

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

**PLACE DE LA KINESITHERAPIE
DANS LE SUIVI D'UNE PATIENTE
PRESENTANT UN SYNDROME
DOULOUREUX CHRONIQUE DU
MEMBRE SUPERIEUR
DOMINANT**

Rapport de travail écrit personnel
Présenté par Céline MUNSCH
Etudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
De masseur-kinésithérapeute 2004-2005.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	p.1
2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR	p.3
2.1. De la périphérie à la moelle épinière : le 1 ^{er} neurone.....	p.3
2.2. Devenir intra médullaire du stimulus douloureux : le 2 ^{ème} neurone	p.4
2.3. Devenir supra médullaire du stimulus douloureux : le 3 ^{ème} neurone.....	p.4
3. BILANS.....	p.5
3.1. Anamnèse.....	p.5
3.2. Histoire de la maladie	p.6
3.3. Bilan sous perfusion à la 1 ^{ère} semaine d'hospitalisation.....	p.7
3.4. Bilan de la 2 ^{ème} semaine d'hospitalisation.....	p.8
3.4.1. Bilan de la douleur à j+8.....	p.8
3.4.2. Bilan trophique et cutané.....	p.9
3.4.3. Bilan de la sensibilité.....	p.9
3.4.4. Bilan articulaire.....	p.10
3.4.5. Bilan musculaire.....	p.10
3.4.6. Bilan fonctionnel.....	p.11
3.4.7. Bilan psychologique.....	p.11
3.4.8. diagnostic masso-kinésithérapique.....	p.12
3.5. Bilan de la 3 ^{ème} semaine d'hospitalisation.....	p.13
3.5.1 Bilan de la douleur actuelle.....	p.13
3.5.2 Bilan trophique et cutané.....	p.14
3.5.3 Bilan de la sensibilité.....	p.14

3.5.4	Bilan articulaire.....	p.14
3.5.5	Bilan musculaire.....	p.14
3.5.6	Bilan fonctionnel.....	p.14
3.5.7	Bilan psychologique.....	p.15
3.5.8	diagnostic masso-kinésithérapique.....	p.15
3.6.	Objectifs de rééducation au cours des semaines.....	p.15
4.	PROPOSITIONS MASSOKINESITHERAPIQUES ET JUSTIFICATION DES TECHNIQUES EN FONCTION DES OBJECTIFS CIBLES.....	p.16
4.1.	Soulagement de la douleur.....	p.16
4.1.1.	Le traitement médical	p.16
4.1.2.	La physiothérapie.....	p.16
4.1.2.1.	La cryothérapie.....	p.16
4.1.2.2.	La thermothérapie	p.16
4.1.2.3.	Les bains écossais.....	p.17
4.1.2.4.	Les ultra-sons.....	p.17
4.1.3.	L'électrothérapie	p.18
4.1.3.1.	Le TENS.....	p.18
4.1.3.2.	Le BURST.....	p.19
4.1.4.	Le massage	p.20
4.2.	Retrouver une fonction.....	p.20
4.2.1.	Ergothérapie.....	p.20
4.2.2.	La mobilisation.....	p.21
4.2.3.	Participation active de la patiente à son traitement.....	p.21

4.3. Amélioration de sa qualité de vie.....	p.21
4.3.1. L'écoute active	p.22
4.3.2. La relaxation	p.22
5. BILAN DE FIN DE STAGE LE 28 OCTOBRE 2004.....	p.22
5.1. Bilan de la douleur actuelle.....	p.22
5.2. Bilan trophique et cutané.....	p.23
5.3. Bilan de la sensibilité.....	p.23
5.4. Bilan articulaire.....	p.23
5.5. Bilan musculaire.....	p.23
5.6. Bilan fonctionnel.....	p.23
5.7. Bilan psychologique.....	p.24
5.8. Diagnostic masso-kinésithérapique.....	p.24
6. DISCUSSION.....	p.25
7. CONCLUSION.....	p.25

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

Pendant longtemps la communauté médicale a considéré la douleur comme témoin d'une lésion somatique. Cette relation directe entre la lésion constatée et la douleur perçue n'est pas toujours démontrable. Cette théorie ne rendait pas compte des implications psychopathologiques inhérentes à toute douleur.

L'OMS décrit la douleur comme « une expérience désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion, susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être d'un patient ».

Il est difficile de définir la douleur car elle est une expérience subjective et personnelle. Nous pouvons donc utiliser et interpréter les termes de la douleur à notre propre façon en fonction de nos expériences douloureuses, de notre milieu socio-culturel et de notre environnement.

La douleur chronique selon l'OMS est celle qui dure depuis plus de 6 mois. Il en existe différents types, plusieurs sont mal compris car ne sont pas en lien avec une raison objective.

Nous présentons à travers ce mémoire le cas de madame V.G, qui souffre depuis 4 ans d'une douleur lancinante et constante du membre supérieur gauche, dominant. Aucune cause n'a été objectivée.

Depuis 1999, elle consulte son médecin traitant, sans amélioration. Elle ne supporte plus que ses proches la surprotègent car se considère comme une charge pour eux.

Elle est donc adressée à Toul pour la pose d'un bloc anesthésiant sensitif, qui soulagerait ses douleurs, et pour récupérer une fonction.

Si nous nous rapportons à l'homonculus (la représentation corticale du schéma corporelle), 70% du cerveau est investi par la main et le langage. Nous ne pouvons donc parler de l'un sans l'autre ! Les comportements constituent alors des symptômes particuliers

qui sont à prendre comme des signaux de détresse.

En neurophysiologie la douleur est un phénomène complexe, que nous expliquerons dans une première partie.

Le code de déontologie inscrit que le respect de la douleur est un devoir. La douleur-maladie doit donc être prise en charge. Nous l'évaluerons dans une seconde partie et établirons son diagnostic masso-kinésithérapique.

La douleur chronique peut constituer la principale séquelle de nombres de pathologies.

Nous verrons donc les habiletés massokinésithérapiques, que nous avons choisis d'utiliser pour répondre aux exigences de l'individu douloureux chronique afin de retrouver le meilleur niveau d'indépendance.

Enfin, nous verrons quel retentissement a eu cette hospitalisation sur madame V.G. et quelle a été notre place en tant que masseur-kinésithérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire.

2. PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

La douleur et sa réception périphérique connaissent de nombreuses théories constamment remaniées. 3 étapes vont se succéder :

- Elaboration de l'influx par le nocicepteur et son passage dans la fibre nerveuse.
- Le relais et la modulation au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière.
- L'intégration cérébrale qui transforme l'influx en message conscient, c'est à dire en sensation précise avec un retentissement émotionnel et affectif.

2.1. DE LA PERIPHERIE A LA MOELLE EPINIÈRE : LE 1^{er} NEURONE

- **Le stimulus douloureux** : Quelque soit son origine, mécanique, thermique, électrique, chimique ou biochimique, le stimulus doit atteindre une certaine intensité pour déclencher les nocicepteurs des fibres nerveuses. Le message sera ainsi obtenu grâce à la sommation spatiale et temporelle. L'activation des terminaison périphérique peut être direct ou bien des facteurs chimiques peuvent entrer en jeu.
- **Les nocicepteurs** : Ce sont des structures qui perçoivent le message au niveau cutané, vasculaire, musculaire, articulaire, osseux et viscéral. Ils modulent leur réponse en fonction de l'intensité et de la durée de la stimulation.
- **La transmission du message douloureux** : Le message douloureux détecté est conduit jusqu'à la moelle épinière par deux types de fibres de petit diamètre à faible vitesse de conduction. Les fibres A delta conduisent les douleurs rapides, brèves et bien localisées. Les fibres C, transmettent les douleurs retardées, prolongées, diffuses et mal localisables. Après leur trajet dans les nerfs périphériques, la majeure partie des fibres afférentes primaires (1^{er} neurone) gagne le système nerveux central par les racines rachidiennes postérieures. Les fines fibres A delta et C s'étalent sur 1 à 6 segments de la substance blanche dorsolatérale pour se terminer dans les couches superficielles de la corne dorsale.

2.2. DEVENIR INTRA MEDULLAIRE DU STIMULUS DOULOUREUX : LE 2^{ème} NEURONE

Dans la moelle épinière, les fibres font synapse avec deux types de neurones : spécifiques et non spécifique de la douleur.

La corne postérieure de la moelle épinière est une zone servant de :

- Relais synaptique aux influx d'origine périphérique en direction des structures supra médullaires, de l'encéphale, des motoneurones de la corne antérieure et enfin des neurones préganglionnaires sympathiques et para sympathiques.
- Relais synaptique aux influx d'origine centrale en provenance des structures encéphaliques de contrôle présente donc un système de régulation de la douleur.
- Filtre modulateur des sensations douloureuses grâce aux fibres de gros diamètre.

C'est le contrôle inhibiteur de la porte qui est formé de cellules gelatineuses de ROLANDO. Les grosses fibres sensibles reçoivent des influx et empêchent la transmission des petites fibres nociceptives (A delta et C). Il ferme la porte. Si la stimulation nociceptive est suffisamment forte, l'influx inhibe les cellules de ROLANDO, qui lèvent leur propre inhibition sur les synapses de la corne postérieure et la transmission douloureuse se fait.

2.3. LE DEVENIR SUPRA MEDULLAIRE : LE 3^{ème} NEURONE

Le 3^{ème} neurone part des noyaux du thalamus en direction du cortex. Il se projette sur :

- Le cortex frontal responsable de la sensation désagréable de la douleur.
- Le cortex pariétal qui perçoit la localisation précise de cette douleur.
- L'hypothalamus qui associe les aspects neuro-végétatifs à la douleur
- Le système limbique qui transforme les composantes émotionnelle et psycho-affectives de la douleur en souffrance.

3. BILANS

3 .1. ANAMNESE

Madame VG, âgée de 52 ans, vit à SEDAN avec sa fille de 14 ans, , et son mari, chauffeur de bus. Elle a huit frères et soeurs. Un frère s'est suicidé à l'âge de 16 ans, elle en avait 14. Son père est alcoolique ; sa sœur jumelle est morte en 1999 (au début de ses douleurs) ; aujourd'hui elle ne voit plus sa famille.

Elle a travaillé depuis l'âge de 14 ans en tant que femme de ménage, 7 années dans la Restauration, puis 3 ans comme repasseuse. Depuis 2000, elle ne travaille plus à cause de douleur trop importante dans le bras gauche (membre dominant). Elle touche une invalidité depuis mai 2004 de 410 euros par mois. Son mari gagne 1 100 euros par mois.

Aussi éprouvent-ils quelques difficultés financières.

Aujourd'hui elle est hospitalisée dans le service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Dommartin les Toul, adressée par son médecin traitant où la décision a été prise médicalement de la pose d'un bloc sensitif dans le but de diminuer ses douleurs, qui ne s'améliorent pas avec le traitement per os seul.

Dans ses antécédents, outre une HTA stabilisée, nous retrouvons deux interventions sur le canal carpien gauche en 1999 et 2000. Elle fume environ 45 paquets année et vit dans un appartement de type F4 en HLM au 2^{ème} étage sans ascenseur. Elle se déplace en bus car elle n'a pas son permis. Depuis 4 ans, elle n'a plus de loisirs et ne trouve aucun intérêt à sa vie. Auparavant, elle faisait partie d'un club de marche, aimait les sorties, les promenades, la lecture et le cinéma. Elle a pris d'ailleurs 15 kg en 1 an : elle pèse 80 kg pour 1,55 m. Etant donné le caractère chronique de la douleur elle ne souhaite pas reprendre de sport ou d'activités particulières, elle veut juste arrêter de souffrir, elle n'a pas d'attentes spécifiques.

3.2. HISTOIRE DE LA MALADIE

Puisqu'il s'agit d'une douleur chronique, nous ne pouvons réaliser un bilan douloureux en ne tenant compte que du moment présent. La patiente nous raconte son histoire.

Madame V.G a souffert en 1999 de picotements dans la main gauche, pendant 6 mois, à prédominance nocturne. Un syndrome du canal carpien gauche est confirmé à l'Electro-Myo-Gramme. Suite à ce diagnostic, une synovectomie partielle du ligament triangulaire du carpe a été réalisée chirurgicalement à SEDAN. Elle a, par la suite, repris son travail. Après 1,5 mois, des contractures s'installent sur les muscles fléchisseurs des doigts. Elle est réopérée du canal carpien, 7 mois plus tard, dans le même hôpital. Au réveil elle se plaint de douleurs à type d'aiguille sur toute la surface de la main. Un syndrome algo-neuro-dystrophique a été évoqué.

Son contrat n'a pas été renouvelé. Depuis 4 ans elle n'a donc plus de travail.

Son médecin traitant l'adresse à un neurologue. En 2002, un EMG est à nouveau réalisé. Il retrouve une altération modérée du potentiel sensitif du nerf médian gauche dans sa traversée carpienne et conclue à une névrite du nerf, d'allure séquellaire, piégé dans un tissu fibreux cicatriciel ; le chirurgien propose de l'opérer pour entourer le nerf d'un lambeau graisseux. Cependant la notoriété du chirurgien est telle que ses honoraires sont un obstacle au soin de madame V.G.

Un appareil portatif d'électrothérapie lui a été prescrit à son retour à la maison mais ne faisant plus effet au bout de quelques semaines elle l'abandonne. Seuls les bains écossais la soulagent pendant 1 heure.

En 2003, son médecin traitant la dirige vers un chirurgien de TOUL. Il n'y est pas question d'intervention (cela risquerait d'augmenter l'inflammation du nerf). Une hospitalisation est programmée afin de diminuer la douleur, récupérer la fonction et discuter de son avenir professionnel. Le traitement est à base de physiothérapie, de massage et d'électrothérapie.

3.3. BILAN SOUS PERFUSION (1ère semaine d'hospitalisation)

Nous avons choisi de ne pas nous attarder sur un bilan sous perfusion car il ne serait pas représentatif de la douleur habituelle, qui est le principal objet de ce mémoire.

Madame VG est arrivée dans le service avec un bloc sensitif axillaire à la Naropéine, le bras dans une écharpe installée au bloc opératoire. Elle présente une exclusion totale du membre supérieur gauche avec la sensation de contractures dans l'épaule lésée car elle est surélevée. Le coude fléchi à 90° et la main semi fermée contre son ventre, elle avance lentement en traînant sa perfusion. Elle porte sur son visage l'expression de sa douleur : des joues oedématisées, des cernes sous les yeux et n'esquisse pas un sourire.

Ses doigts sont légèrement gonflés.

À la mobilisation, le pansement du cathéter dans creux axillaire gêne les mouvements de l'épaule. D'autre part, il est impossible de déterminer les amplitudes du coude, du poignet et des doigts car la mobilisation est trop douloureuse malgré le produit perfusé.

L'anesthésie étant également légèrement motrice, nous ne pouvons pas réaliser un testing musculaire du membre supérieur.

L'intensité de la douleur est de 5,5 à l'EVA.

Au niveau psychologique, Madame V.G présente un état dépressif, antérieur, semble-t-il, aux interventions sur le canal carpien, avec des idées suicidaires compliquées par l'opération.

C'est donc aujourd'hui une douleur chronique, qu'il est plus difficile d'enrayer.

D'après les infirmières, madame V.G n'est pas toujours coopérante et son humeur n'est pas souvent joyeuse.

En fin de semaine elle esquisse cependant un sourire et paraît plus à l'aise avec le personnel.

Le début de notre relation soignante-malade a donc été emprunt de difficultés.

Le traitement médical à J+8 jours est :

- Cathéter péri veineux sus claviculaire à la NAROPEINE 2mg/ml
- NEURONTIN 300 mg 1-1-1 (*lutte contre les douleurs neurologiques périphériques*)
- LAROXYL 4 gouttes le soir 0-0-4 (antidépresseur)
- FLUDEX 1 comprimé le matin 1-0-0 (antihypertenseur : diurétique)
- RIVOTRIL 5 gouttes le soir 0-0-5 (anxiolytique, myorelaxant)

3.4. BILAN AU RETRAIT DE LA PERFUSION (2^{ème} semaine d'hospitalisation)

3.4.1. *Bilan de la douleur à j+8 jours*

Nous choisissons d'effectuer ce bilan sur une semaine, car la douleur chez Mme V.G étant très fluctuante, à l'instant « t » il ne signifierait rien. Le bloc sensitif est arrêté au bout de 6 jours d'hospitalisation. Elle vient dans le service sans écharpe, le bras pendant ne semble pas douloureux. Sa démarche est plus dynamique et son visage plus épanoui.

- **Topographie** : Bien souvent le même trajet est évoqué depuis l'arrêt du KT péri veineux. La NAROPEÏNE fait effet. Depuis le centre de la face palmaire de la main, la douleur circule à la face antérieure du poignet, puis dans la moitié interne de l'avant bras jusqu'au coude. A partir du coude, elle intéresse tout le bras de façon moins intense. Elle passe à la face antérieure de l'épaule et irradie sous le bord inférieur de la clavicule pour se terminer à son extrémité interne. (annexe I, fig. 1)

- **Type de douleur** : Des lancements sont évoqués.
- **Rythme** : Les douleurs sont diurnes. Elle dort 5 heures par nuit (au lieu de 3).
- **L'intensité de la douleur** : 3,7 à l'EVA au début du bilan et 2,5 à la fin ; donc la douleur est très fluctuante.
- **Le traitement médical est bien supporté** : ½ DEROXAT le matin a été rajouté.
- **Facteurs influençant la douleur** : Le bras en écharpe diminue la douleur et la mobilisation l'augmente.

3.4.2. Bilan trophique et cutané

- La cicatrice du canal carpien à gauche est souple, presque invisible et non inflammatoire.
- Un hématome persiste au niveau du creux axillaire du à la pose du cathéter.
- Circonférence du bras gauche : +3 cm du à l'hématome. Il n'y a ni œdème ni amyotrophie. les doigts ont dégonflés , elle a pu remettre son alliance. (annexe II , fig. 2)
- Il n'y a pas de contractures des muscles de l'avant bras.
- La peau est normalement colorée.
- La température cutanée ne démontre pas de troubles visibles de la vascularisation.

3.4.3. Bilan de la sensibilité

- Sensibilité profonde

- Sensibilité profonde statéssthésique : les yeux fermés , nous lui faisons sentir passivement 3 positions de chacune des articulations du membre supérieur (extension n°1, intermédiaire n°2, flexion n°3). Elle doit sentir dans quelle position elle se trouve lorsque nous la mobilisons passivement.

- Sensibilité profonde kinesthésique : les yeux fermés nous emmenons le membre lésé dans certaines positions. Elle doit emmener son membre sain dans les mêmes angles. (voir bilan de sensibilité ergothérapique).

—————> La sensibilité profonde est douloureuse, mais elle n'est pas altérée.

- Sensibilité superficielle : une fois l'effet de la NAROPEÏNE dissout, une sensation d'aiguilles est ressentie dans les 3 premiers doigts. La sensibilité au tact et à la piqure sont à zéro. Elle perçoit cependant la sensibilité thermique.

—————> Nous avons donc une altération de la sensibilité superficielle.

3.4.4. Bilan articulaire

- **Au niveau de l'épaule**, l'observation indirecte de la patiente en dehors du bilan nous apporte de précieux renseignements sur son comportement et ses incapacités.

Le calcul des amplitudes n'est pas fiable.

Spontanément, les amplitudes sont presque totales. Cependant, l'hématome du creux axillaire lui fait encore mal et l'empêche de décrocher son écharpe du porte manteau en hauteur.

- Flexion /Extension **du coude** (Actif) 110/40/0 et (Passif) 140/10/0
- Flexion/ Extension **du poignet** (A) 20/0/10 et (P) 25/0/15
- Le score de KAPANDJI est à zéro. Il lui est impossible de faire une pince.
- La fermeture et l'ouverture des **doigts** ne sont pas totales. (annexe III , fig. 3 et 4)

Elle n'estime avoir aucun moyen de lutter contre sa douleur, c'est pourquoi elle n'entreprend plus d'activité par anticipation d'une hypothétique douleur qu'elle ne veut ni déclencher ni accentuer. D'où la notion de kinésiophobie selon VLAYEN. C'est la phobie du mouvement supposé douloureux (KORI). WADDEL parle de peur de l'activité.

Or, pour un membre inutilisé depuis 4 ans, les amplitudes articulaires sont très peu diminuées.

3.4.5. Bilan musculaire

Nous avons choisi de tester fonction par fonction pour avoir une vue d'ensemble des capacités du membre supérieur. L'hématome du creux axillaire est encore douloureux et gêne la réalisation de certains mouvements.

Pour les muscles de la main nous utilisons le testing selon LEVAME mais pour ceux du poignet, du coude et de l'épaule nous empruntons le testing de DANIELS.(tableau I)

Fausse par les douleurs et la kinésiophobie, notons tout de même que plus nous sommes en distal et plus la force musculaire est réduite.

3.4.6. *Bilan fonctionnel*

Nous voyons à travers ce chapitre l'évaluation du handicap sur les activités quotidiennes.

Remuer les doigts est un mouvement quasiment impossible, malgré tout sa mobilité est sub-normale lorsqu'elle n'y prête pas attention. D'après les aires de JULY, la douleur est présente dans les plans médian, postérieur et supérieur. (Tableau II).

Elle n'a aucun soucis pour faire sa toilette.

Elle avoue que, son mari et sa fille font tout à sa place. Ses proches la surprotègent, ce qui la conforte dans l'idée qu'elle ne peut rien faire.

Pour faciliter la vie de tous les jours elle ne met pas de chaussettes et ses chaussures sont sans lacets. Les vêtements qu'elle porte sont amples.

3.4.7. *Bilan psychologique*

La douleur chronique regroupe des composantes multiples : physiologiques, affectives, comportementales, familiales, socio-professionnelles...mais aussi psychologiques.

Chez madame V.G, la douleur se traduit par une forme d'angoisse voire de dépression.

Elle présente une personnalité apathique. Petit à petit, elle s'épanouit.

Elle pense souvent : « on m'a mal opérée » et est en quête permanente d'un diagnostic méconnu ou d'un traitement miracle.

Son entourage adopte une attitude d'assistance, voire d'hyperprotection avec elle

La douleur est facilitée si à chacune de ses plaintes elle bénéficie d'une affection accrue de sa famille. Nous comprenons qu'il est difficile pour l'entourage d'ignorer ces comportements.

Car nul ne peut voir la douleur, la personne qui l'éprouve se sent seule dans sa souffrance.

Dans le rapport du psychiatre de l'hôpital, madame V.G souffre d'une dépression majeure qui peut aussi bien être causalgique ou réactionnelle de la douleur (annexe IV , fig.5). D'après les

témoignages concernant son enfance, la dépression était antérieure aux évènements vécus au début de ses douleurs. Celle-ci est dite « centrifuge », c'est un moyen d'expression. « La douleur est l'irreprésentable de la souffrance » selon SAUSSE. La plainte douloureuse permet d'inscrire la souffrance dans le langage et de nommer l'inexprimable. En cela elle apaise l'angoisse. La plainte insistante dans l'excès de la douleur signifie qu'il n'y a pas de vie possible en ces conditions et la mort est parfois évoquée.

Cette douleur retentit de façon importante sur l'humeur, les travaux domestiques, le sommeil et le goût de vivre.

La fin de semaine est encourageante, son comportement redonne confiance à l'équipe soignante vis à vis de son évolution à Toul, et ceci depuis la prescription du DEROXAT.

3.4.8. *Diagnostic kinésithérapique*

- Les déficiences sont :

- HTA
- Paresthésie sur le membre supérieur gauche.
- Douleur comprises entre 2 et 7 sur l'EVA en journée et 8 à 10 la nuit.
- Sensitives : Anesthésie superficielle totale la main et de la partie radiale de l'avant-bras et Sensibilité profonde douloureuse.
- Hématome au niveau du creux axillaire.
- Déficit de force musculaire sur tous les muscles du membre supérieur gauche.
- Exclusion inconstante du bras gauche dans les activités de la vie quotidiennes.
- Déficience esthétique due à l'écharpe et la surcharge pondérale.
- Syndrome dépressif et la fatigue associée.

- Les incapacités liées à la latéralité sont :

- Les prises fines avec la main gauche : doigté, préhension, écriture, couper la viande.
- Verrouiller les prises, donc les prises de force sont impossibles.
- Porter, soulever ou tirer des charges lourdes.
- Attraper des objets en hauteur dès que cela nécessite l'utilisation des 2 mains.
- Réaliser de gros travaux ménagers.
- L'habillement tel que : enfiler des collants ou des chaussettes, aggraffer son soutien gorge, fermer les boutons d'un chemisier, nouer des lacets....
- Travailler car intolérance aux contraintes du travail.
 - Les désavantages sont :
 - Familial : car son hospitalisation l'empêche de voir sa famille tous les jours.
 - Social : elle n'ose rien faire de peur qu'un pic spontané de douleur survienne.
 - Professionnel : elle est au chômage. Les revenus familiaux sont peu élevés.

3.5. LE BILAN DE LA 3^{ème} SEMAINE D'HOSPITALISATION

3.5.1. *Le bilan de la douleur actuelle*

Nettement moins douloureuse selon les jours. La douleur suit le même trajet mais l'intensité atteint parfois zéro à l'EVA en pleine journée (annexe V , fig .6). En milieu de semaine, elle n'éprouve aucune douleur et semble à nauséuse. Elle fait un malaise deux jours de suite, sa tension est alors de 17/10. Elle reste dans sa chambre. Son état est sûrement dû à l'augmentation du NEURONTIN à 400mg 1-1-1. La fin de semaine est légèrement meilleure.

Le traitement médical au départ de l'hôpital n'a pas beaucoup changé :

- NEURONTIN diminué à 300mg 1-1-1
- Arrêt du LAROXIL
- DEROXAT 1 comprimé le matin
- Le reste ne change pas

3.5.2. *Le bilan cutané trophique*

- Le bras gauche n'est plus gonflé.
- L'hématome disparaît dans la semaine.
- Avant les malaises des deux matinées, son bras est chaud et un peu rouge.
- Des contractures sur les épicondyliens latéraux apparaissent et sur l'abducteur du pouce à gauche. Il n'y a pas d'amyotrophie.

3.5.3. *Le bilan de la sensibilité* (idem que la 2^{ème} semaine)

3.5.4. *Le bilan articulaire*

- Lors d'un massage, elle s'est mise en procubitus, le front reposant sur les mains, l'épaule était donc plus en flexion que debout.

- F/E du coude (actif) 120/10/0 et (passif) 140/10/0
- F/E du poignet (actif) 15/0/40 et (passif) 15/0/50
- Le score de Kapandji (actif) 2 et (passif) 4

Toutes les limitations sont dues encore une fois aux douleurs.

3.5.5. *Le bilan musculaire* (Peu cotable. Identique à la 2^{ème} semaine)

3.5.6. *Le bilan fonctionnel*

Elle a eu une permission pour rentrer à Sedan pendant le week-end. Elle y a fait les lits, du repassage, et promené le chien de la main gauche, ce qu'elle n'avait jamais fait depuis 4 ans. Elle est allée à la foire, dans la foule, et ce, sans écharpe.

En ergothérapie, elle cuisine maintenant de la main gauche. Elle a même coupé une tomate avec cette main et beurré un moule à gâteau (annexe VII, fig. 7 et 8). Mais sa progression n'a pas été aussi fulgurante que la deuxième semaine, car la 3^{ème} semaine a été compromise par de nombreux malaises.

3.5.7. Bilan psychologique

La planification d'un suivi psychologique à Sedan convient parfaitement à notre patiente.

Elle a teint ses cheveux et s'est maquillée, alors que la semaine dernière aucun signe ne laissait croire qu'elle faisait attention à son apparence. Elle est fière de nous montrer qu'elle applique les consignes du chirurgien, à savoir : se servir de son bras au maximum.

Les questionnaires remplis par la patiente révèlent une amélioration (tableau IV et V).

En milieu de semaine, suite aux malaises répétés, elle évoque à nouveau la mort.

Elle accepte de maintenir ses séances chez la psychologue.

Au moment de son départ, elle est angoissée car elle a peur d'être loin du corps médical.

3.5.8. Diagnostic kinésithérapique

- Les déficiences sont les mêmes que la 2^o semaine mais :
 - L'intensité de la douleur est diminuée.
 - L'hématome a disparu.
- Les incapacités et désavantages sont identiques à la 2^o semaine

3.6. OBJECTIFS DE REEDUCATION AU COURS DES SEMAINES

- Soulagement de la douleur.
- Prise en compte de la dépression et améliorer ainsi sa qualité de vie.
- Retrouver une fonction.

Les objectifs sont les mêmes au cours des semaines mais le traitement est intensifié.

4. PROPOSITIONS MASSOKINESITHERAPIQUES ET JUSTIFICATIONS DES TECHNIQUES EN FONCTION DES OBJECTIFS CIBLES

4.1. SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

4.1.1. Le traitement médical (voir dans les bilans)

4.1.2. La physiothérapie

4.1.2.1. La cryothérapie

• *Les effets :*

- Sensitivomoteurs : le froid diminue la vitesse de conduction des fibres de petits calibres.
- Vasomoteurs : le froid provoque une vasoconstriction suivie d'une vasodilatation.
- Neuro-musculaires : la force musculaire diminue mais l'endurance augmente.

• *Modalités d'application et principes :*

Sous forme de coldpack appliqué 20 min. Mme V.G préfère l'eau froide car sa douleur diffuse dans tout le membre supérieur rendait inefficace le coldpack.

4.1.2.2. La thermothérapie

• *Les effets :*

- Elle entraîne une vasodilatation avec une hyperhémie cutanée et à l'insertion tendineuse, qui diminue le tonus des fibres musculaires. L'échauffement d'une grande surface corporelle entraîne la libération d'ACTH et la stimulation de la sécrétion de cortisone, d'hormones de croissance et d'endorphines expliquant les effets antalgiques.

- La chaleur facilite également la mobilisation active des extrémités.
- Action décontracturante importante.

• *Modalités d'application et principes :*

Grâce à une enveloppe chaude, type « hot pack » ou bien des bains chauds, qui créent une convection, nous réchauffons la surface corporelle durant 20 à 30 minutes.

4.1.2.3. Les bains écossais

- *Les effets :*

- Le contraste thermique réamorce une vasomotricité correcte. L'alternance de vasodilatation (dans l'eau chaude) et de vasoconstriction (dans l'eau froide) améliore le retour veineux et augmente le débit sanguin. Les substances algogènes sont ainsi éliminées.
- Atténuation des douleurs, des oedèmes et des troubles érythrocyanotiques.

- *Modalités d'application et principes :*

Alternance durant 20 minutes d'eau froide à 13°C (1 minute) et d'eau chaude à 37°C (4 Minutes). Sous forme de bacs, dans lesquels nous immergeons le membre supérieur atteint.

4.1.2.4. les ultra-sons.

- *Définition :*

Ces sont des ondes vibratoires mécaniques acoustiques produites par l'application d'un courant à hautes fréquences à travers un quartz ou une céramique, appelé : effet piezzo-électrique. La fréquence des ultra-sons se situe juste en dessous de celles perceptibles à l'oreille humaine. Ils sont utilisés sous forme pulsée ou continue.

Les trois propriétés physiques des ultra-sons sont :

- La réflexion : si le faisceau rencontre un obstacle osseux ou métallique, il y a réflexion selon un angle égal à celui du faisceau incident. Si l'angle est supérieur à 15°, les ondes sont réfléchies et risquent de passer à côté de la cible. Le faisceau doit donc pénétrer à 90°.
- La réfraction : si le faisceau passe dans deux milieux de densités différentes, la réfraction est proportionnelle à la différences des deux densités.
- L'absorption : c'est la profondeur de pénétration à laquelle les ultra-sons subissent un amortissement de 50%. Ceci crée une action thermique.

- *les effets :*

- Thermique analgésique
- Modification de la perméabilité cellulaire
- Ralentissement de la vitesse de conduction de la douleur grâce à la chaleur.
- Stimulation du système endorphinique de contrôle descendant supraspinal. La libération des endorphines bloquent les médiateurs chimiques de la douleur.
- Augmentation du débit sanguin élimine l'inflammatoire par l'évacuation des toxines musculaires et le drainage des déchets protéiques.

- *Modalités d'application :*

Un générateur de haute fréquence (1 à 3 mégahertz), est relié au projecteur (tête émettrice) contenant la céramique. Un gel de contact améliore la transmission des ultra-sons. Nous utilisons les ultra-sons une fois par jour pendant 10 minutes pour permettre une antalgie durable dans le temps. Une fréquence de 1 MHz atteint 1 cm de profondeur. Nous l'appliquons au retrait de la perfusion sur la main, le coude, l'avant-bras et le bras. Notre patiente ne supporte pas la chaleur que le 1 MHz lui procure au niveau du coude, nous utilisons alors 3 MHz. Cette fréquence permet une efficacité maximale à 4 cm de profondeur

4.1.3. *L'électrothérapie*

Nous utilisons des courants variables, grâce à la mise au point d'appareils miniaturisés d'électrostimulation transcutanée. Tous ont un effet antalgique, mais les mécanismes diffèrent selon les types de courants. L'effet antalgique produit est local et rapide.

4.1.3.1. le TENS (annexe X , fig. 9)

- *principes*

il se base sur la théorie du « gate control », par inhibition sensitive segmentaire présynaptique

ascendante. Nous stimulons les fibres A et A bêta de la sensibilité tactile ayant une vitesse de conduction plus importante que les fibres douloureuses, A delta et C.

Il y a compétition entre ces deux types de fibres et si la stimulation des fibres de gros calibre est supérieure à celle de petit calibre, la transmission de l'influx douloureux sera interrompue.

- *Paramètres*

- Courant : bidirectionnel à moyenne nulle, qui est le courant rectangulaire.
- Fréquence : de 30 à 100 hertz.
- Largeur d'impulsion : de quelques μ secondes à 200 μ secondes.
- Intensité : fourmillements ressentis par le patient sans contractions musculaire associée (en dessous du seuil excito-moteur).
- Electrodes : sur le trajet nerveux, superposer les fourmillements à la zone douloureuse.

- *Modalités d'application*

Il faut appliquer le courant 20 minutes, car ensuite il y a habitude. Il existe des possibilités de modulation et de durées plus longues. A l'arrêt de l'appareil, l'effet antalgique ne dure pas.

4.1.3.2. le BURST (annexe X , fig. 10)

- *Définition et principes*

Ce courant utilise le système inhibiteur descendant. La libération d'endorphine dans la circulation sanguine permet un effet antalgique qui perdure longtemps.

- *Paramètres*

- Courant rectangulaire.
- Fréquence de 1 à 5 HERTZ.
- Largeur d'impulsion de 150 à 250 μ s correspondant à la chronaxie des fibres de la douleur.
- Intensité : battements des muscles paravertébraux à la limite de la douleur
- Electrodes : aux jonctions cervico-thoracique et dorsolombaire.

- *Modalités d'application*

Le temps de traitement est de 30 minutes ou plus.

4.1.4. *Le massage*

- *Définition*

C'est un des moyens les plus anciens dont l'indication essentielle est analgésique. Il est difficilement évaluable du fait de la multiplicité des techniques, du savoir-faire de ses pratiquants et des résonances psycho-affectives.

- *principes et effets*

L'hyperhémie des terminaisons nerveuses de la peau provoque une vasodilatation, c'est à dire un accroissement de l'apport sanguin par nécessité de refroidissement. En effet, pour garder la température à 37°C, l'organisme fait appel à du sang venu d'autre territoires pour absorber la chaleur induite. Le débit sanguin augmente, les échanges et l'élimination des toxines par les capillaires veineux est ainsi plus rapide.

- *Application*

Le massage à sec à type d'effleurage est effectué en début de séance, il est simple à mettre en œuvre, car attendu du patient douloureux. Il est reconnu comme apaisant.

Les pressions glissées profondes sont à visée décontracturante et trophique musculaire. Elles sont utilisées si elles sont tolérables, ce qui n'est pas toujours le cas chez notre patiente !

4.2. RETROUVER UNE FONCTION

4.2.1. *L'ergothérapie*

Elle apprend à cuisiner de la main droite pour pallier son inactivité de la main gauche. Elle a fait une tarte : il a fallu pour cela rouler la pâte, casser les oeufs et positionner les rondelles de poires dans le moule. Nous l'encourageons à cuisiner à nouveau.

4.2.2. *La mobilisation*

La mobilisation passive risque d'être douloureuse. Elle peut être précédée de physiothérapie ou de massages. Nous utilisons de préférence les mobilisations actives ou actives aidées manuelles et les contractions statiques, réalisées en courtes série plusieurs fois par jours.

Effets et buts : Elle permet un entretien orthopédique, une lutte contre l'amyotrophie et la kinésiophobie.

La mobilisation active de l'épaule, du coude et des doigts se fait en analytique ou en global.

4.2.3. *participation active de la patiente à son traitement*

Il est important de diversifier les techniques afin que la patiente adhère à la démarche thérapeutique et participe à l'élaboration du processus de guérison. Une auto observation régulière, quotidienne d'elle même lui apprend à discriminer les différentes composantes du problème et ne plus étiqueter tous phénomènes désagréables sous le nom de « douleur ».

Il faut combattre l'inactivité, l'inoccupation et viser l'insertion du patient.

4.3. AMELIORATION DE SA QUALITE DE VIE

La correction des perturbations cognitives et émotionnelles peut être obtenue de différentes manières toutes complémentaires :

- Analyser les circonstances de survenue ou d'accroissement de la douleur, les expliquer et chercher les moyens de les éviter ou d'y faire face.
- Aider notre patiente à reformuler sa représentation de la douleur et sa persistance de façon plus benigne.
- Induire des comportements adaptés vis à vis de ses douleurs.

En effet, les malades supportent mieux leurs troubles dès lors que l'équipe soignante admet la maladie et la respecte. Ceci suffit à rendre la douleur supportable.

4.3.1. *L'écoute active*

La relation thérapeute-malade est d'un apport précieux. L'authenticité de la souffrance d'un malade n'est pas à mettre en doute. La plainte douloureuse étant le reflet d'une souffrance inexprimable autrement, il ne faut pas la faire taire, il faut l'accompagner.

Nous nous apercevons ainsi que le discours de Mme V.G passe du « j'ai mal » à « je suis mal dans ma vie et dans mon corps ».

L'écoute est notre tolérance à entendre tout cela ce qui aidera le malade à dire sa souffrance plutôt qu'à montrer sa douleur.

4.3.2. *La relaxation*

Elles contribuent à aider le patient à mieux être et à mieux vivre. L'objectif est de favoriser les réactions physiologiques associant une détente musculaire et un état de calme et de confort. Cette technique aide le patient à réduire la douleur dans des situations spécifiques. Elles limitent ainsi l'impuissance face à la douleur, génératrice de dépression.

A terme, c'est l'apprentissage d'une technique qu'elle devra réaliser seule.

Le training autogène de SCHULZ est une méthode se basant sur la pesanteur, la chaleur, la respiration, le plexus soléaire et la fraîcheur du front.

Mme V.G assiste à ces séances de relaxation en groupe 2 fois par semaine.

5. BILAN DE FIN DE STAGE : LE 28 OCTOBRE 2004

Mme V.G est revenue en consultation externe. Nous en profitons pour la bilanter à nouveau. Elle a gardé le même traitement qu'à son départ de l'hôpital.

5.1. LA DOULEUR ACUELLE

Ce bilan est effectué sur une journée, il ne reflète pas la douleur au quotidien ; mais donne un aperçu de ce que peut ressentir madame V.G.

- *Topographie* (fig.1)

La douleur emprunte les 3 premiers doigts à type de brûlure au niveau du canal carpien.

Remontant à la face antérieure de l'avant bras, elle englobe le coude puis chemine à la face antérieure du bras et de l'épaule jusqu'au bord inférieur interne de la clavicule.

- *Intensité*

L'intensité reste stable tout au long de cette journée au environ de 6 ou 7, à l'EVA. Elle se rend compte que la douleur augmente proportionnellement avec l'intensité et la longévité des activités qu'elle entreprend. Depuis, ses nuits sont moins mouvementées qu'auparavant.

5.2. BILAN DE LA SENSIBILITE

Elle ne ressent plus le chaud et le froid. Elle a donc arrêté l'utilisation des bains écossais. Le test de la sensibilité retrouve à nouveau une anesthésie complète superficielle de la main, avec des dysesthésies : une sensation de brûlure dans la face palmaire et les 3 premiers doigts et des picotements à la face dorsale de la main.

5.3. BILAN TROPHIQUE ET CUTANE

La centimétrie ne révèle ni œdème, ni amyotrophie dans le membre supérieur.

5.4. BILAN ARTICULAIRE

L'épaule et le coude révèlent des amplitudes légèrement supérieures q'auaparavant et les doigts montrent une meilleure fermeture, même si la pince pouce index reste impossible.

5.5. BILAN MUSCULAIRE

A l'observation, il ne change pas du précédent.

5.6. BILAN FONCTIONNEL

Elle prend conscience qu'il est possible de vivre avec cette douleur. Chez elle, elle fait des travaux (les lits, repassage , petits ménages, vaisselle). Elle refuse l'aide de sa

famille et ne se laisse plus entretenir. La motivation la enfin gagnée malgré ce qu'elle ressent constamment comme désagréable.

5.7. BILAN PSYCHOLOGIQUE

Elle a changé de coupe et de couleur de cheveux. Sa tenue vestimentaire révèle un désir d'être bien habillée.

D'après le QDSA elle n'est plus dans l'optique de penser au suicide. Finalement, elle n'a pas moins mal mais peut-être avons-nous réussi à lui faire accepter sa douleur.

Le suivi psychiatrique débutera le mois prochain à Sedan, elle ne montre toujours pas de retissance à cet effet. Une ergothérapeute qui la suivait lors de son précédent séjour en 2003 nous a révélé une nette amélioration de son comportement par rapport à l'année dernière. Elle l'a trouvée joyeuse, souriante, entraînée et bavarde. L'année dernière, elle la qualifiait de femme solitaire et antipathique n'esquissant jamais un sourire.

5.8. DIAGNOSTIC MASSO-KINESITHERAPIQUE

Les déficiences sont toujours les mêmes cependant :

- Anesthésie thermique du membre supérieur gauche.

Les incapacités sont :

- Effectuer les tâches citées à la 2^e semaine. Cependant, elle se force à les faire et arrive à réaliser certaines d'entre elles telles que la vaisselle, cuisiner des choses simples.

Les désavantages sont :

- Social : elle évite les sorties.
- Familial : les relations avec sa fille et son mari en sont modifiées.
- Professionnel : le chômage.

6. DISCUSSION

Malgré toutes les méthodes appliquées pour enrayer la douleur maladie, madame V.G est rentrée à Sedan en ayant mal. La thérapeutique n'est pas « miracle ». cependant, l'écoute et la reprise de confiance en elle lui ont permis de mieux accepter sa douleur. C'est un suivi au long cours et nous commençons à voir certains progrès. La prise en charge psychiatrique a été très bien comprise par la patiente et promet une amélioration à long terme. Sur le plan professionnel, sa douleur l'empêche pour le moment de retravailler.

L'hôpital Jeanne d'arc convoquera madame V.G une fois par mois pour suivre son évolution. Même avec une prise en charge psychiatrique, le suivi doit rester pluridisciplinaire.

7. CONCLUSION

Le syndrome douloureux chronique s'est installé insidieusement, gouverné plus par ses conséquences que par la lésion initiale. Les manifestations physiques, psychiques et sociales, engendrées par la persistance de la douleur, prennent le pas sur la symptomatologie initiale. C'est ainsi que la douleur devient « maladie » et non plus symptôme. Le syndrome chronique devient difficilement accessible aux traitements pourtant adaptés. Puisque la douleur se montre rebelle et a tendance à persister, la collaboration de l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, médecins, ergothérapeute, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatres) est importante. Par ailleurs une consultation pour le traitement de la douleur dans un centre anti-douleur est envisagée. L'objectif thérapeutique doit rester réaliste, c'est à dire principalement réadaptatif : « apprendre au patient à mieux gérer son handicap douloureux ».

Madame V.G a réalisé de gros progrès durant ces 3 semaines. Elle a compris qu'il fallait vivre avec sa douleur. Maintenant elle va faire en sorte de l'accepter et de trouver des solutions grâce à ce que nous lui avons apporté pour rendre cette douleur plus supportable.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- BOUREAU F. (directeur de publication) - *Pratique du traitement de la douleur* – Paris : DOIN, 1988, 402p.

- PELISSIER J. , VIEL E. (directeurs de publication) - *Douleurs et médecine physique et de réadaptation* - Paris, Masson, 2000, 418p. - Coll. Problème en médecine de réadaptation, 38.

- SCHWOB M. , REDUREAU D. – *La douleur, physiologie et physiothérapie* – Paris : IREM, 1982, 158p.

- SERRIE A. , THUREL C. – *La douleur en pratique quotidienne, diagnostic et traitement* – Paris : Arnette, 1994, 580p.

ARTICLES :

- BARROIS B. , RIBINIK P. , MANE M. – *Rééducation et kinésithérapie dans le traitement des algodystrophies* - Encyclopédie médico chirurgicale, 26-293-A-10.

- DIDIERJEAN A. – *Approche psychologique du patient atteint d'algodystrophie* - Cah. Kinésit. 1997, fasc. 183, n°1, p40-43.

- EHRLER S. , BRAUN F. , DIDIERJEAN A. – *L'approche pluridisciplinaire de l'algodystrophie de la main* – Annales de chirurgie de la main et du membre supérieur – 1987, 6/4, p295-298.

- HALLER P-H. , FAILLOT T. – *Evaluation de la douleur chronique kinésithérapie.* – Kinésithérapie scientifique, décembre 2001, n°417, p38.

AUTRES REFERENCES :

- <http://www.univ-st-etienne.fr/facmed.finit/douleur>

-<http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatohy/douleur.php>

-http://www.cpa.ca/facsheets/chronic_pain_fr.htm

ANNEXES

Annexes I.....Figure 1 : topographie de la douleur.

Annexes II.....Figure 2 : aspect de la main.

Figure 3 : fermeture de la main.

Figure 4 : ouverture de la main.

Annexes III.....Tableau I : le testing musculaire de DANIELS.

Tableau II : les aires de JULY.

Annexes IV.....Figure 5 : Rapport du psychiatre.

Annexes V.....Figure 6 : grille hebdomadaire de la douleur.

Annexes VI.....tableau III : bilan 400 points.

Annexes VII.....Figure 7 : la cuisine en ergothérapie.

Figure 8 : la vaisselle en ergothérapie

Annexes VIII.....Tableau IV : Questionnaire De Saint-Antoine.

Annexes IX.....Tableau V: Hospital and anxiety depression scale.

Annexes X.....Figure 9: le TENS.

Figure 10 : le BURST.

ANNEXE I

**SCHEMA TOPOGRAPHIQUE DES ZONES DOULOUREUSES
(ADULTES)**

Nom : G. V

Prénom :

① le 16/09/20
Date : ② le 28/10/20

Indiquez sur le schéma ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle (depuis la semaine dernière) en coloriant en « jaune », « orange » et « rouge ».
Le « rouge » correspond à la douleur la plus intense.

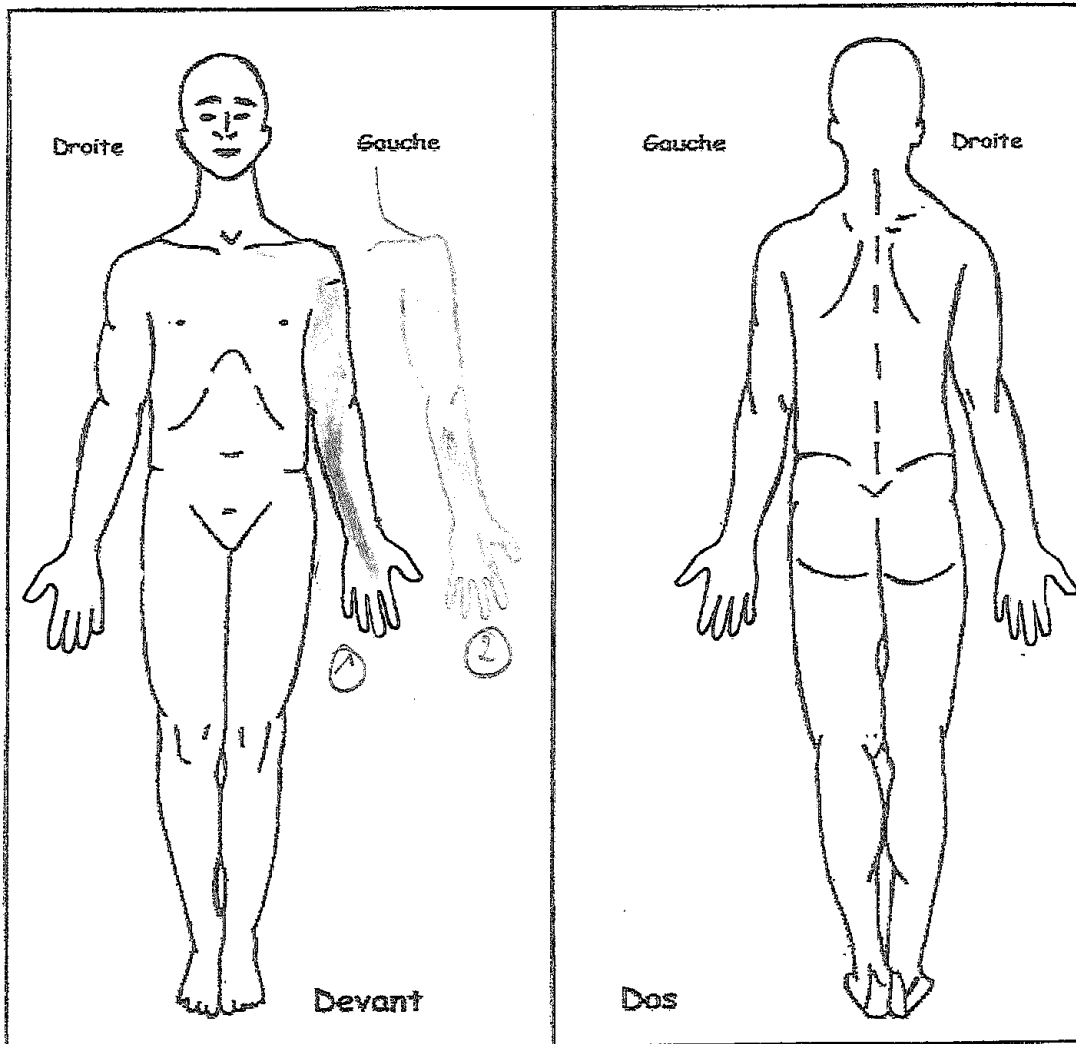


Fig.1 : topographie de la douleur.

ANNEXE II

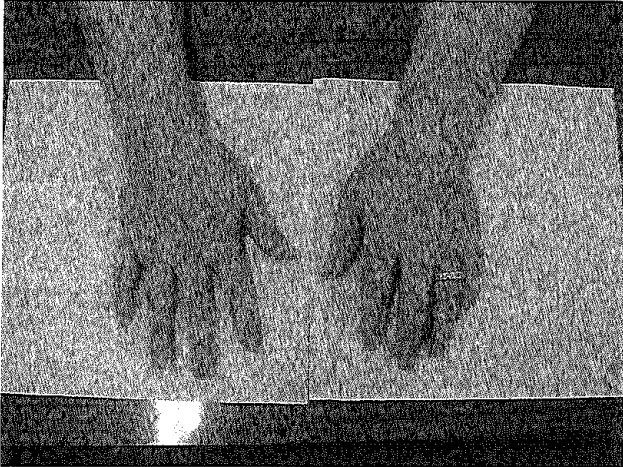


Fig.2 : aspect de la main gauche.

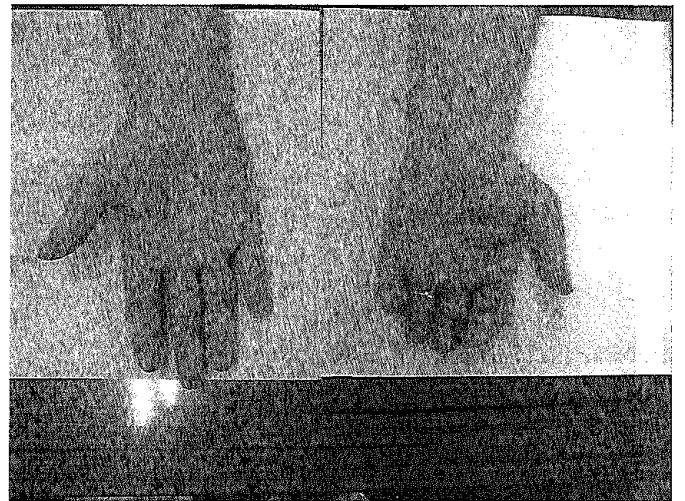


Fig.3 : fermeture de la main.



Fig.4 : ouverture de la main.

ANNEXE III

Tableau I : le testing musculaire du membre supérieur gauche

Au niveau de l'épaule :

- Abducteurs3-
- Adducteurs.....4
- Fléchisseurs3-
- Extenseurs4
- Élévateurs5
- Abaisseurs4

Au niveau du coude :

- Fléchisseurs3-
- Extenseurs3-
- Pronateurs3
- Supinateurs3

Au niveau du poignet :

- Extension3-
- Flexion2+

Au niveau des doigts :

- Flexion profonde et superficielle ...1+
- Extension2-
- Opposition du pouce2
- Flexion du pouce2
- Rapprochement des doigts1+
- Ecartement des doigts1+

Tableau II : les aires de JULY

	Pla médian	Plan antérieur	Plan externe	Plan postérieur
supérieur	Main/épaule opposée NON	Main/tête OUI	Main/oreille homolatérale OUI	Main/ nuque NON
moyen	Main/taille opposée NON	Main/poitrine OUI	Main/taille homolatérale OUI	Main/dos NON
inférieur	Main/poche opposée MOYEN	Main/boucle de ceinture OUI	Main/poche homolatérale OUI	Main/fesses MOYEN

ANNEXE IV



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
SERVICE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE
6° SECTEUR DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE DE MEURTHE ET MOSELLE (54 G 06)

Professeur [redacted]
Chef de Service
Secrétariat : 03 83 65 63 37
e-mail : jp.kahn@chu-nancy.fr

Monsieur le [redacted]
Service de Réadaptation
HOPITAL JEANNE D'ARC

VVP/RC

Toul, le 28 septembre 2004

[Handwritten signature]

Monsieur et Cher Confrère,

Praticiens Hospitaliers

Docteur Th. MONTAUT
Secrétariat : 03 83 65 64 03
e-mail : t.montaut@chu-nancy.fr

Docteur P. WITKOWSKI
Secrétariat : 03 83 65 64 47
e-mail : p.witkowski@chu-nancy.fr

Assistants - Chefs de Clinique

Docteur L. F. RHELOT
Secrétariat : 03 83 65 64 03
e-mail : l.rhelot@chu-nancy.fr

Docteur C. J. KECKEL
Secrétariat : 03 83 65 64 47
e-mail : c.keckel@chu-nancy.fr

Praticiens Associés

Dr F. BOCQUEL
Dr C. DECAUDIN
Dr I. LEFEBURE
Dr N. WIRTH

Accueil - Hospitalisation

Téléphone : 03 83 65 64 17
Télécopie : 03 83 65 64 67

Hôpital Central

Consultation : 03 83 85 16 58

Hôpital de Brabois

Consultation : 03 83 15 42 79

Centre Médico-Psychologique
Centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel

24, rue Joly - 54200 TOUL

Docteur A. AVRAM
Téléphone : 03 83 64 64 33
Télécopie : 03 83 64 64 66

Je vous remercie de m'avoir adressé en consultation pour avis diagnostique et thérapeutique [redacted], devant un état dépressif important avec idées suicidaires, dans le cadre d'un syndrome algo-neurodystrophique secondaire aux interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien gauche opéré en 1999 et 2000.

Les antécédents psychiatriques rapportent en 1988 une hospitalisation à Sedan pour dépression, symptomatologie pour laquelle la patiente a été traitée pendant trois ans. Dans l'enfance, des violences physiques et verbales intra-familiales sont à noter. Ces violences ont duré jusqu'à l'âge de 26 ans où la patiente a quitté le domicile parental. C'est dans ce contexte que le frère de la patiente, Daniel, s'est suicidé par noyade à l'âge de 16 ans, en 1966. Il existe un alcoolisme chez le père, Roger, décrit comme alcoolique chronique.

La patiente est la quatrième d'une fratrie de 9 et avait une sœur jumelle, Evéline, décédée en 2000 d'un arrêt cardiaque. La relation avec cette sœur était très privilégiée. Il n'y a plus de relation avec le reste de la famille. La patiente est mariée depuis juillet 2000 à François, âgé de 53 ans, qui est chauffeur de bus, avec lequel elle entretient de bonnes relations. Ils ont une fille, Victoria, âgée de 14 ans, envers laquelle la patiente se sent coupable car elle doit réaliser les tâches ménagères et présente une chute récente des résultats scolaires. La patiente vit avec son mari et sa fille à Sedan. Elle est en invalidité de longue durée. Elle a exercé de nombreux métiers où le poignet est très sollicité.

A l'entretien, la patiente a un bon contact. Elle décrit une tristesse de l'humeur associée à une asthénie, une aboulie, une anhédonie, un sentiment d'inutilité et de culpabilité, mais il n'y a pas d'idées suicidaires ce jour. Elle décrit, par ailleurs, des attaques de panique survenant quand elle est seule. Nous notons, également, des troubles du sommeil de type anxieux. Enfin, elle verbalise une impossibilité de communiquer sa douleur à sa famille qui est déjà fortement sollicitée.

Madame [redacted], âgée de 52 ans, présente donc un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne s'intégrant dans le cadre d'un syndrome algo-neurodystrophique. Notons que le début des douleurs coïncide avec l'altération thymique et le décès de la sœur. La problématique d'allure névrotique présentée par cette patiente justifie pleinement la reprise de la psychothérapie auprès de Monsieur le Docteur [redacted]. C'est en effet un suivi ambulatoire qui profitera le plus à cette patiente, associé au traitement par Deroxat 20 mg : 1 comprimé le matin (qui peut être augmenté jusqu'à 40 mg/jour).

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

[Handwritten signature]
Interne en Psychiatrie

Fig.5 : rapport du psychiatre.

ANNEXE V

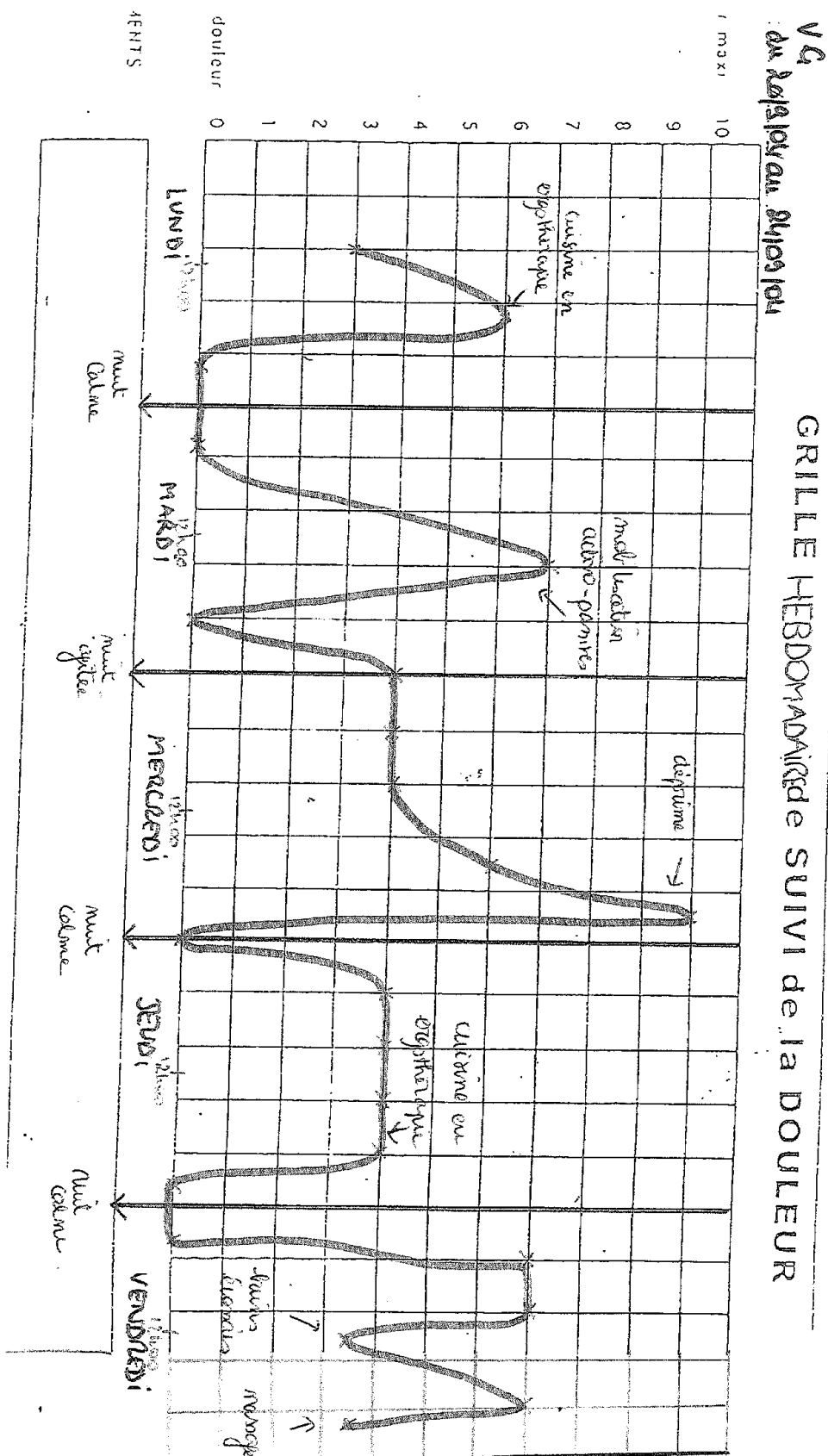


Fig.6 : grille hebdomadaire de la douleur

ANNEXE VI

Tableau III : bilan 400 points

72

BILAN 400 POINTS

DATE: 22/09/04

NOM: ~~XXXXXXXXXX~~

PRENOM: ~~XXXXXXXXXX~~

AGE: 52 ans

PROFESSION:

DOMINANCE: D (S)

COTE LESE: D (6)

EREQ: APE

TOTAL: 40 / 100

A 10 13 1A8

10 %

1) MOBILITE DE LA MAIN				
C. Sein		Côté lésé		
Cote	Mouvements	Cote	Coef	Note
	FLEXION DOIGTS	1	3	3
	EXTENSION DOIGTS	1	2	2
	ECARTEMENT DOIGTS LONGS	0	3	0
	RAPPROCHEMENT DOIGTS LONGS	0	2	0
	ADDUCTION DU POUCE	0	2	0
	ECARTEMENT DU POUCE	0	3	0
	OPPOSITION	1	3	3
	OPPOSITION CONTRE RESIST.	0	2	0
	PINCES LAT. CONTRE RESIST.	0	1	0
	PLEINE MAIN CONTRE RESIST.	0	3	0
	PRONATION	1	3	3
	SUPINATION	3	2	6
		TOTAL: 17 / 90		
		NOTE: 19 / 100		

2) FORCE DE PREHENSION				
C. Sein		Côté lésé		
Valeur		Valeur	Note/10	Note /20
	VEGRIOMETRE (Bar)			
	COLLINS (kg)			
	JANAR (kg)			
	PINCH (kg)			
	PINCE ETAL (min kg)			
		TOTAL:		
		NOTE: 0 / 100		

Examiné: TR Sector 5 - Hôpital Jeanne d'Arc - Département de Toul

3) DEPLACEMENT MONOMANUEL

Côté sain		Côté lésé	
Cote	Temps	Cote	
	Cube 10 cm	0	
	Cube 7.5 cm	0	
	Cube 5 cm	0	
	Cube 2.5 cm	1	
	Cylindre 10 cm	0	
	Cylindre 4 cm	0	
	Tourillon 8 mm	0	
	Balle de tennis	0	
	Bonnet électronique	0	
	Bille de 25 mm de diamètre	1	
	Bille de 15 mm de diamètre	0	
	Clef	0	
	Nez de 25 mm de diamètre	0	
	Pièce de 24 mm de diamètre	0	
	Pièce de 16 mm de diamètre	0	
	Perle	0	
	Per à repasser de 2 kg	0	
	Verser eau en position	0	
	Verser eau en sur-élevé	0	
	Verre	0	
Note: /60		Note: 0 /60	
NOTE: 0 / 100			

4) FONCTION BIMANUELLE

les 2 mains sont utilisées de façon spontanée

Cote	D	Commentaires
0	+	Couper viande
0	-	Ouvrir une bouteille, la fermer
0	-	Ouvrir un bocal
1	-	Dévisser, visser écrou de 20 mm
1	-	Dévisser, visser écrou de 4 mm
1	-	Oter 3 boutons
1	-	Mettre 3 boutons
1	-	Défaire 3 lacets
0	-	Faire 3 lacets
0	-	Glisser fil dans aiguille
1	-	Sortir une aiguille
1	-	L'attacher, l'étréindre
1	-	Enfiler une aiguille (pièce et billes)
0	-	Enfiler 10 fils
1	-	Traçer un trait (règle)
1	-	Plier feuille sur la moitié
0	-	Déchirer sur la plume
0	-	Couper du carton
0	-	Couper du métal
0	-	Déchirer un journal (32 épaisseurs)
Total: 11 / 60		
NOTE: 11 / 100		

Epidémiologie - TR Sector 5 - Hôpital Jeanne d'Arc - Département de Toul

COTATION

3 = Mouvement, action ou gestes normaux.
 2 = Mouvement, action ou geste lents, imprécis, disharmonieux.
 1 = Mouvement, action ou geste incomplets, avec exclusion, avec compensation.
 0 = Mouvement, action ou geste non réalisés.
 Epreuve 4 : D = DOMINANCE
 + = Respect de la dominance.
 - = Transfert de dominance

ANNEXE VII

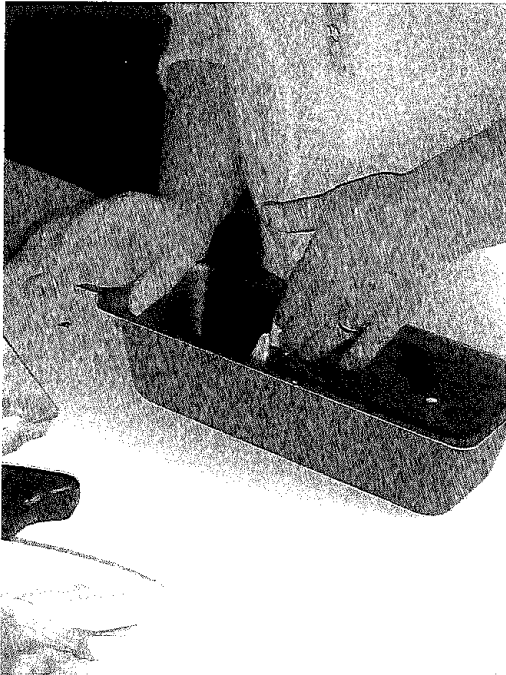


Fig.7 : la cuisine en ergothérapie.



Fig.8 : la vaisselle en ergothérapie.

ANNEXE VIII

Tableau IV : questionnaire de Saint-Antoine

le 22/09/04

QUESTIONNAIRES SAINT-ANTOINE

Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d
Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i
Elancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irradiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epuisante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ereintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquiétante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oppressante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angoissante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsédante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En étau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suppliciante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insupportable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déprimante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Glacé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mode d'emploi :

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général. Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez, dans chaque groupe de mots, choisir le mot plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

- * 0 : absent, pas du tout
- * 1 : faible, un peu
- * 2 : modéré, moyennement
- * 3 : fort, beaucoup
- * 4 : extrêmement fort, extrêmement

25 Juin 2003

algique 15;
augmentation des
mouvements d'extension

ANNEXE IX

Tableau V : Hospital anxiety and depression scale

24/09/04

Echelle HADS (Hospital and Anxiety Depression Scale)
 Je A.-S. Zigmond et R.-P. Snaith
 Traduction française: J.-P. Lépine

Nom: [redacted] Prénom: [redacted]
 Sexe: F Age: 52 ans Date: 24/09/04

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotionnel. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attendez pas sur la réponse à faire; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

A 0 Je me sens tendu ou énervé : 1 La plupart du temps 2 Souvent 3 De temps en temps 0 Jamais	D 0 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 1 Oui, tout autant 2 Pas autant 3 Un peu seulement 0 Presque plus
A 0 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 1 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas très grave 3 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	D 0 Je ris facilement et vois le bon côté des choses : 1 Autant que par le passé 2 Plus autant qu'avant 3 Vraiment moins qu'avant 0 Plus du tout
A 0 Je me fais du souci : 1 Très souvent 2 Assez souvent 3 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	

D 0 Je suis de bonne humeur : 1 Jamais 2 Rarement 3 Assez souvent 0 La plupart du temps	A 0 Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : 1 Oui, quot qu'il arrive 2 Oui, en général 3 Rarement 0 Jamais
D 0 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 1 Presque toujours 2 Très souvent 3 Parfois 0 Jamais	A 0 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 1 Jamais 2 Parfois 3 Assez souvent 0 Très souvent
D 0 Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 1 plus du tout 2 Je n'y accorde plus autant d'attention que je le devrais 3 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé	A 0 J'ai la bougie et n'arrive pas à tenir en place : 1 Oui, c'est tout-à-fait le cas 2 Un peu 3 Pas tellement 0 Pas du tout
D 0 Je me rejoints d'avance à l'idée de faire certaines choses : 1 Autant qu'avant 2 Un peu moins qu'avant 3 Bien moins qu'avant 0 Presque jamais	A 0 J'éprouve des sensations soudaines de panique : 1 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 3 Pas très souvent 0 Jamais
D 0 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 0 Très rarement	A 0 Je ne peux pas me concentrer sur ce que je fais : 1 Souvent 2 Parfois 3 Rarement 0 Très rarement

Maintenez vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

■ Echelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith

Elle cumule trois fonctions : dépistage, appréciation de l'intensité et coévaluation de l'anxiété et de la dépression (annexe 13). Cette spécificité d'autoévaluation conjointe de symptômes anxieux et dépressifs nous fait opter pour son utilisation en douleur chronique en raison du brouillage catégorique et thérapeutique permanent qui risque toujours de régner dans ce domaine.

Elle se présente au patient sous forme de quatorze blocs de phrases, parmi lesquelles il doit souligner à chaque fois celle qui correspond le mieux à son état. La moitié de ces blocs concerne la dépression, l'autre évalue l'anxiété et les deux types d'items sont présentés en alternance. La somme des notes (0 à 3) associées a priori aux phrases choisies se répartit alors en deux scores sur 21, respectivement.

Le diagnostic est posé à partir de 11 sur 21, mais le score doit tout de même alerter le clinicien dès qu'il dépasse les 8 points.

ANNEXE X

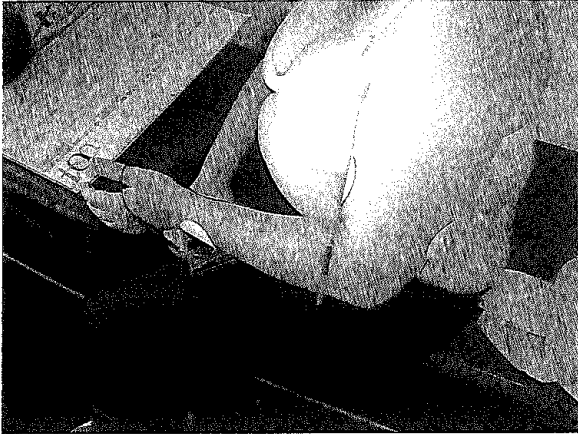


Fig.9 : le TENS .

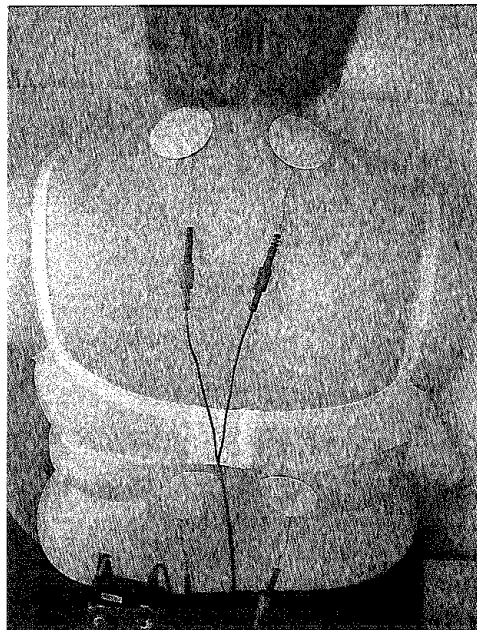


Fig.10 : le BURST