

Douleur et lésion cérébrale acquise



Pr Etienne ALLART

Service de Rééducation Neurologique Cérébrolésion – CHU de Lille

Liens d'intérêts

- Formateur pour Abbvie/IPSEN pharma, Merz Pharma (toxine botulique)

Objectifs

- Connaître l'**épidémiologie** des douleurs chez le CL
- Connaître les **principaux cadres** des douleurs du CL
- Approfondir la question de la **douleur de l'épaule de l'hémiplégique**
- Aborder les **spécificités du cérébrolésé grave**

Douleur et cérébrolésion, un problème ?



AVC : 30 à 55% de douleurs quotidiennes
(Harrison 2015)
Sous-diagnostiquée, sous-traitée

TC : 40 à 50% de douleurs chroniques (Irvine 2017)

Etats de conscience minimale : pb évaluation,
conséquences, conscience de la douleur par les aidants

Douleur et cérébrolésion, un problème ?

→ Un questionnaire
diagnostique !



Des causes multiples, intriquées
Des facteurs connexes nombreux

Douleur et cérébrolésion, un problème ?



Déf motrices, fonction



Dépendance / participation



Cognition

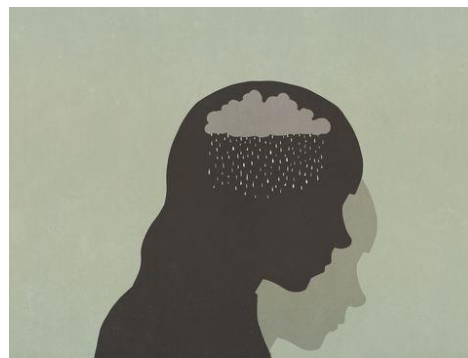
Consequences



→ La douleur comme
facteur aggravant



Fatigue



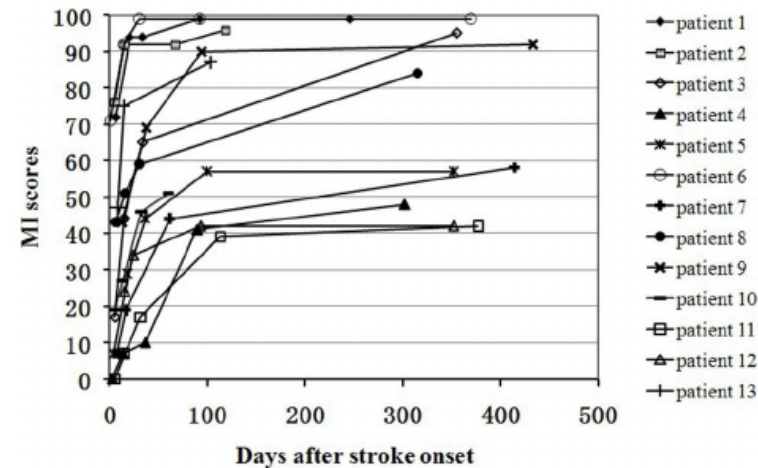
Dépression



Qualité de vie

Douleur et cérébrolésion, un problème ?

Enjeux de récupération +++



Interactions douleur / traitement avec cognition / éveil

→ Un défi thérapeutique (parfois)

Introduction

Table 3. Reported risk factors for the development of PSP

Demographic

- Female sex
- Older age at stroke onset

Premorbid

- Alcohol use
- Statin use
- Peripheral vascular disease
- Depression

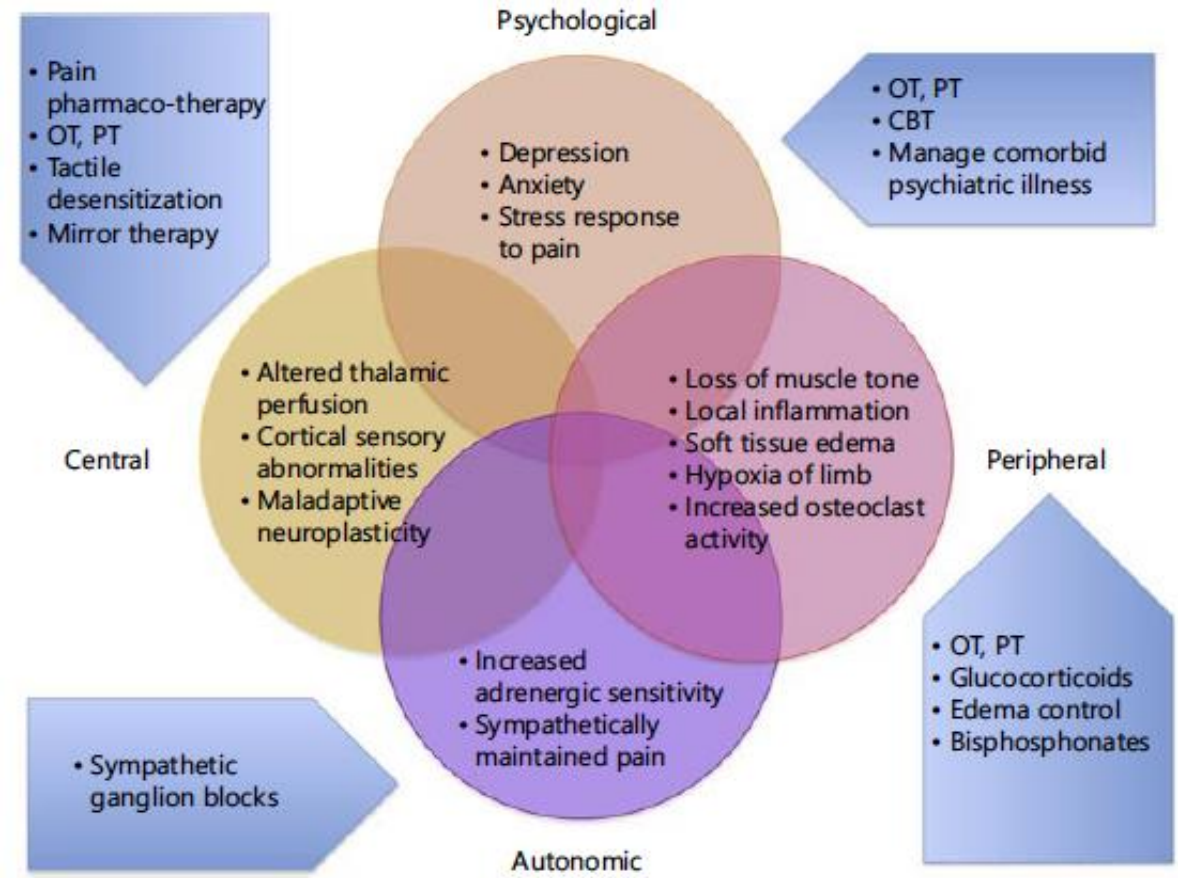
Clinical

- Spasticity
- Reduced upper extremity movement
- Sensory deficits

Stroke-related

- Ischemic stroke
- Thalamic localization
- Brainstem localization

FDR douleurs post-AVC



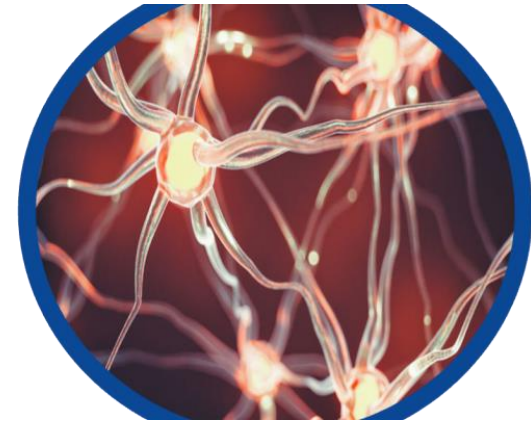
Introduction



Douleurs ostéo-articulaires



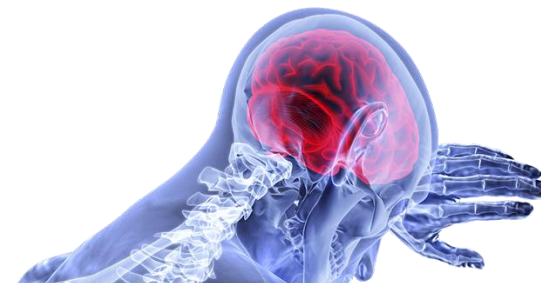
Hypertonie, rétractions musculaires



Douleurs centrales

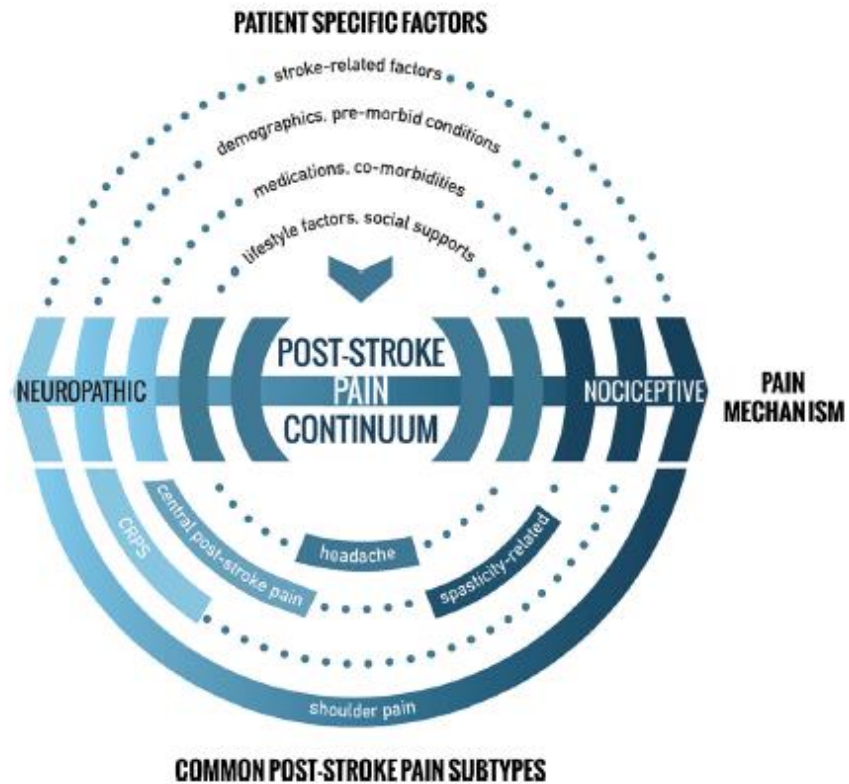


Syndrome douloureux régional
complexe

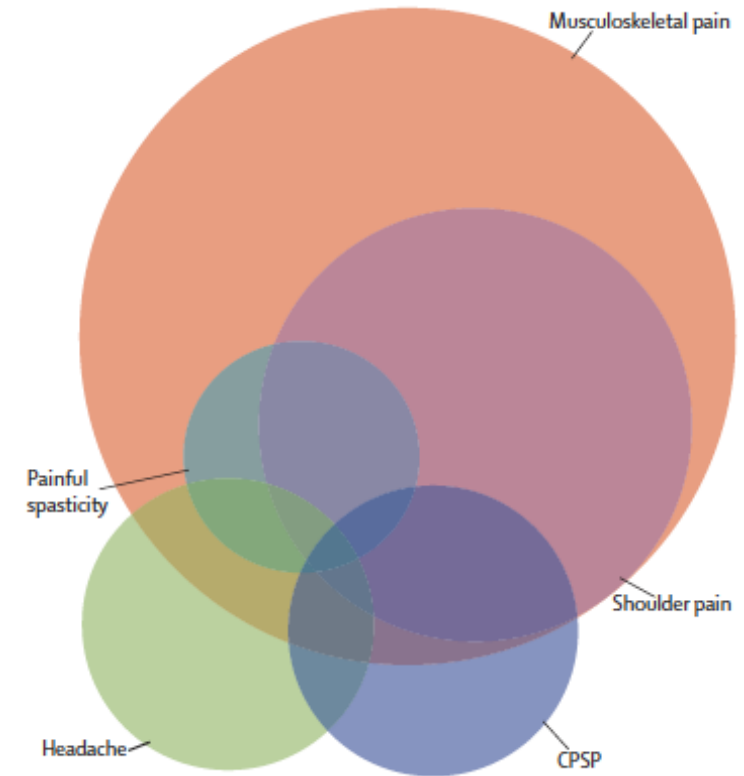


Céphalées

Introduction



Plecash 2019



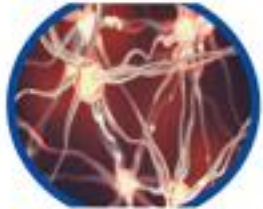
Multitude

Chevauchements

Intrications des tableaux

Plan

Douleurs centrales



Hypertonie, rétractions musculaires



Syndrome douloureux régional complexe



Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique



Zoom sur les infiltrations



Quelques spécificités du traumatisme crânien

- **Types de douleurs :**
 - Céphalées (principalement profil de céphalées de tension)
 - Douleurs musculo-squelettiques (racines, rachis)
 - Plus rarement douleurs centrales et autres tableaux rencontrés dans DRC
- **Attention au mécanisme lésionnel**
 - Fracture / luxation passée inaperçue du TC grave
 - Étirement plexique et accidents de 2 roues, fracture base du crâne
 - Fréquence des parostéarthropathies neurogènes
 - Contractures post-traumatiques et Sd myofascial

Douleur et altération de conscience



Messages importants

- La douleur est **fréquente**, souvent **sous-évaluée** et **gênante** chez le contrôlé
- Des **tableaux cliniques multiples** → enquête diagnostique et réponses ciblées
- Importance de la **prévention**
- **Cas particulier** et souvent **complexes** de l'épaule
- **Cas particulier** et enjeu **majeurs** chez le **contrôlé grave / état de conscience altéré**
- **Questions à se poser** «**»** :
 - Est-ce une **dégradation** ou une **absence d'évolution** (cognitive, motrice, humeur, éveil) liée à une douleur ?
 - Est-ce mon **traitement antalgique** était à l'origine d'une **dégradation** du patient ?

Douleurs centrales

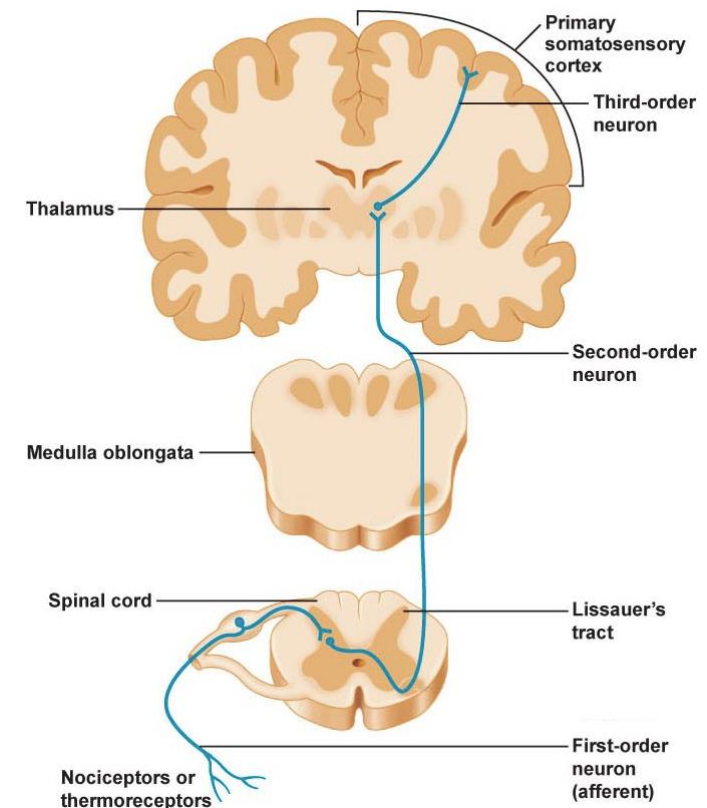


Douleurs centrales

- **Un diagnostic pas toujours évident**
 - Douleurs évocatrices (type, localisation)
 - Territoire variable
 - Allodynie souvent moins présente / périph
 - Absence de participation d'autres causes
- **Epidémiologie**
 - 1 – 12% des patients post-AVC. → 20% des patients avec troubles sensitifs
 - Apparition 1 à 3-6 mois le plus souvent (rars cas aigus et tardifs)

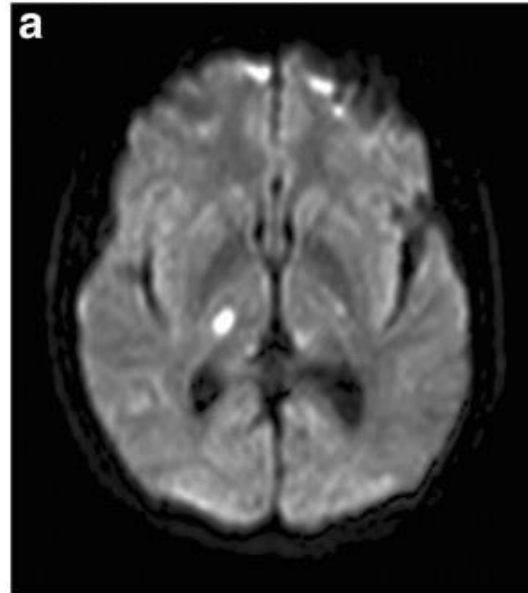
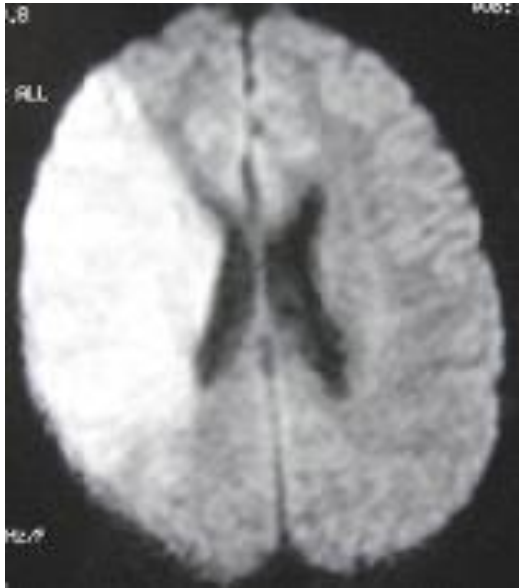
Quelles lésions ?

Spinothalamic Tract

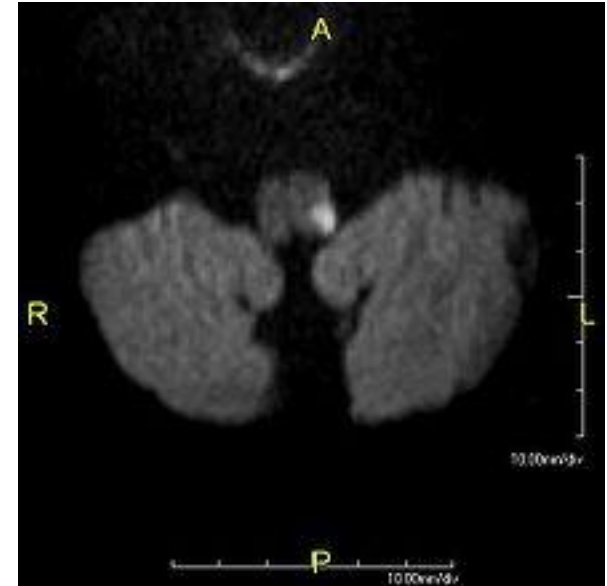


Douleurs centrales

- Quelles lésions ?



Partie postéro-ventrale
du thalamus



Lésion latéro-bulbaire

Douleurs centrales

- **Des caractéristiques cliniques spécifiques ?**

Globalement NON

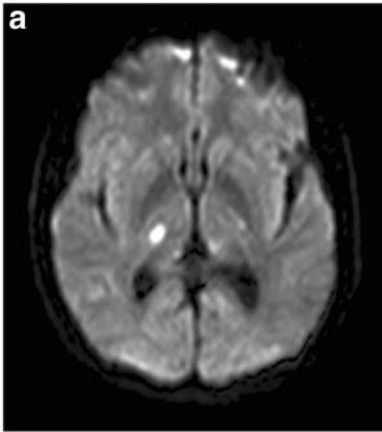
- Composante continue : brûlure, piquêre, froid, picotements et serrement
- Composante paroxystique : décharges, électricité, lacérations
- Signes positifs habituels : allodynie, hyperpathie, hyperesthésie
- Altération de la sensibilité tactile et/ou thermo-algique > profonde
- Territoires douloureux variables :
 - Restreints au territoire déficitaire (sensibilité)
 - Plus petit ou plus large par rapport au territoire déficitaire

→ Zones concernées de très circonscrites à hémicorps entier



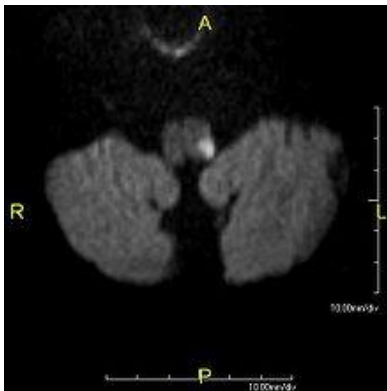
Douleurs centrales

• Syndromes spécifiques



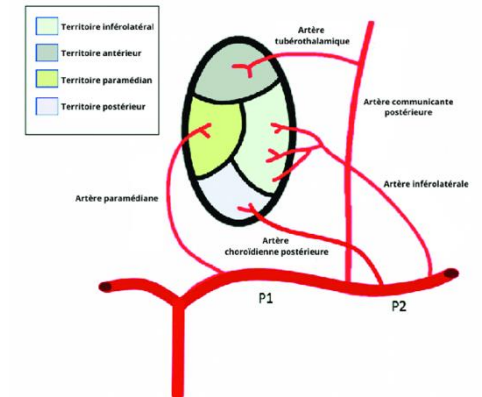
Syndrome de Dejerine-Roussy

- Douleurs neuropathiques hémicorporelles souvent sévères après lésion thalamique
- Paresthésies désagréables
- Anomalies sensitives de l'hémicorps controlatéral
- +/- association à d'autres signes thalamiques (aphasie, anosognosie, Sd dysexécutif, dystonie...)



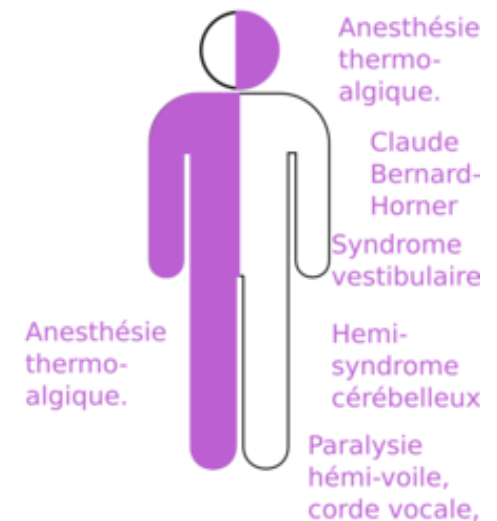
Syndrome de Wallenberg

- Douleurs membres et tronc controlésionnels, face ipsilésionnelle
- Troubles sensitifs thermo-algiques membres et tronc controlésionnels
- Syndrome cérébelleux et vestibulaire, paralysie voile et pharynx ipsilésionnel



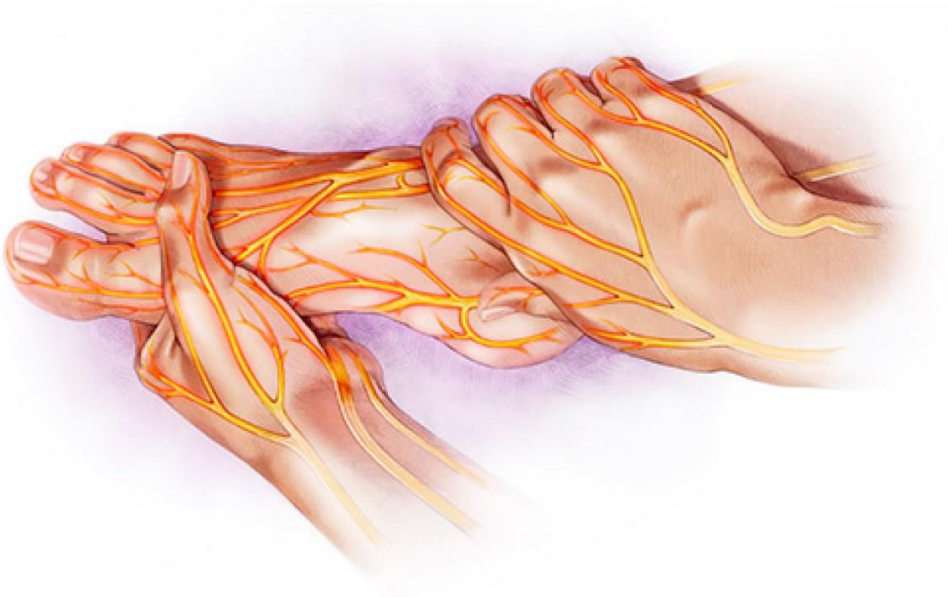
Syndrome de Wallenberg

CÔTÉ DE LA LÉSION



Douleurs centrales

- **Pièges**



Association à des douleurs neuropathiques
périphériques (diabète, alcool...)



« Crampe »
Douleur neuropathique ?
Hypertonie ?
Vasculaire ?

Douleurs centrales

• Prise en charge



Management of Central Poststroke Pain Systematic Review of Randomized Controlled Trials

Sohail M. Mulla, MSc; Li Wang, PhD; Rabia Khokhar, MScOT; Zain Izhar, BSc (Hons);
Arnav Agarwal, BHSc; Rachel Couban, MIST; D. Norman Buckley, MD;
Dwight E. Moulin, MD; Akbar Panju, MD; Sun Makosso-Kallyth, PhD; Alparslan Turan, MD;
Victor M. Montori, MD; Daniel I. Sessler, MD; Lehana Thabane, PhD;
Gordon H. Guyatt, MD; Jason W. Busse, PhD

Results—Eight eligible English language randomized controlled trials (459 patients) tested anticonvulsants, an antidepressant, an opioid antagonist, repetitive transcranial magnetic stimulation, and acupuncture. **Results suggested that all therapies had little to no effect on pain and other patient-important outcomes.** Our certainty in the treatment estimates ranged from very low to low.

Conclusions—Our findings are inconsistent with major clinical practice guidelines; the available evidence suggests no beneficial effects of any therapies that researchers have evaluated in randomized controlled trials. (*Stroke*. 2015;46:2853-2860. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.010259.)

Peu d'évidence... mais peu d'études



Traitements généraux

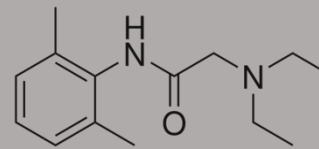
1^{ère} ligne :

- IRSNA (duloxétine, venlafaxine) ou IRS (fluoxétine ?)
- AE : gabapentine
- Tricycliques ? !!!!!!! Effets indésirables (cardiaques, cognitifs, anticholinergiques)

2^{ème} ligne :

- Association
- Autre AE : prégabaline, carbamazépine...
- Opioïdes (pallier 2 et 3)
- Kétamine, lidocaïne
- Cannabinoïdes ?

Traitements locaux



Patch lidocaïne



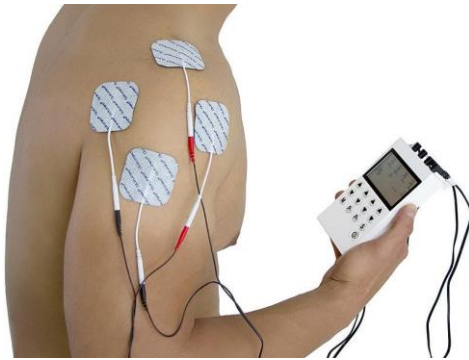
Toxine botulique A
intradermique



Capsaïcine

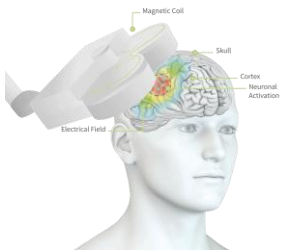
Douleurs centrales

• Prise en charge

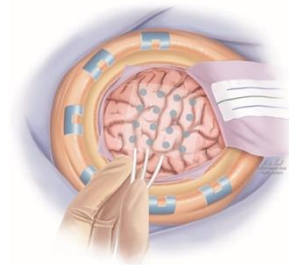
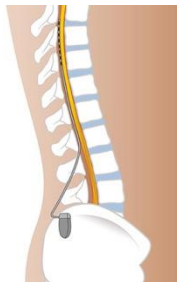


TENS

Douleurs focales ou régionales
/ ! \ allodynie, anesthésie
Pas de surdosage !



rTMS, tDCS



Stimulations invasives
Traitements intrathécaux
Chirurgie (DREZotomie)

Traitements généraux

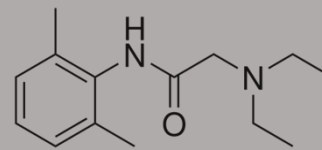
1^{ère} ligne :

- IRSNA (duloxétine, venlafaxine) ou IRS (fluoxétine ?)
- AE : gabapentine
- Tricycliques ? !!!!!!! Effets indésirables (cardiaques, cognitifs, anticholinergiques)

2^{ème} ligne :

- Association
- Autre AE : prégabaline, carbamazépine...
- Opioïdes (pallier 2 et 3)
- Kétamine, lidocaïne
- Cannabinoïdes ?

Traitements locaux



Patch lidocaïne



Toxine botulique A
intradermique



Capsaïcine

Douleurs centrales

- **Techniques de désensitisation** (allodynie)



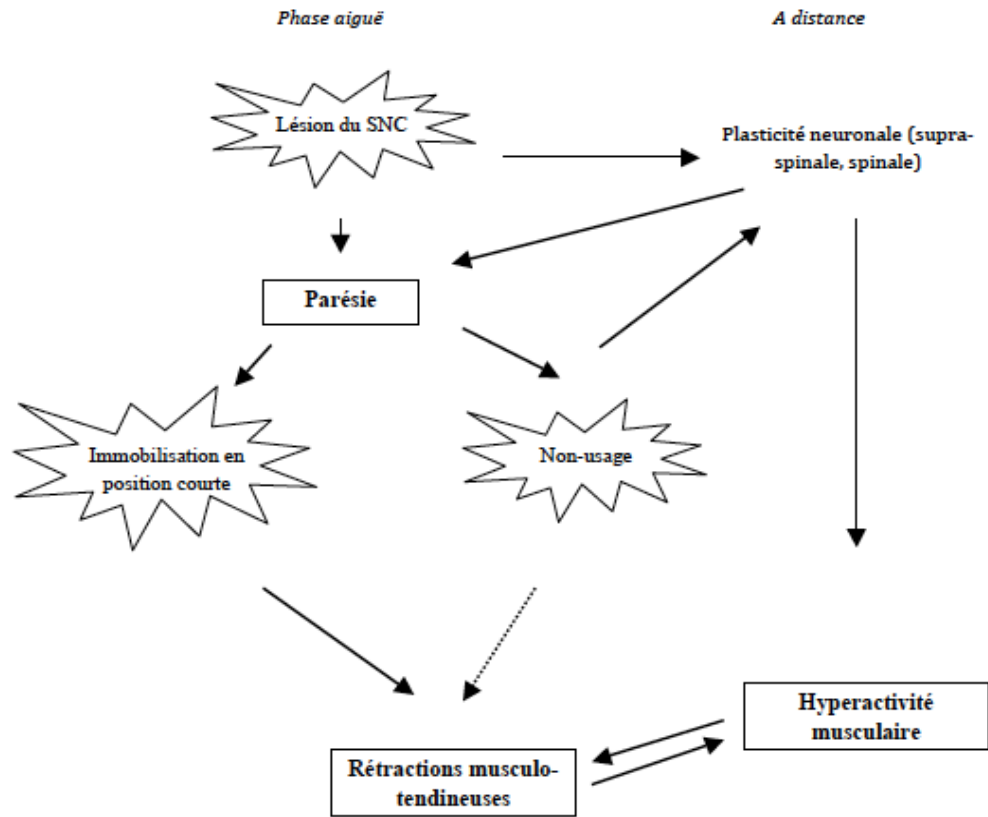
- **Activité !!**

Réafférentation (cf infra)

Hypertonie, rétractions musculaires



Hypertonie, rétractions musculaires



Freins au mouvement
Hypertonie musculaire
Rétractions

Déficit moteur
Parésie

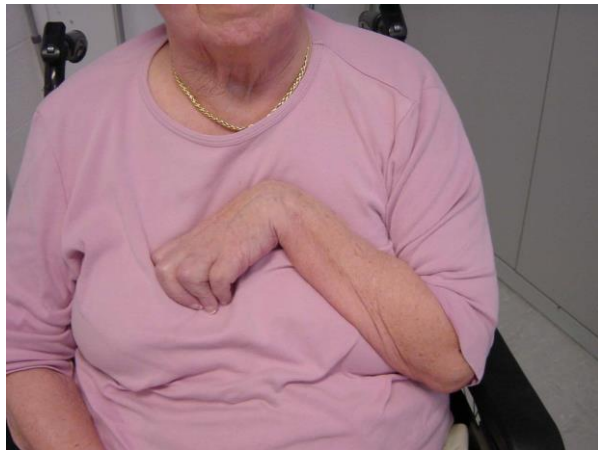


25% des patients post-AVC développent une hypertonie
→ 75% d'entre eux sont douloureux

Hypertonie, rétractions musculaires



*Spasticité= HT à l'étirement,
vitesse dépendante*



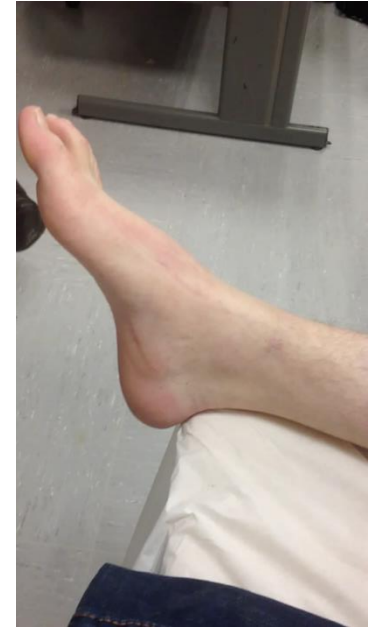
**Dystonie spastique = HT
tonique au repos**

**Spasticité = hypertonie ?
Rétractions ?**



Rétractions

Cocontractions
segmentaires



Spasmes

Hypertonie, rétractions musculaires

- Quelles sources de douleur ? → complications et pièges



Escarre, hyperappuis



Macération, plaie

Cf exemple hypertonie déformante acquise



Complications osseuses
Fractures, arrachements osseux
Nécrose aseptique (Kienböck)



Hypertonie, rétractions musculaires

- Quelles sources de douleur ? → complications et pièges



Complications articulaires



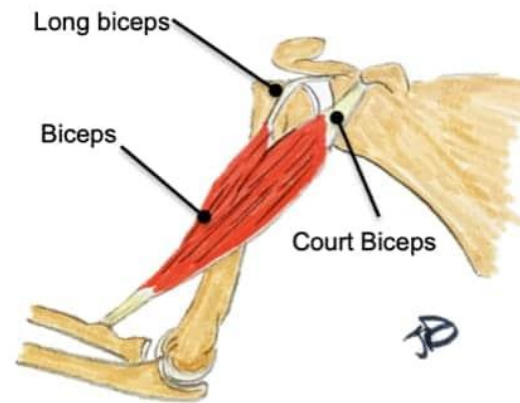
!!! Paraostéopathies neurogènes

Hypertonie, rétractions musculaires

- Quelles sources de douleur ? → complications et pièges



Contractures et Sd myofascial



Hypertonie et tendinopathie

Tibialis anterior tendinopathy in a dystonic talipes calcaneovarus foot: A case treated by botulinum toxin

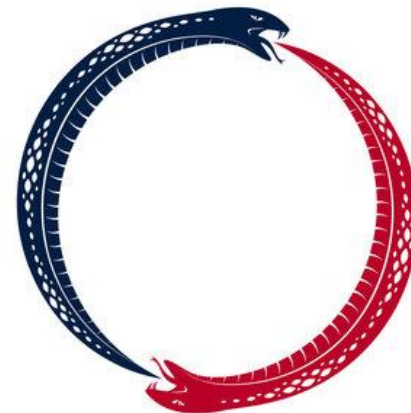
Rosselin et al.



Spasmes vs Sd
jambes sans repos

Hypertonie, rétractions musculaires

- **Tableaux hypertoniques multiples** (ne se limite pas à la spasticité)
- **Intrication importante hypertonie – douleur:**
 - L'hypertonie est source de douleurs
 - L'hypertonie est source de complications douloureuses
 - L'hypertonie est source d'aggravation de toutes les autres causes de douleurs post-AVC
 - La douleur est source d'hypertonie



Hypertonie, rétractions musculaires

- **Prise en charge**



Installation

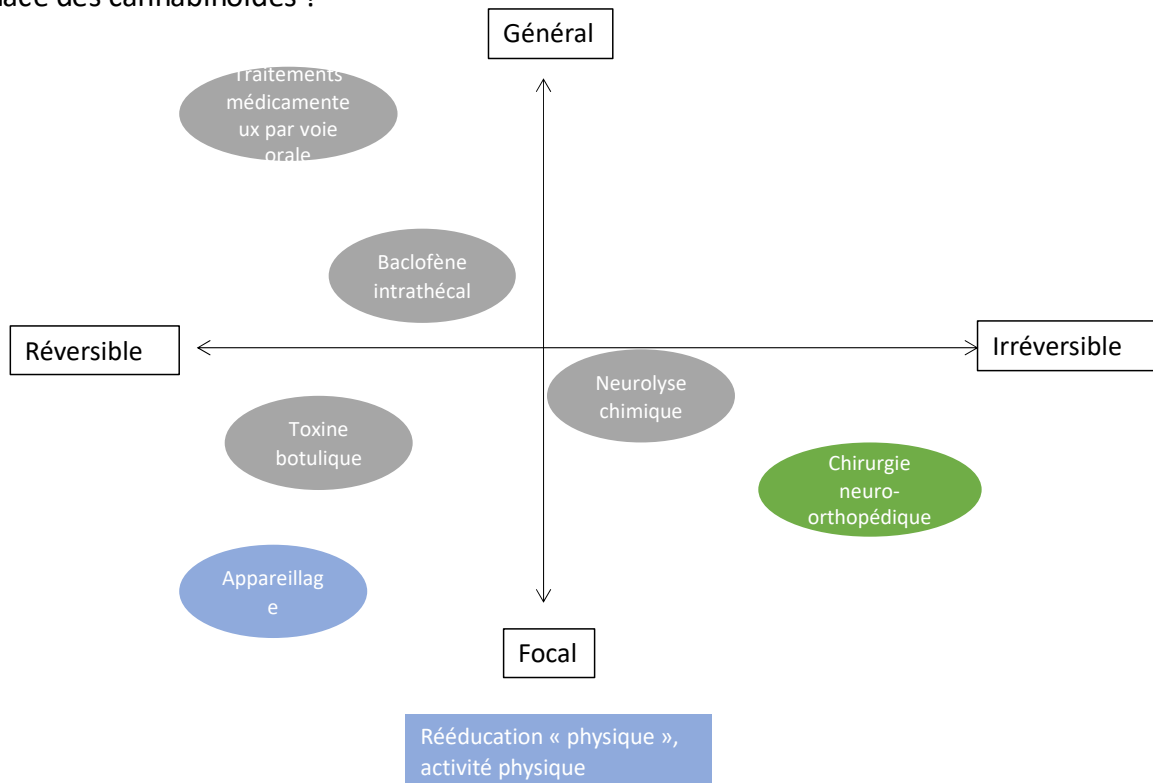
Postures, mobilisations,
auto-étirements

Activité !

Hypertonie, rétractions musculaires

- **Prise en charge**

Place des cannabinoïdes ?



Complication ?
Epine ?



Syndrome douloureux régional complexe



Syndrome douloureux régional complexe



Syndrome épaule-main... mais pas seulement

Fréquence : 18 – 48%

Phase subaigue +++

(< 3 mois ++, <5 mois pour 95%)

Facteurs de risque

Sévérité parésie

Sévérité spasticité

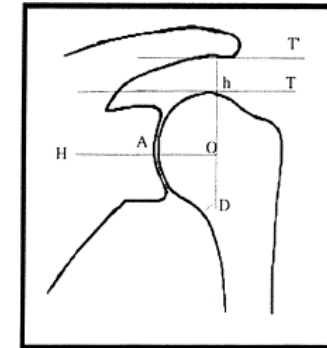
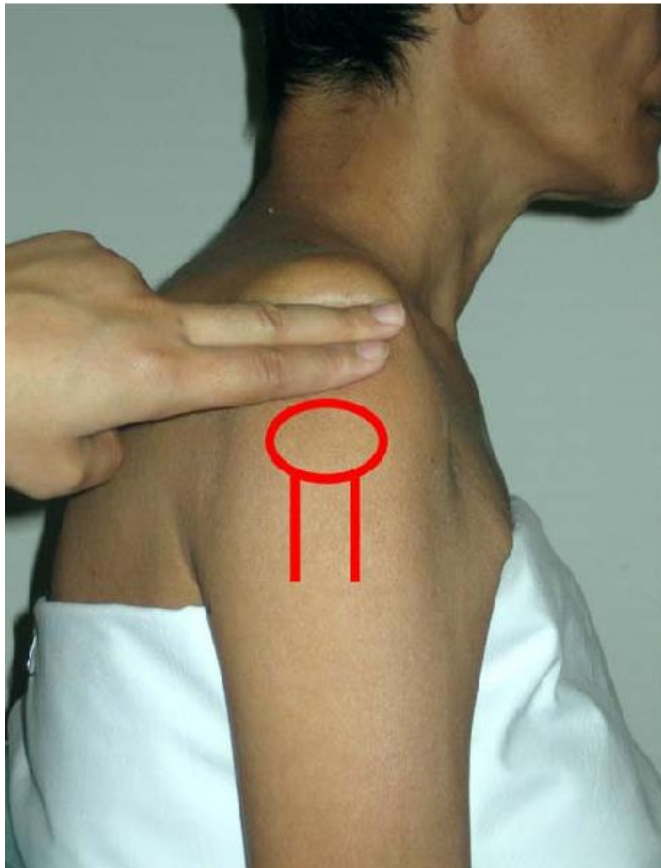
Subluxation gléno-humérale

Déficit sensitif

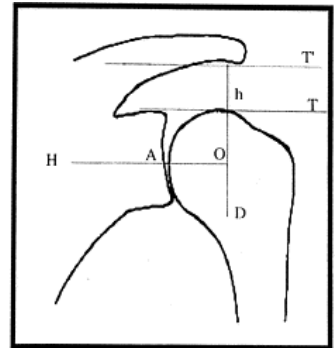
Faible récupération fonctionnelle

Syndrome douloureux régional complexe I

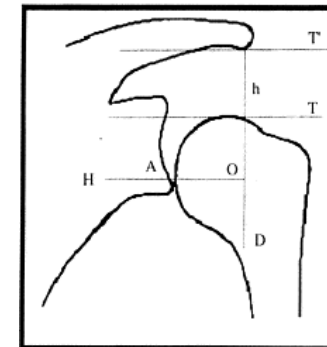
- Subluxation gléno-humérale



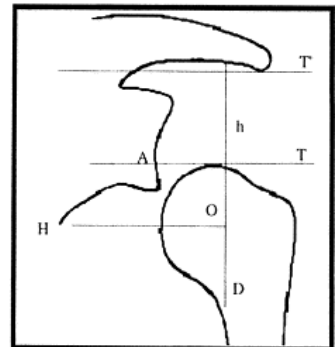
Stade 0



Stade 1



Stade 2



Stade 3

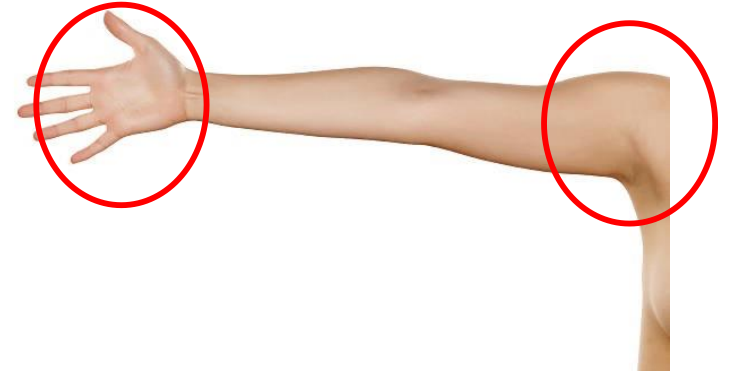
Syndrome douloureux régional complexe

- **Douleur**

- Part la plus gênante = douleurs aux mobilisations (excès nociception)
- Composante neuropathique variable
- Parfois peu douloureuse (malgré autres signes et scintig +)

- **Particularités :**

- Phase chaude > froide (rarement évolution classique en 3 stades)
- Risque de raideur articulaire (épaule, IPP) important
- Epaule gelée
- Impact fort sur la prise en charge rééducative
- Incidence globalement en baisse (amélioration de la prévention ?)



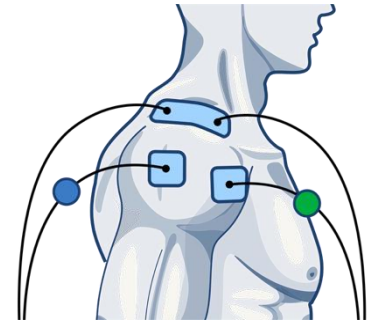
Syndrome douloureux régional complexe I

Manipulation précautionneuse du membre supérieur
parétique (épaule ++)

- **Prise en charge**

Favoriser coaptation épaule

PREVENTiON



Positionnement au lit



Efficacité ? Nadler 2016

Syndrome douloureux régional complexe I

- **Prise en charge**

Objectifs = antalgie + prévention des raideurs + poursuite récupération

Poursuite de la rééducation +++ (pas d'immobilisation longue)

Syndrome douloureux régional complexe I

- **Prise en charge : approches non-pharmacologiques**

Physiothérapie antalgique



Bains écossais



Drainage

Prise en charge part neuropathique (TENS, désensitisation)

Immobilisations antalgiques intermittentes si besoin

Réafférentation / réintégration



Syndrome douloureux régional complexe I

- **Prise en charge** : traitements généraux spécifiques (aucune évidence)



Biphosphonnates

Non étudiés en post-AVC
Attention risque dentaire



Corticoïdes

2 études en post-AVC avec
effet +
Prednisone 1mg/kg pdt 15
jours puis décroissance de
10-15mg/semaine

AINS

CALCITONINE

Syndrome douloureux régional complexe I

- **Prise en charge** : traitements antalgiques (pour permettre des mobilisations « indolores »)

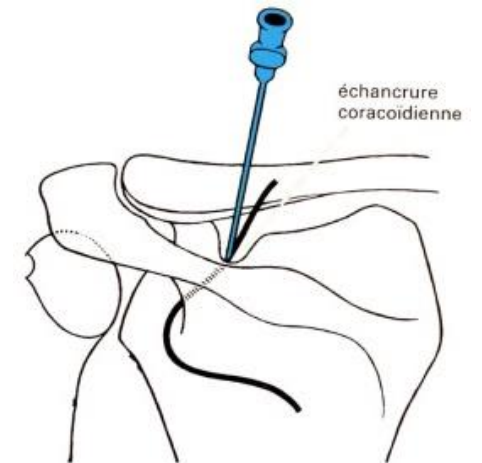
Traitements douleur par excès de nociception
Adaptés au niveau de douleur

Traitements composante neuropathique
Voie générale, locale

Infiltrations intra-articulaire
(anesthésique + corticoïdes)

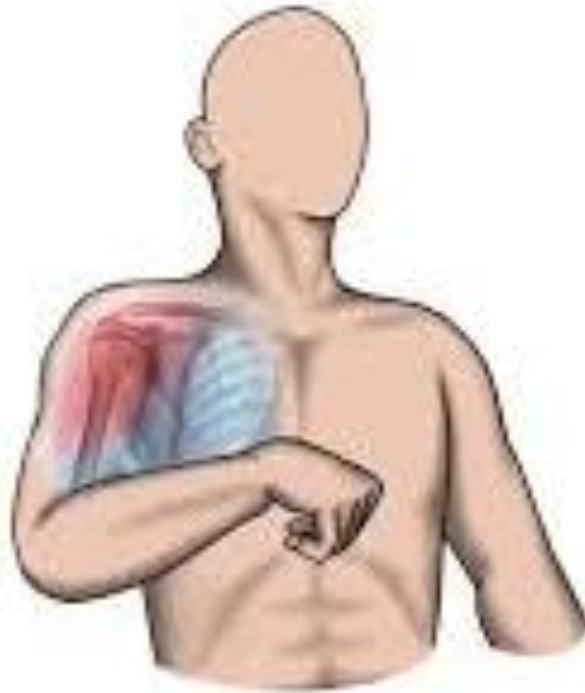


Bloc du nerf supra-scapulaire



- **Prise en charge** : prise en charge psychologique +++

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique



Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Des causes multiples et intriquées

Articulations

Tendons (bourses)

Muscles

Nerfs

SDRC

Douleur centrale

Box 1

Systemization of pathologies underlying HSP

Impaired motor control and tone changes

Flaccidity

Spasticity

Loss of motor function

Glenohumeral subluxation

Scapular dyskinesis

Spasticity of shoulder muscles

Soft tissue lesions

Impingement syndrome, rotator cuff tendinopathy

Bicipital tendinopathy

Adhesive capsulitis

Myofascial pain

Altered peripheral and central nervous activity

Peripheral nerve entrapment

Complex regional pain syndrome

Central poststroke pain

Central hypersensitivity

Adapted from Kalichman L, Ratmansky M. Underlying pathology and associated factors of hemiplegic shoulder pain. Am J Phys Med Rehabil 2011;90(9):776; with permission.

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Des causes multiples et intriquées

Articulations

Tendons (bourses)

Muscles

Nerfs

SDRC

Douleur centrale



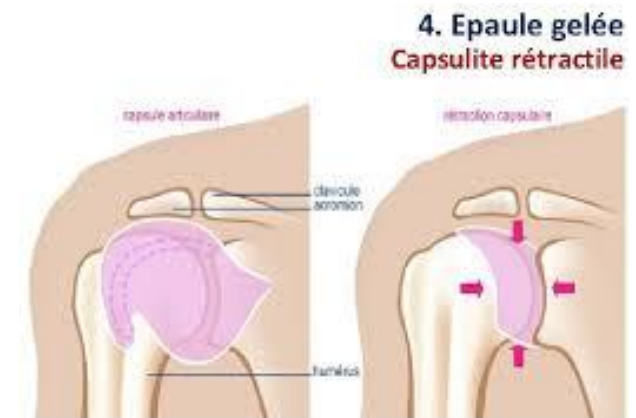
Lésions labrales micro-traumatiques



POAN



Acromio-clav



Rétraction capsulaire

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Des causes multiples et intriquées

Articulations

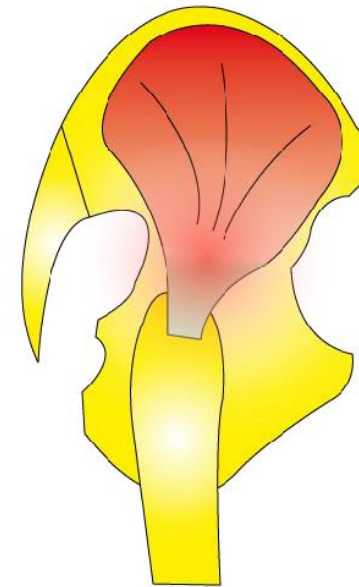
Tendons (bourses)

Muscles

Nerfs

SDRC

Douleur centrale



Liens avec hypertonie

Coté non parétique !!!!

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

J Rehabil Med 2023; 55: jrm13432

REVIEW ARTICLE

SHOULDER ULTRASOUND IMAGING IN THE POST-STROKE POPULATION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Ting-Yu LIN, MD¹, Penq-Chieh SHEN, MD¹, Ke-Vin CHANG, MD, PhD²⁻⁴, Wei-Ting WU, MD^{2,3} and Levent ÖZÇAKAR, MD⁵

- Des causes multiples et intriquées

Articulations

Tendons (bourses)

Muscles

Nerfs

SDRC

Douleur centrale

Results: A total of 23 clinical studies were included. The most prevalent pathologies in hemiplegic shoulders pertained to the biceps long head tendon (41.4%), followed by the supraspinatus tendon (33.2%), subdeltoid bursa (29.3%), acromioclavicular joint (15.0%), and subscapularis tendon (9.2%). The common pathological findings encompassed bicipital peritendinous effusion (39.2%), biceps tendinopathy (35.5%), subdeltoid bursitis (29.3%) and supraspinatus tendinopathy (24.6%). Biceps long head tendon and supraspinatus tendon abnormalities were observed significantly more in the hemiplegic (vs contralateral) shoulders, with odds ratios of 3.814 (95% confidence interval 2.044–7.117) and 2.101 (95% confidence interval 1.257–3.512), respectively. No correlation was observed between motor function and shoulder pathology.

Clinique parfois limitée

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Des causes multiples et intriquées

Articulations

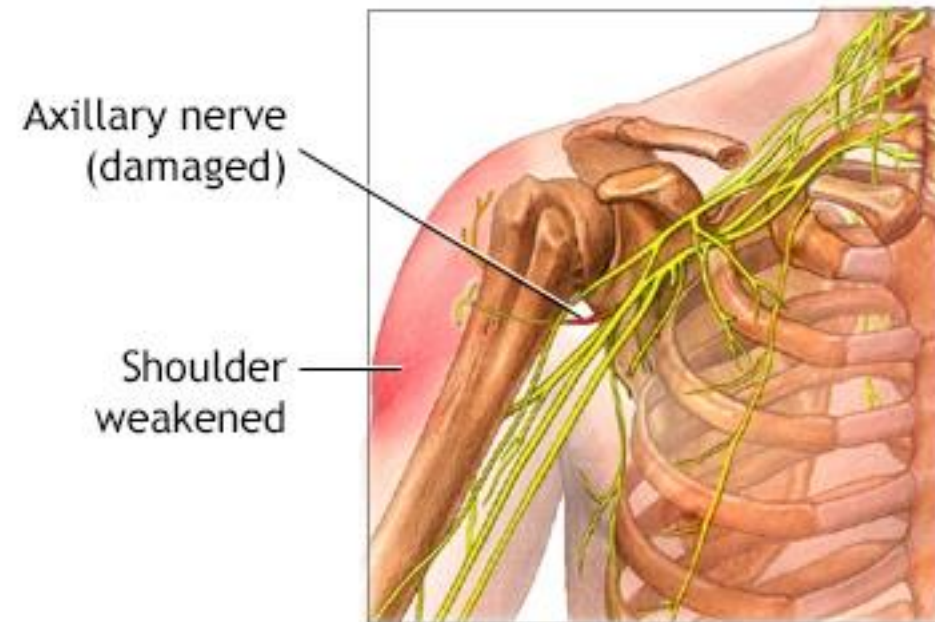
Tendons (bourses)

Muscles

Nerfs

SDRC

Douleur centrale



Etirement nerf axillaire (subluxations sévères)

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

A Novel Approach to New-Onset Hemiplegic Shoulder Pain With Decreased Range of Motion Using Targeted Diagnostic Nerve Blocks: The ViVe Algorithm



John W. Fitterer^{1†}



Alessandro Picelli^{1,2}



Paul Winston^{1,3*†}

Painful Hemiplegic Shoulder
with Reduced Range of Motion

2021

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

A Novel Approach to New-Onset Hemiplegic Shoulder Pain With Decreased Range of Motion Using Targeted Diagnostic Nerve Blocks: The ViVe Algorithm



John W. Fitterer^{1†}

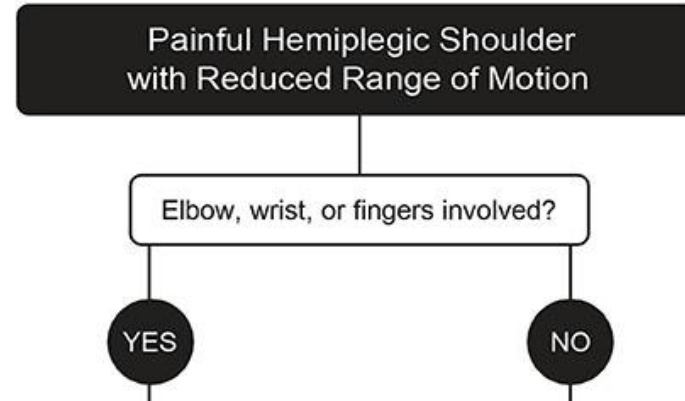


Alessandro Picelli^{1,2}



Paul Winston^{1,3*†}

2021

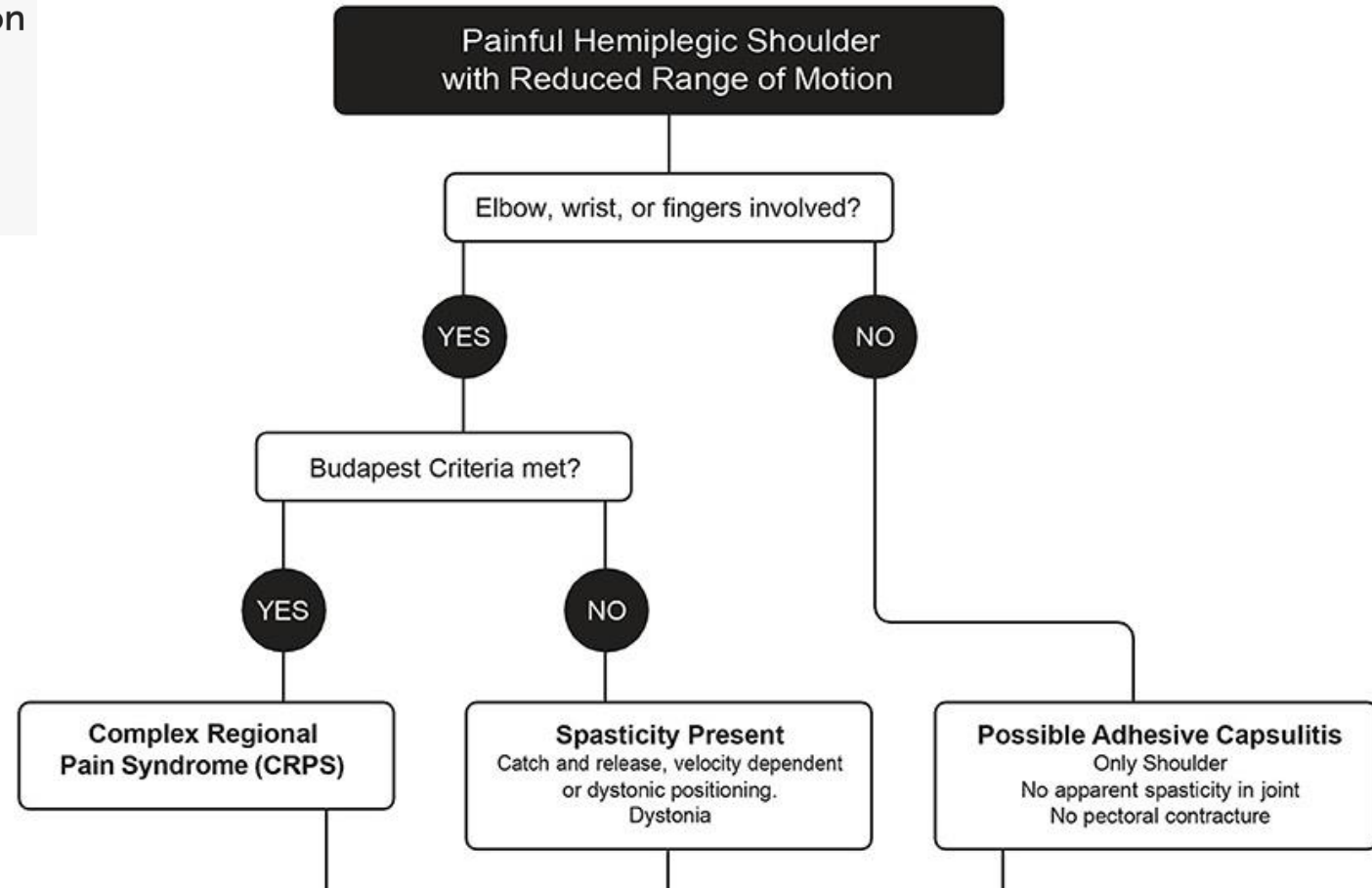


Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

A Novel Approach to New-Onset Hemiplegic Shoulder Pain With Decreased Range of Motion Using Targeted Diagnostic Nerve Blocks: The ViVe Algorithm

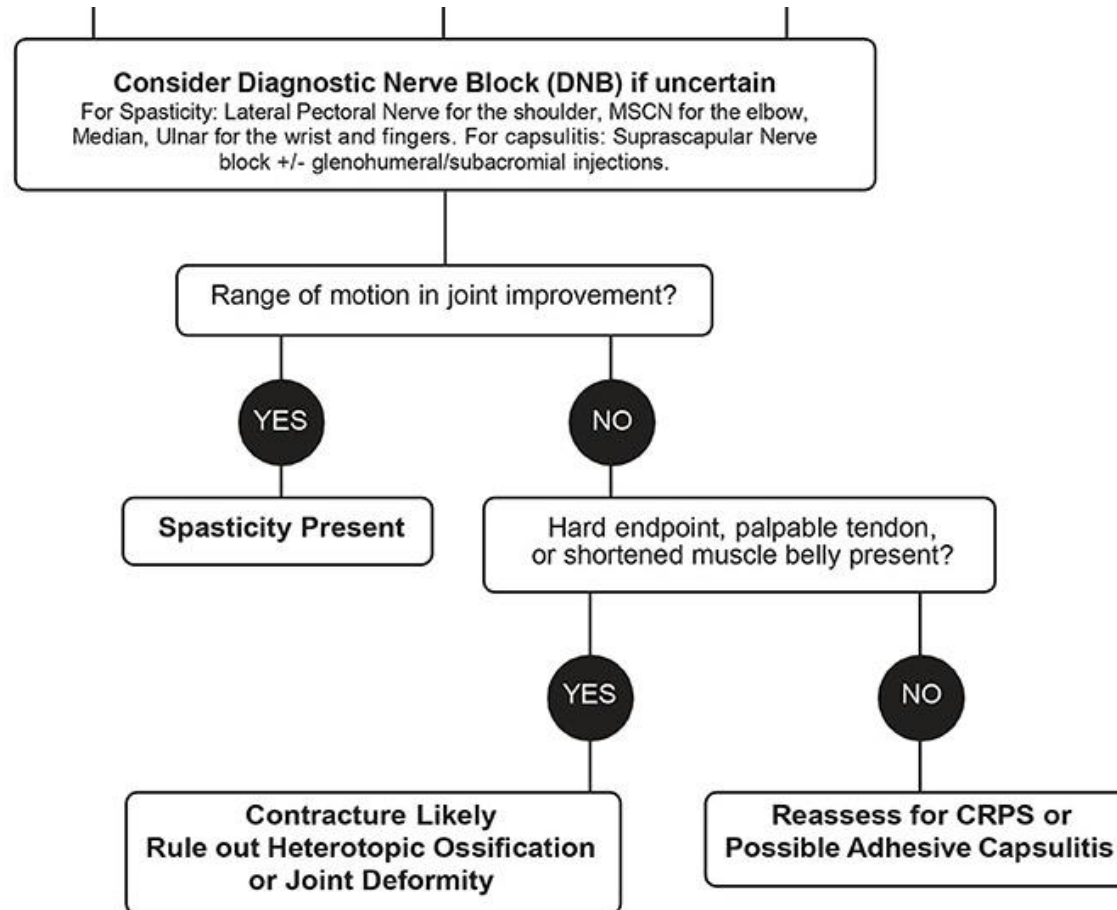
 John W. Fitterer^{1†}  Alessandro Picelli^{1,2}  Paul Winston^{1,3††}

2021



+ tendinopathie
Lésions labrales

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique



Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Prise en charge

Celle de la cause !

SDRC

Toxine botulique

.....

Review > Int J Gen Med. 2020 Dec 7;13:1411-1426. doi: 10.2147/IJGM.S200929.
eCollection 2020.

Interventions for Post-Stroke Shoulder Pain: An Overview of Systematic Reviews

Suzanne Dyer ^{# 1}, Dylan A Mordaunt ^{# 1 2}, Zoe Adey-Wakeling ^{1 2}

Results: Seven systematic reviews of 11 interventions were included, with varied quality. Reviews showed significant benefits in terms of pain reduction for many interventions including acupuncture (conventional 19 trials, electroacupuncture 5 trials, fire needle 2 trials, warm needle 1 trial and bee venom 3 trials), orthoses (1 trial), botulinum toxin injection (4 trials), electrical stimulation (6 trials) and aromatherapy (1 trial). However, the majority of trials were small, leading

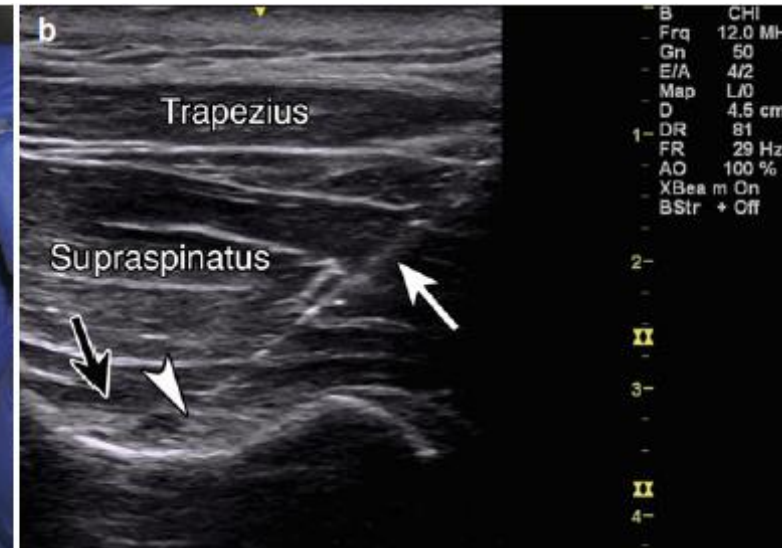
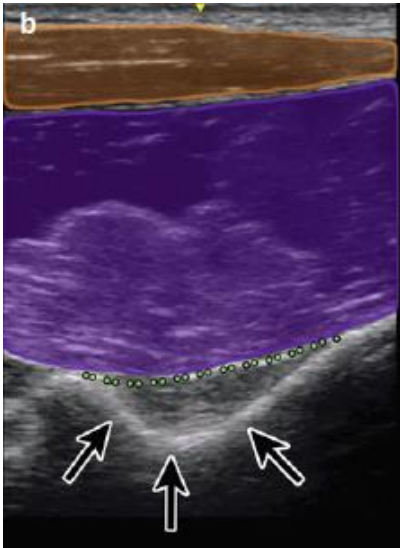
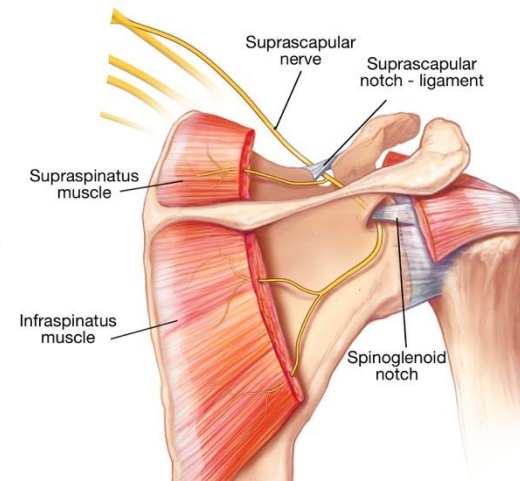
Zoom sur les infiltrations



Infiltrations



Bloc du nerf supra-scapulaire



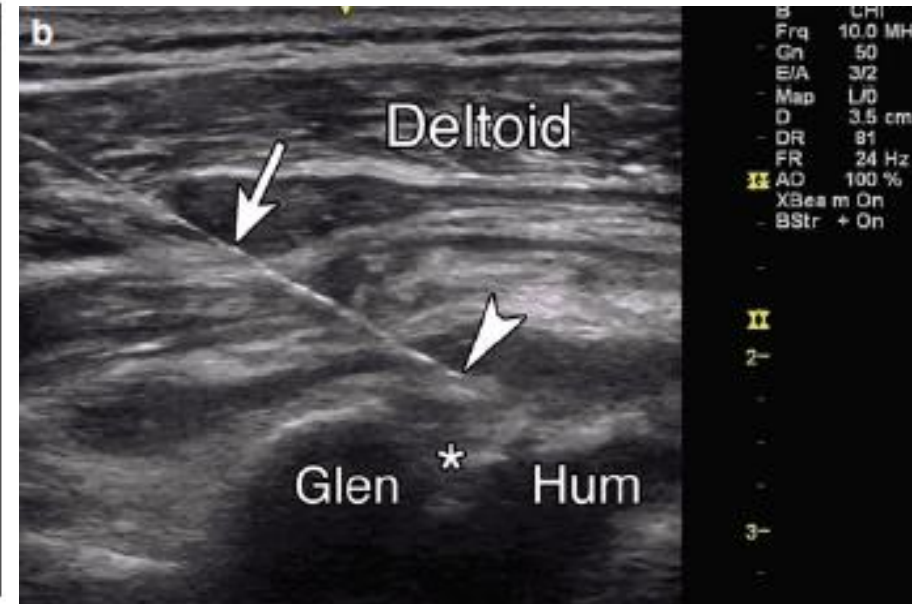
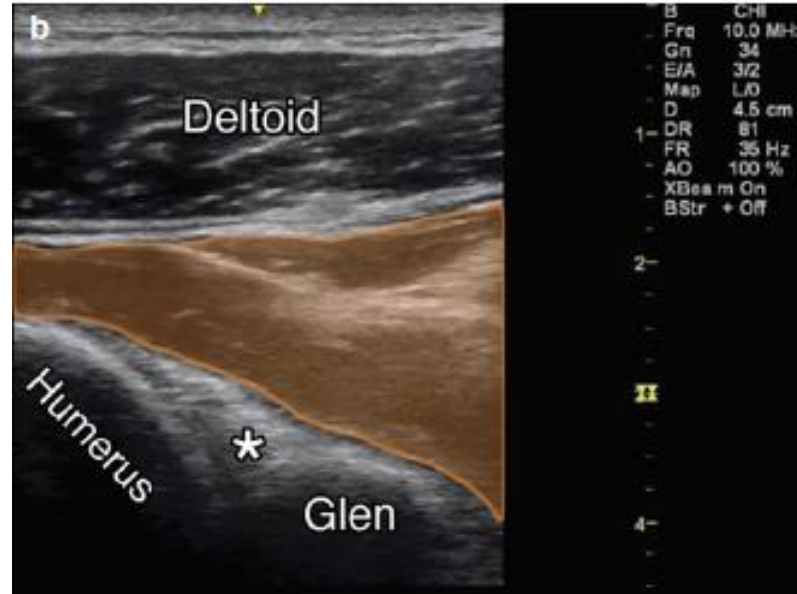
Methylprednisone (1ml=40mg) + bupivacaïne 0.5% (10ml)

Infiltrations



Infiltrations

Infiltration gléno-humérale



Methylprednisone (1ml=40mg) + lidocaïne 4ml (+/- distension)

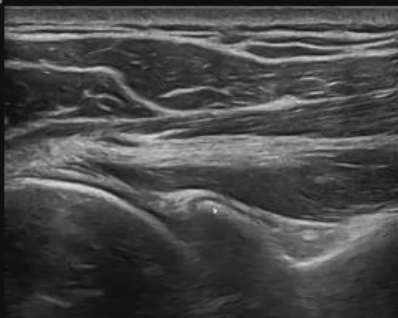
Infiltrations

GE Healthcare
22/02/22 14:01:27 ADM ESSR MI 1.3 The

LOGIQ

Avoid puncturing the glenoid labrum as you advance the needle.

Altering the trajectory of the needle carefully will avoid any issues.



As you approach the articular cartilage of the humeral head, approach bevel down to avoid scraping the articular cartilage.



SMUG



Quelques spécificités du traumatisme crânien

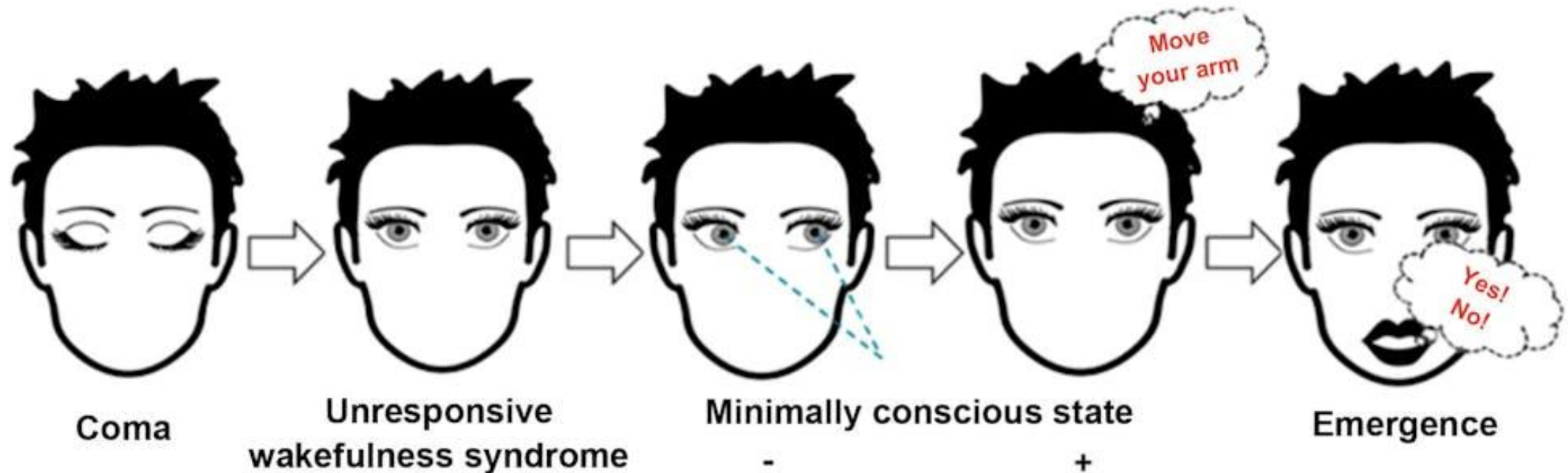
- **Types de douleurs :**

- Céphalées (principalement profil de céphalées de tension)
- Douleurs musculo-squelettiques (racines, rachis)
- Plus rarement douleurs centrales et autres tableaux rencontrés dans l'AVC

- **Attention au mécanisme lésionnel**

- Fracture / luxation passée inaperçue du TC grave
- Etirement plexique et accidents de 2 roues, fracture base du crâne
- Fréquence des paraostéoarthropathies neurogènes
- Contractures post-traumatiques et Sd myofascial

Douleur et altération de conscience



Douleur et altération de conscience

- **Quadruple enjeu :**

Détection et
enquête étiologique

Quel retentissement
sur l'état d'éveil ?

Evaluation et suivi

Quelle prise en
charge ?

Douleur et altération de conscience

- **Quadruple enjeu :**

Détection et
enquête étiologique

Signes indirects (constantes, agitation...)
Evolution de l'état d'éveil
Examen physique (souvent limité)
Paraclinique ++

Douleur et altération de conscience

- **Quadruple enjeu :**

Protocol of the Nociception Coma Scale	
Motor response	
3 – Localisation to painful stimulation	
2 – Flexion withdrawal	
1 – Abnormal posturing	
0 – None/flaccid	
Verbal response	
3 – Verbalisation (intelligible)	
2 – Vocalisation	
1 – Groaning	
0 – None	
Facial expression	
3 – Cry	
2 – Grimace	
1 – Oral reflexive movement/startle response	
0 – None	

Evaluation et suivi

Nociception Coma Scale

Hétéroévaluation répétée en dehors et lors des soins

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

Critères	Description	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Behavioral Pain Scale

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondant à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

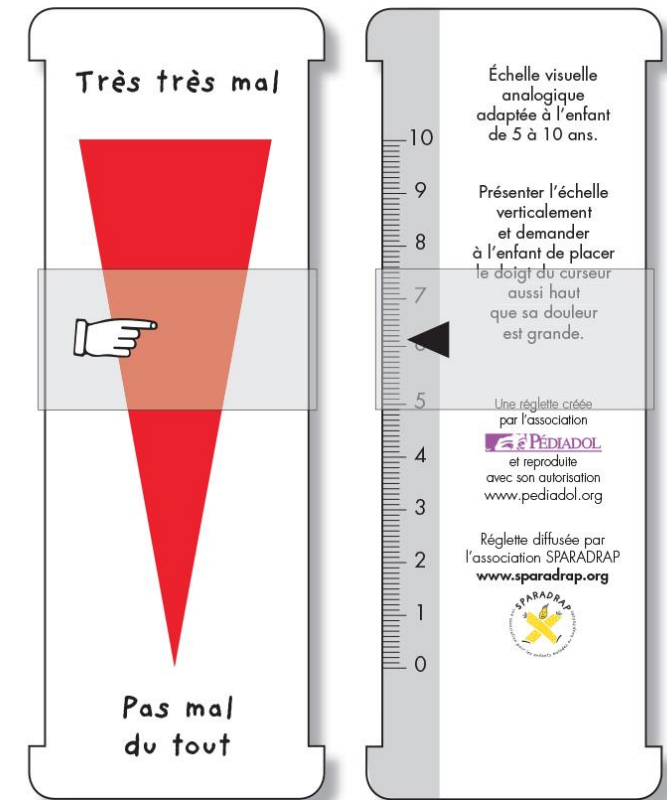
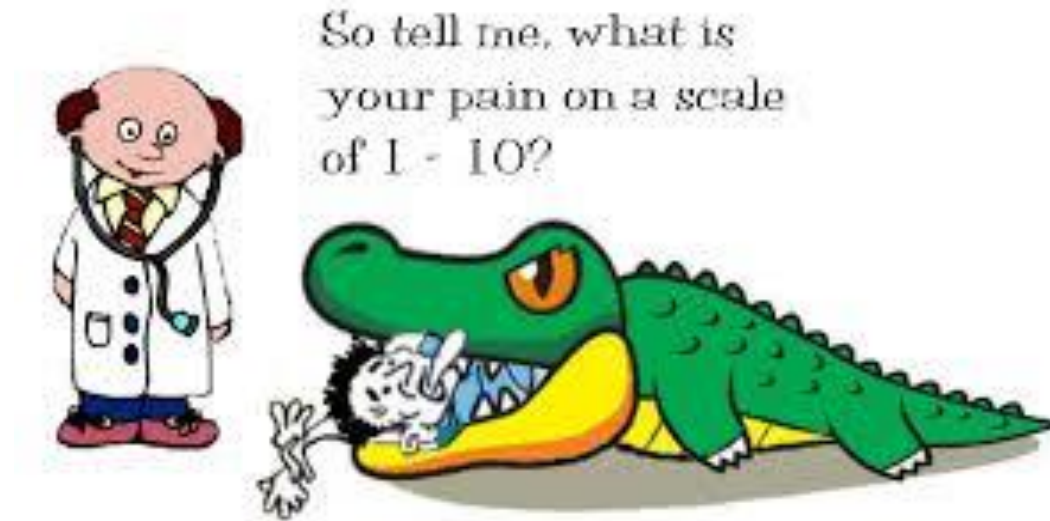
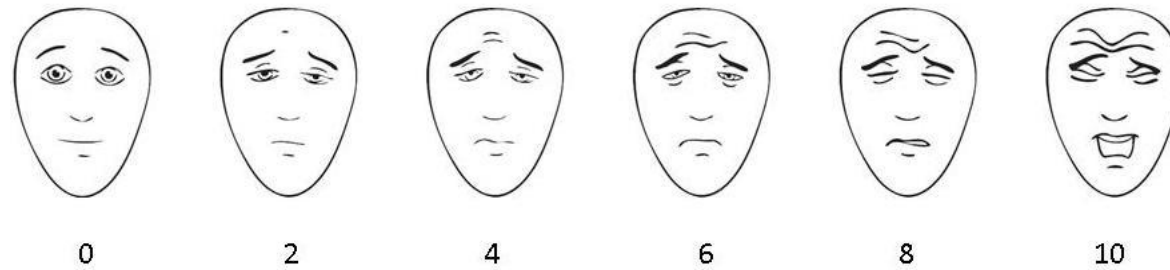
7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

- Troubles cognitifs



Douleur et altération de conscience

- **Quadruple enjeu :**

L'état d'éveil optimal doit être évalué une fois l'ensemble des épines identifiées et traitées (au mieux !)

→ **La douleur en est une des plus importantes**

Quel retentissement
sur l'état d'éveil ?

Douleur et altération de conscience

- **Quadruple enjeu :**

Douleurs → balance bénéfice risque sur l'état cognitif et d'éveil

Conséquences → attentions aux traitements des csq et non de la cause
ex : agitation pendant les soins et neuroleptiques

Quelle prise en charge ?

Messages importants

- La douleur est **fréquente**, souvent **sous-évaluée** et **gênante** chez le cérébrolésé
- Des **tableaux cliniques multiples** → enquête diagnostique et réponses ciblées
- Importance de la **prévention**
- **Cas particulier et souvent complexe de l'épaule**
- Cas particulier et **enjeux majeurs chez le cérébrolésé grave / état de conscience altérée**
- **Questions à se poser ++ :**
 - Et si une dégradation ou une absence d'évolution (cognitive, motrice, humeur, éveil) était liée à une douleur ?
 - Et si mon traitement antalgique était à l'origine d'une dégradation du patient ?

Natalie Gifts Shop

Merci pour votre attention !



Etienne.allart@chu-lille.fr

- 1. Delpont B, Blanc C, Osseby GV, Hervieu-Bègue M, Giroud M, Béjot Y. Pain after stroke: A review. *Rev Neurol (Paris)*. déc 2018;174(10):671-4.
- 2. Friedman D, French JA, Maccarrone M. Safety, efficacy, and mechanisms of action of cannabinoids in neurological disorders. *The Lancet Neurology*. 1 mai 2019;18(5):504-12.
- 3. Harrison RA, Field TS. Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. *Cerebrovasc Dis*. 2015;39(3-4):190-201.
- 4. Irvine K-A, Clark JD. Chronic Pain After Traumatic Brain Injury: Pathophysiology and Pain Mechanisms. *Pain Med*. 1 juill 2018;19(7):1315-33.
- 5. Khoury S, Benavides R. Pain with traumatic brain injury and psychological disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 20 déc 2018;87(Pt B):224-33.
- 6. Laureys S, Pellas F, Van Eeckhout P, Ghorbel S, Schnakers C, Perrin F, et al. The locked-in syndrome : what is it like to be conscious but paralyzed and voiceless? *Prog Brain Res*. 2005;150:495-511.
- 7. Pertoldi S, Di Benedetto P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome. *Eura Medicophys*. déc 2005;41(4):283-92.
- 8. Plecash AR, Chebini A, Ip A, Lai JJ, Mattar AA, Randhawa J, et al. Updates in the Treatment of Post-Stroke Pain. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 13 nov 2019;19(11):86.
- 9. Schnakers C, Chatelle C, Demertzi A, Majerus S, Laureys S. What about pain in disorders of consciousness? *AAPS J*. sept 2012;14(3):437-44.
- 10. Wilson RD, Chae J. Hemiplegic Shoulder Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. nov 2015;26(4):641-55.