

Dolomail

Retrouvez Dolomail sur www.zitha.lu

Edition: ZithaKlinik
 Responsable: Groupe Algo
 Comité de Rédaction:
 Dr Marco Klop, Sylvie Vincent
 Mise en page: Marie Suraud
 Photo: Maryse Landfried
 Impression en interne
 Parution semestrielle
 700 exemplaires - 06/2006
www.zitha.lu

N°1

1er semestre 2006

Sommaire

TENS	p. 1
Comprendre la douleur, généralités	p. 2
Présentation du groupe Algo	p. 3
Douleurs neuropathiques	p. 4
Annonces	p. 4
Bibliographie	p. 4

Chère lectrice, cher lecteur,

Et voilà, vous tenez dans vos mains le premier numéro de Dolomail, le journal qui s'attaque au "mal". Longue fut l'attente depuis que la graine fut semée jusqu'à la récolte, mais la patience vient d'être récompensée.

Dolomail n'a certes pas l'ambition de se prendre pour un journal, loin de là cette pensée. Mais il s'agit plutôt d'un feuillet d'information, traitant de la douleur, de ses traitements pluridisciplinaires et de ses différents aspects. Vous trouverez Dolomail deux fois par an dans votre courrier, de cette façon nous pensons ne pas vous inonder de détails mais espérons plutôt vous réserver les morceaux de choix. Dans chaque numéro, le sujet

changera, de façon à ce que les différents volets de la douleur puissent être effleurés. Vous y trouverez des informations théoriques, mais aussi pratiques. A côté d'articles médicaux, vous pourrez découvrir des rubriques axées sur les soins, les méthodes alternatives et non médicamenteuses du traitement et de la prise en charge de la douleur. N'oublions pas non plus les informations sur les nouveaux traitements ou sur l'actualité médicale et les formations continues, ainsi qu'une certaine bibliographie. Bref, Dolomail est né! Au nom du Groupe Algo (anciennement Groupe Douleur) de la Clinique Sainte Thérèse, je vous souhaite bonne lecture.

Dr Marco Klop

COORDINATEUR DOULEUR - CST

TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

La neurostimulation électrique transcutanée est une technique non médicamenteuse destinée à soulager la douleur à l'aide d'un courant électrique de faible tension transmis aux nerfs par des électrodes placées sur la peau.



La technique

On choisira des électrodes d'au moins 4 cm², autocollantes avec un gel tapissant déjà l'électrode, ou possibilité d'ajouter du gel entre l'électrode et la peau, pour faciliter le passage du courant. Les appareils sont de la taille d'un téléphone portable pour permettre au patient de vivre sans gêne, ils sont donc faciles à mettre dans la ceinture ou dans une poche.

Deux sortes de stimulation sont proposées. La stimulation de haute fréquence (80 à 100 Hz) et faible intensité, la stimulation de basse fréquence (2 Hz) mais de grande intensité. La première est la plus couramment utilisée car la moins désagréable. Après avoir placé les électrodes sur la peau (deux ou quatre), dans la région douloureuse ou, suivant les cas, le long du trajet d'un nerf spécifique ou à d'autres emplacements stratégiques, le sujet est invité à ajuster le neurostimulateur, c'est-à-dire d'augmenter progressivement l'intensité jusqu'à ressentir une sensation de fourmillement ou de vibration. Cette sensation ne doit pas devenir douloureuse. Elle tend à s'estomper au fur et à mesure du déroulement de la séance. La stimulation de basse fréquence oblige donc à se servir d'une intensité élevée, à l'origine d'une sensation de battement pouvant devenir douloureuse.

Les réglages, ainsi que la durée et la fréquence des séances de traitement, peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre. Dans certains cas, l'effet analgésique se fait sentir immédiatement, tandis que dans d'autres, il faudra 30 minutes ou une heure de traitement avant que les douleurs soient soulagées. Pour certains patients, l'effet analgésique disparaît dès que l'on interrompt le traitement, pour d'autres, le soulagement peut se prolonger durant des heures, voire des jours.

Les mécanismes d'action

On n'a pas encore complètement élucidé les mécanismes par lesquels le courant électrique peut soulager la douleur. Il existe deux



hypothèses principales pour expliquer cette action analgésique: la théorie de la porte („gate control“) et la stimulation de la production endogène d’analgésiques naturels.

La théorie du „gate control“ a pour postulat que la stimulation des fibres tactiles myélinisées de gros diamètre (Aa et b) renforce les mécanismes inhibiteurs physiologiques au niveau de la corne postérieure de la moelle, fermant en quelque sorte la porte au passage des influx nociceptifs véhiculés par les fibres de petit calibre peu myélinisées ou amyéliniques (Ad et C). La neurostimulation transcutanée sert à augmenter ou à rétablir l’activité d’un système de contrôle inhibiteur de la douleur. Elle crée une contre-stimulation.

Les analgésiques endogènes sont des substances antidouleur que l’organisme produit naturellement en fonction de ses besoins. Il s’agit des endorphines, des enképhalines et des dynorphines, substances apparentées à la morphine, dont la production serait stimulée par le passage du courant électrique dans les nerfs.

Il est donc possible que les effets analgésiques de la neurostimulation transcutanée soient le résultat de ces deux mécanismes.

Applications thérapeutiques

Douleurs chroniques diverses: arthrose, arthrite rhumatoïde, ostéoarthritis, pancréatite du syndrome myofascial, neuropathie diabétique et douleur lombaire

Douleurs aiguës: postopératoires, migraine, radiculalgie, anesthésie en dentisterie ou en chirurgie dentaire, douleur durant l’accouchement, coup du lapin, traumatismes du sport

Contre-indications: c’est une technique non invasive qui présente peu de contre-indications. Elle est cependant déconseillée aux personnes à qui l’on a implanté un stimulateur cardiaque („pacemaker“), aux femmes enceintes, la neurostimulation pourrait déclencher prématurément les contractions. Les électrodes ne doivent pas être placées près du cœur, sur le devant du cou, sur la tête ou près des yeux.

Judith Schmitt
KINESITHERAPEUTE - CST

Comprendre la douleur, généralités

La relation douleur/lésion semble si évidente que l’on croit généralement que la douleur provient toujours d’une atteinte physique et que son intensité est proportionnelle à la gravité de la lésion.

Bien souvent, la réalité confirme cette relation: si on se pince le doigt, on éprouve une légère douleur, si on se l’écrase en fermant une porte, on souffre atrocement. Une coupure légère agace, tandis qu’une entaille profonde peut devenir un supplice. Pourtant, dans bien des cas, cette relation n’existe pas. Ainsi, certaines personnes manquent dès leur naissance, de l’aptitude à ressentir la douleur, même lorsqu’elles sont sérieusement blessées (analgésie congénitale) et plusieurs d’entre nous subissent des blessures telles que coupures ou meurtrissures sans ressentir de douleur avant plusieurs minutes ou plusieurs heures (analgésie épisodique). A l’inverse, certaines douleurs graves ne peuvent être reliées à aucune lésion tissulaire reconnue et d’autres persistent pendant des années après la guérison apparente de la blessure.

Incontestablement, la relation lésion-douleur est très capricieuse: il existe des blessures sans douleur et des douleurs sans blessure.

„Telle est l’énigme de la douleur.“¹

Définition des douleurs

Depuis quelques années, l’humanisation des soins de santé et plus particulièrement des institutions, est un sujet d’actualité. A l’heure actuelle, l’approche de la personne soignée connaît une nette évolution. Approche plus holistique ayant comme cadre l’idée de prendre soin de la personne en tant qu’entité, tout en lui permettant de passer un séjour hospitalier avec une qualité de vie optimisée dans les limites du réalisable. Jusqu’à maintenant, la souffrance et la douleur étaient considérées comme un des symptômes d’une maladie ou de son évolution. Il était de règle de ne pas soulager une douleur tant que sa cause n’était pas déterminée. La douleur en tant que telle a un passé chargé.

Puisque le bien-être humain est un des buts de la médecine mo-

derne, nous sommes (médecins et infirmiers) déontologiquement et moralement dans le devoir de soulager la douleur individuelle avec tous les moyens en notre possession.

L’International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme une „expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion.“

L’intérêt d’une telle définition est d’éviter un lien trop étroit entre douleur et stimulus lésionnel périphérique. Son objectif est aussi de redonner un sens aux douleurs „sans lésion“. Dans un modèle exclusivement „douleurs périphériques“, les douleurs sans lésion sont abusivement assimilées à des douleurs fausses, imaginaires, simulées. Comprendre la douleur selon un modèle neuropsychologique a d’importantes conséquences pratiques. Cela aide à clarifier la confusion grossière, mais répandue, entre douleur simulée et douleur psychogène, cette dernière étant, bien entendue, „réellement“ perçue par celui qui l’endure.

„La douleur est toute manifestation que la personne douloureuse affirme ressentir. Cette douleur existe chaque fois que cette personne dit qu’elle existe.“ (Mc Caffery, 1979)

Compréhension de la douleur

Il s’agit d’une „expérience subjective d’un désordre physique.“

Composantes de la douleur

- **Composante sensorielle ou sensori-discriminative**
mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage de la qualité (brûlure, décharge électrique, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l’intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

„C’est ce que le patient sent.“

- **Composante affective ou émotionnelle**

- évaluation du complexe psychologique
- phénomènes d'anxiété et de dépression relatifs à la douleur
- tonalité désagréable, pénible de la sensation de douleur
„C'est ce que le patient ressent."

- **Composante cognitive**

L'ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception (ici la douleur) et les réactions comportementales qu'elle détermine sont l'interprétation individuelle de la douleur (valeurs attribuées), la mémorisation, la référence au passé, les phénomènes d'anticipation, la mobilisation des processus d'attention et les décisions sur le comportement à adopter.

„C'est la place que le patient accorde à la douleur dans l'histoire de sa vie."

- **Composante comportementale**

L'ensemble des manifestations verbales et non-verbales observables chez la personne souffrante, telles que la verbalisation, les plaintes et gémissements, la mimique, les attitudes antalgiques et la limitation d'activités.

„C'est ce que le patient montre de sa douleur."

- **Renforcements exercés par l'entourage**

Positifs: attention, sollicitude, compassion, avantages financiers tels que le taux d'invalidité, pensions, etc...

Négatifs: rejet, isolement social

Ce sont des manifestations réactionnelles à une douleur perçue. Elles constituent des indices reflétant l'importance du problème de la douleur.

Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue mais elles assurent aussi une fonction de communication avec l'entourage.

Les apprentissages antérieurs, la fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, les standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, sont susceptibles de modifier la réaction actuelle d'un individu. Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade souffrant, contribuer à son entretien.

Dans sa conception actuelle, la douleur apparaît comme un phénomène multidimensionnel (et plurifactoriel) et non comme une réaction simple, univoque.

En effet une approche „plurimodale" est la réponse thérapeutique logique qui découle du modèle pluridimensionnel de la douleur.

Sylvie Vincent

INFIRMIERE REFERENTE DOULEUR

Présentation du groupe Algo

En 2000, la CST a décidé d'adopter le programme Incitant Qualité (IQ) Douleur. Après quelques difficultés de démarrage, le groupe, constitué autour d'une idée globale pour le soulagement de la douleur, a finalement pu trouver ses repères au sein de notre institution et fonctionner de façon autonome. L'idée de l'IQ était de sensibiliser, au sein de la clinique, le monde de la santé à la prise en charge de la douleur et de son traitement. Échelles de mesures de la douleur, documentation et protocoles de traitement furent progressivement introduits au sein des unités de soins. Une formation spécifique fut proposée à l'ensemble du personnel soignant afin d'optimiser la prise en charge de la douleur. L'introduction des pompes PCA (patient controlled analgesia) fut un des grands succès du Groupe Douleur. Une équipe mobile a été créée pour gérer les nouvelles pompes PCA et répondre aux demandes et questions des patients et des unités de soins.

Le groupe fut coordonné par un binôme composé de Fabienne Ruffini et Sylvie Vincent. Nous avons toutefois eu soins de nous entourer de consultants médicaux de diverses spécialités, de façon à avoir au sein du groupe un expert pour chaque domaine de la médecine. Le groupe se réunit deux fois par an pour organiser les grandes lignes du programme et la conduite à tenir face à certains problèmes.

Composition du groupe Algo

- Coordinateurs: Dr Marco Klop, Sylvie Vincent
- Douleur aiguë: Dr Marco Klop
- Douleur chronique: Dr Catherine Schmit-Burgy
- Douleur cancéreuse: Dr Julien Sand
- Consultants: Dr Jean-Marc Cloos, Dr Paul Devaquet, Dr Fries, Dr Marco Hirsch, Dr Kieffer

D'autre part les coordinateurs se réunissent une fois par mois pour le suivi des projets en cours.

Cette année, Sylvie Vincent a remplacé Fabienne Ruffini, qui a été appelée à d'autres tâches au sein de la Clinique. Je profite de la rédaction de cet article pour remercier chaleureusement Fabienne pour son travail au sein du groupe. Il est vrai que sans sa persévérance et son énergie, sa bonne humeur et son humour, ce projet aurait été un cuisant échec.

Parallèlement au traitement de la douleur aiguë, nous avons décidé de nous occuper de la douleur chronique. Le Dr Catherine Schmit-Burgy est venu grossir nos rangs, attiré par le défi d'organiser une consultation de la douleur. Le "duo" composé du Dr Schmit-Burgy et de Sylvie Vincent a su affirmer sa position en la matière. Les consultations d'algologie connaissent un succès croissant et de plus en plus de patients y sont adressés par leurs médecins. Il faut ajouter que pour l'instant, priorité est accordée aux patients de notre clinique ou au moins suivis par un médecin agréé à la CST. Les consultations se font sur demande du médecin traitant.



Douleurs neuropathiques

La douleur est à l'origine de plus de la moitié des consultations médicales et son appréciation ainsi que son traitement sont la préoccupation de tous les acteurs de santé.

En ce qui concerne les douleurs neuropathiques, elles représentent 37 % des plaintes présentées par les patients dans le cadre des structures spécialisées.

Il est clair qu'elles sont le plus souvent sous-estimées pour de multiples raisons: étiologies ubiquitaires, des examens morphologiques parfois trompeurs amenant les patients à rechercher une seule explication à leur mal, capacité cognitive du patient diminuée en raison de l'anxiété secondaire à la douleur, absence de logique causale aux douleurs et finalement la prise de conscience que la douleur neuropathique est un processus actif intimement lié à l'histoire du patient.

Il existe bien entendu plusieurs exemples de douleurs neuropathiques dont les plus courantes sont les douleurs post-herpétiques, les douleurs fantômes, les polyneuropathies diabétiques et VIH, le syndrome douloureux central post-AVC, SEP, compressives de type cervicobrachialgies ou lombosciatalgies, ainsi que les douleurs cancéreuses.

Les symptômes varient d'un patient à l'autre et chez un même patient: brûlure, dysethésie, alodynie, hyperalgies et paresthésies.

Outre la difficulté de diagnostic, qui le plus souvent est posé par une anamnèse poussée et un examen clinique soigneux auquel l'utilisation de l'Antalkit peut être associé, s'ajoute la difficulté du traitement.

Celui-ci s'effectuera le plus favorablement dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire qui associera les traitements médicamenteux (antalgiques simples, AINS, opiacés, antidépresseurs, antiépileptiques, gabapentine, etc...) et non médicamenteux (sophrologie, acupuncture, psychothérapie, aromathérapie, etc...) qui s'avèreront non négligeables surtout si la douleur dure depuis longtemps.

Il est à signaler qu'il existe des possibilités d'analgésie interventionnelle (radiofréquence, TENS, administration spinale d'analgésiques) que l'on pourra considérer en cas d'échec thérapeutique partiel ou total.

Que dire pour conclure, peut-être que la douleur neuropathique est difficile à traiter et les patients qui en souffrent probablement plus encore... alors courage!

Dr Catherine Schmit-Burgy
MEDECIN - CST

Annonces

- 12 septembre 2006

Journée mondiale de lutte contre la douleur sur le thème de „la douleur de la personne âgée“
www.iasp-pain.org

- 11-16 septembre 2006

Semaine européenne de la douleur
www.efic.org

- 13-16 septembre 2006, Istanbul, Turquie

V^e congrès de la Fédération Européenne des Chapitres de l'IASP - „Europe Against Pain, Don't Suffer in Silence“
Info: www.kenes.com/efic/ - efic@internet.gr (Sarah Wheeler)

- 25-29 septembre 2006

„Semaine de la douleur à la Clinique Sainte Thérèse“
www.zitha.lu

- 15-18 novembre 2006, Nantes, France

6^e congrès annuel de la SFETD - „Cancer, quelles douleurs?“
Info: www.sfetd-douleur.org/ - sofraldo@club-internet.fr

- 8 décembre 2006, Paris, France

13^e congrès de la douleur de l'enfant „La douleur de l'enfant, quelles réponses?“
Info: info@comm-sante.com - +33 5 57 97 19 19

Bibliographie

- Référentiel douleur

CST & Institut Belge de la Douleur, Luxembourg, 2005

- (1) Le défi de la douleur

R. Melzack, P.D. Wall, éd. Maloine, Paris, 1982

- Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and identifications of pain terms

International Association for the Study of Pain, éd. Harold Merskey and Nikolai Bogduk, Seattle, 1994

- L'infirmière et la douleur

Dr Jacques Wrobel, éd. Institut UPSA de la Douleur, 1998

- Bulletin d'éducation du patient à sa maladie - Neurostimulation transcutanée (TENS) et douleur chronique

P. Hanson, volume 20, fascicule 2-3

- Electrophysiothérapie et rééducation fonctionnelle

F. Crepon, éd. Frison-Roche, 1994

- Approches non pharmacologiques à la gestion de la douleur

M. Gillen, éd. Rogers, Toronto, 2002

- La stimulation nerveuse électrique transcutanée

L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud, G. Maloine, éd. Paris, 1997

