



# Cas clinique blessé médullaire et douleur neuropathique

**Dr di Palma Camille**

Praticien Hospitalier en Neurochirurgie

**CETD CHU de Caen**

**Dr D'ans Violaine**

Médecin Anesthésiste Algologue

**CETD DOLOPARC Polyclinique du Parc  
ELSAN**

# M. P. Laurent, né le 4 mai 72



Traumatisé médullaire  
Suite AVP en 2002

Paraplégie puis évolution  
vers une paraparésie avec  
douleurs neuropathiques

Marche avec deux cannes

Arthrodèse T12 L2,  
laminectomie L1

Suivi centre antidouleur  
de Lisieux depuis 2010 (dr  
SEP HIENG)



# Adressé pour avis en neuromodulation

## Première consultation en décembre 2020

Hypoesthésie sévère et douloureuse tibiale antérieure et des deux pieds.

DN4 à 7 sur 10

EN 4 à 10/10

Antécédents d'infarctus sous Marinol, stent en 2017.  
Échec du Qutenza,  
Échec de kétamine,  
Échec de lidocaïne IV

## Traitements en cours :

Duloxétine 60 mg le soir

Lamictal 50-0-100

Prégabaline 100 mg – 0 – 200 mg

Rivotril 10 à 15 gouttes le soir

TENS Efficacité partielle

## Proposition de Bilan :

IRM rachidienne  
potentiels évoqués  
somesthésiques



· lienne

NCB C7 droite depuis  
plusieurs mois, échec  
du traitement  
médical.  
(BO fevrier 2022)



**Docteur Olivier ETARD**  
Maître de Conférence des Universités  
[etard-o@chu-caen.fr](mailto:etard-o@chu-caen.fr)  
[etard-o.chu-caen@apicrypt.fr](mailto:etard-o.chu-caen@apicrypt.fr)

RPPS:



10002136538

Caen, le 27/01/2021

DR DI PALMA CAMILLE  
NEUROCHIRURGIE  
CHU Niv 12  
CS 30 001  
14033 CAEN

SVIC

**Mr PITHOIS LAURENT** né le 04/05/1972 101229005

**Potentiels Evoqués du 27/01/2021 .**

**Potentiels évoqués somesthésiques des membres supérieurs:**

*Stimulation supramaximale du nerf médian au niveau du poignet.*

Le temps de conduction totale est à la limite supérieure de la normale.

**Potentiels évoqués somesthésiques des membres inférieurs:**

*Stimulation supramaximale en arrière de la malléole interne.*

A droite comme à gauche, les réponses périphériques, distales sont présentes.  
Les réponses corticales précoces sont non reproductibles.

**Potentiels évoqués moteurs:**

*Stimulation magnétique corticale puis médullaire supramaximale.*

Temps de conduction totale augmenté aux 4 membres.

Temps de conduction centrale dans la limite de la normale.

**Compte rendu dicté par le Docteur ETARD Olivier.**

**Compte rendu validé électroniquement par le Docteur ETARD Olivier**

LISTE DES DESTINATAIRES EN COPIE :



# RCP CETD CHU

## Pose de pompe intrathécale Ziconotide?

Avis psychiatrique à Lisieux : pas de contre-indication

Concertation experts SCS : stimulation versus analgésie  
intrathécale

# Proposition de stimulation médullaire en première intention



- PES incomplets tentative de stimulation médullaire avant analgésie intrathécale vu âge
- HDJ pré implantation SCS selon recommandations commission neuromodulation de la SFETD
- **avis psychologue et psychiatre CDT ok ( C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH)  
drapeau vert**



# PARCOURS SCS

1/ vu en 11/2022 pour la première fois, convalescence PTG en CRF deauville

2/ temporisation avec protocole RTMS CM1 G 10 séances  
Sevrage C2H5OH !

3/ HDJ prestim 07/2023

4/ première implantation 04/24 afin de s'assurer de l'abstinence (CDT) ,  
psychiatre et psychologue **drapeau vert**

Geste compliqué :Rachis du patient Rigidité musculaire Adhérences

5/ chute à 6 mois, descente électrode cervicale de 4 niveaux=> TS conflit conjugal et recrudescence des douleurs , CDT ok => reprise complexe en 09/2024



s la





# Paramètres

- Stimulateur: Boston rechargeable
- Position du stimulateur: flanc arriere gauche
- Electrode: Linear 3-4 70 cm Model SC 2352-70
- Position de l'électrode: Thoracique T7-T9
- Programmation:
  - 1 / Fast: 1 Port C 1+(7) 2 -(6) 7 -(18) 8 +(22)  
Port D 14- (16) 15- (60) 16+ (71)
  - 280 µs et 90Hz
- 2/ Contour Port C : 4 ( 11+) 5(31+) 7(-4) 8 (-24)  
Port D : 12 ( 31+) 13 (27+) 15(-3) 16 (-29)
- Case -40
- 200µs 200Hz

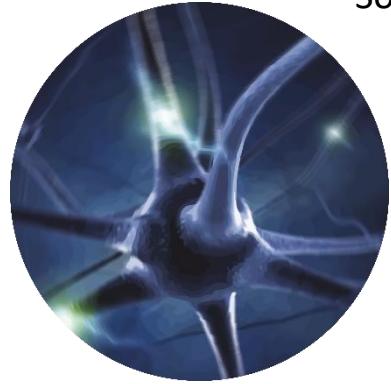


# Evolution du patient

## 04/2025 bilan télémétrie et évaluation

- plus autant de crise ni intensité insupportable, le soir, est toujours très douloureux => maintien du rivotril
- Amélioration de 60-70% des douleurs en journée et n'arrive pas à déterminer celle de la nuit
- Sommeil : le qualifie de meilleur, se réveille parfois mais pas forcément à cause de la douleur.

- Activ: salle de sport 2 à 3fois/sem, marche ( PM: balade avec pause 300 à 500m) , bricolage, kiné fois/sem
- Alimentation : ok
- Alcool: s'en tient à l'apéro le mardi, samedi et dimanche. Ponctuellement quand des amis passent. Mais a arrêté les alcools forts, surveillance renforcée
- Entourage : le trouve moins irritable, meilleure relation avec sa femme.
- Impédances ok / Recharge tous les 2jours
- Utilisation du combo Tonic/MB à 100%. Stim à 63% d'intensité
- Suivi psychologue au CETD de Lisieux tous les 1-2mois.
- Bilan annuel et suivi CETD Lisieux



# Table ronde

## 9ème Symposium SFNM

Quelle place de la stimulation  
médullaire chez le blessé médullaire ?