

newsletter novembre 2010



Ca y est, la rentrée est bien derrière nous. Les premières vacances scolaires touchent à leur fin et nous sommes passés à l'heure d'hiver (au grand dam de nos horloges biologiques!).

Certains jardiniers s'activent à travailler la terre avant les grands froids. Certains, car ils sont nombreux qui aimeraient mais qui ne peuvent pas, à cause de douleurs, plus ou moins lourdes, plus ou moins handicapantes, mais douleurs quand même. Et puis, avec l'arrivée de l'automne (...et le changement d'heure...encore!!!), nous sommes en manque de lumière...et la lumière (je le rappelle pour ceux qui n'auraient pas lu toutes les newsletters du site) est un de nos principaux synchronisateurs de nos horloges biologiques.

Et faut-il le rappeler, de nos horloges vont dépendre beaucoup de sécrétions hormonales, et certaines de ces hormones vont faire fluctuer "notre moral", ce n'est pas par hasard si la dépression saisonnière survient en automne ou en hiver, période durant laquelle nous manquons cruellement de luminosité solaire (les journées sont plus courtes et la luminosité moins intense)...on peut là aussi parler de douleur (au moral).



Vous l'aurez compris, le sujet de novembre sera consacré à **la douleur**.

Vaste sujet. Sensible sujet.

La douleur est une notion très subjective. Elle varie d'une personne à une autre, selon son ressenti, son vécu, sa culture également, et elle peut varier chez un même individu d'un moment à l'autre, selon les circonstances, l'environnement... Elle appartient à l'individu qui la ressent et personne d'autre ne peut la juger ou l'évaluer à sa place.

Selon la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain), **la douleur est "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions"**.

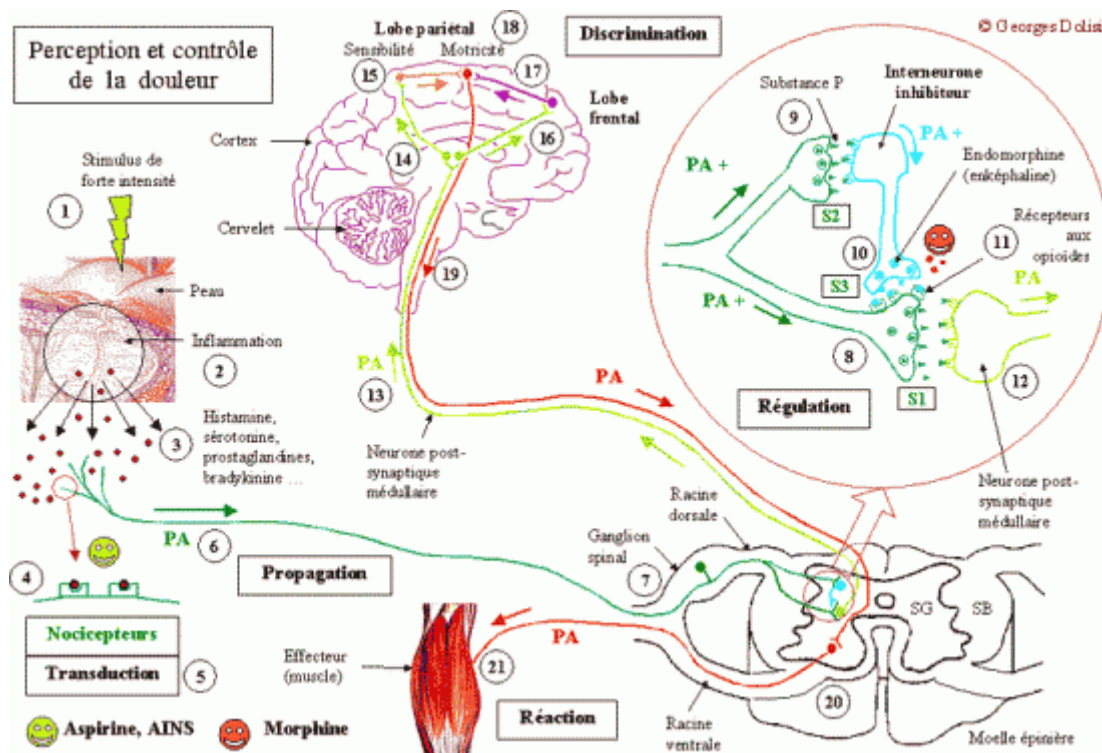
La douleur est un phénomène multidimensionnel, différentes composantes entrent en jeu :

- **composante affectivo-émotionnelle et comportementale** : toute douleur s'accompagne d'une (ou plusieurs) référence(s) au passé, d'un retentissement touchant l'affectivité, l'émotion et provoque des modifications comportementales.
- **composante cognitive** : c'est l'ensemble des processus mentaux qui participent au traitement de l'information douloureuse (signification, contexte...)

MECANISMES (simplifiés) DE LA DOULEUR

La douleur est le résultat de l'excitation des fibres composant les nerfs et aboutissant à un message nerveux : le stimulus douloureux.

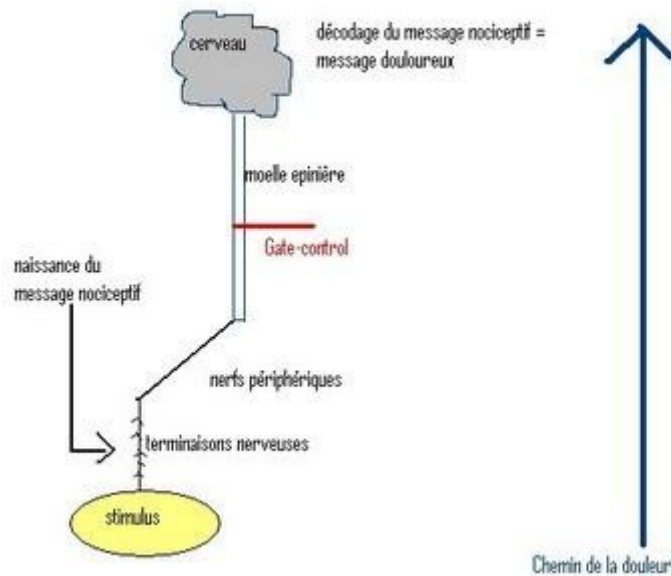
Autrement dit, le stimulus douloureux est causé par la stimulation des **nocicepteurs** (récepteurs sensoriels à haut seuil qui ne répondent qu'à des stimulations fortes, qui provoquent une douleur. Les nocicepteurs sont constitués de terminaisons libres, dendrites de neurones bipolaires qui ont leurs corps cellulaires dans les ganglions rachidiens et qui transmettent l'information dans la corne dorsale de la moelle épinière), puis est transmis par des voies ascendantes multiples (nerfs périphériques, moelle épinière...) jusqu'au cortex cérébral, provoquant ainsi la perception de la douleur.



Les nocicepteurs sont très nombreux au niveau de la peau : la douleur est rapidement perçue et localisée. Ils sont moins nombreux au niveau des tendons, des articulations et des viscères : la douleur est moins bien identifiée. Tous nos organes possèdent des nocicepteurs, sauf le cerveau (seules les méninges en sont pourvues).

Les nocicepteurs agissent de 2 façons :

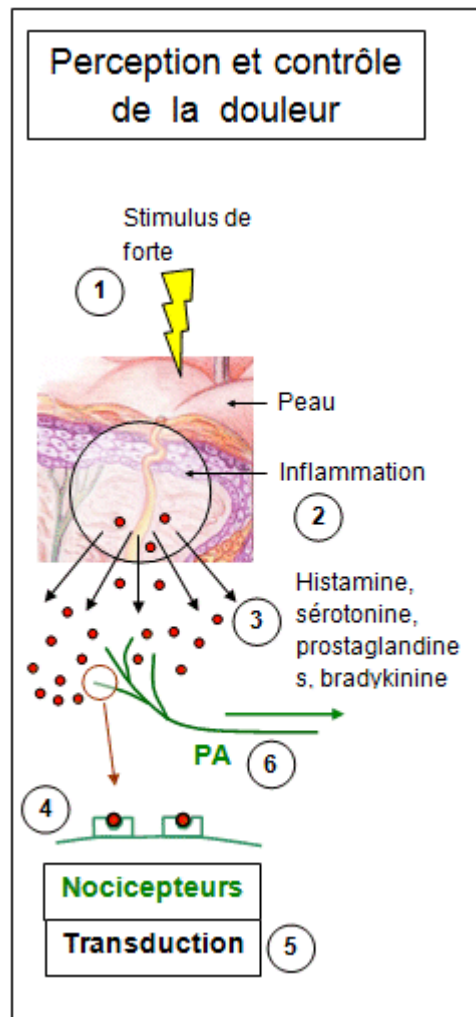
- **par transduction** : c'est la transformation des stimuli nociceptifs en activité électrique au niveau des terminaisons nerveuses
- **par transmission** : propagation des influx à travers le système nerveux sensoriel.



Nous venons de voir le chemin de la douleur. Il serait bon d'ajouter que sur la moelle épinière il existe un système régulateur de la douleur (gate control). Certaines substances naturelles et chimiques sont capables d'inhiber (un peu, beaucoup, totalement) la douleur. Beaucoup de substances entrent en jeu dans la transmission et l'interprétation du message douloureux (noradrénaline, prostaglandines, bradykinine...)

Prenons juste 2 exemples :

- les endorphines (ou endomorphines) : elles sont secrétées par l'hypothalamus et l'hypophyse lors d'activité physique intense. Elles ont des capacités analgésiques et procurent une sensation de bien-être. On les retrouve, entre autres, dans le cerveau, la moelle épinière et le système digestif. Elles jouent un rôle important dans l'inhibition de la douleur.
- la sérotonine : neurotransmetteur qui joue un rôle important dans le processus douloureux, car il est impliqué à tous les niveaux des voies de transmission et de contrôle de la douleur. Sous l'influence d'une substance inhibitrice de la sérotonine, nous sommes particulièrement sensibles à la douleur. A l'inverse, la douleur est fortement contenue par injection de sérotonine dans la moelle épinière.



CLASSIFICATION DE LA DOULEUR

Supporter la douleur ne permet pas de mieux lui résister, c'est pourquoi il est essentiel de l'évaluer.

On peut caractériser la douleur par son profil évolutif :

- **la douleur aiguë** : c'est un symptôme, un signal d'alarme. C'est une douleur vive, immédiate.

- **la douleur chronique** ; c'est une douleur persistante et rebelle au(x) traitement(s), qui dure au delà de 3 à 6 mois. C'est la douleur-maladie. Elle est inutile (elle n'agit plus comme un signal d'alarme) et destructrice. Elle a un fort impact sur la vie de l'individu (vie sociale, familiale, professionnelle) et son état psychologique.

Comme nous l'avons vu plus haut, la douleur résulte d'une combinaison de facteurs physiologiques, pathologiques, émotionnelles, psychologiques, cognitifs, comportementaux, sociaux et couvre plusieurs champs distincts :

- **la douleur nociceptive** : elle résulte d'un excès de stimulations nociceptives (c'est cette douleur qui intervient le plus largement en cas de douleur aiguë : inflammation, traumatisme, brûlure...)

- **la douleur neuropathique** : c'est une douleur générée par des lésions nerveuses primitives des nerfs périphériques ou du système nerveux central entraînant la diminution ou l'absence de stimulations de nocicepteurs périphériques, c'est-à-dire qu'elles sont secondaires à des lésions nerveuses d'origine traumatique, métabolique, infectieuse ou toxique (zona, névralgie, fourmillements, douleurs des membres fantômes...). Ces douleurs peuvent se manifester en l'absence de tout stimulus, spontanément, elles sont alors permanentes. Elles peuvent aussi apparaître par un stimulus normalement non douloureux ou peu douloureux mais perçu de façon exagérée. Ce sont des douleurs très invalidantes, qui s'accompagnent - quand elles deviennent chroniques- d'anxiété et/ou de dépression.

- **la douleur psychogène** : c'est l'ensemble des douleurs qui ne sont ni nociceptives ni neurogènes. Il n'y a pas de lésions apparentes. Il semble probable que des phénomènes psychiques amplifient cette sensation douloureuse.

- **la douleur mixte** : c'est l'association de 2 (voir 3) des mécanismes précédents. L'exemple type de cette douleur mixte sont les douleurs d'origine cancéreuses.

Guernica, Picasso



Je vous renvoie vers l'étude "Painstory" (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year), menée durant 1 an, auprès de 300 personnes souffrant de douleur (modérée à sévère) chronique dans 13 pays (www.painstory.org) :

- 6 personnes sur 10 estiment que la douleur contrôle leur vie

Retenons les chiffres de l'étude concernant l'impact de la douleur chronique sur :

* la qualité de vie personnelle :

- 64% déclarent rencontrer des problèmes pour marcher
- 30% pour se laver et s'habiller
- 60% pour dormir
- 73% pour réaliser des tâches quotidiennes (ménage, famille, loisirs)

* la qualité de vie professionnelle :

- 44% ont réduit leur temps de travail
- 65% pensent s'arrêter de travailler complètement (à cause de leur(s) douleur(s))
- 38% ont dû changer leur façon de travailler

* impact émotionnel :

- 44% se sentent isolés face à leur(s) douleur(s)
- les 2/3 se sentent anxieux et/ou déprimés
- 28% ont des idées suicidaires

TRAITEMENT

Votre premier interlocuteur reste votre médecin traitant. N'hésitez pas à lui parler de votre douleur, ne vous isolez pas et ne pensez pas que votre douleur est une fatalité. Il pourra ainsi vous orienter si besoin, vers un centre spécialisé. Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur est multidimensionnelle, sa prise en charge en sera de même. Les traitements peuvent être longs mais ils amélioreront votre qualité de vie. Votre douleur n'est pas une fatalité, elle peut être traitée.

Quelques pistes :

- **votre médecin** dispose de médicaments ciblés, en fonction de l'évaluation de votre douleur (antalgiques, anti-inflammatoires, codéine, opiacés...)
- **la kinésithérapie** : vise à l'amélioration de l'amplitude des mouvements en favorisant la mobilité des articulations et en renforçant les muscles.
- **la réflexologie plantaire** : pour améliorer votre bien-être (céphalées, troubles digestifs, douleurs dorsales, fatigue, anxiété...)
- **la sophrologie** : diverses techniques pour apprendre à mobiliser votre corps en douceur, à redécouvrir votre corps autrement qu'à travers des douleurs, gérer sa douleur autrement, troubles du sommeil, céphalées, relaxation...

d'autres techniques peuvent être d'un grand secours comme **l'hypnose, les massages, la cryothérapie...**

Je termine ce sujet en vous définissant 2 maladies extrêmement graves :

- **l'analgésie congénitale** : c'est une maladie rare. Le sujet ne ressent ni n'a jamais ressenti aucune douleur, sans atteinte des systèmes nerveux périphérique et autonome. Cette maladie est très grave puisque le malade ne dispose plus de la douleur comme signal d'alarme. Toutes les stimulations douloureuses sont inexistantes, où qu'elles soient situées (peau, os, viscères...). Les patients n'évitent pas forcément les stimuli dangereux et des traumatismes importants peuvent en résulter.
- **l'asymbolie douloureuse** : c'est la diminution ou disparition de la réaction aux stimuli nociceptifs. Elle est en rapport avec une lésion du lobe pariétal du cerveau.

La douleur ne se voit pas, et pourtant elle est bien présente.



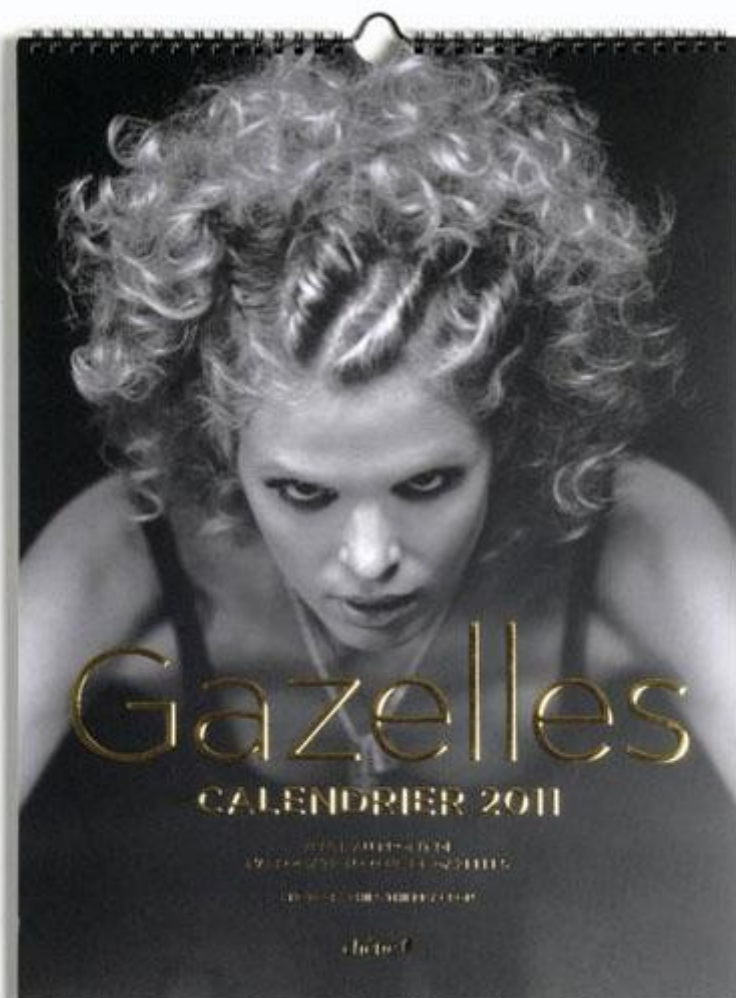
AGENDAS

A NOTER DANS VOS

A poster for a Women's Champions League match. At the top, there are logos for UEFA Women's Champions League, FCF Juvisy, and Torres (Italy). The main text reads "Match de 8^{es} de finale Champions league". Below this is a silhouette of a player in a dark jersey running on a field, with a soccer ball in the air. The text "Stade départemental Robert Bobin à Bondoufle" and "10.11.10 19:30" is prominently displayed. Smaller text provides details: "Tarif unique à 5 euros (placement libre)", "Vente uniquement le jour du match sur place à 18h30", and "Ouverture des portes à 18h30". At the bottom, it says "RENSEIGNEMENTS AU 06 59 55 47 25" and lists sponsors: Coméfic, Euro, ParisVendu, and Juvisy. The UEFA logo and "UEFA.COM" are at the very bottom.

Vous vous souvenez sans doute de la newsletter consacrée au **Rallye Aïcha des Gazelles**, et plus particulièrement à l'équipage 101. Je vous informe de la sortie du **calendrier et de l'agenda 2011 des Gazelles**, au profit de l'association caritative Coeur de Gazelles.

19,90 euros (FNAC, VIRGIN et toutes librairies)



Remerciements, sources, liens, téléchargements :

Remerciements particuliers au Professeur Georges DOLISI

<http://www.georges.dolisi.free.fr>

<http://www.cnrdr.fr> (*Centre National de Ressources de Lutte contre la douleur*)



[liste consultations douleur.pdf](#) (*liste des consultations, unités et centres anti-douleur français, classés par région, CNRD*)

<http://association-afvd.com> (*Association Francophone pour vaincre les Douleurs*)

<http://www.sfetd-douleur.org> (*Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur*)

<http://www.institut-upsa-douleur.org> 2 brochures téléchargeables :



[vous avez mal surtout parlez-en.pdf](#)
[douleur postopératoire.pdf](#)



[passeport contre la](#)

<http://www.douleurnonidentifiée.com>

<http://www.moinssouffrir.com>

Constance HAMMOND, directeur de recherche, U29 INSERM

Dr Paul SAULEAU, neurologue CHRU Pontchaillou (Rennes)

Dr Gérard Johann Van Mittenburg

Livre : "Neurologie" de Anne BERTRAND et Stéphane EPELBAUM, éditions Masson

EXCELLENT MOIS DE NOVEMBRE ET RENDEZ-VOUS EN DECEMBRE

N'oubliez pas de vous inscrire à la newsletter (aller dans le pavé "newsletter" et entrer votre adresse @, puis confirmer votre inscription)