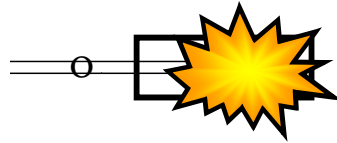


e-News for Somatosensory Rehabilitation



GUEST EDITOR
Tamara PRUSHANSKY, PT, PhD



Department of Physical Therapy
The S. Steyer School of
Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel-Aviv University
Israel

Contents – Inhalt – Sommaire

GUEST EDITORIAL Prushansky, T. Assessing Change	146
WHO ARE YOU?	151
TEMOIGNAGE D'UNE PATIENTE No 9 « Et moi aussi pour finir je pensais que c'était plus psychique que réel ». A. R.	152
Retrospective NO COMMENT REVIEW: No 1-9	153
NO COMMENT Nr. 10 Spicher, C.J., Raemy, H. & Desfoux, N.	164
SOMATOSENSORY REHABILITATION CENTRE'S STATISTICS	168
SCHATTEN & HALBSCHATTEN	170
CONTINUOUS EDUCATION –	171
LETTER TO THE EDITOR Fauchère, P.-A	174

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

Neuropathic Pain Syndromes	Mechanical Allodynia Distribution
CRPS II	59 %
Incessant Neuralgia	39 %
Intermittent Neuralgia	20 %
Mean	33 %

Table 3: About 1333 axonal lesions assessed, 444 axonal lesions presented a positive allodyngography: 444 / 1333 = 33 %.
See also page 168

GUEST EDITORIAL
Tamara Prushansky, PT, PhD¹

Assessing Change

Rehabilitation of whatever system or type, neurological, orthopaedic, respiratory etc., is about change. It focuses on bringing up the patient from one level to another, hopefully with the latter being better, higher, faster or the likes. The difference in the levels is the change. If a change takes place, rehabilitation will correspondingly change or even reach a point of discharge. Hence determination of change is a most critical component, for the patient, the clinician, the health provider and society at large.

In the present context, 'level' relate to the magnitude of a relevant clinical outcome measure (COM) which may refer on one hand to basic unimodal variable such as joint range of motion but may equally apply to a more complex entity such as pain. Moreover, as rehabilitation targets the level of functioning, function may be the ultimate outcome measure which often is the hardest to define quantitatively (1).

However, in order to state that a COM-based change took place one has first to measure the magnitude of the COM at 2 (or sometimes more) points in time, with respect to which the difference is defined. Therefore change implies measurement. Although in its widest scope measurement may include COMs defined as nominal or ordinal, clinicians aspire to express their findings in at least interval scale terms thus opening the door to more advanced statistical handling and inference (2).

Though, on its face calculating change may seem a simple task: subtracting the value of the COM at baseline measurement from its counterpart derived from the criterion measurement, it is in fact a fairly involved procedure. Specifically, often clinicians consider any difference in COM scores as change, positive or negative. This approach is erroneous as COMs like any other measurands are subject to fluctuations resulting from instrument-, patient-, examiner- and environment-related factors. These fluctuations create a 'band' of un-

¹ Department of Physical Therapy, The S. Steyer School of Health Professions, Sackler

Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Israel prushans@post.tau.ac.il

certainty around the 'true' COM score which is termed the measurement error. In order to determine whether a real change had occurred it is essential that the magnitude of the change would exceed that of the measurement error. Moreover, even if a statistically significant difference between mean (group) COM scores is indicated, this does not necessarily imply that the change (difference) observed was greater than the measurement error, at least as far as an individual patient is concerned. The most effective approach for evaluating the measurement error for a given COM is to conduct reproducibility, test-retest study in a stable patient group. Hypothetically, if the results of the test and the retest are identical, the measurement error is zero. However, a difference between the seemingly identical sets of measurements exists leading eventually to a score. One of the most common such scores is the standard error of measurement (SEM) which incorporates the standard deviations of the test and retest scores as well as the correlation between them. When the SEM is multiplied by a constant factor, the resulting scores becomes a statistical concept termed the cutoff which delineates a real change from a mere difference. The higher the constant factor, the higher is the confidence with which one may proclaim a real change. Normally, the level of confidence required in most clinical studies is 95%. The cutoff may be expressed in the actual (absolute) units of the COM or alternatively as a percent of the baseline values. It should also be emphasized that the magnitude of the cutoff strongly depends on the sample size of the test-retest cohort of patients (3).

The Smallest Real Difference (SRD) is one of a few coined terms equivalent to the abovementioned cutoff (3, 4). Differences that are greater than the SRD are also referred to as clinimetric changes (5). In recent years a growing body of research has been dedicated to the determination of the SRD with respect to various COMs. For instance, Flansbjer et al (6) calculated the magnitude of the SRD relating to 6 gait performance tests (COMs) in patients suffering from mild to moderate hemiparesis. The range of relative (%) SRDs was 13-23% meaning that in order to proclaim a real change in such patients, the criterion score must be better than the baseline score by 13-23% depending on the specific COM. Moreover, with a 95% level of confidence associated with these cutoffs, this range of SRDs is clinically reasonable. On the other hand, research relating to measures of pain using the pressure pain threshold scores in whiplash patients revealed that the SRDs was about 30% (7). On the other hand, using the 10cm visual analogue scale (VAS) for the same group of patients yielded an absolute SRD equivalent to 3.76cm (7). Such an SRD becomes somewhat irrelevant for patients who initially score around 4cm or below. Alternatively, for patients scoring around 9 cm (considered a very strong pain) this SRD, when expressed in relative terms, is still quite strin-

gent: around 40%. Many other studies of different COMs have indicated SRDs within the range of 20-40%. It emerges that the SRD is a fairly stringent criterion for real change.

This leads to the question of whether and how should the cutoff concept (SRD or others) be applied in the field of rehabilitation. It is suggested that the cutoff may not be uniformly applied to all COMs. In other words in cases where the SRD is within 25% margin, it offers a robust means for assessing change. In other cases, whether the $SRD > 25\%$ or has not been determined yet, clinicians should rely on their clinical judgment but incorporate individual patient-based assessments like the Patient Global Impression of Change (8). That said, research about the meaning and judgment of change should continue regarding all facets of rehabilitation.

References:

1. Crosby RD, Kolotin RL, Williams GR. Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56:395-407, 2003.
2. Valentine J, Simpson JM. Deciding whether a change in a patient's performance is a genuine change. *Clinical Rehabilitation*, 16:837-842, 2002.
3. Beckrman H, Roebroek ME, Lankhorst GJ, Becker JG, Bezemer PD, Verbeek ALM. Smallest real difference, a link between reproducibility and responsiveness. *Quality of Life Research*, 2001; 10:571-578.
4. Beaton DE, Boers M, Wells GA. Many faces of the minimal clinically important difference (MCID): a literature review and directions for future research. *Current Opinion in Rheumatology*, 14:109-114, 2002.
5. Dekker J, Dallmeijer AJ, Lankhorst GJ. Clinimetrics in rehabilitation medicine: current issues in developing and applying measurements instruments. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37:193-201, 2005.
6. Flansbjer UB, Holmback AM, Downham D, Patten C, Lexell J. Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37:75-82, 2005.
7. Prushansky T, Handelzalts S, Pevzner E. Reproducibility of pain pressure threshold and visual analogue scale findings in chronic whiplash patients: A study of clinically meaningful changes. *Clinical Journal of Pain*, 23:339-345, 2007.
8. Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measure. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 27: 26-35, 2004.



ANATOMIE & PHYSIOLOGIE DE LA SENSIBILITE CUTANEE DU MEMBRE INFERIEUR



ANATOMIE & PHYSIOLOGIE DE LA SENSIBILITE CUTANEE DU MEMBRE INFERIEUR

Contexte problématique

Lorsque nous cherchons à objectiver des lésions périphériques du système somesthésique, l'organisation des territoires de distribution cutanée nous fait souvent défaut :

- les limites qui s'étendent au delà du territoire autonome,
- le réseau de bifurcations des branches vers leur tronc.

But

- Faire le point sur l'anatomie des nerfs sensitifs du membre inférieur et sur la physiologie de la sensibilité cutanée
- Intégrer ces connaissances avec le bilan diagnostique de lésions axonales
- Faire des liens entre les neurosciences, la médecine et la réhabilitation

Contenu

- Méthodologie d'apprentissage de l'anatomie et de la physiologie afférente de la sensibilité cutanée
- Description systématique des territoires de distribution cutanée avec démonstration sur un modèle
- Atelier à trois pour redessiner ces territoires sur votre membre inférieur
- Description systématique des trajets des branches cutanées du membre inférieur
- Intégration des acquis de la journée à la rééducation sensitive

FORMATEURS

Dr Pascal RIPPSTEIN, Médecin-chef du Centre de Chirurgie du pied de la Clinique Schulthess à Zürich

Prof Eric ROUILLER, Docteur en sciences (PhD), Unité de physiologie, Département de médecine, Université de Fribourg

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/eric.php>

M. Claude SPICHER, ergothérapeute, rééducateur de la main certifié SSRM, Centre de rééducation sensitive, Clinique Générale, Fribourg, & collaborateur scientifique, Unité de physiologie, Université de Fribourg. <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/claude.php>

DESTINATAIRES

Ergothérapeute, physiothérapeute, médecin

<i>Date</i>	<i>Jeudi 31 janvier 2008</i>
<i>Horaires</i>	<i>9h – 12h30 et 13h30 – 17h</i>
<i>Durée</i>	<i>7 heures</i>
<i>Lieu</i>	<i>Unité de physiologie, Petit auditoire, Rue du Musée 5, 1700 Fribourg</i>
<i>Prix</i>	<i>CHF 240.- Y compris le support de cours</i> <i>Nombre de participants limité</i>

Renseignements et inscription

Secrétariat de physiologie

Rue du Musée 5

1700 Fribourg

Tél. 026 / 300 85 90 – Fax : 026 / 300 97 34

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php>

Talon d'inscription

Anatomie & physiologie de la sensibilité cutanée du membre inférieur

Nom, Prénom :

Adresse:

Numéro postal, Ville:

Tél : e-mail:

Date:Signature:

*S'inscrire auprès de: (Délai d'inscription: **lundi 31 décembre 2007**):*

Madame Murielle Rouiller, Secrétariat de physiologie, Rue du Musée 5, CH -1700 Fribourg.

e-mail : murielle.rouiller@unifr.ch év. Fax : 026 / 300 97 34

Who are you?

You are 6,109 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world receive the e-News for Somatosensory Rehabilitation on the 5 continents, in 111 countries:

Algeria, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Bangladesh, Belarus, Belgium, Bahamas, Bermuda, Bosnia & Herzegovina, Brazil, Bulgaria, Cameroon, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cote d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Ecuador, Egypt, Estonia, Ethiopia, Finland, France, Georgia, Germany, Ghana, Greece, Guatemala, Hong Kong, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Irak, Iran, Ireland, Israel, Italy, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Kuwait, Kyrgyzstan, Latvia, Lebanon, Libya, Lithuania, Luxemburg, Macau, Madagascar, Malaysia, Malta, Mauritius, Mexico, Moldova, Mongolia, Montenegro, Morocco, Namibia, Nepal, Netherlands, New Zealand, Nigeria, Northern Ireland, Norway, Pakistan, Paraguay, Palestine, Panama, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Romania, Russia, Rwanda, Saudi Arabia, Senegal, Serbia, Singapoure, Slovakia, Slovenia, South Africa, South Korea, Spain, SriLanka, Sudan, Sweden, Switzerland, Taiwan, Tanzania, Thailand, Tunisia, Turkey, Uganda, Ukraine, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Zambia, Zimbabwe.

Des collègues qui souhaiteraient recevoir *e-News for Somatosensory Rehabilitation* – Concerning colleagues interested in receiving *e-News for Somatosensory Rehabilitation* – Für Kollegen die interessiert wären *e-News for Somatosensory Rehabilitation* zu bekommen

N'hésitez pas à communiquer à la rédaction reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch les adresses e-mail des personnes susceptibles d'être intéressées à recevoir gratuitement *l'e-News for Somatosensory Rehabilitation*.

Nous nous engageons à ne pas revendre vos coordonnées et autres informations à des partenaires tiers. Votre adresse e-mail ne sera pas communiquée, vous ne recevrez pas de publicité non sollicitée de notre part.

Zögern sie nicht ihre persönliche-mail Adresse der Redaktion bekannt zu geben, um ihr Interesse zu bekunden die *e-News for Somatosensory Rehabilitaion* gratis zu erhalten.

Wir sind bemüht darum ihre Daten und sonstige Informationen weiter zu verkaufen. Ihre e-mail Adresse wird nicht bekannt gegeben und sie werden keine unerwünschten Reklamen von unserer Seite her erhalten. Ihre e-mail Adresse wird ausschliesslich für diese Sendung benutzt. Wenn sie wünschen von unserer *e-News* Datenbank gelöscht zu werden, senden sie ein Vermerk an: reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

If at any time you wish to be removed from our *e-News* database, please make this request to: reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Témoignage d'une patiente (No. 9):

« Et moi aussi pour finir je pensais que c'était plus psychique que réel ».

Ça fait 19 mois que j'ai accouché par voie basse.

Depuis ce jour j'avais des brûlures, des picotements.

Pour avoir des rapports avec mon mari ça m'était très douloureux, j'avais des brûlures insupportables et de moins en moins envie de le faire. Pour un couple ce n'est pas très évident car le partenaire fini par penser qu'on simule la douleur et moi aussi pour finir je pensais que c'était plus psychique que réel.

Je ne pouvais presque plus mettre des pantalons sauf des larges car le frottement finissait par me faire mal et m'irritait beaucoup. Quand j'étais indisposée le fait de mettre une bande hygiénique aussi me faisait des brûlures insupportables et les tampons on n'en parle pas. Lors d'un contrôle chez ma gynécologue je lui en ai parlé et elle m'a dirigé vers le Centre de rééducation sensitive.

Mon thérapeute m'a expliqué ce qui se passait et ça m'a vraiment aidé. J'ai arrêté de m'angoisser, d'y penser car je me posais souvent la question de savoir si ça se passait dans ma tête. En ayant suivi toutes les instructions de M. Spicher, j'ai pu constater des améliorations de jours en jours. Les picotements ne sont plus là, il y a encore un peu les brûlures mais beaucoup moins fortes qu'au début. Je ne me pose plus la question de savoir si tout ça était réel.

A. R.

[Retrouvez cette patiente le 25 janvier 2008 dans notre *volume 5(1)* sous la rubrique No Comment No. 11]

No Comment Review

No 1

e-News 3(1)

Mathis, F., Degrange, B. & Spicher, C.J.

Femme de 52 ans avec douleurs neuropathiques depuis l'âge de 9 ans, soit depuis 43 ans, suite à la chute d'une poutre sur son dos.

Diagnostic somesthésique : Hypoesthésie de la branche dorsale du 7^{ème} nerf cervical avec névralgie cervicale (stade III de lésions axonales) mise en évidence le 8 août 2005.

Date	Territoire distribution cutanée	SPP	McGill Pain Questionnaire
08.08.2005	Allodynie (Fig. 1)	Intestable	36 %
19.08.2005	Allodynie	Intestable	6 %
21.09.2005	Hypoesthésie (Fig. 2)	3,1 g	2 %
21.11.2005	Hypoesthésie	1,3 g	0 % (parfois 2%)

Date	Territoire allodynique	McGill Pain Questionnaire	Stade
08.08.2005	370 cm ²	36 %	III
19.08.2005	127 cm ²	6 %	III
29.08.2005	Ø	ND	I

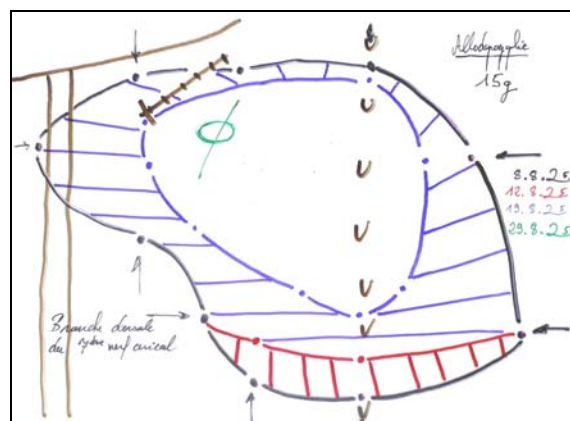


Fig. 1 : Allodynographies successives

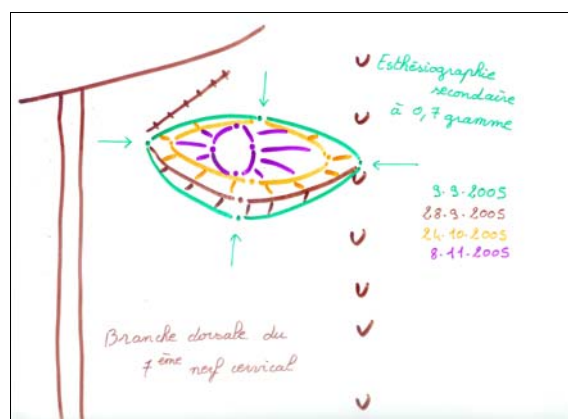


Fig. 2 : Esthésiographies secondaires successives

Total des douleurs selon la patiente 8.8.2005 / 28.11.2005	
Sensorielles: Irradiante 4 / 0, Coup de poignard 4 / 0, Chaleur 4 / 0, Serrement 2 / 0, Engourdissement 2 / 0, Parfois : coups de poignard 3 Sous Total: 44 % / 0 % (parfois 9 %)	Affectives-émotionnelles: Insupportable 4 / 0, Obsédante 2 / 0, Enervante 1 / 0, Sous Total: 25 % / 0 %
Total : 36 % / 0 % (parfois 2 %)	

No Comment Review **No 2** *e-News 3(2)*

Mathis, F., Degrange, B. & Spicher, C.J.

Homme de 55 ans avec douleurs neuropathiques depuis 16 mois, suite à un traumatisme ayant engendré d'une part une amputation des orteils et d'autre part des lésions axonales du nerf saphène.

Diagnostic somesthésique : Névralgie crurale incessante du nerf saphène avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales) mise en évidence le 6 octobre 2005.

Date	Territoire allodynique	McGill Pain Questionnaire	Stade
06.10.2005	150 cm ²	38 – 42 %	IV
21.12.2005	20 cm ²	23 – 32 %	IV
01.02.2006	∅	ND	III

Date	Territoire distribution cutanée	Arc-en-ciel	SPP	McGill Pain Questionnaire	Stade
06.10.2005	Allodynie (Fig. 1)	JAUNE	Intestable	38 - 42%	IV
23.11.2005	Allodynie	BLEU	Intestable	23 - 32%	IV
21.12.2005	Allodynie	INDIGO	Intestable	23 - 32%	IV
01.02.2006	Hypoesthésie (Fig. 2)	∅	1,9 g	ND	III
19.04.2006	Hypoesthésie	∅	0,6 g	9 - 25%	III

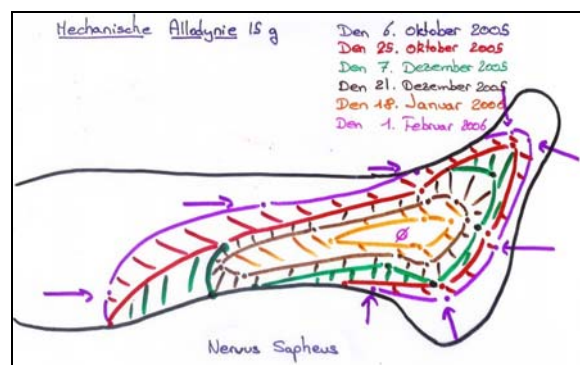


Fig. 1 : Allodynographies successives

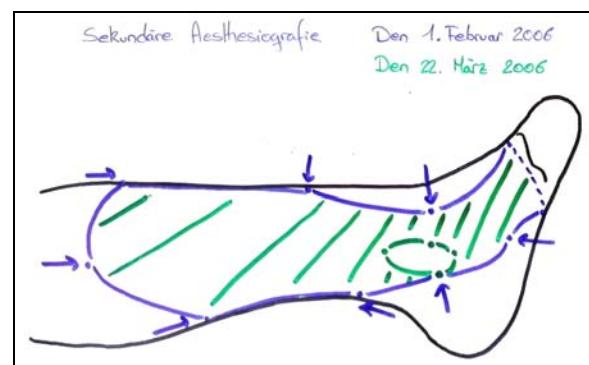


Fig. 2 : Esthésiographies secondaires successives

Total des douleurs selon le patient (McGill Schmerz-Fragebogen) 6.10.2005 / 19.04.2006	
Sensorielles (65 pts. max.): Einschüßend 5 / 2, Ausstrahlend 5 / 0, Kalt 4 / 0, Pieksend 4 / 2, Krampfend 4 / 0, Beissend 3 / 0, Schmerzend 3 / 2, Taub 3 / 2, Sous Total: 48 % / 12 %	Affectives-émotionnelle (35 pts. Max.): Ermüdend 4 / 1, Störend 3 / 0, Sous Total: 11 % / 3 %
Total : 38 % / 9 %	

No Comment Review No 3 e-News 3(3)

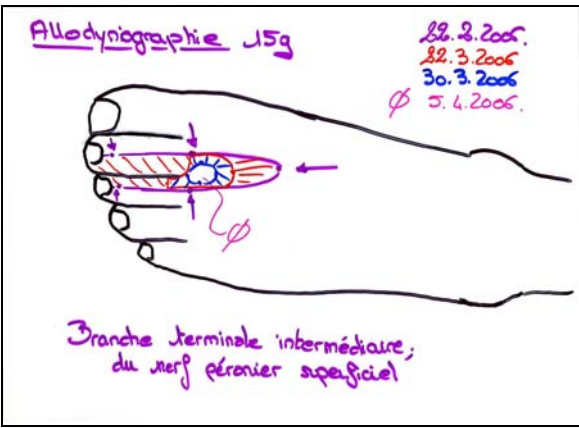
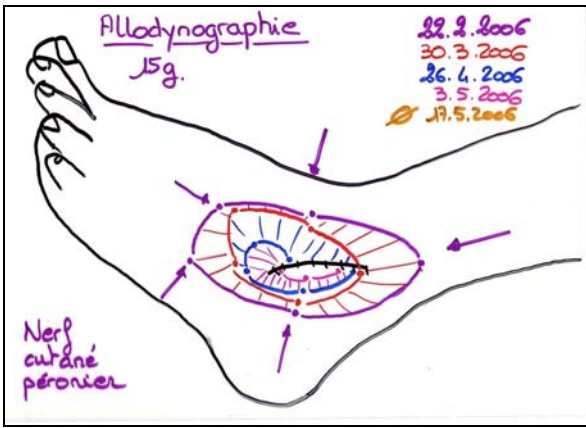
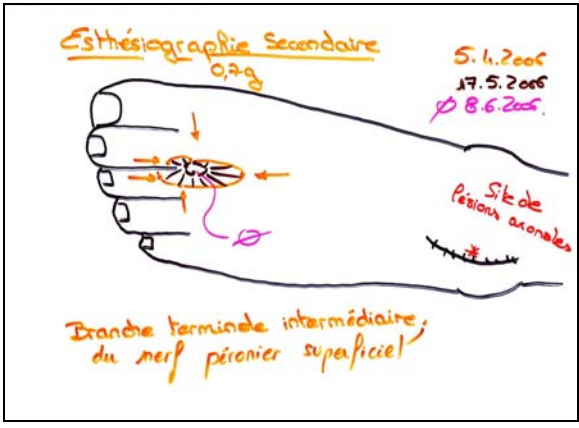
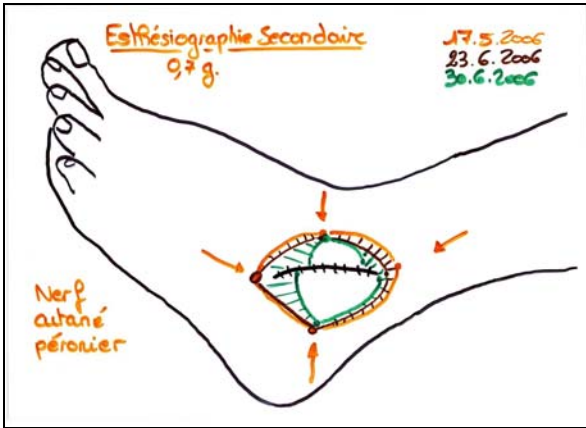
Mathis, F., Degrange, B. & Spicher, C.J.

Femme de 22 ans avec douleurs neuropathiques depuis 24 mois, traumatisme au niveau de la cheville gauche suite à un accident.

Diagnostics : Status post arthrotomie, fixation d'un fragment ostéocondral de l'astragale.

Diagnostics somesthésiques mis en évidence le 22 février 2006 :

- Névralgie fémoro-poplitée intermittente de la branche terminale intermédiaire ; du nerf péronier superficiel avec allodynie mécanique (stade III de lésions axonales).
- Allodynie mécanique simple du nerf cutané péronier (stade II de lésions axonales).

1. Branche terminale intermédiaire; du nerf péronier superficiel	2. Nerf cutané péronier
L'allodynie	
 <p style="text-align: center;">Fig. 1</p>	 <p style="text-align: center;">Fig. 2</p>
L'esthésiographie secondaire	
 <p style="text-align: center;">Fig. 3</p>	 <p style="text-align: center;">Fig. 4</p>

Date 2006	Territoire distribution cutanée (1)	Arc-en-ciel	SPP	2 pts	Questionnaire de la douleur St-Antoine (parfois)	Territoire distribution cutanée (2)	Arc-en-ciel	SPP	2 pts
22.2	Allodynie (Fig. 1)	INDIGO	Intestable		33% (47%)	Allodynie (Fig. 2)	BLEU	I n t e s t a b l e	
22.3	Allodynie	VIOLET			28% (42%)	Allodynie	BLEU		
05.4	Hypoesthésie (Fig. 3)	Ø	1,8 g	ND	ND	Allodynie	INDIGO		
19.4	Hypoesthésie	Ø	ND	48 mm	14%	Allodynie	INDIGO		
03.5	Hypoesthésie	Ø	ND	41 mm	ND	Allodynie	VIOLET		
17.5	Hypoesthésie	Ø	ND	35 mm	ND	Hypoesthésie (Fig. 4)	Ø	2,0 g	ND
24.5	Hypoesthésie	Ø	1,3 g	ND	11%	Hypoesthésie	Ø	ND	30 mm
08.6	Hypoesthésie	Ø	0,9 g	25 mm	ND	Hypoesthésie	Ø	2,0 g	ND
10.7	Hypoesthésie	Ø	ND	21 mm	5% (8%)	Hypoesthésie	Ø	1,0 g	21 mm



Fruit d'un questionnaire de plusieurs années autour de la « douleur médicalement inexpliquée », ce livre clarifie les concepts liés aux troubles somatoformes, à la dépression et aux autres troubles psychiques qui font l'ordinaire de la douleur chronique. Il présente et discute les entités controversées que sont la lombalgie commune, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, les séquelles tardives attribuées à l'entorse cervicale et le curieux phénomène des maladies sodogéniques de masse. Il donne des règles de prise en charge de situations où il n'est plus question de guérir, mais bien d'aider à supporter. Enfin, ce livre aborde le problème de la reconnaissance de la douleur somatoforme par les assurances sociales, constatant que le législateur, comme le praticien peine à faire la différence entre la « maladie » compensable et la « souffrance » qui ne l'est pas.

Outil de travail pratique, cet ouvrage s'adresse aux médecins de premiers recours, aux psychiatres et psychothérapeutes, ainsi qu'aux gestionnaires de cas et aux médecins conseil ou médecins experts. Le patient touché par ces troubles et le public intéressé y trouveront également des explications claires.

Le Dr Pierre-André Fauchère est médecin psychiatre. Il a exercé dans le privé et dans un grand hôpital général. Il dirige le service de psychosomatique d'une clinique de réadaptation qui prend en charge, de façon interdisciplinaire, des patients accidentés et il collabore avec l'équipe de psychiatrie de liaison de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève.

Un ouvrage de 272 pages,
au format 16,5 x 23,5 cm
au prix de vente:
SFr 59.- / € 38.- (TVA incl.)
ISBN: 978-2-88049-236-6

M. H. EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE

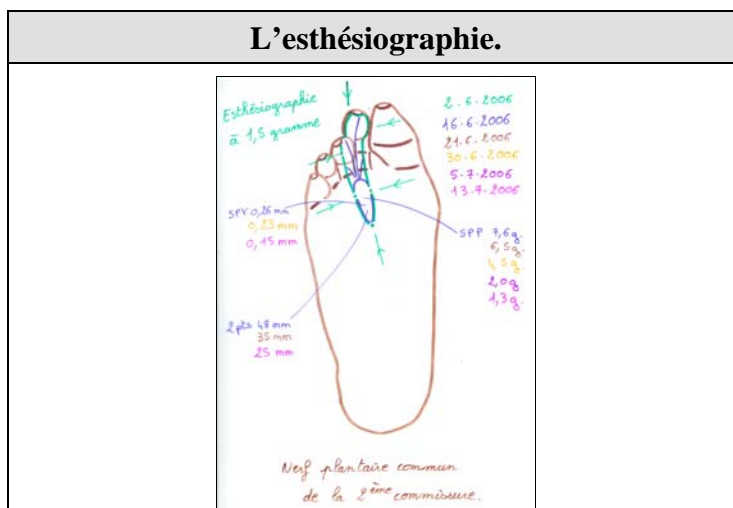
Vous pouvez passer votre commande:
par fax au N° (041 22) 702 93 55
par e-mail: librairie@medhyg.ch
ou via notre site Internet: www.medhyg.ch

Bernier, G., Degrange, B. & Spicher, C.J.

Madame B est une femme de 56 ans présentant des douleurs neuropathiques depuis 30 mois.

Diagnostic somesthésique mis en évidence le 2 juin 2006 :

Névrалgie fémoro-poplitée intermittente (stade III de lésions axonales) du nerf plantaire commun de la deuxième commissure ; du nerf plantaire médial.



Rééducation de l'hyposensibilité :

Date	Territoire distribution cutanée	SPP	2 pts	Questionnaire de la douleur St-Antoine
02.06	Hypoesthésie	ND	ND	16%
16.06	Hypoesthésie	7,6 g	48 mm	ND
21.06	Hypoesthésie	6,5 g	35 mm	ND
05.07	Hypoesthésie	2,0 g	ND	0 %
13.07	Hypoesthésie	1,3 g	25 mm	ND

Désensibilisation du site de lésions axonales :

Date	Site de lésions axonales	Seuil d'irradiation induit par la vibration (But > 1,00mm)
02.06	Évalué	0,35 mm
16.06	Présent	0,47 mm
13.07	Désensibilisé	> 1,00 mm

No Comment Review

No 5

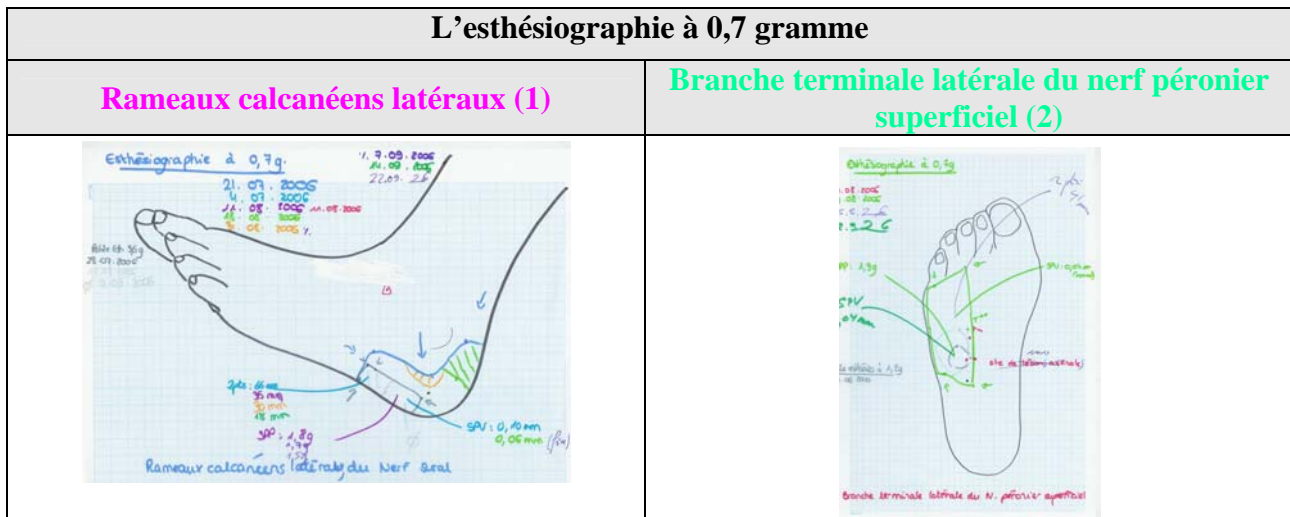
e-News 4(1)

Bernier, G., Degrange, B., Desfoux, N. & Spicher, C.J.

Madame V. est une femme de 58 ans présentant des douleurs neuropathiques depuis 10 mois.

Diagnostics somesthésiques mis en évidence le 21 juillet 2006 :

- Névralgie fémoro-poplitée incessante (stade IV de lésions axonales) des rameaux calcanéens latéraux, du nerf sural.
- Hypoesthésie (Stade I) de la branche terminale latérale; du nerf péronier superficiel.



Rééducation de l'hyposensibilité :

Date	Territoire distribution cutanée (1)	SPP	2 pts (norme 15mm)	Questionnaire de la douleur St-Antoine	Date	Territoire distribution cutanée (2)	SPP	2 pts (norme 15mm)	Questionnaire de la douleur St-Antoine
04.08	Hypoesthésie	ND	66 mm	24%	11.08	Hypoesthésie	ND	ND	24%
11.08	Hypoesthésie	1,8 g	35 mm	ND	18.08	Hypoesthésie	1,9 g	ND	ND
31.08	Hypoesthésie	ND	30 mm	12 à 23 %	25.08	Hypoesthésie	ND	41 mm	12 à 23 %
07.09	Hypoesthésie	1,7 g	ND	ND	26.10	Hypoesthésie	1,1 g	35 mm	2 %
14.09	Hypoesthésie	ND	18 mm	ND					
22.09	Hypoesthésie	1,5 g	ND	2 %					
10.10	Hypoesthésie	ND	15 mm	ND					
19.10	Hypoesthésie	0,7 g	ND	ND					

Désensibilisation du site de lésions axonales de la branche terminale latérale du nerf péronier superficiel

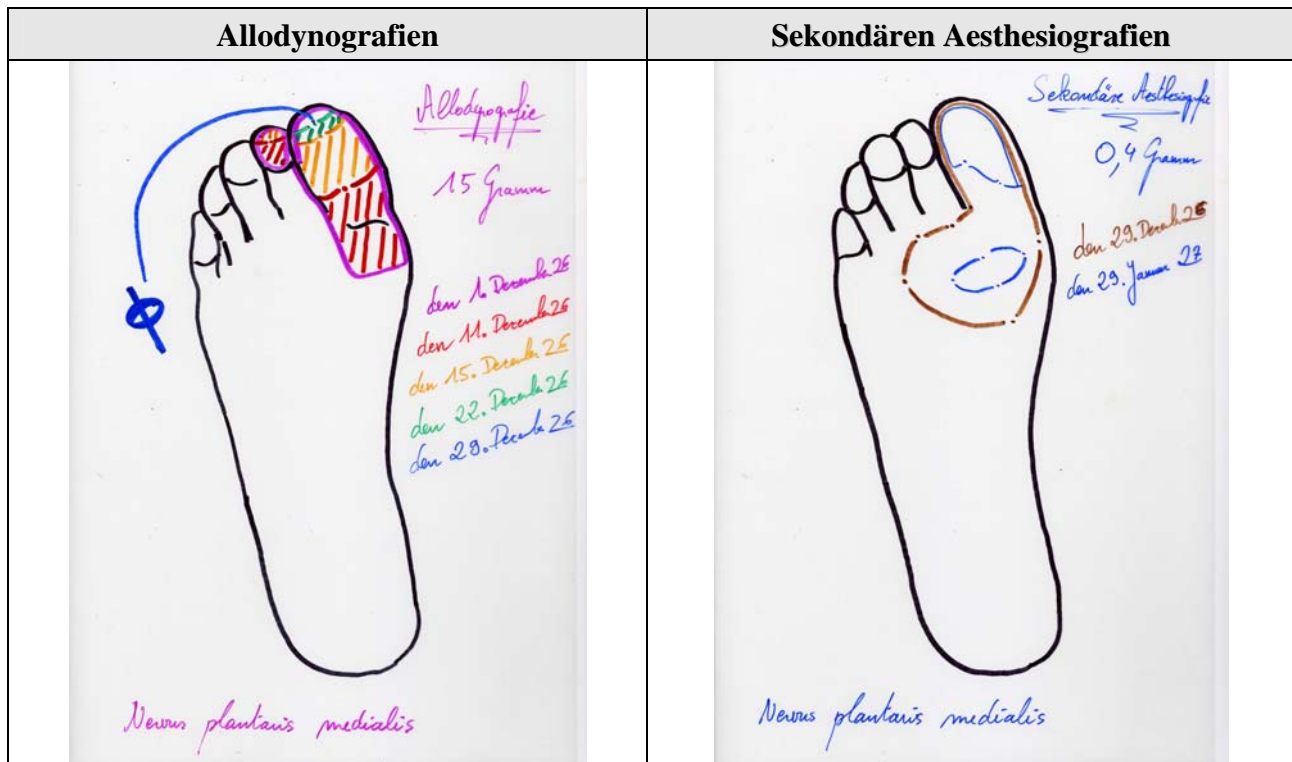
Date	Site de lésions axonales	Seuil d'irradiation induit par la vibration (But >1,00mm)
25.08. 2006	Évalué	0,85 mm
31.08. 2006	Désensibilisé	> 1,00 mm

Spicher, C.J., Inauen, I. & Zosso, M.

Frau Liliane Roelli ist eine 63 jährige Hausfrau mit neuropathischen Schmerzen seit 57 Monaten.

Somatosensorische Erfassung am 1. Dezember 2006:

- Unaufhörliche Ischiadicus Neuralgie des Nervus plantaris medialis mit mechanischer Allodynie (Stadie IV der axonalen Läsionen)



Vibrotaktile Gegenstimulation & Rehabilitation der Hyposensibilität

Daten	Maximalgebieten des Nervs	Regebogen Schmerz Skala	SDE	McGill Schmerz-Fragebogen	Stadien
01.12.06	Mechanische Allodynie (Abb. 1)	VIOLET	Unerfassbar	41 Pkt.	IV
29.12.06	Hypoaesthesie (Abb. 2)	Ø	1,8 Gramm	Nicht durchgeführt	III
08.01.07	Hypoaesthesie	Ø	Nicht durchgeführt	7 – 10 Pkt.	III
29.01.07	Hypoaesthesie	Ø	1,7 Gramm	2 – 4 Pkt.	III

No Comment Review

No 7

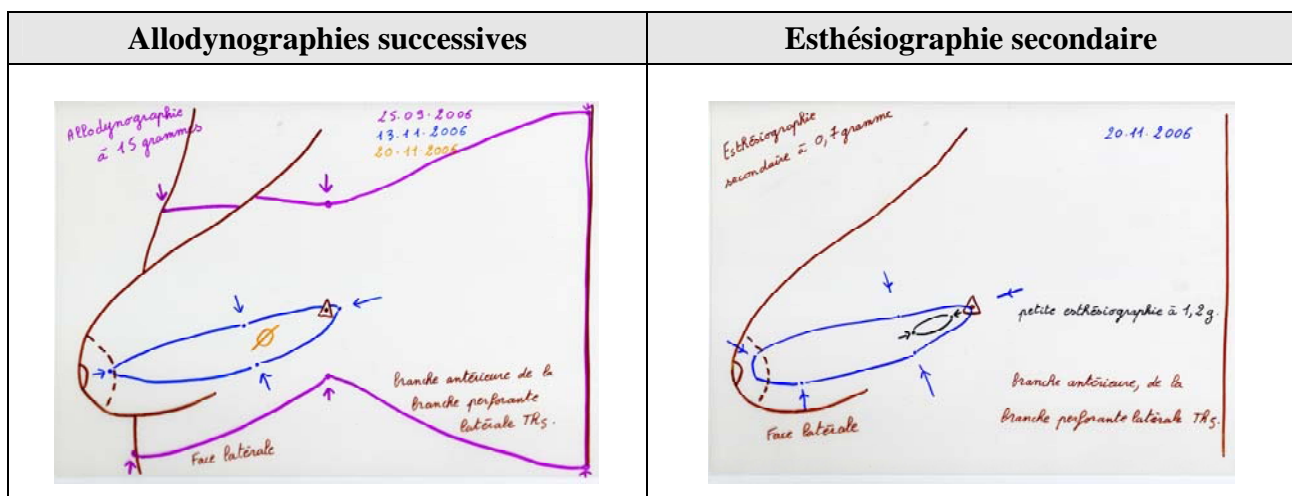
e-News 4(2)

Desfoux, N, Degrange, B. & Spicher, C.J.

Madame C. est une femme de 40 ans présentant des douleurs neuropathiques depuis 5 ans.

Diagnostic somesthésique mis en évidence le 25 septembre 2006 :

- Névralgie dorso-intercostale incessante de la branche perforante latérale du 5^{ème} nerf thoracique avec allodynie mécanique. (stade IV de lésions axonales)



Contre-stimulation vibrotactile & Rééducation de l'hyposensibilité :

Date	Territoire de distribution cutanée	Arc-en-ciel	SPP	Questionnaire de la douleur St-Antoine	Stade
25.09	Allodynie (Fig 1)	BLEU	Intestable	20 – 73 pts	IV
23.10	Allodynie	INDIGO	Intestable	ND	IV
13.11	Allodynie	VIOLET	Intestable	14 – 47 pts	IV
20.11	Hypoesthésie (Fig. 2)	Ø	ND	ND	III
27.11	Hypoesthésie	Ø	1,0 g	ND	III
11.12	Hypoesthésie	Ø	0,4 g	11 – 12 pts	III
15.01	Hypoesthésie	Ø	0,2 g	2 – 5 pts	I
20.04	Follow-up à 3 mois			2 – 5 pts	I

No Comment Review

Nb 8

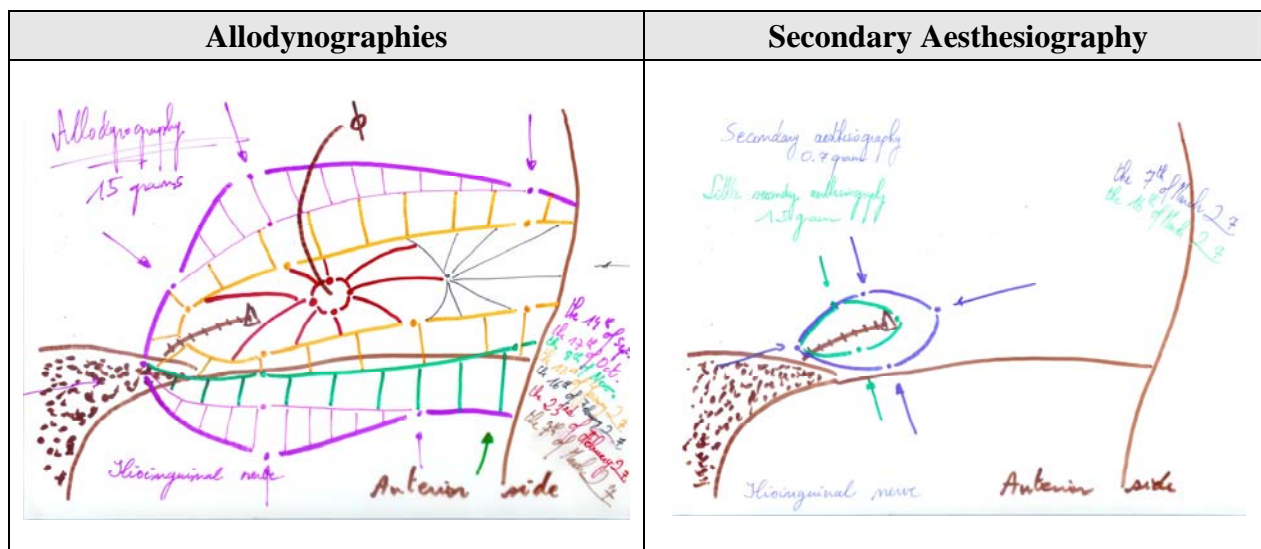
e-News 4(3)

Desfoux, N., Fehlmann, P., Della Casa, R. & Spicher, C.J.

Mrs. B. is a 58 year old woman who was sent to the Somatosensory Rehabilitation Centre with the diagnosis of chronic pain syndrome since 4 years.

Somatosensory diagnosis of the 10th February 2005:

- Incessant lombo-abdominal neuralgia of the ilioinguinal nerve with mechanical allodynia (axonal lesions stage IV).



Somatosensory rehabilitation:

Date	Cutaneous Territory	Rainbow Pain Scale / PPT	Opioids : Oxycontin / Palladon ¹	McGill Pain Questionnaire / 100 pts	Stage
May 2005	Allodynic	BLUE	100 mg	67 pts	IV
June 2005	Allodynic	INDIGO	100mg	39 pts	IV
July 2005	Allodynic	VIOLET	100mg	39 pts	IV
August 2005	Hypoaesthetic	3.7 grams	80 mg	8 pts	III
She wanted a break					
September 2006	Allodynic	YELLOW	24-30mg	66 pts	IV
October 2006	Allodynic	GREEN	24-30mg	ND	IV
November 2006	Allodynic	BLUE	24mg	28 pts	IV
January 2007	Allodynic	INDIGO	24 mg	ND	IV
February 2007	Allodynic	VIOLET	16mg	22 pts	IV
March 2007	Hypoaesthetic	3.7 grams	12 mg	8 to 16 pts	III
April 2007	Hypoaesthetic	2.1 grams	8mg	3 to 8 pts	III
May 2007	Hypoaesthetic	1.3 gram	4 mg	ND	III
June 2007	Hypoaesthetic	0.5 gram	0 to 2.6 mg	0 to 5 pts	I

¹ 1 mg Palladon = 3.75 mg Oxycontin

No Comment Review

No 9

e-News 4(3)

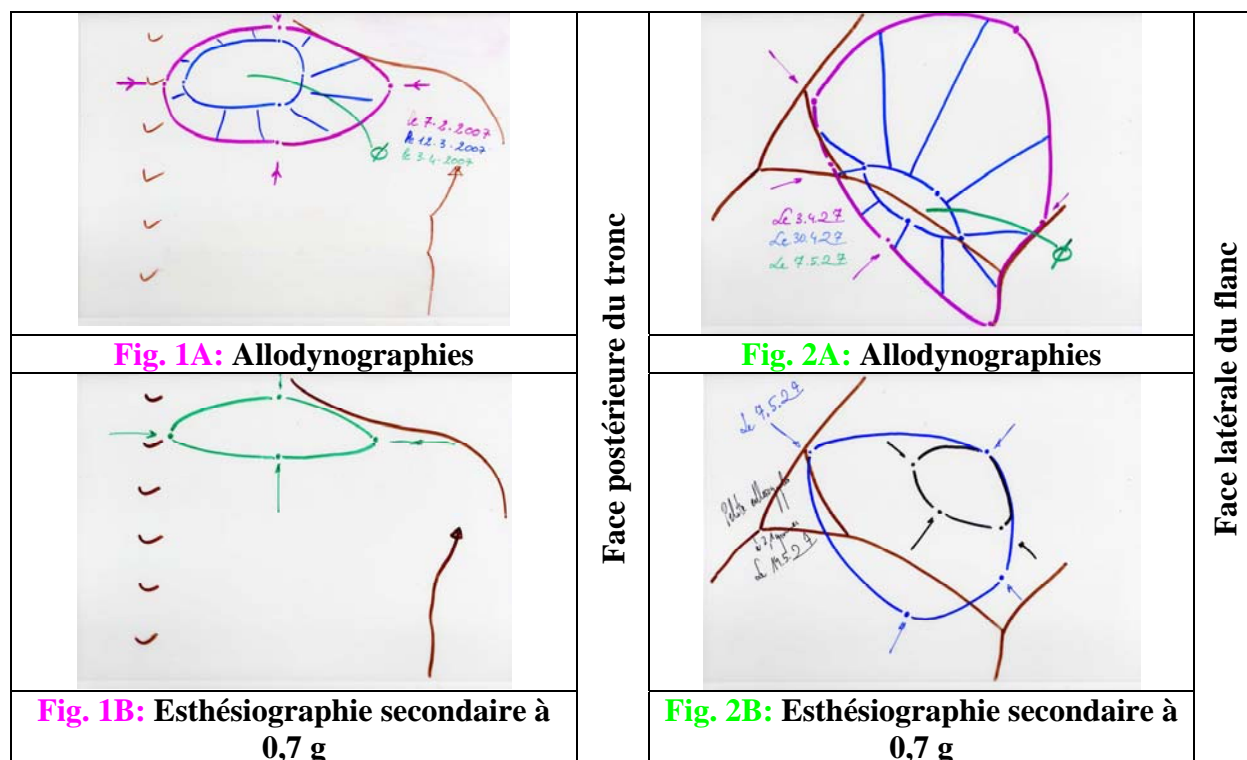
Desfoux, N. & Spicher, C.J.

Mademoiselle B. est une jeune femme de 16 ans avec le diagnostic de fibromyalgie présentant des douleurs neuropathiques depuis 26 mois.

Diagnostiques somesthésiques mis en évidence le 7 février 2007:

- Névralgie dorso-intercostale incessante de la **branche postérieure du 1^{er} nerf thoracique DROIT** avec allodynie mécanique (1) (stade IV de lésions axonales).
- Névralgie lombo-abdominale incessante de la **branche perforante latérale du nerf grand abdomino-génital GAUCHE** avec allodynie mécanique (2) (stade IV de lésions axonales).

Territoire de distribution cutanée (1)	Application de force :		Date	Application de force :		Territoire de distribution cutanée (2)
	Douloureuse (Arc-en-ciel)	Détectée (SPP)		Douloureuse (Arc-en-ciel)	Détectée (SPP)	
Allodynie (1A)	8,7 grammes (INDIGO)	Intestable	07.02	ND	ND	ND
Allodynie	15 grammes (VIOLET)	Intestable	12.03	ND	ND	ND
Hypoesthésie (1B)	∅	10,8 g	03.04	8,7 grammes (INDIGO)	Intestable	Allodynie (2A)
Hypoesthésie	∅	ND	30.04	15 grammes (VIOLET)	Intestable	Allodynie
Hypoesthésie	∅	6,8 g	14.05	∅	2,9 g	Hypoesthésie (2B)
Hypoesthésie	∅	6,6 g	04.06.	∅	0,9 g	Hypoesthésie

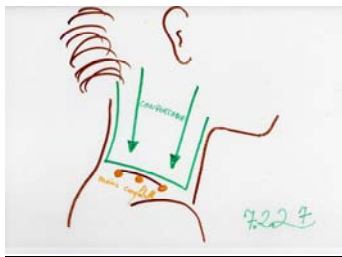


Les 18 points potentiellement douloureux d'une fibromyalgie

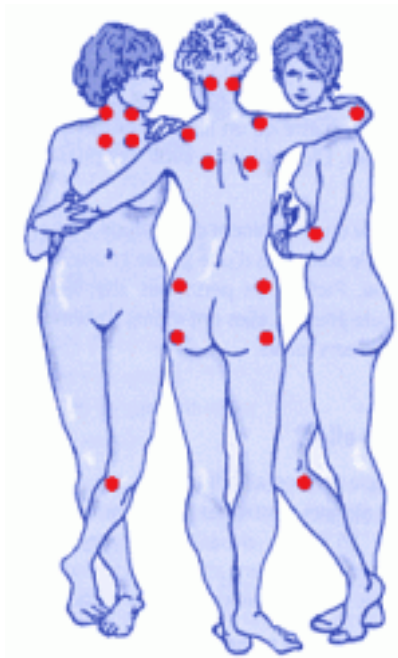
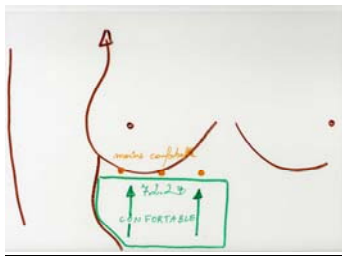
Les zone de contre stimulation à distance : Tactile, vibratoire et médicamenteuse (Neurodol®)

(1) Ramus posterior nervi thoracii 1

Zone de travail supérieure



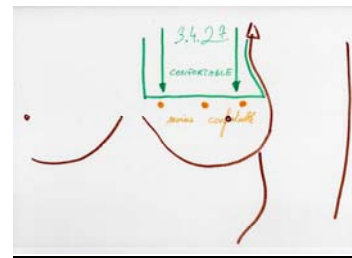
Zone de travail inférieure



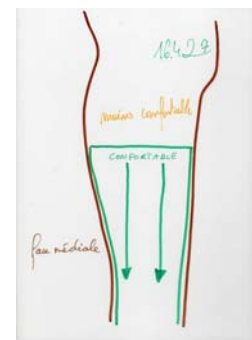
Les zone de contre stimulation à distance : Tactile, vibratoire et médicamenteuse (Neurodol®)

(2) Ramus lateralis nervi iliohypogastricus

Zone de travail supérieure



Zone de travail inférieure



A domicile : Contre –stimulation tactile **CONFORTABLE** 8 fois 1 minute (ou moins) avec une peau de lapin sans dépasser la zone **moins confortable**.

No Comment Nr. 10

Neu

Spicher, C.J. (OT), Raemy, H. (MD) & Desfoux, N. (OT).

Frau L.Z. ist eine 48 jährige Hausfrau mit neuropathischen Schmerzen seit 24 Monaten.

Diagnose: Chronische Reizung des N. fibularis links, ungeklärter Genese

Somatosensorische Erfassung am 19. Februar 07:

- **Unaufhörliche Ischiadicusneuralgie des *Nervus cutaneus surae fibularis* mit mechanischer Allodynie (Stadie IV der axonalen Läsionen)**

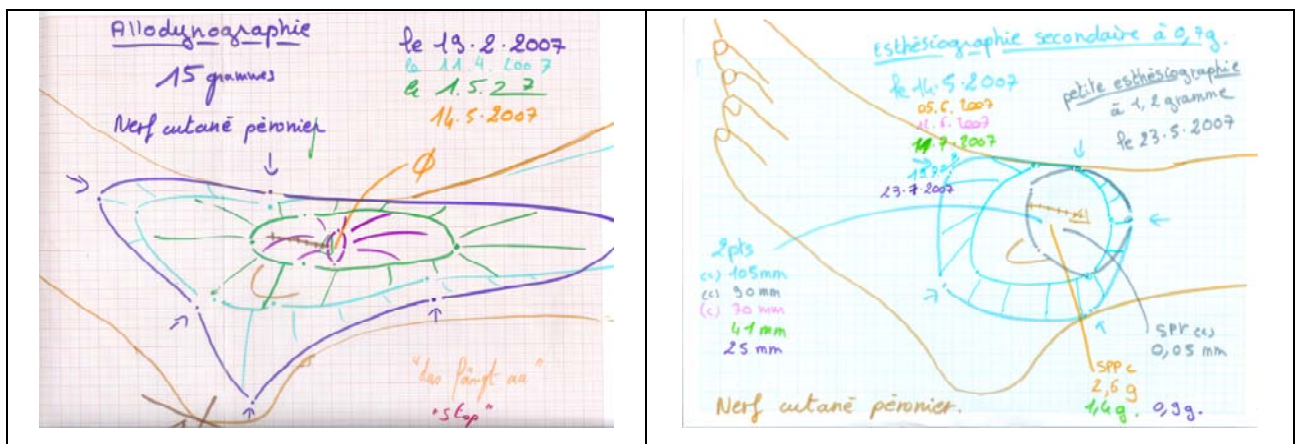


Abb. 1: Die verschiedenen Allodynografien auf die laterale Sicht des linken Beines zwischen den 19. Februar bis den 14. Mai 07.

Abb. 2: Die verschiedenen Aesthesiografien des unterliegenden Hypoaesthesies zwischen den 14. Mai bis den 23. Juli 07.

Daten	Maximalgebieten des Nerves	Regebogen Schmerz Skala	SDE	McGill Schmerz-Fragebogen	Stadien
19.02.07	Mechanische Allodynie (Abb. 1)	BLAU	Unerfassbar	73 Pkt.	IV
06.03.07	Mechanische Allodynie	INDIGO	Unerfassbar	33 Pkt.	IV
01.05.07	Mechanische Allodynie	VIOLET	Unerfassbar	Nicht durchgeführt	IV
14.05.07	Hypoaesthesie (Abb. 2)	Ø	2,6 Gramm	6 Pkt.	III
23.07.07	Hypoaesthesie	Ø	0,9 Gramm	3 Pkt.	I

Abb. 3: Die Reduktion der neuropathischen Schmerzen (McGill Schmerz-Fragebogen) korreliert mit der Verminderung der Hypoaesthesie (Schwelle der Druckempfindung: SDE). Aber die Verminderung der Hypoaesthesie war möglich nur nach der Verschwindung der mechanischer Allodynie behandelt mittels vibrotaktile Gegenstimulation

Week for Somatosensory Rehabilitation 9th – 12nd of March, 2009 Au Parc Hotel, Fribourg, Switzerland, Europe.		
Teaching in English Based on: Handbook for Somatosensory Rehabilitation Foreword Prof AL Dellon, MD 199 pages in English		
Registration	http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php Phone: + 41 26 300 85 90 Fax: + 41 26 300 97 34	
Teachers	Claude Spicher, OT, Swiss certified HT, Manager & therapist in the Somatosensory Rehabilitation Centre, Scientific collaborator: http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php Rebekah Della Casa, OT	
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - <i>When the patients that are placed in our care have been suffering too much for too long, when their facial expression remains a frozen grimace, how can the hope of a better tomorrow be rejuvenated: a future with less electrical discharges, with less burning sensations - simply put - with a decrease in their neuropathic pain.</i> - <i>Most patients suffering from chronic pain have cutaneous sense disorders. A decrease in the hypoaesthesia (for example the pressure perception threshold) will at the same time cause a decrease in their chronic neuropathic pain (for example the McGill Pain Questionnaire).</i> 	
Overall Aim	<ul style="list-style-type: none"> - <i>To rehabilitate the disorders of the cutaneous sense on the basis of the neuroplasticity of the somesthetic system so as to lessen chronic neuropathic pain.</i> - <i>To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense.</i> - <i>To build bridges between rehabilitation, medicine and the neurosciences (neuroplasticity).</i> 	
Specific Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - <i>To evaluate disorders of the cutaneous sense: aesthesiography, static 2-point discrimination test, tingling signs and somaesthetic symptoms, pressure perception threshold, etc.</i> - <i>To evaluate painful complications with the St-Antoine pain questionnaire: mechanical allodynia, reflex sympathetic dystrophies, neuralgia, etc.</i> - <i>To implement planned rehabilitation procedures within the context of chronic pain complications.</i> - <i>To adapt the knowledge of mainstream neurology for use in rehabilitating neuropathic pain and vice versa</i> 	
Guest speakers	Prof EM Rouiller (PhD): <i>Neuroplasticity</i> Dr G Kohut (MD): <i>Common clinical lesions of the peripheral nerves from the upper extremity</i> Prof A Golay (MD): <i>Patient education: How to motivate a patient?</i>	

BEHANDLUNG DER NEUROPATHISCHEN CHRONISCHEN SCHMERZSYNDROME MITTELS SOMATOSENSORISCHER REHABILITATION

PROBLEMSTELLUNG

Wie wollen wir die Hoffnung auf einen anderen Morgen wieder erwecken, wenn uns Patienten, die uns anvertraut werden, mit gequältem Gesichtsausdruck anschauen, weil sie bereits zu lange unter zuviel Schmerz leiden:

Indem sie weniger elektrische Entladungen, weniger brennende Empfindungen usw. erleben oder kurz gesagt mittels Reduktion ihrer peripherer neuropathischen Schmerzen.

Die grosse Mehrheit der chronischen Schmerzpatienten zeigen Störungen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität). Durch die Reduktion der Hypoästhesie (Bsp. Schwelle der Druckempfindung) wird gleichzeitig eine Verminderung der neuropathischen Schmerzen (Bsp. McGill Schmerz-Fragebogen) erzielt.

GENERELLE ZIELE

- Behandeln der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität) auf Basis der Neuroplastizität der Somatosensorik zur Reduktion der chronisch neuropathischen Schmerzen
- Durch die Rehabilitation/Behandlung der Sensibilität der Haut sollen Schmerzkomplikationen vorgebeugt werden
- Brücken schlagen zwischen der Rehabilitation, der Medizin und der Neurowissenschaft (Neuroplastizität)

DETAILLIERTE INHALTE

- Erfassen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität): Aesthesiographie, statischer 2-Punkte-Diskriminationstest, Hoffmann-Tinelzeichen und somatosensorische Symptome, Schwelle der Druckempfindung etc.
- Erfassen der neuropathischen Schmerzsyndrome mittels McGill Schmerz-Fragebogen: mechanische Allodynie, Komplexe Regionale Schmerzsyndrom, Neuralgie, Polyneuropathien, usw.
- Behandlungsplanung bei chronischen Schmerzkomplikationen
- Einbringen der Kenntnisse des ZNS in die Rehabilitation der neuropathischen Schmerzen und umgekehrt

KURSLEITUNG

Claude Spicher, Ergotherapeut, zert. Handtherapeut SGHR im Somatosensorischen Reha-zentrum, Clinique Générale, 1700 Fribourg, Schweiz

Irene Inauen, Ergotherapeutin in Praxis für Handrehabilitation, 4310 Rheinfelden, Schweiz

Datum	30. Juni -3. Juli 2008
Kurszeiten	9Uhr – 12Uhr30 & 14Uhr – 17Uhr30
Dauer	28 Stunden
Ort	Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg
Preis	CHF 980.- (Handbook in English, Arbeitsdokumenten auf Deutsch inkl.)
Literatur	Spicher, CJ. (2006). Handbook for Somatosensory Rehabilitation. Montpellier, Paris: Sauramps médical.

Information und Anmeldung

Anmeldeschluss: den 30. Mai 08

Irene Inauen
Lindenstrasse 10c
4310 Rheinfelden

Fax: 061-833 12 26 – Ev. Fon: 061-833 12 25

Anmeldetalon

**Kurstitel : **Behandlung der neuropathischen chronischen Schmerz-
syndrome mittels somatosensorischer Rehabilitation****

Name, Vorname :

Adresse:

PLZ Ort:

Fon : e-mail:

Datum: Unterschrift:

Anmeldung an (Anmeldeschluss: **den 30. Mai 08**):

Irene Inauen, Lindenstr. 10c, CH -4310 Rheinfelden.

**Muskeln reizen!
Muscles raffermis !**

**Schmerz lindern!
Douleur soulagée !**

Geräte, Zubehör & Schulung für die komplette Muskelrehabilitation und Schmerztherapie
Appareils, accessoires & formation pour la rééducation musculaire complète et le traitement de la douleur

Neu für Therapeuten und Ärzte: Attraktivere Rabatte bei Wiederverkauf oder Mietvermittlung!
Spécial thérapeutes et médecins : nouveaux rabais pour la revente ou la location !

Parsenn-Produkte AG,
7240 Küblis, Tel. 081 300 33 33, Fax 081 300 33 39
info@parsenn-produkte.ch, www.parsenn-produkte.ch

**MED
GERÄTE**

PARSENN

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

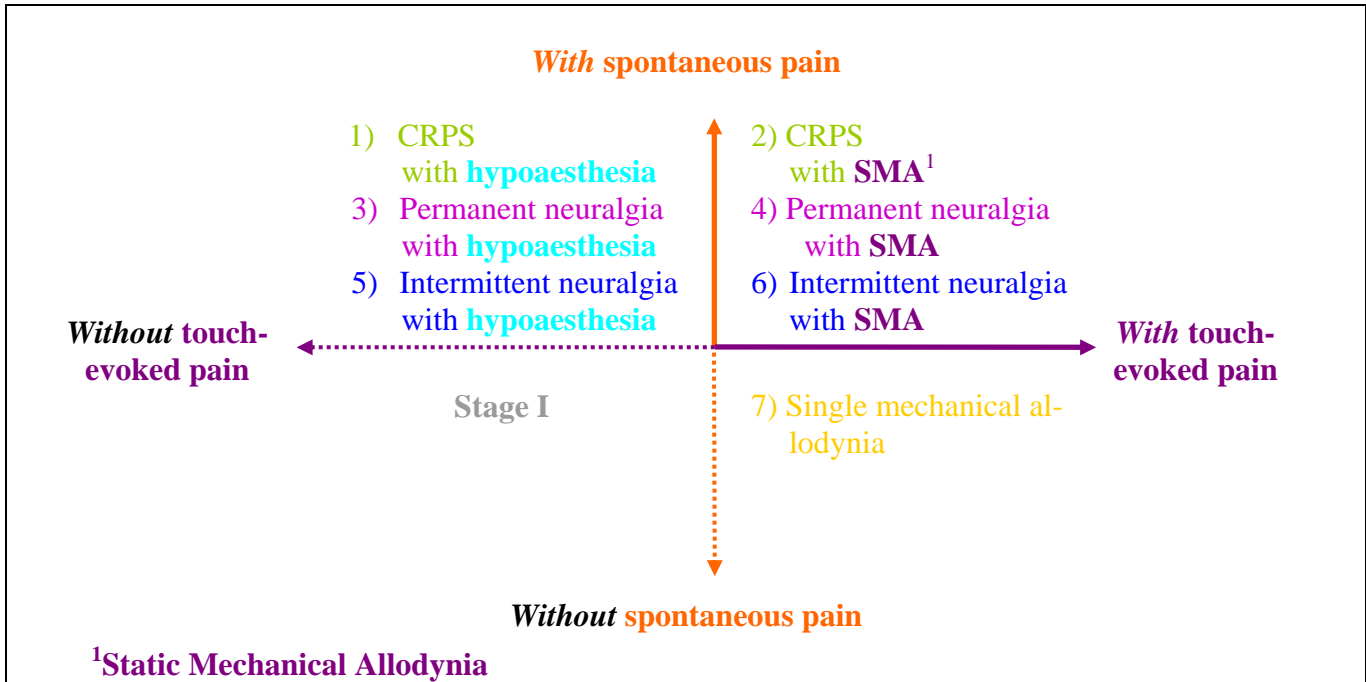


Table 1: Neuropathic pain patients are suffering from **spontaneous** and/or **touch-evoked** pain. These two symptoms are distributed in 7 different neuropathic pain statuses. *i.e.* 4) Permanent neuralgia with static mechanical allodynia (for more details see also Table 2).

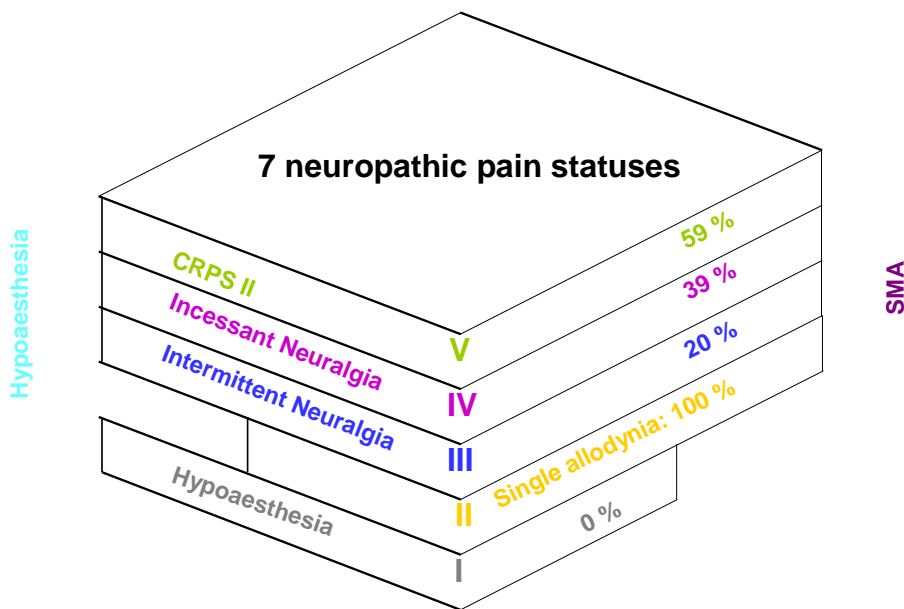


Table 2: SMA Distribution of the 4 neuropathic pain statuses with touch-evoked pain: 1. CRPS II 2. Incessant Neuralgia 3. Intermittent Neuralgia 4. Single allodynia *i.e.* 59 % of the CRPS II presented static mechanical allodynia (for more details see also Table 1 & 3).

Neuropathic Pain Syndromes	Mechanical Allodynia Distribution
CRPS II	59 %
Incessant Neuralgia	39 %
Intermittent Neuralgia	20 %
Mean	33 %

Table 3: About 1333 axonal lesions assessed, 444 axonal lesions presented a positive allodyngography: $444 / 1333 = 33 \%$. In other words, one third of neuropathic pain syndromes are associated with a **static mechanical allodynia (touch-evoked pain)**

Stade I with somato- sensory disorders without pain	Stage II, III, IV & V ¹ with neuropathic pain syndromes			
	Stage II	Stage III	Stage IV	Stage V (CRPS II)
247	51	684	497	101
1333				
1580 axonal lesions				

Table 4: From the 1st of July 2004 until the 25th of July 2007, **1580 axonal lesions** have been assessed in the Somatosensory Rehabilitation Centre. **1333** axonal lesions generated neuropathic pain syndromes and **247** only presented somatosensory disorders without pain

¹ CRPS : Complex Regional Pain Syndrome ou syndrome loco-régional douloureux complexe, algodystrophie, maladie de Sudeck, etc.

Schatten - Halbschatten

„ Man darf nie an die ganze Strasse auf einmal denken, verstehst du? Man muss nur an den nächsten Schritt denken, an den nächsten Atemzug, an den nächsten Besenstrich. Und immer wieder nur an den nächsten.“

Wieder hielt er inne und überlegte, ehe er hinzufügte:

„ Dann macht es Freude; das ist wichtig, dann macht man seine Sache gut. Und so soll es sein.“

Und abermals nach einer langen Pause fuhr er fort:

„ Auf einmal merkt man, dass man Schritt für Schritt die ganze Strasse gemacht hat. Man hat gar nicht gemerkt wie, und man ist nicht außer Puste. „

Er nickte vor sich hin und sagte abschließend:

Michael Ende,

„Das ist wichtig.“

Momo,

Beppo der Straßenkehrer

Stuttgart, Thienemanns, 1973

Ombre - Pénombre

« - Il ne faut jamais penser à toute la rue en même temps, tu comprends ?

Tu dois seulement penser au pas suivant, à la respiration suivante, au coup de balai suivant et ainsi de suite, en recommençant toujours.

Il s'arrêta de nouveau avant d'ajouter :

- Ce n'est qu'à ce moment là que cela fait plaisir ; c'est important. Alors on travaille bien et c'est ce qu'il faut. Tout à coup, on s'aperçoit que, pas à pas, on a balayé toute la rue sans s'en rendre compte et sans être essoufflé.

Et comme pour lui-même, il conclut :

Michael Ende,

- ça c'est important ».

Momo,

Beppo, balayeur-des-rues

Paris, Stock, 1980

Formation continue – Continuous education – Weiterbildung

Date: 31 janvier 2008

Anatomie et physiologie de la sensibilité cutanée du membre inférieur

Dr Pascal Rippstein (MD), Médecin-chef du Centre de Chirurgie du pied de la Clinique Schulthess à Zürich

Prof Eric Rouiller, Docteur en sciences (PhD), Unité de physiologie, Département de médecine, Université de Fribourg

Claude Spicher (ET), rééducateur de la main certifié SSRM,
Collaborateur scientifique à l'université de Fribourg

Lieu : Unité de physiologie, Fribourg, Suisse

Info: cet e-news 4(4) page 149

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php>

Datum: 30 Juni-3 Juli 2008

**Behandlung der neuropathischen chronischen
Schmerz-syndrome mittels somatosensorischer Rehabilitation**

Claude Spicher, ET, zert. HT SGHR

Irene Inauen, ET

Ort: Clinique Générale, Freiburg, Schweiz

Info: das e-news 4(4) Seite 166

Date: 9-12 March 2009

Week for Somatosensory Rehabilitation

Claude Spicher, OT, swiss certified Hand Therapist

Rebekah Della Casa, OT

Place : Au Parc Hôtel, Fribourg, Switzerland, Europe

Registration : CHF 980.-

Literature: Spicher, CJ. (2006). Handbook for Somatosensory Rehabilitation. Montpellier, Paris: Sauramps médical.

<http://www.livres-medicaux.com/livres/?id=00002381>

Info : This issue 4(4) page 165

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php>

25-26 October 2007	“Iatrogenic Pain” Annual Meeting of the Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.
Place	Sion, Switzerland
Info	www.pain.ch
25-26 Octobre 2007	Congrès annuel suisse de Chirurgie de la Main (SSCM)
Lieu	Lucerne, Suisse
Info	ramona.rey@ksl.ch ; www.sgh2007.ch
26-27 Octobre 2007	2^{ème} Congrès Suisse d’Ergothérapie « je suis capable, ergo je suis »
Lieu	Bâle, Suisse
Info	evs-ase@ergotherapie.ch ; www.ergotherapie.ch
1-3 November 2007	10th International Conference on the Mechanisms and Treatment of Neuropathic Pain.
Place	Utah, USA
Info	office@cpe.rochester.edu ; www.neuropathicpain.org
3-4 November 2007	Schmerzprogramm NOI: Schmerzen verstehen
Ort	M. Egan Moog
Info	Fortbildungszentrum Zurzach, Schweiz fbz@rehaclinic.ch ; www.fbz-zurzach.ch
21-24 Novembre 2007	Neuropathic Pains, 7th Annual Meeting of the Société Française d’Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)
Lieu	Paris, France
Info	sofradol@club-internet.fr ; www.sfetd-douleur.org
1-2 Dezember 2007	Schmerzen verstehen Level 1 (NOI-Kurs)
Ort	Bad Säckingen, Deutschland
Info	med.fortbildung@akademie-bad-saeckingen.de ; www.akademie-bad-saeckingen.de
30 November - 2 Dezember 2007	Das sensitive Nervensystem für Physio- und Ergotherapeuten, Aufbaukurs
Ort	H. Stam
Info	Fortbildungszentrum Zurzach, Schweiz fbz@rehaclinic.ch ; www.fbz-zurzach.ch

3-6 mars 2008	Le traitement des syndromes douloureux neuropathiques par la rééducation sensitive
Lieu	Institut de Formation en Ergothérapie, Montpellier, France
Info	ergotherapie@wanadoo.fr

22-25 May 2008	8th European Congress of Occupational Therapy
Place	Hamburg, Deutschland
Info	www.cotec2008.dve.info

15-16 June 2008	Assessment of Hand Function and Sensory Relearning after Peripheral Nerve Injury to the Hand
Place	Bern, Switzerland
Info	www.ssrn.ch

19-21 June 2008	EFSHT IXth Congress & FESSH XIIIrd Congress
Place	Lausanne, Switzerland
Info	www.eurohand2008.com

17-22 August 2008	12th World Congress on Pain
Place	Glasgow, UK
Info	www.iasp-pain.org

6-7 novembre 2008	Sensibilité cutanée : Evaluation et rééducation sensitive d'hémiplégie, d'algodystrophie et de syndrome du tunnel carpien.
Lieu	Institut de Formation en Ergothérapie, Rennes, France
Info	c.charpentier@ifpek.org

Letter to the Editor

Monsieur le Rédacteur en chef,

En tant qu'auteur de l'ouvrage « Douleur somatoforme », paru en 2007 chez Médecine et Hygiène, Genève, je souhaite apporter les trois rectificatifs suivants à propos de la revue qui en été faite dans l'*e-News for Somatosensory Rehabilitation* 4(3), 2007

1. Le Dr. méd. A. Seculic cite « Frédéric Bunderg » dans le livre « Psychiatrie clinique, approche psycho-sociale » Il s'agit en fait du Professeur Frédéric Grundberg (et non Bunderg), qui est aujourd'hui décédé.
2. L'ouvrage que ce confrère canadien a dirigé avec Pierre Lalonde est intitulé « Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale et non psycho-sociale. Il s'agit justement se démarquer d'une dichotomie corps-esprit, comme veut s'en prévaloir l'auteur de la revue de mon livre. Le lapsus constaté n'est dès lors pas dénué d'intérêt.
3. Enfin, la phrase citée (p. 30, édition 1988), n'appartient pas à Frédéric Grundberg, mais aux Drs Jacques Gagnon et Clifford Perrin qui sont les auteurs du deuxième chapitre de cet excellent ouvrage qui a été réédité depuis.

Avec mes salutations distinguées.

Dr P.-A. Fauchère
Médecin chef du Service de Psychosomatique
Clinique romande de réadaptation (suvaCare)
CH-1950 Sion



IMPRESSUM

Requested: Windows 1998; Adobe 6.0

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

Co-Editor: Fanny MATHIS, OT

Published: 4 times per year

Deadline: 25th January, 25th April, 25th July, 25th October

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation Centre; General Clinic; 6, Hans-Geiler St.;
1700 Friburgh, Switzerland, Europe.

e-mail : reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Languages: *Français, English, Deutsch, Italiano*

e-News's Library: <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/somato.enevs.php>