

Partie 1 : Qu'entendons-nous par "douleurs"?

Autor(en): **Egan Moog, Martina**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **43 (2007)**

Heft 1

PDF erstellt am: **17.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929664>

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.

Partie 1 – Qu’entendons-nous par «douleurs»?

Martina Egan Moog

Les douleurs sont désagréables mais indispensables à notre survie. Elles se classent en plusieurs catégories et se différencient en fonction de leur impact. Les douleurs sont aujourd’hui considérées comme le résultat complexe de multiples facteurs.

La douleur est une des sensations les plus désagréables pour l’homme, même si nous savons qu’en tant que signal d’alarme pour l’organisme, elle est indispensable à notre survie. La douleur accapare notre attention. Nous pensons, ressentons et agissons différemment afin de concevoir une réponse de réaction intelligente, qui détourne ou minimise le danger réel ou potentiel pour l’organisme. Mais faut-il nécessairement que les tissus soient endommagés pour que la douleur existe?

En 1994, l’International Association for the Study of Pain (IASP) définissait la douleur de la façon suivante: «une sensation désagréable ou une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion».

La perception consciente n’est pas indispensable

La notion de «nociception» renvoie au constat neurophysiologique (c’est-à-dire la preuve d’une activité d’impulsion dans les nerfs) d’un stimulus réel ou potentiel pouvant endommager les tissus. Bien que la perception consciente ne représente pas une condition indispensable, un tel «stimulus nociceptif» aboutit généralement à une perception de la douleur.

La perception subjective de la douleur se différencie de la sensation du toucher, déclenchée par un léger stimulus mécanique (par ex.: léger contact, vibrations). Si c’était toujours le cas, la discussion sur la douleur s’arrêterait là. Le fait est que, parfois, un léger stimulus mécanique provoque une perception de la douleur tandis que, dans certaines situations, les signaux nociceptifs ne déclenchent aucune perception consciente de la douleur. C’est cette faculté d’adaptation du comportement entre stimulus et réaction de

perception qui rend le sujet si intéressant. Les douleurs peuvent être classées en trois catégories différentes:

- douleur physiologique des nocicepteurs = court signal d’alarme envoyé par les tissus sains qui, certes fait mal, mais ne dure pas et ne doit pas inquiéter (par ex.: quand on se cogne l’orteil dans le pied de la table).
- douleur pathophysiologique des nocicepteurs (douleur inflammatoire) = douleur continue liée à une affection ou une lésion de la structure tissulaire (par ex.: coupure, brûlure). Cette douleur dure plusieurs heures ou plusieurs jours, décroît cependant au fur et à mesure que les tissus guérissent. A un stade non avancé, elle répond bien aux traitements médicaux.
- douleur neuropathique (neurogène) = douleur provoquée par l’endommagement, le dysfonctionnement ou la modification du système nerveux central ou périphérique. Cette douleur est la plus difficile à traiter car ses mécanismes sont encore mal compris (par ex.: zona, paraplégie). Elle est souvent paradoxale à cause de la présence simultanée de douleurs, et de déficits sensoriels et moteurs dans la même zone (par ex.: douleurs après une paraplégie).

Différence d’impact

Les douleurs peuvent être ressenties dans (presque) tout le corps, même dans des structures corporelles qui ne sont plus du tout présentes (par ex.: membres amputés). Cette dernière affirmation nous indique que la douleur n’apparaît pas simplement quelque part dans les tissus, mais que la perception consciente de la douleur est une construction complexe de notre cerveau.

Dans une étude clinique, divers paramètres de douleurs sont importants. Les douleurs se différencient en fonction de

- la durée (aiguë, chronique)
- la localisation (par ex.: tête, membres, abdomen) et l’étendue (par ex.: localement délimitée, étendue, radiante)
- le type (par ex.: crampes, brûlures, décharges électriques)
- l’intensité
- le seuil de stimulus (à déclenchement spontané ou provoquée par certains stimuli) et
- les caractéristiques cognitives et émotionnelles assorties (par ex.: menaçant, nauséux, prévisible).

Ces paramètres peuvent donner des informations sur la signification de la douleur pour le patient. Parfois, ces paramètres de douleur sont si évidents que l’on peut déjà poser un diagnostic en se basant simplement sur le récit subjectif de la douleur.

Aussi les douleurs doivent-elles toujours être considérées d’un point de vue multidimensionnel. Généralement, plus le problème douloureux persiste, plus les facteurs qui y contribuent deviennent complexes.

Nous rencontrons fréquemment trois notions de la douleur

allodynie – douleurs survenant à la suite de stimuli non nociceptifs (par ex.: léger contact, chaleur).

hyperalgésie – douleurs renforcées provoquées par des stimuli nociceptifs.

hyperpathie – douleurs tardives, mais fortes et prolongées, en réaction à tous les stimuli locaux, en particulier lorsqu’ils sont répétés.

Lors du dernier congrès mondial sur la douleur de l'IASP, en 2005, Marshall Devor a décrit la douleur comme une «fonction intégrée du cerveau conscient», s'éloignant ainsi de la représentation qui considère la douleur comme une perception sensorielle spécifique. Ainsi, il souligne également le fait qu'il n'existe dans le cerveau aucun neurotransmetteur exclusif de la douleur, pas de nerfs de la douleur ni de centre autonome de la douleur, mais que tous ces éléments font partie d'un système fort complexe, qui ne provoque une perception consciente de la douleur que dans des circonstances bien particulières. Il est important de faire la distinction fondamentale entre la perception subjective de la douleur et l'annonce psychologique de lésion provenant des tissus (nociception).

Nous publions une série sur le thème de la douleur dans fisio active au cours de l'année 2007. La prochaine édition abordera l'anatomie et la physiologie de la nociception et les aires de la douleurs dans le cerveau, autrement dit: le parcours de la douleur.



Martina Egan Moog

Au sujet de l'auteur

Martina Egan Moog, 37 ans, est physiothérapeute et dispose de 16 ans d'expérience dans la gestion de la douleur, la thérapie manuelle et la médecine du sport. Elle enseigne la physiologie de la douleur et la gestion de la douleur dans des centres de formation européens et à l'École de Physiothérapie Bethesda de Bâle. Elle est mariée et attend son deuxième enfant.

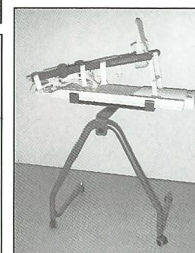
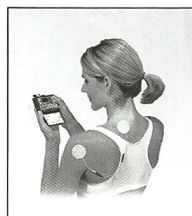
Références:

- Devor M. (2005) – Peripheral Sensitisation, Refresher Course, IASP Tri-annual Meeting, Sydney, September.
- Woolf et al (1998) – Towards a mechanism-based classification of pain? Pain, 77 (3): 227–9.
- Zieglgänsberger (2005) – Neuroplastizität verlangt schnelles Handeln, Der Deutsche Schmerztag 2005, Frankfurt/Main.

Bewegungsschienen



und mehr...



www.wintermed.ch

071 761 01 02


 winter
 medizintechnik