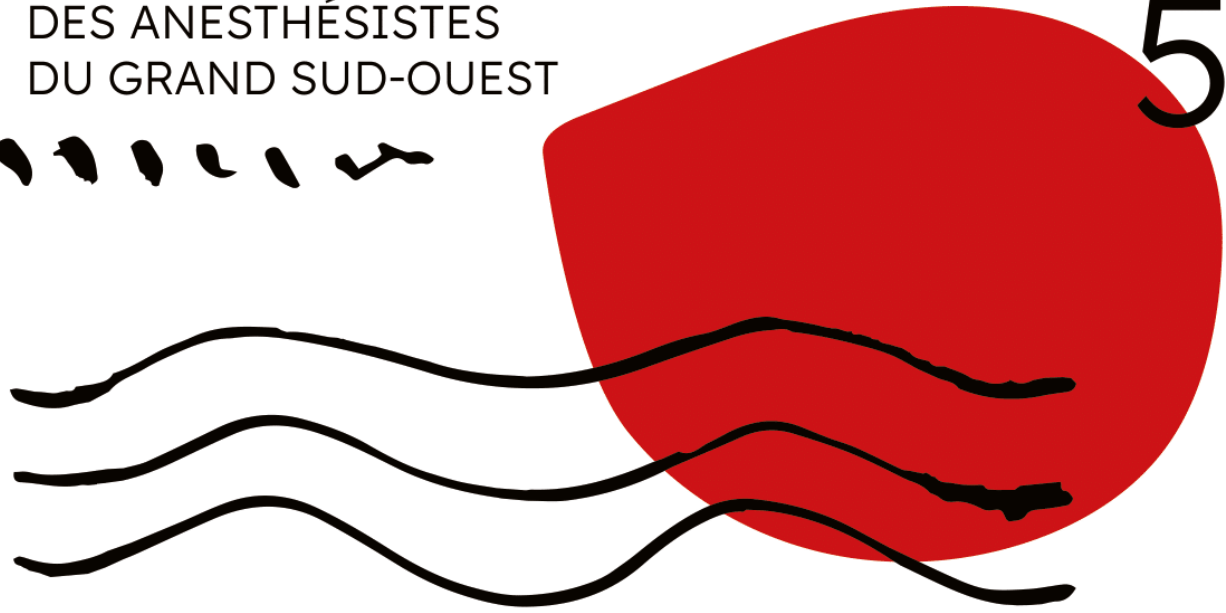


# REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

56



# GRUISSAN

Drouot Sport - Paris

## TRAJECTOIRES DOULOUREUSES POSTOPERATOIRES

Dr BLOC - Dr LE SACHE  
Dr QUEMENEUR - Dr BAROUK  
Dr BUCCIERO - Dr DUFOUR



# Conflits d'Intérêts

Ge Healthcare

Aguettant

Pfizer SAS

Leo Pharma

Sandoz

Pajunk GmbH

Vifor France

Aesculap AG

# Trajectoire Dououreuse REAGSO

## REAGSO

RÉUNION D'ENSEIGNEMENT  
DES ANESTHÉSISTES  
DU GRAND SUD-OUEST

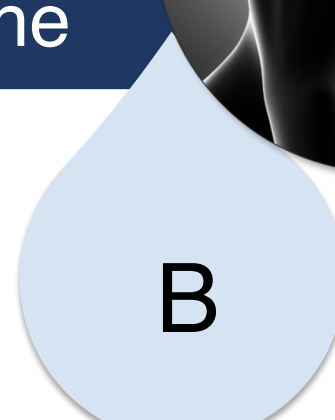
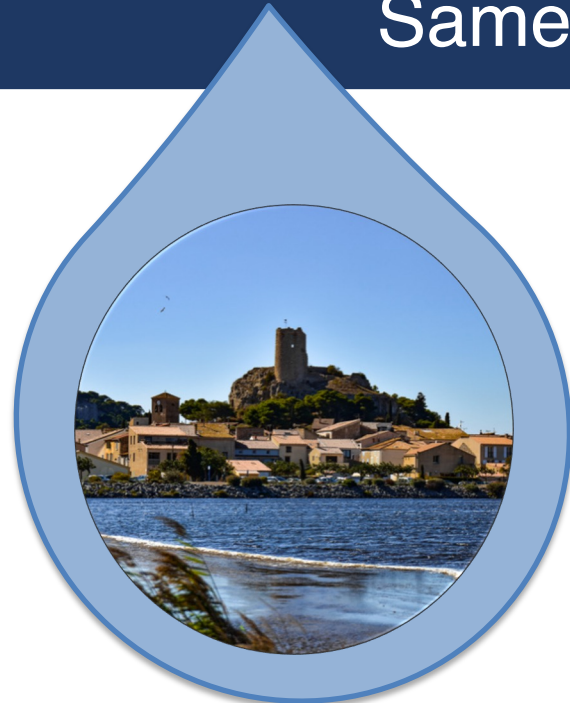
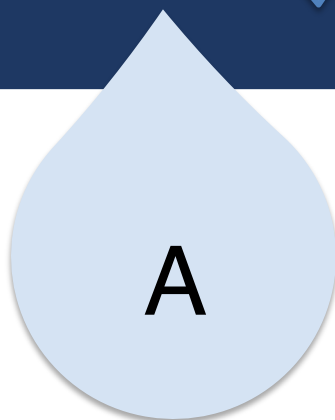
56



A'

Samedi

Dimanche



REAGSOPain 1  
Analgésie multimodale  
Impact jour topo – Céphalées  
A vs B

Conclusion : Dimanche plus difficile que Samedi

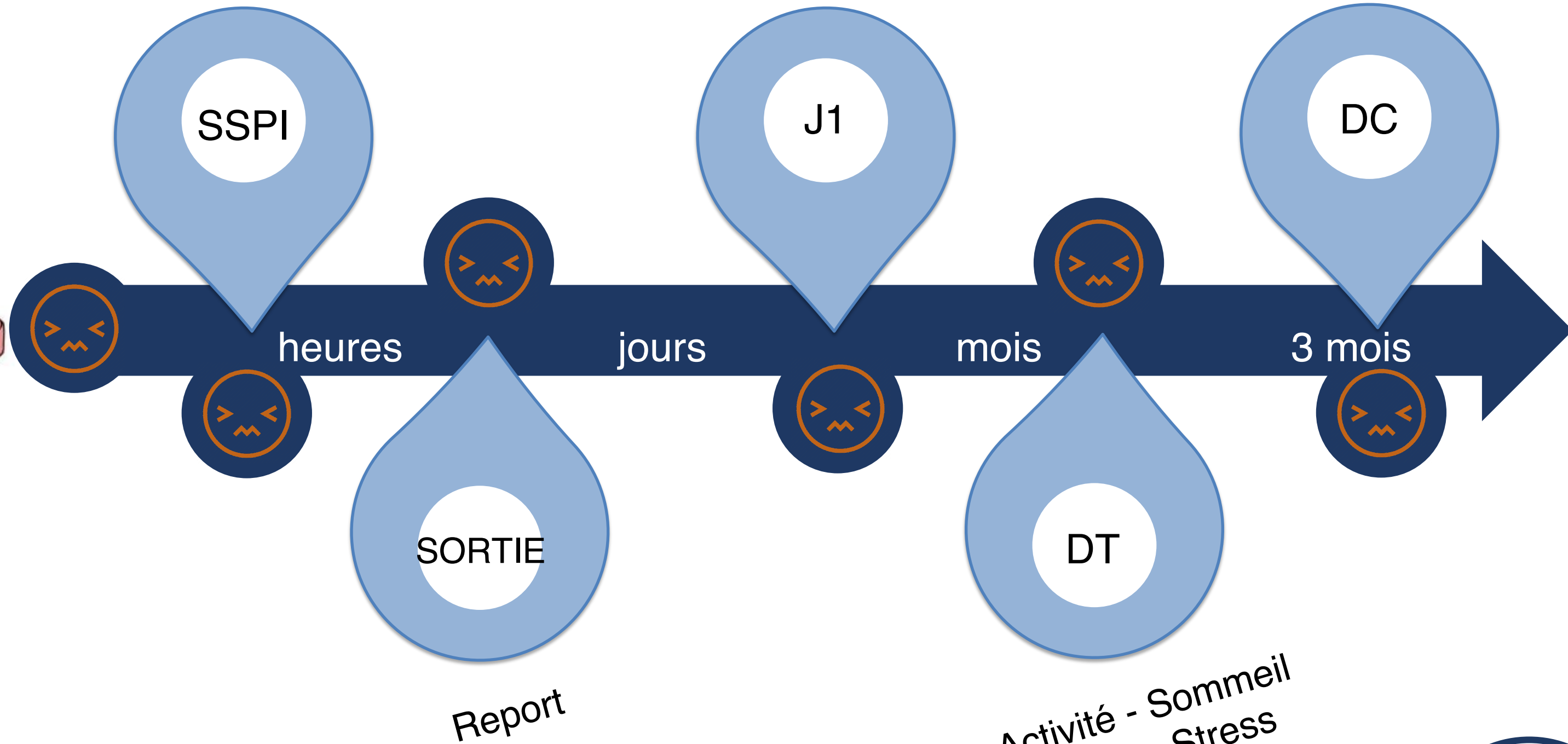
REAGSOPain 2 : A vs A'

# Douleur & Trajectoire



La route du bloc  
Une vocation à l'épreuve du réel  
Lisa Sanchis

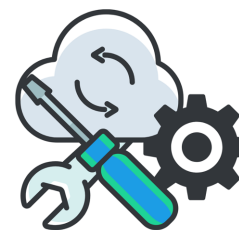
Consultation extra-hospitalière  
Avis médical au téléphone  
Réadmission hospitalière



Rasmussen AM. RAPM 2021  
Willingham M. Br J Anaesth. 2020  
Giordano NA. Pain Med. 2023



# Douleurs & Trajectoires



RFE

Programme  
d'optimisation  
périopératoire du  
patient adulte

COPP - 2023



**R4.1 - Il est recommandé d'utiliser une analgésie multimodale qui associe des antalgiques non morphiniques et des anesthésiques locaux pour réaliser une épargne morphinique et permettre de réduire la durée de séjour et les complications postopératoires.**

**R3.4 - Il est recommandé d'administrer des anesthésiques locaux par voie péri-nerveuse afin de réduire la survenue de complications postopératoires en chirurgie des membres.**

**GRADE 1+ (Accord fort)**

**GRADE 1+ (Accord fort)**

**R3.5 - Il est recommandé de réaliser une analgésie locorégionale après une chirurgie thoracique ou abdominale majeure (y compris vasculaire) par voie ouverte pour réduire la survenue de complications postopératoires.**

**GRADE 1+ (Accord fort)**

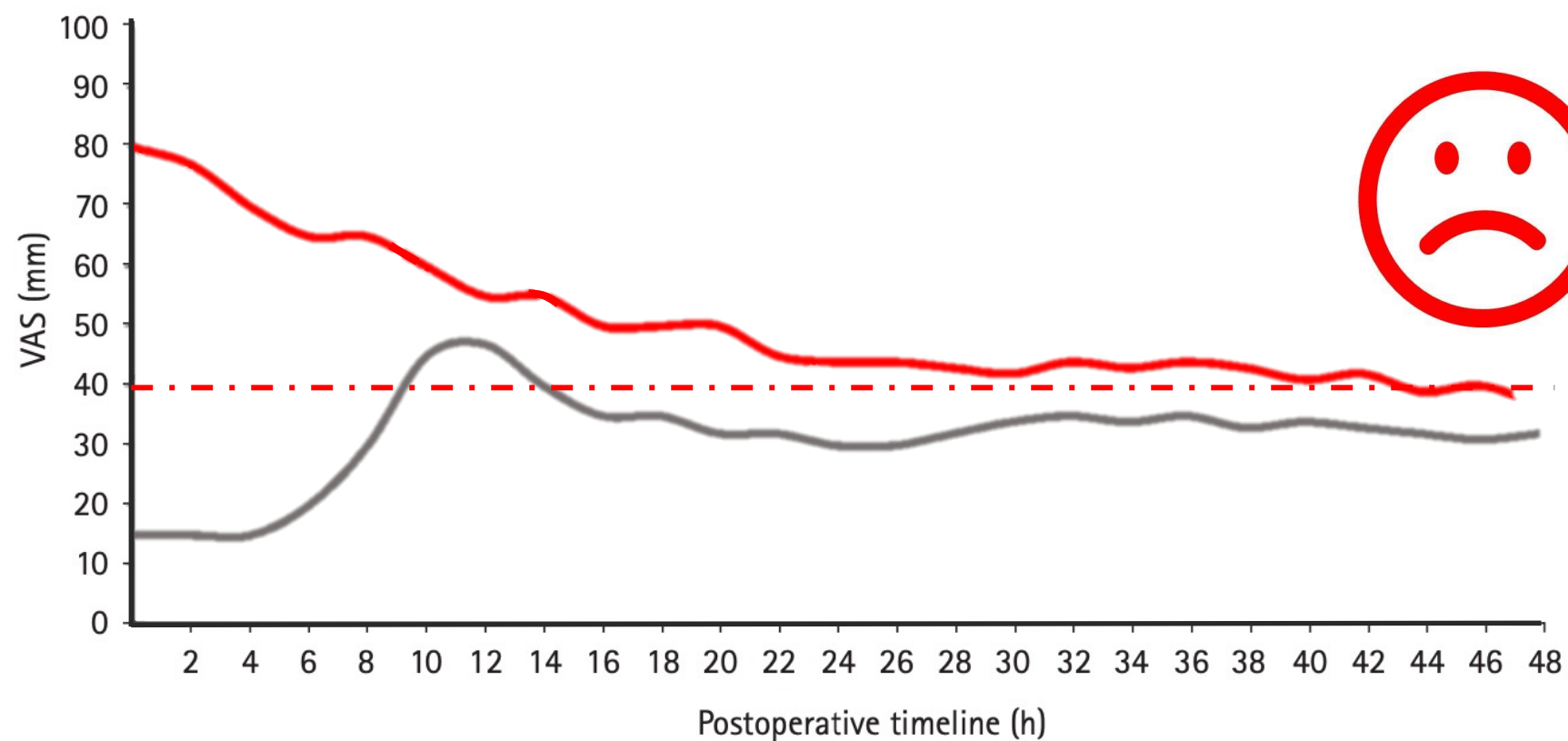
**R3.6 - Il est probablement recommandé de réaliser une analgésie locorégionale pour une chirurgie thoracique par vidéothoracoscopie, une chirurgie pariétale thoraco-abdomino-pelvienne ou une chirurgie rachidienne, afin de réduire l'incidence des complications postopératoires.**

**GRADE 2+ (Accord fort)**

**R3.7 - Il est probablement recommandé d'utiliser la lidocaïne par voie intraveineuse en peropératoire de chirurgie abdomino-pelvienne laparoscopique afin de réduire l'incidence des complications postopératoires.**

**GRADE 2+ (Accord fort)**

# Trajectoire Dououreuse



F Munoz-Leyva et al. KJA 2020

RFE

Programme d'optimisation périopératoire du patient adulte

COPP - 2023

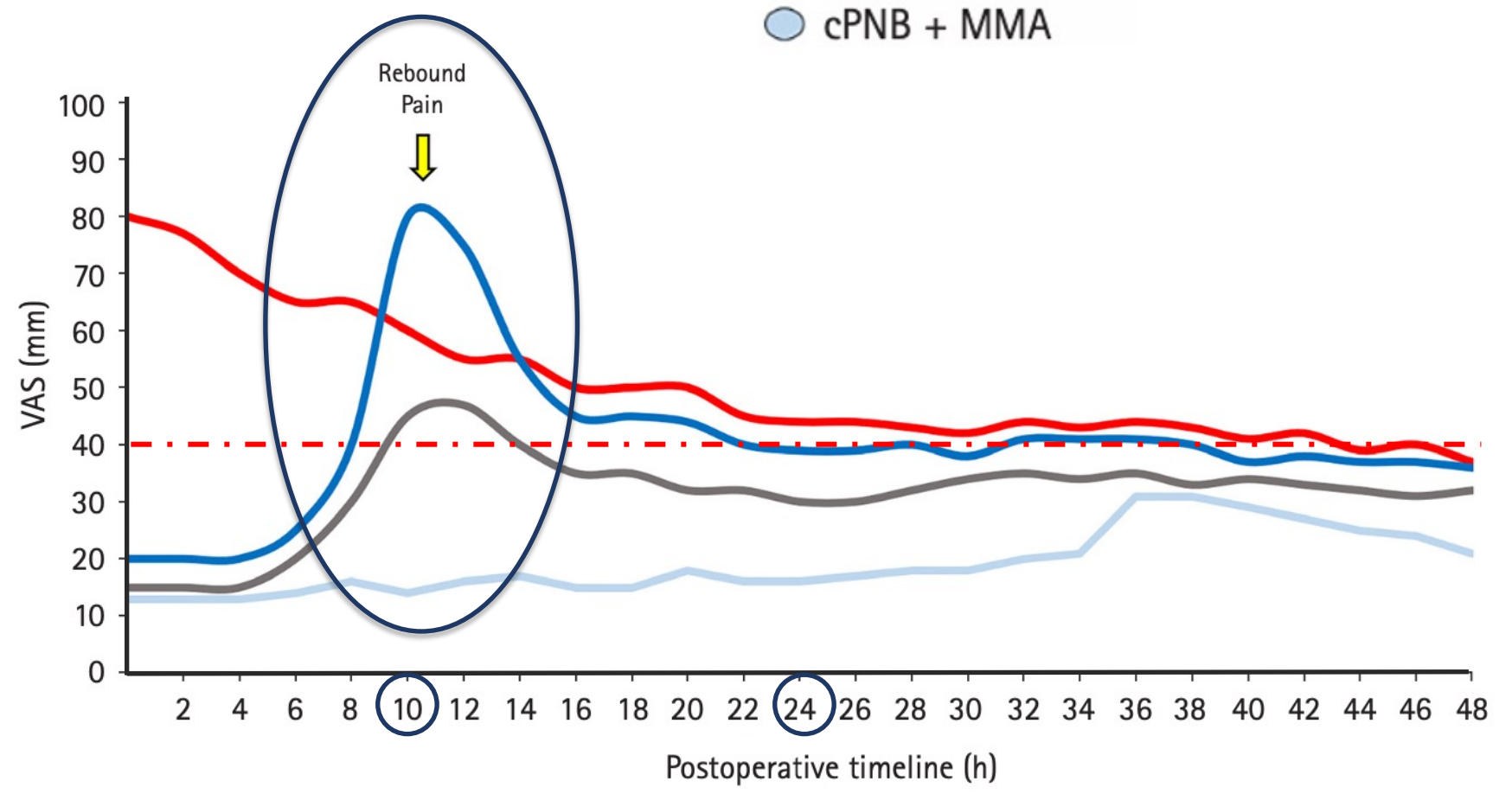
SFAR

Critères principaux d'évaluation  
durée de séjour  
complications postopératoires

# Trajectoires Douloureuses

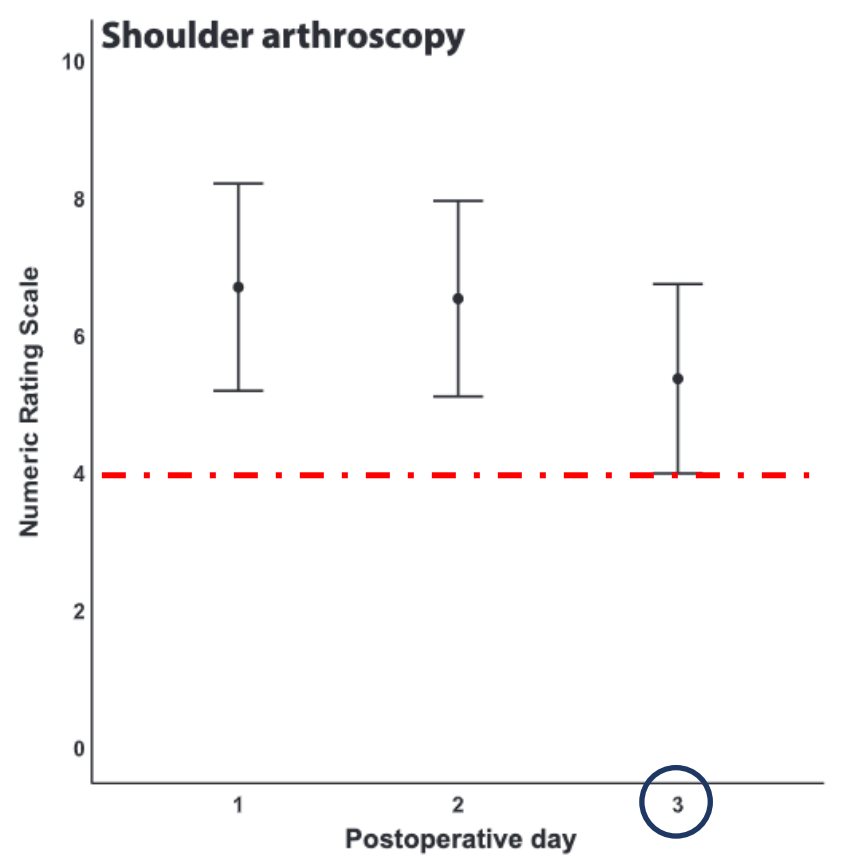
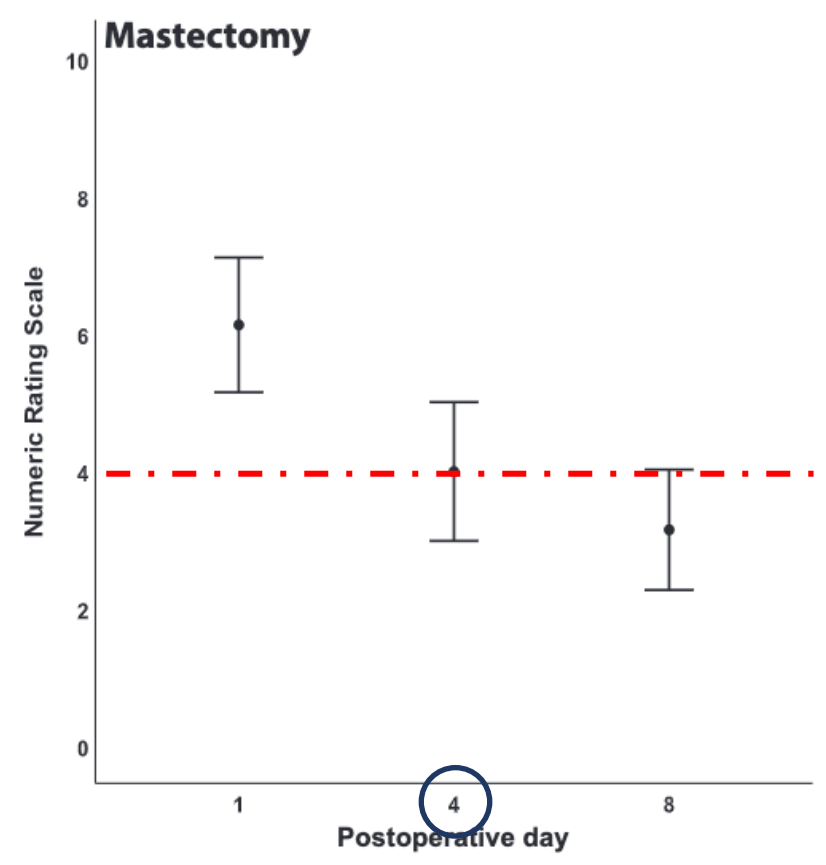
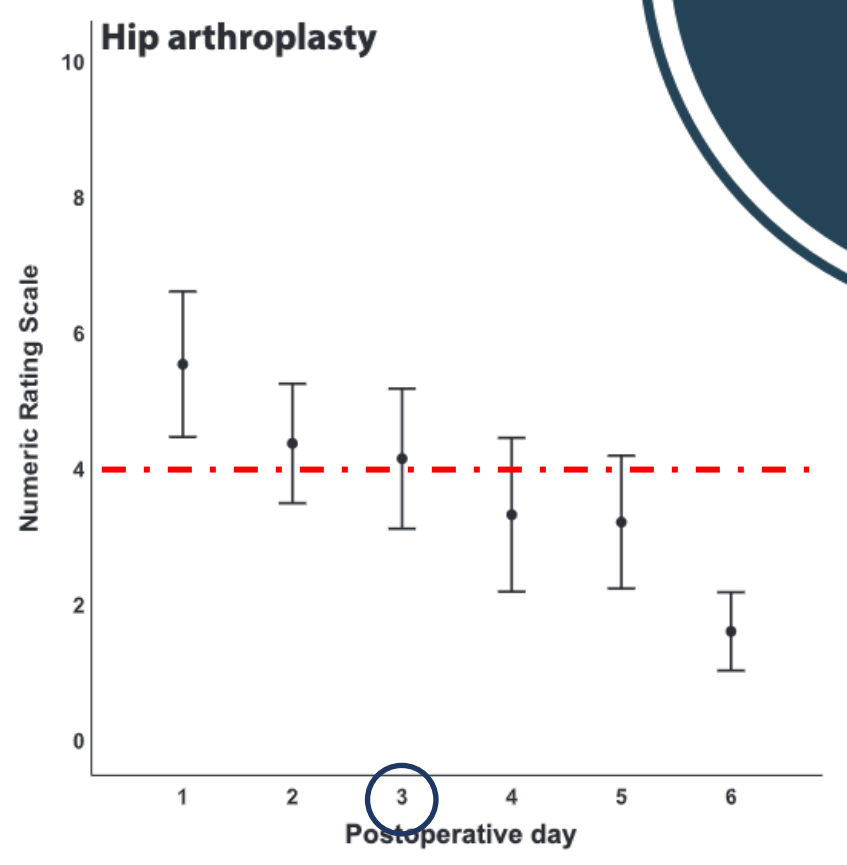
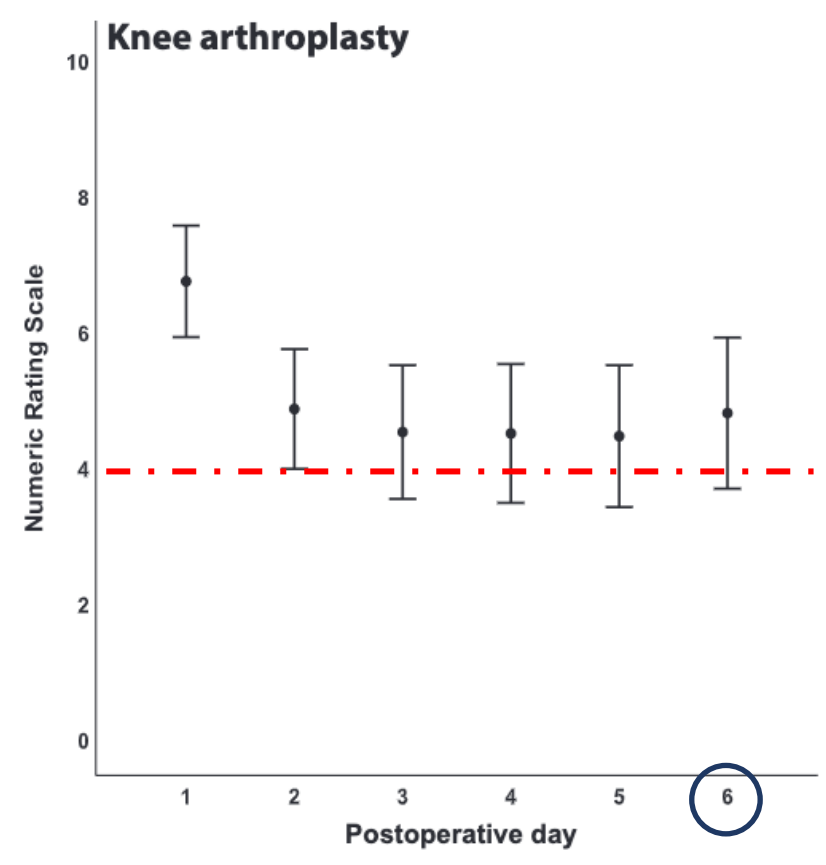
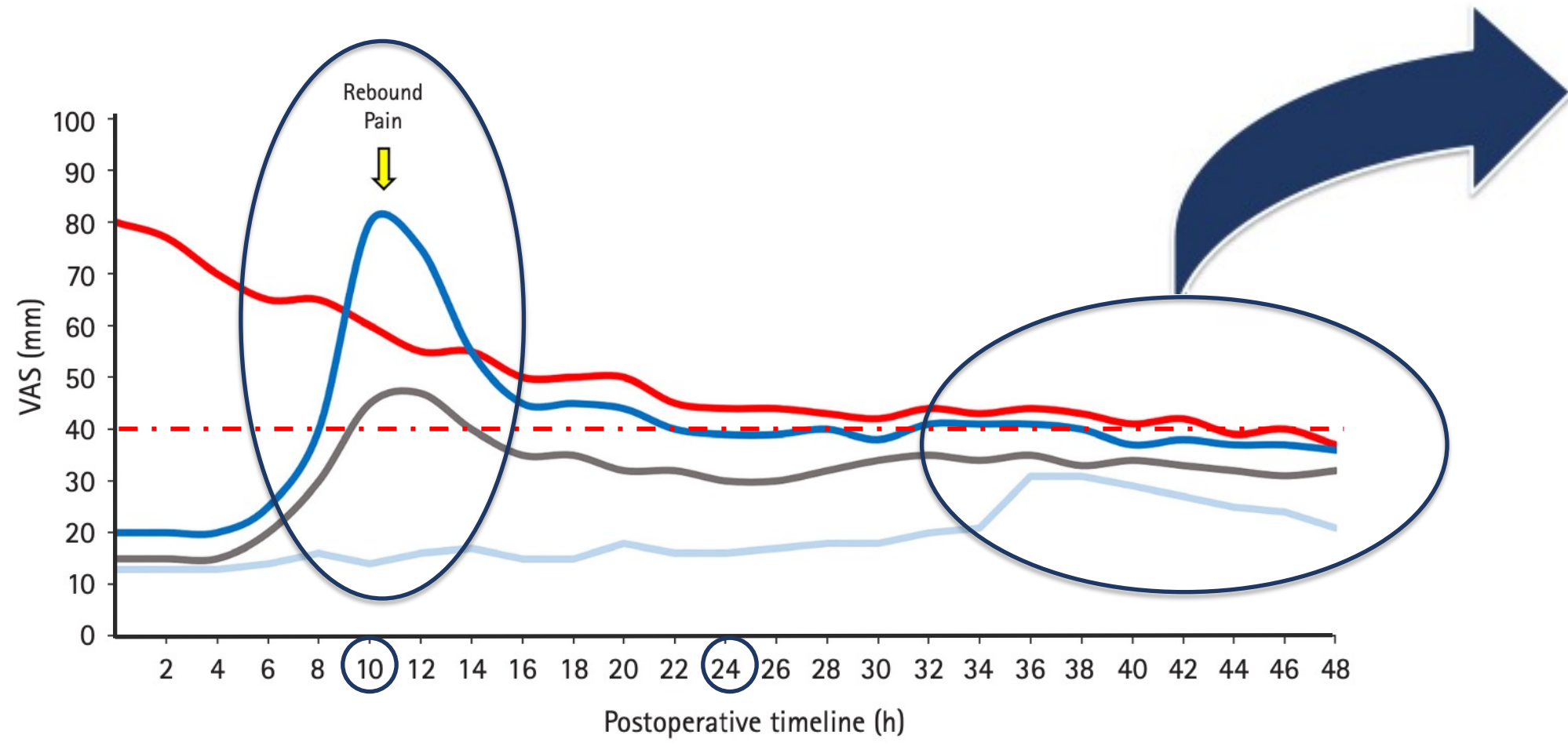
Arthroscopie Epaule  
Fracture Poignet  
Fracture Cheville

- No PNB
- PNB
- PNB + MMA
- cPNB + MMA



# Trajectoires Douloreuses

Arthroscopie Epaule  
Fracture Poignet  
Fracture Cheville

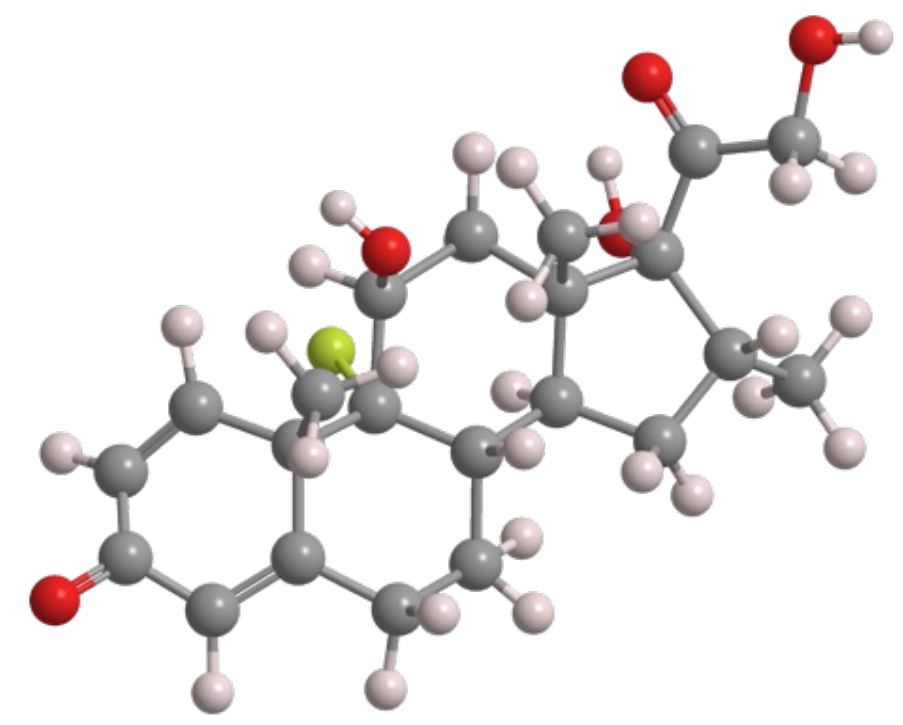


F Munoz-Leyva et al. KJA 2020  
ER Mariano et al. Anesthesiology 2020





# Effet Rebond

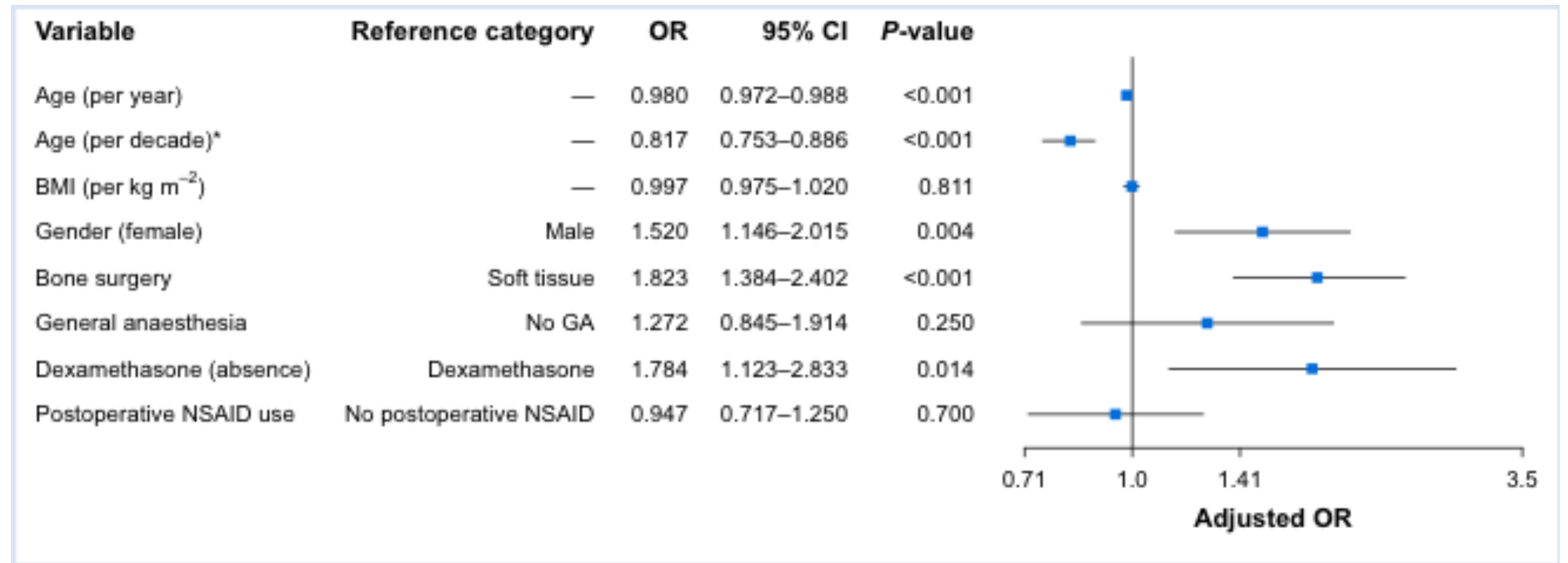


March 2017 and February 2019  
Rebound Pain : NRS > 7 within 24 h of block performance



972 patients  
482 RDPO (49.6%)

Patient satisfaction : 83.2%  
Return to daily activities : 96.5%  
Would choose PNB again : 96,3%



Factors associated with rebound pain after peripheral nerve block for ambulatory surgery

**ADJUVANTS**

**STRATEGIE MULTIMODALE**

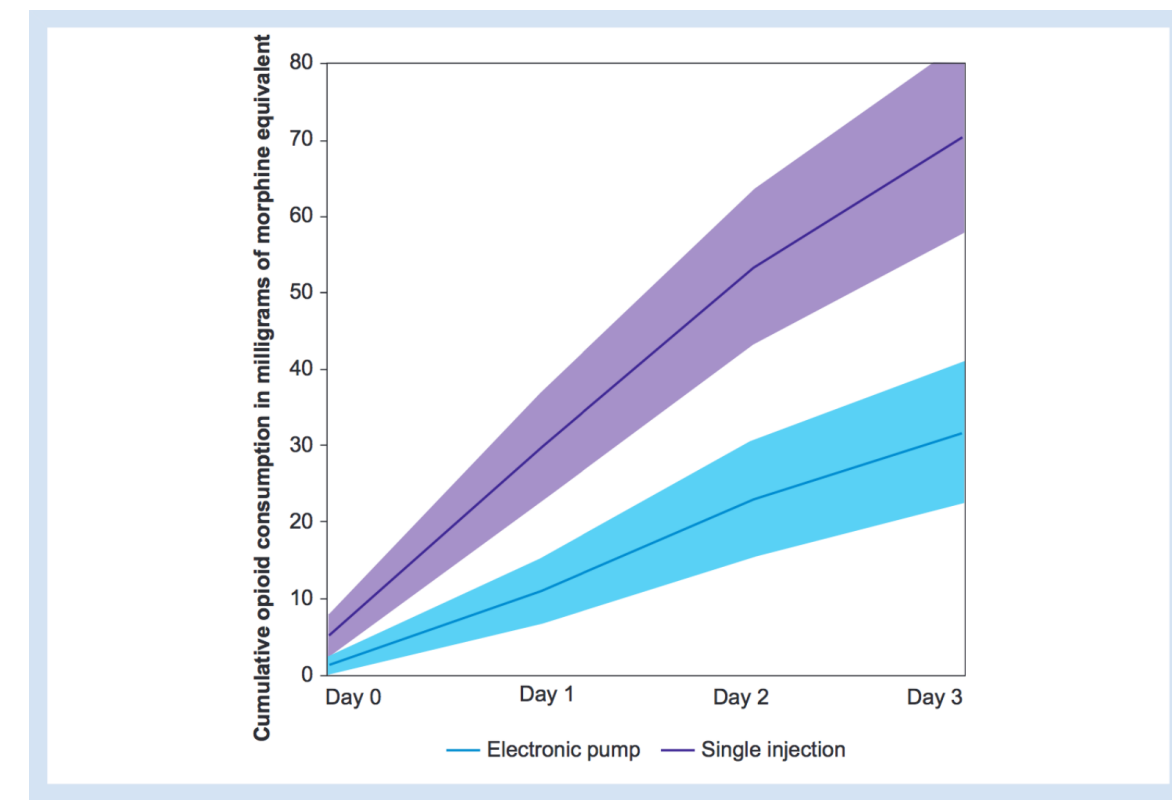
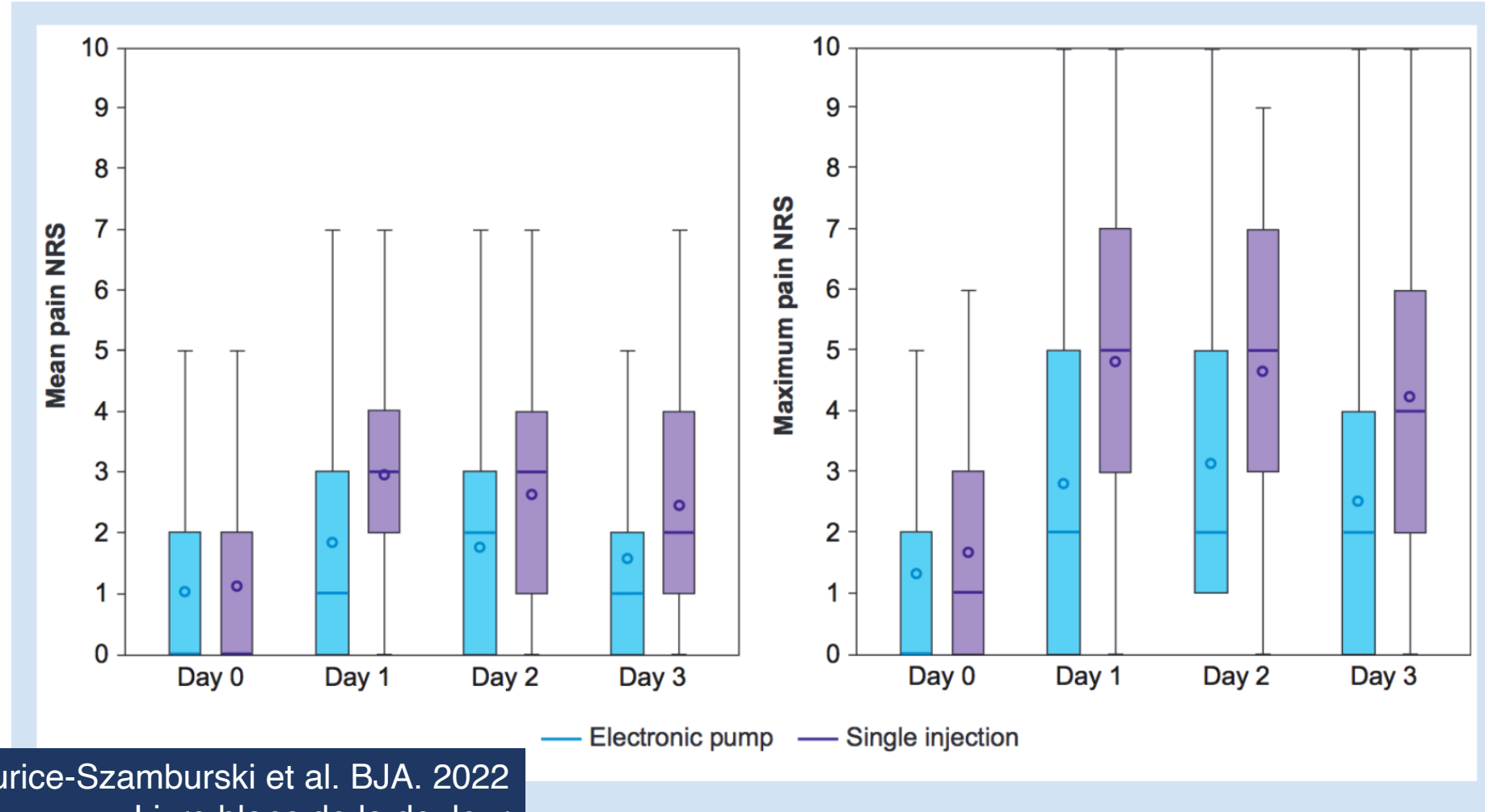
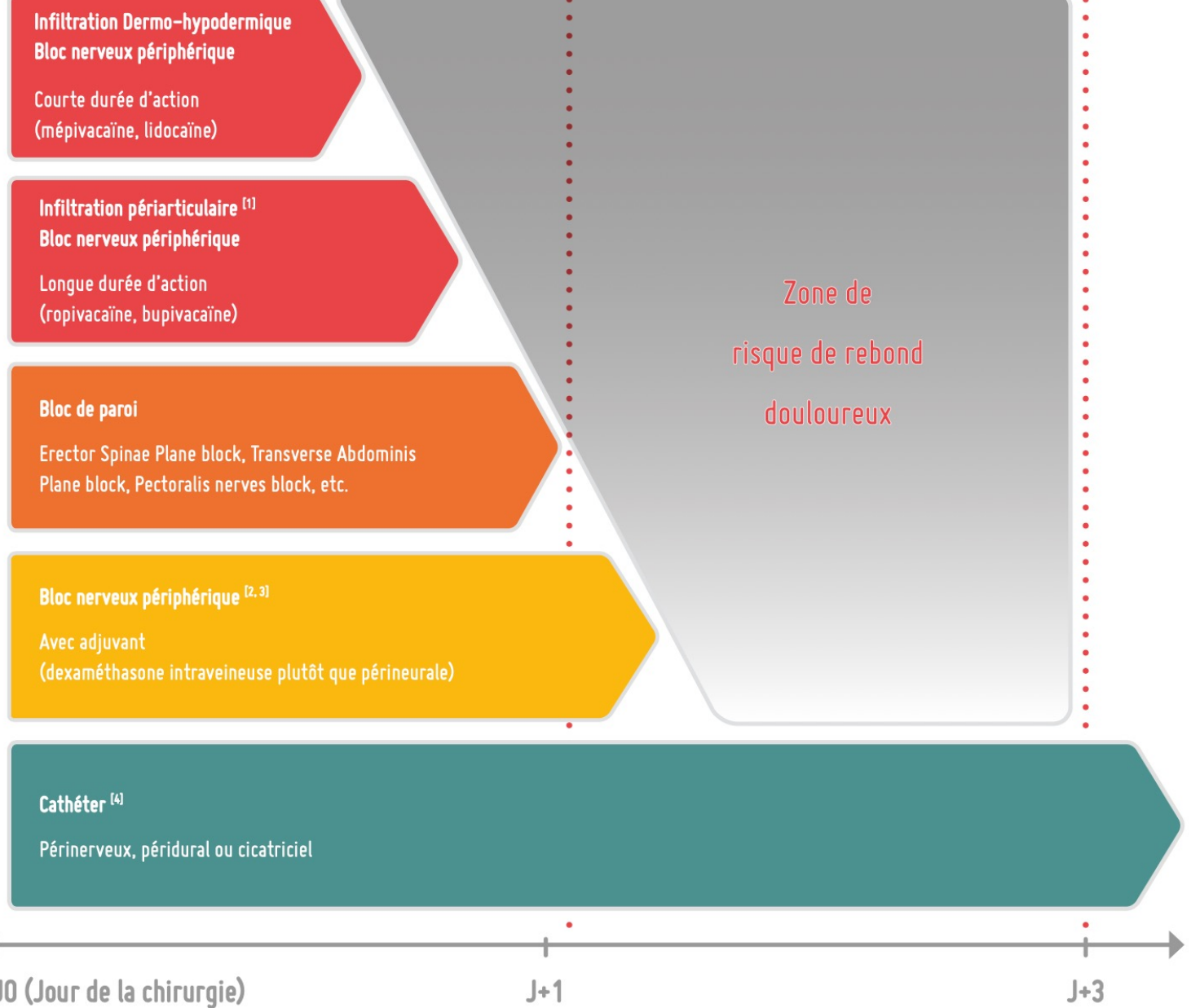
# Douleur Prolongée



294 patients – Catheter vs Single injection  
Home delivery



Shoulder 93 vs 96  
Knee 24 vs 22  
Ankle & Foot 13 vs 14  
Wrist & Hand 2 vs 2



A Maurice-Szamburski et al. BJA. 2022  
Livre blanc de la douleur



# Parcours DPO aigue & prolongée

A multisociety organizational consensus process to define guiding principles for acute perioperative pain management

Edward R Mariano <sup>1,2</sup>, David M Dickerson <sup>3,4</sup>, Joseph W Szokol <sup>5</sup>, Michael Harned <sup>6</sup>, Jeffrey T Mueller <sup>7</sup>, Beverly K Philip <sup>8,9</sup>, Jaime L Baratta <sup>10</sup>, Padma Gulur <sup>11</sup>, Jennifer Robles <sup>12,13</sup>, Kristopher M Schroeder <sup>14</sup>, Karla E K Wyatt <sup>15,16</sup>, Jason M Schwalb <sup>17</sup>, Eric S Schwenk <sup>10</sup>, Richa Wardhan <sup>18</sup>, Todd S Kim <sup>19</sup>, Kent K Higdon <sup>20</sup>, Deepak G Krishnan <sup>21,22</sup>, Ashley M Shilling <sup>23</sup>, Gary Schwartz <sup>24,25</sup>, Lisa Wiechmann <sup>26</sup>, Lisa V Doan <sup>27</sup>, Nabil M Elkassabany <sup>28</sup>, Stephen C Yang <sup>29</sup>, Iyabo O Muse <sup>30</sup>, Jean D Eloy <sup>31</sup>, Vikas Mehta <sup>32</sup>, Shalini Shah <sup>33</sup>, Rebecca L Johnson <sup>34</sup>, Michael J Englesbe <sup>35</sup>, Amanda Kallen <sup>36</sup>, S Bobby Mukkamala <sup>37</sup>, Ashley Walton <sup>38</sup>, Asokumar Buvanendran <sup>39</sup>



## IDENTIFIER



Conduct a preoperative evaluation including assessment of medical and psychological conditions, concomitant medications, history of chronic pain, substance abuse disorder, and previous postoperative treatment regimens and responses, to guide the perioperative pain management plan

## EVALUER



Use a validated pain assessment tool to track responses to postoperative pain treatments and adjust treatment plans accordingly

## ANALGESIE



Offer multimodal analgesia, or the use of a variety of analgesic medications and techniques combined with nonpharmacological interventions, for the treatment of postoperative pain in adults

## EDUQUER



Provide patient and family-centered, individually tailored education to the patient (and/or responsible caregiver), including information on treatment options for managing postoperative pain, and document the plan and goals for postoperative pain management.



Provide education to all patients (adult) and primary caregivers on the pain treatment plan, including proper storage and disposal of opioids and tapering of analgesics after hospital discharge

## ADAPTER READAPTER



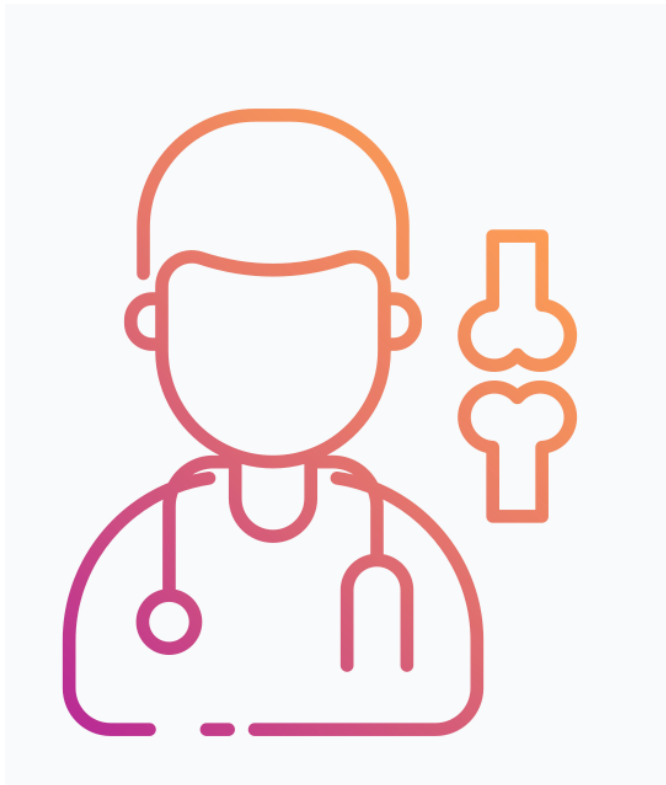
Adjust the pain management plan based on adequacy of pain relief and presence of adverse events

## ORIENTER

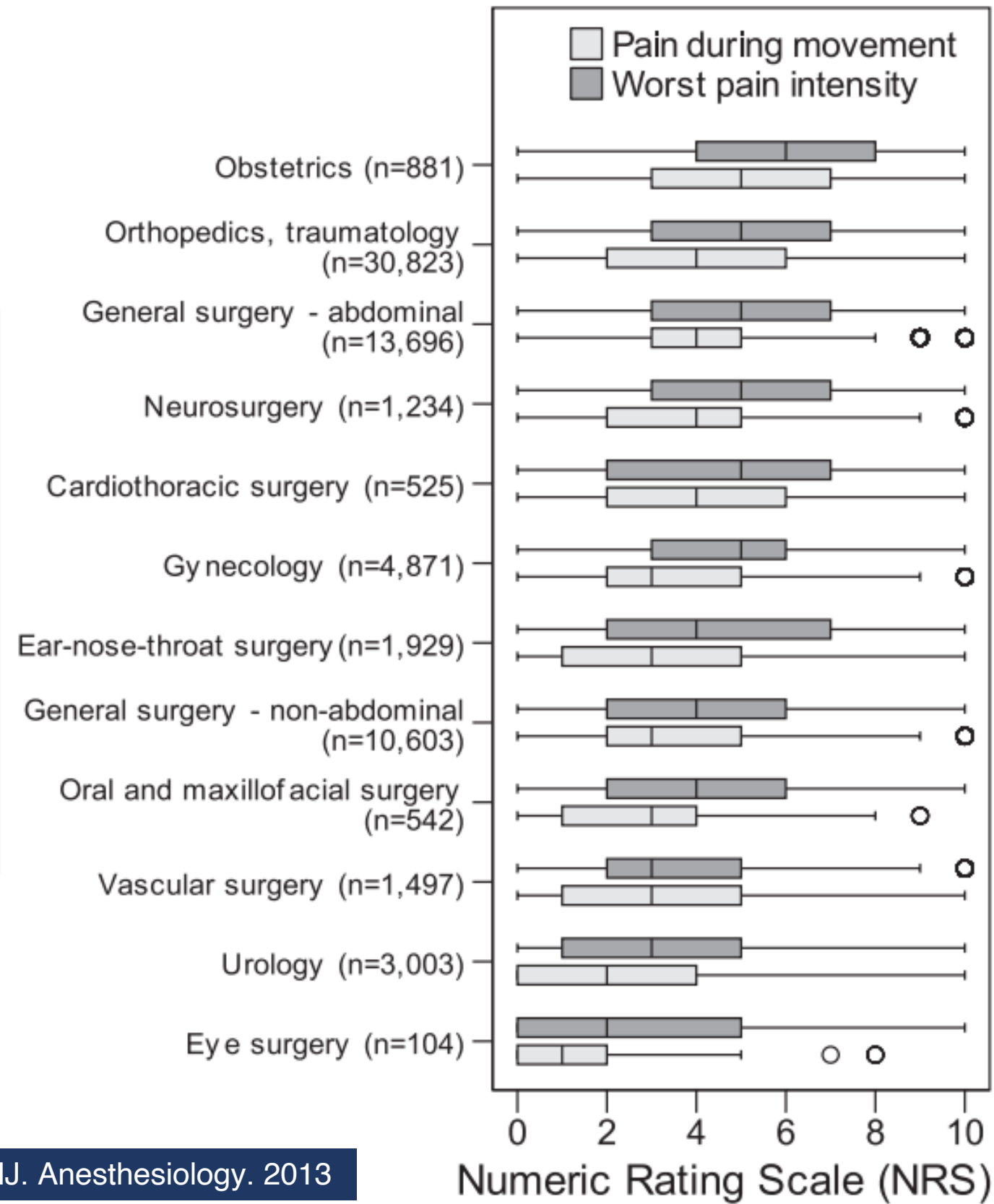


Have access to consultation with a pain specialist for patients who have inadequately controlled postoperative pain or are at high risk of inadequately controlled postoperative pain at their facilities (e.g., long-term opioid therapy, history of substance use disorder)

# Identifier



Gerbershagen HJ. Anesthesiology. 2013



All patients (general and regional anesthesia)						General anesthesia only		Regional-anesthesia w or w/o general anesthesia		No. of hospitals
Rank	NRS	NRS	NRS	NRS	Mean (NRS)	Rank	Median (IQR) n	Morphine equivalent mg (mean) (SD)	NRS Median n (IQR)	
001	Open reduction (calcaneus),				6.68 (n=90)	5.	7.0 (5-8) 65	40 (32)		24
002	Spinal fusion, dorsal (1-2 segments)				6.61 (n=126)	4.	7.0 (5-8) 126	37 (89)		22
003	Spinal fusion, dorsal (3 or more segments)				6.55 (n=40)	6.	7.0 (5.5-9) 40	27 (39)		11
004	Myomectomy (open)				6.47 (n=36)	2.	7.5 (6-8) 32	24 (29)		20
005	Proctocolectomy (open)				6.29 (n=14)	114.	4.0 (4-7) 5	28 (32)		8
006	Complex spinal reconstruction (e.g. scoliosis)				5.84 (n=37)	7.	7.0 (4-8) 37	29 (36)		15
007	Arthrodesis (foot joint)				6.23 (n=77)	22.	6.0 (4.5-8) 44	12 (20)		24
008	Arthrodesis (metacarpophalangeal, interphalangeal joints)				6.14 (n=112)	23.	6.0 (4-8) 61	10 (20)	7.0 (6-10) 13	17
009	Caesarean section				6.14 (n=818)	16.	6.0 (4.5-8) 203	27 (33)	6.0 (4-8) 253	34
010	Open reduction (acetabulum and head of femur)				6.13 (n=31)	14.	6.0 (4-8) 26	31 (27)		10
011	Hand resection arthroplasty,				6.13 (n=78)	18.	6.0 (5-8) 25	11 (17)	7.0 (5-8) 19	17
012	Shoulder joint replacement				6.09 (n=79)	39.	6.0 (5-7) 25	25 (23)	7.0 (5-9) 29	32
013	Arthrodesis (ankle joint)				6.06 (n=124)	33.	6.0 (4-8) 82	19 (22)	6.0 (4-7) 13	33
014	Pancreatectomy (partial - Whipple)				6.06 (n=18)	8.	7.0 (5-7) 3	18 (8)	6.0 (5-7) 14	7
015	Open refixation and reconstruction (knee ligaments)				6.05 (n=148)	15.	6.0 (5-8) 105	26 (32)		31
016	Open reduction (tibia shaft)				6.04 (n=49)	9.	6.5 (4.5-8) 32	12 (25)		19
017	Open reduction (patella)				5.98 (n=55)	27.	6.0 (4-8) 37	19 (26)		28
018	Open reduction (proximal radius)				5.96 (n=76)	21.	6.0 (4-8) 51	10 (15)		29
019	Appendectomy (open)				5.95 (n=227)	26.	6.0 (4-8) 196	14 (22)		40
020	Open reduction (proximal tibia)				5.95 (n=141)	29.	6.0 (4-8) 104	23 (28)		39
021	Open reconstruction (shoulder joint ligaments)				5.91 (n=633)	20.	6.0 (4-8) 349	26 (32)	5.0 (4-7) 109	55
022	Partial shoulder joint replacement (humerus)				5.91 (n=113)	25.	6.0 (4-8) 63	24 (26)	6.0 (5-8) 16	38
023	Hemorrhoids (plastic reconstruction)				5.91 (n=67)	19.	6.0 (5-8) 65	13 (22)		13
024	Tonsillectomy				5.89 (n=402)	28.	6.0 (5-7) 401	7 (15)		26
025	Cholecystectomy (open)				5.83 (n=335)	30.	6.0 (4-8) 285	28 (33)	6.0 (4-8) 11	52
026	Kidney transplantation				5.81 (n=43)	17.	6.0 (4-9) 38	17 (23)		3
027	Hysterectomy (subtotal) (open)				5.79 (n=19)	1.	7.5 (6-8) 14	30 (44)		10
028	Vertical sleeve gastrectomy with duodenal switch (open)				5.73 (n=15)	32.	6.0 (5-8) 14	53 (35)		2
029	Incisional hernia repair, with alloplastic material (lap)				5.69 (n=132)	36.	6.0 (4-8) 123	16 (23)		33
030	Open reduction (pelvic rim and ring) **				5.63 (n=127)	24.	6.0 (4-8) 96	21 (29)		33
031	Oophorectomy and salpingo-oophorectomy (open)				5.62 (n=21)	12.	6.0 (5-8) 17	19 (24)		13
032	Arthrodesis (toe joint)				5.59 (n=70)	40.	6.0 (3-8) 37	16 (25)	5.0 (3-8) 17	31
033	Open reduction (distal humerus)				5.58 (n=55)	43.	6.0 (3-7) 40	24 (39)		25
034	Open reduction (distal fibula)				5.55 (n=677)	55.	5.0 (3-8) 461	17 (23)	7.0 (5-8) 49	59
035	Small-bowel resection (open)				5.45 (n=49)	13.	6.0 (5-8) 29	22 (25)	4.0 (2-6) 12	21
036	Arthroscopic surgery (knee ligaments)				5.41 (n=633)	37.	6.0 (4-8) 396	13 (21)	6.0 (3.5-7) 60	61
037	Vertical sleeve gastrectomy with duodenal switch (lap)				5.37 (n=164)	42.	6.0 (4-7) 162	19 (28)		5
038	Arthroscopic surgery (hip joint)				5.30 (n=27)	41.	6.0 (4-7) 21	3 (8)		5
039	Arthroscopic revision (wrist joint)				5.09 (n=32)	46.	6.0 (3-7) 29	7 (19)		8
040	Open reduction (distal femur)				5.00 (n=29)	48.	5.5 (2.5-6) 20	32 (39)		17

# Identifier



Glare P. Lancet. 2019

Nature de l'intervention	DCPC	Douleurs sévères	Nombre d'interventions
Amputation de membre	30 à 85%	5 à 10%	-
Prothèse totale de genou	13 à 44%	15%	723 086
Césarienne	6 à 55%	5 à 10%	1 142 680
Cholécystectomie	3 à 50%	-	300 245
Craniotomie	0 à 65%	25%	-
Prothèse totale hanche	27%	6%	487 625
Cure hernie inguinale	5 à 63%	2 à 4%	-
Laminectomie + arthrodeuse rachidienne	10 à 40%	4 à 6%	564 911
Mastectomie	11 à 57%	5 à 10%	-
Pontage aorto-coronarien	30 à 50%	5 à 10%	160 240
Thoracotomie	5 à 65%	10%	-

# Identifier



"Je ressens les blessures.  
La douleur est une simple information. »  
Terminator 2. Le jugement dernier. (1991)



## Les principaux facteurs de risques

RECHERCHER & IDENTIFIER

### ▶ Douleur préopératoire

Incluant les douleurs hors site opératoire

### ▶ Consommation d'opiacés au long cours

### ▶ Chirurgies pronociceptives

Thorotomie, chirurgie mammaire, sternotomie, prélèvement de crête, chirurgie du rachis, arthroplasties, amputation, reprises chirurgicales, durée de chirurgie > 3 h, etc.

### ▶ Anxiété, dépression, catastrophisme, toxicomanie

## Panel 1: Risk factors for chronic postsurgical pain

### Demographics and lifestyle

- Age
- Gender
- Marital status or living arrangements
- Education level
- Employment status
- Compensation status
- Obesity
- Smoking

### Genetic

- Candidate gene mutations associated with increased pain (eg, *COMT*, *OPRM1*, and *GCH1*)

### Clinical

- Surgical factors, including surgical technique (open vs laparoscopic), duration of surgery, type of anaesthesia (general vs regional), and perioperative
- Analgesic regimen (systemic vs spinal and pre-emptive); surgical complications and re-operating
- Medical comorbidities
- Previous disability or pain interference

### Preoperative pain (area of operation or elsewhere)

### Postoperative pain (intensity and duration)

### Psychological

- Fear or anxiety
- Depression
- Pain catastrophising
- Other psychological issues (eg, vulnerability factors)

# Identifier



## Vulnérabilité à la douleur

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Présence d'une douleur préopératoire | <input type="checkbox"/> Utilisation d'opioïdes au long cours | <input type="checkbox"/> Détresse psychologique |
| <input type="checkbox"/> Bilan post-op avec IDE douleur       |   |   |



**RÉSEAU DOULEUR**  
Paris



reseaudouleurparis@gmail.com

APAIS - anxiété :



APAIS - désir d'information :



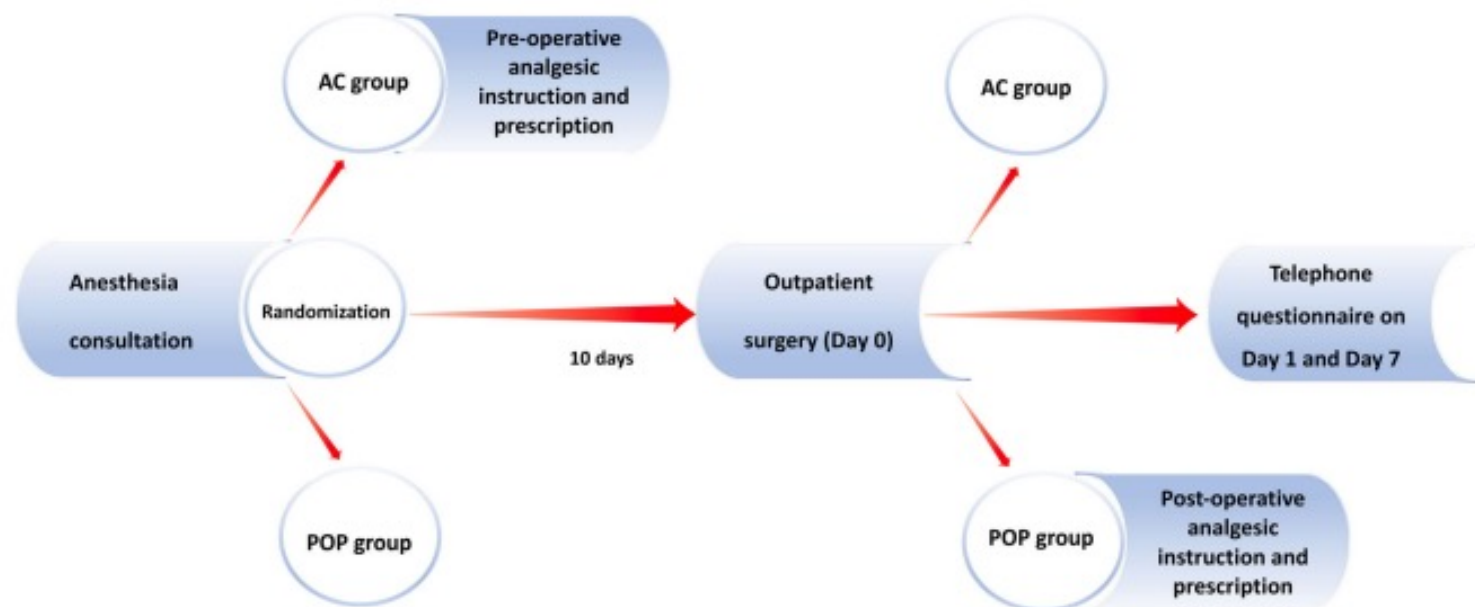
Score SEGA - fragilité gériatrique :



# Anticiper - Eduquer



RCT  
186 patients  
Douleur J1 : 1 épisode EN > 3



## Douloureux à J1

24% vs 48%  
 $P < 0.001$

## Observance

69% vs 85%  
 $P = 0,02$

Pas de différence à J7



We found some evidence of reductions in acute pain and analgesic consumption for both pre-emptive and preventive NSAIDs.

However, these results were not consistent, not clinically significant and the certainty of evidence ranged from moderate to very low, limiting our certainty about these results. Moreover, although the number of included studies was small, we found no difference in postoperative opioid adverse events which further limits the clinical significance of our findings

## Sous-utilisation des AINS



Ordonnances pré opératoire  
AINS : prémédication  
Education par IDE



# Adapter - Optimiser

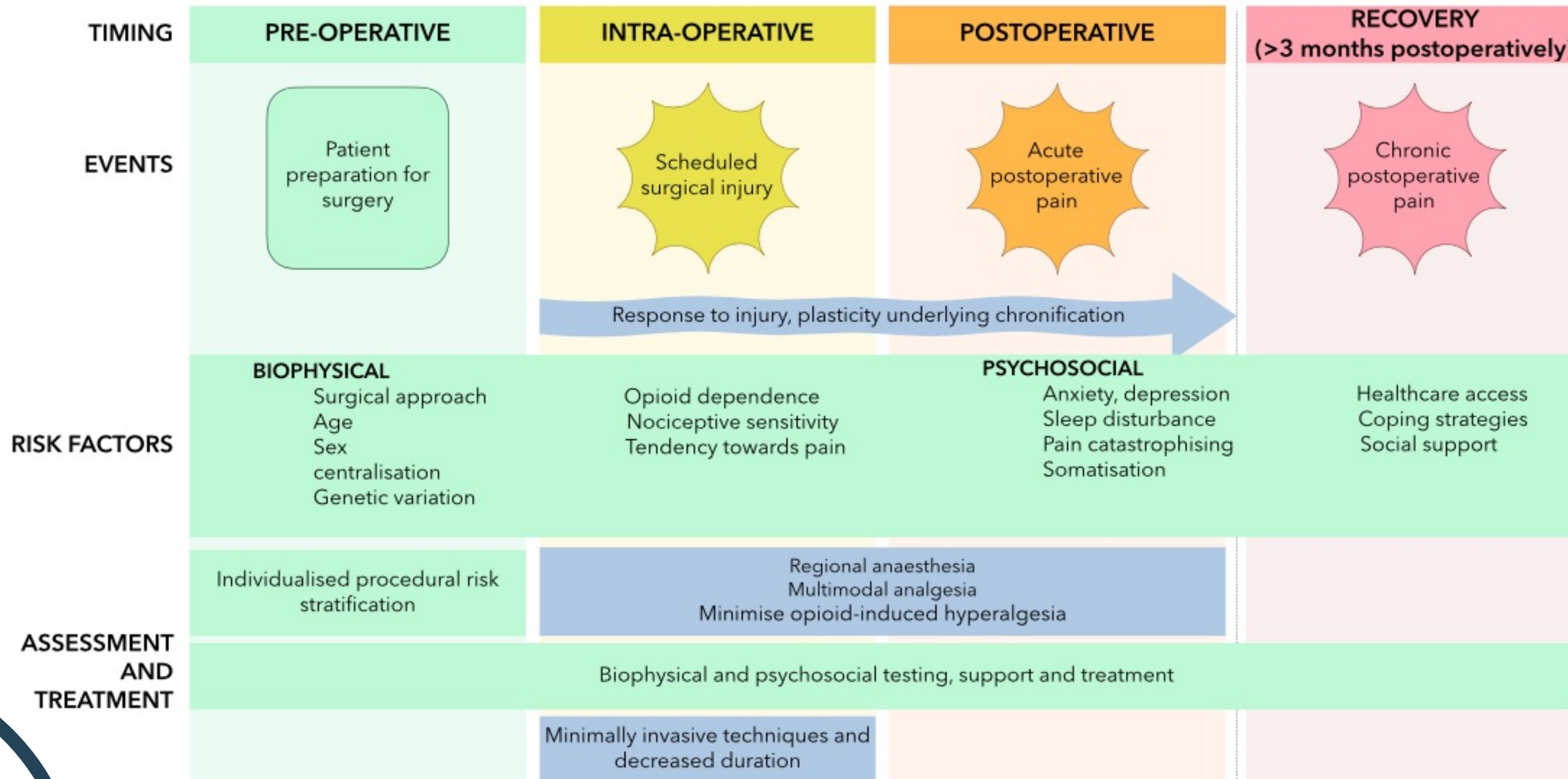


Review Article

## The role of regional anaesthesia and multimodal analgesia in the prevention of chronic postoperative pain: a narrative review

Y.-Y. K. Chen,<sup>1</sup> K. A. Boden<sup>2</sup> and K. L. Schreiber<sup>3</sup>

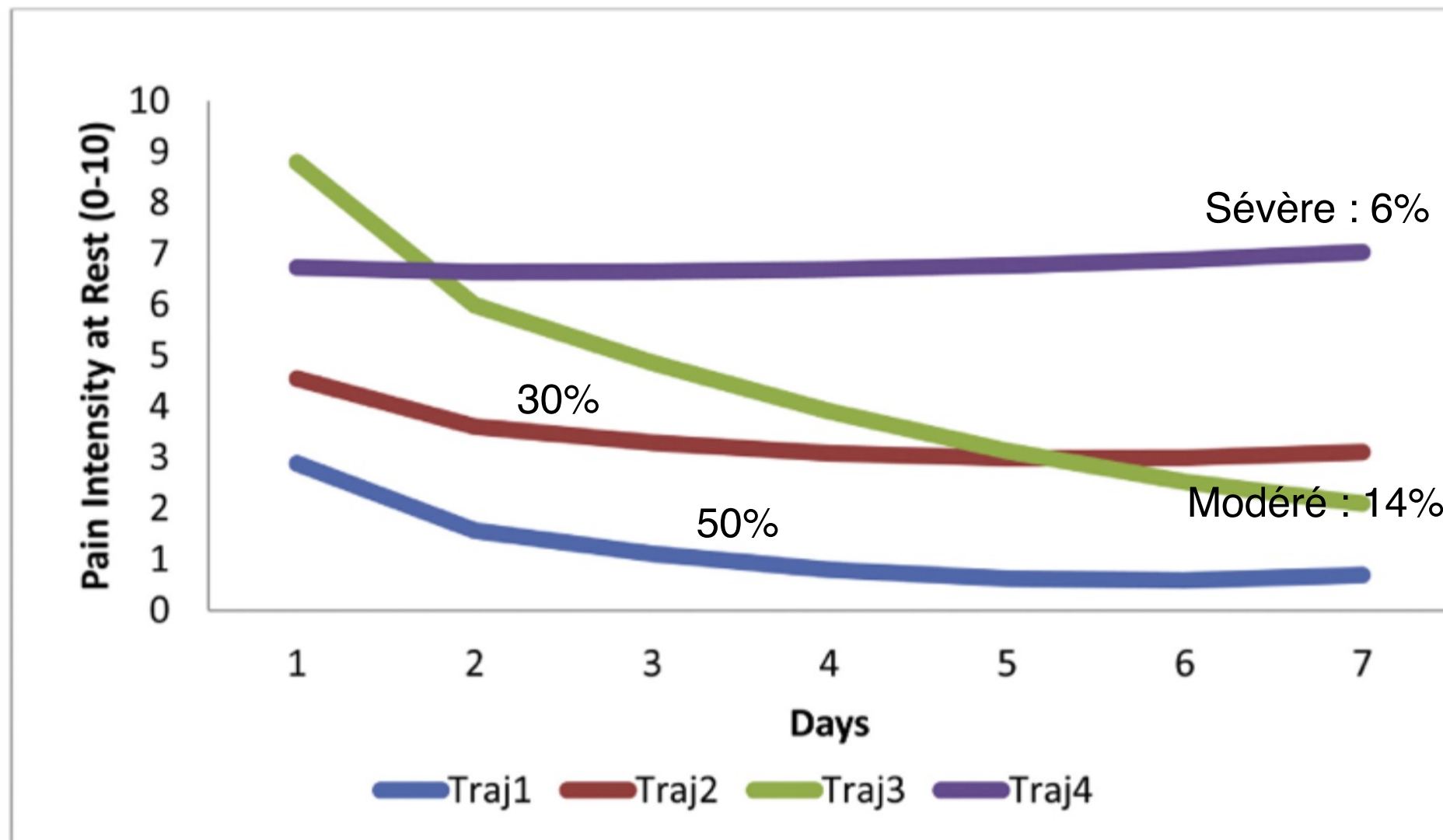
<sup>1</sup> Regional Anaesthesia and Acute Pain Medicine Fellow, <sup>2</sup> Anaesthesia Resident, <sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Peri-operative and Pain Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA



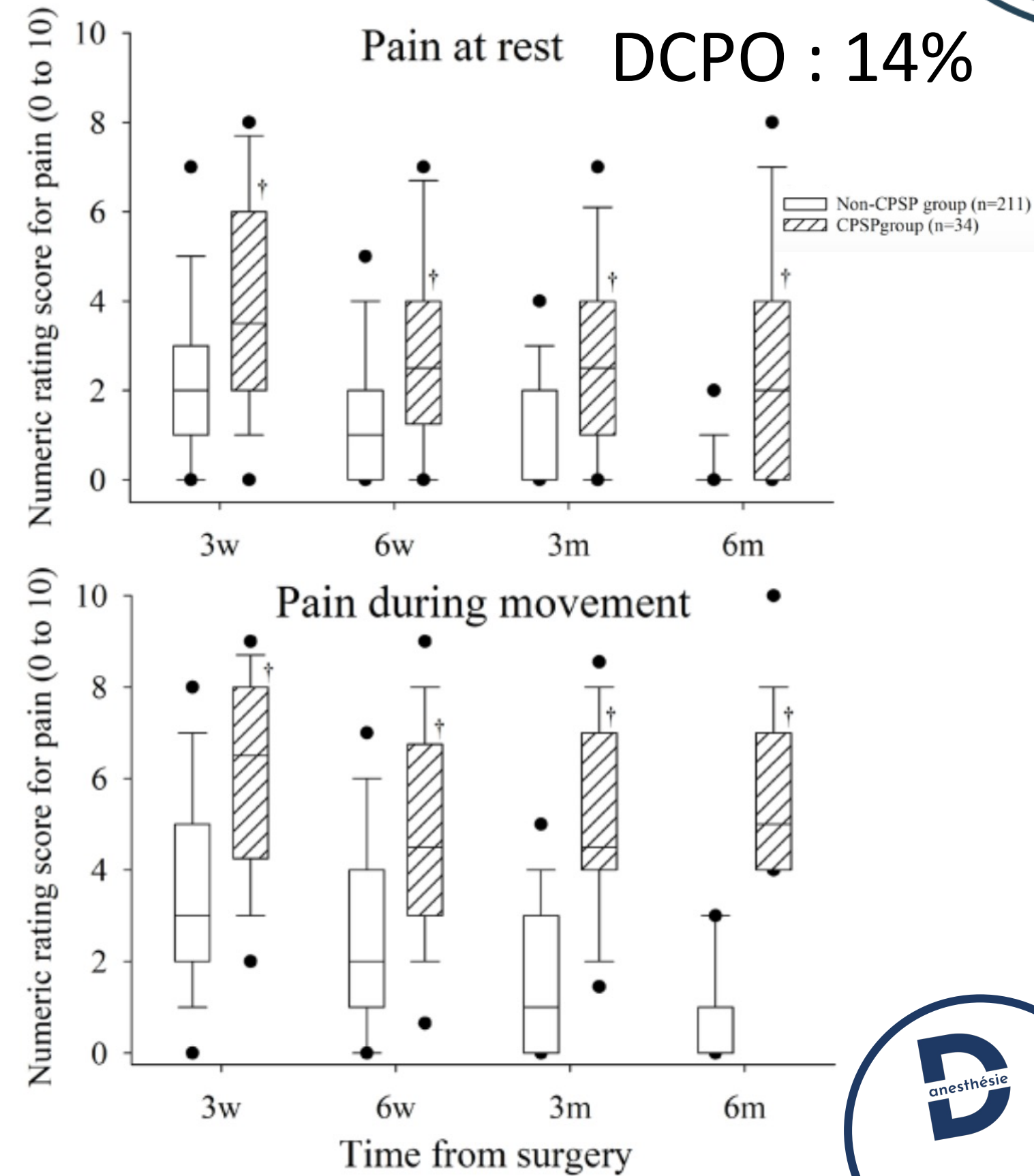
# Douleur Aigue – Intermédiaire – Chronique

Trajectoire idéale : soulagement rapide

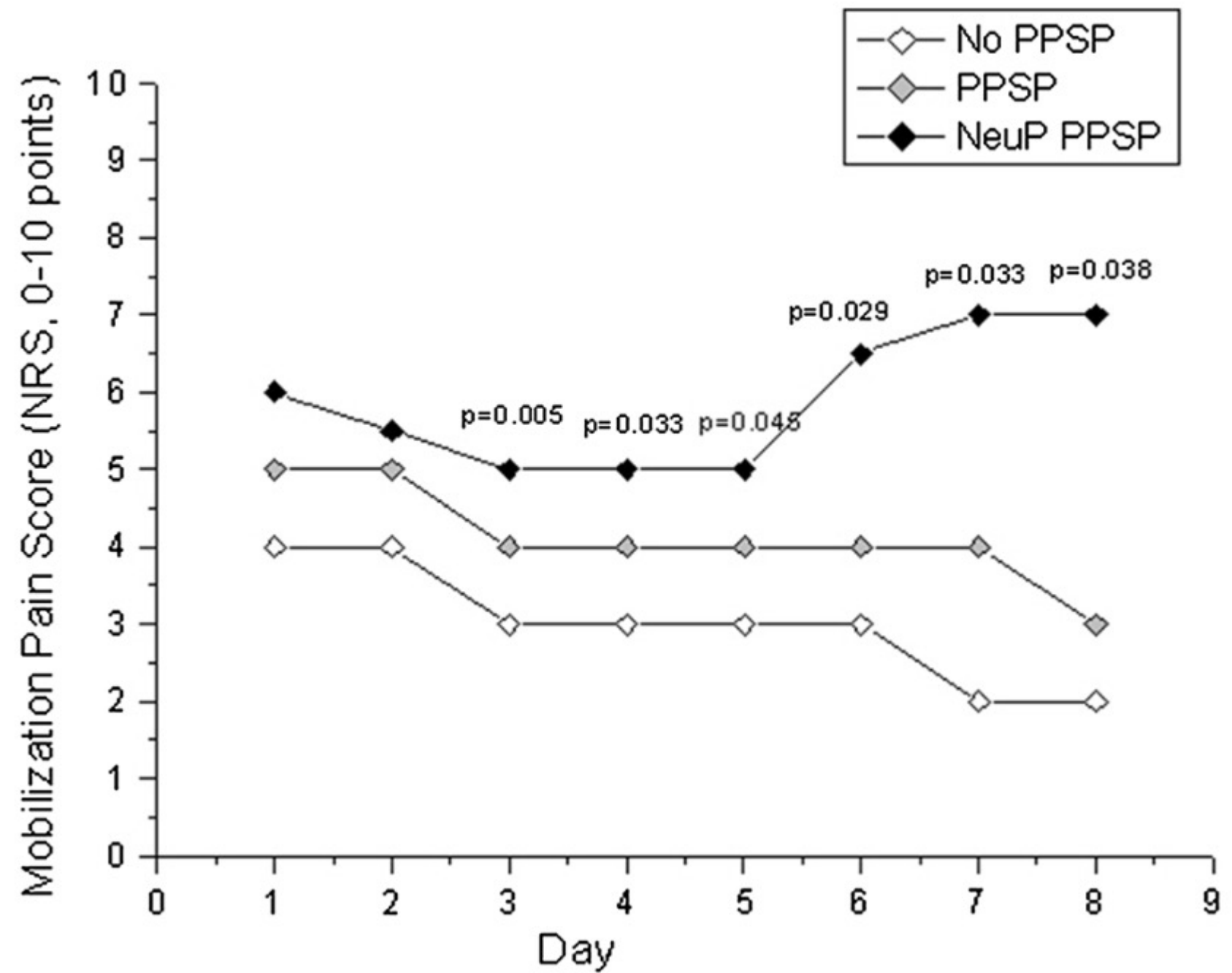
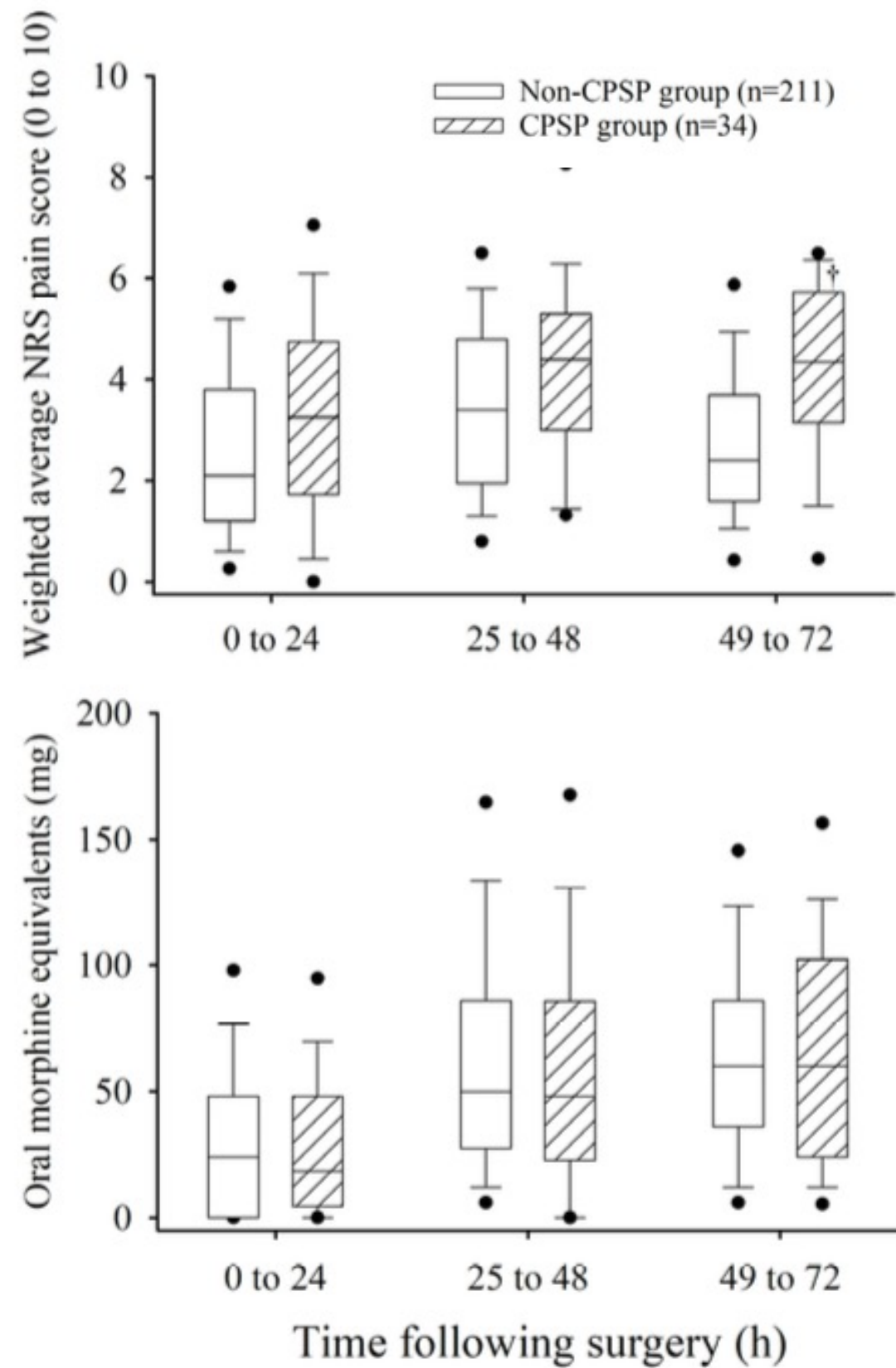
Trajectoire non idéale : soulagement tardif-transitoire-aucun



DCPO : 31%



# Evaluation – 2 & 4 semaines



# Evaluation – 2 & 4 semaines

**Table 2** Final prediction models for chronic postsurgical pain. Results are presented as  $\beta$  coefficients and odds ratios (95% CI). CI, confidence interval; CPSP, chronic postsurgical pain; OR, odds ratio; POD, postoperative day; NRS, numerical rating scale.

Predictor	Model POD1			Model POD14		
	$\beta$ coefficient	OR (95% CI)	P-value	$\beta$ coefficient	OR (95% CI)	P-value
(Intercept)	-2.540	0.08 (0.04–0.17)	0.000	-2.540	0.08 (0.04–0.17)	0.000
Surgery type, bone surgery	0.785	2.19 (1.29–3.74)	0.004	0.696	2.01 (1.10–3.67)	0.024
Preoperative treatment with opioid	1.023	2.78 (1.60–4.85)	0.000	1.397	4.04 (2.13–7.70)	0.000
Worst pain score (NRS) on POD1	0.123	1.13 (1.02–1.25)	0.015	–	–	–
Presence of pruritus within the painful area on POD1	0.732	2.08 (1.08–4.02)	0.030	–	–	–
Pain score (NRS) on POD14	–	–	–	0.449	1.57 (1.34–1.83)	0.000
Presence of painful cold within the painful area on POD14	–	–	–	1.578	4.85 (1.85–12.68)	0.002

Identifier les patients à risque de développer une douleur chronique  
Sevrer les opioïdes

Evaluation J14  
Froid douloureux

# Evaluer – Orienter

## INFORMATION DOULEUR POSTOPERATOIRE

Les douleurs sont fréquentes dans les jours suivant la chirurgie. Une importance toute particulière sera apportée à leur contrôle tout au long de votre parcours péri opératoire. La prévention de la douleur postopératoire, son traitement et le dépistage d'une douleur persistante en sont les points clés.

### 1- Comment évaluer la douleur

Son évaluation est simple et peut être réalisée de manière autonome. Il vous suffit de donner une note à votre niveau de douleur, entre « 0 », pas de douleur et « 10 », douleur maximale imaginable. Selon le niveau rapporté, le traitement antalgique sera adapté

### 2- Comment prévenir la douleur

Afin de prévenir la survenue des douleurs postopératoires, la prise de médicaments antalgiques (médicaments anti-douleur) sera débutée dès le bloc opératoire.

### 3- Comment traiter la douleur

Afin de maintenir son efficacité, le traitement antalgique doit être poursuivi à domicile de manière systématique. A cet effet, une ordonnance de médicaments antalgiques vous sera remise dès la consultation d'anesthésie. Vous pourrez ainsi vous les procurer avant votre hospitalisation. Le type et la quantité d'analgésiques qui vous seront proposés dépendront de l'intervention et du niveau de douleur après l'opération. Certaines personnes ont besoin de davantage de médicaments antalgiques que d'autres.

Au cours de votre hospitalisation, les infirmières vous donneront toutes les informations sur les modalités de prise de ces médicaments à domicile (durée – fréquence – médicaments systématiques – médicaments de secours)

Des analgésiques puissants (morphine ou équivalent) ont pu vous être prescrits. Il est important de les prendre si la douleur persiste malgré les médicaments classiques. Ces médicaments sont très efficaces pour soulager la douleur mais ils peuvent causer des effets secondaires comme des nausées, de la constipation

### 4- Comment dépister d'une douleur anormalement prolongée

Malgré un traitement bien conduit, des douleurs peuvent persister plusieurs semaines à plusieurs mois (douleur chronique) dans 10 à 30%. Afin d'éviter la chronicisation, le dépistage et le traitement très précoces d'une douleur persistant au-delà de 14 jours en postopératoire sont essentiels.

Il est indispensable de rappeler la Clinique au 01 44 14 11 11 en cas de :

- Douleurs importantes (> 3/10) malgré tous les traitements essayés
- Consommation des 4 comprimés prescrits de morphine (Actiskenan)
- Douleurs persistantes > 3/10 à 14 jours de votre chirurgie
- Douleurs persistantes à 3 mois de la chirurgie

Un suivi douleur pourra alors vous être proposé par un de nos spécialistes (Dr DEL VALLE Y FUENTES, Dr BERROETA, Dr QUEMENEUR)

**4- Comment dépister d'une douleur anormalement prolongée**  
Malgré un traitement bien conduit, des douleurs peuvent persister plusieurs semaines à plusieurs mois (douleur chronique) dans 10 à 30%. Afin d'éviter la chronicisation, le dépistage et le traitement très précoces d'une douleur postopératoire très intense ou d'une douleur persistant au-delà de 14 jours en postopératoire sont essentiels.

Il est indispensable de rappeler la Clinique au 01 44 14 11 11 en cas de :

- Douleurs importantes (> 3/10) malgré tous les traitements essayés
- Consommation des 4 comprimés prescrits de morphine (Actiskenan)
- Douleurs persistantes > 3/10 à 14 jours de votre chirurgie
- Douleurs persistantes à 3 mois de la chirurgie

Un suivi douleur pourra alors vous être proposé par un de nos spécialistes (Dr DEL VALLE Y FUENTES, Dr BERROETA, Dr QUEMENEUR)

## EVALUER



## ORIENTER

## Protocole douleurs intermédiaires : rappel d'un patient pour douleurs persistantes > 14 jours après chirurgie

### 1) Identifier le type de chirurgie

2) **Éliminer les drapeaux rouges** : rechercher systématiquement au téléphone hématomes, infections superficielles ou profondes, névromes superficiels, tendinites, escarres, phlébites et embolies pulmonaires...

3) **Caractériser** évolution de la douleur (temps), intensité au repos et au mouvement, facteurs déclenchants et facteurs soulageant (notamment antalgiques déjà prescrits).

4) Poser la question de l'**allodynie** au frottement : avez-vous mal juste avec le frottement du drap ou d'un vêtement sur la zone ?

5) **Dépister un SDRC (algo)** : Allodynie, Asymétrie de couleur et chaleur, oedème, asymétrie de sudation, raideur/dysfonction motrice, changement trophique : pilosité, ongles, peau

### 6) Réaliser un DN4interview

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score  $\geq 3/10$ , positif

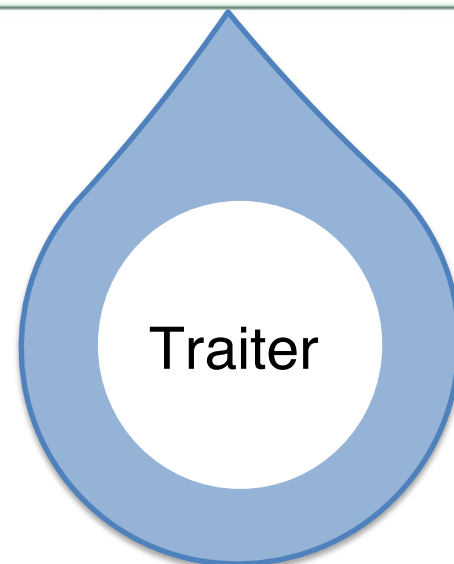
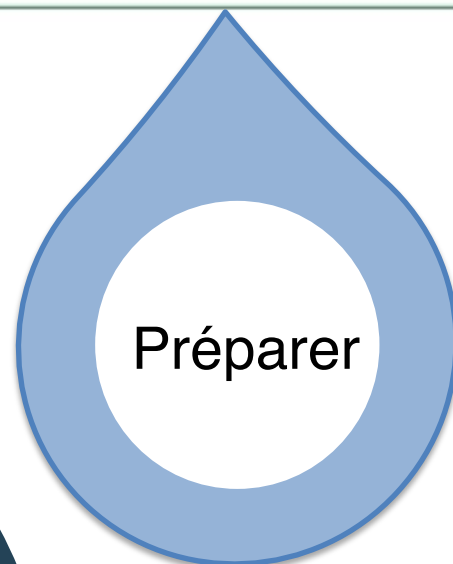
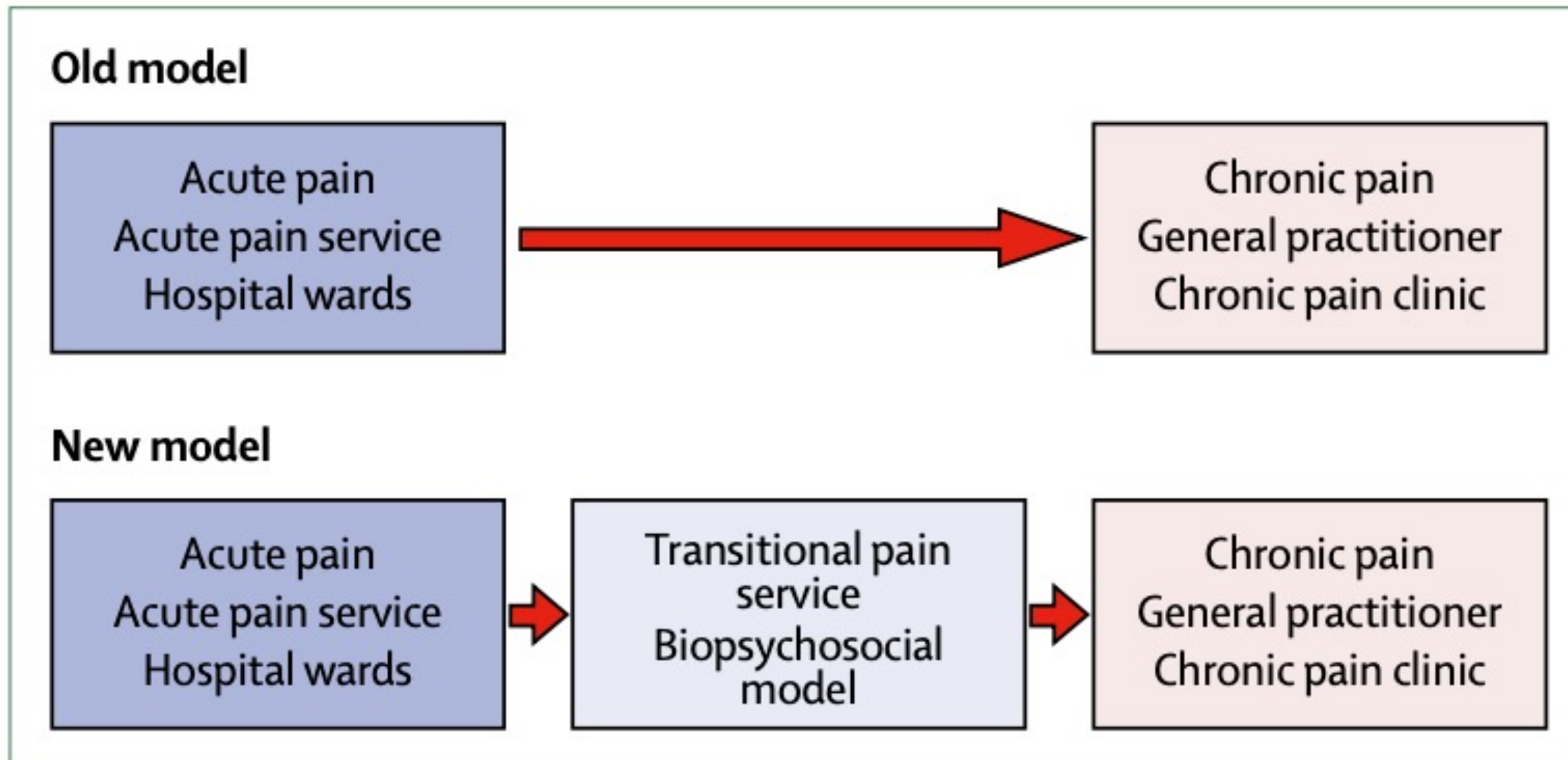
EN > 3 et Score DN4i < 3/10 et absence d'allodynie décrite au frottement

- Poursuivre analgésie prescrite
- Nouvelle cure d'AINS ou Coxibs en fonction du terrain
- Prescrire antalgiques de palier 3 Actiskenan 10mg ou Oxynorm 5mg (oro)
- Glaçage
- Kinésithérapie douce
- RDV avec chirurgien + RDV avec médecin douleur pour arrêt morphiniques

EN > 3 et Score DN4i  $\geq 3/10$  ou allodynie au frottement ou CRPS

- Expliquer au patient le caractère non répondeur aux morphiniques de ce type de douleur, ne pas augmenter le Tramadol ou l'IZALGI
- Prescrire patchs de VERSATIS +/- Neurontin
- Si CRPS fortement suspecté : Vitamine C 500mg/j 50 jours + AINS 72 heures
- Continuer Kinésithérapie douce
- RDV avec médecin douleur dans la semaine : plage urgence pour pec interventionnelle ou médicamenteuse

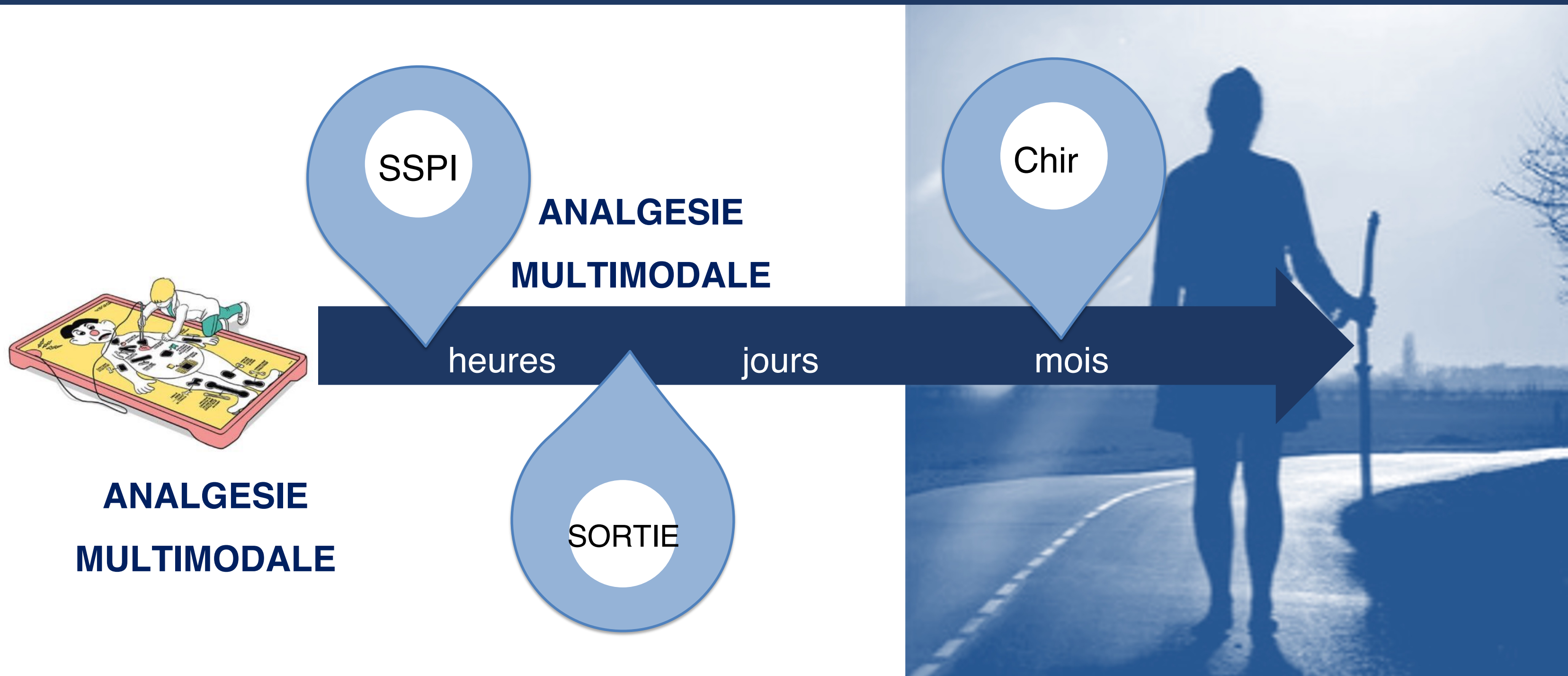
# Orienter



Nouvelles techniques  
en analgésie péri-opératoire

Cyril Quemeneur

# Trajectoire Dououreuse Postopératoire Old Model



# Trajectoires Douloureuses Postopératoires

## Optimisation Gestion Douleur Péri Opératoire

