

Quand avoir recours aux techniques d'antalgie interventionnelle ?

Quelles techniques ? Pour quels patients ?

Et comment les intégrer dans un parcours de réhabilitation ?

Karin Gex, anesthésiste et antalgiste SSIPM et Sandra Garcia, infirmière anesthésiste et spécialisée en douleur et hypnose

02.10.2026

Antalgie interventionnelle : fil conducteur

De la sélection du patient au geste ciblé, puis à la réhabilitation

1

ANTALGIE INTERVENTIONNELLE

Définition, sélection des patients

2

IDENTIFIER LA SOURCE DE LA DOULEUR

Clinique • examen • imagerie et concordance

3

TECHNIQUES DU RACHIS

Péridurales • BBM • radiofréquence

4

AUTRES APPROCHES

Techniques complémentaires, neuromodulation, blocs périphériques

5

DU SOULAGEMENT AU MOUVEMENT

Fenêtre antalgique • reprise du mouvement

6

EN PRATIQUE

Quand réadresser ? • cas cliniques

Qu'entend-on par antalgie interventionnelle ?

Des techniques visant à agir directement sur une structure anatomique ou une voie impliquée dans la douleur, dans un but diagnostique et/ou thérapeutique.

DIAGNOSTIQUER

Confirmer une origine douloureuse

SOULAGER

Diminuer la douleur et améliorer la fonction

FACILITER

Rendre la rééducation plus accessible

DES OUTILS VARIÉS

Infiltrations • blocs nerveux • radiofréquence • cryothérapie • neuromodulation • pompes intrathécales

Le geste s'intègre toujours dans une prise en charge multimodale.

Quels types de techniques peut-on proposer ?

RACHIS

- Péridurales
- Trans foraminales
- BBM/ blocs facettaires
- Radiofréquence (thermoablation)

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

- Blocs diagnostiques
- Blocs thérapeutiques

ARTICULATIONS

- Infiltrations intra-articulaires
- Blocs des nerfs sensitifs articulaires (ex: nerfs géniculés)

DOULEURS NEUROPATHIQUES réfractaires

- Neuromodulation médullaire ou DRG dans certaines indications

Approches complémentaires : patchs de Qutenza® • hypnose • acupuncture...selon le contexte

Quand envisager une approche interventionnelle ?

Pas seulement parce que la douleur persiste : il faut une cible plausible et un objectif fonctionnel.

1 La douleur reste un obstacle

- Persiste malgré une prise en charge conservatrice adaptée
- Empêche ou limite fortement la progression de la rééducation

2 Une cible est suffisamment plausible

- Mécanisme douloureux cohérent avec la clinique
- Cible anatomique identifiable et concordante

3 Le geste répond à un objectif concret

- Diminuer la douleur pour permettre de bouger davantage
- Marcher, dormir, travailler, reprendre les exercices...

4 Le bénéfice attendu justifie le geste

- Rapport bénéfice / risque favorable
- Attentes réalistes et place du geste expliquée au patient

Le but n'est pas seulement de diminuer un score de douleur, mais de créer une fenêtre pour récupérer de la fonction.

Avant tout geste : garder le raisonnement clinique

L'imagerie est un outil du raisonnement, pas le point de départ

1

Anamnèse et examen clinique

- Histoire et caractéristiques de la douleur
- Examen clinique ciblé
- Hypothèse sur la structure en cause

2

Identifier le mécanisme dominant

- Nociceptif
 - Neuropathique
 - Mixte
- Oriente le choix du geste

3

Imagerie si elle est pertinente

- Confirme ou précise l'hypothèse clinique
- Choisie selon la question clinique
- Toujours interprétée avec la clinique

4

Vérifier les situations d'alerte

- Red flags
- Atteinte neurologique significative
- Situation nécessitant une autre prise en charge

5

Décision thérapeutique

- Le geste est-il indiqué ?
- Quelle cible et quelle technique ?
- Quel objectif ?
- Intégration dans une prise en charge globale

Clinique → hypothèse → imagerie si utile → décision : on ne traite pas une image isolée.

Avant d'envisager un geste : repérer les situations d'alerte (red flags)

Une situation urgente ou une autre cause à rechercher passe avant l'interventionnel.

URGENCE NEUROLOGIQUE ?

- Déficit moteur nouveau ou progressif
- Troubles sphinctériens ou anesthésie en selle
- Signes de myélopathie

UNE AUTRE CAUSE À RECHERCHER ?

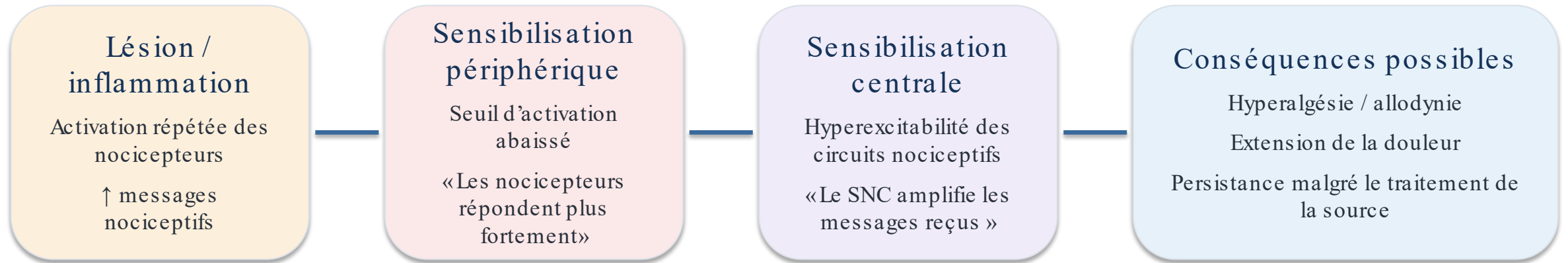
- Contexte oncologique
- Suspicion d'infection
- Fracture ou traumatisme

Situation d'alerte → bilan / orientation
prioritaire

Pas d'alerte → poursuivre le raisonnement
antalgique

Pourquoi un geste ciblé ne suffit-il pas toujours ? Sensibilisation centrale

De la nociception périphérique à la sensibilisation centrale



Un bloc ou une infiltration agit sur une cible périphérique.

Si le système nerveux central participe fortement à l'entretien de la douleur, supprimer une seule source périphérique peut ne pas suffire.

À retenir : la sensibilisation centrale est une explication possible d'un résultat insuffisant — mais ce n'est pas la seule (cible, mécanisme, douleur multifactorielle...).

Quelle stratégie selon le mécanisme douloureux ?

CIBLE PÉRIPHÉRIQUE PRÉDOMINANTE

Douleur concordante avec une structure identifiable
Clinique ± imagerie concordantes



GESTE CIBLÉ ENVISAGEABLE

Infiltration • bloc • radiofréquence

DOULEUR MULTIFACTORIELLE / SENSIBILISATION CENTRALE

Plusieurs mécanismes contribuent à la douleur
Pas de cible unique expliquant l'ensemble du tableau



PRISE EN CHARGE MULTIMODALE

MOUVEMENT/ RÉHABILITATION

Physiothérapie
activité adaptée

MÉDICAMENTS

Antalgiques ,
antidépresseurs et
antiépileptiques

ÉDUCATION



APPROCHES PSYCHOCORPORE LLES



Objectif : diminuer la douleur pour restaurer le mouvement et la fonction. Un geste peut s'intégrer à l'approche multimodale si une composante périphérique pertinente persiste.

Rachis : trois tableaux cliniques fréquents

La clinique oriente la cible ; l'imagerie n'a pas le même poids selon le tableau.

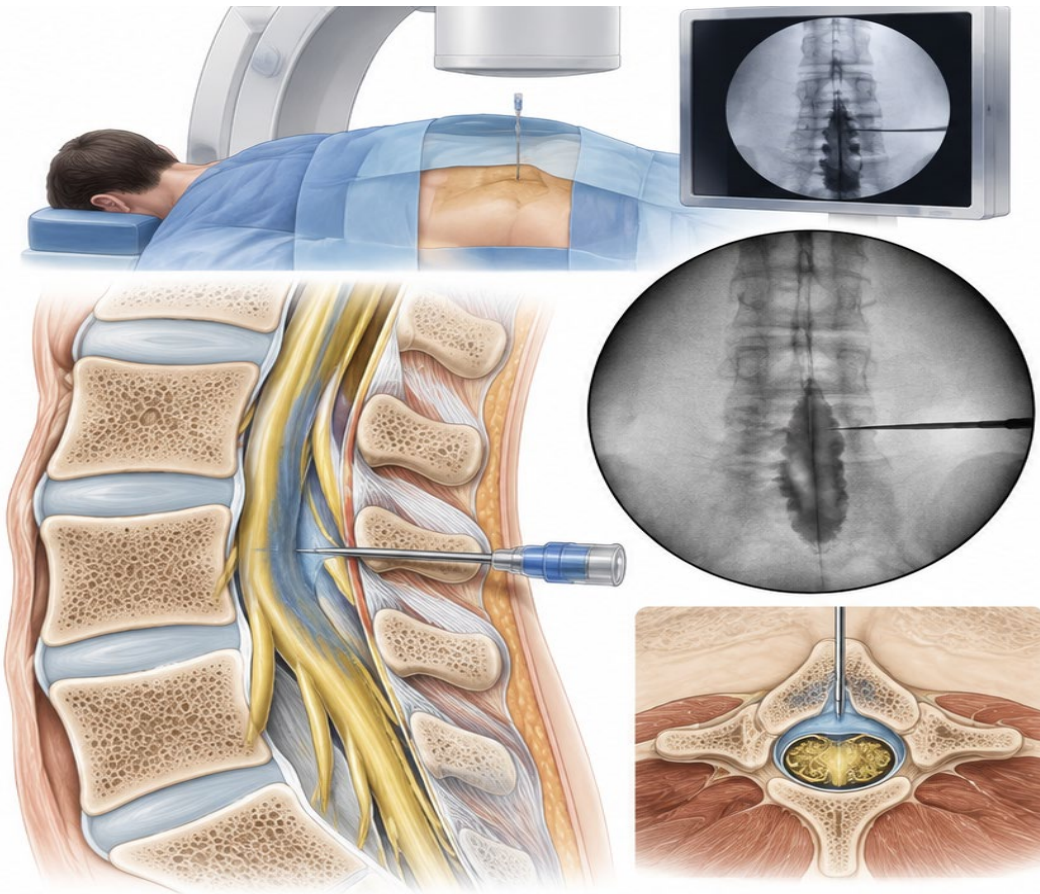
TABEAU	CLINIQUE	PLACE DE L'IMAGERIE	GESTE ENVISAGÉ
Douleur radiculaire	Territoire radiculaire ± signes neurologiques concordants	Importante : rechercher une concordance clinico-radiologique et le niveau cible	Infiltration trans foraminale ou épidurale
Douleur axiale à composante facettaire	Lombalgies ou cervicalgies plutôt mécaniques, surtout en hyperextension Suspicion clinique d'origine facettaire	Appui seulement : l'arthrose facettaire ne prouve pas l'origine de la douleur	BBM diagnostiques → si positif : radiofréquence
Claudication neurogène	Douleurs, lourdeurs ou paresthésies des MI à la marche / station debout, améliorées position assise ou en flexion	Essentielle : confirmer la sténose, sa localisation et sa concordance clinique	Infiltration épidurale à discuter selon symptômes et objectifs

Imagerie = concordance et ciblage pour radiculalgie / claudication
argument d'appui seulement pour la douleur facettaire.

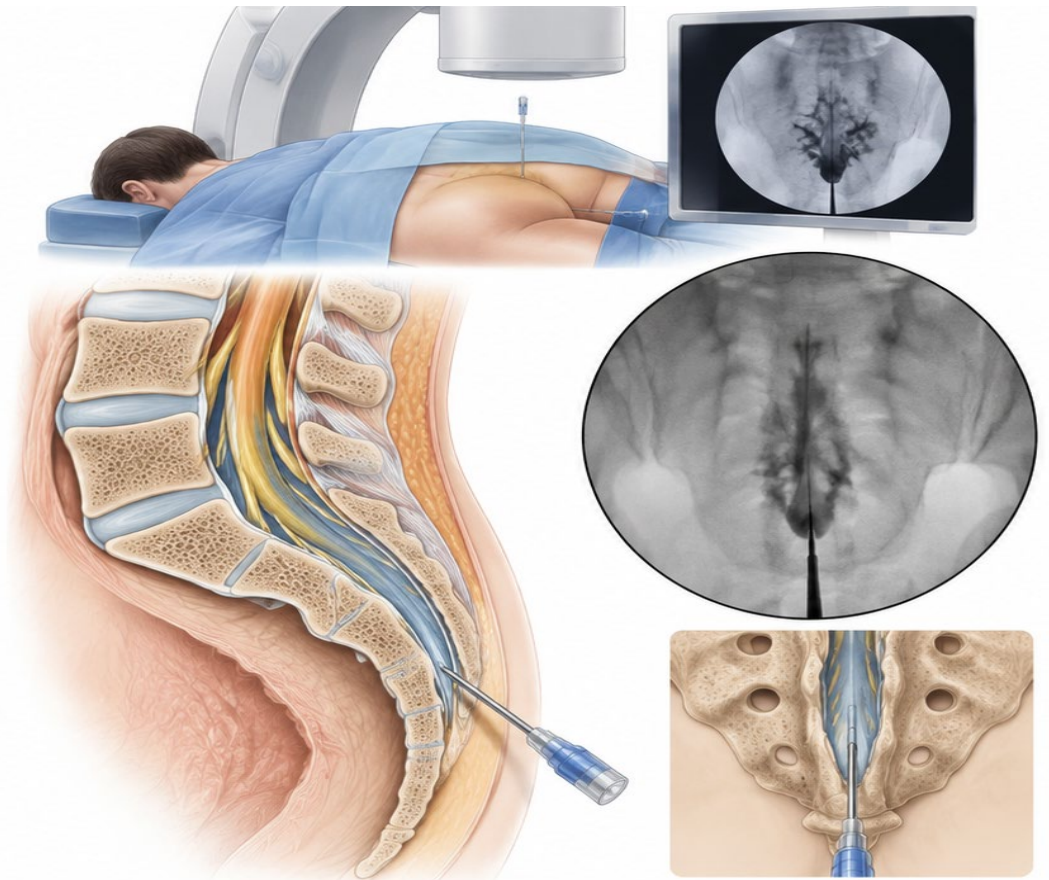
Infiltration péri-durale antalgique (deux voies d'abord): douleur radiculaire

Sous contrôle scopique : positionner l'aiguille puis vérifier la diffusion épidurale du contraste.

Voie interlaminaire



Voie caudale

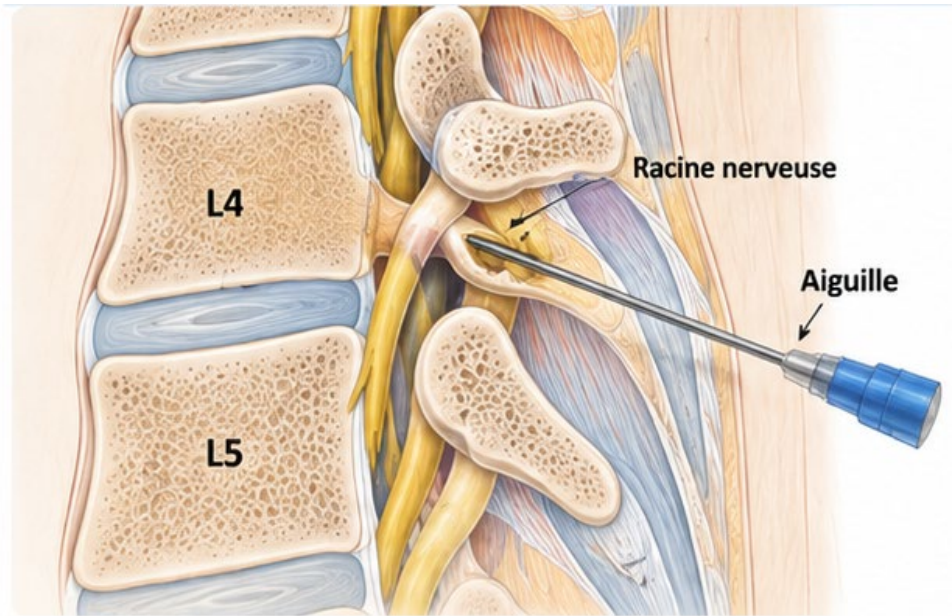


Interlaminaire : accès entre les lames • Caudale : accès par le hiatus sacré • Le contraste confirme la diffusion dans l'espace épidural

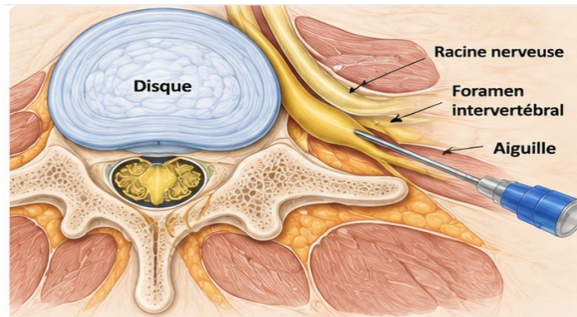
Infiltration trans foraminale : cibler la racine

Abord foraminal sous scopie, avec injection de contraste avant le traitement.

Trajet vers le foramen



Vue axiale



Cible : la racine au niveau du foramen.

Contraste : vérifier la position et la diffusion avant l'injection.

Objectif : diminuer la composante inflammatoire d'une douleur radiculaire.

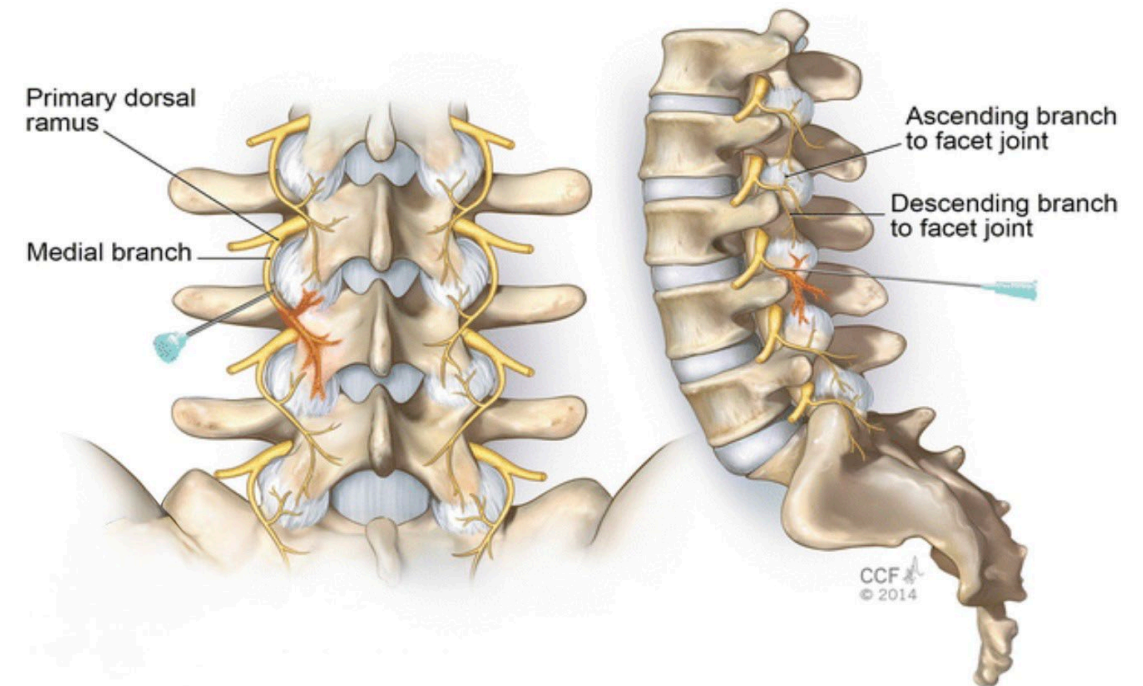
Geste plus ciblé qu'une péridurale interlaminaire ou caudale.

Bloc des branches médiales , bloc facettaire: lombalgies axiales

Repérage anatomique et contrôle sous scopie.

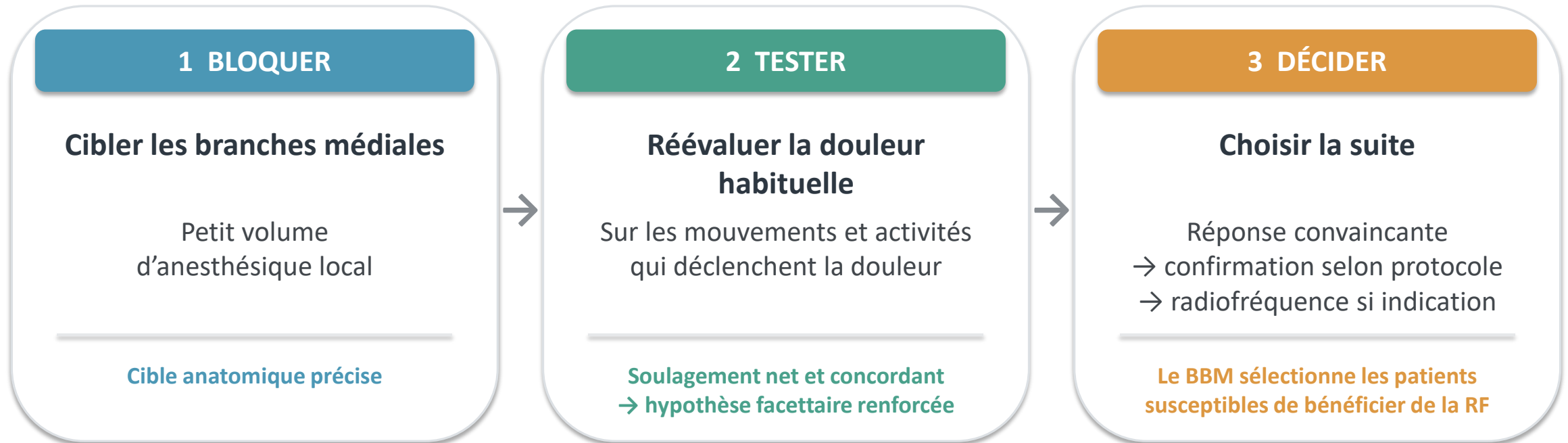
- BBM: On injecte un petit volume d'anesthésique local près du nerf afin de limiter la diffusion aux structures voisines.

(limiter les faux positifs)



BBM : bloc des branches médiales

Tester l'hypothèse facettaire avant une éventuelle radiofréquence



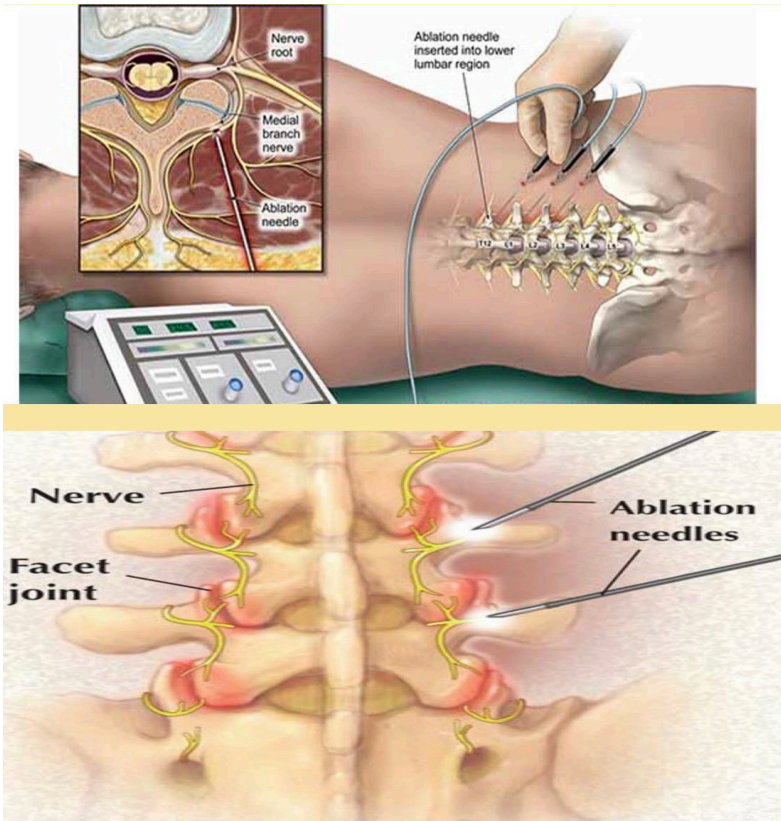
Dans notre pratique : un corticoïde peut être associé au premier bloc pour un éventuel effet antalgique prolongé. **Cet effet est distinct du test immédiat à l'anesthésique local.**

Le BBM ne traite pas une image : il teste une hypothèse clinique.

Radiofréquence des branches médiales

Après des blocs des branches médiales diagnostiques positifs

GESTE SOUS SCOPIE



CIBLE

Les mêmes branches médiales
que lors des BBM

GESTE

Électrode positionnée sous scopie
au contact du trajet nerveux

PRINCIPE

Lésion thermique contrôlée
→ interruption de la transmission nociceptive

EFFET

Antalgie prolongée,
souvent plusieurs mois

Le nerf peut se régénérer → récurrence possible de la douleur

Nerfs périphériques : reconnaître une douleur d'origine nerveuse

QUAND SUSPECTER UNE ATTEINTE NERVEUSE ?

1. La douleur évoque une douleur neuropathique

- Territoire nerveux identifiable
- Brûlures • décharges électriques • paresthésies
- Allodynie / hypoesthésie

2. L'examen renforce l'hypothèse

- Déficit sensitif dans le territoire
- Douleur provoquée à la palpation / percussion du nerf
- Signe de Tinel / hypersensibilité focale

3. Rechercher une cause anatomique

- Compression ou conflit
- Traumatisme / lésion nerveuse
- Séquelle post-chirurgicale : névrome par exemple

Questionnaire DN4

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

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Pour un seuil de positivité plus grand ou égal à 4, la sensibilité du score quant au caractère neuropathique de douleurs chroniques est de 83% et la spécificité de 89%.

DN4 = outil de repérage — score $\geq 4/10$

Objectif: passer d'une «douleur neuropathique » à une cible nerveuse anatomiquement plausible.

Bloc d'un nerf périphérique : pourquoi le réaliser ?

Bloc ciblé sous guidage échographique

1 CONFIRMER LA CIBLE

Bloc par anesthésique local



Diminution nette de la douleur habituelle



Renforce l'hypothèse du nerf responsable

2 ORIENTER

Le résultat peut aider à préciser la cible



Notamment avant une éventuelle prise en charge chirurgicale

3 TRAITER

Si pas d'option chirurgicale

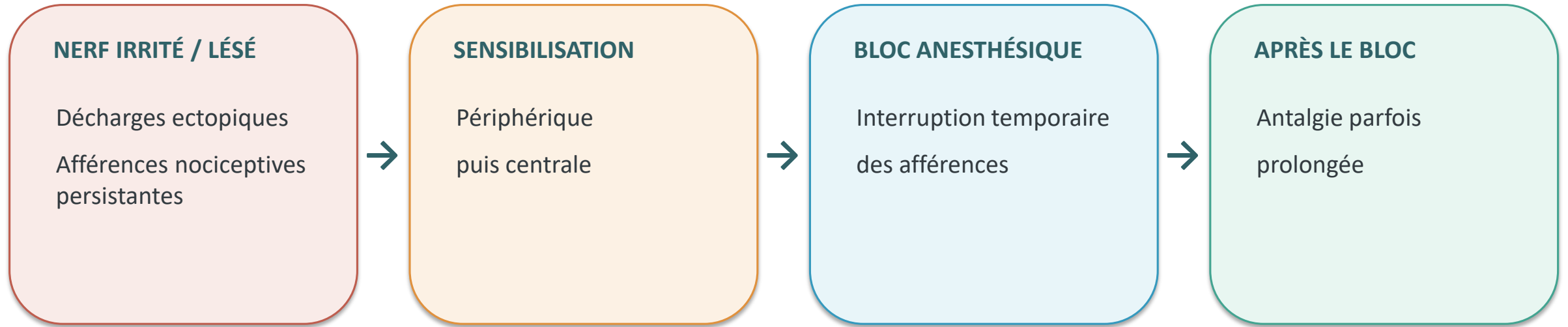


Bloc à visée antalgique

± corticoïde selon l'indication

Le bloc peut être diagnostique / pronostique et, dans certaines situations, thérapeutique.

Pourquoi l'effet antalgique peut-il dépasser la durée du bloc ?



HYPOTHÈSE

Le bloc pourrait diminuer temporairement l'hyperexcitabilité du système nociceptif.

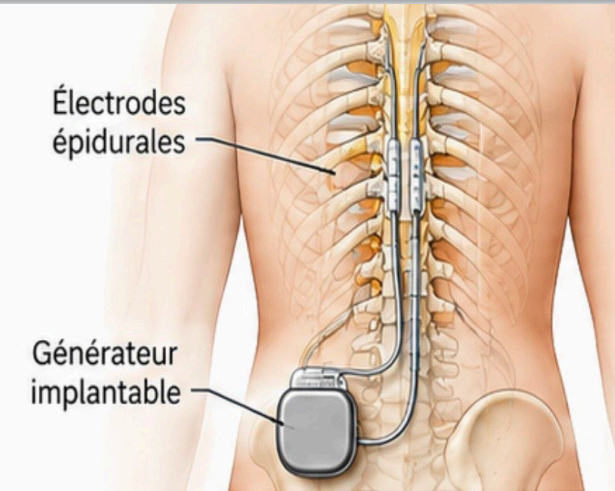
± CORTICOÏDE

Effet anti-inflammatoire et possible prolongation de l'analgésie selon l'indication.

Douleur chronique réfractaire : neuromodulation

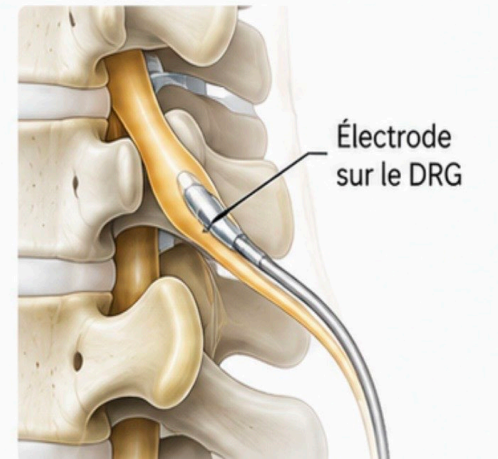
Quand les traitements habituels ne suffisent plus

STIMULATION MÉDULLAIRE



- Électrodes épidurales + générateur implantable
- Modulation des voies de la douleur
- Plusieurs modalités de stimulation

STIMULATION DU GANGLION SPINAL (DRG)



- Stimulation plus ciblée du ganglion dorsal
- Certaines douleurs focales de membre, notamment CRPS ou douleur neuropathique localisée

PRINCIPALES INDICATIONS

- Douleurs neuropathiques chroniques réfractaires
- Certaines lombalgies / douleurs de membre inférieur réfractaires
- Syndrome douloureux régional complexe (CRPS)
- Plus rarement : certaines douleurs ischémiques

OBJECTIFS

- Diminuer la douleur
- Améliorer la fonction
- Améliorer la qualité de vie

AVANT IMPLANTATION

- Évaluation multidisciplinaire
- Essai préalable
- Objectifs fonctionnels réalistes

Autres outils en médecine de la douleur

Approches non invasives, en complément des traitements interventionnels

ACUPUNCTURE



Approche
complémentaire

→ modulation de la
douleur

TENS



Stimulation électrique
transcutanée

→ outil non invasif,
utilisable à domicile

HYPNOSE



Modulation de la douleur,
de l'anxiété et du vécu du
soin

QUTENZA® 8 %



Capsaïcine topique

→ douleurs
neuropathiques
périphériques localisées

Des outils complémentaires, intégrés selon le patient dans une prise en charge multimodale.

Le geste antalgique : une fenêtre pour la réhabilitation



1 AVANT LE GESTE

Identifier ce que la douleur empêche de faire et définir un objectif

- Marche limitée
- Escaliers difficiles
- Mouvement / exercice impossible

2 LE GESTE

Créer une fenêtre antalgique

-
- Infiltration / bloc / RF...
 - ↓ douleur
 - ↑ possibilité de mouvement

3 APRÈS LE GESTE

Profiter de cette fenêtre pour progresser

-
- Reprendre le mouvement
 - Travailler mobilité / force
 - Augmenter progressivement l'endurance

Le succès du geste ne se mesure pas seulement à la douleur ↓, mais aussi au gain fonctionnel ↑.

Cas clinique 1 — Lombosciatalgie

Homme, 52 ans

- Lombosciatalgie droite depuis 6 semaines
- Douleur prédominant dans la jambe droite, de la face latérale de la cuisse jusqu'au dos du pied, territoire compatible L5
- Paresthésies sur le territoire L5
- Réhabilitation limitée par la douleur

IRM : protrusion discale L4–L5 avec conflit de la racine L5 droite

Avant de parler d'infiltration : que faut-il vérifier ?

Cas clinique 1 — Avant l'infiltration : deux étapes

D'abord éliminer une situation urgente, puis seulement discuter la place d'un geste

1 — D'ABORD : Y A-T-IL DES RED FLAGS ?

Déficit moteur : important ? nouveau ? progressif ?

Troubles sphinctériens ? • Anesthésie en selle ? • Autres red flags ?

OUI → avis spécialisé / filière urgente

NON → poursuivre le raisonnement



2 — ENSUITE : L'INTERVENTIONNEL A-T-IL UNE PLACE ?

Clinique L5 + IRM concordante
→ cible L5 plausible

3 -- QUEL EST L'OBJECTIF DU GESTE ?

Diminuer la radiculalgie afin de poursuivre la physiothérapie
→ geste : transforaminale L5

Le geste ne remplace pas la réhabilitation : il vise à la rendre possible.

Cas clinique 2 — Lombalgie mécanique

Femme, 64 ans

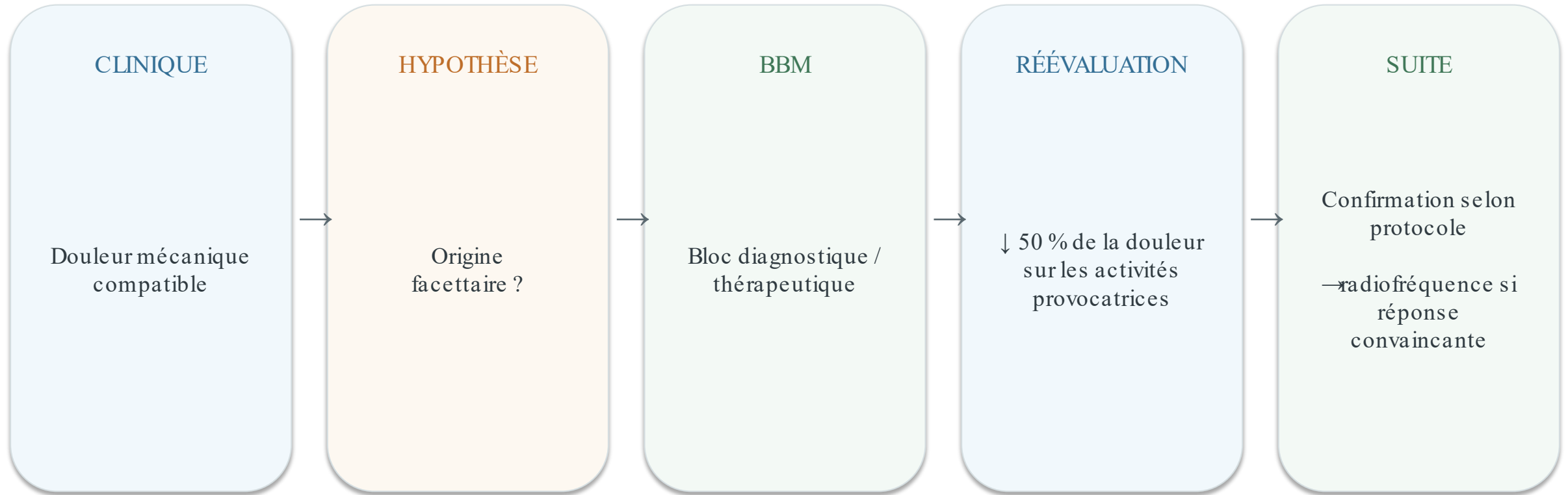
- Lombalgies chroniques en barre depuis 2 ans avec péjoration derniers mois , sans radiculalgie prédominante
- Douleur surtout en station debout et à la marche
- Majoration douleur en extension / rotation, amélioration en position assise
- Réhabilitation active bien conduite mais insuffisante

IRM: arthrose facettaire L4–L5 et L5–S1 + discopathies dégénératives

L'imagerie permet-elle d'identifier la structure responsable ?

Cas clinique 2 — Tester l'hypothèse facettaire

L'imagerie oriente, mais le raisonnement reste clinique



On ne traite pas l'arthrose visible à l'IRM: on teste une hypothèse clinique.

À retenir

De la clinique au geste... puis du geste à la fonction

1

PARTIR DE LA CLINIQUE

Identifier le mécanisme douloureux et une cible plausible.

On ne traite pas une image.

2

AVANT LE GESTE : SÉCURITÉ

Rechercher les red flags et un éventuel déficit neurologique évolutif.

L'urgence prime sur l'interventionnel.

3

UN GESTE CIBLÉ

Radiculaire → péridurale / transforaminale

Facettaire → ~~BBM~~ → radiofréquence

Nerf périphérique → bloc ciblé

À chaque cible, un geste et un objectif précis.

4

LE VRAI OBJECTIF : LA MOBILITÉ

Diminuer la douleur pour créer une fenêtre antalgique : bouger, réhabiliter, récupérer de la fonction.

Le bénéfice se juge aussi sur ce que le patient peut faire.

L'interventionnel ne remplace pas la réhabilitation : il peut parfois la rendre possible.

Merci pour votre attention

Questions & discussion



Questions ?



Situations
cliniques ?



Expériences
de terrain ?

Antalgie interventionnelle & réhabilitation :
travailler autour d'un objectif fonctionnel commun

