

Dr. med. Josef Strehle, M.D.
Guesteditor

e-News for Somatosensory Rehabilitation

- 99 Strehle, J. **Guesteditorial:** Role of Somatosensory Rehabilitation in Foot and Ankle Surgery [English]

- 103 E.L. **Témoignage d'une patiente No. 15:** Des mots sur les maux [Français]

- 105 Voltaire **Schatten und Halbschatten** [Deutsch] & **Ombre et Pénombre** [Français]

- 106 Desfoux *et al.* **No Comment No 13** [Español]

- 108 ЕЛЕНА : **СВИДЕТЕЛЬСТВО НОМЕР 16 ПАЦИЕНТ** : [РОССИЯ]

- 109 Spicher, C.J. & Desfoux, N. **Article:** Notre anatomie clinique de la sensibilité cutanée : notre premier frein à la rééducation sensitive [français]

- 113 Baumann-Hölzle, R. **Artikeln:** Wenn chronisch kranke Menschen leiden – was hilft? [Deutsch]

- 116 Desfoux *et al.* **Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics** [English]

- 119 Spicher, C.J. **Article:** Réveiller votre peau pour endormir vos douleurs neuropathiques [Français]

- 120 Noël *et al.* **Continuous Education – Weiterbildung – Formation continue** [E; D; F]

- 123 R.A. **Patientin Uebersicht Nr. 17:** Schmerz bis an`s Durchdrehen [Deutsch]

GUEST EDITORIAL
Dr. med. J. Strehle, (M.D.)¹

Role of Somatosensory Rehabilitation in Foot and Ankle Surgery

Dysfunction and lesions of peripheral sensory and motor nerves impair the function of the locomotor system. The spectrum of diseases capable to manifest with symptoms in the upper or lower extremities is wide. It includes hereditary (e.g. Charcot-Marie-Tooth syndrome), metabolic and endocrine diseases (e.g. diabetes), toxic (e.g. alcoholism) and inflammatory causes (e.g. systemic lupus erythematosus), Vitamin deficiency, nerve compression syndromes (e.g. tunnel and compartment syndromes) and infections (e.g. poliomyelitis). Trauma and also surgery frequently lead to nerve damage.

Examination of the locomotor apparatus includes evaluation of deformations, joint function and sensomotor function of the human body. This requires profound knowledge of the anatomy and function of the peripheral nervous system. Somatosensory disorders are frequently encountered examination thoroughly the foot. Some anatomical features may elucidate the key position of the foot:

All tissues undergo an aging process. Perfect oxygenation - what means particularly a good blood supply - is the prerequisite for any organ or tissue to function as long and good as possible. Deterioration of arterial and venous blood flow often affect the lower limbs first, because there are the longest and most vulnerable vessels. Therefore, vascular disease and neuropathy become evident first at the foot.

Together with the vestibular system and the eye, the foot, acting as a sophisticated tactile organ permits us to keep upright, to walk, run and jump. Only a great number of receptors and

¹ *Address for correspondence:*

Dr. med. Josef Strehle, www.myfeet.ch

Centre du pied, Clinique Générale ; 6, Hans-Geiler St.; 1700 Fribourg, Switzerland

Fusszentrum Bern ; 33, Schänzli St.; 3013 Bern, Switzerland

conducting nerves allow the foot to fulfil all these demanding tasks. Beside hand and face, the foot therefore occupies a relative huge space in the somatosensory cortex or “sensory homunculus”. However, multiple bottlenecks and obstacles on their long way down from the central nervous system to the periphery may impair the function of the nerves

Nerve compression symptoms are frequent around the foot and diagnosis and treatment are not always straight forward. One of the mentioned bottlenecks is the tarsal tunnel at the medial side of the hindfoot. Nerve conduction studies and MRI may be negative even if the patient’s history clearly speaks for a tarsal tunnel syndrome. Clinical examination often is not conclusive. Correction of a flatfoot deformity e.g. by applying shoe inserts may alleviate pain, soreness and burning sensations. The easy case where a clear-cut tumor exerts compression on the nerve is rare. Resection of the tumor or subtalar steroid infiltration in the case of a ganglion cyst reliably eliminate pain and sensory deficits in most cases. Most of the other pathologies resulting in a tarsal tunnel syndrome probably need both – orthopaedic measures and somatosensory rehabilitation.

The most frequent nerve compression syndrome in foot and ankle surgery is Morton’s neuroma. MR Images of asymptomatic volunteers revealed a 30 % prevalence of neuromas (1). It’s a misnomer since histopathology reveals sclerosis of the endoneurium, hyalinization of the walls of endoneurial vessels, thickened perineurium and demyelination of nerve fibers. Distally to the intermetatarsal ligament the nerve is protected by fat tissue and hold in place by a thin but vulnerable membrane. The nerve can herniated through a hole in this membrane. Chronic intermetatarsal bursitis can destroy the membrane completely and consequently plantar pressure pushes the nerve dorsally where it is jammed between the toes and metatarsal heads resulting in nerve degeneration. In conclusion, Morton’s neuroma is an unstable, definitively damaged and degenerated nerve.

Other pathologies like metatarso-phalangeal joint arthritis or intermetatarsal bursitis may mimic the symptoms of Morton’s Neuroma and render precise diagnosis sometimes very difficult. Our “ideal” indication for resection is adequate pain, loss of sensibility, positive Mulder’s sign (2), absence of other pathologies and exhausted conservative treatment. We perform 50-60 resections of Morton’s neuromas per year. This operation is in my opinion a reliable procedure with durable good results as long as all aforementioned conditions are

given. The role of somatosensory rehabilitation in the treatment of this pathology has yet to be established (3).

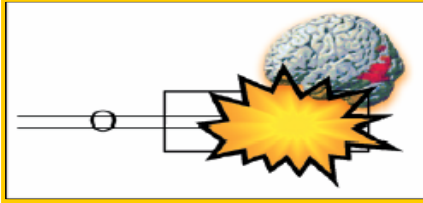
Early recognition and treatment of CRPS is crucial but initial pain and swelling is frequent in foot and ankle surgery leading to delayed diagnosis. Complex foot and ankle reconstruction needs a multitude of skin incisions to perform osteotomies, arthrodeses, tendon transfers etc. Even with most careful dissection of the soft tissues, nerve damage is often inevitable. This might be one explanation for the high prevalence of CRPS in foot surgery; another might be the painfulness of some procedures.

In a consecutive series of 249 patients having foot or ankle surgery between August 2007 and May 2008, any complication detected after 2, 4 or 6 weeks or later was documented. CRPS was by far the most frequent complication occurring in 9 patients (3.6 %). Hallux valgus surgery showed a higher incidence of CRPS (13.5 %) compared to the other procedures. Most of these patients improve quickly with adequate medical and physical treatment. “Non-responders” have to be identified as early as possible in order to get a somatosensory rehabilitation treatment.

To be located in the same building as Claude Spicher’s Somatosensory Rehabilitation Centre is a great advantage and privilege. Thanks to Claude Spicher and his co-workers for their collaboration to the benefit of our patients.

References

1. Zanetti, M., Strehle, J., Zollinger, H. & Hodler, J. (1997). Morton Neuroma and Fluid in the Intermetatarsal Bursae on MR Images of 70 Asymptomatic Volunteers. *Radiology*, 203:516-520.
2. Mulder J. Thr. (1951) Causative Mechanism in Morton’s Metatarsalgia. *J Bone & Joint Surg*, 33B: 94-95.
3. Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical, pp. 125-128.

<p>Week for Somatosensory Rehabilitation 9th – 12th of March, 2009 Au Parc Hotel, Fribourg, Switzerland Europe</p>		
Hand-out	Handbook for Somatosensory Rehabilitation Foreword Prof AL Dellon, MD, PhD 199 pages in English http://www.livres-medicaux.com/medecine-de-reeducation/osteopathie-posturologie/9782840234708.html	
Registration	Phone: + 41 26 300 85 90 Fax: + 41 26 300 97 34 http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php	
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 hypoesthesia (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>	

Des mots sur les maux *Témoignage d'une patiente No 15*

Tout commence une nuit d'octobre 2005, je me réveille en sursaut, une « boule de feu » traverse sous ma clavicule gauche, irradiant dans la poitrine. La douleur est intense, j'ai des palpitations. Est-ce que je fais une crise cardiaque ? Impossible, j'ai 32 ans, bien que fatiguée par le travail et la construction d'une maison et d'une écurie, je suis relativement en forme et plutôt sportive. Dès ce moment, la peur et ces douleurs étranges ne me quitteront plus pendant de longs mois ; au contraire elles s'intensifieront dans la partie gauche de mon corps, dans le thorax, le dos et l'épaule.

Ce n'est que plus tard, après avoir longuement repensé à mes gestes et discuté avec mes proches que je trouve l'origine de cette douleur. J'ai soulevé une lourde pierre à bout de bras et senti craqué dans le thorax. Quelques jours plus tard je faisais une balade avec ma jument en tenant le poulain de 6 mois à ma gauche ; pas vraiment dressé, il a tiré pour s'échapper et m'a en quelque sorte « écartelée ».

Automne 2005, chacune de mes respirations me brûlent dans la poitrine, chaque fois que je me penche vers l'avant j'ai mal, je ne dors plus. La fatigue, l'angoisse se greffent sur la douleur, je pleurs beaucoup. Je travaille dur dans un bureau, je suis une personne « énergique », mais là tout s'effondre. Je ne tiens plus sur ma chaise, parfois je m'isole pour me coucher par terre et essaye de soulager ces douleurs. Lorsque mon mari est en voyage professionnel, je l'appelle au milieu de la nuit, pour lui dire que je ne tiens plus, j'ai le thorax qui brûle, les côtes me font très mal, rien n'atténue ces douleurs et mes angoisses deviennent toujours plus fortes. Qu'est-ce que j'ai ? J'aimerais m'arracher cette partie de mon corps.

En novembre 2005, j'atterris aux urgences, les douleurs dans la poitrine sont atroces. On me contrôle le cœur, tout va très bien. On me dit que c'est le stress. Je prends donc rendez-vous chez un médecin homéopathe, selon lui ce sont les angoisses qui m'oppressent et me font mal. Je lui dis que ces douleurs sont très fortes. Il me fait faire des dessins pour les analyser ensuite ; je connais un peu cette technique et me joue de lui en anticipant son analyse, ça m'amuse beaucoup. Toutefois, trois mois passent, je ne dors plus que deux, trois heures par nuit, le médecin homéopathe ne me prescrit rien, je m'épuise. Je continue donc à essayer d'autres méthodes pour guérir, dans le genre « j'ai testé pour vous » :

L'acupuncture qui m'a soulagée, mais je n'avais pas d'assurance complémentaire, à CHF 100.—la séance et après une vingtaine de rendez-vous j'ai arrêté.

La chiropraxie, plus j'y allais plus je souffrais.

La sophrologie, le thérapeute me faisait peur et sentait souvent l'alcool.

Dans le genre comique, un géobiologue qui devait rétablir les ondes dans notre maison et me disait que j'avais un fantôme collé sur le dos et le thorax ☺

Finalement au printemps 2006, complètement épuisée, je me décide de trouver un vrai médecin de famille. Il me diagnostique un syndrome de Titzé et me donne des antidouleurs. Mon état physique ne s'améliorant pas et mon état psychique devenu entre temps catastrophique (idées suicidaires) il m'envoie chez un psychiatre.

J'ai confiance en ce psychiatre, il est très respectueux, il me prescrit des antidépresseurs qui agissent également contre la douleur, un congé maladie de 3-4 semaines. Je me calme, dors mieux et remonte la pente. Mais les douleurs sont toujours présentes et je retourne chez le généraliste qui m'envoie chez un rhumatologue ; je reçois d'abord des antidouleurs, puis des injections de cortisone dans le dos, le trapèze, sous la clavicule et dans l'épaule, je fais de la physiothérapie. L'amélioration n'est pas au rendez-vous. Le rhumatologue pense que ces douleurs sous la clavicule proviennent de l'épaule. C'est vrai que mon épaule ne tient pas bien, ceci est probablement dû à plusieurs années de sport d'élite et quelques chutes de cheval. Départ donc chez le chirurgien qui m'opère par arthroscopie (décompression sous acromiale) suivie de physiothérapie. Les douleurs sont toujours là. On me dit qu'il faut patienter. Automne 2007, deux ans que je ne monte plus à cheval.

Novembre 2007, je commence un travail moins stressant psychologiquement et passe de 80% à 50%, car les journées complètes assise au bureau sont trop pénibles. Même si je vais mieux, je ne suis quelque part plus que l'ombre de celle que j'étais, les douleurs m'handicapent. Je ne fais plus les courses toute seule, je n'arrive pas à porter les sacs, alors qu'avant je soulevais les sacs d'aliment pour chevaux, les bottes de foin et de paille ; je ne me reconnais plus. J'essaie de « forcer », ça ne sert à rien.

Noël 2007, je m'essaie aux raquettes à neige, c'est génial, je trouve ça fun et pense avoir trouvé une activité qui me convienne. Mais la semaine qui suit, les douleurs sont atroces, je ne dors de nouveau plus, je rechute, j'angoisse de nouveau. J'appelle le psychiatre, jusqu'à maintenant seule cette thérapie m'a soulagée... parallèlement, je me dis que ça ne peut pas durer ainsi et je prends contact avec la clinique d'antalgie de Fribourg. Lors du premier rendez-vous à fin janvier 2008, on me diagnostique des douleurs neuropathiques, on me prescrit du Lyrica et m'inscrit à la thérapie sensitive ; je suis confiante.

Fin février 2008, 1^{er} rendez-vous au cabinet de la thérapie sensitive, une peau de lapin est posée sur la table !?! Je reconnais là un lapin de la race des Rex, j'essaie de dissimuler mon inquiétude, moi qui aime tant les animaux ! On m'ausculte, me pose des questions sur « comment je ressens la douleur »... voilà une personne qui me comprend parfaitement et voit de quoi je parle, on arrive à me PROUVER que ce sont bien des douleurs neuropathiques, je suis vraiment soulagée d'être entre de bonnes mains... on m'explique le traitement avec la peau de lapin, je m'accroche ☺ La thérapie est étonnante, déroutante, difficile au début de saisir le fonctionnement, mais ça marche incroyablement bien, les résultats se font vite sentir. Les thérapeutes sont tellement dans le juste, je n'ai plus besoin d'expliquer ces douleurs étranges. Au contraire, ce sont eux qui me donnent les mots encore plus exactes pour d'écrire ces maux. Ils déterminent l'endroit précis, le trajet de la douleur, la densité, c'est tout simplement ahurissant.... Finalement, je ne suis pas folle, je n'ai pas inventé ces douleurs... j'en ai la preuve. Les progrès sont rapides, c'est d'ailleurs la première fois qu'il y en a de telles au niveau de la douleur et cela même pas après un mois de traitement. Après deux, trois mois je recommence à faire les boxes des chevaux, c'est super, je revis. J'arrive aussi à nettoyer la maison, les vitres. Les douleurs incessantes disparaissent, les zones douloureuses se réduisent. Je ne suis plus inquiète, je sais désormais ce que j'ai.

Je saisis l'occasion en écrivant ce texte pour remercier tout spécialement mon mari et ma maman qui m'ont soutenue sans réserve. Je remercie également mon psychiatre qui m'a vraiment aidé à refaire surface et qui a toujours eu un comportement éthique, Dr. Fehlmann qui m'a mise sur la piste des douleurs neuropathiques.

Un tout grand merci à la thérapie sensitive, Mme Desfoux et M. Spicher, qui ont mis et mettent encore toutes leurs connaissances, expérience et détermination pour me soigner. E.L.
14.05.08

[Vous retrouverez dans quelques mois, dans un No Comment avec un follow-up, cette névralgie dorso-intercostobrachiale avec allodynie mécanique de 28 mois]

Ombre – Pénombre

Moins de dogmes, moins de disputes;
et moins de disputes, moins de malheurs
si cela n'est pas vrai, j'ai tort.

La religion est instituée pour nous rendre heureux
Dans cette vie et dans l'autre.

Que faut-il pour être heureux dans la vie à venir ?
Etre juste.

Pour être heureux dans celle-ci,
Autant que le permet la misère de notre nature, que faut-il ?
Etre indulgent.

*Voltaire (1763):
Traité sur la tolérance
Chapitre XXI : Vertu vaut mieux que science*

Schatten – Halbschatten

Je weniger Dogmen, desto weniger Streit
und je weniger Streit, desto weniger Unglück
und wenn dies nicht stimmt, habe ich Unrecht.

Die Religion ist dazu da, um uns glücklich zu machen
in diesem und in anderen Leben.

Was braucht man, um glücklich im Leben zu sein?
Gerechtigkeit.

Was braucht man, um in dieser Welt trotz Elend der Natur glücklich zu sein?
Nachsicht.

*Voltaire (1763):
Behandelt auf der Toleranz
XXI.-Kapitel: Tugend ist besser als Wissenschaft*

No Comment No 13

Desfoux, N. (OT), Bender, A. (OT), Schöneweid, F. (MD), & Spicher, C.J. (OT)

El Señor T. es un hombre de 25 años que tiene dolores neuropáticos desde hace dos meses, después de un síndrome compartimental.

Diagnóstico conocido :

- Dolores neuropáticos invalidantes del miembro inferior izquierdo
- Status después de un síndrome compartimental nalga y muslo izquierdos
- Status después de una fasciotomía del miembro inferior izquierdo y liberación del nervio ciático

Diagnóstico somestésico establecido el 5 de septiembre de 2007:

- **Neuralgia femoro-poplíteica incesante del nervio cutáneo peroneo** (o según la nueva nomenclatura : nervio cutáneo sural lateral) **IZQUIERDO con alodinia mecánica (1) (estado IV de lesiones axonales).**
- **Neuralgia femoro-poplíteica incesante del nervio plantar medial IZQUIERDO con alodinia mecánica (2) (estado IV de lesiones axonales).**

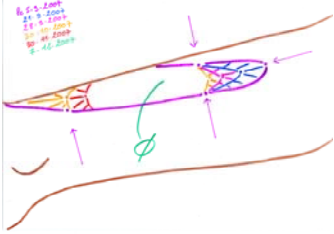
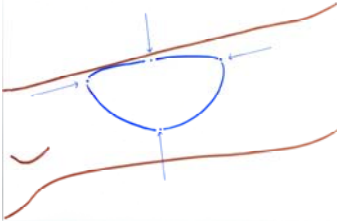
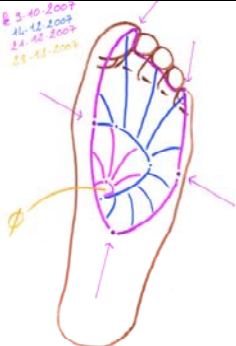
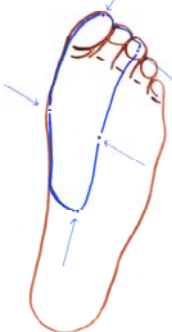
	
<p><i>Fig. 1A:</i> Allodynografías, del 5.9.2007 al 7.12.2007</p>	<p><i>Fig. 1B:</i> Estesiografía secundaria a 0,7 gramo, el 7.12.2007</p>
	
<p><i>Fig. 2A:</i> Allodynografías, del 9.10.2007 al 28.12.2007</p>	<p><i>Fig. 2B:</i> Estesiografía secundaria a 1,2 gramo, el 28.12.2007</p>

Fig. 1A y 2A: Las allodynografías sucesivas testadas con un estesiómetro de 15 gramos, circunscriben la alodinia mecánica.

Las flechas indican los 4 ejes en los que el estesiómetro de 15 gramos está aplicado y percibido en un modo non nociceptivo. El punto indica donde esa aplicación está percibida en un modo nociceptivo.

Fig. 1B y 2B: La estesiografía secundaria, testada con un estesiómetro de 0,7 gramo (1B) y de 1,2 gramo (2B), circunscribe el territorio hipostésico: la parte de piel donde el estesiómetro no se detecta.

Las flechas indican los 4 ejes en los que el estesiómetro está aplicado y detectado. El punto indica donde esa aplicación no se detecta más.

Fecha	Dolores neuropáticos y somestesia						Estado
	McGill ² (en puntos)	Dolores provocados	Arcoiris de los dolores	LPP ^{*3}	Arcoiris de los dolores	LPP ^{**}	
05.09.07	48	1/1	VIOLETA	No testeable	ND ⁴	No testeable	IV
19.10.07	11 a 38	1/1	VIOLETA	No testeable	AMARILLO	No testeable	III
14.11.07	ND	1/1	VIOLETA	No testeable	INDIGO	No testeable	III
07.12.07	5 a 27	0/1	Ø	ND	INDIGO	No testeable	III
17.12.07	ND	0/1	Ø	ND	VIOLETA	No testeable	III
21.12.07	ND	0/0	Ø	40,0 g	Ø	No testeable	III
28.12.07	ND	0/0	Ø	ND	Ø	No testeable	III
04.01.08	6 a 19	0/0	Ø	ND	Ø	12,0 g	III
15.01.08	5 a 9	0/0	Ø	8,0 g	Ø	1,5 g	I
04.02.08	ND	0/0	Ø	ND	Ø	0,9 g	I
25.02.08	2 a 6	0/0	Ø	ND	Ø	0,5 g	I

* nervio cutáneo peroneo

** nervio plantar medial

Esquema I : La disminución de los dolores neuropáticos está corelada con la disminución de la hipoestésia subyacente

Testimonio del Señor T.:

« Luego de varias semanas en vela y meses de dolores infernales, estoy feliz de poder volver a mis actividades y dejar esta mala experiencia atrás».

² McGill : cuestionario de dolor de McGill

³ LPP : limite de percepción de la presión

⁴ ND : no definida

СВИДЕТЕЛЬСТВО НОМЕР 16 ПАЦИЕНТ

ПОСЛЕ ТОГО, КАК Я ПОВРЕДИЛА НОГУ, Я ОКАЗАЛАСЬ В ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ. СДЕСЬ РАБОТАЮТ ОЧЕНЬ ЧУТКИЕ И ОТЗЫВЧИВЫЕ ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ОБЪЯСНИЛИ КАКОЕ У МЕНЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ И КАК С НИМ БОРОТЬСЯ.

Я ВЫПОЛНЯЛА ВСЕ УПРАЖНЕНИЯ ДОМА, ДЕЛАЛИ ТЕСТЫ В ЦЕНТРЕ.

ТАК ДЕНЬ ЗА ДНЕМ СТАЛО НАСТУПАТЬ УЛУЧШЕНИЕ.

БЛАГОДАРЯ ЦЕНТРУ Я НА ВЫЗДОРАВЛИВАЮЩЕМ ПУТИ.

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ВСЕМУ ПЕРСОНАЛУ ЦЕНТРА.

ЕЛЕНА

Article

L'article suivant a été publié dans les *Expériences en Ergothérapie* (20^{ème} série, 2007).
Nous le rééditons avec la gracieuse permission de Marie-Hélène Izard et Sauramp
médical

57

NOTRE ANATOMIE CLINIQUE DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE : NOTRE PREMIER FREIN À LA RÉÉDUCATION SENSITIVE

C. SPICHER*, N. DESFOUX**

Ces trois dernières années nous avons présenté une trilogie sur la rééducation sensitive : quatre outils d'évaluation de la sensibilité cutanée [8, 5] et la rééducation sensitive en elle-même [1]. Cette trilogie avait pour but de donner un autre éclairage pédagogique au Manuel de rééducation sensitive [6, 7].

Nous allons vous présenter ce qui, lors de l'enseignement de la méthode de rééducation sensitive, apparaît être deux freins redondants dans la mise en œuvre des traitements. D'une part, la perception de la douleur du patient, en particulier des douleurs neuropathiques et d'autre part, les connaissances d'anatomie clinique de la sensibilité cutanée.

Le but de cet article est de présenter une méthodologie d'apprentissage de l'anatomie clinique pour mettre en évidence la branche cutanée responsable des douleurs neuropathiques, dont l'inauthenticité ne doit pas être suspectée.

UN PEU D'ANATOMIE CLINIQUE

L'évaluation orale du phénomène de la douleur se fait avec le support du questionnaire de la douleur St-Antoine (version française du McGill Pain Questionnaire), à chaque évocation d'un symptôme neuropathique, l'ergothérapeute essaye de prédéterminer les branches cutanées pouvant être responsables de ce symptôme. Ainsi au moment de débiter l'examen du corps du patient à proprement parler, il sera plus aisé de déterminer la branche présumée responsable des douleurs neuropathiques. De plus le bilan diagnostique de lésions axonales aura plus de chance de pouvoir être documenté positivement. Voici la présentation des fondements de ce raisonnement clinique (fig. 1), et la méthodologie d'apprentissage de ces connaissances anatomo-cliniques.

Le territoire autonome et le territoire maximal de distribution cutanée : l'examen de la sensibilité cutanée relève plus de la physiologie que de l'art de la dissection. Le système somesthésique est afférent, et par conséquent s'examine du distal au proximal. La recherche systématique de discrète hypoesthésie partielle requiert la connaissance pour chaque branche : d'abord de son territoire d'innervation auto-

* Ergothérapeute, rééducateur de la main certifié SSRM, Centre de rééducation sensitive, Hans-Geiler 6, Clinique générale, CH-1700 Fribourg et collaborateur scientifique Université de Fribourg, Faculté des sciences, Département de médecine, Unité de physiologie, Musée 5, CH-1700 Fribourg.

** Ergothérapeute, Centre de rééducation sensitive, Hans-Geiler 6, Clinique Générale, CG-1700 Fribourg.

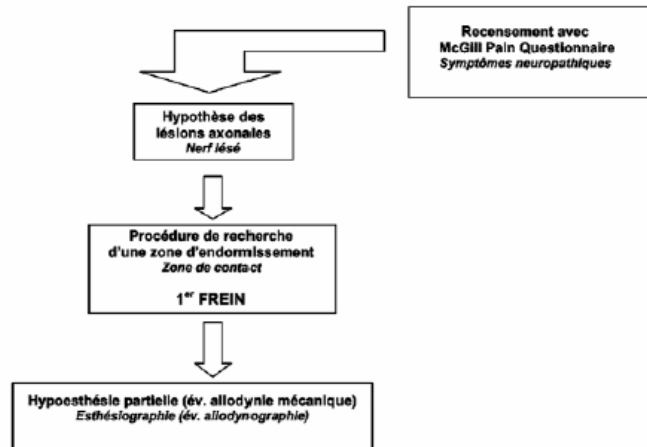


Fig. 1 : Le raisonnement clinique : de la symptomatologie à la sémiologie, en passant par l'hypothèse anatomo-clinique du nerf lésée.

nome, ensuite de son territoire maximal de distribution cutanée, concept que nous avons emprunté à Von Lanz [3], professeur d'anatomie de l'université de Munich. Pour simplifier la mémorisation, nous avons proposé de retenir les 4 points cardinaux de ce territoire d'innervation maximal de distribution cutanée : les points les plus distal, proximal, médial et latéral. Ainsi, en présence d'un symptôme neuropathique clair (Ex : irradiation spontanée), l'ergothérapeute doit inventorier les 5 zones de contact avec ses mains avant de décréter qu'il n'y aurait pas de territoire de peau hypoesthésique. Bien sûr, dès que la portion de peau à la sensibilité émoussée est trouvée, l'ergothérapeute arrête sa recherche et poursuit l'étape suivante du raisonnement clinique : la cartographie du territoire hypoesthésique. Le pourtour de cette carte sera ainsi beaucoup plus petit que les magnifiques planches anatomiques [11] que nous avons apprises et qui trompent notre jugement clinique, car en général il ne s'agit que de lésions partielles du nerf. Les zones de contact sont en résumé :

- 1) Le territoire d'innervation autonome
- 2a) Le point le plus distal du territoire maximal de distribution cutanée
- 2b) Le point le plus proximal du territoire maximal de distribution cutanée
- 2c) Le point le plus médial du territoire maximal de distribution cutanée
- 2d) Le point le plus latéral du territoire maximal de distribution cutanée (fig. 2).

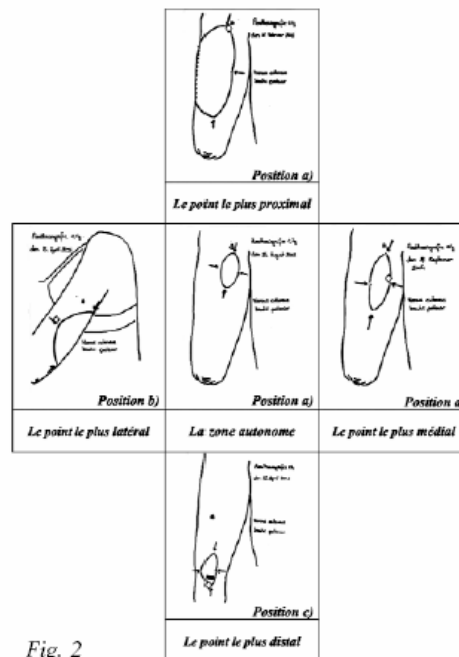


Fig. 2

Positions du patient et de l'ergothérapeute : nous proposons le nerf cutané postérieur du bras [2] comme exemple didactique car il est fréquemment lésé mais aussi car il doit typiquement être examiné dans des positions différentes si vous ne voulez pas omettre une portion de peau hypoesthésique. Lorsque le patient décrit un symptôme d'irradiation sur la face postérieure du bras, de l'épaule vers l'olécrâne, il faut chercher une hypoesthésie sur le territoire maximal de distribution cutanée du nerf cutané postérieur du bras dans les positions suivantes :

Position a) - *patient* : assis, coude au corps, coude fléchi à 90°

- *thérapeute* : à genoux DERRIÈRE de patient

Position b) - *patient* : assis, coude au corps, coude fléchi à 90°

- *thérapeute* : à genoux SUR LE CÔTÉ du patient

Position c) - *patient* : debout, bras le long du corps, avant-bras en position anatomique

- *thérapeute* : debout DERRIÈRE le patient

Lésions axonales partielles : les territoires maximaux de distribution cutanée ne sont pas aussi variables au point de ne pas pouvoir être appris. Par contre, les lésions axonales sont rarement des transections et presque toujours des lésions partielles (323 lésions axonales partielles/323 bilans diagnostiques de lésions axonales du membre supérieur évaluées dans le Centre de rééducation sensitive depuis le 1^{er} juillet 2004). Les évaluations successives avec cette méthodologie d'apprentissage permettent ainsi de peaufiner notre travail de géographe de la sensibilité. Par exemple, la figure 2 du nerf cutané postérieur du bras ; du nerf radial est le fruit de la superposition de 17 bilans diagnostiques de lésions axonales (fig. 3).

Stade	Diagnostic	Nb	Esthésiographie	Allodynographie
I	Hypoesthésie	1	1	Ø
II	Allodynie mécanique simple	1	Ø	1
III	Néuralgie brachiale intermittente	9	8	1
IV	Néuralgie brachiale incessante	5	3	2
V	Syndrome locorégional douloureux complexe	1	1	Ø
Total		17	13	4

Fig. 3 : La répartition des hypoesthésies et de leurs complications douloureuses pour le nerf cutané postérieur du bras.

Si la rééducation de l'hyposensibilité permet de traiter l'hypoesthésie, il faut recourir à la contre-stimulation vibrotactile à distance pour traiter l'allodynie mécanique [1]. L'hypoesthésie sous-jacente présumée apparaîtra alors et pourra à son tour être traitée.

Les livres d'anatomie ne représentent pas de façon précise les territoires maximaux de distribution cutanée, de plus on observe souvent une grande variation des représentations d'un ouvrage à l'autre. On ne doit donc pas se fier uniquement à ces ouvrages d'anatomie mais surtout à la description des douleurs par le patient,

c'est sur cela que repose notre hypothèse de lésions axonales avec la détermination du nerf présumé lésé. Si le territoire hypoesthésique cartographié ne correspond pas à vos planches d'anatomie ce n'est pas pour autant que celui-ci est faux mais il est possible que pour ce patient le territoire de distribution cutanée soit plus étendu que ceux que vous connaissez.

* *
*

“Rechercher l'hypoesthésie car la diminution de l'hypoesthésie permet de diminuer les douleurs neuropathiques” [4]. C'est sur la base de ce paradigme de la rééducation sensitive que l'ergothérapeute doit assidûment augmenter inlassablement ses connaissances d'anatomie clinique et ainsi proposer un traitement à des patients qui ont trop mal depuis trop longtemps.

RÉSUMÉ

La pratique de la rééducation sensitive requiert des connaissances d'anatomie clinique précise pour rechercher le territoire hypoesthésique. Cette recherche est guidée par l'évocation de chaque symptôme douloureux, par le patient, suivie d'une procédure de recherche, nécessitant une connaissance des territoires autonomes et maximaux de distribution cutanée et une passation précise. Les évaluations successives permettent ainsi de peaufiner notre travail de géographe de la sensibilité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DEGRANGE B., NOËL L., SPICHER C.J. & ROUILLER E.M. – *De la rééducation de l'hypoesthésie cutanée tactile à la contre-stimulation vibrotactile*. In “Expériences en ergothérapie”, XIX^e série, Sauramps médical, Montpellier, Paris, 2006, 207-211. — [2] DEGRANGE B., JÖRN-GOOD U., MATHIS F. & SPICHER C.J. – *Chronische neuropathische Schmerzsyndrome: Ein neuer Behandlungsansatz aus der somatosensorischen Rehabilitation*. e-News for Somatosensory Rehabilitation 2006, 3(2), 41-60. <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somato.eneews.htm> — [3] LANZ von T., WACHSMUTH W. – *Praktische Anatomie; Erster Band/Vierter Teil Bein und Statik*. Julius Springer, Berlin, 1938. — [4] MATHIS F., DEGRANGE B. & SPICHER C.J. – *La nouvelle méthode de rééducation sensitive peut soulager les douleurs neuropathiques chroniques : une étude prospective de 111 patients*. Fisio active, 2006, 42(7), 24-27. — [5] NOËL L., SPICHER C.J., DEGRANGE B. & ROUILLER E.M. – *Une esthésiographie instable signe des lésions axonales ou comment cartographier une hypoesthésie douloureuse*. In “Expériences en ergothérapie”, XVIII^e série, Sauramps médical, Montpellier, Paris, 2005, 127-135. — [6] SPICHER C. – *Manuel de rééducation sensitive du corps humain. Médecine & Hygiène, Genève, Paris, 2003 [traduit en anglais: Spicher C.J. - Handbook for Somatosensory Rehabilitation. Sauramps Médical, Montpellier, Paris, 2006]*. — [7] SPICHER C. – *La rééducation sensitive du corps humain*. In “Recherche et expériences en ergothérapie”, XIV^e série, Sauramps médical, Montpellier, Paris, 2003, 73-83. — [8] SPICHER C., HAGGENJOS L., NOËL L. & ROUILLER E.M. – *Cartographier un territoire hypoesthésique, n'est pas recherché, le seuil de perception à la pression (SPP)*. In “Expériences en ergothérapie”, XVII^e série, Sauramps médical, Montpellier, Paris, 2004, 161-166. — [9] SPICHER C.J., MATHIS F., DEGRANGE B., FREUND P. & Rouiller E.M. (Proposé pour publication) – *Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypoesthesia Somatsens*. Mot. Res. — [10] TESTUT L. – *Traité d'anatomie humaine, T. II : Névrologie – organes des sens*. Octave Doin, Paris, 1897.
- [11] TINEL J. – *Les blessures de nerfs*. Masson, Paris, 1916.

Nachstehender Artikel wurde im Jahr 2007 in der Zeitschrift *Ergotherapie* 10, 10 – 13 publiziert.

Mit freundlicher Erlaubnis der Autorin und Sabina Zimmermann, Redaktion Zeitschrift *Ergotherapie* publizieren wir den Artikel erneut.

Der Originalartikel wurde auf Deutsch in folgender Zeitschrift publiziert:
Baumann-Hölzle, R. (2007). Wenn chronisch kranke Menschen leiden – was hilft? *PrimaryCare* 7(24), 407-409.

Wenn chronisch kranke Menschen leiden – was hilft?

Chronisch kranke Menschen leiden unterschiedlich stark an ihren Einschränkungen und Schmerzen. Der folgende Artikel leuchtet die Rahmenbedingungen aus, damit aus chronischen Erkrankungen Erfahrungen gelingenden Lebens hervorgehen können.¹

Ruth Baumann-Hölzle

Eine chronische Erkrankung betrifft Menschen existentiell, denn sie haben diesbezüglich keine Wahlfreiheit: Wie sehr sie auch wollen, eine chronische Erkrankung wird ein Mensch nie mehr los. Bei einer chronischen Erkrankung erlebt ein Mensch irreversibel den Verlust der Selbstverständlichkeit, dass sich sein Körper oder seine Seele von seinem Willen steuern lassen, und er wird sich seiner Abhängigkeit von Körper und Seele bewusst.

Nicht Organe oder Lebensprozesse leiden, sondern der ganze Mensch.

Diese Einschränkungen betreffen immer den ganzen Menschen: Auf körperliche Schmerzen reagiert seine Seele; umgekehrt wirkt sich seelische Pein auch körperlich aus.

Eine chronische Krankheit erzwingt bei betroffenen Menschen Passivität und macht sie je nach Ausmass der Einschränkungen

im eigentlichen Sinn des Wortes fassungslos. Die bisherige Lebensfassung kann vollständig zerbrechen: Körper und Seele stehen dem Willen nicht mehr selbstverständlich zur Verfügung, sondern machen sich selbständig. Die bisherigen Lebenskonzepte geraten aus der Fassung. Zukunftspläne und Träume zerplatzen wie Seifenblasen.

Menschen reagieren individuell und sehr unterschiedlich auf eine chronische Erkrankung: Während die einen stark darunter leiden, können andere einfacher damit umgehen oder sehen in der Erkrankung gar eine Herausforderung, persönlich zu wachsen. Das Leiden einer Person hängt demnach nur bedingt von der Stärke der Krankheitssymptome und den daraus sich ergebenden Einschränkungen ab, sondern vielmehr von den persönlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen, mit der chronischen Erkrankung umgehen zu können. Die Gestaltungsmöglichkeiten des leidenden

Menschen verhalten sich reziprok zur Grösse seines Leidempfindens: Je grösser das Leiden, desto weniger kann der oder die Leidende das Leben noch gestalten. Offenbar existiert ein gewisser, individueller Ermessensspielraum, inwiefern ein Mensch eine Lebensbehinderung als Leiden interpretiert oder nicht.

Die psychosomatische Forschung geht dieser Frage nach und untersucht, warum gewisse Menschen an einer Situation leiden und schliesslich auch Schädigungen davontragen, während andere angeben, dass sie durch die Erfahrung von Leiden stärker geworden seien. Für chronisch Kranke sind solche Untersuchungen von grösster Bedeutung, denn sie können ihnen neue Möglichkeiten im Umgang mit ihrer Erkrankung eröffnen. So gehen aus chronischen Erkrankungen mitunter sogar Erfahrungen gelingenden Lebens hervor.

Leidenserfahrungen und Reifungsprozesse

Erst seit wenigen Jahren beschäftigt sich die psychosomatische Forschung mit der Frage, ob es Zusammenhänge zwischen Leiden und persönlicher Reifung gibt. Unter Leiden wird nach Eric J. Cassell die bedrohte Intaktheit einer Person verstanden. Reifung wird als «subjektive Erfahrung einer positiven Veränderung des Selbst- und Weltkonzeptes, vertiefter Verbundenheit mit anderen Menschen, positiver Sinnfindung sowie ausgeprägter philosophischer Reflexion und einer Vertiefung der Spiritualität» definiert und erfasst [3]. Andere empirische Untersuchungen [4], etwa das von Stefan Büchi, Leiter der Abteilung Konsiliarpsychiatrie am UniversitätsSpital Zürich, entwickelte Instrument PRISM, bestätigen die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und der selbst eingeschätzten Reifung: Je ausgeprägter die Traumatisierung durch einen Unfall, das Auftreten einer schweren Krankheit oder der Verlust eines geliebten Menschen, desto grösser kann die in den Jahren nach dem Trauma erlebte Reifung sein [2].

Was lässt sich aus diesen Untersuchungen ableiten? Adaptationsprozesse bei



Ruth Baumann-Hölzle, Dr. theol.

Mitbegründerin und Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen, Dialog Ethik, Leitung des Fachbereichs «Ethik-Foren und ethische Unterstützungssysteme». Beteiligt an interdisziplinären Nationalfond-Forschungsprojekten im Bereich Medizin, Pflege und Ethik. Schwerpunkt ihrer Arbeit heute: Interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung in der angewandten klinischen Ethik, im Speziellen die Entwicklung von ethischen Entscheidungsfindungsverfahren. Seit 1998 Mitglied der kantonalen Ethikkommission Zürich und seit 2001 Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin.

chronischen Krankheiten werden stark geprägt von der individuellen Widerstandskraft, wobei drei Gruppen unterschieden werden können. Krankheiten, die als überfordernd erlebt werden, führen zwar zu ausgeprägtem Leiden, dennoch aber zu wenig Reifung. Es gibt aber auch Patientinnen und Patienten, die mit ihrer Krankheit leben können, ohne sich stark zu verändern und. Auch sie reifen dementsprechend wenig. Bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die durch die Krankheit sehr belastet, aber nicht völlig überfordert sind, kommt es hingegen zu Veränderungen der Lebensperspektive, die als persönliche Reifung erlebt werden [2].

Bisher hat sich die psychosomatische Forschung an der Gruppe besonders stressresistenter und symptomarmer Patientinnen und Patienten orientiert – also an der zweiten Gruppe. Aufgrund der neuen Erkenntnisse zur posttraumatischen Reifung richtet sich die Aufmerksamkeit heute auf diejenigen Personen, die leidend reifen. Die Betroffenen geben an, vermehrt auf andere Menschen bezogen und solidarischer zu sein und ihr Leben dadurch in neuer Art und Weise als sinnvoll zu erfahren. Aus diesem Blickwinkel stellt sich die Frage nach dem Wesen der Gesundheit neu: **Ist Gesundheit nur Symptomfreiheit, oder könnte es auch leidendes Reifen bedeuten?**

Vom funktionalen zum humanen Gesundheitsverständnis

Viele Modelle der modernen Medizin, nicht zuletzt auch einzelne Strömungen innerhalb der Psychiatrie, verkürzen die existentielle Erfahrung des Leidens auf somatische Symptome einer Organdysfunktion oder eine Störung von chemischen und biologischen Prozessen im menschlichen Körper.

Gesundheit wird folglich als reibungsloses Funktionieren dieser Prozesse definiert. Hinter solchen Vorstellungen steht ein funktionales Menschenbild, und dementsprechend ist es der Auftrag der modernen Medizin, die Funktionstüchtigkeit des Menschen wiederherzustellen.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse stellen dieses einseitig funktionale Menschenbild in Frage: Erfahrungen von eingeschränkter Funktionstüchtigkeit und der damit verbundenen Leidenssymptomatik können offensichtlich sowohl das Selbstbild eines Menschen als auch sein Verhältnis zu seiner Umwelt grundlegend verändern und so Erfahrungen von Mitgefühl und Sinnhaftigkeit ermöglichen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werfen Fragen hinsichtlich des Handlungsauftrages der Psychiatrie, wie der modernen Medizin überhaupt, im Umgang mit Leidenserfahrungen auf. Welchen Einfluss haben diese Ergebnisse auf das Verständnis des Handlungsauftrages der Medizin?

Nach der hippokratischen Tradition hat die Medizin die Pflicht, kranke Menschen zu heilen und – wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist – deren Leiden zu lindern. Im Kontext der Moderne begann sich dieser Auftrag dahingehend verändern, dass Krankheit und Leiden nun ganz zum Verschwinden oder zumindest unter Kontrolle gebracht werden sollten. Dies, weil Krankheit und Leiden als unkontrollierbare Ereignisse im Leben eines Menschen dem Selbstverständnis der Moderne, welche die Willensfreiheit an die Stelle des Schicksals setzte, widersprachen. Im Verlauf dieser Entwicklung ist der Leidensbegriff sogar ganz aus dem offiziellen Vokabular der Medizin herausgefallen: Der Begriff «Leiden» kommt in Publikationen, die in der wichtigsten medizinischen Datenbank, der «Medline» enthalten sind, kaum noch vor.

Ziele der Humanmedizin

Die Medizin, die sich mit den Krankheiten des Menschen beschäftigt, nennt sich auch heute nicht «Krankheits-», sondern «Humanmedizin», und die Unterlagen zur Krankheit werden «Kranken-» und nicht «Krankheitsgeschichte» genannt. Das eigentliche des Humanen liegt offenbar gerade in der Zuwendung zum kranken, pflegebedürftigen und schwachen Menschen. Schon die ersten Krankenhäuser waren im Mittelalter zur Pflege der Armen und Heimatlosen ge-

gründet worden. Das Humane in einem umfassenden Sinne zu fördern und zu unterstützen, war demnach ursprünglich die Kernaufgabe des medizinischen und pflegerischen Handelns. Paradox ist, dass die Gründung der Krankenhäuser im Mittelalter sowohl zum Verständnis der sozialen Verantwortung gegenüber schwachen Menschen als auch zur Spezialisierung bzw. Funktionalisierung und damit weg von einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen in der Medizin geführt hat.

Die hier skizzierten Untersuchungsergebnisse legen eine Erweiterung des heute dominanten funktionalen Gesundheitsverständnisses zu einem umfassenden humanen Konzept nahe. Gesundheit kann nicht nur mit Funktionstüchtigkeit gleichgesetzt werden, sondern lässt sich auch als das Ergebnis eines Reifungsprozesses bei einem Menschen verstehen, der nach eigenem Ermessen durch seine Leidenserfahrung humaner geworden ist. Dank einer solchen Sichtweise werden die Ziele der Medizin im Umfeld eines erweiterten Gesundheitsbegriffes angesiedelt, in dessen Kontext Leidenserfahrungen positive Auswirkungen haben können und dementsprechend auch positiv gewertet werden. Es wäre jedoch zynisch, einem Menschen einen solchen Reifungsprozess von aussen zusprechen zu wollen. Diese Entscheidung liegt immer beim leidenden Menschen allein. Es braucht demnach noch weitere Nachforschungen darüber, welches die Bedingungen sind, damit ein solcher Reifungsprozess einsetzen kann. Es stellt sich hier auch die Frage, welche Rolle die Medizin bei einem solchen Reifungsprozess spielt und wie diese Zielsetzung deren derzeitige Handlungsprioritäten verändert.

Neben der Heilung von Krankheit ist das Lindern von Leiden seit jeher wichtigstes Ziel medizinischen Handelns. Letzteres wurde in der modernen Medizin jedoch meist als ein Kampf gegen die Symptome und die destruktive Wirkung einer Krankheit verstanden. Die neuen Forschungsergebnisse könnten diese Perspektive erweitern: Leiden lindern kann auch

ein behutsames Betreuen und ein respektvolles Begleiten eines leidenden Menschen bedeuten, so dass dieser sein Leiden als einen sinnvollen Reifungsprozess begreifen und annehmen kann.

Mitleiden

Leiden ist ansteckend und überträgt sich auf andere dem Leidenden nahestehende Menschen, so dass mitunter auch deren eigene Lebensentwürfe in Frage gestellt werden und diese herausgefordert sind, Stellung zum Leidenden zu beziehen, sich für oder gegen die Pflege zu Hause zu entscheiden, den Weg mit ihm zu gehen oder ihn zurückzulassen. Weggefährte eines Leidenden zu sein, verlangt Geduld, Zeit und die Bereitschaft, dessen Stimmungsschwankungen und nicht zuletzt auch dessen Verzweiflung auszuhalten.

Es ist nicht einfach, die in dieser Situation hilfreiche Nähe und Distanz zum Leidenden zu finden, das eigene Leben zu leben und sich trotzdem vom Leiden des nahen Menschen berühren zu lassen. Auch der Mitleidende kann in dieser Situation verzweifeln – oder aber einen Reifungsprozess durchlaufen.

Die genannten Reifungsprozesse finden nicht im luftleeren Raum, sondern in einem gesellschaftlichen Kontext statt. Sie setzen denn auch die hierfür notwendigen solidarischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen voraus, damit sich Reifungsprozesse bei chronisch kranken Menschen und ihren Mitleidenden ereignen können.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Der gesellschaftliche Handlungsspielraum ermöglicht und begrenzt die individuellen Verhaltensmöglichkeiten. Beispielsweise sperren architektonische Hindernisse oftmals gehbehinderte Menschen und deren Bezugspersonen von der Teilnahme am öffentlichen Leben aus, oder fehlende Anreize für die Ar-

beitgeber erschweren die (Re-)Integration von psychisch kranken und behinderten Menschen in die Gesellschaft.

In einer einseitig auf Funktionalität ausgerichteten Gesellschaft sind Raum und Zeit knappe Güter. Sie aber sind die Grundvoraussetzungen dafür, dass Reifungsprozesse möglich sind. Reifungsprozesse ereignen sich oder nicht – erzwungen werden können sie aber weder von den Betroffenen selbst, geschweige denn von Aussenstehenden. Sie lassen sich jedoch sehr wohl verhindern, wenn die dazu notwendigen gesellschaftlichen Ressourcen fehlen.

¹ Dieser Beitrag ist die Zusammenfassung eines Referates anlässlich der Dialogtagung «Langes Leiden – was hilft?» vom 16. November 2006 in Zürich (organisiert von der Stiftung KOSCH, der APPM, der FMH und anderen) sowie eines zusammen mit PD Dr. med. Stefan Büchi, Zürich, unter der Rubrik «Zeitfragen» in der «Neuen Zürcher Zeitung» veröffentlichten Artikels mit dem Titel «Den Sinn des Leidens ergründen; Fragen zum Gesundheitsverständnis und zu den Zielen der modernen Medizin» [2]. Erstabdruck PrimaryCare, 2007;7: Nr.24.

Kontakt

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Dialog Ethik Soneggstrasse 88
8006 Zürich rbaumann@dialog-ethik.ch

Literatur

- 1 Herzog-Diem R. Langzeiterkrankungen – PatientInnen und Fachleute im Dialog. PrimaryCare. 2007;7(23):383–6.
- 2 Büchi S, Baumann-Hölzle R. Den Sinn des Leidens ergründen. Fragen zum Gesundheitsverständnis und zu den Zielen der modernen Medizin. NZZ. 2005; (271; 19. November):75.
- 3 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306:639–45.
- 4 Büchi S, et al. Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) – a brief method to assess suffering. Psychother Psychosom. 2002;71(6):333–41.

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

In the Eurohand 2008, these results have been presented during 2 lectures entitled:

1. Efficacy of Somatosensory Rehabilitation for Chronic Neuropathic Pain of the Upper Extremity

http://www.congress-info.ch/eurohand2008/sc_prgr_efsht.php?id=394

From the 1st of July 2004 until the 17th of October 2007, 81 Chronic Neuropathic Pain Patients of the Upper Extremity have been treated in the Somatosensory Rehabilitation Centre.

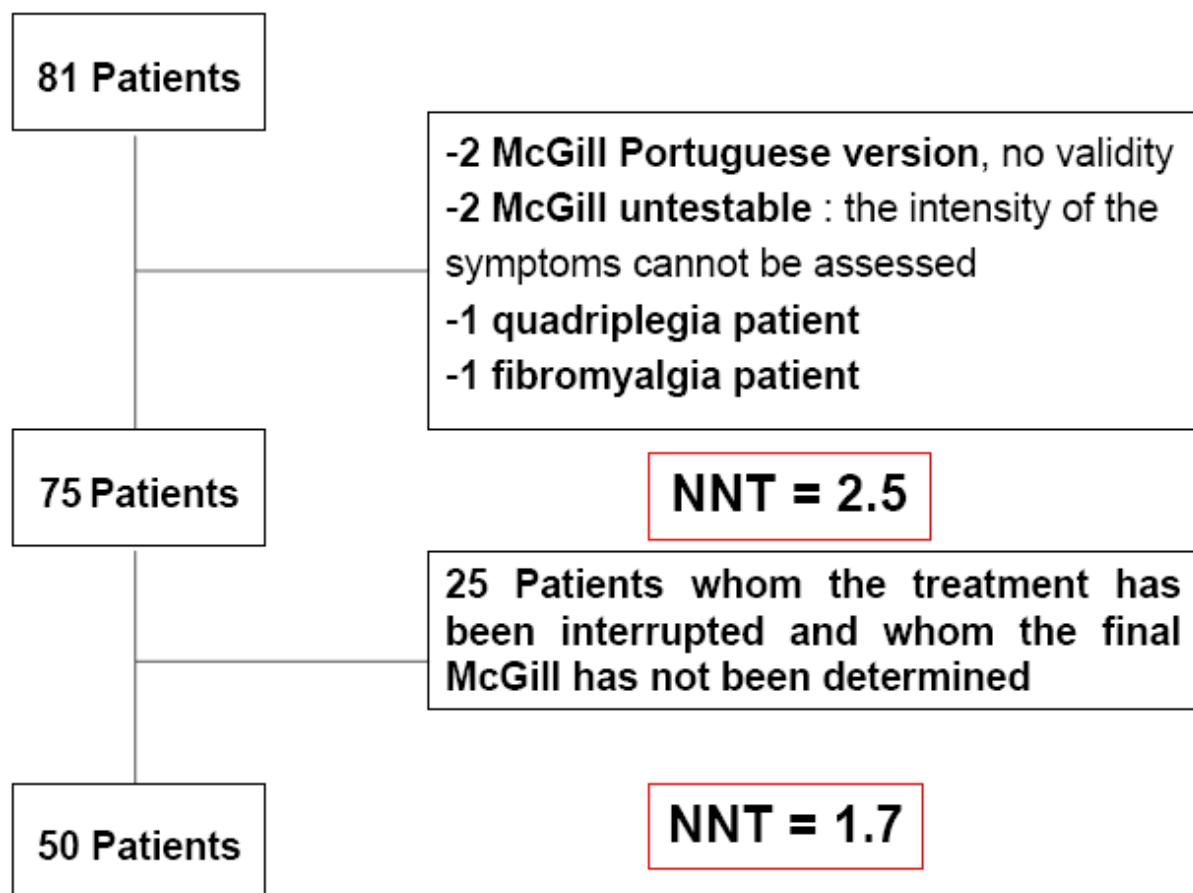


Fig. 1: Demographic Table of 81 Chronic Neuropathic Pain Patients of the Upper Extremity (inclusion criteria). 6 patients were **excluded**. **NNT: Number Needed to Treat:** The number of patients who need to be treated in order to obtain one success. **A successful physical treatment:** A Chronic Neuropathic Pain Patient of the Upper Extremity with **more than 50% pain relief**. **Pain Indicator:** McGill Pain Questionnaire's Score

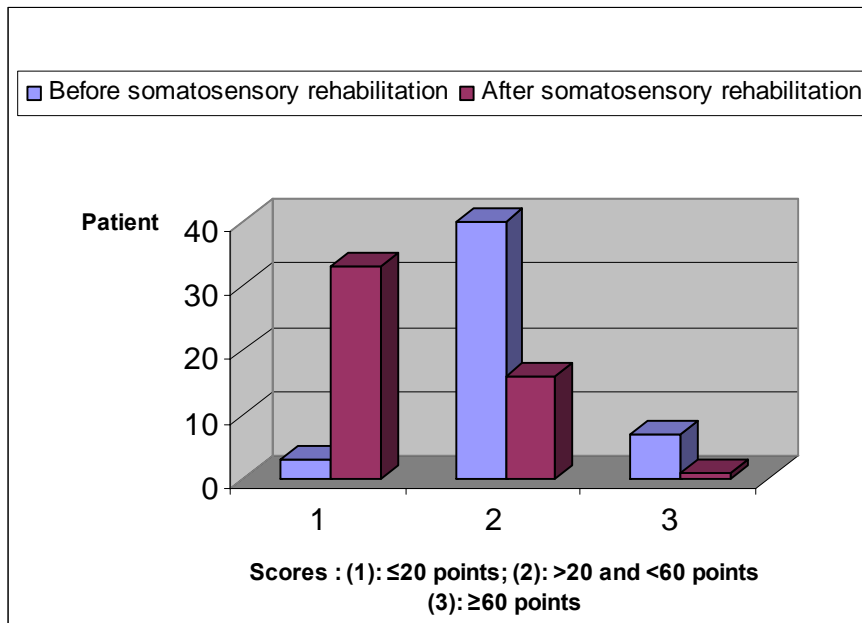


Table I: Distribution of the McGill Pain Questionnaire’s Scores before and after somatosensory rehabilitation (n=50 patients)

**2. Distant Vibrotactile Counter Stimulation (DVCS):
A New Technique to Treat Chronic Neuropathic Pain Patients (NPP) of the Upper
Extremity**

http://www.congress-info.ch/eurohand2008/sc_prgr_efsht.php?id=445

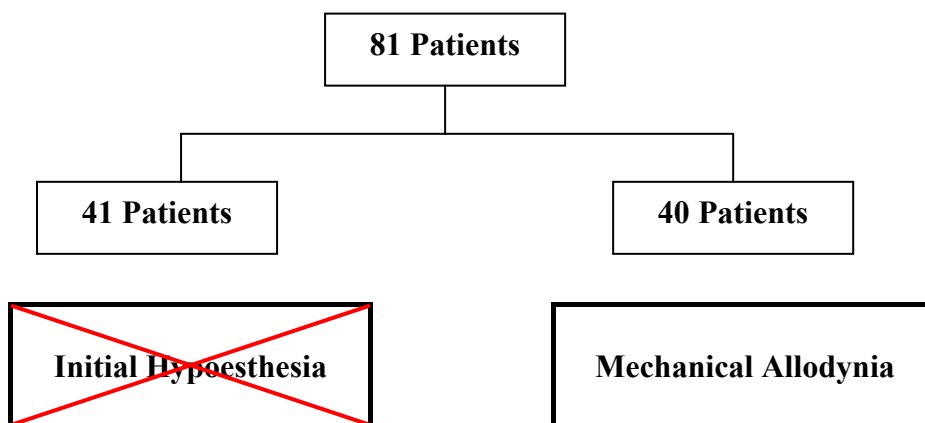


Fig. 2: For the first session of Somatosensory Rehabilitation:
 - The skin of 41 Patients was partially numb (initial hypoesthesia)
 - The skin of 40 Patients was hypersensitive (mechanical allodynia). These 40 Patients have been treated with Distant Vibrotactile Counter Stimulation.

English	Allodynography	Aesthesiography	Latin
Superficial branch of radial nerve	3	18	<i>Ramus superficialis des nervus radialis</i>
Posterior antebrachial cutaneous nerve	4	4	<i>Nervus cutaneus antebrachii posterior</i>
Posterior brachial cutaneous nerve	2	10	<i>Nervus cutaneus brachii posterior</i>
Inferior lateral brachial cutaneous nerve	1	1	<i>Ramus inferior nervi cutaneus brachii lateralis</i>
Superior lateral brachial cutaneous nerve	2	10	<i>Ramus superior nervi cutaneus brachii lateralis</i>
Proper palmar digital nerves : of median nerve	13	34	<i>« Rami » des nervus medianus</i>
Palmar cutaneous branch of median nerve	0	6	<i>Ramus palmaris des nervus medianus</i>
Lateral antebrachial cutaneous nerve	1	1	<i>Nervus cutaneus antebrachii lateralis</i>
Proper palmar digital nerves : of ulnar nerve	2	14	<i>« Rami » des nervus ulnaris</i>
Dorsal branch of ulnar nerve	5	16	<i>Ramus dorsalis des nervus ulnaris</i>
Palmar cutaneous branch of ulnar nerve	0	5	<i>Ramus palmaris des nervus ulnaris</i>
Anterior branch of medial antebrachial cutaneous nerve	6	3	<i>Ramus anterior des nervus cutaneus antebrachii medialis</i>
Posterior branch of medial antebrachial cutaneous nerve	6	3	<i>Ramus ulnaris des nervus cutaneus antebrachii medialis</i>
Medial brachial cutaneous nerve	5	6	<i>Nervus cutaneus brachii medialis</i>
Σ	50	131	
Intercostobrachial nerve	2	3	<i>Nervus intercostobrachialis</i>
Σ	52	134	186

Table II: 186 axonal lesions of 81 Chronic Neuropathic Pain Patients of the Upper Extremity.

English	Allodynography	Aesthesiography
Posterior cord of the brachial plexus C5-C6	12	43
Lateral cord of the brachial plexus C6-C7	14	41
Medial cord of the brachial plexus C8-Th1	24	47

Table III: Classification of the axonal lesions by brachial plexus cords. This classification is important to practice the Distant Vibrotactile Counter-Stimulation (DVCS).

Article

"Source: Communiqué Santé No 60"

TENDANCE

Réveillez votre peau pour endormir vos douleurs neuropathiques

Il est trois heures du matin et vous tournez en rond dans votre cuisine car vous n'arrivez pas à dormir. Un membre de votre corps brûle, ou plus exactement c'est comme s'il était brûlant, car, lorsque vous le touchez, sa température est absolument normale. De surcroît, des épisodes de décharges électriques vous assaillent au point de vous couper le souffle. Petit à petit, vous ne vous reconnaissez plus: vous êtes devenu irritable, à fleur de peau, un rien vous énerve.

Vous souffrez d'une névralgie: une affection douloureuse des nerfs, ces fils électriques qui relient les «yeux» de votre peau à votre cerveau. Au XX^e siècle, comme son origine restait bien souvent inexplicite, «névralgie» a fait place au terme de «douleurs neurogènes».

Le XXI^e siècle a accouché d'une souris: les Anglo-Saxons nous ont contraints à utiliser une lapalissade: «douleurs neuropathiques».

Ces douleurs sont fréquentes: selon les dernières études en cours, elles toucheraient 5 Français sur 100. Leur traitement est essentiellement médicamenteux.

Un Centre à l'avant-garde

Ces dernières années une lueur d'espoir s'est allumée dans le ciel fribourgeois¹: un Centre spécialisé dans le traitement de ces douleurs neuropathiques a ouvert ses portes à la Clinique Générale. Ses thérapeutes recherchent sur votre peau la conséquence de l'interruption de quelques-uns de ces fils électriques, soit quelques centimètres carrés de peau où la sensibilité est légèrement, voire fortement émoussée.

Une fois ce territoire circonscrit et reporté à la main sur une feuille de papier, des exercices vous seront proposés à domicile pour améliorer votre sensibilité au toucher.

En effet, la nature est généreuse et même si certaines de vos fibres nerveuses ont été irréversiblement interrompues, celles qui vous restent peuvent «bourgeonner» et prendre la relève, comme une branche d'arbrisseau qui semblait morte après le gel et qui repousse ailleurs. Ce travail quotidien demande de la patience et même s'il dure 3 mois en moyenne, plusieurs saisons peuvent passer avant que vous ne ressentiez clairement une diminution de vos douleurs neuropathiques. ■

¹Spicher, C. (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris: Médecine & Hygiène traduit en anglais sous Spicher, C. J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical

Claude Spicher



Continuous Education – Weiterbildung - Formation continue



Date: 29 janvier 2009

Lieu : Unité de physiologie, Fribourg, Suisse

Anatomie et physiologie de la sensibilité cutanée de la tête, du cou et du tronc

Dr Philippe Otten, neurochirurgien (MD), médecin agréé, HFR site de Fribourg et président du collège des médecins de la Clinique Générale à Fribourg

Prof Eric Rouiller, docteur en sciences (PhD), Unité de physiologie

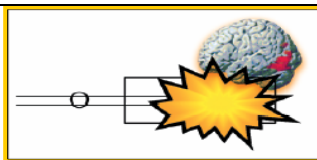
Prof Emeritus Pierre Sprumont, docteur en médecine (MD), Unité d'anatomie

Claude Spicher, collaborateur scientifique (ET), Unité de physiologie

Département de médecine, Université de Fribourg

Info : Ce *volume 5(2)* page 124

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



Date: 9-12 March 2009

Week for Somatosensory Rehabilitation

Place : Au Parc Hôtel, Fribourg, Switzerland, Europe

Claude Spicher, OT, swiss certified Hand Therapist

Rebekah Della Casa, OT

Registration: CHF 980.-

murielle.rouiller@unifr.ch

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

Info : This issue 5(2) page 102

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

17-22 August 2008 Place Info	12th World Congress on Pain Glasgow, UK www.iasp-pain.org
3-5 September 2008 Place Info	13th Annual Advanced Interventional Pain Congress Budapest, Hungary www.kenes.com/wip08/index.asp
8-10 September 2008 Place Info	Scandinavian Hand society Meeting Helsinki, Finland www.congreszon.fi/sssh08
2-3 octobre 2008 Lieu Info	Expériences en Ergothérapie. XXI^{ème} série La Grande-Motte, France www.ergotherapie-montpellier.com
15-17 October 2008 Place Info	Complex Regional Pain Syndrome : Advances in Science & Treatment Bath, United Kingdom crpsconference@hotmail.co.uk
24-25. Oktober 2008 Ort Info	Handtherapie Fortbildung: Nervenkurs Winterthur admin@handtherapie-fortbildung.com
6-7 novembre 2008 ANNULE Lieu	Sensibilité cutanée: Evaluation et rééducation sensitive d'hémiplégie, d'algodystrophie et de syndrome du tunnel carpien. Institut de Formation en Ergothérapie, Rennes, France
8-9. November 2008 Ort Info	Schmerzen verstehen Zurzach fbz@rehaclinic.ch

20-21 novembre 2008	Diminution des douleurs neuropathiques par la rééducation sensitive ou comment traiter les syndromes du tunnel carpien, algodystrophies et hémiplégies
Lieu	Campus Erasme, Bruxelles, Belgique
Info	crea@iscam.be
22 novembre 2008	Ergothérapie Tout Azimut 6^{ème} édition
Lieu	Campus Erasme, Bruxelles, Belgique
Info	www.ergo-ae.be
9-12 March 2009	Week for Somatosensory Rehabilitation
Place	Au Parc Hôtel, Fribourg, Switzerland, Europe
Info	http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/teaching/continedu.php This issue 5(2) page 102
13-16 March 2009	The 5th World Congress World Institute of Pain – WIP 2009
Place	New York, USA
Info	http://www.kenes.com/wip
13-15 November 2009	4th Asia-Pacific Federation of Societies for Hand Therapy
Place	Kaohsiung, Taiwan
Info	http://www.2009apfsht.ot.org.tw
24-26 June 2010	8th Triennial Congress of the International Federation of Societies for Hand Therapy
Place	Orlando, USA
Info	www.hands2010.com
June 2010	XVth Congress of the Federation of the European Societies for Surgery of the Hand
Place	Bucharest, Romania
Info	geordv@hotmail.com

Schmerz bis an`s Durchdrehen *Patientin Uebersicht Nr. 17*

Wer diesen Schmerz nie gehabt hat, kann die Problematik nicht verstehen.

Diese Schmerzen lassen dich in einen Teufelskreis verfallen, aus welchem du nur schwer wieder herauskommst. Dadurch zieht man sich immer mehr zurück und wird immer einsamer. Durch diese Schmerzen kannst du nachts nicht mehr richtig schlafen, weil dein Fuss wie Feuer brennt. Durch den Mangel an schlaf ist man tagsüber sehr müde, dadurch gereizt. Das Ganze wiederholt sich immer wieder, und dadurch verschlimmert sich die ganze Angelegenheit mit jedem Tag eine bisschen mehr.

Man bekommt immer mehr das Gefühl, dass man durchdreht oder kurz davor steht.

Die Familie hat unter diesen Umständen manchmal gelitten. Die Kinder haben manchmal gesagt, Mami, du bist nicht mehr die gleiche.

Durch das Somatosensorische Rehaszentrum habe ich gelernt, diese Schmerzen zu bekämpfen. Am Anfang hatte ich das Gefühl, dass ich die ganze Therapie nicht verstehe, dass ich zu blöde bin. Aber mit der Zeit habe ich aber begriffen, dass ich über die Schmerzen bestimmen kann.

Ich habe auch wieder gelernt zu lachen. Und auch in der Familie funktioniert es wieder viel besser.


R. A.



Sascha, Sohn der Patientin

[Das Follow-up dieser Patientin wird einer der nächsten e-News-Nummer erscheinen.]


Diagnose: Komplexes regionales Schmerzsyndrom Nervi terminalis Nervi sapheni mit mechanischer Allodynie]



ANATOMIE & PHYSIOLOGIE

DE LA SENSIBILITE CUTANEE

DE LA TETE, DU COU & DU TRONC



ANATOMIE & PHYSIOLOGIE DE LA SENSIBILITE CUTANEE DE LA TETE, DU COU & DU TRONC

CONTEXTE PROBLEMATIQUE

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 de la tête & du tronc et sur la physiologie de la sensibilité cutanée
- Intégrer ces connaissances avec la contre-stimulation vibrotactile à distance et 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 NOUVEAU
- Physiologie de la sensibilité cutanée NOUVEAU
- Description systématique des territoires de distribution cutanée avec démonstration sur un modèle ORIGINAL
- Atelier à trois pour redessiner ces territoires sur votre tête & votre tronc ORIGINAL
- Description systématique des trajets des branches cutanées de la tête & du tronc ORIGINAL
- Intégration des acquis de la journée à la rééducation sensitive NOUVEAU

FORMATEURS

Dr Philippe OTTEN, neurochirurgien (MD), médecin agréé, HFR site de Fribourg et président du collège des médecins de la Clinique Générale à Fribourg
 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>
 Prof Pierre SPRUMONT, docteur en médecine (MD), Unité d'anatomie, Département de médecine, Université de Fribourg
 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/spicher.php>

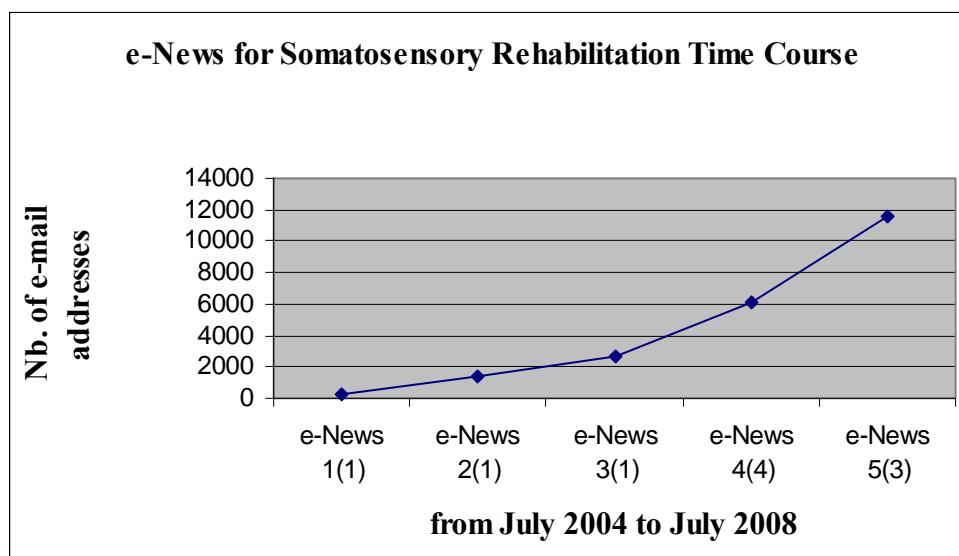
DESTINATAIRES


Ergothérapeute, physiothérapeute, médecin

Who are you?

You are 11,528 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world on the 5 continents, in 112 countries who are receiving the e-News for Somatosensory Rehabilitation:

Albania, Algeria, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Bahamas, Bangladesh, Belarus, Belgium, Bermuda, Bosnia & Herzegovina, Brazil, Bulgaria, Cameroon, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cote d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czek 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.





CLINIQUE GÉNÉRALE
Garcia - Ste-Anne

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, Español, Portugues, ПОСЧИЯ*

e-News's Library:

<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/somato.eneews.php>