

Douleur et lésion cérébrale acquise



Pr Etienne ALLART

Service de Rééducation Neurologique Cérébrolésion – CHU de Lille

Liens d'intérêts

- Formateur pour Abbvie-Allergan/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**
- Connaître les spécificités de la prise en charge en **éveil de coma** et des **du patient non ou peu-communicant**



Comment participer ?



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
IUCSLN

Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question

 [Copier le lien de participation](#)

 Activer les réponses par SMS

Allez sur **wooclap.com** et utilisez le code **IUCSLN**

00
70

Douleur et lésion cérébrale, ça vous fait penser à quoi ?



Votez !

Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question

réponses reçues



wooclap



100 %



0



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 ?



Déf motrices, fonction



Dépendance / participation



Cognition

Consequences



→ La douleur comme
facteur aggravant



Fatigue



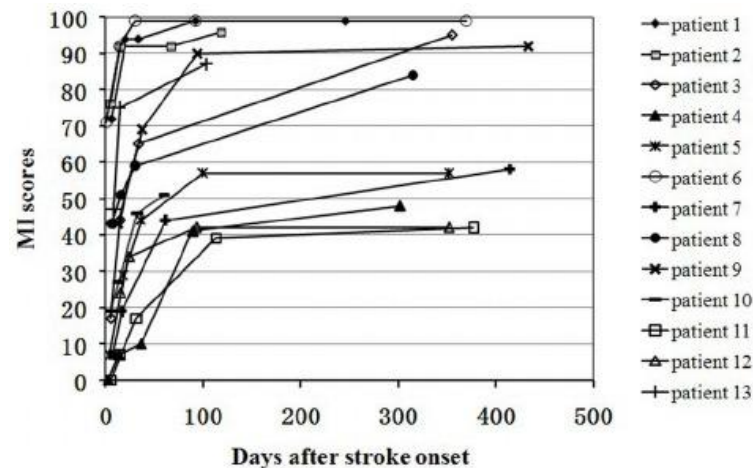
Dépression



Qualité de vie

Douleur et cérébrolésion, un problème ?

Enjeux de récupération +++



Interactions douleur / traitement avec cognition / éveil

→ Un défi thérapeutique (parfois)



Douleur et cérébrolésion, *toujours* un problème ?



Dans l'imaginaire commun, la douleur peut revêtir des habits positifs (« c'est que ça travaille », « je sens que ça récupère »)

D'un autre côté, tout entraînement (activité physique → rééducation) peut être source de tensions voire douleurs

- **NON**, la douleur n'est pas un signe positif de récupération (au sens large)
- **OUI**, elle doit être maîtrisée
- **MAIS OUI**, dans certains cas et dans une certaine limite (!) elle est un signe « normal » d'engagement dans un processus actif de rééducation



Principaux cadres



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

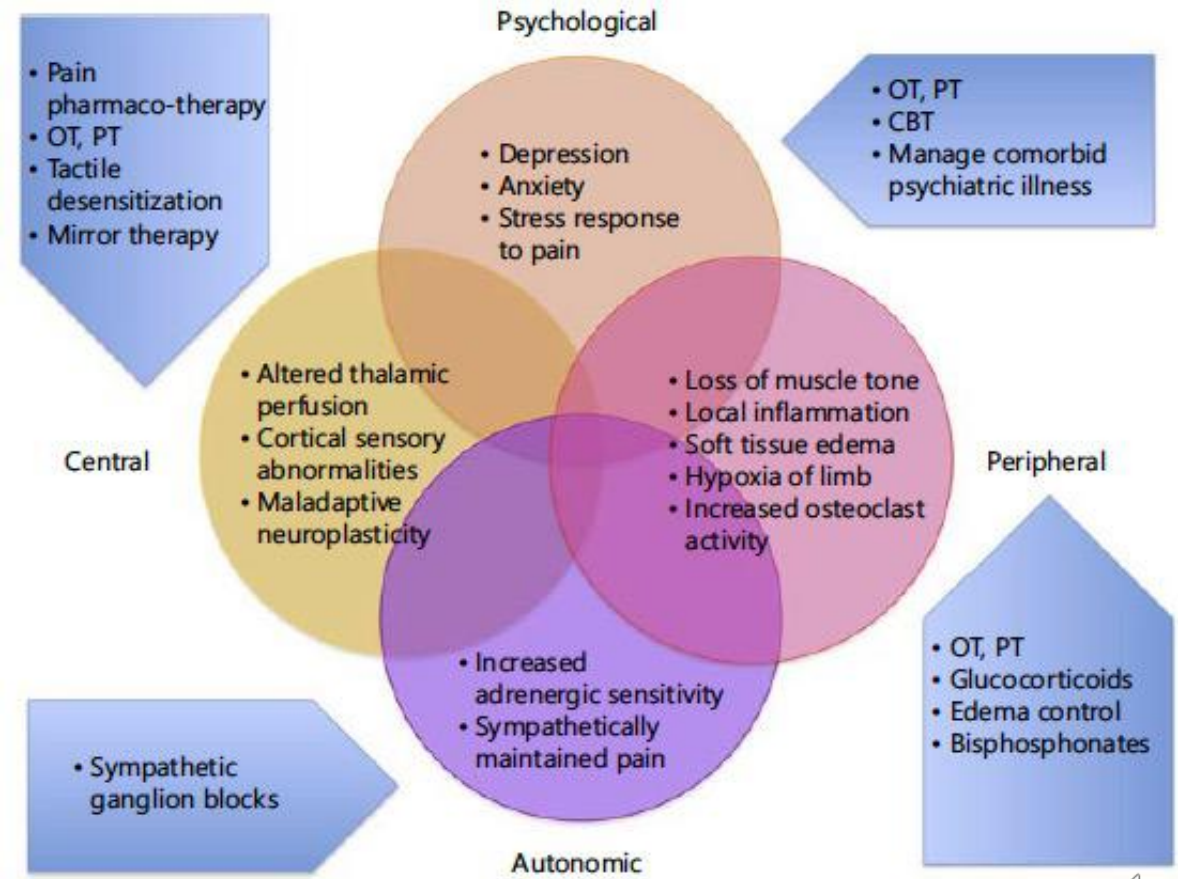
Clinical

- Spasticity
- Reduced upper extremity movement
- Sensory deficits

Stroke-related

- Ischemic stroke
- Thalamic localization
- Brainstem localization

FDR douleurs post-AVC



Allez sur **wooclap.com** et utilisez le code **IUCSLN**



Mme D est hémiparétique après un AIC sylvien droit. Quelles sont les zones les plus à risque de douleur ?



Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question

wooclap



100 %



0



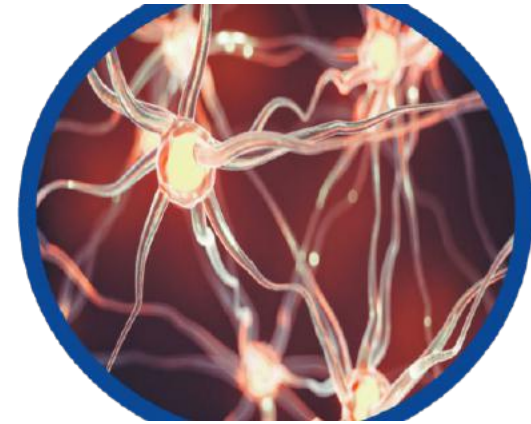
Introduction



Douleurs ostéo-articulaires



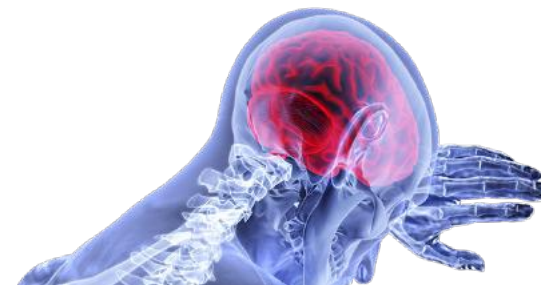
Hypertonie, rétractions musculaires



Douleurs centrales



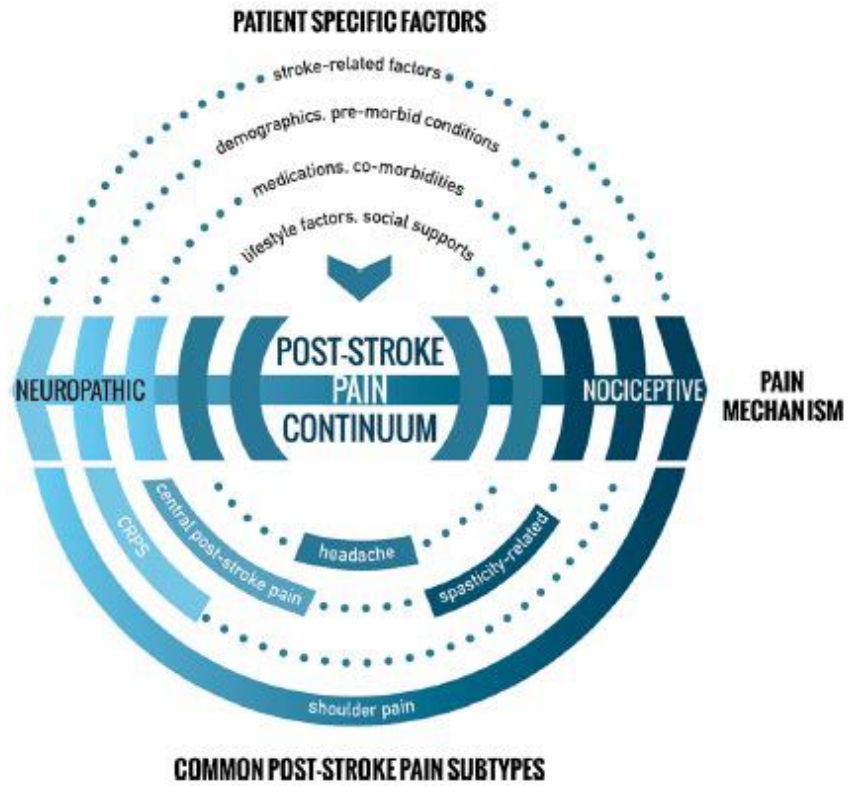
Syndrome douloureux régional complexe



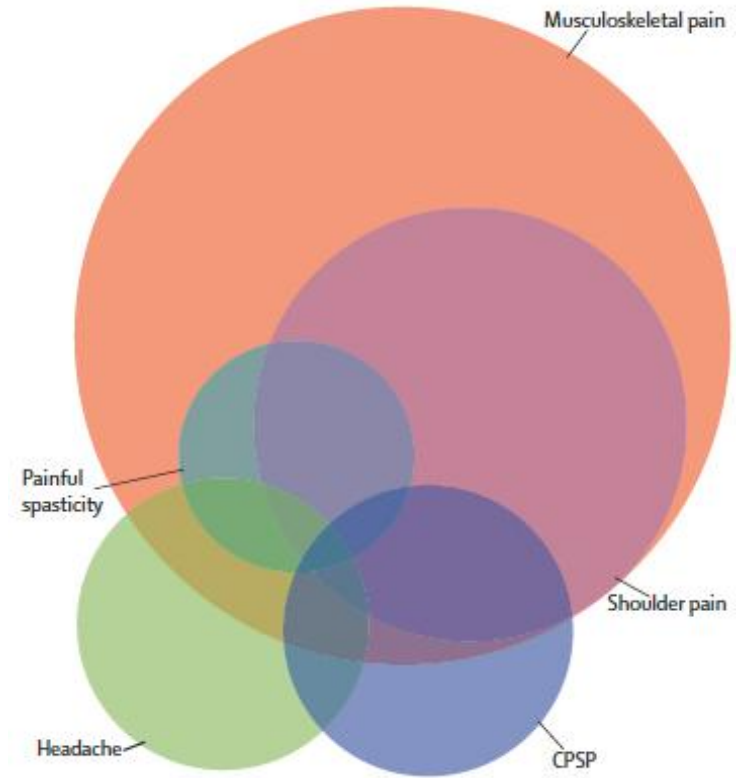
Céphalées



Introduction



Plecash 2019



Multitude

Chevauchements

Intrications des tableaux

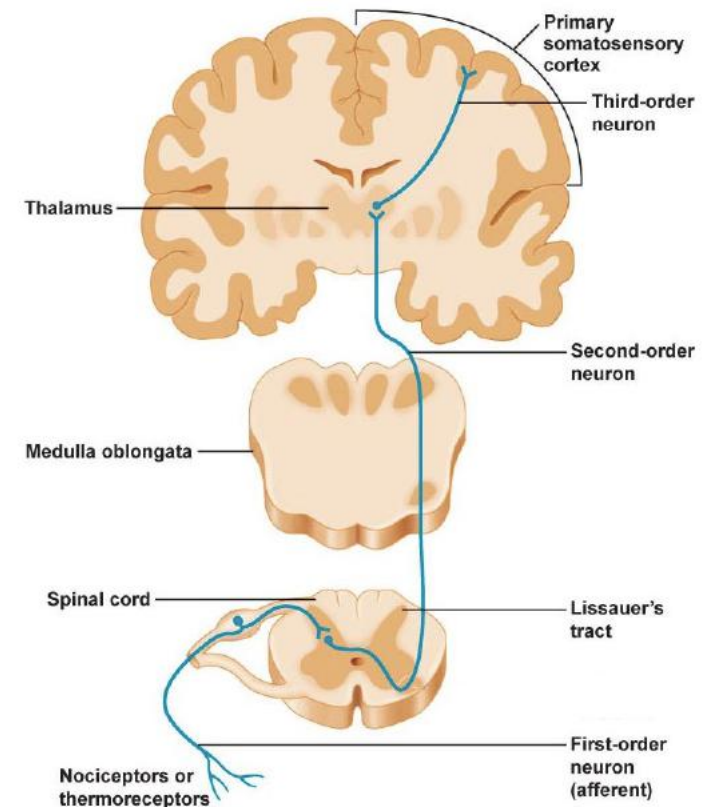


Douleurs centrales

- **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)

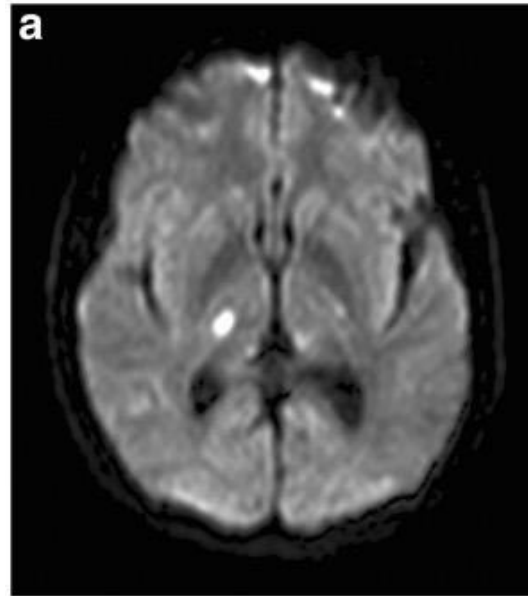
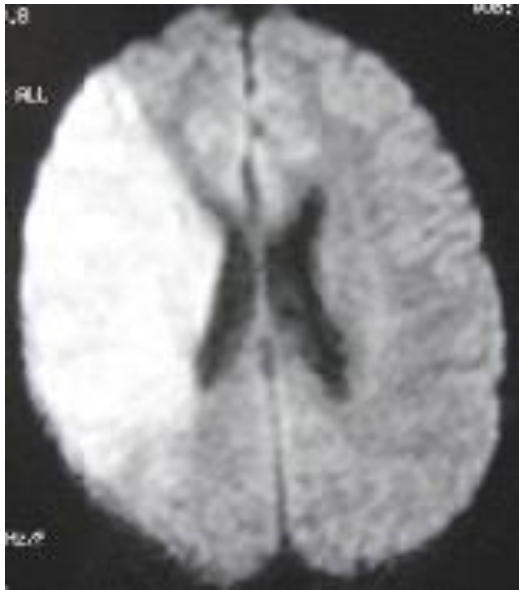
Quelles lésions ?

Spinothalamic Tract

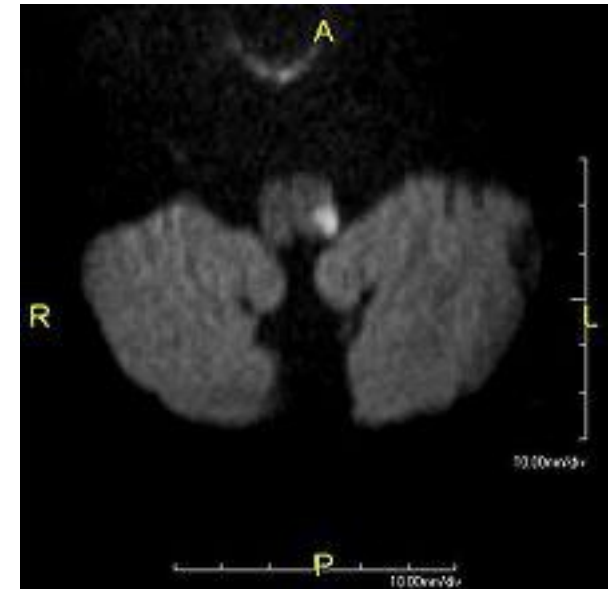


Douleurs centrales

- Quelles lésions ?



Partie postéro-ventrale
du thalamus

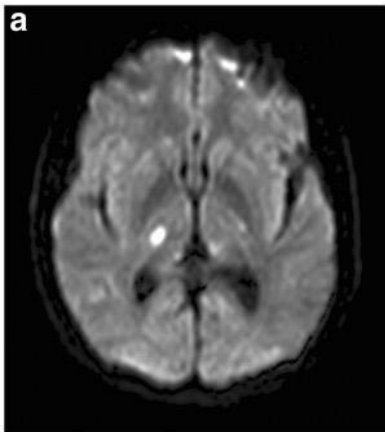


Lésion latéro-bulbaire



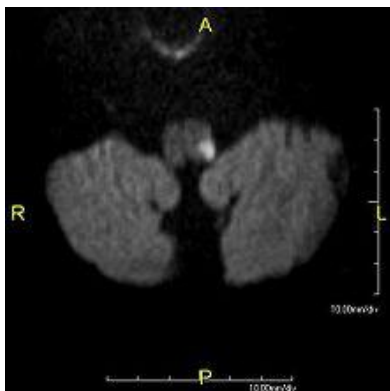
Douleurs centrales

- **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...)

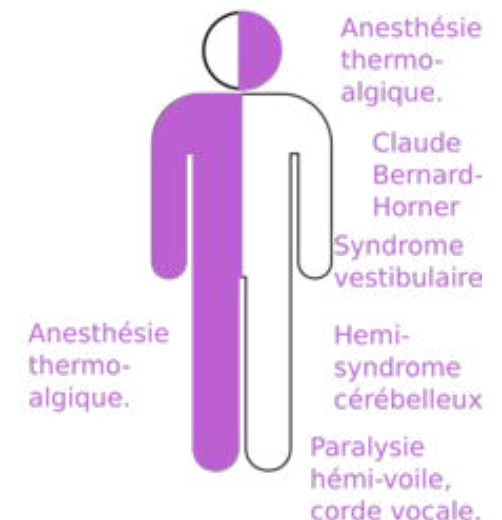


Syndrome de Wallenberg

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

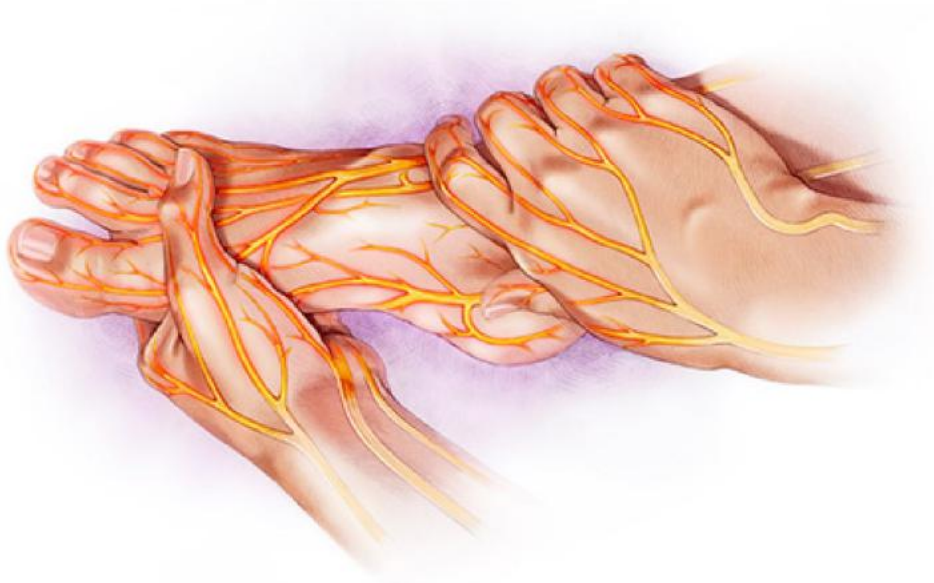
Syndrome de Wallenberg

CÔTÉ DE LA LÉSION



Douleurs centrales

- Pièges



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



« Crampe »
Douleur neuropathique ?
Hypertonie ?
Vasculaire ?



Douleurs centrales

Vous ne pouvez plus voter



Quels traitements proposer en priorité ?



✓ La combinaison correcte était :

Antidépresseurs IRSNA

Antiépileptiques (type gabapentine)

Kétamine

Antidépresseurs tricycliques

Pallier 2 (tramadol)

Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question

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

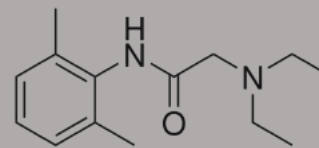
1^{ère} ligne :

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

2^{ème} ligne :

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

Traitements locaux



Patch lidocaïne



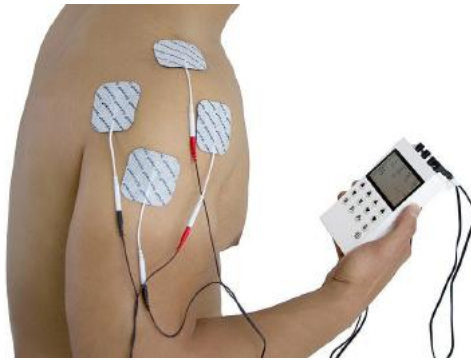
Toxine botulique A
intradermique



Capsaïcine

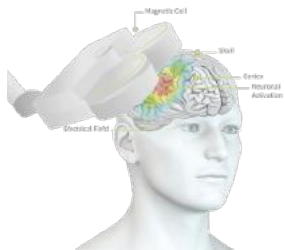
Douleurs centrales

• Prise en charge

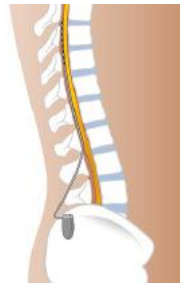


TENS

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



rTMS, tDCS



Stimulations invasives
Traitements intrathécaux
Chirurgie (DREZotomie)

Traitements généraux

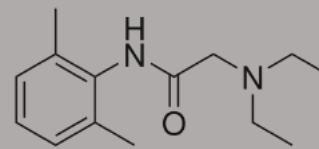
1^{ère} ligne :

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

2^{ème} ligne :

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

Traitements locaux



Patch lidocaïne



Toxine botulique A
intradermique



Capsaïcine

Douleurs centrales

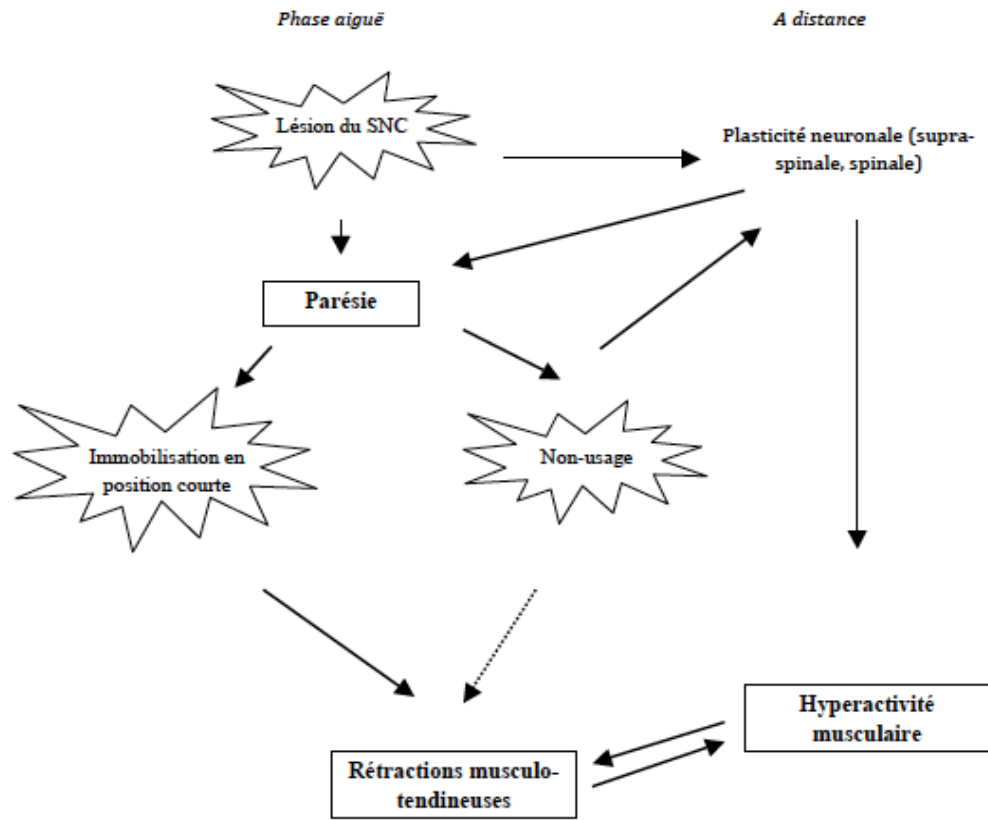
- **Techniques de désensitisation** (allodynie)



- **Activité !!**

Réafférentation (cf infra)

Hypertonie, rétractions musculaires



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

**Spasticité = hypertonie ?
Rétractions ?**



Rétractions

Cocontractions
segmentaires



Dystonie spastique = HT tonique au repos



Spasmes



Qq pièges !

Allez sur wooclap.com et utilisez le code **IUCSLN**

00:00

Associez l'image à la situation clinique



Le paralysé cérébral en flessum ancien

1

A

3

Le TC grave, arrêt douloureux et sec en mobilisation passive

2



B

1

Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question

Le patient SEP grabataire, qui majore brutalement son ...

3

C

4

Scapulalgies et cervicalgies chez l'hémiplégique

4

D

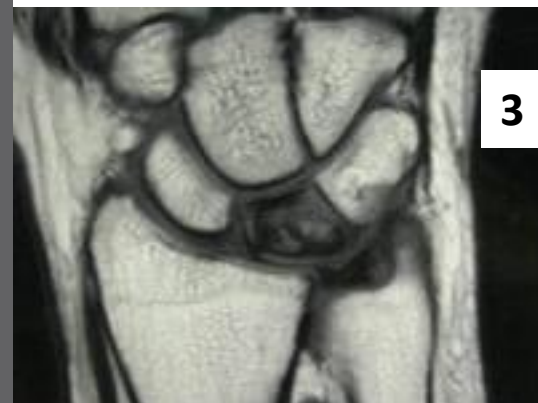
2



1



2



3



4

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



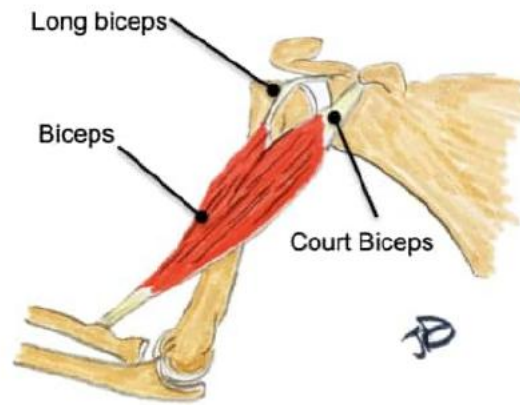
!!! Paraostéoarthropathies neurogènes

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.

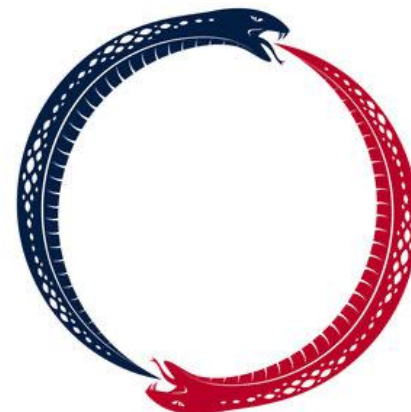


Spasmes vs Sd
jambes sans repos



Hypertonie, rétractions musculaires

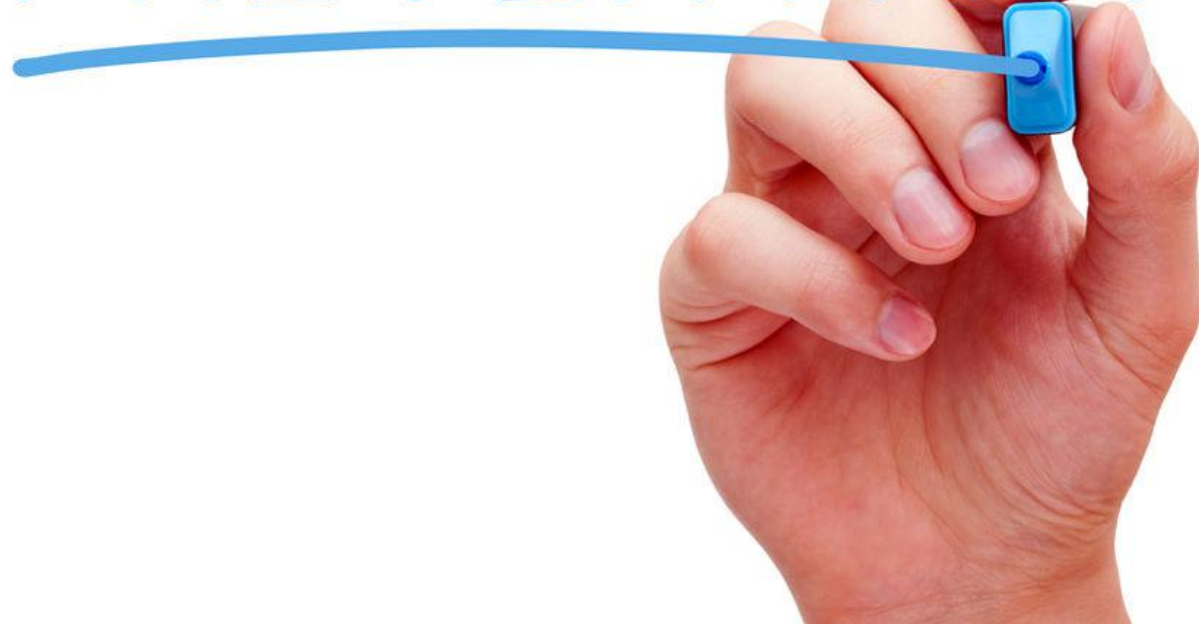
- **Tableaux hypertoniques multiples** (ne se limite pas à la spasticité)
- **Intrication importante hypertonie – douleur:**
 - L'hypertonie est source de douleurs
 - L'hypertonie est source de complications douloureuses
 - L'hypertonie est source d'aggravation de toutes les autres causes de douleurs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



Hypertonie, rétractions musculaires

- **Prise en charge**

PREVENTiON



Installation

Postures, mobilisations,
auto-étirements

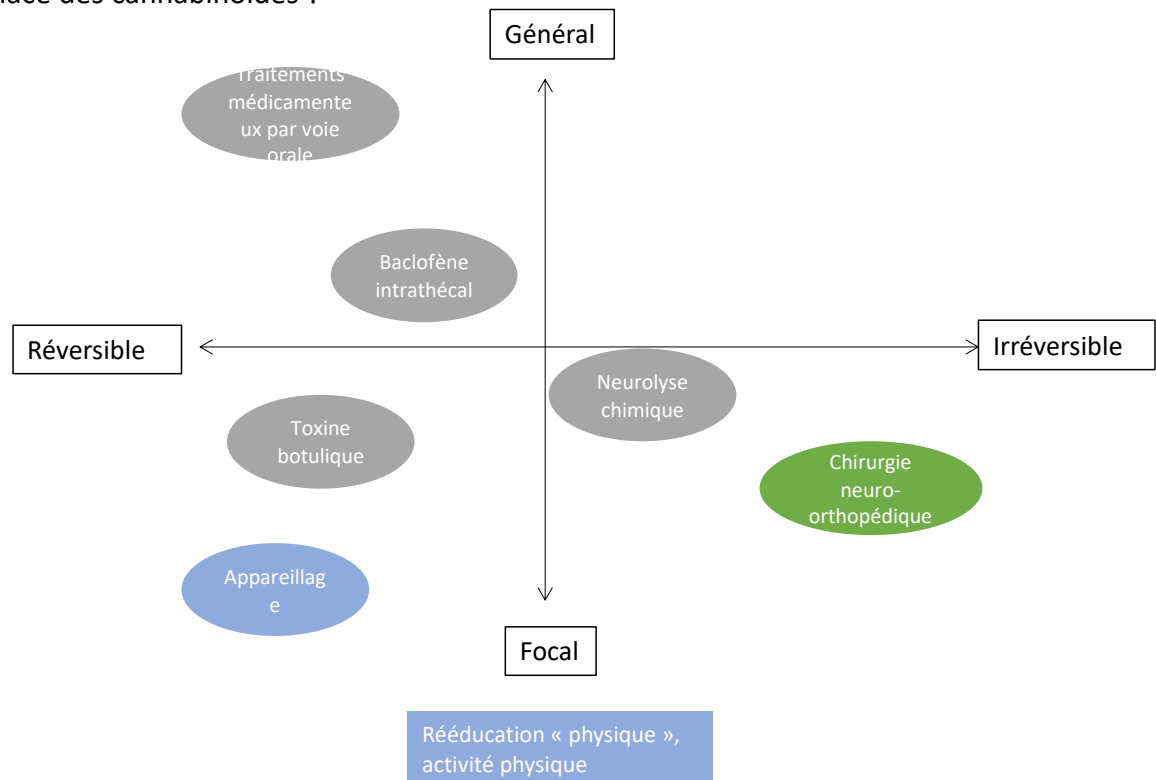
Activité !



Hypertonie, rétractions musculaires

• Prise en charge

Place des cannabinoïdes ?



Complication ?
Epine ?

Syndrome douloureux régional complexe



Syndrome épaule-main... mais pas seulement

Fréquence : 18 – 48%

Phase subaigüe +++

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

Facteurs de risque

Sévérité parésie

Sévérité spasticité

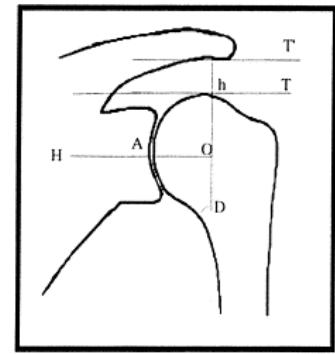
Subluxation gléno-humérale

Déficit sensitif

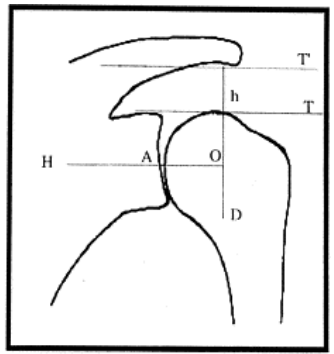
Faible récupération fonctionnelle

Syndrôme douloureux régional complexe I

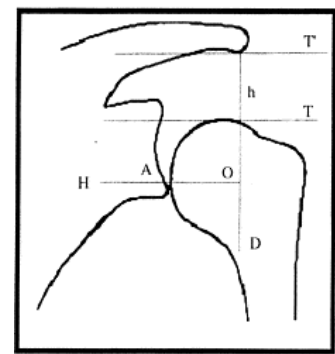
- **Subluxation gléno-humérale**



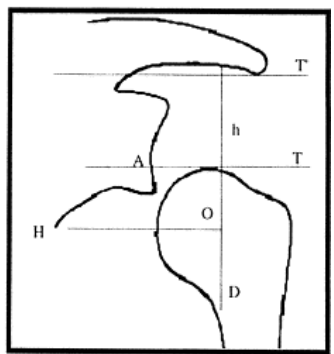
Stade 0



Stade 1



Stade 2



Stade 3

Syndrome douloureux régional complexe

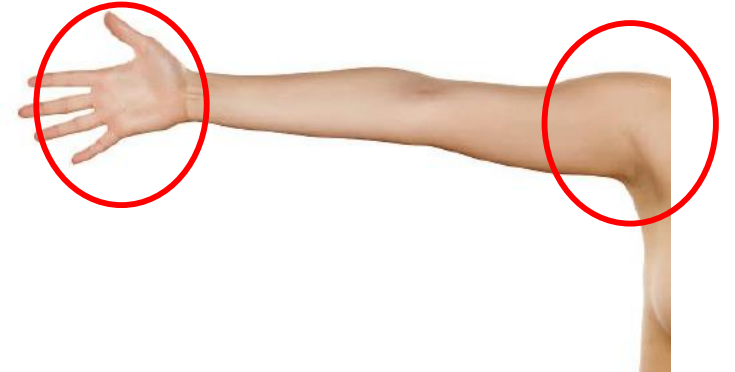
- **Douleur**

- 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

• Diagnostic

1. Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial	
2. Au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes	
a. <i>Sensoriel</i> : le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie	b. <i>Vasomoteur</i> : le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
c. <i>Sudomoteur/œdème</i> : le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation	d. <i>Moteur/trophique</i> : le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau)
3. Au moins un signe dans ≥ 2 des catégories suivantes	
a. <i>Sensoriel</i> : confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie	b. <i>Vasomoteur</i> : confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur
c. <i>Sudomoteur/œdème</i> : confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation	d. <i>Moteur/trophique</i> : confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)
4. Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques	
Commentaires: <ul style="list-style-type: none">• les critères 1 et 4 doivent <i>toujours</i> être remplis. Le respect du quatrième critère explique pourquoi l'imagerie garde une place dans le processus diagnostique.• les critères cliniques font la part belle à la sensibilité (sensibilité: 0,85/spécificité: 0,69).• il existe également une application «recherche» de ces critères. Au moins un symptôme doit être présent dans les quatre catégories a-d. Pas de critère supplémentaire nécessaire pour les signes cliniques (sensibilité: 0,70/spécificité: 0,96).	

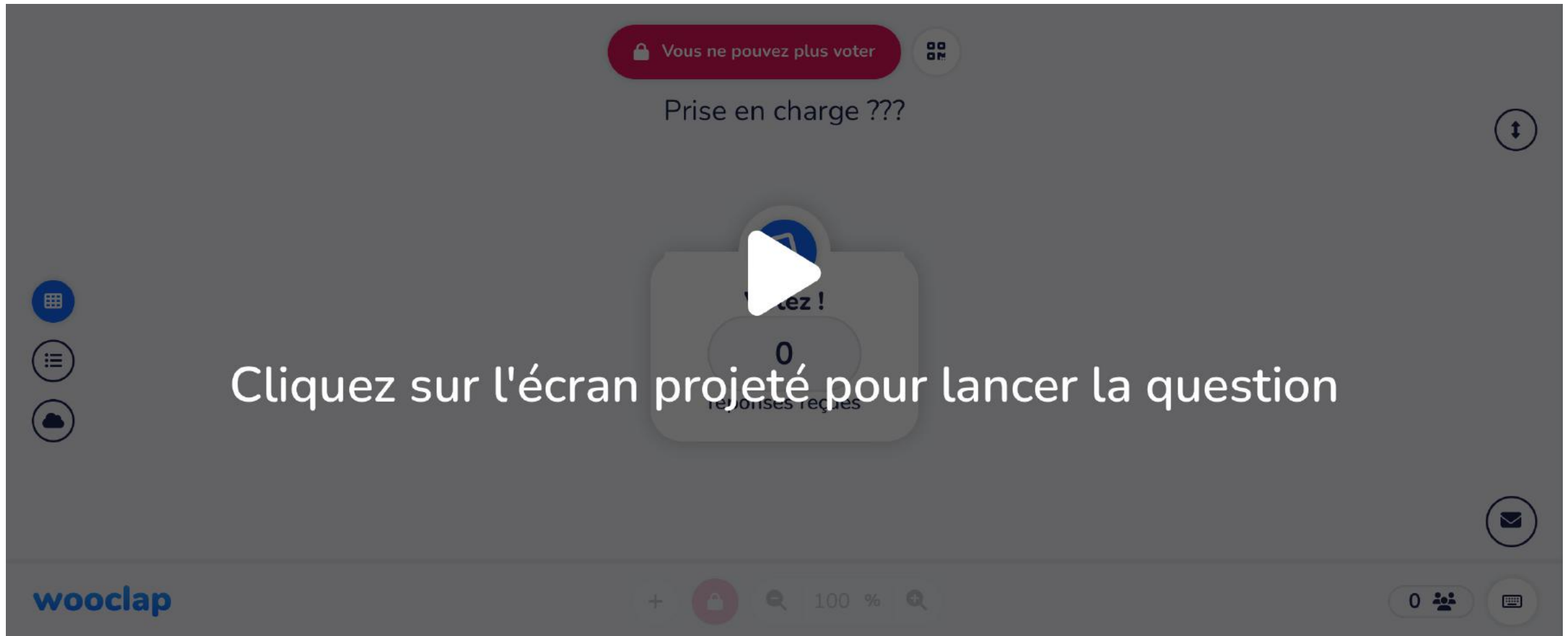
Critères de Budapest

Place de l'imagerie ?



Syndrome douloureux régional complexe I

- **Prise en charge**



The image shows a screenshot of a Wooclap poll interface. At the top, a red banner reads "Vous ne pouvez plus voter" (You can no longer vote). Below it, the question "Prise en charge ???" is displayed. A large white play button is overlaid on the poll area, which also shows a "Votez !" (Vote!) button and a "0" with "réponses reçues" (responses received) below it. A white text overlay in the center reads "Cliquez sur l'écran projeté pour lancer la question" (Click on the projected screen to launch the question). The Wooclap logo is in the bottom left corner, and the bottom navigation bar includes a plus sign, a lock icon, a chat icon, "100 %", a search icon, a group icon with "0", and a keyboard icon.

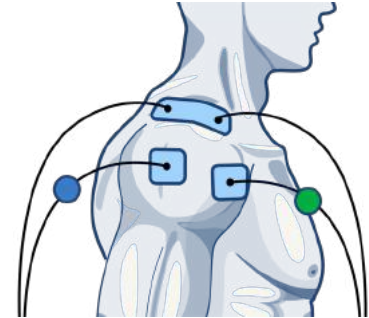
Syndrome douloureux régional complexe I

Manipulation précautionneuse du membre sup
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



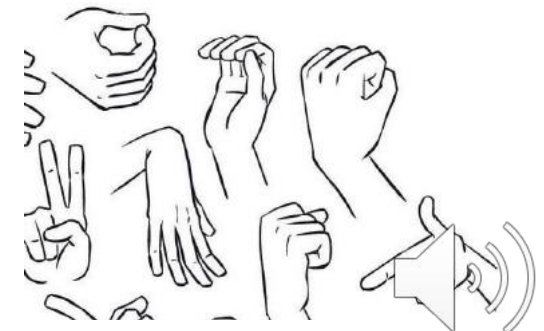
Réafférentation / réintégration



Drainage

Prise en charge part neuropathique (TENS, désensitisation)

Immobilisations antalgiques intermittentes si besoin



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 »)

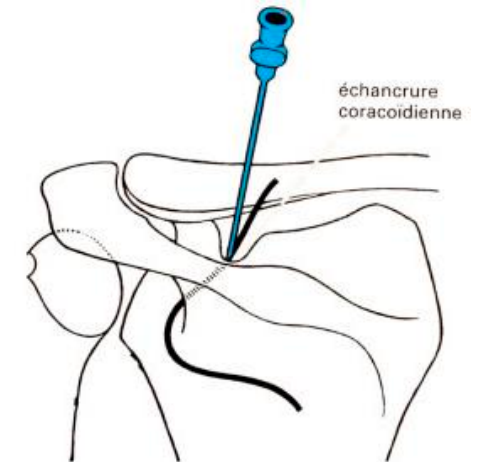
Traitements douleur par excès de nociception
Adaptés au niveau de douleur

Traitements composante neuropathique
Voie générale, locale

Infiltrations intra-articulaire
(anesthésique + corticoïdes)



Bloc du nerf supra-scapulaire



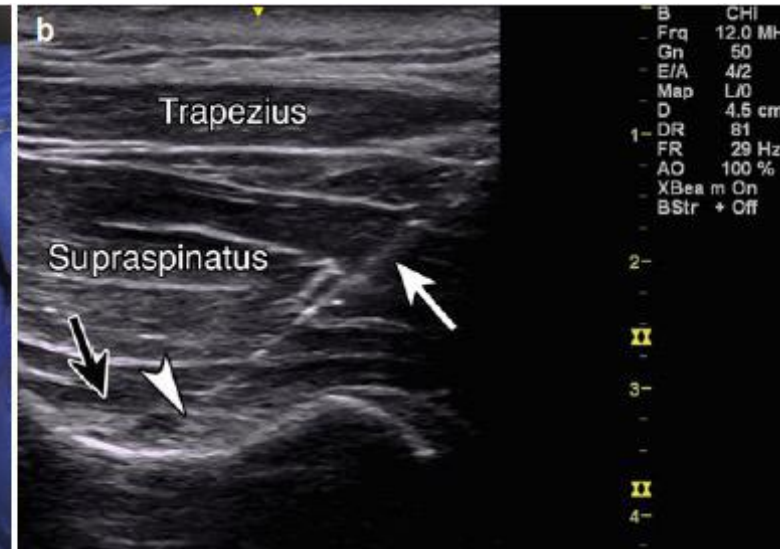
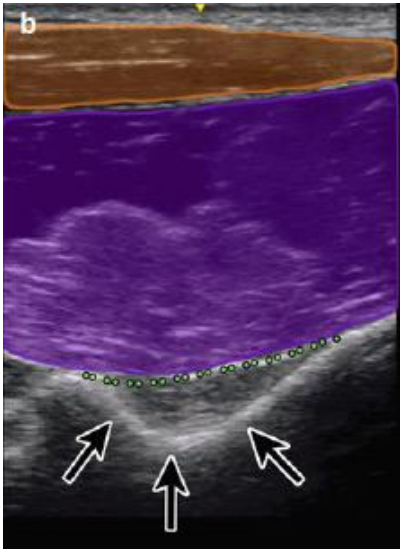
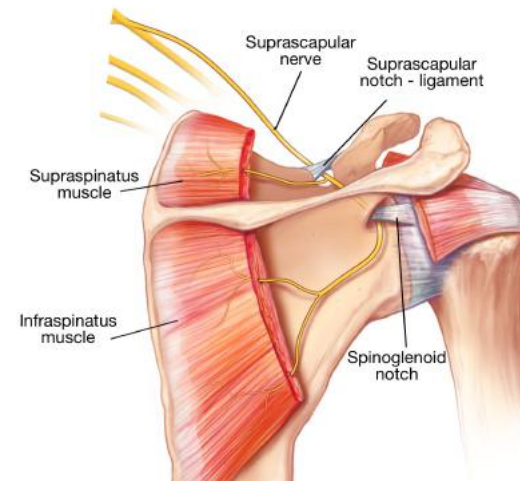
- **Prise en charge** : prise en charge psychologique +++



Infiltrations



Bloc du nerf supra-scapulaire



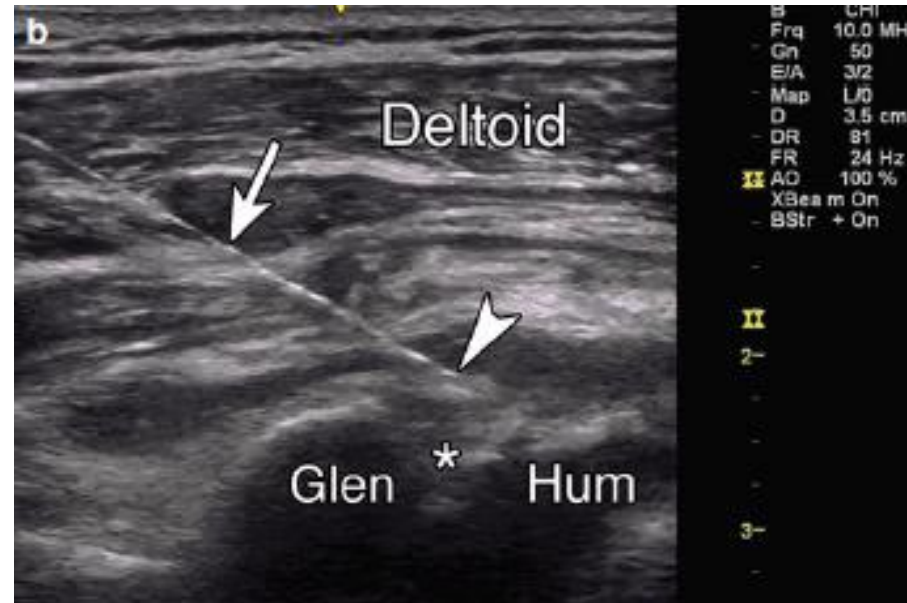
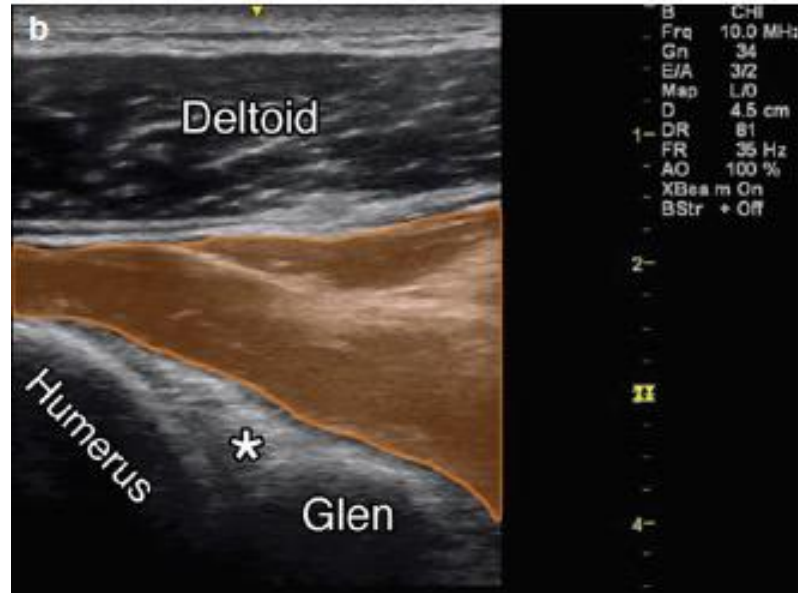
Methylprednisone (1ml=40mg) + bupivacaïne 0.5% (10ml)

Infiltrations



Infiltrations

Infiltration gléno-humérale



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

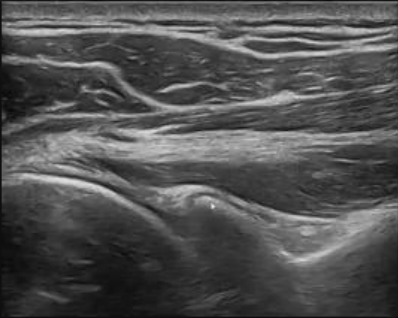
Infiltrations

GE Healthcare
22/02/22 14:01:27 ADM ESSR MI 3.3 Tis 0.4


LOGO

Avoid puncturing the glenoid labrum as you advance the needle.

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



SMUG

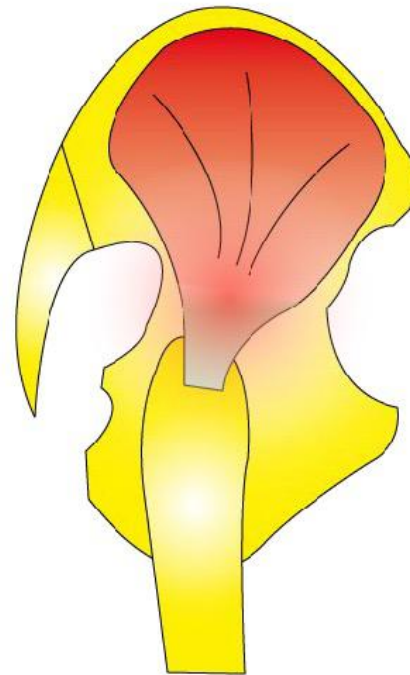


As you approach the articular cartilage of the humeral head, approach bevel down to avoid scraping the articular cartilage.



Douleur ostéo-articulaires

- **Tendinopathies :**



Liens avec hypertonie

Coté non parétique !!!!



Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Mr S, 65 ans, a présenté il y a 1 mois un AIC sylvien droit. Il se plaint de douleurs mécaniques de l'épaule, la kiné vous signale que cela gêne la rééducation.

Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- Mr S, 65 ans, a présenté il y a 1 mois un AIC sylvien droit. Il se plaint de douleurs mécaniques de l'épaule, la kiné vous signale que cela gêne la rééducation.

 Vous ne pouvez plus voter



Classez par ordre de priorité les éléments qui vous semblent importants pour vous aider dans votre démarche diagnostique



1 Atteinte d'autres articulations du membre supérieur

2 Limitation des amplitudes articulaires

3 Présence d'une hyperactivité musculaire

4 Résultat de blocs moteurs

5 Signes de SDRC ?



Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

- **Des causes multiples et intriquées**

Articulations

Tendons

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 in hemiplegic shoulder pain. Am J Phys Med Rehabil 2011;90(9):776; with permission.



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

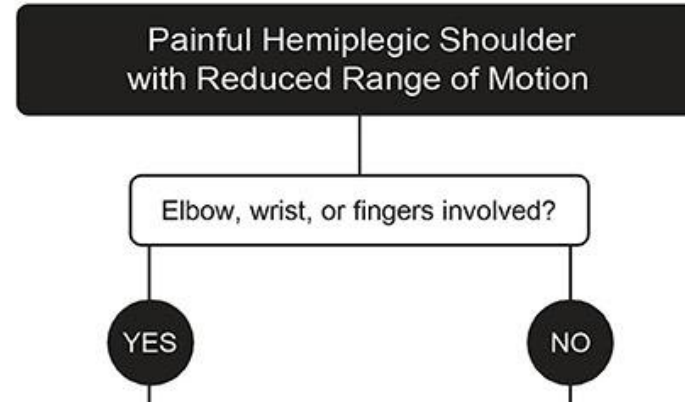
Painful Hemiplegic Shoulder
with Reduced Range of Motion

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

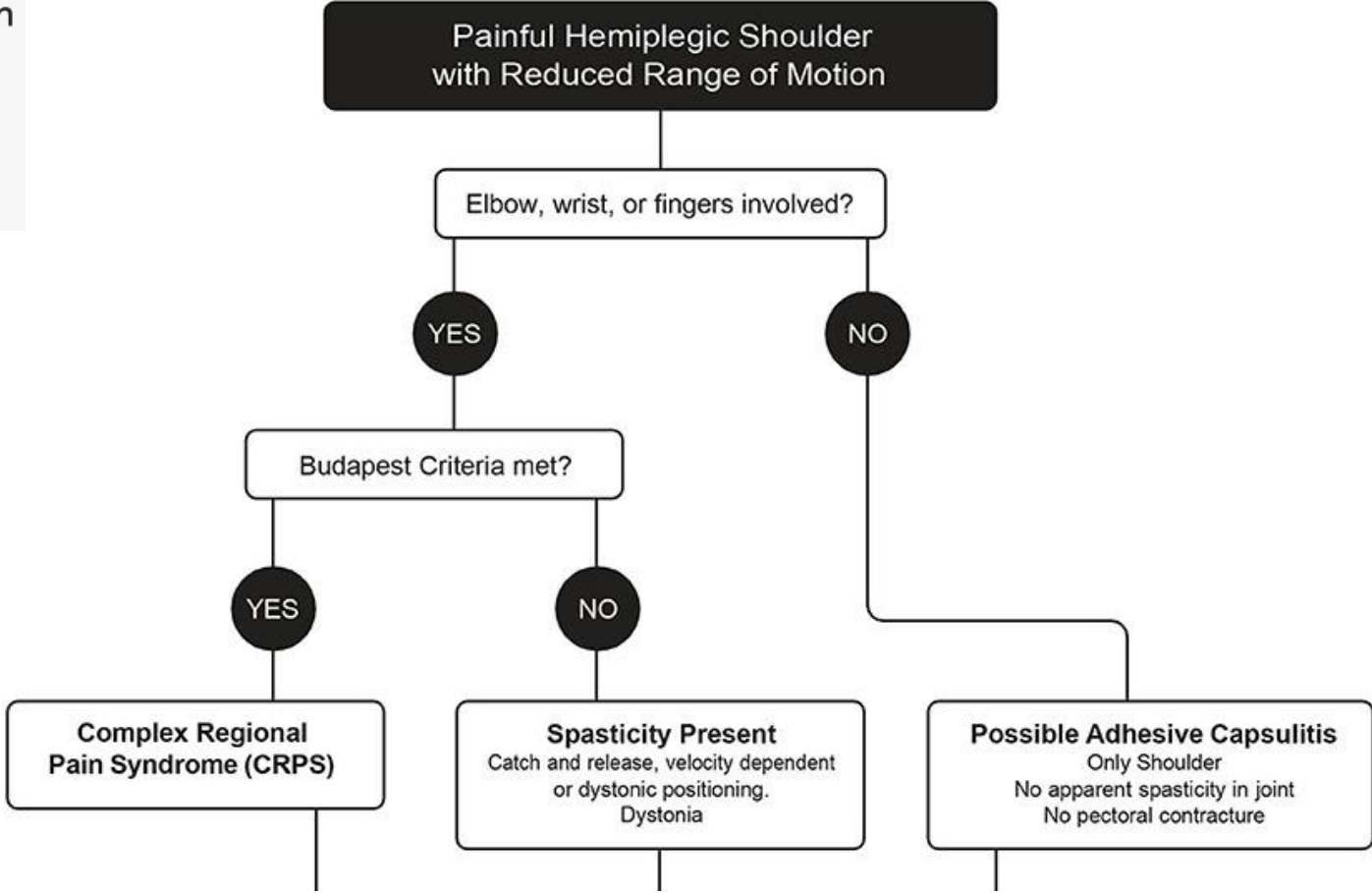


Douleurs de l'épaule de l'hémiplégique

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

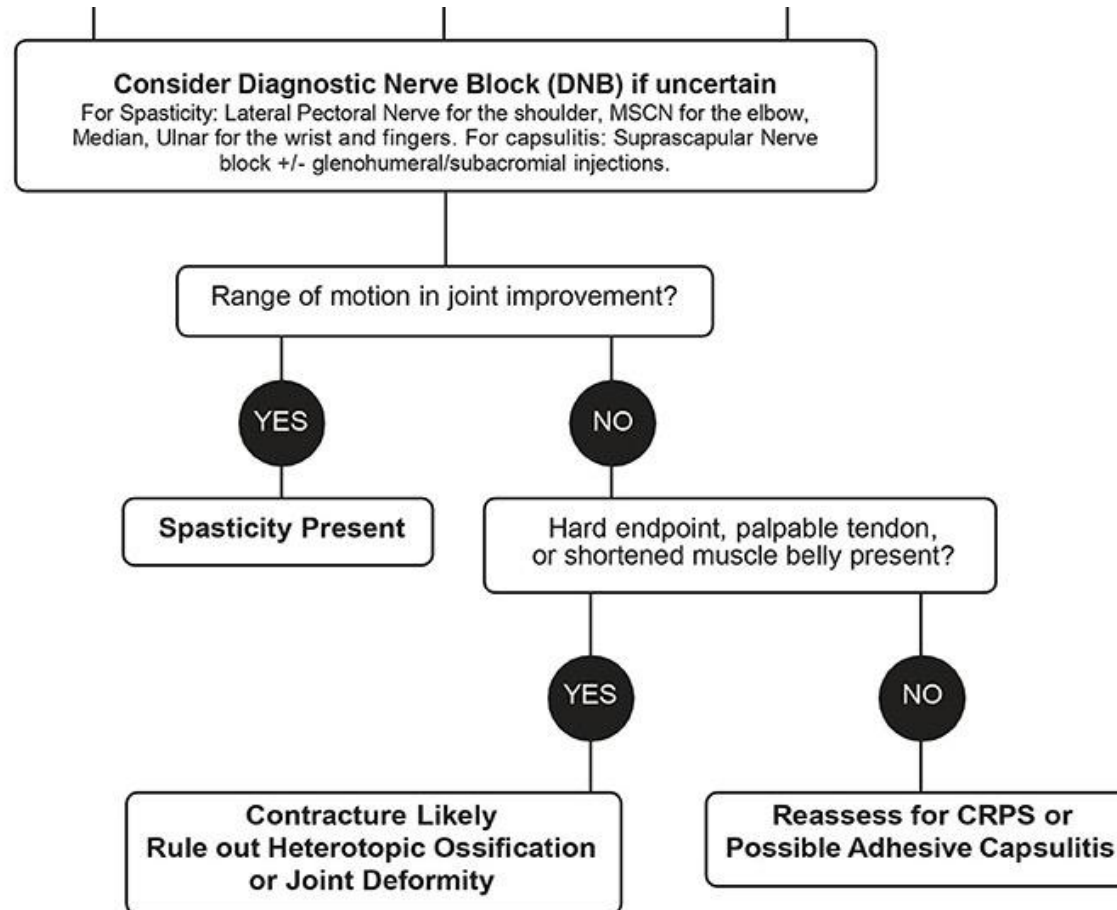
John W. Fitterer^{1†} Alessandro Picelli^{1,2} Paul Winston^{1,3††}

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

Quelques spécificités du traumatisme crânien

- **Types de douleurs :**

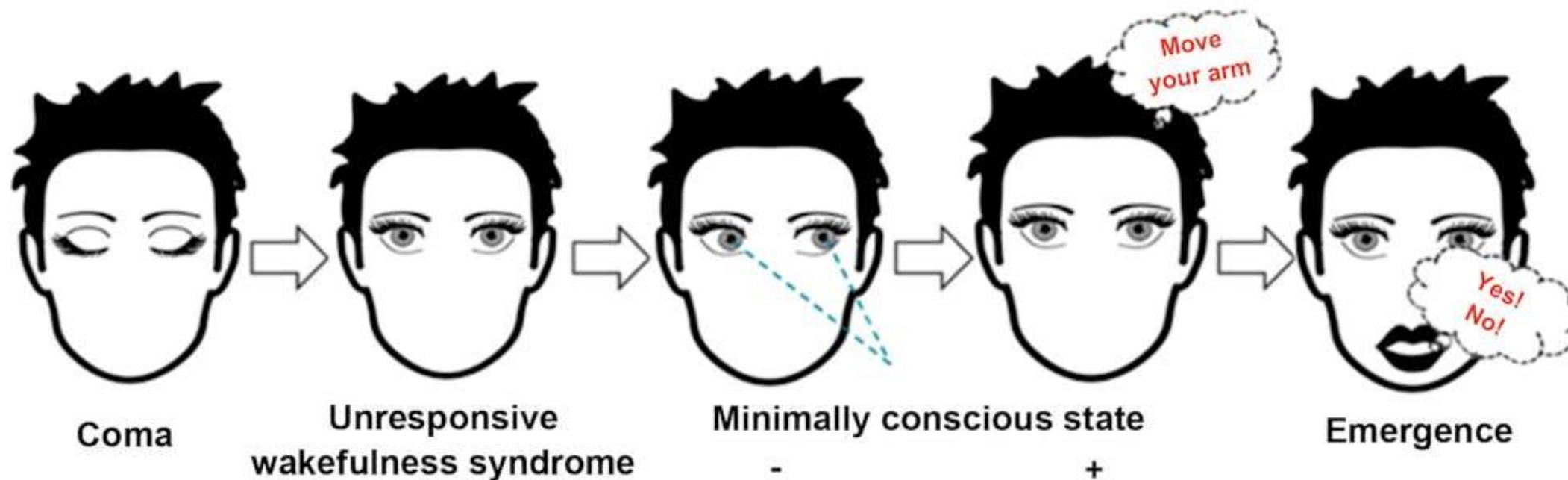
- Céphalées (principalement profil de céphalées de tension)
- Douleurs musculo-squelettiques (racines, rachis)
- Plus rarement douleurs centrales et autres tableaux rencontrés dans l'AVC

- **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

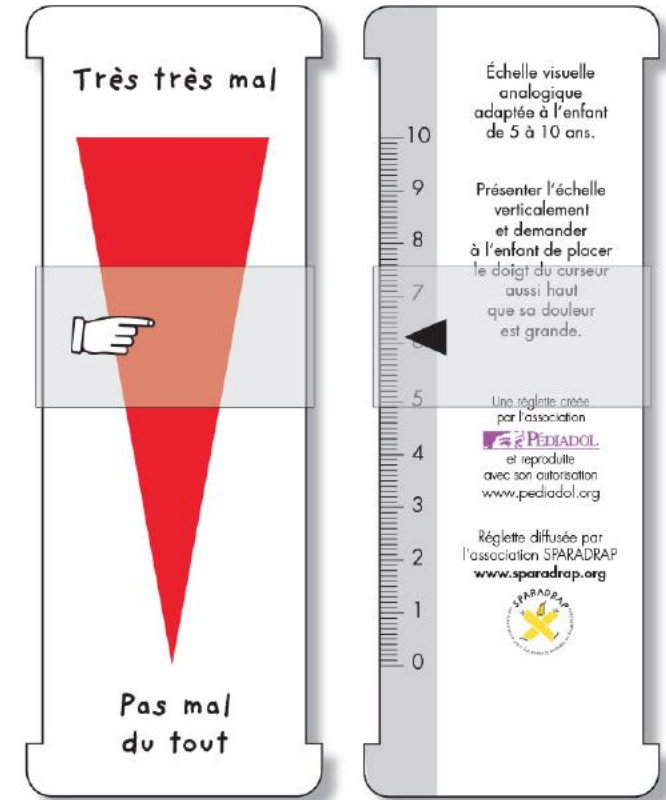
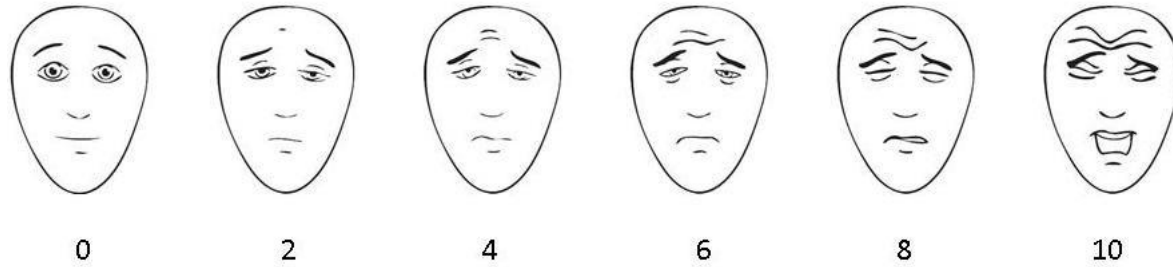
Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

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



Présentation verticale négligence spatiale

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

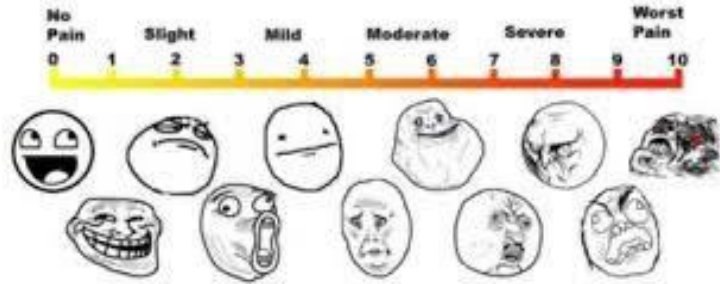
Quelle prise en charge ?

Messages importants

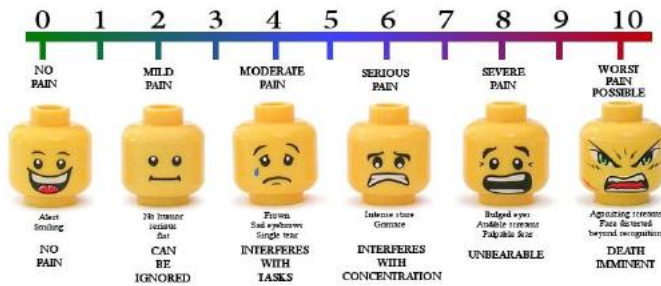
- La douleur est **fréquente**, souvent **sous-évaluée** et **gênante** chez le cérébrolésé
- Des **tableaux cliniques multiples** → enquête diagnostique et réponses ciblées
- Importance de la **prévention**
- **Cas particulier et souvent complexe de l'épaule**
- Cas particulier et **enjeux majeurs chez 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 ?

Merci pour votre attention !

PAIN ASSESSMENT SCALE



LEGO PAIN ASSESSMENT TOOL



Created by Brandon Powell Smith www.TheBackOfTheMind.com. This chart is not sponsored, authorized, or owned by the LEGO Group.

IMPROVED PAIN SCALE



Which level of pain are you?

1. Vermeer I feel a little twinge now and then.		2. Da Vinci I can grin and bear it.	
3. Whistler I just want to sit here.		4. Rembrandt I've been better.	
5. Durer Yes I'm in pain. I wouldn't be here otherwise.		6. Van Gogh Can't talk...	
7. Picasso Something is very, very wrong with me.		8. Courbet Morpheus!	
9. Munch AGHHHHHHHHHHHHH!!!!		10. Dali Not. Even. Human. Any. More.	

PNG
EPS
DXF
SVG

PAIN SCALE

NO PAIN MILD PAIN MODERATE PAIN

SEVERE PAIN VERY SEVERE PAIN WORST PAIN POSSIBLE

Vanitee 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.

