activités manuelles.

Actuellement Madame F. est traitée par trois grammes de paracétamol par jour avec une efficacité tout à fait insuffisante.

Comment analysez-vous ses douleurs ? Quel traitement lui proposez vous ? Comment évaluer l'efficacité du traitement ?

Cas DCNC 5

Th. BINOCHÉ

Monsieur D., chaudronnier, trente-six ans, a été victime il y a 18 mois d'un accident de travail avec amputation de P2 et P3 des quatrième et cinquième doigts droits. Les phalanges étaient totalement écrasées et il n'y a pas eu de tentative de ré-implantation mais simple régularisation avec reconstitution de moignons apparemment de bonne qualité.

Depuis le deuxième mois d'évolution, il présente des douleurs qu'il analyse ainsi :

- les phalanges manquantes et les doigts correspondants sont douloureux en permanence, comme comprimés dans un étau ;
- l'éminence hypothénar droite est perçue comme brûlante de façon permanente, avec une recrudescence le soir ;
- des douleurs traçantes, d'allure électrique, surviennent à l'occasion de petits traumatismes au niveau des moignon, mais aussi spontanément, et remontent jusqu'au coude.

À l'examen, la main droite est nettement plus froide que la gauche, avec une nette hypersudation palmaire. Il n'y a pas d'œdème évident.

Le malade prend 6 comprimés de Diantalvic par jour, sans effet notable sur les douleurs.

Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Quels examens demandez-vous ?

Que proposez-vous comme traitement ?

Cas DCNC 6

Ph. ROUSSEL

Monsieur T. J. né le 26 04 79, vit maritalement, deux enfants, maître chien

1ère consultation 06 2000 Motif : douleur de la jambe gauche

ATCD : multiples traumatismes de la petite enfance : entorse de lacheville, plaie d'avant-bras...chez un enfant hyperkinétique, kyste graisseux de la verge opéré à 7 reprises entre 13 et 16 ans, migraines dans l'adolescence

Histoire de la douleur

- 08 1998 : morsure violente du mollet gauche avec plaies profondes suturées
- développement de douleurs neuropathiques : neurotomie du nerf saphène interne pour douleur névromateuse de la face interne du genou et de la jambe gauches en 04 1999, 05 1999, 06 1999 et 12 1999
- depuis 05 1999, succession de phases hyperalgiques et de traitements opiacés avec échappement antalgique, sevrage...

Clinique

* topographie étendue : genou, mollet, malléole interne, territoire du nerf saphène interne

* caractéristiques qualitatives de douleurs neuropathiques avec décharges fulgurantes du MIG

* alternances de zones hypoesthésiques et hyperesthésiques

* ROT achilléen gauche non retrouvé

* sévérité marquée : EVA > 7 / 10

* anhédonie, sentiment d'inefficience, attentes d'un soulagement de 50 %, inquiétude légitime / devenir professionnel, phases dépressives avec raptus suicidaire en 01 2001 en raison de l'échec d'une nouvelle chirurgie de névrome

* personnalité dépendante avec difficultés à faire face aux situations frustrantes

Traitements : échappement rapide aux trts usuels des algies neuropathiques : tous les antiépileptiques... réponse positive à la morphinothérapie mais tachyphylaxie rapide. Pas de

difficultés au sevrage qui se réalise très rapidement, réponse positive à la kétamine sans post-effet tout comme aux tricycliques I.V., NSTC très algogène même à distance, refus d'un suivi psychologique Discussion Peut- on envisager une stimulation cordonale postérieure ou une morphinothérapie intra-thécale, la douleur restant toujours aussi invalidante ?

CAS DCNC 7 B. FERGANE

Il s'agit d'une femme de 80 ans, veuve d'un confrère, diabétique non insulino-dépendante, présentant depuis ces derniers mois une augmentation de ses douleurs de type lombo-sciatalgie gauche et droite, accompagnées de sensation de brûlures et de dysesthésies des deux membres inférieurs surtout au niveau distal.

* Ses antécédents sont chargés :

- Appendicectomie.
- hystérectomie à l'âge de 33 ans.
- En 1987, traumatisme de l'épaule droite opérée (docteur TRILLOT), avec séquelles douloureuses entraînant des perfusions d'anti-dépresseurs à Lariboisière.
- En 1991, lombo-sciatalgie droite : ostéoporose diffuse, arthrose inter-apophysaire.
- En 1992, disectomie L4-L5 après de nombreuses injections périurales.
- En 1993, I.R.M. : hernie L5-S1 opérée, suivie d'une sédation complète pendant deux ans.
- En 1995, brûlures, striction du mollet, lombo-sciatalgie droite. A l'examen neurologique, il existe une aréflexie et un trouble sensitif du membre inférieur droit.

- Récemment a été demandé un E.M.G. avec scanner et saccoradiculographie devant un tableau clinique de CLE.

* Objectif : prise en charge d'une lombalgique chronique âgée dans un contexte familial médical et para-médical.

Madame Q., âgée de 25 ans, sans antécédent particulier en dehors d'une spasmophilie, a été victime d'une chute accidentelle sur le lieu de son travail en septembre 98, motivant son hospitalisation à l'Hôpital d'Arras devant des douleurs rachidiennes. Un bilan radiologique complet alors effectué ne montre pas de lésion osseuse. Secondairement, il a été porté le diagnostic d'une entorse acromio-claviculaire droite et la patiente a signalé l'apparition secondaire, deux semaines plus tard, de sensations de décharges électriques à tout le membre supérieur droit avec un manque de sensibilité.

Un bilan neurologique effectué retrouve une hypoesthésie thermo-algique intéressant l'ensemble du membre supérieur droit et une partie de l'hémitrunc du même côté, sans déficit moteur évident. L'étude des réflexes montre une diminution des réflexes ostéo-tendineux au niveau de ce membre supérieur droit sans altération significative de la sensibilité profonde. Par ailleurs, l'examen est normal aux membres inférieurs et la patiente ne se plaint d'aucun trouble sphinctérien.

Un bilan IRM retrouve d'une part, une cavité syringomyélique très étendue intéressant l'ensemble de la moëlle cervicale et dorso-lombaire avec une malformation d'Arnold Chiari de type I à l'origine de cette cavité syringomyélique.

QUESTION n°1 : QUELLE EST, A VOTRE AVIS, L'ORIGINE DES DOULEURS PRESENTEES PAR LA PATIENTE ?

Réponse : il s'agit au total d'une malformation d'Arnold Chiari entraînant une cavité syringomyélique probablement décompensée par ce traumatisme pour s'exprimer par des troubles neurologiques au membre supérieur droit.

L'indication chirurgicale est retenue et une intervention décompressive de la charnière cervico-occipitale a été réalisée en février 1999. Les suites opératoires ont été simples, la patiente est apyrétique et la cicatrisation est satisfaisante. L'évolution reste marquée par une discrète majoration de la symptomatologie douloureuse intéressant l'ensemble du membre supérieur droit et s'étendant également dans la région latéro-thoracique droite, intéressant également la face externe de la cuisse et de la jambe droites. Il s'agit d'un fond douloureux permanent à type de brûlures, d'intensité fluctuante, sur lequel se greffent des paroxysmes hyperalgiques inopinés à type de décharges électriques, survenant à tout moment de la journée, volontiers déclenchés par la fatigue et/ou les contrariétés.

L'examen clinique retrouve d'importantes perturbations des sensibilités élémentaires associées à une véritable allodynie mécanique dynamique et thermique aussi bien pour le chaud que pour le froid en regard de la zone douloureuse.

Cette situation se complique par le fait qu'au niveau du membre supérieur droit, les douleurs seraient prévalentes dans le territoire distal du nerf médian droit. Les bilans électrophysiologiques révèlent une souffrance de ce nerf au niveau du canal carpien. Dans un tel contexte, une indication de décompression pourrait être envisagée, mais au préalable, il convient de s'assurer d'une prise en charge globale du syndrome douloureux chronique, tout en rappelant bien à la patiente les objectifs d'un tel traitement limité au seul territoire du nerf médian.

QUESTION n°2 : QUEL DIAGNOSTIC PORTEZ-VOUS A CES DOULEURS ET QUEL TRAITEMENT PROPOSERIEZ-VOUS ?

Réponse : il s'agit d'authentiques douleurs neuropathiques par désafférentation, d'origine médullaire.

QUESTION n°3 : QUELS EXAMENS COMPLEMENTAIRES FERIEZ-VOUS PRATIQUER POUR VALIDER CETTE DESAFFERENTATION ?

Réponse : des examens électro-neurophysiologiques, à savoir :

- électromyogramme avec vitesse de conduction sensitive, notamment à la recherche d'un canal carpien,
- des potentiels évoqués somesthésiques des nerfs médian, cubital, radial, éventuellement SPI et SPE,
- des potentiels évoqués nociceptifs par stimulation laser.

Les résultats de ces explorations permettent de mieux évaluer les caractéristiques des douleurs neuropathiques médullaires par atteinte des fibres lemniscales et/ou extra-lemniscales. Cette distinction est importante lors de la définition d'une prise en charge thérapeutique plus spécialisée.

La consultation pluridisciplinaire retrouve indéniablement des facteurs thymiques et biographiques intervenant également dans l'expression douloureuse : en particulier, il convient de ne pas méconnaître une importante anxiété chez cette jeune

patiente par ailleurs désireuse de poursuivre ses activités professionnelles. Un traitement associant LAROXYL, RIVOTRIL, NEURONTIN et neurostimulation transcutanée à visée analgésique dans le territoire médian a permis une diminution sensible mais non suffisante de la symptomatologie douloureuse. Très rapidement, la patiente se plaint de nombreux effets secondaires aux classiques traitements anti-épileptique et thymo-analeptique et l'utilisation de la neurostimulation transcutanée est rapidement modifiée par la patiente en plaçant une électrode de part et d'autre du rachis cervical. La patiente décrit prendre souvent du DAFALGAN qui permet, d'après elle, de soulager en partie la symptomatologie douloureuse ainsi que les céphalées qu'elle décrit présenter relativement souvent.

Par ailleurs, la patiente présente de grandes crises douloureuses isolées.: la première il y a huit mois, la seconde durant une hospitalisation. Ces crises douloureuses rares suivent une grande contrariété et entraînent des contractures, un enraidissement cervical, des céphalées, des phosphènes. La crise se termine par une sorte de paralysie hémifaciale et cervico-brachiale droites. Au sortir de la crise, la patiente bave et présente une somnolence importante.

La patiente est confrontée sur le plan biographique à de nombreuses atteintes narcissiques :

- ne pas être psychologue (elle a essayé) comme sa soeur,
- ne pas être mince (comme sa soeur),
- rencontrer des conflits professionnels : « on » n'adhère pas à ses comportements douloureux de façon suffisamment renforçante dans le milieu du travail.

La patiente présente une phobie des hôpitaux (sa mère est infirmière, son père « homme à la maison », sans doute en invalidité pour un problème d'épaule).

Elle active les conflits entre médecins qui la suivent, entretient « un relationnel très important » selon ses dires avec un neurologue hospitalier et se plaint de « l'inhumanité » de certains médecins. La prescription de XANAX 50 à la suite de la seconde grande crise douloureuse lors de son hospitalisation au CETD va entraîner des troubles de la vigilance jusqu'à la sortie c'est-à-dire au moins 48 heures après la prise unique de ce comprimé.

Enfin, dernier point livré avec réticence : un seul joint aurait suffi à lui démontrer l'efficacité du cannabis sur ses douleurs.

QUESTION n°4 : COMMENT COMPRENEZ-VOUS LES CRISES DOULOUREUSES SPECTACULAIRES DE LA PATIENTE ? QUEL TYPE DE PERSONNALITE SEMBLE-T-ELLE PRESENTER ?

Réponse : si on ne peut réfuter l'organicité des douleurs, il est cependant possible d'associer les « grandes crises » à des manifestations névrotiques critiques, du registre de la conversion, de type malaises lipothymiques.

Il s'agit vraisemblablement d'une personnalité névrotique de type hystérique avec des caractères narcissiques importants.

L'attitude psychologique de soutien à type de revalorisation narcissique est nécessaire. Un contact téléphonique direct avec le médecin généraliste est pris pour évaluer la nécessité d'un soutien psychologique au long cours auquel la patiente avait déjà recouru lors d'un épisode dépressif plus ancien.

Lors d'un passage dans le Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur courant août 2000, un nouvel examen IRM montre la cavité syringomyélique, bien objectivée et ne paraissant pas évolutive. D'un point de vue thérapeutique, nous avons conseillé à cette patiente le maintien d'un traitement à base de NEURONTIN à raison de 3600 mg/jour, associé à une prise de LAROXYL, tout en abandonnant le RIVOTRIL et en réduisant dans la mesure du possible le DAFALGAN. Durant cette hospitalisation, un traitement à base de XANAX a été institué en raison d'importantes manifestations anxieuses, mais il semble que l'intéressée n'ait pas accepté cette prescription. Par ailleurs, il est réellement difficile d'affirmer qu'un geste chirurgical effectué sur la cavité syringomyélique entraînerait une réduction de ces douleurs neuropathiques : celles-ci doivent être considérées comme la conséquence d'un dysfonctionnement médullaire, touchant préférentiellement les fibres sensibles, en se rappelant que par ailleurs l'examen neurologique n'est pas modifié par rapport aux constatations antérieures. Dans la mesure où les traitements médicamenteux, associés à une prise en charge psychologique, n'entraîneraient pas d'atténuation significative, on pourrait se poser la question de l'intérêt d'un geste de Neurochirurgie Fonctionnelle.

QUESTION n°5 : QUEL TYPE DE GESTE DE NEUROCHIRURGIE FONCTIONNELLE PROPOSERIEZ-VOUS ?

Réponse : le choix s'avère difficile et dépend essentiellement des résultats des explorations électrophysiologiques mais l'on peut supposer qu'une stimulation médullaire cervicale n'entraînerait pas un réel effet antalgique. Dans ces conditions, la seule solution thérapeutique, purement symptomatique, pourrait être une stimulation chronique du gyrus central gauche. Compte-tenu de multiples paramètres cliniques, anatomiques, électrophysiologiques et psychologiques intervenant dans la genèse mais également dans la prise en charge thérapeutique de ces douleurs, une telle décision ne peut pas être prise « ex abrupto », tout en se rappelant que par ailleurs se pose la question de l'intérêt d'une décompression du nerf médian droit.

Mr H.H est un patient âgé de 32 ans suivi en Oncologie pour un rhabdomyosarcome de la cuisse droite évoluant depuis un an. Immédiatement après la découverte de ce sarcome, une chirurgie conservatrice avec exérèse large de la tumeur a été effectuée suivie d'une radiothérapie externe post-opératoire de 50 Gy.

Depuis deux mois, il présente une récurrence localement très étendue, mais refuse formellement toute amputation. De fait il a été inclus dans un essai thérapeutique de phase II évaluant une polychimiothérapie associant doxorubicine, DTIC, cyclophosphamide et vincristine. Dans ce contexte, il présente une douleur de l'ensemble de la cuisse qu'il côtoie à l'échelle visuelle analogique à 6 et dont le retentissement fonctionnel est majeur notamment du fait de l'induction d'une insomnie coexistant avec une anxiété majeure.

Les premières thérapeutiques antalgiques ont été des anti-inflammatoires et une association paracétamol-codéine. Elles se sont avérées inefficaces. Pendant plus d'un mois, le patient a constaté un bon effet du Temgesic® par voie sublinguale mais, alors qu'il augmentait la posologie, le patient le trouvait beaucoup moins efficace. Le patient est alors adressé à la Consultation Douleur avec pour motif " une mise sous morphine ". Après évaluation, cette indication est confirmée

1) Quelle est la prescription initiale ?

2) Quelles en sont les obligations légales ?

3) Une fois le risque de dépendance relativisé, quels sont les effets indésirables dont il faut prévenir le patient ?

4) Comment expliquer ce qu'a constaté le patient avec le Temgesic® ?

5) La prise en charge chimiothérapique de ce patient entraînant des vomissements difficilement contrôlés et une anorexie comment peut-on prescrire la morphine à ce patient ?

6) Après une première phase de très bon contrôle antalgique, la situation se dégrade du fait d'une réapparition de la douleur que le patient décrit alors comme plus distale puisque comparée à une sensation de brûlure affectant la face antérolatérale de la jambe et le coup de pied. Malheureusement cette récurrence douloureuse résiste à l'augmentation posologique du traitement morphinique. Comment peut-on expliquer cette situation ? Que peut-on proposer en première intention ?

Corrigé

1) Quelle est la prescription initiale ?

- sulfate de morphine (5 points) (les noms de spécialité Skenan LP® ou Moscontin® acceptés)

- par voie orale (5 points)
- posologie initiale (1 point) de 30 mg (3 points) toutes les 12 heures (4 points)
- évaluation initiale dans les 24 heures (3 points) et de façon rapprochée jusqu'au contrôle antalgique (2 points)
- augmentation de la posologie de 50 % (5 points) si nécessaire

2) Quelles en sont les obligations légales ?

sur carnet à souches (7 points), posologie en toutes lettres (3 points), prescription limitée à 28 jours (7 points)

3) Le patient est très inquiet de l'induction d'une toxicomanie. Comment lui définir la dépendance physique, la dépendance psychologique et l'accoutumance ?

- dépendance physique : nécessité de répéter les prises de morphines pour éviter le syndrome de manque (2,5 points)
- dépendance psychologique : comportement toxicomane (2,5 points) avec besoin impérieux et souci obsessionnel des prises
- accoutumance : perte de sensibilité à la morphine (2,5 points)

4) Comment expliquer ce qu'a constaté le patient avec le Temgesic® ?

- extension du processus tumoral (3 points)
- apparition d'un effet plafond (2 points) lié à l'effet agoniste-antagoniste de la buprénorphine (2 points)

5) Une fois le risque de dépendance relativisé, quels sont les effets secondaires dont il faut prévenir le patient ?

- constipation (5 points), nausées et vomissements (5 points), somnolence et sédation (5 points), dépression respiratoire (3 points), rétention urinaire (2 points), sueurs (0,5 point), prurit (0,5 point), myosis (0,5 point)

5) La prise en charge chimiothérapique de ce patient entraînant des vomissements difficilement contrôlés et une anorexie comment peut-on prescrire la morphine à ce patient ?

- voie intraveineuse (2 points) par la chambre d'injection implantée (1 point) ou voie sous cutanée (2 points) à l'aide d'une pompe (2 point) ou d'une seringue auto-pouseuse (1 point)
- voie périmédullaire (2 points) (terme intrathécale accepté)

6) Après une première phase de très bon contrôle antalgique, la situation se dégrade du fait d'une réapparition de la douleur que le patient décrit alors comme plus distale puisque

comparée à une sensation de brûlure affectant la face antérolatérale de la jambe et le coup de pied. Malheureusement cette récurrence douloureuse résiste à l'augmentation posologique du traitement morphinique. Comment peut-on expliquer cette situation ? Que peut-on proposer en première intention ?

- apparition d'une douleur neurogène (2 points) morphinorésistante (2 points) par envahissement du sciatique (1 point) plus ou moins aggravée par la toxicité de la vincristine (1 point)

- antidépresseurs tricycliques (2) en coantalgiques (1)

CAS CANCER 2

Pr. de BROUCKER

Un patient âgé de 65 ans, présente un cancer du plancher buccal avec extension loco-régionale responsable d'une ulcération néoplasique cervicale évolutive surinfectée. Le patient est trachéotomisé. Son traitement associe 60 mg de sulfate de MORPHINE per-os matin et soir et 40 mg de PREDNISONNE le matin. Depuis une semaine la prise orale est très difficile avec fausses routes alimentaires et médicamenteuses qui rend aléatoire le maintien de la voie orale.

Vous décidez de changer le voie d'administration de la Morphine en remplaçant le sulfate de MORPHINE par un patch de FENTANYL (DUROGESIC) à quelle posologie allez-vous débiter ? Argumentez. (4 points)

Quelles précautions faut-il prendre concernant le DUROGESIC.

- dans la traçabilité de ce produit (2 points)
 - dans le respect des contre-indications ou des précautions cliniques à prendre (2 points)
3. Quels moyens simples proposez-vous comme soins de bouche ? (4 points)
 4. Quels soins de confort esthétiques proposez-vous à ce patient ? (2 points)
 5. Comment aborder avec le patient l'éventualité de la mise en place d'une sonde de gastrostomie ? (3 points)
 6. Quel est le risque évolutif majeur (ou la complication majeure) que peut présenter le patient ? (2 points)

CAS CANCER 3

Pr. de BROUCKER

Un patient de 60 ans présente un carcinome bronchique épidermoïde droit, initialement opéré avec pneumonectomie, mais malheureusement en reprise évolutive échappant à la chimiothérapie. Le bilan d'extension retrouve des métastases hépatiques, osseuses (rachis dorsal et cervical, grill costal) et cérébrales (frontale et du tronc cérébral).

Le patient est angoissé par peur de la maladie et peur des mobilisations responsables d'exacerbation douloureuse.

Le traitement antalgique associe 8 comprimés par jour d'une association de 500 mg de Paracetamol et de 30 mg de Codéine par comprimé, complété par 1 comprimé de Buprénorphine (TEMGESIC) en cas de poussée douloureuse lors des mobilisations

1. Que pensez-vous de l'association Paracetamol-Codéine et Temgesic ?
2. En ne tenant compte que de la Codéine :

Quelle est l'équivalence d'action avec la Morphine ?

En théorie à quelle dose équivalant de Morphine correspond la dose totale de Codéine prise par le patient ?

3. Quels éléments repris dans l'énoncé peuvent expliquer son syndrome confusionnel ?
4. Quels sont les deux éléments cliniques de base non repris dans l'énoncé que vous devez rechercher systématiquement chez tout patient confus en fin de vie ?
5. Le patient est douloureux malgré le traitement, et vous décidez le passage aux antalgiques de pallier III, quel schéma thérapeutique proposez-vous :

En traitement de fond ?

Lors des mobilisations ou des poussées douloureuses ?

CAS CANCER 4

Pr. de BROUCKER

Une patiente âgée de 50 ans présente un carcinome anaplasique à petites cellules lobaire supérieur gauche traité initialement par six cures chimiothérapiques. L'évolutivité néoplasique est certaine marquée par des métastases osseuses (costales et vertébrales) hépatiques et cérébrales. Le traitement associe 6 gélules de DI-ANTALVIC (dextropropoxyphène 30 mg et paracétamol 400 mg par gélule) complété par un comprimé de TEMGESIC en cas de poussée douloureuse osseuse aux mobilisations (jusqu'à six prises par jour).

1. Que pensez-vous de l'association DI-ANTALVIC-TEMGESIC ? (2 points)
2. En ne tenant compte que du DI-ANTALVIC, quelle est l'équivalence d'action entre le dextropropoxyphène et la MORPHINE ? (2 points)

En théorie à quelle dose équivalant de MORPHINE correspond la dose totale de dextropropoxyphène prise par le patient ? (1 point)

3. Au décours de l'évolution clinique, la patiente présente un épisode confusionnel. Compte tenu de la situation clinique, quelles sont les trois étiologies les plus probables à ce syndrome confusionnel ? (6 points)

4. En plus des morphiniques, quel traitement complémentaire allez-vous instaurer :

Pour améliorer son état général (1 point), Prévenir les effets secondaires des morphiniques (3 points)

5. La patiente présente une extension au plexus brachial avec des douleurs d'allure neuropathique à type de décharges électriques.

Quel traitement proposez-vous ? (2 points), Comment instaurer ce traitement ? (2 points)

Quel effet secondaire majeur peut-on craindre ? (2 points)

6. Quel est le risque évolutif majeur (ou la complication majeure) que peut présenter le patient ? (2 points)

Une femme de 60 ans présente un cancer du sein avec des métastases hépatiques et pulmonaires et osseuses. Elle se plaint de douleurs rachidiennes osseuses, qui entraînent une prescription de morphine orale à libération prolongée. Elle est alors équilibrée avec une posologie de 100 mg X 2 / jour. Elle bénéficie également d'une intervention chirurgicale, suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie et d'une hormonothérapie.

Après 5 ans, on constate une récurrence des métastases osseuses, pour laquelle une hormonothérapie est entreprise et qui laissera la patiente tranquille pendant encore 3 ans.

Après cette période de rémission, elle présente à nouveau un amaigrissement (5kg en 3 mois), une fatigue générale, une dyspnée de repos et des douleurs diffuses, témoignant d'une reprise de la maladie cancéreuse, sous forme de métastases osseuses et pleuro-pulmonaire.

Dans un premier temps, la posologie des morphiniques a été augmentée, mais cette augmentation, loin d'apporter un soulagement a été la source d'effets secondaires à type de désorientation et d'hallucinations.

Quelle attitude thérapeutique peut-on proposer ?

Réponses et objectifs ?

1- Concernant la douleur, on doit proposer une rotation des opiacés.

Objectifs :

Rappeler les conditions préalables d'envisager cette rotation à savoir s'assurer qu'il n'existe pas d'autres troubles expliquant les effets secondaires constatés (troubles de l'hydratation, troubles métaboliques et métastases cérébrales...)

Envisager les concepts permettant cette rotation des opiacés (sous récepteurs) en les confrontant à la notion de tolérance (récepteurs anti-NMDA et association de kétamine).

Donner les antalgiques morphiniques permettant de réaliser cette rotation des opiacés, en précisant les règles de conversion pour chacun d'entre eux.

2 – Concernant l'évolution de la maladie, il faut penser à discuter la possibilité d'une chimiothérapie palliative, avant d'envisager une prise en charge exclusive en soins palliatifs.

Objectifs :

Rappeler qu'il s'agit d'une décision multidisciplinaire nécessitant une discussion pour chaque patient avec des personnes ayant l'expertise dans le domaine cancérologique et avec celui des soins palliatifs.

Rappeler les principes, les buts et les modalités d'une chimiothérapie palliative.

CAS CANCER 6

Th. BINOCHE

Monsieur D., 68 ans, a été opéré d'un cancer de la prostate il y a trois ans. Il présente plusieurs métastases osseuses au niveau du crâne, des corps vertébraux de L1 et L4, et de l'arc postérieur de la sixième côte droite. Il souffre depuis près d'un an.

Après une augmentation progressive des doses de morphine, il est actuellement traité par Skénan 60 mg à 8 h et 20 heures.

Il se plaint de nausées fréquentes, d'une constipation opiniâtre, et d'épisodes douloureux persistants qui semblent de deux types : d'une part des douleurs lombaires au lever et à la marche, très invalidantes mais non systématiques, cédant toujours en dix minutes de décubitus environ, et d'autre part des douleurs à type de décharges électriques au niveau du sixième espace intercostal droit, survenant essentiellement la nuit et devenant insomniantes.

Quels compléments d'information essayez-vous de recueillir ?

Quelles modifications thérapeutiques (éventuellement dépendantes de ces informations) proposez-vous ? Argumentez ces propositions.

1) Une femme de 63 ans découvre la présence d'un nodule dans son sein gauche. Elle consulte en urgence sa gynécologue qui palpe un nodule induré d'environ 3 cm de diamètre dans le quadrant supéro-externe du sein gauche sans aucun signe cutané en regard.

Quel entretien la gynécologue a-t-elle avec la malade et quels examens demande-t-elle ?

2) Le bilan montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome moyennement différencié de grade cytopronostic SBRII. Les récepteurs aux œstrogènes sont « positifs » et ceux à la progestérone « négatifs ». La patiente revient en consultation pour avoir les résultats des examens.

Comment procéder pour mener l'entretien au cours de cette consultation, répondre aux réactions et questions de la patiente ?

Quel va être le bilan d'extension ?

3) Selon la classification TNM, il s'agit d'une tumeur T2N0M0 SBRII RO+ Rp-.

La gynécologue l'adresse à un service d'oncologie médicale.

Quelle va être la prise en charge thérapeutique proposée à cette malade ?

4) Le(s) traitement(s) se passe(nt) très bien. La malade continue à travailler à mi-temps. À la fin du (des) traitement(s), vous la voyez en consultation.

Que lui expliquez-vous ?

5) La malade est suivie régulièrement en consultation et 6 mois environ après la fin des traitements, vous la trouvez abattue, triste, ce qui contraste avec son dynamisme lors des traitements.

Quel entretien allez-vous avoir avec la malade ?

6) Elle vous dit finalement que cela fait deux mois qu'elle ressent des douleurs au niveau du sein, du creux axillaire et de la face interne du bras gauches, mais n'a pas osé en parler auparavant. Elle dort mal, n'a plus de vie affective avec son mari et est en arrêt de travail. Elle a refusé le week-end dernier de voir ses filles avec ses petits-enfants prétextant qu'elle était trop fatiguée.

Comment procédez-vous pour évaluer la douleur ?

Quelles données de l'entretien et de l'examen clinique pouvez-vous recueillir pour préciser le mécanisme physiopathologique de la douleur ?

Quel diagnostic devez-vous éliminer ?

Quel(s) examen(s) demandez-vous ?

Finally, what are your diagnostic conclusions ?

What is the pathophysiological mechanism of the pain ?

What will be your management ?

7) Seven years after the initial treatment, there is a moderate lymphoedema favored by the efforts of lifting.

What can you propose to the patient ?

8) Ten years after the initial diagnosis, the patient complains to her treating doctor of medio-dorsal and low back pain bothering her in her daily activities but waking her at night. Her doctor prescribes non-steroidal anti-inflammatory drugs for one week. She is relieved during the treatment. Then, in the face of the increasing intensity of the pain, despite the step-by-step use of analgesics, she comes to the oncologist. At the examination, there is a pain on percussion of D4 and L5. The clinical examination is normal elsewhere.

Which (s) test (s) do you request urgently and what will be the different elements of your immediate management ?

9) She comes back the next day. Despite your treatment, the patient has not slept and she mobilizes with difficulty.

How do you proceed to evaluate the pain and improve the treatment ?

What will be the follow-up proposed to this patient to balance her analgesic treatment ?

10) The test performed reveals a quasi-complete D4 without retraction of the posterior wall and no sign of epiduritis and a partial L5.

Y a-t-il des traitements spécifiques de la maladie cancéreuse à envisager ? Lesquels ?

11) Four days later, her husband calls you because his wife is relieved but somnolent.

What are your hypotheses and what do you do ?

12) Finally, two weeks later, you see her in consultation, she still has some painful attacks. Specific treatment is underway.

How do you proceed to evaluate the pain and what will be your therapeutic attitude ?

Three years later, the response to specific treatment is always of good quality without therapeutic escape.

Un patient de 48 ans se présente à la consultation pour des douleurs intenses, épigastriques avec irradiation dorsale. Il n'a pas d'antécédent particulier et ses douleurs évoluent depuis deux mois environ.

L'examen clinique est normal. Le diagnostic finalement retenu par le scanner et l'échographie est celui de cancer de la tête du pancréas. Il n'y a pas de dilatation des voies biliaires. Le patient est alors hospitalisé en chirurgie et une décision d'intervention chirurgicale est prise. A la laparotomie, la tumeur se révèle inextirpable et le geste se limite à une double dérivation biliaire et digestive.

Les suites postopératoires sont sans particularité et le malade sort au 7ème jour.

Vous, (son médecin généraliste) le prenez en charge à domicile et le patient consulte pour des douleurs abdominales.

Questions :

- 1) Comment évaluez-vous l'intensité de la douleur ?
- 2) Partant de l'hypothèse que sa douleur est liée à l'envahissement local de son cancer, quelle est votre première ordonnance ?

Le traitement est efficace pendant deux jours et rapidement les douleurs sont mal contrôlées.

Questions :

- 3) Quelles sont vos hypothèses ?
- 4) Quel est votre traitement en fonction de l'hypothèse la plus probable?

Vous êtes le médecin généraliste de Mme ... qui présente un cancer ORL à un stade avancé, avec des métastases multiples. Elle est à son domicile. Elle reçoit pour ses douleurs un traitement par SKENAN 60mg 2 fois par jour, Rivotril 10 gouttes le soir, Lexomil ½ bt 3 fois par jour et du Temesta 2,5 mg le soir. Elle vous appelle à son domicile pour une somnolence importante

Question 1 : Quelles sont vos hypothèses pour expliquer cette somnolence ? Quelle attitude proposez-vous ?

La patient souhaite avoir une fin de vie au domicile. La douleur a été bien contrôlée pendant de nombreux mois. La voie orale devient impossible.

Question 2 : Quelle(s) attitude(s) proposez-vous ?

Monsieur Pierre-Marie W. : patient âgé de 41 ans dont les antécédents sont marqués par un cancer épidermoïde évolutif actuellement du plancher buccal, ayant auparavant déjà bénéficié à deux reprises d'une intervention chirurgicale suivie de radiothérapie et ultérieurement chimiothérapie.

La plainte actuelle consiste en l'existence de douleurs latéro-cervicales droites irradiées à l'hémiface voire l'hémicrâne, en particulier dans la région sous-angulo-maxillaire droite, à type de pression et de tension extrêmement intense, d'intensité fluctuante. L'examen clinique ne retrouve pas de troubles de la sensibilité dans le territoire douloureux. L'oncologue en charge de ce patient estime qu'il n'existe pas de traitement étiologique curatif à proposer à ce patient compte-tenu de l'actuelle évolutivité lésionnelle.

Quelle est la physiopathologie de ce syndrome douloureux ?

Compte-tenu de la sévérité des douleurs, quel schéma thérapeutique progressif envisagez-vous pour l'avenir de ce patient ?

Une morphinothérapie par voie orale s'avère non seulement d'efficacité insuffisante, mais elle est particulièrement mal tolérée sur le plan général. Quels gestes chirurgicaux peut-on envisager pour ce patient et parmi ceux-là, lequel vous paraît le plus adapté ?

Quel schéma thérapeutique médicamenteux peut-on proposer pour la période post-opératoire ?

Monsieur A..., 65 ans, a été opéré d'un cancer colique (colostomie). De retour à domicile, depuis quelques semaines en H.A.D., il souffre d'une sciatique hyperalgique en particulier lors des mobilisations et de la toilette (la dernière scintigraphie osseuse confirmait les métastases rachidiennes). Il souffre, par ailleurs de douleurs abdominales en rapport avec une carcinose péritonéale sub-occlusive (elle n'a pas encore entraîné d'occlusion totale). Son traitement antalgique actuel (6 Di-Antalvic/jour - 3 Profénid 100/jour) est insuffisant : il souffre jour et nuit. Il est évidemment difficile de faire la part des choses : l'angoisse de la maladie et de la mort sont très présentes, le choix entre rester entouré à domicile ou " sécurisé " à l'hôpital très ambivalent... Son épouse supporte également de plus en plus mal cette situation et, en particulier, la plainte douloureuse exprimée par son mari lors des mobilisations.

Médecin de famille, vous êtes appelé au domicile de cette famille.

Compte tenu des grands principes de prise en charge de la douleur cancéreuse, quelle démarche clinique, diagnostique et thérapeutique adoptez-vous ?

Analyser les mécanismes intervenant dans la genèse des douleurs. Détailler votre démarche diagnostique

Méthodes d'évaluation des différents composants de la douleur pouvant être proposées à ce patient

En fonction des données précédentes, à quelle phase évolutive de la maladie se trouve-t-on ? Quels sont les facteurs à prendre en compte avant de définir des objectifs thérapeutiques ?

Rappeler les grands principes de prise en charge de la douleur cancéreuse

Propositions thérapeutiques : Quels antalgiques peuvent être proposés : Justifiez vos choix thérapeutiques

Comment prévenir les effets indésirables ? Quelles associations thérapeutiques peuvent être utiles ? Quelles différentes modalités de prise en charge globale peuvent être proposées ? Justifiez vos choix.

CAS DOULEUR EN PHASE AVANCEE

M.T. GATT

Monsieur C., âgé de 74 ans, est hospitalisé le 8 février en Médecine pour exploration de douleur localisée à la cuisse droite et à la hanche gauche. Le bilan effectué va montrer de multiples métastases osseuses et un cancer pulmonaire primitif.

Au cours de cette hospitalisation, Monsieur C. va être plusieurs fois changé de service entre le service d'origine (Médecine), la Chirurgie et la Réanimation.

Une métastase osseuse du fémur droit va nécessiter une intervention chirurgicale le 21 février.

Le patient est transféré en Chirurgie : le traitement par morphine sous cutanée en continu soulage le patient au repos, mais les mobilisations déclenchent la douleur. Il est prescrit des bolus de morphine sous-cutanée une heure avant les mobilisations.

Dans les jours suivants cette intervention, Monsieur C. a présenté une rétention urinaire, non remarquée par l'équipe soignante. Elle entraîne une insuffisance rénale avec une perturbation du ionogramme sanguin qui nécessite un transfert de 24 heures en Réanimation le 28 février et la pose à demeure d'une sonde urinaire.

A son retour en Chirurgie, on constate des difficultés du patient pour parler ; à l'examen buccal on retrouve une bouche sèche, avec des dépôts importants sur la langue et le palais.

L'état de Monsieur C. nécessite un alitement qui va entraîner l'installation rapide d'escars talonnières avec phlyctènes.

Questions :

Quels sont les problèmes posés?

Quelles actions mettez-vous en place?

Suite à l'apparition d'une nouvelle douleur dans le bas du dos et d'un déficit neurologique au niveau des membres inférieurs, des examens sont effectués et vont montrer une métastase osseuse vertébrale avec une compression médullaire qui va nécessiter une nouvelle intervention le 4 mars. Les lésions vont entraîner une paraplégie irréversible.

Monsieur C. est marié, il a quatre enfants, il est communicatif et souriant, il est très entouré par sa famille. A plusieurs reprises, Monsieur C. se plaint de la brutalité de certains soignants au moment de mobilisations intempestives et de transfert par brancard.

Questions :

Quels sont les problèmes posés?

Quelles actions mettez-vous en place?

CAS LOMBALGIE

A. Un homme de 44 ans, camionneur, vous consulte pour des lombalgies apparues lors d'un effort de soulèvement à son travail.

Les douleurs sont très intenses rendant toute déambulation impossible.

A.1 Quels signes de gravité recherchez-vous et quelles seront les données de l'examen clinique ? Chez ce patient, quels sont les mécanismes de la douleur et comment conduisez-vous votre entretien pour évaluer la douleur ?

A.2 Quelle prise en charge thérapeutique instituez-vous et pourquoi ? Quelles recommandations lui faites-vous ?

A.3 Quelle prise en charge sociale devez-vous mettre en route ?

B. L'évolution est rapidement favorable et le patient reprend son travail à plein temps. Quelques mois plus tard, lors d'un faux mouvement dans son jardin, le patient ressent une vive douleur lombaire, mais peut poursuivre sans encombre son activité. Le lendemain matin, il ne peut quitter son lit du fait d'une douleur insupportable apparue dans le membre inférieur droit dans un territoire S1. Il vous appelle à son domicile, incapable de se déplacer.

B.1 Quelles sont les données de l'examen clinique ? Quels signes de gravité devez-vous rechercher ? Quels sont les arguments en faveur d'un conflit disco-radicaire ?

B.2 Quels sont les mécanismes de la douleur ? Comment interprétez-vous cette douleur ? Quelles conséquences thérapeutiques cela peut-il avoir ?

B. 3 Quels examens complémentaires faites-vous pratiquer ? Qu'en attendez-vous ?

B.4 Quelle thérapeutique mettez-vous en place ?

B.5 Quelle sera cette fois-ci la prise en charge sociale ?

C. Après 1 mois d'évolution, le patient se dit toujours insuffisamment soulagé pour pouvoir reprendre son travail. L'examen clinique montre quelques signes discordants (Lasègue 10° mais peut s'asseoir les jambes tendues...)alors que le patient revendique la prise en compte de l'épisode actuel en rechute de l'accident de travail (AT) initial.

C.1 Cette revendication est-elle légitime ? En cas de non-reconnaissance en rechute d'AT, quelles en sont les conséquences sociales en cas de poursuite de l'arrêt en maladie ?

C.2 Quelle est votre interprétation des signes de discordance clinique ?

C.3 Quels sont les différents aspects de votre prise en charge ?

D. La prise en charge que vous avez effectuée l'a nettement amélioré, il a repris son travail, mais les douleurs redeviennent importantes. Il est à nouveau en arrêt de maladie. Il passe ses journées au lit, ne fait plus rien, dort mal.

D.1 Quelle interprétation faites-vous de ses nouveaux symptômes ? Cela modifie-t-il votre prise en charge ? Que proposez-vous au patient ?

D.2 en quoi la douleur chronique est elle une véritable maladie différente de la phase aigüe initiale ?

E. Des voisins et le médecin du travail lui ont conseillé d'aller consulter un chirurgien orthopédiste qui lui propose de l'opérer malgré l'absence de conflit disco-radicaire franc. Il subit donc une discectomie avec arthrodèse L5 S1. Le patient est amélioré quelques jours en postopératoire avant que ne réapparaissent des douleurs identiques à la fois lombaires mais aussi des brûlures permanentes dans le territoire S1 droit non influencées par la marche ou la position debout. Le moindre contact dans le territoire douloureux aggrave les brûlures et il dit ne plus supporter le froid dans cette zone

E.1 Comment conduisez-vous l'entretien avec votre patient ?

E.2 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et que faites-vous pour les confirmer (examens clinique et paraclinique)?

E.3 Modifiez-vous le traitement pharmacologique de la douleur ?

F. Les données de l'examen clinique et des examens paracliniques sont rassurantes. Il existe un tissu cicatriciel, englobant les racines L5 et S1 droites, évocateur de fibrose. Le traitement que vous lui proposez ne permet pas un soulagement suffisant lors des longs trajets en voiture et donc la reprise de son travail. Le patient est licencié par son entreprise qui ne peut lui proposer de reclassement professionnel.

F.1 Que lui proposez-vous ?

Cas clinique 1

Madame Jacqueline B., patiente âgée de 62 ans, est adressée à la Consultation en raison de la réapparition de douleurs de l'hémiface droite.

Ses antécédents sont marqués par la réalisation d'une thermocoagulation percutanée de la deuxième branche du nerf trijumeau à droite quatre ans auparavant avec un soulagement complet.

C'est depuis environ six mois qu'elle se plaint de douleurs à type de décharges électriques fulgurantes à point de départ dans la gencive supérieure et irradiant à l'ensemble de la pommette droite, déclenchées notamment par la mastication, la parole et s'accompagnant parfois d'une sensation d'encombrement nasal ainsi que d'un discret larmoiement du même côté.

L'examen des nerfs crâniens est normal. En particulier, on ne retrouve pas de zone d'hypoesthésie faciale.

Quel est le diagnostic évoqué en première intention et sur quels arguments cliniques ou anamnésiques ?

Quel diagnostic peut-on exclure en contrepartie ?

Quelle thérapeutique médicamenteuse envisagez-vous ?

Si ce traitement médicamenteux s'avère insuffisant ou mal toléré, quels gestes peut-on envisager d'un point de vue chirurgical ?

Si l'irradiation de la symptomatologie douloureuse concernait en particulier l'aile du nez et la paupière supérieure, le geste chirurgical pourrait-il se retrouver modifié ?

Mme X.T. est une patiente âgée de 75 ans qui allègue pour antécédents une arthrose sévère responsable d'un syndrome douloureux chronique justifiant d'une prise en charge dans le Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur, un syndrome anxio-dépressif apparu après le décès de son époux trois ans auparavant et un suivi ophtalmologique pour de " la tension aux yeux " pour laquelle on vient de lui prescrire un nouveau collyre dont elle n'a pas encore mémorisé le nom.

Deux jours avant de consulter, elle a ressenti de discrètes "brûlures" au-dessus de l'arcade sourcilière droite. Le lendemain la sensation se précisait devenant intense et décrite comme une " cuisson ". En dépit de prises répétées de Codoliprane®, cette sensation persistait et devenait franchement douloureuse empêchant la patiente de trouver le sommeil, ce qui la décida à venir consulter.

À l'examen, elle était apyrétique, présentant un excellent état général. L'examen clinique ne mettait en évidence que de discrètes lésions cutanées un peu suintantes de la paupière supérieure droite alors que l'œil homolatéral était normal.

1) Quel est le diagnostic ?

2) Quel en est son mécanisme étiopathogénique général ?

3) À quel risque immédiat est exposée cette patiente ?

4) Pour quels principes thérapeutiques allez vous opter ?

5) Suite à votre prescription, toute la symptomatologie disparaît en une quinzaine de jours. Cependant la patiente revient consulter deux mois après pour une reprise de la symptomatologie sensitivo-douloureuse dans la région sus-orbitaire droite surtout gênante par l'impossibilité de toucher cette région sans déclencher des accès douloureux paroxystiques intolérables. Quel diagnostic évoquez vous alors ? Quel élément pouvait faire redouter une telle évolution chez cette patiente ?

6) Que proposez-vous alors à cette patiente sur le plan antalgique ?

Corrigé

1) Quel est le diagnostic ?

- Zona (15 points) ophtalmique (10 points)

2) Quel en est son mécanisme étiopathogénique général ?

- Réactivation (5points) du varicella-herpes virus (5 points) resté quiescent (5 points) au niveau du ganglion de Gasser (5 points) après une varicelle (5 points)

3) À quel risque immédiat est exposée cette patiente ?

- oculaire (termes acceptés : kératite, iridocyclite) (25 points)

4) Pour quels principes thérapeutiques allez vous opter ?

- Acyclovir (5 points) par voie orale (2 points) 800 mg 5 fois par jour (2 points) pendant 7 à 10 jours (1 point)

- Prednisolone (termes acceptés : corticoïdes ou corticothérapie) (3 points) par voie orale (1 point) 60 mg par jour et réduction de 10 mg/j tous les trois jours (1 point)

- Larmes artificielles (5 points) et pansement oculaire occlusif nocturne (5 points)

5) Suite à votre prescription, toute la symptomatologie disparaît en une quinzaine de jours. Cependant la patiente revient consulter deux mois après pour une reprise de la symptomatologie sensitivo-douloureuse dans la région sus-orbitaire droite surtout gênante par l'impossibilité de toucher cette région sans déclencher des accès douloureux paroxystiques intolérables. Quel diagnostic évoquez vous alors ? Quel élément pouvait faire redouter une telle évolution chez cette patiente ?

- Algie faciale post-zostérienne (8 points)

- Sujet âgé (5 points)

6) Que proposez-vous alors à cette patiente sur le plan antalgique ?

- gabapentine NEURONTIN® (6 points)

- 300 mg/j initialement (2 points) et augmentation progressive de 300 mg tous les trois jours (2 points) jusqu'à 1800 mg/j (2 points)

Attention si prescription de tricycliques sans s'être assuré de l'absence de glaucome à angle fermé 0 au dossier (notion de " tension aux yeux ").

Mr H.H est un patient âgé de 32 ans suivi en Oncologie pour un rhabdomyosarcome de la cuisse droite évoluant depuis un an. Immédiatement après la découverte de ce sarcome, une chirurgie conservatrice avec exérèse large de la tumeur a été effectuée suivie d'une radiothérapie externe post-opératoire de 50 Gy.

Depuis deux mois, il présente une récurrence localement très étendue, mais refuse formellement toute amputation. De fait il a été inclus dans un essai thérapeutique de phase II évaluant une polychimiothérapie associant doxorubicine, DTIC, cyclophosphamide et vincristine. Dans ce contexte, il présente une douleur de l'ensemble de la cuisse qu'il côtoie à l'échelle visuelle analogique à 6 et dont le retentissement fonctionnel est majeur notamment du fait de l'induction d'une insomnie coexistant avec une anxiété majeure.

Les premières thérapeutiques antalgiques ont été des anti-inflammatoires et une association paracétamol-codéine. Elles se sont avérées inefficaces. Pendant plus d'un mois, le patient a constaté un bon effet du Temgesic® par voie sublinguale mais, alors qu'il augmentait la posologie, le patient le trouvait beaucoup moins efficace. Le patient est alors adressé à la Consultation Douleur avec pour motif " une mise sous morphine ". Après évaluation, cette indication est confirmée

1) Quelle est la prescription initiale ?

2) Quelles en sont les obligations légales ?

3) Une fois le risque de dépendance relativisé, quels sont les effets indésirables dont il faut prévenir le patient ?

4) Comment expliquer ce qu'a constaté le patient avec le Temgesic® ?

5) La prise en charge chimiothérapique de ce patient entraînant des vomissements difficilement contrôlés et une anorexie comment peut-on prescrire la morphine à ce patient ?

6) Après une première phase de très bon contrôle antalgique, la situation se dégrade du fait d'une réapparition de la douleur que le patient décrit alors comme plus distale puisque comparée à une sensation de brûlure affectant la face antérolatérale de la jambe et le coup de pied. Malheureusement cette récurrence douloureuse résiste à l'augmentation posologique du traitement morphinique. Comment peut-on expliquer cette situation ? Que peut-on proposer en première intention ?

Corrigé

1) Quelle est la prescription initiale ?

- sulfate de morphine (5 points) (les noms de spécialité Skenan LP® ou Moscontin® acceptés)

- par voie orale (5 points)

- posologie initiale (1 point) de 30 mg (3 points) toutes les 12 heures (4 points)
- évaluation initiale dans les 24 heures (3 points) et de façon rapprochée jusqu'au contrôle antalgique (2 points)
- augmentation de la posologie de 50 % (5 points) si nécessaire

2) Quelles en sont les obligations légales ?

sur carnet à souches (7 points), posologie en toutes lettres (3 points), prescription limitée à 28 jours (7 points)

3) Le patient est très inquiet de l'induction d'une toxicomanie. Comment lui définir la dépendance physique, la dépendance psychologique et l'accoutumance ?

- dépendance physique : nécessité de répéter les prises de morphines pour éviter le syndrome de manque (2,5 points)
- dépendance psychologique : comportement toxicomaniaque (2,5 points) avec besoin impérieux et souci obsessionnel des prises
- accoutumance : perte de sensibilité à la morphine (2,5 points)

4) Comment expliquer ce qu'a constaté le patient avec le Temgesic® ?

- extension du processus tumoral (3 points)
- apparition d'un effet plafond (2 points) lié à l'effet agoniste-antagoniste de la buprénorphine (2 points)

5) Une fois le risque de dépendance relativisé, quels sont les effets secondaires dont il faut prévenir le patient ?

- constipation (5 points), nausées et vomissements (5 points), somnolence et sédation (5 points), dépression respiratoire (3 points), rétention urinaire (2 points), sueurs (0,5 point), prurit (0,5 point), myosis (0,5 point)

5) La prise en charge chimiothérapique de ce patient entraînant des vomissements difficilement contrôlés et une anorexie comment peut-on prescrire la morphine à ce patient ?

- voie intraveineuse (2 points) par la chambre d'injection implantée (1 point) ou voie sous cutanée (2 points) à l'aide d'une pompe (2 point) ou d'une seringue auto-pouseuse (1 point)
- voie périmédullaire (2 points) (terme intrathécale accepté)

6) Après une première phase de très bon contrôle antalgique, la situation se dégrade du fait d'une réapparition de la douleur que le patient décrit alors comme plus distale puisque comparée à une sensation de brûlure affectant la face antérolatérale de la jambe et le coup

de pied. Malheureusement cette récurrence douloureuse résiste à l'augmentation posologique du traitement morphinique. Comment peut-on expliquer cette situation ? Que peut-on proposer en première intention ?

- apparition d'une douleur neurogène (2 points) morphinorésistante (2 points) par envahissement du sciatique (1 point) plus ou moins aggravée par la toxicité de la vincristine (1 point)

- antidépresseurs tricycliques (2) en coantalgiques (1)

CAS CANCER 2

Pr. de BROUCKER

Un patient âgé de 65 ans, présente un cancer du plancher buccal avec extension loco-régionale responsable d'une ulcération néoplasique cervicale évolutive surinfectée. Le patient est trachéotomisé. Son traitement associe 60 mg de sulfate de MORPHINE per-os matin et soir et 40 mg de PREDNISONNE le matin. Depuis une semaine la prise orale est très difficile avec fausses routes alimentaires et médicamenteuses qui rend aléatoire le maintien de la voie orale.

Vous décidez de changer le voie d'administration de la Morphine en remplaçant le sulfate de MORPHINE par un patch de FENTANYL (DUROGESIC) à quelle posologie allez-vous débiter ? Argumentez. (4 points)

Quelles précautions faut-il prendre concernant le DUROGESIC.

- dans la traçabilité de ce produit (2 points)
 - dans le respect des contre-indications ou des précautions cliniques à prendre (2 points)
4. Quels moyens simples proposez-vous comme soins de bouche ? (4 points)
 7. Quels soins de confort esthétiques proposez-vous à ce patient ? (2 points)
 8. Comment aborder avec le patient l'éventualité de la mise en place d'une sonde de gastrostomie ? (3 points)
 9. Quel est le risque évolutif majeur (ou la complication majeure) que peut présenter le patient ? (2 points)

CAS CANCER 3

Pr. de BROUCKER

Un patient de 60 ans présente un carcinome bronchique épidermoïde droit, initialement opéré avec pneumonectomie, mais malheureusement en reprise évolutive échappant à la chimiothérapie. Le bilan d'extension retrouve des métastases hépatiques, osseuses (rachis dorsal et cervical, grill costal) et cérébrales (frontale et du tronc cérébral).

Le patient est angoissé par peur de la maladie et peur des mobilisations responsables d'exacerbation douloureuse.

Le traitement antalgique associe 8 comprimés par jour d'une association de 500 mg de Paracetamol et de 30 mg de Codéine par comprimé, complété par 1 comprimé de Buprénorphine (TEMGESIC) en cas de poussée douloureuse lors des mobilisations

1. Que pensez-vous de l'association Paracetamol-Codéine et Temgesic ?
2. En ne tenant compte que de la Codéine :

Quelle est l'équivalence d'action avec la Morphine ?

En théorie à quelle dose équianalgésique de Morphine correspond la dose totale de Codéine prise par le patient ?

3. Quels éléments repris dans l'énoncé peuvent expliquer son syndrome confusionnel ?

4. Quels sont les deux éléments cliniques de base non repris dans l'énoncé que vous devez rechercher systématiquement chez tout patient confus en fin de vie ?

5. Le patient est douloureux malgré le traitement, et vous décidez le passage aux antalgiques de pallier III, quel schéma thérapeutique proposez-vous :

En traitement de fond ?

Lors des mobilisations ou des poussées douloureuses ?

CAS CANCER 4

Pr. de BROUCKER

Une patiente âgée de 50 ans présente un carcinome anaplasique à petites cellules lobaire supérieur gauche traité initialement par six cures chimiothérapiques. L'évolutivité néoplasique est certaine marquée par des métastases osseuses (costales et vertébrales) hépatiques et cérébrales. Le traitement associe 6 gélules de DI-ANTALVIC (dextropropoxyphène 30 mg et paracétamol 400 mg par gélule) complété par un comprimé de TEMGESIC en cas de poussée douloureuse osseuse aux mobilisations (jusqu'à six prises par jour).

1. Que pensez-vous de l'association DI-ANTALVIC-TEMGESIC ? (2 points)

2. En ne tenant compte que du DI-ANTALVIC, quelle est l'équivalence d'action entre le dextropropoxyphène et la MORPHINE ? (2 points)

En théorie à quelle dose équianalgésique de MORPHINE correspond la dose totale de dextropropoxyphène prise par le patient ? (1 point)

3. Au décours de l'évolution clinique, la patiente présente un épisode confusionnel. Compte tenu de la situation clinique, quelles sont les trois étiologies les plus probables à ce syndrome confusionnel ? (6 points)

4. En plus des morphiniques, quel traitement complémentaire allez-vous instaurer :

Pour améliorer son état général (1 point), Prévenir les effets secondaires des morphiniques (3 points)

5. La patiente présente une extension au plexus brachial avec des douleurs d'allure neuropathique à type de décharges électriques.

Quel traitement proposez-vous ? (2 points), Comment instaurer ce traitement ? (2 points)

Quel effet secondaire majeur peut-on craindre ? (2 points)

6. Quel est le risque évolutif majeur (ou la complication majeure) que peut présenter le patient ? (2 points)

A. LANGLADE

Une femme de 60 ans présente un cancer du sein avec des métastases hépatiques et pulmonaires et osseuses. Elle se plaint de douleurs rachidiennes osseuses, qui entraînent une prescription de morphine orale à libération prolongée. Elle est alors équilibrée avec une posologie de 100 mg X 2 / jour. Elle bénéficie également d'une intervention chirurgicale, suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie et d'une hormonothérapie.

Après 5 ans, on constate une récurrence des métastases osseuses, pour laquelle une hormonothérapie est entreprise et qui laissera la patiente tranquille pendant encore 3 ans.

Après cette période de rémission, elle présente à nouveau un amaigrissement (5kg en 3 mois), une fatigue générale, une dyspnée de repos et des douleurs diffuses, témoignant d'une reprise de la maladie cancéreuse, sous forme de métastases osseuses et pleuro-pulmonaire.

Dans un premier temps, la posologie des morphiniques a été augmentée, mais cette augmentation, loin d'apporter un soulagement a été la source d'effets secondaires à type de désorientation et d'hallucinations.

Quelle attitude thérapeutique peut-on proposer ?

Réponses et objectifs ?

2- Concernant la douleur, on doit proposer une rotation des opiacés.

Objectifs :

Rappeler les conditions préalables d'envisager cette rotation à savoir s'assurer qu'il n'existe pas d'autres troubles expliquant les effets secondaires constatés (troubles de l'hydratation, troubles métaboliques et métastases cérébrales...)

Envisager les concepts permettant cette rotation des opiacés (sous récepteurs) en les confrontant à la notion de tolérance (récepteurs anti-NMDA et action de kétamine).

Donner les antalgiques morphiniques permettant de réaliser cette rotation des opiacés, en précisant les règles de conversion pour chacun d'entre eux.

2 – Concernant l'évolution de la maladie, il faut penser à discuter la possibilité d'une chimiothérapie palliative, avant d'envisager une prise en charge exclusive en soins palliatifs.

Objectifs :

Rappeler qu'il s'agit d'une décision multidisciplinaire nécessitant une discussion pour chaque patient avec des personnes ayant l'expertise dans le domaine cancérologique et avec celui des soins palliatifs.

Rappeler les principes, les buts et les modalités d'une chimiothérapie palliative.

CAS CANCER

Monsieur D., 68 ans, a été opéré d'un cancer de la prostate il y a trois ans. Il présente plusieurs métastases osseuses au niveau du crâne, des corps vertébraux de L1 et L4, et de l'arc postérieur de la sixième côte droite. Il souffre depuis près d'un an.

Après une augmentation progressive des doses de morphine, il est actuellement traité par Skénan 60 mg à 8 h et 20 heures.

Il se plaint de nausées fréquentes, d'une constipation opiniâtre, et d'épisodes douloureux persistants qui semblent de deux types : d'une part des douleurs lombaires au lever et à la marche, très invalidantes mais non systématiques, cédant toujours en dix minutes de décubitus environ, et d'autre part des douleurs à type de décharges électriques au niveau du sixième espace intercostal droit, survenant essentiellement la nuit et devenant insomniantes.

Quels compléments d'information essayez-vous de recueillir ?

Quelles modifications thérapeutiques (éventuellement dépendantes de ces informations) proposez-vous ? Argumentez ces propositions.

Capacité : décrivez les outils disponibles, et les modalités de leur application, pour l'autoévaluation de la douleur chez l'enfant de 4 à 6 ans.

Module 1 au choix (

1. Contrôles modulateurs issus du tronc cérébral

Description et relation avec des situations cliniques et thérapeutiques non médicamenteuses

2. LES POTENTIELS ÉVOQUÉS PAR LA STIMULATION LASER :

a) raisons pour utiliser une stimulation cutanée par rayonnement laser

b) utilisation(s) possible(s) en clinique de la douleur

c) rapports entre PE laser et activité cognitive

module 2

Module 3 Merci de lire et de me donner votre avis

Un patient de 46 ans hypertendu diabétique consulte pour une douleur qu'il dessine comme étant hémicorporelle Gauche. Vous suspectez une douleur neuropathique et allez tenter d'en apporter les preuves par des réponses courtes :

1/ Pour orienter votre recherche étiologique (niveau d'atteinte), vous allez être attentif à la présence (où à l'absence) de douleur sur une partie du corps: laquelle? En d'autres termes, face à une douleur hémicorporelle, l'atteinte (ou le respect) de quel segment corporel vous aide le plus à localiser le niveau de la lésion. Donnez un exemple où ce détail clinique vous oriente directement vers l'étiologie.

2/ L'atteinte couvre tout l'hémicorps. Quels éléments éventuels de son anamnèse allez vous rechercher de façon systématique à l'interrogatoire?

3/ Quels sont les 3 items descriptifs de sa douleur dans son auto-questionnaire auxquels vous allez accorder une importance particulière?

4/ Votre diagnostic se fonde sur une triade symptomatique. Laquelle? Précisez l'évolution dans le temps des symptômes de cette triade.

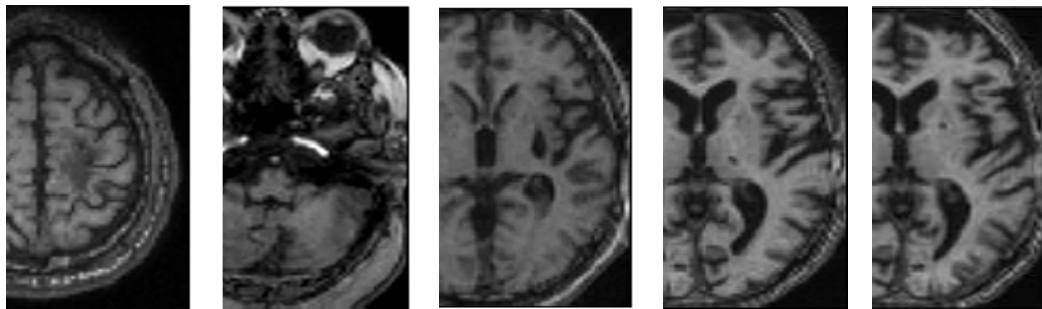
5/ L'examen clinique n'est alors qu'une formalité. Précisez les trois modalités sensibles que vous allez tester en routine clinique (les plus "rentables) pour conforter votre diagnostic.

Pour chacune d'elle, indiquer les réponses possibles du patient à l'application du stimulus.

6/ Quels examens neurophysiologiques demander pour attester de cette douleur neuropathique et, pour chacun, quelles en sont les conclusions possibles? Nuancez les réponses en expliquant, pour chaque résultat possible, sa compatibilité (ou non) avec le diagnostic de douleur neuropathique.

7/ Le compte-rendu de l'IRM indique une lacune caudé Droite. Cette anomalie doit-elle être considérée comme potentiellement responsable?

8/ Par chance, vous disposez aussi des clichés IRM. La(Les)quelle(s) peut(vent) s'appliquer au cas d'une douleur neuropathique couvrant tout l'hémicorps G:



9/ Quel traitement de première intention? Quelle posologie? Comment procédez vous pour la titration?

Module 4

Concernant la prescription des opiacés dans les douleurs neuropathiques chroniques:

1 - quels sont les arguments cliniques et ceux de la littérature qui motivent votre prescription?

2 - comment initiez vous le traitement

- quel opiacé en 1ere intention?

-sous quelle forme?

-Selon quelle évaluation?, à quel rythme?

3 - quels effets à long terme sont particulièrement à surveiller?

Module 5

2.. quelles sont les spécificités de la migraine de l'enfant (sans aura) et quels en sont les moyens diagnostiques ?

3. Mr Z., 60 ans, présente des douleurs mécanique du dos et du bassin par métastases osseuses d'un cancer de la prostate en cours de traitement. Elles sont insuffisamment calmées par la morphine orale associant SKENAN® 400 mg LP/12h et ACTISKENAN® 90 mg à la demande (le patient en prend 3 à 5 fois/24h).

1 – Vous considérez que la morphine est bien indiquée sur ce type de douleur et vous décidez d'en changer le mode et la voie d'administration en la prescrivant avec un système actif de perfusion, type PCA.

Comment allez-vous procéder ? (prescription initiale, surveillance, réévaluation et réadaptation des paramètres si nécessaire...)

2 – Compte-tenu de l'étiologie des douleurs, quels autres traitements à visée antalgique pouvez-vous introduire ?

Précisez vous réponse.

Questions Capacité douleur

8 Juin 2005

6 questions de 30 minutes

Traiter une question/ feuille

Question 1

Contrôles modulateurs issus du tronc cérébral

Description et relation avec des situations cliniques et thérapeutiques non médicamenteuses

Question 2

Les systèmes opioïdes et la douleur."

Question 3

Un patient de 46 ans hypertendu diabétique consulte pour une douleur qu'il dessine comme étant hémicorporelle Gauche incluant la face et tracée au cordeau. Vous suspectez une douleur neuropathique et allez tenter d'en apporter les preuves par des réponses courtes :

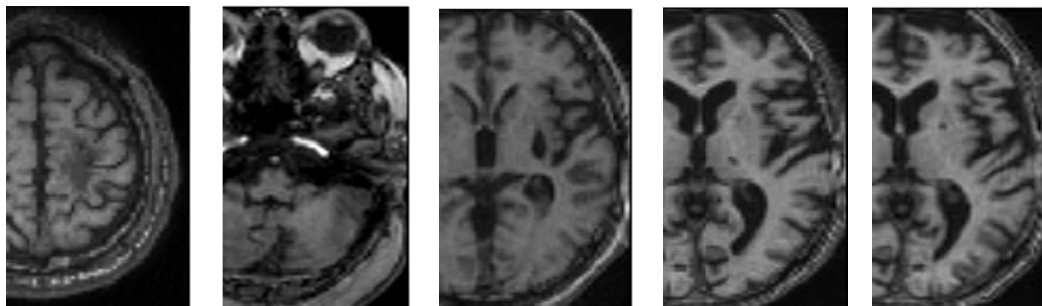
1/ / Votre diagnostic se fonde sur une plainte douloureuse particulière qui contraste avec la séméiologie d'une douleur nociceptive que le patient vous décrit par ailleurs (arthrose de hanche) commenter ces différences.

2/ Précisez les trois modalités sensitives que vous allez tester en routine clinique (les plus "rentables) pour conforter votre diagnostic. Pour chacune d'elle, indiquer les réponses possibles du patient à l'application du stimulus.

3/ Commenter le phénomène de sommation temporelle et spatiale

4/ Quels examens neurophysiologiques demander pour attester de cette douleur neuropathique et, pour chacun, quelles en sont les conclusions possible en terme de système anatomique atteint

4/ Le compte-rendu de l'IRM indique une lacune caudé Droite. Cette anomalie doit-elle être considérée comme potentiellement responsable? En regardant l'IRM êtes vous d'accord avec le CR et n'observez vous pas une lésion plus compatible



5/ Quel traitement de première intention? Quelle posologie? Comment procédez vous pour la titration?

Question 4

Concernant la prescription des opiacés dans les douleurs neuropathiques chroniques:

1 - quels sont les arguments cliniques et ceux de la littérature qui motivent votre prescription?

2 - comment initiez vous le traitement

- quel opiacé en 1ere intention?

-sous quelle forme?

-Selon quelle évaluation?, à quel rythme?

3 - quels effets à long terme sont particulièrement à surveiller?

Question 5

Quelles sont les spécificités de la migraine de l'enfant (sans aura) et quels en sont les moyens diagnostiques ?

Question 6

Mr Z., 60 ans, présente des douleurs mécanique du dos et du bassin par métastases osseuses d'un cancer de la prostate en cours de traitement. Elles sont insuffisamment calmées par la morphine orale associant SKENAN® 400 mg LP/12h et ACTISKENAN® 90 mg à la demande (le patient en prend 3 à 5 fois/24h).

1 – Vous considérez que la morphine est bien indiquée sur ce type de douleur et vous décidez d'en changer le mode et la voie d'administration en la prescrivant avec un système actif de perfusion, type PCA.

Comment allez-vous procéder ? (prescription initiale, surveillance, réévaluation et réadaptation des paramètres si nécessaire...)

2 – Compte-tenu de l'étiologie des douleurs, quels autres traitements à visée antalgique pouvez-vous introduire ?

Précisez vous réponse.

Questions Capacité douleur

Rhône Alpes Auvergne

8 Juin 2005

6 questions de 30 minutes

Traiter une question/ feuille

Question 1

Contrôles modulateurs issus du tronc cérébral

Description et relation avec des situations cliniques et thérapeutiques

Question 2

Les systèmes opioïdes et la douleur."

Question 3

Une patiente de 46 ans envoyée par son médecin traitant pour un tableau fibromyalgique depuis 4 ans , arrive a une première consultation de la douleur.

Comment allez vous réaliser **l'évaluation clinique** de cette douleur et **de toutes les composantes** (comportementale , psychosociale...) . Détailler les grands principes de cette évaluation .

Question 4

Concernant la prescription des opiacés dans les douleurs neuropathiques chroniques:

1 - quels sont les arguments cliniques et ceux de la littérature qui motivent votre prescription?

2 - comment initiez vous le traitement

- quel opiacé en 1ere intention?

-sous quelle forme?

-Selon quelle évaluation?, à quel rythme?

3 - quels effets à long terme sont particulièrement à surveiller?

Question 5

Quelles sont les spécificités de la migraine de l'enfant (sans aura) et quels en sont les moyens diagnostiques ?

Question 6

Mr Z., 60 ans, présente des douleurs mécanique du dos et du bassin par métastases osseuses d'un cancer de la prostate en cours de traitement. Elles sont insuffisamment calmées par la morphine orale associant SKENAN® 400 mg LP/12h et ACTISKENAN® 90 mg à la demande (le patient en prend 3 à 5 fois/24h).

1 – Vous considérez que la morphine est bien indiquée sur ce type de douleur et vous décidez d'en changer le mode et la voie d'administration en la prescrivant avec un système actif de perfusion, type PCA.

Comment allez-vous procéder ? (prescription initiale, surveillance, réévaluation et réadaptation des paramètres si nécessaire...)

2 – Compte-tenu de l'étiologie des douleurs, quels autres traitements à visée antalgique pouvez-vous introduire ?

Précisez vous réponse.

CAPCITE DOULEUR septembre 2005

Question 1. Les potentiels évoqués par la stimulation laser :

a) raisons pour utiliser une stimulation cutanée par rayonnement laser

b) utilisation(s) possible(s) en clinique de la douleur

c) rapports entre PE laser et activité cognitive

Question 2. Les médiateurs périphériques de l'inflammation

Question 3. Les anti- inflammatoires non stéroïdiens

Question 4. Monsieur P., 56 ans, ancien tabagique, a été traité pour un carcinome bronchique gauche deux ans auparavant, par lobectomie supérieure gauche et chimiothérapie. Un bilan récent a révélé une reprise évolutive, échappant à la chimiothérapie, des métastases osseuses (rachis dorsal et cervical, grill costal) et hépatiques.

1 - Il vient vous consulter pour des douleurs dorsales, d'allure mécanique, irradiant le long de la 9ème côte droite. Il est angoissé par peur de la maladie et peur des mobilisations qui exacerbent les douleurs.

Son traitement comporte 8 cp/j de paracétamol 500 mg et codeine 30 mg.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Quel est le mécanisme de la douleur ?

Quel traitement proposez vous ?, à quelle dose ?, pourquoi ? ,

Comment prévenez-vous les effets indésirables ?

Quels sont les éléments de surveillance du traitement

Existe-t-il d'autres propositions thérapeutiques antalgiques?

2 – Deux mois plus tard, il présente des douleurs du membre supérieur gauche à type de brûlures associées à des décharges névralgiques.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Quel est le mécanisme de la douleur ?

Quel traitement proposez-vous ?

2 - Six mois plus tard, les douleurs qui avait été calmées avec le traitement proposé sont réapparues. L'augmentation des antalgiques per os provoquent une majoration des effets

indésirables sans soulagement satisfaisant. Le patient est très anxieux et demande ce qui lui arrive.

Que proposez-vous comme traitement ?

Question 5. La douleur chronique rebelle : Quels sont les principaux facteurs qui peuvent expliquer la pérennisation de la douleur .

QUESTIONS Gérard MICK pour l'examen de Capacité Douleur 2006

Cas clinique

Un homme de 73 ans, sans antécédent particulier, va ramasser des fraises sauvages. Il glisse le long d'un talus, et pour se rattraper afin de ne pas tomber, il effectue un mouvement en hyperextension du membre inférieur gauche.

Cet évènement est survenu il y a 8 mois. Depuis, le patient se plaint d'une sciatalgie gauche de trajet grossièrement S1 mais localisée uniquement au niveau de la cuisse, permanente, aggravée au moindre effort sollicitant le membre inférieur gauche. La douleur est insomnante, entrave la marche, et présente des renforcements spontanés en fin de journée.

Le patient a vu à plusieurs reprises son médecin traitant, puis un rhumatologue, puis a été hospitalisé en service de rhumatologie le mois dernier. Des explorations ont été réalisées : scanner lombaire, IRM médullaire, IRM du plancher pelvien, électromyogramme des membres inférieurs, scintigraphie osseuse, recherche de pathologie inflammatoire systémique et rhumatismale, entre autres. Tous ces examens se sont révélés non informatifs pour expliquer la douleur ressentie par le patient.

Le patient a bénéficié au cours de son hospitalisation de perfusions de Solumédrol (120 mg le matin pendant 5 jours), de bolus de chlorhydrate de morphine (10 à 30 mg sous-cutané toutes les 6 h pendant 3 jours), sans aucun résultat antalgique.

Le patient vous est confié par le service de rhumatologie avec le diagnostic de « probable syndrome du muscle pyramidal gauche après hypersollicitation par extension forcée ». Le patient est sous AINS et antalgiques de palier II, se plaignant de gastralgies et d'absence d'amélioration de la douleur.

Lorsque vous recevez ce patient, vous constatez immédiatement qu'il marche en boitant, jambe demi-fléchie pour tenter d'éviter l'extension ou la flexion complètes du membre. L'inspection montre un galbe musculaire très prononcé au niveau de la loge ischio-jambière gauche, la palpation de cette région étant très rapidement douloureuse ainsi que l'extension complète du membre réveillant une douleur dans cette région.

1°) Vous venez de constater l'existence d'une contracture musculaire permanente douloureuse sensible à l'étirement, se présentant sous la forme d'une sciatalgie, avec examens complémentaires anatomique et électrophysiologique entièrement normaux, la douleur étant survenue après un effort brutal : quel diagnostic évoquez-vous et d'après quels critères ?

2°) La douleur présentée par ce patient est résistante aux AINS, aux antalgiques de palier II et III, aux corticoïdes. Sur la présentation clinique uniquement et constatant cette résistance médicamenteuse, quels autres traitements médicamenteux proposeriez-vous dans un premier temps ? Proposeriez-vous également des traitements non médicamenteux ? Est-il intéressant d'associer ces deux types de traitement ?

3°) Considérant le diagnostic que vous avez retenu (question 1), quelles techniques thérapeutiques spécifiques pourriez-vous proposer à ce patient (décrivez une ou plusieurs techniques et si les associations de ces techniques sont intéressantes) ?

4°) Est-il nécessaire de rechercher un terrain personnel particulier pour expliquer la survenue et la persistance de cette douleur ? Si oui ; lequel ?

Capacité douleur Rhône Alpes

Examen du 09 06 06

Question 1.

Vous souhaitez introduire un traitement antimigraineux prophylactique à Madame H , 25 ans migraineuse depuis 10 ans.

Elle prend lors des crises des triptans.

Elle a déjà essayé sans succès du SEGLOR.

Quels produits peut-on proposer (en référence aux recommandations de l'ANAES) ? Quelles doses ? Quelles sont les principales contre-indications ? Quels sont les facteurs cliniques qui vous inciteraient à les prescrire ?.

Question 2 :

Un homme de 73 ans, sans antécédent particulier, va ramasser des fraises sauvages. Il glisse le long d'un talus, et pour se rattraper afin de ne pas tomber, il effectue un mouvement en hyperextension du membre inférieur gauche.

Cet évènement est survenu il y a 8 mois. Depuis, le patient se plaint d'une sciatalgie gauche de trajet grossièrement S1 mais localisée uniquement au niveau de la cuisse, permanente, aggravée au moindre effort sollicitant le membre inférieur gauche. La douleur est insomnante, entrave la marche, et présente des renforcements spontanés en fin de journée.

Le patient a vu à plusieurs reprises son médecin traitant, puis un rhumatologue, puis a été hospitalisé en service de rhumatologie le mois dernier. Des explorations ont été réalisées : scanner lombaire, IRM médullaire, IRM du plancher pelvien, électromyogramme des membres inférieurs, scintigraphie osseuse, recherche de pathologie inflammatoire systémique et rhumatismale, entre autres. Tous ces examens se sont révélés non informatifs pour expliquer la douleur ressentie par le patient.

Le patient a bénéficié au cours de son hospitalisation de perfusions de Solumédrol (120 mg le matin pendant 5 jours), de bolus de chlorhydrate de morphine (10 à 30 mg sous-cutané toutes les 6 h pendant 3 jours), sans aucun résultat antalgique.

Le patient vous est confié par le service de rhumatologie avec le diagnostic de « probable syndrome du muscle pyramidal gauche après hypersollicitation par extension forcée ». Le patient est sous AINS et antalgiques de palier II, se plaignant de gastralgies et d'absence d'amélioration de la douleur.

Lorsque vous recevez ce patient, vous constatez immédiatement qu'il marche en boitant, jambe demi-fléchie pour tenter d'éviter l'extension ou la flexion complètes du membre. L'inspection montre un galbe musculaire très prononcé au niveau de la loge ischio-jambière gauche, la palpation de cette région étant très rapidement douloureuse ainsi que l'extension complète du membre réveillant une douleur dans cette région.

1°) Vous venez de constater l'existence d'une contracture musculaire permanente douloureuse sensible à l'étirement, se présentant sous la forme d'une sciatgie, avec examens complémentaires anatomique et électrophysiologique entièrement normaux, la douleur étant survenue après un effort brutal : quel diagnostic évoquez-vous et d'après quels critères ?

2°) La douleur présentée par ce patient est résistante aux AINS, aux antalgiques de palier II et III, aux corticoïdes. Sur la présentation clinique uniquement et constatant cette résistance médicamenteuse, quels autres traitements médicamenteux proposeriez-vous dans un premier temps ? Proposeriez-vous également des traitements non médicamenteux ? Est-il intéressant d'associer ces deux types de traitement ?

3°) Considérant le diagnostic que vous avez retenu (question 1), quelles techniques thérapeutiques spécifiques pourriez-vous proposer à ce patient (décrivez une ou plusieurs techniques et si les associations de ces techniques sont intéressantes) ?

4°) Est-il nécessaire de rechercher un terrain personnel particulier pour expliquer la survenue et la persistance de cette douleur ? Si oui ; lequel ?

Question 3 :

Monsieur J., 46 ans, vient en consultation pour persistance de douleurs lombaires malgré une radiothérapie centrée sur la 1^{ère} vertèbre lombaire (L1) et récemment terminée. Un cancer du colon a été diagnostiqué il y a 2 ans traité par chirurgie puis chimiothérapie. Il a récidivé depuis, sous forme de métastases hépatiques, pulmonaires et osseuses en L1 et au niveau de la voûte crânienne. L'IRM montre que la métastase osseuse envahit le canal rachidien et refoule le cordon médullaire. Malgré la menace d'une paraplégie, l'équipe neuro-chirurgicale a refusé l'indication opératoire en raison de l'importance de la lésion et du mauvais pronostic à court terme.

Le patient est encore autonome pour tous les actes de la vie quotidienne avec un indice de karnovsky autour de 60%. Il vit seul en HLM. Il bénéficie d'une pension d'invalidité du fait d'un éthylisme ancien aujourd'hui sevré. Il connaît sa maladie et son évolution mais il n'aime pas en parler et semble peu demandeur. Une de ses sœurs semble très proche tant géographiquement que du point de vue affectif.

Les douleurs de Mr J. sont permanentes, bien localisées à la jonction dorso-lombaire et parfois accompagnées d'irradiation à la cuisse gauche. Elles sont systématiquement augmentées à la marche ce qui rend difficile la promenade de son chien, moment très important dans la vie de Mr J. Ces douleurs sont de plus insomniantes. Elle ne s'accompagne pas de troubles sphinctériens, ni de troubles moteurs.

Le traitement associe du DUROGESIC[®], 150µg/h tous les 3 jours, de l'ACTISKENAN[®] 20 mg en cas de douleur (qu'il ne prend pas), de l'EFFERALGAN[®] 1gX3/jour, du NEURONTIN[®] 1200 mg en 3 prises/jour, du RIVOTRIL[®], 1 mg le soir du SOLUPRED[®] 80 mg/jour et un protecteur gastrique. Il adapte la prise de laxatif (FORLAX[®]) à son transit.

- 1 – Comment évaluez-vous la douleur et ses mécanismes ?
- 2 – Que proposez-vous sur le plan antalgique ? Précisez votre réponse.
- 3 – En cas de douleurs rebelles, quelle analgésie interventionnelle proposeriez-vous ?
- 4 - Qu'est-il nécessaire d'anticiper quant au devenir ? Argumentez vos propositions.

Question 4 :

Madame Jacqueline B., patiente âgée de 62 ans, est adressée à la Consultation en raison de la réapparition de douleurs de l'hémiface droite.

Ses antécédents sont marqués par la réalisation d'une thermocoagulation percutanée de la deuxième branche du nerf trijumeau à droite quatre ans auparavant avec un soulagement complet.

C'est depuis environ six mois qu'elle se plaint de douleurs à type de décharges électriques fulgurantes à point de départ dans la gencive supérieure et irradiant à l'ensemble de la pommette droite, déclenchées notamment par la mastication, la parole et s'accompagnant parfois d'une sensation d'encombrement nasal ainsi que d'un discret larmoiement du même côté.

L'examen des nerfs crâniens est normal. En particulier, on ne retrouve pas de zone d'hypoesthésie faciale.

Quel est le diagnostic évoqué en première intention et sur quels arguments cliniques ou anamnésiques ?

Quel diagnostic peut-on exclure en contrepartie ?

Quelle thérapeutique médicamenteuse envisagez-vous ?

Si ce traitement médicamenteux s'avère insuffisant ou mal toléré, quels gestes peut-on envisager d'un point de vue chirurgical ?

Si l'irradiation de la symptomatologie douloureuse concernait en particulier l'aile du nez et la paupière supérieure, le geste chirurgical pourrait-il se retrouver modifié ?

Question 5

Monsieur P... J... est âgé de 44 ans. Il exerce une profession d'ouvrier dans une usine de textile et effectue à la fois des exercices de manutention mais également des exercices sur machines en différentes positions.

Il pratique plus de sport depuis l'âge de 25 ans, a quelques activités physiques, fait de la marche en famille et un peu de jardinage.

Il se plaint du dos depuis de nombreuses années, n'a jamais été hospitalisé, a eu trois arrêts de travail de courte durée dans sa vie. Ont été évoqués des épisodes de lumbago, de discopathie voire d'arthrose dans un contexte de légère surcharge pondérale.

Il se plaint depuis 6 mois de douleurs lombaires essentiellement basses survenant après l'effort dans la journée, parfois la nuit lors des retournements dans certaines positions, plutôt assis. Il est en arrêt de travail depuis 6 mois. Il a eu différents avis auprès de son médecin traitant, de rhumatologues et a été évoqué un tableau de lombalgie sans hernie discale. Les radiographies montrent une discopathie L3L4 L4L5 L5S1 modérée, sans signe d'arthrose majeure sur le plan radiologique. Le scanner met en évidence une discopathie avec un canal de calibre normal sans hernie discale et conflit radiculaire.

Vous le voyez en consultation, adressé par son médecin traitant qui ne sait plus trop que lui proposer.

La plainte douloureuse est essentiellement lombaire avec irradiations dans la fesse droite, la cuisse droite, jusqu'au mollet. Actuellement, il bénéficie de la prise de Paracétamol 3 fois par jour. Il a fait 25 séances de massages physiothérapie.

Quelle évaluation clinique, paraclinique, fonctionnelle pouvez-vous proposer pour préciser un diagnostic clinique de ce tableau de douleurs lombaires irradiantes ?

Quelle proposition thérapeutique pouvez-vous envisager à moyen terme ?

Quelle information et quel facteur de risque recherchez-vous pour éviter l'évolution de la chronicité ?

Question 6

Un patient de 70 ans, diabétique, non insulino-dépendant, aux antécédents de conversion hystérique consulte pour des douleurs brachio-faciales gauches.

L'interrogatoire apprend qu'il avait eu un petit déficit pendant quelques jours du bras gauche et de la partie inférieure gauche du visage, 6 mois auparavant .

Ces douleurs sont à type de brûlures permanentes, insomniantes, avec des décharges paroxystiques de type électrique. Il a aussi des sensations de picotements dans ce territoire. Ces manifestations sont maximales autour des articulations inter-phalangiennes, poignet, coude, épaule.

Quelle est votre première hypothèse diagnostique et sur quels arguments ?

Quel est selon vous le niveau de l'atteinte ?

Quels sont les trois éléments cliniques que vous allez rechercher à l'examen ou à l'interrogatoire pour conforter votre hypothèse diagnostique ?

Est ce que des examens para cliniques peuvent aider au diagnostic ?

Quel traitement de première intention allez-vous engager

Compte-tenu des antécédents psychiatriques du patient, pensez-vous que les qualificatifs utilisés par le patient pour décrire sa douleur puissent être en rapport avec une histoire non organique (réponse par oui ou par non) ?

Quels arguments peuvent faire pencher votre décision dans un sens organique ou non organique. Pour chacune des deux hypothèses, donnez la liste d'arguments.

Une patiente de 50 ans, mariée, deux enfants, technicienne de laboratoire, se présente à la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur pour une "fibromyalgie". Elle se plaint de douleurs diffuses évoluant depuis plusieurs mois, qui paraissent concerner les articulations et les muscles. Elle est fatiguée dès le matin, intolérante à l'effort, et se plaint aussi de fréquentes douleurs abdominales. Elle a reçu, sans grand succès, divers traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Elle signale que les symptômes ont débuté peu après un rappel de vaccination contre l'hépatite B, qu'elle a reçu pour des raisons professionnelles. Elle est en arrêt de travail depuis 6 mois, et en conflit avec son employeur qui menace de la licencier. Elle a trouvé sur Internet des informations sur la fibromyalgie : elle pense en être atteinte. Dans ce cas, indique-t-elle, "il n'y a rien à faire, c'est une maladie orpheline que les médecins ne reconnaissent pas, ils vous disent que c'est psychosomatique pour masquer leur ignorance, il n'y a aucun traitement efficace".

- 1- Sur quelles données de l'interrogatoire et de l'examen clinique pouvez-vous asseoir le diagnostic de fibromyalgie chez cette malade ?
- 2- Quels diagnostics différentiels devez-vous envisager ? Quels examens complémentaires prescrivez-vous dans cette perspective ?
- 3- Quels facteurs psychosociaux susceptibles de contribuer aux plaintes et à la pérennisation de la douleur recherchez-vous ?
- 4- Quelles explications donnez-vous, si vous retenir le diagnostic de fibromyalgie ?
- 5- Quels traitements (médicamenteux et non médicamenteux) lui proposez-vous ?

