

Quelle "C.R.E.M.E." pour traiter les douleurs

Autor(en): **Khelaf, Kerkour**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **39 (2003)**

Heft 11

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929658>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Quelle «C.R.E.M.E.» pour traiter les douleurs

Kerkour Khelaf, Physiothérapeute-chef, Hôpital du Jura, site de Delémont, Delémont, E-mail: khelaf.kerkour@h-ju.ch

20

Physioactive 11/2003

Mots clés:

Douleur, antalgie, physiothérapie

La prise en charge d'un patient douloureux nécessite l'utilisation de différentes techniques de physiothérapie. Chacune a ses indications-contre-indications, sa posologie et ses limites. Nous vous proposons sous le terme de C.R.E.M.E. un ensemble de techniques utilisables en physiothérapie au quotidien:

C: cryothérapie, chaleur, contention, crochetage, ...

R: relaxation, relâchement, repos, remise en charge, reprogrammation neuromotrice, renforcement musculaire, ...

E: électrothérapie, étirements, entraînement, ...

M: massage (manuel-instrumental), mobilisations, manipulations, ...

E: éducation, écoute, ...

ABSTRACT

Le terme de CREME ne peut s'appliquer en anglais.

INTRODUCTION

Par ces temps de canicule, si pour nous rafraîchir, nous suçons volontiers une crème glacée; pour la prise en charge de vos patients douloureux nous vous proposons ces différentes techniques regroupées sous cette abréviation de CREME.

- C:** cryothérapie, chaleur, contention, crochetage, ...
- R:** relaxation, relâchement, repos, remise en charge, reprogrammation neuromotrice, renforcement musculaire, ...
- E:** électrothérapie, étirements, entraînement, ...
- M:** massage (manuel-instrumental), mobilisations, manipulations, ...
- E:** éducation, écoute, ...

DÉFINITIONS

LA DOULEUR

L'International Association for the Study of Pain définit la douleur ainsi: «La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en des termes impliquant une telle lésion» [1, 2].

Cette définition insiste sur les multiples aspects de la douleur. Il ne faut surtout pas rattacher la douleur au seul stimulus nociceptif mais en souligner ses différentes composantes [3, 4]:

- sensorielle ou sensori-discriminative: grâce aux mécanismes nerveux permettant le décodage de la qualité, l'intensité et la localisation des messages douloureux
- affective-émotionnelle: du fait de la tonalité désagréable, pénible, parfois insupportable, menant à un état anxio-dépressif
- cognitive: quelle signification le malade donne de sa douleur chronique? selon son attention, son interprétation, ses références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, ses anticipations, ...
- comportementale: ce sont les manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre: prostration, agitation, ... «Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique»
- contexte socio-économique: un artisan ou un chômeur ne réagissent pas de la même manière à un même mécanisme douloureux
- spirituelle

Dans notre pratique quotidienne nous sommes régulièrement entraînés de jongler entre ses différentes composantes pour essayer de trouver la technique ou le moyen le plus adéquat pour soulager nos patients (L'homme est un apprenti, la douleur est son maître: Alfred de Musset). Nous avons appris à différencier les «mots» de la douleur en fonction des origines et du vécu de nos patient(e)s (ex: lors de l'accouchement les cris de la future maman du bassin méditerranéen, n'ont aucune corrélation avec la véritable souffrance; «tu enfanteras dans la douleur»).

Nous pouvons différencier trois types de douleurs

1. Nociceptives: par excès de stimulation nociceptive lors de douleurs aiguës (traumatismes ou brûlures) ou de douleurs chroniques (rhumatismes, cancer, ...)
2. Neurogènes ou Neuropathiques ou de désafférentation: par compression nerveuse persistante ou séquelle de lésion nerveuse (désafférentation)
3. Idiopathique et Psychogène: diagnostic par élimination

Ces douleurs peuvent évoluer sur différents modes:

1. Aiguë: qui est une douleur de courte durée et non une douleur intense. Elle est due à un excès de nociception et a un rôle de fonction d'alerte évident.
2. Chronique: qui est plutôt douleur «maladie». On utilise ce terme lorsque la durée dépasse la période habituelle de cicatrisation de la lésion causale ou lorsqu'elle persiste plusieurs mois (quatre à six mois).

A ces modes s'ajoutent les notions de douleurs nocturnes (à caractère plutôt inflammatoire) et diurne (à caractère plutôt mécanique).

Le stimulus nociceptif originel déclenche une cascade d'événements physiologiques conduisant à l'intégration des informations codant pour les différents aspects de la douleur. Des perturbations peuvent dérégler ce système «d'alarme» et être à l'origine d'une prolongation dans le temps de la douleur.

Autres définitions

- Allodynie: douleur provoquée par un stimulus non nociceptif
- Analgésie: absence de réponse douloureuse à un stimulus nociceptif
- Dysesthésies: sensation désagréable sans rapport avec le stimulus appliqué
- Hyperalgésie: augmentation de la sensibilité aux stimuli nociceptifs
- Hyperesthésie: exagération de la sensibilité
- Hypoesthésie: diminution de la sensibilité
- Névralgie: douleur sur le trajet d'un nerf

La douleur est une expérience subjective, colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles. Cette mémorisation de la douleur est responsable d'une appréhension et d'une augmentation du vécu douloureux lors d'actes ultérieurs. Des travaux récents montrent l'importance de la plasticité neuronale avec de véritables transformations anatomiques au niveau du système nerveux central. «Lorsque le système nerveux périphérique s'éveille, le système nerveux central se souvient», d'où l'importance de traiter le plus précocement et efficacement possible les douleurs.

RÉCEPTEURS ET VOIES DE LA DOULEUR

Si les caractéristiques morphologiques des récepteurs spécifiques de la douleur (nocicepteurs) ne peuvent être actuellement affirmées, ces nocicepteurs présentent des spécificités physiologiques (5) :

- seuil élevé au stimulus adéquat,
- petite surface du champ récepteur,
- décharge de type tonique peu adaptable et persistant après l'arrêt du stimulus,
- Innervation par des fibres de petit diamètre (cf. fibres conduisant la douleur).

Les mécanismes de la genèse de la douleur ne sont pas complètement élucidés. Les stimulations douloureuses provoqueraient la libération de substances, véritables intermédiaires entre les tissus lésés et les récepteurs des messages douloureux (ion potassium, histamine, substance P, acétylcholine, sérotonine, bradykinine, prostaglandines).

Récepteurs cutanés (nocicepteurs)

Tout au long de leurs trajets, les messages douloureux subissent des contrôles avant d'atteindre le cortex (fig. 1, 2).

- Ils stimulent trois types de fibres A β (gros diamètre), A δ et C (fin diamètre).
- Les sensations tactiles sont dues aux fibres myélinisées A δ et A β .

La sensation de douleur est provoquée par les fibres myélinisées A δ (douleur initiale brève) puis par les fibres amyéliniques C (douleur diffuse et prolongée).

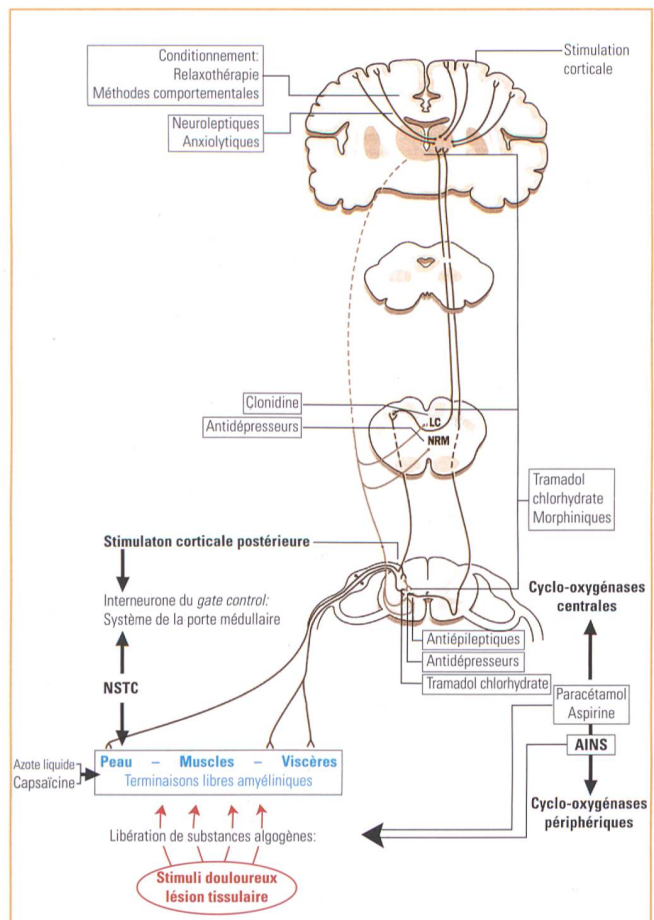


Fig. 1: Les voies de la douleur.

EVALUATIONS

Avant d'entreprendre toute prise en charge du patient douloureux une évaluation de la douleur est obligatoire. «La sévérité de la douleur n'est connue uniquement que par celui qui souffre» (Huskinsson 1979). Un grand nombre d'échelles, de questionnaires de la douleur existent. La plus connue et la plus utilisée est l'EVA (Echelle Visuelle Analogique: réglette de 10 cm: fig. 3). Vous pouvez les télécharger sur www.afrek.com [10, 11, 12]. «Nous avons plus d'idées que de mots» (Diderot), la façon et la manière de poser vos questions (fig. 4) peuvent entraîner des réponses totalement différentes. Il faut parfois également tenir compte de la langue et de la compréhension du patient.

TRAITEMENT MÉDICAL

L'OMS classe les traitements médicamenteux en trois paliers progressifs en fonction de l'intensité de la douleur:

- Palier 1:** douleurs faibles à modérées: Antalgiques non opioïdes (ex: paracétamol, aspirine, AINS)
- Palier 2:** douleurs modérées à intenses: Association d'antalgiques opioïdes faibles aux antalgiques non opioïdes (ex: codéine, tramadol)
- Palier 3:** douleurs intenses à très intenses: Antalgiques opioïdes forts (morphine)

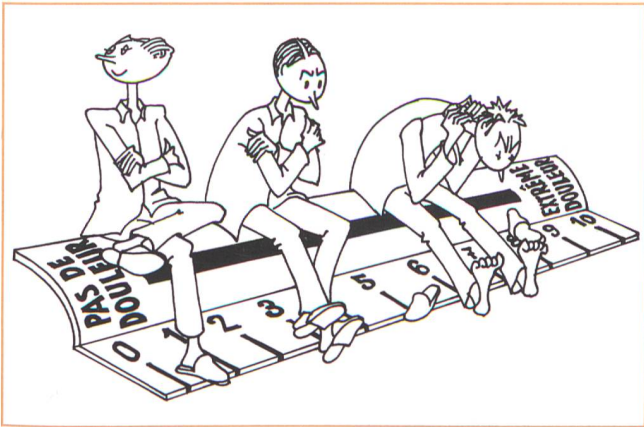


Fig. 3: EVA (Echelle Visuelle Analogique de la douleur). Graduation de 0 à 10.

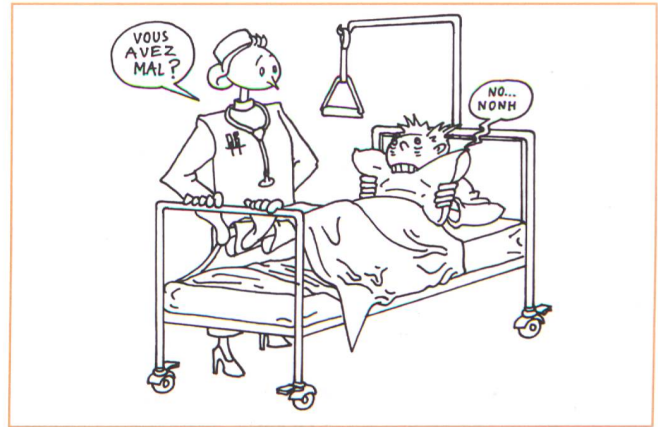


Fig. 4: La façon de poser les questions au patient peut induire différents types de réponses.

Afin de limiter les effets secondaires du traitement on peut utiliser plusieurs antalgiques. Il est possible d'associer deux médicaments de palier 1. Les médicaments de palier 1 peuvent être employés en combinaison avec les antalgiques de palier 2 ou 3 (ceci permet de limiter la dose de morphine). Il ne faut jamais associer 2 médicaments de palier 2 ou 3.

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIE

(voir tableau page 24 et 25)

Chacune des techniques utilisées n'est proposée qu'après bilan, évaluation précise du patient et selon les objectifs à atteindre. Chaque technique a ses indications, sa posologie et le thérapeute devra tenir compte des contre indications. Il appliquera la ou les technique(s) qu'il sait le mieux pratiquer. Certaines techniques sont empiriques et d'autres validées. Il pourra se référer à divers ouvrages [6, 7, 8, 9].

Un bon nombre de ces techniques ont un effet placebo, car la plupart des actes de rééducation ont un effet opérateur. Cependant, il ne faut pas créer l'effet inverse qui est: «l'effet NOCEBO».

La diminution des douleurs par ces techniques proposées agissent par le principe bien connu de la théorie de la porte (gate control) décrit en 1965 par Melzack et Wall. La stimulation des fibres de gros diamètre $A\beta$ va bloquer les informations véhiculées par les fibres $A\delta$ et C (fig. 2). Exemple: dès que nous nous faisons mal, le premier réflexe pour calmer la douleur est de souffler ou de frotter dessus.

CONCLUSION

Afin de traiter au mieux le patient douloureux, il faut tenir compte des différents aspects (affectifs et émotionnels) et composantes (sensorielle ou sensori-discriminative affective, émotionnelle, cognitive, comportementale, contexte socio-économique, spirituelle) que peut cacher la douleur. Le physiothérapeute devra jongler parmi les techniques (C.R.E.M.E.) qu'il connaît et possède le mieux. Son choix devra en permanence s'adapter au patient, car la plupart des techniques antalgiques ont un effet placebo. La prise en charge trop tardive et de l'aspect seulement physique des douleurs, peut conduire à la chronicité. «Toute douleur qui n'aide personne est absurde» (Malraux). La souffrance est constituée par les réactions engendrées par la douleur et est la résultante de phénomènes physiques et psychologiques, dans lesquels l'angoisse et les expériences douloureuses antérieures tiennent une place importante. La nature de la maladie influe notablement sur le vécu douloureux. Ainsi, pour un même stimulus douloureux la souffrance ressentie varie de un à dix d'un individu à l'autre.

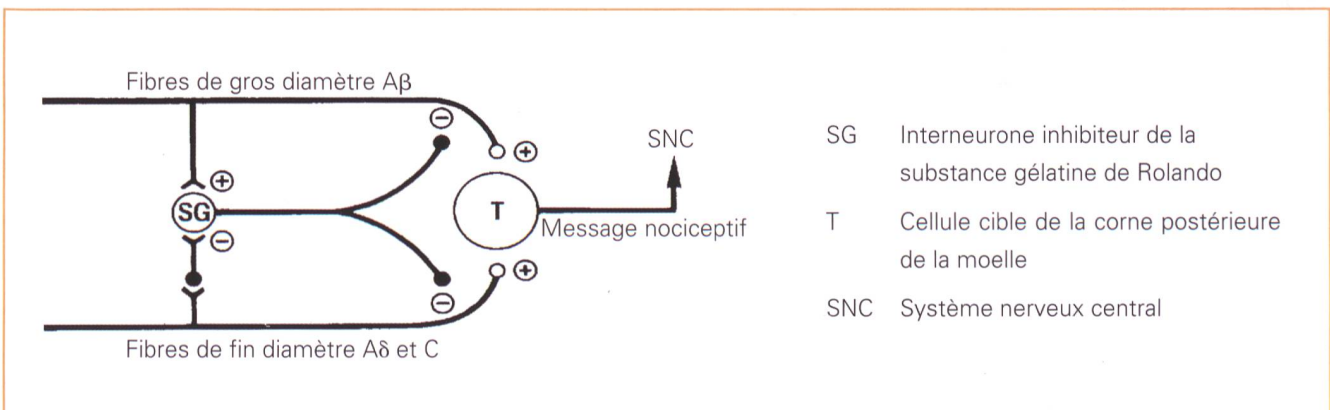


Fig. 2: Théorie du gate control. Les fibres sensibles de gros diamètres inhibent les réponses nociceptives activées par les fibres de fin diamètre.

	Moyens	Techniques	Contre indication
C	Cryothérapie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poche de glace ■ Glaçon ■ Cryojet (Co2) ■ Cryocuff ■ Spray ■ Séré maigre ■ Petits pois ■ Eau glacée ■ Sachets chimiques (cold Pack) ■ .../.. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cryoglobulinémie ■ L'urticaire au froid ■ Le syndrome de Raynaud ■ L'insuffisance vasculaire périphérique veineuse ou lymphatique ■ L'hémoglobinurie paroxystique a frigore (maladie de Harley)
	Chaleur	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sèche ou humide ■ Fango ■ Ultrasons ou ondes courtes en continu ■ Courants haute fréquence ■ Infrarouge ■ Paraffine ■ Hot packs ■ Balnéothérapie ■ .../... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affections cutanées (purulentes ou inflammatoires) ■ Lésions récentes ■ Plaies
	Contention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taping ■ Attelle ■ .../.. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes cutanés, circulatoires
	Crochetage	<ul style="list-style-type: none"> ■ utilisations de crochets 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affections cutanées (purulentes ou inflammatoires) ■ Lésions récentes ■ Plaies ■ Si on ne sait pas utiliser la technique
R	Relaxation Relâchement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sophrologie ■ Gerda Alexander ■ Strain counterstrain ■ Levées de tensions musculaires ■ Trigger point ■ Techniques hypopressives ■ .../... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonction des techniques utilisées
	Repos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taping ■ Attelle ■ Cannes ■ Décharge ■ Positionnement et installation du patient ■ .../... 	
	Remise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas simulé ■ Déroulement du pas ■ Charge progressive ■ .../... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon cicatrisation/consolidation
	Reprogrammation neuromotrice	<ul style="list-style-type: none"> ■ En décharge (chaîne cinétique ouverte) ■ En charge (chaîne cinétique fermée) ■ .../.... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon cicatrisation/consolidation
	Renforcement musculaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Isométrique ■ Dynamique (concentrique vs excentrique, isocinétique, électrostimulation) ■ Choix du secteur angulaire ■ .../.... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon cicatrisation/consolidation

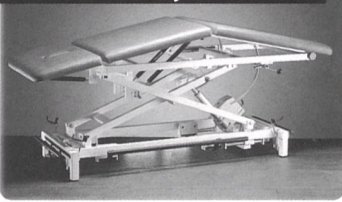
E	Electrothérapie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Courants à l'état constant ■ Courants à l'état variable ■ Courants électro-magnétiques ■ Champs magnétiques statiques ■ Low intensity laser ■ Vibrothérapie (Ultrasons) ■ Electro-stimulation musculaire ■ TENS ■ Ondes courtes ■ Ondes de chocs extracorporelles ■ .../... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Matériel ostéosynthèse (courant continu) ■ Tumeurs malignes ■ Grossesses ■ Pace-maker ■ Yeux (Laser)
	Etirements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stretching (passif, actif, analytique ou global) ■ Contracté relâché ■ Mézières ■ .../.... 	
	Entraînement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aérobic (endurance) ■ Fitness ■ .../.. 	
M	Massage (Manuel ou instrumental)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Classique (effleurage, pressions glissées, vibrations....) ■ Réflexe (BGM....) ■ Vaculation mécanisation tissulaire (LPG, Skintonic...) ■ Massage Transversal Doux ou Profond (MTD, MTP) ■ Drainage lymphatique ■ .../... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Affections cutanées (purulentes ou inflammatoires) ■ Lésions cutanées et musculaires récentes ■ Plaies...
	Mobilisations	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spécifiques, analytiques, globales (Maitland, Sohler, Thérapie manuelle, Kaltenborn,...) ■ Automobilisations ■ Postures (manuelles ou instrumentales (Kinétec) ■ .../.... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A adapter selon les besoins du patient
	Manipulations	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respect des règles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bien codifiées
E	Education Ecoute	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ecole du dos ■ Ergonomie ■ .../... 	

RÉFÉRENCES

1. BLOND S, PRÉVINAIRE JG. Aspects pluridimensionnels de la douleur neurogène. In: Douleur neurologique et rééducation. Paris: Éditions Frison-Roche, 1998.
2. LE BARS D. LA DOULEUR: de la physiologie à l'évaluation. Houdé Magazine Médical Douleur 2000, 35: 4-14.
3. HIRSZOWSKI F, DIEZ F, BOUREAU F. La douleur: composantes et mécanismes. In: La douleur, le réseau et le médecin généraliste. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2001.
4. CAMBIER J, VERSTICHEL P. La douleur, une sensation à dominante affective. In: Le cerveau réconcilié. Paris: Masson, 1998.
5. BOUREAU F, WILLER JC. Anatomophysiologie de la sensation douloureuse. In: La douleur. Exploration, traitement par neurostimulation, électroacupuncture. Paris: Masson, 1999.
Pour en savoir plus...
6. Pain: A textbook for therapists. Ed: Churchill Livingstone 2002. ISBN: 0-443-05978-0, 461 pages.
7. Electrotherapy: Evidence based practice. Ed: Churchill Livingstone 2002. ISBN: 0-443-07216-7, 347 pages.
8. Evidence-based Sports Medicine. Ed: BMJ Books 2002. ISBN: 0-7279-1584-3, 578 pages.
9. Douleur et médecine physique. Masson 2000. ISBN: 2-294-00074-9, 413 pages.
10. Bilan douleur évaluation visuelle analogique (www.afrek.com/fiches/rub2/bilandel.pdf): Echelle numérique traduisant les sensations en chiffres – référence très largement acceptée.
11. Bilan échelle verbale simple de la douleur (www.afrek.com/fiches/rub7/bilanche.pdf): Echelle Verbale Simple (EVS) et Echelle Verbale Relative (EVR): présentation de termes fréquemment utilisés pour caractériser la douleur et sa qualité.
12. Echelle de la douleur (www.afrek.com/fiches/rub3/bilanche.pdf): Observation par le professionnel, et bilan rapide de l'impression obtenue.

Behandlungsliegen in allen Preis- und Leistungsvarianten !

GYM...tausendfach bewährt!



stark in Preis und Leistung

THERA...die Funktionelle!



Neuheit!

ARCUS...einfach einzigartig!



für die Therapie und mehr...

Alle Liegen in verschiedensten Ausführungen und mit viel Zubehör.

LIMA
BEHANDLUNGSLIEGEN
& PRAXISZUBEHÖR



Berninastr. 11
Tel. 01-312 26 07
www.lima.ch

CH - 8057 Zürich
Fax 01-312 27 20
info@lima.ch

KOFFERLIEGEN



*grösste Auswahl
ab Fr. 650.-!*



Qualität muss nicht teuer sein!

tyco

Healthcare

Pulsoximetrie in der Physiotherapie

Nellcor

- Präzise Messungen in jeder Umgebung
- Robuste, tragbare Einheit
- Intelligente, preisgünstige Lösung



NPB-40-Aktion zum Profitieren:

Bis Ende 2003 erhalten Sie ein NPB-40 inkl. Gummischutzhülle für CHF 1000.- anstelle CHF 1184.90 (exkl. MwSt.)!

Leuag

Leuag AG
Breitenweg 6, 6370 Stans
Tel. 041 618 81 00 / Fax 041 618 81 01
www.leuag.ch / info@leuag.ch

Werden Sie **unschlagbar** in der physiotherapeutischen Behandlung mit Ihrem beruflichen Wissen und **GIGER MD®** Instrumenten.

Machen Sie den Schritt in die Moderne, werden Sie unabhängig und verlangen Sie eine Offerte.

Physiotherapie Thomas und Domenica Nyffeler
Bahnhofstrasse 1, 6312 Steinhausen
Telefon 041 741 11 42, Telefax 041 741 11 52
E-Mail: tnyff@bluewin.ch

Hier könnte Ihr **inserat** stehen.

inserat

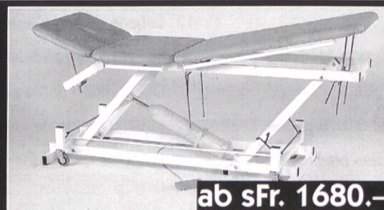


RÜCKENSCHMERZEN?
www.sitzen.ch

Thergofit AG
Am Platz 10
CH-7310 Bad Ragaz
Tel. 081 300 40 40

RehaTechnik

- Massage und Therapieliegen
- Schlingentische und Zubehör



ab sFr. 1680.-

**LEHRINSTITUT
RADLOFF**

CH-9405 Wienacht-Bodensee
Telefon 071 891 31 90
Telefax 071 891 61 10