

# Douleurs Chroniques

UETD METZ

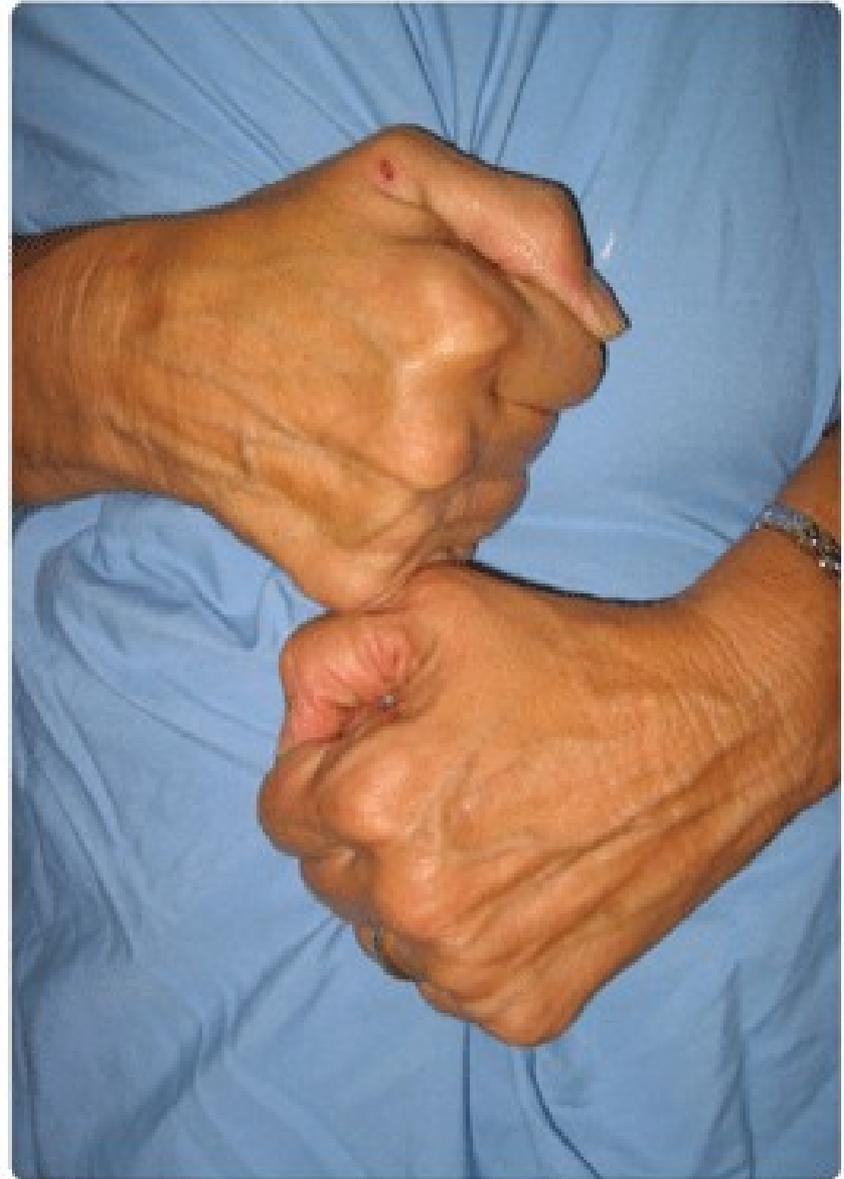


La raison est au malade

Le passage du symptôme  
au syndrome

**Il n'existe pas UNE mais DES douleurs**

Une prise en charge  
pluridisciplinaire



# **Epidémiologie de la douleur Données Européennes**

# Etude Pain In Europe (PIE)

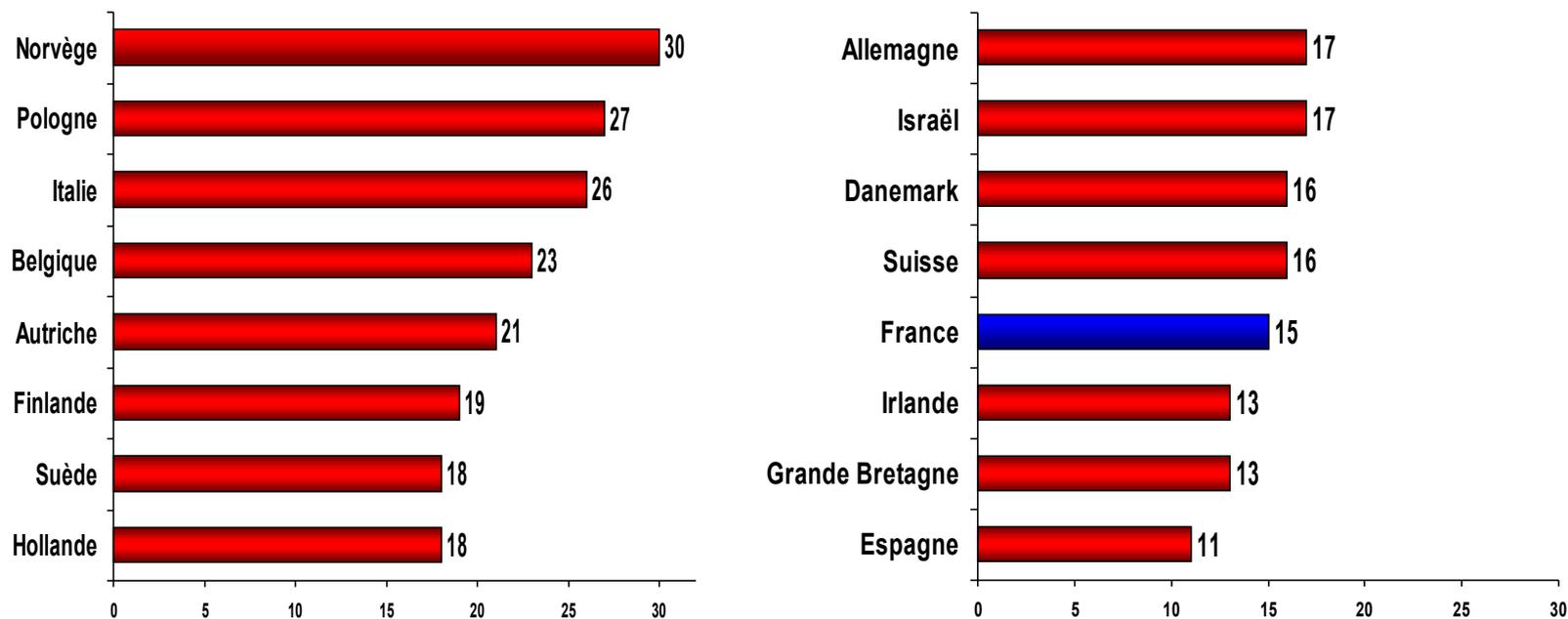
## **PIE<sup>(18)</sup> : Une première à l'échelle européenne...**

- ⦿ La première enquête européenne sur la douleur chronique
- ⦿ Plus de 46 000 personnes contactées
- ⦿ Plus de 4 800 patients interrogés dans 16 pays

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.

# 75 millions d'Européens concernés par les douleurs chroniques

Populations souffrant de douleurs chroniques (en %)



(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.

# **Epidémiologie de la douleur Données Françaises**

# Prévalence de la DCNC en France

- **7 millions de Français souffrent de douleurs chroniques** <sup>(18)</sup>
  - Soit 15 % des Français
  - Contre 19 % en moyenne en Europe
    - 11 % en Espagne
    - 30 % en Norvège

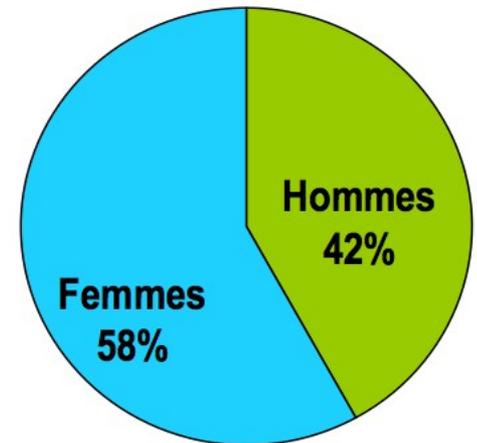
(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.  
[www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

# Quels sont les patients concernés ?

## ○ La douleur touche plus les femmes (58%) <sup>(18)</sup>

(en Europe, 56% des patients douloureux chroniques sont des femmes)

Sexe



## ○ La douleur touche plus les 30 – 61 ans <sup>(18)</sup>

- 54% ont entre 31 et 60 ans
- 30% des patients ont plus de 61 ans
- Age moyen : 51 ans

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.  
[www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

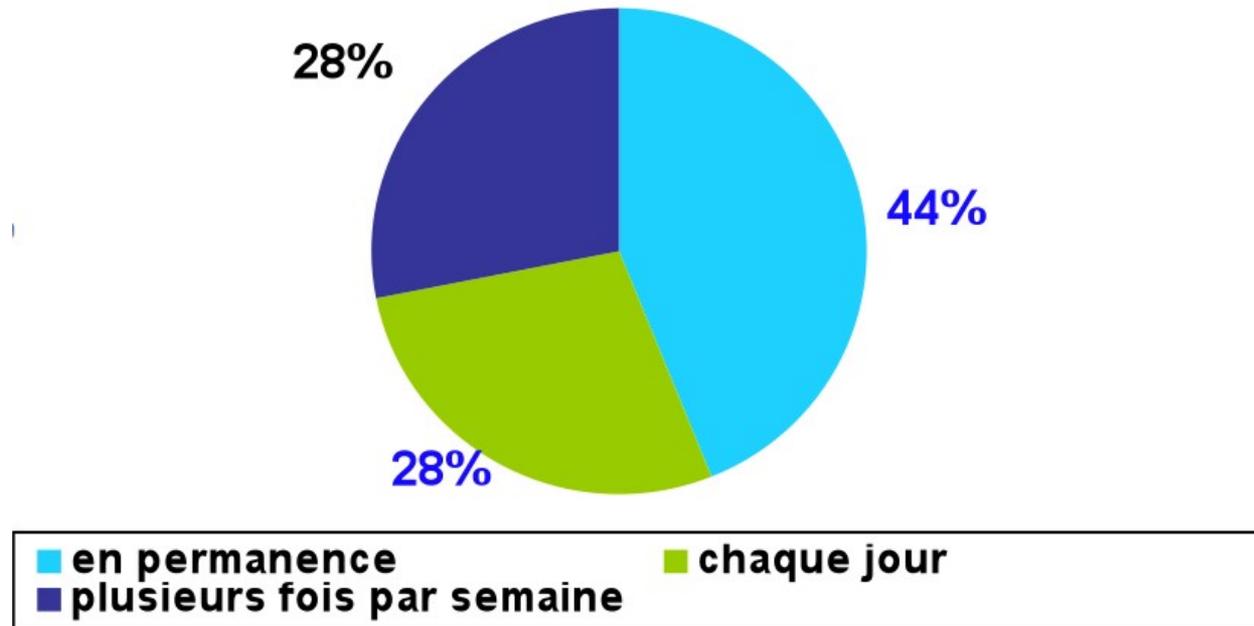
# De longues années de souffrance...

- **En France, les patients douloureux souffrent en moyenne depuis 5,7 ans** <sup>(18)</sup>
- **Les Européens souffrent en moyenne depuis 7 ans** <sup>(18)</sup>
  - Irlande : 4,9 ans
  - Finlande : 9,6 ans
- **18% des malades souffrent depuis plus de 20 ans** <sup>(18)</sup>

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.  
[www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

# ... en permanence

- **Plus de 2 patients français sur 3 (72%) souffrent de façon quasi permanente** <sup>(18)</sup>



(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.  
[www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

## En résumé...

- 7 millions de Français souffrent de douleurs chroniques
- 4,6 millions presque constamment
- pendant presque 6 ans
- 2 ans pour être soulagé
- 2 patients sur 3 sont résignés
- 140 000 consultent les spécialistes de la douleur
- 2,3 millions des patients français ne sont pas traités
- 185 000 patients traités prennent des opioïdes forts

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.  
[www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)

## ⊙ La douleur chronique peut être dévastatrice <sup>(10)</sup> :

- La douleur chronique a un impact sur les activités journalières
- 26% pensent que la douleur a une influence sur leur emploi
- 15 journées d'arrêt de travail/an en raison des douleurs (estimation sur les données de 6 mois)
- 1/5 rapporte une perte d'emploi (19%) ou un diagnostic de dépression réactionnelle à la douleur (21%)

	Total	Royaume Uni (n=243)	France (n=232)	Allemagne (n=232)	Italie (n=233)	Espagne (n=255)	Pologne (n=220)	Suède (n=292)	Norvège (n=289)	Danemark (n=298)
Perte d'emploi	19%	25%	15%	14%	17%	22%	14%	24%	24%	29%
Changement de responsabilités professionnelles	16%	16%	12%	11%	28%	8%	19%	28%	28%	21%
Changement complet de travail	13%	18%	12%	8%	20%	4%	13%	25%	22%	11%
Diagnostic de dépression	21%	24%	18%	20%	22%	29%	14%	24%	28%	11%

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain

# Relation médecin/patient

## ○ **Des progrès restent à faire** <sup>(10)</sup> :

- En France comme en Europe, seulement 1 patient sur 2 est satisfait du médecin qui le traite
- Néanmoins lorsqu'ils sont traités, 79 % des patients français sont soulagés en moins de 2 ans, contre 53 % en Europe
- Un "nomadisme" médical relativement faible : 66 % n'ont consulté qu'un à deux médecins

(18) Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain 2006; 10:287-333.

# LES DOULEURS CHRONIQUES

- **La douleur a été longtemps négligée, pour des raisons culturelles, religieuses, mais également faute de connaissances physiopathologiques et pharmacologiques**
- **Des mises au point techniques sont également venues améliorer la prise en charge de la douleur : péridurale, site implantable, PCA, stimulation électrique transcutanée ou médullaire, diffuseurs médicamenteux**
- **Le développement récent de la prise en charge de la douleur ne doit pas s'orienter vers une appropriation de quelques uns, il se doit l'éducation à l'ensemble des soignants pour une meilleure réponse à une réalité de terrain**

# DEFINITION

- *« La douleur est une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau » (3)*
- *« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage » (1,2)*
- La douleur est une expérience subjective multidimensionnelle, à la fois sensorielle et émotionnelle (2)
- Elle accepte la possibilité d'une dissociation complète entre l'intensité de la perception douloureuse et la gravité d'une lésion (2)
- Toute douleur impose une prise en charge immédiate, ainsi que la recherche et le traitement de sa cause

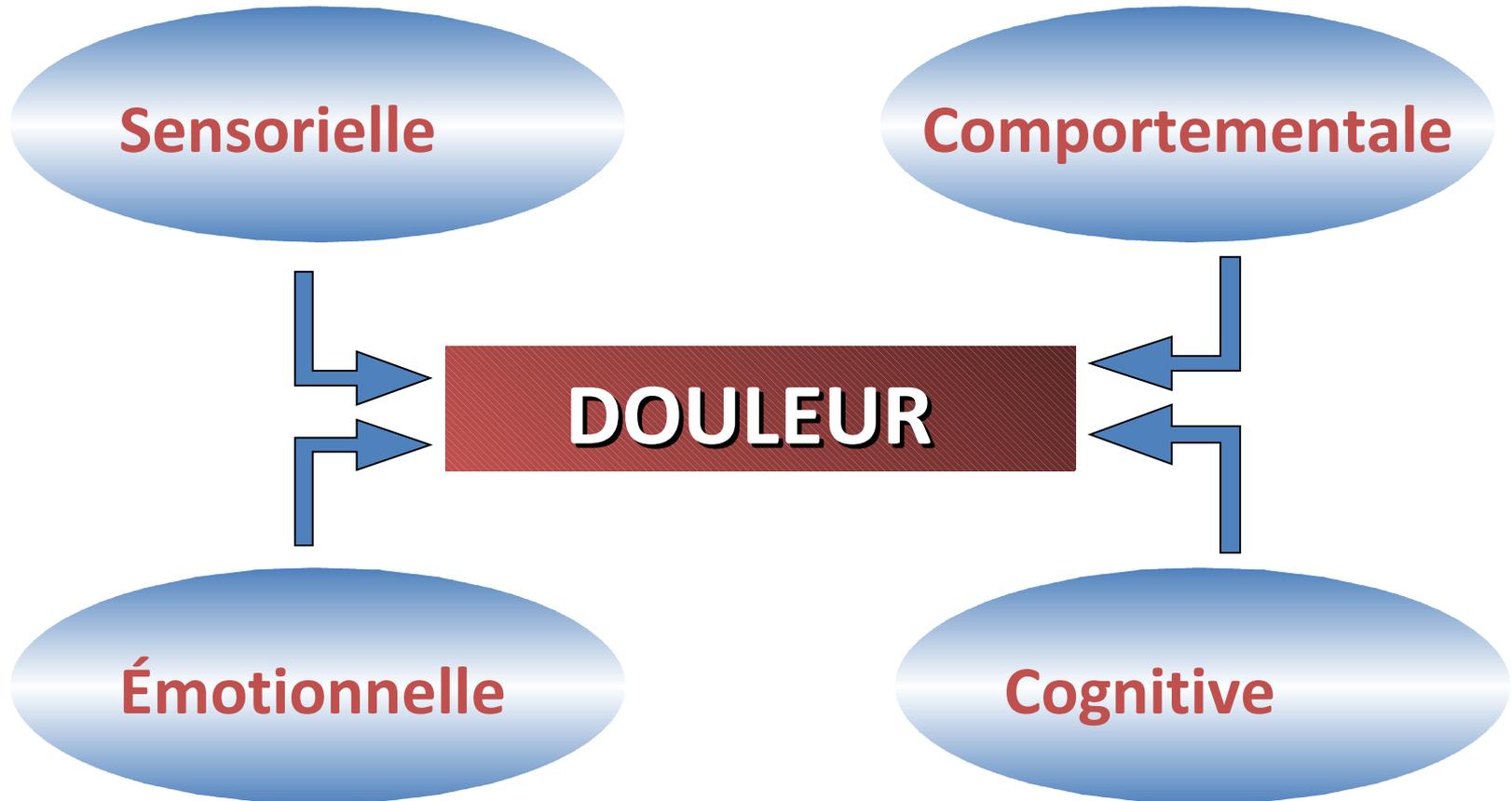
1 Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP) - 1979.

2 Vanhalewyn M, Cerexhe F. SSMG 2004.

3 Définition du Littré

# Les composantes de la douleur

# Douleurs Chroniques : 4 COMPOSANTES <sup>(1)</sup>



# Composante sensorielle

- Correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage des caractéristiques de la douleur (4) :
  - La qualité (brûlure, piqûre, torsion, décharge électrique, fourmillement,...),
  - La durée (brève, continue, paroxystique, répétée),
  - L'intensité,
  - La localisation.
- Composante importante et indispensable
- Mais totalement subjective : sert aux patients pour décrire leur douleur (4)
- Certaines données, comme la localisation d'une douleur projetée, peuvent être erronées (4)

# Composante affectivo-émotionnelle

- Confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, agressive, difficile ou non à supporter (4)
- Déterminée par le stimulus nociceptif,
- Mais aussi par sa durée et le contexte dans lequel évolue la douleur (*incertitude de l'évolution d'une maladie, par ex*) (4)
- Cette composante affective peut évoluer vers des états voisins de l'anxiété ou de la dépression (4)

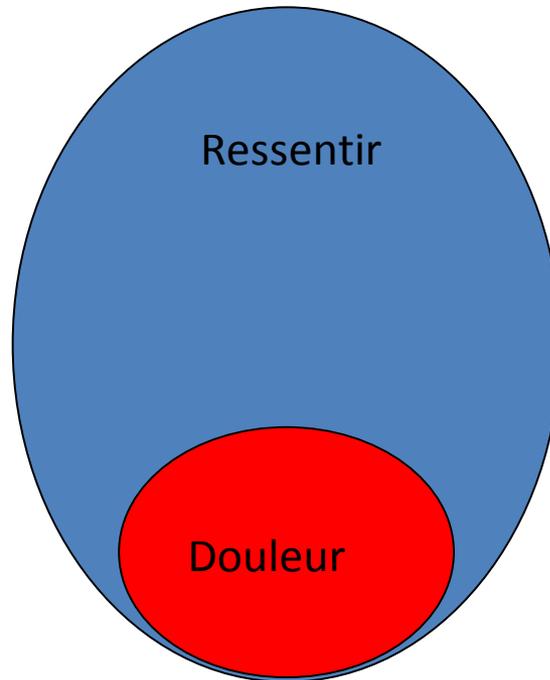
# Composante cognitive

- Ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine<sup>(4)</sup> :
  - Processus d'attention et de diversion de l'attention,
  - Interprétations et valeurs attribuées à la douleur,
  - Anticipation,
  - Références à des expériences douloureuses antérieures (personnelles ou observées)
  - Décisions sur le comportement à adopter.
- Dépend de facteurs socioculturels et de l'histoire personnelle du patient.<sup>(4)</sup>
- La signification d'une douleur est différente selon qu'il s'agit d'une affection curable ou non, aiguë ou chronique.<sup>(4)</sup>

# Composante comportementale

- Ensemble des manifestations verbales ou non verbales observables : plaintes, gémissements, position antalgique
- Assure une fonction de communication avec l'entourage

# Une Douleur Chronique multifactorielle



Quelle douleur ?

Placebo

# Définitions et Mécanismes de la douleur

# Douleur aiguë

- La douleur aiguë est un signal d’alarme utile (4,5,6,7)  
Analgésie congénitale
- Cette douleur symptôme joue un rôle de protection (*en évitant, par exemple, de marcher avec une jambe fracturée*)
- La distinction entre douleur “aiguë” et douleur “chronique” ne doit pas être uniquement basée sur la durée du symptôme (2)
- Ces deux types de douleur se différencient par des mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent et caractérisent cliniquement le déroulement temporel des transformations neurobiologiques du système nociceptif lorsqu’il est activé par un stimulus nocif intense et prolongé (2)

2 Vanhalewyn M, Cerexhe F. SSMG 2004.

(4) Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.34-35.

(5) Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).

(6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d’une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

7 Le livre de l’externe – ECN/65. Bases neurophysiologiques et évaluation d’une douleur aiguë et d’une douleur chronique.

[www.s-editions.com](http://www.s-editions.com).

# Douleur chronique

- Lorsque la douleur devient chronique (*au-delà de 3 à 6 mois*), elle devient une maladie (2,6,7)
- Cette douleur est associée à des mécanismes divers (neurophysiologiques, psychologiques) et des phénomènes comportementaux spécifiques (2,6,7)
- Elle est persistante et rebelle aux traitements usuels (5)
- La douleur chronique est dévastatrice, nocive et peut conduire à terme à la dépression (6)

2 Vanhalewyn M, Cerexhe F. SSMG 2004.

4 Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.34-35.

(6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

7 Le livre de l'externe – ECN/65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.

# Comparaison douleur aiguë/chronique

## Douleur aiguë (2,4,5,6,7)

- Monofactorielle
- Récente, transitoire
- Rôle d'alarme (utile)
- Symptôme
- Génératrice d'anxiété
- Comportement réactionnel
- Traitement curatif

## Douleur chronique (2,4,5,6,7)

- Multifactorielle
- Ancienne (> 3 à 6 mois)
- Destructrice (inutile)
- Syndrome - Maladie
- Peut conduire à la dépression
- Comportement acquis
- Traitement réadaptatif (somatique, psychique et social)

(2) Vanhalewyn M, Cerexhe F. SSMG 2004.

(4) Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.34-35.

(5) Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).

(6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

(7) Le livre de l'externe – ECN/65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. [www.s-editions.com](http://www.s-editions.com).

# Comparaison douleur

- Douleur nociceptive
- Douleur neuropathique
- Douleur mixte
- Douleur idiopathique
- Douleur psychogène

# Douleur par excès de nociception

- ***Message douloureux dans un système nerveux intact*** (4,5,7)
- Activation du système de transmission des messages nociceptifs, avec stimulation excessive des récepteurs périphériques (4)
- Douleur localisée, avec un rythme mécanique ou inflammatoire (7)
- Mise en jeu par des processus lésionnels, inflammatoires, ischémiques ou mécaniques (4)
- Origine cancéreuse ou non cancéreuse (6)

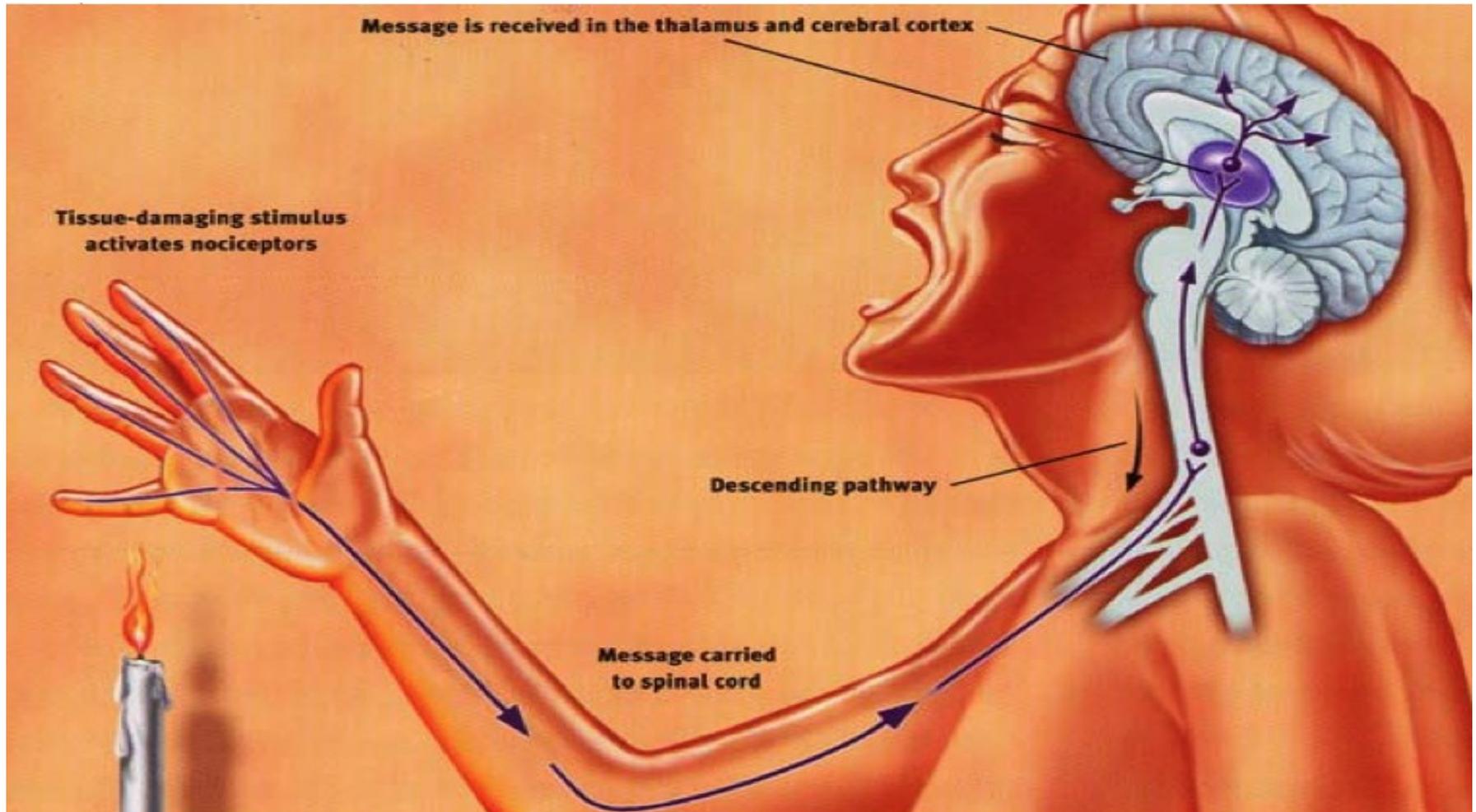
- Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.37.
  - Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).
  - Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.
- (7) Le livre de l'externe – ECN/65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique. [www.s-editions.com](http://www.s-editions.com).

# Les douleurs par excès de nociception

- Les douleurs par «*excès de nociception* » ou douleurs *nociceptives* sont de loin les plus fréquentes
- Les lésions des tissus périphériques provoquent un excès d'influx douloureux, transmis par un système nerveux intact (4)
- Ces douleurs d'*hypernociception* résultent de (4,12) :
  - Brûlures
  - Traumatismes
  - Suites opératoires
  - Maladies

- Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.37.
- (12) Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles 2002. pp. 27.

# *Influx douloureux par excès de nociception*



# Douleur par excès de nociception

## Origine cancéreuse

- Tous les cancers, quel que soit leur type, peuvent être source de douleur (8)
- Chez l'adulte, 75 % des patients avec un cancer avancé sont douloureux (8)
- La douleur peut être (8) :
  - Due à la tumeur cancéreuse elle-même
  - Due aux thérapeutiques du cancer : douleurs post-chirurgicales, douleurs post-radiques, post-chimiothérapiques
  - Sans lien de causalité directe avec le cancer ou ses traitements

(8) Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. SOR Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour 2002.

# Douleur par excès de nociception

## Origine non cancéreuse

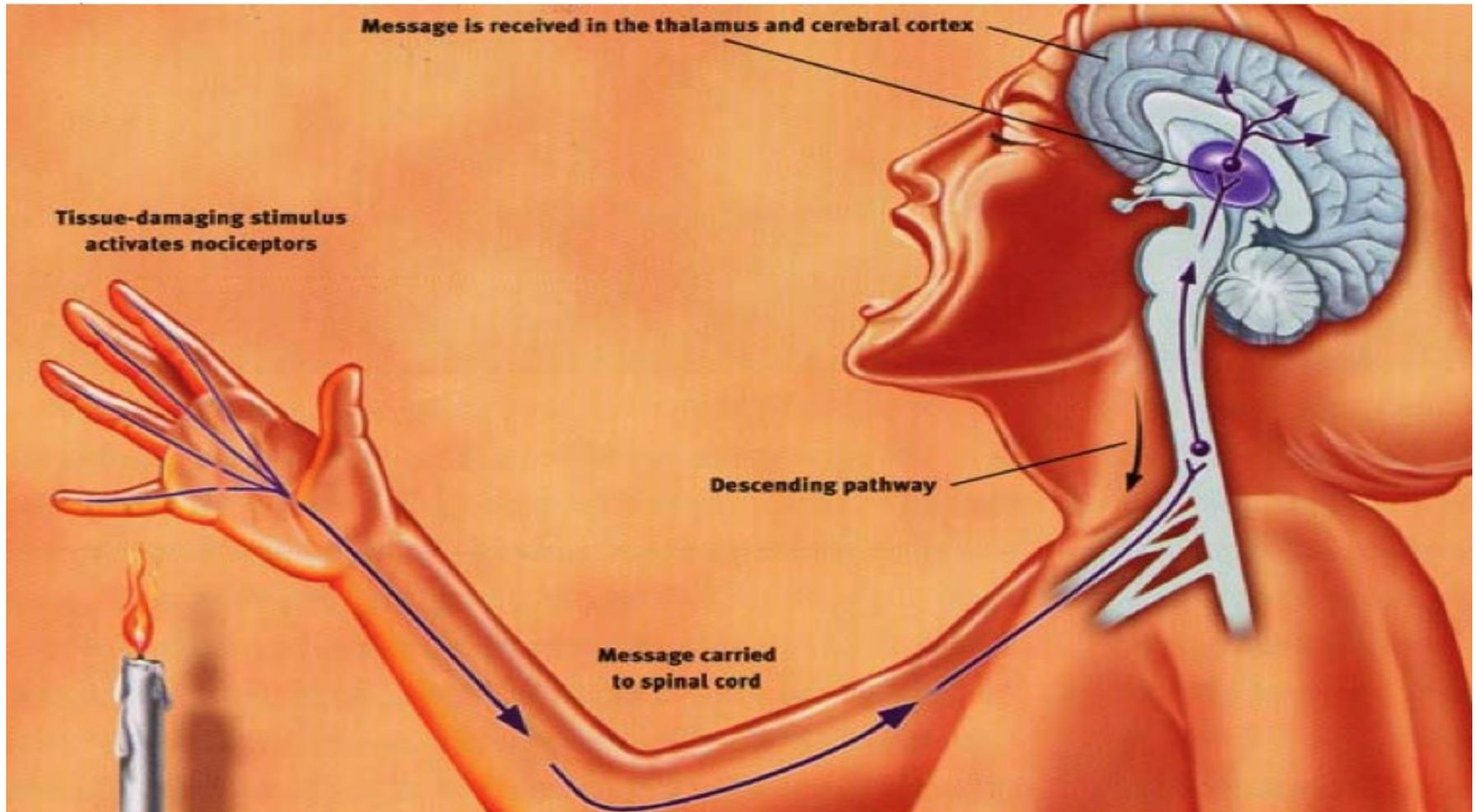
- Origines non cancéreuse (4,7) :
  - Traumatiques
  - Infectieuses
  - Dégénératives
  - Rhumatismales chroniques
  
- Horaire mécanique : augmentation de la douleur lors de l'activité physique (7)
  
- Horaire inflammatoire : réveils nocturnes, dérouillage matinal (7)

# Douleur neuropathique

- Anciennement appelée « douleur neurogène » ou « douleur par désafférentation » (5,6)
- Perturbation du système d'intégration de la douleur (6)
- Atteinte du système nerveux périphérique ou central (5,6,7)
- Résulte d'une compression d'un tronc ou d'une racine, ou d'un plexus nerveux (6)
- Douleur caractérisée par une topographie évocatrice en territoire déficitaire (7)
- Douleur spontanée ou provoquée (7)
- Types de douleur possibles : hyperalgésie, allodynie, hyperpathie (7)

- Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.35-36.
  - Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).
- (6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

# *Influx douloureux par excès de nociception*



# Les douleurs neuropathiques

- Dues à des lésions du système nerveux au niveau périphérique ou central (4,5,6) :
  - Atteintes périphériques :
    - ✦ Amputation (syndrome du membre fantôme),
    - ✦ Section nerveuse,
    - ✦ Névralgie du trijumeau,
    - ✦ Névrome,
    - ✦ Zona,
    - ✦ Neuropathies périphériques (diabétique ou alcoolique)
  - Atteintes centrales :
    - ✦ Traumatisme médullaire (paraplégie),
    - ✦ Atteinte médullaire dégénérative (SEP),
    - ✦ Accident vasculaire cérébral au niveau du thalamus
- Topographie douloureuse systématisée (tronculaire, radiculaire) (6)
- Douleurs invalidantes, pouvant conduire à un état dépressif. (6)

- Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.35-36.
- Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).

(6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

# Douleurs neuropathiques

- Pas forcément de lésion tissulaire évolutive(EMG,PES)
- Intervalle libre après lésions nerveuse
- Topographie systématisée
- Clinique stéréotypée

# Topographie systématique de la douleur



# Etat Basal : Absence de Douleur

Douleur = 0

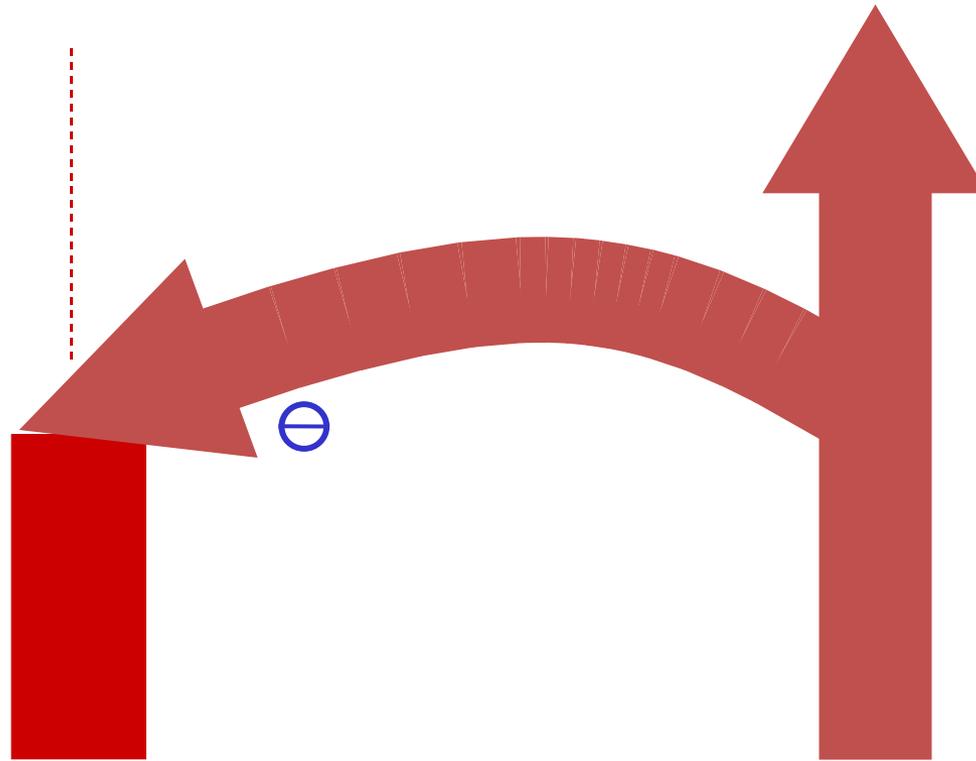
Tact

Petites Fibres  
Nociceptives  
C, A $\delta$

Grosses Fibres  
A $\alpha$ , A $\beta$

Systeme Excitateur < Systeme Inhibiteur

Notion de seuil douloureux



# Douleur par excès de nociception

**Douleur**

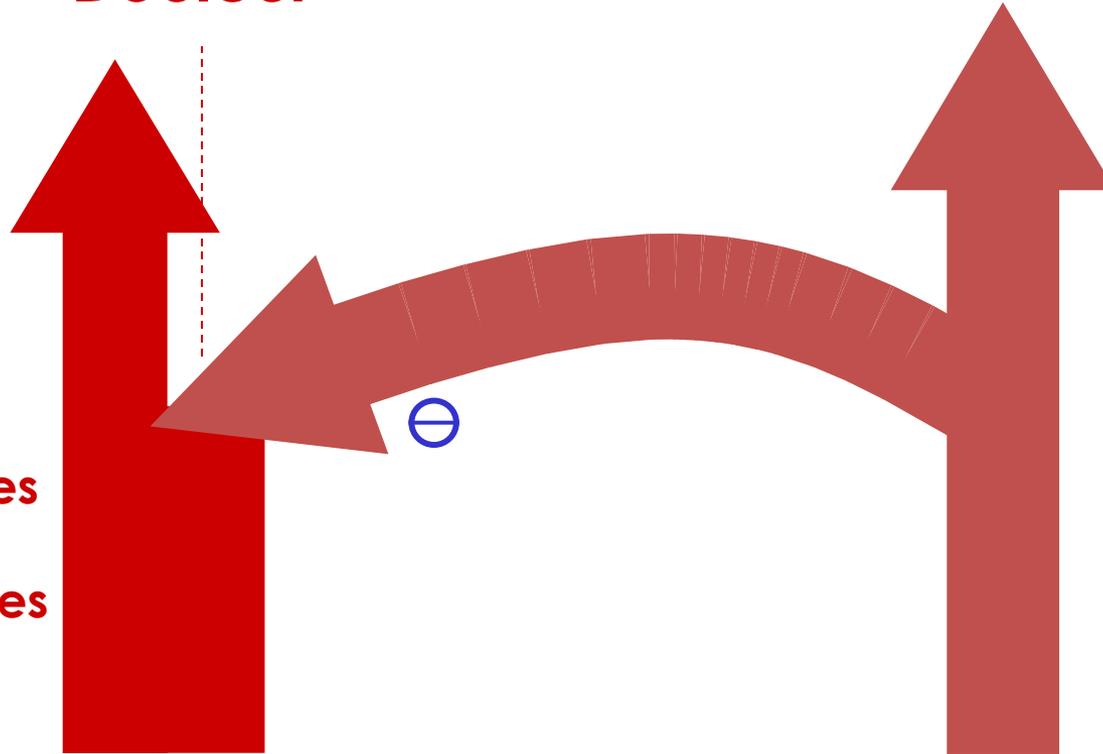
**Tact**

**Petites Fibres**

**Nociceptives  
C, A $\delta$**

**Grosses Fibres  
A $\alpha$ , A $\beta$**

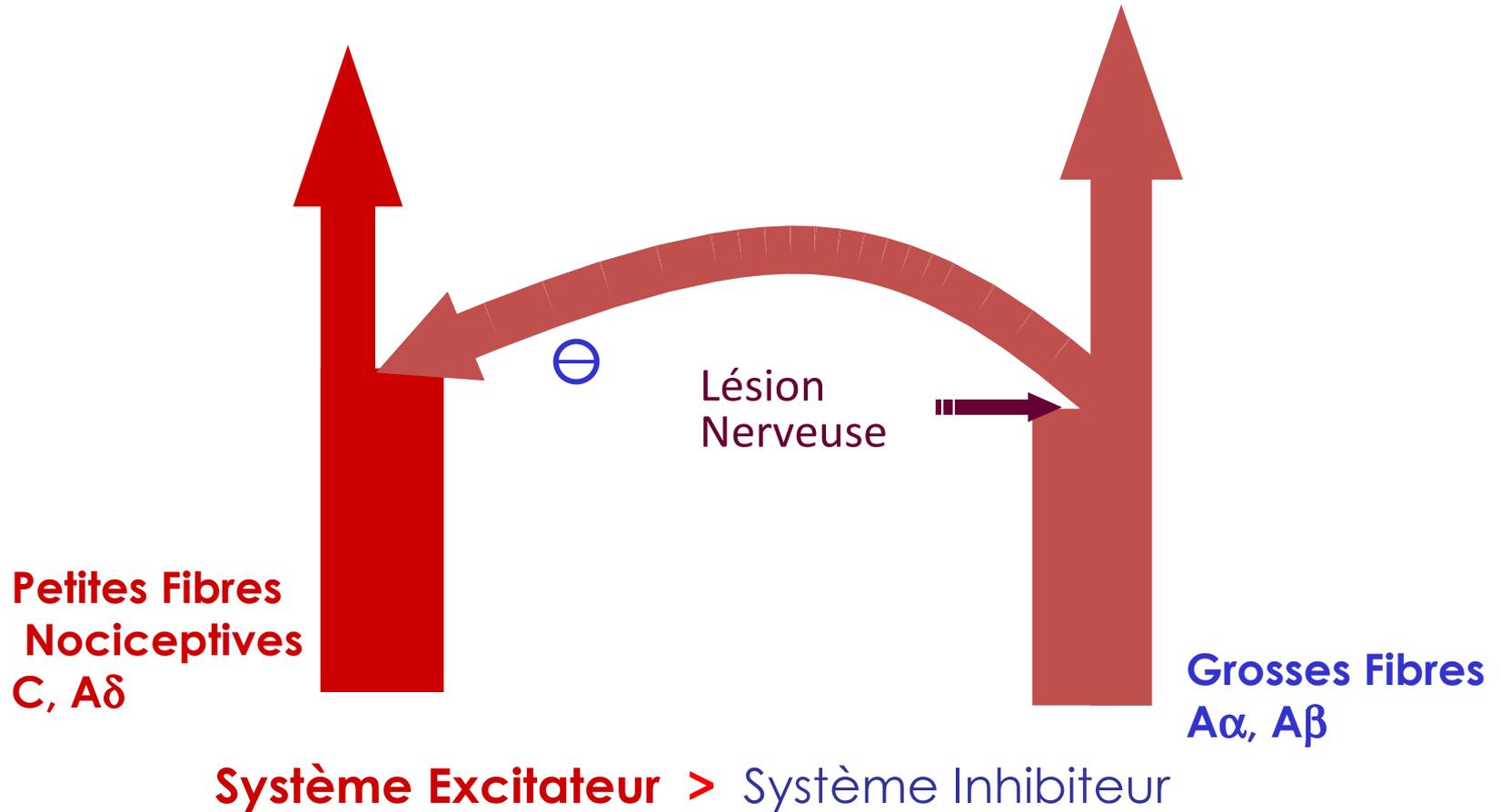
**Système Excitateur > Système Inhibiteur**



# Douleur Neuropathique

Douleur

Tact



# Les douleurs neuropathiques (suite)

- Douleur spontanée, se manifestant en l'absence de tout stimulus (4,5,6) :
  - Permanentes :
    - ✦ Superficielles : brûlure, piquêre, fourmillement
    - ✦ Profondes : sensation d'étau, de broiement
  - Ou paroxystiques (douleurs fulgurantes) :
    - ✦ Coups de poignard,
    - ✦ Décharges électriques
    - ✦ Elancements
- Douleurs provoquées (*stimulus normalement peu ou non douloureux*) (4,5,6)
  - Allodynie :
    - ✦ Dynamique (frottement cutané) ou statique (pression)
    - ✦ Thermique
  - Hyperalgésie :
    - ✦ Chaud, froid,
    - ✦ Piquêre

• Serrie A, Thurel C. *In* La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Ed Arnette 2002. pp.35-36.

• Cudennec T. La douleur et sa prise en charge. Successful Aging 2002. [www.saging.com](http://www.saging.com).

(6) Cofer. Item 65. Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique. <http://cofer-univ-lille2.fr>.

# Douleur mixte

- Douleur multifactorielle (9)
- Association des composantes nociceptives et neuropathiques des syndromes douloureux respectifs
- Correspond à de nombreuses douleurs en relation avec tumeurs cancéreuses et des douleurs dorsales
- Seul un traitement multimodal permet d'obtenir un résultat significatif :
  - Polypharmacothérapie (opioïdes)
  - Approches physiothérapeutiques et physiques
  - Psychothérapie
  - Voire accompagnement et traitement psychiatriques

# Douleur d'origine Sine Materia

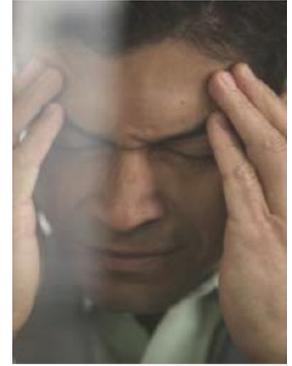
## Douleur idiopathique

- « ***Abaissement du seul nociceptif lié à des désordres thymiques*** » (10)
- Douleur sans lésions apparentes (malgré un bilan étiologique attentif) (10)
- Types de douleurs (10) :
  - Fibromyalgies,
  - Céphalées de tension,
  - Dysménorrhées, ...

# Les douleurs psychogènes

- ⦿ Sous le terme de douleur psychogène, sont regroupées toutes les douleurs inclassables dans les deux autres catégories <sup>(10)</sup>
- ⦿ Douleurs sans lésions apparentes, malgré un bilan médical complet <sup>(10)</sup>
- ⦿ La cause essentielle semble résider dans le psychisme, avec l'intervention de phénomènes psychologiques amplifiant la sensation douloureuse <sup>(10)</sup>

(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004. pp. 25-26.



# Chapitre 2

## Evaluation de la douleur

# Introduction

- L'évaluation d'une douleur chronique est un acte médical très difficile <sup>(4)</sup>
- Cependant, il est absolument nécessaire d'estimer de manière précise et quantitative la douleur avant d'envisager toute prise en charge thérapeutique <sup>(4)</sup>
- L'évaluation de la douleur <sup>(4)</sup> :
  - Contribue au diagnostic
  - Oriente dans le choix d'un traitement
  - Permet d'apprécier le résultat de ce traitement
  - Permet d'assurer le suivi thérapeutique.

(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002. pp. 62-84.

# Comment évaluer la douleur ?

- Le bilan d'un patient douloureux implique la recherche de nombreuses informations <sup>(4)</sup>
- Le déroulement de cette évaluation comporte <sup>(4)</sup> :
  - L'entretien initial (primordial)
  - Interrogatoire du patient :
    - Histoire de la douleur : *mode de début, localisation, type, intensité, durée et périodicité*
    - Antécédents
    - Evolution
    - Retentissement fonctionnel
    - Conséquences psychologiques et psychosociales
    - Enquête thérapeutique
  - Examen clinique
  - Examens complémentaires
  - Echelles d'évaluation de la douleur

(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002. pp. 62-84.

Les traitements

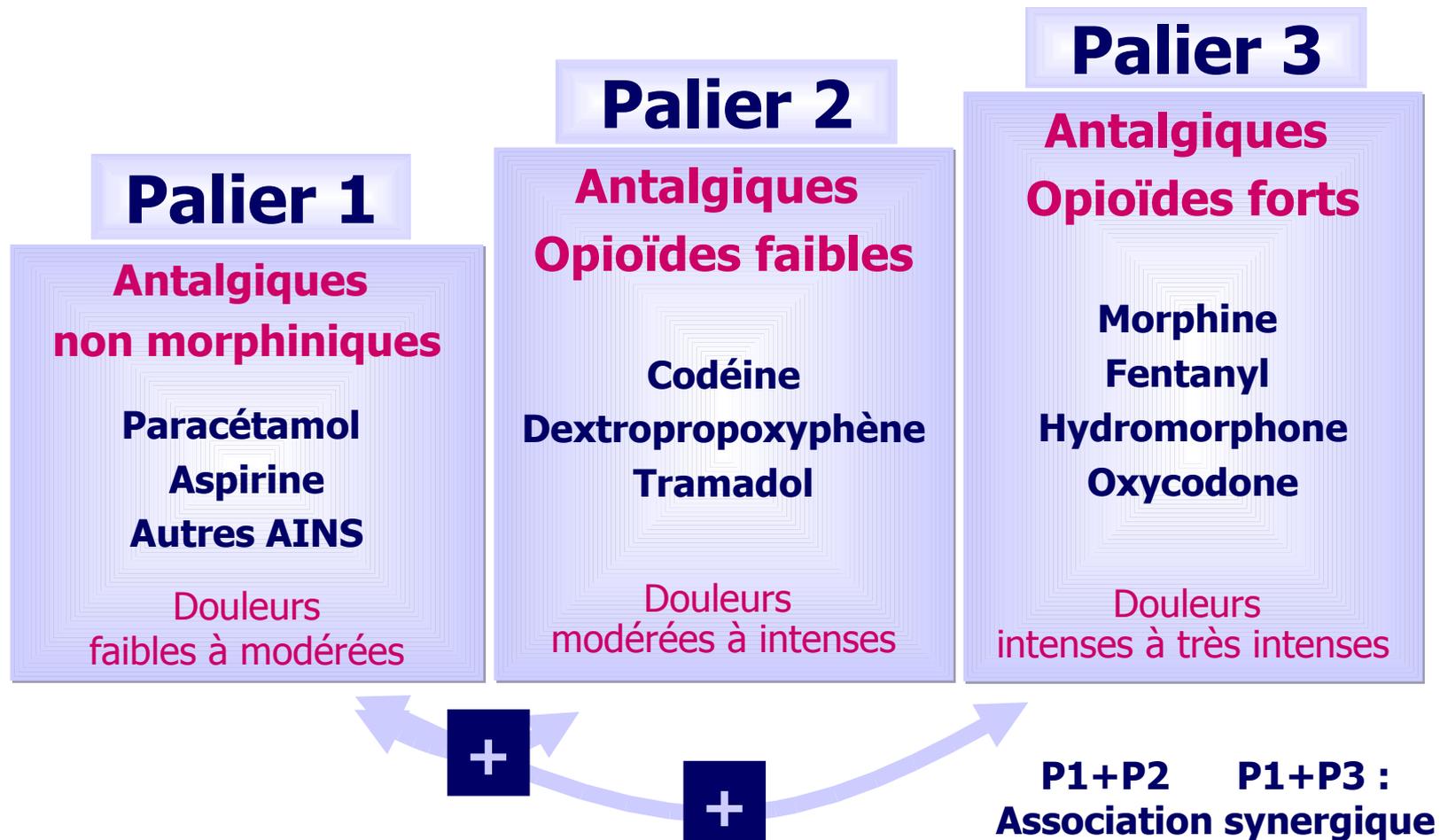
Un accompagnement

# Traitement nocicepteur

Douleurs Chroniques Non Cancéreuses



# Classification des antalgiques (OMS)



(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004. pp. 92.

# TRAITEMENT NEUROPATHIQUE

# Les douleurs neurogènes

## ANTIEPILEPTIQUES

- **Activité bloquante des canaux sodiques et réduction de la libération de glutamate :**
  - Lamotrigine = LACMITAL
  - Oxcarbazepine = TRILEPTAL
  - Topiramate = EPITOMAX
- **Action sur les récepteurs au GABA de type A**
  - Clonazepam = RIVOTRIL
  - Topiramate = EPITOMAX
- **Potentiation des taux de GABA et interférence avec les canaux sodique**
  - Gabapentine = NEURONTIN
  - PreGabapentine = LYRICA

# Les douleurs neurogènes

## THYMO-ANALEPTIQUES

Action antalgique indépendante de leur action thymoanaleptique

### Mécanisme d'action (hypothèse)

- Bloque le recaptage des monoamines libérées à partir des voies bulbo-spinales descendantes inhibitrices au niveau de la corne postérieure
- Interaction avec les systèmes monoaminergiques
- Inhibition de la recapture de sérotonine et noradrénaline
- Effets vis-à-vis de la substance P
- Aptitude à inhiber les canaux sodiques

### Médicaments :

- Clomipramine = ANAFRANIL
- Amitriptyline = LAROXYL
- Desipramine = PERTOFRAN
- Imipramine = TOFRANIL
- Duloxetine = CYMBALTA

# LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX

# Prise en charge non médicamenteuse (1/3)

## ○ **La médecine de rééducation (kinésithérapie) :**

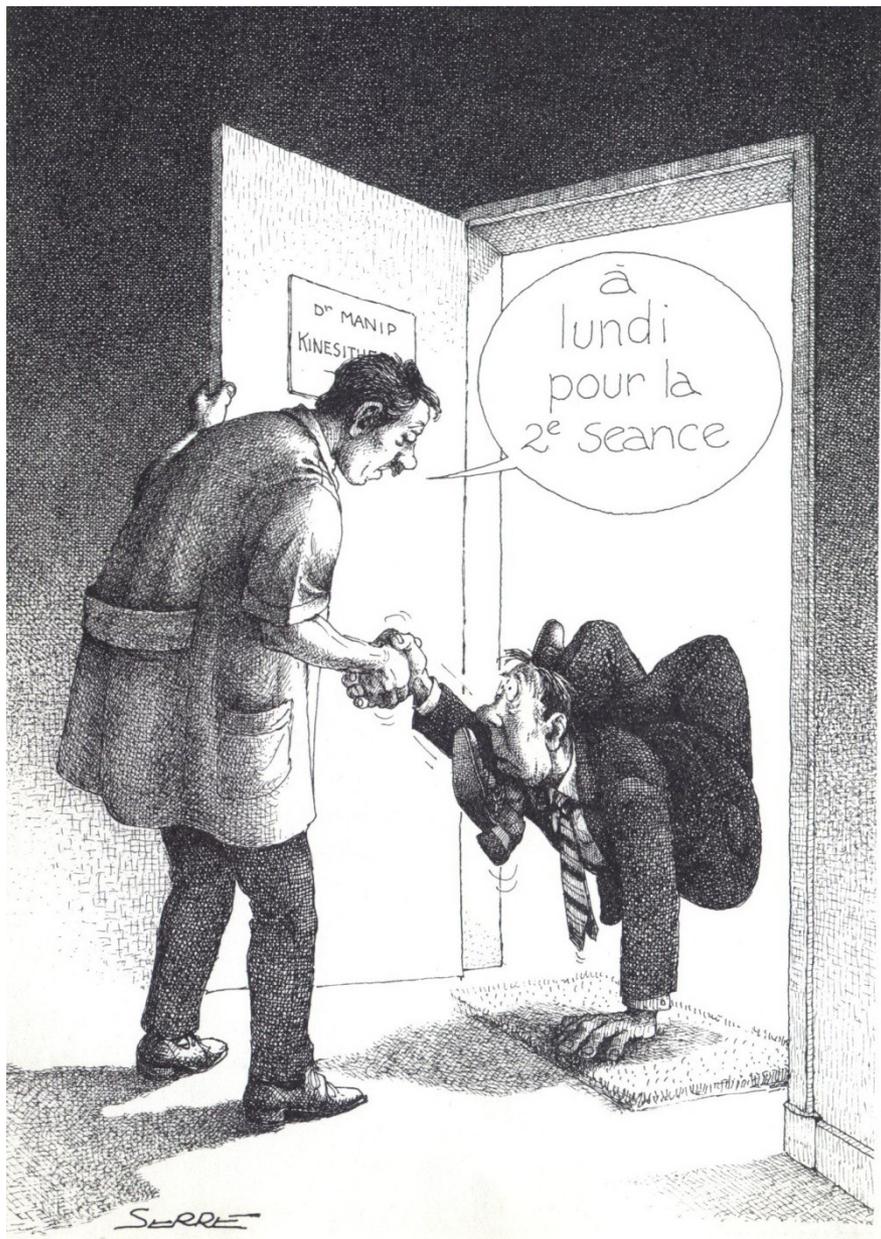
- La vibrothérapie : utilise les propriétés des vibrations mécaniques (infrasons et ultrasons)
- La cryothérapie : application à but antalgique du froid
- La thermothérapie : utilise les propriétés antalgiques de la chaleur
- Les massages : effets bénéfiques mécaniques et mécanismes réflexes d'ordre vasomoteurs, neuromusculaires et psychomoteurs
- L'immobilisation et la contention : important en cas de douleurs d'origine vertébrale
- Les tractions vertébrales : permet la réduction d'une protrusion discale
- Les manipulations vertébrales : efficacité immédiate et indiscutable sur les algies

(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002.

(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004.

(12) Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles 2002.

(26) Beal JL. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. [www.usp-lamirandiere.com](http://www.usp-lamirandiere.com).



# Prise en charge non médicamenteuse (2/3)

## ○ Les stimulations périphériques antalgiques :

### ■ **La neurostimulation transcutanée (NSTC) :**

- Principe : la stimulation sélective des afférences de gros calibre (A $\alpha$  et A $\beta$ ) dans les nerfs périphérique inhibe la douleur
- Modalités :
  - \* NSTC conventionnelle (courants de faible intensité et de fréquence élevée), mettant en jeu le *gate control*, produit un effet antalgique localisé, immédiat et sans post-effet
  - \* NSTC à forte intensité et basse fréquence, mettant en jeu les systèmes inhibiteurs descendants du tronc cérébral et activant des systèmes opiacés endogènes, produit un effet antalgique diffus, retardé avec post-effet.
- Indications : DC neurologiques et non neurologiques et quelques douleurs aiguës

### ■ **L'acupuncture :**

- Principe : se rapproche des mécanismes de la stimulation transcutanée
- Modalités : puncture simple ou stimulée manuellement et électroacupuncture
- Indications : douleurs profondes, musculaires, avec points douloureux multiples

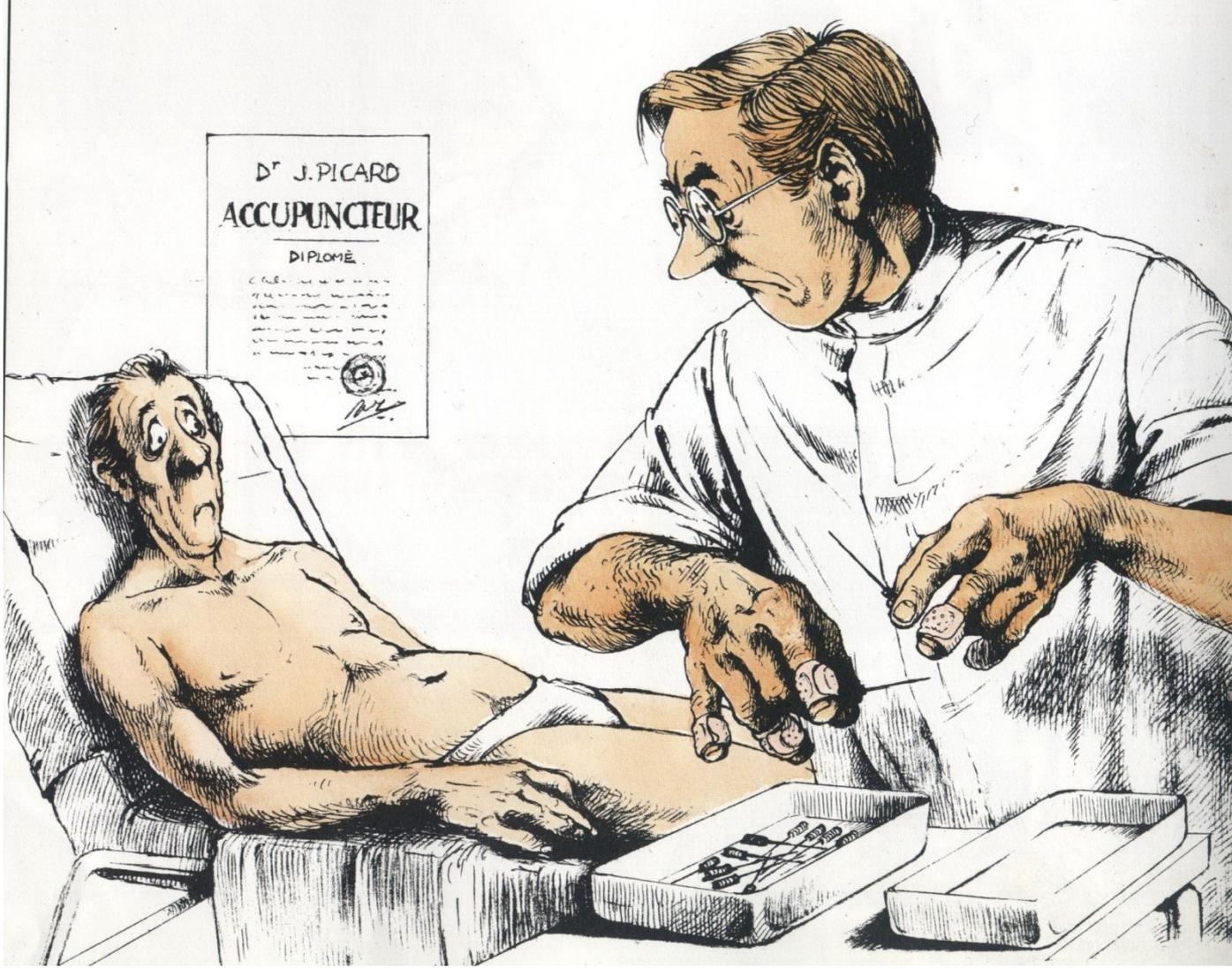
(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002.

(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004.

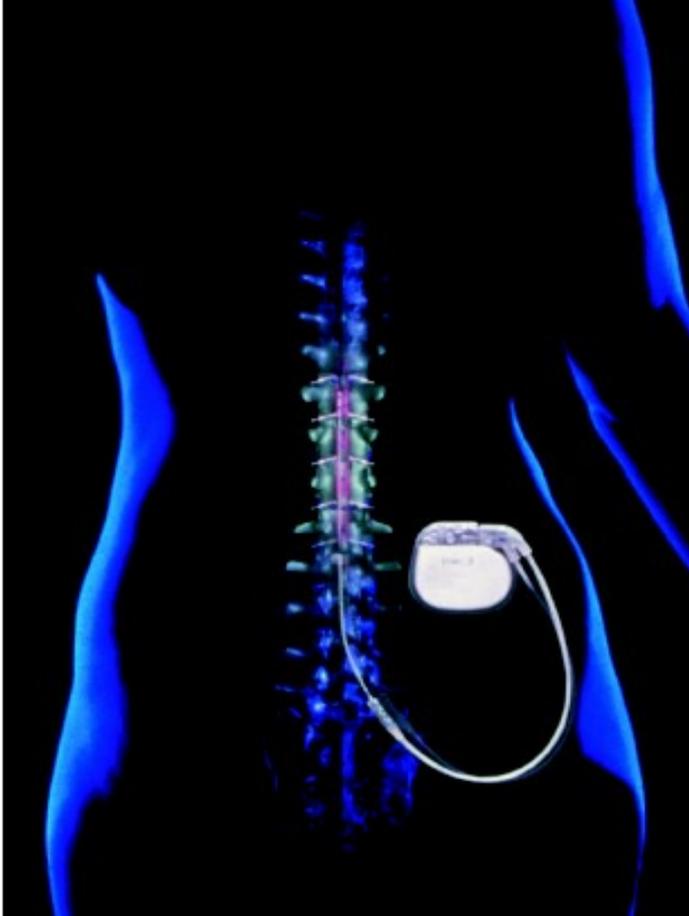
(12) Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles 2002.

(26) Beal JL. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. [www.usp-lamirandiere.com](http://www.usp-lamirandiere.com).

# Douleurs Chroniques Non Cancéreuses



# Stimulation médullaire



- Un recul de presque 40 ans (Shealy, 1967)
- Une efficacité démontrée à long terme
  - Chez des patients qui étaient en impasse thérapeutique
  - 65% des patients ont un soulagement supérieur à 50%
  - Amélioration de la qualité de vie

# Prise en charge non médicamenteuse (3/3)

## ⊙ **La mésothérapie :**

- Principe : injection intradermique ou SC superficielle de médicaments à très faible concentration
- Indications : pathologies rhumatologiques, traumatiques et certaines migraines

## ⊙ **Les approches cognitives et psycho-comportementales :** sophrologie, musicothérapie, massothérapie, physiothérapie

## ⊙ **Ergothérapie**

## ⊙ **Podologie**

(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002.

(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004.

(12) Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles 2002.

(26) Beal JL. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. [www.usp-lamirandiere.com](http://www.usp-lamirandiere.com).

## Les autres « techniques » antalgiques

- ⦿ **Radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie**
- ⦿ **Radiologie interventionnelle**
- ⦿ **Techniques anesthésiques**

(4) Serrie A, Thurel C. La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements. Editions Arnette 2002.

(10) Queneau P, Ostermann G. Le médecin, le malade et la douleur. Editions Masson, Paris, 2004.

(12) Bénigno M. Comprendre et combattre la douleur. Editions Dangles 2002.

(26) Beal JL. Approche non médicamenteuse de la douleur chronique. [www.usp-lamirandiere.com](http://www.usp-lamirandiere.com).

## CONCLUSION

- Un travail pluridisciplinaire et personnalisé
- Médicaments et techniques
- Introspection
- Stress

# PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...  
J'AI MAL  
PARTOUT!







**Merci de votre attention**