

douloureux chronique. 45,3 % des patients consultant pour un syndrome douloureux chronique avait un syndrome des jambes sans repos. Plus la gravité du SJSR est importante, plus le score d'HAD est élevé.

TO44 ANALGÉSIE POST-OPÉRATOIRE PAR INJECTION PÉRIDURALE DE KÉTOPROFÈNE

P. Nzoghe Nguema⁽¹⁾, C. Mann⁽²⁾, S. Pither Antchouet⁽¹⁾, Y. Pouzeratte⁽²⁾, J.J. Eledjam⁽²⁾

1. Centre Hospitalier, Libreville-Gabon

2. Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Montpellier, France.

Introduction : En Afrique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont très utilisés comme antalgiques car peu onéreux. Chez l'animal, l'effet analgésique des AINS par voie spinale a été démontré [1]. Chez l'homme, l'utilisation de cette voie n'a été rapportée que dans des cas exceptionnels de douleurs chroniques rebelles [2].

Objectif : Évaluation de l'analgésie postopératoire obtenue par l'injection périurale de kétoprofène.

Matériel et méthode : Étude prospective, contrôlée, randomisée, en double insu, réalisée à l'hôpital de Libreville (Gabon) après consentement écrit des patients et avec l'accord du Comité d'Éthique Gabonais. Les patientes opérées d'une hystérectomie totale sous anesthésie générale recevaient au réveil une administration périurale lombaire de kétoprofène 100 mg si EVA > 5/10 (groupe A, n = 30) ; pendant 24h, des réinjections de la moitié de la dose précédente de kétoprofène étaient permises. Dans le groupe contrôle, les patientes recevaient dans les mêmes conditions du sérum physiologique (groupe B, n = 30). Dans les 2 groupes, en cas de douleur intense persistante (EVA > 5/10), de la bupivacaïne 0,25 % était administrée. Un suivi neurologique était réalisé à distance.

Résultats : dans les deux groupes, les scores EVA des premières 24h étaient identiques. Dans le groupe A, 17 patientes recevaient 3 injections et 13 patientes recevaient 4 injections de kétoprofène (dose totale moyenne : 180,5 ± 6,3 mg/j), aucun recours à la bupivacaïne n'a été nécessaire. Dans le groupe B, toutes les patientes recevaient de la bupivacaïne (dose totale moyenne : 556,6 ± 46,9 mg/j). La différence entre les groupes était significative. Aucune complication hémodynamique, neurologique, hématologique ou rénale n'a été relevée.

Conclusion : Cette étude est la première à montrer l'effet analgésique d'un AINS par voie périurale chez l'homme. Cependant cet effet peut, au moins en partie, être lié au passage systémique du kétoprofène. Enfin, l'étude n'a pas la puissance nécessaire pour exclure une éventuelle neurotoxicité des AINS par voie spinale.

RÉFÉRENCES

1. Martin TJ, Zhang Y, Buechler N, Conklin DR, Eisenach JC. Intrathecal morphine and ketorolac analgesia after surgery: comparison of spontaneous and elicited responses in rats. *Pain* 2005;113:376-85.
2. Devoghel JC. Small intrathecal doses of lysine-acetylsalicylate relieve intractable pain in man. *J Int Med Res* 1983;11:90-1.

TO45 DOULEUR ET LOCKED-IN SYNDROM (LIS) : RÉSULTAT D'UNE ENQUÊTE

F. Pellas, S. Ghorbel, S. Petiot, E. Royer, J. Pélissier
Département de MPR, Nîmes, France.

Introduction : Le patient atteint de *Locked-in syndrom* (LIS) est selon les critères de l'*American Congress of Rehabilitation Medicine* (ACRM) éveillé, conscient de son environnement, capable de communiquer mais ne pouvant ni bouger, ni parler. Ses fonctions intellectuelles ne sont pas altérées. La communication se fait à l'aide d'un code par mouvements oculo-palpébraux. La question de la douleur lors des multiples actes de soin et d'hygiène reste posée. Elle a été explorée au cours d'une étude de la qualité de vie de ces patients par le questionnaire MOS-SF 36 et de leur entourage.

Méthode : L'enquête a porté sur 17 patients atteints de LIS (âge : 44,47 +/- 6,32 ans ; 12 hommes, 5 femmes ; durée d'évolution 5,52 ans de 2 à 16 ans) selon les critères de l'ACRM au sens strict. La douleur physique a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) indicée, et par les deux items du MOS-SF 36 explorant cette dimension (BP). Outre les autres dimensions du SF-36, ont été explorées également par EVA indicée: la présence d'idées suicidaires, la qualité du sommeil.

Résultats : La douleur est absente chez 10/17 des patients LIS explorés ; ce résultat est compatible avec le score BP pour lequel la population LIS n'est pas différente d'une population normale. Elle n'est pas non plus différente pour ce qui concerne la santé perçue (GH) et la santé psychique (MH et RE). Les idées suicidaires ne sont réellement présentes que chez 1/17 patients. Par contre le sommeil est très altéré chez 8/17 patients.

Conclusion : En dépit d'un handicap moteur très lourd, la communication essentiellement par mouvements oculo-palpébraux des patients LIS permet une évaluation de la douleur par EVA indicée. La douleur n'est pas un symptôme dominant chez ces patients qui de fait ont mis en jeu des processus d'adaptation à leur sévère handicap.