

Gestion de la douleur chez l'artéritique au stade II

Alain Pianeta (Kinésithérapeute)

apianeta@boisgibert.net

Centre de réadaptation Cardio-Vasculaire Bois Gibert

Ballan- Miré 37



20^{èmes} Journées Nationales du Gers 29 & 30 septembre 2016

Définition de la douleur

- Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) , « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » * . International Association for the Study of Pain (IASP) « Pain terms: a list with definitions and notes on usage » *Pain* 1979;6:249-252.
- et ou un effet secondaire d'une dysfonction, l'ischémie musculaire lors de la marche, d'autres tissus.
- En 1994 L'IASP propose cinq critères distincts de classification (H. Merskey et N. Bogduk, 2 ed. Seattle: International Association for the Study of Pain : *Classification of Chronic Pain*, 1994, p. 3-4) :
 - la région du corps impliquée : Région du membre inférieur selon le territoire atteint,
 - le système dont la dysfonction cause la douleur : Sténose artérielle (plaque athérome),
 - la durée et la fréquence : Aigue et intermittente (stade II) puis chronique et souvent permanente (stade III , stade IV),
 - l'intensité et la durée depuis le début .
 - L' étiologie: Mécanisme de l'artérite oblitérante chronique des membres inférieurs.

*“an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”.

Caractéristiques du stade II

| Classification Leriche et Fontaine | Descriptif | Classification actuelle |
|---|---|---|
| Stade II : Ischémie d'effort se manifestant lors de la marche par une claudication pure , absence de symptômes au repos | <ul style="list-style-type: none"> Boiterie perturbée selon l'intensité de la douleur (0 à 10) Distance de gêne, distance totale, Nb arrêt, durée Arrêt | <p><u>Le stade d'ischémie à l'effort</u> ou d'ischémie induite par l'effort (de marche) correspond aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>AOMI sans traduction clinique</u> dans les conditions d'activité usuelles du patient malgré la présence de lésions occlusives hémodynamiquement significatives (signaux Doppler distaux anormaux ou IPS abaissé au repos <u>en décubitus</u> ; test de provocation d'hyperémie réactionnelle ou test de marche sur tapis roulant avec mesure de la pression à la cheville post-effort anormaux) ; - <u>AOMI avec claudication intermittente</u> douloureuse d'effort, de degré divers (critères de validation identiques). |

Baisse débit artériel → ischémie d'effort → Douleur



Révolte- Résignation – Renoncement- Dépression

Frein, Résistance, Non-Observance

Perte d'autonomie
Diminution qualité de vie

Aggravation

Perturbation du schéma de marche selon l'intensité de la douleur

Cotation douleur (0 à 10)

| Cotation douleur | 0 - 4 | 4-5 | 6 | SUP 6 |
|-------------------------|---|---|---|---|
| Boiterie (claudication) | Pas de perturbation | translation bassin, rotation externe légère hanche, Déroulement pied (talon-plante) à contrôler Pas antérieurs et postérieurs légèrement perturbés (amplitude, fréquence) | rotation externe hanche à contrôler, Esquive déroulement pied (talon-plante-orteils) à contrôler Perte de la dissociation des ceintures Pas antérieurs et postérieurs de plus perturbés | Idem 6 et pas de déroulement pied, traction membre inférieur Marche dans plan sagittale devient dans un plan frontal et Arrêt |
| Phase entrainement | Echauffement long et progressif Récupération | Fin Echauffement et corps de séance efficace Durée le long possible en continue Ou en période de fractionné (interval training) | | Arrêt impérativement de durée importante pour ré-oxygéner les muscles et recommencer la marche. |
| Type entrainement | Marche plaisir | Marche amélioration et maintien des performances | | |



Prise en charge de l'AOMI stade II :

Traitée médicalement, en cours d'évolution, avant ou après pose de Stent ; avant ou après chirurgie.

Décision
éthique

+

Actes techniques

+

Apprentissage « Education »

Par Compétences:

Connaissances

Pratique

D'Adaptation

Evaluation:

Douleur

Performance

Qualité de vie :

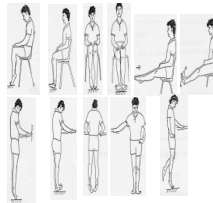
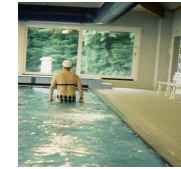
CLAU-S, *Walking*

Impairment Questionnaire

et le SF-36.

Médicaments antalgiques peu efficaces

Kinésithérapie active



Kinésithérapie passive



*Massage réflexe du tissu conjonctif
selon Teirich – Leube Dicke*

Electrothérapie

- Antalgie endomorphinique
- Capillarisation

Supporter la douleur : Techniques psychologiques

Susciter et entretenir: l'envie, le désir, la motivation (intrinsèque , extrinsèque), le plaisir de la réussite

Tenir compte et respecter: capacités, capabilité, paradigme des valeurs, des possibilités d'autonomie de la personne

Chirurgie:

stent, pontage

Ethique et pratique de la marche

"L'éthique c'est l'esthétique du dedans« P. Reverdy, Le Livre de mon bord.

- Tenir compte du vécu et des perceptions de la personne

« avoir mal, va aggraver ma maladie »

« je marche proche de mon domicile, car si je m'éloigne je ne pourrai pas revenir »

« à quoi bon marcher , je n'ai plus d'activité nécessitant la marche »

« J'ai envie, j'ai le désir de marcher pour sauver mes jambes, pour pouvoir participer aux activités de mon association »

« j'aime les voyages avec des amis et rester dans le car et ne pas pouvoir visiter les sites archéologiques, historiques me vexe et j'ai l'intention de ne plus faire des voyages organisés »

Etc.

- D'où le premier acte du soignant est de bien connaître de la personne prise en charge :

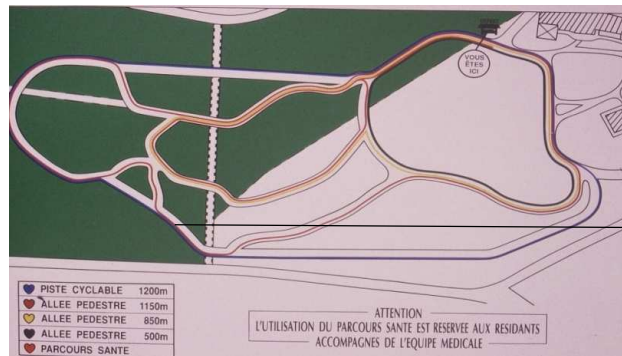
- Ses inquiétudes, l'intérêt de l'action de marcher et son symbolisme dans les pays industrialisés, pourquoi et comment se soigne t'on, les capacités et la capacité à se motiver, à supporter la fatigue, la douleur etc.

- Tenir compte des paradigmes de valeurs de cette personne pour adapter la prise en charge technique et relationnel , les moyens et les outils d'apprentissage et ou de communication, d'aide sociale .

- Amener progressivement la personne de la posture assistée et passive à celle de la personne active autonome.

- Passer d'un circuit de marche sécurisé très domestiqué à des circuits de moins en moins domestiqués avec de moins en moins de repères sécurisés.

Circuit de 100 m



Circuit de 1150 m



Pour améliorer et maintenir les performances Pour aider à l'observance

Développer et Renforcer:

- **L' Engagement et l'Intention;**
 - **La Concentration;**
- **La Préparation mentale;**
 - **Les Images Positives;**
 - **La Confiance;**
- **Le Contrôle des distractions;**
 - **L' Apprentissage répété.**
- **Les Recommandations pour la pratique clinique Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) HAS , Avril 2006, les études (Ménard, Garner , Ernst , Treesak, Leng, Fiessinger , Voyer – Pianeta) démontrent les intérêts de la pratique (Amélioration de 120 % à 180 % en moyenne de la distances de gêne , totale, durée de marche, et parfois davantage 400 %) .**
- **Entrainement à domicile:**
- Marche à vitesse confortable cot .dl < 5/10 pour une marche plaisir.
- Marche pour améliorer les capacités [5 à 6 /10] 2 à 3 fois par semaine.

Prenons, comme exemple pratique, l'entraînement à la marche

- Dame âgée de 74 ans, polyathéromateuse (carotide, coronaire PAC x3, AOMI 2 membres inférieurs). Après avis chirurgical : il est souhaitable de réaliser une éducation à la marche avant d'envisager éventuellement des angioplasties longues endo-vasculaires bilatérales.
- Durée du séjour prévu 4 semaines.
- A l'arrivée , distance totale 150 m avec 4 arrêts (cotation douleur 7-8 /10). Désire s'améliorer pour sauver ses jambes- pouvoir promener son chien- étant seule, participer aux animations voyages de son association- pouvoir traverser le parking du centre pour pratiquer l'aquagym au sein du cardioclub.
- A peur de marcher seule - ne se sent pas motivée à continuer l'entraînement à domicile seule.
- Pensée négative de l'action de marcher.

Cursus d'entraînement

| | Première Semaine | Deuxième Semaine | Troisième semaine | Quatrième semaine | Cinquième semaine |
|-------------------------------|---|--|--|---|---|
| Prise en charge | Tous les jours individuellement Coachée par un kinésithérapeute | Marche tous les jours : début sevrage coaching individuelle au sein du groupe promenade parcours de 100 m (le kiné pouvant a tout moment donner des conseils, motiver) | Marche tous les jours seule non dans un groupe. Une séance en fin de semaine individuellement | Marche seule petit parc. Milieu de semaine marche coachée sur un circuit de 500 m pour s'habituer à un espace moins domestiqué (nb de bancs diminué). Puis entraînement seule pour refaire ce parcours de 500 m Demande à être prolongée pour augmenter la distance, fortifier sa motivation | Lundi avec le kiné 2 fois 500m. Mardi , mercredi entraînement seul 2 x 500 m , jeudi 3 fois 500 m avec le kiné et vendredi fait seule 1200 m et sortie pour le domicile |
| Performances | 200 → 300 m Nb arrêts 4 Durée arrêt : 2 puis 1 minute | 300 m → 500 m 3 à 4 arrêts (1 minute) Très peu d'intervention de la part du kinésithérapeute | Marche seule selon les principes précédents. 500 m 3 arrêts. | Inquiétude d'être bloquée et de ne pas pouvoir revenir au centre même si elle avait pu le faire seule dans un petit parc . C'est pourquoi le kiné est restée avec elle pour l'aider à vaincre cette inquiétude. 800 m 3 à 2 arrêts | Pour le sevrage du coaching: le kiné accompagne la patiente au départ du 500 m , puis laisse la patiente et l'attend à l'arrivée. Puis échange sur l'expérience. 2 arrêts puis 1 arrêt par 500. |
| Techniques Massage réflexe | 40 minutes en préparation de l'entraînement (suit la séance de massage) | 40 minutes en préparation de l'entraînement (suit la séance de massage) | 40 minutes en préparation de l'entraînement qui sera à distance du massage | Séances après entraînement (récupération – récompense) 3 fois par semaine, des jours sans massage Durée 20 minutes. | Séances après entraînement (récupération – récompense) 2 fois par semaine, des jours sans massage pour préparer le retour car en ville pas de possibilité de massage réflexe. |

Actuellement à domicile fait 30 minutes de tapis roulant entre 2,5 et 3 km/H, marche extérieure 30 minutes à 40 minutes 1j /2, pratique l'aquagym 1 fois par semaine

Perspectives futures

- Le suivi de la motivation et de l'observance (Réseau de soin , Télémédecine).
- Application des découvertes sur « douleur et motivation » (dernières données sur le striatum ventral) Equipe de Mathias Pessiglione de l'unité Inserm 975 (Université Pierre et Marie Curie).
- Découvrir de nouvelles molécules antalgiques spécifiques , application de nouveaux protocoles antalgiques.
- Etc.

Laissons une des pensées de *Monsieur Teste*
(1896 dans la Revue Centaure)

conclure:

La douleur est due à la résistance de la conscience à une disposition locale du corps. – Une douleur que nous pourrions considérer nettement et comme circonscrite deviendrait sensation sans souffrance – et peut-être arriverions-nous par là à connaître quelque chose directement de notre corps profond – connaissance de l'ordre de celle que nous trouvons dans la musique. La douleur est chose très musicale, on peut presque en parler en termes de musique . Il y a des douleurs graves et d'aiguës, des andante et des furioso, des notes prolongées, points d'orgue, et des arpèges, des progressions – de brusques silences, etc...

Paul Valéry « *Monsieur Teste* » *Quelques pensées*, l'imaginaire Gallimard, 2014, p 125.

«Qui veut voyager loin ménage sa monture»
Jean Racine (1669)

