

**Centre d'Évaluation et de Traitement
de la Douleur**

Chef de service : Pr Julien NIZARD

Consultations et HDJ rTMS

Responsable médical :
Dr François LEGER, PHC

Aurélien VAN LANGHENHOVE,
ingénieur

Cadre de Santé :
Mme Patricia DOUAUD

Mme Florence CARDUNER, IDE

Secrétaires du service :
Mme Alexia ROUX
Mme Sylvie GREBAUT
Tél. secrétariat : 02 40 16 51 73
Tél. unité : 02 40 16 51 83
Site HGRL 5^{ème} Sud



Etiquette patient :

QUESTIONNAIRE MÉDECIN PRÉ-rTMS



Le __/__/20__

Cher confrère, chère consœur,

Vous envisagez un recours à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) pour votre patient(e).

1

Identité du patient et questions générales.

Merci de compléter les éléments ci-dessous.

Nom : _____
Nom d'usage : _____
Prénom : _____
Sexe : Homme ; Femme.
Date de naissance : __/__/__
Âge : _____
Lieu de naissance : _____
Commune de résidence : _____
Numéro de téléphone : _____
Adresse mail : _____

S'agit-il d'une première prise en charge en rTMS ? (Cochez les éléments) :

Oui / Non.

Si non, centre et protocole : _____

Si non, y a-t-il eu des effets secondaires ou des complications ? (Cochez les éléments) :

Oui / Non.

Commentaires : _____

Votre patient(e) est-il(elle) volontaire pour cette prise en charge en rTMS qui s'organise sur plusieurs séances ? (Cochez les éléments) :

Oui / Non.

**⚠ Merci d'y associer, si vous ne nous l'avez pas encore adressé,
un courrier décrivant l'histoire de la maladie.**

2

Indication.

Merci de compléter les éléments ci-dessous.

Quelle est l'indication exacte pour laquelle vous souhaiteriez nous confier votre patient(e) ? (Cochez les éléments) :

- Douleurs neuropathiques (précisez le diagnostic) : _____.
- Centrales (post-AVC, lésions cérébrales et/ou médullaires, sclérose en plaques, syringomyélie...).
 - Périphériques (lésions radiculaires, post-opératoire, post-chimiothérapie, post-zostérienne...).
- Traitements de première intention déjà essayés (Lidocaïne en patchs, TENS, IRSNA, tricycliques, Gabapentine) :
 Oui / Non.
Commentaires : _____.
- Traitements de deuxième intention déjà essayés (Capsaïcine en patchs, Toxine botulinique A, Prégabaline, Tramadol, association d'un antidépresseur et d'un gabapentinoïde) :
 Oui / Non.
Commentaires : _____.
- Traitements de troisième intention déjà essayés :
Stimulation médullaire : Oui / Non .Opiïdes forts : Oui / Non.
Commentaires : _____.
- Douleurs non neuropathiques (précisez le diagnostic) : _____.
- Acouphènes.
- Mouvements anormaux (dystonies).

3

Contre-indications.

Merci de compléter les éléments ci-dessous.

Check-list des contre-indications ? (Cochez les éléments) :

 Pour vous aider, un auto-questionnaire est disponible et il peut être rempli par le patient, seul ou avec vous.

Corps métallique intracrânien ou cervical (éclat, clip, stent, sonde de stimulation, certaines valves de dérivation du liquide céphalo-rachidien) : Oui / Non.

Si oui (corps métallique ferromagnétique), il s'agit d'une contre-indication absolue.

Le risque consiste en un déplacement du corps métallique ou en un dysfonctionnement du matériel.

Implant cochléaire : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication absolue.

Epilepsie : Oui / Non.

Si oui, épilepsie mal équilibrée (crise au cours de l'année précédente) : Oui / Non.

Si épilepsie mal équilibrée, il s'agit d'une contre-indication absolue.

Si épilepsie équilibrée, il s'agit d'une contre-indication relative nécessitant un avis neurologique.

Le risque consiste en une crise d'épilepsie.

Crise non épileptique psychogène (CNEP) : Oui / Non.

Si oui, s'agit-il d'un diagnostic confirmé (clinique, vidéo-EEG) et annoncé : Oui / Non.

Si diagnostic non confirmé et annoncé, il s'agit d'une contre-indication absolue nécessitant un avis neurologique.

Si diagnostic confirmé et annoncé, il n'y a pas de contre-indication mais il existe un risque de CNEP. Le risque consiste en une crise d'épilepsie ou une CNEP.

Accident vasculaire cérébral (AVC) récent (moins de 6 mois) : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Le risque consiste en une crise d'épilepsie.

Trouble psychotique non équilibré : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Le risque consiste en un virage du trouble psychotique.

Pacemaker cardiaque : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Les pacemakers cardiaques nécessitent des précautions pour que la bobine de rTMS reste à distance.

Le risque consiste en un dysfonctionnement du matériel.

Stimulateur non intracrânien (hors pacemaker cardiaque) : Oui / Non.

Si oui, il est possible de réaliser de la rTMS mais le patient doit obligatoirement apporter la télécommande de son stimulateur afin de pouvoir l'arrêter lors des séances.

Les stimulateurs non intracrâniens nécessitent des précautions pour que la bobine de rTMS reste à distance.

Le risque consiste en un dysfonctionnement du matériel.

Molécule(s) épiléptogène(s) en cours : Oui / Non.

Si oui, indiquez lesquelles avec leurs posologies :

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative dépendant de la posologie et de la pathologie.

Les médicaments et/ou substances à risque épiléptogène estimé important sont les suivants : Alcool, Amphétamines, Cocaïne, Ecstasy ; Amitriptyline, Chlorpromazine, Clozapine, Doxépine, Foscarnet, Gammahydroxybutyrate, Ganciclovir, Imipramine, Kétamine, Maprotiline, Nortriptyline, Phencyclidine, Ritonavir, Théophylline.

Commentaires : _____.

Sevrage médicamenteux en cours : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Le risque consiste en une crise d'épilepsie.

Grossesse : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Enfants de moins de 15 ans : Oui / Non.

Si oui, il s'agit d'une contre-indication relative pour laquelle nous ne réalisons pas de rTMS.

Contre-indication à réaliser une IRM cérébrale : Oui / Non.

Si oui, il est possible de réaliser de la rTMS sans IRM dans les indications liées à une douleur. Pour les indications hors douleur, la rTMS ne pourra pas être réalisée car elle nécessite obligatoirement la réalisation préalable d'une IRM cérébrale de neuronavigation permettant de cartographier le cortex cérébral et de définir précisément la cible de stimulation.

Après l'avoir vérifié personnellement, merci de signer ce document confirmant l'absence de contre-indications à la pratique de la rTMS.

“Je soussigné, Dr _____ certifie m'être assuré(e) personnellement de l'absence de contre-indications à la pratique de la rTMS chez :

- Mr/Mme _____.
- Né(e) le __ / __ / __.

Signature et cachet :

ET APRÈS ?

Si l'indication est validée par notre équipe, nous ferons parvenir au patient :

- Une ordonnance pour faire pratiquer une IRM de neuronavigation selon des critères bien précis. Aucune séance ne pourra débuter sans cette dernière (sauf exception, cf. ci-dessus).
- Si une IRM cérébrale a déjà été réalisée et que le patient dispose du CD, alors nous le récupérerons pour assurer la neuronavigation.

Si l'indication nécessite des éclaircissements, nous vous contacterons et/ou nous organiserons une consultation de pré-inclusion dans les meilleurs délais.

~ ~ ~

Nous vous remercions pour votre confiance.

L'équipe rTMS



Vos réponses seront à adresser à :

Par mail à : “secretariat-douleur@chu-nantes.fr”.
Par courrier postal au : Secrétariat Douleur et Soins Palliatifs
Hôpital Nord Laennec - Boulevard Jacques Monod - 44093 Nantes Cedex 1.