

L'examen physique du patient souffrant de douleur chronique



Dre Grisell Vargas-Schaffer
Département d'anesthésiologie
Clinique antidouleur du CHUM
Université de Montréal



1

Déroulement de la formation

- Motif de consultation
- Interrogatoire (anamnèse)
- Observation
- Examen physique
- Plan de traitement



4

Déclaration de conflit d'intérêts



2

Motif de consultation

- Établir le motif de consultation est une étape cruciale!
- Il s'agit de déterminer ce qui gêne le patient, ce qu'il souhaite que le médecin solutionne (comment voulez-vous qu'un garagiste répare votre voiture si vous ne lui expliquez ce qu'elle a?).
- C'est donc une plainte, un symptôme, un appel à l'aide.
- Ce n'est jamais un diagnostic (pas même une suspicion de diagnostic)!



5

Objectifs du cours



- Procéder à une évaluation complète et appropriée d'un patient souffrant de douleur chronique.
- Acquérir des connaissances cliniques appropriées en médecine de la douleur en vue de l'évaluation et de l'examen physique du patient souffrant de douleur chronique.



3

À évaluer

Analyse de la demande

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Discussion entre le patient et le médecin au sujet des objectifs du traitement



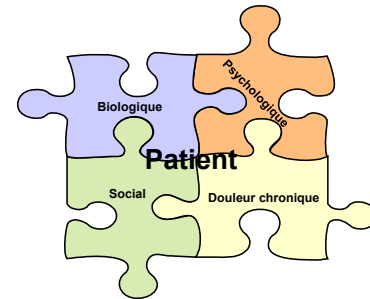
6

Déroulement de l'examen physique

- Interrogatoire (anamnèse)
 - Maladies ou troubles médicaux actuels et antérieurs
 - Interventions chirurgicales subies
 - Médicaments, vitamines, minéraux et remèdes à base de plantes médicinales que prend le patient (médicaments sur ordonnance ou en vente libre)
 - Signes et symptômes actuels de maladie (comme le cancer)
 - Mode de vie, comme l'alimentation, l'exercice, le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues et les antécédents sexuels et reproductifs
 - Antécédents familiaux de douleur chronique, de cancer, de maladies mentales et d'autres maladies

Collège National des Enseignants de Médecine Interne, Pr Luc Mouchon, Pr Thomas Harzé, 2012

7



10

Déroulement de l'examen physique Interrogatoire

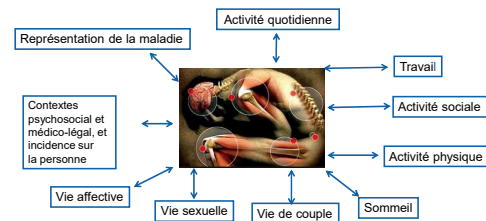
- L'interrogatoire représente la base essentielle du diagnostic. Il exige du médecin du temps et de la disponibilité.
- Aucun examen complémentaire ne peut dispenser le médecin de prendre le temps nécessaire pour interroger un patient.
- Un interrogatoire bien mené est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient.
- Le médecin doit faire preuve de patience et de respect lorsqu'il interroge le patient, mais aussi de fermeté.
- Il doit savoir écouter le patient, le laisser s'exprimer, le relancer au besoin, revenir sur certains points pour les préciser, prendre en compte le langage non verbal.

« Écoutez le malade, il va donner le diagnostic. »
Sir William Osler (1849-1919)

Collège National des Enseignants de Médecine Interne, Pr Luc Mouchon, Pr Thomas Harzé, 2012

8

Anamnèse du patient souffrant de douleur chronique



11

Objectifs de l'interrogatoire (anamnèse)

- Recueillir les informations nécessaires à l'établissement du diagnostic :
 - motif de la consultation,
 - contexte (antécédents, mode de vie),
 - histoire de la maladie.
- Contribuer à l'interprétation de l'examen clinique et des examens complémentaires.
- Contribuer à la qualité de la relation médecin-patient!
- En ce qui concerne le patient : il préférera le médecin qui aura pris le temps de l'écouter et de l'interroger.
- Un entretien attentif peut même parfois avoir des vertus thérapeutiques réelles.
- En ce qui concerne le médecin : la qualité de la relation établie grâce à un bon interrogatoire contribuera à son épanouissement professionnel (rien de pire qu'un médecin blasé qui s'ennuie...!)

Collège National des Enseignants de Médecine Interne, Pr Luc Mouchon, Pr Thomas Harzé, 2012

9

Anamnèse du patient souffrant de douleur chronique

- Étape essentielle, l'anamnèse a pour objet de rassembler toutes les informations pertinentes concernant l'historique et le vécu de la douleur.
- La valeur des informations recueillies dépend en grande partie de la qualité de la relation qui s'installe entre le médecin et le patient souffrant : elle est basée sur la disponibilité, la mise en confiance et l'écoute, non seulement du patient, mais aussi de ses proches.

12

Six points indispensables à évaluer au cours de l'entretien avec un patient souffrant de douleur chronique

1. Humeur? Il s'agit de déterminer l'existence d'un syndrome dépressif et parfois d'idées suicidaires.
2. Anxiété? Somatisation possible, d'autant plus en présence d'une pathologie organique antérieure.
3. Sommeil et sexualité? En vue d'adapter les traitements, notamment la prise d'antalgiques, et de bien montrer que le patient fait l'objet d'une évaluation fouillée.
4. Trouble de la personnalité? De manière à établir une bonne alliance thérapeutique, adapter la relation médecin-patient et, éventuellement, amorcer une psychothérapie ciblée.
5. Dépendance? Les facteurs liés à la consommation abusive d'antalgiques, de benzodiazépines et d'alcool.
6. Travail? Tous les aspects du milieu de travail pouvant mener à l'aménagement d'un poste de travail et d'un horaire de travail adaptés, à favoriser des mouvements ergonomiques ou, parfois, à décider d'un mi-temps thérapeutique ou d'une invalidité.

Yves Lacroix, Jean-Christophe Sid et Laurent Sarrail

13

Description de la douleur actuelle

- Topographie
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique, etc.)
- Intensité
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur
- Contextes familial, psychosocial et médico-légal, et répercussions



16

Description de la douleur

- Circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail, etc.)
- Description de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Évènements de vie concomitants
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)



14

Description de la douleur actuelle

Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie
- Interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- Attitude vis-à-vis de la maladie
- Modalités de prise des médicaments
- Observance des médicaments prescrits



17

Description de la douleur

- Comment l'état douloureux persistant s'est-il installé à partir de la douleur initiale?
- Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente, etc.)
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, etc.)



15

Examen physique

- Observations/signes cutanés
- Palpation
- Signes d'altérations musculosquelettiques
- Mobilisation active et passive du rachis (cervical et lombaire) ou des extrémités
- Examen neurologique
- Signes de dysfonction autonome
- Évaluation de la posture statique – vue latérale
- Rythme lombo-pelvien
- Amplitudes articulaires actives
- Indice de Schober modifié
- Évaluation de la marche
- Examen palpatoire segmentaire vertébral
- Manœuvre de mise en tension radiculaire dure-mérienne
- Évaluation des tissus mous
- Manœuvre de provocation du sacro-iliaque

<https://www.froq.org/formation/outils-de-formation/videos/examen-rapides-et-cibles-de-la-colonne-lombale/>



18

Évaluation de la douleur

The diagram shows a human figure with various parts labeled with numbers and units. The head is labeled '8', the neck '10', the shoulder '3', the elbow '7', the wrist '14 cm', the hand '3 mg', the foot '15', the ankle '3', the knee '8', the hip '7', the leg '10', and the foot '52'. There are also question marks '?' scattered around the diagram.

19

Version française du BPI

Le Questionnaire concis de la douleur (QCD) est la version française du Brief Pain Inventory (BPI). Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation qui permet d'évaluer les principales dimensions de la douleur, soit l'intensité, l'incapacité fonctionnelle, les répercussions sociales et familiales ainsi que le niveau de détresse psychologique.

The image shows a screenshot of the BPI questionnaire form. It includes a header with the SFED logo and the title 'BPI Brief Pain Inventory'. Below the header, there are several sections of questions, each with a set of response options (e.g., 'Pas du tout', 'Un peu', 'Modérément', 'Très'). The form is designed for patient self-assessment.

22

Évaluation de la douleur chronique

- **Échelles unidimensionnelles**
 - Échelle visuelle analogique
 - Échelle numérique
 - Échelle verbale
- **Échelles multidimensionnelles**
 - McGill pain questionnaire
- **Évaluation de l'état psychologique**
 - Beck anxiety inventory (BAI)
 - HADS : hospital anxiety and depression scale
 - Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)
 - Pain Catastrophizing
 - Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (échelle de l'état de stress post-traumatique)
- **Évaluation de la fonction et invalidité**
 - BPI/QCD
 - Pain disability index
 - SF-36 (fonction mentale et physique, et invalidité)
 - Womac (Western Ontario and McMaster University) spécifique de l'ostéoartrrose
 - Oswestry (mal de dos)
- **Évaluation de la douleur neuropathique**
 - DN4
- **Évaluation de la dépendance**
 - ORT (opioid risk tool)
 - Questionnaire Fagerström pour évaluer la dépendance au tabagisme
 - Questionnaire CAGE pour évaluer les troubles liés à la consommation d'alcool
 - Questionnaire CAST pour évaluer la dépendance au cannabis

20

Échelle de Somnolence d'Epworth

Le score est la somme des points obtenus sur les 10 questions. Un score de 0 à 10 indique un risque normal de somnolence. Un score de 11 à 15 indique un risque élevé de somnolence. Un score de 16 à 20 indique un risque très élevé de somnolence. Un score de 21 à 24 indique un risque extrêmement élevé de somnolence.

Question	Non	Oui
1. Vous arrive-t-il de sursauter en conduisant ?	0	1
2. Vous êtes fatigué en conduisant ?	0	1
3. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
4. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
5. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
6. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
7. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
8. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
9. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1
10. Vous avez du mal à rester éveillé pendant une longue période de conduite ?	0	1

23

Postraumatic stress disorder Checklist Scale (échelle d'évaluation de l'état de stress post-traumatique)

Date de l'évaluation: / /

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très
1. Être perturbé par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4
2. Être perturbé par des rêves inquiétants en relation avec cet événement.	1	2	3	4
3. Éprouver de la difficulté à se concentrer sur ce que l'on fait ou à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsqu'on pense à cet événement.	1	2	3	4
5. Avoir des réactions physiques, par exemple sursauter de peur, lorsqu'on se rappelle l'événement.	1	2	3	4
6. Être en mesure de parler de votre épisode stressant ou d'être en mesure de parler de ce que vous avez fait.	1	2	3	4
7. Être en mesure de parler de ce que vous avez fait ou de ce que vous avez ressenti.	1	2	3	4
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'épisode stressant.	1	2	3	4
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous plaisent.	1	2	3	4
10. Se sentir irrité ou coupable des autres personnes.	1	2	3	4
11. Se sentir constamment en danger ou être toujours d'accord.	1	2	3	4
12. Avoir des difficultés à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
13. Avoir des difficultés à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
14. Avoir des difficultés à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
15. Avoir des difficultés à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
16. Avoir des difficultés à se souvenir de ce que l'on a fait.	1	2	3	4
17. Se sentir constamment en danger ou être toujours d'accord.	1	2	3	4

21

Douleur neuropathique

QUESTIONNAIRE DN4 - un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Irritation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid/douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleur électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
1. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire à l'extrémité des membres ?

	Oui	Non
1. Extrémité des membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Région proximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou aggravée par ?

	Oui	Non
1. Le toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DN4 = 0 point NON = 0 point **Score du Patient : /20**

MODE D'EMPLOI
Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Consignes pour répondre au questionnaire (à lire à l'attention) :

- ✓ La douleur neuropathique est une douleur qui provoque des symptômes.
- ✓ Il s'agit d'une douleur qui provoque des symptômes.
- ✓ À la fin du questionnaire, le praticien interprète les réponses, pour chaque « oui » et pour chaque « non ».
- ✓ Le score obtenu dans le Score du Patient, varie de 0 à 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82%, spécificité à 84%).

© Pages Benoit-Duval et al. Pain 2004, 104(2) : 248-257

24

Que doit-on expliquer aux patients à propos des opioïdes?

- Effets indésirables à court terme
- Effets indésirables à long terme
 - Interaction avec la médication préexistante
 - Dépendance
 - Risque d'ostéoporose
 - Risque d'hypogonadisme
 - Risque d'infertilité



31

Déroulement de l'examen physique

- Motif de consultation
- Interrogatoire (anamnèse)
- Observation
- Examen physique
- Plan de traitement



34

Opioids Risk Tool (ORT) (outil d'évaluation du risque de dépendance)

ORT Opioid Risk Tool (outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes pour le patient)		
ITEM	Cocher SI OUI	Cocher SI NON
1. Antécédents familiaux de drogues : Alcool		
Drogues illégales		
Médicaments d'ordonnance		
2. Antécédents personnels d'abus de drogues : Alcool		
Drogues illégales		
Médicaments d'ordonnance		
3. Âge (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)		
4. Antécédents d'abus sexuel à la prescription		
5. Maladie mentale Troubles dépressifs de l'anxiété, trouble obsessionnel compulsif, trouble bipolaire, schizophrénie		
Dépression		
Score Total		

Qui peut pleurer le patient dans l'une des trois catégories de risque de dépendance aux opioïdes:
Faible risque: 0-3
Risque moyen: 4-7
Risque élevé: > 8

Wolstein Pain Med. 2005;5(2):412-442
Canadian Family Physician / Le Médecin de famille canadien, vol. 57, novembre 2001



32

Examen physique

« Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez; développez votre sens de l'observation. »
Sir William Osler (1849-1919)



35

POMI indicator

Do you ever use more of your medication, that is, take a higher dosage, than is prescribed for you?

Do you ever use your medication more often, that is, shorten the time between dosages, than is prescribed for you?

Do you ever need early refills for your pain medication?

Do you ever feel high or get a buzz after using your pain medication?

Do you ever take your pain medication because you are upset, using the medication to relieve or cope with problems other than pain?

Have you ever gone to multiple physicians including emergency room doctors, seeking more of your pain medication?

J.S. Winkley et al. Journal of Substance Abuse Treatment (2002), vol. 21, pp. 163-168
J Am Pharm Assoc (2003), FMC Author Manuscript Collection, Sep mar 2013



33

Déroulement de l'examen physique – Les préliminaires

- Lavez-vous les mains avant et après l'examen (et n'hésitez pas à le faire devant le patient, il se dira que vous êtes un médecin soucieux de l'hygiène!).
- Préparez vos instruments avant l'examen physique.
- Présentez-vous tel que vous êtes (étudiant, résident, spécialiste), lors de votre premier contact avec le patient.
- Vérifiez toujours l'identité de votre patient.
- Si vous étiez à la place du malade, dans quelle position préféreriez-vous être pour parler à votre médecin (position de dominance ou position d'écoute et de compréhension)?



36

Déroulement de l'examen physique – L'observation

- L'observation commence dès que le patient entre dans la salle. Vous devez observer ce qui suit :
 - Posture du patient
 - Déplacement du patient (aide à la marche, autonomie)
 - Façon de communiquer
 - Façon de se déshabiller, de mettre la jaquette et de s'habiller (cela pourrait vous mettre sur une piste)
 - Zone douloureuse (comparez-la avec la zone non douloureuse)



37

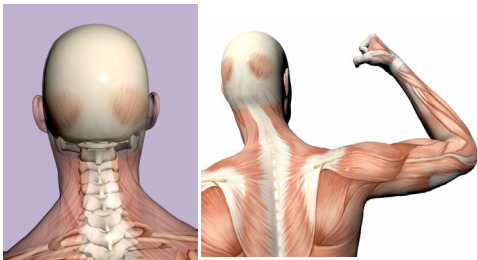
Mobilisation du rachis cervical et lombaire

- Flexion
- Extension
- Rotation
- Latéralisation



40

Examen musculaire



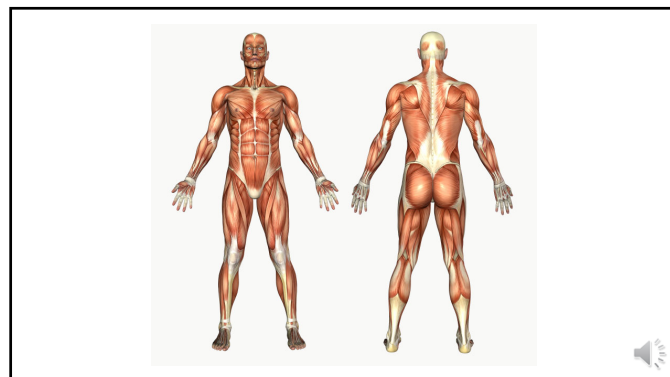
38

Examens rapides et ciblés de la colonne lombaire

- Le lien ci-dessous permet d'accéder à une série de capsules vidéo pour vous exercer à réaliser un examen physique axé sur l'évaluation de la douleur.
- www.fmqg.org/formation/outils-de-formation/videos/examens-rapides-et-cibles-de-la-colonne-lombaire/
- Examens de la hanche, de l'épaule, de la colonne cervicale, de la colonne lombaire et du genou

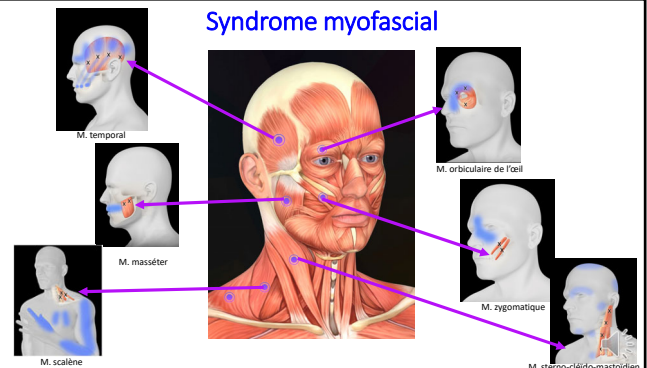


41



39

Syndrome myofascial



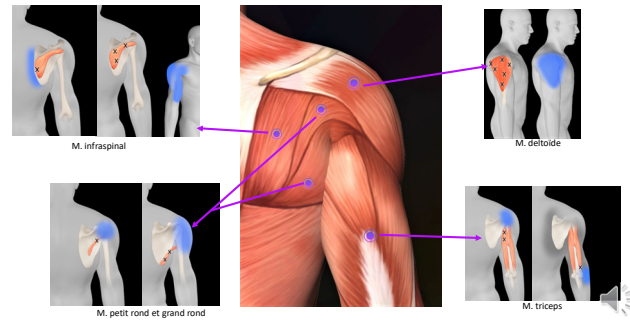
42

Syndrome myofascial de l'ATM et des muscles faciaux

- Le syndrome de douleur et de dysfonctionnement myofascial peut être observé en présence d'une articulation temporo-mandibulaire (ATM) normale.
- Il est attribuable au stress, à la fatigue ou à un spasme des muscles masticateurs (muscles ptérygoidiens médiaux et latéraux, temporaux et masséters).
- Les symptômes comprennent : le bruxisme, une douleur et une sensibilité autour de l'appareil de mastication ou à d'autres endroits de la tête et du cou et, souvent, des troubles de la mobilité de la mâchoire.
- Le diagnostic repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.
- La norme de traitement, qui comprend des antalgiques, la décontraction musculaire, la modification des habitudes et un blocage de l'occlusion, est habituellement efficace.

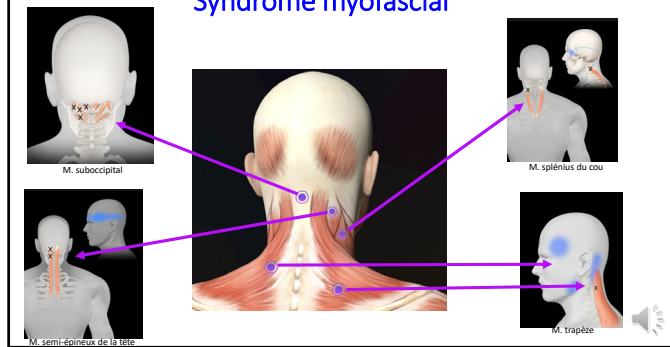
43

Syndrome myofascial de l'épaule et des membres supérieurs

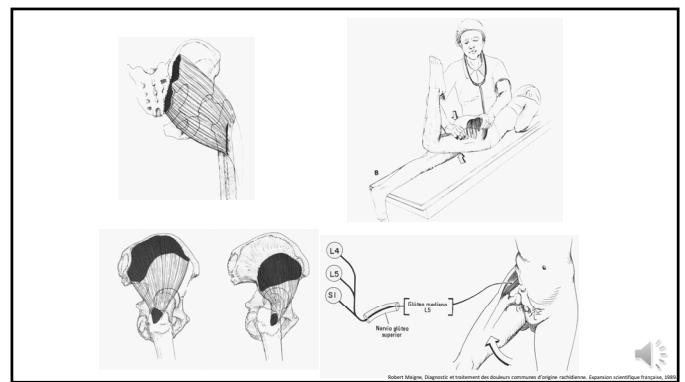


46

Syndrome myofascial

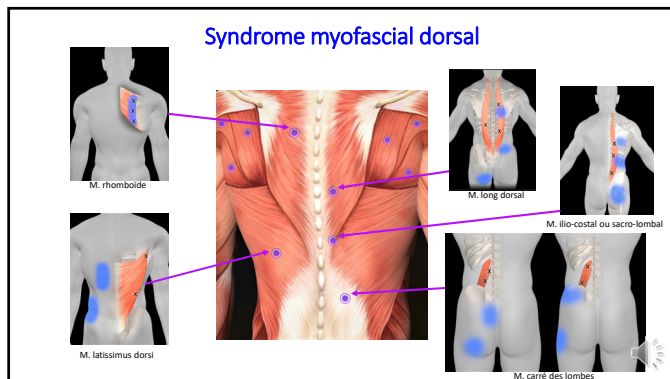


44



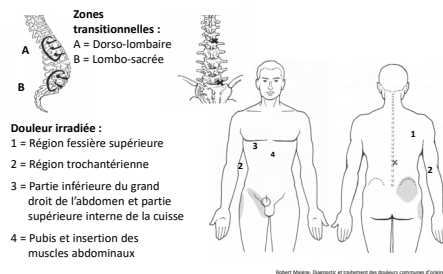
47

Syndrome myofascial dorsal



45

Zones transitionnelles : T12 et L1



48

Zones transitionnelles

1 = Cervico-occipitale
 2 = Cervico-dorsale
 3 = Dorso-lombaire
 4 = Lombo-sacrée

Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

49

Examen neurologique

- Sensibilité superficielle (tactile, température)
- Dermatomes
- Force musculaire
- Réflexes

Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

52

Zones transitionnelles cervico-occipitale et cervico-dorsale

Douleur irradiée :

- Cuir chevelu
- Maxillaire inférieur
- Sourcil
- Pommette

Douleur irradiée :

- Épaule
- Omoplate
- Coude

1 = Cervico-occipitale
 2 = Cervico-dorsale

Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

50

Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

53

Examen de l'articulation sacro-iliaque

Test de Faber Test de Yeoman Test de Gillet Test de Shear

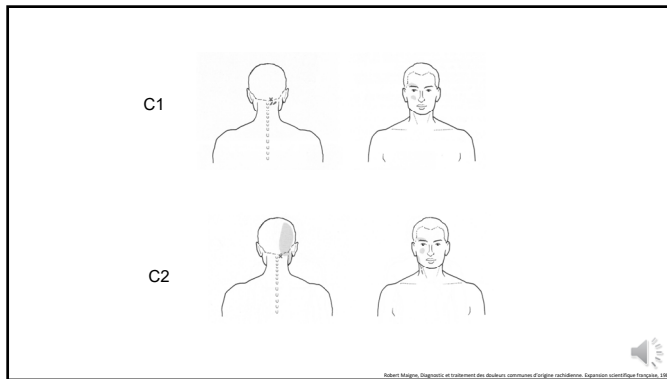
Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

51

C3 C4

Robert Magnan, Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion scientifique française, 1999

54

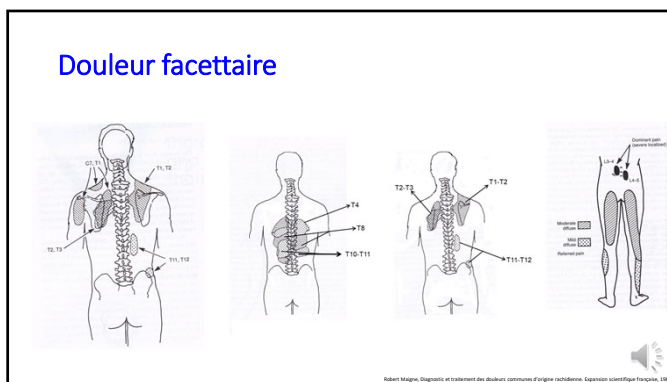


55

Les mobilités actives de l'épaule

- En élévation latérale (abduction) : demander au patient d'écartier les deux bras latéralement, de toucher les mains au-dessus de la tête et de revenir à la position de départ.
- En élévation antérieure (antépuulsion) : demander au patient de lever les deux bras en avant, de toucher les mains au-dessus de la tête et de revenir à la position de départ.
- En élévation antéro-externe, région de mobilité intermédiaire entre l'abduction et l'antépuulsion, dans le plan de l'omoplate : du point de vue fonctionnel, c'est la région la plus importante de l'épaule.

58



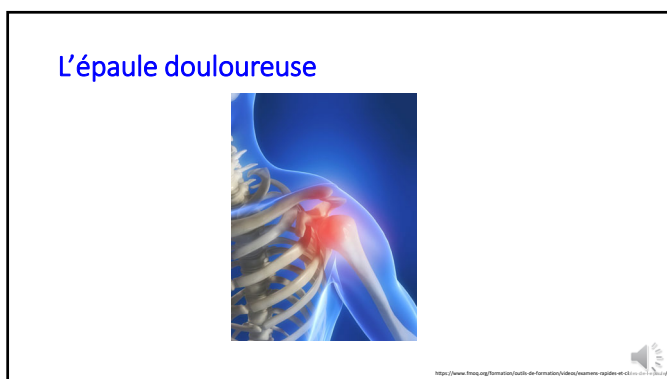
56

Examen physique : mobilité de l'épaule

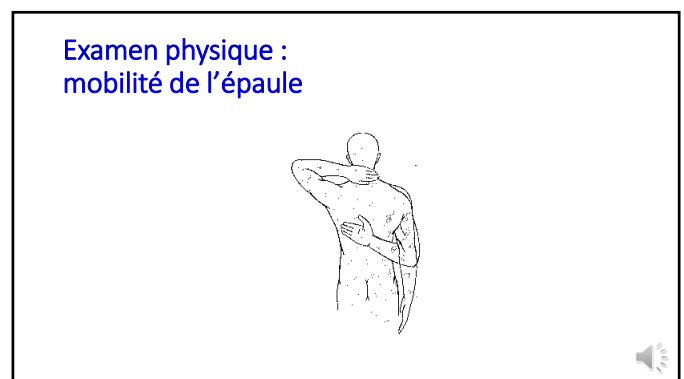
- Deux autres mouvements sont également très importants pour évaluer la mobilité de l'épaule :
 - la manœuvre « main-nuque » : on demande au patient de mettre la main derrière le cou, aussi bas que possible (rotation externe);
 - la manœuvre « main-dos » : on demande au patient de mettre la main derrière le dos, aussi haut que possible (rotation interne).

<https://www.frp.org/formation/certificat-de-formation/les-douleurs-rachidiennes-et-de-l'epaule>

59



57



60

Syndrome d'accrochage : tendinite de la coiffe, bursite, déchirure de la coiffe

- Douleur
- Difficulté à attacher son soutien-gorge, portefeuille dans la poche arrière
- Difficulté à effectuer des mouvements répétitifs au-dessus de l'épaule

61

Diagnostic de fibromyalgie

Une fibromyalgie est diagnostiquée en présence des trois conditions suivantes :

- une douleur diffuse présente depuis plus de trois mois;
- les conditions qui peuvent la simuler ont été éliminées;
- WPI (Wide Pain Index) égal ou supérieur à sept, en présence d'un score de sévérité égal ou supérieur à cinq

OU

WPI situé entre trois et six, en présence d'un score de sévérité égal ou supérieur à neuf.

American College of Rheumatology, 2010

FIBROMYALGIE :

- une douleur diffuse présente depuis plus de 3 mois;
- les conditions pouvant la simuler ont été éliminées;
- WPI ≥ 7 et SS ≥ 5

OU

WPI ≥ 3 ≤ 6 et SS ≥ 9.

Wolfe F. et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity, Arthritis Care Res (Oxford), mai 2010, 62(5) p. 600-610.

64

Examen physique de l'épaule

- Observation (limitation fonctionnelle)
- Atrophie musculaire de la fosse sus- et sous-épineuse
- Palpation musculaire douloureuse
- Test de Neer, de Hawkins et de Jobe pour établir le diagnostic d'accrochage.

62

[3] INDICE DE DOULEUR DIFFUSE (WPI - Wide Pain Index)	[4] SCORE DE SÉVÉRITÉ (SS)
<p>Die-neuf régions anatomiques auxquelles on attribue 1 point si elles ont été symptomatiques au cours de la dernière semaine</p> <p>Mâchoire (d.)</p> <p>Mâchoire (g.)</p> <p>Ceinture scapulaire (g.)</p> <p>Ceinture scapulaire (d.)</p> <p>Bras (g.)</p> <p>Bras (d.)</p> <p>Avant-bras (g.)</p> <p>Avant-bras (d.)</p> <p>Hanche (fesse, trochanter) (g.)</p> <p>Hanche (fesse, trochanter) (d.)</p> <p>Cuisse (g.)</p> <p>Cuisse (d.)</p> <p>Jambe (g.)</p> <p>Jambe (d.)</p> <p>Région cervicale</p> <p>Région dorsale</p> <p>Région lombaire</p> <p>Thorax</p> <p>Abdomen</p> <p><small>Score total de 0 à 9</small></p>	<p>Score de sévérité de deux groupes de symptômes, répartis sur une échelle de 0 à 3, selon la sévérité au cours la dernière semaine</p> <p>GROUPE 1 :</p> <p>Fatigue</p> <p>Score de 0 à 3</p> <p>Sommeil non réparateur</p> <p>Score de 0 à 3</p> <p>Troubles cognitifs</p> <p>Score de 0 à 3</p> <p>GROUPE 2 :</p> <p>Symptômes somatiques</p> <p>Score de 0 à 3 (globalement)</p> <p>P. ex., colon irritable, céphalée, vessie irritable, etc.</p> <p><small>Score total de 0 à 12</small></p>

WOLFE F. ET AL. (2010)

65

La fibromyalgie

63

FIRST – Fibromyalgia Rapid Screening Tool

	OUI	NON
1. Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil et ma capacité à me concentrer, avec une impression de fonctionner au ralenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fort probable de fibromyalgie si le patient répond « oui » à 5 des 6 questions.

Sensibilité : 90,5 %
Spécificité : 85,7 %

FIRST © Serge Perrot, Didier Bouhassira, REDAR, 2010. Tous droits réservés
En ligne : www.mapi-trust.org

66



Syndrome régional douloureux complexe

- Diagnostic clinique
- Pas d'examen ni de test diagnostic
- Examen clinique important

67


Examen du patient présentant un SRDC

Signes d'altérations musculosquelettiques

- Atteinte de la fonction articulaire (rigidité et mobilité)
- Plusieurs articulations touchées
- Atrophie musculaire
- Douleur myofasciale associée dans le membre touché
- Position antalgique
- Perte d'autonomie (mouvements)
- Mouvements involontaires
- Posture sans centre de gravité



70



Examen du patient présentant un SRDC

- Altérations neurologiques
- Signes de dysfonction autonome
- Signes d'altérations musculosquelettiques
- Signes cutanés

68


Examen du patient présentant un SRDC

Signes cutanés

- La peau est brillante ou sèche.
- Les ongles peuvent être cassants, pousser plus vite ou plus lentement.
- Les poils peuvent pousser plus épais ou plus fins et de façon non uniforme.
- Des problèmes cutanés sont présents (éruptions, ulcères et pustules).



71




Altérations neurologiques

- Allodynie, dysesthésie
- Hyperalgésie ou hypoalgésie
- Hyperpathie

Signes de dysfonction autonome

- Sensation thermique (froid ou chaleur)
- Différence de température
- Changement de coloration
- Hyperhidrose
- Piloérection



69

Critères de diagnostic de Budapest

1	Douleur continue disproportionnée par rapport à tout événement déclencheur.
2	Le patient doit avoir déclaré au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : A. Sensitif : hyperesthésie et/ou allodynie. B. Vasomoteur : asymétrie de température et/ou changement de couleur de peau et/ou asymétrie de couleur de peau. C. Sudomoteur/œdème : œdème et/ou modification de la transpiration et/ou asymétrie de la transpiration. D. Moteur/trophique : diminution de l'amplitude des mouvements et/ou dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (cheveux, ongles, peau).
3	Le patient doit présenter au moins un signe au moment de l'examen, dans au moins deux des catégories suivantes : A. Sensitif : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher doux et/ou à la pression somatique profonde et/ou au mouvement des articulations). B. Vasomoteur : asymétrie de température et/ou changements de couleur de peau et/ou asymétrie de couleur de peau. C. Sudomoteur/œdème : œdème et/ou modification de la transpiration et/ou asymétrie de la transpiration. D. Moteur/trophique : diminution de l'amplitude des mouvements et/ou dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (cheveux, ongles, peau).
4	Aucun autre diagnostic ne permet de mieux expliquer les signes et les symptômes.

72

SRDC – Score de sévérité (CSS)

Symptômes déclarés par le patient

Douleur disproportionnée continue
 Allodynie ou hyperalgésie
 Asymétrie de température
 Asymétrie de couleur de peau
 Transpiration asymétrique
 Œdème asymétrique
 Changements trophiques
 Changements moteurs

Signes observés à l'examen

Hyperalgésie (à la piqûre d'une aiguille)
 Allodynie
 Asymétrie de température
 Asymétrie de couleur de peau
 Transpiration asymétrique
 Œdème asymétrique
 Changements trophiques
 Changements moteurs



Le CSS maximal est de 16.
 Chaque symptôme et chaque signe est comptabilisé à raison de 1 point chacun.

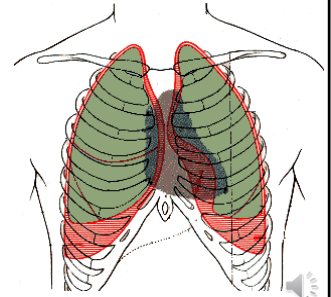


73

Douleur cardiothoracique

Douleurs de topographie médiane, antérieure ou postérieure

- Syndromes coronariens aigus
- Dissection aortique
- Péricardite aiguë

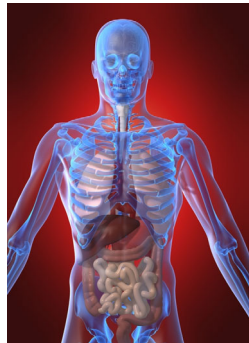


76

Douleur référée

Douleur viscérale :

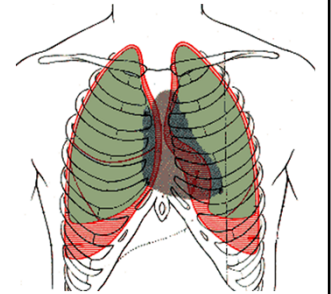
- Thoracique
- Abdominale
- Gynécologique



74

Douleur d'origine cardiaque

- Angor d'effort
- Insuffisance cardiaque
- Prolapsus valvulaire mitral
- Angine instable (Angor instable)
- Syndrome de Dressler
- Infarctus



77

Douleurs projetées ou référées

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| • Diaphragme : C4 | • Surrénales : D6-D10 |
| • Cœur : D1-D5 | • Grêle : D8-L1 |
| • Poumons : D2-D4 | • Gonades : D9-L1 |
| • Œsophage : D5-D6 | • Reins, uretères : D10-L2 |
| • Estomac : D6-D10 | • Utérus : D10-L1 |
| • Foie et vésicule : D5-D10 | • Côlon : D11-D12 |
| • Pancréas et rate : D6-D10 | • Prostate : D11-L1 |
| | • Vessie : D11-L2 |



75

Douleur d'origine pulmonaire

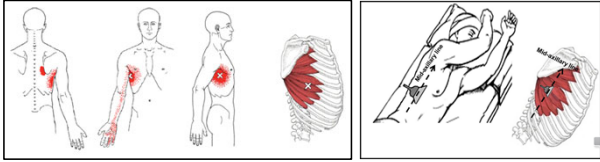
- Douleurs latérales
- Embolie pulmonaire
 - Pneumopathie infectieuse
 - Épanchement pleural
 - Pneumothorax spontané
 - Pleurodynie



78

Douleur postopératoire cardiothoracique

- Douleurs neuropathiques postérieures à une intervention chirurgicale, qui s'accompagnent d'une douleur cicatricielle
- Douleurs musculosquelettiques, comme le syndrome du muscle dentelé antérieur et du muscle grand pectoral (SAMPS)
- Douleur faisant suite à l'implantation d'un stimulateur cardiaque



79

Douleur thoracique d'origine rhumatologique

- Syndrome de Tietze
- Syndrome de Cyriax
- Xiphodynie
- Douleurs chondrocostales



Revue du Rhumatisme Monographies, Jean-Yves Magnin, vol. 42, n° 2, p. 117-121, 2006

82

Douleur gastroduodénale à retentissement thoracique

- Spasme œsophagien
- Reflux gastro-œsophagien, avec ou sans œsophagite
- Ulcère gastroduodénal
- Lithiase vésiculaire
- Abscès ou hématome sous-phrénique



80

Douleur thoracique musculosquelettique

- Postopératoire
- Antalgique
- Syndrome myofascial
- Fracture costale
- Atteinte des muscles du thorax
- Dystonie (diagnostic d'exclusion)
- Fibromyalgie



83

Douleur thoracique d'une autre origine

- Syndrome de l'angle splénique
- Douleurs abdominales irradiant vers le thorax
 - cholécystite aiguë
 - pancréatite aiguë
 - abcès sous-phrénique ou péritonite
- Maladie de la thyroïde



81

Douleur musculosquelettique


- Douleur musculo-ligamentaire (insertion du grand pectoral sur le sternum)
- Lésions sternales (infectieuses, néoplasiques)
- Chondrodynies (femmes de 40 ans)
- Douleur au niveau de l'articulation de l'épaule
- Douleur à la colonne cervicale et dorsale
- SAMPS (Syndrome du serratus)



84

Douleur thoracique d'origine psychogène

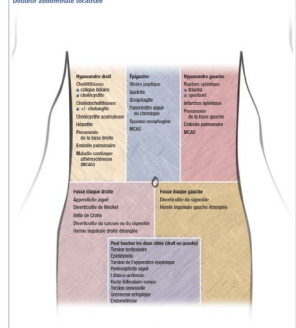
- Anxiété
- Crise de panique
- Syndrome d'hyperventilation
- Somatisation
- Trouble neurologique fonctionnel



Attention : diagnostic d'exclusion

85

Douleur abdominale localisée




- Hypochondre droit ou épigastre**
 - Douleur biliaire simple
 - Cholécystite
 - Migration calculeuse
- Epigastre**
 - Gastrite
 - Ulcère gastrique/duodénal
 - Pancréatite
- Région péri-ombilicale**
 - Pancréatite
 - Appendice débutante
- Foie iliaque droite**
 - Appendicite
- Région hypogastrique**
 - Pathologie gynécologique
- Foie iliaque gauche**
 - Diverticulite

88

Douleur thoracique d'origine neurologique

- Douleur postopératoire
- Zona intercostal caractérisé par des douleurs, mais aussi par une éruption vésiculeuse métamérique
- Tassement vertébral
- Syndrome du défilé thoracique



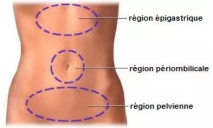
86

Douleur abdominale

- L'évaluation de la douleur abdominale permet de déterminer si elle est de nature viscérale, pariétale ou référée.
- Une douleur viscérale est causée par la distension ou l'inflammation d'un organe. Elle est souvent décrite comme une lourdeur diffuse, un tiraillement ou une crampes. Elle est soulagée par un raidissement de la paroi abdominale qui provoque un réflexe dit de défense volontaire. Elle sera exacerbée par la palpation.
- Une douleur pariétale est liée à l'irritation du péritoine. Elle est intense, constante et peut être circonscrite si une partie seulement du péritoine est atteinte. Si l'inflammation touche l'ensemble de la paroi abdominale, la péritonite est généralisée et douloureuse; elle provoque un réflexe dit de défense involontaire. La douleur sera aggravée par des variations de tension dans le péritoine, comme celles provoquées par une toux ou des éternuements.
- La douleur peut être qualifiée de référée, c'est-à-dire qu'elle est perçue à un endroit autre que le site de l'organe touché.

89

Douleur abdominale et pelvienne



87

Douleur abdominale

- Inspection.** Elle comprend trois étapes.
 - La première consiste à observer l'allure générale de la personne : son faciès (douleur), sa démarche (recourbée) et sa position (inconfort, changements fréquents).
 - La deuxième consiste à observer l'abdomen : contour, aspect (plat, arrondi, distendu, renflé, ou augmentation du volume) et symétrie (déformation de la paroi, masse, hernie).
 - La troisième consiste à observer la peau : la coloration de la peau et la présence de lésions, de cicatrices ou d'une dilatation veineuse peuvent fournir des indices.
- Auscultation.** Absence de bruits intestinaux (pendant plus de deux minutes consécutives), bruits intestinaux hyperactifs ou hypoactifs
- Percussion.** Elle permet d'évaluer la densité du contenu abdominal.
- Palpation.** Elle s'effectue en deux étapes : une palpation superficielle suivie d'une palpation profonde.
- Évaluation psychologique**

90

Douleur pelvienne

- L'interrogatoire apprécie le « contexte » psychologique, conjugal, familial et socioéconomique, et cerne la personnalité de la patiente. Pour cela, il doit être fouillé et non directif, afin de laisser la femme, voire le couple, exprimer ses maux.
- Les antécédents obstétricaux, gynécologiques, chirurgicaux, médicaux et psychiatriques doivent être recueillis.
- Il importe de ne pas oublier les antécédents de violence sexuelle.



97

Personnes âgées : souffrance globale

Physique

Articulaire : arthrite, arthrose, ostéoporose
 Neurologique : AVC, zona, névralgie faciale, tassement vertébral, amputation, etc.
 Vasculaire : artérite, ulcère variqueux, etc.
 Réduction de la mobilité et de l'autonomie

Psycho-affective

Anxiété, dépression (la vie est triste)
 Peur du lendemain
 Deuil d'êtres chers, d'amis



100

La personne âgée et la douleur



98

Vieillesse de l'appareil psychique

Altération des processus

de l'attention et de la concentration,
 du raisonnement,
 de la motivation,
 des capacités,
 de la confiance en soi et de l'estime de soi,
 de la cognition,
 des fonctions sensorimotrices, émotionnelles et motivationnelles,

qui conduisent vers une inhibition psychomotrice majeure et une désagrégation de la conscience de soi.



101

Caractéristiques de la population gériatrique

Pathologies associées
 Modifications physiologiques
 Polymédication
 Troubles cognitifs
 Troubles psychiatriques



99

Le sujet âgé et son rapport à la douleur

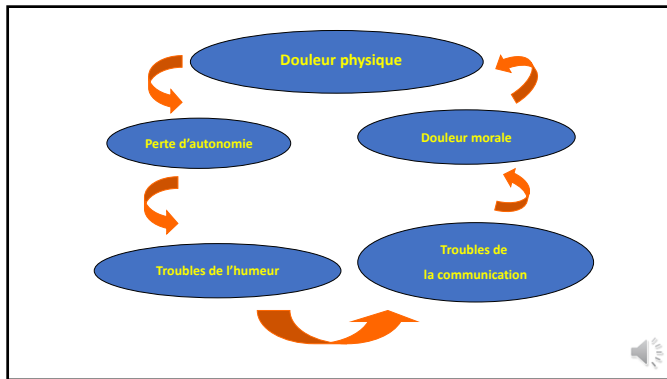
Résignation
 Fatalisme
 Stoïcisme

Le sujet âgé face à son corps

Modification de l'image corporelle
 Modification de l'expression corporelle
 Utilisation du corps comme vecteur de communication



102



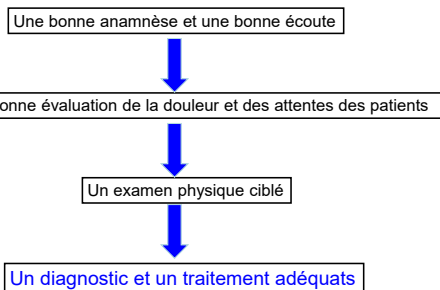
103

Soyez le médecin que vous souhaiteriez pour vous-même!

- Soyez à l'écoute, attentif au patient.
- Montrez-vous compréhensif à l'égard de ses inquiétudes et de ses appréhensions.
- Encouragez-le à s'exprimer : « Ah oui », « Et alors », hochements de tête, etc.
- Reformulez régulièrement ce qu'il vous dit pendant l'interrogatoire (pour lui montrer que vous saisissez bien les choses!).
- Réconfortez-le, faites preuve d'empathie (il ne s'agit pas de pleurer avec le patient, mais de lui montrer que vous êtes avec lui dans l'épreuve qu'il traverse).

106

Conclusion



104

Merci de votre attention...



107

Avant de communiquer votre plan de traitement...

- Synthétisez le problème à partir des données recueillies lors de l'interrogatoire, de l'examen physique et de l'analyse des examens complémentaires. Je suis d'avis que (énoncez votre diagnostic).
- Dressez une liste des problèmes et établissez les priorités.
 - Prescrire les examens complémentaires utiles.
 - Mettre en place les traitements.
 - Organiser le suivi.
 - Prendre en compte les aspects psychosociaux et de la santé liés au diagnostic.
- Élaborez une stratégie de prise en charge.

105