

SAETD

Société Algérienne d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

15^{ème}
Congrès
National de Lutte
contre la Douleur

27 et 28 Mai 2022
Hôtel El Aurassi Alger

Thèmes :

Douleur & populations vulnérables

- Douleur du sujet âgé fragile
- Douleur de l'enfant
- Douleur en psychiatrie

Traitements non pharmacologiques de la douleur

Communications libres & E-Posters

PROGRAMME

SOMMAIRE

Mot de bienvenue	04
Bureau de la SAETD.....	05
Informations générales	06
Synopsis	07
Programme	09
Liste des E-posters	17
Abstracts communication orales	22
Abstracts posters	41

MOT DE BIENVENUE

Chers amis et collègues

Le conseil d'administration de la SAETD est heureux de vous accueillir au 15ème congrès national de lutte contre la douleur et vous souhaite la bienvenue.

La douleur chronique, représente une préoccupation importante pour la santé des patients, de leur entourage, ainsi que pour la société. En effet, la prise en charge de la douleur compte parmi les coûts de santé les plus élevés.

On sait tous que la douleur chronique est responsable d'une perte de productivité et d'une altération importante de la qualité de vie, notamment l'incapacité fonctionnelle, la détresse psychologique, le retentissement social et relationnel et le comportement vis-à-vis de la douleur.

Dans la littérature, très peu d'études se sont intéressées à la douleur dans les populations vulnérables. Cette année, pour répondre à notre engagement, qui est le soulagement de la souffrance de nos patients, le comité scientifique a mis l'accent sur cette catégorie de patients. L'organisation mondiale de la santé a identifié comme populations vulnérables les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les malnutries, les personnes malades et les immunodéprimés. Ces groupes de patient sont définis par un état de développement et des circonstances de vie qui vont augmenter le risque de lésion ainsi que l'inefficacité de la thérapeutique antalgique.

Au cours de ce congrès nous avons ciblé 3 groupes de populations vulnérables, l'enfant, le sujet âgé fragile et les malades de psychiatrie.

Le thème de la douleur en santé mentale, nous a semblé particulièrement important d'autant plus qu'il est resté longtemps délaissé. Beaucoup d'entre nous pensent qu'il existe un effet protecteur de la maladie mentale quant à la possibilité d'une maladie somatique telle que la douleur chronique. Bien que depuis quelques années, les études montrent plutôt une comorbidité somatique et une surmortalité importante dans la population psychiatrique.

Le 2ème thème retenu est le traitement non pharmacologique de la douleur, qui prend actuellement une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique, notamment dans la population vulnérable. Seront discuté lors de ce congrès, plusieurs moyens antalgiques non pharmacologiques qui ont fait leur preuve d'efficacité, et qui sont déjà introduites dans certaines unités de traitement de la douleur en Algérie, tels que la psychothérapie, l'hypnose, l'acupuncture, la stimulation médullaire, et bien d'autres encore. Ces méthodes permettent une prise en charge de la douleur dans sa globalité.

Au nom de tous les membres du Conseil d'administration de la SAETD, je vous souhaite un bon congrès.

Très cordialement à vous tous.

Nadia FELLAH
Présidente de la SAETD

BUREAU DE LA SAETD

Président

FELLAH Nadia (Alger)

Vices présidents

GRAINAT Nadia (Batna), TABET AOUL Nabil (Oran)

Secrétaire générale

BENMOUSSA Dalila (Alger)

Secrétaire générale adjoint

HADJ HACENE Hacene (Alger)

Trésorier

LABACI Fatima (Alger)

Trésorier adjoint

BENHOCINE Yacine (Tizi Ouzou)

Assesseurs

BOUDHANE Omar (Constantine)

CHOUICHA Badra (Oran)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Président : Nadia FELLAH

Membres : Dalila BENMOUSSA
Nadia GRAINAT
Zohra AIT MAHIEDDINE
FAFA
Fayçal AICHAOUI
Yacine BENHOCINE
Nabil TABET AOUL
Psychiatre

COMITÉ D'ORGANISATION

Président : Dalila BENMOUSSA

Membre : Nadia FELLAH
Zohra AIT MAHIEDDINE
Yacine BENHOCINE
Nabil TABET AOUL
Amina EL HEDJIM

Secrétariat : Noureddine MAMI
Amel KHELLOUFI
Hanane BOUABDELLAH
Hadjer MISSAOUI
Ahlem LICHANI

INFORMATIONS GENERALES

BUREAU D'ACCUEIL OUVERT

Inscription : du Vendredi 27 mai 2022 à 13h au Samedi 28 mai 2022 à 18h

Frais de participation au congrès et adhésion à la SAETD : 3000 DA.

L'inscription ouvre droit :

- Cartable et documents du congrès
- Badge pour accès et circulation dans l'enceinte du congrès
- Un ticket restauration de déjeuner du 28 mai 2022

Circulation et accès aux salles du congrès

Port de badge obligatoire, il sera exigé pour l'accès aux salles de conférences.

INFORMATIONS AUX COMMUNICANTS

Toutes les présentations doivent être préparées pour PC.

Votre ordinateur ne pourra pas être utilisé dans la salle de conférence.

Merci de vous présenter en pré projection muni d'une clé USB, 02 heures avant le début de la séance pour vérifier que votre présentation est conforme.

Les orateurs sont priés de respecter le temps de parole

- Conférence : 15 mn
- Communications orales : 10 mn
- E-Posters : 05 mn

Les attestations de communication et de participation seront remises au niveau du secrétariat du congrès

SYNOPSIS

Vendredi 27 mai 2022

14h30 - 16h15 : Vulnérabilité & Douleur du sujet âgé

16h15 - 16h30 Pause-café

16h30 - 18h00 : Douleur et psychiatrie

Samedi 28 mai 2022

09h00 - 10h15 : Douleur de l'enfant (1)

10h15 - 10h30 Pause-café

10h30 - 12h30 : Douleur de l'enfant (2)

12h30 - 14h00 Déjeuner

14h00 - 16h15 : Traitement non médicamenteux de la douleur

16h15 - 16h30 Pause-café

16h30 - 18h15 : Analgésie postopératoire

18h15 - 18h30 Clôture



Vendredi 27 Mai 2022

13h00 - 18h00 Inscriptions

14h00 - 14h30 Inauguration du congrès

1^{ère} séance14h30 - 16h15 **Vulnérabilité & Douleur du sujet âgé****Modérateurs : B. Griène ; H. Leklou ; M. Boubnider ; N. Benmouhoub**

14h30 - 14h45 Vulnérabilité à la douleur

N. Fellah

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

14h45- 15h00 Particularités physiopathologiques de la douleur chez le sujet âgé

N. Grainat

Centre de traitement de la douleur, CHU Batna

15h00 - 15h15 Evaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

D. Benmoussa

Centre de traitement de la douleur, CPMC – Alger

15h15- 15h30 Douleur et génétique.

L. Griène

Chimie hormonale - Génétique, CPMC – Alger

15h30 - 15h45 Douleur et maladie de Parkinson.

F. Ysmail Dahlouk ; H. Leklou.

Neurologie, CHU Bab El Oued - Alger

15h45 - 16h00 Douleurs induites du sujet âgé,

Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation, CHU Tizi Ouzou

16h00 - 16h15 Discussion

16h15 - 16h30 Pause-café

Vendredi 27 Mai 2022

🕒 16h30 - 18h00

2^{ème} séance

Douleur et psychiatrie

Modérateurs : N. Metahri ; M Nedjari ; Z. Aiouaz ; A. Messaoud

- 16h30 - 16h45 Douleur : Appel ou impasse ? Pour quels liens ?
C. Nait-Chabane ; I. Moumène ; D. Benmessaoud
Psychiatrie, CHU Frantz Fanon - Blida
- 16h45 - 17h00 Douleur chronique et composante psychologique : un aller-retour
R. Baraka ; D. Benmoussa
Centre de Traitement de la douleur, CPMC – Alger
- 17h00 - 17h15 De la dissociation à l'automutilation, quelle place de la douleur ?
N. Houhat ; R. Khattab ; M.A. Bencharif
Psychiatrie légale. CHU Frantz Fanon - Blida
- 17h15 - 17h30 Enfants en souffrance, quelles modalités pour leur accompagnement ?
N. Metahri ; I. Moumène ; C. Nait-Chabane
Psychiatrie, CHU Frantz Fanon - Blida
- 17h30 - 17h45 Douleur et toxicomanie
F. Aizel
Centre d'addictologie. EHS, Cheraga - Alger
- 17h45 – 18h00 Discussion

Samedi 28 Mai 2022

1^{ère} séance09h00 - 10h15 

Douleur de l'enfant (1)

Modérateurs : A. Bensnoui ; N. Grainat ; H. Maouche ; A. Fafa

- 09h00 - 09h10 Stratégie d'anticipation dans la prise en charge de la douleur liée aux soins en pédiatrie.
H. Djeghri
Anesthésie Réanimation, CHU Constantine
- 09h10 - 09h20 Évaluation de la douleur postopératoire aiguë chez les enfants :
Etude de corrélation entre 2 scores.
S. Boudjahfa ; Z.C. Mentouri
Laboratoire de recherche en accidentologie pédiatrique. CHU Oran
- 09h20 - 09h30 Douleur chronique en pédiatrie : modalités d'évaluation et stratégie de prise en charge.
K. El Halimi^{1,2}, F. Diouche^{1,2}, S. Si Merabet^{1,3}, F. S. Bouchama^{1,3},
1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1
2- Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran
3- Anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran
- 09h30 - 09h40 Douleur en oncologie pédiatrique
N. Mahchouche ; F. Gachi. K. Bouzid
Unité d'Oncologie pédiatrique. CPMC – Alger
- 09h40 - 09h55 Prise en charge de la douleur chez l'enfant drépanocytaire
A. Fafa ; H. Maouche
Pédiatrie, EPH Belfort- Alger
- 09h55- 10h05 Évaluation et prise en charge de la douleur dans les syndromes drépanocytaires : expérience d'un service hématologie pédiatrique
N. Benmouffok ; F.Z. Boudouaa ; A. Rouabeh ; A. Boulaine ;
Z. Zordani ; Z. Zeroual
Unité d'Oncologie et Hématologie pédiatrique. Pédiatrie A - CHU Parnet
- 10h05- 10h15 Discussion

10h15 - 10h30 Pause-café

Samedi 28 Mai 2022

🕒 10h30 - 12h30

2^{ème} séance

Douleur de l'enfant (2)

Modérateurs : A. Laraba ; A. Trabzi ; N. Tabet Aoul ; H. Maouche

- 10h30 - 10h45 Douleur de l'enfant atteint d'une infirmité motrice cérébrale
N. Akretche ; R. Abid; M. Aderkichi
Médecine physique et réadaptation
CHU Mustapha – Alger
- 10h45 - 11h00 Analgésie en chirurgie ambulatoire pédiatrique : Evaluation et prise en charge thérapeutique
Z. A. Addou 1,2
1- Faculté de médecine d'Oran, Université Oran1.
2- Réanimation polyvalente, EHS Pédiatrique Canastel
- 11h00 - 11h15 Douleur et troubles cognitifs en réanimation
A. Sadi. A(1) ; R. Mansouri(2) ; S. Houacine (1)
1- Réanimation médicale polyvalente, CHU Mustapha
2- Anesthésie-Réanimation, CHU Bab-El-Oued
- 11h15 - 11h30 Discussion
- 11h30 - 12h00 Symposium PFIZER

12h00 - 14h00 Déjeuner

Samedi 28 Mai 2022

3^{ème} séance14h00 - 16h15 

Traitement non médicamenteux de la douleur

Modérateurs : N. Souilamas ; R. Mokretar-Kharoubi ; A. Morsli ; M.S. Haraoubia ;
M. Aderkichi

- 14h00 - 14h15** Stimulation médullaire pour le traitement des douleurs chroniques : indications et sélection des patients
F. Aichaoui ; D. Daou ; H. Hadjali ; A. Belaidi ; A. Hadjadj ; A. Morsli
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued - Alger
- 14h15 - 14h30** Stimulation médullaire pour le traitement des douleurs chroniques : technique d'implantation
D. Daou ; F. Aichaoui ; A. Morsli.
Neurochirurgie, CHU Bab El Oued - Alger
- 14h30 - 14h45** Hypnoalgésie dans la douleur chronique
Z. Ait Mahieddine ; Z. Tabti ; R. Chehrit ; N. Benlallam ; N. Fellah
Centre de traitement de la douleur, CHU Bab El Oued - Alger
- 14h45 - 15h00** Douleur en médecine traditionnelle chinoise
A. Temacini ; S. Abdelmoumène ; M.S Haraoubia
Centre de traitement de la douleur, CHU Beni Messous - Alger
- 15h00 - 15h15** Accupuncture dans les douleurs neuropathiques périphériques post chimiothérapies
S. Nedjari ; D. Ouanes ; M. Tousfi ; S. Krim ; R. Mokrétar Kheroubi
Anesthésie Réanimation, CHU Beni Messous - Alger
- 15h15 - 15h30** Apport de la phytothérapie dans la prise en charge de la douleur chronique
M. Ouallouche ; F/Z Boubekri ; N. Ait Yahia ; D. Smati
Pharmacie centrale, CPMC – Alger

Samedi 28 Mai 2022

🕒 14h00 - 16h15

3^{ème} séance (suite)

16h30 - 15h45 EFT : libération de la composante émotionnelle de la douleur chronique

R. Baraka ; D. Benmoussa

Centre de traitement de la douleur, CPMC - Alger

15h45 - 16 h00 Place de l'onde de choc dans le traitement de la douleur

R. Abid ; N. Akretche; M. Aderkichi

Médecine physique et Réadaptation, CHU Mustapha – Alger

16h00 - 16h15 Discussion

16h15 - 16h30 Pause-café

🕒 16h30 - 18h15

4^{ème} séance

Analgésie postopératoire

Modérateurs : S.M. Bensalem ; T. Yaich Achour ; F. Aichaoui ; Y. Benhocine

16h30 - 16h40 Bloc intercostal VS péridurale thoracique dans l'analgésie post-thoracotomie : a propos de 25 cas

M. Naili ; Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation, CHU Tizi Ouzou

16h40 - 16h50 Bloc para vertébral dans la chirurgie carcinologique du sein : étude randomisée

S. Nemmouche ; D. Benmoussa

Anesthésie - Réanimation, CPMC – Alger

16h50 - 17h00 Préemptive analgésie au cours de la chirurgie carcinologique digestive majeure

A. Alghazali ; R. Ouhab ; A. Chihi ; H. Mekhalifa ; A. Amrouche ;

A. Tandjir; F.Z. Benzaghmane ; A. Saoudi ; W. Daas ; B. Griéne ; D. Benmoussa

Anesthésie - Réanimation, CPMC - Alger

Samedi 28 Mai 2022

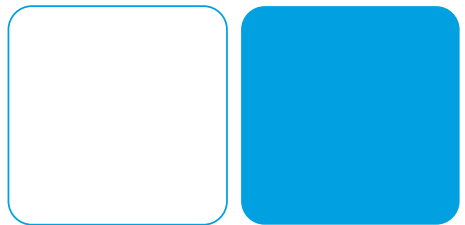
4^{ème} séance (suite)16h30 - 18h15 

- 17h00 - 17h10 Intérêt du TAP block écho guidé dans l'analgésie post opératoire de la chirurgie esthétique de l'abdomen (abdominoplastie)
Y. Aissaoui ; M. Metref
Service des grands brûlés, Hôpital Central de l'Armée - Alger
- 17h10 - 17h20 L'épargne morphinique OFA pourquoi ? Expérience du service en chirurgie gynécologique
L. Senhadji ; M.A. Benhamed
Anesthésie Réanimation, CHU Oran - Université 1 Faculté de Médecine Oran
- 17h20 - 17h30 Analgésie par bloc pudendal pour hystérectomie par voie vaginale
Y. Benhocine
Anesthésie Réanimation, CHU Tizi Ouzou
- 17h30 - 17h40 Douleur dans le canal lombaire étroit
K. Badache; M. Bouallag ; N. Habchi ; S. Bahbouh ; A. Abdelaoui ;
A. Sellami ; M. Djafer
Neurochirurgie - CHU Mustapha - Alger
- 17h40 - 17h50 Expérience de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur dans la prise en charge du douloureux chronique
H. Hennaoui ; B. Chouicha ; K. Khokhi ; Salhi ; MA. Benhmed
Centre de traitement de la douleur - CHU Ora
- 17h50 - 18h00 Discussion

18h15 - 18h30 Clôture



LISTE DES POSTERS



Vendredi 27 Mai 2022

18h00 – 18h30

Poste 1

Modérateurs : N. Zikara ; A. Alghazali ; Z. Ait Mahiddine

P1. Intérêt de la drezotomie dans la douleur chronique post arrachement du plexus brachial

H. Zireg ; F. Aichaoui ; H. Bouchkoura ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab Ek Oued - Alger

P2. Drezotomie et traumatisme médullaire

Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab Ek Oued - Alger

P3. Intérêt de la compression par ballonnet dans le traitement des névralgies faciales

Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued - Alger

P4. Neurolyse dans le cancer du pancréas

N. Bouhallas ; H. Takkerat ; M.K. Iles ; N. Kellou ; S.K. Nemouche ; D.Benmoussa
Centre de traitement la douleur - CPMC - Alger

P5. Le fardeau psychologique de la douleur chez le sujet âgé

Z. Tabti
Psychologie clinique
Centre de traitement de la douleur - CHU BEO – Alger

P6. Troubles de la personnalité et douleur chronique ?

N. Houhat ; R. Khettab ; M. Bencharif
Psychiatrie légale - CHU Frantz Fanon - Blida

P7. Douleur et psychotrauma

N. Houhat ; R. Khettab ; M. Bencharif
Psychiatrie légale - CHU Frantz Fanon- Blida

P8. Intérêt des blocs de l'oreille externe pour l'analgésie après une réimplantation des oreilles (oreilles décollées) : à propos d'un cas

S. Si Merabet 1,2, K. Elhalimi 1,3, F. S. Bouchama 1,2 , F. Diouche 1,3
1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1
2- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

3-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

P9 Intérêt analgésique du bloc para ombilical pour la cure chirurgicale d'une fistule de l'ouraque chez le nouveau-né : à propos d'un cas

S. Si Merabet^{1,2}, F. S. Bouchama^{1,2}, F. Diouche ^{1,3}, K. Elhalimi^{1,3}.

1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1

2- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

3-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

Vendredi 27 Mai 2022

18h00 – 18h30

Poste 2

Modérateurs / M. Matouk ; S. Nemmouche ; T. Boughenou

P10. Propriété analgésique de la kétamine en péri opératoire pour la gestion de la douleur d'un écrasement d'un membre : à propos d'un cas

K. Elhalimi^{1,2}, S. Si Merabet^{1,3}, F. S. Bouchama^{1,3}, F. Diouche ^{1,2}

1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1

2- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

3-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

P11. Qu'attendre d'une bonne analgésie postopératoire ?

K. Bendjoudi ; K. Meskouri; S. Boudiba ; S. Bourezg, A. Selmi

Anesthésie Réanimation - CHU Mustapha – Alger

P12. Efficacité du bloc iliofacial dans l'analgésie post opératoire du site donneur chez le brûlé

Y. Aissaoui ; M. Metref

Service des grands brûlés – HCA - Alger

P13. Intérêt du bloc axillaire bilatéral échoguidé pour incision de décharge chez le patient brûlé avec estomac plein

Y. Aissaoui ; M. Metref

Service des grands brûlés – HCA - Alger

P14. Place des antalgiques per os dans la gestion de la douleur post césarienne

R. Mansouri ; A. Sadi ; N. Fellah

Anesthésie Réanimation - CHU Bab El Oued - Alger

P15. Bloc para ombilical et chirurgie de la hernie ombilicale étranglée
W. Boubi ; M. Matouk ; N. Benmouhoub
EPH Ksar El Boukhari

P16. Bloc nerveux du supra-scapulaire et capsulite rétractile. Revue de la littérature
I. Laib ; R.S. Kelil ; S. Lemai
Médecine Préventive et Rééducation - CHU Constantine

P17. Perfusion intraveineuse continue de lidocaïne péri-opératoire pour la douleur et le rétablissement postopératoires chez l'adulte
M. Naili ; S. Dris ; Y. Benhocine
Anesthésie Réanimation – CHU Tizi Ouzou

P18. La douleur liée aux soins en réanimation
Mansouri.R1 Sadi. A2 Fellah. N1
1-Anesthésie-réanimation, CHU Bab-el-oued – Alger
2-Réanimation médicale polyvalente, CHU Mustapha – Alger

P19. Sclérose en plaques associée à la névralgie faciale a propos de deux cas et revue de littérature
R. Mahallem ; F. Aichaoui ; A .Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

Vendredi 27 Mai 2022

18h00 – 18h30

Poste 3

Modérateurs : F. Yahiatène ; N. Tantast ; F. Ouanes

20. Allodynie séquellaire a une chirurgie du nerf ulnaire traitée par stimulateur médullaire
R . Mahallem ; F . Aichaoui ; A .Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

P21. Traumatisme médullaire par balle et douleur neuropathique : à propos d'un cas
A. Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued - Alger

P22. Prise en charge du canal carpien en milieu neurochirurgical

K. Badache ; M. Bouallag ; F/Z. Bendib ; N. Habchi ; A. Sellami ; A. Belloucif ; M. Djaafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha – Alger

P23. Métastases vertébro-médullaires et douleur

K. Badache ; M. Bouallag ; F/Z. Bendib ; N. Habchi ; A. Sellami ; A. Belloucif ; M. Djaafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha – Alger

P24. Douleur résiduelle dans les hernies discales

K. Badache ; M. Bouallag ; F/Z. Bendib ; N. Habchi ; A. Sellami ; A. Belloucif ; M. Djaafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha - Alger

P25. Le syndrome de fragilité chez la personne âgée avec une fracture de la hanche : la prise en charge de la douleur

I. Miadi ; I. Khelifa ; M. Selmi ; M. Bouchareb ; M. Djebien

Anesthésie Réanimation - CHU Annaba

P26. Différence entre les opioïdes

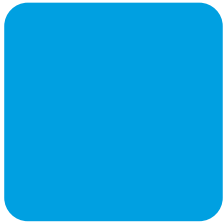
R. Chehrit N. Benlallam ; Z. Ait Mahieddine ; N. Fellah

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

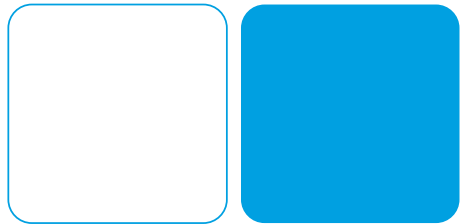
P27. Intérêt de la prise en charge précoce de la douleur chronique : à propos de 2 cas

N. Benlallam ; R. Chehrit ; Z. Ait Mahieddine ; N. Fellah

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



ABSTRACTS
COMMUNICATIONS
ORALES



C1- Douleur et maladie de Parkinson

F. Ysmaïl Dahlouk ; H. Leklou

Neurologie

CHU Bab El Oued - Alger

La maladie de Parkinson est une affection neurodégénérative fréquente. Les symptômes de la maladie, s'échelonnant entre des formes légères ou parfois beaucoup plus sévères, peuvent devenir extrêmement handicapants pour les patients qui en sont atteints. En témoignent l'arsenal thérapeutique, tant médical que paramédical, nécessaire à la prise en charge d'une telle affection. Même si c'est rarement la douleur amène le patient à consulter, celle-ci fait partie intégrante de la symptomatologie et peut devenir invalidante avec l'évolution de la maladie. Dans les services spécialisés pour le diagnostic et la prise en charge des syndromes parkinsoniens, la douleur ne fait pas l'objet d'une évaluation.

Cela dit, la douleur peut être la clef de voute du diagnostic de la maladie de Parkinson, et ce symptôme doit nous alerter dans certain cas car la fonctionnalité ne doit pas être prioritaire par rapport à la douleur.

C2- Douleurs induites du sujet âgé

Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation - CHU Tizi Ouzou

Du fait de nos actes techniques et de nos gestes de soins courants, nous sommes en tant que soignants responsables de véritables agressions physiques auprès des patients, source indéniable de douleur. De même, les petites agressions du corps que nous occasionnons et qui, prises de façon isolée ne constituent pas une douleur majeure, peuvent du fait de la répétition provoquer des désagréments, source de douleur intolérables. Les progrès réalisés dans la prise en charge médicale des patients âgés sont réels et les limites d'âge pour proposer des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques reculent, ainsi qu'une médicalisation plus forte s'installe dans cette tranche d'âge.

Dans cette population les douleurs induites par les actes ou les soins restent encore trop souvent méconnues, sous- évaluées et mal soulagées. Ces douleurs sont bien réelles ; elles entravent la qualité de vie des patients et altèrent la relation de soin. Les causes de ces douleurs, leur traitement et leur prévention présentent des spécificités dans cette population hétérogène mais globalement plus vulnérable.

C3- Douleur : Appel ou impasse ? Pour quels liens ?

C. Nait-Chabane ; I. Moumène ; D. Benmessaoud

Psychiatrie - CHU Frantz Fanon – Blida

Par son omniprésence chez les patients, les professionnels de la santé sont inévitablement confrontés à la douleur. Celle-ci se traduit par des plaintes dans un corps plié, contracté ou figé, un visage pâle, blême, blafard, cirieux, duquel s'échappent gémissements, lamentations, râles qui parfois sont étouffés.

Douleur qui endommage l'esprit ou douleur de l'esprit, elle mobilise des émotions de tous ordres, source de crispations, de malentendus et d'une réactivité périlleuse entre les protagonistes que sont les usagers et le corps soignant.

En nous appuyant sur des situations cliniques, nous proposons de :

- Répertorier ses expressions, ses significations, ses particularités selon des situations psycho-pathologiques particulières en psychiatrie.
- Décrire les conditions d'accueil des personnes malades mentales confrontées à la pathologie somatique.
- Revenir sur la complexité qui caractérise le rapport psyché-soma, quelquefois dans ce qu'on appelle balancement psychosomatique.
- Évaluer ses effets et revenir au sens du contrat thérapeutique, afin de frayer une place pour l'empathie comme le moteur des actes de soins et qui en majore les ressorts.

C4- Enfants en souffrance, quelles modalités pour leur accompagnement ?

N. Metahri ; I. Moumène ; C. Nait-Chabane

Psychiatrie - CHU Frantz Fanon – Blida

L'accueil des enfants en consultation de pédopsychiatrie comporte un temps dédié au recueil de l'histoire biographique et développementale où peut s'intégrer l'histoire d'un parcours médical.

Maladie, accident, agression, intervention chirurgicale, hospitalisation, réanimation, regroupés dans une rubrique dénommée antécédents médicochirurgicaux. Leur recueil ne répond pas seulement aux besoins de la démarche médicale, mais s'intègre dans le travail psychothérapeutique. Il répond à la nécessité de retrouver les événements qui ont influencé sur le développement des petits hommes et façonné leur personnalité.

Au-delà du fait somatique lui-même et de ses complications, certaines vulnérabilités trouvent leur explication dans la mise en route de dispositifs de soin inadéquats.

Sans l'inscrire dans un rapport de causalité directe, ils (ces dispositifs inadéquats), agissent comme une épine irritative qui sera source de malaise durablement jusqu'à constituer dans certains cas un facteur précipitant d'une décompensation psychopathologique.

Les vignettes cliniques que nous citerons, visent à attirer l'attention sur les risques auxquels sont exposés les enfants confrontés à la maladie ou à l'accident, la complexité du lien psyché-soma, et l'influence des soins donnés.

Nous souhaitons revenir sur des processus thérapeutiques qui éclairent, à la faveur de la dynamique relationnelle, substance même du processus thérapeutique, et dans l'actuel, sur ce point de nouage entre un événement somatique appartenant au passé et le moment de l'éclosion de troubles.

C5- Douleurs et toxicomanie

F. Aizel

Centre d'addictologie - EHS. Cheraga - Alger

Les liens de causalité entre douleur et produits illicites restent complexes. La douleur chez les toxicomanes est fréquente en particulier chez les dépendants aux opiacés « héroïnes, méthadone et buprénorphine (subutex*) ». En effet, l'abus ou le mésusage de la prégabaline (PRG) ne cesse d'augmenter chez nos patients. L'utilisation illicite de la prégabaline (Lyrica*) représente un facteur de risque d'addiction et une préoccupation importante vue ses conséquences médicales et psychosociales.

La prévalence des poly-toxicomanes au sein du CISA reste élevée. Le processus de sensibilisation à la douleur semble être induit par le système des acides aminés excitateurs via les récepteurs NMDA. L'utilisation d'outils spécifiques d'évaluation des symptômes douloureux permet d'objectiver les phénomènes douloureux chez les patients addictes aux opiacés ou sous traitement de substitution aux opiacés. Les plaintes douloureuses nécessitent une adaptation thérapeutique précoce et systématique pour éviter le recours à l'utilisation des drogues ou à des antalgiques inappropriés.

Mots clés : Douleur, Addiction, Opiacés, Prégabaline, Dépendance, Traitement

C6- Evaluation de la douleur postopératoire aiguë chez les enfants: Étude de corrélation entre 2 scores

S. Boudjahfa; Z.C. Mentouri

Laboratoire de recherche en accidentologie pédiatrique - CHU ORAN

La prise en charge de la douleur aigüe post-opératoire (DPO) est basée sur une bonne évaluation. Cependant, malgré l'augmentation du nombre d'outils d'évaluation de la douleur, il semblerait que cette dernière demeure sous-estimée chez l'enfant.

L'objectif de notre étude est de comparer les scores de deux échelles d'évaluation de la DPO d'auto ou d'hétéro-évaluation afin de rechercher une éventuelle corrélation.

Matériels et Méthode : Cette étude prospective descriptive et analytique incluait des enfants devant se faire opérer pour des fractures du membre supérieur ou inférieur isolé. L'analgésie péri opératoire était assurée par la mise en place de blocs nerveux

périphériques (BNP). Tous les enfants recevraient du Perfalgan® (15 mg/Kg) dès la sortie du bloc opératoire, ils ont également bénéficié d'une évaluation de la DPO par deux échelles EVA (auto-évaluation) et FLACC (hétéro-évaluation) pendant les premières 24 heures post opératoires.

Étaient colligés, les caractéristiques démographiques ; les scores de la douleur à H (0, 4, 12, 24) ; les indications opératoires et les BNP réalisés.

Résultats : 355 enfants étaient inclus, l'âge moyen était de $9,29 \pm 4,13$ ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 7 à 12 ans, le sex ratio était de 1,85.

188 enfants étaient opérés des membres supérieurs avec une prédominance des fractures du coude et de l'avant-bras ($p < 0,05\%$), et 167 ont été opérés des membres inférieurs dont la plus fréquente est la chirurgie du fémur (55%).

Les BNP réalisés étaient par ordre de fréquence aux membres supérieurs (axillaire 79% ; infra-claviculaire 11% ; para-scalénique 8% et huméral 2%).

Quant aux membres inférieurs, les BNP étaient comme suit : (fémoral 46% ; sciatique 18% ; bi-bloc 12% ; combinés 24%).

La DPO avait une moyenne de $1,03 \pm 1,61$ pour l'EVA et de $0,48 \pm 1,23$ pour FLACC, une bonne corrélation intra classe était retrouvée entre les deux échelles ($r = 0,79$ et $0,81$).

Conclusion : l'appréciation de la DPO peut être parfois difficile chez les enfants de plus de 6 ans par l'EVA (auto évaluation), secondaire à des difficultés de compréhensions et/ou d'évaluations précises. De ce fait, nous proposons l'utilisation des échelles d'hétéro évaluation validées comme FLACC chez cette tranche d'âge qui pourrait être une bonne alternative afin d'ajuster le score de la douleur et permettre ainsi sa bonne prise en charge.

C7- Douleur chronique en pédiatrie : Modalités d'évaluation et stratégie de prise en charge

K. El Halimi^{1,2}, F. Diouche^{1,2}, S. Si Merabet^{1,3}, F. S. Bouchama^{1,3},

1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1

2- Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

3- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

L'évaluation et la prise en charge de la douleur de l'enfant a beaucoup évolué depuis plus d'une trentaine d'année, grâce une meilleure compréhension de sa sémiologie mais surtout grâce à la sensibilisation à sa prise en charge à tous les niveaux.

Actuellement plusieurs échelles d'évaluation ont été développées et sont largement utilisées en pratique. L'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain, IASP) définit la douleur comme : "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. La douleur, avec sa

dimension subjective, comportementale et physiologique, fait partie des phénomènes régulateurs visant à l'homéostasie d'un organisme. Il arrive cependant que la douleur ne soit plus efficace dans cette fonction homéostatique et se chronicise, avec une dissociation entre la perspective médicale « somato-sensorielle », et la plainte du patient, son expérience subjective. La douleur pose alors une énigme, dans le sens où

- 1) elle n'a pas de substrat somatique repérable,
- 2) elle est la plupart du temps réfractaire aux antalgiques,
- 3) elle met en échec les somaticiens,
- 4) elle déséquilibre également le système familial, scolaire et parfois social dans lequel évoluent les enfants et adolescents.

L'hypothèse est que les expériences précoces et spécifiques d'une personne, qui organisent ses relations d'attachement, peuvent expliquer les différences individuelles dans la manière dont la douleur est ressentie, et signalée.

Après avoir brièvement décrit ces types de douleurs, cette conférence propose de faire un état des travaux qui mettent en lien la nature des liens d'attachement qui unissent les enfants et adolescents avec troubles douloureux chroniques et l'implication thérapeutique qui permet de proposer une thérapie plurifocale agissant à la fois sur les anticipations douloureuses et le système de l'attachement, sur la composante physique de la douleur et sur le système familial.

C8 Douleur en oncologie pédiatrique

N. Mahchouche ; F. Gachi. K. Bouzid

Oncologie médicale - Unité de pédiatrie - CPMC – Alger

La douleur reste sous-estimée et moins bien traitée particulièrement chez l'enfant. Prendre en charge la douleur des enfants nécessite tout d'abord d'en avoir fait une évaluation précise ; or, cette étape pose souvent problème aux soignants, et la sous-évaluation est fréquente.

En effet, divers obstacles existent. Ils sont en bonne partie liés aux difficultés de communication avec l'enfant et aux spécificités de l'expression de la douleur chez lui. Le niveau de développement cognitif de l'enfant rentre en jeu, mais de nombreux facteurs interviennent, tels que le vécu antérieur, la relation avec l'environnement familial et social. Il convient donc d'essayer de cerner ces éléments pour ajuster l'évaluation.

Une bonne évaluation de la douleur, pour être efficace, doit donc être systématique, répétée et rigoureuse : elle doit utiliser des outils validés, adaptés à la situation de l'enfant. On cherchera à obtenir une autoévaluation, car elle est la plus fiable, quand le niveau de compréhension de l'enfant et la situation le permettent ; plusieurs outils sont disponibles.

Le soignant montre et explique quelques-uns d'entre eux à l'enfant, qui choisit celui

utilisé. Dans le cas contraire, le soignant fait une hétéro évaluation, en utilisant une échelle dite comportementale, à choisir également selon l'âge de l'enfant et la situation. Dans tous les cas il existe des recommandations concernent l'évaluation et la prise en charge de la douleur en pédiatrie participant à l'efficacité de sa prise en charge, que nous allons essayer de détailler au cours de cette présentation.

C9- Évaluation et prise en charge de la douleur dans les syndromes drépanocytaires : expérience d'un service hématologie pédiatrique N. Benmouffok; F.Z. Boudouaa; A. Rouabeh; A. Boulaine; Z. Zordani; Z. Zeroual Pédiatrie A - CHU Parnet – Alger

Rapporter les difficultés d'évaluer la douleur chez l'enfant atteint d'un syndrome drépanocytaire ainsi que sa prise en charge avec revue de la littérature.
Matériels et méthodes C'est une étude faite à la consultation d'hématologie pédiatrique de l'hôpital Nefissa Hamoud ou sont inclus 30 patients durant l'année 2019 - 2020 avec manifestation douloureuse au premier plan. L'évaluation de la douleur c'est faite essentiellement avec l'Echelle Visuelle Analogue (EVA) chez les enfants de plus de 5 ans et par l'activité de base chez les mois de 5 ans.
Résultats : l'âge moyen est de 07 ans. 70% des patients ont présenté 3 épisodes de douleur de moyenne intensité, 30% ont nécessité une hospitalisation de 48 heures à 7 jours (douleurs intense (EVA > 7). Chez le nourrisson l'évaluation de la douleur était subjectif et difficile.

Discussion : Intérêt de bien évaluer la douleur afin de soulager le patient dans le plus bref délai et d'éviter l'hospitalisation voir l'écourter s'il y a eu lieu. Quant à la prise en charge de la douleur surtout de la douleur intense nous avons constaté des difficultés par rapport à la non disponibilité de la morphine dans la cadre de l'urgence, et la non disponibilité des formes galéniques pour le traitement de la douleur chez le nourrisson.

Conclusion : L'évaluation de la douleur est subjective, il n'existe pas d'échelle strict, cependant des efforts doivent être fournis afin d'évaluer la douleur pour pouvoir proposer une prise en charge optimale à ces enfants. Intérêt de l'éducation des parents et l'enfant pour mieux gérer la douleur avant de consulter et accès au palier II de l'OMS chez le grand enfant à domicile.

C10- Enquête sur la prise en charge de la douleur dans un hôpital pédiatrique
N. Tabet Aoul, A. Douah, Z. Addou , H. Youbi, M. Moussati, K. Belhabich, S. Abada, A. Zerhouni, S. Mir,

N. Aouffen

Réanimation pédiatrique polyvalente - EHS Canastel - Oran

La douleur représente un motif fréquent pour consultation en pédiatrie, elle est souvent sous-évaluée, mal traitée voire négligée.

L'objectif de notre travail est de tracer l'état de lieux concernant la prise en charge de la douleur dans les services de pédiatrie.

Matériel et méthodes : C'est une enquête faite au niveau de différents services de l'EHS de Canastel (Réanimation polyvalente, urgences médicales, urgences chirurgicales, ophtalmologie, hématologie).

Nous avons inclus les médecins généralistes, pédiatres, réanimateurs et chirurgiens durant le premier semestre 2017. Le questionnaire comprend 15 questions sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Résultats : Sur 100 questionnaires distribués, 80 praticiens ont répondu. Les réanimateurs et pédiatres représentent environ 50 % des réponses.

La douleur est évaluée dans 35 % des cas. L'échelle la plus utilisée est l'EVA dans 90 % des cas. Le traitement est entrepris sans évaluation dans 70 % des cas. Le paracétamol et les anti-inflammatoires représentent environ 60 % par voie intraveineuse et orale, et la morphine en intraveineux est utilisée dans 30 % des cas. Environ 20 % des praticiens ont une formation sur la prise en charge de la douleur.

Le praticien est satisfait de sa prise en charge dans 50 % des cas et environ 80 % des répondants n'utilisent pas de protocole.

Conclusion : La majorité des professionnels de la santé de notre hôpital pédiatrique présente une attitude inadaptée sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez l'enfant d'où l'intérêt de créer une Unité Douleur avec des référents.

C11- Douleur et troubles cognitifs en réanimation

A. Sadi. A(1) ; R. Mansouri(2) ; S. Houacine (1)

Réanimation médicale - CHU Mustapha – Alger

Objectif : revue de littérature sur la relation entre troubles cognitifs et douleur chez le patient hospitalisé en réanimation.

Des troubles neuropsychiques divers sont fréquemment observés chez les patients hospitalisés en réanimation. Leur expression la plus fréquente est représentée par la constatation d'un comportement d'agitation dont l'association avec la douleur n'est pas rare.

Beaucoup d'études menées en réanimation ont montré que la douleur était le plus souvent sous-évaluée. Cette évaluation est réalisée à l'aide d'échelles

d'auto-évaluation recommandées par l'PHAS (l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle verbale simple (EVS). Cependant, chez les malades non communiquant, des outils d'hétéro-évaluation de la douleur ont été construits et validés en réanimation notamment l'échelle comportemental de la douleur (BPS : Behavioral Pain Scale) et l'outil d'observation de la douleur en réanimation (CPOT :Critical Care Pain Observation Tool).

Les conséquences liées à la douleur peuvent être à l'origine de diverses perturbations des grandes fonctions de l'organisme, notamment les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et endocrinienne. Sur le plan neuropsychique, la douleur peut induire un état d'agitation avec ses risques propres (auto-extubation, auto-ablation de cathéters, chute,) ainsi qu'une altération aigue d'une ou plusieurs fonctions cognitives. En dehors du delirium, ces troubles cognitifs ont été peu étudiés en réanimation.

C12- Stimulation médullaire pour le traitement des douleurs chroniques : indications et sélection des patients

F. Aichaoui, D. Daou, H. Hadjali ; A. Belaidi ; A. Hadjadj ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

La stimulation médullaire (SM) ou stimulation cordonale postérieure est une option thérapeutique adaptée aux douleurs à majorité neuropathique rebelle au traitement habituel. Elle vise à renforcer les contrôles physiologiques inhibiteurs de la douleur, en agissant au niveau de la transmission du message nociceptif dans la corne dorsale de la moelle. L'intérêt de la SM a été souligné dans de nombreuses études, suivant les recommandations rigoureusement définies.

L'indication de la stimulation médullaire et la sélection des patients sont des étapes cruciales et exigent par conséquent qu'elles soient réalisées par une équipe multidisciplinaire compétente dans la prise en charge de la douleur chronique. Les principales indications sont les radiculalgies réfractaires postchirurgicales, le syndrome de douleur régionale complexe, les douleurs neuropathiques secondaires à une lésion nerveuse, l'angine de poitrine, les douleurs associées à une maladie vasculaire périphérique.

Le rapport bénéfice/risque est amplement en faveur de la SM, surtout si l'on estime que les patients candidats sont en situation d'échec de tous les autres traitements antalgiques.

C13- Stimulation médullaire pour le traitement des douleurs chroniques : technique d'implantation

D. Daou ; F. Aichaoui ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : La stimulation médullaire (SM) ou stimulation cordonale postérieure est une technique utilisée depuis une cinquantaine d'années, qui fait partie du traitement chirurgical des douleurs chroniques. C'est une méthode réversible et non destructive, indiquée pour contrôler la douleur chronique résistante aux traitements conventionnels, mais qui reste encore mal connue.

L'efficacité de la SM varie entre les études, les indications et les patients mais la plupart des études rétrospectives rapportent un taux de succès supérieur à 50 %.

Matériel et Méthode : Nous détaillons le processus d'implantation du stimulateur médullaire à partir du moment de la sélection du patient, à savoir, la préparation et la planification pré chirurgicale, la description du matériel utilisé, les aspects techniques, le paramétrage du stimulateur ainsi que les suites et les complications opératoires.

Conclusion : La stimulation médullaire est un traitement réversible, sûr, peu invasif et dont l'efficacité et le rapport coût-bénéfice favorable sont reconnus pour le traitement des douleurs chroniques neuropathiques ou ischémiques. De ce fait, sa place dans l'algorithme de traitement n'est plus celle de la thérapie de la dernière chance. Elle ne se résume pas à une procédure et représente davantage un processus.

C14- Apport de la phytothérapie dans la prise en charge de la douleur chronique

M. Ouallouche ; F/Z Boubekri ; N. Ait Yahia ; D. Smati

Pharmacie centrale - CPMC – Alger

En oncologie, la prise en charge de la douleur est une préoccupation majeure pour les professionnels de la santé, elle est fréquemment considérée comme peu satisfaisante du fait de la subjectivité de la douleur, de l'existence de patients non communicants et également par l'inefficacité et la non tolérance de certains traitements chimiques.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux sur les modalités liées à la prise en charge de la douleur à l'EHS Pierre et Marie Curie d'Alger et mettre le point sur la place de la médecine traditionnelle dans le traitement et le soulagement de la douleur.

Matériels et méthodes : Notre travail consiste en une méta-analyse qualitative et quantitative des résultats de deux travaux réalisés au CPMC en 2012 et en 2018/2019 intitulés respectivement « Prise en charge de la douleur au CPMC » et « La prise en charge de la douleur au niveau du CPMC : aperçus sur la médecine traditionnelle algérienne ».

Pour les deux études, les malades consultant auprès du centre de traitement de la douleur du CPMC étaient majoritairement des malades cancéreux pour lesquels la douleur n'a pas pu être contrôlée au niveau des différents services et à un moindre taux des malades cancéreux orientés des autres hôpitaux.

Les types et les causes de la douleur étaient très variables. La prise en charge thérapeutique a consisté en un traitement d'attaque puis un traitement d'entretien par plusieurs médicaments antalgiques des différents paliers I, II et III en plus des traitements co-antalgiques pour la douleur nociceptive et des antidépresseurs tricycliques et des antiépileptiques pour la douleur neuropathique.

Les résultats du travail mené en 2012 ont révélé une efficacité du traitement dans 80% des cas.

L'étude menée en 2018/2019 a révélé que 33.33% des patients ont eu recours en plus des traitements conventionnels à la phytothérapie. L'enquête a recensé 13 espèces distinctes utilisées par ces patients sous forme de différentes préparations (infusion, décoction, en poudre avec du miel,...). 25% de ces patients ont déclaré avoir eu une amélioration de leur état et 12.50% d'entre eux une stabilisation de l'intensité de la douleur.

Discussion : La prévalence de la douleur chez les malades atteints de cancer reste élevée, et ceci malgré un recours aux opioïdes puissants. Cette étude démontre qu'il y a un intérêt certain à faire des études approfondies sur les plantes utilisées par les patients et de sélectionner celles qui ont un bon profil de sécurité, pour peut être les intégrer dans la prise en charge globale des patients.

Mots clés : Oncologie, prise en charge, douleur, traitements chimiques, médecine traditionnelle.

C15- Bloc intercostal VS péridurale thoracique dans l'analgésie post-thoracotomie : a propos de 25 cas

M. Naili ; Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation - CHU Tizi Ouzou

Le but de la présentation étude est de déterminer si un bloc intercostal est aussi efficace que l'anesthésie péridurale thoracique en matière de la douleur postopératoire.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective randomisée en simple aveugle incluant des patients âgés entre 50 ans et 75 ans, de classe ASA I, II et III équilibrés, proposés pour thoracotomie unilatérale. Les patients ont été repartis en deux groupes : Groupe 1 : bloc intercostal (BIC) et Groupe 2 : anesthésie péridurale (APD). Le critère principale d'évaluation était le score de douleur au repos et à l'effort. Les critères secondaires sont la consommation totale de morphinique et médicaments analgésiques.

Le score de la douleur a été mesuré par l'échelle visuelle analogique (EVA) de 0-10 pendant les 24 premières heures après la chirurgie.

Résultats : Les deux groupes étaient similaires en termes d'âge, poids et procédures chirurgicales. La durée d'intervention ainsi que la durée de l'anesthésie et la

consommation des drogues étaient comparable entre les deux groupes. Les scores de la douleur (EVA) au repos et à l'effort étaient plus faible durant les premières 24 heures dans le groupe péridural mais la différence était non significative.

Le délai de la première demande analgésique était plus élevé dans le groupe péridurale mais sans différence significative. La consommation de morphine, ainsi que la durée d'hospitalisation étaient comparables.

Discussion : Certains articles de la littérature (étude Richardson , étude Davies et Baidyan) montrent une efficacité analgésique similaire dans les deux groupes dans 70% des cas, contre 30-40% qui mettent en évidence une inégalité analgésique entre BPV et l'APD.

Conclusion : Les résultats de notre étude montre que le bloc intercostal pourrait être une technique analgésique efficace et à faible risque dans la gestion de la douleur postopératoire après chirurgie thoracique.

C16- Bloc para vertébral dans la chirurgie carcinologique du sein : étude randomisée

S. Nemmouche ; D. Benmoussa

Anesthésie - Réanimation - CPMC – Alger

En Algérie, le cancer du sein connaît une progression exponentielle depuis 20 ans. Il est devenu le premier cancer féminin. Longtemps considérée comme une chirurgie non douloureuse, la chirurgie du sein se trouve confronté à une problématique non pas nouvelle mais mieux comprise, les douleurs aiguës et chroniques post opératoires (DCPO), véritable entité pathologique qui requière un diagnostic précis et une prise en charge spécifique. L'incidence des DCPO après chirurgie du sein varie de 20% à 50% dont 5 à 10% avec des douleurs sévères (EVA > 5).

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer la qualité de l'analgésie postopératoire en chirurgie mammaire chez deux groupes de patients : le premier ayant bénéficié d'une anesthésie générale, le deuxième d'une anesthésie générale associée au BPVT. Les objectifs secondaires sont en premier la réhabilitation post opératoire avec essentiellement une épargne morphinique et la réduction des NVPO, en second la comparaison du pourcentage des patients ayant développé des douleurs chroniques à trois mois post opératoires avec une réduction de la surface d'allodynie.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective comparative à caractère randomisé, en ouvert, en bras parallèles, portant sur deux groupes de sujets, l'un ayant bénéficié d'une AG et l'autre d'une AG associée au BPVT, sur un échantillon de 103 malades. L'étude s'est étalée de janvier 2018 jusqu'à février 2020.

Résultats : La population d'étude était homogène. Grâce à l'échographie qui rend la réalisation de la technique plus facile, efficace et plus sûre avec moins de complications essentiellement le pneumothorax. Nous constatons dans notre étude une réduction du

score de la douleur en faveur du groupe BPVT, les premières 24h avec une différence statistiquement significative : la moyenne du score de la douleur entre 2h-24h dans les deux groupes est de 0.7/3.34 avec p. Value < 0.001.

Nous avons réalisé une épargne morphinique per opératoire avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes p. value < 0,001 et une réduction nette des effets secondaires liés aux morphiniques essentiellement les nausées vomissement post opératoire en faveur du BPVT : AG : moy NVPO 28% /AG+BPVT: moy NVPO 3.7%) avec un p. value.

C17- Préemptive analgésie au cours de la chirurgie carcinologique digestive majeure

A. Alghazali ; R. Ouhab ; A. Chihi ; H. Mekhafia ; A. Amrouche ; A. Tandjir ; F.Z. Benzaghmane ; A. Saoudi ; W.Daas ; B. Griène ; D. Benmoussa
Anesthésie - Réanimation - CPMC - Alger

La chirurgie s'accompagne fréquemment de douleurs postopératoires (DPO) qui sont parfois sévères et qui peuvent prolonger la durée d'hospitalisation des patients, mais qui surtout vont faire, dans certains cas, le lit de la douleur chronique.

Lors de la chirurgie viscérale, la douleur postopératoire est souvent intense en particulier lorsque l'incision est médiane, bi-sous-costale ou sous-costale unilatérale dite Type Makuuchi. Pour palier à cela, les divers travaux de la littérature nationale et internationale recommandent de réaliser une analgésie multimodale.

L'analgésie multimodale à deux objectifs : renforcer l'analgésie en utilisant des combinaisons antalgiques synergiques ou additives et diminuer les effets secondaires de la morphine qui peuvent en limiter l'utilisation.

De multiples techniques sont proposées dans le cadre de cette analgésie multimodale pour faire face à ces douleurs postopératoires et en diminuer leur intensité voire leur incidence. Parmi ces techniques, le transversus abdominis plane blocks (ou TAP block), le bloc des muscles grand droit, le bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique sont les plus souvent étudiés.

Dans un cadre d'un protocole d'analgésie multimodale, notre travail compare le TAP-Block échoguidé (réalisé en mode préemptive avant l'incision) aux infiltrations des berges de l'incision.

Objectifs de l'étude : l'objectif principal est d'illustrer l'efficacité du TAP block en analgésie préemptive pour chirurgie digestive avec comme objectif secondaire d'étudier l'impact du TAP block sur la survenue des nausées et vomissements postopératoire (par le biais de l'épargne morphinique en per et post opératoire).

Patients et méthodes : Notre travail est une étude prospective portant sur 120 patients opérés pour chirurgie digestive carcinologique sur une période d'une année.

Critères d'inclusion : tous les patients programmés pour une chirurgie digestive

Critères d'exclusion : la présence de contre-indications au TAP block (trouble de l'hémostase ou prise d'anticoagulant, allergie aux anesthésiques locaux, infection au niveau du point de ponction), les contre-indications aux antalgiques utilisés dans le protocole ainsi que les patients programmés pour une reprise chirurgicale (saignement et/ou péritonites).

Les 120 patients de l'étude ont été répartis en 2 bras :

- 1er bras ou Groupe TAPB+ : 60 patients ayant bénéficié d'un TAP block écho guidé avant l'incision. Le TAP block est réalisé sous écho guidage avec une sonde plane haute fréquence de 7,5 à 12 Mhz ; aiguille de 80, 100 ou 150 mm selon la corpulence du patient. Le choix est déterminé après repérage et mesure de la distance peau-TAP. On réalise un abord bilatéral avec administration de 20 ml de Bupivacaine 0.25% de chaque côté. En plus du TAP Block dans le cadre d'un protocole d'analgésie multimodale, les patients reçoivent également du paracétamol en perfusion à raison de 1g, 30 minutes avant la fermeture chirurgicale puis 1g/6h, du Néfopam 20 mg/12h et de la morphine si besoin selon l'EVA.

- 2ème bras ou Groupe Infiltrations+ : 60 patients ayant eu des infiltrations des berges d'incision en fin d'intervention avec 20 ml de Bupivacaine 0.25% de chaque côté toujours dans le cadre d'un protocole d'analgésie multimodale incluant paracétamol 1g, 30 minutes avant la fermeture chirurgicale puis 1g/6h, du Néfopam 20 mg/12h et de la morphine si besoin selon l'EVA.

L'inclusion se faisait le matin ou la veille de l'intervention lors de la visite pré-anesthésique, après explication et obtention du consentement éclairé du patient. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale. Pour le groupe TAPB+, l'incision chirurgicale est réalisée dans un délai moyen de 15 minutes par rapport à la réalisation du TAP block.

L'évaluation de la douleur en postopératoire a été faite en utilisant l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'évaluation du risque prédictif des nausées et vomissements postopératoire est calculée par le score d'Apfel en préopératoire.

Résultats : Pour l'analyse statistique les variables ont été exprimées en moyenne et pourcentages \pm écart-types et comparées par le test de Student et l'écart réduit. Une valeur de $p < 0,05$ a été prise comme seuil de signification.

Les deux groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de BMI, de risque cardio-vasculaire et risque prédictif de survenue de NVPO.

L'EVA est estimée entre 0 mm et 32 mm dans le groupe TAPB+ VS 43 mm et 84 mm dans le groupe infiltration dans le délai de 24 heures.

L'EVA est estimée entre 43 mm et 52 mm dans le groupe TAPB+ VS 50 mm et 85 mm dans le groupe infiltration au delà de 24 heures (24 - 48h).

Pour le recours à la morphine, la première demande de morphine était retardée dans le groupe TAPB+ par rapport au groupe infiltrations ($25 \text{ h} \pm 20,9 \text{ min}$ dans groupe TAPB+ vs $2 \text{ h} \pm 10,8 \text{ min}$ dans le groupe infiltrations) lors de la mobilisation active dans le groupe TAP Bloc VS mobilisation passive dans le groupe infiltrations). La dose moyenne de morphine dans le groupe TAP Bloc est inférieure de façon

statistiquement significative par rapport au groupe infiltration.

La survenue de nausées et vomissements et le recours aux antiémétiques est supérieure avec une différence significative dans le groupe infiltrations Vs Groupe TAP-Block ; ceci s'explique par la différence statistiquement significative de la dose cumulée des morphiniques peropératoire dans les 2 groupes.

Discussion : Les résultats obtenus dans notre modeste étude suggèrent que l'utilisation de TAPB écho guidé dans le cadre d'une analgésie multimodale lors de chirurgie carcinologique abdominale a un intérêt certain dans l'analgésie postopératoire.

Une diminution significative de l'utilisation des antalgiques notamment les opioïdes et une réduction des nausées et vomissements postopératoires viennent renforcer l'intérêt du TAP Block dans le protocole d'analgésie multimodale. Le TAP block est une technique prometteuse en analgésie locorégionale mais plusieurs questions restent en suspend et notamment celle de la durée de l'analgésie secondaire à un TAP bloc. L'effet analgésique semble perdurer 24 à 48 heures ; c'est-à-dire bien au-delà de la durée de vie de l'anesthésique local injecté. Aucune étude n'a cependant clairement étudié la durée précise d'un TAP bloc.

Conclusion : Le TAP block assure une excellente analgésie au décours d'une laparotomie et ce, avec le meilleur rapport bénéfice/risque.

Mots clés : chirurgie digestive carcinologique ; TAP Block ; analgésie postopératoire ; blocs de paroi abdominale ; infiltration des berges de l'incision.

C18- Intérêt du TAP block écho guidé dans l'analgésie post opératoire de la chirurgie esthétique de l'abdomen (Abdominoplastie)

Y. Aissaoui ; M. Metref - Service des grands brûlés – HCA – Alger

Objectifs : Évaluer la place des techniques d'analgésie locorégionales, en particulier le TAP block.

Matériels et méthodes : Etude prospective faite au service de réanimation des grands brûlés de l'HCA portant sur 20 patientes ayant bénéficiées d'une abdominoplastie. Nous avons réparti ces patientes en 02 groupes : G01 :10 patientes ont bénéficié d'une analgésie postopératoire par PCA morphine ; G02 : 10 patientes ont bénéficié d'une analgésie post-opératoire par TAP block à la Ropivacaine.

Toutes les patientes ont été faites par la même technique anesthésique et ont bénéficiées d'un même protocole d'analgésie multimodale post opératoire et de prévention des NVPO.

Résultats : Groupe morphine - PCA : EVA >3 ; groupe TAP block : EVA <=3

Discussion : L'abdominoplastie est une chirurgie douloureuse en période post opératoire ce qui nécessite bonne technique analgésique. L'anesthésie régionales a pour intérêt d'améliorer l'analgésie, la satisfaction, la réhabilitation post-opératoire,

de diminuer les quantités de morphine nécessaires, de diminuer les risques de douleurs chroniques et de diminuer la réaction inflammatoire péri opératoire.

Dans notre série nous avons obtenu de bons résultats avec le TAP block analgésique

Conclusion : le TAP block reste une technique simple et associée à peu de complications.

Son intérêt analgésique a été démontré dans plusieurs types de chirurgie, notamment la césarienne, la cholécystectomie sous cœlioscopie et l'appendicectomie à ciel ouvert. Son efficacité doit être étudiée dans les abdominoplasties.

C19- L'épargne morphinique OFA pourquoi ? Expérience du service en chirurgie gynécologique

L. Senhadji ; M.A. Benhamed

Anesthésie Réanimation - CHU Oran

Introduction : L'épargne morphinique, principe d'analgésie balancée, est un sujet d'actualité. L'utilisation des opioïdes occupe une place prépondérante dans l'anesthésie associée aux hypnotiques et aux descurares en réduisant leur consommation, de procurer une analgésie peropératoire et d'assurer une analgésie post opératoire.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'aborder la partie littérature sur l'épargne morphinique. Ensuite nous exposons une étude rétrospective, descriptive, mono-centrique sur une période d'un mois (01 au 30 octobre 2020). Un protocole d'anesthésie sans opioïdes a été instauré pour 20 patientes. Un bolus de lidocaïne IV 1,5 mg/kg (PIT) à l'induction puis un relais à la seringue électrique à 1,5 mg/kg/h arrêtée 20 minutes avant la sortie de SSPI. Un bolus de Kétamine de 0,25 mg/kg à l'induction plus entretien à la seringue électrique à 0,15 mg/kg/h et arrêté 20 minutes avant la fin de l'acte chirurgical. La Dexaméthasone en dose de 8 mg après l'induction.

L'analgésie post opératoire est anticipée par du Paracétamol IV. Une titration en morphine est proposée si EVA est supérieure à 30 mm. L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité et les répercussions sur l'analgésie post opératoire en prenant en compte les scores de la douleur, le recours à un analgésique et ou à un morphinique.

Résultats : La moyenne d'âge était de $49,5 \pm 9,9$ ans, la durée des interventions était de $132,7 \pm 42,6$ min. le protocole comportait de la dexaméthasone = $6,30 \pm 1,5$ mg, de la xylocaïne avec une dose d'induction de $93,0 \pm 11,3$ mg et un entretien de 100 mg/h, de la kétamine en induction de $27,5 \pm 4,5$ mg entretenue à 10 ml/h. L'évaluation de la douleur par l'EVA à l'arrivée et à la sortie étaient respectivement de 23 ± 48 mm et de $26,5 \pm 13,5$ mm Le délai extubation-1er antalgique en SSPI = $61 \pm 18,5$ min. Le recours aux antalgiques et ou morphiniques que dans 6,7%. Pas de nausées et de vomissements postopératoires.

Conclusion : L'OFA pourrait prendre tout son intérêt dans ce type de chirurgie. Il pourrait être intéressant de la développer auprès de patientes à fort risque d'effets secondaires liés aux opioïdes. La pratique de l'épargne morphinique demande un

temps de formation et d'adaptation du personnel.

C20- Analgésie par bloc pudendal pour hystérectomie par voie vaginale

Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation - CHU Tizi Ouzou

Objectifs : le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité analgésique de cette technique dans l'hystérectomie par voie vaginale

Matériels et méthodes : étude prospective randomisée en double aveugle sur une période de douze (12) mois portant sur soixante-cinq (65) patientes opérées d'une hystérectomie par voie vaginale.

Critères d'exclusion : refus du protocole, score ASA supérieur à deux (02), contre-indication à ALR.

Les patientes ont été évaluées par un observateur indépendant. Les scores de douleur (EVA) étaient effectués toutes les quatre (04) heures, pendant 24 heures. La consommation de la morphine au cours des 24 heures, la consommation de fentanyl peropératoire, les effets adverses : nausées vomissements; échec, injection intravasculaire, ponction d'un organe de voisinage, extension au nerf sciatique.

L'analyse statistique a fait appel à une anova et aux test de Fischer et krustal wallis

Résultats : soixante patientes opérées ont été randomisées en deux groupes après l'induction. Le groupe I (n = 30) a bénéficié d'un bloc pudendal associé à un bloc para cervical avec 40 ml de Marcaïne à 0,25 % ; le groupe II (n = 30) a reçu 40 ml de sérum physiologique par la même technique anesthésique.

Le protocole d'anesthésie générale a été standardisé. Les scores de douleur, l'incidence des nausées et des vomissements et le besoin d'antalgiques supplémentaires ont été significativement plus faibles dans le groupe I. Aucune complication n'a été notée

Discussion : nos résultats confirment que le bloc pudendal est un moyen simple et efficace d'analgésie chez les patientes bénéficiant d'une hystérectomie par voie vaginale ; il constitue un outil supplémentaire dans le cadre d'une prise en charge analgésique multimodale post opératoire; des évaluations complémentaires sont souhaitables. Le contrôle de la douleur après chirurgie utérine nécessite une analgésie adéquate et efficace sans induire des effets indésirables. Un effet d'épargne morphinique de l'ordre de 100% est noté (50% littérature). Son apprentissage est facile et ses complications sont rares. Il constitue une excellente technique à apprendre aux médecins en cours de formation.

Conclusion : le bloc pudendal est une technique efficace, réduisant de façon significative la douleur postopératoire et les NVPO, après hystérectomie par voie vaginale ; il n'entraîne pas d'effets systémiques majeurs; sa réalisation étant aisée.

C21- Douleur dans le canal lombaire étroit

K. Badache; M. Bouallag ; N. Habchi ; S. Bahbouh ; A. Abdelaoui ; A. Sellami ; M. Djafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha – Alger

Le canal vertébral est formé par un ensemble de vertèbres au sein desquelles chemine le canal rachidien. En cas de canal rétréci, on parle de canal lombaire étroit (CLE).

Matériels et méthodes : 250 cas ont été colligés au sein de notre service pendant une période de 12ans.

Entre janvier 2008et janvier 2020 nous avons traité. Tous nos patients ont plus de 45ans (40%) et plus de 55 ans dans 60 % des cas Il existe des Mauvaise corrélation radio- clinique avec un Délai de consultation souvent tardif.

Résultats : Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan neuro radiologique et électrophysiologique. Les indications neurochirurgicales ont été discutées (on fonction de la clinique et non de l'imagerie).

La prise en charge a été pluridisciplinaire neurologue, rhumatologue, neurochirurgien et rééducateur.

Le traitement chirurgicale a été une méthode minimal invasive, arthroscopique ?

Évolution favorable si : Amélioration de la claudication, +/- sciatalgies, +/- lombalgies L'amélioration se voit dans près de 80% des cas après un délai de 4-6 mois (50% des patients sont très soulagés, 35% deviennent asymptomatiques et 10% récidivent)

Évolution défavorable, ne jamais culpabiliser le patient (rééducation, hygiène de vie)

Revoir la qualité du geste opératoire IRM de contrôle post opératoire.

Discussion : Des risques opératoires thrombophlébite, embolie pulmonaire..., des risques infectieux (de 1 à 3%) augmentent chez les patients diabétiques et chez les gros fumeurs ainsi que lorsque du matériel (vis, tiges) est posé. Dans moins de 1% des cas, un hématome peut se former et venir comprimer les nerfs dans les 24 à 48 heures suivant l'opération entraînant des douleurs et très rarement une paralysie.

Conclusion : Suivi post opératoire +++, Repos, Reprise de l'autonomie

C22- Le service d'analgésie postopératoire type « SAPO économique » au CHU Batna

O. Guerza 1 ; N. Grainat1 ; O. Boudehane2

Anesthésie Réanimation

1. CHU Batna. 2. CHU Constantine

La douleur aiguë postopératoire est un problème quotidien en chirurgie orthopédique et traumatologique qui nécessite l'organisation de sa prise en charge

But de l'étude : Evaluer l'impact de la mise en place d'une unité fonctionnelle

d'analgésie type « SAPO économique » au niveau du service de chirurgie CHU Batna

Matériel et Méthodes : étude descriptive et évaluative mono-centrique, conduite avant et après la mise en place d'unité fonctionnelle d'analgésie postopératoire type « SAPO économique », évaluant dans le cadre d'une démarche assurance - qualité l'amélioration de la prise en charge de la douleur aigue postopératoire des patients admis dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Batna de 2015 à 2017

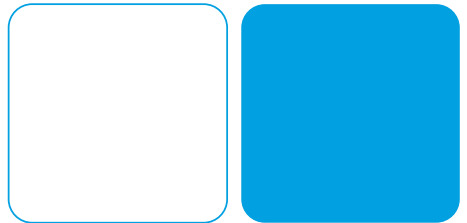
Résultats : l'audit initial a objectivé des défauts d'organisation dans la prise en charge de la douleur postopératoire et l'absence d'équipe « référent - douleur » au niveau du service de chirurgie orthopédique traumatologique. L'audit de réévaluation a montré une amélioration de la de la prise en charge de la douleur postopératoire

Discussion : le rôle du Service d'Analgésie Post-Opératoire (SAPO) est d'optimiser le soulagement de la douleur aigue postopératoire des patients opérés, par l'utilisation de nouvelles technique : PCA, APD, morphiniques en intrathécale. Notre organisation répond aux recommandations de la douleur aigue postopératoire publiées successivement aux Etats-Unis en 1994, en France (SFAR 1997) et en Algérie (SAETD 2017). Organisation basée sur le modèle nord-américain de l'Acute Pain Service ou sur le modèle européen.

Conclusion : La démarche assurance -qualité nous a permis la mise en place d'un service d'analgésie postopératoire pour améliorer la prise en charge de la douleur aigue postopératoire



ABSTRACTS POSTERS



P1- Intérêt de la drezotomie dans la douleur chronique post arrachement du plexus brachial

H. Zireg ; F. Aichaoui ; H. Bouchkoura ; 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 dites nociceptives et détruire par coagulation les neurones hyperactifs situés dans la corne dorsale.

Matériel & Méthodes : nous rapportons une série de 07 patients ayant été victimes d'un arrachement du plexus brachial post traumatique, étalé sur une période de 2019 à 2021. Il s'agit de 06 hommes et une femme âgés entre 27 à 65 ans souffrant de douleurs neuropathiques à type de décharges électriques et de brûlures. 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 : la DREZotomie microchirurgicale 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 paroxystique (décharges électriques) et 84% sur la douleur continue (brûlure).

Conclusion : la 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.

P2- Drezotomie et traumatisme médullaire

Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli
Neurochirurgie - CHU Bab El Oued - Alger

Introduction : la douleur chronique est une complication courante après une lésion médullaire. Elle pose un sérieux problème tant sur le plan thérapeutique que sur le plan affectif et socioprofessionnel. Elle est sévère dans la majorité des cas et souvent difficile à traiter. La drezotomie microchirurgicale peut compter parmi l'arsenal thérapeutique proposé à ce type de douleur chronique.

Matériel & Méthodes : nous rapportons le cas d'un patient ayant été victime d'un accident de la voie publique qui a entraîné un traumatisme médullaire. Le patient souffrait de douleurs neuropathiques à type de décharge électrique et de brûlure. Les douleurs atteignaient 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 : la DREZotomie microchirurgicale a permis de soulager nettement le patient et améliorer ses conditions d'handicape.

Conclusion : Les techniques neurochirurgicales peuvent apporter des solutions efficaces pour la douleur des traumatisés médullaires lorsque ces derniers se trouvent dans une condition d'échecs de tous les autres moyens thérapeutiques.

P3- Intérêt de la compression par ballonnet dans le traitement des névralgies faciales

Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli

Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : la compression par ballonnet est une intervention neurochirurgicale utilisée pour traiter la névralgie faciale réfractaire. Elle consiste à gonfler un ballon à l'intérieur du cavum de Meckel afin de comprimer les fibres du plexus triangulaire rétro-gassérien et l'origine de la racine postérieure. Elle destinée à un groupe sélectif de patients

Matériels et Méthode : la technique par compression par ballonnet du ganglion de Gasser a été réalisée chez les patients qui souffrent de névralgie faciale. Il s'agit d'une douleur chronique et paroxystique affectant la face, dont l'intensité influence la qualité de vie quotidienne personnelle et professionnelle du patient. C'est la douleur la plus atroce que l'homme connaît. Les patients ayant bénéficié de cette procédure ce sont ceux dont la douleur a été résistante au traitement médical.

Résultats : ils ont été considérés comme satisfaisants par les patients avec de faibles effets adverses.

Conclusion : C'est une méthode sûre, simple et efficace pour soulager la douleur chez un groupe sélectif de patients.

Mots clés: Compression par ballonnet; douleur; névralgie faciale

P4- Neurolyse dans le cancer du pancréas

N. Bouhallas ; H.Takkerat ; M.K. Iles ; N. Kellou ; S.K. Nemouche ;
D.Benmoussa

Centre de la traitement de la douleur – CPMC - Alger

Le cancer du pancréas est un cancer de mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans, tous stades confondus, variant de 2 à 5 %. Le traitement est le plus souvent palliatif et se focalise essentiellement sur la prise en charge de la douleur. En effet, la douleur est un symptôme fréquemment rencontré au cours du cancer du pancréas et pour cela le traitement antalgique doit être au mieux adapté car il améliore la qualité et parfois même la survie des patients.

Le bloc coeliaque par neurolyse est une technique interventionnelle proposée aux patients souffrant de douleurs réfractaires aux morphiniques.

Matériel et méthode : présentation d'un cas clinique concernant un patient atteint d'un cancer du pancréas suivi au CTD pour qui après échec d'un traitement médicamenteux bien conduit (douleurs intenses résistantes aux morphiniques), est proposé pour une neurolyse par bloc coeliaque.

Résultats: la neurolyse du bloc coeliaque a permis de réduire la consommation des morphiniques et le nombres des accès douloureux paroxystiques.

Conclusion : le recours aux techniques interventionnelles est une alternative thérapeutique que nous proposons à une catégorie de patients dans les moyens pharmacologiques ne permettent pas d'atteindre un soulagement acceptable de la douleur.

P5- Le fardeau psychologique de la douleur chez le sujet âgé

Z. Tabti ; N. Fellah

Psychologie clinique

Centre de la douleur - CHU Bab El Oued – Alger

S'intéresser à la question du fardeau psychologique de la douleur chez le sujet âgé nécessite une perspective développementale de la vie entière, puisque le vieillissement décrit comme l'avancée dans l'âge de la naissance à la mort, un processus à la fois à la décroissance à la croissance.

En effet, selon l'organisation mondiale de la santé le vieillissement est « un processus de changement progressif dans les structures biologiques, physiologiques et sociales de l'individu », l'apparition de la douleur chez le sujet âgé est considérée comme une évolution adaptative aux changements sauf que les répercussions sur le plan psychique vont modifier le vécu, notamment l'apparition des troubles psychopathologiques,

avec un impact considérable sur la structure familiale.

La spécificité de la prise en charge psychologique de la douleur chez le sujet âgé a pour but d'améliorer la qualité de vie de ce dernier au sein de sa famille et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire où chaque prise de soin est abordée et réfléchi dans ses spécificités et possibilités propres dans une perspective globale de prise de soin et d'accompagnement du sujet âgé.

Mot clés : la douleur – psychopathologie – pluridisciplinaire – accompagnement – sujet âgé.

P6- Troubles de la personnalité et douleur chronique ?

N. Houhat ; R. Khettab ; M. Bencharif

Psychiatrie légale - CHU Frantz Fanon - Blida

Les troubles de la personnalité sont plus fréquents chez les douloureux chroniques que dans la population générale. Ils ont fait l'objet de plusieurs études ; la prévalence chez le douloureux chronique se situe entre 30 et 60 pour cent.

A travers notre expérience à la consultation de la douleur certains patients présentant une douleur chronique nous ont interpellé par certains traits de caractère et une fragilité psychique.

Les cas cliniques que nous avons choisis de vous présenter vont illustrer ces personnalités pathologiques si vulnérables à la douleur.

P7- Douleur et psycho-trauma

N. Houhat ; R. Khettab ; M. Bencharif

Psychiatrie légale - CHU Frantz Fanon - Blida

Lors d'un psycho-trauma, la douleur peut révéler à la fois la fracture traumatique du point de vue de l'existence du patient mais également dans le psychisme de ce dernier. La douleur peut être elle-même un traumatisme pour celui qui l'a subit et devient chronique là où les traumatismes anciens ne se sont pas résolus comme c'est largement illustré par les cas cliniques que nous avons choisis de vous présenter.

P8- Intérêt des blocs de l'oreille externe pour l'analgésie après une réimplantation des oreilles

(oreilles décollées) : à propos d'un cas

S. Si Merabet 1,2, K. Elhalimi 1,3, F. S. Bouchama 1,2 , F. Diouche 1,3

1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1

2- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

3-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

L'anesthésie locorégionale de la face, encore peu connue, peut être réalisée au moyen de blocs nerveux périphériques d'accès facile pour la plupart. Les indications de ces blocs sont la chirurgie réparatrice et esthétique ou la chirurgie oncologique. Le principal intérêt de ces blocs est la qualité de l'analgésie per- et surtout postopératoire qu'ils procure.

But : Evaluer l'efficacité analgésique du bloc du nerf grand auriculaire et auriculo temporal après chirurgie de l'oreille.

Observation : Un garçon L. A, âgé de 10 ans, aucun antécédent particulier, proposé pour une réimplantation des oreilles. Evaluation pré anesthésique sans particularité, notre stratégie anesthésique était une anesthésie générale combinée à une ALR, induction inhalatoire par sevoflurane initialement pour abords vasculaire puis intraveineuse par propofol 5 mg/ kg, Rapifen 20 gamma /kg, dexaméthasone 0,15 mg/Kg, intubation oro-trachéale, bloc du nerf grand auriculaire et du nerf auriculo temporal d'une manière bilatérale par la bupivacaine 2,5 à la dose de 2 et 1 ml respectivement ; l'entretien été assuré par halogéné, aucun recours aux morphiniques, fait sans incidents, réveil et extubation sur table pendant les premières 24h en postopératoire ; la douleur été entre 0 et 2 sur l'échelle : FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability) modifiée.

Conclusion : Le taux de succès de ces blocs est très élevé. Il est de réalisation facile avec peu d'incidents. Les indications concernent surtout les actes sur le pavillon de l'oreille et en particulier la chirurgie réparatrice. Cette chirurgie peut bénéficier d'une analgésie postopératoire de qualité grâce aux blocs de la face. Un anesthésique local de longue durée d'action, associé à un adjuvant, permet une très bonne qualité d'analgésie postopératoire, et ceci pendant au moins une dizaine d'heures.

P9- Intérêt analgésique du bloc para ombilical pour la cure chirurgicale d'une fistule de l'oura que chez le nouveau-né : à propos d'un cas

S. Si Merabet^{1,2}, F. S. Bouchama^{1,2}, F. Diouche^{1,3}, K. Elhalimi^{1,3}.

1-Faculté de médecine d'Oran, Université Oran 1

2- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

3-Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

Près de 80 % des actes anesthésiques pédiatriques associent une anesthésie générale (AG) à des techniques locorégionales (ALR). L'ALR offre une analgésie efficace sans nécessité de recours aux morphiniques. Les blocs de la paroi abdominale assurent

une excellente analgésie au décours d'une laparotomie et ce, avec le meilleur rapport bénéfice/risque.

But de l'étude : Evaluer l'efficacité analgésique d'un bloc para ombilical pour chirurgie néonatale.

Observation : Un nouveau-né M. C, J3 de vie, a été proposé pour traitement chirurgical d'une fistule de l'ouraqué. L'évaluation pré anesthésique sans particularité. Naissance par voie basse à terme, poids de naissance 3Kg, APGAR 8 puis 9/10, une formation tissulaire arrondie rouge de 3 cm de diamètre occupant la partie inférieure de l'ombilic centrée par un orifice par lequel s'extériorise un liquide urinaire, ombilic normo serré sans défaut pariétal d'aspect élargie, abdomen souple normo tendue, pas de malformations associées ; radiographie thoracique et échographie cardiaque sans anomalies.

Notre stratégie anesthésique été une anesthésie générale combinée à une ALR : Induction intraveineuse par propofol dilué 4 mg/Kg, fentanyl 0,5 gamma /Kg, dexaméthasone 0,15mg/kg, intubation oro-trachéale par une sonde N° 3 ; bloc para ombilical par bupivacaine 0,125 mg : 0,1ml/Kg de part et d'autre, entretien par halogéné sévoflurane. Apport de base horaire, aucun morphinique n'a été administré en peropératoire, fait sans incidents, réveil et extubation sur table.

La période postopératoire était sans particularité, notre patient a passé 24 heures en réanimation chirurgicale, la douleur était entre 0 à 1 sur l'échelle NFCS (Neonatal Facial Coding System).

Conclusion : Le bloc para ombilical est de réalisation simple et anodine, réduit considérablement l'intensité de la douleur et la consommation totale d'analgésiques dans la période postopératoire après chirurgie.

P10- Propriété analgésique de la kétamine en péri opératoire pour la gestion de la douleur d'un écrasement d'un membre : à propos d'un cas

K. Elhalimi^{1,2}, S. Si Merabet^{1,3}, F. S. Bouchama^{1,3}, F. Diouche ^{1,2}

1-Faculté de médecine Oran, Université Oran 1

2- Service de Réanimation Médicale Pédiatrique, CHU Oran

3- Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, EHS Canastel Oran

Introduction : L'analgésie vise à apporter le maximum de confort aux patients opérés et à éradiquer la douleur post opératoire (DPO). La Kétamine, synthétisée en 1962, est un antagoniste non compétitif des récepteurs NMDA. Elle appartient à la famille des anesthésiques intraveineux et elle est dotée de propriétés analgésiques et anti hyperalgésiques. Les perfusions de Kétamine ont été utilisées pendant des décennies pour traiter La douleur aiguë, mais une montée récente dans leur utilisation a fait des perfusions, un traitement de soutien dans services des urgences et dans la période

péri-opératoire.

But : Rechercher l'effet de la kétamine en péri opératoire pour la gestion de la douleur en per et postopératoire.

Observation : Un garçon Z. A, âgé de 11 ans, aucun antécédent notable, victime d'un accident de la voie publique le 27/07/2018 ayant occasionné un scalpe fronto-pariétal gauche associé à un écrasement du membre supérieur gauche, le reste du bilan lésionnel été sans particularité ; admis au bloc opératoire en urgence pour geste d'hémostase chirurgicale, après mise en condition et stabilisation notre stratégie anesthésique était une anesthésie générale : induction kétamine (3mg/kg), fentanyl (3gamma/ kg), intubation oro-trachéale puis introduction de la kétamine en continue à raison de 0,125 mg /kg/h à la pousse seringue électrique, l'entretien de la narcose était assuré par le sevoflurane ; la durée totale de l'exploration était 3h30 minutes : suture du scalpe et parage des plaies du membre supérieure ; la SAP de kétamine a été arrêtée 30 minutes avant l'extubation ; administration d'une dose de 15 mg/kg de paracétamol. La période postopératoire était sans particularité, notre patient a passé 24 heures sous surveillance dans la salle des soins post interventionnelle, la douleur été entre 0 à 2 sur l'échelle verbale simple (EVS).

Conclusion : La kétamine, seul antagoniste puissant du récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) disponible dans l'arsenal thérapeutique, représente l'anti-hyperalgésie de choix ayant la meilleure balance bénéfique/tolérance. Toutefois, l'intérêt de son administration à d'autres anti-hyperalgésiques ainsi que son administration en post opératoire au-delà de la 48ème heure ne sont pas démontrés.

P11- Qu'attendre d'une bonne analgésie postopératoire ?

K. Bendjoudi ; K. Meskouri; S. Boudiba ; S. Bourezg, A.Selmi
Anesthésie Réanimation - CHU Mustapha – Alger

Évaluation de la mobilisation précoce et un retour rapide à domicile après chirurgie lourde thoracique.

Matériels et méthodes : Nous rapportant une série de 10 patients dans une étude prescriptive de 2020 ayant bénéficié d'une analgésie épidurale et d'un bloc para-vertébral, écho-guidé et mini-invasif.

Discussion : Notre étude montre qu'il est possible d'initier un protocole de réhabilitation post-opératoire ultra précocement dès le séjour en SSPI d'une chirurgie thoracique de résection pulmonaire sous bloc para-vertébral permettant une kinésithérapie post-opératoire et la reprise de la marche en SSPI, préviennent la

survenue de complications. Nous pensons que l'initiation la plus précoce possible est l'élément clef de nos résultats positifs.

Conclusion : Notre étude suggère que l'initiation ALR pour des soins de réhabilitation post-opératoire est réalisable, le bénéfique est vrai pour les patients opérés d'une chirurgie de résection pulmonaire avec une diminution des pneumonies et/ou atélectasies, ainsi qu'à une réduction de la durée de séjour. Nos résultats nécessitent d'être confirmés par des études de plus grande envergure.

P12- Efficacité du bloc iliofacial dans l'analgésie post opératoire du site donneur chez le brûlé

Y. Aissaoui ; M. Metref

Anesthésie Réanimation – HCA – Alger

Objectifs : Évaluer l'efficacité du BIF pour l'analgésie post op du site donneur et trouver une alternative à l'analgésie morphinique.

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

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

Critères d'inclusion : échantillon de 20 patients adultes brûlés (scb <25%), âgés de 20 à 73 ans.

site donneur : cuisse, tous les patients ont bénéficié d'une explication du protocole et de l'EVA la veille de l'intervention

Protocole : Tous les patients ont subi la même technique anesthésique : AG (induction + entretien : sevo, fenta, O₂ à 20 (5 0/50), pas de curare) ; 30 mn avant l'extubation: paracétamol : 1 g ; 10 patients ont bénéficié d'une montée de cathéter ilio facial avant l'extubation avec injection de 20cc de MARCAINE 125 entretenue toutes les 6H ; 10 patients ont bénéficié de MORPHINE à la SAP.

Résultats : Les malades qui ont bénéficié d'un BIF ont présenté un niveau satisfaisant d'analgésie.

Discussion : le BIF a les mêmes avantages que les morphiniques pour l'analgésie du site donneur chez Le brûlé, mais moins d'effets secondaires.

Conclusion : Le recours au bloc Ili 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.

P13- Intérêt du bloc axillaire bilatéral échoguidé pour incision de décharge chez le patient brûlé

avec estomac plein

Y. Aissaoui ; M. Metref

Service des grands brûlés - HCA - Alger

Objectifs : Évaluer l'efficacité du bloc axillaire dans les incisions de décharge des membres sup et évaluer la faisabilité des blocs quand l'anesthésie générale est contre indiqué ou difficile à réaliser.

Matériels et méthodes : Patient âgé de 65 ans, victime d'une brûlure thermique par flamme au niveau du visage et des deux membres supérieurs (avant-bras et mains), le patient a consulté à la 4ème heure post brûlure, il n'était pas à jeun. L'évaluation lésionnelle a objectivé des brûlures de 3ème degrés circulaires au niveaux des deux avant-bras et des mains. La décision de faire des incisions de décharge a été prise, mais l'estomac plein, ainsi que la présence des brûlures au niveau du visage étaient un obstacle, d'où la réalisation d'un bloc axillaire bilatéral qui a permis la réalisation du geste chirurgical sans incidents.

Résultats : Le bloc axillaire a permis une analgésie per opératoire de bonne qualité et un geste chirurgical qui a sauvé les membres du patient.

Discussion : Chez notre patient l'anesthésie générale n'était pas possible vue que le patient n'était pas à jeun. Un autre obstacle était la brûlure du visage qui a rendu l'AG dangereuse vue la difficulté de le ventiler. L'acte chirurgical était urgent (pronostic vital et fonctionnel), le bloc axillaire des deux membres supérieurs a permis de réaliser les incisions de décharge dans les délais.

Conclusion : L'ALR vient au secours de l'anesthésiste réanimateur à chaque fois que l'anesthésie générale est difficile ou contre indiqué, d'où l'intérêt de la développer dans nos services.

P14- Place des antalgiques per os dans la gestion de la douleur post césarienne

R. Mansouri ; A. Sadi ; N. Fellah

Anesthésie Réanimation - CHU BEO – Alger

Objectifs : L'objectif de cette étude est d'évaluer en post césarienne un protocole analgésique multimodale incluant des antalgiques par voie orale.

Matériels et méthodes : Étude descriptive, prospective, mono centrique, réalisée

durant l'année 2018. Nous avons inclus 150 césariennes programmées chez des patientes âgées de plus de 18 ans, consentantes, sans comorbidités majeures. Les patientes ont bénéficié, d'une rachianesthésie associant 7 à 8 mg de bupivacaïne isobare, 2,5 µg de sufentanil et 100 µg de morphine. La voie péri médullaire était associée à une perfusion de néfopam (20mg) au moment de la fermeture de l'hystérotomie. En post opératoire, nous avons associé par voie orale de l'acétaminophène (1g / 6h) pendant 5 jours, et du kétoprofène (100 mg/12h) pendant 2 jours. L'efficacité, de ce mode de prise en charge de la douleur, a été jugée sur trois points, les scores EVA enregistrés au repos et à la mobilisation, durant tout le séjour hospitalier, ainsi que la consommation du Néfopam et/ou Morphine pour la douleur persistante, la satisfaction des patientes par rapport à la prise en charge de la douleur.

Résultats : Un score EVA < 3 était observé chez 97,36% des patientes au repos, et chez 89,2 % à la mobilisation. Pour les patientes avec score EVA > 4, le recours à une perfusion de Néfopam était nécessaire dans 8 cas. Par ailleurs, nous avons observé que 94,1% (n=128) des patientes étaient satisfaites de la qualité des soins.

Discussion : Selon The Royal Collège of Anesthésistes (286), une prise en charge analgésique optimale devrait permettre une diminution de la douleur aigue postopératoire en obtenant des EVA cibles inférieures à 3/10 pour 90 % des patientes, et que 95% des femmes doivent être satisfaites de l'analgésie le J1 post césarienne. Notre protocole, nous a permis d'atteindre cet objectif puisqu'un score EVA < 3 était observé chez 97,36 % des patientes au repos, et chez 89,2 % à la mobilisation. La moyenne +/- écart type de l'EVA durant tout le séjour était de 0,8 +/- 0,8 au repos et de 1,8 +/- 1,0 à la mobilisation.

Conclusion : Dans le cadre de la gestion de la douleur post césarienne, la voie orale est aussi efficace que la voie injectable. Ce concept est valable pour toute douleur post opératoire, mais il semble parfaitement adapté en postpartum, pour permettre aux patientes une autonomie maximale et de s'occuper de leur enfant.

P15- Bloc para ombilical et chirurgie de la hernie ombilicale étranglée
W. Boubi ; M. Matouk ; N. Benmouhoub
EPH Ksar El Boukhari

Place de l'ALR dans la prise en charge d'une hernie ombilicale étranglée.

Matériels et méthodes : À propos de deux cas : bloc para ombilical écho guidé

Résultats : L'intervention chirurgicale a été réalisée sous un bloc para-ombilical où

celui-ci a procuré une anesthésie peropératoire et une analgésie postopératoire efficace.

Discussion : Le bloc para ombilical peut être utilisé seul pour l'anesthésie et pour l'analgésie postopératoire en cas de cure de hernie ombilicale, comme dans notre cas où il a permis d'éviter une anesthésie générale et d'éviter la rachianesthésie et donc éviter les risques liés à ces deux dernières techniques surtout chez des patients en état précaire.

Conclusion : Le bloc para ombilical, de réalisation facile, est une alternative intéressante en situation d'urgence chez le patient à risque pour l'anesthésie générale ou rachidienne mais il faut faire une étude avec plusieurs cas pour retenir une conclusion finale.

P16- Bloc nerveux du supra-scapulaire et capsulite rétractile. Revue de la littérature

I. Laib ; R.S. Kelil ; S. Lemai

Médecine Préventive et Rééducation - CHU Constantine

L'objectif de cette revue est d'évaluer l'efficacité des blocs nerveux du nerf supra-scapulaire responsable de 70% de la sensibilité de l'épaule, à travers la littérature dans la capsulite rétractile. Cette méthode est très peu utilisée chez nous, malgré son innocuité et la facilité de sa réalisation avec un simple repérage anatomique.

Matériels et méthodes : Une recherche sur Medline a été réalisée utilisant les mots clés : Frozen shoulder, Adhesive capsulitis, Suprascapular nerve block. Critères d'inclusions : essai contrôlé randomisé ou cohorte évaluant l'efficacité du bloc nerveux du supra-scapulaire dans la capsulite rétractile de 2012 à 2022. Ont été exclu les revues et études de cas.

Résultats : Neuf essais cliniques randomisés et trois cohortes sont retenus. Toutes ces études comprennent un programme de rééducation et excluent l'utilisation de traitements antalgiques excepté le paracétamol. Le repérage anatomique plutôt que le guidage échographique a été utilisé dans six cas, et la fluoroscopie dans un seul cas. Quatre des 13 équipes associent un corticoïde à l'anesthésique pour la réalisation du bloc, la bupivacaine est utilisée dans 58% des cas. Un total de 724 patients entre les cas et les contrôles. Effectivement, cinq études comparent le bloc nerveux au placebo ou à la rééducation seule.

Quatre autres le comparent à l'infiltration intra-articulaire et une étude les associe et les compare à l'infiltration seule. Une étude compare l'utilisation d'un seul bloc nerveux contre 9 successifs et une étude le compare à l'arthro-distension.

Discussion : Les blocs nerveux sont efficaces sur la douleur, la mobilité et la fonction à court et à long terme. Les résultats des blocs sont comparables à ceux de l'infiltration intra-articulaire à court terme, mais meilleurs à long terme, donnent moins d'effets secondaires et sont mieux adaptés pour la population âgée et les diabétiques, surtout à répétition. Leur association à l'infiltration intra-articulaire donne de meilleurs résultats ainsi que leur pratique successive. L'arthro-distension est plus efficace sur la mobilité à court terme mais donne des résultats fonctionnels moindres à long terme.

Conclusion : Le bloc nerveux du nerf supra-scapulaire semble être la technique interventionnelle de choix pour la capsulite rétractile. Son utilisation nous évite les multiples effets secondaires des infiltrations corticoïdes, ce qui facilite sa répétition, et son efficacité est supérieure au long cours.

P17- Perfusion intraveineuse continue de lidocaïne péri-opératoire pour la douleur et rétablissement postopératoires chez l'adulte

M. Naili ; S. Dris ; Y. Benhocine

Anesthésie Réanimation - CHU Tizi Ouzou

Évaluer les effets (avantages et risques) de la perfusion péri opératoire de lidocaïne par voie intraveineuse (IV) par rapport au placebo ou à l'absence de traitement ou par rapport à l'analgésie péridurale

Matériels et méthodes : comparant l'effet d'une perfusion intraveineuse péri opératoire continue de lidocaïne avec placebo, ou l'absence de traitement, ou avec l'analgésie péridurale thoracique (APT) chez des adultes subissant une chirurgie urgente ou non urgente sous anesthésie générale. La perfusion intraveineuse de lidocaïne devait avoir commencé avant l'incision et s'être poursuivie au moins jusqu'à la fin de la chirurgie.

Critères de jugement : score de douleur au repos, rétablissement gastro-intestinal et effets indésirables.

Les critères secondaires : nausées postopératoires et consommation d'opioïdes postopératoires.

Résultats : Deux essais ont comparé la lidocaïne en IV avec l'APT. Dans tous les autres essais, l'intervention utilisée pour la comparaison était soit un placebo, soit une absence de traitement. Les essais portaient sur des participants ayant subi une chirurgie abdominale ouverte, une laparoscopie abdominale ou diverses autres interventions chirurgicales. Le schéma d'application de la lidocaïne systémique variait fortement entre les études tant sur la dose (1 mg/kg/h à 5 mg/kg/h) que le moment d'arrêt de la perfusion (de la fin de la chirurgie à plusieurs jours après).

En ce qui concerne la dissimulation de l'attribution et les rapports sélectifs, l'évaluation de la qualité n'a révélé un faible risque de biais que pour environ 20 % des études incluses :

Lidocaïne par IV comparée au placebo ou à l'absence de traitement Lidocaïne par IV comparée à l'APT.

Discussion : Nous ne savons pas si la lidocaïne péri opératoire par IV, comparative-ment au placebo ou à l'absence de traitement, a un effet bénéfique sur les scores de douleur au début de la phase postopératoire et sur le rétablissement gastro-intestinal, les nausées postopératoires et la consommation d'opiacés.

Conclusion : La lidocaïne n'a probablement aucun effet cliniquement pertinent sur les scores de douleur après 24 heures. Peu d'études ont systématiquement évalué l'incidence des effets indésirables. On manque de données probantes sur les effets de la lidocaïne par IV par rapport à l'anesthésie péridurale en ce qui concerne la dose optimale et le moment (y compris la durée) de l'administration.

P18- La douleur liée aux soins en réanimation

Mansouri.R(1) Sadi. A(2) Fellah. N(1)

(1) Département d'anesthésie-réanimation, CHU Bab-el-oued.

(2) Service de réanimation médicale polyvalente, CHU Mustapha.

Francois Boureau en 2005, a défini la douleur induite par les soins comme une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.

Les douleurs liées aux soins sont très fréquentes et sous-évaluées, en particulier en soins intensifs. Les facteurs de risque pour ces douleurs sont mal définis. L'objectif de cette mise au point est de sensibiliser les personnels soignants de l'intérêt de développement de protocoles d'évaluation systématique et de stratégies thérapeutiques adaptées et réévaluées pour diminuer l'incidence de ces douleurs.

P19- Sclérose en plaques associée à la névralgie faciale a propos de deux cas et revue de littérature

R. Mahallem ; F . Aichaoui ; A .Morsli

Neurochirurgie - CHU Bab El Oued – Alger

Introduction : La névralgie du trijumeau associée à la sclérose en plaque n'est pas rare. C'est une douleur très intense et invalidante. Elle est souvent réfractaire et altère sensiblement la qualité de vie du patient. 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 multiples mais variablement efficaces. Le recours à la chirurgie dans certains cas s'avère bénéfique.

Matériel & méthodes : Nous rapportons deux cas de patients, atteints de sclérose en plaque, victimes de névralgies invalidantes du trijumeau réfractaires au traitement antalgique bien adapté. Nous avons opéré les deux patients en utilisant la technique percutanée par compression par ballonnet du ganglion de Gasser.

Résultats : 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 : L'option chirurgicale peut être une alternative thérapeutique louable en cas d'échec ou d'intolérance au traitement médicamenteux dans la névralgie du trijumeau associée à une sclérose en plaque.

P21- Traumatisme médullaire par balle et douleur neuropathique : à propos d'un cas

A. Bilek ; F. Aichaoui ; A. Morsli

Neurochirurgie - CHU Bab El Oued, Alger

Introduction : L'apparition des douleurs neuropathiques chez les traumatisés rachidiens par engin explosif est un enjeu majeur. L'analyse des facteurs de risque d'apparition des douleurs et de leur passage vers la chronicité permet un meilleur contrôle. La stimulation médullaire peut s'avérer un moyen thérapeutique efficace si les lésions médullaires ne sont pas très importantes.

Matériel & Méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 49 ans aux antécédents d'un traumatisme balistique du rachis lombaire antérieurement opéré et a bénéficié d'une ostéosynthèse. L'examen clinique a retrouvé un patient souffrant d'une douleur neuropathique à type de brûlure associée à une hypoesthésie au niveau des deux membres inférieurs ainsi qu'à des troubles sphinctériens. L'exploration par IRM et TDM rachidienne a montré un tassement disco-vertébral postérieur à hauteur de L3. Le traitement neurochirurgical par la mise en place d'un neurostimulateur médullaire était pratiqué chez ce patient.

Résultats La Stimulation médullaire a permis de soulager le patient et améliorer l'aspect cognitif et affectif.

Conclusion : La stimulation médullaire peut contribuer dans le traitement non

pharmacologique des douleurs des traumatisés médullaires par engin explosif à condition que la moelle n'est pas totalement endommagée.

Mots clés : traumatisme balistique ; douleur neuropathique ; brûlure ; neurostimulateur médullaire.

P22- Prise en charge du canal carpien en milieu neurochirurgical

K. Badache ; M. Bouallag ; F/Z. Bendib ; N. Habchi ; A. Sellami ; A. Belloucif ; M. Djafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha - Alger

Objectifs : connaître l'anatomie du nerf médian. Le canal carpien représente une région étroite et de grand passage où le nerf médian se trouve associé aux tendons fléchisseurs des doigts dans leur gaine. Le syndrome du canal carpien touche 5% de la population active. Le traitement (indication chirurgicale).

Matériels et méthodes : Nous rapportons une étude prospective de 105 patients opérés à notre niveau sur une période de 8ans (2010- 2020). L'âge moyen est de 48,5 ans avec une nette prédominance féminine (95 F /10 H). La clinique est dominée par des acro-paresthésies des trois et/ou quatre doigts. Le diagnostic a été confirmé chez tous les patients grâce à L'EMG. Tous les patients ont été opérés en ambulatoire, bénéficiant d'une section du ligament annulaire antérieur du carpe.

Résultats : On note une amélioration clinique à partir du 15ème jour post opératoire en moyenne dans 98% des cas, par contre l'amélioration électrique est plus tardive, vers le 2ème mois en moyenne.

Discussion : Dans certains cas, l'affection peut être secondaire à une pathologie. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme favorisant la compression du nerf médian : • Facteurs hormonaux ou métaboliques, Anomalies anatomiques; • Certaines pathologies comme la polyarthrite rhumatoïde, la goutte, etc. • certaines postures et divers mouvements (Maladie Professionnelle) -un traitement chirurgical est envisagé En cas d'échec du traitement médical ou lorsqu'il existe des signes de gravité de l'affection. L'intervention consiste à décompresser le nerf médian en sectionnant le ligament annulaire. On distingue deux techniques: • La technique à ciel ouvert ou La technique endoscopique. • Après l'intervention, le post-opératoires repose un traitement antalgique et surtout Les troubles sensitifs et les douleurs qui normalement s'estompent en quelques semaines. Cependant, la paume de la main reste sensible pendant 3 à 6 mois.

Conclusion : la prise en charge chirurgicale du canal carpien est facile permettant aux patients une réinsertion socio- professionnelle rapide.

P24 Douleur résiduelle dans les hernies discales

K. Badache ; M. Bouallag ; F/Z. Bendib ; N. Habchi ; A. Sellami ; A. Belloucif ; M. Djaafer

Neurochirurgie - CHU Mustapha - Alger

Introduction : La douleur et les symptômes provoqués par une hernie discale constituent un problème fréquent chez certains adultes. La colonne vertébrale est composée de nombreuses structures anatomiques diverses, y compris des muscles, des os, des ligaments et des articulations.

La hernie discale (HD) est liée à une fissuration de l'annulus fibrosus avec migration d'une partie du nucléus pulposus vers le canal rachidien.

Matériel et Méthode : Nous avons opéré 70 cas de Hernie Discales entre Janvier 2014 et Décembre 2020. L'âge moyen Est de 43ans avec une prédominance masculine.

Les signes cliniques étaient dominés par des cervicalgie et ou des Torticolis à la phase de début puis névralgies cervico-brachiales et pour quelque cas d'un déficit moteur ou mono parésie mais à un moindre degré les troubles vésico-sphinctérienne.

La symptomatologie se résume à l'expression clinique de trois syndromes : rachidien, lésionnel et sous-lésionnel selon H. Pascal-Moussellard (pub 2015 CHU Pitié-Salpêtrière) Il s'agit d'une Compression médullaire avec une tétraparésie d'installation plus moins rapide Selon La classification de Nurick établie en 1972 Stade :2-3 (70 %) Stade 3-4 (25%) stade 4-5 (5%).

L'IRM médullaire a été réalisée chez tous les patients et complétée par des études électro-physiologiques. (EMG et PES) Quel que soit la technique utilisée, la chirurgie est indiquée en cas de déficit moteur objectif systématisé, lorsque les douleurs radiculaires résistent à un traitement médical bien conduit et sont devenu insupportables pour le patient. La concordance clinique-radiologique doit être une règle absolue avant la chirurgie.

Résultats :

Indications du traitement chirurgicale en cas de

- Déficit moteur objectif systématisé ;
- Échec du traitement médical ;
- Concordance radio clinique.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat, En revoyant le malade dans sa chambre, en vérifiant l'absence de déficit radiculaire, le retour de la miction, le niveau de la douleur. Un kinésithérapeute donnera les conseils de mobilisation et d'hygiène cervicale en prescrivant les antalgiques, les règles d'hygiène (poids, activité physique, ...), afin d'anticiper sur le risque de récidence.

Conclusion

Il s'agit d'une pathologie fréquente et courante qui se traduit par une douleur le long d'un nerf du bras (névralgie cervico-brachiale).

Le chirurgien retire presque entièrement le disque qui comprime le nerf en utilisant un petit instrument à l'aide duquel il gratte entre les deux vertèbres. On parle de curette cervical

Les complications neurologiques. Elles sont exceptionnelles mais le risque nul n'existe pas. Elles sont très graves et peuvent aller jusqu'à la tétraplégie (paralysie des 4 membres).

Douleurs résiduelles : le nerf comprimé par la hernie peut rester douloureux même s'il a été correctement libéré (mémoire de la douleur).

P25- Le syndrome de fragilité chez la personne âgée avec une fracture de la hanche : la prise en charge de la douleur

I. Miadi ; I. Khelifa ; M. Selmi ; M. Bouchareb ; M. Djebien

Anesthésie réanimation - CHU Annaba

Objectifs : Le syndrome de fragilité est un concept, défini par les gériatres, comme un phénomène global de décroissance des réserves fonctionnelles d'intensité très variables d'un sujet à l'autre, rendant le sujet vulnérable et limitant ses capacités à répondre à un stress telle qu'une pathologie fracturaire ou douloureuse. Les progrès des techniques en chirurgie et en anesthésie ont augmenté le nombre de procédures interventionnelles chez ces sujets âgés « fragiles » qui nécessitent une attention particulière. Cette présentation a pour objectif de rappeler la fragilité (médicale, fonctionnelle, psychologique et sociale) du sujet âgé opéré pour fracture de la hanche.

Matériels et méthodes : Les marqueurs de fragilité sont l'état neurologique (capacité cognitive ; confusion; thymique), la prise médicamenteuse (alcool et autres toxiques), l'état général (cardiorespiratoire ; nutritionnel), l'état environnemental, familial et social.

Résultats : L'objectif de la prise en charge anesthésique est d'évaluer les risques opératoires liés à l'âge et de les réduire par la mise en œuvre de stratégies adaptées. Cette évaluation tient compte de l'acte opératoire (caractère urgent, durée, saignement, limitation de l'activité postopératoire), de la procédure anesthésique (drogues utilisées, leurs effets secondaires) et analgésique avec un intérêt patent de les procédures locorégionales et surtout du terrain avec les comorbidités masquées par une limitation de l'activité fonctionnelle qui entre dans un concept de « fragilité » plus connu en gériatrie qu'en anesthésie.

Discussion : La morbi-mortalité postopératoire (cardiovasculaires, neurologiques et pulmonaires) propre à ce terrain augmente de façon linéaire avec l'âge (+0,71 %/an) avec un taux de morbidité de 51 % et de mortalité de 7 % chez les plus de 80 ans.

Conclusion : Une expertise de l'équipe (anesthésiste, traumatologue.) est requise, elle permet une identification des risques liés au vieillissement des organes (évalués par des bilans cliniques et paracliniques) et au syndrome de fragilité.

SPONSORS



SAETD 2022