

ème

**16**

**Congrès national  
de lutte contre la douleur**

**05 et 06 Mai 2023**

Hôtel El Aurassi, Alger



## **Les thèmes :**

- Les douleurs neuropathiques
- Les douleurs induites
- Communications Libres
- E-Posters

[www.saetd-dz.com](http://www.saetd-dz.com)

**RECUEIL DES  
COMMUNICATIONS**

# **ABSTRACTS DES COMMUNICATIONS ORALES**



## C1- Quand soigner fait mal

N. Benkabou

Anesthésie Réanimation CHU - Hassani Abdelkader – Sidi belabbés

Objectifs : Faire un état des lieux et évaluer la prise en charge préventive et thérapeutique des douleurs induites par les soins le long

du séjour hospitalier dans un service d'orthopédie traumatologie  
Matériels et méthodes : Sur une période de deux semaines, environs 40 patients admis pour des fractures variées : fracture de hanche, de jambe, supra condylienne, bimalléolaire, du rachis dorsal et cervical. Les soins douloureux ont été répertoriés. Le contexte péri procédural était noté

Résultats : Nous avons retracé les soins douloureux :

1 : réalisation des examens radiologiques...sans radiographie pas de diagnostic !

2 : réalisation des tractions

3 : immobilisation plâtrée quand un traitement orthopédique est indiqué

4 : acheminement au bloc opératoire et déplacement du brancard vers la table opératoire

5 : positionnement sur table opératoire pour réaliser l'ALR péri médullaire et périphérique

6 : passage en SSPI

7 : 1er pansement bien presser pour éviter collections et sepsis

8 : 1ère verticalisation

9 : pansements itératifs pour infections du site opératoire.

Discussion : La majorité des soins douloureux n'étaient pas encadrés par une gestion antalgique préventive et/ou thérapeutique.

Cette douleur avait un caractère inévitable. Du moins c'est ce qui était expliqué au patient à qui il était demandé de « prendre son mal en patience».

La gestion de la douleur était dépendant de la présence du médecin anesthésiste réanimateur qui devenait l'antalgique.

Conclusion : La gestion des soins douloureux en orthopédie traumatologie reste encore loin des standards. Elle doit être une priorité du système de santé avec des protocoles codifiés, des comités de lutte, des personnes référentes et une facilité d'accès aux moyens

## **C2- Spécificité de la douleur induite par les brûlures**

H. Merdj, N. Boudouh, N. Grainat

Centre de traitement de la douleur - CHU Batna

Objectifs : Connaitre les mécanismes de la douleur chez le brûlé  
Matériels et méthodes : La douleur de la brûlure est avant tout une douleur par excès de nociception ; la peau est très riche en récepteurs spécifique la douleur  
La Prise en charge de la douleur nécessite de distinguer et d'évaluer la douleur de fond et celle due à des gestes ponctuels nettoyage et pansement  
Résultats : Le caractère hyperalgique d'une brûlure impose une analgésie précoce dès l'étape pré-hospitalière

Il existe une hyperalgésie qui se prolonge jusqu'à la cicatrisation ; elle a pour origine des phénomènes primaires et secondaires

Discussion : Le principe thérapeutique doit prendre en compte la complexité des mécanismes de la douleur et leur caractère dynamique :  
Analgésiques pharmacologiques selon les trois piliers de L'OMS  
Adjuvants et approches non pharmacologiques : clonidine ; kétamine ; lidocaïne ; les benzodiazépines et antiépileptiques

Conclusion : L'obtention d'une analgésie optimale est justifiée par son impact positif sur l'évolution psychique ; physique et la qualité de réinsertion sociale des patients.

### **C3- Douleurs liées aux soins en réanimation chez l'adulte**

N. F. Mansouri, L. Bachiri, C. Cherifa, Y. Laib, I. M. Boukhalfa

R. Derdour ; H. Bader, D. Benmoussa

Anesthésie Réanimation, CPMC - Alger

La douleur induite par les soins en réanimation a longtemps été ignorée ; on se contentait de sédaté les patients admis en réanimation en post opératoire sans évaluer la douleur ressentie et on attribuait certains signes cliniques tels que les troubles de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle uniquement à des symptômes secondaires de la pathologie initiale. L'agitation quant à elle était traitée par une sédation parfois trop profonde qui de plus n'était pas forcément nécessaire et qui de plus entraînait un allongement de la durée d'intubation et d'hospitalisation avec tout ce qui en découle comme complications du décubitus et infectieuses. Il est apparu ces dernières années que ces signes longtemps ignorés ou mal interprétés étaient dus à une analgésie insuffisante et mal évaluée. En effet, la douleur n'était pas uniquement secondaire à l'acte chirurgical mais aussi aux soins entrepris par l'équipe soignante tels que des gestes aussi simples qu'une mobilisation pour nursing, une aspiration bronchique ou la prise d'une voie périphérique. Cette douleur liée aux soins peut être évitée si elle est évaluée correctement et traitée précocement, voire être anticipée et traitée en amont dès que le geste est programmé en fonction du délai et de la durée d'action de la molécule utilisée. Dans ce travail, nous avons effectué une étude prospective multicentrique au sein de quatre services de réanimation post opératoire (CPMC, services de maxillo-faciale, de chirurgie thoracique et chirurgie cardiaque du CHU Mustapha, sur une période d'une semaine. Un questionnaire sur la prise en charge de la douleur liée aux soins a été proposé à 80 patients et 40 soignants. Les résultats sont toujours en cours. Une bonne évaluation de la douleur et la mise en place d'un protocole adapté avec une maîtrise des molécules et des techniques non médicamenteuses permet une gestion satisfaisante de la douleur

inhérente aux soins afin que le séjour en réanimation soit non seulement un souvenir moins traumatisant pour les patient, mais surtout pour améliorer la morbidité à court et long terme.

#### **C4- Incidence de la douleur lors de la ponction de la fistule artériovoineuse chez l'hémodialysé**

N. Grainat, N. Boudouh, N. Merdaci, F. Mehdi, S. Missoum, A. Chinar  
Centre de traitement de la douleur - CHU Batna

Introduction : De nombreux écrits parlent des complications liées aux abords vasculaires dont les fistules artériovoineuses, mais rarement est évoquée la douleur, liée à la ponction itérative de cette partir du corps du patient, piqué à maintes reprises par nécessité afin d'assurer la dialyse qui est une suppléance indispensable à la survie des insuffisants rénaux, victimes de ce qu'on leur inflige, nous les « soignants ». Les patients acceptent sans broncher, fronçant les sourcils pour indiquer leur mauvaise humeur et leur colère face à cette douleur provoquée, qui est mal supportée sur le moment et qui devient persistante et chronique avec le temps, altérant la qualité de vie du patient, qualité de vie déjà médiocre. L'objet de ce travail est de déterminer les caractéristiques de cette douleur, son retentissement et les moyens pour la prévenir. Malades et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, comparative sur une période d'un mois intéressant 33 patients, les paramètres étudiés sont, l'âge, le sexe, l'ancienneté de la maladie, le nombre de ponctions, les outils utilisés pour évaluer la douleur sont les échelles d'autoévaluation à l'aide de l'EVA, avant et après notre intervention, le DN4, les questionnaires de l'anxiété et de la qualité de vie. Résultats : La moyenne d'âge est de 49 ans, le sex ratio est de 1/2, l'ancienneté de la maladie vari de 2 à 17 ans. La ponction de la fistule artériovoineuse sont réalisées avec des aiguilles de gros calibres qui occasionnent des douleurs à chaque séance, elle est véritablement redoutée par les patients, source d'anxiété.

### **C5- Iatrogenic Pain**

M. S. El-Ansary and E. I. Fikry

Avicenna Pain Relief Unit, Dept. of Anesthetics

Al - Azhar Univ. - Cairo, Egypt

The main goal of the medical practice is to cure but not to cause harm. But sometimes the interventional techniques for pain management would result in minor to grave complications. More over some of the interventions would result in more painful conditions which are difficult to treat. Some interventions like bone fixation techniques by, traction and screws would result in nerve injuries. Nerve entrapment or amputations of upper or lower limbs carries potential risk of neuroma formations. Failed back and spinal fixation surgery may result in extensive arachnoiditis and development of neuropathic pain problems. Implantation of intrathecal catheter for continuous analgesia sometimes result in fibroma and neurological complications. Radiofrequency lesions should be done with great care and precise indications otherwise deafferentation pain would result deleterious complications. On conclusion the interventional techniques should be used in the proper indications. It is very important to estimate the degree of pain management of any intervention versus the potential harm that would result from it.

### **C6- Prise en charge des gestes douloureux liés aux soins dans un hôpital pédiatrique**

Z. Addou, A. Douah, K. Belhbich, M. Moussati, N. Aouffen

Anesthésie réanimation - Hôpital pédiatrique de Canastel - Oran

Objectifs : La réalisation des gestes douloureux chez l'enfant nécessite souvent une sédation- analgésie afin de diminuer la douleur générée par ses actes. L'objectif de notre étude était de décrire les effets indésirables de la sédation et d'identifier les facteurs prédictifs de leur survenue lors de la réalisation de ces gestes.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective observationnelle réalisée au niveau de l'hôpital pédiatrique de l'EHS Canastel d'Oran, de janvier 2014 à décembre 2020 chez les enfants qui ont bénéficié d'une sédation-analgésie pour la réalisation des gestes douloureux. Les données recueillies étaient les caractéristiques démographiques, les gestes réalisés et les produits anesthésiques utilisés ainsi que effets indésirables (EI) de l'AHB. Ces (EI) étaient classés en risques mineurs, minimes, modérés et majeurs selon le groupe de travail de la société internationale d'anesthésie intraveineuse. Une analyse multifactorielle par régression logistique était utilisée pour identifier les facteurs prédictifs de survenue d'effets indésirables. **Résultats :** 1248 enfants étaient inclus lors de la réalisation des gestes. L'âge moyen était de  $7,45 \pm 4,45$  ans. 95% était de classe (ASA) I et (ASA) II. Les gestes les plus souvent réalisés étaient en hématologie (51,1%) suivie des voies veineuses centrale (28%) et de la bronchoscopie (11,6%). Le propofol était utilisé seul dans 12% et associé aux opioïdes dans 26%. La kétamine était utilisée dans 16,7%. 14% des enfants avaient présenté des effets indésirables. Le risque majeur représentait 2,5%. Il comprenait une désaturation sévère (2,4%), une apnée prolongée (1,2%). Les interventions majeures étaient une ventilation au masque 3,5% et une intubation trachéale 0,1%. Aucune conséquence majeure n'a été notée. Les gestes ont été réalisés dans 98% des cas. Les principaux facteurs de risques associés aux effets secondaires en analyse multifactorielle étaient la présence de pathologie cardiaque (OR=3,7), l'adjonction du fentanyl au propofol (OR=2,3) et la bronchoscopie souple (OR=4). **Discussion :** La sédation-analgésie a permis la réalisation des gestes chez l'enfant avec une fréquence d'effets indésirables de 14, % dont 2,5% étaient majeurs. Ces effets indésirables étaient surtout de type désaturation (2,5%). Aucune conséquence majeure n'a été déplorée. Dans l'étude du groupe Pédiatrique Sédation Research Consortium (PSRC), aux Etats-Unis. La sédation était faite avec du propofol seul ou en association avec les opioïdes (23,3%). Les gestes étaient réalisés en radiologie (40%), en hématologie (25%) et en gastro-entérologie (20%). La fréquence des effets indésirables



majeurs était de 2,2%, ce qui était presque similaire à celle de notre étude. Conclusion : La sédation-analgésie pour permettre la réalisation des gestes douloureux dans notre hôpital pédiatrique dans un environnement sûr par une équipe spécialisée a comporté un risque faible d'effets indésirables majeurs. Une prise en charge précoce et efficace de ces complications n'avait entraîné aucune conséquence majeure.

### **C7- Approche diagnostique du douloureux chronique**

Y. Benhocine, M. Naili, S. Ammari

Anesthésie réanimation, CHU-Tizi-Ouzou

Il est classique de parler de douleur chronique lorsque celle-ci persiste au-delà de la période habituelle de cicatrisation de la lésion causale ou lorsque la douleur est présente quotidiennement pendant plus de 3 à 6 mois (IASP). Au-delà de cette stricte définition temporelle, la douleur chronique s'oppose à la douleur aiguë, utile à la conservation de l'organisme, par son caractère de « douleur-maladie », avec tous les cercles vicieux de l'auto-entretenu épuisant et déprimant pour le patient. Il s'agit par ailleurs d'un réel problème de santé publique compte tenu du nombre considérable de sujets atteints et des répercussions socio-économiques. Une douleur chronique, ou persistante, n'est pas synonyme d'un trouble somatoforme douloureux qui est défini, selon la Classification Internationale des Maladies ou de l'Association Américaine de Psychiatrie, comme une douleur persistant 6 mois ou plus et dont l'intensité ou les répercussions ne sont pas entièrement expliquées par une étiologie organique. Néanmoins, l'impact psychologique de telles douleurs nécessite souvent une approche multidimensionnelle avec en parallèle une approche psychologique et somatique. Les douleurs chroniques les plus fréquentes sont les lombalgies (environ 30 % des consultants des centres antidouleurs), les douleurs neuropathiques (environ 25 %), les céphalées chroniques quotidiennes (avec ou sans abus médicamenteux), les cervicalgies, les tableaux de fibromyalgies, les douleurs abdominogénitales

(par exemple : « côlon irritable », « adhérences intestinales », cystite ou douleurs périnéales) et les douleurs liées au cancer ou à son traitement.

## C8- Douleur et HIV

F. Benbouza, R. Mansouri, N. Fellah

Anesthésie Réanimation - CHU Bab El Oued – Alger

**Objectifs :** Le virus de l'immunodéficience humaine provoque des douleurs qui peuvent être ressenties en toutes parties de l'organisme et à n'importe quel stade de la maladie. Cette présentation a pour but de déterminer les principales étiologies de la douleur, ses moyens d'évaluation et les principes de sa prise en charge au cours du VIH.

**Matériels et méthodes :** Pour réaliser ce travail, une revue de la littérature est effectuée à partir d'études publiées dans des bases de données scientifiques consultées sur le Système National de Documentation en Ligne.

**Résultats :** La douleur au cours de la maladie de l'immunodéficience humaine touche 28% des patients en phase asymptomatique et 80% des patients atteints de SIDA. L'incidence de la douleur augmente avec la progression de la maladie, aussi l'exposition de longue durée à un faible compte de CD4+ est un facteur de risque de douleur diffuse. Plusieurs causes courantes de la douleur ont été identifiées chez les patients séropositifs notamment : les atteintes neurologiques centrales ou périphériques, les douleurs digestives et musculaires et les manifestations rhumatologiques. Les moyens d'évaluation de la douleur les plus utilisés sont les mêmes que ceux utilisés en dehors du contexte du VIH comme : l'échelle numérique et le score DN4 pour la douleur neuropathique. Des traitements utilisés pour soulager la douleur tels que les analgésiques, la physiothérapie, la thérapie comportementale et la gestion de la douleur donnent des résultats satisfaisants.

**Discussion:** La prise en charge de la douleur au cours du VIH est pluridisciplinaire. Elle nécessite un interrogatoire minutieux, des évaluations rapprochées

et répétées et des prescriptions thérapeutiques selon des objectifs bien précis.  
Conclusion : La fréquence élevée de la douleur impose sa recherche et son évaluation de façon systématique. Ceci a pour objectif d'assurer une prise en charge plus efficace afin d'améliorer la qualité de vie et de réduire la souffrance.

### **C9- Fibromyalgie : diagnostic et prise en charge**

A. Alghazali<sup>1</sup>, L. Laouar, F. Yahiatene, Z. Hattou<sup>3</sup>, S. Braikia,  
D. Benmoussa  
Centre de traitement de la douleur  
CPMC - Alger

Objectifs : Mieux vivre avec la fibromyalgie via un dispositif thérapeutique cognitivo--comportemental

Matériels et méthodes : Mme F, 52 ans, vit avec son mari retraité, leurs enfants adultes ayant quitté le foyer familial. Elle traite la gestion des dossiers dans un bureau des impôts. Elle apprécie cet emploi mais est en arrêt maladie depuis trois mois. La reprise lui semble difficile car elle se sent exténuée. Au moindre effort, dès quelques mètres de marche douleur et fatigue reviennent, alors elle essaye d'en faire le moins possible. on utilisera la technique du « pacing », stratégie de coping actif, utilisée en clinique et dans la recherche, particulièrement pour la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de fatigue chronique et les douleurs chroniques. Il consiste en une exposition à l'activité graduée, progressive, étape par étape en fonction d'une hiérarchie des activités et de la décomposition de l'activité en unités fractionnées avec un critère (temps/fréquence), avec des objectifs précis, concrets et à court terme. L'objectif est de rétablir un rythme chez les patients et d'arriver à trouver un équilibre entre les périodes d'activité et de repos, en veillant à ce qu'ils respectent au mieux leurs possibilités et leurs limitations physiques, qui s'avèrent pour eux difficiles à évaluer. L'étude de cas de Mme F illustre la nature et les conséquences cliniques de cette action thérapeutiques, intégrée depuis plusieurs années dans le cadre

de prises en charges cognitivo- comportementales de groupe, proposées à des patients souffrant de fibromyalgie, au centre de traitement de la douleur. Résultats : À la fin de la prise en charge Mme F. a acquis : La capacité à établir un planning de ce qu'elle veut et peut faire durant une journée, en veillant à alterner des périodes d'activité avec des plages de repos (ou de relaxation) : « Je sais faire des pauses, me relaxer, penser à autre chose quand j'ai mal » ; la gestion plus autonome, compétente et proactive de son état de santé. Discussion : En fin de programme, Mme F. peut se réadapter à l'effort physique, selon ses possibilités fonctionnelles et son propre rythme d'activité. Son mode de vie est régi par l'établissement d'un planning journalier des tâches et surtout par la prise de conscience de ses limites. Conclusion : Ce cas clinique donne un aperçu des bénéfices d'un programme cognitivo-comportemental et des interventions en individuel.

### **C10- La névralgie du trijumeau**

F. Aichaoui ; D. Daou ; A. Morsli

Neurochirurgie - CHU Bab El Oued - Alger

Introduction : La névralgie du trijumeau est l'une des maladies les plus douloureuses qui soit. Elle se caractérise cliniquement par des douleurs faciales unilatérales paroxystiques. Elle affecte dramatiquement le vécu affectif et socioprofessionnel du patient. Matériels et méthodes : Le diagnostic positif repose sur des données cliniques en collaboration avec les différentes disciplines notamment les spécialistes de la face. Les examens complémentaires tels que le scanner, IRM, angio-IRM permettent d'éliminer une névralgie symptomatique. Le traitement médical repose en première intention sur la carbamazépine : 400 à 1 600 mg/j selon les cas. La posologie doit être augmentée progressivement, avec deux ou trois prises par jour. Il peut être associé à d'autres molécules antalgiques. En cas d'intolérance ou d'inefficacité du traitement

médical, le traitement chirurgical est proposé notamment la décompression vasculo-nerveuse ou les techniques percutanées à savoir compression par ballonnet, la thermo coagulation ou l'injection de glycérol. Résultats : Plus de 90% des patients répondent à la carbamazépine. Cependant, la tolérance de ce traitement est variable (au moins 10% d'arrêt du fait d'effets indésirables). L'efficacité du médicament a tendance de diminuer dans le temps accompagné d'effets secondaires liés à l'augmentation de la dose du médicament. La décompression vasculo-nerveuse permet un soulagement immédiat de la douleur chez 90% des patients quant aux techniques percutanées sont aux alentours de 70 à 90%. A long terme à 10 ans, environ 70 % des patients restent soulagés et ceci quel que soit la technique chirurgicale pratiquée. Conclusion : Le diagnostic de la névralgie du trijumeau est clinique. Le traitement est avant tout médical. En cas d'intolérance ou d'inefficacité de ce dernier, le traitement chirurgical est envisagé. Mots clés : Névràlgie du trijumeau ; Douleurs faciales ; Techniques percutanées ; Compression par ballonnet ; Thermocoagulation rétro-gassérienne ; Injection de glycérol ; Décompression vasculo-nerveuse.

### **C11- Traitement de la névralgie Trigéminalè essentielle par ballonnet**

B. Merrouche, A. Baaziz, L. Mahfouf

Neurochirurgie - EHS Salim Zemirli -Alger

Objectifs : Plusieurs appellations ont été donnée à cette pathologies Tic douloureux de la face, névralgie épileptiforme par TROUSSEAU, névralgie essentielle du trijumeau (NTE) La névralgie trigéminalè (autrefois appelée maladie du suicide) est l'une des douleurs les plus insupportables de l'être humain. Elle touche principalement les sujets au-delà de 50 ans. Matériels et méthodes : Matériels et méthodes : Plus de 1300 cas de névralgie trigéminalè ont été opérès à l'EHS Salim Zemirli depuis plus d'une trentaine d'années, dont presque 100 patients ont bénéficié d'une décompression microvasculaire. Le choix de la Technique

dépend de la présence ou pas d'un conflit vasculo-nerveux à l'Angio-MR, L'indice de karnofsky du patient et du choix du patient, en prenant en considération le rapport Bénéfice / Risque de chaque technique. L'âge avancé du patient n'étant plus un critère d'exclusion de la MVD. Résultats : La disparition de la douleur s'accompagne d'une hypoesthésie de l'hémiface. 04 paramètres : forme poire, volume : 0,7 cc, durée : 6 mn et emplacement : Rétro Gasserian (TP) Discussion : de technique aisée, de durée courte (20 minutes), nécessitant peu de moyen, de morbidité et de mortalité négligeable. Les techniques percutanées restent à nos yeux les méthodes de choix dans le traitement de la névralgie trigéminal essentielle. Cependant, La DMV garde ses indications. Conclusion : Pouvoir réaliser les deux techniques dans le même centre est une opportunité qui permet de répondre à une large demande. Quel que soit la technique choisie, il est impératif : de sélectionner soigneusement les patients pour garantir les meilleurs résultats ; de suivre une courbe d'apprentissage afin de maîtriser parfaitement la technique.

### **C12- Douleur centrale post accident vasculaire cérébral**

S. Bahbouh, M.K. Guerchani, S. Belarbi  
EHS Ali Ait Idir - Alger

Objectifs : La douleur centrale post accident vasculaire cérébral (DCPA) est un syndrome douloureux neuropathique qui résulte d'une lésion centrale des voies d'intégration de la douleur. Objectif : décrire le profil clinique des patients présentant des DCPA. Matériel et méthodes : Durant une période de 2015 à 2020, nous avons identifié les patients suivis en neurologie après un premier AVC confirmé et qui présentaient des DCPA. Les échelles de la douleur EVA et DN4 ont été utilisées. Résultats : 31/246 patients avaient des DCPA (12,6%). L'âge moyen était de 64 ans, sex-ratio de 2,5. Le délai moyen d'apparition de la DCPA était de 4,8 mois. Les douleurs ressenties étaient à type de brûlure (74%), d'allodynie (68%), et à type de décharges électriques (54%). L'intensité

moyenne de la DCPA était de 7,6 (EVA) ; Le DN4 moyen était à 3. La localisation de la DCPA était au membre supérieur (86%) et hémicorporelle (14%). L'infarctus cérébral, la thrombose veineuse cérébrale et l'hémorragie cérébrale représentaient respectivement 76,5%, 13,8% et 9,6%. Discussion : Notre étude a montré une fréquence de DCPA qui se rapproche de celle de la littérature (1- 12%). Les caractéristiques cliniques principales de la DCPA fréquemment décrites par les patients dans la littérature étaient les sensations de brûlure, de décharges électriques et les paresthésies. En effet, les sensations de brûlures étaient le symptôme le plus fréquemment rapporté dans notre étude, et comparativement aux données de la littérature, ces sensations ont été rapportées entre 62% et 49,2% des cas. Compte tenu du caractère subjectif de la douleur, l'intensité de la DCPA est diversement rapportées dans la littérature selon l'EVA, rendant difficile l'utilisation des outils d'évaluation de cette douleur. Conclusion : Le dépistage et la prise en charge adéquate de la DCPA dans le cadre du suivi pluridisciplinaire post AVC facilite la réinsertion socioprofessionnelle des patients victimes d'AVC.

### **C13- Douleurs neuropathiques : rôles des cellules gliales**

D. Benmoussa, F. Yahiatène, A. Alghazali, S.K. Nemouche  
Centre de Traitement de la Douleur, CPMC – Alger

L'activation des cellules gliales et les interactions neuro-gliales sont incriminés dans les mécanismes clés sous-jacents à la douleur chronique notamment la douleur neuropathique. Aujourd'hui, il est reconnue que la genèse de la douleur neuropathique résulte d'une interaction entre les voies de la douleur et le système immunitaire. De plus en plus de données scientifiques s'accordent pour reconnaître que le dysfonctionnement du système neurosensoriel ou sensibilisation centrale reposerait sur une interaction entre les voies neuronales de la douleur et le système immunitaire. Les neurones impliqués dans la douleur libèrent des neuropeptides, des chémokines capables d'agir sur les cellules du

système immunitaire et à l'inverse, les cellules immunitaires ont la capacité d'influencer le fonctionnement neuronal et la plasticité. Dans cette interaction, les cellules gliales, largement répandues dans le système nerveux et en étroite relation avec les neurones jouent un rôle pivot. Deux types de cellules gliales sont impliquées dans le développement et le maintien de la douleur chronique : la microglie et les astrocytes du système nerveux central (SNC). l'activation du système immunitaire joue un rôle crucial dans la douleur. Lésion initiale est responsable d'une libération par les nocicepteurs, les tissus environnant non neuronal et les cellules immunitaires (macrophages, mastocytes, neutrophiles) de substances algogènes, TNF $\alpha$  (tumor necrosis factor  $\alpha$ ), Interleukine 1 $\beta$  (IL1 $\beta$ ), NGF (nerve growth factor), Protons , ATP, Prostaglandine E2 (PEG2) Leucotriène B4, Bradykinine, Sérotonine, Cytokines et chémokines qui vont activer les nocicepteurs et augmenter leur sensibilité et leur excitabilité. Cette inflammation périphérique s'accompagne d'une hyperactivité neuronale et d'une activation de la microglie caractérisée par une prolifération et un changement de forme de ramifiée à amiboïde , des modification d'expression de gènes, une altération de la fonction des microglies (capacité de phagocytose, relargage de médiateurs...), une production de cytokines pro-inflammatoires (TNF, IL1 $\beta$ , IL6), de NO, ATP, prostaglandines et autres facteurs neuro-actifs et la libération présynaptique des neurotransmetteurs et hyperexcitabilité postsynaptique favorisant la sensibilisation centrale et la persistance de la douleur.

#### **C14- Douleurs post zostériennes, quelles stratégies thérapeutiques ?**

M. Gaagai, N. Boudouh, H.Merdj, N. Grainat

Centre anti douleur - CHU Batna

Lezونا: expression clinique de la réactivation du VZV, virus de la famille des Herpesviridae, présent à l'état latent dans les ganglions des racines sensibles.



La diminution de l'immunitaire cellulaire spécifique est le principal facteur explicatif de la réactivation virale. Maladie sporadique, caractérisée par une éruption cutanée vésiculeuse, douloureuse, localisée à un ou plusieurs dermatomes dont l'évolution est le plus souvent favorable.

Parmi les complications décrites la plus fréquente et la plus éprouvante, quel que soit le statut immunitaire, est la douleur avec deux types : Aiguë, nociceptive : à une névrite induite par le virus,

- Chronique (Névralgies post zostériennes NPZ) : douleurs persistantes 1 à 3 mois après la phase éruptive. Le centre anti douleur de CHU Batna est une unité qui se dispose de 04 lits et qui reçoit jusqu'à 200 malades /mois

- Le centre anti douleur créé en 1999, prend en charge les différents types de douleurs aiguës et chroniques.

Notre étude comporte la prise en charges des NPZ intercostales chez 15 patients avec recours au bloc intercostal. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 07 mois (2022/2023) colligeant 15 patients dont 7 patients ayant présenté des douleurs post zostériennes persistantes après un traitement médical d'un zona thoracique avec recours au bloc intercostal.

Les critères d'inclusion : zona  $\geq$  01 mois ; score EVA  $\geq$  7

Les paramètres étudiés : âge ; Statut immunitaire ; la prise du traitement antiviral ; les prodromes douloureux prééruptives ; intensité de la douleur aiguë à la phase éruptive, la sévérité de l'éruption

Le traitement proposé :

\*le traitement médical

1ère intension : prégabaline + patch de lidocaine 5%

2ème intension : association prégabaline -agoniste opioïde faible

3ème intension : prégabaline + morphine

\* Le bloc nerveux intercostal en cas d'échec de TRT médical

Les critères de jugement : amélioration de score d'évaluation de la douleur, l'amélioration des symptômes associés à la douleur et l'efficacité des blocs intercostaux.

Recours aux antalgiques après réalisation de blocs

- Nombre de malades : 07
- Age moyen : 60 ans (min :40ans --- max : 75ans)
- Comorbidité : 04 malades immunodéprimés (01 diabète, 01 immunosuppresseur, 02 néoplasie) ; 03 malades immunocompétents/40ans/
- Les facteurs de risque de survenue de NPZ : Sévérité de l'éruption : 04malades ayant une éruption métamérique, 03malades : éruption pluri Métamérique.

Les prodromes douloureux : tous les patients avaient des prodromes douloureux avec des névralgies à la phase éruptive, La prise précoce < 72h de TRT antiviral : 15malades Tous les malades ont gardé des NPZ modérées à sévères (EVA≥4) après un TRT médical bien adéquat Ces malades ont bénéficié d'un bloc nerveux intercostal sans aucun incident. Après la réalisation des blocs : diminution de TRT antalgique chez tous les patients, arrêt des opioïdes forts et amélioration de la qualité de vie et des symptômes associées à la douleur. Le zona et ses douleurs ont un retentissement significatif sur l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie. La douleur peut précéder l'éruption et peut se poursuivre pendant des années. La prise en charge pharmacologique des névralgies post-zostériennes repose essentiellement sur l'association de plusieurs classes thérapeutiques (antidépresseur, anti épileptique, opioïdes faible, opioïdes forts, Dans certaines situations, il peut être utile de pratiquer des injections d'anesthésiques locaux (ex.Xylocaïne) à différents niveaux du système nerveux pour soulager la douleur rebelle au TRT médical. Notre série de 15 malades dont 7 avaient présenté des NPZ persistantes (zona thoracique) malgré un TRT médical et cela de fait de la présence des facteurs prédictifs de survenue des NPZ intenses ce qui a imposé le recours au bloc intercostal. Ce dernier a prouvé son efficacité dès la 1 ère injection avec amélioration des scores de la douleur Et régression des médicaments antalgiques. Conclusion : les NPZ constitue un fardeau considérable dans la population générale, impactant significativement sur la qualité de vie. Une approche thérapeutique adéquate est nécessaire

Le recours au bloc intercostal constitue une alternative thérapeutique efficace dans le TRT des NPZ après un zona thoracique. Il permet de soulager la douleur rapidement et efficacement permettant une diminution des antalgiques et l'amélioration de la qualité de vie.

### **C15- Place de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs neuropathiques**

A. Temacini ; S. Abdelmoumene ; M.S. Haraoubia  
Centre antidouleur de Beni Messous.

**Introduction :** Le quotidien des patients atteints de douleurs neuropathiques est semé d'embûches, ces patients doivent faire face aux douleurs omniprésentes, et accentuées par les circonstances de la vie telle qu'une émotion, un stress, effort intellectuel ou physique, En plus des effets indésirables des médicaments. Dans cette présentation nous allons exposer des cas de patients souffrants de douleurs neuropathiques de différentes étiologies, ayant bénéficié de séances d'acupuncture et rééquilibrage énergétique en plus du traitement médicamenteux.

**Matériel et Méthodes :** Cas cliniques réalisées sur des dossiers de patients suivis pour prise en charge de douleurs neuropathiques, au niveau du centre de l'évaluation et du traitement de la douleur du centre hospitalo-universitaire de Beni messous. En associant l'acupuncture aux différents traitements médicamenteux des douleurs neuropathiques. Les patients avaient un score DN4 > 4 sur 10 et EVA initiale supérieure à 7. Chacun avait une douleur neuropathique diagnostiquée, et d'étiologie différentes. (Radiculopathie, douleurs Postop chirurgicale, zona, névralgie du trijumeau, complications de rhumatisme inflammatoire chronique).

**Résultats**

1. L'effet de l'acupuncture sur la douleur à être évalué par EVA douleur, et la modification thérapeutique ainsi que la qualité de vie et l'insertion sociales des patients.
  2. On a noté un seuil de douleurs diminué pour la totalité des patients
  3. Diminution des facteurs amplifiant ou d'entretien de ce type de douleurs « anxiété, stress, insomnie. Etc. »
  4. Une réduction de la prise de traitements antalgiques et meilleure tolérance.
- Conclusion : Notre travail a montré que l'acupuncture, étant une thérapie holistique améliorait significativement la qualité de vie des patients atteints de douleurs neuropathiques. Ceci nous insiste à intégrer davantage cette thérapeutique dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.

### **C16- La douleur chronique après césarienne: que doit on savoir?**

R. Aouameur, N. Benfriha, L. Amroun, K. Anik, W. Filali, G. Mehmel  
Anesthésie Réanimation  
EPH Bologhine - Alger

### **C17- Douleur chronique neuropathique post chirurgicale au service de chirurgie générale**

N. Boudouh, H. Merdj, M. Chouha, I. Nourani, M. Lahmar, N. Grainat  
Centre de traitement de la douleur - CHU Batna

Objectifs : L'objectif de notre étude est de déterminer l'incidence de la douleur chronique post chirurgicale en chirurgie générale ainsi que sa composante neuropathique durant une période d'une année.  
Matériels et méthodes : C'est une étude prospective, descriptive et monocentrique. Elle est réalisée sur une période d'une année : du premier janvier au 31 décembre 2019, au niveau du service de chirurgie générale du CHU de Batna. L'étude porte sur des patients devraient subir une intervention chirurgicale programmée au niveau du bloc opératoire de chirurgie générale. La douleur post opératoire est évaluée chez les patients selon l'échelle visuelle analogique, elle est évaluée deux mois après l'acte chirurgical (selon l'échelle EVA et DN4).

Résultats : Sur les 664 patients opérés, 109 patients ont présenté une douleur chronique post chirurgicale à deux mois ou plus, avec un taux d'incidence à 20,07 %, la douleur est sévère chez 5,15%, Le caractère neuropathique est retrouvé chez 64% des patients douloureux chronique. Presque la moitié des patients (48,62%) gardant une douleur chronique post chirurgicale sont des mastectomies, suivi par les cancers digestifs et les hernies inguinales. Discussion : Le taux d'incidence de la douleur chronique post chirurgicale en chirurgie générale est situé dans la fourchette de la littérature, en revanche, l'incidence spécifique des douleurs chronique post mastectomie, chirurgie des cancers digestifs, hernie inguinale est supérieure à celles de la littérature cela peut être lié probablement à l'insuffisance des moyens d'analgésie péropératoire Conclusion : Une meilleure connaissance des facteurs de risque et des moyens de Prévention péropératoire, dépistage des patients vulnérables à la douleur, chirurgie mini-invasive et analgésie multimodale efficace peut diminuer les taux d'incidence de la douleur chronique post opératoire.

### **C18- Analgésie péridurale versus morphine intrathécale dans la gestion de la douleur post opératoire à propos de 30 cas**

M. Hadbi, D. Benalakma, N. Fellah

Anesthésie Réanimation, CHU Bab El Oued - Alger

But de ce travail est d'évaluer l'efficacité/sécurité de la morphine intrathécale comparée à l'analgésie péridurale dans la gestion de la douleur post opératoire d'en gynécologie (Intervention CHEL). Matériels et Méthodes : Etudes prospective, comparative, en ouvert nous avons colligé 30 patientes consentantes, programmées pour hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire, après randomisation les parturientes ont été réparties en deux groupes pour recevoir 100 morphine intrathécale pour le groupe M, versus 10ml (50 mg) de bupivacaine + 10 de sufentanyl, dilués dans 50 ml de SSI délivré à la SAP à travers

le cathéter de péridurale avec une vitesse de 2cc/h pour le groupe P. Les paramètres de l'étude sont :

- Données (démographiques, hémodynamiques, respiratoires
- EN chaque deux heures pendant 24 h.
- Besoins analgésiques complémentaires (AINS, paracétamol, néfopam).
- Effets secondaires.

Résultats : Les données démographiques, hémodynamiques et respiratoires étaient similaires entre les deux groupes. L'intensité de la douleur était en moyenne de  $3.25 \pm 2.62$  sur l'échelle numérique (EN) dans le groupe M versus  $2.44 \pm 1.61$  dans le groupe P, sans différence significative entre les 2 groupes. Les besoins analgésiques complémentaires étaient plus fréquents dans le groupe M avec une différence significative ( $p < 0.05$ ). Les Nausées-Vomissements étaient plus fréquentes dans le groupe M, mais sans différence significative ( $p = 0.6$ ). Conclusion : Une dose unique par jour de morphine intrathécale est une technique simple et efficace pour la réduction de la douleur postopératoire après une intervention CHEL. Cette technique est privilégiée particulier lorsque les risques hémodynamiques sont à craindre et aussi pour réduire la charge de travail du personnel.

### **C19- Neuropathie périphérique après anesthésie locorégionale périphérique : Expérience de l'équipe HMUS**

D. Chaid, N. Selmane, H. Ouahas

Anesthésie Réanimation - Hôpital Militaire Universitaire Staoueli

Introduction : L'anesthésie loco régionale peut se compliquer d'une neuropathie, généralement secondaire au contact de l'aiguille avec la racine nerveuse ou bien liée à la toxicité directe des A.L à l'origine d'une agression ; blessure ou irritation du nerf se manifestant cliniquement par une douleur type ; paresthésies, dysesthésies, hyperesthésie, parésie, allodynie, déficit neuronal ou syndrome d'irritation tronculaire transitoire.... But de l'étude est d'évaluer ce risque et comprendre les tenants qui le régissent

afin de le minimiser en incitant sur le respect des règles techniques de sécurité

**Matériel et Méthodes :** étude observationnelle, rétrospective sur une période de 07 ans, incluant 25 cas cliniques sur 8500 patients. On a relevé le :

- type de douleurs neuropathiques et sa topographie.
- motif de chirurgie
- type de bloc.
- prise en charge des patients.

**Résultats :** C'est une lésion périphérique locale, due à l'agression électro physiologique du nerf généralement transitoire mais peut être exceptionnellement définitive, dont la récupération totale peut prendre quelques mois (de 01 à 20 mois, mais le plus souvent de 03 à 05 mois). Nous avons retrouvé une incidence est proche des données de la littérature; analyse statistique en cours

**Discussion :** Le diagnostic de douleurs neuropathique est posé cliniquement et évalué par le questionnaire DN4 puis confirmé à l'EMG ; examen de référence d'une valeur diagnostic, étiologique (imputables à l'ALR ou à la chirurgie) et aussi pronostic, qui doit être systématique et répété pratiqué le plutôt possible. L'utilisation de l'échographie ne semble pas diminuer de façon sensible l'incidence des complications neurologiques retrouvées selon la littérature

**Conclusion :** Peu d'effets secondaires si respect : des règles de sécurité, les recommandations formalisées d'experts. La neurostimulation protège d'une injection intra neurale. La parfaite connaissance de l'ultrastructure neurale, qui peut au mieux être définie par une échographie performante, permettra sans doute de mieux contrôler ce risque. La neuropathie est déterminée par une douleur spécifique associée à des signes neurologiques, une aire déficitaire et est aux mieux analysés par un questionnaire DN4. L'anesthésie locorégionale impose plus que jamais, d'informer les patients sur le risque d'échec possible et de complications et enfin un suivi et une thérapeutique adaptée pour chaque patient.

## **C20- Place de la Lidocaïne IV dans la gestion de la douleur pé-ri-opératoire en chirurgie du Rachis**

A. Tami, R. Chennaoui, H. Khellas, L. Temzi, A. Khoudria, S. Bouderra  
Anesthésie Réanimation, EHS Cherchell – Tipaza

**Objectifs :** L'analgésie multimodale consiste à associer plusieurs approches de lutte contre la douleur aigue peri-opératoire dans le but d'améliorer le devenir du patient. L'objectif principale est l'obtention d'un effet analgésique synergique avec le moins d'effets secondaires possible. La Lidocaïne IV possède des propriétés anesthésiques, analgésiques, anti-inflammatoires, neuroprotectrice et ce à des concentrations bien définis. Le but de notre étude est de montrer son efficacité dans la prise charge de la douleur en chirurgie du Rachis visant une réhabilitation améliorée.

**Matériels et méthodes :** Une étude prospective descriptive menée auprès de 30 patients opérés pour pathologie rachidienne durant la période entre Janvier- Mars 2023, évaluant l'effet des perfusions de Lidocaïne IV tel décrit dans la littérature avec un monitoring nociceptif per-opératoire et estimation post-opératoire par l'Échelle EVA.

**Résultats :** Une étude menée sur 30 patients avec :

- Un âge moyen entre 14 et 71 ans

- Sexe : 17 femmes et 13 hommes

-Type de pathologie rachidienne : Hernie discale Cervicale, hernie discale lombaire, canal lombaire étroit, Moelle basse fixée, spondylodiscite, syringomyélie, kyste anévrysmale Degrés de la douleur selon l'EVA :0-30 : 20 patients 30-60 : 6 patients >60 : 4 patients Levée précoce, H6 : 25 patients, H12 : 5 patients

- Durée de séjour hospitalier : 28 patients sortant après 24h

**Discussion :** La chirurgie majeure du rachis expose à un risque de douleur sévère en post-opératoire d'autant plus qu'elle concerne des patients vulnérables ayant subis des douleurs chroniques. La stratégie thérapeutique vise à mettre le patient dès son réveil à des seuils infimes de la douleur



et de les maintenir. La Lidocaïne avec ses mécanismes d'action analgésiques et anti-hyperalgiques, a montré son efficacité dans notre étude avec des résultats spectaculaires. L'impact positif de la Lidocaïne IV a permis une nette réduction de l'intensité de la douleur en post opératoire notamment immédiat et tardifs (soit plus de 87% des cas), diminution significative de la consommation d'opiacés (soit plus de 95%) et de la réhabilitation précoce chez ces patients ainsi qu'un raccourcissement de la durée de séjour hospitalier en post-opératoire avec un levé précoce. Conclusion : L'analgésie multimodale est devenue la modalité dominante de la prise en charge péri- opératoire de la douleur où la Lidocaïne dans notre étude a montré une efficacité remarquable notamment en chirurgie du Rachis.

## **C21- Douleur neuropathique après la chirurgie herniaire inguinale. Résultats d'une étude prospective**

T. Berri

Chirurgie générale - Béchar

**Objectifs :** Les lésions des structures nerveuses lors des dissections chirurgicales pourraient engendrer des douleurs chroniques post-opératoires de type neuropathiques. Très peu d'études se sont intéressées sur ce type de douleurs après la chirurgie des hernies de l'aine. Le but de cette étude est d'étudier la douleur neuropathique (DN) après les réparations des hernies inguinales. **Matériels et méthodes :** Une étude prospective sur 100 patients avec hernie inguinale primaire non compliquée a été conduite au CHU de Bechar. Tous les patients ont bénéficié d'une hernioplastie par la voie classique sous rachianesthésie ou anesthésie générale. La douleur chronique post-opératoire a été mesurée par l'EVA et la douleur neuropathique a été évaluée par le questionnaire DN4 à 1 an après l'intervention. **Résultats :** L'âge moyen des patients est de 55,69 ans avec un IMC moyen de 23,96. La hernie inguinale était directe dans 25,8%, indirecte dans 65,6%, et combinée dans 8,6% des cas. Soixante-dix pourcent des

patients avaient rapporté une douleur inguinale préopératoire. La douleur chronique post-opératoire a été notée chez 35,1% des patients avec une moyenne du score EVA de  $0,63 \pm 1,18$ . La prévalence de la DN a été de 8% de la population globale, ce qui correspond à 23% des douleurs chroniques post-opératoires. Les DN étaient principalement à type de picotements (36,7%) ou de décharges électriques (18,3%). L'analyse des facteurs prédicteurs potentiels de la DN n'a pas retrouvé de liaisons significatives. Discussion : La DN après la réparation des hernies inguinales représente 31% à 46% des douleurs chroniques persistantes, une prévalence légèrement élevée par rapport aux résultats de la présente étude (23%). Notre étude n'a pas fait l'exception puisque la DN s'exprime principalement par des picotements. A cause de la rareté des études, les facteurs prédicteurs de la DN après chirurgie herniaire ne sont pas complètement élucidés. Néanmoins, le traumatisme opératoire des nerfs reste le facteur le plus important des DN. Conclusion : La prévalence des DN après la chirurgie des hernies inguinales n'est pas négligeable, ce qui incite à donner plus d'importance aux facteurs de risques et principalement l'identification et la protection des structures nerveuses inguinales lors des réparations herniaires.

## **C22- Quelle prise en charge pour la douleur aux urgences : à propos de 200 patients.**

N. Grainat, N. Boudouh, Benbouza

Centre de traitement de la douleur - CHU Batna

Introduction : Plus de 20 millions de patients sont enregistrés aux urgences en une année dans certains centres Aux urgences, 60 à 80 % des patients ressentent une douleur aiguë. Pour 85 % d'entre eux, la douleur constitue le principal motif de recours. La prise en charge de la douleur reste sous optimale, de nombreux facteurs sont en cause, parmi eux le retard de prise en charge à l'origine d'une « oligoanalgésie », souvent dénoncée mais malheureusement insuffisamment évaluée et traitée. La douleur est un signal d'alarme qui permet la sauvegarde de

l'organisme, mais lorsqu'elle persiste, elle devient une véritable maladie et peut avoir des conséquences délétères aussi bien physiques que psychiques, c'est pourquoi il est important de la traiter dès l'admission du patient aux urgences, par une évaluation standardisée de son intensité, par une administration médicamenteuse adaptée et une réévaluation régulière. La lutte contre la douleur est une priorité de santé publique qui fait partie des directives des sociétés savantes, d'où l'objet de ce travail qui consiste à proposer un protocole de prise en charge de la douleur aux urgences.

Malades et méthodes : Étude prospective, réalisé au pavillon des urgences médicochirurgicales durant une période d'un mois, décembre 2022, 200 patients participent à l'étude, ont été exclus, les patients polytraumatisés, et les enfants d'âge inférieur à 2 ans. Le but principal de cette étude, est de faire le point sur la réalité de la prise en charge de la douleur aux urgences. Les paramètres étudiés sont l'âge, le sexe, la classe ASA, la spécialité, le délai de prise en charge, l'intensité de la douleur, la satisfaction des patients, les effets secondaires et les complications. Les échelles d'évaluation de la douleur utilisées sont l'échelle visuelle analogique, l'échelle verbale simple et l'échelle des visages. Les différentes médications incluses dans ce protocole sont le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le tramadol et la morphine.

Protocole thérapeutique: Après l'accueil du patient et les mesures immédiates. L'évaluation de la douleur permet de retrouver deux groupes de patients, Groupe 1 : EVA  $\leq$  à 60 : le protocole a consisté à administrer du paracétamol 1 gr en IV en 15 mn ou le Palier II +/- AINS en IV en 15mn ; +/- analgésie locale ou locorégionale Groupe 2 : EVA  $>$  à 60 : le protocole a consisté à administrer de la morphine en titration IV par bolus de 2 à 3 mg en IVD. +/- AINS en IV en 15mn +/- analgésie locale ou locorégionale. Réévaluation toutes les 5 mn et Surveillance des patients, des paramètres cardiorespiratoires, PA, FR, SpO<sub>2</sub>. Des Score de RAMSAY, et de Vigilance. Des effets secondaires : prurit, troubles digestifs, et/ou urinaires. L'efficacité du traitement est considérée comme satisfaisant si EVA  $\leq$  30 ou EN  $<$  3 ou EVS  $<$  2. Le patient est ensuite orienté.

Résultats : Il s'agit de patients jeunes, le sexe masculin est prédominant, 72% des patients sont de classe ASA 1, 55% des patients relèvent de l'orthopédie, 32% des patients relèvent de la chirurgie générale, vient ensuite en 3ème position la neurochirurgie puis la médecine. Le délai de prise en charge est dans 45,5% entre 3 et 6 heures (180 – 360 mn), de plus de 6 heures (> 360mn) dans 40,5%, moins de 3 heures (< 180mn) dans 14%. Dans l'étude de Ozlem Yildirim, le délai moyen de prise en charge est de 132,46 mn. L'EVA est supérieure à 60 dans 42,5% des cas et dans 42% inférieur à 60.

La satisfaction a été observée pour le groupe paracétamol + AINS dans 64% après 20mn.

La satisfaction a été observée pour le groupe morphine dans 56% après 20 mn, elle est de 80% après réinjection du 2ème bolus. Les effets secondaires et les complications sont la désaturation transitoire, chez 03 patients, la somnolence, chez un patient. Deux patients ont présenté des troubles digestifs, secondaires à l'administration de morphine, mais sans conséquences. Aucune complication, n'a été enregistrée.

Discussion : La douleur est plus intense pour les urgences traumatologiques un score EVA sup à 60 chez 59% des malades, moins pour la chirurgie, et faible à modérée en neurochirurgie. La douleur des urgences médicales était intense dans notre série. On note peu d'effets secondaires, à type de désaturation, somnolence et troubles digestifs modérés, superposables aux effets secondaires des morphiniques décrits dans la littérature. Les deux grands principes généraux pour l'analgésie sont la titration médicamenteuse et l'association de plusieurs antalgiques. L'évaluation de son intensité avec un outil adapté, la prescription de médicaments qui doivent être disponibles et la réévaluation qui est assurée de manière régulière, est une séquence qui fait partie du protocole.

Conclusion : La douleur est une véritable préoccupation pour les équipes soignantes, l'efficacité de sa prise en charge repose sur sa reconnaissance, sur la rédaction de protocoles, simples et facile à reproduire. La morphine, molécule de choix, doit être disponible aux urgences.

La lutte contre la douleur a toujours été la pierre angulaire de nos sociétés savantes, grâce à la formation du personnel soignant pour la qualité des soins. La prise en charge de la douleur dans un service d'urgence est possible, mais aussi obligatoire.

### **C23- Prise en charge des douleurs post-opératoires par cathéters multi perforés**

Y. Benhocine, M. Naili, S. Ammari

Anesthésie Réanimation - CHU Tizi-Ouzou

**Objectifs :** Evaluer cette technique d'un point de vue efficacité, pratique et satisfaction des patients au sein de notre établissement.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective, mono centrique, descriptive de janvier 2013 à juin 2014 de 14 patients pris en charge dans notre établissement, pour analgésie post op par cathéters multi perforés. La population étudiée est définie par l'âge, sexe, ASA, indications, difficultés techniques de pose, volumes et débits d'AL administrés, présence de drains sur le site de la plaie, analgésie multimodale associée, recours aux morphiniques, effets indésirables, reprise du transit, douleur (EVA) et satisfaction du patient.

**Résultats :** L'âge moyen des patients 47ans, dont 65% sont des ASaII. La chirurgie colorectale est l'indication principale de l'analgésie post op par cathéters multi perforés ; un cas d'échec de pose a été noté. Tous nos patients ont bénéficié d'un bolus puis d'une perfusion continue de marcaine. L'EVA obtenue reste au-dessous du seuil toléré. Aucune complication n'a été noté.

**Discussion :** Les résultats retrouvés avoisinent ceux de la littérature, à noter que bien que protocolisée, nous constatons une faible utilisation de la technique. Le caractère descriptif de cette étude ne nous permet pas de conclure sur une éventuelle baisse significative de la douleur ou une diminution de consommation en morphiniques comme le montrent de multiples études randomisées avec groupes témoins. Donc des évaluations complémentaires sont souhaitables.

**Conclusion :** C'est une technique sûre, efficace et extrêmement simple

à utiliser, pratiquement dénuée d'effets indésirables ; ceci procure à cette technique un rapport bénéfice/risque favorable. De réalisation plus aisée et moins risquée que l'analgésie péri-médullaire et réduit de façon significative la douleur postopératoire et les NVPO. Elle s'intègre dans une prise en charge multimodale de la douleur.

### **C24- Intérêt du bloc cervical intermédiaire analgésique dans la chirurgie de la thyroïde**

A. Alghazali, L. Laouar, Z. Hattou, F. Yahiatene, D. Benmoussa  
Anesthésie Réanimation - EHS CPMC - Alger

**Objectifs** : L'évaluation de l'efficacité du BCI dans l'analgésie PO d'une chirurgie thyroïdienne.

**Matériels et méthodes** : étude prospective, 70 patients randomisés en deux groupes de 35 patients chacun : groupe 1 (BCI+) échoguidé 10 ml de bupivacaïne isobare à 0,25 %. Groupe 2 (BCI-) : témoin. Dix minutes après LAG, ont réalisé un BCI. Le critère de jugement principal : la consommation de morphine en per opératoire. Dans les 24 premières heures les critères de jugement : la survenue des NVPO, le délai pour la première prise d'antalgiques en post-opératoire, la durée de passage en SSPI, la diminution de la consommation du paracétamol et ou un équivalent morphinique en SSPI et les scores de douleur en PO jusqu'à 48 heures (Au réveil, la douleur post-opératoire est déterminée par EVA à H0, H1, H2, H4, H6, H12 et H24. Chaque fois que l'EVA est supérieure ou égale à 4, nous procédons à une association d'antalgique. La dose totale, le moment et le délai au recours à l'analgésie sont notés, les effets indésirables la satisfaction sont notés.

**Résultats** : La dose de su fentanyl significativement diminuée de plus de 42 % pour BCI+. La demande d'analgésie en post-opératoire pour BCI+ était notée chez 6 patients alors que 21 patients ont eu besoin de recours au paracétamol + néfopam dans le groupe BCI-. La dose moyenne était diminuée de 37 % pour BCI+ avec une différence significative. Les NVPO : - avec différence statistiquement significative- 3 patients dans BC+ vs 14 pour BC-.

L'EVA au réveil et à partir de H12 était statistiquement plus élevée dans BCI-. Quant à la satisfaction, pour BCI+, 85 % étaient satisfaits vs. 50 % pour BCI-. Discussion : Notre travail consiste à préciser l'apport du BCI sur l'épargne des morphiniques per et post-opératoire lors de la thyroïdectomie sous AG et à déterminer les conséquences sur l'analgésie, sur les NVPO et sur la satisfaction des patients. L'apport du BCI dans l'analgésie post thyroïdectomie sous AG reste controversé et de ce fait on ne trouve pas de guidelines définissant la place de ce bloc en chirurgie ORL. La technique (BCI) sous échoguidage récemment décrite semble être prometteuse. Conclusion : Le BCI sous échoguidage lors de la thyroïdectomie totale sous AG permet une épargne périopératoire de morphiniques et pourrait offrir une meilleure analgésie pour les patients et permettrait une réduction des effets adverses.

## **C25- Analgésie périopératoire en pédiatrie : quelle place pour la kétamine**

K. Elhalimi

Anesthésie Réanimation Pédiatrique et Néonatalogie, EHU Oran

L'analgésie est nécessaire lorsqu'une procédure douloureuse est programmée ou dans le cadre de l'urgence, c'est le challenge de tout médecin anesthésiste réanimateur. La morphine représente la molécule de référence mais elle reste associée à des effets secondaires pouvant même compromettre la vie des enfants. La kétamine est un agent sédatif et qui possède d'autres propriétés pharmacologiques lorsqu'elle est utilisée à doses subanesthésiques pour ses propriétés dites anti nociceptives permettant probablement une d'épargne morphinique avec les objectifs suivant : l'absence de douleur, le confort du patient et une réhabilitation précoce. L'objectif de cette conférence est de faire une revue de littérature quant à l'usage de la kétamine dans la période péri-opératoire et d'évaluer son intérêt analgésique.

## **C26- Gérer la douleur chez les patients porteurs de prothèses dentaires amovibles complètes**

A. Djaid, C. Zeriaty

Anesthésie Réanimation - CHU Béni Messous –Alger

**Objectifs :** Ce travail a pour objectif de traiter les causes de la douleur et les solutions apportées pour soulager les patients porteurs de prothèses dentaires totales adjointes.

**Matérielsetméthodes:** La prothèse dentaire constitue une réponse thérapeutique au besoin de rétablir la mastication, la phonation et l'esthétique oro-faciale, des fonctions dont l'altération est causée par la perte de dents naturelles.

**Résultats :** Etant « des corps étrangers » placés dans la cavité buccale suivant un protocole de conception et de réalisation soigneusement conduit, les prothèses dentaires suscitent parfois des réactions de gêne voire des douleurs chez leurs porteurs.

**Discussion :** ces douleurs sont, malheureusement suivies d'un éventuel rejet de ces dispositifs. Ce dernier est considéré comme étant un échec thérapeutique pour le praticien.

**Conclusion :** La prothèse dentaire offre une meilleure qualité de vie pour les patients édentés. Elle permet de subvenir aux besoins psychologique, esthétique et fonctionnel de ses derniers. Le souhait de tout praticien est de voir son travail cheminé vers la réussite thérapeutique, autrement dit satisfaction du patient. La survenue de douleur après livraison des prothèses dentaires totales amovibles qui est suivie du non port de ces dernières par les patients est synonyme d'échec pour le praticien, et donc il convient de comprendre les causes et de gérer cette douleur pour offrir une meilleure qualité de vie pour nos patients





## **C27- Spinal cord stimulation for chronic pain: About 15 CASES**

D. Daou, F. Aichaoui, A. Morsli

Neurochirurgie

CHU Bab El Oued - Alger

**Introduction:** Spinal cord stimulation (SCS) is a neuromodulation surgical technique that allows the treatment of various causes of chronic pain. SCS is effective in the treatment of chronic low back pain, neuropathic pain, chronic regional pain syndrome, and failed back surgery syndrome, among others. The mechanisms underlying the efficacy are still under investigation and different mechanisms are likely responsible for the effects of different waveforms used in the therapy. Successful application of SCS to individual patients depends on patient selection and meticulous surgical technique. Important factors in patient selection depend on preoperative imaging, maximizing noninvasive therapy, and neuropsychological evaluation.

**Materiel and Methods:** The data of 15 patients implanted successively in our institution between march 2022 and April 2023 for different etiologies of chronic pain were collected . We focused on efficiency, quality of life and treatment satisfaction. 1 patients underwent thoracic laminectomy for SCS paddle lead and pulse generator placement, only two patient had the placement of the Spinal cord stimulation paddle in the cervical spine . Pain scores were measured using a numeric rating scale. The early results show that most of our patients are satisfied ,and have better quality of life.

**Conclusion:** Spinal cord stimulation is not the option of last resort and should be considered among other options before prescribing long-term opioids or considering reoperation. The selection and regular follow-up of patients are crucial to the success of the therapy.

**Keywords** spinal cord stimulation SCS. Chronic pain; Neuromodulation; Neuropathic pain

# **ABSTRACTS DES COMMUNICATIONS AFFICHÉES**



## **P1- Allodynie: cause et traitement**

H. Hadj Ali, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli  
 Neurochirurgie, CHU Bab El Oued - Alger

**Introduction:** l'allodynie est définie comme une «douleur provoquée par un stimulus qui est normalement indolore. Elle atteint un territoire dont l'innervation ayant subi une altération interruptive pouvant être d'origine traumatique comme une section d'un nerf périphérique, un arrachement post-traumatique du plexus brachial et un traumatisme médullaire. Comme, elle peut être également secondaire à un désordre métabolique comme le diabète ou faisant suite à une infection telle que le zona. L'allodynie est souvent classée en fonction du type de stimulus à l'origine du nociception, comme l'allodynie tactile, thermique, dynamique ou statique.

**Matériels et méthodes:** nous rapportons 3 cas (deux femmes et un homme) qui souffraient d'allodynie tactile. Secondaire respectivement à un arrachement du plexus brachial posttraumatique, à une section traumatique du nerf médian et à des séquelles postchirurgicales du nerf ulnaire. Ces patients ont été traités à long cours par un traitement médical à base d'antalgiques, d'antiépileptiques et de dépresseurs tricycliques sans cependant d'amélioration satisfaisante. Devant cette pharmacorésistance, un traitement neurochirurgical a été envisagé, notamment, une stimulation médullaire cervicale dans 2 cas, et une dréztomie microchirurgicale dans 1 cas.

**Résultats:** une amélioration durable de l'allodynie a été signalée par les patients avec un recul allant d'un an à 5ans.

**Conclusion:** l'allodynie est douleur neuropathique, handicapante, se manifestant au toucher, difficilement à traiter. La bonne compréhension des mécanismes générateurs permet d'envisager un traitement adapté au cas par cas.

**Mots clés :** allodynie; douleur neuropathique; Dréztomie microchirurgicale; stimulation médullaire

## **P2- Douleurs neuropathiques et troubles du sommeil chez les patients diabétiques**

S. Bahbouh, N. Aissani, S. Belarbi  
EHS Ali Ait Idir - Alger

**Objectifs :** La neuropathie diabétique douloureuse est la cause la plus fréquente de douleurs neuropathiques chroniques avec un impact majeur sur la qualité de vie. Décrire les différents aspects cliniques des neuropathies diabétiques douloureuses et évaluer la réponse aux différents traitements.

**Matériels et méthodes :** Étude rétrospective descriptive incluant les patients suivis en neurologie pour une neuropathie diabétique douloureuse de 2018 à 2020. Les informations recueillies comprennent les données démographiques, les caractéristiques liées à la maladie diabète, à la neuropathie, les traitements antalgiques et la qualité de sommeil perçue évaluée par le score PSQI, le sommeil est altéré à partir d'un score > 5.

**Résultats :** 35 patients d'âge moyen 54 ,4 ans, sexe ratio 0,51. Durée moyenne d'évolution du diabète 10,36 ans. Distribution longueur dépendante dans 94,3%, associée à une atteinte motrice dans 35,2%. DN4 moyen 4,29. 37,5% étaient sous antidépresseurs, 75,1% Prégabaline, 36,3% antiépileptique (carbamazépine). Le score PSQI moyen était de 8,56.

**Discussion :** La polyneuropathie distale symétrique et de distribution longueur-dépendante était la plus typique. La douleur neuropathique était fréquemment incommode et altérait la qualité de sommeil avec des difficultés d'endormissement, de maintien de sommeil et une durée de sommeil réduite entraînant une possible dérégulation du métabolisme glucidique. Les différents traitements antalgiques se valaient et la réponse globale restait modérée malgré les associations.

**Conclusion :** Le dépistage et la prise en charge de la neuropathie diabétique et des troubles du sommeil auraient un bénéfice sur la douleur et amélioreraient la qualité du sommeil.

### **P3- Caractéristiques et facteurs de risque de la douleur neuropathique après traitement du cancer du sein**

A. Djounidi, N. Merair

Oncologie médicale, Hôpital Militaire Régional Universitaire - Oran

**Objectifs :** La douleur neuropathique (DN) peut contribuer de manière importante à la morbidité du cancer du sein, l'objectif de notre étude est de quantifier l'incidence de la douleur neuropathique au cours de la première année suivant le diagnostic de cancer du sein et à identifier les principaux facteurs de risque.

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les patients atteints d'un cancer du sein traités pour chimiothérapie néoadjuvante/adjuvante au service d'oncologie médicale de l'HMRU-Oran et suivi 6mois après la fin du traitement, afin d'identifier la présence ou non d'une douleur neuropathique.

**Résultats :** Dans notre série, 96 patients ont été suivie et traitées durant cette période. La moyenne d'âge était de 55ans [27-90], avec une prédominance féminine (seulement 3 hommes), 28 patients ont été diagnostiqués avec une douleur neuropathique (29,16%), les principaux facteurs de risque étaient : le stade III (DN dans 40% des cas), la chirurgie par mastectomie plus curage axillaire (DN dans 36%), ainsi que le traitement par les taxanes (DN dans 34%).

**Discussion:** La présente étude fournit une évaluation complète de l'incidence et de la NP chronique au cours de la première année suivant le diagnostic et le traitement du cancer du sein, les résultats contribuent à améliorer la compréhension de la survenue de cette complication neurologique du traitement du cancer, et permet d'en déceler les principaux facteurs de risque.

**Conclusion :** La DN est fréquente dans cette population, et elle est associée essentiellement au type de prise en charge chirurgicale, du stade de la maladie ainsi qu'au type de chimiothérapie reçue. Ces résultats soulignent la nécessité de surveiller la survenue de cet effet secondaire neurologique des traitements et de développer des stratégies pour réduire sa morbidité.

#### **P4- Prise en charge médicamenteuse des douleurs neuropathiques chez un cancéreux**

W. Bechairia ; H. Djedi

Centre Anti-Cancer - Annaba

Objectifs : faire un état des lieux des connaissances sur la prise en charge médicamenteuse des douleurs neuropathiques chez les patients avec cancer

Matériels et méthodes : présentation les résultats en termes d'efficacité des essais cliniques sur la douleur neuropathique chez les cancéreux.

Résultats : traitement systémique : la prégabaline, deux études cliniques ont confirmait l'efficacité avec diminution du risque d'événements indésirables de l'association prégabaline avec morphine. La duloxétine avait atténué les symptômes d'engourdissement et de picotement au niveau des pieds, et amélioré la qualité de vie des patients recevait oxaliplatine. L'administration de kétamine en concomitant la morphine s'est révélée efficace. Concernant la méthadone, son administration s'est avérée efficace en association avec la gabapentine et dexaméthasone. Pour le traitement local, les américains préconisent l'application d'un gel contenant du baclofène, et de la kétamine, les européens des patchs de capsaïcine.

Discussion : L'analyse des publications sur la prise en charge de la douleur neuropathique chez un cancéreux confirme les manques dans le passé et l'absence de progrès majeurs. La difficulté pour obtenir des éléments de preuve de l'efficacité des traitements provient possiblement de l'hétérogénéité de la population. Récemment, trois profils ont été identifiés : une perte de sensibilité , ou hyperalgésie thermique ou mécanique. Les douleurs peuvent être dues à la tumeur (compression ou infiltration des nerfs) ou ces traitements, les drogues les plus souvent incriminées sont les sels de platine, les taxanes, les alcaloïdes de la pervenche. Malgré cette hétérogénéité, il semblerait que l'utilisation des ATC et des antiépileptiques fasse l'unanimité dans la prise en charge neuropathie liées au cancer. L'utilisation de ces traitements permet d'éviter

l'utilisation des opiacés ou d'en diminuer les doses et les effets indésirables en cas d'administration concomitante.

Conclusion : Les résultats des études analysées dans ce travail peuvent guider les chercheurs dans la conception de leurs études : inclusion d'un plus grand nombre de patients, meilleure identification de l'étiologie et des caractéristiques de la douleur neuropathique, détermination de l'objectif de la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

### **P5- Douleur post zostérienne : mécanisme et traitement**

A. Abbassi, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : la névralgie post-zostérienne est la complication la plus courante du zona causé par le virus varicelle-zona et survient chez 20% à 35% des patients, elle est définie comme une douleur neuropathique persistante pendant plus de 3 mois le long des dermatomes affectés par l'infection, malgré la résolution de l'éruption cutanée. C'est l'un des syndromes douloureux les plus difficiles à traiter avec un impact négatif sur la qualité de vie et la qualité de sommeil et avec des répercussions socioprofessionnelles.

Matériel et méthodes : nous rapportons un cas de patient, atteint de douleurs neuropathiques chroniques suite à un zona. Les douleurs sont réfractaires au traitement antalgique bien adapté, Nous avons opéré le patient en utilisant la technique de DREZotomie microchirurgicale.

Résultats : en postopératoire, le patient a signalé une nette amélioration notamment la composante allodymique et paroxystique Les résultats post-opératoires ont été satisfaisants. Les patients rapportent un soulagement efficace des douleurs avec disparition des crises paroxystiques et amélioration de la qualité de vie.

Conclusion : Les mécanismes physiopathologiques sont encore à élucider. Cependant les résultats thérapeutiques sur le soulagement de la

douleur postzostérienne qu'elles soient médicale ou chirurgicale aident amplement à comprendre le mécanisme de la douleur. La technique de DRE-Zotomie microchirurgical agit d'une façon directe sur le substratum anatomique lésionnel sensé maintenir l'état mécanistique de la douleur chronique. Mots clés : zona ; douleur post-zostérienne ; allodynie ; DREZotomie microchirurgicale.

### **P6- Douleur fantôme après amputation**

N. Rahmani, R. Mansouri, R. Chehrit, M-R. Mazidi, F. Benbouza  
N. Fellah

Centre de traitement de la douleur, CHU Bab El Oued - Alger

Objectif : Décrite pour la première fois en 1545, l'algohallucinosse ou douleur fantôme est une complication fréquente de l'amputation. Les mécanismes physiopathologiques sont complexes et restent mal élucidés. Le but de ce travail est de sensibiliser le personnel soignant sur l'intérêt de la prise en charge précoce et adéquate de la douleur après amputation d'un ou de plusieurs membres. Matériels et méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient suivi au centre anti douleur du CHU de Bab El Oued : Monsieur S.M âgé de 50 ans, tabagique, suivi pour maladie de Leo berger, amputé des deux membres inférieurs, à 1 mois d'intervalle entre les 2 interventions. Il nous a été adressé pour prise en charge d'une douleur du membre fantôme qui a été longtemps négligée. Résultats : Le patient signal une mauvaise prise en charge de la douleur pré et post opératoire. Elle est décrite comme lancinante, pressante, brûlante, généralement distale et intermittente, et immédiate après l'amputation. Le traitement antérieur était à base de d'acétaminophène en perfusion à la demande, en moyenne 2 perfusions par jour. Discussion : Il a été constaté qu'une douleur présente avant l'amputation s'associe à un risque plus élevé de développer une douleur du membre fantôme, ceci s'explique par une « mémoire » de la



douleur qui s'inscrit dans les neurones via un mécanisme de plasticité neuronale. Elle peut disparaître, mais aussi se chroniciser devenant invalidante, résistante aux antalgiques dans 25 % des cas. Les traitements : pharmacologique, non pharmacologique (interventionnel, neuromodulation, thérapie du miroir, psychothérapie) sont les principales armes thérapeutiques. Conclusion : La présence d'une douleur avant l'amputation est associée à un risque plus important de chronicisation de la douleur du membre fantôme, d'où l'idée d'une « analgésie préventive ». La douleur doit être considérée comme une urgence thérapeutique. Plusieurs moyens pharmacologiques et non pharmacologiques ont été testés dont l'efficacité restent controversée, d'où l'intérêt de la prévention. Les meilleures précautions contre la douleur fantôme sont une opération précoce bien exécutée et une gestion cohérente de la douleur.

### **P7- Douleur du membre fantôme : diagnostic et traitement**

A. Kriba, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued – Alger

Introduction et objectif : décrite pour la première fois en 1545, l'algohallucinoïse ou douleur fantôme est une complication fréquente de l'amputation. Les mécanismes physiopathologiques sont complexes et restent mal élucidés. Le but de ce travail est de sensibiliser le personnel soignant sur l'intérêt de la prise en charge précoce et adéquate de la douleur après amputation d'un ou de plusieurs membres. Matériels et méthodes : nous rapportons le cas d'un patient suivi au centre anti douleur du CHU de Bab El Oued: Monsieur S.M âgé de 50 ans, tabagique, suivi pour maladie de Leo berger, amputé des deux membres inférieurs, à 1 mois d'intervalle entre les 2 interventions. Il nous a été adressé pour prise en charge d'une douleur du membre fantôme qui a été longtemps négligée. Résultats : le patient signale une mauvaise prise en charge de la

douleur pré et post opératoire. Elle est décrite comme lancinante, pressante, brûlante, généralement distale et intermittente, et immédiate après l'amputation. Le traitement antérieur était à base de d'acétaminophène en perfusion à la demande, en moyenne 2 perfusions par jour. Discussion : il a été constaté qu'une douleur présente avant l'amputation s'associe à un risque plus élevé de développer une douleur du membre fantôme, ceci s'explique par une « mémoire » de la douleur qui s'inscrit dans les neurones via un mécanisme de plasticité neuronale. Elle peut disparaître, mais aussi se chroniciser devenant invalidante, résistante aux antalgiques dans 25 % des cas. Les traitements : pharmacologique, non pharmacologique (interventionnel, neuromodulation, thérapie du miroir, psychothérapie) sont les principales armes thérapeutiques. Conclusion : La présence d'une douleur avant l'amputation est associée à un risque plus important de chronicisation de la douleur du membre fantôme, d'où l'idée d'une « analgésie préventive ». La douleur doit être considérée comme une urgence thérapeutique. Plusieurs moyens pharmacologiques et non pharmacologiques ont été testés dont l'efficacité restent controversée, d'où l'intérêt de la prévention. Les meilleures précautions contre la douleur fantôme sont une opération précoce bien exécutée et une gestion cohérente de la douleur.

### **C8- La fibromyalgie : diagnostic et prise en charge**

M.R. Mazidi, R. Mansouri, N. Rahmani, R. Chehrit, F. Benbouza  
N. Fellah

Centre de traitement de la douleur, CHU Bab El Oued - Alger

Objectifs : La fibromyalgie est une maladie chronique complexe, elle affecte les muscles et les tissus mous, caractérisée par des douleurs musculaires chroniques, de l'hypersensibilité centrale, de la fatigue, et des

troubles du sommeil. L'objectif de ce travail est d'identifier les symptômes de la fibromyalgie et établir un diagnostic,

d'envisager un diagnostic différentiel et exclure d'autres troubles et concevoir un plan de gestion pour traiter les symptômes. Matériels et méthodes : A travers un cas clinique, nous allons tenter de répondre à notre objectif en se rapportant à une revue de la littérature effectuée sur le Système Nationale de Documentation en Ligne. Résultats : La fibromyalgie est un état douloureux musculo-squelettique associé à une fatigue, des troubles du sommeil et d'autres symptômes cognitifs et fonctionnels. Sa prévalence est estimée de 0,5 à 5 % dans la population générale avec un ratio femmes-hommes 2-1. Les principaux diagnostics différentiels sont les affections rhumatismales neurologiques, musculaires ou infectieuses. Le traitement pharmacologique utilise les trois paliers d'antalgique d'OMS, associé à la psychothérapie, une thérapie comportementale, l'hypnose... Discussion : L'évaluation diagnostique reste difficile du fait du tableau clinique aspécifique et de l'intrication de symptômes somatiques généraux et psychiatriques. Les examens paracliniques sont souvent sans anomalies. Conclusion : La fibromyalgie peut être traitée en utilisant les mêmes stratégies grâce à un diagnostic approprié, l'établissement avec le patient des objectifs à atteindre, et la gestion pharmacologique et non pharmacologique. Ces pratiques amélioreront les résultats et le bien-être des patients et la santé globale de la société.

### **C9- Névralgie classique du trijumeau : diagnostic et traitement**

H. Ziregue, F. Aichaoui, D. Daou, G. Nzoyihera, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : La névralgie du trijumeau est une douleur faciale paroxystique lancinante, sévère, due à un trouble du 5e nerf crânien. Le diagnostic est clinique. Le traitement comprend habituellement la carbamazépine ou la gabapentine ; Il existe cependant des situations où le traitement médical est peu ou pas

efficace d'où le recours aux méthodes chirurgicales notamment les techniques percutanée et la décompression microchirurgicale. Matériels et méthodes : Nous rapportons une série de 22 patients ayant présenté une névralgie du trijumeau, étalé sur la période de 2019 jusqu'à 2022. Il s'agit de 09 hommes et 13 femmes entre 40 et 73 ans souffrant de douleurs de l'hémiface suivant le territoire du V à type de décharge électrique déclenchés par la mastication et la parole. Tous les patients ont bénéficié d'une neuro-imagerie pour éliminer une cause secondaire. Ces patients ont été traités à long cours par la carbamazépine, le traitement percutané par compression par ballonnet a été envisagé chez eux qu'après échec du traitement médical. Résultats : Les patients ont signalé une amélioration notable des douleurs après le traitement percutané par compression par ballonnet. Conclusion : Le diagnostic de la névralgie classique du trijumeau est essentiellement clinique, cependant la douleur peut revêtir des caractères atypiques la faisant confondre avec les autres diagnostics. La bonne connaissance de la sémiologie des différentes douleurs faciales aboutit à une meilleure charge diagnostique et thérapeutique. Mots clés : névralgie du trijumeau ; compression par ballonnet rétro-gassérienne ; thermocoagulation rétro-gassérienne ; injection de glycérol ; décompression microvasculaire

### **C10- Compression par ballonnet dans le traitement de la névralgie : technique et indications**

A. Khelifa, F. Aichoui, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued – Alger

Matériels et méthodes : Notre présentation est une revue narrative basée sur une recherche bibliographique dans les bases de données Scopus,

PubMed et Science Direct, en utilisant les mots clés « balloon compression » ET « trigéminal ». La recherche a été limitée aux articles en anglais des

5 dernières années (depuis 2018), ce qui a identifié 94 articles provenant de PubMed, 343 de Science Direct et 90 de Scopus. Les articles ont été sélectionnés en fonction de leur éligibilité et de leur pertinence pour la trame narrative. Pour renforcer nos résultats, nous avons également inclus des cas représentatifs de patients ayant subi la procédure dans notre institution. Conclusion : La compression par ballonnet est toujours largement indiquée et discutée pour la névralgie du trijumeau. C'est la technique qui présente le meilleur rapport coût -efficacité, l'accessibilité la plus grande et le taux de complications le plus faible. La récurrence est le problème le plus important associé à cette procédure, et elle dépend des indications et des difficultés peropératoires.

### **C11- Névralgie trigéminalle essentielle associée à un hémispasme facial, à propos d'un cas et revue de la littérature**

B. Merrouche, A. Baaziz, L. Mahfouf  
Neurochirurgie, EHS Salim Zemirli - Alger

Objectifs : La névralgie trigéminalle essentielle est une affection du sujet âgé, elle est caractérisée par quatre éléments sémiologiques, le type, la topographie, les conditions de déclenchement de la douleur, et la négativité de l'examen neurologique, elle évolue souvent vers la stabilisation parfois vers l'aggravation. L'hémi spasme facial est une affection bénigne chronique consistant en des mouvements involontaires tonic clonique paroxystique strictement limitée au territoire moteur du nerf facial d'un seul côté, l'association entre les deux est exceptionnel. Les deux affections sont dues dans plus 90 % des cas à un conflit vasculo-nerveux entre les nerfs concernés et les vaisseaux de voisinage.

Matériels et méthodes : Nous rapportant le cas d'un patient B.S âgé de 30 ans aux antécédents de diabète et HTA, qui présente à l'examen clinique : des contractions involontaires de l'hémiface gauche paroxystique

douloureuse type de décharge électrique au territoire du nerf trijumeau 2 et 3 IRM cérébral : montre un croisement vasculo-nerveux entre l'artère cérébelleuse supérieure gauche et le pôle proximal du nerf trijumeau gauche. Et un croisement entre une branche de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure et le nerf facial. Le patient était sous tégréto et baclofène depuis des années mais sans amélioration clinique. Résultats : Le patient a été opéré par décompression micro vasculaire avec interposition d'un bout d'aponévrose musculaire entre la SCA le NT et entre l AICA et le nerf facial, les suites opératoires sont favorables avec disparition totale de la douleur et l'hémispasme facial. Discussion : L'association de la NTE et l'hémi spasme faciale pose un problème médico-chirurgical devant la persistance des douleurs malgré un traitement médical intensif la chirurgie reste le gold Standard pour y remédier. Conclusion : En fait il s'agit d'un double conflit vasculonerveux rare.

### **C12- Les névralgies du trijumeau et sclérose en plaque « mécanisme et traitement», à propos de deux cas**

H. Bouchkoura, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued - Alger

Introduction : La névralgie du trijumeau (TN) associée à la sclérose en plaque (SEP) n'est pas rare. C'est une douleur intense, invalidante, souvent réfractaire, altérant sensiblement la qualité de vie du patient. Environ 4 % à 6 % des personnes atteintes de SEP sont atteintes. Le risque de développer une névralgie du trijumeau chez les patients porteurs d'une sclérose en plaques est multiplié par 400 par rapport à la population normale. Les options thérapeutiques sont variées, notamment chirurgicales pouvant être proposées

Matériel et méthodes : Nous rapportant deux cas de patients de sexe différent, dont l'un est âgé de 49 ans et l'autre de 51 ans, suivis depuis des années pour sclérose en plaque, ces dernières années ils ont présenté des névralgies trigéminales paroxystiques résistantes à tout traitement médical. Ils ont été opérés, bénéficiant d'une compression par ballonnet de la

région retro-gassérienne par voie percutanée avec des résultats favorables  
Conclusion : La compression par ballonnet retro-gassérienne peut être une alternative thérapeutique en cas d'échec ou d'intolérance au traitement médicamenteux dans la névralgie du trijumeau associée à une sclérose en plaque.  
Mots clés : névralgie du trijumeau, sclérose en plaque, compression par ballonnet, douleur chronique, résistance au traitement médical.

### **C13- Névralgie du trijumeau révélant un conflit vaculo-nerveux**

W. Abdellaoui 1, S. Abboura 2, W. Amer El-khedoud 1

1EHS Hôpital Ben-Aknoun, 2Réanimation Bab El Oued - Alger

La névralgie du trijumeau est considérée parmi les pathologies les plus douloureuses de l'homme, commence souvent tardivement après 50 ans. Le diagnostic repose sur la présence de douleurs, discontinues paroxystiques décrite par le patient comme une secousse électrique ou douleur fulgurante. Les douleurs sont toujours unilatérales, strictement localisées dans le territoire sensitif du trijumeau. Matériels et méthodes : le premier cas est un homme de 60 ans, sans antécédents pathologiques, présentant des névralgies faciales droites, évoluant depuis plusieurs mois, Examen neurologique : atteinte sensitive du trijumeau dans le territoire de la branche du maxillaire supérieur droit. IRM cérébrale avec séquences spéciales CISS/TOF3D a montré un conflit vasculonerveux entre une artère cérébelleuse et le nerf trijumeau. Disparition totale des douleurs sous carbamazépine 200 mg /j. Le deuxième cas est une femme de 52 ans, aux antécédents d'HTA sous traitement antihypertenseur, présentant des névralgies faciales gauches, évoluant depuis plusieurs années, ayant subi plusieurs avulsions dentaires. Examen neurologique : atteinte sensitive du trijumeau dans le territoire de la branche du maxillaire supérieur et inférieur gauche. IRM cérébrale avec séquences spéciales CISS/TOF3D a montré un conflit vasculonerveux entre une artère cérébelleuse et le nerf trijumeau. Absence d'amélioration clinique à dose thérapeutiques aux différents

traitements (carbamazépine, prégabaline, gabapentine). La patiente fut adressée en neurochirurgie pour une prise en charge chirurgicale. Discussion : dans les deux cas il s'agit d'une névralgie du trijumeau secondaire à un conflit vasculo-nerveux entre l'artère cérébelleuse et le nerf trijumeau. Le traitement de première intention est médical ; en cas de résistance une chirurgie peut être proposée au patient. Conclusion : le diagnostic de la névralgie du trijumeau repose sur la clinique et l'IRM cérébrale avec séquences spéciales CISS/TOF3D, permettant de mettre en évidence un conflit vasculo-nerveux. Le traitement est souvent médical. En cas de pharmacorésistance le recours à la chirurgie s'impose.

#### **C14- Efficacité du bloc iliofacial dans l'analgésie post-opératoire du site donneur chez le Brulé**

Y. Benhocine ; M. Naili ; S. Ammari  
CHU Tizi-Ouzou

Objectifs : Evaluer l'efficacité du bloc iliofacial pour l'analgésie post op du site donneur. Trouver une alternative à l'analgésie morphinique

Matériels et méthodes : Étude prospective comparative ouverte portant sur l'évaluation interne de la qualité de la prise en charge de l'analgésie post opératoire (site donneur)

Critères d'exclusion : brûlure étendue, refus du patient, patient incapable de coopérer avec le protocole, infection systémique au niveau du point de ponction et troubles de l'hémostase

Critères d'inclusion : échantillon de 20 patients adultes brûlés (scb <25%), site donneur : cuisse ; tous les patients ont bénéficié d'une explication du protocole et de l'EVA la veille de l'intervention. Un groupe a bénéficié d'une montée de cathéter ilio facial avant l'extubation avec injection de 20 cc de MARCAINE 0,125% et entretenue toutes les 6 heures. Un autre groupe a bénéficié de morphine à la SAP.

Résultats : La moyenne de l'EVA été plus basse dans le groupe bloc iliofacial comparé au groupe morphine et cela quel que soit le site



(brulé et greffé). Les effets secondaires à type de nausées vomissements sont plus fréquents dans le groupe morphine (60 et 20 %). Discussion : Dans cette étude, on constate que le BIF a la même efficacité que la morphine pour l'analgésie du site donneur ; avec moins d'effets secondaires durant les premières 72h. Dans les deux groupes le niveau d'analgésie a été satisfaisant pour les malades. Des effets secondaires à type de nausées, vomissements ont été observés dans le groupe morphine et aucun effet secondaire pour l'ALR. La douleur du site donneur dépasse largement la douleur du site greffé, c'est pour cela qu'il faut la traiter. Dans notre étude le bloc ilio-facial a été une très bonne technique analgésique pour le site donneur. La toxicité systémique est le résultat de la réabsorption surtout lors des blocs continus. Aucune toxicité dans notre étude. Limites du BIF : siège du site donneur. L'infection est un autre problème lié au cathéter (aucune infection dans notre étude) Conclusion : Le recours au bloc ilio-facial est une alternative intéressante pour la prise en charge analgésique du site donneur. Il permet de diminuer, voire de se substituer à l'analgésie morphinique avec comme avantage moins d'effets secondaires.

### **C15- Prise en charge anesthésique et analgésique d'une prothèse totale de hanche chez un malade avec un rein unique**

M. Mebarki, A. Bouchal, H. Ouahes

Hôpital Militaire Universitaire de Staoueli – Alger

Objectifs : la meilleure PEC anesthésique et analgésique.  
Matériels et méthodes : A propos d'un cas clinique.  
Résultats : L'intérêt de L ALR et analgésie multimodale.  
Discussion : Choix de la technique anesthésique : risque d'intubation et ventilation difficile (âgé, édenté, raideur du rachis) et risque d'inhalation (hernie hiatale, rachis single shoot (âgé, rein unique, risque de variation hémodynamique).  
Choix de l'analgésie : optimiser les produits non

néphrotiques et éviter les produits néphrotoxiques.  
Conclusion : La chirurgie prothétique de la hanche est en continuelle hausse en rapport avec le vieillissement de la population. La politique anesthésique et analgésique à adopter a pour objectif une réduction de la morbi-mortalité péri-opératoire et une réhabilitation précoce.

### **C16- Prise en charge de la douleur post-opératoire en neurochirurgie pédiatrique**

E. L Bahria

EPH Ouled Djellal

Objectifs : Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'enfant en neurochirurgie pédiatrique.  
Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, de juin 2022 à mars 2023. Étaient inclus les patients de 0 à 15 ans opérés, en neurochirurgie d'urgence ou programmée. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le risque opératoire, l'indication opératoire, la technique d'anesthésie, l'intensité de la DPO et les antalgiques. La douleur était évaluée par l'échelle visuelle analogique et l'échelle numérique (chez les plus de 7ans) et EVENDOL (chez les moins de 7ans) aux heures postopératoires suivantes : H0, H6, H12, H24 et H48.  
Résultats : La tranche d'âge de [0-7 ans] représentait 40% des cas. Le sexe ratio était de 1.66 en faveur des garçons. La classe ASA 1 représentait 80,5%. Les chirurgies étaient principalement la neurotraumatologie (70%). L'anesthésie générale (AG) était faite dans 97%. L'analgésie post-opératoire était débutée 20 minutes avant la fin de l'intervention (90%). Pour les patients de plus de 7 ans, à H0, la douleur était légère (79,2%) et sévère (8,5%). A H48, aucun ne présentait de douleur sévère. Pour ceux de moins de 7ans, à H0, 55,5% avaient un score > 4/15. A H48, tous les patients étaient en dessous de 4/15. Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé (100%).  
Discussion : L'évaluation de la douleur postopératoire et de l'efficacité thérapeutique est indispensable car, pour un patient et une

chirurgie donne, il est impossible de prédire le niveau de la douleur perçue, ainsi que la consommation en antalgiques. L'autoévaluation par des méthodes unidimensionnelles, échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple, est la règle chez l'enfant plus de 7 ans. La première est une méthode validée, sensible et reproductible, qui constitue l'outil de référence pour l'évaluation de la douleur post-opératoire. Chez l'enfant d'âge moins de 7ans, le score comportemental (EVENDOL) est le plus utilisé. L'évaluation de la douleur avec cet outil (le même pendant toute la durée d'hospitalisation) doit être systématique, dès la salle de surveillance post-interventionnelle et en secteur d'hospitalisation (mesures répétées et régulières reportées sur un support écrit). Conclusion : La prise en charge de la DPO est effective. Le paracétamol est l'antalgique le plus utilisé.

### **C17- Place de tramadol injectable dans la prise en charge des douleurs post opératoire en chirurgie rachidienne**

A. Tachet, A. Bouamra, R. Chenaoui, A. Bouderra  
E.H.S Cherchell – Tipaza

Objectifs : Evaluer le rôle de tramadol dans la douleur post opératoire, et de définir sa place dans la réhabilitation post opératoire en chirurgie rachidienne notamment de la hernie discale et canal lombaire étroit. Matériels et méthodes : étude prospective menée au sein de service d'anesthésie réanimation de l'EHS de neurochirurgie Cherchell. Pour les malades qui ont reçu de tramadol pour l'analgésie post opératoire. L'intensité de la douleur était évaluée par l'échelle visuelle analogique à 90 minutes H6 H12, les critères de jugement étaient la qualité de réveil, Complication en SSPI, levée et la mise en position assise, effets indésirables. Résultats : 21 patients ont reçu de tramadol injectable 100 mg + 1g de paracétamol en IVL en 30 minutes. Puis 1mg/kg + 1g de paracétamol Chaque 6 heures pendant 2 heures. Tous les malades ont reçu de la dexaméthasone à l'induction. Tranche d'âge entre

35-75 ans avec prédominance féminine. 67% des patients classé ASA1 33% présentait au moins un ATCD médical HTA diabète. Lamise en position assise <6H chez 76% (16) des malades. Levée très précoce <12H chez 47% (10) des malades. EVA 90 min 30> et <60 chez tous les malades, Ces chiffres étaient satisfaisants mais une étude plus élargie est souhaitable Discussion : Le tramadol est un antalgique de palier 2 utilisé depuis 1977 exerce deux mécanismes d'action : une activité morphinique simple et une activité non morphinique aminergique sur les voies de contrôles inhibiteurs descendantes, de nombreux auteurs ont rapportés la fréquence d'effets secondaire. La dose administré et le mode d'administration ont une influence sur la survenue de ces effets secondaires. Dans notre étude le tramadol s'est avéré efficace avec des valeurs d'échelle analogue faible et une faible incidence d'effets secondaires. Conclusion : L'administration du tramadol dans le Protocole d'analgésie post opératoire a permis une analgésie satisfaisante pour des douleurs d'intensité modérée à sévère avec moins d'effets secondaires.

### **C18- Rachianalgésie : intérêt de l'adjonction intrathécale de 12,5 mg de néostigmine et 0,125 mg morphine à 10 mg de bupivacaïne en chirurgie digestive**

N. Sidiaissa, Kh. Rezig, M. Goulman, Dalachaher, N. Tabet Aouel  
Urgences Médico-Chirurgicales - CHU Oran

Objectifs : Evaluer l'effet analgésique et l'innocuité de l'adjonction de la néostigmine à la morphine et la bupivacaïne en chirurgie digestive sous rachianesthésie. Evaluer la durée de l'analgésie post-opératoire liée à l'association intrathécale de néostigmine et de morphine  
Matériels et méthodes : La méthodologie proprement dite : Les patients sont tirés au sort en deux groupes : Groupe A : recevaient 10mg de marcaïne (Bupivacaïne 0.5%) et 0,125mg de Morphine en injection unique intrathécale juste avant l'incision ;

Groupe B : recevaient 10mg de marcaïne (bupivacaïne 0.5%) plus 0,125mg de Morphine et 12.5mg de néostigmine en injection unique intrathécale avant l'incision. Les patients ont bénéficié d'une surveillance horaire pendant les huit (8) premières Heures, puis toutes les 4 heures jusqu'à 24 heures post-opératoire ; à partir de laquelle la surveillance a été faite toutes les 8 heures et cela jusqu'à la 48ème heures ; puis toutes les 12 heures jusqu'à la 72ème heure.

Résultats : des patients du protocole A ont fait leur première demande d'analgésie à H. Contre 4% des patients du protocole B des patients du protocole B n'a pas fait de demande d'analgésie. La durée moyenne de l'analgésie fournie par le protocole A a été de  $18 \pm 4$  heures contre  $25 \pm 8$  heures pour le protocole B.

Discussion : Dans notre étude des patients du protocole A ont présenté une bradycardie en peropératoire contre 4% pour le protocole B. 33% des patients du protocole A ont présenté une hypotension en peropératoire contre pour les patients du protocole B. Cette différence pourrait certainement s'expliquer par l'action de la néostigmine qui par renforcement du tonus sympathique diminue l'effet sympatholytique induit par la bupivacaïne en rachianesthésie.

Conclusion : la douleur est une réalité historique et quotidienne. Tout malade opéré a mal. La prise en charge de la douleur post opératoire est loin d'être optimale à cause de la banalisation des plaintes et de l'attitude souvent fataliste des patients. Les nouvelles stratégies pour l'analgésie post opératoires doivent combiner des molécules adjuvantes comme la néostigmine aux analgésiques surtout par voie locorégionale. La néostigmine par son effet anti-cholinestérasique assure une bonne analgésie tout en prévenant la chute de la pression artérielle en peropératoire notamment lorsqu'elle est administrée par voie intrathécale.

## **C19- Intérêt du Transverses Abdominis Plane Block dans l'analgésie post opératoire en chirurgie abdominale chez l'adulte**

A. Kadem, H. Mardaci

Urgences Médico- Chirurgicales, EHS El Bouni – Annaba

Objectifs : le « transverse abdominal plane block » ou TAP block a été décrit par Rafi en 2001. Il décrit un abord du plan neurofascial du muscle transverse abdominal via le triangle lombaire de Jean-Louis Petit qui permet en une simple injection d'obtenir une analgésie de toute l'hémi-paroi abdominale homolatérale, qui parallèlement avec l'utilisation de l'échographie est devenu un « must incontournable » en ALR de la paroi abdominale. Le but de cet article de faire le point sur l'intérêt de l'utilisation du TAP bloc pour l'analgésie postopératoire en chirurgie abdominale.

Matériels et méthodes : étude des articles publiés sur le thème dans la base de données Med line en fonction de leur pertinence. En utilisant les Mots clés : Analgésie postopératoire. TAP block

Résultats : Le TAP bloc prend une place de plus en plus importante dans l'arsenal des techniques d'analgésie postopératoire du fait de sa relative simplicité et de sa grande efficacité. L'objectif est l'injection et la diffusion des anesthésiques locaux au niveau du plan transverse de l'abdomen. L'agent pharmacologique utilisé, sa concentration et son volume sont variables d'une étude à l'autre. Dans le cadre des infiltrations d'anesthésiques locaux, il est recommandé d'utiliser des produits de longue durée d'action et de moindre toxicité.

Discussion : Le TAP bloc prend une place de plus en plus importante dans l'arsenal des techniques d'analgésie postopératoire du fait de sa relative simplicité et de sa grande efficacité. L'objectif est l'injection et la diffusion des anesthésiques locaux au niveau du plan transverse de l'abdomen. L'agent pharmacologique utilisé, sa concentra-

tion et son volume sont variables d'une étude à l'autre. Dans le cadre des infiltrations d'anesthésiques locaux, il est recommandé d'utiliser des produits de longue durée d'action et de moindre toxicité. Conclusion : le TAP Block est une technique simple, trouve essentiellement son intérêt dans la cholécystectomie/sous-costale ou cœlioscopie, la chirurgie colorectale sous laparotomie ou cœlioscopie, l'appendicectomie, la fermeture d'iléostomie, la chirurgie gynécologique, la césarienne, la chirurgie urologique (néphrectomie), la hernie inguinale, la chirurgie vasculaire

## **C20- Infiltration cicatricielle continue en chirurgie abdominale : quel intérêt analgésique post opératoire ?**

A. Kadem, H. Mardaci

Urgences Médico- Chirurgicales, EHS El Bouni - Annaba

Objectifs : L'antalgie par « infiltration cicatricielle continue par pompe élastomérique » consiste à infiltrer un anesthésique local dans les tissus en périphérie de la région opératoire. L'anesthésique local est injecté sous pression dans le réservoir de la pompe par du personnel formé spécifiquement à la technique et/ou infirmier anesthésiste et/ou médecin anesthésiste, puis donné au chirurgien pour la mise en place. Le but de cet article de faire le point sur l'intérêt de l'utilisation de cathéter péri-cicatriciel pour l'analgésie post opératoire en chirurgie Abdominale.

Matériels et méthodes : étude des articles publiés sur le thème dans la base de données Med line en fonction de leur pertinence. En utilisant les Mots clés : Analgésie. Infiltration cicatricielle continue

Résultats : L'antalgie par « infiltration cicatricielle continue par pompe élastomérique » consiste à infiltrer un anesthésique local dans les tissus en périphérie de la région opératoire. L'anesthésique local est injecté sous pression dans le réservoir de la pompe par du personnel formé spécifiquement à la technique et/ou infirmier anesthésiste et/ou médecin anesthésiste, puis donné au chirurgien pour la mise en place. Ce dispositif

à usage unique et le personnel des unités n'intervient plus que pour la

surveillance et le retrait. La vidange est régulée par une tubulure munie d'un rétracteur de débit (un capillaire en verre ou en plastique rigide dont le diamètre et la longueur déterminent le débit). Le profil de vidange des pompes élastomériques dépend de la prescription médicale Ne doit jamais être délivré en intra vasculaire. Tout le dispositif est à usage unique. Ne jamais «re- remplir » la pompe. Le traitement est interrompu lorsque la pompe est vide. La surveillance porte sur : L'évaluation de la douleur : efficacité, La détection des complications /effets secondaires des anesthésiques locaux. La « bonne utilisation » du dispositif L'identification du produit. Discussion : Cette technique est sous utilisée en raison de la crainte de l'infection du site opératoires et du surcoût lié à la mise en œuvre de cette procédure d'analgésie. Pourtant la reprise du transit intestinal est plus précoce la durée de séjour hospitalier est réduite, ainsi que le travail du personnel paramédical et la réhabilitation post-opératoire est facilitée. Conclusion : L'utilisation de cathéter péri-cicatriciel pour l'analgésie post-opératoire est peu documentée. Néanmoins, cette technique est simple à mettre en place et présente une grande innocuité. À l'heure du développement de l'ambulatoire et des techniques mini-invasives, l'utilisation de cathéter péri-cicatriciel pour l'analgésie devrait être encouragée dans la discipline.

### **C21- Gestion de la douleur post-opératoire en chirurgie cardiaque : expérience du service**

M. Djaber, A. Thabet, A. Achour, F. Layoune, K. Ben kadi, M. Si Lakhel Y. Sayad

Anesthésie Réanimation, Chirurgie cardiaque - EHS Draa Ben Khedda

Objectifs : Exposer les méthodes et les moyens d'évaluation de la douleur et les mesures de soulagement optimal disponible dans notre service.

Matériels et méthodes : évaluation sur une série des patients opéreraient à l'hôpital spécialisé en chirurgie cardiaque – Draa Ben Khed-



da - Tizi-Ouzou, Tranche d'âge varie entre : enfant / adulte, Type d'intervention : remplacements valvulaires, pontage aorto-coronarien, congénital, tumorale voix d'abord : stéréotomie médiane >>>>> thoracotomie, Anesthésie : anesthésie générale. Résultats : Bonnes résultats en post opératoires immédiat pour la majorité des patients, levée précoce, récupération rapide d'activité. Discussion : Limiter par les moyens disponibles dans le service, notre stratégie est basée sur les méthodes pharmacologiques utilisant différents produits allant : paracétamol - les devises de morphine et la morphine ; Et cela dépend des échelles d'évaluation de la douleur. Conclusion : La chirurgie cardiaque est une expérience douloureuse à des niveaux variables, il est important de procéder à des techniques valide et fiable pour assurer une bonne analgésie ainsi une meilleure réhabilitation post-opératoire.

### **C22- Pericapsular nerve group (PENG) block pour l'analgésie post-opératoire chez un enfant atteint de para-ostéo-arthropathie neurogène bilatérale de la hanche post coma traumatique**

N. Hamma.

CHC Benbadis – Constantine

Objectifs : apport du PENG block dans la prise en charge de la douleur post opératoire liée à la chirurgie des ostéo arthropathie post traumatiques de la hanche. La POAN correspond à la formation d'ossifications hétérotopiques extra-articulaires, se développant dans les tissus musculaires et fibro mésenchymateux. Dite neurogène lorsqu'elle survient dans les suites d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Fréquemment décrite après un traumatisme crânien ou une lésion médullaire. Le traitement consiste en des ostéotomies il s'agit d'une chirurgie très pourvoyeuse de douleur post-opératoire Matériels et méthodes : Il s'agit du patient M Abdellatif âgé de 13 ans admis pour une prise en charge chirurgicale d'une POAN suite à un

coma post traumatique.il était hospitalisé en 2021pendant 33 jours en réanimation suite à un traumatisme crânien. Il présentait une limitation de l'abduction et un flessum des deux hanches Entrepris au bloc opératoire sous AG pour une ostéotomie de ponts osseux coxo-fémoraux. Le patient présentait des douleurs post opératoires cotées à 09/10 à l'EN. Nous avons procédé à un PENG block écho guidé analgésique. Résultats : réduction de la douleur spontanée dès la 15ème min puis à la mobilisation à la 30ème minute . L'analgésie a duré pendant 8heures et le patient n'a nécessité que du paracétamol pour la gestion de sa douleur. Discussion : Les techniques d'anesthésie régionale sont sûres chez les enfants peuvent procurer une bonne, le bloc PENG a récemment été décrit dans la littérature pour l'analgésie périopératoire de la chirurgie de la hanche chez l'adulte et l'enfant, une analgésie adéquate permet une réhabilitations plus rapide, une diminution de la consommation d'opioïdes et l'évitement des effets secondaires indésirables associés. Conclusion : Le PENG block est une nouvelle technique pour le contrôle périopératoire de la douleur de la hanche chez les patients pédiatriques et adultes, elle s'est avérée être une méthode efficace et satisfaisante pour une analgésie chez un enfant subissant une chirurgie ouverte de la hanche. Cette première expérience encourage son utilisation.

### **C23- Intérêt du bloc du cuir chevelu en neurochirurgie : à propos d'un cas**

A. AlGhazali 1, B. Merrouche2, F. Yahiatene1, S. Braikia, D. Benmoussa1.

1Anesthésie Réanimation CPMC , 2 Neurochirurgie EHS  
Zemirli – Alger

Objectif : évaluer l'effet du bloc du cuir chevelu combiné à des antalgiques lors de la mise en place d'un cadre de stéréotaxie. Matériels et méthodes : un patient de 29 ans se présente pour le port d'un cadrestéréotaxie. On réalise un bloc régional du cuir che-

velu avec de la Ropivacaïne à 0,5 %. Le bloc régional du cuir chevelu (RSB) est une technique établie qui implique l'infiltration d'un anesthésique local (LA) sur des sites anatomiques bien définis ciblant l'innervation sensorielle majeure du cuir chevelu. Résultats : une diminution significative de l'inconfort et un traitement efficace de la douleur lors de la pose du cadre de stéréotaxie. Discussion : une stimulation cérébrale profonde dans le cadre de mouvements anormaux invalidants, comme la maladie de Parkinson, le tremblement essentiel, une dystonie généralisée ; ces maladies entraînent soit des blocages, soit des mouvements incontrôlés qui les empêchent de mener une vie normale. De nombreux traitements médicamenteux existent pour faire disparaître ou diminuer ces mouvements ou blocages. Mais, à présent, soit les médicaments ne sont plus efficaces, soit ils entraînent des effets secondaires invalidants. Une intervention chirurgicale de stimulation cérébrale profonde peut être la solution. Elle consiste à mettre une ou deux électrodes dans le cerveau et ceci pourrait diminuer les signes de la maladie. Durant cette hospitalisation, le patient réalisera un bilan clinique, un bilan neuropsychologique pour tester le fonctionnement intellectuel et émotionnel du cerveau, un bilan psychiatrique et une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour rechercher des anomalies. Grâce à ce bilan, les neurologues et les neurochirurgiens vont discuter ensemble pour savoir s'ils peuvent proposer une stimulation cérébrale et dans quelle structure du cerveau le neurochirurgien va poser l'électrode. En effet, chaque structure cérébrale ou noyau visé peut traiter différemment les signes de la maladie, voir entraîner des effets secondaires. Il est donc important de proposer la meilleure structure adaptée à chaque cas. La pose d'un cadre de stéréotaxie est une nécessité. La douleur induite est très malaisante. Les techniques régionales tels que ce bloc minimisent les besoins anesthésiques et leurs effets peuvent être bénéfiques. Il y a un manque de consensus et de preuves concernant les stratégies alternatives d'analgésie pour la neurochirurgie.

Conclusion : l'effet du bloc du cuir chevelu combiné à des antalgiques lors de la mise en place d'un cadre de stéréotaxie semble efficace.

### **C24- Failed back surgery syndrome : causes et traitement**

T. Houari, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli

Neurochirurgie, CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : Le syndrome FBSS, failed back surgery syndrome désigne les douleurs lombaires et/ou radiculaires après chirurgie du rachis, regroupent une constellation d'états pathologiques complexes multifactoriels où la douleur persiste au-delà de 3 mois après une chirurgie du rachis. Différentes étiologies sont incriminées dans l'apparition du syndrome FBSS.

Matériels et méthodes : Une étude faite à notre niveau concernant des victimes du FBSS, traitaient initialement par un traitement conservateur fait de traitement médicale et stimulation transcutanée, dont certains ont nécessité un traitement chirurgical complémentaire par stimulation médullaire.

Résultats : Nous avons noté une réduction de la douleur estimée aux alentours de 50-75%.

Conclusion: Quels que soient les facteurs étiologiques, l'évaluation et la prise en charge sont le plus souvent multidisciplinaires, favorisant le traitement médical en première intention, et en dernier recours un traitement chirurgical, La stimulation médullaire largement pratiquées à cet égard, permettant d'atteindre la satisfaction des patients souffrent de FBSS.

Mots clés : FBSS ; douleur neuropathique ; stimulation médullaire

### **C25- Chirurgie thoracique : de la douleur aigue à la douleur chronique**

K. Bendjoudi

Anesthésie Réanimation, CHU Mustapha – Alger

Objectifs : La douleur chronique post-opératoire est une pathologie fréquente dont l'incidence globale se situe entre 20 et 30 % et représente

environ 20 % des consultations spécialisées. Les facteurs de risque sont liés d'une part, aux caractéristiques de chaque patient et à leurs comorbidités et d'autre part, aux différentes techniques chirurgicales. L'objectif principal de l'étude est prévalence la douleur chronique post-opératoire.

**Matériels et méthodes :** étude prospective, sur une période 3 mois le suivie des patients opérés en chirurgie thoracique lors de la consultation post-opératoire de l'année 2022.

**Conclusion :** La douleur chronique post-opératoire est une pathologie répandue, responsable d'environ 20 % des consultations dans un centre d'antalgies spécialisé. Elle peut être détectée, anticipée et traitée si une bonne coordination est réalisée entre chirurgiens, anesthésistes et médecins traitants.

## **C26- Douleur chronique neuropathique après mastectomie au service de chirurgie générale CHU Batna**

N. Boudouh, H. Merdj, M. Chouha, I. Nourani, M. Lahmar, N. Grainat  
Centre de traitement de la douleur - CHU Batna

En raison du nombre croissant de mastectomies au cours de ces dernières années, la douleur neuropathique post chirurgicale est devenue un problème majeur de santé publique Représente environ 20 % des consultations spécialisés, l'impact sur -l'évolution de l'état de santé des patients, la qualité de vie et les besoins éventuels de réadaptation fonctionnelle et s'accompagne de conséquences médico-économiques non négligeables. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'incidence de la douleur chronique après mastectomie et sa composante neuropathique au service de chirurgie générale au chu de Batna durant une année

**Matériels et méthodes :** C'est une étude prospective, descriptive et monocentrique. Elle est réalisée sur une période d'une année : du premier janvier au 31 décembre 2019, au niveau du service de chirurgie générale du CHU de Batna. L'étude porte sur des patientes

présentant les critères d'inclusions qui devraient subir une mastectomie programmée au niveau du bloc opératoire de chirurgie générale. La douleur

est évaluée chez les patientes selon l'échelle visuelle analogique en post opératoire immédiat, elle sera évaluée trois mois après l'acte chirurgical (selon l'échelle EVA et DN4). Résultats : Sur les 114 patientes opérés, 53 ont gardé une douleur chronique post chirurgicale à trois mois, avec un taux d'incidence à 46,49%, elle est de type neuropathique chez 64,22% (DN4 supérieur à 4). Le caractère neuropathique est retrouvé chez 64,22% des patientes douloureuses chroniques. Les facteurs de risques identifiés par la présente étude sont l'âge des patientes, le type et la durée de l'intervention chirurgicale, l'intensité de la douleur post opératoire aiguë. Discussion : Le taux d'incidence de la douleur post chirurgicale chronique et son caractère neuropathique paraît supérieur à plusieurs études, cela peut être du probablement à la technique de la mastectomie radicale avec curage ganglionnaire liée au diagnostic tardif du cancer du sein. Conclusion : Une meilleure connaissance des facteurs de risque et des moyens de prévention péri opératoire : dépistage des patients vulnérables à la douleur, chirurgie mini-invasive et analgésie multimodale efficace peut diminuer les taux d'incidence de la DCPC. Très peu de travaux se sont attachés à décrire la DCPC.

### **C27- Remplacement de valve aortique percutané : les pratiques analgésiques post-opératoires**

K. Bendjoudi, K. Meskouri, O. Ait Mokhtar, M. Saidani, S. Benkhada  
Anesthésie Réanimation, CHU Mustapha – Alger

Objectifs : Le remplacement de valve aortique percutané (TAVI) est de plus en plus utilisé, ciblant désormais des patients à risque chirurgical intermédiaire, en plus des patients à haut risque initialement éligibles. Il n'existe en revanche pas de recommandations formelles

concernant la prise en charge anesthésique et analgésique post-opératoire de ces procédures, qui semblent varier d'un centre à l'autre, notre objectif est d'évaluer la technique anesthésie et analgésie post-opératoire à travers une étude préliminaire dans cette nouvelle technique, nouvelle expérience qui répond à notre environnement géopathologique.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective, observationnelle, sur une période d'une année plusieurs missions programmées pour TAVI au CHU Mustapha Pacha, service cardiologie A2« Pr BENKHEDDA »

**Critères d'inclusion :** Patients avec Rao récusés par la chirurgie cardiaque.

**Critères de non inclusion :** Patient opérable sous CEC.

**Conclusion :** La cardiologie interventionnelle est en plein développement, modifie les stratégies thérapeutiques des cardiopathies. Les techniques analgésique et anesthésique ont évolué vers des procédures moins invasives pour encadrer de manière optimale et sécuritaire ces gestes en particulier le TAVI. L'analgésie post-opératoire du sujet âgé, vu les comorbidités, doit être efficace et vigilante.

### **C28- Analgésie par bloc du tronc en ambulatoire**

M. Naili, Y. Benhocine, M. Ris

Anesthésie Réanimation – CHU Tizi Ouzou

**Objectifs :** La prise en charge de la douleur en ambulatoire est un impératif pour la sortie du patient. Le but de notre étude est de montrer la qualité de l'analgésie du bloc du tronc dans ce contexte.

**Matériels et méthodes :** Types de Bloc : Bloc Para-ombilical, Bloc Ilio-inguinal Iliohypogastrique, Bloc pudendal, Bloc pénien. Étude rétrospective de six mois incluant tous les enfants ayant bénéficié d'un bloc du tronc dans le cadre de la chirurgie ambulatoire

Nous avons étudié les paramètres démographiques des patients, et les critères d'appréciation de l'efficacité du bloc qui sont les variations de la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la saturation artérielle en oxygène, le confort de l'enfant en Salle de Soins Post Interventionnelle pendant 2H

Résultats : 98 enfants ont été inclus-Tous les enfants étaient classés ASA I. Les blocs étaient réalisés en association à une anesthésie générale par inhalation chez tous les patients. Tous les enfants ont regagné leur domicile dans un délai moyen de 4 h, sous traitement antalgique. Le nombre des enfants opérés dont l'âge moyen entre 06 et 14 ans est égale aux nombres de celle entre 03 ans et 06 ans mais élevé par rapport au nourrisson opérés pendant 6 mois. La plupart des enfants opérés dans cette période son de sexe masculin

Classification ASA : ASA I (100%).

Répartition selon le type de chirurgie : le nombre des enfants opérés pour hernie inguinoscrotale est égale à la moitié de tous les malades.

Type d'anesthésie : 98% des enfants sont endormis sous masque d'où l'intérêt de la gestion non invasives des voies aériennes et donc moins des complications du a l'intubation orotrachéale.

Type de bloc : le bloc ilio-inguinale est un élément dominant en anesthésie ambulatoire. Le taux de réussite est élevé par apport aux échecs qui favorise l'application de cette technique.

Discussion : Le taux de réussite est élevé par apport aux échecs qui favorise l'application de cette technique. L'anesthésie au masque est dominante. D'où l'intérêt de la gestion non invasive des voies aériennes. Une douleur le jour de l'intervention entraine la survenue de troubles du comportement pouvant durer jusqu'à 4 semaine : d'où l'importance d'une prévention efficace de la douleur postopératoire.

Conclusion : Les blocs du tronc permettent une réhabilitation postopératoire de bonne qualité chez les enfants opérés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire avec un retour à domicile confortable aussi bien pour l'enfant que pour les parents.



## C29- Syndrome douloureux post mastectomie

R. Chehrit, M.R. Mazidi, N. Rahmani, R. Mansouri, F. Benbouza

N. Fellah

Centre de traitement de la douleur, CHU Bab El Oued - Alger

**Objectifs :** Après une mastectomie ou une tumorectomie réalisée dans le cadre de prise en charge du cancer du sein, les patientes peuvent ressentir des douleurs au niveau de la paroi thoracique, l'aisselle, les bras, creux axillaires. Si la plupart d'entre elles disparaissent spontanément ; le plus souvent ces douleurs persistent ; c'est ce qu'on appelle « le syndrome douloureux post mastectomie »

Ce syndrome est décrit comme une douleur chronique type neuropathique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie

ou une tumorectomie suite à une détérioration des nerfs du sein ou du creux axillaire, ou lorsqu'il se forme du tissu cicatriciel sur ces nerfs ; avec ou sans curage ganglionnaire axillaire selon IASP On décrit deux syndromes douloureux : syndrome post dissection ganglionnaire axillaire (SDPDGA), et le syndrome du sein fantôme (SSF)

L'objectif de ce travail est de reconnaître les signes d'appels du syndrome douloureux post mastectomie pour une meilleure prise en charge précoce et adéquate afin de réduire cette souffrance invalidante ; chronique et handicapante chez ces femmes qui se battent déjà contre la maladie (la vie après le cancer)

**Matériels et méthodes :** Nous allons tenter de répondre à ces objectifs, en se rapportant à une revue de la littérature effectuée sur PubMed extraite de recommandations internationales les plus récentes notamment européennes

**Résultats :** Une femme sur 8 développe un cancer du sein ; 60% d'elles bénéficient d'un traitement chirurgical avec ou sans reconstruction un pourcentage de 13 à 50% des patientes opérées du cancer mammaire présente un syndrome douloureux du sein fantôme,

et moins de 30% souffrent du syndrome postdissection ganglionnaire axillaire

**Discussion :** Devant tout plaintes fonctionnelles telles que des brûlures, décharges électriques brutales, un engourdissement, démangeaisons, sensation de coup de poignard ou des picotements qui apparaissent de façons spontanées ou provoquer par la palpation en post mastectomie ; un syndrome douloureux post mastectomie doit être suspecté

Une prise en charge précoce et adaptés par des antalgiques (neurotropes et opioïdes), des infiltrations d'analgésiques sur les sites douloureux (bras, cicatrice, sein fantôme...), et une prise en charge psychologique sont les armes thérapeutiques de cette douleur handicapante

**Conclusion :** Les syndromes douloureux post mastectomie sont des douleurs iatrogéniques très fréquentes dont la nature neurogénique doit faire suspecter le diagnostic

Une prise en charge précoce par la prévention (information des patientes), un traitement à base d'antalgiques (gabaprex et prégabaline, opioïdes), des infiltrations analgésiques et corticoïdes avec une psychothérapie adaptée (hypnose.) doivent être institué dès le début de la plainte, afin de réduire l'incidence et la handicapé subit par cette douleur.

### **C30- Gestion de la douleur bucco-dentaire des patients irradiés en région cervico-faciale.**

K. Zekkari , A. Djaid, M. Adbmeziam, Gh. Chehboun  
Chirurgie dentaire - CHU Beni Messous

**Objectifs :** Ce travail a pour objectif de mettre la lumière sur les précautions et recommandations bucco-dentaire avant, pendant, et après la radiothérapie cervico-faciale, ainsi les particularités de prise en charge prothétiques.

**Matériels et méthodes :** Nous nous référons à des publications retrouvées sur les bases de données Med line, via les moteurs de recherche Pub Med et aussi de la documentation sur le moteur de recherche Google. Nous sélectionnons les articles après évaluation de leur pertinence en accord avec les objectifs de notre travail.

Résultats : revue de la littérature a été réalisée par la Multinational Association of Supportive Care in Cancer en association avec l'International Society for Oral Oncologie, dans plusieurs bases de données (Med line, PubMed et Embase) pour les articles publiés entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2008. Ils ont examiné 64 articles.

Discussion : La radiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge des cancers cervico-faciales. Cependant, elle entraîne secondairement de profondes altérations tissulaires : dentaires, gingivales, muqueuses, osseuses, et des glandes salivaires, certaines de ces altérations sont immédiates et souvent réversible comme les mucites et d'autre plus tardives et souvent irréversibles comme : l'hyposialie, la fibrose, qui altère la qualité de vie du patient. Le risque le plus redouté est l'ostéoradionécrose des maxillaires, souvent évitable si les précautions adéquates sont prises. Une prise en charge bucco-dentaire doit être systématique avant toute radiothérapie cervico- faciale. L'information du patient sur les effets secondaires bucco-dentaires pendant et après radiothérapie, ainsi que leurs traitements augmentent le niveau de conscience du patient ce qui facilite la prise en charge.

Conclusion : La radiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge des cancers cervico-faciales. Cependant, elle entraîne secondairement de profondes altérations tissulaires : dentaires, gingivales, muqueuses, osseuses, et des glandes salivaires, certaines de ces altérations sont immédiates et souvent réversible comme les mucites et d'autre plus tardives et souvent irréversibles comme : l'hyposialie, la fibrose, qui altère la qualité de vie du patient. Le risque le plus redouté est l'ostéoradionécrose des maxillaires, souvent évitable si les précautions adéquates sont prises. Une prise en charge bucco-dentaire doit être systématique avant toute radiothérapie cervico- faciale. L'information du patient sur les effets secondaires bucco-dentaires pendant et après radiothérapie, ainsi que leurs traitements augmentent le niveau de conscience du patient ce qui facilite la prise en charge.

### **C31- Douleur post-avulsion du plexus brachial : mécanisme et traitement**

H. Ziregue, F. Aichaoui, D. Daou, G. Nzoyihera, A. Morsli  
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued - Alger

Introduction : L'arrachement du plexus brachial survient souvent chez l'adulte jeune suite à des accidents de la circulation. Il s'accompagne dans 90% des cas de douleur chronique. Ces douleurs sont à l'origine d'un problème majeur de santé publique. Il existe cependant des situations où le traitement médical est peu ou pas efficace d'où le recours aux méthodes neurochirurgicales notamment la DREZotomie (Dorsal Root Entry Zone tomie). Il s'agit d'une technique qui consiste à interrompre les fibres nociceptives et de supprimer par coagulation les neurones hyperactifs situés dans la corne dorsale.

Matériels et méthodes : Nous rapportons une série de 09 patients ayant été victimes d'un arrachement du plexus brachial post traumatique, étalé sur une période de 2019 à 2023. Il s'agit de 08 hommes et une femme âgée entre 27 à 65 ans souffrant de douleurs neuropathiques à type de décharge électrique et de brûlure. Les douleurs atteignent les 8 à 10 /10 à l'EVA avec un grand retentissement socio-professionnel et affectif. Le caractère réfractaire de ces douleurs a conduit à proposer un traitement chirurgical via la technique de DREZotomie.

Résultats : Le traitement microchirurgical dans l'avulsion du plexus brachial a permis un résultat excellent à bon sur la douleur globale chez la plupart des patients. Quant aux composantes de la douleur, 96% de patients ont eu un résultat excellent à bon sur la douleur paroxysmique (décharge électrique) et 84% sur la douleur continue (brûlure).

Conclusion : DREZotomie est soldée d'un rapport bénéfice/risque opératoire satisfaisant avec peu d'effets secondaires. Elle est adaptée aux douleurs chroniques réfractaires dans l'arrachement du plexus brachial.

Mots clés : névralgie du trijumeau ; douleurs faciales ; techniques percutanées ; compression par ballonnet ; thermocoagulation

rétrogassérienne ; injection de glycérol; décompression vasculo-nerveuse.

### **C32 Gestion de la douleur post-amygdalectomie**

N. Terkmane, S. Medkour, N. Saoud, S. Guemat, S. Benmeziane

M. Hasbellaoui

Oto-Rhino-Laryngologie, CHU Bab El Oued – Alger

**Introduction :** L'amygdalectomie est une intervention extrêmement fréquente, notamment chez l'enfant. La douleur fait partie intégrante des suites opératoires de l'amygdalectomie avec des douleurs habituellement considérées comme intense et d'une durée pouvant atteindre 7 à 10 jours. Une douleur mal contrôlée entraîne souvent une détresse à la fois pour l'enfant affecté et sa famille. Elle se traduit par une mauvaise alimentation orale et entraîne une déshydratation qui peut être à l'origine de graves complications. Cela conduit à l'importance de développer des stratégies analgésiques multimodales efficaces pour améliorer le contrôle de la douleur. **Intérêt :** Présentation des différentes modalités de gestion de la douleur post-amygdalectomie.

**Matériel et méthode :** A travers l'expérience de notre service au cours de ces 03 dernières années ainsi qu'une revue de la littérature, nous mettons en lumière les différentes mesures pharmacologiques et non pharmacologiques utilisées avant, pendant et après l'amygdalectomie pour garantir un contrôle de la douleur. Nous passons également en revue les différentes techniques chirurgicales utilisées pour l'amygdalectomie, en mettant la priorité sur la réduction de la douleur postopératoire. **Résultats :** Concernant les procédés pharmacologiques, quatre schémas thérapeutiques sont proposés pour essayer de résoudre la difficile équation antalgie/nausées vomissements/risque hémorragique. La prescription repose donc sur un compromis optimisé en fonction de l'objectif principal et selon le niveau de risque encouru par le patient. Il faut considérer le risque de dépression respiratoire lorsque l'on utilise des produits antalgiques opioïdes ou dérivés, notamment chez des enfants présentant un syndrome d'apnées obstructives du

sommeil (SAOS), car leur sensibilité à ces effets déprimeurs est augmentée. Quel que soit le protocole choisi, il est nécessaire de le débiter avant la sortie afin de vérifier son efficacité et ses effets indésirables. Conclusion : L'amygdalectomie est une intervention très courante chez les enfants, souvent pratiquée en ambulatoire. Une douleur postopératoire sévère est fréquente et peut être prolongée. Malgré le grand nombre de médicaments analgésiques disponibles, souvent utilisés en association, un contrôle adéquat de la douleur reste un défi persistant. La recherche suggère que les soignants ont tendance à sous-traiter la douleur et qu'il est nécessaire de donner des instructions de soins détaillées et d'éduquer les patients afin de garantir un contrôle adéquat de la douleur.

### **C33- Prise en charge de la douleur en oncologie : expérience du CLCC Émir Abdelkader d'Oran**

S. Zeroual, F. Soudani, B. Larbaoui  
CAC Émir Abdelkader - Oran

**Objectifs:** quantifier l'incidence de la douleur chez les patients diagnostiqués et traités pour une pathologie cancéreuse, et identifier ses caractéristiques. **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude sur 12 mois allant du 01/01/2022 au 31/12/2022 réalisée dans le service d'oncologie médicale du centre de lutte contre le cancer d'Oran, qui a concerné la prise en charge de la douleur chez 100 patients traités pour cancer. **Résultats :** Dans notre série, on a constaté que l'âge médian au moment du diagnostic est de 60 ans [23- 84]. Avec une prédominance féminine avec un taux de 62,39% contre 37,61% chez les hommes. la présence la douleur avec un pourcentage de 58%. Lors de l'évaluation de la douleur nous avons remarqué que 22,5% des patients ont un EVA égal à 2. 16,47% des patients ont un EVA égal à 3. 0,59% des patients ont un EVA égal à 4. 54,12% des patients présentent des douleurs chroniques. 14,12% des patients présentent des douleurs aiguës. 20 des patients étudiés ont utilisés un traitement antalgique du palier 1 associé au palier 2, et 30 des patients du palier 1 associé au palier 3. Tandis que 12 des patients étudiés ont utilisés un

traitement du palier 1 seul, 18 des palier 2 seul, et 20 des patients palier 3 seul. Discussion : La douleur cancéreuse peut être un signe tardif dans l'histoire de la maladie mais peut parfois en être révélatrice. 40% des patients sont douloureux au stade curatif et 80% en phase avancée. Des études montrent que la prévalence de la douleur cancéreuse est de 25 à 70%, en prenant en considération la localisation de la tumeur primitive, le stade de la maladie et les traitements utilisés. La prise en charge de la douleur a donc sa place dans les soins en cancérologie. Mais cette prise en charge est complexe car elle doit prendre en compte toutes les dimensions de la douleur selon leur modèle bio-psycho-social.

Conclusion : Chez les patients atteints de cancer, la douleur est sensation désagréable qui peut être présente dès le début de la maladie : révélatrice, ou durant son évolution, voir même après rémission, et nécessite une prise en charge assez complexe.

### **C34 Prise en charge des lombosciatalgies en neurochirurgie : à propos de 20 cas**

EL. Bahria

EPH Ouled Djallal

Objectifs : Les lombosciatalgies sont un problème de santé publique. C'est un motif fréquent de consultation. La lombosciatalgie désigne la composante douloureuse d'une radiculopathie. Peut constituer une urgence diagnostique et thérapeutique. Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant l'ensemble des patients pour lesquels le diagnostic principal de lombosciatalgie a été posé lors de leur prise en charge et ayant bénéficiés d'une intervention neurochirurgicale. Elle concerne la période s'étendant du 1er janvier 2022 au 1er janvier 2023. Résultats : Il a été décompté 12 hommes pour 8 femmes venus pour un tableau de lombosciatalgie. L'âge moyen des patients est calculé à 55.6

années. Concernant l'indice de masse corporelle (IMC), le poids de 11 patients a pu être recueilli. L'IMC moyen est de 27.2 kg/m<sup>2</sup>, correspondant ainsi au surpoids. Il a été possible de retrouver des antécédents de pathologie rachidienne chez 11 patients (55% des patients inclus). Le recueil des professions des patients est pauvre car il n'a pu être fait que pour 10 cas. En revanche, il permet clairement de discerner une majorité de professions manuelles avec notamment des ports de charges. On remarque une très nette majorité de scanner lombaire réalisés (20 examens) par rapport aux IRM lombaire (12 examens). L'imageries montrent dans 60% une hernie discale avec 2 cas associé à une fracture 35% un canal lombaire étroit et un seul cas d'une tumeur de la queue de cheval. Les antalgiques sont pris dans 100% des cas avec un délai moyen de diagnostic de 3 mois. 4 patients opérés avec des troubles sphinctériens.

Discussion : Les études épidémiologiques concernant les lombosciatalgies dans l'activité spécifique de l'urgence sont rares. Ce qui explique le peu de données relative à ce sujet. Plusieurs études, notamment une revue systématique de la littérature de 2014, décrivent des facteurs de risque modifiables à la survenue d'une lombosciatalgie. Il s'agirait du tabagisme, du surpoids/obésité, ainsi que des activités manuelles liées au travail. D'autre part, et toujours d'après cette étude, le risque de survenue de lombosciatalgie augmente avec l'âge. Cependant, ces études concernant les facteurs de risque sont peu nombreuses.

Conclusion : Intérêt de l'élaboration d'un protocole de prise en charge standardisée concernant cette pathologie afin de réduire le handicap socio-professionnel.



### **C35- Évaluation de la prise en charge de la douleur chez le patient cancéreux aux Urgences Médicales du CHU Oran**

O. Amamra, K. Rezig, M. Goulmane, N. Sidi Aissa, D. Alachaher  
N. Tabet Aouel

Urgences Médicales - CHU Oran

**Objectifs :** La douleur représente l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients cancéreux, sa prévalence est estimée à 90% et sa prise en charge au cours de la maladie cancéreuse demeure un enjeu important. Le but ce travail était de déterminer les caractéristiques de la douleur cancéreuse et d'en évaluer la prise en charge.

**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude descriptive menée du 1 Janvier au 31 Mars 2023, nous avons inclus tout patient douloureux ayant un diagnostic anatomopathologique de cancer et ayant bénéficié d'une prise en charge de la douleur. L'efficacité du traitement était évaluée de façon subjective par les échelles d'évaluation de douleur.

L'analyse des données a été faite à partir du logiciel SPSS version 20.

**Résultats :** Au total 87 patients ont été inclus. La prévalence de la douleur était de 86,2%. La tumeur représentait la principale cause de la douleur (94,6%). La prise en charge de la douleur d'origine tumorale était adéquate chez 91,8% des patients présentant une douleur légère (20%), chez 70% des patients présentant une douleur modérée et chez 10% des patients avec une douleur sévère.

Au total, 86% des patients avaient bénéficié d'une gestion adéquate de la douleur et 65% des patients avaient exprimé un soulagement.

**Discussion :** La prise en charge de la douleur chez le cancéreux est primordiale surtout en fin de vie surtout s'il y a une abstention thérapeutique. Dans notre étude la prise en charge de la douleur chez ces patients était difficile à cause de la non disponibilité des produits.

**Conclusion :** Bien que la prise en charge de la douleur légère à modérée soit presque optimale dans le service des urgences médicales, très peu de patients présentant une douleur sévère trouvent un soulagement ceci traduit les difficultés d'accès aux antalgiques de palier 3 dans

les formations sanitaires publiques ; motivant la poursuite du plaidoyer pour faciliter l'accès à la morphine pour les malades cancéreux.

### **C36- Enquête sur la prise en charge de la douleur aiguë au service des urgences**

H. Kessab, N. Choubane, F. Labaci

Urgences Médico-Chirurgicales, CHU Bab El Oued – Alger

**Objectifs :** Le but de l'étude est d'informer sur le niveau actuel de la prise en charge de la douleur aux urgences, afin de proposer les actions et les améliorations nécessaires.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive. Nous avons réalisé un questionnaire, rempli de manière individuelle et anonyme par tout le personnel médical et paramédical travaillant aux urgences. L'enquête s'est déroulée sur 24 heures, répartie sur trois tranches horaires.

**Résultats :** Soixante (60) avaient rempli le questionnaire dont 14 médecins généralistes (23%), 38 médecins résidents (64%), 6 infirmiers (10%), 2 aides-soignants (03%). L'ancienneté moyenne tout soignant confondu était de 04 ans. Le sexe ratio était de 0.57, soit 38 femmes et 22 hommes. La majorité des soignants, soit 67% n'avait jamais eu de formation. Pour la question qui doit évaluer la douleur en priorité, 70% des réponses étaient en faveur des médecins, 17% pour les infirmiers. 87% des soignants ne savaient pas utiliser une échelle d'évaluation de la douleur. Pour la prise en charge de la douleur, la quasi-totalité du personnel utilisait les antalgiques de pallier I. Les antalgiques majeurs étaient utilisés dans 24% des cas. La douleur était réévaluée après traitement dans 22% des cas. Selon la plupart du personnel soignant (60%), la prise en charge de la douleur était moyennement satisfaisante.

**Discussion :** L'oligo-analgésie aux urgences est encore trop fréquent. La formation des soignants est insuffisante, les protocoles antalgiques sont quasi-absents et l'évaluation de la douleur reste exceptionnelle.

**Conclusion :** L'amélioration de la prise en charge de la douleur est axée sur 2

principales actions : l'organisation des formations spécifiques pour tous les soignants et la mise en place des protocoles de prise en charge de la douleur.

### **C37- La douleur dentaire : un cauchemar récurrent**

O. Laib, D. Aouadi, F. Ghezal

Hôpital Central de l'Armée - Ain Nadjaa - Alger

Objectifs : à travers ce travail nous allons mettre le point sur les douleurs dentaires «odontalgies» sa spécificité, ses étiologies ainsi que moyens dont disposent les praticiens, et en particulier les chirurgiens-dentistes, pour l'évaluer et la prendre en charge.

Matériels et méthodes : nous avons réalisé une recherche sur la base de données MEDLINE avec une iconographie clinique. Les termes de recherche utilisés : odontalgie - rage dentaire - urgence dentaire - douleur

Résultats : La douleur dentaire est une urgence fréquente, une telle plainte impose toujours un examen minutieux exo-buccal et endo-buccal qui permettra une prise en charge adéquate.

Discussion : La douleur représente la première cause de consultation en médecine bucco-dentaire, La plupart des douleurs dentaires sont d'origine odontogénie correspondant à des douleurs par excès de nociception (infection – traumatisme), Cependant, des odontalgies non-odontogènes sont également observables, d'origine neuropathique, iatrogène ; qui peuvent conduire à une erreur diagnostique et éventuellement des traitements inutiles.

La nature et l'intensité et les caractères de la douleur dentaire suffisent souvent à établir le diagnostic de l'affection causale. Dans la grande majorité des cas, un traitement antalgique comprenant essentiellement des médicaments du palier I – palier II peut réduire la douleur odontogénie. En outre, une intervention thérapeutique étiologique (dépulpation – drainage - extraction) est indispensable.

Conclusion : Face aux douleurs dentaires une démarche diagnostique rigoureuse est essentielle dans l'objectif de limiter le risque d'erreurs

diagnostiques conduisant à des traitements inappropriés et irréversibles. En revanche, la prévention reste le meilleur moyen par le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire avec des contrôles réguliers chez le médecin dentiste.

### **C38- Syndrome douloureux régional complexe type I sur cancer du sein métastatique**

A. Djounidi, N. Merair

Anesthésie Réanimation - Oran

Objectif : déterminer les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients ayant un SDRC type I. Il s'agit d'un ensemble de symptômes (douleur, raideur et troubles trophiques) atteignant plusieurs articulations du membre après un traumatisme ou une intervention chirurgicale sans relation avec l'acte lui-même. Observation : Patiente âgée de 52 ans, ostéoporotique, victime d'une chute de sa hauteur il y a 4 mois occasionnant une fracture complexe de la palette humérale du coude gauche associée à une fracture complexe de l'extrémité inférieure du radius homolatérale traitée par ostéosynthèse à foyer ouvert du coude et enclouage à foyer fermé du poignet. 4 semaines post opératoires la patiente a présenté une douleur de type nociplastique au niveau du membre supérieur gauche plus marquée au niveau du poignet et la main avec une impotence fonctionnelle, une raideur et un tremblement de tout le membre il existe une hyperesthésie avec allodynie. A l'examen clinique la main est œdématisée et chaude et toute mobilisation du membre est très douloureuse. Le poignet est en pronation avec une flexion irréductible des doigts donnant un aspect en griffe. Au niveau de l'épaule il existe une capsulite rétractile avec limitation des amplitudes actives et passives. Sur les radiographies standards, il existe une déminéralisation osseuse. Le diagnostic de SDRC type I est donc retenu selon les critères diagnostiques de IASP ou critères de Budapest. Le traitement était à base d'antalgique palier I associé à la rééducation fonctionnelle par plusieurs séances avec une mise en place d'un cathéter péri nerveux axillaire analgésique qui a permis une meilleure tolérance de la kinésithérapie.



pie. Cette prise en charge a permis l'obtention d'une régression progressive de la douleur et une nette réduction de l'œdème et signes inflammatoires. Discussion : les critères de Budapest sont à l'heure actuelle le meilleur outil disponible pour établir un diagnostic de SDRC type I.

Le traitement repose sur des antalgiques et principalement sur la rééducation fonctionnelle, un bloc nerveux périphérique aide à réaliser cette dernière sans douleur. Conclusion : Le SDRC est une complication sévère rare de traumatisme, les fractures du radius distal sont particulièrement concernées. Dans les 2 à 6 semaines après un traumatisme l'apparition d'une douleur doit laisser envisager un SDRC, les critères de Budapest doivent être remplis

### **C39- Douleur et chambre implantable, un train cache un autre : à propos d'un cas.**

A. Al Ghazali, S. Braikia<sup>1</sup>, L. Laouar<sup>2</sup>, F. Yahiatene<sup>1</sup>, Z. Hattou<sup>3</sup>  
D. Benmoussa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Anesthésie Réanimation CPMC, <sup>2</sup> Pneumophtisiologie CHU Mustapha, <sup>3</sup> Chirurgie Oncologique CPMC - Alger

Objectifs : La chambre à cathéter implantable (CCI) appelée aussi chambre implantable, est un dispositif médical prescrit par le médecin oncologue ou hématologue. Elle est mise en place pour faciliter l'administration, par les veines, de certains traitements médicamenteux anticancéreux (chimiothérapies conventionnelles, immunothérapies, thérapies ciblées, etc.). Le porteur d'un CI peut présenter une rupture du cathéter qui se présentera par divers symptômes comme la douleur. Matériels et méthodes : Patiente 54 ans, se soigne pour néoplasie gastrique. Elle a subi une gastrectomie totale avec curage 7+ /28. Avec complément de radiothérapie et chimiothérapie. La mise en place de la chambre implantable était sans incident et avec des suites simples. Au bout de la 4<sup>ème</sup> cure, la patiente a présenté des douleurs lors de la mise en route des perfusions de la chimiothérapie. Son médecin a indiqué l'ablation de la CI. Lors de notre consulte nous avons décidé de l'explorer avec une TDM thoracique.

Résultats : la TDM a objectivé une rupture du cathéter avec position intra cardiaque du bout distale une prise en charge en chirurgie thoracique était nécessaire pour l'ablation du cathéter. Discussion: une douleur peut être le signe d'une véritable urgence. Conclusion : La bonne pratique d'exploration lorsqu'une chambre implantable n'est plus fonctionnelle. est nécessaire avant toute manipulation

#### **C40- Gestion de la douleur lors des traumatismes thoraciques : Place du chirurgien thoracique**

A. Lehout, H. Djeghri, M. Hallab, M. Belbekri, A. Kecir, H. Larkam  
T. Makhebouche

Chirurgie thoracique - CHU Constantine

La morbi-mortalité associée aux traumatismes thoraciques aigues est significative et est souvent multifactorielle. Les complications pulmonaires incluant les défaillances ventilatoires secondaire à la douleur pariétale se voient au premier rang. De ce fait une bonne gestion de la douleur lors des traumatismes thoraciques aigus doit être une priorité pour tous les acteurs dans la prise en charge du traumatisé; ça permet de minimiser les complications et d'améliorer le pronostic; Plusieurs méthodes analgésiques ont été développés pour cette fin ; malgré que l'analgésie épidurale thoracique reste la plus performante en cas de lésions pariétales graves, il y a d'autres méthodes qui ont montré leur efficacité. L'analgésie intra pleurale et les infiltrations pariétales de lidocaïne, qui sont des méthodes techniquement plus faciles, plus rapides et parfois mieux adapté à l'état clinique du patient, ont montré leur efficacité et peuvent être réaliser aussi bien par le médecin urgentiste, le chirurgien que par le médecin anesthésiste réanimateur. Ces méthodes peuvent être utiliser séparément ou en association en fonction du bilan lésionnel et de l'état clinique du traumatisé.

## **C41- Stimulation médullaire dans le traitement de la douleur chronique post-traumatique du rachis**

H. Bouchkoura, F. Aichaoui, D. Daou, A. Morsli  
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

**Introduction :** Les dommages causés à la moelle épinière restent parmi les traumatismes les plus dévastateurs qu'une personne puisse subir. Près de 15 000 personnes subissent un grave traumatisme de la moelle épinière (ME) chaque année selon la littérature, principalement à la suite d'un accident de la route. Ces blessures représentent un énorme fardeau physique, émotionnel et économique sur le patient, sa famille et la société en général. La douleur se superpose aux troubles neurologiques affectant les victimes. La douleur aiguë post-traumatique est ressentie par la grande majorité de ces patients, et environ 70 % des patients gardent des douleurs chroniques, dont la majorité sont extrêmement difficile à traiter.

**Matériels et méthodes :** Nous rapportons deux cas de patients de sexe masculin dont le premier est âgé de 43 ans victime d'un accident de travail à l'origine d'une fracture luxation lombaire ayant bénéficié d'une fixation par plaque vissée, le deuxième patients est âgé de 33 ans victime d'un accident de circulation occasionnant chez lui une fracture T12-L1 ayant bénéficié d'une ostéosynthèse par plaque vissée, ces traumatismes du rachis étaient à l'origine d'une douleurs neuropathiques chroniques résistantes à tout traitement médical. Ces patients ont été opérés bénéficiant d'une stimulation médullaire avec des résultats favorables.

**Conclusion :** La stimulation médullaire peut avoir une indication dans les douleurs neuropathiques du traumatisé du rachis si la vitesse de conduction centrale médullaire est en grande partie conservée.

**Mots clés :** douleurs neuropathiques, traumatisme du rachis, stimulation médullaire, résistance aux traitements antalgiques

## **C42 Syndrome douloureux régional complexe type I : à propos d'un cas**

L. Ouikene, N. Fellah

Centre de traitement de la douleur - CHU Bab El Oued, Alger

**Objectifs :** Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) se caractérise par une douleur dévastatrice, un gonflement et une décoloration

cutanée résultant d'un dysfonctionnement vasomoteur causé par une accélération anormale du réflexe de la boucle sympathique. Nous rapportons ici un cas rare de SDRC type I, associé à un cancer du sein.

**Matériels et méthodes :** Nous rapportons le cas de SDRC type I chez une femme de 41 ans, qui présente une récurrence ganglionnaire axillaire et métastatique pulmonaire d'un cancer du sein.

**Résultats :** La patiente est suivie dans notre service depuis 2019 pour un cancer du sein gauche traité, sous hormonothérapie et suivie en consultation. En 2022 la patiente a présenté une récurrence ganglionnaire axillaire homolatérale et métastatique pulmonaire, associé à une douleur constante, fulgurante du bras gauche, dont l'intensité augmentait avec les mouvements et le toucher. Elle présentait un gonflement de la main gauche. Elle a également remarqué que son bras devenait bleu et froid. À l'examen de la main gauche a montré une main gonflée, pâle et sensible avec une allodynie sévère au toucher léger sur la face dorsale de la main. Un diagnostic de SDRC Type 1 a été posé. La patiente a été mise sous traitement anti-inflammatoire, anticonvulsivant et morphinique, ainsi qu'une prise en charge en rééducation où elle a bénéficié de plusieurs séances de thérapie de miroir, en plus de sa chimiothérapie. L'évolution fut marquée par une amélioration des symptômes et diminution de la douleur.

**Discussion :** Le SDRC est rare et souvent mal diagnostiqué, dont la physiopathologie est inconnue. La principale différence entre le type I et le type II est que le type II survient à la suite d'une lésion nerveuse connue.



Le SDRC peut survenir à la suite d'une lésion des os et des tissus mous, généralement au niveau d'une extrémité distale. L'extrémité inférieure dans 39 à 51 % des cas. L'âge moyen des patients atteints de SDRC est compris entre 36 et 42 ans, avec une prédominance de femmes (60 à 81 %). Les remissions spontanées sont rares.

Conclusion : Le SDRC reste mal connu et sous diagnostiqué, surtout en oncologie. En comprenant le syndrome, un traitement précoce et approprié peut faciliter le processus de guérison de cette affection potentiellement chronique et débilante.

### **C43 Existe-t-il des précautions à prendre dans le traitement de la migraine chez les patients atteints de la maladie cœliaque ?**

W. Abdellaoui<sup>1</sup>, S. Abboura<sup>2</sup>, W. Amer El-khedoud<sup>1</sup>  
1EHS Ben-Aknoun, 2Réanimation Bab El Oued – Alger

Introduction : la maladie cœliaque est une entéropathie auto-immune multi systémique pouvant entraîner des troubles neurologiques dont la migraine. Certains anti migraineux peuvent aggraver la maladie cœliaque. Nous rapportons une observation de 3 cas atteints de maladie cœliaque compliquée d'une migraine (2 adultes et un enfant). Les 3 patients ont présenté une complication neurologique de la maladie cœliaque représentée par une migraine sans aura répondant aux critères de l'IHS (international headache society). Le Paracétamol a entraîné une aggravation de la maladie cœliaque chez les 3 patients (symptômes gastro-intestinaux). Réponse favorable dans les 3 cas à l'association thérapeutique : anti-inflammatoires non stéroïdiens et tricycliques, avec un régime sans gluten strict. Discussion : le Paracétamol utilisé comme traitement d'attaque de la crise migraineuse a aggravé la maladie cœliaque car le gluten est présent dans l'excipient de ce médicament. Les AINS et les tricycliques peuvent être utilisés dans le traitement de la migraine des patients atteints de maladie cœliaque. Conclusion : le traitement de la migraine chez les patients

atteints de la maladie cœliaque comporte une précaution particulière car certains traitements antimigraineux contiennent du gluten.

### **C44 Douleurs aux membres inférieurs chez les hémodialysés : point de vue du neurologue**

W. Abdellaoui 1, S. Abboura 2, W. Amer El-khedoud 1

1EHS Hôpital Ben-Aknoun, 2Réanimation Bab El Oued - Alger

Introduction : La neuropathie urémique a été rapportée pour la première fois en 1863 par Kussmaul. La neuropathie survient chez jusqu'à 70 % des patients qui ont besoin d'un traitement pour une insuffisance rénale chronique, La sensation de brûlure dans les pieds, ou des sensations en forme de bande peuvent être précoces, tandis que la faiblesse du pied à la dorsiflexion est généralement la première plainte motrice. L'examen neurologique objectif une perte du réflexe achilléen et une altération de la sensibilité vibratoire au diapason, qui est fréquent au début. Au stade de neuropathie urémique avancée, On peut voir une évolution ascendante des troubles sensitifs et moteurs les troubles sensitifs deviennent plus prononcés. Bien que généralement les troubles sont sensoriels et moteurs dans la forme commune, des cas de neuropathies urémiques motrices pures et sensitives pures ont été rapportées. L'EMG peut montrer un ralentissement de la vitesse de conduction du nerf proximal. Par la suite, peuvent se produire une perte axonale et démyélinisation secondaire. Il y a une baisse à la fois de la vitesse de conduction et l'amplitude du potentiel d'action nerveux, qui correspondent généralement au degré de l'atteinte pathologique. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 53 ans, aux antécédents de néphropathie non documentée, au stade d'insuffisance rénale terminale sous hémodialyse, présentant des douleurs aux deux membres inférieurs, évoluant depuis plusieurs années, gênant le patient dans sa vie quotidienne et durant le sommeil. L'examen neurologique : reflexes tendineux diminué aux 4 membres, sans déficit mo-

teur. Biologie : hyperurémie constatée sur les contrôles annuels de notre patient. L'électroneuromyographie a révélé une baisse de la vitesse de conduction et de l'amplitude du potentiel d'action nerveux. La prégabaline introduit à une dose de 150mg/j, puis arrêté à cause d'une augmentation des transaminases. L'amitriptyline à 25 mg/j a permis une amélioration des sensations de douleurs et un meilleur confort de vie. Discussion : les douleurs présentées par notre patient entrent dans le cadre de la neuropathie urémique. Les tricycliques à dose antalgiques ont permis une amélioration des sensations des douleurs. Conclusion : toute douleur aux membres inférieurs chez les hémodialysés nécessite une exploration ENMG afin de chercher une neuropathie urémique. Un traitement antalgique est nécessaire pour garantir une meilleure qualité de vie chez ces patients.

### **C45 Profil étiologique des céphalées aiguës aux urgences ? Série de 250 patients**

K. H. Reziga, M. Goulman, N. Sidi Aissa, D. Alachaher, N. Tabet Aouel  
Urgences Médicales - CHU Oran

Objectif : Décrire le profil étiologique des céphalées aux urgences neurologiques du CHU Oran

Matériels et méthodes : étude observationnelle, rétrospective, à visée descriptive, sur une période de 2 ans (Janvier 2021–décembre 2022), au service d'accueil des urgences du CHU Oran. La collecte des données était faite à partir du registre des urgences grâce à une fiche d'exploitation. Nous avons inclus tous les patients ayant consulté aux urgences pour une céphalée aiguë. Résultats : Nous avons colligés 250 patients. L'âge moyen était à  $48-52 \pm 16-38$  avec une prédominance féminine (195F, 55H). Les principaux antécédents, HTA 22,25% et diabète 15,66 %. Elles étaient de type hypertension intracrânienne 30 %, non spécifiques 22,5% ou pseudo migraineuses 10,1%. Elles étaient secondaires dans 75,74%: pathologie vasculaire 25,32 %, HTIC idiopathique 9,9%, Horton 6,2%, méningite et pathologie glaucomateuse

5%, pathologie tumorale 4%. Les céphalées primaires ont représenté 24,26%.  
Discussion : l'anamnèse est capitale afin de préciser les caractéristiques des céphalées et les signes accompagnateurs pour distinguer les céphalées primaires ne nécessitant pas d'explorations des céphalées secondaires attribuées à une cause organique et imposant une exploration étiologique. L'imagerie cérébrale tient une place importante puisque les causes vasculaires étaient en tête de file dans notre spectre étiologique.  
Conclusion : la céphalée aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique. Les étiologies sont multiples. Sa démarche diagnostique est bien codifiée afin d'éliminer toute cause secondaire curable.

#### **C46 Douleur estudiantine au niveau de l'université des sciences médicales de Annaba**

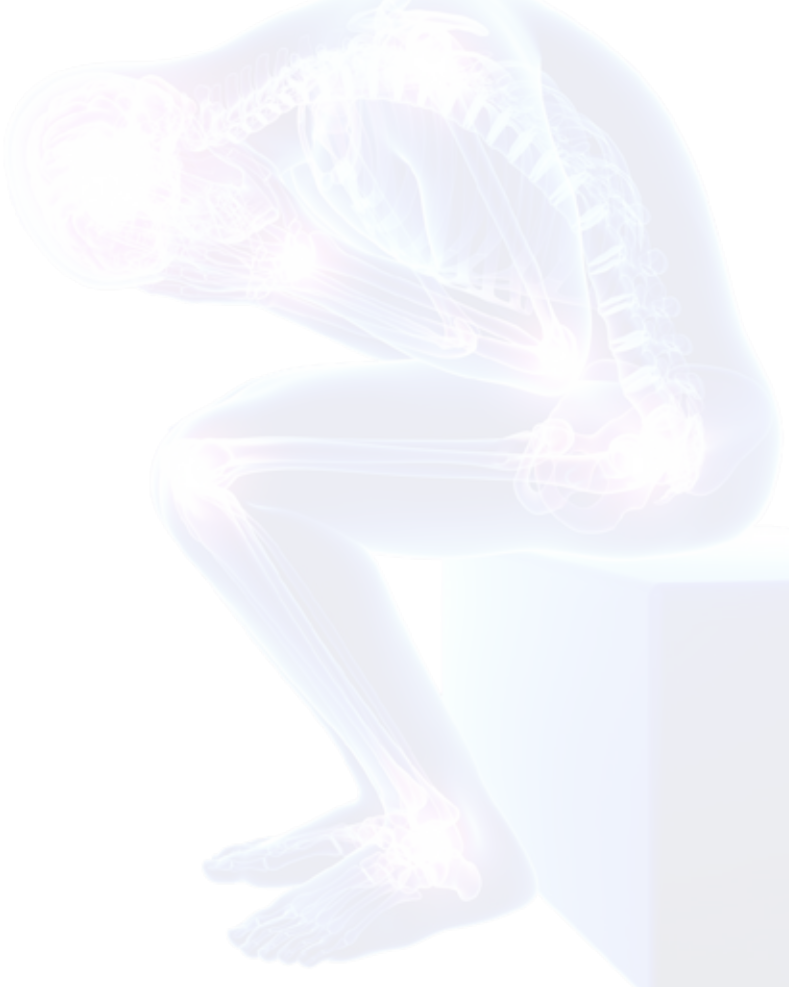
H. Deghri, A. Hamouche, K.R. Boumaaza  
Anesthésie Réanimation - CHU Constantine

Introduction : Alors que l'objectif de la formation de l'étudiant en sciences médicales est de pallier aux souffrances des patients, sa propre douleur reste méconnue, insuffisamment évaluée et sous traitée. Nous centrons cette étude sur la douleur au sein de l'université de sciences médicales d'Annaba. L'objectif est de rechercher la douleur, la caractériser et évaluer sa prise en charge.  
Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale a été réalisée entre le 22 juin et le 02 novembre 2022 auprès des étudiants de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire d'Annaba par le biais d'un auto-questionnaire anonyme a été envoyé via les réseaux sociaux. Nous avons évalué leur douleur, les moyens antalgiques utilisés et l'impact de cette dernière sur leur vie estudiantine en 16 questions. L'analyse des données s'est faite sur Excel 2010.  
Résultats : Profil des enquêtés : majorité féminine (77%) ; en médecine (79,5%), chirurgie dentaire (17,6%) et en pharmacie (2,7%), âgés entre 18-29 ans. La prévalence de la douleur était de 80.9%, aiguë dans 72.6% des

cas, chronique chez 27.4% des étudiants. Dans 90.85% des cas la douleur était nociceptive, neuropathique dans 9.15% des cas. Parmi ces dernières, 84.6% étaient chroniques. Seuls 15.91% des étudiants ne souffrent réellement pas de douleur. Les 84.09% restants cohabitent avec une douleur silencieuse non reconnue. 25% des étudiants ne prennent aucun antalgique. Pour le reste, des antalgiques pour douleur nociceptive sont prescrit dans 22% des cas par un médecin, conseillés dans 15% des cas par un pharmacien et dans 63% des cas c'est de l'automédication. Les antalgiques pris étaient de niveau 1 dans 50% des cas. Dans 25% des cas l'antalgie était multimodale. Concernant la douleur neuropathique elle était prise en charge par un médecin dans 17% des cas ; par un pharmacien dans 8% des cas ; par automédication dans 75% des cas. 71,90% des étudiants prenaient du paracétamol contre ce type de douleurs ; 42.10% prenaient des AINS ; Une minorité associaient le Paracétamol aux antalgiques du deuxième palier. La douleur silencieuse oblige la prise d'antalgiques majoritairement du premier palier : Paracétamol dans 69.70% des cas, AINS dans 21.20% des cas ; Et du deuxième palier « Codéine » « association Paracétamol-Codéine » dans 3% des cas. Toutes les douleurs confondues ont été sujettes à une antalgie non médicamenteuse dont la relaxation dans 57.10% des cas ; l'activité physique et le chaud et froid dans 14.70% des cas ; la kinésithérapie dans 5.80% des cas ; l'acupuncture dans 0.60% des cas. Cette douleur empêche 33.20% des enquêtés d'étudier. Elle altère leur sommeil dans 22,50% des cas. Les empêche de faire une activité physique dans 17% des cas ; d'écrire dans 12.50% des cas ; d'avoir des loisirs dans 11,10% des cas ; de vivre d'autres aspects de leur vie estudiantine dans 3.80% des cas.

Discussion : La prévalence élevée de la douleur dans cette population contraste avec leur jeune âge et bonne santé apparente. On note une majorité de douleurs aiguës et nociceptives. Or, ce qui donne à la minorité des douleurs neuropathiques leur importance est leur caractère chronique majoritaire. L'analyse des données relève l'existence d'une douleur silencieuse non reconnue, mais obligeant la prise d'antalgiques.

La prise d'analgésiques se fait pour tous types de douleurs majoritairement par automédication. Malgré cela l'analgésie concorde avec les nouvelles recommandations de la prise en charge de la douleur nociceptive. A contrario, la prise en charge de la douleur neuropathique n'applique pas les recommandations des sociétés savantes. Cette douleur a un impact sur l'étudiant elle altère son rendement et sa qualité de sa vie. Conclusion : D'après l'étude l'incidence de la douleur au sein de l'université de sciences médicales, aussi importante soit elle, reste peu connue. Sa reconnaissance et sa prise en charge adaptée ne pourraient qu'améliorer la qualité de vie de l'étudiant et surtout son rendement.



# Remerciements

Les membres du comité d'organisation et du comité scientifique tiennent à exprimer leurs sincères remerciements aux fidèles partenaires de la communauté médicale qui ont contribué à la réussite de cette manifestation scientifique



Les Laboratoires  
**FRATER-RAZES**



**NOVUSPHARM**



**MALI PLUS**



القرض الشعبي الجزائري  
CREDIT POPULAIRE D'ALGERIE



صيدال  
**SAIDAL**

[www.saetd-dz.com](http://www.saetd-dz.com)