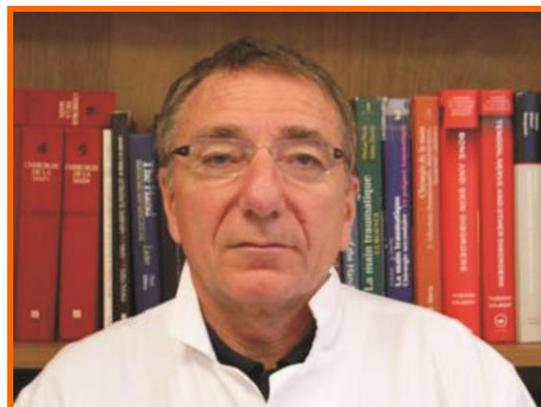




Powered by:



www.ysy-medical.fr



François MOUTET
Guesteditor

- 95** Moutet F **Guesteditorial** My pain is another – ma douleur est autre [English, français]
- 99** Spicher C J **Somatosensory Rehabilitation Centre’s Statistics** [English]
- 100** Lamonerie M **Article original** Adhésion du patient allodymique : Étude Delphi [F]
- 105** Pinguet M A **Fait clinique** Névralgie dorso-intercostale postzostérienne [Français]
- 110** Lotze and Moseley **Shadow & penumbra** Old Lessons Ring True [English]
- 111** Spicher C J **Ébauche de synthèse** Fondé par la preuve [Français]
- 116** Perrier, M **Lu pour vous** SOS douleurs chroniques [Français]
- 118** R. E. **Brief Nr. 58 von einer Patientin** [Deutsch]
- 119** Spicher & Schaer **No Comment Nr. 34** über R. E. [Deutsch]
- 121** Spicher, Buchet, Quintal & Sprumont **Territoire maximal de distribution cutanée** [F]
- 126** Spicher et al. **Continuous Education – Formation continue** [English, français]
- 128** Franklin B **Aforismo sazonal** [Portugues, English]

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

www.neuropain.ch

Peer-reviewed open-access journal

VIBRALGIC 5

Générateur de vibrations transcutanées

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



EPUISE



Caractéristiques techniques :

le générateur :

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

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

le vibreur :

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

Livré avec :

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

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



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

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

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

01/10/2012

GUEST EDITORIAL

My pain is another

To MD



To neuroscientist



To patient



To therapist



François MOUTET, MD¹

Pain is a signal and the information coming from the patient is its analyse. Allodynia is the definition of the phenomenon where the stimulation is different -in greek αλλος -from the one we thought we would provoke a pain at that level – in greek οδυνη. To paraphrase Rimbaud (a famous French poet), « **My pain is another** » ! If the physiological phenomenon is better known, the treatment is still a hazardous road for the therapist.

The long path opened by Claude J. Spicher has got our attention since 2005 and a member of the team had followed the course in 2006. Since, almost every member of the hand therapy team had benefit from it. The method, standardised therefore reproducible, giving quantified results, gives objectivity on a subjective theme. This **objective aspect of pain** and the sensibility in a given territory - and its regression in surface and severity- is not a lesser advantage: for the therapist and the patient.

The possible quantification gives the opportunity to evaluate the method itself and to proceed with **statistical observations**. Exchanges with others therapists are then facilitated.

Results, when they do not respect the expected evolution, give the opportunity to put in question either the therapist or patient. When the treatment has not evolved, questioning the choice of territory for counter stimulation is in order. Does the patient follow the instructions? Was the evaluation done right the first time? Is it the best therapeutic strategy or protocol? Like very often with matter of research, **questions have as much importance as answers**.

¹ Professeur émérite, consultant, CHU Grenoble Alpes ; Chirurgie Plastique Réparatrice et Esthétique, Chirurgie de la Main et des Brûlés, SOS Main Grenoble ; CS 10217 ; F- 38043 Grenoble ; Pastpresident of the French Society for Hand Surgery fmoutet@chu-grenoble.fr

It is regrettable that the method **detractors** do not put in question the scientific evaluation of the subject. It comes from **recent discoveries** about somaesthetic phenomenon that did not fully revealed their possibilities. Claude J. Spicher open this path to fruitful developments with observations from field men, incubators of sensibility, “skin-o-logist”, that with their observations, analyses and questioning promotes progress and research.

Like any hospital unit specialized in hand emergencies, we are a high debit organisation, essentially in charge of evaluation and orientation for this type of patients. That is where the necessity is, for the therapists working in that kind of facility, to know about somatosensory rehabilitation. We encourage it with the creation of a **continuing course** in Grenoble in 2017.

Those few lines are the fruit of a **common reflexion** with the therapists and collaborators of the Unité de Chirurgie de la Main et de Brûlés SOS Main Grenoble in the CHU Grenoble Alpes.

Grenoble, July the 13th 2016

Translated by the editorial board



« L’expérience taoïste du consentement nous met dans la joie du flux. En y consentant, on accepte d’accompagner le mouvement de la vie, d’épouser ses formes jaillissantes, parfois surprenantes. On accepte de prendre le risque de vivre **en permanence déstabilisé**. »

Lenoir, F. (2015) – *La puissance de la joie*.
Paris : Editions Fayard.

EDITORIAL

Ma douleur est une autre

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

François MOUTET, MD²

La douleur est un signal et l'information que le patient nous en donne est l'analyse de ce signal. L'allodynie illustre ce phénomène où le stimulus est autre – en grec *αλλος* – que celui que l'on pensait raisonnablement pouvoir engendrer une telle douleur – en grec *οδυνη*. Pour plagier Rimbaud : « **Ma douleur est une autre** » ! Si le phénomène physiologique est mieux connu, la gestion n'en reste pas moins toujours délicate pour le thérapeute.

Le long chemin ouvert par Claude Spicher a retenu notre attention dès les années 2005 et un membre de l'équipe a suivi la formation dispensée à partir de 2006. Depuis, quasiment tous les membres de l'équipe de rééducation en ont bénéficié. La méthode, standardisée et donc reproductible, donnant des résultats quantifiables, permet de mettre de l'objectivité sur du subjectif. Cet **aspect objectivable de la douleur** et de la sensibilité dans un territoire donné - et sa régression en surface et en sévérité - n'est pas l'un de ses moindres avantages ; tant pour le rééducateur que pour le patient.

Cette quantification devenue possible, permet de plus, d'évaluer la méthode elle-même et de procéder à des **observations statistiques**. Les échanges avec les autres thérapeutes en sont d'autant facilités.

Les résultats lorsqu'ils ne sont pas conformes aux délais "classiques" donnent la possibilité de se remettre en question (le rééducateur ou le patient). Quand on stagne, la question se pose du bon choix de territoire de contre stimulation. Le patient observe-t-il les consignes ? La situation de départ a-t-elle bien été évaluée? La bonne stratégie et le bon protocole ont-ils été bien choisis? Comme

² Professeur émérite, consultant, CHU Grenoble Alpes ; Chirurgie Plastique Réparatrice et Esthétique, Chirurgie de la Main et des Brûlés, SOS Main Grenoble ; CS 10217 ; F- 38043 Grenoble ; fmoutet@chu-grenoble.fr

souvent en matière de recherche les **questions sont ici au moins aussi importantes que les réponses**.

Il est regrettable que les **détracteurs** de la méthode ne s'attaquent pas à l'évaluation scientifique du sujet. Celle-ci, s'appuie sur des **découvertes actuelles** concernant les phénomènes somesthésiques qui n'avaient pas encore révélés toutes leurs possibilités. Le mérite de Claude Spicher est d'avoir ouvert cette piste qui laisse entrevoir de riches développements grâce aux apports d'hommes de terrain, des pépinières de la sensibilité, de “peau-logues”, qui par leurs observations, analyses et questionnements favorisent le progrès et la recherche.

Comme tout service hospitalier de type Urgence Main ou SOS Main, nous sommes une structure à haut débit, essentiellement en charge de l'évaluation et l'orientation de ce type de patients. D'où l'évidente nécessité, pour les rééducateurs correspondants, d'être au fait de la rééducation sensitive. Nous encourageons la chose par la mise en place d'une **formation** sur la région grenobloise en 2017.

Ces quelques lignes sont le fruit d'une **réflexion commune** avec les rééducateurs et collaborateurs de l'Unité de Chirurgie de la Main et des Brûlés SOS Main Grenoble au CHU Grenoble Alpes.

Grenoble, le 13 juillet 2016

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

1st of July 2004 - 30th of June 2014

To MD    To neuroscientist  To patient    To therapist   

Spicher, C.J.³

From the 1st of July 2004 until the 30th of June 2014, **1943 neuropathic pain patients** have been assessed. Fourteen somatosensory therapists of pain revealed **3595 axonal lesions** (Table I), including **844 brachial lesions**. To classify these lesions on the whole body we used the neuralgias classification of Valleix (1841). The distribution of these lesions is as follows:

Neuropathic pain patients assessed Neuropathic pain syndromes with A β neurofibers lesions ⁴ : Stage II, III, IV or V ⁵ :	
Cutaneous department	Number of axonal lesions
Trigeminal	105
Occipital	93
Cervical	86
Brachial	844
Dorso-intercostal	267
Lumbo-abdominal	129
Lumbo-femoral	128
Femoral	476
Sciatic	1275
Sacral	192
Total	3595

Table I: The axonal lesions distribution of 1943 neuropathic pain patients ($n = 3595$):
1.85 lesion by patient.

³ University Scientific Collaborator, Unit of Physiology and Program in Neurosciences, Department of Medicine, Fribourg, Switzerland

⁴ With tactile hypoaesthesia OR tactile hypoaesthesia and static mechanical allodynia

⁵ Stage V of axonal lesions \equiv Complex Regional Pain Syndrome

ARTICLE ORIGINAL

Adhésion du patient allodynique à la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques Une étude DELPHI

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Mathilde LAMONERIE⁶, ergothérapeute DE

http://www.neuropain.ch/sites/default/files/documents/lamonerie_m_memoire_ife_montpellier_2016.pdf

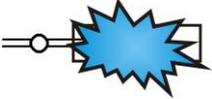
Mon étude porte sur l'adhésion du patient allodynique à la méthode de rééducation sensitive et les éléments qui peuvent lui être favorables ou défavorables. Afin de traiter ce sujet, j'ai décidé d'utiliser la technique Delphi. Cette technique a été fondée par Dalkey et Helmer dans les années 1950. C'est une technique qui se développe ; elle est de plus en plus utilisée par les chercheurs, notamment dans le domaine de la rééducation, car elle s'adapte bien aux besoins de recherche. Elle vise à obtenir le **consensus d'experts** sur un sujet donné. Le principe des études Delphi est d'assurer une validité aux réponses trouvées des participants par leur position d'expert.

A la question ouverte de départ (voir page suivante), les rééducateurs sensitifs de la douleur certifiés **RSDC[®]** ont proposé des éléments de réponses ; ces derniers ont été ensuite validés - ou non - par cette communauté de pratique. L'objectif de la dernière étape pour les **RSDC[®]** était de prioriser, par **ordre d'importance**, les 18 éléments sur lesquels un consensus avait été trouvé.

⁶ Centre de rééducation sensitive du corps humain ; Clinique Générale; 6, rue Hans-Geiler; CH - 1700 Fribourg (Suisse) reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

« En fonction de votre expérience, quels sont les éléments qui font que la personne ayant des douleurs neuropathiques de type allodynie mécanique statique, adhère ou n'adhère pas à la méthode de rééducation sensitive de la douleur ? »

1. Un climat de confiance est établi entre le **patient** et le **thérapeute**
2. Le **thérapeute** montre une bonne écoute des symptômes et de la gêne quotidienne qu'occasionne la douleur du patient
3. Le **thérapeute** est disponible, et en capacité d'entendre la souffrance du patient
4. La **méthode** permet de mettre des mots sur la douleur que ressentent les patients
5. Le **patient** est impliqué et motivé dans la thérapie
6. Le **thérapeute** donne des informations claires et compréhensibles par le patient
7. Le **patient** fait preuve d'autodiscipline et d'assiduité à la thérapie
8. Le **patient** est en capacité de dire non et d'accepter des changements dans ses habitudes de vie
9. Des objectifs clairs et réalistes sont fixés avec le **patient**
10. Le **thérapeute** prend en compte les besoins et la demande du patient
11. Le **patient** a la volonté de s'occuper de soi
12. Le **thérapeute** responsabilise le patient
13. Les tests permettent d'imager et de rendre visible l'évolution de la douleur du **patient**
14. La **méthode** utilisée est efficace et se traduit par une diminution des douleurs
15. Le **thérapeute** pratique une bonne éducation thérapeutique de la méthode au patient
16. Le **patient** est en mesure de comprendre le processus du traitement
17. Le **patient** est capable de faire un transfert d'apprentissage entre la thérapie et sa vie quotidienne
18. Le **patient** est soutenu par l'environnement familial

<p>RESEAU DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR</p> <p>Bruxelles Montpellier Paris Fribourg Montréal Bordeaux</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Département de Formation</p>	<p><i>Institut de tourisme et d'hôtellerie</i></p> <p>Québec </p> <p>FORMATION </p> <p>Rue Hans-Geiler 6 CH - 1700 FRIBOURG</p> <p>info@neuropain.ch</p>
---	---

**109^e cours (depuis 2009 au Québec) -
REEDUCATION SENSITIVE DES DOULEURS
NEUROPATHIQUES**

**MODULE 1 – 2017 à Montréal (ITHQ)
Une méthode avec
un niveau 2b d'évidence par la preuve**

<http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier>

La rééducation sensitive des douleurs neuropathiques vous offre une alternative thérapeutique. Cette méthode propose non seulement des traitements ciblés, mais également un bilan d'évaluation détaillé de l'état somesthésique des patients. Elle traite la peau et les nerfs qui y sont reliés en s'intéressant à tout le corps humain : soit ses 240 branches cutanées.

Les patients douloureux chroniques présentent, en grande majorité, une composante neuropathique à leur douleur. Ce sont bien souvent ces sensations de « décharges électriques », « d'engourdissements » et de « fourmillements » générées par les nerfs qui complexifient le suivi de vos patients. La méthode de rééducation sensitive de la douleur a été créée pour ces patients, qui ont trop mal depuis trop longtemps.

Cette formation est destinée aux **ergothérapeutes**, aux **physiothérapeutes**, ainsi qu'aux **médecins** généralistes et de toutes spécialités.

Objectifs d'apprentissage:

- Evaluer les troubles de la sensibilité et les douleurs neuropathiques associées ;
- Définir les stratégies thérapeutiques et traiter les troubles de la sensibilité pour diminuer les douleurs neuropathiques ;
- Prévenir l'apparition de complications douloureuses en traitant la sensibilité cutanée.

**CERTIFICAT EN REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR
MODULE 1**

Formatrice

Isabelle Quintal, BSc erg (graduée de l'**Université de Montréal**), rééducatrice sensitive de la douleur certifiée (RSDC®), thérapeute au Centre Professionnel d'Ergothérapie (Montréal), enseignante à l'université de Montréal, enseignante pour le réseau de rééducation sensitive des douleurs depuis 2012 (à Bruxelles, Montpellier, Fribourg, Montréal), responsable du département de la méthode depuis 2012, première auteure, entre autres, de : Quintal, I., Noël, L., Gable, C., Delaquaize, F., Bret-Pasian, S., Rossier, Ph., Annoni, J.M., Maupas, E. & Spicher, C.J. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 9(1), 1-16 [Article 26-469-A-10]. <https://ca.linkedin.com/in/isabelle-quintal-72637429>

Informations sur le cours

Date	Du jeudi 6 au vendredi 7 avril 2017
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Durée	14 heures
Lieu	Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ) 3535 Rue Saint-Denis, Montréal, QC H2X 3P1 Metro Sherbrooke ; ligne orange
Prix	700 dollars (CAD) - y compris, les Manuel, Atlas et dîner

Références bibliographiques

Spicher, C.J., **Quintal, I.** & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques (3^e édition)* – Préface : S. Marchand, PhD. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.

Spicher, C.J., Buchet, N., **Quintal, I.** & Sprumont, P. (**2017, à paraître**). *Atlas des territoires cutanés du corps humain (3^e édition)*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical, 100 pages au **NOUVEAU** format : **21 x 27 cm**.

Ces formations peuvent être comptabilisées pour
l'obtention du titre :

RSDC® Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

CERTIFICAT EN REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR
MODULE 1 – 2017 à Montréal (ITHQ)

Du jeudi 6 au vendredi 7 avril 2017

TALON D'INSCRIPTION

[Délai d'inscription: mercredi 1 février 2017](#)

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Adresse e-mail :

A retourner à :

Marie-Joëlle Fleury
Réseau de rééducation sensitive de la douleur
Département de formation continue
6, rue Hans-Geiler
CH-1700 Fribourg (Suisse)
e-mail : info@neuropain.ch

ou

Fax: +41 26 350 06 35

A payer, par exemple, depuis www.neuropain.ch :

- soit par Paypal: sans frais ;
- soit par versement bancaire : avec ~30 dollars (CAD) de frais.

1. TITULAIRE: M. Claude SPICHER 38, Ch. du Verger CH-1752 Villars-sur-Glâne	3. SWIFT CODE CRESCHZZ80A
2. ADRESSE DE LA BANQUE CREDIT SUISSE AG CH-1701 Fribourg	4. IBAN CH21 0483 5091 7948 2000 0

Névrалgie dorso-intercostale postzostérienne incessante avec allodynie mécanique : Fait clinique d'une diminution des douleurs neuropathiques chroniques

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Marie-Ange PINGUET⁷, ergothérapeute DE, RSDC[®]

ABSTRACT

Les névralgies post-zostériennes (NPZ), complications neurologiques du zona, représentent un défi actuel compte tenu que leur fréquence augmente avec l'âge (Johnson & Rice, 2014) et du vieillissement de la population européenne. Ces douleurs, associées dans la majorité des cas à une allodynie mécanique, ont un retentissement psychique important et altèrent grandement la qualité de vie de la personne. Or, les traitements pharmacologiques actuels n'arrivent à soulager ces personnes que partiellement. La méthode de rééducation sensitive est, quant à elle, ciblée pour traiter les douleurs neuropathiques.

L'objectif de ce fait clinique est d'illustrer l'efficacité de cette méthode sur le traitement des NPZ avec allodynie mécanique statique (AMS) chez une personne âgée, plus de dix ans après la lésion. Le traitement de l'AMS par la contre-stimulation vibrotactile à distance n'est pas encore terminé mais a déjà permis une réduction des douleurs de 48% à 60%. Chez cette personne, la méthode de rééducation sensitive des douleurs est un complément aux traitements médicamenteux pour diminuer les NPZ.

MOTS-CLES : Zona, névralgie post-zostérienne, allodynie mécanique, rééducation sensitive, contre-stimulation vibrotactile à *distance*.

INTRODUCTION

Le zona, causé par la réactivation du virus varicelle zona, « se manifeste cliniquement par une éruption vésiculaire unilatérale, limitée de manière caractéristique à un dermatome unique et s'accompagne habituellement d'une douleur radiculaire » (OMS, 2014, p.269). Des douleurs neuropathiques peuvent cependant persister plus de 90 jours après cet épisode aigu : les

⁷ ASPMAD; En Chamard 55A - ; CH – 1442 Montagny-près-Yverdon (Suisse)
marie-ange.pinguet@avasad.ch

névralgies post-zostériennes (NPZ). Elles sont les complications chroniques les plus fréquentes du zona et les douleurs neuropathiques les plus communes résultant d'une infection (Johnson & Rice, 2014). Ces NPZ s'accompagnent, dans 91.9% des cas (Bouhassira & Attal, 2012) d'une allodynie mécanique, définie par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* comme une « douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur ».

Malgré l'évolution des traitements pharmacologiques et les études scientifiques menées pour lutter contre les douleurs neuropathiques, « les traitements proposés ont une efficacité souvent partielle sur la douleur [neuropathique] » (Bouhassira & Attal, 2012, p.146). La méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques offre une alternative complémentaire aux traitements médicamenteux.

La présentation de ce fait clinique a pour objectif d'illustrer comment cette méthode peut diminuer les NPZ avec allodynie mécanique statique (AMS) plusieurs années après la lésion.

PATIENTE & METHODES

Madame A., 91 ans, se présente en ergothérapie le 17 décembre 2015 pour des douleurs post-zostériennes d'un zona thoracique, dont elle souffre en permanence depuis plus de 10 ans. Elle décrit une gêne quotidienne au contact de ses vêtements, des draps mais aussi de l'eau lors de la toilette. En plus de cette hypersensibilité au toucher, Mme A. se plaint de douleurs de type « décharges électriques » et « brûlures » face postérieure droite du tronc – au niveau de l'aisselle –, lors de la réalisation du questionnaire de Saint-Antoine (QDSA). Ces douleurs permanentes ont des répercussions importantes tant sur son moral que sur ses activités jusqu'à impacter sa vie de famille.

Cette description des douleurs permet de poser l'hypothèse clinique de la présence d'une allodynie mécanique de la branche postérieure du 3^e nerf thoracique droit (Spicher, Buchet (-Desfoux) & Sprumont, 2013). La stratégie thérapeutique mise en place se base donc sur l'algorithme de gestion des douleurs neuropathiques provoquées (Spicher *et al.*, 2016).

Une allodynographie, « carte géographique sur papier d'une allodynie mécanique » (Quintal *et al.*, 2013, p.7), est réalisée. Cette évaluation positive nous permet de poser la condition somesthésique et neuropathique de Mme A. : **Névralgie dorso-intercostale incessante de la branche postérieure du 3^e nerf thoracique droit avec allodynie mécanique (Stade IV de lésions axonales).**

Nous recherchons ensuite la sévérité de l'AMS grâce à l'arc-en-ciel des douleurs, pour pronostiquer la durée du traitement, à savoir un mois par couleur en moyenne (Spicher, Quintal & Vittaz, 2015). Dans le cas de Mme A., l'arc-en-ciel des douleurs est ORANGE (l'application de 0,2 gramme augmente l'échelle visuelle analogique (EVA) de 1 cm), ce qui signifie que l'AMS est grave et que sa disparition prendra environ 6 mois.

Pour faire diminuer l'AMS, une prescription de ne pas toucher, autant que possible, la zone allodymique et les zones non-confortables est mise en place.

Des contre-stimulations vibrotactiles à distance sont réalisées sur les zones « inférieures » et « supérieures » ressenties comme confortables, soit les niveaux segmentaires Th10 et C3. Ces exercices se font à domicile (peau de lapin) à raison de 8 fois par jour pendant 1 minute ou moins longtemps et en thérapie (Vibralgic : 100Hz - 2%) 1 minute ou moins longtemps.

RESULTATS

Nous avons pu observer une diminution de la superficie du territoire allodymique (**Fig. 1**), en lien avec une diminution de la sévérité de l'AMS. Le total des douleurs au QDSA a lui aussi diminué. Les sensations de « élancements », de « chaleur », de « fourmillements » diminuent ; les sensations de « rayonnement » et de « brûlure » ont disparu.

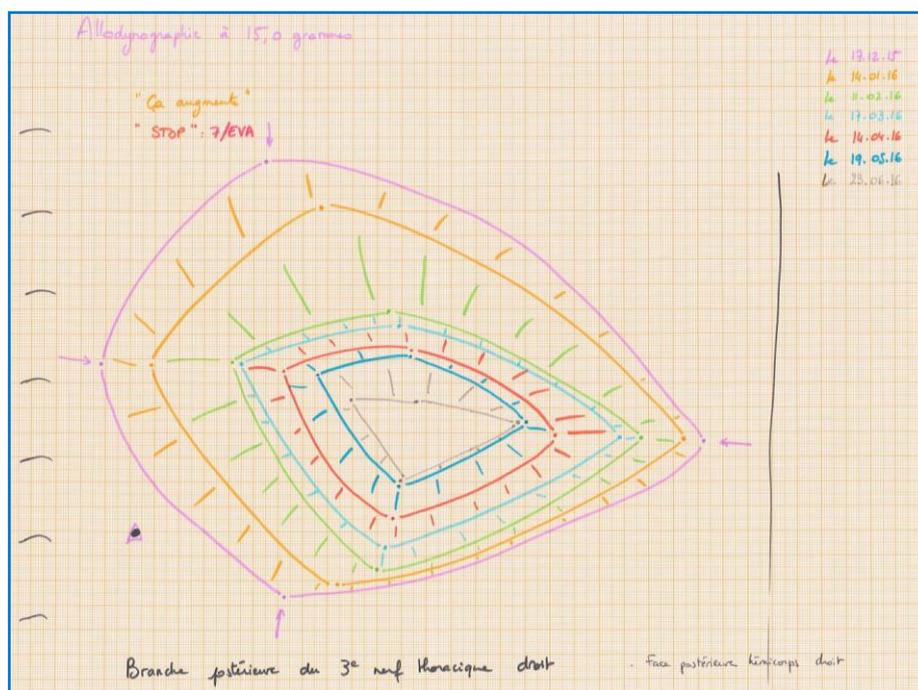


Fig. 1 : Allodynographies successives à 15 grammes (esthésiomètre de Semmes-Weinstein 5.18) de la branche postérieure du 3^e nerf thoracique droit, testées du 17.12.15 au 23.06.16.

Voici l'évolution des données (**Tableau I**) au fur et à mesure du traitement :

Date	Superficie du territoire allodymique (cm²)	Arc-en-ciel des douleurs	Douleur provoquée par une force d'application de... (gramme)	Total des douleurs QDSA (pts)
J₀	285.8	Orange	0.2	48
J₅₆	106.8	Jaune	0.7	De 42 à 48
J₉₁	84.5	Vert	1.5	De 25 à 36
J₁₅₄	26.4	Bleu	3.6	De 20 à 28
J₁₈₉	11.7	Indigo	8.7	De 19 à 25

Tableau I : Evolution de l'AMS et des douleurs neuropathiques du 17.12.2015 (J₀) au 23.6.2016 (J₁₈₉).

Le traitement est toujours en cours et la diminution de la zone allodymique se poursuit.

DISCUSSION

La vitesse moyenne de disparition d'une AMS avec un arc-en-ciel des douleurs orange est de 179 jours (Spicher, Freund, Desfoux & Della Casa, 2009). A J₁₈₉, l'arc-en-ciel des douleurs devenait indigo. Les résultats de Mme A. se situent donc au-dessus de la moyenne, sachant qu'il reste à faire disparaître les arcs-en-ciel indigo et violet. Selon Clément-Favre, Latière, Desfoux, Quintal et Spicher (2011), plusieurs facteurs intrinsèques peuvent augmenter ce temps de disparition : la chronicité des douleurs (> 10 ans), l'étiologie infectieuse et la zone de travail éloignée des lésions axonales. De plus, au regard de la localisation de la zone allodymique, la prescription de ne pas toucher autant que possible les zones non-confortables impliquait que Mme A. puisse ne pas porter de vêtements sur le haut du corps (chez elle), ce qui n'a pu être réalisé. Malgré l'adaptation des vêtements (légers, larges, sans couture), leur frottement sur la peau n'a pu que ralentir le temps de diminution de la zone allodymique.

Les douleurs ressenties par Mme A. ont atteint un score de 48 points au QDSA au début du traitement (J₀). A ce jour (J₁₈₉), le score établi sur ce même questionnaire est de 25 à 19 points. D'où une régression des douleurs de 48% à 60%. Selon Johnson & Rice (2014), les traitements médicamenteux entraînent, chez moins d'un patient sur deux, une diminution d'au moins 50% des douleurs post-zostériennes. La rééducation sensitive paraît donc un bon complément au traitement pharmacologique. Ceci est confirmé par une étude menée sur 66

patients présentant des douleurs neuropathiques thoraciques avec ou sans AMS et traités avec la méthode de rééducation sensitive. 86% des patients ayant fini leur traitement, c'est-à-dire ayant retrouvé une sensibilité cutanée normale, ont eu une diminution de leurs douleurs d'au moins 50% (Spicher et *al.*, 2016). En effet, le traitement ne s'arrête pas à la disparition de l'AMS. Celle-ci laissera apparaître un territoire hypoesthésique sous-jacent présumé responsable des douleurs neuropathiques spontanées (Spicher, Mathis, Degrange, Freund & Rouiller, 2008). Nous entamerons alors la seconde phase du traitement en s'appuyant sur le paradigme de la rééducation sensitive : « rechercher l'hypoesthésie car la diminution de l'hypoesthésie diminue les douleurs neuropathiques » (Quintal et *al.*, 2013, p.8).

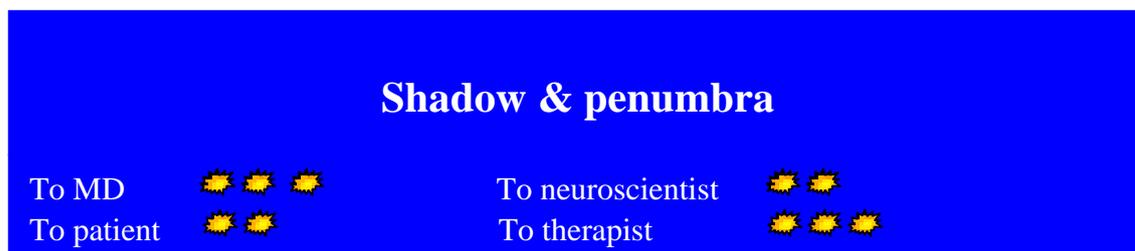
CONCLUSION

La méthode de rééducation sensitive mise en place avec Mme A. a permis une diminution des douleurs neuropathiques post-zostériennes et de l'AMS que les médicaments n'arrivaient pas à soulager. Cette méthode peut être une alternative efficace à disposition des thérapeutes, qui se sentent souvent démunis face à ces douleurs neuropathiques chroniques. D'autant plus que, selon Lang, Zarate-Lagunes et Pautex (2008, p.2400), « la prise en charge des DPZ [douleurs post-zostériennes] est un défi parfois difficile et l'est d'autant plus, chez les sujets âgés où polymédication et comorbidités réduisent les options thérapeutiques. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bouhassira, D. & Attal, N. (2012). *Douleurs neuropathiques* (2^{ème} édition). Paris : Arnette-Wolters Kluwer.
- Clément-Favre, S., Latière, P., Desfoux, N., Quintal, I. & Spicher, C.J. (2011). Allodynie mécanique du membre supérieur : Zones de travail et pronostic du traitement. In M.H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 24^{ème} série (pp. 145-152). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Johnson, R.W. & Rice, A.S.C. (2014). Postherpetic neuralgia. *N Engl J Med*, 371 (16), 1526-1533.
- Lang, P.O., Zarate-Lagunes, M. & Pautex S. (2008). Zona et névralgies postzostériennes de la personne âgée. *Rev Med Suisse*, 178, 2398-2404.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Vaccins contre la varicelle et le zona : note de synthèse de l'OMS, juin 2014. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 25, 265–288.
- Quintal, I., Noël, L., Gable, C., Delaquaize, F., Bret-Pasian, S., Rossier, P., Annoni, J.M., Maupas, E. & Spicher, C.J. (2013). Méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 9(1), 1-16 [Article 26-469-A-10].

- Spicher, C.J., Buchet (-Desfoux), N. & Sprumont P. (2013). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches* (2^{ème} édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Spicher, C.J., Fehlmann, P., Maihöfner, C., Sprumont, P., Létourneau, E., Dyer, J.O., Masse, J., López-Solà, M., Maupas, E. & Annoni, J.M. (2016). Management Algorithm of Spontaneous Neuropathic Pain and/or Touch-evoked Neuropathic Pain illustrated by prospective observations in clinical practice of 66 chronic Neuropathic Pain Patients. *e-News Somatosens Rehab*, 13(1), 5-32.
- Spicher, C.J., Freund, P., Desfoux, N. & Della Casa, R. (2009). Time Course of Disappearance of Static Mechanical Allodynia through Somatosensory Rehabilitation : Reexamination of a Larger Cohort of Neuropathic Pain Patients. *e-News Somatosens Rehab*, 6(4), 151-170.
- Spicher, C.J., Mathis, F., Degrange, B., Freund, P. & Rouiller, E.M. (2008). Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypo-aesthesia : Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosens Mot Res*, 25(1), 77-92.
- Spicher, C.J., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3ème édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.



Old Lessons Ring True:

Clinically, **observation** refers to careful appraisal of patients and their situation. *i.e.*, to ask questions and to listen carefully to the responses.

To really listen is to focus your attention on the patients, on what the patients say (and, indeed, on what they do not say) and how they say it - not just the words they use, but the entire behavioral package.

i.e., their manner, their posture, their ease of articulation, their expression, and the attributions they provide for their pain.

Martin Lotze and Lorimer Moseley
Phys Ther 2015, 95(9), 1316-1320

EBAUCHE DE SYNTHÈSE

Fondé par la preuve

Aux médecins 

Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux thérapeutes 

Claude SPICHER⁸

Lorsque lors d'un débat, quant à la stratégie thérapeutique à adopter pour un patient, notre interlocuteur vous assène : « De toute façon, nous avons tous des échecs et des succès », il se situe au début XX^e siècle, AVANT la naissance de la science des statistiques.

Les statistiques sont des analyses sur des échantillons - en clinique appelés cohortes *series* - si possible de 1000 données ; c'est du moins ce que j'ai appris à mon premier cours de statistiques à la Faculté des sciences en 1980. Les statistiques élémentaires proposent les données extrêmes, par exemple la plus rapide et la plus lente – [min – max]. Ce n'est qu'en 2004, à la Triennale de l'*IFSHT*⁹ à *Edinburgh* que j'ai découvert cette notion d'étendue *range* ; il ne m'a pas été facile d'aller demander sa signification : les statisticiens ne comprennent pas que nous sommes des débutants. De même, peu de lecteurs non-initiés savent que l'écart-type *SD* permet de définir les résultats d'une partie de la cohorte étudiée. $\pm SD$ signifie que tous les patients qui ont un résultat compris entre la valeur de la moyenne moins un écart-type et la moyenne plus un écart-type représentent le deux tiers des patients. L'interface entre cliniciens et statisticiens n'est pas facile à trouver. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre dans un congrès un clinicien répondre : « Je ne sais pas, c'est un statisticien qui m'a donné ces résultats ». C'est l'une des raisons pour laquelle, un **niveau de preuve** est proposé aux cliniciens, résultat d'un travail statistique très élaboré, mais lisible et compréhensible pour ceux-ci.

⁸ Collaborateur scientifique, Unité de physiologie, Département de médecine, Université de Fribourg ; 5, Rue du Musée ET Centre de rééducation sensitive ; Clinique Générale; Rue Hans-Geiler 6 ; CH - 1700 Fribourg Suisse ; claude.spicher@unifr.ch

⁹ *International Federation of Societies for Hand Therapy*

Les professions des traitements physiques *rehabilitation* ont fait un grand effort dans le cadre de leur formation pour donner ces compétences à leurs étudiants au *bachelor*, voire même au *master*. C'est ainsi que de nouveaux titres apparaissent comme Bsc erg ou bachelier en ergothérapie et non seulement le titre d'ergothérapeute DE. Ce n'est pas parce que ces nouveaux professionnels connaissent ces notions élémentaires que leurs interlocuteurs, formés le siècle passé et qui n'ont pas pris de formation continue sur ce sujet, les comprennent. C'est pourquoi, je me permets ci-après, une tentative d'explication personnelle de ce tableau de niveaux de preuves (**Tableau I**).

Croire qu'un traitement est efficace est important, utile, voire nécessaire, mais n'offre aucun niveau de preuve quant à son efficacité – ou son inefficacité. Affirmer que : « l'efficacité de cette méthode est hautement discutable » n'est *PAS* un point de vue scientifique. « L'existence de Dieu est hors sujet en physique » selon *Stephen Hawking*.

Prérequis

Avant de publier quoique ce soit, il est nécessaire de collecter des données fiables : valides, fidèles et sensibles. Malheureusement, ces trois critères sont rarement réunis, ce qui offre des arguments aux détracteurs, des statistiques en général, des niveaux de preuves en particulier pour disqualifier ce changement.

Validité : Il s'agit de mesurer ce que vous voulez vraiment mesurer.

Exemple 1 : Il est valide de mesurer la capacité de détection du système neurologique somatosensoriel en mesurant le seuil de perception à la pression.

Contre-exemple 1 : Il n'est *PAS* valide de mesurer la capacité de **détection** du système neurologique somatosensoriel avec le test de discrimination de 2 points statiques ; toutefois, il est valide de mesurer la capacité d'**identification** du système neurologique avec le test de discrimination de 2 points statiques.

Contre-exemple 2 : Il n'est *PAS* valide de mesurer l'efficacité des emplâtres de lidocaïne (Versatis[®], Neurodol[®], etc.) en utilisant une échelle visuelle analogique qui mesure à la fois l'impact sur les douleurs neuropathiques spontanées – bloquées en effet par la lidocaïne – et les douleurs neuropathiques provoquées exacerbées par l'emplâtre ...

Fidélité : La standardisation des méthodes est requise afin d'en assurer la reproductibilité, sans quoi aucune comparaison de patients ne peut être mise en

œuvre. Ceci présuppose des écrits, mais aussi un enseignement par des formateurs, une expertise des acquis.

Exemple 1 : Cette exigence n'est pas offerte par l'expert dentiste dans le livre dont nous vous proposons la lecture ci-après.

Exemple 2 : La standardisation du signe distal de régénération (T^{++} *tingling sign* \equiv vrai signe de Tinel) a permis de suivre fidèlement la régénération des axones.

Sensibilité :

Les signes d'examen clinique sont soit positif, soit négatif. Afin de définir de manière précise la démarcation entre ces deux status, il est primordial que la mesure soit sensible. Elle permet ainsi de montrer des changements cliniques.

Exemple : le programme progressif d'imagerie motrice *GMIP* a un impact sur les sensations d'enraidissement, voire les sensations de cuisson, mais pas sur les douleurs. L'échelle visuelle analogique n'est pas un instrument de mesure suffisamment sensible pour montrer l'effet de ce programme *in clinical research*, voire *in clinical practice*.

Exemple : Les anciennes cartes de la sensibilité – verte – bleue – indigo – rouge – selon la technique de Judith Bell-Krotoski avec les monofilaments de Semmes-Weinstein n'avaient pas la sensibilité d'un seuil de perception à la pression.

Publier des recherches en toute **neutralité** est une exigence qui réunit ces trois critères : les compétences acquises sont belles et bien valides – il n'en manque pas –, elles sont reproductibles et en nuances.

Synthèse des niveaux de preuve (pour plus de détails, voir à la page suivante)

Niveau 3 : Publier avec la méthodologie sus-nommée un Fait clinique *Case report* est un début. Il est plus intéressant de publier des conditions somesthésiques et/ou neuropathiques fréquentes – afin qu'elles puissent être reproduites – plutôt que, comme l'usage le veut, de publier des raretés.

Niveau 2b : Publier une cohorte de patients dont les évaluations et les résultats ont été collectés de manière prospective et consécutive *in clinical research* – sur un petit groupe de patients choisit selon des critères d'inclusion très précis – ou mieux, *in clinical practice* avec tous les patients, avec un status bien précis, reçus dans UNE structure de soins.

Exemple : **La rééducation sensitive des douleurs neuropathiques présente un niveau 2b de preuve.**

Niveau 2a : Publier au moins deux cohortes dans DEUX structures de soins ou deux cohortes dans une structure, mais dont le choix du traitement s'effectue au hasard *at random*. Dans le domaine des traitements non-médicamenteux, c'est la première option qui a le plus souvent cours. La notion d'efficacité placebo d'un traitement sans prise de médicament est très délicate à mettre en œuvre.

Niveau 1 : Publier des méta-analyses de nombreuses publications, par de nombreux auteurs, sur de nombreux sites permet de déterminer un fait tangible comme avéré : scientifique.

Note : cela n'empêche pas certains de penser beaucoup de bien des mécanismes de plasticité neuronale *neuroplasticity* – niveau de preuve 1a –, et de laisser leurs patients souffrir esseulés obscurcis par leurs douleurs, 20 mois après un événement lésionnel – et ne pas proposer de stimulations aux mécanismes de substitution, alors qu'aucune régénération des axones lésés n'est dès lors plus possible.

En conclusion, avec le passage de l'an 2000, nous sommes passés d'un art clinique à une science clinique. Il est plus que temps de mettre à jour ses concepts afin de proposer aux patients qui souffrent une solution thérapeutique de choix. Nonobstant, un *homo sapiens sapiens* face à un autre *homo sapiens sapiens* est doté d'intuition : d'un langage certes verbal, mais aussi paraverbal et non-verbal, et il est de bon aloi de confronter nos connaissances à notre intuition, avant et après une consultation. C'est ainsi qu'il est souvent difficile de refaire une bonne première impression.

WANTED

Je lance aujourd'hui un appel à tout centre qui serait prêt à initier une étude prospective et consécutive du traitement de l'allodynie mécanique par une autre technique que la contre-stimulation vibrotactile à distance (CSVD) ; par exemple, la réintégration fonctionnelle, qui n'est, à ce jour, pas encore fondée.

Pour que l'intuition devienne étayée par la science.

Level	Therapy/ Prevention, Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis/ Symptom prevalence study	Economic and decision analyses
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR [†] validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR [†] with 1b studies from different clinical centers	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies	SR (with homogeneity*) of Level 1 economic studies
1b	Individual RCT (with narrow confidence interval [‡])	Individual inception cohort study with >80% follow-up; CDR [†] validated in a single population	Validating** cohort study with good ^{†††} reference standards; or CDR [†] tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up ^{****}	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none [§]	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts ^{††}	All or none case-series	Absolute better-value or worse-value analyses ^{††††}
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies	SR (with homogeneity*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity*) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity*) of 2b and better studies	SR (with homogeneity*) of Level >2 economic studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g. <80% follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR [†] or validated on split-sample ^{§§§} only	Exploratory** cohort study with good ^{†††} reference standards; CDR [†] after derivation, or validated only on split-sample ^{§§§} or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up	Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses
2c	'Outcomes' research; Ecological studies	'Outcomes' research		Ecological studies	Audit or outcomes research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies		SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies	SR (with homogeneity*) of 3b and better studies
3b	Individual case-control study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study, or very limited population	Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations

Table I : Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001).

LU POUR VOUS S.O.S douleurs chroniques

Aux médecins  
Aux patients  

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes  

A propos de: Crottaz, J.- C. (2014). S.O.S. douleurs chroniques, La Soustraction Occlusale Séquentielle. Hauterive (Suisse) : Attinger, coll. Nouvelles Editions, ISBN 978-2-94041-886-2

Introduction de la rédaction

La pose d'amalgames entraînerait, parfois, une dysfonction du système neurologique somatosensoriel et tout un cortège de symptômes indésirables.

Une technique désuète – et obsolète – du XX^e siècle a été remise aux goûts du jour grâce à la technologie du XXI^e siècle. Cette technique – le micromeulage – permettrait de rééquilibrer ces troubles et, par effet domino, estomperait, voire ferait complètement disparaître ces maux – du moins, pour un certain temps.

Mais de quoi parle-t-on ?

Ces symptômes indésirables peuvent aller de certains maux de tête à des douleurs neuropathiques incessantes.

Le jargon

Occlusion ≡ fermeture : En dentisterie, la reconstruction partielle d'une dent doit se faire de telle manière que le patient puisse fermer la bouche sans aucune gêne. Au XXI^e siècle, différentes sortes de résines - les composites - ont remplacé les amalgames ; au XX^e siècle le bas peuple recevait des plombages, alors que la haute reconstruisait ses dents avec de l'or. Au XIX^e siècle, pour ne pas dire au Far West, la seule extraction suffisait.

Malocclusion : C'est, comme le bon sens nous le fait comprendre, une occlusion qui serait mal adaptée. Certains travaillent au 10^e de millimètre, d'autres au 100^e de millimètre ; ce qui prend plus de temps et, forcément, qui coûte beaucoup plus cher.

* *
*

L'approche de l'équilibration occlusale a été trop souvent associée à un fardeau indigeste de notions théoriques complexes constellées d'une terminologie ésotérique et obscure. Jean-Claude Crottaz relève adroitement ce défi en présentant un ouvrage à la fois didactique, scientifiquement documenté, basé sur une expérience et des résultats cliniques rigoureux, et présenté de manière ludique avec une dose d'humour inattendue et bienvenue pour agrémenter l'intérêt du lecteur.

La Soustraction Occlusale Séquentielle® est une méthode diagnostique et thérapeutique de prise en charge du patient de manière globale, et d'équilibration occlusale dont le principe est de restituer l'équilibre dentaire par micromeulages. L'objectif de cette approche est de réduire les tensions musculaires et, par voie réflexe neuro-physiologique, d'entraîner une réhabilitation progressive de la santé générale du patient. Cet acte local permet de traiter avec succès des patients souffrant notamment de maux de tête (migraines, céphalées), acouphènes, crispation des maxillaires, douleurs dorsales, troubles digestifs, urinaires, cardio-vasculaires, troubles du sommeil, fatigue chronique, tendances dépressives, fibromyalgie ...

Cette méthode est basée sur l'existence, chez l'homme, d'une double innervation dentaire, à la fois tactile et sensitive, sur la réalité des projections au niveau cérébral des récepteurs tactiles dentaires [1], ainsi que des données fournies par l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) établissant les projections corticales des récepteurs périodontaux [2].

Selon l'auteur, la méthode de Soustraction Occlusale Séquentielle® résulte d'une frustration profonde et continue du clinicien devant la difficulté, voire l'impossibilité d'apporter une réponse satisfaisante aux demandes de patients atteints de pathologies aussi diverses qu'invalidantes. Le pouvoir dentaire de discrimination tactile est extrêmement fin et les propriocepteurs répondent à des stimuli de l'ordre de grandeur du gramme et du centième de millimètre. Le cerveau perçoit ainsi les plus infimes variations d'épaisseur entre le côté droit et gauche des arcades dentaires. Une dysharmonie occlusale, potentialisée par le stress et les parafunctions qui en résultent, peut provoquer des douleurs locales ou à distance, et induire une variété de troubles et de symptômes. [3]

Justifiée à la suite d'une anamnèse approfondie, et d'une analyse occlusale, la Soustraction Occlusale Séquentielle® corrige de manière précise et atraumatique, sans recours à des gouttières ou autre dispositif amovible, les interférences constatées lors de l'examen, afin de rétablir un état de relaxation musculaire.

La plupart des dents concernées par un micromeulage sont des dents précédemment reconstituées, qu'il s'agisse d'obturations ou de reconstructions prothétiques. Le traitement est accompagné d'une réharmonisation ostéopathique. En fin d'ouvrage, l'auteur présente de manière détaillée des statistiques de 100 cas cliniques documentés en indiquant les motifs des consultations, les anamnèses et les traitements effectués, ainsi que les résultats obtenus. Ce livre interpelle le médecin-dentiste en lui présentant une méthode fonctionnaliste à la fois conservatrice et argumentée du traitement des troubles occlusaux.

Prof. Michel Perrier, Lausanne

References

[1] Mei, N., Hartmann, F. & Aubert, M. (1977). Periodontal mechanoreceptors involved in pain. In D.J. Anderson & B. Matthews (Eds.), *Pain in the trigeminal region* (pp. 103-110). Amsterdam, New-York: Elsevier

[2] Trulsson M., Francis, S.T., Bowtell, R. & McGlone, F. (2010) Brain activations in response to vibrotactile tooth stimulation : a psychophysical and fMRI study *J Neurophysiol*, 104, 2257-2265

[3] Hartmann, F. & Cucchi, G. (2014). *Stress and Orality : New Data About Teeth Clenching & Outcomes, Migraine, Fibromyalgia, Fatigue*. Paris: Springer-Verlag France.

Patientin Übersicht Nr. 58: „Wie eine Biene“

Für Ärzte 🌟🌟🌟

Für PatientInnen 🌟🌟🌟

Für Neurowissenschaftler 🌟

Für TherapeutInnen 🌟🌟🌟

VOR Schmerz : 1 -33 / 100 Pkt.



Zu Beginn der Therapie waren die Schmerzen unerträglich. Ein ganzes Wirrwarr von Gefühlen und Empfindungen brachen über mich herein, und auch die Angst, dass dies andauert und ich damit leben muss. Was für mich in dem Moment unvorstellbar war.

Ich hatte dann Glück, dass mein HNO-Arzt (Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten) meinen Schmerz ernst nahm und auch eine Lösung parat hatte. Als ich den ersten Termin im Somatosensorischen RehaZentrum hatte, konnte ich mir nichts darunter vorstellen und war eher neugierig was mich da erwartet und mit welchen Methoden mir geholfen werden kann. Ich musste dann drei Materialien aussuchen mit welchen ich 3mal Täglich Übungen machen musste. Mit der Zeit hatte ich das Gefühl wieder etwas an meiner Wange zu spüren. Vorher durch den Schmerz hatte ich gar kein Gefühl mehr und alles auf der linken Wange war irgendwie taub.

Jetzt ein paar Wochen später kann ich meine Wange fühlen und spüren. Es gibt Tage, da habe ich den Schmerz noch, aber nicht mehr regelmässig und auch nicht mehr so stark wie zu Beginn. Er ist erträglich geworden. Ich bin dem Zentrum unglaublich dankbar, dass es mir ermöglicht hat fast „wie eine Biene“ schmerzfrei durchs Leben zu gehen.

R. E.

NACH : Schmerz : 0 - 1 / 100 Pkt



Siehe Seite 119 “No Comment Nr. 34”

No Comment Nr. 34

Für Ärzte 

Für PatientInnen 

Für Neurowissenschaftler 

Für TherapeutInnen 

Herr C. Spicher, dipl. ET, wissenschaftlicher Mitarbeiter & Dr. med. P. Schaer

Frau R.E. ist eine 42-jährige Hausfrau mit neuropathischen Schmerzen seit 72 Monaten.
(Siehe Seite 118 „Patientin Übersicht Nr. 58“).

Diagnose: Status nach Sinusitis

Somatosensorische Erfassung am 28. April 2016:

- **Intermittierende symptomatische Trigeminalneuralgie des Nervus ophtalmicus [V1] links (Stadium III der axonalen Läsionen)**

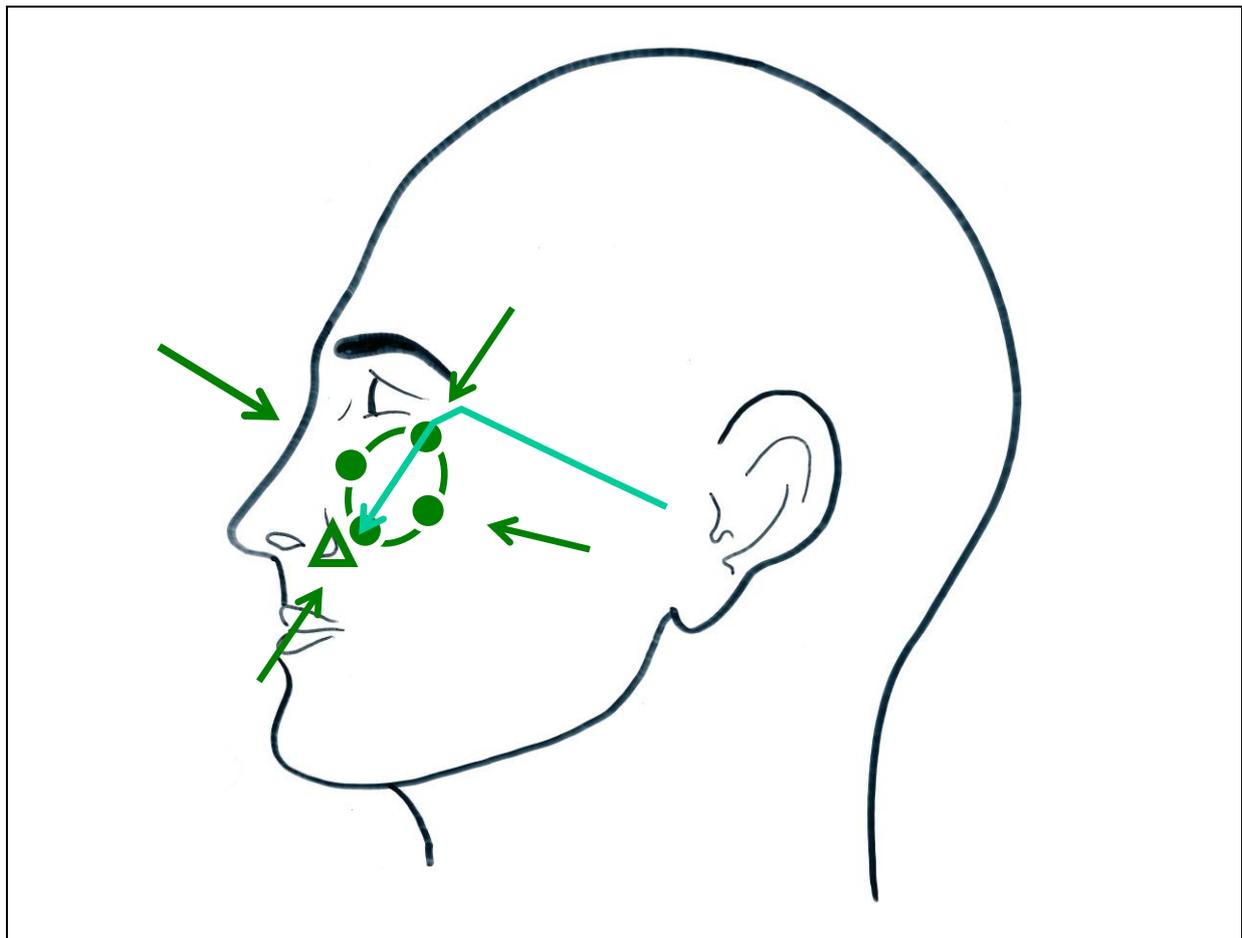


Abb. 1: Aesthesiografie 0,1 Gramm (Aesthesiometer von Semmes-Weinstein 2,83) *Nervus ophtalmicus* links war am 28. April 2016 positiv. Der mit einem Pfeil markierten Punkt ist der erste nicht-wahrgenommene Punkt, welcher auf jeder Achse getestet wurde.  Richtung der stechenden Schmerzen.

Daten	SVE Wert : 0,04 mm	McGill Schmerz- Fragebogen	Stadien
t ₀	0,32 mm	1 bis 33 Pkt.	III
t ₆	0,28 mm	Nicht durchgeführt	III
t ₁₃	0,23 mm	Nicht durchgeführt	III
t ₂₂	0,19 mm	Nicht durchgeführt	III
t ₃₃	0,17 mm	1 bis 22 Pkt.	III
t ₄₁	0,14 mm	Nicht durchgeführt	III
t ₅₅	0,09 mm	0 bis 6 Pkt.	I
t ₆₃	0,08 mm	Nicht durchgeführt	I
t ₉₁	0,04 mm	0 bis 1 Pkt.	I

Abb. 2: Die Reduktion der neuropathischen Schmerzen (McGill Schmerz-Fragebogen) korreliert mit der Verminderung der taktilen Hypaesthesia; SVE: Schwelle der Vibrationsempfindung.

Das maximale Innervationsgebiet des Nervs (siehe Seite 121):

Das Gebiet des kutanen Astes ist begrenzt durch die vier Himmelsrichtungen die am weitesten entfernt sind vom autonomen Gebiet.

Spicher, C., Buchet, N. Quintal, I. & Sprumont, P. (2017, à paraître)
Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches
 3^e édition. Montpellier, Paris : Sauramps médical

Aux médecins	Aux scientifiques en neurosciences
Aux patients	Aux thérapeutes

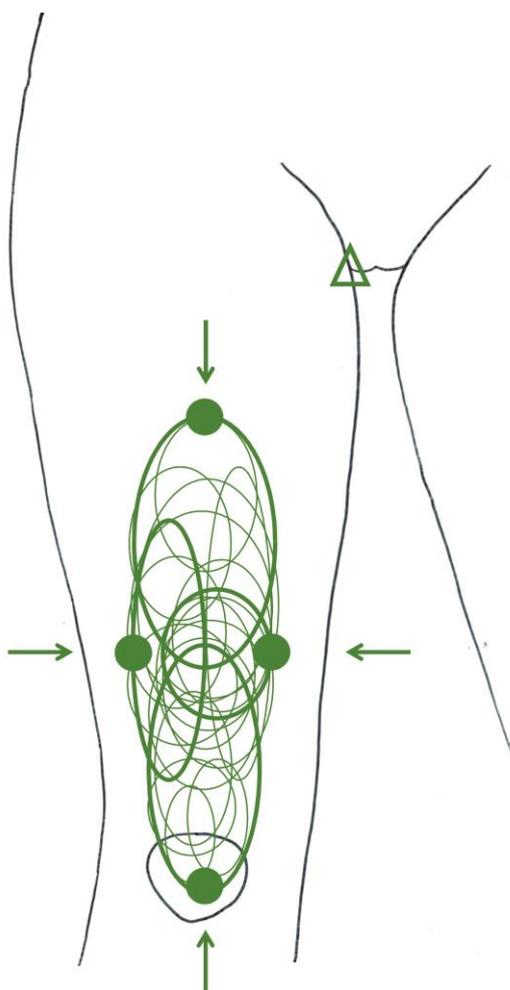


Fig. 1 : Comme la clinique nous donne à observer beaucoup plus de lésions axonales (axonotmèse) que de transections (neurotmèse), les territoires hypoesthésiques cartographiés sont partiels. Nous avons donc défini pour chaque branche cutanée le **territoire maximal de distribution cutanée**, qui est le territoire d'une branche cutanée délimité par les quatre points cardinaux les plus éloignés du territoire autonome. Au-delà de ces **bornes limitrophes** ●, une branche cutanée ne peut pas innerver telle portion de peau. Chaque planche anatomique d'une branche cutanée est la superposition de dizaines, voire de centaines d'observations en pratique clinique. Il aurait été tentant d'encercler l'ensemble du territoire maximal de distribution cutanée, mais cela aurait porté à confusion, faisant croire que chaque lésion engendre un trouble de la sensibilité tactile couvrant tout ce territoire maximal.

Le Centre de rééducation sensitive du corps humain a 12 ans

1^{er} juillet 2004 – 30 juin 2016.

Quelques **dates** mémorables, parmi tant d'autres :

- 1^{er} juillet 2004 : Fondation du Centre avec Blandine Degrange ;
- 8 février 2005 : Premier cours de rééducation sensitive à Montpellier – le 12^e en 12 ans s'est donné, cette année, à guichet fermé ;
- 1^{er} juin 2006 : Publication du *Handbook for Somatosensory Rehabilitation* ;
- 11 juin 2007 : Le 700^e patient est évalué au Centre ;
- 1^{er} avril 2008 : Publication dans le prestigieux journal de neurosciences *Somatosensory & Motor Research* ;
- 20 novembre 2009 : Un certificat de rééducation sensitive voit le jour sous l'égide du Pôle Universitaire Européen de Bruxelles Wallonie. Il deviendra par la suite le titre RSDC[®] ;
- 1^{er} juin 2010 : Publication avec Nadège Buchet et Pierre Sprumont de l'Atlas des territoires cutanés ;
- 1^{er} avril 2011 : Isabelle Quintal, graduée de l'Université de Montréal débute son emploi au Centre ;
- 25 janvier 2012 : Publication d'une *special issue* sur et par Ronald Melzack ;
- 1^{er} février 2013 : Publication d'un chapitre dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale ;
- 20 juin 2014 : Trois communications avec Tara Packham au *XIth Meeting of European Federation of Societies for Hand Therapist* à Paris ;
- 15 mars 2015 : Pour la première fois, une RSDC[®], qui n'a jamais travaillé au Centre, traite, en suppléance, tranquillement et de manière compétente sept patients : le titre est valide ;
- 11 février 2016 : Clôture du *100th course for Somatosensory Rehabilitation* avec Eva Létourneau : 14 participants des quatre coins de l'Europe.



En 12 ans, que de chemin parcouru ! 2589 patients référés de toute la Suisse et de l'étranger pour tenter de trouver une solution à leurs douleurs qui durent depuis trop longtemps. Ceci a été possible grâce à **510 médecins prescripteurs**.

Le Centre **aujourd'hui**

Equipe

L'équipe permet d'accueillir chaque semaine **105 patients**, 52 semaines sur 52. La prise en charge alternée en co-thérapie est possible grâce aux 3,6 Equivalents Plein Temps (EPT) et au concours des nombreuses suppléantes.

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

A ce jour, nous pouvons compter sur **80 Rééducatrices/teurs Sensitives/tifs de la Douleur Certifié(e)s RSDC[®]**, expert(e)s, qui pratiquent la même méthode: France (30), Suisse (27), Canada (17), Espagne (3), Belgique (2), Luxembourg (1), Israël (1) et Portugal (1).

Formation

Le département de formation - Bruxelles | Montpellier | Paris | Fribourg | Montréal | Bordeaux - sous la responsabilité de Marie-Joëlle Fleury et ses 10 formateurs/trices, a dispensé l'enseignement de la méthode en français, en anglais, voire en allemand à **1082 thérapeutes et médecins de 30 pays**.

e-News for Somatosensory Rehabilitation

Cette publication est l'e-journal officiel du Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur www.neuropain.ch. Ce *peer-reviewed* journal est adressé à plus de 40'000 personnes dans 138 pays. Voici le 49^e numéro !

Perspectives d'**avenir**

L'objectif est de maintenir la rééducation, l'enseignement et la recherche dans nos différents départements, mais si possible, en dépensant un peu moins d'énergie dans la communication.

Notre 7^e livre, paraîtra en mars 2017, Spicher, C., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches* (**3^e édition**). Montpellier, Paris : Sauramps Médical, format **21 x 27 cm**.

Pour les patients qui cherchent désespérément une solution à leurs douleurs

Les géographes de la sensibilité

**Réseau de Rééducation
Sensitive de la Douleur**



depuis avril 2011

**Présidente
Avenir du RRSD**

**Directeur général
Coordination du présent**

**Historienne
Mémoire du RRSD**

Département de la méthode

Département de formation

Département de recherche

Département de la rééducation

www.neuropain.ch

Somatosensory Therapists of Pain in the World

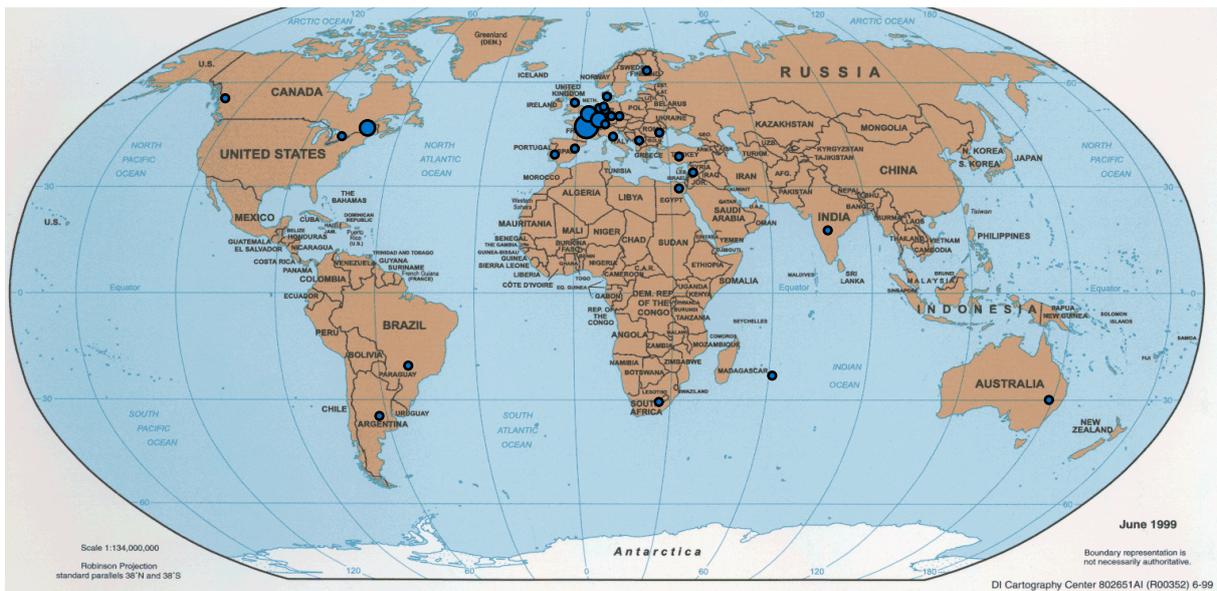
To MD
To patient



To neuroscientist
To therapist



In 1992, the first communication about somatosensory rehabilitation of pain was done at the occasion of the 1st Congress of the swiss society for hand therapy. In 2001, this method was taught for the first time. On August 25th 2016, **1082 therapists and medical doctors** have been trained to somatosensory rehabilitation of neuropathic pain.



	≥ 300
--	------------

	≥ 100
--	------------

	< 100
--	---------

1	France	367
2	Switzerland : French speaking	215
3	Canada : French speaking	189
4	Switzerland : German speaking	119
5	The Netherlands	36
6	Belgium	32
7	Switzerland : Italian speaking	19
8	Canada : English speaking	18
9	India	17
10	Réunion Island	17
11	Luxemburg	8
12	Germany	8
13	Spain	5
14	Portugal	4
15	Greece	3
16	Finland	3

17	Turkey	3
18	Austria	3
19	Italy	2
20	Roumania	2
21	Egypt	2
22	Denmark	2
23	South Africa	1
24	Czech Republic	1
25	Australia	1
26	Argentina	1
27	United-Kingdom	1
28	Israel	1
29	USA	1
30	Brazil	1

TOTAL 1082

Continuous Education – Formation continue

<http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier>

Formation continue modulaire de **8 jours**, sur un, deux ou trois ans: 56 heures de cours, ~64 heures de travail personnel, puis rédaction d'un fait clinique pour l'obtention du titre de RSDC® et ainsi intégrer la communauté de pratique d'experts en rééducation sensitive des douleurs neuropathiques.

Planification 2016

Planification 2017

En projet pour 2018

Jours	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	2 jours
Modules	Module de base		Modules avancés						Module pratique
Bruxelles Erasme <i>Depuis 2008</i>						Module 3			Observations de patients et théorie à Fribourg (Suisse) RRSD et ANFE
Grenoble <i>Depuis 2017</i>	1 ^{er} w-e								
Bordeaux IAM <i>Depuis 2014</i>			2 ^e w-e						
Montpellier EPE - ANFE <i>Depuis 2005</i>	J1, J2, J3 & J4								
Montréal, ITHQ <i>Depuis 2009</i>	Module 1		Module 2						
Paris ANFE <i>Depuis 2016 NOUVEAU</i>					J5, J6, J7 & J8				
Bordeaux IAM <i>Depuis 2014</i>					3 ^e w-e		4 ^e w-e		
Bruxelles Erasme <i>Depuis 2008</i>						Module 3			

24-28 October 2016 **13th IFSSH & 10th IFSHT Congresses**

Place Buenos Aires (Argentina)

Info www.ifssh-ifsht2016.com/home/index.php

16-18 novembre 2016 **RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée**
J6, J7 & J8 **Module 3 : Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II**
 & Complications douloureuses II 14^e promotion

Lieu Hôtel Erasme, **Bruxelles**

Info www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier/ info@neuropain.ch

Formateur Claude Spicher, collaborateur scientifique universitaire,
rééducateur de la main re-certié SSRM, ergothérapeute

Cette formation peut être comptabilisée pour l'obtention du titre :
RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

24-25 novembre 2016 **50^e Congrès annuel SSCM & 18^e Congrès suisse SSRM**

Lieu Forum

Fribourg, Suisse

Info <http://fr.sgh-sghr-kongresse.ch/2016/>

6-8 février 2017 **Module 4 réservé aux 76 RSDC[®] (2010 – juin 2016)**

Lieu Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg),

Info <http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier>

<http://www.anfe.fr/s-inscrire> saisir NT16B

Cette formation continue peut aussi être comptabilisée pour la **re-certification** du titre RSDC[®]

6-7 avril 2017 **RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée**

J1 & J2 **Module 1 : Troubles de base**

Lieu Montréal, Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ)

Info www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier/ info@neuropain.ch

Formatrice Isabelle Quintal, BSc erg, graduée de l'**Université de Montréal**,
RSDC[®], thérapeute au Centre Professionnel d'Ergothérapie
(Montréal), enseignante à l'université de Montréal, enseignante
pour le RRSd depuis 2012 (Bruxelles, Montpellier, Fribourg,
Montréal), responsable du département de la méthode depuis 2012.

Cette formation peut être comptabilisée pour l'obtention du titre :
RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

Réservez vos dates

<http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier>

10-12 avril 2017

Module 2 (J3, J4, & J5)

avec Claude Spicher et Valérie Calva

Lieu

ITHQ, Montréal (Canada)

NEW Save the dates

<http://www.neuropain.ch/education>

To become CSTP[®] Certified Somatosensory Therapist of Pain

18–21 Sept. 2017 **2nd PART Neuropain Rehab (Day 5 to Day 8)**

with Isabelle Quintal & Claude. J Spicher

Place

Somatosensory Rehab Ctr (Fribourg - Switzerland)

Aforismo sazonal

Para médicos



Para cientistas em neurociências



Para pacientes



Para terapeutas



"Diga-me e eu esquecerei,
ensina-me e eu poderei lembrar,
envolva-me e eu aprenderei."

Seasonal aphorism

To MD



To neuroscientist



To patient



To therapist



"Tell me and I forget,
teach me and I may remember,
involve me and I learn."

Benjamin FRANKLIN (1706 – 1790)

**Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques
Formation de 8 jours sur 2 ans**

**108^e COURS
Depuis 2005 A MONTPELLIER**

**J1, J2, J3 & J4
1^{ère} PARTIE / 2 à Montpellier**

Date: 20 - 23 mars 2017*

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

Nadège **Buchet**, ergothérapeute DE, **RSDC[®]**
Claude Spicher, ergothérapeute, rééducateur de la main re-certifié SSRM,
collaborateur scientifique universitaire en neurophysiologie

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

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

Spicher, C., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3^e édition) – Préface : S. Marchand. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.

Spicher, C., **Buchet**, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2017, à paraître). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches* (3^e édition) – Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 100 pages au **NOUVEAU** format : **21 x 27 cm**.

**NOUVEAU
111^e cours - 2^e PARTIE / 2 à Paris**

29 mai - 1 juin 2017*

J5, J6, J7 & J8

**Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique I & II, Analyse de pratiques
Equivalence accordée pour un Module 3**

Formateur Claude Spicher, collaborateur scientifique universitaire, rééducateur de la main re-certifié SSRM, ergothérapeute

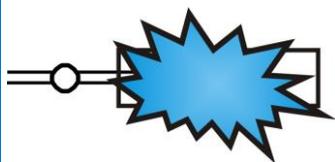
Lieu ANFE, 13^e arrondissement, **Paris**, France

Info www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

<http://www.anfe.fr/s-inscrire> saisir NT13

Ces formations peuvent être comptabilisées pour l'obtention du titre :
RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

* Sous réserve de la volatilité des marchés monétaires européens.



RSDC[®] Rééducateur Sensitif de la Douleur Certifié
14^e promotion



Formation continue de 4 week-ends sur 2 ans à
Bordeaux et Grenoble (cf. ci-dessous)*

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

J1 & J2 : Troubles de base – Comment traiter les complications douloureuses des cures de syndrome du canal carpien, les SDRC selon (Bruehl et al., 1999) avec ou sans allodynies ?

Dates: samedi 11 – dimanche 12 février 2017

NOUVEAU lieu : Grenoble

Info : alexandraperret@me.com

Formatrice : Isabelle Quintal, ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal,
Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC[®]
Co-auteur du Manuel (2^e et 3^e éditions) et de l'Atlas (3^e édition – à paraître)

J3 & J4 : Des neurosciences à l'élaboration d'un plan de traitement & Anatomie clinique
des territoires cutanés du membre supérieur

Dates: un week-end de novembre 2017

Prérequis pour J3 & J4 : Avoir suivi un cours de base à Bordeaux en 2015 (J1 & J2), à Grenoble (J1 & J2), à Bruxelles, à Montpellier, à Fribourg ou à Montréal.

Formateur : Claude Spicher, collaborateur scientifique universitaire, rééducateur de la main recertifié de la Société Suisse de Rééducation de la Main, ergothérapeute de formation.

Puis en **2018**, Analyse de pratiques, Complications douloureuses, Gestion du lien thérapeutique.

Public : Kinésithérapeute, thérapeute de la main, ergothérapeute,
médecin généraliste et de toute spécialité

Lieu : Institut Aquitain de la Main (Bordeaux)

Info : srouzaud@institut-aquitain-main.com

* L'inscription se fait w-e par w-e ; il y a donc la possibilité de suivre qu'une partie de la formation.
La certification pour le titre de RSDC[®] est souhaitée, mais facultative.

Who are you?

You are 40'959 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients in 138 countries who are receiving *e-News for Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain*.

IMPRESSUM

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

Editor-in-chief

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

Co-editor

Fanny HORISBERGER, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP[®], OT

Assistant editor

Mathilde LAMONERIE, OT (France, Switzerland)

International assistant editors

Tara L PACKHAM, PhD Candidate, MSc, OT Reg. CSTP[®] (Ontario, Canada)

Elinor BEHAR, CSTP[®], OT (Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, CSTP[®], OT (France)

Nathalie FAURIE, CSTP[®], OT (France, Switzerland)

Marion VITTAZ, CSTP[®], OT (France, Switzerland)

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

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Eva LÉTOURNEAU, MSc OT, CSTP[®] (Québec, Canada)

Ivano DONES, MD (Italy)

Rebekah DELLA CASA, CSTP[®], OT (Switzerland)

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

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

Peer-reviewed since 2012

Published: 4 times per year since 2004

Deadline: 10th February, 10th May, 10th August, 10th November

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation of Pain Network, Switzerland, Europe.

21 languages: Français, English, Deutsch, Español, Português, Русский, Italiano, Lingala, Shqipe, Srpski i Hrvatski, Corse, Český, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands,

hindi, עברית, عربية, 文言

e-News's Library: www.neuropain.ch

e-mail : info@neuropain.ch