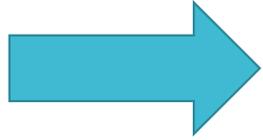


Recommandations de la Commission Neuromodulation de la SFETD - 2022

Commission Neuromodulation SFETD & SFNM

REDO : vendredi 2 février 2024





Coordinateur de la mission :

Dr Caroline COLOMB, Médecin de la douleur, SDC territoriale Vannes-Auray-Ploërmel (56)

Groupe de Travail :

Dr Géraldine BRUMAULD DE MONTGAZON, Médecin de la douleur, SDC, C.H. La Rochelle (17)

Mme Séverine CONRADI, Psychologue clinicienne, SDC, CHU Nancy (54)

Mme Karine CONSTANS, Infirmière Ressource Douleur, SDC, C.H. Beauvais (60)

Dr Marie-Christine DJIAN, Anesthésiste-réanimatrice-médecin de la Douleur-implanteur, SDC,
Hôpital Saint Joseph, Paris

Dr Manon DURAFFOURG, Neurochirurgienne-implanteur, Hôpital neurologique HCL, Bron (69)

Pr Denys FONTAINE, Neurochirurgien-implanteur, C.H.U. Nice (06)

Dr Aline ROY-MOREAU, Médecin de la douleur, SDC C.H. Nord Deux Sèvres (79)

Pr Philippe RIGOARD, Neurochirurgien-implanteur, C.H.U. Poitiers (86)



Définir un parcours de soins coordonnées en vue d'une implantation de neurostimulation à visée antalgique

- **Addictions** à certains traitements médicamenteux avec un **enjeux de santé publique mondiale** ;
- Remise en cause de l'efficacité de certaines molécules de références via des études scientifiques publiées dans des revues à Impact Factor important ;
- Manque important de données cliniques et de qualités de vie chez les patients douloureux chroniques bénéficiant d'une approche pharmacologique ;
- **Progrès important de la NSI** ces dernières années avec un recul conséquent sur son efficacité
- Variabilité des pratiques et des parcours patient candidat à la thérapie de NSI

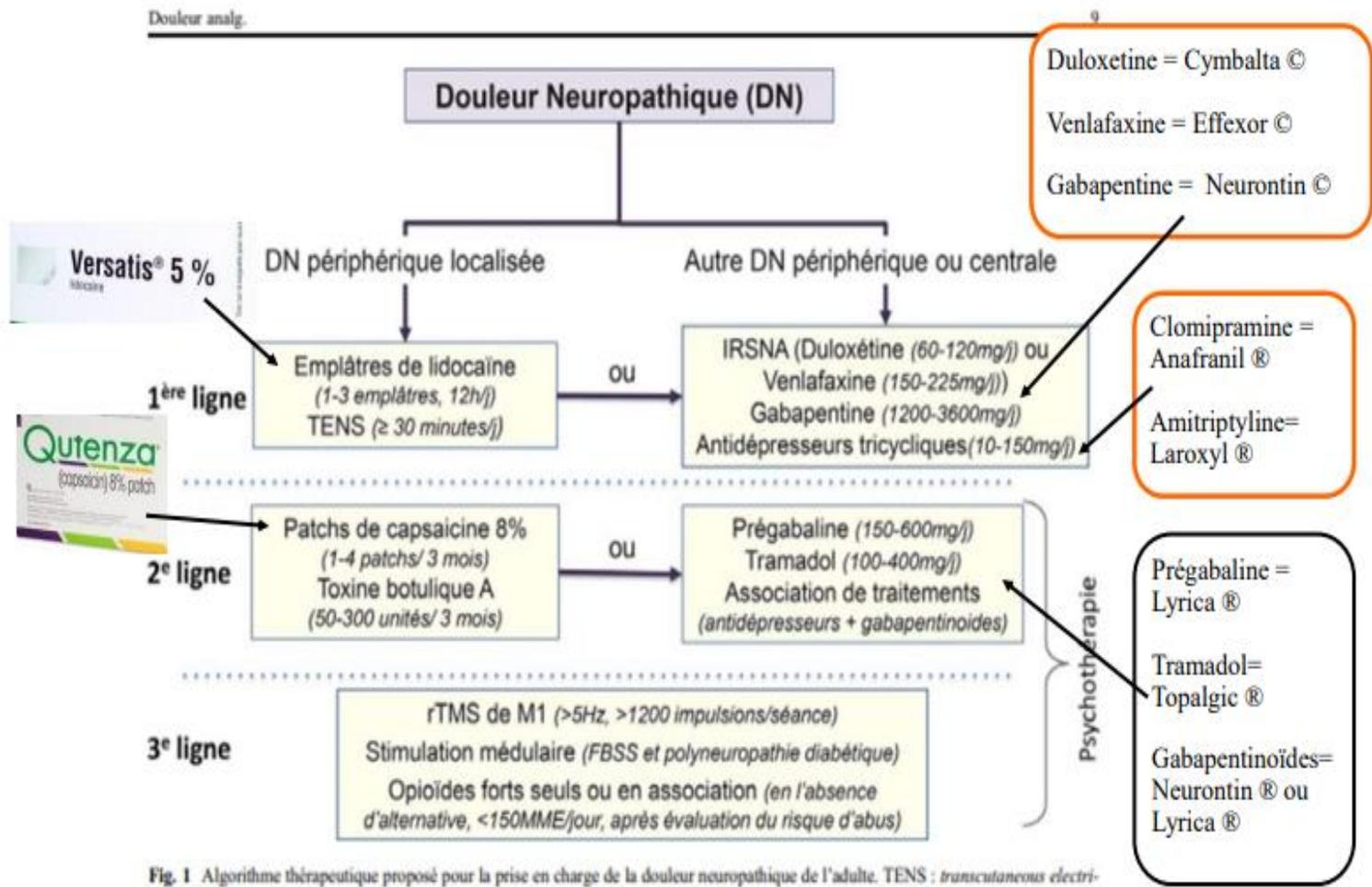


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : *antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline* ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

- I. Place de la Neuromodulation dans le **parcours de soins** du patient douloureux chronique basée sur les indications retenues dans les pays européens
- II. Analyse et révisions des **recommandations** en vigueur en partenariat avec la SFNM
- III. Définition du parcours patient **avant, pendant et après** implantation

Proposer l'accès à un test de NSI, au sein d'une SDC et discuter sa place au sein d'un parcours de soins spécifique par l'activation d'un parcours de neuromodulation patient

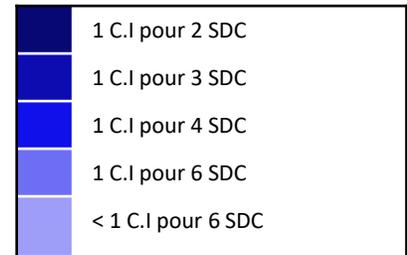
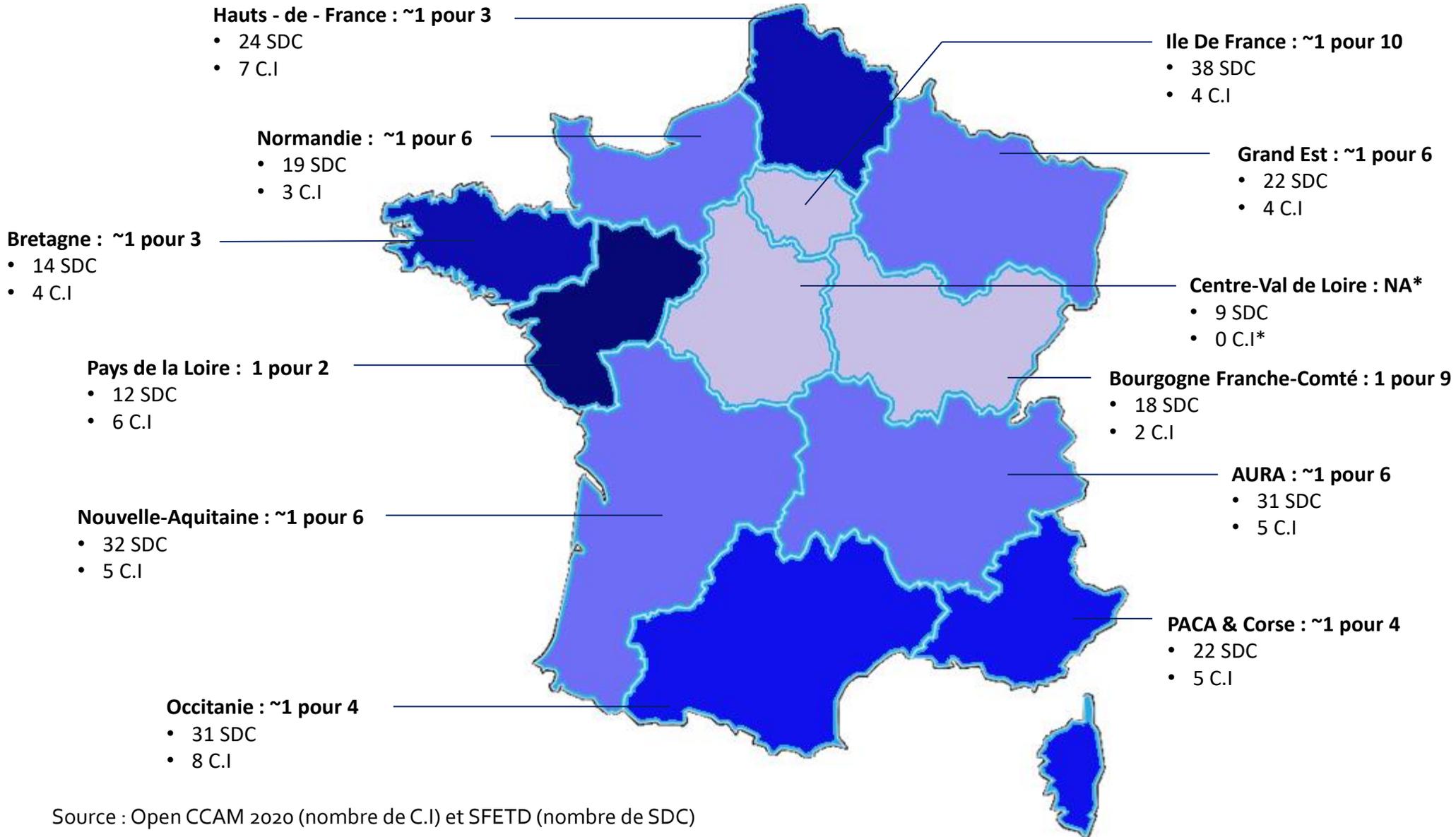
- Améliorer la **connaissance des techniques** de neuromodulation dans le parcours de soins du patients douloureux chronique ;
- Améliorer le **maillage territorial** ;
- Améliorer l'organisation de la prise en charge pré-implantation :
 - Mettre en **réseau** les CI et les SDC
 - S'assurer de l'exhaustivité des options thérapeutiques préalablement proposées
 - S'assurer de **l'exhaustivité du bilan psycho-social**
 - Evaluer la faisabilité du geste opératoire et choix de la technique la plus adaptée

Répartition des centres implantateurs (C.I) et des SDC en France en 2020

Méthodologie :

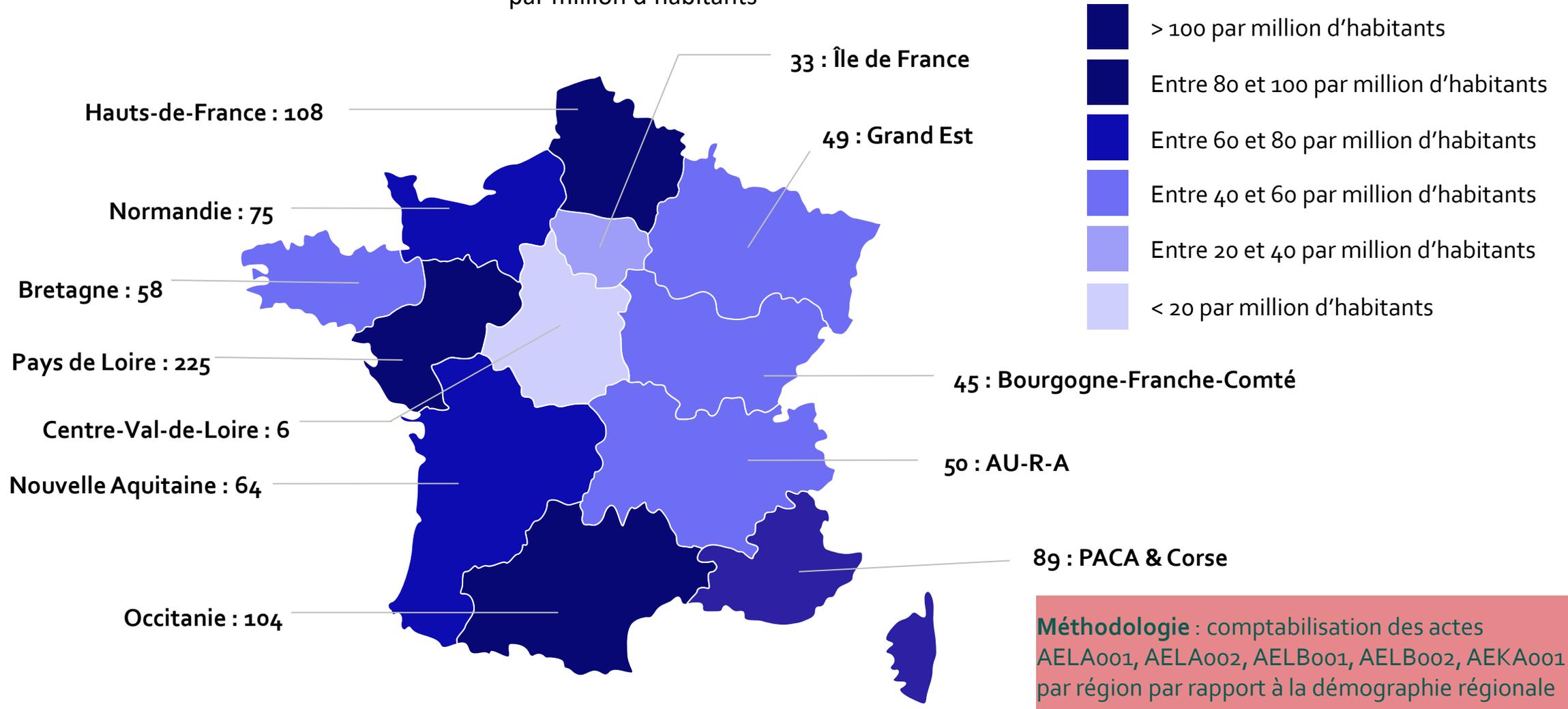
SDC : comptabilisation des structures douleur *via* la liste disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>

C.I. : comptabilisation des centres ayant totalisé au moins 10 fois l'un des actes suivants : AELA001, AELA002, AELB001, AELB002, AEKA001 (source CCAM)



Pénétration de la thérapie de stimulation médullaire au niveau national

Actes de neurostimulation médullaire / million d'habitants en 2021 : Moyenne = 72 actes par million d'habitants



Mission II – Révisions des recommandations

- Indications HAS 2014 **trop restrictives**
- Critères de remboursement à redéfinir au fil des évolutions technologiques
- Réalisation d'un bilan pré-implantation obligatoire reposant sur le parcours de soin défini en mission III
- **Suivi du patient est double** et doit être assuré conjointement :
 - **Par l'équipe de la structure douleur** : suivi global de la douleur et éventuel sevrage médicamenteux
 - **Par l'équipe du centre implanteur** : réévaluer le dispositif implanté
 - paramètres de neuromodulation,
 - positionnement de l'électrode,
 - les possibilités d'évolution technologique

Douleurs chroniques d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à :

un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ;

- **Douleurs chroniques neuropathique d'origine périphérique, en échec thérapeutique quelle que soit l'étiologie.**



Douleurs chroniques d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à :

un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ;

Syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois.

- Douleurs chroniques à connotation et prédominance neuropathique avérée, d'origine périphérique voire centrale, en échec thérapeutique quelle que soit l'étiologie.
- **Syndrome Dououreux Régional Complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.**



Douleurs chroniques d'origine neuropathique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à :

un syndrome douloureux chronique radiculaire ou tronculaire d'origine diabétique, zostérienne, traumatique ou chirurgicale, persistant depuis au moins un an ;

Syndrome douloureux régional complexe de type I ou II persistant depuis au moins six mois.

Douleurs chroniques d'origine ischémique, après échec des alternatives thérapeutiques, secondaires à *une maladie de Buerger.*

- Douleurs chroniques à connotation et prédominance neuropathique avérée, d'origine périphérique voire centrale, en échec thérapeutique quelle que soit l'étiologie.
- Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.
- **Douleurs chroniques d'origine ischémique, inaccessibles voire en alternative à une tentative de revascularisation par voie chirurgicale ou endovasculaire.**



- Douleurs chroniques à connotation et prédominance neuropathique avérée, d'origine périphérique voire centrale, en échec thérapeutique quelle que soit l'étiologie.
- Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I ou II persistant depuis au moins 6 mois.
- Douleurs chroniques d'origine ischémique, inaccessibles voire en alternative à une tentative de revascularisation par voie chirurgicale ou endovasculaire.
- **Douleurs chroniques céphaliques incluant AVF, migraine, névralgie trigéminal, névralgie d'Arnold, SUNCT...**

Mission II – Contre-indications médicales & chirurgicales

Contre-indications absolues

- Infection bactérienne en cours non contrôlée
- Trouble de la coagulation sévère non contrôlé
- Grossesse en cours
- Troubles cognitifs sévères
- Processus expansif intra-canalair en regard de l'électrode
- Présence d'un pacemaker cardiaque monopolaire

Contre-indications relatives

- Diabète ou trouble de la coagulation déséquilibrés
- PES très altérés avec allongement majeur du temps de conduction central
- Patient vulnérable sous tutelle, sans accord de la tutelle



Mission II - Drapeaux rouges et oranges suite à l'évaluation psychologique en pratique clinique de la neurostimulation implantée

5

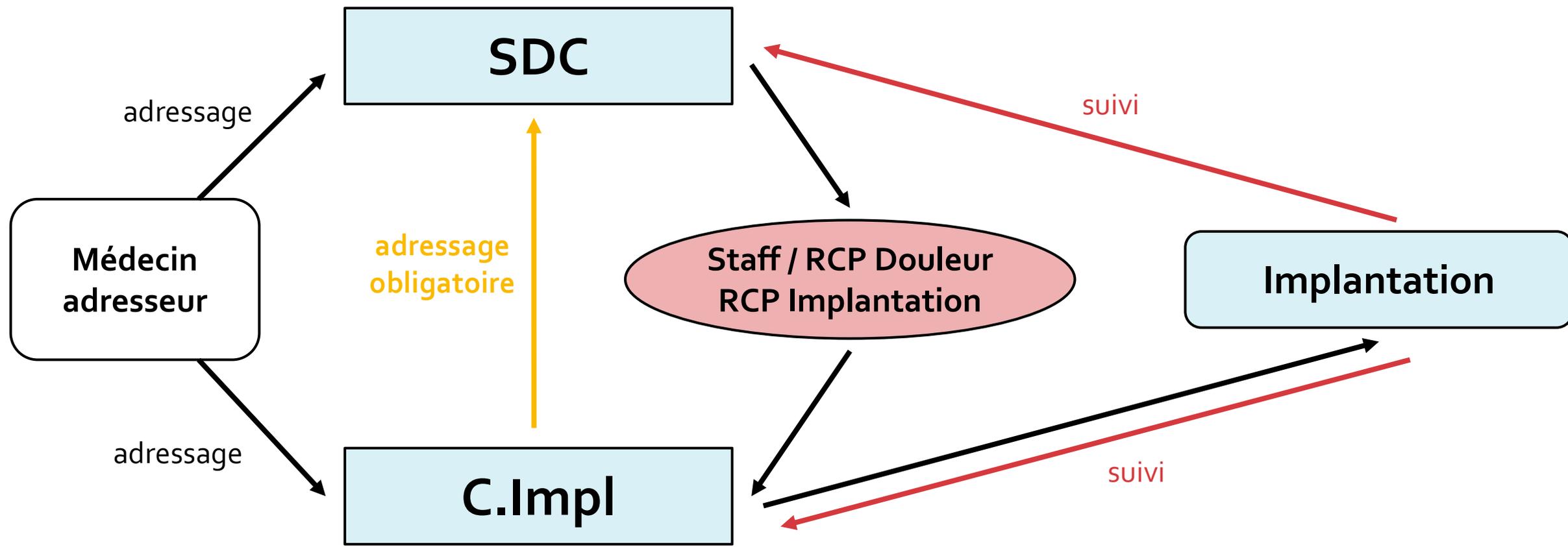
Drapeaux rouges :

- Syndrome de conversion,
- Personnalité paranoïaque,
- Troubles factices (Syndrome de Münchhausen, pathomimies),
- Toute appétence au geste opératoire,
- Troubles psychotiques non stabilisés,
- Les troubles majeurs de l'humeur non stabilisés,
- Des troubles cognitifs importants,
- Une importante somatisation.

Drapeaux oranges :

- Personnalité psychotique stabilisée,
- Dépression avec menace sévère de passage à l'acte,
- Place de la douleur comme protecteur psychique,
- Litige ou procédures en cours (professionnelles, sociales de type résolution administrative, ...),
- Les comportements à risques et les addictions,
- Le vécu corporel traumatique (dont les Troubles de Stress-PostTraumatique – TSPT)
- Lorsque la temporalité de la chirurgie ne correspond pas à la temporalité du patient (indisponibilité physique ou psychique, etc...).

Parcours Patient



Mission III – Avant Implantation

Indication

Rôle du Médecin de la SDC :

- Repérer ou confirmer **l'indication**
- Activer le **parcours-patient** sans perte de chance
- Coordonner le parcours-patient
- Identifier les **contre-indications**

Eligibilité en SDC

Eligibilité :

- Evaluation par le Médecin de la Douleur
- Evaluation par l'IRD
- Evaluation par le Psychologue et/ou le Psychiatre
- Mise en place d'un **Plan Personnalisé de Soins** avec accord du patient

Validation en RCP

Composition de la RCP

(souhaité) :

- Equipe du CI (**médecin implanteur & médecin de la douleur, IRD, psychologue** et/ou psychiatre)
- Equipe de la SDC (**médecin, IRD, psychologue** et/ou psychiatre)
- Médecin MPR, Rhumatologue, Chirurgien du rachis, Autres
- Patient +/- accompagnant

Mission III – Pendant Implantation

Implantation Electrode

Avant Implantation :

- Présentation du matériel et des étapes chirurgicales
- Vérification bonne compréhension / reformulation

Période d'implantation :

- Programmation
- Apprentissage télécommande
- Radiographie

Période Test

- Durée moyenne : 7 jours
- A domicile en conditions de vie réelle
- Evaluation multidimensionnelle

Implantation Stimulateur

- En cas d'amélioration significative (douleur, qualité de vie sommeil, ...) : implantation définitive du stimulateur implantable

Mission III – Après Implantation

Suivi Immédiat

- Réévaluation clinique
- Contrôle des cicatrices
- Evaluation multidimensionnelle de l'efficacité de la stimulation par l'IRD
- Ajustement de la programmation
- Réévaluation au sein de la SDC initiale

Suivi à Moyen & Long Terme

Suivi à M3, M6, M12, puis annuel

- Evaluation multidimensionnelle avec les différentes échelles utilisées
- Pourcentage de soulagement,
- Couverture du territoire douloureux
- Satisfaction du patient
- Relever les difficultés d'usages du système de NSI
- Reprogrammation si nécessaire
- Accompagnement de la reprise d'activités quotidiennes et réinsertion socio-professionnelle
- Réajustement du traitement antalgique

Conclusion

- Processus dynamique
- Elargissement des cibles : SME → NSI (SME – DRG – Stim centrale profonde – Stim nerveuse périphérique)
- Elargissement des indications
- Débat autour de la phase test
- Amélioration des échanges, du suivi du patient et du maillage territorial

Le BON traitement, au BON patient, au BON moment

