

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 9 janvier 2018

2^e heure :

Douleur fonctionnelle de l'adolescent-e : il faut bouger !

Dr JB Armengaud et Dre A-E Ambresin (CHUV, Lausanne)

Présentation de cas : Lucie, préadolescente, présente d'importantes douleurs à la cheville après s'être assise en position tailleur. Par la suite, la douleur persiste, l'évolution est mauvaise avec aggravation des douleurs, apparition de signes neurovégétatifs et changement de couleur de peau. Lors de sa prise en charge, la patiente n'a pas l'impression d'être prise au sérieux.

Il existe un passé familial lourd : perte d'enfants, le décès brutal d'un grand-père, et d'autres problèmes sensibles non précisés. Lucie est considérée comme un enfant à haut potentiel.

Dans cette situation difficile, il est décidé de procéder à une hospitalisation de décharge, qui va finalement durer six mois. Finalement, le résultat est très médiocre, Lucie sort de l'hôpital en chaise roulante.

Un diagnostic de chronic regional pain syndrom est retenu, avec l'acronyme NOS « not otherwise specified ». Un an après, elle consulte toujours en chaise roulante, la jambe reste à l'air car elle ne supporte désormais plus le poids des habits. L'école a été arrêtée, il existe un épuisement familial.

Il y a une spirale infernale qui s'est installée, avec déconditionnement physique, puis symptômes secondaires, répercussion sur la famille, perte de socialisation, perte de la scolarisation. Tout cela entraîne une grosse dépendance vis-à-vis de l'entourage, situation plus difficile à vivre lors de l'adolescence.

La problématique est : l'adolescent dit j'ai mal au corps, le Docteur dit le problème est dans votre tête.

Il s'agit d'une pathologie touchant plus les préadolescents, les filles plus que les garçons. Jusqu'à un tiers des enfants dans le monde peuvent être touchés. 3% des enfants sont hospitalisé pour des douleurs chroniques avec traitement de réhabilitation intensive. Les céphalées sont un des signes les plus fréquents, suivi des douleurs abdominales.

L'idée est de procéder à une intégration dynamique des processus biologiques. Il est nécessaire d'élargir le cadre du trouble fonctionnel, il s'agit d'un syndrome douloureux primaire, avec un impact sur la vie quotidienne.

En 2008, le principe de « central sensitization » est développé, regroupant différents syndromes. Un support anatomique peut être démontré, il existe sur les imageries par résonance magnétique fonctionnelle des différences dans les zones de cortex sensitif. Normalement la douleur subit une régulation hypothalamique, pouvant inhiber la sensation douloureuse. Ce processus peut être défectueux.

Les signes dysautonomiques et sensorimoteurs sont visualisables sur les IRM cérébrales fonctionnelles. Il y a des répercussions émotives et cognitives. Souvent, aucune cause n'est mise en évidence.

Il y a une possibilité d'améliorer la situation avec une prise en charge fonctionnelle. Il existe probablement un terrain génétique ou épigénétique.

L'entourage a un effet, probablement par manque de réponse efficace. Tout cela peut évoluer vers des douleurs somatoformes. Il existe une réponse marquée au stress, une hypersensibilité centrale, et un catastrophisme.

Il y a un modèle d'évitement interpersonnel avec peur de la douleur.

Le « catastrophizing » sert de processus émotionnel cognitif négatif, avec une rumination autour de la douleur. L'image que l'environnement donne comme réaction à la douleur influence la peur de la douleur et peut induire un processus d'évitement. Souvent on retrouve des processus similaires dans l'entourage (par exemple image de visages souffrants pouvant induire une peur de la douleur chez la personne regardant l'image). Il existe des problèmes d'anticipation de la douleur avec renforcement de la douleur.

Avec la médecine numérique, les parents deviennent experts et parfois proposent des solutions ou demandent des programmes.

Dans le cas de Lucie, finalement une hospitalisation intensive sur 5 jours comprenant un programme de physiothérapie, ergothérapie, hypnose, art thérapie et soutien psychologique a été introduit. De telles mesures donnent de bons résultats dans 85% des cas. L'effet d'une telle thérapie est visible sur les IRM fonctionnelles où l'on observe des modifications des cortex cérébraux.

La psychothérapie peut induire une régression des symptômes initiaux. Les thérapies complémentaires sont utiles comme l'hypnose, le mindfulness, les thérapies occupationnelles. Le but est de renouer l'esprit avec le corps.

En pharmacologie, les AINS et paracétamol peuvent être utiles. Les opioïdes ne fonctionnent pas. Certains traitements adjuvants comme l'Amitriptyline, la Gabapentin, la Lidocaïne et la Clonidine ont été essayés.

Au CHUV, il a été décidé de procéder à une hospitalisation intensive avec soutien psychiatrique, rééducation, gestion de la douleur par exemple par l'hypnose ou d'autres approches corporelles, l'emploi de médecine complémentaire.

Le principe de la prise en charge est de relier la tête au corps, la douleur au stress. Des remises en boucle sont nécessaires. Pour cela, il est nécessaire qu'un médecin prenne le leadership. Les familles sont souvent malmenées dans ces problèmes, et ont besoin de dialogue. Ce sont des situations qui prennent du temps.

Un retour à la vie normale va diminuer la douleur.

Il faut diminuer la peur de la douleur.

La mobilisation aide à lutter contre la douleur. Il faut normaliser la vie quotidienne : sport, société, sommeil et scolarisation

Lucie a donc bénéficié de ce schéma d'hospitalisation intensive avec ergothérapie, physiothérapie, prise en charge psychologique, avec un but de travail fonctionnelle. Le résultat de la prise en charge a été gratifiant tant pour la patiente que pour les thérapeutes. Il est nécessaire donc de travailler en réseau.

En résumé :

La récupération fonctionnelle va améliorer la douleur

La pharmacopée aide peu

Les thérapies non pharmacologiques ont leur place

Un réseau multi professionnelle est utile

Des structures spécialisées sont nécessaires

Une collaboration ville hôpital est nécessaire ainsi qu'un partage d'expérience.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch