



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Impact sur la qualité de vie de l'analgésie loco-régionale chez les patients douloureux chroniques : Une étude observationnelle rétrospective.

Présentée et soutenue à huis clos le 16 Juin 2020 à 18h
au Pôle Recherche
par **Arsène GAGNEUIL**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoît TAVERNIER

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Serge DALMAS

Monsieur le Docteur Jean-Michel WATTIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

**Travail de la Clinique d'Anesthésie Réanimation et de la Douleur -
Hôpital Huriez - CHU de Lille**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations utilisées

AIVOC : anesthésie intraveineuse à objectif de concentration

AL : Anesthésique local

ALR : Analgésie loco-régionale

CIDN : Contrôles Inhibiteurs Diffus Nociceptifs

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EN : échelle numérique

IMC : indice de masse corporel en kg/m²

IPT : incapacité permanente de travail

PGIC : Patient Global Impression of Change

SDRC : Syndrome douloureux régional complexe

SFAR : La Société Française d'Anesthésie Réanimation

SFETD : la Société Française d'Evaluation et du Traitement de la Douleur

Table des matières

RÉSUMÉ	5
ABSTRACT	6
A. INTRODUCTION	7
B. MATERIEL ET METHODE	9
1. Type d'étude.....	9
2. Population étudiée.....	9
3. Prise en charge de l'ALR.....	9
4. Données recueillies.....	11
5. Critères de jugement.....	13
6. Statistiques.....	13
7. Considérations éthiques.....	14
C. RÉSULTATS	15
1. Diagramme de flux.....	15
2. Population étudiée.....	15
3. Critère de jugement principal.....	17
4. Critères de jugement secondaires.....	17
D. DISCUSSION	20
E. CONCLUSION	24
F. BIBLIOGRAPHIE	25
G. ANNEXES	27
Annexe 1 : Score EQ5D.....	27
Annexe 2 : Score DN4 "interview".....	28
Annexe 3 : Echelle de catastrophisme.....	29
Annexe 4 : HAD.....	30
Annexe 5 : Echelle d'évaluation de la santé.....	32
Annexe 6 : WOMAC.....	33
Annexe 7 : DASH.....	35

RÉSUMÉ

Objectifs : La SFAR et la SFETD recommandent de recourir à l'ALR pour la prise en charge de la douleur chronique en cas de résistance au traitement systémique bien conduit. Peu d'études ont évalué l'intérêt de l'ALR chez le douloureux chronique. L'objectif de l'étude était d'évaluer son impact sur la qualité de vie à un mois chez des patients douloureux chroniques.

Type d'étude : monocentrique, observationnelle, rétrospective au CHU de Lille (Juin 2019 à Janvier 2020).

Patients et méthodes : Étaient inclus les patients douloureux chroniques en échec du traitement conventionnel ayant bénéficié d'une ALR. Les patients ont rempli un questionnaire avant et un mois après la procédure contenant des scores évaluant la fonctionnalité et l'amélioration globale de l'état santé du patient après l'intervention selon l'échelle PGIC "Patient global Impression of Change" correspondant au critère principal de notre étude, le confort de vie et la vulnérabilité psychosociale (EQ5D, HAD), l'intensité de la douleur (EN) et la composante neuropathique (DN4).

Résultats principaux : Soixante patients ont bénéficié de l'ALR. Trente patients ont complété le deuxième questionnaire 1 mois après la procédure avec 51,7%, IC 95% [32,5% ; 70,1%] des patients qui ont présenté une amélioration de leur qualité de vie (PGIC \leq 4). Parmi eux, il existait une amélioration significative des scores EQ5D $p=0,004$, HAD total $p=0,01$, HAD Anxiété $p=0,03$ et l'EN de la douleur $p=0,01$.

Conclusion : l'ALR semble améliorer la qualité de vie de plus de la moitié des patients sur une période d'un mois. Le meilleur confort de vie pourrait être lié à une amélioration de la qualité d'analgésie et une réduction de la vulnérabilité affective.

Mots-clés : Douleur chronique, analgésie loco-régionale, qualité de vie.

ABSTRACT

Objectives : The SFAR and the SFETD recommended the use of ALR for the management of chronic pain in case of resistance to well-managed systemic treatment. Few studies have evaluated the value of ALR in chronic pain. The aim of the study was to assess its impact on the quality of life of patients suffering from chronic pain, one month after they started treatment.

Type of study : monocentric, observational, retrospective at Lille University Hospital.

Patients and methods : Patients with chronic pain who failed conventional therapy and who received ALR were included. The patients filled out a questionnaire before and one month after the procedure. It contained scores evaluating functionality and the overall improvement of the health status of the patient according to the PGIC scale (main objective), comfort of life and psychosocial vulnerability (EQ5D, HAD), intensity of pain (EN), neuropathic component (DN4), .

Main results : 60 patients benefited from ALR. 30 patients completed the second questionnaire 1 month after the procedure. 51.7% [32.5%; 70.1%] of the patients presented an improvement in their quality of life (PGIC \leq 4). Among them, there was a significant improvement in the EQ5D scores $p=0.004$, HAD total $p=0.01$, HAD Anxiety $p=0,03$ and the numerical scale pain $p=0.01$.

Conclusion : ALR seems to improve the quality of life of more than half of patients over a period of one month. A more comfortable living situation could be linked to an improvement in the quality of analgesia and a reduction in emotional vulnerability.

Keywords : Chronic pain, regional analgesia, quality of life.

A - INTRODUCTION

La douleur est, selon l'*International Association for the Study of Pain*, une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion [1]. La douleur peut être liée à un excès de nociception par lésion tissulaire ou à une atteinte neurogène ou douleur neuropathique [2]. Cette dernière est répartie en 3 grandes classes que représentent la douleur neuropathique périphérique, les polyneuropathies ayant une étiologie systémique et le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) [2]. Les composantes nociceptives et neuropathiques sont très souvent associées. La douleur est considérée comme chronique lorsqu'elle se prolonge au-delà de 3 mois [1].

La composante neuropathique des patients douloureux chroniques est fréquemment au premier plan. Elle résulte de lésions des nerfs périphériques dues à des traumatismes mécaniques, des maladies métaboliques, des produits chimiques neurotoxiques, des infections ou des tumeurs [3]. Ces douleurs neuropathiques périphériques sont associées à des adaptations pathologiques du système nerveux central et périphérique par modification de l'expression des récepteurs glutamate (NMDA), Tachykinin Neurokinin-1 (NK1), Amino-3-Hydroxy-5-Methyl-4-Isoxazole Propionate (AMPA) et Tyrosine Kinase B (TrkB) entraînant une hypersensibilité à la douleur [3,4].

La conséquence clinique est la réduction du seuil de douleur et l'initiation d'un phénomène de sensibilisation du système nerveux central à l'influx douloureux se traduisant par une allodynie et une hyperalgésie. La pérennisation de ces phénomènes d'hyperexcitabilité neuronale conduit à terme à une modification de la

plasticité centrale telle que la disparition de l'interneurone inhibiteur dont le médiateur est l'acide Gamma-Aminobutyric (Neurone GABAergique) et de ses propriétés modulatrices [2,3]. Le processus de la douleur chronique est alors installé [4].

L'analgésie loco-régionale (ALR) est reconnue dans la période périopératoire pour réduire la consommation en opiacés, favoriser la réhabilitation précoce et probablement prévenir la chronicisation des douleurs [5–8]. La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et la Société Française d'Evaluation et du Traitement de la Douleur (SFETD) recommandent le recours à l'ALR pour la prise en charge de la douleur chronique en cas de résistance au traitement systémique bien conduit [9]. Toutefois, les modalités exactes concernant le choix des anesthésiques locaux, des adjuvants utilisés ou le mode d'administration en bolus ou en continu par cathéter péri-nerveux ne sont pas clairement établies dans la littérature. Peu d'études ont évalués l'intérêt de l'ALR chez le douloureux chronique. Vlassakov et collaborateurs, dans une revue reposant sur des cas cliniques, ont observé pour certains patients douloureux chroniques une amélioration de l'analgésie qui se prolongeait au-delà du délai d'action des anesthésiques locaux [10]. Le mécanisme de cette action prolongée n'est actuellement pas expliqué.

Le postulat du travail repose sur les effets prolongés de l'ALR chez le patient douloureux chronique et de son impact potentiel sur le confort de vie des patients [11]. L'objectif de l'étude a donc été d'évaluer l'impact de l'ALR sur la qualité de vie à un mois chez des patients douloureux chroniques en échec du traitement conventionnel.

B - MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, rétrospective conduite dans le service d'anesthésie réanimation et de la douleur de l'hôpital Huriez - CHU de Lille s'intéressant aux patients douloureux chroniques bénéficiant d'une ALR du 3/06/2019 au 06/01/2020.

2. Population étudiée

a. Critères d'inclusion

- Patients douloureux chroniques en échec du traitement conventionnel ayant bénéficié d'une ALR.

b. Critères d'exclusion

- Patients mineurs,
- Personnes sous tutelles ou curatelles,
- Fibromyalgie
- Douleurs diffuses non accessibles à une ALR

3. Prise en charge de l'ALR

L'indication de l'ALR était posée par l'algologue. La procédure était validée en réunion pluridisciplinaire en présence de l'algologue, de l'anesthésiste réanimateur, d'une psychologue et de l'infirmière douleur.

Chaque patient devant bénéficier de l'ALR a rencontré l'anesthésiste réanimateur opérateur en consultation d'anesthésie.

La procédure était réalisée en hospitalisation de jour sous sédation afin de minimiser l'anxiété et l'inconfort voire la douleur induite par la procédure. Les agents sédatifs utilisaient selon les patients midazolam, kétamine et propofol.

Les ALR réalisées étaient :

- Pour le membre supérieur : bloc inter-scalénique pour les douleurs neuropathiques d'épaule ou bloc infra-claviculaire pour les douleurs neuropathiques du coude ou du poignet/main.
- Pour le membre inférieur : bloc du nerf cutané latéral de la cuisse pour des douleurs neuropathiques de la face externe de cuisse après chirurgie prothétique de hanche, du nerf saphène pour les douleurs neuropathiques du genou, ou du nerf sciatique poplité pour des douleurs neuropathiques du pied.
- Pour le tronc : bloc abdominal transverse (TAP bloc) pour douleur neuropathique ilio-inguinale après chirurgie sous ombilicale pariétale ou non.

L'anesthésique local était la ropivacaïne à la concentration de 2 mg/ml pour les blocs à risque de bloc moteur et 3,75 mg/ml pour les blocs sans atteinte motrice. La clonidine à la dose de 150 microgrammes était systématiquement associée. L'ALR était réalisée sous échographie en utilisant la technique de visualisation de l'aiguille dans le plan.

Les patients bénéficiaient soit d'une injection unique soit de la mise en place d'un cathéter pour une durée maximale de 3 semaines.

Les traitements de fond antalgiques et/ou anti-dépresseurs pris par le patient n'étaient pas modifiés lors de la procédure ni durant le mois suivant. L'anesthésiste

responsable de la procédure et l'infirmière douleur voyaient systématiquement les patients avant leur sortie d'hospitalisation de jour afin d'évaluer l'efficacité immédiate de l'ALR.

Les patients ne bénéficiaient pas à titre systématique d'un arrêt de travail. Le suivi des patients ayant eu un cathéter était réalisé par une infirmière libérale à domicile avec un retour téléphonique auprès de l'infirmière douleur bi-hebdomadaire.

4. Données recueillies

Les caractéristiques générales des patients ont été récupérées comme l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (IMC), la classe professionnelle, la présence d'un arrêt de travail et son type, la présence d'une incapacité permanente de travail (IPT) et la durée de la douleur (moins de 6 mois, de 6 mois à 1 an ou plus d'un an).

Tous les patients ont reçu un questionnaire à compléter avant la procédure et 1 mois plus tard. Le questionnaire était complété directement par le patient.

Le questionnaire transmis systématiquement à tous les patients bénéficiant d'une ALR a évalué :

- la qualité de vie liée à la santé par le score EQ5D en 5 items, chacun côté de 0 à 4 pour un maximum de 20, (*annexe 1*),
- L'état de santé estimé par auto-évaluation sur échelle visuelle analogique de 0 à 100 (*Annexe 5*), 100 étant la meilleure santé imaginable
- l'échelle numérique des douleurs (EN) allant de 0 à 10, 10 étant la pire douleur,
- la composante neuropathique avec le score « interview » (DN4), un score > 3/7 indique une douleur à expression neuropathique, (*annexe 2*),

- le catastrophisme en 13 items (PCS), chacun coté de 0 à 4 pour un maximum de 52 (*Annexe 3*),
- le score d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (HAD) (*Annexe 4*) regroupant sept items évaluant le niveau d'anxiété, sept items évaluant une suspicion de dépression ; chaque item est coté de 0 à 3 ,
- pour le membre inférieur le score fonctionnel de WOMAC (*Annexe 6*) et pour le membre supérieur le score fonctionnel de DASH (*Annexe 7*),

A 1 mois, il était évalué également le bénéfice perçu par le patient selon l'échelle « *Patient global Impression of Change* » (PGIC) selon la gradation suivante [12] :

- 1 : c'est nettement mieux, une amélioration considérable qui fait toute la différence ;
- 2 : Mieux avec sans aucun doute une amélioration réelle qui fait la différence ;
- 3 : mieux, le changement est modéré mais notable ;
- 4 : plutôt mieux mais le changement ne fait pas de réelle différence ;
- 5 : un peu mieux mais pas de changement notable ;
- 6 : presque pareil pratiquement pas d'amélioration ;
- 7 : pas de changement ou c'est devenu pire.

Les patients ayant un score ≤ 4 sont considérés comme répondeur à l'ALR.

5. Critères de jugement

a. Critère de jugement principal

L'amélioration de la qualité de vie a été évaluée à partir du score évaluant l'amélioration globale de l'état santé du patient selon l'échelle PGIC allant de 1 à 7 (1 étant le mieux).

Les patients ont été classés en 2 catégories : soit répondeur à l'ALR, caractérisé par un score d'amélioration globale ≤ 4 , soit non répondeur (score >4)

b. Critères de jugement secondaire

L'impact de l'ALR a été évalué sur le confort de vie, l'intensité de la douleur, la composante neuropathique, la vulnérabilité psychosociale et la fonctionnalité en utilisant les scores EQ5D, EN, DN4 interview, PCS, HAD, WOMAC et DASH.

6. Statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage. Les variables quantitatives gaussiennes ont été décrites en termes de moyenne et d'écart-type et les variables quantitatives non gaussiennes en termes de médiane et d'intervalles interquartiles. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

La comparaison des groupes de patients inclus et exclus a été étudiée à l'aide d'un test du Chi-deux pour les variables qualitatives, à l'aide d'un test t de Student pour les variables continues gaussiennes, à l'aide d'un test du U de Mann-Whitney pour les variables continues non gaussiennes et à l'aide d'un test de Cochran-Armitage pour la variable qualitative ordinale (durée de la douleur en classes).

Le taux de répondeurs dans la population des patients inclus a été décrit avec son intervalle de confiance à 95% (méthode exacte de Clopper-Pearson).

Chez les patients inclus, les comparaisons des différentes mesures de douleurs et de qualité de vie avant et après l'anesthésie loco-régionale ont été réalisées à l'aide d'un test t de Student apparié pour les variables continues gaussiennes et à l'aide d'un test des rangs signés de Wilcoxon pour les variables continues non gaussiennes.

Les tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4). Les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Méthodologie - Biostatistique du CHU de Lille.

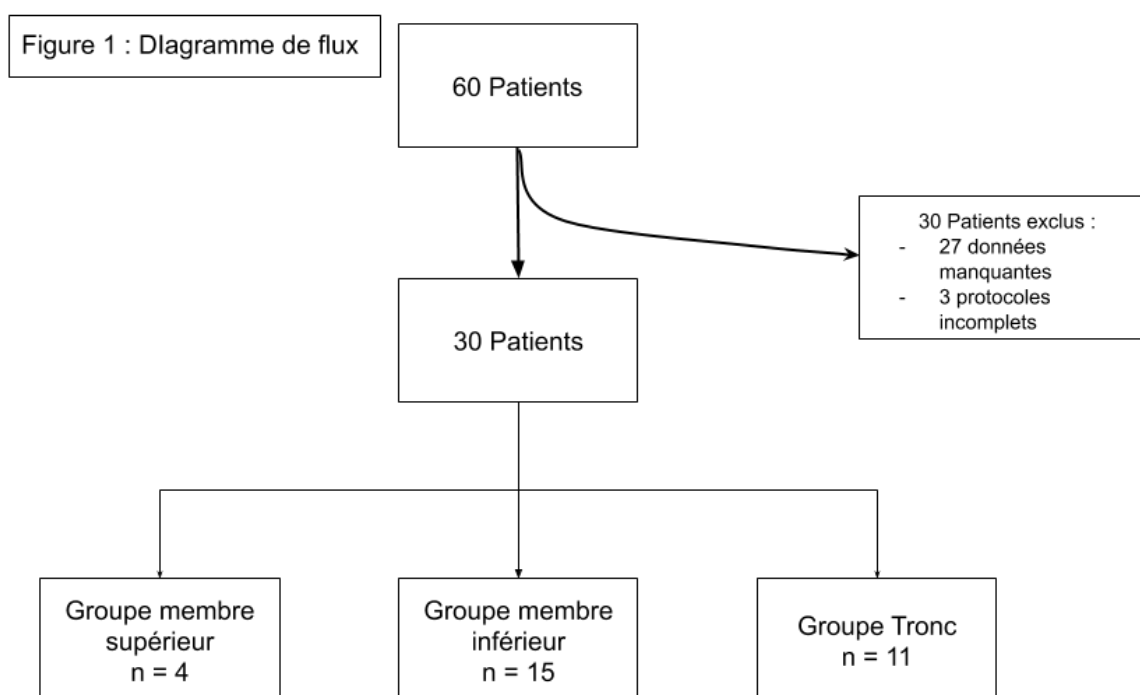
7. Considérations éthiques

Cette étude monocentrique, rétrospective, observationnelle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (N° 2217823 v 0).

C - RÉSULTATS

1. Diagramme de flux

Soixante questionnaires avant l'intervention ont été recueillis. Le diagramme de flux récapitule les différentes répartitions des patients (*figure 1*). Parmi les 30 patients exclus, 27 n'ont pas répondu aux questionnaires à 1 mois de l'ALR, pour 2 patients le cathéter péri-nerveux a dû être enlevé après moins de 5 jours devant un aspect cutané inflammatoire au point de ponction et un patient s'est vu diagnostiquer un cancer entraînant une prise en charge chirurgicale en urgence au moment de remplir le questionnaire à 1 mois.



2. Population étudiée

La comparaison des données démographiques et des scores caractérisant la qualité de vie et la douleur entre les patients inclus et exclus est résumée dans le *tableau 1*. Aucune différence statistique concernant ces données n'a été retrouvée

entre les patients exclus et inclus. Pour les différentes ALR et pour les professions, les effectifs étaient insuffisants pour pouvoir comparer les groupes.

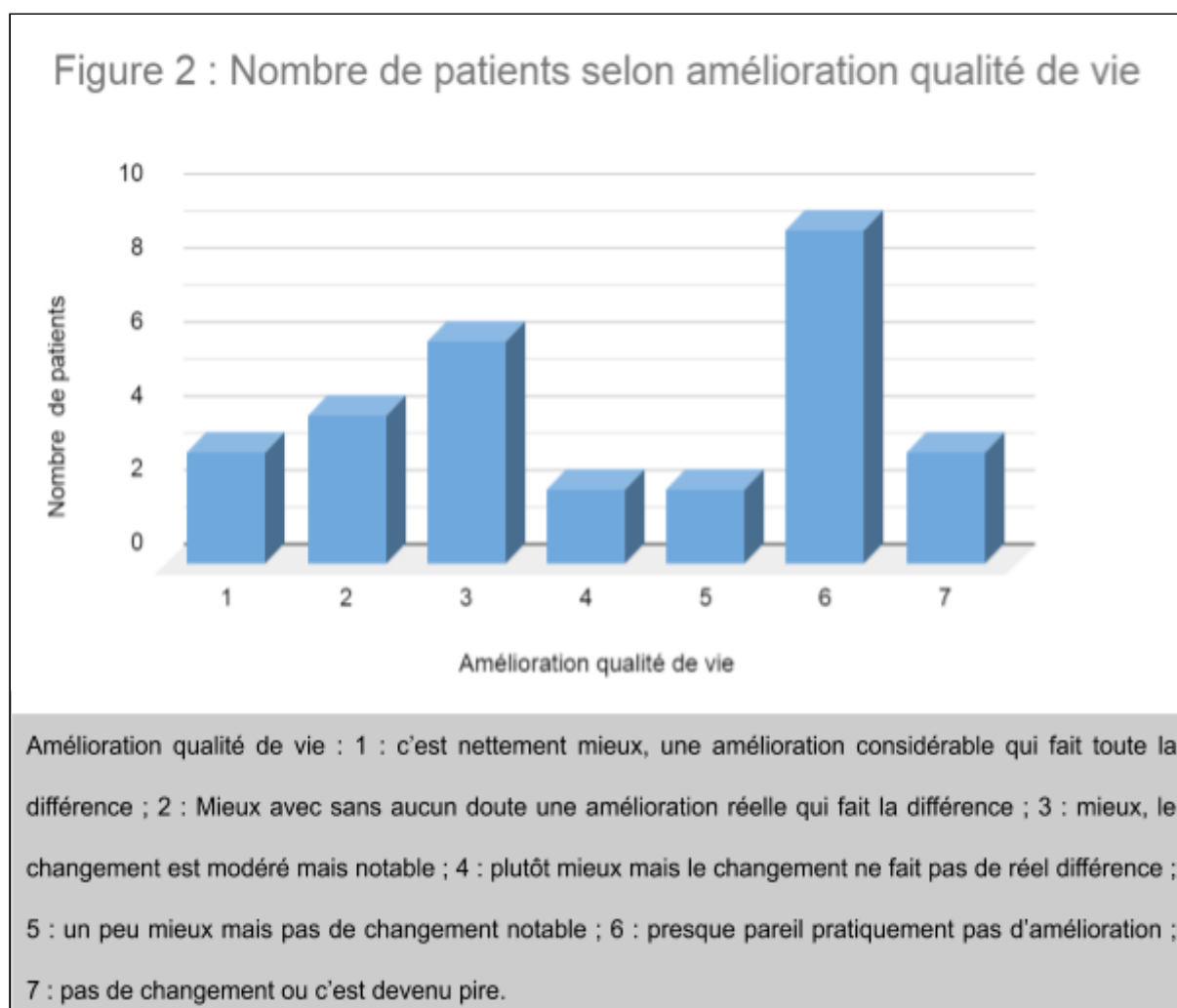
Tableau I : Comparaison des variables démographiques et des scores caractérisant la douleur entre les patients inclus et exclus				
	Tous n = 60	Inclus n = 30	Exclus n = 30	p
Sexe féminin	44 (73%)	23 (76%)	21 (70%)	0,6
Arrêt de travail	26 (43%)	14 (47%)	12 (40%)	0,6
IPT	22 (37%)	12 (40%)	10 (33%)	0,8
Durée de la douleur supérieure à 6 mois	58 (97%)	28 (93%)	30 (100%)	0,4
Âge (ans)	47,2 ± 12,8	47,8 ± 13,2	46,7 ± 12,6	0,8
EQ5D	8,5 ± 3,5	7,8 ± 3,5	9,2 ± 3,4	0,1
IMC (kg/m²)	25,9 [21,8 ; 30,6]	24,3 [21,8 ; 29,5]	27,4 [22,8 ; 31,5]	0,2
Catastrophisme	27,2 ± 14,3	23,9 ± 13,4	30,5 ± 14,7	0,1
Echelle qualité de vie	52,5 [40,0 ; 70,0]	52,5 [43,0 ; 70,0]	55,0 [35,0 ; 70,0]	0,9
Score HAD total	17,0 [12,5 ; 25,0]	15,5 [11,0 ; 24,0]	19,0 [14,0 ; 26,0]	0,08
EN	6,7 ± 1,9	6,5 ± 1,9	7,0 ± 2,0	0,2
DN4	3,0 [2,0 ; 5,0]	3,0 [2,0 ; 5,0]	3,0 [2,0 ; 5,0]	0,8
<p><i>Les données sont exprimées en moyenne ± écart types, en effectif (pourcentage) ou en médiane [interquartiles]</i></p> <p><i>Un p < 0,05 était retenu comme significatif</i></p> <p><i>IPT : incapacité permanente de travail ; IMC : indice de masse corporelle ; HAD : Hospital Anxiety and Depression ; EN : échelle numérique de la douleur ; DN4 : douleur neuropathique 4</i></p>				

Dans cette série, 40% des patients avaient une douleur sévère (intensité EN > 7/10) alors que 45% des patients présentaient une douleur à expression neuropathique (DN4 > 3/7). Parmi tous les patients, 60 % avaient un profil catastrophiste (PCS > 24/52).

3. Critère de jugement principal

Parmi les 30 patients inclus, 51,7 % [IC 95%: 32,5%-70,1%] ont présenté une amélioration de leur qualité de vie (échelle d'amélioration PGIC ≤ 4).

Le nombre de patients par niveau d'amélioration est résumé dans la *figure 2*.



4. Critères de jugement secondaires

Les comparaisons entre les variables "avant" et "1 mois après" l'ALR sont résumées dans le *tableau II*.

Il existe une différence significative concernant l'EN de la douleur. Il n'y a pas de différence significative retrouvée pour les variables suivantes : EQ5D, échelle de qualité de vie, score HAD total, HAD dépression, HAD anxiété et score DN4.

Les tests statistiques concernant les variables WOMAC et DASH n'ont pas pu être calculés devant l'effectif trop faible.

Tableau II : Comparaison avant/après des critères de jugement secondaire			
	Avant ALR	Après ALR	<i>p</i>
EQ5D	9,2 ± 3,4	7,3 ± 4,4	0,4
Echelle qualité de vie	52,5 [43,0 ; 70,0]	50,0 [35,0 ; 80,0]	0,7
Score HAD total	15,5 [11,0 ; 24,0]	16,5 [10,0 ; 20,0]	0,5
Score HAD Anxiété	9,0 [6,0 ; 13,0]	9,0 [5,0 ; 12,0]	0,2
Score HAD Dépression	6,0 [4,0 ; 10,0]	8,0 [6,0 ; 9,0]	0,7
EN	6,5 ± 1,9	5,6 ± 2,6	0,04
DN4	3,0 [2,0 ; 5,0]	3,0 [1,0 ; 5,0]	0,3

Les données sont exprimées en moyenne ± écart types ou en médiane [interquartiles]
Un $p < 0,05$ était retenu comme significatif
HAD : Hospital Anxiety and Depression ; EN : échelle numérique de la douleur ; DN4 : douleur neuropathique 4

La comparaison entre les variables "avant" et "1 mois après" l'ALR a également été réalisée uniquement chez les patients répondeurs. Les résultats sont résumés dans le *tableau III*.

Il a été observé une différence significative pour les variables EQ5D, score HAD total, HAD Anxiété et L'EN de la douleur.

Tableau III : Comparaison avant/après des critères de jugement secondaire chez les patients répondeurs			
	Avant ALR	Après ALR	p
EQ5D	7,7 ± 3,8	5,3 ± 3,8	0,004
Echelle qualité de vie	60,0 [50,0 ; 70,0]	60,0 [50,0 ; 85,0]	0,3
Score HAD total	14,0 [11,0 ; 25,0]	13,0 [6,0 ; 22,0]	0,01
Score HAD Anxiété	9,0 [6,0 ; 15,0]	8,0 [3,0 ; 12,0]	0,03
Score HAD Dépression	6,0 [4,0 ; 12,0]	6,0 [4,0 ; 10,0]	0,3
EN	5,9 ± 2,3	4,0 ± 2,8	0,01
DN4	3,0 [2,0 ; 5,0]	3,0 [1,0 ; 5]	0,4
<p>Les données sont exprimées en moyenne ± écart types ou en médiane [interquartiles] Un p < 0,05 était retenu comme significatif HAD : Hospital Anxiety and Depression ; EN : échelle numérique de la douleur ; DN4 : douleur neuropathique 4</p>			

D - DISCUSSION

Ce travail a montré que l'ALR chez des patients douloureux chroniques s'accompagnait d'une amélioration de la qualité de vie à 1 mois dans 51,7% [IC 95%: 32,5%-70,1%] des cas. Elle était associée à une réduction significative de l'intensité douloureuse chez les patients répondeurs à l'ALR. Chez ces derniers, l'ALR a permis une amélioration de l'humeur, de l'anxiété et de la qualité de vie en santé.

Des données similaires ont été retrouvées dans la revue de la littérature proposée par Vlassakov et collaborateurs. Les auteurs n'ont pu inclure que des cas cliniques face au défaut d'étude méthodologiquement bien menée. Un total de 69 patients douloureux chroniques ont bénéficié d'une ALR en injection unique ou répétée. Il était observé une diminution de l'intensité douloureuse pendant plus de sept jours chez 43% des patients [10]. Le taux de patients soulagés dans cette étude est cohérent avec les données retrouvées dans notre travail. De même, Arnér et collaborateurs trouvaient dans une série de cas de 38 patients, une amélioration significative de la douleur chez 47% des patients pendant plusieurs heures et jusqu'à 2 à 6 jours chez 13% des patients [13]. Toutefois, ces travaux ne s'intéressaient qu'à l'amélioration de la symptomatologie douloureuse sans évaluation de l'impact de l'ALR sur la qualité de vie. A notre connaissance, notre travail est le seul à évaluer le bénéfice de l'ALR à 1 mois de la procédure.

Une amélioration de la qualité de vie a été observée chez nos patients. Elle était liée à une intensité douloureuse moindre ainsi qu'à une réduction de la vulnérabilité psychologique et plus spécifiquement sur l'anxiété. Les douleurs sont d'origine multifactorielle avec une dimension cognitivo-comportementale non

négligeable [2]. Il existe un lien étroit entre la douleur et son retentissement sur la vie quotidienne. La douleur n'est donc pas le seul critère à améliorer pour accroître la qualité de vie globale du patient douloureux chronique [2,14]. Cela explique l'importance de la prise en charge pluriprofessionnelle et au sein des Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Chacun des patients dont l'ALR a été indiquée avait bénéficié d'une évaluation psychologique afin d'appréhender au mieux les attentes du traitement. La validation de l'indication de l'ALR intervient en réunion pluridisciplinaire où la psychologue a évalué au préalable le projet du patient afin de prévenir le risque d'un surinvestissement de celui-ci sur la technique envisagée.

Vlassakov et collaborateurs décrivaient comme mécanisme probable une diminution de l'hypersensibilité du système nerveux central en lien avec le blocage de l'influx nerveux induit par l'ALR [10]. La réduction de la sensibilisation centrale pourrait être la conséquence d'un rééquilibrage des contrôles modulateurs périphériques impliquant la boucle spino-bulbo-spinale pour une réactivation des contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs (CIDN) chez certains patients [15].

Les limites de ce travail sont nombreuses. La première concerne l'effectif réduit avec une analyse effectuée sur 30 patients alors que la population globale aurait dû être de 60 patients. Le défaut d'analyse était lié à l'absence de donnée à un mois de l'ALR. Dès lors, il est difficile d'appréhender la raison pour laquelle les patients n'ont pas complété les questionnaires. Il ne peut être écarté la possibilité d'un échec de la thérapeutique ayant amené les patients à ne pas compléter les questionnaires par dépit. Toutefois, les caractéristiques des patients exclus de l'analyse par défaut d'information étaient identiques avec ceux analysés. Il ne semble

donc pas exister un biais de sélection majeur qui aurait pu contribuer à imaginer une population très différente.

Le caractère rétrospectif de l'étude ne peut permettre qu'une interprétation prudente de l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux chroniques bénéficiant d'une ALR. L'organisation du service et de sa prise en charge multidisciplinaire de manière monocentrique a pu conditionner en partie les résultats. Une autre structure avec une organisation et des techniques différentes pourrait éventuellement engendrer une amélioration de la qualité de vie de leur patient. Dès lors, l'imputabilité de l'ALR dans l'amélioration globale du confort de vie du patient ne pourra être démontrée qu'à la faveur d'un essai prospectif randomisé comparant une ALR à une autre technique non interventionnelle. La variété des pathologies à l'origine du syndrome douloureux chronique rend la population hétérogène et donc non comparable. C'est dans ce contexte qu'il a été préféré d'analyser l'évolution dans le temps et plus particulièrement à distance sur la qualité de vie que sur l'intensité douloureuse. Le ressenti des patients immédiatement après la réalisation de l'ALR sera très différent selon le retentissement moteur ou non du bloc et sa localisation concernant un membre ou la paroi abdominale.

Les patients ont été analysés à des moments très différents de leur pathologie. Aussi, l'initiation du processus douloureux pouvait être relativement ancien ce qui conduit inévitablement à des variations importantes des phénomènes de sensibilisation et de plasticité centrale. Toutefois, cette étude visait à appréhender l'intérêt potentiel de l'ALR chez une population avec une symptomatologie douloureuse dans un territoire accessible à un bloc mais en échec de la prise en charge thérapeutique standard bien conduite. Cette grande variabilité des patients

douloureux chroniques expliquent également en partie la difficulté à mener une recherche clinique avec une méthodologie solide.

En perspective, il apparaît cependant nécessaire de réaliser une analyse séparée du type d'ALR sur la qualité de vie afin de sélectionner au mieux la typologie de patients douloureux chroniques pouvant bénéficier de ce type de stratégie thérapeutique. Cela d'autant que l'instauration éventuelle d'un processus de désensibilisation amènerait à proposer une analgésie prolongée afin de consolider le soulagement et la qualité de vie. Aussi, le maintien d'une analgésie prolongée par la mise en place d'un cathéter pourrait permettre une action antalgique durable. Dans ce contexte, le suivi à distance des patients traités par ALR devrait évaluer l'impact médico-socio-économique de cette technique, notamment en termes de retour au travail et sur les coûts des traitements. La prise en charge de la douleur chronique reste un problème de santé publique qui est estimé aux Etats Unis à 40 000 dollars par an et par patient [14].

E - CONCLUSION

Ce travail suggère que, dans une population de patients douloureux chroniques, l'ALR pourrait améliorer la qualité de vie de plus de la moitié des patients sur une période d'un mois. Le meilleur confort de vie pourrait être lié à une amélioration de la qualité d'analgésie et une réduction de la vulnérabilité affective.

Des études complémentaires sont requises pour positionner l'ALR dans la stratégie thérapeutique du patient douloureux chronique.

F - BIBLIOGRAPHIE

- [1] “Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage” (pp 209-214) *Classification of Chronic Pain, Second Edition*, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994 2015.
- [2] Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol* 2010;9:807–19.
- [3] Aronoff GM. What Do We Know About the Pathophysiology of Chronic Pain?: Implications for Treatment Considerations. *Med Clin North Am* 2016;100:31–42.
- [4] Woolf CJ. Central Sensitization Uncovering the Relation between Pain and Plasticity. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol* 2007;106:864–7.
- [5] Rundgren J, Mellstrand Navarro C, Ponzer S, Regberg A, Serenius S, Enocson A. Regional or General Anesthesia in the Surgical Treatment of Distal Radial Fractures: A Randomized Clinical Trial. *JBJS* 2019;101:1168–1176.
- [6] Matsumoto M, Flores EM, Kimachi PP, Gouveia FV, Kuroki MA, Barros ACSD, et al. Benefits in radical mastectomy protocol: a randomized trial evaluating the use of regional anesthesia. *Sci Rep* 2018;8.
- [7] Levene JL, Weinstein EJ, Cohen MS, Andreae DA, Chao JY, Johnson M, et al. Local anesthetics and regional anesthesia versus conventional analgesia for preventing persistent postoperative pain in adults and children: A Cochrane systematic review and meta-analysis update. *J Clin Anesth* 2019;55:116–27.
- [8] Weinstein EJ, Levene JL, Cohen MS, Andreae DA, Chao JY, Johnson M, et al. Local anaesthetics and regional anaesthesia versus conventional analgesia for preventing persistent postoperative pain in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;6:CD007105.
- [9] Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique - La SFAR. *Société Fr D’Anesthésie Réanimation* 2015.
- [10] Vlassakov KV, Narang S, Kissin I. Local Anesthetic Blockade of Peripheral Nerves for Treatment of Neuralgias: Systematic Analysis. *Anesth Analg* 2011;112:1487–1493.
- [11] Gracely RH, Lynch SA, Bennett GJ. Painful neuropathy: altered central processing maintained dynamically by peripheral input: *Pain* 1992;51:175–94.
- [12] Scott W, McCracken LM. Patients’ impression of change following treatment for chronic pain: global, specific, a single dimension, or many? *J Pain Off J Am Pain Soc* 2015;16:518–26..
- [13] Arnér S, Lindblom U, Meyerson BA, Molander C. Prolonged relief of neuralgia after regional anesthetic blocks. A call for further experimental and systematic clinical studies. *Pain* 1990;43:287–97.
- [14] Parsons B, Schaefer C, Mann R, Sadosky A, Daniel S, Nalamachu S, et al. Economic and humanistic burden of post-trauma and post-surgical neuropathic pain among adults in the United States. *J Pain Res* 2013;6:459–69.
- [15] Bee LA, Dickenson AH. Descending facilitation from the brainstem determines behavioural and neuronal hypersensitivity following nerve injury and efficacy of pregabalin. *Pain* 2008;140:209–23.
- [16] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.

- [17] Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988;15:1833–40.
- [18] Dubert T, Voche P, Dumontier C, Dinh A. Le questionnaire DASH. Adaptation française d'un outil d'évaluation international. *Chir Main* 2001;20:294–302.

G - ANNEXES

Annexe 1 : Score EQ5D : mesure standardisée de l'état de santé développée par "The EuroQol Group"

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout seul
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes

Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs / gêne

Je n'ai ni douleur ni gêne

J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)

J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)

J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)

J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété / Dépression

Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)

Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)

Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)

Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)

Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Annexe 2 : Score DN4 "interview"

<i>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? Faites une croix</i>	oui	non
Brûlures		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? Faites une croix</i>		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

Annexe 3 : Echelle de catastrophisme

Quand j'ai mal	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	En permanence
Je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera.					
J'ai l'impression que je ne pourrai pas continuer ainsi.					
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.					
C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.					
J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.					
J'ai peur que la douleur s'aggrave.					
Je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses.					
Je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse.					
Je ne peux pas m'empêcher d'y penser.					
Je ne cesse de penser à quel point ça fait mal.					
Je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.					
Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.					
Je me demande s'il va m'arriver quelque chose de grave					

Annexe 4 : HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) :

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Résultat par score : 7 ou moins : absence de symptomatologie, 8 à 10 : symptomatologie douteuse, 11 et plus : symptomatologie certaine. [16]

Partie A

	1. Je me sens tendu ou énervé
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
	2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0	Oui, tout le temps
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus
	3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
	4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout
	5. Je me fais du souci :
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
	6. Je suis de bonne humeur
0	Jamais
1	Rarement
2	Assez souvent
3	La plupart du temps
	7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui en général
2	Rarement
3	Jamais

Partie D

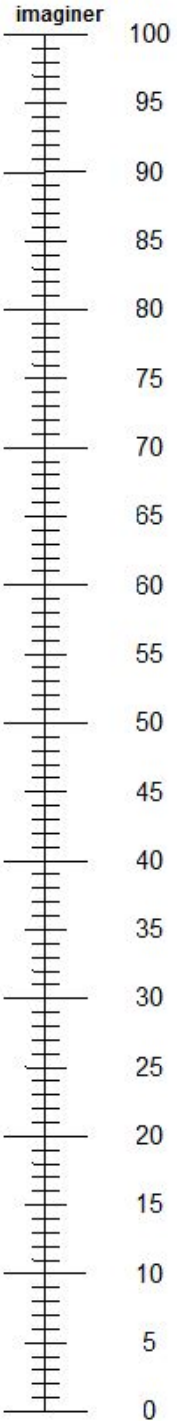
	8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais
	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent
	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé
	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais
	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais
	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à bonne émission radio ou télévision
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement
	Score TOTAL _

Annexe 5 : Echelle d'évaluation de la santé (The EuroQol Group)

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTE AUJOURD'HUI =

La meilleure santé
que vous puissiez



Annexe 6 : WOMAC :

Le WOMAC est l'index validé dans l'évaluation d'une arthrose des membres inférieurs que nous avons utilisés pour évaluer la fonctionnalité des membres inférieurs [17].

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant le plus à la sévérité de votre atteinte (Nulle = 1 ; Minimale = 2 ; Modérée = 3 ; Sévère = 4 ; Extrême = 5).

Domaine douleur : quelle est l'importance de la douleur ?	Nulle	Minime	Modérée	Sévère	Extrême
Lorsque vous marchez sur une surface plane ?					
Lorsque vous montez ou descendez les escaliers ?					
La nuit lorsque vous êtes au lit ?					
Lorsque vous vous levez d'une chaise ou vous asseyez ?					
Lorsque vous vous tenez debout ?					
Domaine raideur	Nulle	Minime	Modérée	Sévère	Extrême
Quelle est l'importance de la raideur de votre articulation lorsque vous vous levez le matin ?					
Quelle est l'importance de la raideur de votre articulation lorsque vous bougez après vous être assis couché ou reposé durant la journée ?					
Domaine fonction : quelle est l'importance de la difficulté que vous éprouvez à :	Nulle	Minime	Modérée	Sévère	Extrême
Descendre les escaliers ?					
Monter les escaliers ?					
Vous relever de la position assise ?					
Vous tenir debout ?					

	Nulle	Minime	Modérée	Sévère	Extrême
Vous pencher en avant ?					
Marcher en terrain plat ?					
Entrer et sortir d'une voiture ?					
Faire vos courses ?					
Enfiler collants ou chaussettes ?					
Sortir du lit ?					
Enlever vos collants ou vos chaussettes ?					
Vous étendre sur le lit ?					
Entrer ou sortir d'une baignoire ?					
Vous asseoir ?					
Vous asseoir et vous relever des toilettes ?					
Faire le ménage " à fond " de votre domicile ?					
Faire l'entretien quotidien de votre domicile?					

Annexe 7 : DASH

Questionnaire d'auto-évaluation subjective de la capacité fonctionnelle globale des deux membres supérieurs [18].

► Capacité à réaliser les activités suivantes

Veillez évaluer votre capacité à réaliser les activités suivantes au cours des 7 derniers jours. (Entourez une seule réponse par ligne.)

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
Dévisser un couvercle serré ou neuf					
Ecrire					
Tourner une clé dans une serrure					
Préparer un repas					
Ouvrir un portail ou une lourde porte en la poussant					
Placer un objet sur une étagère au-dessus de votre tête					
Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)					
Jardiner, s'occuper des plantes (fleurs et arbustes)					
Faire un lit					
Porter des sacs de provisions ou une mallette					
Porter un objet lourd (supérieur à 5 Kg)					
Changer une ampoule en hauteur					
Se laver ou se sécher les cheveux					
Se laver le dos					

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
Enfiler un pull-over					
Couper la nourriture avec un couteau					
Activités de loisir sans gros effort (jouer aux cartes, tricoter, etc.)					
Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule du bras ou de la main (bricolage, tennis, golf, etc.)					
Activités de loisir nécessitant toute la liberté de mouvement (badminton, lancer de balle, pêche, Frisbee, etc.)					
Déplacements (transports)					
Vie sexuelle					

Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main a-t-elle gêné vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)

Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Extrêmement

Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles du fait (en raison, par) de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main ? (entourez une seule réponse)

Pas du tout limité Légèrement limité Moyennement limité Très limité incapable

► Sévérité des symptômes

Veillez évaluer la sévérité des symptômes suivants durant les 7 derniers jours (faites une croix selon votre réponse sur chacune des lignes parmi Aucune / Légère / Moyenne / Importante / Extrême)

	Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
Douleur de l'épaule, du bras ou de la main					
Douleur de l'épaule, du bras ou de la main en pratiquant une activité particulière Précisez cette activité :					
Picotements ou fourmillements douloureux de l'épaule, du bras ou de la main					
Faiblesse du bras, de l'épaule ou de la main					
Raideur du bras, de l'épaule ou de la main					

Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)

Pas du tout un peu moyennement Très perturbé insomnie complète

« Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause du problème de mon épaule, de mon bras ou de ma main » (entourez une seule réponse)

Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni d'accord ni pas d'accord D'accord Tout à fait d'accord

► Gêne occasionnée lorsque vous jouez d'un instrument ou que vous pratiquez un sport

Les questions suivantes concernent la gêne occasionnée par votre épaule, votre bras ou votre main lorsque vous jouez d'un instrument ou que vous pratiquez un sport ou les deux. Si vous pratiquez plusieurs sports ou plusieurs instruments (ou les deux), vous êtes priés de répondre en fonction de l'activité qui est la plus importante pour vous. Indiquez le sport ou l'instrument qui est le plus important pour vous :

Faites une croix à chaque ligne dans la case qui correspond le mieux en considérant vos possibilités durant les 7 derniers jours. Avez-vous eu des difficultés ? :

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument avec votre technique habituelle					
Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument à cause des douleurs de votre épaule, de votre bras ou de votre main					
Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument aussi bien que vous le souhaitez					
Pour passer le temps habituel à pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument					

► Gêne occasionnée au cours de votre travail

Les questions suivantes concernent la gêne occasionnée par votre épaule, votre bras ou votre main au cours de votre travail. Entourez la réponse qui, sur chacune des lignes, décrit le plus précisément vos possibilités durant les 7 derniers jours.

Si vous n'avez pas pu travailler pendant cette période, considérez comme « impossible » les quatre propositions suivantes : Avez-vous eu des difficultés ? :

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
Pour travailler en utilisant votre technique habituelle					
Pour travailler comme d'habitude à cause de la douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main					
Pour travailler aussi bien que vous le souhaitez					
Pour passer le temps habituellement consacré à votre travail					

AUTEUR : Nom : GAGNEUIL

Prénom : Arsène

Date de soutenance : 16 Juin 2020 à 18h - Pôle Recherche

Titre de la thèse : Impact sur la qualité de vie de l'analgésie loco-régionale chez les patients douloureux chroniques : Une étude observationnelle rétrospective.

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Anesthésie

DES + spécialité : Anesthésie - Réanimation

Mots-clés : Douleur chronique, analgésie loco-régionale, qualité de vie

Résumé :

Contexte : La SFAR et la SFETD recommandent de recourir à l'ALR pour la prise en charge de la douleur chronique en cas de résistance au traitement systémique bien conduit. Peu d'études ont évalué l'intérêt de l'ALR chez le douloureux chronique. L'objectif de l'étude était d'évaluer son impact sur la qualité de vie à un mois chez des patients douloureux chroniques.

Méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, rétrospective au CHU de Lille (Juin 2019 à Janvier 2020). Étaient inclus les patients douloureux chroniques en échec du traitement conventionnel ayant bénéficié d'une ALR. Les patients ont rempli un questionnaire avant et un mois après la procédure contenant des scores évaluant la fonctionnalité et l'amélioration globale de l'état santé du patient après l'intervention selon l'échelle PGIC "Patient global Impression of Change" correspondant au critère principal de notre étude, le confort de vie et la vulnérabilité psychosociale (EQ5D, HAD), l'intensité de la douleur (EN) et la composante neuropathique (DN4).

Résultats : Soixante patients ont bénéficié de l'ALR. Trente patients ont complété le deuxième questionnaire 1 mois après la procédure avec 51,7%, IC 95% [32,5% ; 70,1%] des patients qui ont présenté une amélioration de leur qualité de vie (PGIC \leq 4). Parmi eux, il existait une amélioration significative des scores EQ5D $p=0,004$, HAD total $p=0,01$, HAD Anxiété $p=0,03$ et l'EN de la douleur $p=0,01$.

Conclusion : l'ALR semble améliorer la qualité de vie de plus de la moitié des patients sur une période d'un mois. Le meilleur confort de vie pourrait être lié à une amélioration de la qualité d'analgésie et une réduction de la vulnérabilité affective.

Composition du Jury :

Président : M. le Professeur Benoît TAVERNIER

Assesseurs :

M. le Docteur Serge DALMAS

M. le Docteur Jean-Michel WATTIER

Directeur de thèse : M. le Professeur Gilles LEBUFFE