

Le mode zombie-cassé

La douleur,
Compagne silencieuse de tous les jours,
La douleur,
Invisible aux yeux des autres et pourtant si présente...

Le mode « zombie-cassé » :

C'est quand vous passez une journée au travail, à essayer de vous concentrer tout en luttant contre la douleur,
que vous avez juste la force de rentrer à la maison pour vous écrouler sur le canapé, trop épuisée pour vous intéresser aux autres, même à votre famille...

E.R.

Cette patiente, notamment, souffrait depuis 5 ans d'une allodynie mécanique simple de la branche inférieure du nerf cutané latéral du bras et d'une névralgie dorso-intercostale intermittente de la branche postérieure du 3e nerf thoracique avec allodynie mécanique.

*La douleur qui aliène.
La douleur bien réelle, mais surréaliste aussi
comme un monde fantastique.
La douleur insurmontable, qui travestit la réalité.
Douleur d'une incommensurable lourdeur,
comme des briques que l'on ne peut plus porter.
Douleur intolérable.
Silence, pesant, glauque et poisseux.
Silence insoutenable.
Silence d'une solitude absolue.
et pourtant :
Silence habité ?*

Claude J. SPICHER

FAIT CLINIQUE INEDIT

Traitement d'un SDRC par la méthode de rééducation sensitive de la douleur

La complexité du Syndrome Douloureux Régional Complexe rend son diagnostic et son traitement difficile. La méthode de rééducation sensitive est ciblée pour traiter les patients souffrant de ce syndrome. En effet, de nombreuses observations ont montré que diminuer l'hypoesthésie permet de diminuer les douleurs neuropathiques.

Patient et méthode :

Une patiente, présentant un SDRC de la main droite, a été traitée par la méthode de rééducation sensitive : le bilan diagnostique de lésions axonales a permis de mettre en évidence le territoire hypoesthésique à traiter par la technique de rééducation de l'hyposensibilité.

Résultats : En 48 jours le score au questionnaire de la douleur Saint-Antoine est passé de 28 à 5 points. En parallèle, la sensibilité vibrotactile, testée grâce au test de discrimination de deux points statiques et au seuil de perception à la pression, s'est normalisée, et les symptômes du SDRC ont disparu.

Conclusion : La méthode de rééducation sensitive de la douleur est une alternative à disposition des thérapeutes pour traiter les SDRC.

INTRODUCTION

Grâce aux avancées réalisées dans le diagnostic du SDRC, il est maintenant possible de partager et de comparer différents modèles de pratique afin de soulager les patients qui souffrent de ce syndrome. Les techniques utilisées dans la pratique quotidienne sont aujourd'hui très nombreuses : bains écossais, programme progressif d'imagerie motrice (Moseley), mobilisation active, traitement médicamenteux, attelle de repos, etc.

La méthode de rééducation sensitive de la douleur est ciblée pour traiter les patients qui souffrent de ce syndrome. En effet, la diminution de l'hypoesthésie covarie avec la diminution des douleurs neuropathiques. Cette observation a permis de formuler le paradigme de la méthode de rééducation sensitive de la douleur :

«Rechercher l'hypoesthésie, car diminuer l'hypoesthésie diminue les douleurs neuropathiques.»

Cet article a pour but d'exposer l'efficacité et la rapidité de traitement par cette méthode, à travers un fait clinique.

PATIENT & METHODE

Anamnèses générale et clinique

Mme R., 57 ans, gauchère, est employée à temps partiel comme porteuse du journal local 2h/jour et comme vendeuse dans une bijouterie, 1 jour par semaine. Le 19 décembre 2011, une chute engendre une fracture du radius distal droit, réduite par ostéosynthèse interne. En postopératoire, elle ne supporte pas les séances de physiothérapie (kiné) dont elle bénéficie.

Lors du contrôle orthopédique, le 20 février 2012, un SDRC est diagnostiqué. La patiente est alors adressée au centre de rééducation sensitive du corps humain à Fribourg. La première séance d'évaluation a lieu le 15 mars 2012, soit 3 mois après l'accident.

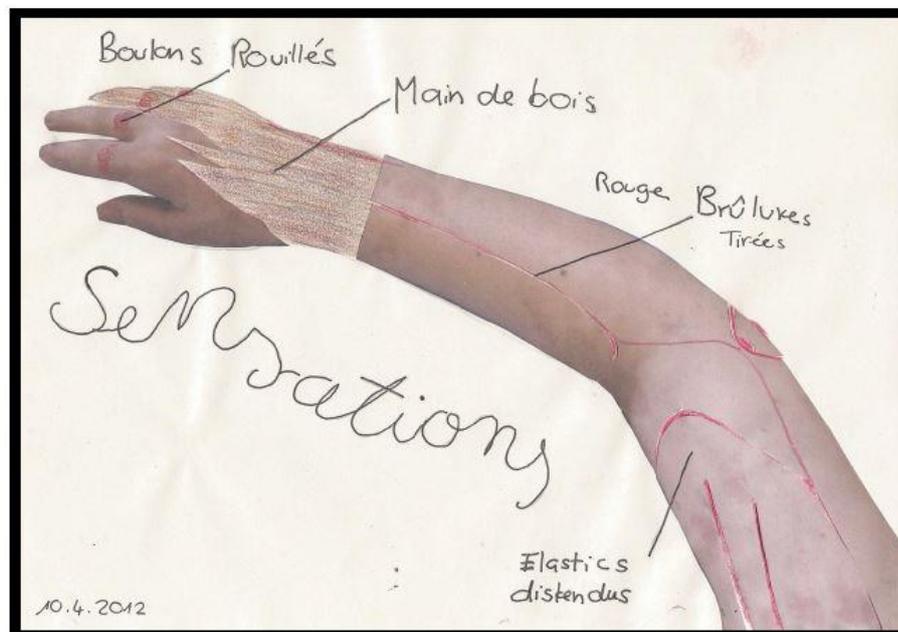
Les plaintes de la patiente sont les suivantes : engourdissement, démangeaisons, sensations de cuisson. Le score au questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA) oscille entre 13 et 28 points. Mme R. est gênée dans les activités de la vie quotidienne (toilette du dos, préparation des repas, tâches ménagères requérant de la force) et son travail (limitation de l'élévation du bras, poids des journaux).

Elle décrit les symptômes suivants :

- somato-sensoriel : « engourdi »,
- sudomoteur : « gonflé », « changement de sudation », « sudation asymétrique »,
- moteur / trophique : « raideur », « faiblesse musculaire », « peau fine ».

Extrait No 1 du témoignage de Mme R. (10 avril 2012) :

«C'est mon bras qui s'est imposé, c'est lui qui m'obsède, c'est lui qui parle. Je ne le reconnais pas, il est comme morcelé, comme ma vie, au propre et au figuré, en sensations paradoxales ».



Les signes d'examen clinique présents lors de l'évaluation sont les suivants :

- somato-sensoriel : hypoesthésie (elle sera mise en évidence par un bilan diagnostique de lésions axonales positif),
- vasomoteur : évidence de température asymétrique,
- sudomoteur / oedème : oedème évident, sudation asymétrique,
- moteur / trophique : diminution de la mobilité articulaire évidente, dysfonctionnement moteur, peau parcheminée.

L'hypothèse de travail suivante a été formulée :

SDRC II de la branche dorsale du nerf ulnaire droit (Stade V de lésions axonales)

Traitement

Le traitement d'ergothérapie selon la méthode de rééducation sensitive de la douleur s'effectue de la manière suivante :

- à domicile, la patiente effectue la rééducation de l'hypoesthésie par la thérapie du touche-à-tout, 4 fois par jour pendant 5 minutes, ou moins longtemps selon les sensations de cuisson (Spicher, 2003) ;
- en séance, une stimulation vibratoire est appliquée sur la zone hypoesthésique pendant 5 minutes : l'amplitude des vibrations correspond au seuil de perception à la vibration (SPV) augmenté de 0,10 mm.

L'hypoesthésie est réévaluée à chaque séance, soit avec le test de discrimination de deux points statiques, soit avec le seuil de perception à la pression (SPP) : ce dernier permet d'évaluer la qualité de l'hypoesthésie en déterminant la capacité du patient à discriminer la pression en un point précis.

Des études ont montré que l'utilisation du membre atteint augmente les douleurs. Il est donc demandé à la patiente de limiter les activités effectuées avec son bras droit. En complément, des applications de froid sur le territoire de distribution cutané d'un nerf voisin (dans ce cas, le nerf médian) sont réalisées afin de lutter contre les sensations de cuisson.

Un second bilan diagnostique de lésions axonales est réalisé le 5 avril 2012 suite à des plaintes de Mme R. qui décrit des « tirées », des « grésillements » et une « sensation d'engourdissement » sur la face postérieure de l'avant-bras. Celui-ci est positif et met en évidence une névralgie brachiale intermittente du nerf cutané postérieur de l'avant-bras droit. Dès lors, cette névralgie est elle aussi traitée par la technique de rééducation de l'hypoesthésie. En parallèle, la fonctionnalité du membre supérieur s'est améliorée :

Le traitement s'est terminé le 3 mai 2012, après 9 séances d'ergothérapie, à raison d'une séance par semaine. Mme R. ne ressent quasiment plus de douleur, seul un faible engourdissement persiste.

DISCUSSION

Le paradigme de la méthode de rééducation sensitive : « rechercher l'hypoesthésie car diminuer l'hypoesthésie diminue les douleurs neuropathiques » s'est vérifié lors du traitement de Mme R. De plus, la régression des douleurs a été rapide. En présence de ce syndrome, il est difficile de donner un pronostic de guérison au patient. La durée de traitement reste, dans la règle, encore très longue : concernant la main, une étude a montré qu'elle est en moyenne de 20 mois. Dans le cas de cette patiente, un peu moins de 2 mois de traitement en rééducation sensitive ont permis de normaliser la faible hypoesthésie et faire disparaître les douleurs.

Les stimulations tactiles (pluriquotidiennes) et vibratoires (hebdomadaires) ont permis l'amélioration et la normalisation de la sensibilité (test de discrimination de 2 points statiques, SPP et SPV) sur le territoire de distribution cutanée du nerf lésé. Cette récupération correspond vraisemblablement à des mécanismes de neuroplasticité des tissus sains ; en particulier des nerfs adjacents : il n'y a pas de récupération de la fonction lésée mais la mise en place d'une stratégie de substitution.

Des 7 symptômes initialement décrits par la patiente, uniquement un léger engourdissement et une hypomobilité persistent. De même, parmi les 7 signes cliniques observés lors de l'évaluation initiale, seule la mobilité articulaire est encore limitée. Selon une étude concernant le diagnostic de ce syndrome, le SDRC est donc éteint. La méthode de rééducation sensitive est donc un moyen efficace à intégrer dans le traitement des SDRC.

Extrait No 2 du témoignage de Mme R. (mi-avril 2012):

« Germination, ce mot me plaît, il me parle. Dans un des articles du journal sur la rééducation sensitive, ils parlent de repousse des nerfs. Je me l'imagine, moi, comme une graine endormie qui, avertie par quelque mystérieux signal, se met à germer »

CONCLUSION

La méthode de rééducation sensitive de la douleur est une alternative efficace à disposition des thérapeutes, permettant de soulager les patients atteints d'un SDRC. Associée à diverses autres techniques, elle permet de répondre aux plaintes des patients en diminuant leurs symptômes douloureux : en effet, la diminution de l'hypoesthésie, mise en évidence par le bilan diagnostique de lésions axonales, permet une diminution des douleurs neuropathiques.

Eh oui ! L'allodynie mécanique, on en guérit !

Ceci est un message d'espoir pour tous ceux et toutes celles qui souffrent d'allodynie mécanique. En effet, depuis 2 ans, je souffre de très grosses douleurs au dos suite à une discopathie. Ces douleurs étaient tellement fortes que même mon bras gauche a commencé à me faire très mal : fourmillements, brûlures, coups de poignards dans les omoplates, visage côté gauche en feu, à un tel point que j'en ai même eu des idées suicidaires. Non, je n'ai pas honte de le dire car même avec une famille, on ne voit plus que la douleur et plus aucun bonheur.

Mon premier bonheur fut l'annonce d'une Allodynie Mécanique !!! Il m'a fallu 3 mois pour prononcer ce terme que je n'avais jamais entendu. Mais de mettre simplement un nom sur mes douleurs et de savoir que l'on peut en guérir fut pour moi un énorme soulagement.

Début du traitement : caresser son bras et son visage avec une peau de lapin pour réapprendre la douceur, alors que pour moi tout était douleur. Au début, les caresses ne faisaient qu'augmenter la douleur et mes nerfs étaient vraiment à fleur de peau... grrrr... Mais en insistant et en me concentrant sur cette douceur, je sentais que quelque chose s'apaisait en mon intérieur.

J'ai ensuite dû, après longue réflexion, couper mes longs cheveux blonds pour calmer mes nerfs sur l'épaule et la nuque, enlever mes colliers et montres, ce qui pour une femme n'est pas forcément évident.

Il m'a fallu beaucoup de courage et de patience et la vie familiale n'a pas été très rose par moments. Par chance, et en expliquant bien, mon mari et mes enfants m'ont soutenu de leur mieux. Ils me laissent des moments de repos car les douleurs fatiguent énormément et moi qui vivais à 300 km / heure, j'ai dû apprendre « à vivre au jour le jour » comme me l'indiquait M. Spicher. Pas du tout évident, vous direz. Il m'a fallu plus d'une année pour accepter de vivre « autrement ». Et comme un malheur n'arrive pas seul, j'ai perdu mon magnifique chalet dont je ne pouvais plus m'occuper et surtout un travail à 60% qui me plaisait énormément.

A l'heure où je vous écris, je vais me faire opérer de ma discopathie dans 3 semaines, mais je suis sereine car mes douleurs au bras ne sont plus là ! Plus de coups de poignards et plus de brûlures ! Je viens de passer le cap des 40 ans et aujourd'hui, je rêve à une renaissance. Je ne lâcherai rien ! Ma famille étant mon seul pilier restant.

Alors, à vous tous qui me lisez aujourd'hui, je vous le dis, prenez courage car on guérit de l'allodynie !!! A vous tous ! Courage et ne lâchez rien car ce n'est pas évident tous les jours, mais gardez espoir car un jour viendra où c'est vous qui pourrez écrire ce message de FIN. Affectueusement.

Chantal AEBY

Cette patiente souffrait d'une névralgie brachiale du nerf cutané postérieur de l'avant-bras avec allodynie mécanique et d'une névralgie sacrée intermittente des nerfs cluniaux inférieurs avec ... allodynie mécanique.

« Impressionnant »

A vous chers médecins et lecteurs,

Le seul et unique mot, qui résume très bien ce que je vis depuis 3 mois, est : **impressionnant**.

J'ai commencé à avoir des douleurs dans mon poignet droit durant le début de l'année 2012. N'étant pas quelqu'un qui court les médecins pour le moindre bobo, j'ai laissé aller. Cependant, durant l'été 2012, la douleur devenait de plus en plus forte, avec des pertes de force dans la main, des fourmillements, des lancées, des coups de poignard... bref, pas super quand vous avez deux enfants en bas âge et que vous devez faire usage de votre poignet tout le temps. Donc pas de possibilité de rester tranquille.

C'est seulement dans le courant du mois de septembre 2012 que j'ai pris la décision d'enfin aller voir un spécialiste. Après divers examens, radiographie, injection de liquides dans le poignet, IRM... mon spécialiste me dit que du point de vue mécanique, tout est en ordre, et me fait un bon pour le centre de rééducation sensitive en me précisant bien qu'il fallait que j'aie un esprit très ouvert car « au début ça peut surprendre ». C'est donc le 4 décembre 2012 que j'ai commencé l'aventure.

Je suis une personne très sceptique et qui croit seulement ce qu'elle voit et bien... **Wouaw** la première visite a été juste très bizarre. Mais j'ai voulu savoir ce que M. Spicher pourrait m'apporter. Et j'ai continué. Ils ont pu mettre un nom à mes douleurs : névralgie brachiale de la branche superficielle du nerf radial... pas facile à dire mais au moins je savais ce que j'avais. Et plus les rendez-vous se succédaient, plus je voyais ma douleur s'en aller.

Pas facile à y croire car quand on vous dit qu'il faut faire des massages avec une peau de lapin et autres tissus près de votre épaule, alors que vous avez mal au poignet : c'est vrai que ça peut faire très bizarre. Mais ça fonctionne et c'est trop génial.

Il faut juste aussi préciser que les thérapeutes sont juste exceptionnels. Ils vous expliquent le pourquoi du comment, sont compréhensifs, humains et très sympathiques. Je recommande cette rééducation à toutes les personnes à qui on dit : « je ne sais pas, je ne comprends pas d'où vient votre douleur » d'essayer cette façon de se soigner.

A l'heure actuelle, j'ai encore un ultime rendez-vous au centre de rééducation sensitive et je n'ai plus mal à mon poignet. Certes, je fais quand même attention à ce que je fais mais cela n'a rien à voir avec mon état du mois de septembre 2012.

Merci cher Monsieur Spicher et chère Sandrine, vous m'avez été d'une grande aide et je recommanderai votre approche à toutes les personnes qui me diront « mon médecin ne trouve pas pourquoi j'ai mal... ».

S. Rohrer

« La guérison par la douceur »

En octobre 2011, je me réveille un matin avec une paresthésie dans la jambe gauche qui disparaît quelques semaines plus tard. Toutefois, des douleurs apparaissent, au niveau de mon sacrum, qui diffusent jusque dans ma jambe gauche. Elles augmentent progressivement. Mon rhumatologue et mon médecin traitant mettent cela sur le compte de la spondylarthrite qui a été diagnostiquée en 2005. La souffrance est en constante progression malgré les antalgiques puissants que j'ingurgite. Mon médecin demande à ce que je fasse une IRM des sacro-iliaques qui démontre une hernie discale L5-S1. Je vais voir un neurochirurgien qui me propose de m'opérer le lendemain. Je dis un grand OUI, car je passe mes journées à plat ventre dans mon lit avec les douleurs qui sont devenues continuelles. Au lendemain de l'intervention, miracle, je n'ai plus mal et je récupère très vite.

Je pensais que j'en avais terminé d'expérimenter les douleurs ! Comme je me suis trompée...

Quelques semaines après la cure de hernie discale, des douleurs de type décharges électriques diffusant dans toute la fesse et dans ma jambe gauche m'empêchent petit à petit de me tenir debout et je ne peux marcher que quelques mètres. Cela devient invalidant, aliénant, déprimant. La douleur devient obsessionnelle et il n'existe plus que cela. Ma physiothérapeute me donne l'adresse du Dr Tauxe, chez qui je prends rendez-vous. Il m'envoie au Centre de rééducation sensitive à Fribourg. Quelle belle inspiration ! Je me rends donc à la Clinique Générale pour une évaluation. Et je trouve enfin des réponses qui me parlent...

Au début de cette année 2012, je disais à ma thérapeute, que je pensais devoir intégrer la douceur en cette année. Je ne pensais pas si bien dire... Je commence mon traitement avec ma peau de lapin et je me donne de la douceur 8 x/jour. Les résultats ne se font pas attendre, l'allodynie disparaît au bout d'un mois. Les douleurs sont encore présentes, mais j'y crois. Patience est mon maître mot !

Je suis actuellement encore en traitement, je fais chaque jour mes exercices avec beaucoup d'amour et de douceur. Je sens que quelque chose de magique se passe dans mon corps, que mon cerveau se souvient un peu plus chaque jour de cette pièce de puzzle manquante qu'il ne reconnaissait plus. Les douleurs sont encore là, je sens toutefois une amélioration. Il y a des jours où elles sont moindres, d'autres plus fortes, mais qu'importe, je sais que je suis sur le bon chemin vers ma guérison.

Doris Loup Kalbfuss, Cugy, le 2 novembre 2012

Epilogue : le 5 avril 2013, lors de son dernier contrôle, Doris Loup Kalbfuss présentait un score au questionnaire de la douleur St-Antoine qui oscillait entre 0 et 6 pts /100.

Bilan & évaluation de mon parcours en ergothérapie

Suite à un accident de ski où je me suis fracturé l'épaule droite, une algo est venue gêner l'ensemble de la mobilité de tout mon bras droit. Le poignet, en particulier, a enflé et « rouillé » puis des douleurs assez intenses et persistantes empêchaient quasiment tous les mouvements de cet avant-bras. De surcroît, cette inflammation ralentissait ma rééducation au niveau de l'épaule blessée.

Le corps médical a prescrit de la physiothérapie et aussi de l'ergothérapie, suite à la découverte de ce syndrome bien embêtant et surtout long à faire disparaître. A partir du moment où j'ai pu alterner des séances de physio et d'ergothérapie, des progrès réels, même s'ils ont été plutôt longs à se dessiner, sont apparus.

Au niveau de l'ergothérapie, je verrais les éléments positifs suivants :

- Le fait de confier mon bras à des spécialistes, ayant un autre angle de vue que mon excellent physio, a certainement contribué à réveiller encore d'autres nerfs, donc à faire progresser ma mobilité.
- Les stimulations douces avec diverses matières, en particulier les automassages avec une peau de lapin, ont été selon moi des sources de nets progrès : merci.
- Le dialogue constructif et la gentille disponibilité des ergothérapeutes m'ont aussi aidée à garder un bon moral, malgré la longueur de cette convalescence dont on ne voit pas la fin. C'est donc avec un sentiment de gratitude que je prends congé de l'équipe d'ergothérapeutes qui m'a ainsi « épaulée » sur le chemin de la guérison.

Annelise Bussard

Cette patiente souffrait d'un Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) de la branche superficielle du nerf radial, avec allodynie mécanique.

FAIT CLINIQUE ORIGINAL

Traiter la douleur neuropathique suite à une décompression chirurgicale du nerf médian, par la méthode de rééducation sensitive de la douleur.

INTRODUCTION

Le syndrome du tunnel carpien, se présentant comme une compression du nerf médian à l'intérieur du canal carpien, est une problématique fréquente. En effet, la prévalence de ce syndrome dans la population oscillerait entre 1,14% et 14,40%. Une des approches de traitement consiste en la décompression chirurgicale du ligament annulaire du carpe qui passe sur le nerf comprimé au niveau des os du carpe. Suite à ce type de chirurgie, il n'est pas rare d'observer des signes de douleurs neuropathiques dans la paume de la main opérée, parfois sous la forme d'une allodynie mécanique.

La présentation de ce fait clinique vise à mettre en évidence l'utilité de la méthode de rééducation sensitive de la douleur pour diminuer les douleurs neuropathiques chez une personne ayant eu une décompression chirurgicale du tunnel carpien.

PATIENT ET MÉTHODE

Madame A., 48 ans, gauchère, travaille dans une entreprise d'entretien ménager commercial dont elle est co-proprétaire avec son époux. Elle travaille également comme interprète bénévole en langage signé au sein d'un organisme de sa région oeuvrant auprès des personnes malentendantes.

Le 3 août 2012, suite à des engourdissements présents depuis plus de 6 mois, elle subit une décompression du tunnel carpien gauche suite à un diagnostic de compression nerveuse sévère du nerf médian. Toutefois, plus de six semaines après la chirurgie, une douleur sous forme de sensations de brûlure et d'irradiation remontant dans les doigts est toujours présente et ne semble pas diminuer. Mme A. n'est alors plus en mesure de réaliser son travail et ses activités de bénévolat, n'étant plus à même de former les lettres et les mots nécessaires à la pratique du langage signé. Elle rapporte également des limitations au niveau de plusieurs activités occupationnelles, surtout en lien avec la douleur toujours présente dans la main, qui augmente au moindre contact avec tout objet usuel. Ses activités quotidiennes sont également altérées par la douleur et la raideur, cette dernière s'installant progressivement dans les doigts, limitant la préparation des repas, la conduite automobile et l'habillage.

Mme A. est alors référée en ergothérapie au programme de réadaptation de la main. La première rencontre a lieu le 23 octobre 2012. Le résultat au questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) est de 61 points, avec comme principales plaintes rapportées : des sensations de brûlure, d'irradiation, de décharge électrique, de coup de poignard, d'engourdissement, de fourmillement et de coupure sur la face palmaire de la main gauche.

Avec l'évaluation clinique, l'hypothèse de travail suivante a été formulée : névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales).

Méthode

Le traitement de Mme A. s'est échelonné du 23 octobre 2012 au 8 février 2013. En tout, quinze séances de rééducation sensitive, combinées à un programme de mobilisations fonctionnelles, ont été nécessaires. La durée moyenne de chacune des séances a oscillé entre 30 et 60 minutes.

Le traitement des douleurs neuropathiques selon la méthode de rééducation sensitive de la douleur a été réalisé selon les principes suivants :

- Évitement de la stimulation de la zone allodymique. Le programme axé sur le traitement de la problématique de mobilité a donc été réalisé sans contact direct avec la main atteinte. Des mobilisations actives calquées sur l'alphabet du langage des signes ont plutôt été proposées. De plus, la main gauche ne devait pas être utilisée dans les activités occupationnelles autant que possible. Il a également été recommandé d'utiliser de larges mitaines pour protéger la main du froid de l'hiver tout en limitant la friction du tissu sur le territoire allodymique.
- Contre-stimulation tactile à distance avec de la soie (peau de lapin non disponible) à raison de 8 fois par jour durant une minute, ou moins longtemps si présence d'inconfort, sur une zone de travail confortable. Dans la présente situation, le territoire d'un nerf cousin est disponible, le territoire du nerf cutané latéral de l'avant-bras.

À compter du 9 janvier 2013, l'hypoesthésie sous-jacente est devenue visible. Le traitement est alors réalisé selon les principes suivants :

- La rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente, soit l'exploration avec la main atteinte et la comparaison avec le membre controlatéral, réalisée quatre fois par jour, avec une augmentation graduelle du temps, allant de 30 secondes à cinq minutes selon la tolérance, afin d'éviter une récurrence de l'allodynie.
- En parallèle, une approche plus traditionnelle en thérapie de la main a été préconisée, par le biais de la reprise graduelle des activités occupationnelles de la patiente.

RÉSULTATS

En début de suivi, soit le 23 octobre 2012, l'allodynographie était positive et l'arc-en-ciel des douleurs était bleu, avec des douleurs cotées à 6 sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 10 cm. Au cours du traitement, l'allodynie mécanique a régressé progressivement. Elle a disparu le 9 janvier 2013. Le territoire hypoesthésique a alors pu être cartographié.

Cette hypoesthésie sous-jacente s'est normalisée le 8 février et la reprise graduelle de l'inclusion de la main gauche dans les activités occupationnelles habituelles a été réalisée. Le traitement a duré en tout 16 semaines. L'allodynie mécanique a été résorbée en moins de trois mois, avec une disparition des deux premières couleurs d'arc-en-ciel en un mois environ, tel qu'établi par le pronostic. Toutefois, la dernière couleur d'arc-en-ciel s'est résorbée en 19 jours, ce qui correspond aux résultats pouvant être obtenus auprès d'autres patients présentant une allodynie mécanique.

Date	SPP(c)	Programme à domicile	Activité occupationnelle
09.01.2013	1,7 g	Touche-à-tout ≤ 30 s	Reprise de l'hygiène et de l'habillement.
14.01.2013	1,2 g	Touche-à-tout ≤ 60 s	Reprise de l'entretien ménager.
24.01.2013	0,7 g	Touche-à-tout ≤ 2 min	Reprise de la préparation des repas.
30.01.2013	0,5 g	Touche-à-tout ≤ 5min	Reprise du travail et du bénévolat.
08.02.2013	0,2 g	Fin du touche-à-tout.	Reprise de l'hygiène et de l'habillement.

DISCUSSION

Dans l'optique de permettre à une personne de retrouver ses activités occupationnelles habituelles sans les douleurs neuropathiques handicapantes, il est essentiel de normaliser les sensations tactiles. Pour ce faire, le traitement de l'allodynie mécanique ne suffit pas : il faut aussi rechercher l'hypoesthésie sous-jacente pour traiter les douleurs neuropathiques. De plus, l'hypoesthésie sous-jacente amène également des problématiques dans la réalisation des tâches quotidiennes, d'autant plus si elle atteint la main dominante de la personne.

Les objectifs spécifiques visés par la méthode de rééducation sensitive de la douleur sont la diminution de 30 points au résultat du QDSA ou un résultat inférieur à 20 points pour stabiliser la situation, en plus de la normalisation de la sensibilité tactile dans la zone douloureuse. Le score final au QDSA était de 11 points, avec certaines plaintes occasionnelles de sensations d'engourdissement dans la main et de démangeaisons au niveau de la cicatrice. Ces résultats fournissent un indice de l'amélioration de l'impact de la douleur sur Mme A. et sur l'efficacité du traitement. En effet, au point de vue fonctionnel, Mme A. a pu reprendre toutes ses activités antérieures, incluant le travail ainsi que ses tâches de bénévolat.

Dans le fait clinique présenté, l'allodynie mécanique a été traitée en moins de 3 mois par la méthode de rééducation sensitive. En moyenne, il faut environ 12 semaines pour faire disparaître une allodynie mécanique avec un arc-en-ciel de la douleur bleu, en plus des six semaines de traitement de l'hypoesthésie sous-jacente : chez cette patiente, l'évolution a donc été très rapide.

CONCLUSION

La méthode de rééducation sensitive a été utile auprès d'une personne présentant des douleurs neuropathiques suite à une décompression du tunnel carpien. Le suivi thérapeutique a pu être réalisé conjointement avec une approche plus classique pour le traitement des troubles de mobilité à la main. L'allodynie mécanique a pu être éliminée et l'hypoesthésie sous-jacente résorbée complètement afin de permettre une reprise satisfaisante des activités significatives pour la personne.

FAIT CLINIQUE ORIGINAL

Névralgie fémoro-poplitée avec allodynie mécanique, suite à une lésion cutanée profonde greffée, traitée par la rééducation sensitive de la douleur.

INTRODUCTION

Les lésions cutanées profondes peuvent endommager ou détruire les nerfs cutanés, causant ainsi des douleurs neuropathiques. Selon une revue de littérature, de 2 à 29 % des personnes ayant eu des brûlures graves auraient des douleurs neuropathiques. Le but de ce fait clinique est de démontrer que la méthode de la rééducation sensitive peut être utilisée pour diminuer les douleurs neuropathiques chez une personne ayant eu des lésions cutanées profondes nécessitant des greffes de peau.

PATIENT & METHODES

M. N. 39 ans, a subi des lésions cutanées profondes ayant nécessité des greffes au membre inférieur gauche (MIG) suite à un accident de vélo survenu en juin 2011. Il nous est référé en décembre 2011 en ergothérapie pour douleurs au pied gauche décrites comme brûlures et décharges électriques, qui surviennent dès qu'il touche son pied ou le dépose au sol. Il situe sa douleur sous le pied ainsi que du côté latéral où s'appuie son orthèse de marche. Ses habitudes de vie sont perturbées : limitation importante de la marche, marche nu-pieds presque impossible, ce qui rend l'hygiène à la douche pénible, difficulté à mettre des bas. Il rapporte cependant ne pas avoir de douleur s'il ne touche pas à son pied.

Au questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA) les symptômes de brûlure, décharge électrique, chaleur, coup de marteau, piqûre et engourdissement, sur la face latérale et plantaire du pied gauche, sont relevés. Par l'évaluation de la douleur au QDSA et l'observation clinique, nous pouvons émettre l'hypothèse de lésions axonales : névralgie fémoro-poplitée intermittente des branches calcanéennes latérales du nerf sural avec allodynie mécanique (stade III de lésions axonales).

Méthodes

La rééducation d'une allodynie mécanique consiste dans un premier temps à supprimer la zone allodynique, et dans un second temps à rééduquer l'hyposensibilité sous-jacente. En présence d'une allodynie mécanique, il ne faut surtout pas stimuler le territoire allodynique car cela entretient, voire aggrave le processus douloureux. Le traitement commence le 13/12/2011 et se termine le 11/02/2013. M. N. bénéficie de 30 séances de rééducation sensitive. La durée de chaque séance varie de 30 à 60 minutes.

Chaque séance est divisée en 3 parties :

1. Evaluation ;
2. Adaptation des exercices à domicile ;
3. Rééducation de l'allodynie mécanique par contre-stimulation vibrotactile à distance, puis, à partir du 17/04/2012, rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente.

Le traitement d'ergothérapie selon la méthode de rééducation sensitive de la douleur s'effectue de la manière suivante :

- Arrêt de la stimulation de la zone douloureuse. Poursuite des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie dans un Centre de réadaptation près de chez lui, mais avec adaptation des traitements selon les recommandations. L'orthèse tibiale est arrêtée et la mise en charge sur le pied gauche est réduite. Monsieur N. a une bonne compréhension de la méthode et des consignes.
- Contre-stimulation tactile à distance avec de la fourrure, à raison de 8 fois 1 minute par jour sur une zone de travail confortable au toucher et bien sentie par Monsieur : dans ce cas-ci, étant donné la sévérité de l'allodynie mécanique (arc-en-ciel de la douleur rouge) et une peau greffée hypoesthésique à la jambe, un niveau segmentaire supérieur, le territoire de Th11-Th12 antérieures. Allodynie mécanique résorbée en 4 mois.

A partir du 17/04/2012, le traitement de l'hypoesthésie sous-jacente s'effectue de la manière suivante :

- Rééducation des tracés 3 fois par jour (avec l'aide de sa conjointe) ;
- Stimulation par vibrations mécaniques. L'amplitude des vibrations appliquées correspond au seuil de perception à la vibration augmenté de 0,10 mm (Degrange *et al*, 2006). La durée de la stimulation est progressivement augmentée : 15 secondes, puis 30 secondes, puis 1 minute, puis 3 minutes, pour enfin arriver à 5 minutes.

RESULTATS

En date du 13/12/2011, l'arc-en-ciel des douleurs est rouge pour une EVA 3/10. Le 17/04/2012, le territoire allodynique disparaît ; la zone de rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente a donc pu être définie. Le traitement par la méthode de rééducation sensitive a duré environ 40 semaines.

DISCUSSION

Afin de réduire les douleurs neuropathiques, la sensibilité tactile de la zone douloureuse doit être normalisée. Le questionnaire de la douleur St-Antoine (QDSA) est utilisé pour aider à dépister les douleurs neuropathiques et pour suivre leur évolution. Une baisse de 30 points au score du QDSA ou un score sous la barre des 20 points indique que la méthode a été efficace.

L'allodynie mécanique cache une hypoesthésie. Ce n'est donc pas une hyperesthésie, mais bien une « hypoesthésie douloureuse. » C'est parce que l'hypoesthésie est présente suite à des lésions axonales qu'il y a allodynie mécanique. Les sensations sur la peau sont vaguement perçues, mais sont douloureuses, mal localisées et mal différenciées.

Dans ce fait clinique, l'allodynie mécanique a été éliminée en 4 mois par la contre-stimulation tactile à distance et l'arrêt de toutes stimulations sur la zone douloureuse. Le score au QDSA est passé sous la ligne des 20 points. Une bonne compréhension de la méthode par le patient et un travail d'équipe des thérapeutes traitants ont contribué à l'atteinte de cet objectif. Il est toutefois important par la suite de traiter l'hypoesthésie sous-jacente. En effet, l'esthésiographie secondaire démontre une forte hypoesthésie, à la zone même où l'esthésiomètre 0,03 g était douloureux 4 mois auparavant. Le puits de l'endormissement était là où la peau brûlait le plus. Si l'hypoesthésie sous-jacente n'est pas rééduquée, les douleurs neuropathiques réapparaîtront.

CONCLUSION

La rééducation sensitive a pu être utilisée dans un cas de douleurs neuropathiques suite à des lésions cutanées profondes. L'allodynie mécanique a été éliminée et l'hypoesthésie sous-jacente, quoique forte au départ, est en amélioration lente mais constante. Une bonne communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire traitante et une participation assidue du patient sont cependant importantes afin que la méthode soit efficace.

Theories of pain: from specificity to gate control.

Moayed, M. & Davis, K.D. (2013).
***JNeurophysiol*, 109, 5-12.**

Pourquoi lire absolument cet article ?

La douleur est un phénomène omniprésent dans notre société moderne. Souvent considérée comme un simple signal d'alarme, la douleur peut devenir une pathologie en soi, affectant grandement la qualité de vie de ceux qui en souffrent. L'article « *Theories of pain : from specificity to gate control* » de Moayed & Davis est un article indispensable pour quiconque cherche à mieux comprendre le phénomène de la douleur et à approfondir ses connaissances sur le sujet.

Dans cet article, Moayed & Davis nous font voyager dans le temps afin de nous présenter l'évolution des différentes théories portant sur la douleur. En passant par une série de personnages marquants, allant de René Descartes (1664) à Ronald Melzack & Patrick Wall (1965), en passant par Max von Frey (1894-96) et bien d'autres, ils nous présentent quatre grandes théories de la douleur ayant influencés la science et la médecine au cours des dernières années, soit :

- la théorie de la spécificité,
- la théorie de l'intensité,
- la théorie des patrons,
- la théorie du portillon.

On apprend ainsi que, déjà au 17^e siècle, la théorie de la spécificité élaborée par René Descartes faisait la distinction entre la transduction nerveuse (transformation des stimulations nociceptives en signaux électriques) et la perception de la douleur. Et que le phénomène de sommation temporelle, décrit en 1859 par Bernhard Naunyn chez des patients présentant une atteinte des cordons postérieurs de la moelle épinière, allait contribuer à l'élaboration de la théorie de l'intensité.

Le survol de Moayed & Davis permet de voir l'évolution des différentes connaissances sur la douleur au cours des dernières décennies et nous ouvre les yeux sur les progrès réalisés et ceux à venir. Ce survol historique nous permet surtout de prendre du recul par rapport à nos conceptions modernes, en nous rappelant que les théories et les connaissances scientifiques évoluent sans cesse ; on prend ainsi conscience que certaines des prémisses que nous entretenons aujourd'hui concernant la douleur risquent probablement d'être remises en questions par nos contemporains. Une bonne leçon d'humilité pour nous, scientifiques et cliniciens, qui pensons souvent avoir la vérité infuse !

Kayla Bergeron-Vézina, BSc & Guillaume Léonard, pht, PhD
Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Qc), Canada

Petit abécédaire

...pour les novices en rééducation sensitive de la douleur

écrit par les patients

A B CZ

A

Mot-clef : **Allodynie mécanique**

L'allodynie mécanique ..., c'est quoi ?

"C'était vraiment paradoxal comme situation, j'avais mal et n'avais pas de sensibilité au toucher."

Comment expliquer cette sensation bizarre, douloureuse, qui me rongait chaque jour ?

"Je ne supportais plus aucun contact avec des tissus, habits, draps de lit ou autre à cet endroit de mon corps !"

Allodynie mécanique : douleur causée par un stimulus mécanique qui normalement ne produit pas de douleur.

C

Mot-clef : **Contre stimulation vibrotactile à distance**

Comment la peau d'un lapin peut-elle soulager les patients ?

"Je commence mon traitement avec ma peau de lapin et je me donne de la douceur 8x/jour."

"Caresser ma chair à une place où je n'ai pas mal, avec une peau de lapin".

"Malgré 20 ans de lutte acharnée, ce fut la peau d'un autre qui me sauva ; celle d'un lapin !! "

Contre-stimulation vibrotactile à distance : technique qui utilise un agent thérapeutique tactile ou vibratoire à *distance* pour permettre au patient de percevoir un stimulus non-nociceptif de manière non-nociceptive, sur un territoire cutané initialement allodynique (2^{ème} technique de la méthode de rééducation sensitive de la douleur).

D

Mot-clef : Douleurs neuropathiques

En cas de douleurs : est-ce normal de ressentir des douleurs si fortes et si variées, si bizarres ?

" J'ai ressenti une violente douleur sous le sourcil gauche. Une douleur si forte que j'ai dû arrêter ce que je faisais et m'asseoir. C'est comme si on me plantait un poignard, j'avais des lancées extrêmement fortes. Au bout d'un moment, les douleurs sont passées. Jusqu'au lendemain. Je me disais que ce n'était pas normal, que quelque chose était cassé. Mes douleurs au bras ressemblaient tellement à mes douleurs sous le sourcil : des lancées, une sensation de compression, une chaleur... des douleurs insupportables qui fatiguent, irritent, et nous font par moment « péter un plomb»."

E

Mot-clef : Éducation thérapeutique du patient

Comment m'aider à ne plus ressentir ces violentes gênes au fil de la journée ?

"Monsieur Spicher m'a conseillé de bannir les pantalons et de ne porter que des robes ou des jupes !"

Pourquoi est-il important que les patients comprennent leurs troubles, leurs symptômes ?

"Cette thérapie m'a aidé principalement à comprendre mon problème et lui a donné un nom médical et des explications cohérentes. "

"On peut trouver une explication purement physiologique à ces douleurs exacerbées : le nerf repousse de manière anarchique. Il se ramifie et la douleur irradie. Il se peut aussi que le trajet nerveux soit comme court-circuité : le signal remonte vers la source". Bilan des dégâts : « Le toucher est interprété comme une douleur » résume Claude Spicher."

Mot-clef : Esthésiographie

L'esthésiographie..., c'est quoi ?

"Une sorte de carte de la zone où j'ai mal, laquelle était comme « endormie »"

Esthésiographie : Cartographie d' un territoire hypoesthésique

Mot-clef : Exercices à domicile

Est-ce je dois faire des exercices tous les jours ?

"Petit à petit, je vis une amélioration, des douleurs extrêmement douloureuses et quotidiennes, je passais à des douleurs modérées, avec des jours de répit. "

N

Mot-clef : Névralgies ou douleurs neurogènes

Quelles sont les sensations douloureuses que les patients ressentent ?

"... la douleur devenait de plus en plus forte avec des pertes de force dans la main, des fourmillements, des lancées, des coups de poignard..."

"Les picotements étaient le commencement de douleurs indescriptibles. Elles sont arrivées aussi brutalement qu'inattendues. Piqûres, brûlures, déchirures, coups de poignard et j'en passe... Et toujours pas de sensibilité sur toute la cuisse. "

P

Mot-clef : Postulat de sincérité du patient

Comment ne pas mettre en doute la véracité des dires des patients ?

"Je ne croyais pas qu'il avait aussi mal qu'il le disait. Et je l'ai dit à mon père. Mon père m'a regardé, et il m'a dit, en colère : "Tu n'as pas le droit de dire ça ! Si cet homme te dit qu'il souffre, tu dois le croire ! La douleur a raison contre le médecin. Si tu ne peux pas le croire, alors tu devrais changer de métier." "

Postulat de sincérité du patient : ne pas suspecter l'inauthenticité de l'expression que le patient présente de sa douleur. Cette attitude initiale ne doit pas présenter un caractère naïf, mais simplement poser les prémices d'une rencontre (Vannotti & Célis-Gennart, 1998).

R

Mot-clef : Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente

Comment réveiller ma peau " endormie" qui jusque-là me faisait encore si mal, et qu'il m'était impossible de toucher il y a encore si peu de temps ?

"Le massage avec d'autres matières telles que de la soie, de la laine et un pinceau, au début pendant quelques secondes et souvent pendant la journée, maintenant plus de 4 x 5 minutes / jour."

Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente : technique adaptée de la rééducation de l'hyposensibilité ; prescrite pour le traitement de l' hypoesthésie sous-jacente, circonscrite par l'esthésiographie secondaire (3^{ème} technique de la méthode de rééducation sensitive de la douleur).

T

Mot-clef : Thérapie du touche-à-tout

La thérapie du touche-à-tout..., c'est quoi ?

Elle "consiste à toucher avec différents tissus la zone endormie, puis la même zone de l'autre côté, là où ce n'est pas endormi, le but étant d'apprendre à mon cerveau que la sensation doit être la même des deux côtés."

La thérapie du touche-à-tout : ce moyen thérapeutique est prescrit à tous les patients à un moment ou un autre de sa rééducation sensitive. Cette thérapie est ciblée pour stimuler une légère hypoesthésie par la réorganisation du système somesthésique. La main controlatérale munie d'une texture interroge la sensation bizarre, vague et lointaine, en touchant la peau circonscrite par l' esthésiographie. Suite à chaque « questionnement », la sensation est immédiatement comparée à une portion de peau saine, c'est-à-dire à la sensation que cette texture renvoie habituellement. C'est comme une sensation étalon : une référence.

Waldburger, M (2004) - Douleur & analgésie, 17(1), page 52.

Les troubles de la sensibilité cutanée ont pendant longtemps été négligés par les médecins et thérapeutes, soit parce qu'ils évoluaient le plus souvent favorablement et de manière spontanée, soit par esprit de fatalité en acceptant les séquelles non visibles d'une pathologie que ni la chirurgie, ni la rééducation ne pouvaient améliorer. En effet, la littérature concernant ce sujet est ancienne et relativement pauvre jusqu'aux publications dans les années 80 de A.L. Dellon, chirurgien et rééducateur à Baltimore aux Etats-Unis. En l'absence d'un outil diagnostique et thérapeutique performant, les rééducateurs sont souvent mal à l'aise face à ces pathologies sensibles vu les hautes exigences en matière d'asséculoogie et du monde professionnel.

Pendant plus de quinze ans, Claude Spicher s'est passionné pour ce problème en approfondissant ses connaissances scientifiques et en acquérant une grande expérience dans l'évaluation et le traitement des troubles de la sensibilité vibrotactile, qu'elle soit d'origine périphérique ou centrale. Très philosophique-ment, en l'absence d'une compréhension totale du problème par le monde scientifique moderne, il a su intégrer dans son étude bibliographique, l'apport des connaissances cliniques et physiopathologiques des chercheurs et médecins des XVIIIème et XIXème siècles.

Dès lors, le « **Manuel de rééducation sensitive du corps humain** » de Claude Spicher est le bienvenu, et couvre une lacune qui permettra aux thérapeutes et rééducateurs d'aborder avec méthodologie le problème du diagnostic, de l'évaluation et du traitement des troubles de la sensibilité vibrotactile. Ce manuel est d'autant plus explicite qu'il peut s'accompagner d'un enseignement pédagogique de 5 jours en deux parties.

Dans la première partie, sont extrêmement bien définis sur la base d'une large littérature, les troubles de la sensibilité, en particulier la sensibilité cutanée, la sensibilité vibrotactile et la régénération nerveuse. Empreints d'une grande expérience personnelle, sont décrits par la suite les méthodologies et outils à disposition pour l'évaluation de la sensibilité cutanée et la rééducation de l'hyposensibilité.

Dans la deuxième partie, en complément à la rééducation de l'hyposensibilité, l'auteur aborde le problème de la complication douloureuse qui va nécessiter une désensibilisation par vibrations mécaniques sur le site de lésions axonales et/ou la contre-stimulation vibrotactile en présence d'un éventuel territoire allodymique. Ces complications douloureuses, telles que l'allodymie mécanique, la douleur neuropathique et le syndrome locorégional douloureux complexe de type II restent encore trop souvent une pierre d'achoppement thérapeutique pour les rééducateurs, les chirurgiens traumatologues et orthopédistes, les neurologues, les neurochirurgiens et les rhumatologues. Le rôle préventif d'un traitement adéquat des troubles de la sensibilité cutanée, pour éviter les complications douloureuses, est également souligné.

Nos félicitations et un grand merci à Claude Spicher d'avoir eu le courage et la ténacité d'aborder ce parent pauvre de la rééducation que sont les troubles de la sensibilité cutanée. En couvrant cette lacune, il offre enfin aux thérapeutes et rééducateurs, un ouvrage référentiel et méthodologique permettant de traiter efficacement ces pathologies et d'éveiller l'intérêt à poursuivre la recherche scientifique et clinique dans ce domaine.

Dr. M. Waldburger
Médecin-chef
Service de rhumatologie,
Médecine physique et rééducation
Hôpital cantonal – Fribourg

Claude J. SPICHER

*Rédacteur-en-chef, Ergothérapeute, Rééducateur de la main certifié SSRM,
Collaborateur scientifique au Département de médecine, Université de Fribourg*

La **rééducation sensitive** est une nouvelle méthode de traitement. Elle s'adresse au plus grand organe du corps humain : la peau. Cet organe est si vaste qu'il est fréquemment soumis à des traumatismes qui provoquent de micro lésions nerveuses avec leur cortège de symptômes : fourmillements, décharges électriques, engourdissement, etc.

Lorsque ces sensations bizarres ne sont pas rééduquées, des complications douloureuses peuvent alors survenir et engendrer de véritables handicaps : finir ses commissions dans une grande surface avec le risque de devoir enlever ses chaussures, passer ses soirées debout - sans pouvoir s'asseoir - même pour regarder la TV - devenir intouchable sur une partie du corps, en particulier les extrémités (doigts, orteils), etc. De même lors de lésions cérébrales, la récupération d'une hémiplégié est facilitée, si le recouvrement du tact est activé par la rééducation sensitive.

Cette méthode a connu ses balbutiements en 1970 à Baltimore. Son développement est resté régional : Suède, 1981; Montpellier, 1983; Japon, 1990; Fribourg, 1990. Ces quatorze dernières années, de nombreuses personnes m'ont permis de rassembler de nombreux travaux des XIX^{ème}, XX^{ème} et XXI^{ème} siècles et de constituer, de manière originale, un tout que j'enseigne sur cinq journées, en Suisse et à l'étranger.

Le terme de « rééducation sensitive » m'a été transmis il y a 10 ans par le Dr Kohut ; nous l'avons alors inséré comme prestation supplémentaire dans la prescription de rééducation de la main.

Aujourd'hui, la rééducation sensitive comprend :

- **La rééducation du territoire hyposensible**
- **La désensibilisation du site de lésions axonales**
- **La contre-stimulation vibrotactile** (d'un éventuel territoire allodymique).

Même si AL Dellon parle de Testing & Rehabilitation, j'ai préféré, en français, le terme de rééducation, car le moment d'évaluation est déjà une incitation au cerveau de se réorganiser : d'utiliser son potentiel de neuroplasticité.

reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Hébergé sur le site de l'ANFE:
[www.anfe.fr/Douleurs neuropathiques](http://www.anfe.fr/Douleurs%20neuropathiques)

Il existe une certaine beauté dans la douleur

On vit une époque formidable. De nombreux payeurs de prestations, des experts médicaux ou des politiciens nient l'importance des douleurs chroniques pour un patient. Au mieux, il s'agit de douleurs fictives, de simulation ; au pire (ou est-ce l'inverse ?), il s'agit de douleurs psychogènes. La douleur est niée. La subjectivité d'une douleur chronique ne peut être prise en compte, puisqu'invisible, non quantifiable, et ne peut jouer aucun rôle dans la réinsertion sociale et professionnelle du patient. D'ailleurs, pourquoi donc se préoccuper de mettre les médicaments antalgiques dans les prestations obligatoires puisqu'il s'agit de traitement de pur confort ? On vit une époque formidable.

De nombreux patients souffrent, la prévalence est élevée. Uniquement pour les douleurs neuropathiques, cette maladie pourrait toucher 500.000 patients rien que pour la Suisse. Heureusement que de nombreux thérapeutes ne s'avouent pas vaincus, et le livre de Claude Spicher et Isabelle Quintal est là pour nous le rappeler. Pour nous expliquer que oui, les douleurs chroniques existent, que oui, elles peuvent être définies et même un peu quantifiées.

Dans mon expérience de neurochirurgien, nombreux sont les patients douloureux chroniques qui souffrent de douleurs en partie ou totalement liées à des lésions neurologiques : ces fameuses douleurs neuropathiques connues en fait depuis longtemps. Le mérite de ce livre est de nous rappeler également que les anciens auteurs s'étaient déjà penchés sur leur définition, leur caractérisation.

Evidemment, ce livre s'adresse aux thérapeutes de la douleur, aux personnes désireuses d'apprendre les modalités de la rééducation sensitive. Il s'agit d'un manuel complet. Alors pourquoi le lire si on ne pratique pas soi-même ces thérapies ? Pour comprendre. Quel prescripteur n'a pas été au début surpris par la méthode ? Comment ? On soigne des douloureux chroniques avec des peaux de lapin, des machines à vibrer ! La beauté réside dans cette collision un peu surréaliste d'une compréhension parfaite de l'innervation de la peau, de l'origine des douleurs et de thérapies nouvelles, innovantes, surprenantes et pourtant efficaces. C'est une démonstration d'une réelle beauté, aussi « beau que la rencontre fortuite d'un parapluie et d'une machine à coudre sur une table de dissection ».

Il nous est rappelé, fort à propos, que le traitement des patients douloureux chroniques est nécessairement long, difficile, et doit être interdisciplinaire. Cependant, il existe une lueur au fond du tunnel et on peut accompagner ses patients vers la sortie. Alors oui il faut le lire, si l'on souhaite comprendre un peu mieux les fondements des douleurs neuropathiques, comprendre pourquoi et comment il faut prescrire de la rééducation sensitive, mais aussi, ce qu'il ne faut pas faire. Ce livre s'adresse donc aussi aux chirurgiens, neurologues, chiropraticiens, ostéopathes, acupuncteurs, etc.

Alors oui, il existe aussi une certaine beauté dans la douleur, car on peut la comprendre et la traiter. On attend maintenant une version simplifiée, grand public, pour que plus de monde puisse comprendre et surtout, pour pouvoir éduquer les patients (et j'ose dire de nombreux médecins).

OTTEN, Ph. Neurochirurgien FMH

Clinique Générale ; Rue Georges-Jordil, 4 ; CH-1700 Fribourg (Suisse)

La méthode de rééducation sensitive de la douleur

LA METHODE DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR

**Claude Spicher
& Isabelle Quintal**

**Préface du Professeur
Ronald Melzack**

Avec la co-opération de:

Eric Rouiller, PhD

Pierre Sprumont, MD, PhD

Guillaume Léonard, PhD, pht

Jean-Marie Annoni, MD



Date de parution : 1 mars 2013

La **méthode de rééducation sensitive de la douleur** a douze ans. C'est une méthode aujourd'hui encyclopédique de renommée mondiale.

Elle est enseignée dans 28 pays, les thérapeutes qui la pratiquent sont organisés en un Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur (RRSD) neuropain.ch.

Le titre de Rééducateur Sensitif certifié CREAHELB existe depuis 2009.

Ce manuel est destiné aux rééducateurs, aux médecins généralistes et de toutes spécialités, ainsi qu'aux patients qui cherchent désespérément une solution à leur douleur. Cette méthode permet de diminuer les douleurs neuropathiques à partir de la peau : les sensations de brûlures « comme un coup de soleil » ou « comme un feu à l'intérieur », les douleurs au caractère électrique « comme une irradiation » ou « comme des lancées ».

« Ce manuel va permettre de stimuler tous les professionnels de la santé qui se consacrent à la gestion de la douleur et aux problèmes qui y sont associés. »

Ronald Melzack (2013)

« Aux patients dont les douleurs ne sont pas reconnues. »

Claude Spicher dédie son livre à tous ces gens qui souffrent en silence. Les patients qui viennent vers lui parlent de leur main ou de leur pied. Ils parlent d'un «endormissement», d'un «fourmillement» ou bien ils disent que «c'est comme mort»... Des mots vagues pour traduire ces sensations que le langage médical qualifie de «bizarres». Ces gens-là souffrent de lésions axonales : une affection des nerfs cutanés. «C'est un peu comme si vous essayiez d'attacher vos lacets avec des gants de laine», dit Claude Spicher. Ou bien de peindre avec les pieds en gardant ses chaussettes (mais l'image -je vous le concède- est moins frappante).

DES COMPLICATIONS

Claude Spicher, ergothérapeute à l'Hôpital Sud Fribourgeois, vient de publier le «Manuel de rééducation sensitive du corps humain». Il explique, de manière scientifique, comment rendre sa sensibilité au corps humain et particulièrement à la peau, son plus grand organe.

Souvent, les troubles du nerf viennent après un traumatisme, une fracture, une lourde chute, ou après une opération chirurgicale. «Soixante pour cent des traumatisés souffrent de lésions nerveuses», affirme Claude Spicher. Un nerf, c'est un corps cellulaire qui se prolonge en un faisceau de fibres, l'axone. L'axone sert à véhiculer l'influx nerveux: «Il y a environ 1500 axones dans un nerf cutané, explique Claude Spicher. Il suffit que dix ou vingt axones soient étirés ou lésés pour que l'on constate une perte de sensibilité.» Cette fragilité du système nerveux explique pourquoi une majorité d'opérations chirurgicales débouchent sur une légère perte de sensibilité localisée (hypoesthésie, dans le jargon médical). Certaines

fractures, comme celle du radius ou du calcaneum (l'os du talon), sont connues pour leurs complications douloureuses.

L'échelle de SPICHER

Les tremblements de terre ont leur échelle de Richter, les névralgies ont leur échelle de Spicher. L'ergothérapeute a défini quatre stades de lésions. Le premier se traduit par une perte de sensibilité; le second se range sous le terme d'allodynie : un stimulus (un toucher, une pression) normalement inoffensif devient douloureux ; le troisième stade est celui de la douleur intermittente et enfin, le quatrième, est celui de la douleur incessante, avec -note l'auteur- «des nuits sans repos».

«Ce qu'il y a d'original dans ce manuel, commente Claude Spicher, c'est que j'ai réussi à montrer le lien et la gradation qui existent entre ces quatre étapes de la névralgie pour tous les nerfs cutanés du corps.» Démonstration par la névralgie de Morton, qui touche le pied : en voyageant dans la littérature, de 1876 à nos jours, C. Spicher a retrouvé les quatre stades de la maladie, de la perte de sensibilité jusqu'à la douleur aiguë comparée à un «coup de poignard».

«LE CERVEAU BOURGEONNE»

Le caractère miraculeux de notre système nerveux n'aura échappé à personne et nous sommes bien convaincus que le dérèglement le guette à (presque) chaque impulsion. La bonne nouvelle, c'est la plasticité de notre cerveau ! Lorsqu'une aire perd de sa sensibilité ou même de sa motricité, le cerveau va réinventer un chemin.

Claude Spicher répète à ses patients qu'il va leur créer un cerveau d'aveugle: «Avez-vous déjà essayé de reconnaître un billet de banque par le toucher ? C'est très difficile pour un voyant. Les aveugles non seulement y parviennent, mais ils arrivent à lire le braille. S'il est stimulé, le cerveau est capable d'apprendre.»

Revenons à nos troubles de la sensibilité: par des exercices de toucher, par des vibrations mécaniques, le thérapeute va indiquer au cerveau du patient d'autres chemins. «Nous savons que lorsque certaines aires cérébrales sont touchées, le cerveau est capable de se réorganiser. Pourquoi est-ce que ça marcherait sur un lobe et pas sur l'autre ?» demande Claude Spicher.

La rééducation sensitive va donc forcer le système nerveux à se dupliquer, à se ramifier. Après quelques semaines, parfois quelques mois, le patient retrouve sa sensibilité cutanée. Il voit sa douleur diminuer. Claude Spicher parle en métaphore : « En stimulant votre peau, vous faites bourgeonner votre cerveau.»

Isabelle Quintal est ergothérapeute diplômée de l'Université de Montréal. Après plus de 5 ans d'expérience en clinique privée au Québec, elle a été engagée au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Suisse). Elle est Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée CREA-HELB (Belgique). Elle travaille actuellement au Centre Professionnel d'Ergothérapie (Montréal). Son activité d'enseignante pour le RRSD l'a déjà menée à Bruxelles, Fribourg, Montpellier et Montréal. Elle a publié des articles dans différentes revues, dont l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC). Elle est responsable du Département de la méthode du RRSD depuis sa fondation.