

Douleurs (1) : douleurs chroniques et MPR

Pain (1): Chronic pain and PRM

Communications orales

Version française

CO34-001-f

Douleur chronique : quelques repères pour mieux comprendre et agir



A. Berquin

Service de médecine physique et réadaptation, cliniques universitaires Saint-Luc (UCL), avenue Hippocrate 10/1650, 1200 Bruxelles, Belgique
Adresse e-mail : anne.Berquin@Uclouvain.be

Mots clés : Douleur chronique ; Neuroplasticité ; Modèle biopsychosocial
Déroutante douleur.– La pauvreté des données objectives et la résistance de la douleur chronique aux traitements classiques mettent à mal l'attitude biomédicale et curative dominante en médecine. Pour dépasser ce malaise, une meilleure compréhension de la physiopathogénie des douleurs est nécessaire.

Douleur aiguë : du modèle de la centrale téléphonique à celui de la balance.– On conçoit encore trop souvent le système nociceptif comme un simple système de câbles électriques transmettant passivement une information générée par les nocicepteurs. Pourtant, les évidences en faveur de l'existence de systèmes de modulation sont nombreuses : le système nociceptif fonctionne plus comme une balance que comme une centrale téléphonique. Cela orientera l'approche thérapeutique, dans laquelle on tentera d'augmenter l'activité des contrôles inhibiteurs et de réduire celle des contrôles excitateurs.

Le processus de chronicisation : une transformation progressive impliquant plusieurs cercles vicieux.– La douleur chronique n'est pas simplement une douleur aiguë qui dure. La persistance de la douleur induit divers phénomènes (modifications du fonctionnement du système nociceptif, altérations de contrôle moteur, troubles du sommeil, anxiété/dépression, phénomènes attentionnels et motivationnels, difficultés familiales et professionnelles...) qui représentent autant de facteurs d'entretien de la douleur, et autant de cibles thérapeutiques potentielles.

Répondre à la complexité : une approche réadaptive, multimodale et biopsychosociale.– Le caractère partiellement irréversible du processus de chronicisation impose des objectifs modestes, centrés sur la remobilisation physique et psychique du patient. Plusieurs outils thérapeutiques ont fait leurs preuves. Le travail réadaptatif (bouger plus, bouger mieux, bouger en conscience...) occupe une place importante. Les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux du problème douloureux justifieront des stratégies d'éducation du patient, ainsi que des approches cognitivocomportementales et motivationnelles. La place des médicaments et des actes invasifs est limitée.
Pistes pour le futur : cibler la neuroplasticité.– Parmi les approches en cours de validation, qui offrent des perspectives particulièrement intéressantes, citons les thérapies centrées sur l'acceptation et l'engagement, ainsi que les stratégies tentant d'influencer les phénomènes de neuroplasticité : entraînement sensoriel discriminatif, imagerie motrice, thérapie par miroirs ou réalité virtuelle, stimulation transcrânienne...

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.210>

CO34-002-f

Le cathéter (bloc) nerveux périphérique dans la prise en charge des syndromes douloureux chroniques (SDRC)



J. Houedakor^{a,*}, P. Gallien^a, B. Nicolas^a, F. Gaillard^a, C. Lucas^a, D. Roy^b, O. Roze^b

^a Pôle Saint-Helier, 54, rue Saint-Helier, 35000 Rennes, France

^b Clinique La Sagesse, Rennes, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.gallien@pole-sthelier.com

Mots clés : Douleur chronique ; Bloc nerveux

Introduction.– Le bloc nerveux, ou cathétérisme périphérique, représente la technique de choix depuis plusieurs années, en chirurgie périphérique lourde et dans la prise en charge de certaines douleurs chroniques.

Les blocs nerveux avec cathétérisme continu sont indiqués dans les douleurs intenses, avec un bénéfice indéniable en termes de qualité d'analgésie et de confort du patient. Ils autorisent en outre une rééducation fonctionnelle intensive et immédiate. C'est ainsi qu'ils sont de plus en plus utilisés dans le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), comme c'est le cas chez les patients pris en charge dans notre établissement (pôle Saint-Helier, Rennes) en collaboration avec le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de la Sagesse (Rennes).

Méthode.– Il s'agit d'une étude rétrospective, évaluant l'efficacité de l'apport de cette technique, sur le plan de la récupération des mobilités, l'amélioration fonctionnelle et l'incidence des complications.

Résultats.– Nous présentons ici, les résultats de 34 patients pris en charge en rééducation sur le pôle Saint-Helier dans les suites de la mise en place d'un cathéter nerveux à la chirocaine pour syndrome douloureux régional complexe entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 mai 2013.

Dans 22 cas, le cathéter était au niveau scapulaire, crural dans 10 cas et poplité dans 2 cas.

Un bénéfice thérapeutique sur le plan fonctionnel de la douleur et des amplitudes articulaires était noté dans 70 % des cas pour le membre supérieur et dans 50 % des cas pour le membre inférieur. Dans 30 %, des complications étaient observées dont les plus fréquentes étaient mécaniques à type de fuites, et rarement infectieuses.

Discussion.– Les bénéfices des cathéters nerveux périphériques sont à l'origine de leur explosion : analgésie prolongée, efficacité supérieure surtout à la mobilisation par rapport au morphiniques, diminution de la consommation d'antalgique voire diminution de la durée de séjour. Nos résultats confirment l'intérêt du cathétérisme nerveux, une bonne connaissance de la technique est nécessaire pour maîtriser au mieux les complications qui sont fréquentes.

Conclusion.– Le bloc nerveux périphérique fait partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge des SDRC. Bien positionné dans la stratégie thérapeutique, il permet de contrôler la douleur, pour une rééducation plus intensive, favorisant un gain fonctionnel.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.211>