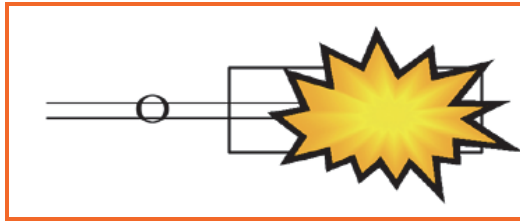


Powered by:



Claude J SPICHER  
Editor-in-Chief

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)



## e-News for Somatosensory Rehabilitation

The official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

- 104 Spicher, C.J. **Editorial:** Where debates can occur or the 10<sup>th</sup> Tome [English, Français, Deutsch, العربية, Portugues, Türkçe, Italiano, עברית, Nederlands, Русский]
- 117 Bernat & Marquis. Notre découverte de la méthode de rééducation sensitive de la douleur [Français]
- 119 Létourneau, Behar & Vittaz. **Fait clinique original :** Traiter la douleur neuropathique suite à une décompression chirurgicale du nerf médian, par la méthode de rééducation sensitive de la douleur [Français]
- 127 Voisart, A. **Ombre & Pénombre :** « Broyez du noir pour en extraire toutes sortes de gris » [Français]
- 128 Spicher, Mayet & Della Casa. **Images in somatosensory Rehabilitation Nb 9** [English]
- 129 A. A. **Témoignage N° 45 d'une patiente:** « Vivre avec mes douleurs neuropathiques » [Français]
- 131 Otten, P. **Lu pour vous :** Il existe une certaine beauté dans la douleur [Français]
- 136 Rouzaud, J.C. Propos sur la rééducation de la sensibilité et de la douleur [Français]
- 138 **Aphorisme saisonnier :** אני לי מי לי וכשאני לעצמי מה אני [עברית, English, Portugues, Deutsch]
- 139 Packham, T. **Case Report:** Dealing with Sensitive Issue: Somatosensory Rehabilitation Reduces Allodynia [English]
- 144 Spicher & Létourneau. **Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics** [English]
- 145 Clément-Favre, S. **Somatosensorische SchmerztherapeutInnen in der Welt** [Deutsch]
- 146 Spicher *et al.* **Continuous Education – Formation continue** [Français, English]
- 153 Meier, Horisberger, Buchet, Vittaz & Spicher. **Who are you ?** [English]

**EDITORIAL****Where debates can occur or the 10<sup>th</sup> Tome**

To MD   
To patient 

To neuroscientist   
To therapist 

**Claude J. SPICHER<sup>1</sup> translated by Fanny Horisberger, Renée Hamilton, Tara Packham, Rebekah Della Casa & C.J. Spicher**

When I wrote the first leading issue of this e-news :

« I wish that these e-News for Somatosensory Rehabilitation will constitute a network of rehabilitation, of teaching, but also of research for all the people who are interested in somatosensory rehabilitation. »  
(Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1),

I really did not think that 10 volumes later we would have:

- 37,000 readers on 5 continents: this is 100 times more than initially ;
- articles published in 18 languages by authors of note ;
- an Editorial Board made up of a dozen professionals ;
- more than 700 professionals trained or in training towards certification.

I never expected that the founding of a Somatosensory Rehabilitation of the Pain Network ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), with four departments (Method, Education, Research and Rehabilitation) and an official e-journal (whose columns you are now reading) could happen so fast.

Beyond these numbers, I believe that the most important aspect is the establishment of a platform where debates can occur, where opinion can converge and diverge. We are far from the uniform mindset that goes with the consensus-driven environment typically found in scientific communities. In bioethics (Sève, 1994), it is more important to seek the largest common denominator than the tiniest common divisor. By constantly focusing only on the area of agreement, a consensus gradually forms until it is attained. On the contrary, the largest common denominator, like this e-news, tries to include the various languages of neurosciences, medicine, rehabilitation and especially of the people. Admittedly, there are some rules we chose not to follow. However, we do offer a wellspring of ideas, and from inclusion have found agreement and growth.





In an unprecedented collaboration, we will offer a translation of this, the 37<sup>th</sup> editorial, in 10 languages to highlight this anniversary.





Enjoy your reading

---

<sup>1</sup> Editor-in-chief of the *e-News Somatosen Rehab* since 2004.

**EDITORIAL****Lorsque les écrits s'entrechoquent ou *the 10<sup>th</sup> Tome***

Aux médecins    
Aux patients  

Aux scientifiques en neurosciences    
Aux thérapeutes  

**Claude J. SPICHER<sup>2</sup>**

Lorsque dans le premier éditorial de ce *e-journal*, j'écrivais :

« Je souhaite que ces *e-News for Somatosensory Rehabilitation* puissent constituer un réseau de réhabilitation, d'enseignement, mais aussi de recherche pour toutes les personnes qui s'intéressent à la rééducation sensitive. » (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1),

je ne pensais vraiment pas que 10 tomes plus tard nous aurions :

- 37'000 lecteurs sur les 5 continents, soit 100 fois plus qu'initialement ;
- des articles publiés dans 18 langues par des auteurs d'exception ;
- un *Editorial Board* composé d'une douzaine de professionnels ;
- plus de 700 professionnels formés ou en formation vers une certification.

Je n'osais espérer que la constitution d'un Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), avec quatre départements (Méthode, Formation, Recherche et Rééducation) et avec un *e-journal* officiel (les colonnes que vous avez sous les yeux) soit aussi rapide.

Au-delà de ces résultats chiffrés, le plus important à mes yeux est la constitution d'une plateforme où les écrits s'entrechoquent, où les points de vue à la fois convergent et divergent. Nous sommes bien loin de la pensée unique et de l'appauvrissement de la pensée consensuelle des sociétés savantes. Il ne faut pas perdre de vue qu'en bioéthique (Sève, 1994), il y a lieu de chercher le plus grand dénominateur commun et non le plus petit commun diviseur. A force de trouver un interface commun, un terrain d'entente, le consensus, qui fait office de vérité, se réduit finalement à une peau de chagrin, pour ne pas dire à un presque rien. A l'inverse, le plus grand dénominateur commun, à l'image de ce *e-journal*, tente de traduire les différents langages tout à la fois des neurosciences, de la médecine, de la réhabilitation et surtout des citoyens de la terre. Certes, nous dérogeons à la règle mais nous offrons un jaillissement d'idées, une pluralité qui manifestement plait et de surcroît, fructifie.

Une fois n'est pas coutume, nous vous offrons une traduction de cet éditorial pour marquer cet anniversaire et ce 37<sup>ème</sup> numéro.

Bonne lecture, à toutes et à tous.

---

<sup>2</sup> Rédacteur en chef du *e-News Somatosens Rehab* depuis sa création en 2004.

# e-News for Somatosensory Rehabilitation

The official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation Network

## The 10<sup>th</sup> Tome

Such an open-access e-journal needs a lot of help.





Thank you very much indeed to everybody

BALTIMORE	
	BELLINZONA
BRUXELLES	
	CURUTIBA
ERLANGEN	
	FREIBURG (CH)
GLION	
	HAMILTON
ISTANBUL	
	JERUSALEM
LAUSANNE	
	LONDON (Ont.)
LONDON (UK)	
	MALMÖ
MILANO	
	MONTREAL
MORGES	
	PARIS
ROTTERDAM	
	SHERBROOKE
TEL-AVIV	
	TORONTO

## EDITORIAL

### Wenn Schriften aufeinandertreffen oder *the 10<sup>th</sup> Tome*

Für Ärzte    
 Für Patienten  

Für Neurowissenschaftler    
 Für Therapeuten  

## Claude J. SPICHER<sup>3</sup>, von Frau Rosmarie Baechler übersetzt

Als ich in diesem ersten Editorial dieses *e-journal* schrieb:

«Ich wünsche mir, dass diese *e-News for Somatosensory Rehabilitation* ein Netzwerk der Rehabilitation, der Lehre aber auch der Forschung für alle, die sich für die somatosensorische Rehabilitation interessieren, darstellen soll.» (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation 1*(1) p. 1),

Ich dachte nicht, dass wir nach 10 Bänden:

- 37'000 Leser aus 5 Kontinenten, 10 mal mehr als anfänglich ;
- Von ausserordentlichen Autoren publizierte Artikel in 18 Sprachen ;
- Ein *Editorial Board* aus einem Dutzend Fachleuten bestehend ;
- Über 700 ausgebildete oder sich in Ausbildung befindenden Fachleuten haben.

Ich wagte nicht zu hoffen, dass die Bildung eines Netzwerkes der somatosensorischen Rehabilitation ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), mit vier Departementen (Methode, Ausbildung, Forschung und Rehabilitation) und mit einem offiziellen *e-journal* (die Zeilen, die sie vor sich haben) so schnell ginge.

Abgesehen von diesen Zahlen, ist in meinen Augen die Bildung einer Plattform, wo Schriften aufeinander treffen, wo Meinungen sich decken oder unterscheiden, das wichtigste. Wir sind weit vom einheitlichen Denken und der Verarmung der unumstrittenene Denkweise der wissenden Gesellschaften entfehrt. Man darf nicht vergessen, dass in der Bioethik (Sève, 1994), die Suche nach dem gemeinsamen grössten Nenner und nicht nach dem gemeinsamen kleinsten Teiler, stattfindet. Durch das Finden einer gemeinsamen Schnittstelle, eines Ortes des Verständnisses, verkleinert sich der Konsens, der der Wahrheit dient, auf ein Minimum um nicht zu sagen auf fast nichts. Im Gegenteil, der grösste gemeinsame Nenner, im Sinne dieses e-journals, versucht die verschiedenen Sprachen der Neurowissenschaften, der Medizin, der Rehabilitation und vor allem der Weltbevölkerung, zu übersetzen. Es ist klar, dass wir damit nicht der Regel folgen, aber wir bieten ein Hervorquellen von Ideen, eine Pluralität, die offensichtlich gefällt und über dies Früchte trägt.

Wir bieten ihnen eine Übersetzung dieses Editorials, um dieses Jubiläum und diese 37. Ausgabe zu unterstreichen.

Ich wünsche allen eine gute Lektüre.

---

<sup>3</sup> Chefredaktor der *e-News Somatosens Rehab* seit seiner Gründung im Jahre 2004.

**EDITORIAL****Onde debates podem ocorrer ou o 10º Volume**

Para médicos



Para neurocientistas



Para pacientes



Para terapeutas

**Claude J. SPICHER<sup>4</sup> translated by Marisa Pina**

Quando escrevi na primeira edição desta *e-news* :

« Eu espero que as *e-News* para Reeducação Sensitiva constituam uma rede de reeducação, de ensino, e também de investigação para todas as pessoas que têm um interesse em reeducação sensitiva.» (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1),

Eu nunca imaginei que 10 volumes mais tarde, chegaríamos a:

- 37,000 Leitores em 5 continentes; que é 100 vezes mais que o valor inicial ;
- Artigos publicados em 18 línguas por autores de referência ;
- Um Quadro Editorial formado por uma dúzia de profissionais ;
- Mais de 700 profissionais formados, ou em formação para obter certificação.

Eu nunca esperei que a fundação da Reeducação Sensitiva da Dor ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), com quatro departamentos (Método, Educação, Investigação e Reeducação) e uma *e-news* oficial (cujas colunas se encontram agora a ler) pudesse acontecer tão rápido.

Para além destes números, eu penso que o aspecto mais importante é o estabelecimento de uma plataforma onde o debate de ideias pode ocorrer, onde as opiniões podem convergir e divergir. Estamos ainda longe da mentalidade uniforme, que se encontra num ambiente orientado por consenso encontrado frequentemente em sociedades científicas. Em bioética (Sève, 1994), é importante encontrar o maior denominador comum, e não o menor divisor comum. Focando-se apenas na área de comum acordo, um consenso é gradualmente formado, até ser atingindo. Pelo contrário, o maior denominador comum, como por exemplo estas *e-news*, tenta incluir os vários domínios da neurociência, da medicina, da reabilitação e, especialmente, as pessoas.

Confessadamente, escolhemos não seguir algumas normas. Contudo, oferecemos uma fonte de ideias, e a partir da inclusão destas encontramos comum acordo e crescimento.





Numa colaboração sem precedentes, oferecemos a tradução do 37º editorial em 10 línguas para sublinhar este aniversário.





Espero que disfrutem da leitura.

---

<sup>4</sup> Chefe de redacção de *e-News Somatosens Rehab* desde 2004.

## Başyazı Yazılar çarpıştığında veya 10. Cilt

Doktorlara    
Hastalara  

Sinir sistemi bilimcilerine    
Terapistlere  

### Claude J. SPICHER translated by Nur Kesiktas<sup>5</sup>

Bu derginin ilk başyazısında şöyle yazmışım:

« Umarım somatosensoryel rehabilitasyon dergisi rehabilitasyon açısından bir eğitim ağı teşkil edebilir, ancak aynı zamanda sensitive rehabilitasyon ile ilgilenen herkes için araştırma ağı da oluşturur. » (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1),

10 sayı sonra ulaştıklarımız noktayı hiç düşünmemişim;

- 5 farklı kıtada 37000 uuyucu, başlangıca göre 100 kat fazla;
- yazarların farklılıklarına göre 18 dilde yayınlanma;
- düzinelerce profesyonelden oluşan yayın kurulu
- 700'den fazla eğitilmiş veya eğitim aşamasında profesyonel çalışan

Dört departmanı (metod, eğitim, araştırma ve rehabilitasyon) ve resmi dergileriyle Somatosensoryel rehabilitasyonda bir ağı ağı ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)) bu kadar çabuk oluşturabilmeyi asla beklemiyordum.

Tüm bunların ötesinde en önemli noktanın birbirine yakın veya aykırı düşüncelerin tartışılabilirdiği bir platform ortaya çıkarabilmiş olmak olduğuna inanıyorum. Bilimsel komitelerde tipik olan tek kişinin kafa yapısının çevrece onaylandığı sistemden uzağız. Biyoetiklerde (Sève, 1994), en küçük ortak bölendense ortak paydada buluşmak daha önemlidir. Yavaş yavaş bir fikir birliği oluşuncaya kadar devamlı olarak uzlaşmaya odaklanılır. Ortak paylarda olduğu gibi bu dergide de, nöro bilim, tıp, rehabilitasyon ve özellikle insanlar için değişik dillerde sunulmaya çalışılmaktadır. Takip etmemeyi tercih ettiğimiz bazı kurallar olmakla birlikte memnun edici ve cevaplar sağlayıcı birçok fikri tercih ederiz.

37. sayımızda bu başyazının istisnai bir çevirisini sunuyoruz.

Keyifle okumanız dileğiyle.

<sup>5</sup> MD, PhD Avrupa Konutları 8. blok 27- Kucukcekmece Istanbul, Turkey  
e-mail : [nur.kesiktas@gmail.com](mailto:nur.kesiktas@gmail.com)

## EDITORIALE

### Quando gli scritti si scontrano o il 10° Volume

Ai medici



Agli scienziati in neuroscienze



Ai pazienti



Ai terapisti



### Claude J. SPICHER<sup>6</sup>

Quando nel primo editoriale di questo *e-news* scrivevo :

« Desidero che questi *e-News for Somatosensory Rehabilitation* possano formare una rete di riabilitazione, di insegnamento, ma anche di ricerca per tutte le persone interessate alla rieducazione sensoriale. »  
(Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1),

non avrei mai pensato che 10 volumi più tardi avremmo avuto :

- 37'000 lettori in 5 diversi continenti, ovvero 100 volte in più rispetto all'inizio ;
- articoli pubblicati in 18 lingue da autori d'eccezione ;
- un *Editorial Board* composto da una dozzina di professionisti ;
- più di 700 professionisti formati o in formazione per l'ottenimento di una certificazione.

Non mi sarei mai aspettato che la costituzione di una Rete di Rieducazione Sensoriale del Dolore ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), con quattro dipartimenti (Metodo, Formazione, Ricerca e Rieducazione) e con un' *e-news* ufficiale (le colonne che avete sotto gli occhi) sarebbe stata così rapida.

Al di là di queste cifre, la cosa più importante ai miei occhi è la costituzione di una piattaforma dove avviene lo scontro tra gli scritti, dove i punti di vista convergono o divergono. Siamo molto lontani dal pensiero unico e dall'impovertimento del pensiero consensuale tipico della comunità scientifica. Non bisogna dimenticare che in bioetica (Sève, 1994) è più importante cercare il più grande denominatore comune piuttosto che il minimo comune divisore. A forza di trovare un comune accordo, un terreno d'intesa, il consenso che faccia stato di verità, si rischia di ridurre il tutto a poco o niente. Al contrario, il più grande denominatore comune, all'immagine di questo *e-news*, tenta di tradurre i diversi linguaggi delle neuroscienze, della medicina, della riabilitazione e soprattutto degli abitanti della terra. Tuttavia, trasgredendo le regole, noi offriamo una moltitudine di idee, una varietà che sembra piacere ed espandersi.

Eccezionalmente vi offriamo una traduzione di questo editoriale in 10 lingue per festeggiare in grande stile questo anniversario e questo 37° numero.

Buona lettura.

---





<sup>6</sup> Capo-redattore di *e-News Somatosens Rehab* dal 2004.



## מאמר מערכת

## כאשר הכתובים מתנגשים או הכרך העשירי

To MD    
 To patient  

To neuroscientist    
 To therapist  

## Claude J. SPICHER<sup>7</sup> translated by Elinor Behar

כאשר רשמתי במאמר הראשון של עיתון מקוון זה:  
 "הלוואי שעיתון מקוון זה בנושא שיקום תחושת יווה רשת שיקומית, הינוכית, אך גם מחקרית  
 לכל האנשים המתעניינים בשיקום תחושת" (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 1(1) p. 1)

לא חשבתי לרגע שלאחר עשרה פרסומים נגיע ל:

- 37,000 קוראים ב-5 יבשות שונות. פי-100 מבתחילה,
- מאמרים שפורסמו ב-18 שפות שונות,
- מערכת המורכבת מכ-12 מומחים,
- יותר מ-700 מקצוענים בוגרי שיטת השיקום התחושת או מקצוענים בתהליך הכשרה.

מעולם לא ציפיתי שהקמת רשת בנושא שיקום תחושת בטיפול בכאב ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), המכיל 4 מחלקות (שיטה, חינוך, מחקר ושיקום) והקמת עיתון מקוון רשמי (שורות אלו המונחות מלפניכם) היו יכולים להתגשם במהירות כזאת.

מעבר לנתונים אלו, החשוב ביותר מבחינתי, הינה הרכבת פלטפורמה זו שבה הכתבות מתנגשות והדעות נפגשות ומתפצלות. אנחנו רחוקים מדעה יחידה ומדפוס חשיבה המוסכמת על החברה המשכילה. אל נשכח שבביו-אתיקה (Sève, 1994), נהוג לחפש את המכנה המשותף הגדול ביותר, ולא המחלק המשותף הקטן ביותר. מרוב חיפוש אחר האמת ודעה אחידה מוסכמת, הקונצנזוס מצטמצם לכמעט כלום. נהפוך הוא, המכנה המשותף הגדול ביותר, בדמותו של עיתון אינטרנטי זה, מנסה לתרגם את השפות השונות של מדעי המוח, הרפואה, השיקום, ובמיוחד של בני האדם. לכל הדעות, אנו גורעים מהכללים, אך מנגד אנו מציעים פרץ רעיונות, ריבוי דעות שבאופן ברור מוצא חן ולכן גורם לצמיחה.

באופן חד פעמי, אנו מציעים תרגום מאמר זה ב-12 שפות שונות לציון יום השנה (כרך מספר 37).

קריאה מהנה לכולם.

<sup>7</sup> Editor-in-chief of the *e-News Somatosens Rehab* since 2004.

**EDITORIAL****Waar discussies kunnen worden gevoerd of de 10<sup>de</sup> Editie**

Aan artsen



Aan neurowetenschappers



Aan patiënten



Aan therapeuten

**Claude J. SPICHER<sup>8</sup> vertaald door Karin Boer-Vreeke**

In de eerste e.news schreef ik :

«Ik hoop dat deze e-News for somatosensory Revalidatie zal leiden tot een revalidatienetwerk, voor onderwijs maar ook voor onderzoek voor alle personen die geïnteresseerd zijn in somatosensorische revalidatie. » (Spicher, *e-News for Somatosensory Rehabilitation 1*(1), p. 1),

Ik had nooit gedacht we dat 10 edities later het volgende zouden hebben bereikt :

- 37.000 lezers op 5 verschillende continenten, 100 maal meer dan bij de start ;
- Artikelen gepubliceerd in 18 talen door vooraanstaande auteurs ;
- een Editorial Board bestaande uit een dozijn professionals ;
- meer dan 700 professionals getraind of in training voor het behalen van een certificaat.

Ik had nooit verwacht dat het oprichten van het Somatosensory Rehabilitation of the Pain Network ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), met vier afdelingen (Methoden, Opleiding, Onderzoek en Revalidatie) en de officiële e-news (de tekst heeft u nu onder ogen) zo snel zou plaatsvinden.

Naast deze getallen, geloof ik dat het meest belangrijke aspect, het oprichten van een platform is geweest, waar discussies kunnen worden gevoerd, en waar meningen kunnen samenkomen en uiteen gaan. We zijn nog ver verwijderd van consensus die men verwacht in wetenschappelijke gezelschappen. Maar, in de bioethica (Sève, 1994) is het belangrijker een gezamenlijke noemer te vinden dan de kleinste deelbare eenheid. Door te blijven focussen op gebieden van overeenstemming, wordt deze consensus geleidelijk gevormd en steeds meer geaccepteerd. Juist met een gemeenschappelijke noemer, zoals deze e-news, wordt geprobeerd de verschillende talen binnen de neurowetenschappen, geneeskunde, revalidatie en in het bijzonder van mensen steeds meer samen te laten komen. Toegegeven, er zijn enkele regels die we bewust niet volgen. Echter, we bieden wel een veelvoud aan ideeën die al door velen worden gewaardeerd en tot resultaten leiden en waar ieder uit kan halen wat bruikbaar is. Bij uitzondering bieden we u een vertaling van deze introductie, ter ere van deze 37<sup>ste</sup> uitgave.

Veel leesplezier.

---

<sup>8</sup> Editor-in-chief of the *e-News Somatosens Rehab* since 2004.

## Редакционная статья Столкновение взглядов или том 10-ый

Для врачей



Для неврологов



Для пациентов



Для терапевтов



### Claude J. SPICHER<sup>9</sup>

Когда в одной из первых редакционных статей данного электронного издания, я писал :

« Я хочу, чтобы эти *электронные новости о Соматосенсорной реабилитации* в будущем могли представлять собой центр реабилитации, обучения, а также исследования для всех людей, заинтересованных в сенсорной реабилитации. » (Spicher, *электронные новости Соматосенсорной Реабилитации 1(1)* стр.1),

Я действительно не предполагал, что через 10 томов у нас будет :

- 37'000 читателей на 5 различных континентов, что в 100 раз больше, чем первоначально ;
- множество статей исключительных авторов, опубликованных на 18 языках ;
- Редколлегия, состоящая из дюжины специалистов ;
- более 700 специалистов, прошедших или готовящихся к сертификации.

Я и не предполагал, что развитие Сети Соматосенсорного Восстановительного Лечения при болевых ощущениях ([www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)), которая состоит из четырёх отделов - Методологии, Обучения, Научных исследований и Реабилитации, а также официального сайта электронных новостей (информационные колонки), может произойти так быстро.

Помимо выше перечисленного, я считаю, что наиболее значимым является само создание платформы для обсуждения идей и мнений, которые могут сходить и расходиться. Мы далеки от общего или консенсусного мышления научных сообществ. Нельзя забывать о том, что в биоэтике (Sève, 1994) наиболее важным считается стремиться к общему знаменателю, а не к наименьшему общему делителю. Поиск единого интерфейса и общего языка приводит к тому, что консенсус, заменяющий собой истину, превращается в « шагреновую кожу », если не сказать, что практически исчезает. С другой стороны, наибольший общий знаменатель, как наше электронное издание, пытается отразить различные характеристики языков наук о нервной системе, медицины, реабилитации и в особенности языков людей. Безусловно, мы отходим от общепризнанных правил, но тем не менее, мы предлагаем Вашему вниманию множество идей, которые судя по всему нравятся и более того, дают приносят свои плоды.



Для того, чтобы отметить очередную годовщину журнала и выпуск 37 номера, мы рады предоставить Вам возможность прочитать редакционную статью на 10 разных языках.



Желаю Вам приятного чтения.

<sup>9</sup> Главный редактор электронных новостей Соматосенсорной реабилитации с 2004 года.

## EDITORIAL

Lorsque les écrits s'entrechoquent ou *the 10<sup>th</sup> Tome*

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

Claude J. SPICHER<sup>10</sup> traduit par Hichem Belhadj

عندما كتبت في الافتتاحية الأولى من هذه المجلة  
أمل أن هذه الأخبار الإلكترونية لتأهيل الحسية الجسدية تمكن من بناء شبكة في إختصاص إعادة التأهيل،  
والتعليم، ولكن أيضا البحث عن جميع الأشخاص المهتمين بإعادة التأهيل الحسي». "كلود سبيشار،  
في الأخبار الإلكترونية لتأهيل الحسية الجسدية 1 (1) ص 1

لم أفكر قط أنه في وقت لاحق وبعد إصدار 10 كتب سيكون لدينا  
\*سبعة وثلاثين ألف قارئ في خمس قارات، أي 100 مرة أكثر من ذي قبل؛  
\*مقالات منشورة في 18 لغة عبر مؤلفين استثنائيين؛  
\*هيئة تحرير تتألف من اثني عشر من المهنيين؛  
\*أكثر من 700 من المهنيين المدربين أو في صدد نيل شهادة التأهيل

لم أكن أجد على الأمل أن بعث شبكة التأهيل الحسي للألام مع أربعة أقسام (الطريقة و التدريب والبحوث و  
التأهيل) ، إضافة إلى مجلة إلكترونية (الأعمدة التي بين أيديكم الآن) سيكون بهذه السرعة  
أبعد من هذه النتائج الكمية، والأكثر أهمية بالنسبة لي، هو خلق منبر حيث تتصادم الكتابات و حيث تتقارب  
وتتباعد وجهات النظر في آن واحد

نحن بعيدون عن عقيدة الفكر الواحد وإضعاف التفكير التوافقي للمجتمعات المعرفية.

يجب علينا أن لا نغفل عن أن أخلاقيات علم الأحياء (سف، 1994)، فمن الضروري السعي للحصول على  
أعلى قاسم مشترك، وليس القاسم المشترك الأدنى. إن الإصرار والتعنت على إيجاد واجهة مشتركة و  
أرضية موحدة وتوافق في الآراء، الذي يلعب دور الحقيقة، يتلاشى ويتبخر الى حد كبير في نهاية  
المطاف ليصبح منعما تقريبا. في المقابل، فإن القاسم المشترك الأكبر، على غرار هذه الصحيفة  
الإلكترونية، يمثل محاولة لترجمة لغات مختلفة في آن واحد : لغة علم الأعصاب، والطب، وإعادة  
التأهيل وخاصة لغة «مواطني الأرض». قد نخالف العادة والأعراف و لكن نحن نقدم وإبلا من  
الأفكار، قد يرضي صراحة، لكن بالأخص وعلاوة على ذلك، فإنه ينمو



في مبادرة خاصة، نقدم ترجمة لهذا التحرير للاحتفال بالذكرى السنوية عدد 37

قراءة سعيدة

<sup>10</sup> Rédacteur en chef du e-News Somatosens Rehab depuis sa création en 2004.

## EDITORIAL BOARD

To MD   
To patient 

To neuroscientist   
To therapist 

### Editor-in-chief

Claude J SPICHER, University scientific collaborator, Swiss Certified HT, OT.

### Co-editor

Fanny HORISBERGER, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain

### Assistant editors

Marion VITTAZ, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain

Julie MAYET, OT

### International assistant editors

Rebekah DELLA CASA, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Switzerland)

Elinor BEHAR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Belgium, Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (France)

Catherine COUVREUR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Belgium)

Tara L PACKHAM, MSc, OT Reg. (Ontario, Canada)

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

Guillaume LEONARD, PhD, MSc, pht (Québec, Canada)

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Ivano DONES, MD (Italy)

### Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

Prof R MELZACK, OC, OQ, FRSC, PhD (Québec, Canada)

**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

## Notre découverte de la méthode de rééducation sensitive de la douleur

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

**BERNAT, D. (BSc erg.)<sup>11</sup> & MARQUIS, M. (BSc erg.)<sup>12</sup>**

En tant qu'ergothérapeutes travaillant auprès d'une clientèle en réadaptation externe, nous avons à l'occasion des clients qui présentent des paresthésies avec hypersensibilité cutanée. Nous utilisons la désensibilisation avec de pauvres résultats et nous devons alors référer en physiothérapie<sup>13</sup>.

Lors d'une formation sur les grands brûlés, nous avons entendu parler pour la première fois de la méthode de rééducation sensitive de la douleur et d'allodynie mécanique qui cache paradoxalement une hypoesthésie... Devant l'enthousiasme de la présentatrice, Valérie Calva<sup>14</sup>, et des résultats positifs évoqués, notre curiosité fut piquée à vif. Nous avons suivi la formation offerte au Québec et avons eu l'occasion d'appliquer cette méthode avec quelques clients.

Malgré l'impression de confusion lors de nos premiers balbutiements, nous avons persisté dans nos essais et avons eu la satisfaction d'obtenir de bons résultats. Cela grâce au support de collègues sur le forum<sup>15</sup> qui nous a aidé, entre autres, dans le choix approprié du traitement d'une hypoesthésie sous-jacente. Nous avons eu la satisfaction de voir certains clients perdre 100% de leur douleur et avons pu évaluer l'immense impact que cela a dans leur vie.

La Méthode de rééducation sensitive de la douleur proposée par Claude Spicher et collaborateurs est une vision nouvelle, qui a changé notre façon de comprendre, d'évaluer et d'intervenir face aux douleurs cutanées.

### 2<sup>ème</sup> édition du livre sur La méthode de rééducation sensitive de la douleur

Claude Spicher et Isabelle Quintal, tous deux ergothérapeutes, ont fait un travail titanesque en créant une deuxième édition du livre La méthode de rééducation sensitive de la douleur. Avec la contribution de quatre experts, Eric Rouiller, Pierre Sprumont, Guillaume Léonard et Jean-Marie Annoni, ils ont pu ajouter de nouvelles sections.

<sup>11</sup> Programme d'intégration et de réadaptation motrice adulte, Centre Régional de Réadaptation La RessourSe, Gatineau, Québec.

<sup>12</sup> Programme de réadaptation et d'intégration en neurotraumatologie, Centre Régional de Réadaptation La RessourSe, Gatineau, Québec.

<sup>13</sup> Note de la rédaction : en France, rééducation et réadaptation fonctionnelle.

<sup>14</sup> BSc erg., rééducatrice sensitive de la douleur certifiée

<sup>15</sup> Plateforme en ligne de 539 cliniciens francophones pratiquant la rééducation sensitive.

Cette seconde édition nous a permis de profiter de la mise à jour et des améliorations apportées à la méthode depuis la première parution du livre. Globalement, nous avons apprécié l'organisation efficace du manuel, la mise en page bichromique qui permet de souligner certains concepts ainsi qu'un glossaire pratique au début du livre. L'information se retrouve aisément et le livre est parsemé de tableaux et d'illustrations qui en facilitent la compréhension. De plus, divers encadrés intitulés: rappels, casse-tête, apprentissages, rendent la lecture plus dynamique et stimulante. Les procédures pour les évaluations et les traitements sont expliquées avec précision. On peut également profiter de la lecture de ce manuel pour mettre à niveau nos connaissances sur le système somesthésique et les avancées récentes dans le domaine de la plasticité neuronale en lien avec la rééducation sensitive.

Nous désirons souligner l'apport d'Isabelle Quintal qui a su ajouter sa touche pédagogique, ce qui, pour nous, est un atout significatif de cette réédition. Ce livre est un très bel outil de travail qui nous accompagne pour chacune de nos interventions en rééducation sensitive. Il s'avère une ressource de grande valeur écrite par des professionnels passionnés.

### Reconnaissance



En pensant au grand soulagement que cette méthode apporte à plusieurs clients, là où parfois plus rien ne fonctionnait, nous sommes reconnaissantes de l'immense travail fait par Claude Spicher. D'abord pour avoir mieux compris le phénomène des douleurs cutanées suite à des troubles neurologiques et pour avoir balisé cette méthode afin qu'elle soit plus efficace. Puis de rendre disponibles des formations afin que les bienfaits de cette méthode puissent être connus internationalement. Et finalement, d'avoir encore une fois retroussé ses manches pour réviser la première édition du livre de la méthode.

En conclusion, cette méthode a fait ses preuves et la 2<sup>ème</sup> édition du livre est, pour nous, LA référence en matière de réadaptation pour les clients avec des troubles de la sensibilité cutanée suite à des lésions axonales.



**FAIT CLINIQUE ORIGINAL**  
**Traiter la douleur neuropathique suite à une**  
**décompression chirurgicale du nerf médian, par la méthode**  
**de rééducation sensitive de la douleur**

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

**LETOURNEAU, E.<sup>16</sup>, BEHAR, E.<sup>17</sup> & VITTAZ, M.<sup>18</sup>**

**ABSTRACT**

Neuropathic pain is not uncommon after a carpal tunnel release surgery. The mechanical allodynia presents a constant challenge for the person who has it on her dominant hand in the realisation of her daily living activities. This pain can even induce a real mobility loss, created by missuses of the painful hand over the weeks, and sometimes even months before the neuropathic pain is treated. The somatosensory rehabilitation assessment and treatment method is useful to reduce neuropathic pain in such cases.

The goal of this clinical case report is to present the effectiveness of the somatosensory rehabilitation method in addition of a basic approach use in hand therapy to regain mobility loss cause by missuses.

Somatosensory rehabilitation method was used with Mrs. A., who presents mechanical allodynia on her dominant hand. The working hypothesis suggests that incessant brachial neuralgia of palmar branches of the medial nerve was present, with mechanical allodynia (stage IV of axonal lesions). Mechanical allodynia was treated by distant tactile counter-stimulation approach and by avoiding, as much as possible, to touch the painful site. In addition, a home program of gentle active mobilisations was given to Mrs. A., based on the

---

<sup>16</sup> BSc. Ergothérapeute, Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée, Centre de rééducation sensitive du corps humain; Clinique Générale; Hans Geiler, 6; 1700 Fribourg (Suisse). [Reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch](mailto:Reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch)

<sup>17</sup> ET, Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée, Clinique du Bois de la Pierre; Chaussée de Namur, 201; 1300 Wavre (Belgique).

<sup>18</sup> Ergothérapeute DE, Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée, Centre de rééducation sensitive du corps humain; Clinique Générale; Hans Geiler, 6; 1700 Fribourg (Suisse).

deaf alphabet that the patient uses on her benevolent activities. After the disappearing of the mechanical allodynia, the underlying hypoesthesia was treated with the hands-on therapy describe in the somatosensory rehabilitation method (Spicher, 2006).

In less than 3 months, the French version of the McGill Pain Questionnaire was reduced from 61 to 11 points, the complete mobility of the hand was regained and the area of mechanical allodynia and also the underlying hypoesthesia were gone. Furthermore, Mrs. A. recovered her capacities to perform her daily activities, including her work with the deaf people association in her city.

Based on this original case presentation, somatosensory rehabilitation method is a valid treatment approach for neuropathic pain after carpal tunnel decompression and it can be used in combination with a more common approach in hand therapy.

**Keywords :** carpal tunnel release, neuropathic pain, mechanical allodynia, hand therapy, somatosensory rehabilitation of pain.

## INTRODUCTION

Le syndrome du tunnel carpien, se présentant comme une compression du nerf médian à l'intérieur du canal carpien (Ebelin, 2007), est une problématique fréquente. En effet, selon Stecco et Aldegheri (2008) la prévalence de ce syndrome dans la population oscillerait entre 1,14% et 14,40%. Une des approches de traitement consiste en la décompression chirurgicale du ligament annulaire du carpe qui passe sur le nerf comprimé au niveau des os du carpe (Amadio, 2011).

Suite à ce type de chirurgie, il n'est pas rare d'observer des signes de douleurs neuropathiques dans la paume de la main opérée (Roux, 2004), parfois sous la forme d'une allodynie mécanique.

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

## **PATIENT ET MÉTHODE**

### Anamnèse générale et clinique

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

Le 3 août 2012, suite à des engourdissements présents depuis plus de 6 mois, elle subit une décompression du tunnel carpien gauche suite à un diagnostic de compression nerveuse sévère du nerf médian. Toutefois, plus de six semaines après la chirurgie, une douleur sous forme de sensations de brûlure et d'irradiation remontant dans les doigts est toujours présente et ne semble pas diminuer. Mme A. n'est alors plus en mesure de réaliser son travail et ses activités de bénévolat, n'étant plus à même de former les lettres et les mots nécessaires à la pratique du langage signé. Elle rapporte également des limitations au niveau de plusieurs activités occupationnelles, surtout en lien avec la douleur toujours présente dans la main, qui augmente au moindre contact avec tout objet usuel. Ses activités quotidiennes sont également altérées par la douleur et la raideur, cette dernière s'installant progressivement dans les doigts, limitant la préparation des repas, la conduite automobile et l'habillage. Mme A. est alors référée en ergothérapie au programme de réadaptation de la main. La première rencontre a lieu le 23 octobre 2012.

Le résultat au questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA) est de 61 points, avec comme principales plaintes rapportées : des sensations de brûlure, d'irradiation, de décharge électrique, de coup de poignard, d'engourdissement, de fourmillement et de coupure sur la face palmaire de la main gauche.

Avec l'évaluation clinique, l'hypothèse de travail suivante a été formulée : névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche (Spicher *et al*, 2010), avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales).

### Méthode

Le traitement de Mme A. s'est échelonné du 23 octobre 2012 au 8 février 2013. En tout, quinze séances de rééducation sensitive, combinées à un programme de mobilisations

fonctionnelles, ont été nécessaires. La durée moyenne de chacune des séances a oscillé entre 30 et 60 minutes.

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

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

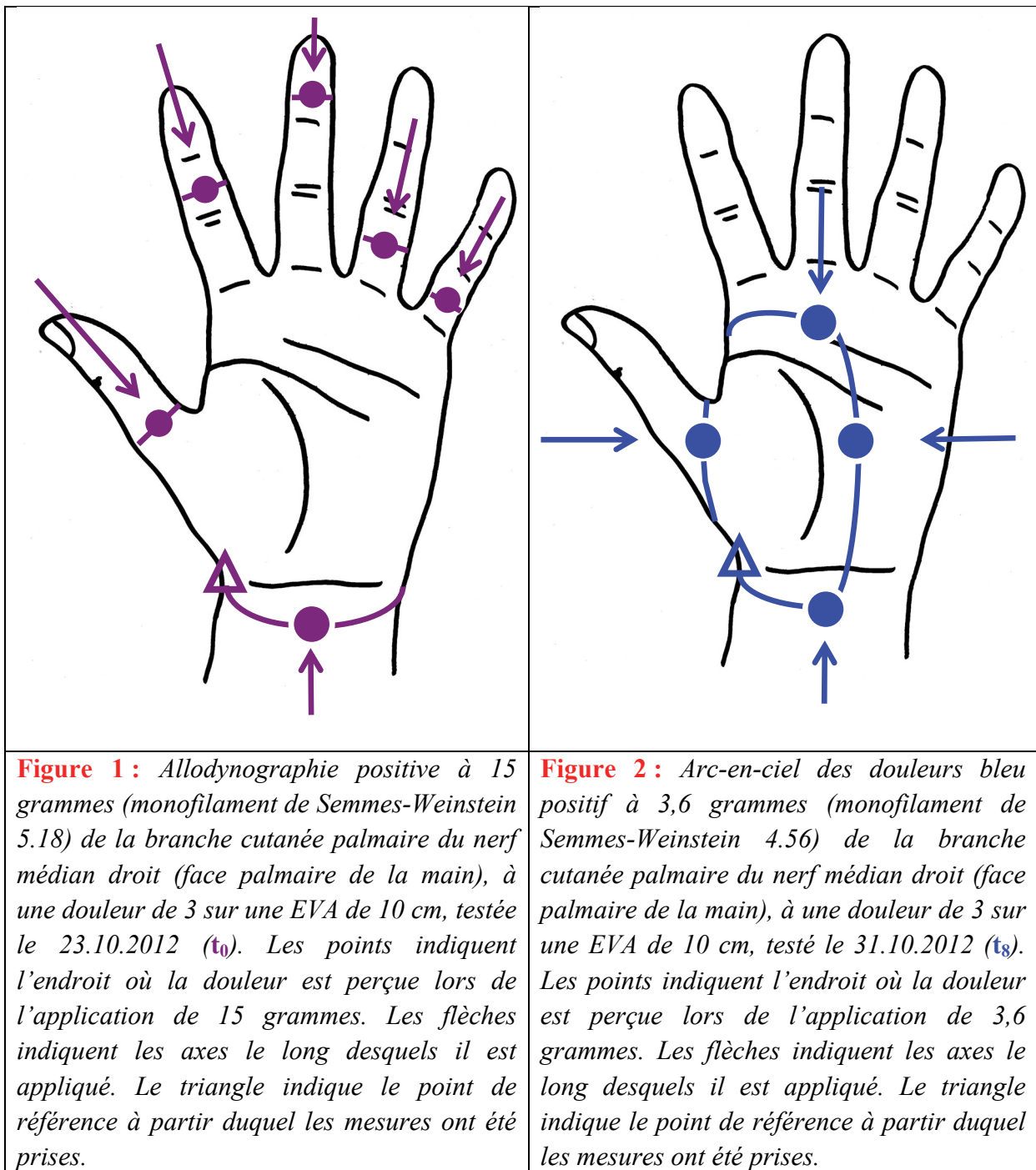
À compter du 9 janvier 2013, l'hypoesthésie sous-jacente est devenue visible. Le traitement est alors réalisé selon les principes suivants :

- La rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente, soit l'exploration avec la main atteinte et la comparaison avec le membre controlatéral (Spicher & Quintal, 2013), réalisée quatre fois par jour avec une augmentation graduelle du temps allant de 30 secondes à cinq minutes selon la tolérance, afin d'éviter une récurrence de l'allodynie.
- En parallèle, une approche plus traditionnelle en thérapie de la main a été préconisée, par le biais de la reprise graduelle des activités occupationnelles de la patiente.

## RÉSULTATS

En début de suivi, soit le 23 octobre 2012, l'allodynographie était positive (Fig. 1) et l'arc-en-ciel des douleurs était bleu avec des douleurs cotées à 6 sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 10 cm (Fig. 2). Au cours du traitement, l'allodynie mécanique a régressé

progressivement. Elle a disparu le 9 janvier 2013 (Tableau I). Le territoire hypoesthésique a alors pu être cartographié (Fig. 3).

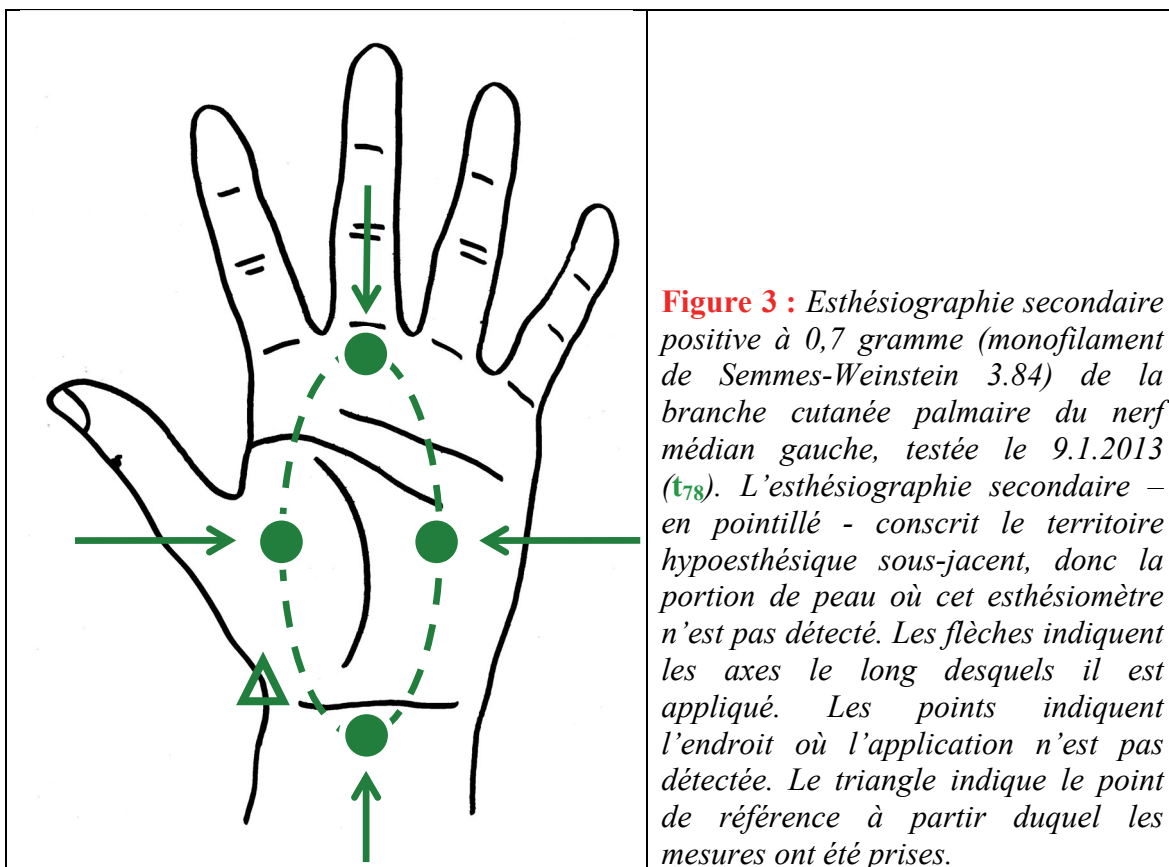


Cette hypoesthésie sous-jacente s'est normalisée le 8 février et la reprise graduelle de l'inclusion de la main gauche dans les activités occupationnelles habituelles a été réalisée (Tableau II). Le traitement a duré en tout 16 semaines. L'allodynie mécanique a été résorbée en moins de trois mois, avec une disparition des deux premières couleurs d'arc-en-ciel en un mois environ, tel qu'établi par le pronostic (Spicher *et al*, 2009). Toutefois, la dernière

couleur d'arc-en-ciel s'est résorbée en 19 jours, ce qui correspond aux résultats pouvant être obtenus auprès d'autres patients présentant une allodynie mécanique (Behar, 2013).

Date	Arc-en-ciel des douleurs	Résultats au QDSA
23.10.2012	Bleu (3,6 g)	61 pts
15.11.2012	Indigo (8,7 g)	49 pts
21.12.2012	Violet (15,0 g)	41 pts
09.01.2013	Allodynographie négative	34 pts
08.02.2013	∅	11 pts

**Tableau 1 :** La diminution des douleurs neuropathiques se fait en parallèle avec la disparition de l'allodynie mécanique.



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

**Tableau II :** La diminution de l'hypoesthésie sous-jacente se fait parallèlement avec la progression du seuil de perception à la pression (SPP<sub>(c)</sub>) et la progression du programme à domicile.

## DISCUSSION

Dans l'optique de permettre à une personne de retrouver ses activités occupationnelles habituelles sans les douleurs neuropathiques handicapantes, il est essentiel de normaliser les sensations tactiles. Pour ce faire, le traitement de l'allodynie mécanique ne suffit pas : il faut aussi rechercher l'hypoesthésie sous-jacente pour traiter les douleurs neuropathiques (Spicher *et al*, 2008). De plus, l'hypoesthésie sous-jacente amène également des problématiques dans la réalisation des tâches quotidiennes, d'autant plus si elle atteint la main dominante de la personne.

Les objectifs spécifiques visés par la méthode de rééducation sensitive de la douleur sont la diminution de 30 points au résultat du QDSA ou un résultat inférieur à 20 points pour stabiliser la situation (Spicher et Quintal, 2013), en plus de la normalisation de la sensibilité tactile dans la zone douloureuse.

Le score final au QDSA était de 11 points, avec certaines plaintes occasionnelles de sensations d'engourdissement dans la main et de démangeaisons au niveau de la cicatrice. Ces résultats fournissent un indice de l'amélioration de l'impact de la douleur sur Mme A. et sur l'efficacité du traitement (Turk & Melzack, 2010). En effet, au point de vue fonctionnel, Mme

A. a pu reprendre toutes ses activités antérieures incluant le travail ainsi que ses tâches de bénévolat.

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

## CONCLUSION

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

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amadio, P.C. (2011). Carpal tunnel syndrome: surgeon management. In T.M. Skirven, L.H. Schneider, A.L. Osterman, J. Fedorczyk & P.C. Amadio (Eds.), *Rehabilitation of the hand and upper extremity* (6<sup>th</sup> ed.) (pp. 657-666). St-Louis, Missouri: Mosby.
- Behar, E. (2013). Fait clinique illustrant la diminution rapide des douleurs neuropathiques d'une névralgie crurale intermittente avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 10(1), 29-34.
- Ebelin, M. (2007). Syndrome du canal carpien. Le point de vue du chirurgien. *Revue neurologique*, 163(12), 1260-1262.
- Roux, J.L. (2004). Traitement des complications de la chirurgie du canal carpien. *Chirurgie de la main*, 23, S178-S187.
- Spicher, C.J. (2006). Handbook for somatosensory rehabilitation. Genève, Paris: Sauramps Médical.
- Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur*. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Spicher, C.J., Ribordy, F., Mathis, F., Desfoux, N., Schönenweid, F. & Rouiller, E.M. (2008). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie: observations



topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg*, 21, 239-251.

- Spicher, C.J., Freund, P., Desfoux, N. & Della Casa, R. (2009). Time Course of Disappearance of Static Mechanical Allodynia through Somatosensory Rehabilitation: Reexamination of a Larger Cohort of Neuropathic Pain Patients. *e-News Somatosens Rehab*, 6(4), 151-170.
- Spicher, C., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches*. Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Stecco, C. & Aldegheri, R. (2008). Historical review of carpal tunnel syndrome. *Musculoskeletal surger. La Chirurgica degli Organi di Movimento*, 92(1), 7-10.
- Turk, D.C. & Melzack, R. (2010). *Handbook of Pain Assessment* (3<sup>rd</sup> Ed.). Guilford Publications, <http://lib.myilibrary.com?ID=290676> (23 mai 2013).

## Ombre & Pénombre

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

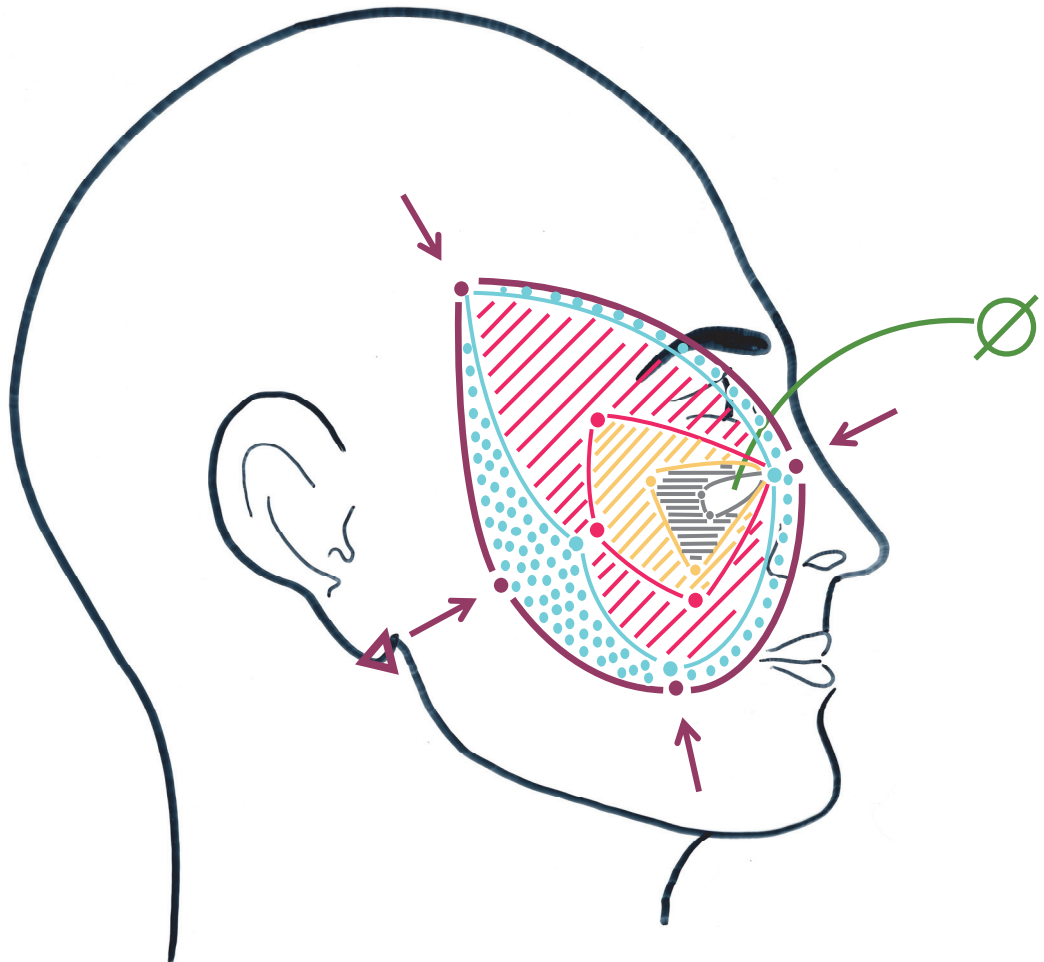
« Broyez du noir pour en extraire toutes sortes de gris. »

Voisart, A. (2006). Poésie IV : Alexandre Voisard L'Intégrale 4 (Collection camPoche). Orbe : Bernard Campiche Editeur

## Images in Somatosensory Rehabilitation Nb 9

To MD 🌟🌟🌟 To neuroscientist 🌟🌟 To patient 🌟🌟 To therapist 🌟🌟🌟

Spicher<sup>19</sup>, C.J., Mayet, J. & Della Casa, R.<sup>20</sup>



### Rainbow pain scale indigo





**8.7 gram** – successive rainbow pain scales of the maxillary nerve, branch of trigeminal nerve tested from the 19<sup>th</sup> of December 2012 (t<sub>0</sub>) to the 1<sup>st</sup> of March 2013 (t<sub>72</sub>), on the lateral right side of the head.

<sup>19</sup> University Scientific Collaborator, Unit of Physiology and Program in Neurosciences, Department of Medicine, Fribourg, Switzerland <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php>

<sup>20</sup> OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain; Somatosensory Rehabilitation Sector, EHC hospital, 1110 Morges, Switzerland

## Témoignage N° 45 d'une patiente «Vivre avec mes douleurs neuropathiques»

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

Tout a débuté début octobre 2011, où j'ai ressenti une violente douleur sous le sourcil gauche. Une douleur si forte que j'ai dû arrêter ce que je faisais et m'asseoir. C'est comme si on me plantait un poignard, j'avais des lancées extrêmement fortes. Au bout d'un moment, les douleurs sont passées. Jusqu'au lendemain. Je me disais que ce n'était pas normal, que quelque chose était cassé. A certains moments les douleurs étaient tellement fortes que je tapais l'endroit douloureux avec l'impression que ça me soulageait.

Après quelques jours de douleurs j'ai été consulter un médecin généraliste. Il m'a diagnostiqué une névralgie du trijumeau et donné des antiépileptiques comme traitement. Ce traitement diminua considérablement les douleurs mais me rendit très malade. J'eus beaucoup d'effets secondaires comme vertiges, manque d'appétit, diarrhées, nausées, manque de force etc. Le médecin m'envoya chez un neurologue pour être certain du diagnostic. Le neurologue me dit alors que ce n'était pas une névralgie du trijumeau mais ne savait pas ce que c'était. Comme j'avais été opérée près de l'œil un an auparavant ça ne pouvait pas être une coïncidence pour lui. Il ne voyait quand même pas ce que cela pouvait être ni que faire pour stopper mes douleurs. Il me dit de continuer le traitement, puisqu'il diminuait mes douleurs. Je décidais donc de voir un second neurologue, qui, lui, me diagnostiqua une algie vasculaire faciale. Quand je sorti de chez ce neurologue je me senti vraiment mal, j'avais l'impression d'être folle parce qu'il m'avait posé tellement de questions auxquelles je n'avais pas pu répondre, que j'avais l'impression de n'avoir pas été prise au sérieux. Il voulait savoir à quelle heure j'avais eu mal, pendant combien de temps, plutôt 30 secondes ou 3 minutes ? etc. Je dois avouer que lorsque j'avais mal, je ne prenais pas un chronomètre et ne regardait pas ma montre, j'essayais juste de supporter et de faire passer cette douleur. Pour lui c'était soit comme ça soit comme ça, ce que je veux dire c'est qu'il avait des symptômes bien précis des maladies et que si j'avais un autre symptôme qu'il ne connaissait pas pour une maladie alors ce n'était pas ça. Les médecins ont parfois des cases. Et comme moi j'avais parfois tellement mal sous le sourcil que ça me déclenchait des maux de tête, pour lui ce n'était donc pas une névralgie du trijumeau car avec la névralgie du trijumeau nous n'avons pas de maux de tête.

Après quelques semaines j'en ai eu ras le bol d'être malade avec ce traitement et ras le bol de voir des médecins qui de toute façon ne m'apportait aucune réponse, je décidai donc d'arrêter le traitement et d'arrêter de voir les médecins. Pendant un moment je n'ai plus eu mal, puis de temps en temps de petites crises de douleur. Je ne savais toujours pas ce que j'avais mais je le supportais. On s'habitue à vivre avec.

En juin 2012, je me suis déchiré les ligaments du poignet. Après quelques semaines de convalescence et ayant toujours des douleurs, le médecin m'envoya faire de la rééducation auprès d'un ergothérapeute. Je lui expliquai mes douleurs et on me fit une évaluation. Il constata que plusieurs de mes nerfs avaient également été lésés. On m'expliqua que j'avais une névralgie. Alors chaque semaine je fis de la rééducation mais aussi des exercices quotidiens à faire à la maison. J'eus vraiment l'impression d'être écoutée et j'eus toutes les réponses à mes questions. Petit à petit, je vis une amélioration, des douleurs extrêmement douloureuses et quotidiennes je passai à des douleurs modérées, avec des jours de répit. Mes douleurs au bras ressemblaient tellement à mes douleurs sous le sourcil : des lancées, une sensation de compression, une chaleur... des douleurs insupportables qui fatiguent, irritent, et nous font par moment "péter un plomb". J'en parlai à mon ergothérapeute et il décida de me faire une évaluation pour mes douleurs au sourcil. Et après évaluation, effectivement, j'ai également une lésion du nerf sous le sourcil.



Après un an environ et "grâce" à l'accident que j'ai eu au poignet, je sais enfin ce que j'ai et je peux enfin espérer me débarrasser de ces douleurs. Ces douleurs si insupportables sont encore trop méconnues et c'est pourquoi j'ai décidé de témoigner. Peut-être qu'une personne souffrant des mêmes symptômes se reconnaitra et pourra être soignée rapidement. Certes, mes douleurs sont toujours là, et quand les douleurs du sourcil et du poignet se réveillent en même temps c'est vraiment difficile à supporter mais au moins je sais ce que j'ai et ça, c'est déjà un grand soulagement !



A. A.

**Cette patiente souffrait en fait :**

- **d'une névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf ulnaire gauche depuis 1,5 mois,**
- **d'une névralgie trigéminal symptomatique intermittente du nerf ophtalmique, branche du nerf trijumeau gauche depuis 16 mois.**

## Il existe une certaine beauté dans la douleur

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

### OTTEN, Ph. (MD)<sup>21</sup>

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

De nombreux patients souffrent, la prévalence est élevée. Uniquement pour les douleurs neuropathiques, cette maladie pourrait toucher 500'000 patients rien que pour la Suisse.

Heureusement que de nombreux thérapeutes ne s'avouent pas vaincus, et le livre de Claude Spicher et Isabelle Quintal<sup>1</sup> est là pour nous le rappeler. Pour nous expliquer que oui, les douleurs chroniques existent, que oui, elles peuvent être définies et même un peu quantifiées. Dans mon expérience de neurochirurgien, nombreux sont les patients douloureux chroniques qui souffrent de douleurs en partie ou totalement liées à des lésions neurologiques : ces fameuses douleurs neuropathiques connues en fait depuis longtemps. Le mérite de ce livre est de nous rappeler également que les anciens auteurs s'étaient déjà penchés sur leur définition, leur caractérisation.

Evidemment, ce livre s'adresse aux thérapeutes de la douleur, aux personnes désireuses d'apprendre les modalités de la rééducation sensitive. Il s'agit d'un manuel complet. Alors pourquoi le lire si on ne pratique pas soi-même ces thérapies ? Pour comprendre. Quel prescripteur n'a pas été au début surpris par la méthode ? Comment ? On soigne des douloureux chroniques avec des peaux de lapin, des machines à vibrer ! La beauté réside dans cette collision un peu surréaliste d'une compréhension parfaite de l'innervation de la peau, de l'origine des douleurs et de thérapies nouvelles, innovantes, surprenantes et pourtant efficaces. C'est une démonstration d'une réelle beauté, aussi « beau que la rencontre fortuite d'un parapluie et d'une machine à coudre sur une table de dissection »<sup>2</sup>.

---

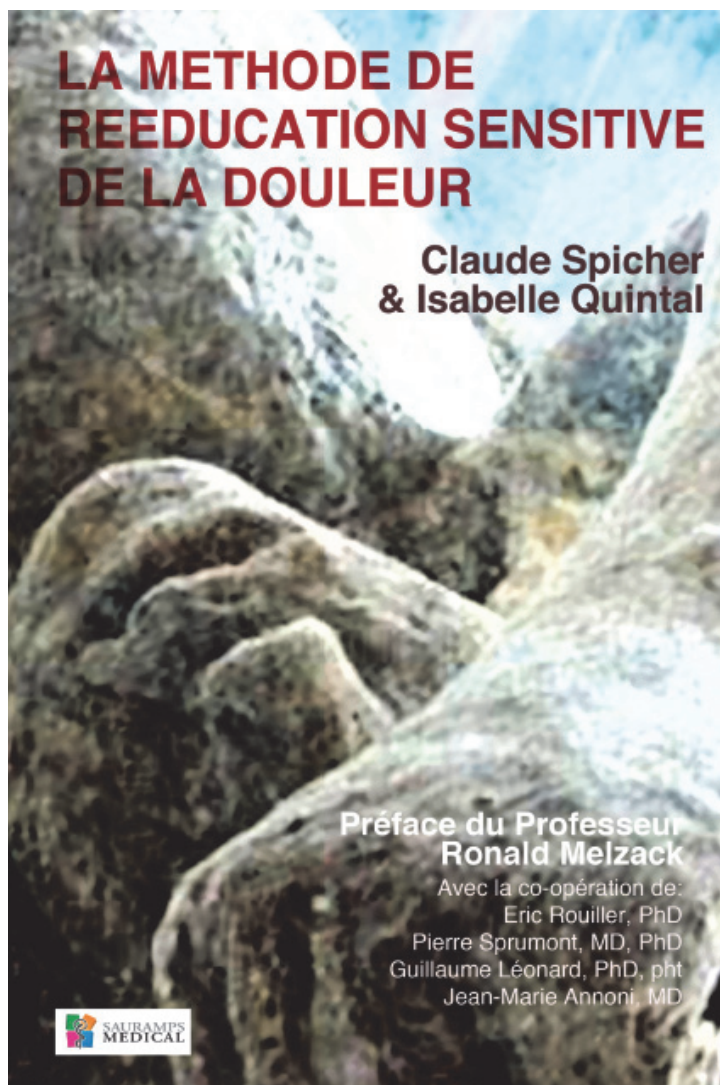
<sup>21</sup> Neurochirurgien FMH ; Clinique Générale ; Rue Georges-Jordil, 4 ; CH-1700 Fribourg (Suisse)

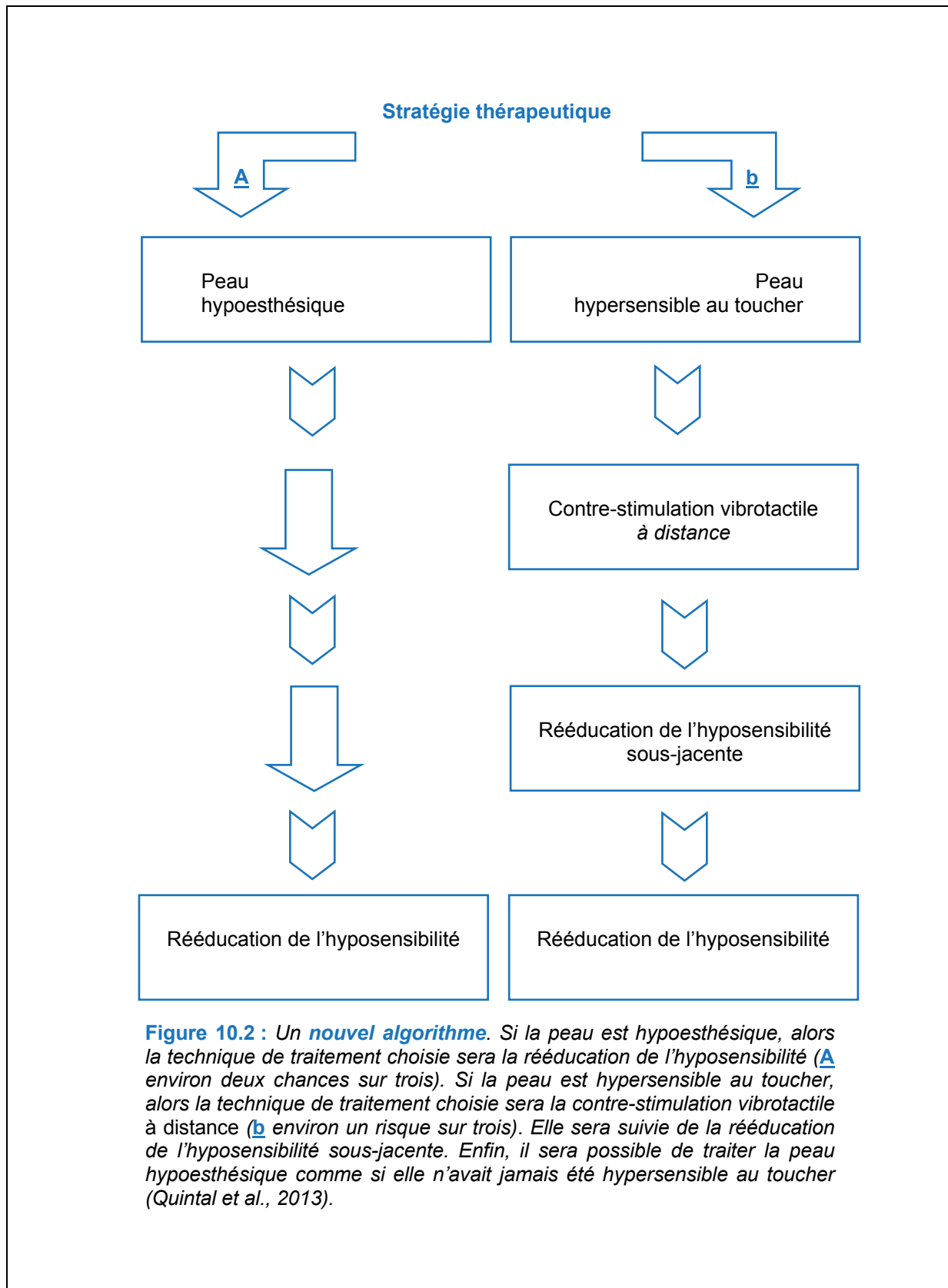
Il nous est rappelé, fort à propos, que le traitement des patients douloureux chroniques est nécessairement long, difficile, et doit être interdisciplinaire. Cependant, il existe une lueur au fond du tunnel et on peut accompagner ses patients vers la sortie. Alors oui il faut le lire, si l'on souhaite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


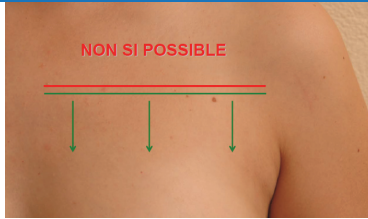
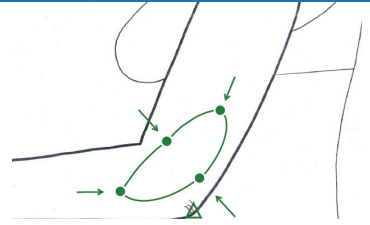
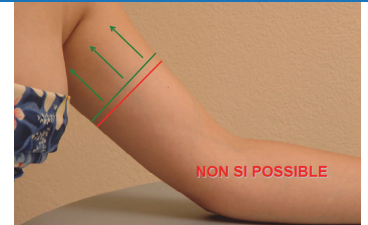
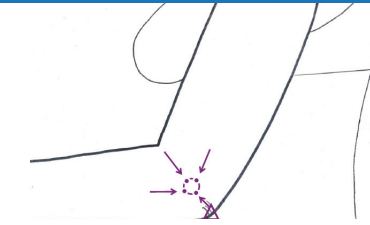
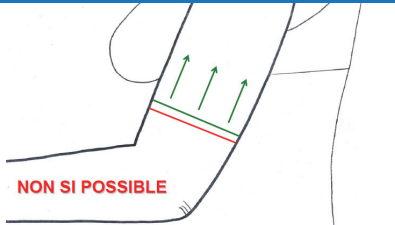
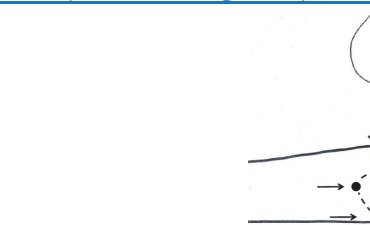
Alors oui, il existe aussi une certaine beauté dans la douleur, car on peut la comprendre et la traiter. On attend maintenant une version simplifiée, grand public, pour que plus de monde puisse comprendre et surtout, pour pouvoir éduquer les patients (et j'ose dire de nombreux médecins).

**1 :** Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> édition), Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

**2 :** Comte de Lautréamont, Les Chants de Maldoror.

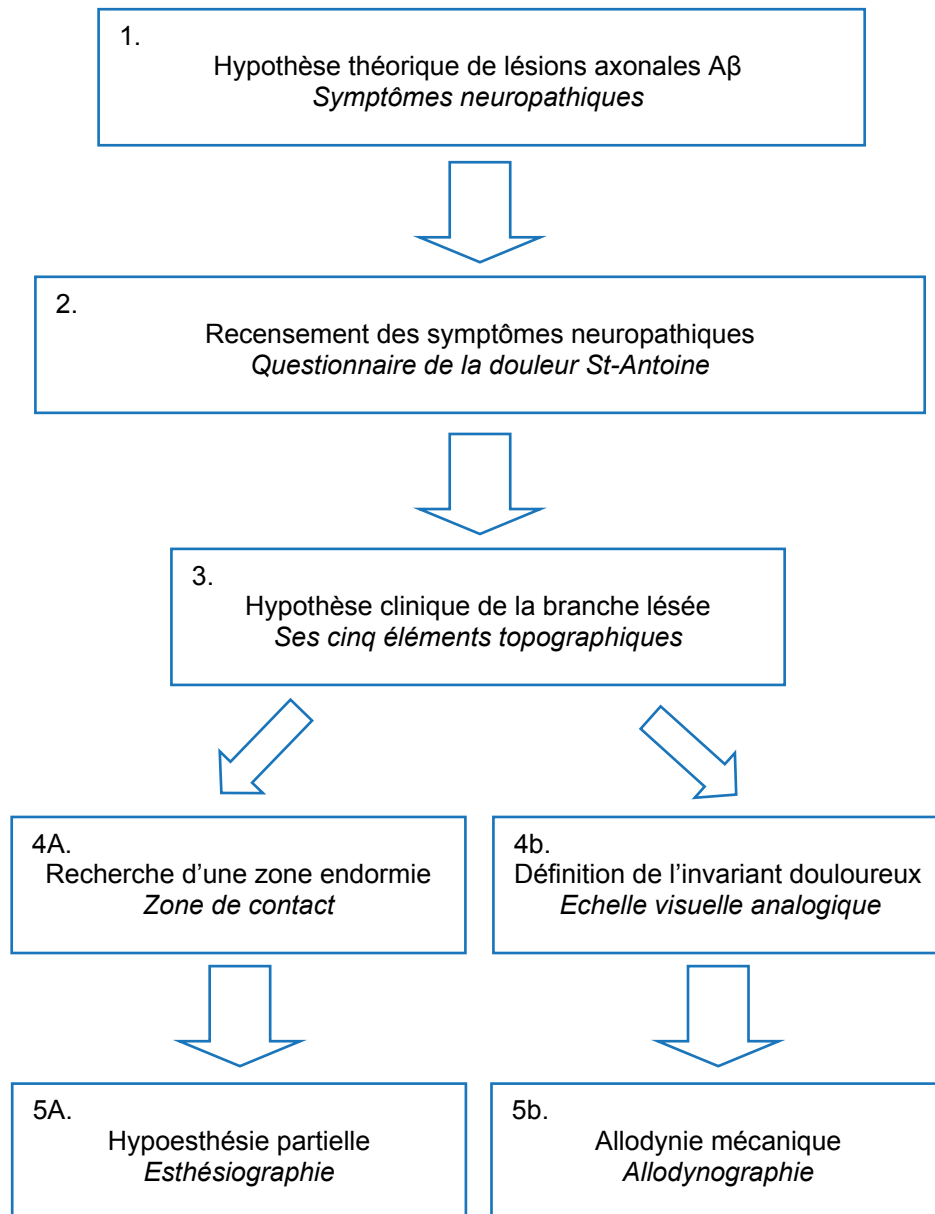




	$t_0$ : 1 <sup>ère</sup> séance	 <p>NON SI POSSIBLE</p>
<p>Allodynographie (Voir aussi Fig. 9.1)</p>		<p>Zone « inférieure » de travail du 2<sup>ème</sup> nerf thoracique</p>
	$t_7$ : 2 <sup>ème</sup> séance	 <p>NON SI POSSIBLE</p>
<p>Arc-en-ciel des douleurs vert (Voir aussi Fig. 9.4)</p>		<p>Zone « cousine » de travail du nerf cutané médial du bras</p>
	$t_{84}$	 <p>NON SI POSSIBLE</p>
<p>Dernière allodynographie (Voir aussi Fig. 10.3)</p>		<p>Zone « proximale » de travail de la branche lésée</p>
	$t_{93}$	
<p>Esthésiographie secondaire (Voir aussi Fig. 11.2)</p>		<p>Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente</p>




**Figure 10.1 : Zones de travail** successives illustrées avec le fait clinique qui, entre autres, sert de fil rouge à ce manuel : jeune femme de 14 ans, caucasienne, qui souffrait d'épicondylalgie rebelle depuis 15 mois mais aussi d'une allodynie mécanique simple de la branche postérieure du nerf cutané médial de l'avant-bras gauche (Stade II de lésions axonales) traitée en 93 jours par CSVD.









**Figure 6.2 :** Le **raisonnement clinique** du rééducateur sensitif débute par l'hypothèse théorique d'une des étiologies des douleurs neurogènes : **si** le patient souffre de symptômes neuropathiques, **alors** il présente des lésions axonales A $\beta$ . Ensuite, il cherche à identifier la branche cutanée responsable d'un ou plusieurs de ces symptômes avec le support du questionnaire de la douleur pour finaliser A : une esthésiographie (ou b : une allodynographie).

## Propos sur la rééducation de la sensibilité et de la douleur

Aux médecins    
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes   

### ROUZAUD, J.-Cl. (pht)<sup>22</sup>

Suite à la publication de :

Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> édition), Montpellier, Paris : Sauramps Médical,

je m'inscris dans ce travail avec une immense joie et beaucoup de fierté.

J'ai rencontré Claude Spicher il y a longtemps et l'ai vu grandir, évoluer, s'élever. Il se place aujourd'hui au-dessus de tous dans l'étude de la sensibilité.

Il a toujours affiché une détermination sans limite et une application exemplaire. Il a travaillé énormément dans ce domaine et a beaucoup donné de lui-même.

Il a enfin toujours su garder un respect des traditions et une réserve, alliés à une classe naturelle.

Elles sont loin les années 70 où l'on découvrait la rééducation de la sensibilité. C'était les premiers pas, le balbutiement, tout le monde avait dans sa pochette des cartographies de la main où l'on faisait faire des tests de reconnaissance au patient ; tous les rééducateurs, les chirurgiens crayonnaient sur une carte de la main des gribouillis plus ou moins reconnaissables et noircissaient les cases d'un crayon marqueur.

La couleur s'est ensuite imposée indiquant les échelles et les niveaux de lésions.

Des années 1970 à 1990, les rééducateurs tentaient de traiter la sensibilité et non les sensations.

---

<sup>22</sup> Kinésithérapeute DE, Orthésiste agréé, Cadre de santé en Kinésithérapie, DIU de Rééducation et Appareillage de la Main et du Membre Supérieur, Past-president de la Fédération Internationale des Sociétés de rééducation de la main, Institut Montpelliérain de la Main et du Membre Supérieur, Clinique Clémentville - 25, rue Clémentville F-34070 Montpellier [www.institutmain.fr](http://www.institutmain.fr)

En fait, il n'existait à l'époque que trois possibilités : soit le patient retrouvait une sensibilité normale, soit elle se voyait diminuée ou exagérée.

Claude nous a fait entrer depuis dans le monde des allodynies où les notions de tact, de toucher, de sensibilité sont largement dépassées. Il faut lui rendre honneur pour la mise en place d'une évaluation moderne de la sensibilité.

Nous avons compris et appris à travers ses ouvrages et ses travaux que la sensibilité n'est pas toujours synonyme de bonne perception ou de perception supérieure mais plutôt de douleur.

Finalement ce qui embarrasse le patient n'est pas tellement de sentir peu ou beaucoup mais d'avoir des sensations de douleur qui interfèrent dans la préhension qui est largement perturbée par ces phénomènes algiques.

La perte de sensibilité ou la modification d'une sensation amène très souvent le patient à exclure totalement un doigt, une main ou même un membre supérieur en totalité.

La notion de perception de notre corps fait partie de notre identité.

Le rejet d'une partie d'un organe est difficile à appréhender, pour le patient comme pour le thérapeute.

Finalement la peau, vaste organe, le seul accessible à tous, est finalement inaccessible au thérapeute qui doit traiter ces difficultés de reconnaissance et ces douleurs de surface permanentes.

Nul doute que Claude Spicher a fait faire un bond en avant à tous les rééducateurs qui traitent de la rééducation de la sensibilité et de la douleur, les deux malheureusement souvent associées et reconnaissables dans diverses pathologies.



La méthode de rééducation sensitive de la douleur a douze ans. C'est une méthode aujourd'hui encyclopédique de renommée mondiale. Elle est enseignée dans 28 pays, les thérapeutes qui la pratiquent sont organisés en un Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur (RRSD) [neuropain.ch](http://neuropain.ch). Le titre de Rééducateur Sensitif certifié CREA-HELB existe depuis 2009.

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

אם אין אני לי מי לי וכשאני לעצמי מה אני  
Rabbi Hillel l'Ancien, Talmud : Mishna (Pirké Avot 1:14)

### Aphorisme saisonnier

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

"Si je ne pense pas à moi, qui le fera ? Mais si je ne pense qu'à moi, que suis-je ?"

### Seasonal aphorism



To MD   
To patient 

To neuroscientist   
To therapist 

"If I am not for myself, who will be for me ? But if I am only for myself, what am I ?"

### Aforismo sazonal



Para médicos   
Para pacientes 

Para cientistas em neurociências   
Para terapeutas 

"Se eu não for por mim, quem será por mim ? Mas se eu for só por mim, o que sou eu ?"

### Leitmotiv

Für Ärzte   
Für PatientInnen 

Für Neurowissenschaftler   
Für TherapeutInnen 

"Wer denkt an mich, wenn ich es nicht tue ? Aber was bin ich, wenn ich nur an mich denke ?"

## CASE REPORT

### Dealing with a Sensitive Issue : Somatosensory Rehabilitation Reduces Allodynia

To MD



To patient



To neuroscientist



To therapist



**PACKHAM, T.L.<sup>23</sup>**

#### ABSTRACT

This case study presents the application of somatosensory rehabilitation in a patient with unresolved pain following surgery for a neuroma of the superficial branch of radial nerve in her non-dominant hand. Results to date demonstrate a reduction in both the quality of pain and territory of static mechanical allodynia with implementation of this method, as well as the clinically important outcome of reduced medication use. Given there are few other evidence-informed options for non-pharmacological management of allodynia as a specific indicator of neuropathic pain, more research is needed to build evidence for this novel treatment method.

**Keywords :** somatosensory disorders, hyperalgesia, rehabilitation, neuroma, neuropathic pain

#### INTRODUCTION

Neuromas of the superficial branch of radial nerve are associated with a higher incidence of chronic neuropathic pain (Stokvis, Coert, and van Neck, 2010). These neuromas have been associated with surgical release of the first dorsal compartment for management of de Quervain's tenosynovitis, ganglions, and scaphoid fractures (Mackinnon and Dellon, 1987). However, although careful surgical practices for the prevention and management of neuromas are generally recommended, the evidence for efficacy of surgical or pharmacological management of neuromas in the prevention of neuropathic pain is lacking (Lewin-Kowalik et al, 2006). Failure of these methods is in part contributed to peripheral and central sensitization (Lewin-Kowalik et al, 2006; Stokvis, Coert and Van Neck, 2010).

Somatosensory rehabilitation is a non-invasive approach and alternative to conventional desensitization that focuses on correcting the peripheral sensitization and altered transmission, modulation and central processing by providing strategic comfortable counter stimulation to related cutaneous territories while avoiding direct provocation to the specific site of the nerve lesion (Spicher, 2006). The key tenant of this method is first addressing any allodynia, then treating the underlying area of hypoesthesia.

---

<sup>23</sup> MSc, OT Reg (Ont), Certified Somatosensory Therapist of Pain, Hand Therapy Program, General Site ; Hamilton Health Sciences; 237, Barton St. E, Hamilton, Ontario L8L 2X2, Canada [packhamt@hhsc.ca](mailto:packhamt@hhsc.ca)

This case study presents the assessment and treatment process for a patient with ongoing pain after surgical management of a neuroma of the superficial branch of radial nerve at the wrist.

## PATIENT & METHODS

### Case History

MP is a 36 year old woman with an anxiety disorder who developed radial-sided wrist pain in her (L) non-dominant hand following a ganglion removal in January 2012. After a nerve block to the superficial branch of radial nerve gave her significant improvement in her symptoms, her plastic surgeon then performed a neuroma excision and intermuscular burial February 15, 2013. She was referred to therapy April 4, 2013 when her pain continued to worsen post-operatively.

On initial examination, MP reported experiencing incessant burning pain and numbness in the area surrounding her scar. She scored 55 points for sensory pain and 63 points for affective pains with a total score of 58/100 on the McGill Pain Questionnaire (**Table I**). The working hypothesis was a stage 4 neuralgia with static mechanical allodynia of the dorsal radial sensory branch of the left hand. An allodynia map was completed (**Fig. 1**).

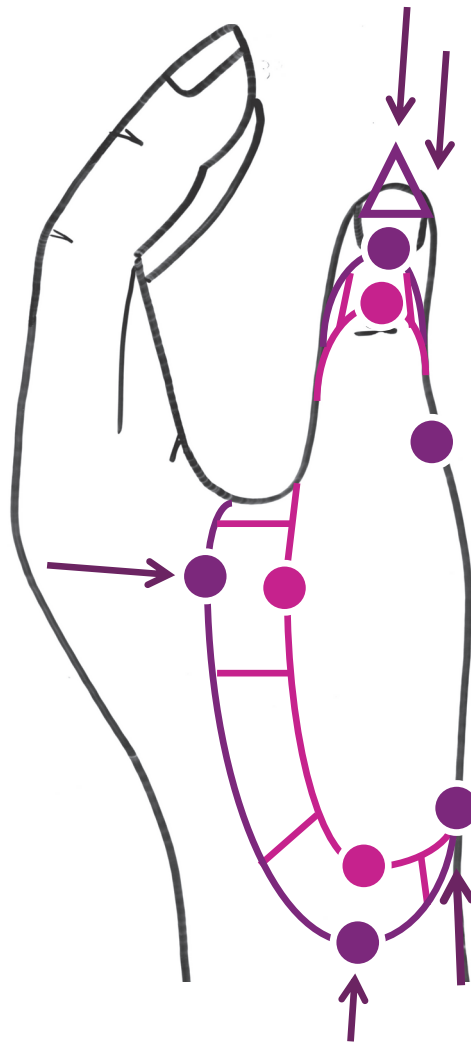
Pulsing	Shooting	Pulling	Burning
Tingling	Hurting	Penetrating	Numb

**Table I** : Sensory symptoms initially selected on the McGill Pain Questionnaire.

### Treatment program

MP was provided with a home program including,

1. No touching of the painful area, including wearing long sleeved shirts, or application of creams or lotions. Minimize functional use of the thumb for pinching, gripping, and grasping; also to minimize repetitive wrist motions. Recommended continuing to abstain from swimming activities (Patient had found swimming helpful pre-op, but seemed to add to pain post-op, so patient had already stopped going to the pool).
2. Distal tactile counterstimulation: 8 times daily for one minute or less using the most comfortable texture possible (suggestions: silk scarf, plush microfibre blanket, rabbit fur) over the T1/2 area just below the left collarbone.
3. Application of ice for one to two minutes duration over the hypothenar (neighbor nerve territory) when needed for pain.



**Figure 1 :** 15 gram – successive allodynographies (Semmes-Weinstein monofilament mark 5.18) of the superficial branch of radial nerve (dorsal side of the left hand); tested the 4<sup>th</sup> of April 2013 ( $t_0$ ) and re-mapped the 18<sup>th</sup> of April 2013 ( $t_{14}$ ). The allodynography outlines the hypersensitive territory. The points are the ones at which, the application of the 15 gram-aesthesiometer is perceived as painful (3 on a VAS of 10 cm). The arrows indicate the axes along which the perception of 15 grams has been tested.

## RESULTS TO DATE

MP has been seen for weekly reassessment and reinforcement of her home program.

April 11: Review of home program and completion of rainbow pain scale. The assessment revealed a static mechanical allodynia threshold of 0.2 g, or orange on the rainbow pain scale. This finding suggests the allodynia will likely take 5 months to resolve.

April 18: Allodynic territory re-mapped (**Fig. 1**), with a modest reduction of total area at the 15g threshold and 3/10 standard for pain using a visual analogue scale (VAS).

May 2: McGill Pain Questionnaire repeated. She scored 49 points for sensory pain and 54 points for affective pains with a total score of 51/100 on the McGill Pain Questionnaire.

May 16: Patient reports decreased frequency of use of anti-anxiety medications. Patient encouraged to continue to perform tactile counterstimulation 8 times daily for periods of one minute or less, but to alternate work zone between T1/2 area and the dorsal aspect of the upper arm. Rainbow pain scale to be re-evaluated next visit.

## DISCUSSION

This case represents neuropathic pain with associated static mechanical allodynia of over one year duration secondary to a neuroma, with an exacerbation after surgical intervention intended to decrease the pain. The location of the neuroma in the superficial branch of radial nerve is associated with poorer outcomes (Stokvis, Coert & van Neck, 2010). A case series of recurrent neuromas in this region presented by Mackinnon & Dellon (1987) reported 18% of the cases had hyperalgesia after the neuroma burial, and 6% were treated for complex regional pain syndrome. They recommended progressive exposure to non-noxious stimuli over the scar for desensitization but avoided stimulation to the intra-muscular burial site of the nerve. The somatosensory rehabilitation approach does not use sensory stimulation to the area of static mechanical allodynia (or more broadly, hyperalgesia) but instead uses comfortable vibrotactile stimuli on a related cutaneous territory to reduce the sensations of painful touch (Spicher, 2006).

This approach is particularly useful to promote patient compliance in neuromas where previous attempts at traditional desensitization have not yielded relief of the pain. A systematic review of barriers to treatment compliance in physiotherapy identified strong evidence from multiple studies that previous experiences of pain during exercise decreased compliance (Jack et al, 2010). Additionally, the core of the somatosensory rehabilitation program is not treatment administered by the therapist: instead, the subject is in control of the self-applied stimulation. The body's own neurochemical responses to comfortable tactile stimulation is the effective ingredient: this may empower the patient to believe they have the ability to reduce their own pain, and re-exert control over their daily activities that were previously limited by this pain. This belief that one is able to execute a specific behaviour to produce a positive outcome with an expectation for success is often referred to as self-efficacy, and low self efficacy has been demonstrated to contribute to poor compliance for both occupational therapy and physiotherapy programs (Chen et al, 1999; Jack et al, 2010). Results to date for this case demonstrate a reduction in both the quality of pain and territory of allodynia with patient adherence to the somatosensory method.

Both peripheral and central sensitization have been widely acknowledged as contributing mechanisms for persistent pain and sensitivity after nerve lesion (Zimmerman, 2001; Stokvis, Coert & van Neck, 2010); however there is less agreement on how to treat these phenomenon and the associated pain syndromes (Woolf, 2011; Nijs et al, 2011; Cossins et al, 2013). A need exists for effective and accessible treatments with low risk to the patient. Somatosensory rehabilitation has the potential to be used on its own or in sequence with other medical and rehabilitation interventions to address the pain and disability associated with neuropathic pain. The core involvement of the patient in both the assessment and treatment process supports self-efficacy and acknowledges the impact of pain on the whole person.



Patient education and compliance is key to the fidelity for implementation of the somatosensory rehabilitation method (Spicher, 2013), and is a further support to self-efficacy. Additionally, the short treatment intervals with high levels of repetition throughout the day mirror the treatment doses of other rehabilitation methods with established efficacy (Cossins et al, 2013).

## CONCLUSION

Somatosensory rehabilitation is a method of assessment and treatment well matched to the theoretical mechanisms involved in the development of ongoing neuropathic pain and allodynia after neuroma in the dorsal sensory branch of the radial nerve. The qualities, area and threshold of the pain and allodynia are documented and monitored for change over time, while the treatment methods are simple and based on principles that support both self-efficacy and positive neuroplasticity. More research is needed to build evidence for treatment effectiveness and compare the outcomes against other forms of management.

## REFERENCES

- Chen C.Y., Neufeld P.S., Feely C.A. & Skinner C.S. (1999). Factors influencing compliance with home exercise programs among patients with upper-extremity impairment. *Am J Occup Ther*, 53(2), 171-80.
- Cossins L., Okell R.W., Cameron H., Simpson B., Poole H.M. & Goebel A. (2013). Treatment of complex regional pain syndrome in adults: A systematic review of randomized controlled trials published from June 2000 to February 2012. *Eur J Pain*, 17, 158–173.
- Jack K., McLean S.M., Moffett J.K. & Gardiner E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther*, 15(3-2), 220-228.
- Lewin-Kowalik J., Marcol W., Kotulska K., Mander M., & Klimczak A. (2006). Prevention and management of painful neuroma. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 46, 62-68.
- Mackinnon S.E. & Dellon A.L. (1987). Results of treatment of recurrent dorsoradial wrist neuromas. *Ann Plas Surg* 19(1), 54-62.
- Nijs J., Meeus M., Van Oosterwijck J., Roussel N., De Kooning M., Ickmans K. & Matic M. (2011). Treatment of central sensitization in patients with ‘unexplained’ chronic pain: what options do we have? *Expert Opin. Pharmacother*, 12(7), 1087-1098.
- Spicher C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Medical.
- Spicher C.J. (2013). Personal communication, April 17, 2013. Montreal (Qc).
- Stokvis A., Coert J.H., & van Neck J.W. (2010). Insufficient pain relief after surgical neuroma treatment: Prognostic factors and central sensitisation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 63(9), 1538-43.
- Woolf C.J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S2-15.
- Zimmerman M. (2001). Pathobiology of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol*, 429(1-3), 23-37.

## Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

To MD    To neuroscientist  To patient    To therapist   

Spicher, C.J.<sup>24</sup> & Létourneau, E.<sup>25</sup>

From the 1<sup>st</sup> of July 2004 until the 10<sup>th</sup> of July 2013, **1950 patients** have been assessed and then **888 neuropathic pain patients** completed their treatment through somatosensory rehabilitation of pain:

Neuropathic pain patients assessed					
Negative Diagnostic Testing of Axonal Lesions	Stade I with somatosensory disorders without pain	Axonal lesions Stages II, III, IV & V <sup>26</sup> with peripheral neuropathic pain syndromes			
		Assessment only	Treatment interrupted	Treatment finished	Still on treatment
33	162	365	414	<b>888</b>	88
33	162	1755			
33	1917				
<b>1950</b>					

At the first session, people presented neuropathic pain for:

Duration of pain at the first session Axonal lesions Stages II, III, IV & V ( <i>n</i> =888) before Somatosensory Rehabilitation of Pain			
Min. –Max. (month)	Mean (month)	Median (month)	SD
1 – 588	<b>40.6</b>	14.0	73.8

According to the following table for these 888 patients treated, the duration of the treatment was four and a half months on average:

Duration of treatment ( <i>n</i> =888)			
Min. –Max. (days)	Mean (days)	Median (days)	SD
11 – 1258	<b>144.3</b>	108	134.5

<sup>24</sup> University Scientific Collaborator, Unit of Physiology and Program in Neurosciences, Department of Medicine, Fribourg, Switzerland

<sup>25</sup> BSc OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain; Somatosensory Rehabilitation Centre ; 6, Hans-Geiler Street; 1700 Fribourg, Switzerland [reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch](mailto:reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch)

<sup>26</sup> Complex Regional Pain Syndrome

## Somatosensorische SchmerztherapeutInnen in der Welt

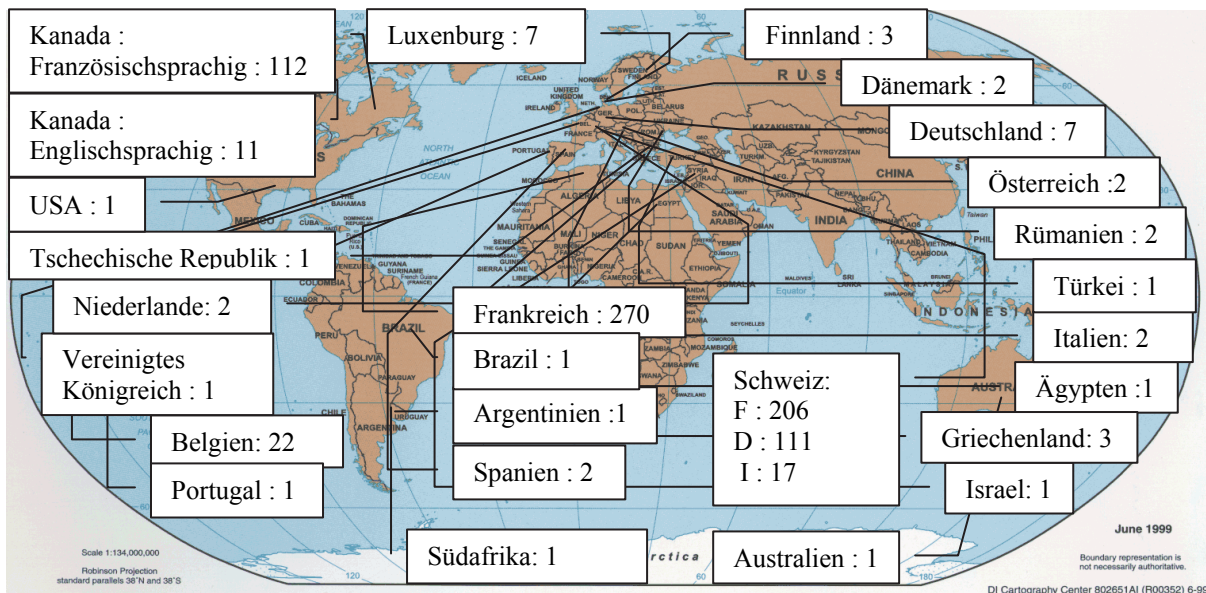
Für Ärzte

Für Neurowissenschaftler

Für Patienten

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 domiziiert sind.



1	Frankreich	270
2	Schweiz : Französischsprachig	206
3	Kanada : Französischsprachig	113
4	Schweiz : Deutschsprachig	111
5	Belgien : Französischsprachig	22
6	Schweiz : Italienischsprachig	17
7	Kanada : Englischsprachig	11
8	Luxemburg	7
9	Deutschland	7
10	Finnland	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
28	Brazil	1

**TOTAL 792**



Date: 6 - 7 février 2014

Certificat en rééducation sensitive de la douleur

*7<sup>ème</sup> volée*

**Diminution des douleurs neuropathiques par rééducation sensitive**

**Module 1 : Troubles de base I & II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiplegies 7<sup>ème</sup> volée**

**Isabelle QUINTAL  
de Montréal à Bruxelles**

**Isabelle QUINTAL, BSc erg., RS certifiée CREA-HELB, Québec**

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

**Info : [www.crea-helb.be](http://www.crea-helb.be) / [crea@helb-prigogine.be](mailto:crea@helb-prigogine.be)**

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur  
et pour l'obtention du titre tant convoité de **RS certifié CREA-HELB**

**avec le NOUVEAU  
Manuel de rééducation sensitive  
Spicher & Quintal (2013)**

**X<sup>ème</sup> COURS**  
*Depuis 2005*

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

**Date: 17 - 20 mars 2014**

**Certificat en rééducation sensitive de la douleur**

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

Nadège Buchet (-Desfoux), ergothérapeute DE, rééducatrice sensitive de la douleur  
 certifiée

Claude Spicher, rééducateur de la main re-certifié SSRM, 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

**23-26 October 2013**

**EFIC<sup>®</sup> - 8<sup>th</sup> "Pain in Europe" Congress**

**Place**

Firenze, Italia

**Info**

[efic2013@kenes.com](mailto:efic2013@kenes.com) / [www.kenes.com/efic](http://www.kenes.com/efic)

**14-15 novembre 2013**

**47<sup>ème</sup> Congrès annuel SSCM / 15<sup>ème</sup> Congrès suisse SSRM**

Palais des Congrès

**Place**

Bienne, Suisse

**Info**

[www.sgh-sghr-kongresse.ch](http://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<sup>ème</sup> volée**

**Lieu**

CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Europe

**Info**

[www.crea-helb.be](http://www.crea-helb.be) / [crea@helb-prigogine.be](mailto:crea@helb-prigogine.be)  
[www.anfe.fr](http://www.anfe.fr) / [sfc.secretariat@anfe.fr](mailto:sfc.secretariat@anfe.fr)

---

<b>10-11 avril 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module Troubles de base I &amp; II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiplésies 8<sup>ème</sup> volée</b>
<b>Lieu</b>	Université de Montréal, Faculté de médecine, Ecole de réadaptation
<b>Info</b>	<a href="mailto:line.gagnon.3@umontreal.ca">line.gagnon.3@umontreal.ca</a>
<b>Formatrice</b>	Isabelle Quintal, BSc erg., RS certifiée CREA-HELB
<b>Langue</b>	québécois

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

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur  
et pour l'obtention du titre tant convoité de **RS certifié CREA-HELB**

---

<b>14–16 avril 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 3 Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II &amp; Complications douloureuses II 8<sup>ème</sup> volée</b>
<b>Lieu</b>	Université de Montréal, Faculté de médecine, Ecole de réadaptation
<b>Info</b>	<a href="mailto:line.gagnon.3@umontreal.ca">line.gagnon.3@umontreal.ca</a>
<b>Formateurs</b>	Claude Spicher et Dr Marc Zaffran

---

<b>14-16 mai 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 2 Analyse de pratiques, Anatomie clinique I &amp; Complications douloureuses I 7<sup>me</sup> volée</b>
<b>Lieu</b>	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
<b>Info</b>	<a href="http://www.crea-helb.be">www.crea-helb.be</a> / <a href="mailto:crea@helb-prigogine.be">crea@helb-prigogine.be</a> <a href="http://www.anfe.fr">www.anfe.fr</a> / <a href="mailto:sfc.secretariat@anfe.fr">sfc.secretariat@anfe.fr</a>

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur  
et pour l'obtention du titre tant convoité de **RS certifié CREA-HELB**

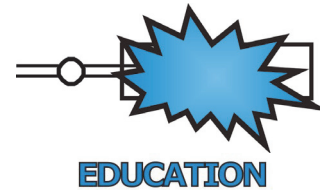
---

**SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK**

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)

Departement of  
Continuous education

6, Hans-Geiler Street  
CH - 1700 FRIBOURG  
[info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)



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

[www.neuropain.ch/education/calendar](http://www.neuropain.ch/education/calendar)

The 6<sup>th</sup> course for **somatosensory rehabilitation of pain** is a four day comprehensive theoretical and hands-on course for therapists, physicians and others, about a method to treat 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 release) and also 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 $\beta$  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 $\beta$  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 $\beta$  fibers lesions (hypoaesthesia and/or mechanical allodynia). Consequently, the normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on neuropathic pain.

Since 2006,  
2014's SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN

### 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 of Pain Network

- Claude Spicher, Scientific collaborator (University of Fribourg – Neurophysiology Unit), Swiss certified HT;  
[www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php)
- Eva Létourneau, BSc OT (University of Montreal), Certified Somatosensory Rehabilitation of Pain, therapist in the Somatosensory Rehabilitation Ctr (Fribourg – Switzerland).  
[linkedin.com/profile/letourneau](https://www.linkedin.com/profile/letourneau)

### Course Informations

Date	8 <sup>th</sup> to 11 <sup>th</sup> of September 2014
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Duration	28 hours
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Fribourg, Switzerland
Price	All together € 557 / CHF 690 / 760 CAD Dollars / 728 US Dollars / £ 480 (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.

## 6<sup>th</sup> Course for Somatosensory Rehabilitation of Pain

[www.neuropain.ch/education/calendar](http://www.neuropain.ch/education/calendar)



---

6<sup>th</sup> Course for Somatosensory Rehabilitation of Pain  
(Since May 2006)  
8<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup> of September 2014

## REGISTRATION FORM

Deadline: Monday, 30<sup>th</sup> June 2014

**Name:**

**First (given) name:**

**Professional occupation:**

**Address:**

**e-mail address:**

**Please fill and return to:**

Somatosensory Rehabilitation of Pain Network  
Department of Continuous Education  
6, Hans-Geiler Street  
CH-1700 Fribourg  
Switzerland

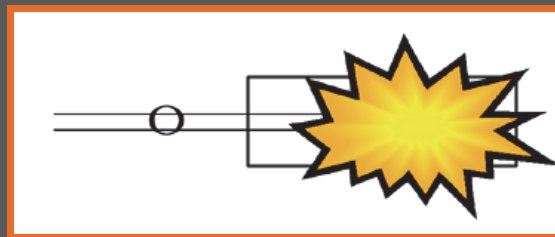
e-mail : [info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)

**or**

Fax: +41 26 350 06 35

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

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)



**Methode  
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Weiterbildung  
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Forschung  
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

**Zentrum  
der Somatosensorischen Schmerztherapie**

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)

## Who are you?

**You are 37'658 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world on the 5 continents, in 138 countries:** 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, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, Estonia, Ethiopia, Finland, France, Gabon, Georgia, Germany, Ghana, Greece, Guatemala, Hong Kong, Haïti, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Irak, 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 Democratic of Congo, 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, **who are receiving the e-News for Somatosensory Rehabilitation.**

### IMPRESSUM

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

#### Editor-in-chief

Claude J SPICHER, University scientific collaborator, Swiss Certified HT, OT.

#### Co-editor

Fanny HORISBERGER, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain

#### Assistant editors

Marion VITTAZ, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain

#### International assistant editors

Rebekah DELLA CASA, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Switzerland)

Elinor BEHAR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Belgium, Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (France)

Catherine COUVREUR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (Belgium)

Tara L PACKHAM, MSc, OT Reg. (Ontario, Canada)

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

Guillaume LEONARD, PhD, MSc, pht (Québec, Canada)

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Ivano DONES, MD (Italy)

#### Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

Prof R MELZACK, OC, OQ, FRSC, PhD (Québec, Canada)

**Published:** 4 times per year since 2004

**Deadline:** 10<sup>th</sup> January, 10<sup>th</sup> April, 10<sup>th</sup> July, 10<sup>th</sup> 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, عربية

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

**e-mail :** [info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)