



Corners posters commentés : Session 3

28/11/2024 - 10:00-10:30

Modérateur.rices : Christine VILLATTE DE FIGUEIREDO

Efficacité, tolérance et sécurité d'emploi d'OnabotulinumtoxinA pour le traitement de la migraine chronique chez les patients en surconsommation de traitements de crise : Analyse des études PREEMPT et COMPEL - Christian LUCAS

Optimisation de la prise en charge de l'ostéoporose après repérage patients traités par vertébroplastie non néoplasique: expérience strasbourgeoise Parcours Os - Rose-Marie JAVIER

Médecin de la douleur en cabinet de ville : un maillon du parcours de soin ? - Florence VAN DE VELDE

Un parcours de soins pour les enfants douloureux - Meriem MESTIRI

Prévalence du syndrome de l'intestin irritable chez les patients suivis en structure douleur chronique - Bérénice BRAQUET



SPC_03.1 - Efficacité, tolérance et sécurité d'emploi d'OnabotulinumtoxinA pour le traitement de la migraine chronique chez les patients en surconsommation de traitements de crise : Analyse des études PREEMPT et COMPEL

R. Agosti 1, A. Straube 2, H.C. Diener 3, M. Freeman 4, J.P. Gomez 5, M. Seminerio 6, L. Delahaye 7, C. Lucas 8, R. Stark 9

1 Kopfwehzentrum Hirslanden - Zurich (Switzerland), 2 Ludwig Maximilian Universität De Munich - Munich (Germany), 3 Universität De Duisburg-Essen - Essen (Germany), 4 Headache Wellness Center, Greensboro - Greensboro (United States), 5 Hospital Universitario Marqués De Valdecilla And Idival - Santander (Spain), 6 Abbvie - North Chicago (United States), 7 Abbvie - Rungis (France), 8 Chu De Lille - Lille (France), 9 Hôpital Alfred Et Université Monash - Melbourne (Australia)

Résumé

Objectif : Évaluer l'efficacité, la tolérance et la sécurité d'emploi d'OnabotulinumtoxinA (OnabotA) chez des patients traités pour migraine chronique (MC) avec ou sans surconsommation de traitements de crise (STC).

Méthodes : Analyse des données de patients avec MC traités par OnabotA avec ou sans STC au cours de l'étude COMPEL, étude de phase 4, avec un seul bras de traitement (NCT01516892) et PREEMPT, étude de phase 3, contrôlée versus placebo (PBO) (NCT00156910, NCT00168428). Selon l'ICHD, la STC était définie comme la prise de médicaments de la crise ≥ 2 fois/semaine à n'importe quelle semaine au cours de la phase de sélection. Les patients recevaient OnabotA toutes les 12 semaines pendant 108 semaines (COMPEL) et 56 semaines (PREEMPT). Dans PREEMPT, les patients placebo recevaient OnabotA à partir de la semaine 24. L'efficacité était évaluée par le nombre moyen de jours avec céphalées (JCM), le score Headache Impact Test (HIT-6) et le score MSQ (domaine de la fonction restrictive). La tolérance et la sécurité d'emploi étaient rapportées avec la collecte des événements indésirables (EI).

Résultats : Le critère de STC était rapporté chez 65% (n=904/1384) des patients de PREEMPT (OnabotA: n=445, PBO: 459) et 64% (n=456/715) des patients de COMPEL (STC: n=456, sans SMC: n=259). Dans PREEMPT, OnabotA a réduit les JCM (vs placebo) à la semaine 24 chez les patients avec STC (moyenne: -8,2 vs. -6.2, $P < 0,001$) et sans (-8,8 vs. -7,3, $P = 0,019$). OnabotA a réduit les JCM modérées/sévères chez les patients avec SMC MO ($P < 0,001$) et sans ($P = 0,008$). L'impact sévère (HIT-6) a été reporté chez moins de patients avec STC versus placebo à S24 ($P < 0,001$) et sans STC ($P = 0,027$). Le score MSQ était amélioré vs PBO à S24 ($P < 0,001$) et sans ($P < 0,001$). Dans COMPEL, les améliorations ne sont pas différentes entre les patients avec et sans STC: JCM (moyenne: -10,6 vs -11,0, $P = 0,397$), JCM modérées/sévères ($P = 0,573$) et le score HIT-6 ($P = 0,644$) à S108. Les EI étaient de fréquence similaire entre patients avec STC (27%) ou sans (26%) et étaient conformes à ceux du profil de sécurité d'OnabotA dans la MC.

Conclusion : Dans cette analyse post-hoc, les patients avec MC et STC traités par OnabotA répondaient de manière similaire à ceux sans STC avec un profil de tolérance similaire.



SPC_03.2 - Optimisation de la prise en charge de l'ostéoporose après repérage patients traités par vertébroplastie non néoplasique: expérience strasbourgeoise Parcours Osméthodes d'analyse et de suivi.

R.M. Javier 1, E. Sebbag 1, I. Bastian 1, L. Dumas 1, J. Garnon 2, A. Gangi 2

1 Rhumatologie - Strasbourg (France), 2 Imagerie Interventionnelle - Strasbourg (France)

Résumé

Seules 7,3% des fractures ostéoporotiques sévères sont traitées malgré l'augmentation de la mortalité. Ceci est observé après cimentoplastie à visée antalgique pour fracture vertébrale aiguë hyperalgique.

L'objectif de cette démarche collaborative a été de créer une synchronisation entre radiologie interventionnelle et filière Parcours Os de rhumatologie afin d'améliorer la prise en charge anti-ostéoporotique précoce dans les 3 premiers mois des patients traités par vertébroplastie, en repérant les ostéoporotiques non traités.

Cette alliance et co-construction avec plusieurs réunions avec le service d'Imagerie Interventionnelle ont permis

1. la remise d'une lettre spécifique Parcours Os à chaque convocation avant le geste de cimentoplastie pour une fracture vertébrale d'allure ostéoporotique afin de sensibiliser les patients qui pourront parler du mot ostéoporose lors du geste et comprendre qu'il s'agit d'une maladie à traiter en plus de la vertébroplastie.

2. chaque semaine, leur cadre infirmier nous envoie la liste des patients avec cimentoplastie hors tumeur nous permettant d'étudier les dossiers

Résultats : De 09/2022 à 09/2023, 147 patients avec cimentoplastie pour fracture vertébrale non néoplasique nous ont été signalés par l'équipe d'Imagerie Interventionnelle. Tous les dossiers ont été analysés par un rhumatologue puis contactés par notre infirmière de coordination (5 impossibles à contacter). Cinquante-trois étaient déjà suivis par un rhumatologue en ambulatoire et n'ont pas été vus. 42 ont pu être vus en consultation dédiée à l'ostéoporose avec bilan et instauration d'un traitement. Pour les patients résidant loin en Alsace ou avec un important handicap, un partenariat amical avec les rhumatologues libéraux et hospitaliers de Sélestat, Saverne, Mulhouse, leur a permis d'être pris en charge à proximité avec succès. Pour les patients non joignables, un courrier explicatif a été envoyé aux médecins généralistes avec des propositions thérapeutiques.

Par ailleurs, de nombreux patients ou aidants nous ont sollicité directement, nos coordonnées figurant sur le courrier remis.

Discussion et conclusion

Pour l'ostéoporose, la méta-analyse Cochrane de 2018 et la Task Force américaine de 2019 concluent que l'utilisation en routine de la vertébroplastie n'est pas étayée par les preuves scientifiques mais est à envisager précocement dans les formes graves surtout si la fracture vertébrale siège à la charnière thoracolombaire en cas de rachialgies intenses par fracture vertébrale récente avec hospitalisation et alitement prolongé. Elle doit être associée à un traitement spécifique précoce de cette ostéoporose afin d'éviter les récives (x 5 la première année). Cette alliance et co-construction avec le service



d'Imagerie Interventionnelle a permis de faciliter le diagnostic d'OP et l'instauration avant 3 mois d'un traitement anti-ostéoporotique pour plus de 2/3 des patients après cimentoplastie, nous incitant à promouvoir la diffusion de cette démarche.

Bibliographie

Roux C. Refracture and mortality following hospitalization for severe osteoporotic fractures: The Fractos Study JBMR Plus 2021;

Svensson HK. A painful, never ending story: older women's experiences of living with an osteoporotic vertebral compression fracture. Osteoporos Int 2016

Wu CH Fracture liaison services improve outcomes of patients with osteoporosis-related fractures, Osteoporos Int 2018 et Bone 2018;

Roux C, Cortet B, Bousson V, Thomas T. Vertebroplasty for osteoporotic vertebral fracture RMD Open. 2021 Jun;7(2):e001655. doi: 10.1136/rmdopen-2021-001655.



SPC_03.3 - Médecin de la douleur en cabinet de ville : un maillon du parcours de soin ?

F. Van de Velde 1, B. Richard 1

1 Psychopôle - Challes Les Eaux (France)

Résumé

Contexte : La médecine de la douleur chronique est exercée majoritairement en France en institution de soin publique et privée compte tenu de son mode de financement par dotation et de la nécessité d'un travail en équipe pluridisciplinaire qui est plus aisé en institution. Elle est très rarement exercée en cabinet libéral de ville. Il n'existe pas de cotation de la consultation douleur dans la convention avec l'assurance maladie [1], pour un acte qui est long et complexe et il n'existe que très peu d'infirmières ressource douleur exerçant en libéral compte tenu de l'absence d'actes dédiés [2]. Les recommandations HAS de 2023 sur le parcours du patient douloureux chronique [3] n'évoque pas l'existence de ces rares « algologues de ville » qui ne sont pas recensés officiellement, le niveau 2 étant directement le recours au SDC (Les consultations et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique).

Méthode : Nous analysons dans cet article le cas d'une installation en algologie libérale d'un médecin généraliste algologue sur les trois premières années d'exercice, au sein d'un cabinet de groupe avec psychiatres et psychologues. Nous observons le profil des patients adressés et des médecins adresseurs, comment la pluridisciplinarité a pu être mise en place, le réseau élaboré entre ville et hôpital et le lien avec les structures douleur référente et régionales, notamment en terme de réunions de concertation pluridisciplinaire, de recours aux techniques spécifiques comme les patches de capsaïcine, la Kétamine ou la toxine botulique, et d'intégration des patients aux programmes d'éducation thérapeutique hospitaliers. Nous interrogeons le modèle économique choisi pour permettre la pérennité de l'activité. Nous analysons enfin les écueils et limites principales de ce type d'exercice.

Résultats : (Tableaux en cours)

Conclusion : La consultation douleur chronique en cabinet libéral non institutionnel est une offre de soins permettant d'offrir un premier niveau de prise en charge souple et réactif, ancré dans le réseau de soin. La pluridisciplinarité reste insuffisante et le modèle économique délicat, l'installation en maison de santé pluriprofessionnelle semblant le plus pertinent. Il est nécessaire que cette activité soit reconnue par l'assurance maladie, l'HAS, les sociétés savantes et l'ordre des médecins pour permettre son développement et une meilleure intégration, qui permettrait de désengorger les centres de la douleur en tant que possible maillon de recours en niveau 1.

Bibliographie

[1]: Se libérer de la douleur avec une vraie spécialité, moins de molécules et plus de pratique libérale, M. Lévêque, in Le Monde, septembre 2023

[2] : Le suivi du patient douloureux chronique par l'infirmière libérale, Yseult Arlen, Soins, Vol 62 - N° 815 - mai 2017

[3] : Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique, Haute Autorité de Santé, février 2023



SPC_03.4 - Un parcours de soins pour les enfants douloureux

M. Mestiri 1, B.A.R.B.A. Tourniaire 1, J. Malek 1, P.E. Truelle 1, S. Dugue 1, C. Bouchart 1, J. Andreu Gallien 1

1 Hôpital Trousseau, Paris

Résumé

Avant le premier RDV de consultation, nous adressons depuis toujours aux familles un questionnaire nous permettant de saisir au mieux la situation et d'adapter le délai et le(s) professionnel(s) qui recevront la famille. Souvent les courriers des médecins étaient peu informatifs. Dans ces situations complexes de douleurs chroniques, les médecins et pédiatres libéraux peuvent se sentir démunis et adresser rapidement en consultation douleur ou après de longs bilans suite auxquels il restent parfois en dehors du parcours de soins des patients une fois adressés. Certains connaissent insuffisamment les structures douleur pédiatriques, leur fonctionnement et leurs projets thérapeutiques.

Depuis l'épidémie de COVID, nous faisons face à une augmentation majeure des demandes de consultations, entraînant des délais d'attente qui ont pu aller jusqu'à 9 mois en 2023.

Les questionnaires patients permettent d'identifier un niveau de soins:

- niveau 1: besoin d'un avis spécialisé ponctuel (par exemple, poser ou confirmer un diagnostic de migraine chez un enfant non déscolarisé et sans comorbidité importante)
- niveau 2: besoin d'un avis spécialisé et de soins coordonnés mais des ressources de proximité et familiales sont identifiables (par exemple une douleur récurrente ou chronique sans trop d'absences scolaires et avec une famille disposant des ressources pour des soins en libéral)
- niveau 3: besoin d'une équipe pluri-professionnelle (toutes les situations complexes, les absentéismes scolaires importants, les intrications avec des éléments émotionnels individuels ou familiaux, les douleurs très anciennes, les abus médicamenteux...)

Pour améliorer le parcours de soins de ces enfants et adolescents et avons:

- complété le questionnaire famille
- créer un questionnaire pour le médecin libéral, avec des questions simples devenant aussi un outil l'aidant à décrire le type de douleur, son ancienneté, sa localisation, ses hypothèses diagnostiques et ses besoins par rapport au patient
- identifié un réseau de professionnels formés à la douleur de l'enfant en libéral
- réadresser systématiquement l'enfant au plus proche de son domicile si une consultation ou un professionnel de proximité pouvaient être localisés et si ces niveaux de soins semblaient adaptés à la situation décrite
- adressé au réseau LCD (Lutte contre la Douleur) les situations "simples" qui pourraient bénéficier d'une consultation spécialisée pédiatrique sur place (sans prescription) puis du relai avec contact avec le médecin traitant pour la prescription et le suivi
- initié des primo-consultations d'Infirmière de Pratiques Avancées

Ce parcours, tous ces outils ainsi que les résultats observés seront décrits. Ce travail de tri des demandes de consultations ainsi que de liens avec un réseau de professionnels,



permettant aussi des avis ponctuels en centre pluri-professionnel si besoin, des échanges permanents...est très chronophage, mal valorisé, mais primordial pour un parcours adapté et optimal.

Notre réflexion s'est tenue dans le même temps qu'était élaboré le travail de l'HAS (1), dont nous tiendrons aussi compte à l'avenir.

Bibliographie

Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. Recommandations de Bonne Pratique. 2023.



SPC_03.5 - Prévalence du syndrome de l'intestin irritable chez les patients suivis en structure douleur chronique

B. Braquet 1, C.A. Rimlinger 1, S. Rochat 1

1 Pain Clinic / Chl - Luxembourg (Luxembourg)

Résumé

Contexte : Le Syndrome de l'Intestin Irritable est un motif fréquent de consultation et d'études épidémiologiques en gastro-entérologie. On estime que ces troubles digestifs caractéristiques toucheraient entre 5 à 10 % des individus en population générale, avec un impact majeur sur leur qualité de vie [1,2,3]. L'origine ethnique, le sexe, ou encore le stress et l'anxiété semblent influencer sur cette prévalence [1,4,5]. En revanche, aucune donnée chez les patients suivis en Structure Douleur Chronique. Nous nous sommes donc intéressés à le dépister chez nos patients.

Méthode : C'est une étude quantitative transversale descriptive incluant les patients pris en charge au Centre de Traitement de la Douleur du Centre Hospitalier de Luxembourg, de mars à août 2024. Dans le cadre des consultations programmées dans notre service, une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin, d'un infirmier et d'une diététicienne, a administré un questionnaire aux patients suivis. Nous avons cherché à évaluer la prévalence du syndrome de l'intestin irritable en recherchant les critères de Rome IV, et comparer son retentissement par rapport à celui du motif initial de prise en charge dans le service, complété par les mesures anthropométriques et le niveau d'activité physique.

Résultats : Après 2 mois de collecte de données, 115 patients ont déjà été inclus. Nous espérons intégrer un total de 300 à 350 patients pour présenter nos résultats.

Objectifs et perspectives : Même s'il est peu souvent un motif de consultation initial dans nos structures, nos premiers résultats semblent confirmer une prévalence accrue du syndrome de l'intestin irritable chez les patients douloureux chroniques par rapport à la population générale. Il nous semble important de sensibiliser les soignants à son dépistage et à encourager les structures douleur à développer leur programme de prise en charge pour ce syndrome en profitant de leur culture multimodale et pluriprofessionnelle.

Bibliographie

- [1] Irritable bowel syndrome: Epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. Kai-Yue Huang et al. World J Gastroenterol. 2023 Jul 14; 29(26): 4120–4135.
- [2] Prevalence and Burden of Illness of Rome IV Irritable Bowel Syndrome in the United States: Results From a Nationwide Cross-Sectional Study. Christopher V. Almario et al. Gastroenterology Volume 165, Issue 6, December 2023, Pages 1475-1487.
- [3] Irritable bowel syndrome. Prof Alexander C Ford MD et al. The Lancet. Volume 396, Issue 10263, 21–27 November 2020, Pages 1675-1688.
- [4] The Prevalence, Humanistic Burden, and Health Care Impact of Irritable Bowel Syndrome Among United States Veterans. Andrea Shin et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Volume 21, Issue 4, April 2023, Pages 1061-1069.e1.
- [5] Sex- and gender-related differences in the prevalence and burden of disorders of gut-brain interaction in Poland. Agata Mulak et al. Neurogastroenterol Motil. 2023 Jun;35(6):e14568.