

La Douleur Chronique

dans votre pratique

Medicol 2023

Dr. Marc-Etienne Corthésy,

FMH Anesthésie, Hypnose, Douleur, Urgences

Service d'Anesthésie et Consultation
Douleur Hypnose et Thérapies Brèves

Clinique Hirslanden Bois-cerf,

CH - 1006 LAUSANNE

+41 21/619-6297 douleur-hypnose@hirslanden.ch



IAASP

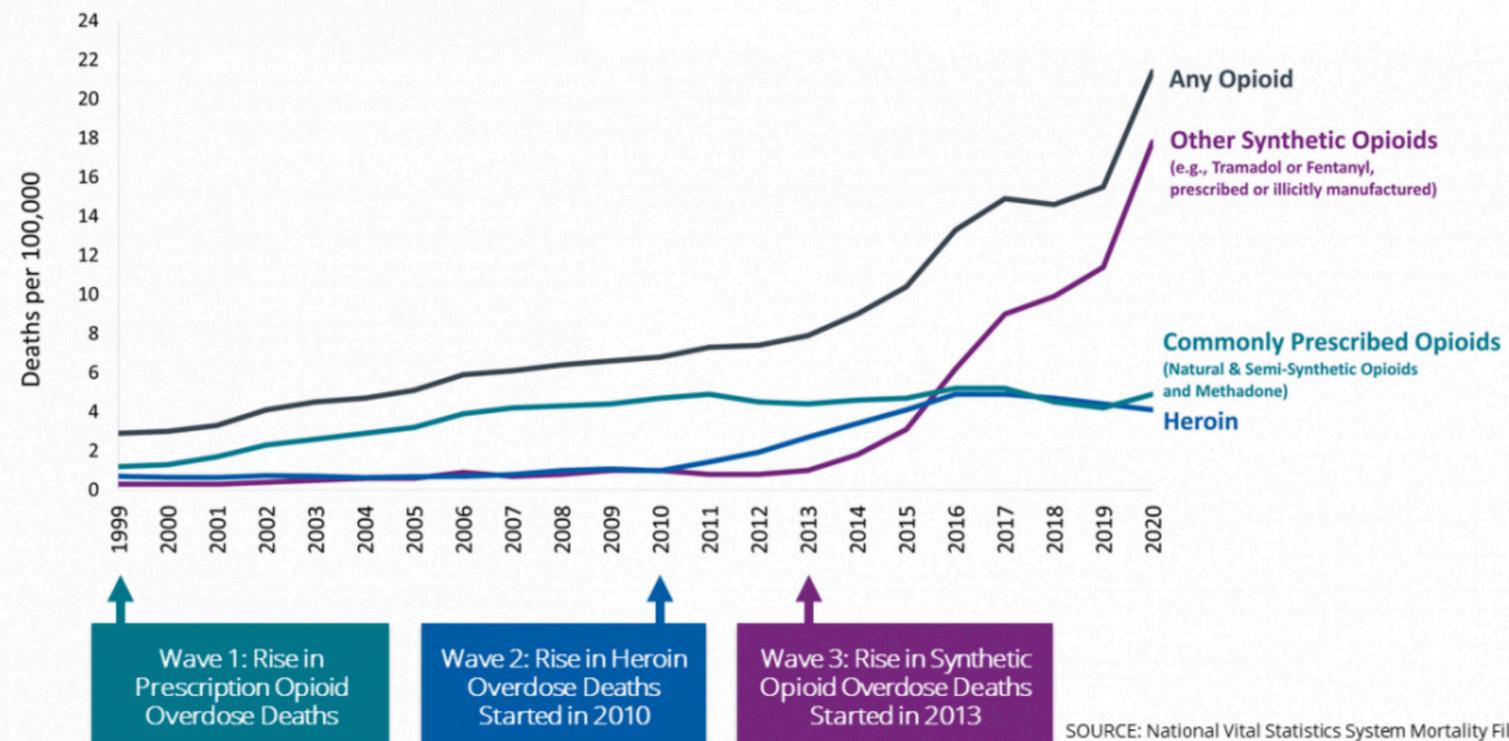
INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR THE STUDY OF PAIN

CELEBRATING | 1974-2024



Crise des opiacés

Three Waves of Opioid Overdose Deaths



 United States

Coronavirus Cases:
107,056,695

Deaths:
1,164,564

Recovered:
105,099,092

[Daily Cases Graph](#) - [Daily Deaths Graph](#)



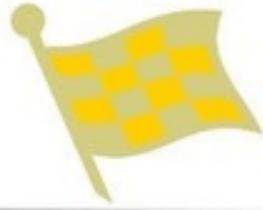
IASPP

**INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR THE STUDY OF PAIN**

CELEBRATING | 1974-2024



Yellow Flags



- Belief that pain and activity are harmful
- Sickness behaviours (extended rest)
- Social withdrawal
- Emotional problems
- Problems and/or dissatisfaction at work
- Problems with claims or compensation or time off work
- Overprotective family; Lack of support
- Inappropriate expectations of treatment

THE PAIN STARTS IN MY HUSBAND'S LOWER BACK, THEN IT TRAVELS UP HIS SPINE TO HIS NECK, THEN IT COMES OUT HIS MOUTH AND INTO MY EARS. AND THAT'S WHY I GET THESE HEADACHES.



87.6 Biopsychosocial or Sociopsychobiomedical Model

The diagram of the biopsychosocial model was introduced by Engel in 1977. The main factors in the development of persistent and disabling pain seem to be psychosocial. This research was formulated into the "Yellow Flags" approach to identify the psychosocial risk factors for chronicity, which was revised in 2011 to incorporate orange, blue and black flags [16].

The aim of the flags system is to address psychosocial factors early; however, the Lancet Back Pain papers of 2018 identified that the majority of healthcare professionals preferentially take a biomedical approach [7].

Chronic or persistent pain is a common problem, affecting around 20% of the population. It can be complex; social, psychological and biological factors are entwined in its causes and effects. The societal factors leading to the increased recognition and demands for treatment of chronic pain have focused on the biomedical aspects and the use of the WHO analgesic ladder, which was intended for treatment of cancer pain. Despite initial optimism, the treatment of chronic non-malignant pain, in the same way as cancer pain, has been found to be ineffective for pain management or improvement in quality of life. Indeed, the opposite effects of increasing disability and dependence seem to be the result, with the epidemic of opioid-related deaths being the tip of the iceberg.

This chapter briefly outlines the underlying mechanisms of pain and dependence, but the main focus is on possible strategies to reduce the potential harms arising from the pharmacological treatment of chronic pain.

Addiction



1989, l'année où l'Occident a tout raté

- * Le risque d'addiction est comme le risque d'ornières au passage d'un véhicule plus ou moins lourd sur un terrain plus ou moins meuble.



... : Cannabis

Recepteurs: CB1 (SNC, inhibent le relachement de neurotransmetteurs, notamment reward system)
CB2 (modulation de cytokines et migrations de cellules immunes).

NB: ECS endocannabinoid system

Efficaces dans :

- douleur aigue et chronique (postop, cancer, migraine, rhumatologique...). Evidence moyenne
- modulation de l'appétit et nausées. Evidence faible.
- spasticité, SEP. Evidence faible



IAASP

INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR THE STUDY OF PAIN

CELEBRATING | 1974-2024



- **La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion**

Douleur: définition IASP

Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

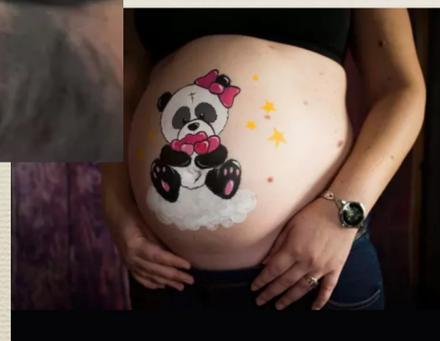
La définition est complétée par:

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

Douleur (IASP)



* La douleur peut représenter mille conditions différentes anciennes, présentes ou futures, mais dans le cas présent douloureuses.



Le Système de la Douleur



- * Alerte
 - Localisation
 - Emotion
- * Immédiate disparition de la douleur
- * Réaction neuro-hormonale et végétative (homeostatic emotion)
- * Apprentissage (connections passé-futur)

Le Système de la Douleur

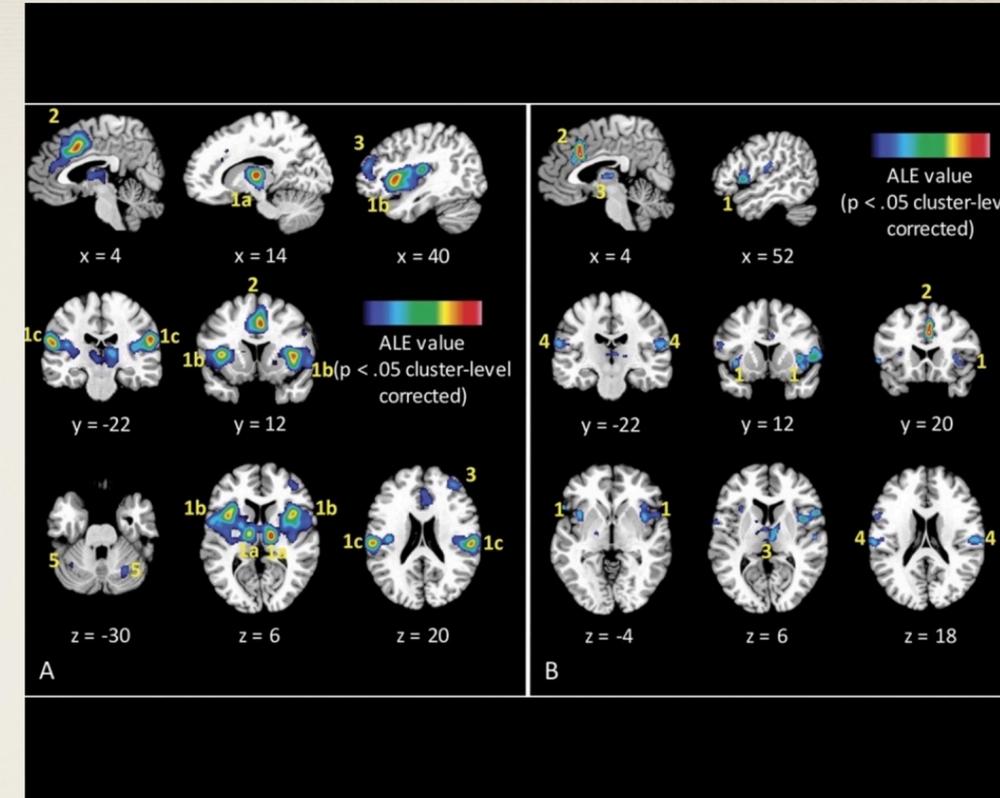
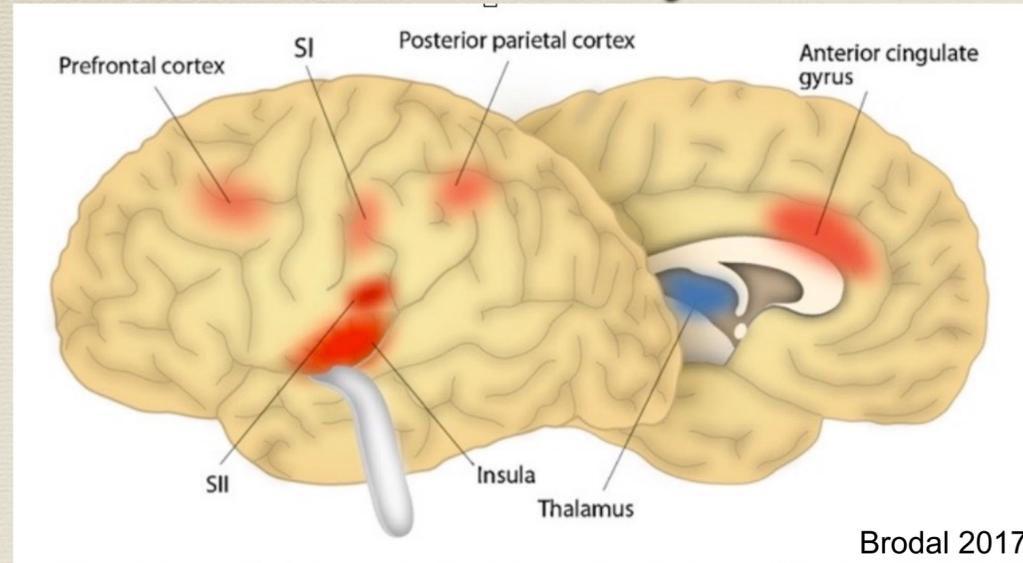
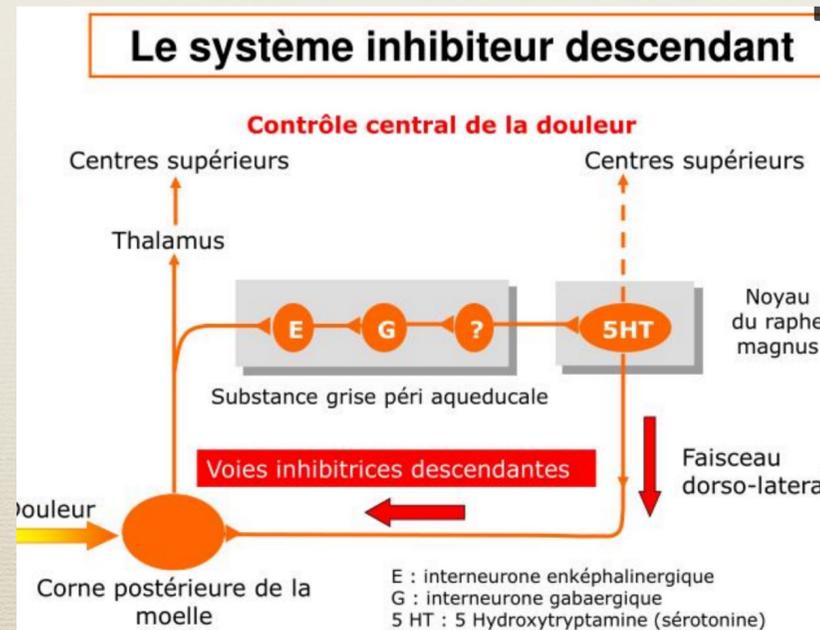
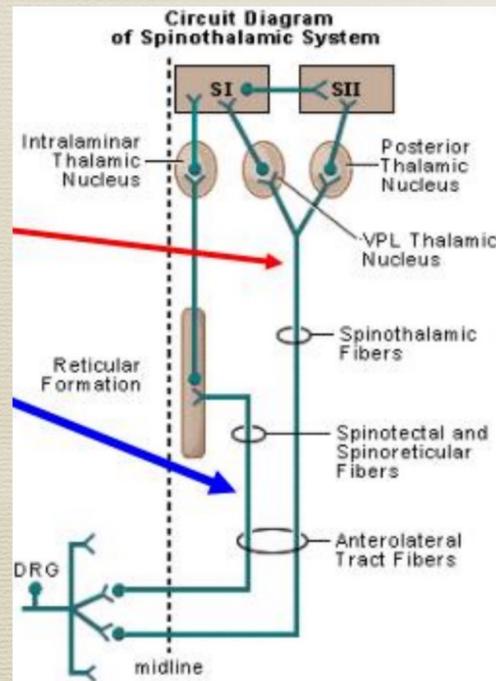


Figure 1
Activation likelihood estimation (ALE) maps for noxious stimulation across all functional imaging studies between 1990 and 2014. (A) ALE results of noxious stimulation in healthy individuals. (B) ALE results of noxious stimulation in patients with pain. In both A and B, significant ALE clusters ($P < 0.05$ cluster-level corrected inference using $P < 0.001$ uncorrected at voxel-level as the cluster-forming threshold) are projected onto a

Jensen, Regenbogen et al. 2016



Douleur Aigue-Chronique

- * Douleurs nociceptives
- * Douleurs neuropathiques
- * Douleurs nociplastiques
- * Douleurs sans substrat (non-spécifiques)

Douleur Chronique

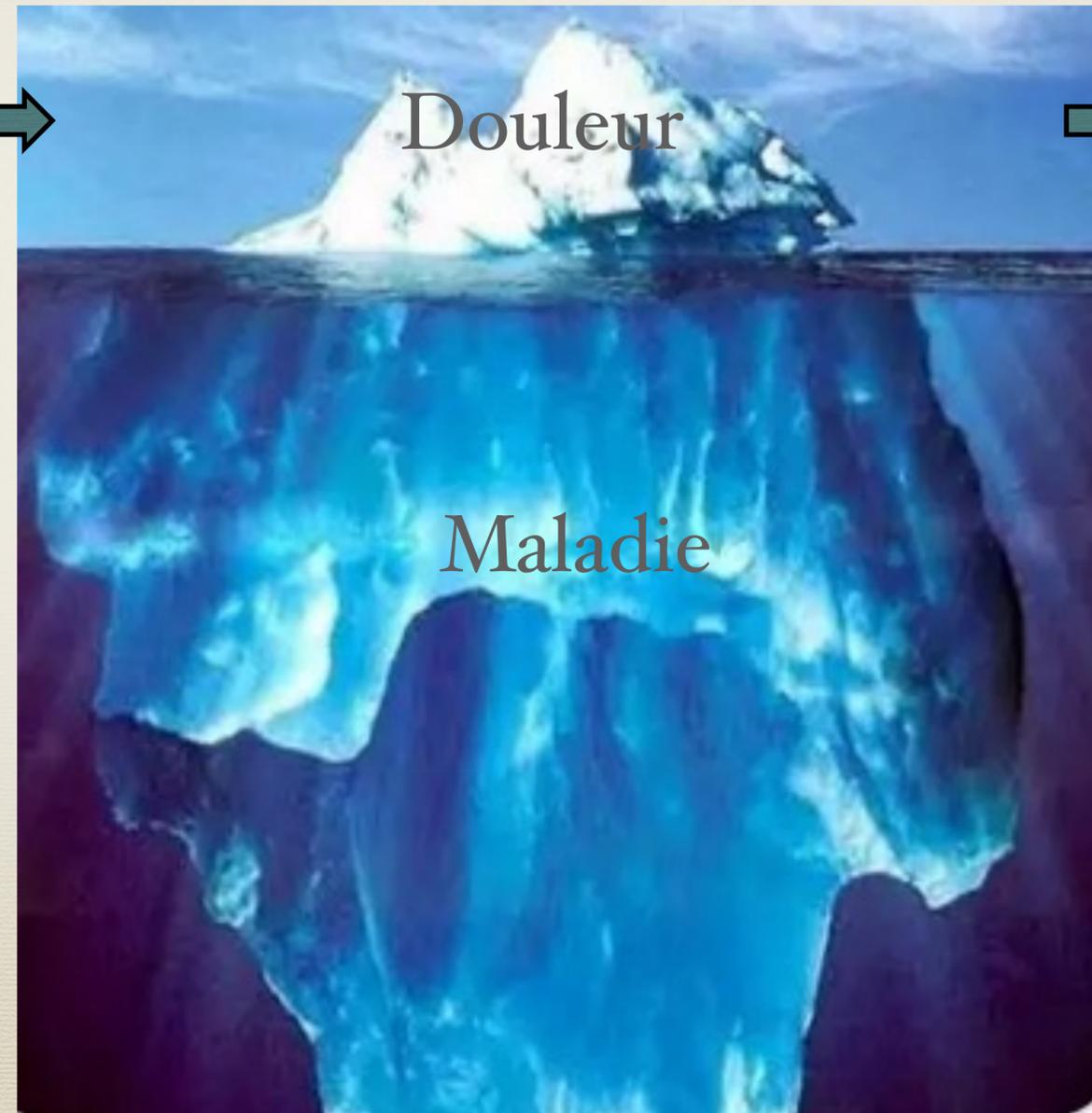
- * Douleurs nociceptives
- * Douleurs neuropathiques
- * Douleurs nociplastiques
- * Douleurs sans substrat



- * Traitement (Bio)

Douleur Chronique

- * Douleurs nociceptives
- * Douleurs neuropathiques
- * Douleurs nociplastiques
- * Douleurs sans substrat



- * Traitement (Bio)

- * Kinesiophobie
- * Dépendances
- * Dépression
- * Epigénétique
- * Famille, Travail
- * Défiance

physio, psy
addictologue
psy, physio
?
psy, med TTT, assist. soc.
Définir les rôles

Douleur Chronique Clinique

- * Efforts incessants pour ne pas souffrir, dissociation
- * Locus de contrôle externe
- * Troubles humeur, cognitifs, comportementaux
- * Perception rigide de la réalité, rapports aux proches diminués
- * Mode de vie avec des phases successives: anxiété, refus, passivité vers acceptation

Douleur Chronique

Neurosciences

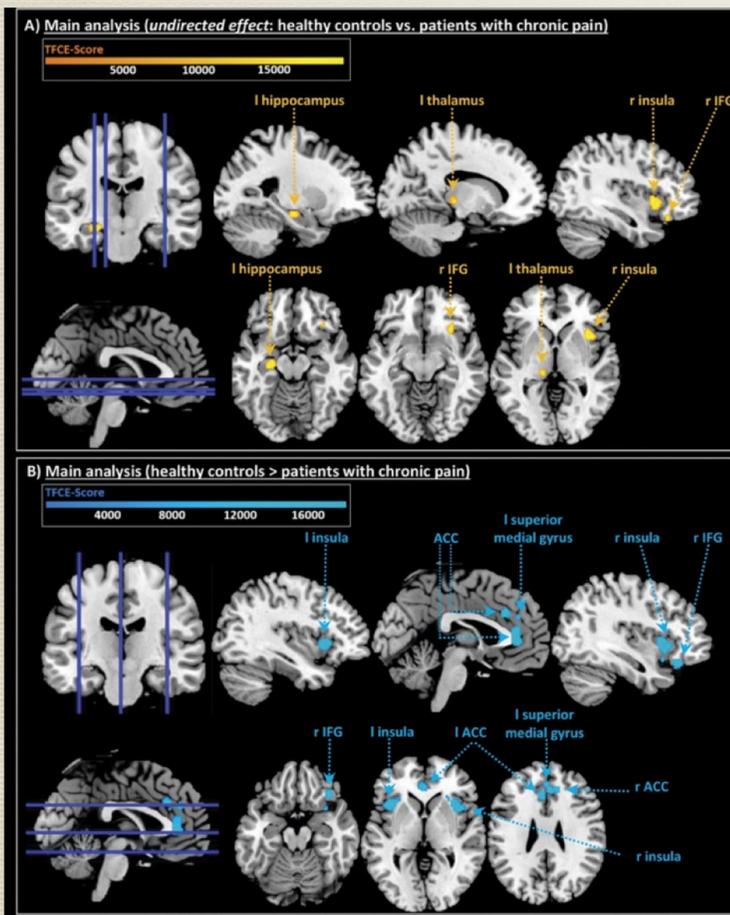


Figure 2.

Displayed are TFCE-corrected results from the ALE main analyses of structural differences between patients with chronic pain and healthy controls. (A) Group comparison of structural brain tissue (r insula, r IFG, l hippocampus, and l thalamus). (B) Structural deficits in patients with chronic pain (l & r insula, r IFG, l & r ACC, and l superior medial gyrus). ACC, anterior cingulate cortex; ALE, anatomical likelihood estimates.

- * Désynchronisation du Saliency Network (activations spont)
- * Lésions diffuses sur des structures liées à la douleur (insula, PFC, aCC, hippocampe, thalamus, amygdale)

Douleur Chronique Epigénétique

- * l'acétylation et la méthylation des histones modulent la douleur chronique par la neuro-inflammation dans la moelle épinière et les ganglions spinaux (astrocytes, microglie)
- * Rôle sur l'héritabilité de la douleur chronique?

Douleur Chronique:

Quelques syndrômes

- * CRPS
- * Douleurs neuropathiques post-op: Allodynie-hypoesthésie
- * Douleurs d'origine X

Douleur Chronique Clinique

- * Monsieur MS, 1955 ancien sapeur pompier, prof de danse, actif, PTG 2022 avec douleur post-op immédiate (NB 48h sans douleur post adhésiolyse).
- * DX: CRPS (clinique, spect, IRM)
- * TTT jusqu'ici (SPI): infiltration péridurale sans effet +physio, acupuncture
- * TTT envisagé (SPI): neurostimulateur médullaire
- * TTT actuel: CBD, Novalgine, Ponstan, Lyrica, Trittico Stilnox (+ezomeprazole, hypolipémiant, hypotenseur, Fe⁺⁺, VitD₃)
- * Etat Dépressif avec ideation suicidaire, troubles du sommeil, troubles de concentration, travaille <50% difficilement

Douleur Chronique

Clinique

- * Anamnèse à postériori: traitement hospitalier inadapté, suivi médical insuffisant, patient ne se sentant pas écouté
- * Objectifs du patient au jour de la consultation: aucun. vit au jour le jour, refuse la neuromodulation

Douleur Chronique

Traitement

* Prévention:

- information du patient pré-op
- diagnostic précoce, surtout post-op
- référer rapidement

Douleur Chronique

Traitement

- * Traitement bio-médicamenteux, interventionnel, dans un contexte plus large
- * Accompagnement: progresser vers une forme d'acceptation (donner un prénom à sa douleur ?) et vers une forme d'attitude active (maîtriser sa vie)
- * Hypnose (communication thérapeutique, hypnose conversationnelle, hypnose formelle)

Neurosciences : Hypnose Antalgique

- * Désactivation du DMN
- * Activation du Salience Network (AI, dACC)
et du Central Executive Network (IFPC)
- * Antalgie hypnotique:
 - * Activation du Cortex Préfrontal et désactivation du Thalamus medial
 - * Diminution de la transmission au cortex S₁, S₂, S₃ (Casaglia)
 - * Diminution de l'activation de l'Insula (Lorenz, PETscan)
 - * Augmentation du seuil de déclenchement du réflexe douloureux R₃

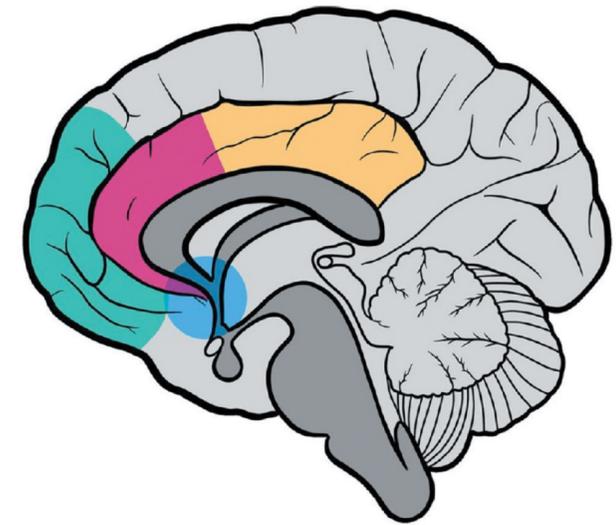


Figure 1. General localization of brain areas currently showed as involved in hypnosis pain modulation in chronic pain patients. Green: prefrontal cortex, pink: anterior cingulate cortex, yellow: posterior cingulate cortex, blue: insula.



Douleur Chronique

Communication Thérapeutique

- * exemple 1: rejoindre le patient *-je vois que vous avez sacrément mal*
- * exemple 2: position basse *-mais je ne vois pas comment je vais pouvoir vous aider, pensez-vous que ce geste serait adéquat?*
- * exemple 3: ratifier - féliciter *-je vois que vous y mettez beaucoup d'énergie, je pense que vous avez vraiment envie de faire progresser votre confort de vie.*
- * exemple 4: suggérer *-je me demande comment vous allez faire*

Traitement de la douleur aiguë surajoutée chez un douloureux chronique

- * Tenir compte de l'induction enzymatique

exemple opiacés: se fier à l'état de conscience du patient, qui va être modifié bien avant que le *rythme respiratoire* ne diminue

- * Tenir compte de la détresse psychologique.

Conclusions

- * La douleur chronique est une *maladie* liée à des déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux
- * Le traitement bio-médicamenteux de la douleur est nécessaire mais pas suffisant
- * L'utilisation des morphiniques doit être limitée aux douleurs cancéreuses

Conclusions

Prévention

- * La présence d'une douleur aiguë doit faire évoquer la possible chronification.
- * Une origine incertaine à la douleur justifie une consultation spécialisée de la douleur
- * La prise en charge de la douleur chronique implique
 - une composante bio-médicale (approche de la douleur)
 - une composante psycho-sociale (approche de la maladie douleur chronique)

Conclusions

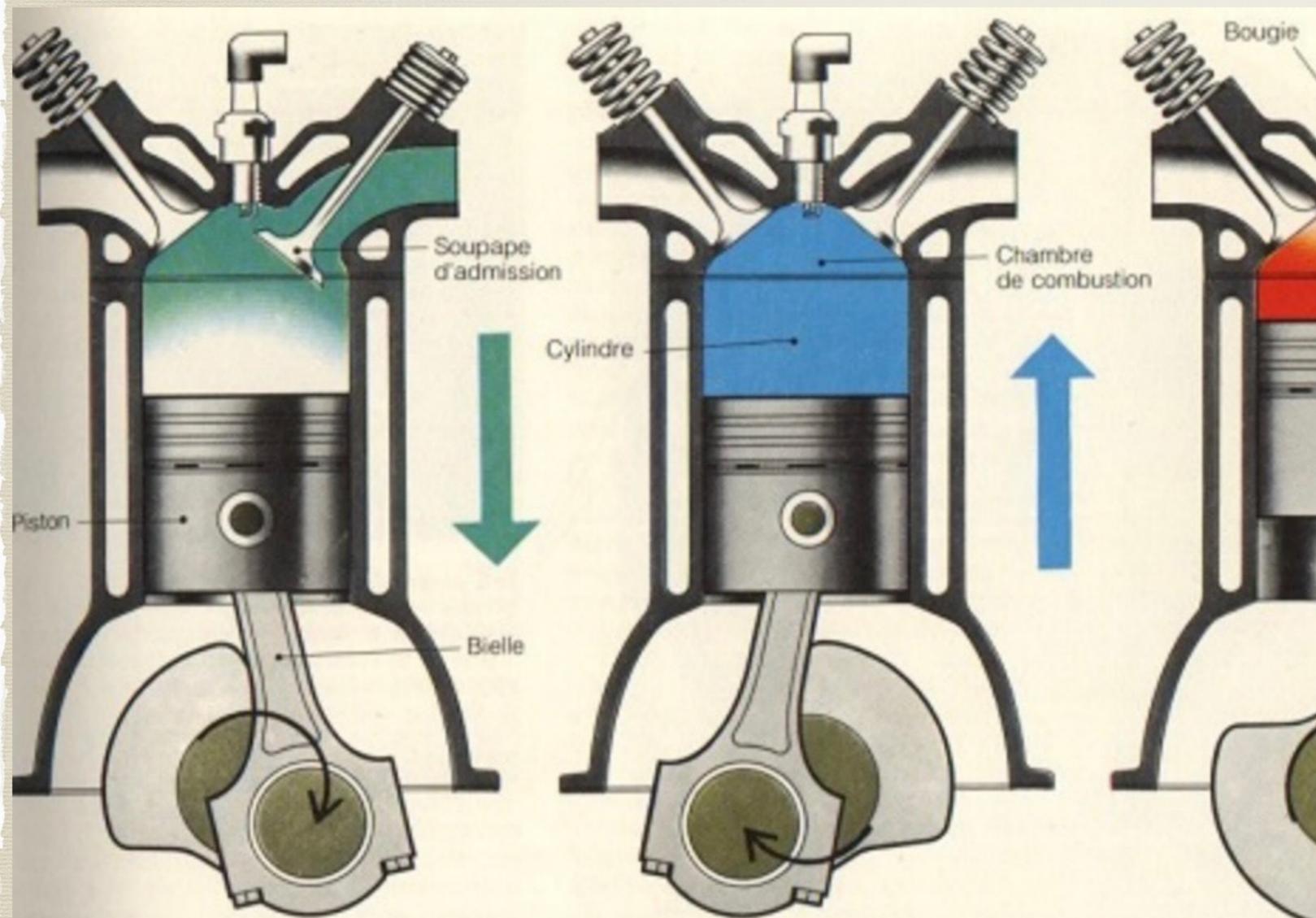
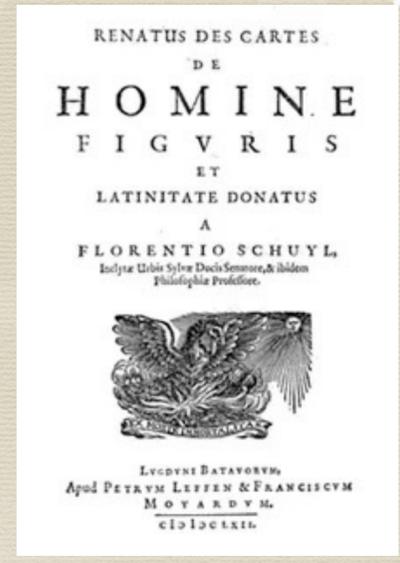
Communication

- * Il n'y a pas de communication neutre
- * Des méthodes adaptées de communication
 - * modifient la représentation que se fait le patient (communication thérapeutique)
 - * améliorent le confort immédiat (autohypnose) et le confort général (suggestions)
- * L'accompagnement du patient est essentiel pour l'aider à accepter sa douleur, retrouver une attitude active, reprendre la maîtrise de sa vie

Bibliographie

- Baumbach, P., W. Meissner, J. R. Reichenbach and A. Gussew (2022). "Functional connectivity and neurotransmitter impairments of the salience brain network in chronic low back pain patients: a combined resting-state functional magnetic resonance imaging and 1H-MRS study." Pain.
- Bicego, A., F. Rousseaux, M. E. Faymonville, A. S. Nyssen and A. Vanhaudenhuyse (2022). "Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature." Am J Clin Hypn **64**(1): 62-80.
- Brodal, P. (2017). "A neurobiologist's attempt to understand persistent pain." Scand J Pain **15**: 140-147.
- Casiglia, E., F. Finatti, V. Tikhonoff, M. R. Stabile, M. Mitolo, F. Albertini, F. Gasparotti, E. Facco, A. M. Lapenta and A. Venneri (2020). "MECHANISMS OF HYPNOTIC ANALGESIA EXPLAINED BY FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE (fMRI)." Int J Clin Exp Hypn **68**(1): 1-15.
- el-Guebaly, N. C., Giuseppe; Galanter, Marc; Baldacchino, Alexander M. (2021). Textbook of addiction treatment : international perspectives. Milan, Springer Reference.
- Gracely, R. H. (1995). "Hypnosis and hierarchical pain control systems." Pain **60**(1): 1-2.
- Henn, A. T., B. Larsen, L. Frahm, A. Xu, A. Adebimpe, J. C. Scott, S. Linguiti, V. Sharma, A. I. Basbaum, G. Corder, R. H. Dworkin, R. R. Edwards, C. J. Woolf, U. Habel, S. B. Eickhoff, C. R. Eickhoff, L. Wagels and T. D. Satterthwaite (2022). "Structural imaging studies of patients with chronic pain: an anatomical likelihood estimate meta-analysis." Pain.
- Jensen, K. B., C. Regenbogen, M. C. Ohse, J. Frasnelli, J. Freiherr and J. N. Lundstrom (2016). "Brain activations during pain: a neuroimaging meta-analysis of patients with pain and healthy controls." Pain **157**(6): 1279-1286.
- Kiernan, B. D., J. R. Dane, L. H. Phillips and D. D. Price (1995). "Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia." Pain **60**(1): 39-47.
- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York, Scribner.
- Nijs, J., A. Lahousse, E. Kapreli, P. Bilika, I. Saracoglu, A. Malfliet, I. Coppieters, L. De Baets, L. Leysen, E. Roose, J. Clark, L. Voogt and E. Huysmans (2021). "Nociplastic Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future." J Clin Med **10**(15).
- Piguet, V., G. Zoutter, N. Cuddy, A. Forster and M. Coen (2021). "[Use of hypnosis in chronic pain : a setting in motion]." Rev Med Suisse **17**(744): 1210-1213.
- Porter, J. and H. Jick (1980). "Addiction rare in patients treated with narcotics." N Engl J Med **302**(2): 123.
- Rainville, P., G. H. Duncan, D. D. Price, B. Carrier and M. C. Bushnell (1997). "Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex." Science **277**(5328): 968-971.
- Yapko, M. D. (2015). Hypnosis and the treatment of depressions : strategies for change.
- Yarnitsky, D. (2015). "Role of endogenous pain modulation in chronic pain mechanisms and treatment." Pain **156 Suppl 1**: S24-S31.

Annexe: René Descartes (1596-1650)



Annexe 2: Formation



SWISS PAIN SOCIETY

Suchen DE FR EN

Actuel Infos pour membres Infos pour personnes concernées À propos de nous

Devenir Spécialiste Douleur SPS

Le titre «Spécialiste Douleur SPS®» est dispensé par la Swiss Pain Society et est valable cinq ans. Les thérapeutes et toutes personnes qui détiennent ce titre apparaissent sur une liste en tant que «Spécialiste Douleur SPS®». Le titre peut être mentionné sur le papier à lettre professionnel, en-dessous de la signature.

Le titre favorise la reconnaissance des qualifications et compétences spécifiques des membres de la SPS dans le domaine de la médecine de la douleur et n'affecte pas les frais de traitement dans les soins de santé. La Société considère ce titre comme un pas important vers une meilleure reconnaissance de la médecine de la douleur en Suisse et vers la promotion de la qualité.

Le titre ne peut être acquis que par les membres du SPS.



SPS Schmerzspezialist:in | Spécialiste Douleur SPS®

Cette carte a été créée avec Google My Maps. Créez la vôtre.



SSIPM Swiss Society for Interventional Pain Management

Zone des membres FR

Home Sujets actuels Pour les patients Pour les médecins La société Contact

"Nous souffrirons tant que nous laisserons souffrir."
Tilly Boesche-Zacharow

Swiss Pain Congress

Bienvenue sur le site de la SSIPM

Vous êtes une médecin(e)?
Devenir membre SSIPM
Obtenir le certificat SSIPM
Recertification du certificat SSIPM

Vous souffrez de douleurs?
Trouver un(e) spécialiste
Consultez notre SSIPM Blog



irhys L'INSTITUT L'HYPNOSE FORMATIONS AUTO-HYPNOSE ADHÉSION CONTACT

Prochaines formations professionnelles de base

