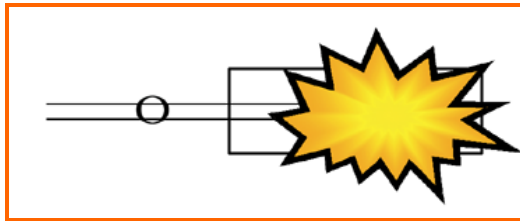


Powered by:



www.neuropain.ch

Jean AMMANN
Guesteditor

e-News for Somatosensory Rehabilitation

The official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation Network

- 5 Ammann, J. **Guesteditorial:** La douleur pour seule compagne [Français]
- 10 Packham *et al.* **Original article:** Neuropathic Pain or A β Pain? [English]
- 13 Aeby, Ch. **Lettre illustrée N° 40 d'une patiente :** «Eh oui ! L'allodynie mécanique, on en guérit !» [F]
- 15 Vittaz *et al.* **Fait clinique original :** Traitement d'un CRPS par la méthode de rééducation sensitive de la douleur [Français, **Abstract in English**]
- 26 Morier, A. **Guesteditorial:** Rééducation sensitive, la nécessité de la méthode [Français]
- 28 Spicher, C.J. **Certificat en rééducation sensitive de la douleur 3^{ème} & 4^{ème} promo** [Français]
- 29 Behar, E. **Article original :** Fait clinique illustrant la diminution rapide des douleurs neuropathiques d'une névralgie crurale intermittente avec allodynie mécanique [Français, **Abstract in English**]
- 35 Collin, D. **Aphorisme saisonnier** [Français, **English, Español, Portugues, Deutsch**]
- 36 Remy, M.-M. **Témoignage N° 41 d'une patiente :** « Je peux rire de bon coeur » [Français]
- 38 Spicher, C.J., Quintal, I. & Della Casa, R. **Somatosens Rehab Ctre's Statistics** [English]
- 42 Clément-Favre, S. **Somatosensorische SchmerztherapeutInnen in der Welt** [Deutsch]
- 43 Y., E.-E. **Témoignage N° 42 d'une patiente :** « Post-it » [Français]
- 44 Spicher *et al.* **Continuous Education – Weiterbildung - Formation continue** [Engl, D, F]
- 47 Dufort, M. **Formation en rééducation sensitive de la douleur – St Hycinthe (Qc) 2011** [Français]
- 49 Ammann, J. **Article:** Quand le toucher se fait douleur [Français]

VIBRALGIC 5**Générateur de vibrations transcutanées**

VIBRALGIC 5 est un générateur de vibrations mécaniques réglables en fréquence et en amplitude. Placé au contact de la zone à traiter, le palpeur à déplacement axial provoque une stimulation vibratoire transcutanée (S.V.T).

**Caractéristiques techniques :****le générateur :**

- 11 programmes pré-réglés correspondant à un type de traitement bien déterminé
- un programme à paramètres réglables par potentiomètres :
 - fréquence de 30 à 285 Hz (précision de 1Hz)
 - amplitude de 0 à 100% (précision 1 %)
- affichage sur écran à cristaux liquide rétroéclairé :
 - nom du programme
 - décompte de la minuterie
 - fréquence de vibration
 - amplitude de 0 à 100 %
- disponible en 110V 60Hz (sur demande)

d	é	s	e	n	s	i	b	f	a	i	b	l	e
1	4	:	5	6	1	0	0	H	z	1	8	%	

- Minuterie réglable de 5 à 30 mn avec signal sonore en fin de séance
- Dimensions : P=28, L=21, H=12 cm, poids=1 Kg
- garantie de 2 ans

le vibreur :

- Boîtier en aluminium usiné et anodisé, design ergonomique permettant de stimuler des zones difficiles d'accès.
- Dimensions : H=9 cm, Ø=5 cm, poids =200 g
- le vibreur est garanti 1 an

Livré avec :

- 1 cordon secteur
- 1 embout rond
- 1 embout "barrette" pour proprioception tendineuse
- une notice avec protocoles d'utilisation





ZAC Pôle Actif - 9, Avenue de la Fontanisse - 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX



Tél : 04 66 64 05 11 - Fax : 04 66 29 11 43

www.ysy-medical.fr - contact@ysy-medical.fr

01/10/2012

EDITORIAL**Les langages des douleurs neuropathiques :
Des étiologies aux symptômes**

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Claude J. SPICHER¹

Il est tellement difficile de décrire ses douleurs et encore plus ses douleurs neuropathiques qu'il nous a paru essentiel de consacrer un numéro entier aux différents langages qui permettent de les reconnaître (*Pain, and more so neuropathic pain, is so challenging to describe that we felt it essential to devote an entire issue to the different taxonomies that can assist us in recognizing and understanding these patients*).

Pour faire echo aux patients, nous vous offrons dans ce numéro plusieurs articles sur les symptômes neuropathiques :

- Nous avons invité Jean Ammann, journaliste et chroniqueur à évoquer le secret de sa seule compagne : la douleur. « Nous sommes seuls avec notre douleur. Comme nous sommes seuls dans l'insomnie, séparés des biens portants, des biens dormants... Nous rejoindrons le reste de l'espèce lorsque les organes se tairont. »
- Nous avons reçu un texte d'Agnès Morier, masso-kinésithérapeute à l'Hôpital Bicêtre (Paris), qui nous fait découvrir le propos novateur, en son temps, du future prix Nobel de médecine Charles Sherrington : « L'esprit perçoit rarement, sinon jamais, un objet quelconque de façon absolument indifférente, c'est à dire sans "émotion" (...). La tonalité affective est un attribut de toutes les sensations et parmi les tonalités de la peau, on trouve la douleur cutanée. » (Sherrington, 1900).
- Le tout entrecoupé de témoignages de patientes, qui non seulement évoquent leurs symptômes, leurs situations de handicap, leurs habitudes de vie retrouvées avec joie, mais surtout le poids de la quête d'une étiologie qui se dérobe.

L'article sur les douleurs A β (Spicher & Annoni, 2012) a été ré-édité en anglais, car « nous pouvons considérer l'altération du système somesthésique - et non seulement des fibres C - comme une des étiologies des douleurs neuropathiques. »

Ce numéro aurait été incomplet, si nous ne vous avions pas présenté le travail précis des thérapeutes, au travers de faits cliniques, qui « en évaluant, branche après branche, cm² par cm² sont en phase avec l'anamnèse et les plaintes du patient (le caractère électrique des douleurs neuropathiques qui court le long des branches nerveuses). Ils épousent ainsi

¹ Rédacteur en chef du *e-News Somatosens Rehab* depuis sa création en 2004.

l'anamnèse de ce dernier et entrent dans le monde fascinant de l'esthésiologie des territoires cutanés. » (Spicher & Quintal, 2013, à paraître.)

Le fait clinique de Marion Vittaz et collaboratrices est à ce titre évocateur. Il tente la synthèse entre un témoignage illustré d'une patiente (O., M.C., 2012) et un fait clinique formel. L'écart entre les deux points de vue est abyssal.

Nous ne saurions conclure, sans évoquer le grand projet qui va devenir réalité en mars 2013, à savoir, l'objectif de Isabelle Quintal de Montréal, qui est atteint : la clarification de la méthode, dix ans après, sous la forme d'une 2^{ème} édition intitulée : « La méthode de rééducation sensitive de la douleur ». Nous espérons que ce travail, qui vous



sera présenté en détails lors de notre prochain numéro - ainsi que les dix ans de votre e-journal préféré - vous permettra de faire la synthèse entre symptômes, syndromes, signes d'examen cliniques, étiologies, mécanismes neuro-physiologiques, *and last but not least*, situations de handicap. Bonne lecture.

Références bibliographiques

O., M.C. (2012). Témoignage illustré N° 39 : « Une Histoire ». *e-News Somatosens Rehab* 9(3-4), 117-122.

<http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News-93-4.pdf#page=18>

Sherrington, C.S. (1900). The Cutaneous Sense. In E.A. Schäfer (Ed.), *Text-book of Physiology* (pp. 920-1001). Edinburgh, London: Young J. Pentland, 1365 pages.



Spicher, C.J. & Annoni, J.M. (2012). Douleurs neuropathiques ou douleurs Aβ ? *e-News Somatosens Rehab*, 9(3-4), 113-115.



<http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News-93-4.pdf#page=15>

Spicher, C.J. & Quintal, I. (Mars 2013, à paraître). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur*. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

GUEST EDITORIAL

La douleur pour seule compagne

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Jean AMMANN²

Pour paraphraser René Leriche, on pourrait dire que la douleur, c'est le fracas des organes. Pour paraphraser Jacques Brel, on pourrait dire que la douleur, c'est la seule occasion de prier Dieu. Pour moi, la douleur est un secret: il y a là-dedans quelque chose d'intransmissible.

Cela fait quelques années maintenant que je fréquente Claude Spicher pour des raisons professionnelles: j'ai publié dans La Liberté, le quotidien de Fribourg, trois ou quatre articles qui traitent d'une spécialité dont il est le maître, la rééducation sensitive de la douleur. Au cours de nos entretiens, il m'a montré toute la difficulté qu'il y avait à mettre des mots sur une douleur ou sur une souffrance. Il m'a montré cette grille de vocabulaire que le patient est invité à compléter: la douleur est-elle vive, sourde, continue, pulsatile? A partir de ces adjectifs, le thérapeute chemine vers le soulagement et peut-être – soyons optimistes! – la guérison.

Cette priorité à qualifier la douleur me conforte dans mon opinion: chaque douleur est personnelle et donc mystérieuse. Homme, heureux homme, je ne connaîtrai jamais la douleur de l'accouchement. J'ai vu ma femme accoucher à trois reprises, j'ai compris que l'épisode était sacrément douloureux. Ma femme m'a raconté ses maux, j'ai écouté, j'ai compati – ce qui, étymologiquement, veut dire «souffrir avec» - et je lui ai répondu que dans l'échelle des douleurs humaines, l'accouchement venait en deuxième position, juste derrière la colique néphrétique. Elle ne m'a pas cru. Ma femme, trois fois parturiente, n'a jamais eu de calculs rénaux et moi non plus. Cela ne nous manque pas, mais je pense que nous ne savons pas quel est le calvaire du néphrétique: un copain, frappé d'une colique alors qu'il attendait le médecin, m'avait raconté comment il s'était littéralement roulé sur le tapis de la salle d'attente, vauté dans la douleur, ridicule dans son supplice.

N'étant ni multipare ni néphrétique, je ne disputerai pas la question de la douleur suprême. Mais je peux m'appuyer sur d'autres événements pénibles, comme la migraine, qui me visite de temps en temps, avec ses troubles oculaires, la lumière qui me blesse et cette boîte crânienne qui broie le cerveau pendant des heures... Mais tout ça, ce ne sont que des mots: un succédané de réalité. La migraine m'appartient, elle est mon secret. Et si les migraineux forment une communauté, chacun est bien persuadé que sa migraine ne ressemble à aucune autre: nous sommes tous des cas particuliers.

² Journaliste et chroniqueur au quotidien "La Liberté", Fribourg (Suisse). www.laliberte.ch

Nous sommes seuls avec notre douleur. Comme nous sommes seuls dans l'insomnie, séparés des biens portants, des biens dormants... Nous rejoindrons le reste de l'espèce lorsque les organes se tairont.

Références bibliographiques

Ammann, J. (2004). La rééducation sensitive soigne les nerfs à fleur de peau. *La Liberté*, 29 janvier, 35 (une page).

Ammann, J. (2009). A bout de nerfs, un canadien vient chercher le soulagement à Fribourg. *La Liberté*, 26 août, 27 (une page).

Ammann, J. (2010). Quand le toucher se fait douleur. *La Liberté*, 16 mars, 29 (une page).
Voir réédition dans ce numéro à la page 49

Ammann, J. (2011). Géographes de la sensibilité. *Vitamag*, 75, 18 (une page).

Shadow & Penumbra Invictus

To MD    To neuroscientist  To patient    To therapist   

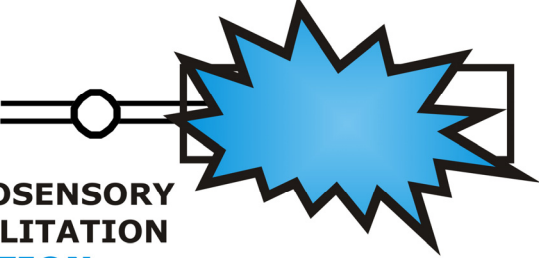
Out of the night that covers me,
Black as the Pit from pole to pole,
I thank whatever gods may be
For my unconquerable soul.

In the fell clutch of circumstance
I have not winced nor cried aloud.
Under the bludgeonings of chance
My head is bloody, but unbowed.

Beyond this place of wrath and tears
Looms but the Horror of the shade,
And yet the menace of the years
Finds and shall find me unafraid.

It matters not how strait the gate,
How charged with punishments the scroll
I am the master of my fate:
I am the captain of my soul.

William Ernest Henley



**SOMATOSENSORY
REHABILITATION
EDUCATION**

CONTINUOUS EDUCATION

6, Hans-Geiler Street
CH-1700 FRIBURG

info@neuropain.ch

What can we offer our patients suffering from neuropathic pain?

www.neuropain.ch/education/calendar

The 5th week for **somatosensory rehabilitation** is a four day comprehensive theoretical and hands-on course for therapists, physicians and others, about sensory re-education for neuropathic pain patients (NPP).

Somatosensory Rehabilitation of Pain (Spicher, 2006) includes: Assessment of cutaneous sense disorders and their painful complications (CRPS, mechanical allodynia, neuralgia i.e post carpal tunnel syndrome) and rehabilitation.

Problem

Cutaneous sense disorders, including hypoaesthesia and/or mechanical allodynia are often significant contributors to chronic pain.

The normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on **neuropathic pain**. The shooting pain, the burning sensations decrease, offering NPP a better quality of life.

Concepts

The concept of A β pain was proposed by Marshall Devor [*Exp Brain Res* 2009] many years after Tinel (1917) suggested that neuropathic pain is conducted partly through the A β fibers. The etiology of neuropathic pain hinges on this idea. It means that chronic neuropathic pain can arise from the alteration of the somaesthetic system and not only from the alteration of the C fibers. Therefore, the painful area must be carefully assessed in order to determine the presence of A β fibers lesions (hypoaesthesia and/or mechanical allodynia). Consequently, the normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on neuropathic pain.

**5th WEEK for SOMATOSENSORY REHABILITATION
2013**

Overall Learning Aims

- To rehabilitate the disorders of the cutaneous sense on the basis of the neuroplasticity of the somaesthetic system;
- To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense;
- To build bridges between rehabilitation, medicine and the neurosciences.

Instructors of the Somatosensory Rehab Network

- Claude Spicher, BSc OT, Swiss certified HT, University scientific collaborator;
www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php
- Rebekah Della Casa, OT, ST certified CREA-HELB, therapist in the Somatosensory Rehabilitation Ctr.
linkedin.com/profile/dellacasa

Course Informations

Date	17 th to 20 th of June 2013
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Duration	28 hours
Location	Clinique Générale; 6, Hans-Geiler Street ; Friburg
Price	CHF 990 / 1050 CAD Dollars / 1070 US Dollars / € 780 / £ 660 (Work Documents in English + Handbook + Atlas).

References

- Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical.
- Spicher, C.J., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010). *Atlas des territoires cutanés du corps humain*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical (58 charts, each branch named in English. Foreword, Patients & method in English).
- Devor, M. (2009). Ectopic discharge in A-beta afferents as a source of neuropathic pain. *Exp Brain Res*, 196, 115–128.
- Tinel, J. (1917). *Nerve wounds*. London: Baillière, Tindall & Cox.

5th Week for Somatosensory Rehabilitation

www.neuropain.ch/education/calendar

5th Week for Somatosensory Rehabilitation
17th to 20th of June 2013

REGISTRATION FORM

Deadline: Monday, 13th May 2013

Name:

First (given) name:

Professional occupation:

Address:

e-mail address:

Please fill and return to:

Claude J. Spicher
Somatosensory Rehabilitation Network
Department of Continuous Education
6, Hans-Geiler Street
CH-1700 Friburg
Switzerland

e-mail : info@neuropain.ch

or

Fax: +41 26 350 06 35

ORIGINAL ARTICLE
Neuropathic Pain or A β Pain?

To MD 
 To patient 

To neuroscientist 
 To therapist 

**PACKHAM, T.L.³, DELLA CASA, R.⁴, HAMILTON, R.⁵,
 SPICHER, C.J.⁶ & ANNONI, J.M.⁷**

Neuropathic pain has traditionally been associated with C fibres; however, as Valleix suggested in 1841, followed by Tinel in 1916, among others, neuropathic pain is also conveyed by the large diameter myelinated A β fibres (Table I), to such an extent that, in 2009, Marshall Devor offered the concept of A β pain in *Exp Brain Res*. The previously indisputable « gate theory » of pain added to the confusion: A β fibers will now be considered exclusively as inhibitory fibers of pain and will lose their former connotation of etiology of pain. The term pain fibre frequently used in Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS) adds to the confusion (Houghton et al., 2010): while C fibres are involved in transmitting painful stimuli, they are not the fibres solely responsible for generating pain.

End organs	Fibres	Types	Layers	Systems	Cortical Area
Mechanoreceptors	Large diameter	A β	IIb, III, IV, V	Lemniscal	S1 areas 3a, 3b, 1, 2
Free nerve endings	Small diameter	C	I, IIa	Spino-thalamic	

Table I : *The cutaneous somatosensory system and its two afferent systems that can generate neuropathic pain. They are distinctly organized in layers at the dorsal horn. The lemniscal decussation or crossover of the system lies in the medulla (medial lemniscus) while the decussation of the spino-thalamic system occurs at the corresponding segmental level.*

³ PhD student, MSc, OT Reg (Ont), Hand Therapy Program, Hamilton Health Sciences, Ontario, Canada.

⁴ OT, ST certified CREA-HELB, Somatosensory Rehabilitation Sector, Pain Unit, EHC, Morges Hospitals, Morges, Switzerland.

⁵ BSc OT, CHU Sainte-Justine, Montreal, Québec, Canada.

⁶ University Scientific Collaborator, University of Fribourg, Medicine Department, Physiology Unit; Rue du Musée 5; CH - 1700 Fribourg & OT, Swiss HT, Somatosensory Rehabilitation Centre; General Clinic; 6, Hans-Geiler, Street, Fribourg, Switzerland.

⁷ MD, University of Fribourg, Medicine Department, Neurology Unit; 1700 Fribourg ; Switzerland <http://www.unifr.ch/neurology/en/team/jean-marie-annoni>

Today, the somatosensory system is at the heart of the new definition of neuropathic pain : « pain arising as a direct consequence of a lesion or disease affecting the somatosensory system. ». We can consider changes or injury to the somatosensory system - not just to the C-fibres - as one of the causes of neuropathic pain. The painful area demands careful evaluation. The first step is to find the initial expression of A β axonal injury: partial hypoesthesia distal to the lesion. This provides direction to formulate the appropriate paradigm for somatosensory rehabilitation (Spicher, 2003), namely (Mathis et al., 2007; Spicher & Clément-Favre, 2008) : « Look for hypoesthesia, because, by decreasing hypoesthesia neuropathic pain decreases. »

Neuropathic pains are defined (Hansson, 2003) by spontaneous ongoing pain and/or touch-evoked pain (Table II).

Type of pain	Skin status	Symptoms	Clinical examination tool	Diagnostic test
Spontaneous	Hypoesthesia	Numbness	Aesthesiography	Neuralgia
Touch-evoked	Paradoxical painful hypoesthesia to touch	Hypersensitivity	Allodynography	Static mechanical allodynia

Table II : *The concept of A β pain allows neuropathic pain to be evaluated according to two subgroups, categorized by distinct clinical signs: the aesthesiography mapping the hypoesthesia and allodynography objectively describing and mapping the area of paradoxical painful hypo-aesthesia to touch.*

The somatosensory rehabilitation method precisely evaluates the quality and skin surface area of altered vibrotactile sensitivity. Since 1869, Jean-Joseph-Emile Létievant surgeon major of the Hôtel-Dieu de Lyon (France) mapped the area of partial hypoesthesia (Spicher et al., 2001; Spicher et al., 2010) with aesthesiography. With a majority of neuropathic pain patients (NPP), we can test the capacity of mechanoreceptors connected to myelinated A β fibres, and can thus establish a physical treatment for the pain, using this relationship to the hypoesthetic area of the skin.

Note that hypoesthesia may be masked by a hypersensitivity to touch: a mechanical allodynia. In *Somatosens Mot Res*, Spicher et al. (2008a) observed and presented evidence that once the mechanical allodynia disappears after treatment by distal counterstimulation, the skin of that area always appears hypoesthetic and therefore never shows normal vibrotactile sensation. Thus allodynography always indicates a related area of hypoesthesia (Spicher et al., 2008b). This is the allodynic paradox (Sukhotinsky et al., 2004).

In conclusion, the A β fibres, whose partial lesions manifest physiologically an area of partial hypoesthesia and generate neuropathic pain, should now be considered co-contributors to pain perception.

References

- Devor M. Ectopic discharge in A-beta afferents as a source of neuropathic pain. *Exp Brain Res* 2009; 196:115–128.
- Hansson P. Difficulties in stratifying neuropathic pain by mechanisms. *Eur J Pain* 2003; 7:353-357.
- Houghton PE, Nussbaum EL, Hoens AM. Electrophysical Agents Contraindications and Precautions: An Evidence-Based Approach to Clinical Decision Making in Physical Therapy. *Physiother Can* 2010; 62 :S1-S81.
- Létievant E. Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras. *Lyon médical* 1869 ; 3:150-164, 225-243, 298-320, planches I à VI.
- Mathis F, Degrange B, Desfoux N, Sprumont P, Hecker E, Rossier Ph *et al.*. Diminution des douleurs neuropathiques périphériques par la rééducation sensitive. *Rev Med Suisse* 2007; 3:2745-2748.
- Spicher C. *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris: Médecine & Hygiène; 2003 (translated as: Spicher CJ. *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps médical; [2006]).
- Spicher, C., Kohut, G. Jean Joseph Emile Létievant: A Review of His Contributions to Surgery and Rehabilitation. *J Reconstr Microsurg* 2001; 17(3):169-177.
- Spicher CJ, Clément-Favre S. Chronic Neuropathic Pain decreases through Somatosensory Rehabilitation. *RAE: Recueil Annuel francophone belge d'Ergothérapie* 2008; 1:25-37. <http://kasitera.asiakkaat.sigmatic.fi/wp-content/uploads/2009/02/spicher-clement-favre-2008.pdf> (30.12.2012)
- Spicher CJ, Mathis F, Degrange B, Freund P, Rouiller EM. Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypoaesthesia: Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosens Mot Res* 2008a; 25: 77-92.
- Spicher CJ, Ribordy F, Mathis F, Desfoux N, Schönenweid F, Rouiller EM. L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie: Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg* 2008b ; 21:239-251.
- Spicher C, Desfoux N, Sprumont P. *Atlas des territoires cutanés du corps humain. Esthésiologie de 240 branches*. Montpellier, Paris : Sauramps Médical; 2010.
- Sukhotinsky I, Ben-Dor E, Raber P, Devor M. Key role of the dorsal root ganglion in neuropathic tactile hypersensitivity. *Eur J Pain* 2004; 8:135-143.
- Tinel J. *Les blessures de nerfs*. Paris: Masson; 1916 (translated as: Tinel J. *Nerve wounds*. London: Baillière, Tindall and Cox; [1917]).
- Valleix FLI. *Traité des névralgies*. Paris: J.B. Baillière; 1841.

Lettre illustrée N° 40 d'une patiente

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

Aux médecins 

Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux thérapeutes 

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.



Nic Hess Der Schrei, 2000.

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 se concentrant sur cette douceur, je sentais que quelque chose m'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 laissaient 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 !!! Un tout grand MERCI à M^{me} Clément et à M. Spicher, à ainsi qu'à toute l'équipe du Centre de rééducation sensitive du corps humain pour leur patience et leur écoute. Un tout grand MERCI pour leur soutien et leur aide car sans eux, je ne sais pas ce que je serais devenue.

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

Vous pouvez lire dans l'e-News 10(2), un No Comment sur cette patiente qui 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.



Date: 7 - 8 février 2013

Certificat en rééducation sensitive de la douleur
5^{ème} promo

Diminution des douleurs neuropathiques par rééducation sensitive

Module 1 : Troubles de base I & II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiparésies.

Rebekah Della Casa, ET, RS certifiée CREA-HELB



Lieu : CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Belgique

Info : www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

FAIT CLINIQUE ORIGINAL
Traitement d'un *Complex Regional Pain Syndrome*
par la méthode de rééducation sensitive de la douleur

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

VITTAZ, M.⁸, BEHAR, E.⁹ & CLEMENT-FAVRE, S.¹⁰

ABSTRACT

Context: The intricacy of the Complex Regional Pain Syndrome makes both its diagnosis and treatment difficult. The somatosensory rehabilitation method is used to treat patients who suffer from that syndrome. Indeed, many observations have demonstrated the correlation between the decrease of hypoesthesia and the decrease of neuropathic pain.

Goal: The goal of this case report is to expose the effectiveness and speed of treatment of a Complex Regional Pain Syndrome through the somatosensory rehabilitation of pain method.

Patient and methods: A patient presenting a CRPS of the right hand was treated with the somatosensory rehabilitation method: the diagnosis of axonal injuries (lesions) has allowed to highlight the hypesthetic territory to be treated with the method of somatosensory rehabilitation.

Results: In 48 days the score of the Saint-Antoine Pain Questionnaire moved from 28 to 5 points. At the same time, the vibrotactile sensitivity tested thanks to the (static) two-point discrimination test and the pressure perception threshold has normalized and the symptoms of the CRPS have disappeared.

Conclusion: The somatosensory rehabilitation of pain method is an alternative for therapists who are looking for different approaches to treat CRPS.

⁸ Ergothérapeute DE, RS certifiée CREA-HELB, Centre de rééducation sensitive ; Clinique Générale; Hans-Geiler, 6 ; 1700 Fribourg (Suisse). reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

⁹ ET, RS certifiée CREA-HELB, Clinique du Bois de la Pierre; Chaussée de Namur, 201 ; 1300 Wavre (Belgique).

¹⁰ ET, RS certifiée CREA-HELB, Centre de rééducation sensitive ; Clinique Générale ; Hans-Geiler, 6 ; 1700 Fribourg (Suisse).

Contexte : La complexité du *Complex Regional Pain Syndrome* (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.

But : L'objectif de ce fait clinique est d'exposer l'efficacité et la rapidité du traitement d'un *Complex Regional Pain Syndrome* (CRPS) par la méthode de rééducation sensitive de la douleur.

Patient et méthode : Une patiente, présentant un CRPS 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 CRPS ont disparu.

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

Mots Clés : Syndrome Douloureux Régional Complexe, Rééducation sensitive, Hypoesthésie, Bilan diagnostique de lésions axonales, Douleurs neuropathiques.

Keywords : *Complex Regional Pain Syndrome, Somatosensory rehabilitation, Hypoaesthesia, Diagnostic testing of axonal lesions, Neuropathic Pain.*

INTRODUCTION

Grâce aux avancées réalisées dans le diagnostic du *Complex Regional Pain Syndrome* (syndrome douloureux régional complexe), il est maintenant possible de partager et de comparer différents modèles de pratique afin de soulager les patients qui souffrent de ce syndrome (Bruehl *et al.*, 1999; Harden *et al.*, 2007). Les techniques utilisées dans la pratique quotidienne sont aujourd'hui très nombreuses : bains écossais, *Graded Motor Imaging Program* (programme progressif d'imagerie motrice), 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 (Spicher & Clément-Favre, 2008 ; Clément-Favre *et al.*, 2009). 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*

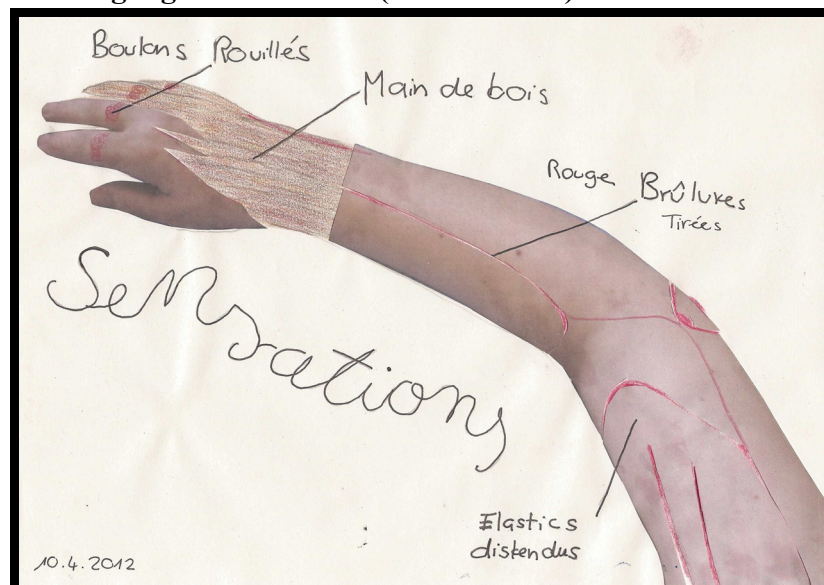
Mme R., 57 ans, gauchère, est employée à temps partiel comme porteuse du journal local 2h/jour et comme vendeuse dans une bijouterie 1 jour par semaine. Le 19 décembre 2011, une chute engendre une fracture du radius distal droit, réduite par ostéosynthèse interne. En post-opératoire, elle ne supporte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

Lors du contrôle orthopédique, le 20 février 2012, un CRPS 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 (Boureau *et al.*, 1984 ; Melzack, 1975). 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 N° 1 du témoignage de Mme R.¹¹ (10 avril 2012) :

¹¹ Le témoignage complet de Mme R. a été publié dans l'e-News Somatosens Rehab 9(3-4) : <http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News-93-4.pdf#page=19>.

« 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 / œdème : œdème évident, sudation asymétrique,
- moteur / trophique : diminution de la mobilité articulaire évidente, dysfonctionnement moteur, peau parcheminée.

Les trois critères diagnostiques selon Harden et collaborateurs (2007) sont présents : ils signent un CRPS.

L'hypothèse de travail suivante a été formulée :

CRPS II de la branche dorsale du nerf ulnaire droit (Stade V de lésions axonales)
(DeGrange *et al.*, 2006)

Evaluation somesthésique

Afin de confirmer l'hypothèse formulée ci-dessus, un bilan diagnostique de lésions axonales (Spicher, 2003 ; Noël *et al.*, 2008) a été réalisé. Pour être positif, trois items au minimum sur les quatre items testés doivent être positifs :

1. L'esthésiographie

L'esthésiographie est la cartographie, sur papier, d'un territoire cutané hypoesthésique (Létiévant, 1869 ; Spicher & Kohut, 2001).

2. Le test de discrimination de deux points statiques

Il permet de mesurer l'importance de l'hypoesthésie (Weber, 1834, [1978] ; Spicher *et al.*, 2005). Le but de ce test est de déterminer la distance minimale qui permet au patient de discriminer l'application d'un point ou de deux points (statiques).

3. La recherche des signes de fourmillement

Elle permet de mettre en évidence le site de lésions axonales et/ou le signe distal de régénération T⁺⁺ (appelé aussi vrai signe de Tinel) grâce à une stimulation mécanique vibratoire appliquée le long du trajet du nerf lésé (Spicher *et al.*, 1999 ; Spicher, 2003). Le T⁺⁺ est réactif si cette stimulation déclenche une sensation de type électrique qui irradie vers la périphérie.

4. Les qualificatifs somesthésiques

Le QDSA permet au patient de trouver les mots pour qualifier les sensations bizarres voire douloureuses, et au thérapeute de les comparer avec la sémiologie neurologique périphérique.

Evaluation fonctionnelle

Le « *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* » (*DASH*) (Gummeson *et al.*, 2003) est un questionnaire d'auto-évaluation (maximum : 100 points ; but : 0 point). Il permet au patient et aux thérapeutes de mesurer les incapacités du membre supérieur et de suivre l'évolution des symptômes et de la fonction au cours du temps.

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'hyposensibilité 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 (Spicher & Kohut, 1997) 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 (Degrange *et al.*, 2006).

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) (Spicher *et al.*, 2004) : 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 (Perez *et al.*, 2007). 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 (Spicher, 2011).

RESULTATS

Le bilan diagnostique de lésions axonales, réalisé le 15 mars 2012 est positif :

- A l'examen, l'esthésiographie à 0,4 gramme (Spicher *et al.*, 2010a) réalisée sur le territoire de distribution cutanée de la branche dorsale du nerf ulnaire est positive (**Fig. 1**),

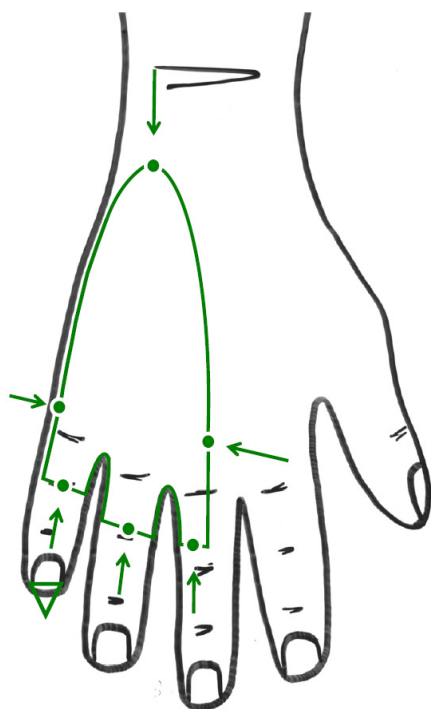


Figure 1 : L'esthésiographie à 0,4 gramme positive de la branche dorsale du nerf ulnaire, testée le 15.3.2012 sur la face dorsale de la main (esthésiomètre de Semmes-Weinstein 3.61). L'esthésiographie circonscrit le territoire hypoesthésique - donc la portion de peau - où cet esthésiomètre n'est pas détecté. Les flèches indiquent les axes le long desquels il est appliqué. Les points indiquent l'endroit où l'application de l'esthésiomètre de 0,4 gramme n'est pas détectée.

- Le score au test de discrimination de deux points statiques (Tableau I) est de 18 mm (norme : 7 mm ; Létévant, 1876),
- Il n'y a pas de signe de fourmillement réactif,
- Les qualificatifs somesthésiques sont les suivants : « sensations de cuisson », « tirées », « démangeaisons » et « engourdissement ».

Au cours des 48 jours de traitement, les données ont évolué comme suit :

Date	SPP	Test de discrimination de 2 points statiques	Questionnaire de la douleur St-Antoine	Stade
15.3.2012	ND	18 mm	13 à 28 points	V
20.3.2012	1,0 g	ND	ND	V
28.3.2012	ND	18 mm	ND	V
05.4.2012	0,3 g	ND	11 à 23 points	V
11.4.2012	ND	15 mm	ND	V
23.4.2012	0,2 g	12 mm	5 à 13 points	I
26.4.2012	Normalisé	10 mm	ND	I
03.5.2012	Normalisé	7 mm (normalisé)	3 à 5 points	I

Tableau I : La diminution de l'hypoesthésie covarie avec la diminution des douleurs neuropathiques (ND : non déterminé).

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'hyposensibilité.

En parallèle, la fonctionnalité du membre supérieur s'est améliorée:

- le score au DASH est passé de 48 à 27 points en 43 jours ;
- les données goniométriques ont progressé (**Tableau II**).

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.

Date	Poignet			Doigts longs	Pouce		
				MCP ¹²	TM ¹³		MCP
	Flex/Ext	Abd/Add	Pron/Sup	Flex/Ext	Flex/Ext	Abd/Add	Flex/Ext
21.3.2012	30/0/20	5/0/5	45/0/15	60/0/0	30/0/0	10/0/10	30/0/0
11.4.2012	40/0/35	10/0/15	80/0/25	60/0/0	40/0/20	15/0/15	30/0/0
26.4.2012	45/0/40	10/0/15	80/0/40	90/0/0	40/0/20	15/0/15	40/0/0

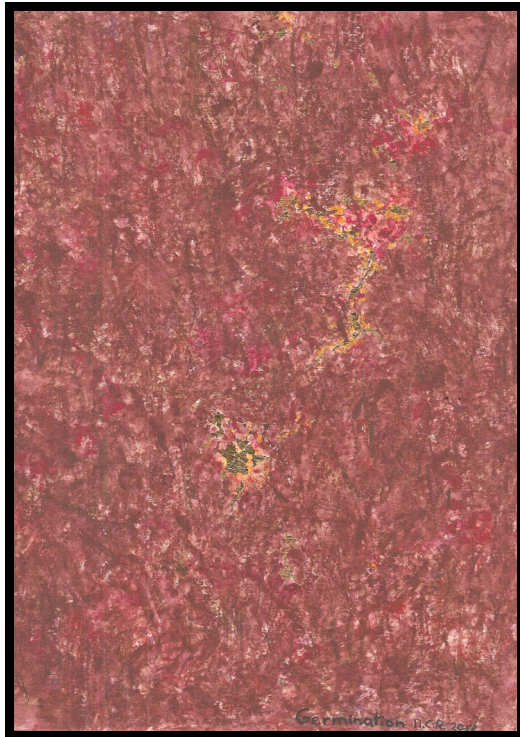
Tableau II : Les données goniométriques évoluent avec la diminution des douleurs

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 (Waldburger *et al.*, 1998). 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.

¹² MCP : articulation métacarpo-phalangienne

¹³ TM : articulation trapézo-métacarpienne

Extrait N° 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 »

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 (Quintal *et al.*, 2013, à paraître) : 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 CRPS est donc éteint (Harden *et al.*, 2008). La méthode de rééducation sensitive est donc un moyen efficace à intégrer dans le traitement des CRPS.

Le score résiduel du DASH s'explique par un autre tableau pathologique de l'épaule actuellement traité en chiropractie et en physiothérapie. Il ne s'agit pas d'une séquelle d'un syndrome épaule-main : la collaboration avec d'autres thérapeutes est donc nécessaire pour faire face à l'ensemble des troubles.

Extrait N° 3 du témoignage de Mme R. (mi-avril 2012) :

« *Germination.*

Quelque chose se passe.... au cœur de la chair ... Ce n'est plus seulement une idée qui me plait, je la ressens dans mon corps, dans mon esprit, quelque chose s'est dénoué, s'est mis en mouvement... connecté, incarné (devenu réel dans la chair) ».

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 CRPS. Associée à diverses autres techniques (Spicher *et al.*, 2010b) 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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Boureau, F., Luu, M., Gay, C. & Doubrere, J.F. (1984). Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par la liste des qualificatifs. *Thérapie*, 39, 119-129.
- Bruehl, S., Harden, R.N., Galer, B.S., Saltz, S., Bertram, M., Backonja, M., Gayles, R., Rudin, N., Bhugra M.K., & Stanton-Hicks, M. (1999). External validation of IASP diagnostic criteria for CRPS and proposed research diagnostic criteria. *Pain*, 81, 147-154.
- Clément-Favre, S., Noël, L., Desfoux, N. & Spicher, C.J. (2009). Suivi de la diminution des douleurs neuropathiques par la recherche du seuil de perception à la pression. *RAE : Recueil Annuel francophone belge d'Ergothérapie*, 2, 31-44.
- Degrange, B., Joern-Good, U., Teuscher, A., Mathis, F., Waldburger, M. & Spicher, C.J. (2006). Das Komplexe Regionale Schmerzsyndrom, CRPS Typ II: Ein neuer Behandlungsansatz aus der somatosensorischen Rehabilitation. *Ergotherapie*, 12, 26-30.

- Gummesson, C., Atroshi, I., & Ekdahl, C. (2003). The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4(11), 1-6. DASH Outcome Measure; Institute for Work & Health; 481, University Avenue, Suite 800; Toronto, (Ontario) Canada M5G 2E9 <http://www.dash.iwh.on.ca> (22.11.2012).
- Harden, R.N., Bruehl, S., Stanton-Hicks, M. & Wilson, P.R. (2007). Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Med*, 8(4), 326-331.
- Létiévant, E. (1869). Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras. *Lyon médical*, 3, 150-164, 225-243, planches I à VI.
- Létiévant, E. (1876). Esthésiographie. In *Compte rendu de la 4^{ème} session de Nantes en 1875*. Association française pour l'avancement des sciences, secrétariat de l'association, 76, rue de Rennes, Paris, 1037-1043.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire : Major Properties and Scoring Methods. *Pain*, 1(3), 277-229.
- Noël, L., Desfoux, N. & Spicher, C.J. (2008). Le bilan diagnostique de lésions axonales. In M.H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 21^{ème} série (pp. 109-115). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Perez, R.S.G.M., Collins, S., Marinus, J., Zuurmond, W.W. & de Lange, J.J. (2007). Diagnostic criteria for CRPS I : Differences between patient profiles using three different diagnostic sets. *Eur J Pain*, 11, 895-902.
- Quintal, I., Noël, L., Gable, C., Delaquaize, F., Bret-Pasian, S., Rossier, Ph., Annoni, J.M., Maupas, E. & Spicher, C.J. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-469-A-10, 1-14, à paraître.
- Spicher, C. (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris : Médecine & Hygiène.
- Spicher, C.J. (2011). Lutter contre les sensations de brûlures par des applications pluriquotidiennes de froid. *e-news Somatosens Rehab* 8(1), 39 (une page).
- Spicher, C. & Kohut, G. (1997). Une augmentation importante de la sensibilité superficielle, de nombreuses années après une lésion neurologique, par stimulation vibratoire transcutanée. *Ann Chir Main*, 16(2), 124-129.
- Spicher, C. & Kohut, G. (2001). Jean Joseph Emile Létiévant: A review of his contributions to surgery and rehabilitation. *J Reconstr Microsurg*, 17(3), 169-177.
- Spicher, C.J. & Clément-Favre, S. (2008). Chronic Neuropathic Pain decreases through Somatosensory Rehabilitation. *RAE : Recueil Annuel francophone belge d'Ergothérapie*, 1, 25-37.



<http://kasitera.asiakkaat.sigmatic.fi/wp-content/uploads/2009/02/spicher-clement-favre-2008.pdf> (22.11.2012).



- Spicher, C., Kohut, G. & Miauton, J. (1999). At which stage of sensory recovery can a tingling sign be expected? A review and proposal for standardization and grading. *J Hand Ther*, 12(4), 298-308.
- Spicher, C., Haggengjos, L., Noël, L. & Rouiller, E.M. (2004). Cartographier un territoire hypoesthésique, n'est pas rechercher le seuil de perception à la pression (SPP). In M.H. Izard & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 17^{ème} série (pp. 161-166). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Spicher, C.J., Hecker, E., Thommen, E. & Rouiller, E.M. (2005). La place du test de discrimination de 2 points statiques dans l'examen clinique. *Doul & Analg*, 18(2), 73-76.
- Spicher, C.J., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010a). *Atlas des territoires cutanés du corps humain; Esthésiologie de 240 branches*. Montpellier, Paris : Sauramps medical.
- Spicher, C.J., Antiglio, D., Delaquaize, F., Crohas, A. & Vianin, M. (2010b). L'allodynie mécanique: une contre-indication temporaire pour certains traitements physiques. *Mains Libres*, 5, 199-205.
- Waldburger, M., Gobelet, C., Magistris, M., Rigoni, G. & Robert, J.P. (1998). Aspect clinique, évolution et pronostic. In E. Bär, M. Felder & B. Kiener (Eds.) - *Algodystrophie (CRPS I)*. Luzern : SUVA, (pp. 39-60).
- Weber, E.H. (1834). *De pulsu, resorptione, auditu et tactu*. Leipzig: Koehler. (Ce chapitre est traduit en anglais sous: Weber E.H. [1978]. *The Sense of Touch*. London : Academic Press).

Vous avez pu lire dans l'e-News 9(3-4), le Témoignage illustré No 38 de cette patiente

<http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News-93-4.pdf#page=19>.

GUEST EDITORIAL**Rééducation sensitive, la nécessité de la méthode**

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

MORIER, A¹⁴

La douleur chronique est une longue et pénible entrave à l'existence (Le Breton, 1999). La méthode de rééducation sensitive élaborée par Claude Spicher (2003) permet d'amener le patient à un projet dans une situation où la douleur incessante est incluse par nécessité dans son quotidien depuis des années. Elle invite le masseur kinésithérapeute à une autre approche, un autre regard sur la peau et sur le toucher, à temporiser le retour à la mobilité.

Ces faits cliniques ont pour but d'illustrer l'importance des bilans et de la méthode dans l'investissement du patient et, par leurs compréhensions, sa complète implication dans le traitement. A l'aide des différents bilans sensitif. Nous pouvons déterminer les gestes et les attitudes à modifier pour le patient et qui permettent au thérapeute d'avoir l'argumentation et les références essentielles à la prise en charge. Ces bilans permettent également de connaître l'endurance nécessaire et la distance à parcourir pour le patient. Cette méthode permet aussi la reconnaissance de ses symptômes trop souvent "bizarres", "étranges", voire aberrant qui parfois amènent le patient à s'interroger sur leur réalité.

« Mind rarely, probably never, perceives any object with absolute indifference, that is, without "feeling." p. 974 (...) « Affective tone is an attribute of all sensation, and among the attribute tones of skin sensation is skin-pain. » p. 1000 « L'esprit perçoit rarement, sinon jamais, un objet quelconque de façon absolument indifférente, c'est à dire sans "émotion" (...). La tonalité affective est un attribut de toutes les sensations et parmi les tonalités de la peau, on trouve la douleur cutanée. » (Sherrington, 1900).

Pour les médecins comme pour les thérapeutes intervenants auprès de patients douloureux chroniques, il apparaît nécessaire de prendre connaissance et d'investir la rééducation sensitive pour qu'elle puisse être utilisée de manière précoce afin de ne pas voir apparaître de nouvelles douleurs neurogène ou une extension du territoire douloureux.

¹⁴ Masso-kinésithérapeute, RS certifiée CREA-HELB, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris ; Hôpital Bicêtre ; Unité de rééducation Neurologie Adulte; 78, rue du Général Leclerc; 94275 Le Kremlin Bicêtre (France). a.morier@bbox.fr;

L'allodynie mécanique touche plus d'un tiers des patients atteints de douleur neuropathiques périphériques. Elle se définit par une douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur (Merskey & Bogduk, 1994).

Le patient, qui souffre d'allodynie mécanique, réapprent à vivre avec des douleurs neuropathiques d'origines multiples, aux caractères incessants dans le quotidien et avec des variations selon les humeurs du temps. Laquelle a commencé après le traumatisme? Avec le temps, est-ce la réalité ou l'imaginaire? À ce questionnement la méthode de rééducation répond avec ses évaluations et ses règles. Cette méthode qu'il est nécessaire de rappeler et qu'il faut tenir compromis après compromis.

La rééducation sensitive a pour objectif de diminuer les douleurs neuropathiques et d'accompagner le patient à prendre conscience des éléments du quotidien qui stimulent et entretiennent ses douleurs, de donner sens au "bizarre". Cette méthode nous permet d'argumenter avec des résultats visibles.

Référence bibliographique

Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris Métailié.





Merskey, H. & Bogduk, N. (eds.) (1994). Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pains terms, (2nd ed). Seattle : IASP Task force on Taxonomy.

Sherrington, C.S. (1900). <http://archive.org/details/cu31924001042344> (19.12.2012).

Spicher, C. (2003) *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris : Médecine & Hygiène.

Certificat en rééducation sensitive de la douleur

Aux médecins  
 Aux patients  

Aux scientifiques en neurosciences 
 Aux thérapeutes   

Le titre de **RS certifié(e) CREA-HELB** rééducateur/trice sensitif/ve certifié(e) du Centre de Recherches et d'Etudes Appliquées de la Haute Ecole Libre de Bruxelles se porte à merveille : une 3^{ème} promo de lauréats vient de sortir à Montréal (voir ci-dessous la liste) et une 4^{ème} promo à Bruxelles. Une 5^{ème} promo commence en février à Bruxelles sous l'égide de Rebekah Della Casa et une 6^{ème} promo commencera ce printemps à l'Université de Montréal. N'hésitez pas à vous inscrire.

Les **16 lauréates et lauréats** des 3^{ème} promo et 4^{ème} promo 2012 du Certificat en Rééducation sensitive de la douleur (par ordre alphabétique) sont :

- Laurianne Bardet, aubonne, Suisse,
- Elinor Behar, Wavre, Belgique,
- Valérie Calva, Montréal, Québec,
- Florence Cohendet, Genève, Suisse,
- Catherine Couvreur, Charleroi, Belgique,
- Martine Daigle, Sherbrooke, Québec,
- Sophie Desrochers, Montréal, Québec,
- Marylène Dufort, Bois-des-Filion, Québec,
- Nathalie Evrot, Besançon, France,
- Elodie Goeres, Lille, France,
- Nathalie Hug, Roullet St-Estèphe, France,
- Véronique Landry, Shawinigan-Sud, Québec,
- Pavly Mehani, Dollard-des-Ormeaux, Québec,
- Agnès Morier, Le Kremlin Bicêtre, France,
- Vicenç Punzola Izard, Barcelone, Espagne,
- Marion Vittaz, Fribourg, Suisse.



La 3^{ème} promo a été expertisée par **Mme Julie Masse, professeure adjointe de clinique de l'Université de Montréal** et la 4^{ème} promo par **M. Marc-Eric Guisset, président de l'Association belge des ergothérapeutes**.

Cette formation compte 56 heures ou équivalents.

Lisez, à la page suivante, un travail final de cette 4^{ème} promo.

ARTICLE ORIGINAL
**Fait clinique illustrant la diminution rapide
des douleurs neuropathiques d'une
névralgie crurale intermittente avec allodynie mécanique**

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

BEHAR, E.¹⁵

ABSTRACT

The somatosensory rehabilitation method (Spicher, 2003 [2006]; Degrange *et al.*, 2006) is a method of choice for the treatment of neuropathic pain.

This case report illustrates the rapid decrease of post-operative neuropathic pain through the somatosensory rehabilitation method: disappearance of the mechanical allodynia through *distant* vibrotactile counter stimulation and improvement of the underlying hypoesthesia (Mathis *et al.*, 2007) through the hands-on therapy.

This method allowed the patient to gradually take up again the sessions of post-operative rehabilitation of the left knee at the rehabilitation centre, and a quick resumption of the daily activities. The daily exercises had the effect of reducing the score of the Saint-Antoine Pain Questionnaire (in French) from 33 points to 1 point.

Mots Clés : douleurs neuropathiques, allodynie mécanique, rééducation sensitive, lésions axonales, hypoesthésie sous-jacente, contre-stimulation vibrotactile *à distance*.

INTRODUCTION

L'acte chirurgical entraîne des lésions tissulaires multiples dont des lésions nerveuses qui occasionnent fréquemment des douleurs neuropathiques. Le diagnostic de ces dernières est parfois difficile à cerner et, par conséquent, elles passent souvent inaperçues. Leurs caractéristiques sont rarement abordées avec le patient (brûlures, fourmillements, décharges électriques, etc.). Pourtant, de nombreux patients sont en situation de handicap ou présentent des incapacités au quotidien à cause de ces douleurs (Laroche, 2009).

Dans le milieu hospitalier, nous faisons régulièrement face à des patients dont la douleur est telle qu'elle limite fortement leur rééducation. La mise en charge et les appuis (sur les membres inférieurs) sont parfois si douloureux que le patient préfère rester immobilisé et ne pas poursuivre ses séances de rééducation. Ces douleurs sont un frein vers la revalidation de ces patients et la reprise optimale de leurs activités de la vie journalière. La méthode de

¹⁵ ET, RS certifiée CREA-HELB, Clinique du Bois de la Pierre; Chaussée de Namur, 201 ; 1300 Wavre (Belgique). e-mail : ergotherapie.blp@chrpbw.be;

rééducation sensitive de la douleur est ciblée pour traiter les patients qui souffrent de ces douleurs neuropathiques (Spicher 2003 ; Degrange *et al.*, 2006).

Ce fait clinique a pour but de démontrer l'efficacité de la méthode de rééducation sensitive : diminution rapide de douleurs neuropathiques par la réduction progressive du score au questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA), amélioration du suivi et de la prise en charge du patient au centre de rééducation et de réadaptation tout en préservant une implication de la part de ce dernier comme acteur principal de sa rééducation.

PATIENT & METHODES

Anamnèse générale et clinique

M. G., un homme de 50 ans qui travaille dans le bâtiment et est veuf depuis le mois de mai 2012, bénéficie au mois d'octobre 2012 d'une opération pour la mise en place d'une prothèse de genou suite à une rupture ligamentaire et arthrose de stade IV.

Une intervention chirurgicale suivie d'un bon pronostic pour l'avenir permet au patient de se rendre chez lui. Néanmoins la perte récente de son épouse (en mai 2012) et la solitude, du fait d'être resté seul sans enfants, ont pour conséquence que son état physique et psychologique régressent vite.

M. G. est gêné dans son quotidien. Il souffre de douleurs aiguës au moindre mouvement. La flexion du genou ainsi que la position debout sont difficiles à réaliser. Monsieur éprouve également des difficultés à réaliser des actes de la vie journalière (préparations de repas, soins quotidiens, etc.). Il s'adresse alors au centre de réadaptation le 17/10/2012.

Au DN4 Monsieur se plaint d'une sensation de froid douloureuse, de fourmillements, picotements, démangeaisons, ainsi que des engourdissements. Ce test est positif. Le patient suivra un traitement par la méthode de rééducation sensitive pendant 4 semaines.

Au questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA), les symptômes de compression, torsion, froid, picotement et lourdeur sur la face médiale de la cuisse gauche sont relevés. (Tableau I).

Par l'évaluation de la douleur au QDSA et l'observation clinique, nous pouvons émettre l'hypothèse de lésions axonales (Mathis *et al.*, 2006) : névralgie crurale intermittente de la branche fémorale médiale du nerf saphène (Spicher *et al.*, 2010) avec allodynie mécanique (stade III de lésions axonales).

Présentation de la méthode de rééducation sensitive

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 (Spicher, 2003). En présence d'une allodynie mécanique, il ne faut surtout pas stimuler le territoire allodynique car cela entretient, voire aggrave le processus douloureux.

L'allodynographie (Spicher, 2003; Spicher *et al.*, 2008)

Le signe d'examen clinique de l'allodynie mécanique est l'allodynographie (**voir Annexe I**). Elle est le versant quantitatif de l'évaluation de l'allodynie mécanique. Elle permet de visualiser le territoire de peau présentant une perception douloureuse.

M. G. bénéficie de quatre séances de rééducation sensitive à une fréquence hebdomadaire. La durée de chaque séance varie de 30 à 45 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* (CSVD) (avec une peau de lapin, vu que le centre ne dispose pas encore du matériel nécessaire pour l'application de vibrations) ; puis, rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente.

Ainsi la rééducation se fait suivant le principe de CSVD (Degrange *et al.*, 2006) : elle est effectuée 8 fois par jour par M. G., et ce pendant 1 minute (ou moins longtemps) avec une peau de lapin. Il s'agit de réapprendre au cerveau à percevoir un stimulus agréable comme non-nociceptif. Elle s'effectue pour M. G. selon la 3^{ème} règle de CSVD, soit sur le 1^{er} niveau segmentaire inférieur et/ou supérieur perçu comme agréable : le territoire de distribution cutanée de la branche performante antérieure du 12^{ème} nerf thoracique gauche. Cette zone de travail est réévaluée au fur et à mesure des séances.

La rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente (Degrange *et al.*, 2006)

Cette technique a été pratiquée au moyen de la thérapie du touche-à-tout avec une posologie très progressive : d'abord souvent et pas longtemps, ensuite en augmentant la durée tout en diminuant la fréquence (**Tableau I**).

Temps	Fréquence	Durée
1 ^{ère} semaine	12 fois	15 secondes
2 ^{ème} semaine	8 fois	30 secondes
3 ^{ème} semaine	6 fois	1 minute
4 ^{ème} semaine	4 fois	3 minutes
Au-delà de 5 ^{ème} semaine	4 fois	5 minutes

Tableau I : Programme de rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente sur 4 semaines ; la 5^{ème} semaine, début de la rééducation de l'hyposensibilité avec sa posologie standard : 4 x 5 minutes.

RESULTATS

Le traitement commence le 24/10/2012 et se termine le 14/11/2012. A l'examen, le 24/10/2012, l'allodynographie de la branche fémorale médiale du nerf saphène de la face médiale de la cuisse gauche est positive.

A l'examen, le 7/11/2012, l'allodynographie est négative : l'application de 15 g au cœur de l'ancienne allodynie mécanique n'est plus perçue comme douloureuse.

L'esthésiographie secondaire de la branche fémorale médiale du nerf saphène de la face médiale de la cuisse gauche est mise en évidence le 7/11/2012. L'application de 0,7 g n'est pas détectée sur une portion du territoire de distribution cutanée (**voir Annexe II**).

En date du 24/10/2012 l'arc-en-ciel des douleurs est violet à 15 g pour une EVA 3/10. Le 7/11/2012 le territoire allodymique disparaît; la zone de rééducation de l'hyposensibilité sous-

jacente a donc pu être définie. Monsieur a bénéficié d'un suivi par la méthode de rééducation sensitive pendant 21 jours.

Voici le tableau illustrant l'évolution et la disparition de l'allodynie mécanique ainsi que la diminution de l'hypoesthésie sous-jacente (**Tableau II**) :

Date (2012)	Douleurs neuropathiques		Somesthésie			Stade
	QDSA	Territoire de distribution cutanée	Arc-en-ciel des douleurs	SPP	Test de discrimination de 2 points (norme : 40 mm)	
24/10	33 points	Allodynie	VIOLET	N.D.	N.D.	III
31/10	18 points	Allodynie	VIOLET	N.D.	N.D.	II
07/11	3 points	Hypoesthésie	Ø	1,0 g	77 mm	I
14/11	1 point	Hypoesthésie	Ø	0,4 g	48 mm	I

Tableau II : La diminution des douleurs neuropathiques est corrélée avec la disparition de l'allodynie mécanique, puis avec la diminution de l'hypoesthésie sous-jacente ; QDSA : Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine ; SPP : Seuil de Perception à la Pression ; N.D. : Non Déterminé, car instable.

DISCUSSION

M. G. collabore bien lors de sa rééducation, ce qui permet à l'allodynie de régresser rapidement. L'allodynie avec un arc-en-ciel violet à 15 g disparaît en 14 jours alors que le pronostic a été établi sur un mois (1 mois par couleur) (Spicher et al., 2008 ; Clément-Favre *et al.*, 2011). Ceci n'est cependant pas surprenant car l'arc-en-ciel des douleur violet diminue, plus particulièrement, en moyenne de 16 jours (Spicher et al., 2008) (**Tableau II**).

Lors des séances des solutions pour diminuer le frottement sur la cuisse sont pensées en collaboration directe avec le patient, allant de la tenue vestimentaire jusqu'à la position adéquate lors du sommeil. Des techniques thérapeutiques sont aménagées (le massage, le KinétecTM ou encore l'hydrothérapie) afin d'éviter tout contact avec le territoire allodynique pendant les deux premières semaines.

Le score au QDSA passe de 33 à 1 point. Le patient exprime une nette diminution des douleurs évoluant vers une légère gêne au quotidien. Ce qui est comparable à une cohorte de névralgies crurales (Mathis et al., 2007).

La mise en place de séances de rééducation est corrélée avec la diminution rapide de ses douleurs neuropathiques. Monsieur récupère rapidement les amplitudes articulaires de son genou gauche ainsi que sa force et son endurance. Il reprend progressivement les tâches régulières de la vie quotidienne.

La récupération des amplitudes articulaires passe de 60° de flexion (le 17/10/2012) à 120° (le 8/11/2012). Le patient se montre de plus en plus actif dans les actes de la vie quotidienne : la position debout, la marche et l'équilibre s'améliorent au fur et à mesure que ses douleurs neuropathiques, objectivées par le QDSA, diminuent.

La méthode de rééducation sensitive (Spicher, 2003) s'est révélée efficace pour soulager M.G.

CONCLUSION

Ce cas clinique illustre la problématique à laquelle de nombreux thérapeutes sont confrontés dans leur pratique professionnelle : un patient qui souffre de douleurs importantes qui ne lui permettent pas de suivre les exercices quotidiens proposés dans le cadre de son traitement au centre de réadaptation. Cela présente un écueil quant à sa revalidation. Le choix thérapeutique est pris rapidement : il faut privilégier, dans un premier temps, la méthode de rééducation sensitive, qui est une méthode de choix contre les douleurs neuropathiques.

Grâce à cette méthode le patient se sent soulagé de ses douleurs. Il peut participer de manière adéquate à sa rééducation et suivre les exercices au fur et à mesure que ses douleurs s'atténuent. La rééducation sensitive de la douleur met le patient au centre de sa rééducation. Sa motivation et sa participation sont essentielles afin d'assurer un résultat optimal.

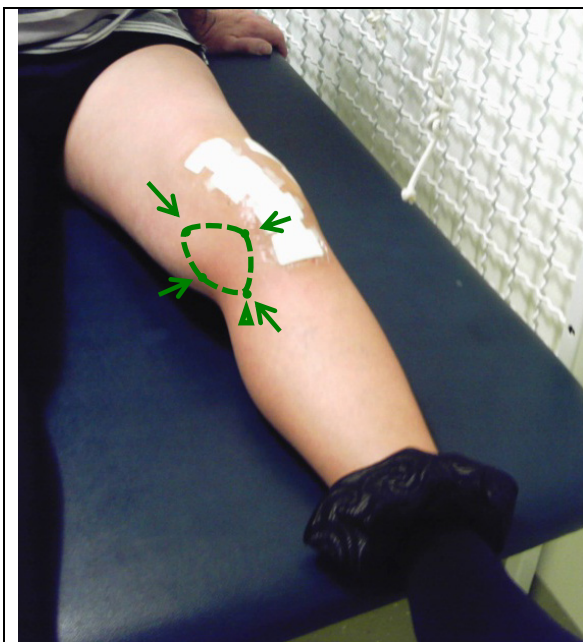
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Clément-Favre, S., Noël, L., Desfoux, N. & Spicher, C.J. (2009). Suivi de la diminution des douleurs neuropathiques par la recherche du seuil de perception à la pression. *RAE : Recueil Annuel francophone belge d'Ergothérapie*, 2, 31-44.
- Clément-Favre, S., Latière, P., Desfoux, N., Quintal, I. & Spicher, C.J. (2011). Allodynie mécanique du membre supérieur : Zones de travail et pronostic du traitement. M.-H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 24^{ème} série, (pp. 145-152). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Degrange, B., Noël, L., Spicher, C.J., & Rouiller, E.M. (2006). De la rééducation de l'hyposensibilité cutanée tactile à la contre-stimulation vibrotactile. In M.-H. Izard & R. Nespoulous (Eds.), *Expériences en ergothérapie*, 19^{ème} série, (pp. 207 -211). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Laroche, F. (2009). Traitement des douleurs neuropathiques. Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Saint-Antoine 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris. <http://www.maitrise-orthop.com/viewPage.do?id=1100> (10.1.2013)
- Mathis, F., Degrange, B., Bernier, G. & Spicher, C.J. (2006). Diminution rapide par rééducation sensitive de douleurs neuropathiques chroniques d'une névralgie crurale incessante avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 3(3), 84-95. [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2006/e-News%203\(3\).pdf](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2006/e-News%203(3).pdf) (10.1.2013)
- Mathis, F., Degrange, B., Desfoux, N., Sprumont, P., Hecker, E., Rossier, Ph. & Spicher, C.J. (2007). Diminution des douleurs neuropathiques périphériques par la rééducation sensitive. *Rev. Med Suisse*, 3(135), 2745-2748.
- Spicher, C. (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris: Médecine & Hygiène.
- Spicher, C.J., Mathis, F., Degrange, B., Freund, P. & Rouiller, E.M. (2008). Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypo-aesthesia: Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosens Mot Res*, 25(1), 77-92.
- Spicher C., Desfoux N., Sprumont P. (2010). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches*. Montpellier, Paris : Sauramps médical.

ANNEXES





Annexe I : *Allodynnographie à 15 g de la branche fémorale médiale du nerf saphène à une EVA de 3/10 cm, effectuée le 24/10/2012 sur la face médiale du genou gauche.*



Annexe II : *Esthésiographie secondaire à 0,7 g de la branche fémorale médiale du nerf saphène, effectuée le 7/11/2012 sur la face médiale du genou gauche.*

Aphorisme saisonnier

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

"Les coïncidences, ces moments magiques qui rendent tout événement possible"

Collin, D. (2012). *Les cercles mémoriaux*. Paris: L'Escampette Editions.

Seasonal aphorism



To MD 
To patient 

To neuroscientist 
To therapist 

"Coincidences, these magical moments this enables any possibility"

Temporada de aforismos



Para médicos 
Para pacientes 

Para científicos en neurociencias 
Para terapeutas 

"Las coincidencias, esos momentos mágicos q hacen todo evento posible"

Aforismo sazonal



Para médicos 
Para pacientes 

Para cientistas em neurociências 
Para terapeutas 

"Coincidências, momentos mágicos que tornam todos os acontecimentos possíveis"

Leitmotiv

Für Ärzte 
Für Neurowissenschaftler 

Für Neurowissenschaftler 
Für TherapeutInnen 

"Die Zufälle, diese magischen Momente, die Alles ermöglichen"

Témoignage N° 41 d'une patiente

« *Je peux rire de bon coeur* »

Aux médecins 

Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux thérapeutes 

Suite à deux interventions d'un ostéome frontal (2004 et 2010) plus une complication collatérale lors du retrait d'un drain qui passait d'une oreille à l'autre, je me suis retrouvée avec de graves douleurs neuropathiques.

La prescription d'anti-inflammatoires classiques m'apaisait mais ne résolvait pas le problème. Ensuite, la prescription de séances d'ergothérapie n'ont fait qu'empirer les douleurs. De plus, à l'approche de chaque séance, je m'angoissais, car il me fallait plusieurs jours pour me stabiliser. Ces flashes, cette sensation d'étau, ce mal de tête journalier ne pouvaient plus continuer.

En novembre 2011, mon médecin traitant m'a mise en relation avec le centre de rééducation sensitive pour tout d'abord faire un bilan des dégâts.

J'étais suivie par deux thérapeutes, une semaine l'une, une semaine l'autre, qui ont pris beaucoup de soins dans les explications, dans l'application, la manipulation de tout leur matériel de traitement.

J'avoue que la première séance fut longue et douloureuse, que je me suis questionnée intérieurement : « Mais qu'est-ce que tu fais là ????? » Je suis ressortie les larmes aux yeux, nauséuse, totalement découragée.

Les semaines ont suivi, toujours très pénibles. Sandrine et Marion étaient très attentives à mes propos et je sentais qu'elles m'observaient, m'encourageaient : « Va-t-elle surmonter la fatigue, la douleur, le découragement ? » Il m'a fallu des séances, encore des séances pour que je sente une amélioration. Il faut préciser que plusieurs nerfs ont été lésés ; occipital, auriculaire et autres ...

A la maison, j'exécutais les exercices indiqués, même si parfois je trouvais cela loufoque comme méthode, pourtant cela m'a convaincue puisque je gagnais du terrain sur la douleur.

Du 31 octobre 2011 au 15 octobre 2012 je me suis battue, avec l'aide de mes trois coachs, mon médecin traitant et mes deux thérapeutes, pour retrouver une qualité de vie.

Certes, ce ne seront plus jamais les sensations d'avant mais je peux rire de bon cœur, je peux manger normalement, je peux aller dans un café, au spectacle sans me tenir la tête de douleurs

parce que rire, manger, entendre du bruit, de la musique, des voix, trop fortes finissaient en **névralgie**, etc.

Ainsi, je conseille ce traitement aux personnes qui souffrent ; il leur sera d'une grande aide. Cependant, il faut qu'elles persévèrent, qu'elles aillent jusqu'au bout quand bien même ce n'est pas la guérison totale mais, comme moi, le mieux être.

Marie-Madeleine Remy

Vous pourrez lire dans l'e-News 10(2), un No Comment sur cette patiente qui souffrait de névralgies occipitales du nerf grand occipital droit, du nerf grand occipital gauche et du nerf grand auriculaire droit avec allodynie mécanique.

IX^{ème} COURS *Depuis 2005*

Le traitement des syndromes douloureux neuropathiques par la rééducation sensitive de la douleur

Date: 25 - 28 mars 2013

Certificat en rééducation sensitive de la douleur

Troubles de base I & II, Complications douloureuses I & II

Rebekah Della Casa, ET, RS certifiée CREA-HELB
Claude Spicher, ET, collaborateur scientifique universitaire

Lieu : Enseignement Permanent de l'Ergothérapie, Montpellier, France

Info : <http://www.ergotherapiemontpellier.com/formation.html>

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

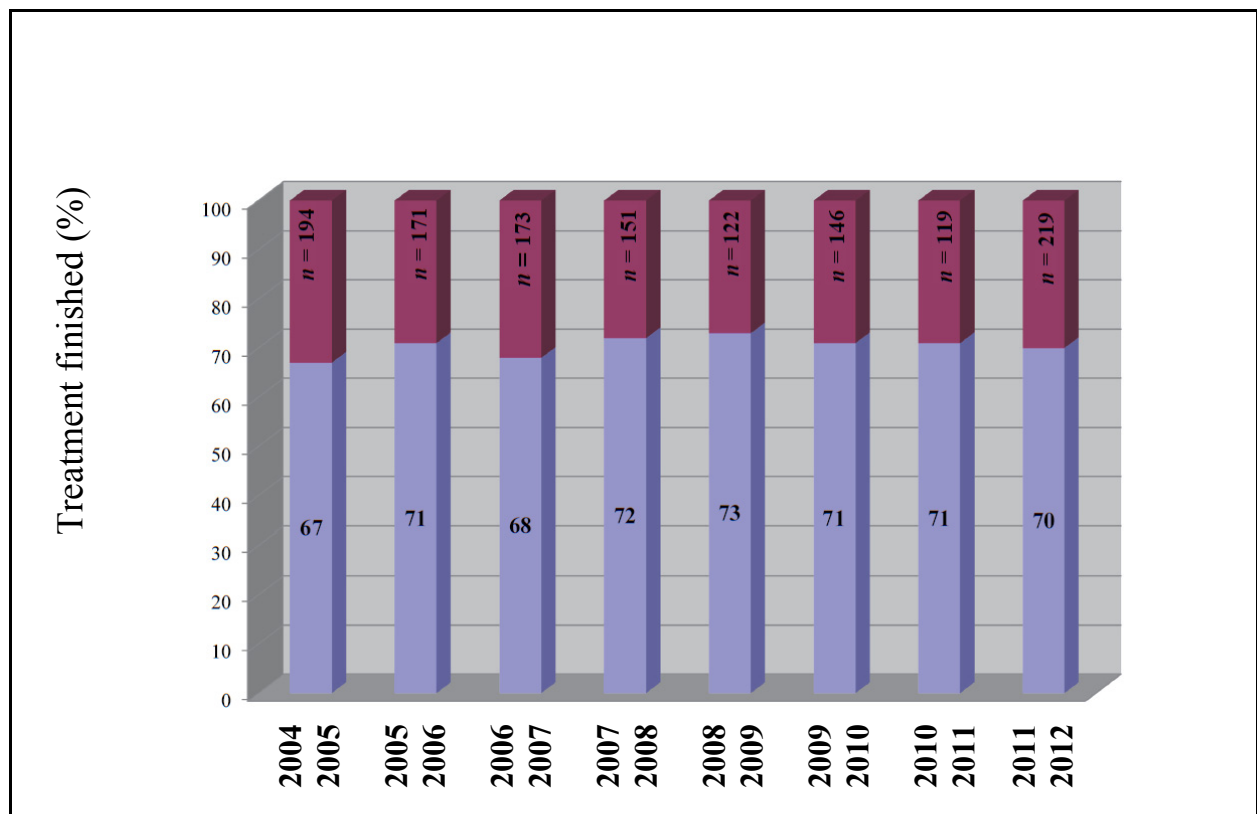
Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

To MD ☀☀☀ To neuroscientist ☀ To patient ☀☀☀ To therapist ☀☀☀

From the 1st of July 2004 until the 30th of June 2012, 1739 patients have been assessed and / or treated in the Somatosensory Rehabilitation Centre.

Patients who were only assessed	Patients who have interrupted their treatment	Patients who have finished their treatment	Patients still on treatment
	387	906	
329	1293		117
1739			

Table I : Inclusion criteria : Patients who have been tested and treated through somatosensory rehabilitation (n=1076). Consequently, the 329 patients who were only assessed are NOT included (they were treated in another Centre far from Friburg). As well, the 117 patients who were still on treatment, the 31th of December 2012 are NOT included.



From the 1st of July to the 30th of June


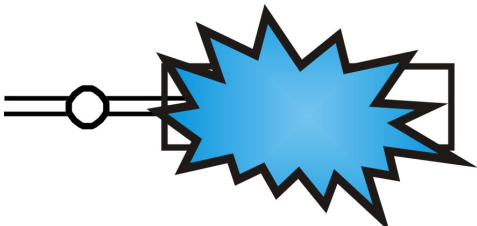
Figure 1 : The compliance in % of the **1293 patients** who have been tested and re-educated through somatosensory rehabilitation during seven periods of one year each.

Patients who have interrupted their treatment	Patients who have finished their treatment
30 %	70 %

Table II : 70 % of the 1293 patients who have been tested and treated, from the 1st of July 2004 until the 30th of June 2012, and who have finished their somatosensory rehabilitation.

Reasons of the treatment's interruption		
N	103	i.e. Another medical disorder
P	269	i.e. Had no time, Did not believe anymore in Somatosensory Rehabilitation, Wanted a break, Began another treatment, Conflict with health insurance, Without any news, Return to work
MD	3	i.e. Return to work, Anaesthetic blockade
Th	12	i.e. No neuroplasticity substitution (very strong hypoesthesia)

Table III : Treatment's interruption: Either by nature (N), by the patient (P), by the prescribing doctor (MD), or by the therapist (Th) (n = 387).

<p style="text-align: center;">  CLINIQUE GÉNÉRALE <i>Ste-Anne</i> </p> <p>SOMATOSENSORISCHES REHA-NETZ</p> <p>www.neuropain.ch Hans-Geiler-Str. 6 Departement für CH - 1700 FREIBURG Weiterbildung info@neuropain.ch</p>	<p style="text-align: center;">  WEITERBILDUNG </p>
<p>SOMATOSENSORISCHE SCHMERZTHERAPIE KURS 2013</p>	<p style="text-align: center;"> WAS KÖNNEN SIE FÜR IHRE PATIENTEN, DIE UNTER ELEKTRISIERENDEN, BRENNENDEN SCHMERZEN LEIDEN, TUN ? </p> <p style="text-align: center;"> www.neuropain.ch/weiterbildung/kalender </p> <p><i>PROBLEMSTELLUNG</i></p> <p>Wie wollen wir die Hoffnung auf ein anderes Morgen wieder erwecken, wenn uns Patienten, die uns anvertraut werden, mit gequältem Gesichtsausdruck anschauen, weil sie bereits zu lange unter zuviel Schmerz leiden: Indem sie weniger elektrische Entladungen, weniger brennende Empfindungen usw. erleben oder kurz gesagt mittels der Reduktion ihrer peripherer neuropathischer Schmerzen.</p> <p>In der grossen Mehrheit zeigen chronische Schmerzpatienten Störungen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität). Die Reduktion der Hypoästhesie (Bsp. Schwelle der Druckempfindung) trainiert gleichzeitig auch eine Verminderung ihrer neuropathischen Schmerzen (z.B.: McGill Schmerz-Fragebogen).</p> <p><i>GENERELLE ZIELE</i></p> <p>Vermindern der chronischen neuropathischen Schmerzen mittels der Somatosensorischen Erfassung und Rehabilitation der Haut. Vermeiden von Schmerzkomplikationen mittels somatosensorischer Reha-Methode Brücken bauen zwischen der Rehabilitation, der Medizin und der Neurowissenschaft (z.B.: Neuroplastizität).</p> <p><i>DETAILLIERTE INHALTE</i></p> <p>Erfassen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität): Ästhesiografie, statischer 2-Punkte Diskriminationstest, Hoffmann-Tinelzeichen und somatosensorische Symptome, Schwelle der Druckempfindung, usw. Erfassen der neuropathischen Schmerzsyndrome mittels McGill Schmerz-Fragebogen: mechanische Allodynie, CRPS (Morbus Sudeck), Neuralgie, Polyneuropathien. Behandlungsplanung bei chronischen Schmerzkomplikationen Einbringen der Kenntnisse des ZNS in die Rehabilitation der neuropathischen Schmerzen und umgekehrt Beobachten von drei Schmerztherapie, auf Deutsch, mit echten PatientInnen.</p>
<p><i>KURSLEITUNG</i></p> <p>Claude Spicher, dipl. Ergotherapeut, zert. Handtherapeut SGHR im Somatosensorischen Rehasentrum, Clinique Générale, Freiburg & wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Freiburg, Irene Inauen, dipl. Ergotherapeutin, zert. ST CREA-HELB in Praxis für Handrehabilitation, Rheinfelden, Andrea Grass, dipl. Ergotherapeutin in Praxis für Ergotherapie Biel GmbH & anerkannte Ergotherapeutin des somatosensorischen Rehasentrums.</p>	

Datum:	17. – 20. Juni 2013
Kurszeiten:	9 Uhr – 12 Uhr & 13 Uhr – 17 Uhr
Dauer:	28 Stunden
Ort	Clinique Générale, Hans-Geiler-Str. 6, CH-1700 Freiburg
Preis:	CHF 990.- / 780 € (Arbeitsdokumente auf Deutsch + Handbook in English + Atlas inkl.)
Literatur:	Spicher, C.J. (2006). <i>Handbook for Somatosensory Rehabilitation</i> . Montpellier, Paris: Sauramps Médical. Spicher, C.J., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010). <i>Atlas des territoires cutanés du corps humain</i> . Montpellier, Paris: Sauramps Médical (58 Abbildungen, jeder Ast in Latein genannt ist).

Anmeldetalon:

SOMATOSENSORISCHE SCHMERZTHERAPIE KURS 2013

Name, Vorname :

Beruf :

Adresse:

PLZ Ort:

Tel :e-mail:

Datum:Unterschrift:

Bitte ausfüllen und zurückschicken an (Anmeldeschluss:
Montag den 13. Mai 013):

Marie-Joëlle Fleury
Somatosensorisches Reha-Netz
Departement für Weiterbildung
Hans-Geiler-Str. 6
CH-1700 Freiburg
Schweiz

e-mail : info@neuropain.ch
ev. Fax: +41 26 350 06 35

SOMATOSENSORISCHE SCHMERZTHERAPIE KURS 2013

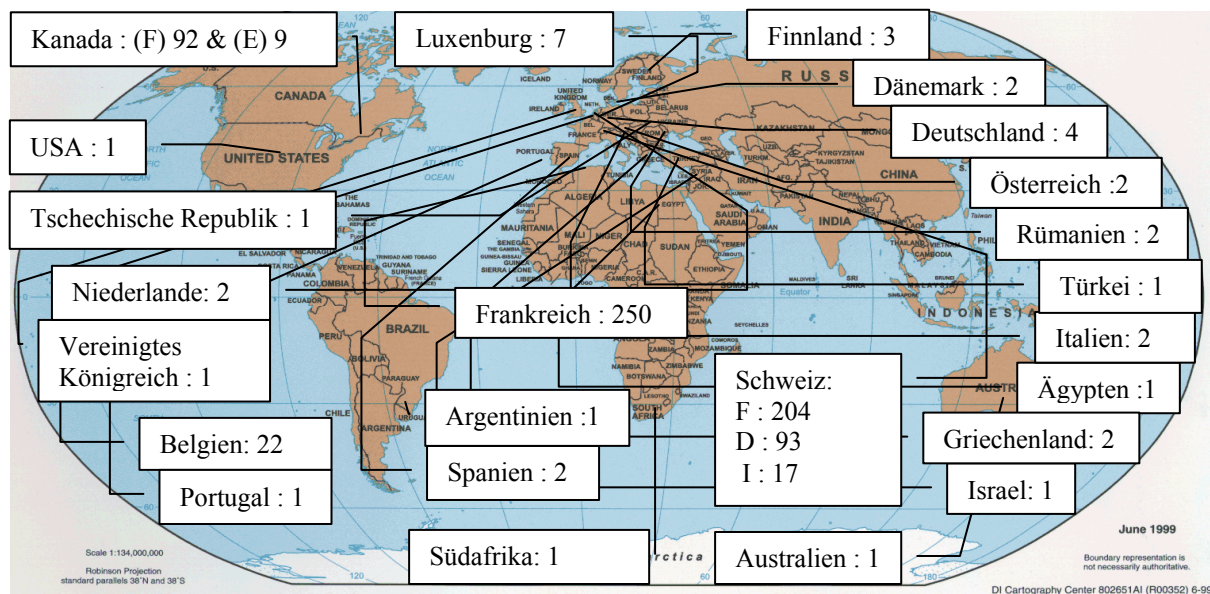
www.neuropain.ch/weiterbildung/kalender

Somatosensorische SchmerztherapeutInnen in der Welt

Für Ärzte
Für Patienten

Für Neurowissenschaftler
Für Therapeuten

1992 gab es die erste Mitteilung über somatosensorische Schmerzrehabilitation anlässlich des ersten Kongresses SGHR (Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation). Das erste Mal wurde diese Methode 2001 unterrichtet. Bis zum 23. November 2010 erreichten wir mit unserer Weiterbildung zur somatosensorischen Rehabilitation 500 TherapeutInnen/Ärzte. Bei dieser Gelegenheit wollen wir die neue Rubrik eröffnen, um darzustellen, wo all die ausgebildeten Therapeuten mit ihrer Praxis domiziert sind.







1	Frankreich	250
2	Schweiz : Französischsprachig	204
3	Schweiz : Deutschsprachig	93
4	Kanada : Französischsprachig	92
5	Belgien : Französischsprachig	22
6	Schweiz : Italienischsprachig	17
7	Kanada : Englischsprachig	9
8	Luxemburg	7
9	Deutschland	4
10	Finland	3
11	Dänemark	2
12	Österreich	2
13	Rumänien	2
14	Griechenland	2

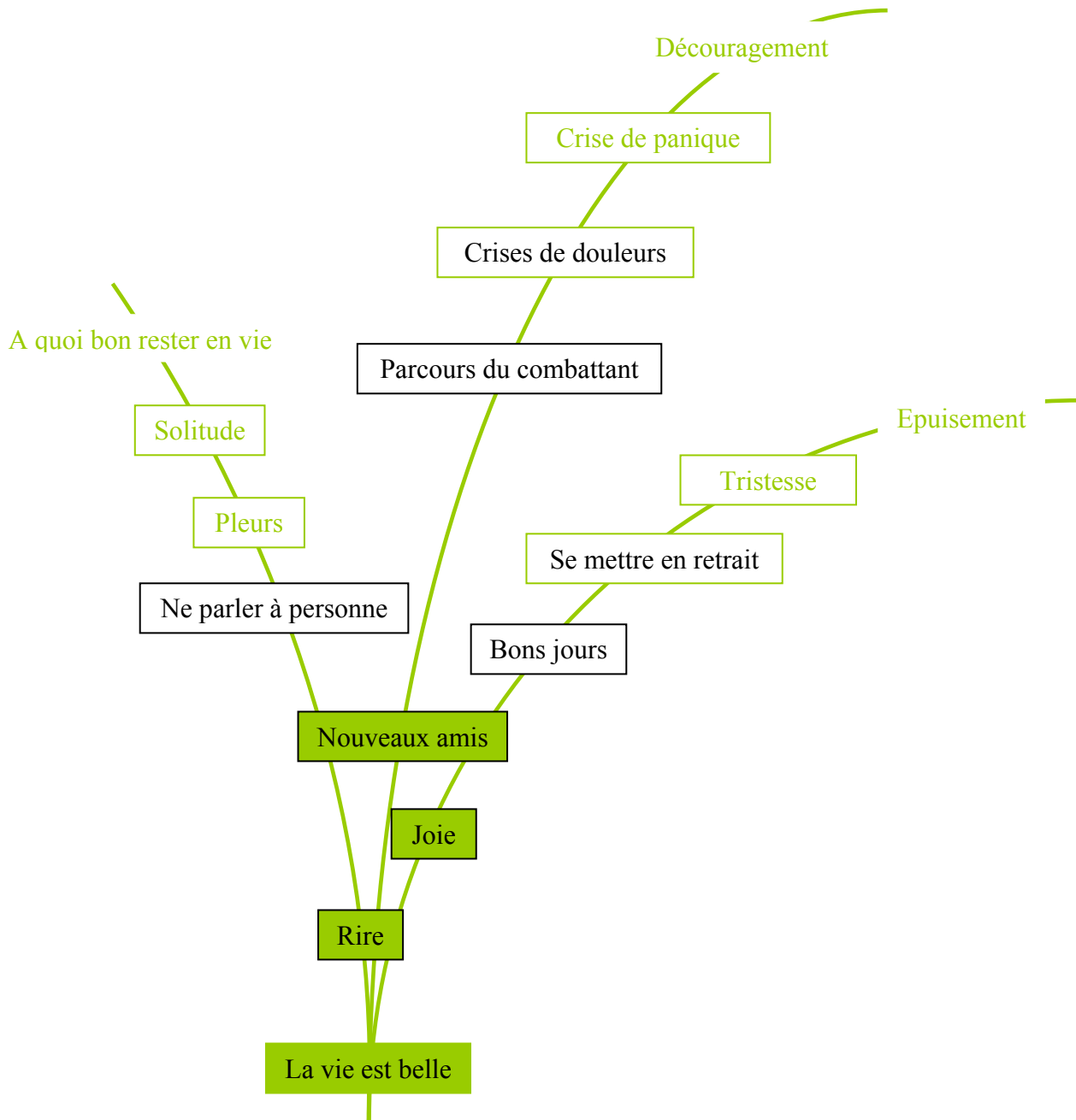
15	Spanien	2
16	Niederlande	2
17	Italien	2
18	Vereinigtes Königreich	1
19	Türkei	1
20	Südafrika	1
21	Tschechische Republik	1
22	Australien	1
23	Argentinien	1
24	Portugal	1
25	Ägypten	1
26	Israel	1
27	USA	1

TOTAL 725

Témoignage N° 42 d'une patiente « Post-it »

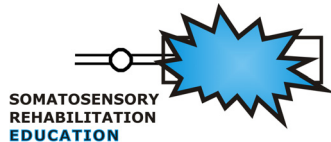
Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 



E.-E. Y

Continuous Education – Weiterbildung - Formation continue



Date: 17-20 June 2013

5th Week for Sensory Rehabilitation

*What can we offer our patients suffering
from neuropathic pain?*

See page 128 in this issue

Claude J. Spicher, BSc OT, university scientific collaborator
Rebekah Della Casa, OT, ST certified CREA-HELB

Place : Somatosensory Rehabilitation Centre, Fribourg, Switzerland, Europe

www.neuropain.ch/education/calendar



Datum: 17.-20. Juni 013

**Somatosensorische Schmerztherapie
Kurs 2013**

*Was können Sie für Ihre Patienten,
die unter elektrisierenden, brennenden
Schmerzen leiden, tun?*

Siehe Seite 135 in diesen Nummer

Andrea Grass, dipl. Ergotherapeutin in Praxis für Ergotherapie Biel GmbH,
anerkannte Ergotherapeutin de somatosensorischen Rehasentrumes;
Irene Inauen, dipl. Ergotherapeutin in Praxis für Hanrehabilitation, Rheinfelden,
zert. somatosensorische Schmerztherapeutin CREA-HELB;
Claude Spicher, dipl. Ergotherapeut, zert. Handtherapeut SGHR,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Freiburg.

Ort : Somatosensorisches Rehasentrum, Freiburg, Schweiz, Europa

www.neuropain.ch/de/weiterbildung/kalender

4-8 March 2013	2013 IFSHT Triennial Congress 12th Triennial Congress of the IFSSH International Federation of Societies for Surgery of the Hand New Delhi, India http://www.ifssh-ifsht2013.com
Place	New Delhi, India
Info	http://www.ifssh-ifsht2013.com
18–19 avril 2013	Certificat en rééducation sensitive de la douleur : Module 1 Troubles de base I & II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiplésies. Université de Montréal, Canada http://www.readap.umontreal.ca/ Claude SPICHER, BSc erg, rééducateur de la main certifié SSRM Collaborateur scientifique universitaire Ces formations peuvent être comptabilisées pour : Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur 6 ^{ème} promo
Lieu	Université de Montréal, Canada
Info	http://www.readap.umontreal.ca/
Formateur	Claude SPICHER, BSc erg, rééducateur de la main certifié SSRM Collaborateur scientifique universitaire Ces formations peuvent être comptabilisées pour : Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur 6 ^{ème} promo
22–23-24 avril 2013	Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 2 Complications douloureuses I, Analyse de pratique & Anatomie clinique I Université de Montréal, Canada http://www.readap.umontreal.ca/ Claude SPICHER, BSc erg, rééducateur de la main certifié SSRM Collaborateur scientifique universitaire Ces formations peuvent être comptabilisées pour : Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur 6 ^{ème} promo
Lieu	Université de Montréal, Canada
Info	http://www.readap.umontreal.ca/
Formateur	Claude SPICHER, BSc erg, rééducateur de la main certifié SSRM Collaborateur scientifique universitaire Ces formations peuvent être comptabilisées pour : Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur 6 ^{ème} promo
15-17 mai 2013	Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 2 Complications douloureuses I, Analyse de pratique & Anatomie clinique I 5^{ème} promo CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr
23-26 May 2013	4th International Congress on Neuropathic Pain Toronto, Canada http://www2.kenes.com/neuropathic/
Place	Toronto, Canada
Info	http://www2.kenes.com/neuropathic/
23-26 October 2013	EFIC[®] - 8th "Pain in Europe" Congress Firenze, Italia efic2013@kenes.com / www.kenes.com/efic
Place	Firenze, Italia
Info	efic2013@kenes.com / www.kenes.com/efic

14-15 novembre 2013	47^{ème} Congrès annuel SSCM / 15^{ème} Congrès suisse SSRM Palais des Congrès
Place	Bienne, Suisse
Info	www.sgh-sghr-kongresse.ch

20–22 novembre 2013	Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 3 Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II & Complications douloureuses II 5^{ème} promo
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Europe
Info	www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr





6-7 février 2014	Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 1 Troubles de base I & II 8^{ème} promo Avec Isabelle Quintal de Montréal, BSc erg., RS certifiée CREA-HELB
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

14-16 mai 2014	Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 2 Complications douloureuses I, Analyse de pratique & Anatomie clinique I 8^{ème} promo
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
Info	www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

8–10 octobre 2014	Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 3 Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II & Complications douloureuses II 8^{ème} promo
Lieu	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Europe
Info	www.crea-helb.be / crea@helb-prigogine.be www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

Formation en rééducation sensitive de la douleur Module 2 – St-Hyacinthe 2011

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes   

Marylène DUFORT¹⁶

Un thérapeute hors de l'ordinaire

Un homme grand, mince, vêtu d'orange

Une posture qui parle, repliée

Des gestes d'envergure

Un homme qui s'arrête, observe, regarde

Cherche, ressent, vit, écoute

Un homme qui partage une souffrance

Trop souvent chassée, oubliée

Souffrance d'un être, désarroi, vide, questionnement sans réponse

Un homme réfléchi, profond de son être et de ses idées

Qui m'interpelle, m'amène à foncer, à écouter l'autre

Un thérapeute, qui a su me toucher dans ma vie professionnelle, me faire réfléchir.

Une thérapie, qui dépasse la notion, les faits

Une thérapie, qui touche un être blessé, meurtri, mal senti

Une thérapie espoir, espoir de voir autre chose que le vide, le mal, la douleur

Douleur physique, douleur de l'âme, douleur de l'être, douleur vécue, douleur Vraie

Douleur envahissante, qui prend, qui accapare, qui ronge la personne et sa vie

Un cours qui te change, qui te fait voir l'autre dans une autre dimension

Une formation qui te touche dans ce que tu es, dans ce que tu donnes à l'autre

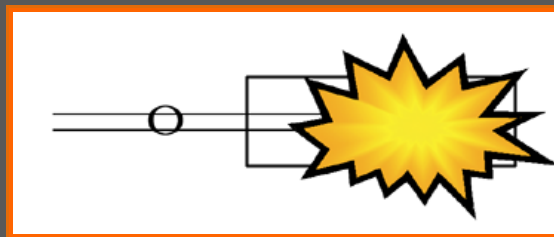
Une semaine, qui te marque et qui te rappelle pourquoi, un jour, tu as décidé d'aider l'autre

De l'accepter et de cheminer avec lui, le temps d'une thérapie.

¹⁶ BSc erg, 431, Adolphe Chapleau ; J6Z 1H9 Bois-des-Filion (Qc), Canada
e-mail : dufortmarylene@yahoo.ca

**Ihr NEUES Website:
Somatosensorisches Reha-Netz**

www.neuropain.ch



**Methode
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Weiterbildung
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Forschung
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Zentrum
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

www.neuropain.ch

ARTICLE**Quand le toucher se fait douleur**

Cet article a été publié dans La Liberté du 16 mars 2010 (page 46)

Nous le rééditons avec la gracieuse permission de J. AMMANN et de La Liberté

Aux médecins 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux patients 

Aux thérapeutes 

Jean AMMANN¹⁷

Le thérapeute Claude Spicher évoque son rôle d'intermédiaire entre la peau, « le plus grand organe du corps humain », et le cerveau.

Dans sa pratique, Claude Spicher voit passer des cas étranges : une patiente qui, en plein hiver, arrive les épaules nues; un homme qui ne supporte plus le contact de sa chemise sur son dos ou bien encore, une fille qui depuis trois ans ne pose plus le pied par terre... Et à chaque fois, il sert d'intermédiaire entre la peau, «le plus grand organe du corps humain », et le cerveau. Demain, dans le cadre de la Semaine internationale du cerveau 2010, Claude Spicher viendra parler de cette liaison complexe qui relie le cerveau à la peau : « Réveillez votre peau pour endormir vos douleurs neurogènes ! », tel est le titre de sa conférence. Ergothérapeute de formation, collaborateur scientifique de l'Université de Fribourg, Claude Spicher, qui est né en 1963, a fondé en 2004 le Centre de rééducation sensitive du corps humain, à la Clinique générale Générale de Fribourg. Il est l'un des rares spécialistes de la rééducation sensitive, ou comment endormir la méfiance du système nerveux.

Un court-circuit

Il voit arriver des gens emmurés dans leur douleur : « Quand elle est très forte, la douleur cause des troubles du comportement, explique Claude Spicher. Un jour, j'ai reçu dans mon cabinet un patient qui souffrait d'un membre inférieur, il présentait un Sudeck: un gonflement du pied, avec une sensation de cuisson. Il se préparait à sa 27^{ème} opération. J'ai commencé à le traiter et il m'a fallu six semaines pour entendre le son de sa voix. »

Ce qu'il y a de surprenant dans ces douleurs insondables, c'est la disproportion entre la cause et la réaction de l'organisme. Parfois, c'est un pied coincé dans une porte, parfois, c'est une banale entorse, et cet incident dégénère en maladie de Sudeck (ou algodystrophie), ou bien la personne reste des années sans poser le pied par terre... «On peut trouver une explication purement physiologique à ces douleurs exacerbées: le nerf qui a été lésé par ce traumatisme 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.

¹⁷ Journaliste et chroniqueur au quotidien "La Liberté", Fribourg (Suisse). www.laliberte.ch

Le cerveau confond tout

Au sommet du système nerveux, il arrive aussi que le cerveau s'emballe: c'est la tempête sous un crâne. « Quand on regarde par imagerie médicale le cerveau d'une personne qui souffre, on voit très bien les aires qui sont actives. Or, certaines aires actives ne correspondent à aucune partie blessée du corps : c'est comme si le cerveau s'emballait et si les récepteurs de la douleur s'excitaient sans facteur déclenchant. » Dans ces phénomènes d'hypersensibilité, le cerveau confond tout: il ne différencie plus l'agréable du désagréable, le bienfaisant du douloureux... «Il est en stand-by permanent», dit Claude Spicher. C'est là qu'intervient la rééducation sensitive, la spécialité du thérapeute fribourgeois: «Nous allons réapprendre au patient ce qu'est un toucher agréable. Nous allons lui réapprendre à différencier les zones douloureuses de celles qui ne le sont pas. Nous allons lui réapprendre à interpréter à leur juste mesure les messages envoyés par la peau. »

« Malgré vingt ans de lutte »

Le spécialiste travaille avec des outils aussi surprenants qu'une peau de lapin. Au début du traitement, la caresse de cette fourrure passe pour une agression. Au fil des semaines, la douceur se démasque. Une patiente a raconté son expérience (J. I., 2008): « Alors que la souffrance semblait prendre définitivement ses quartiers, malgré 20 ans de lutte acharnée, ce fut la peau d'un autre qui me sauva, celle d'un lapin ! » Le traitement est soutenu : de 4 à 8 séances par jour que le patient reproduit souvent à domicile. Il peut être long : « La réadaptation fut longue, raconte cette femme: plus d'un an d'exercices quotidiens et assidus. Les douleurs ne sont actuellement pas encore entièrement éliminées (...), mais j'ai réussi à émerger de mes plus grandes souffrances. »

Une solution diplomatique

La douleur régresse parce que le cerveau a appris à contourner l'obstacle: c'est un exemple de cette formidable plasticité cérébrale. «Quand on regarde le fonctionnement du cerveau par imagerie médicale, on s'aperçoit qu'il y a comme des aberrations: chez le patient, c'est la main gauche qui travaille, mais dans le cerveau, ce n'est pas la zone correspondante qui s'allume.» Claude Spicher rapproche ce phénomène de l'apprentissage du braille chez des enfants aveugles de naissance : « En 1996, un chercheur japonais, Sadato, a montré que lorsque des aveugles apprennent à lire en braille, ce sont les neurones de l'aire visuelle qui s'activent ! Alors que si quelqu'un devient aveugle plus tard, quand il sait déjà lire, ce sont les neurones du toucher qui travaillent à l'apprentissage du braille. Notre cerveau a développé une stratégie de substitution. »

« C'est l'histoire d'une cohabitation forcée, d'un rapport de force entre ma peau et moi », a écrit un patient (A. N., 2011). Toute l'astuce des thérapeutes consiste à trouver une issue diplomatique à cette «cohabitation forcée» entre une peau et un cerveau.

J. I. (2008). Témoignage N° 13 d'une patiente: "Ma peau de chagrin". *e-News Somatosens Rehab*, 5(2), 55 (une page).

<http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-521.pdf#page=9>

A. N. (2011). Témoignage N° 33 d'un patient: "Je vis une sorte de cohabitation avec un « être » bizarre, pas bienvenu chez moi". *e-News Somatosens Rehab*, 8(2), 96-98.


http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-8_2.pdf#page=41


REVUE DE LA LITTERATURE

Les géographes des nerfs

Cet article a été publié dans La Liberté du 16 mars 2010 (page 46)

Nous le rééditons avec la gracieuse permission de J. AMMANN et de La Liberté

Aux médecins 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux patients 

Aux thérapeutes 

Jean AMMANN¹⁸

Il y a encore des terres inconnues, la *terra incognita* dont rêvent les explorateurs: c'est le corps humain. Avec Nadège Desfoux et Pierre Sprumont, Claude Spicher a entrepris une vaste opération topographique: la cartographie des nerfs cutanés humains. Les auteurs de cet ouvrage à paraître à la mi-mai aux Editions Sauramps Médical ont plongé dans 94 atlas d'anatomie. Et là, surprise! Le corps humain varie selon les éditions! «Nous nous sommes rendu compte que les connaissances restaient vagues», déclare Claude Spicher. En s'appuyant sur ses propres expériences cliniques et en recoupant les données des différents atlas anatomiques, l'équipe fribourgeoise a décrit les 240 branches des nerfs cutanés. Cet atlas est conçu pour faciliter la prise en charge des patients qui souffrent de troubles neurologiques. «Cet atlas nous permet de devenir les géographes de la sensibilité», dit Claude Spicher, avec un sens de la métaphore.

¹⁸ Journaliste et chroniqueur au quotidien "La Liberté", Fribourg (Suisse). www.laliberte.ch

Who are you?

**You are 37'336 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world
on the 5 continents, in 138 countries
who are receiving the *e-News for Somatosensory Rehabilitation*.**

Albania, Algeria, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaijan, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belarus, Belgium, Bermuda, Bosnia & Herzegovina, Botswana, Brazil, Brunei, Bulgaria, Cambodia, Cameroon, Canada, Cayman Islands, Chile, Colombia, Costa Rica, Cote d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Democratic Republic of Congo, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, Estonia, Ethiopia, Finland, France, Gabon, Georgia, Germany, Ghana, Greece, Guatemala, Hong Kong, Haïti, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Iraq, Iran, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Kosovo, Kuwait, Kyrgyzstan, Latvia, Lebanon, Libya, Lithuania, Luxemburg, Macau, Madagascar, Malawi, Malaysia, Mali, Malta, Mauritania, Mauritius, Mexico, Moldova, Mongolia, Montenegro, Morocco, Mozambique, Namibia, Nepal, Netherlands, New Caledonia, New Zealand, Niger, Nigeria, Northern Ireland, Norway, Pakistan, Paraguay, Palestine, Panama, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Republic of Fiji, Republic of the Union of Myanmar, Romania, Russian Federation, Rwanda, Saudi Arabia, Seychelles Islands, Senegal, Serbia, Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, South Korea, Spain, Sri Lanka, Sudan, Sultanate of Oman, Sweden, Switzerland, Taiwan, Tanzania, Thailand, Togo, Trinidad, Tunisia, Turkey, Uganda, Ukraine, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Zambia, Zimbabwe.

IMPRESSUM

International Standard Serial Number (ISSN): 1664-445X

Editor-in-chief: Claude J SPICHER, University scientific collaborator, Swiss certified HT.

Temporary co-editor: Tara L. PACKHAM, OT Reg. (Ont.), MSc, PhD student.

Co-editor (on maternity leave): Fanny HORISBERGER, OT, ST certified CREA-HELB

Assistant editor: Marion VITTAZ, OT, ST certified CREA-HELB, member of the Somatosensory Rehabilitation Network Board www.neuropain.ch

International assistant editors:

Julie MASSE, MSc, BSc OT (Québec)

Rebekah DELLA CASA, OT, ST certified CREA-HELB (Switzerland)

Elinor BEHAR, OT, ST certified CREA-HELB (Belgium, Israel)

Catherine COUVREUR, OT, ST certified CREA-HELB (Belgium)

Séverine GLANOWSKI, OT, ST certified CREA-HELB (France)

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Rosario BALADRON, pht, French certified HT (Spain, France)

Ivano DONES, MD (Italy)

Guillaume LEONARD, PhD, pht (Québec)

Honorary members:

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

Published: 4 times per year since 2004

Deadline: 10th of January, 10th of April, 10th of July, 10th of October

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation Network, Switzerland, Europe.

Languages: *Français, English, Deutsch, Español, Portugues, Русский, Italiano, Lingala, Shqipe, Srpski i Hrvatski, Corse, Český, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands, עברית*

e-News's Library: <http://www.neuropain.ch>

e-mail : info@neuropain.ch