



DOULEURS DE NÉVRÔME CHEZ L'AMPUTÉ

[FICHE CLINIQUE TENS]

PATHOLOGIE

Malgré les mesures préventives, réalisées dès le geste opératoire avec une résection haute et un parfait enfouissement du moignon nerveux, les douleurs chroniques de névrome sont encore fréquentes chez les amputés. Lorsqu'elles se présentent, ces douleurs de névrome qui sont causées par une cicatrisation pathologique, sont toujours pénibles pour les patients et gênent souvent l'appareillage, voire le rendent impossible, ce qui peut avoir des répercussions fonctionnelles importantes pour les patients.

NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE (TENS)

La stimulation électrique nerveuse transcutanée est un moyen de lutter contre la douleur en agissant au niveau de la transmission des influx nociceptifs et plus particulièrement au niveau de leur « entrée » dans les cornes postérieures de la moelle épinière. C'est le phénomène du « Gate Control » ou la théorie du portillon décrits par Melzack et Wall à la fin des années 1960, qui consiste à bloquer ou limiter l'accès médullaire des informations de la douleur en stimulant les fibres nerveuses A β sensibilité tactile).

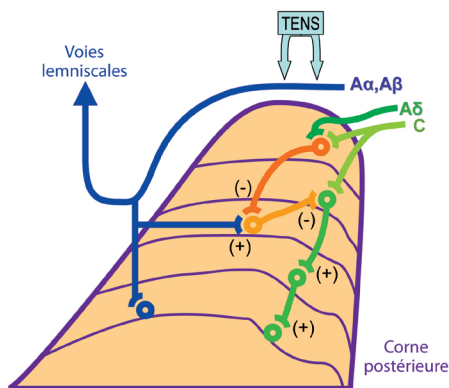


Schéma adapté de la Théorie du « Gate Control » de Wall et Melzack

CHOIX DU PROGRAMME :

Le programme P1 du Cefar TENS est recommandé pour soulager les douleurs de névrome chez l'amputé. En effet ce programme qui provoque une sensation de fourmillements chez le patient, permet d'activer le mécanisme du « Gate Control » et donc l'inhibition médullaire de la douleur.

RÉGLAGE DES L'INTENSITÉS :

L'intensité doit être augmentée de façon progressive jusqu'à la perception d'une sensation de **fourmillements confortable** dans le territoire nerveux stimulé.

Le patient sera éduqué à mettre en place ses électrodes sur le trajet nerveux, puis à monter progressivement l'intensité de stimulation jusqu'à obtenir le ressenti souhaité. Cette intensité peut

varier d'une stimulation à l'autre ; le patient apprendra à se fier à son ressenti et non à se fixer sur une valeur.

Si les deux voies sont utilisées, l'intensité sera de préférence réglée d'abord sur une voie puis sur l'autre.

En cours de stimulation, le patient peut ne plus ressentir le fourmillement et être alors tenté d'augmenter l'intensité mais il n'y a aucune raison à maintenir le cortex en éveil quand on cherche à activer un contrôle médullaire. La TENS se faisant oublier, elle n'en sera que plus utilisée sans dégradation de la qualité de vie.

Schéma 1

P1 en VOIE 1

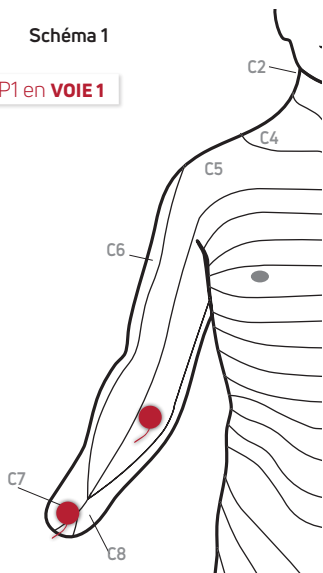
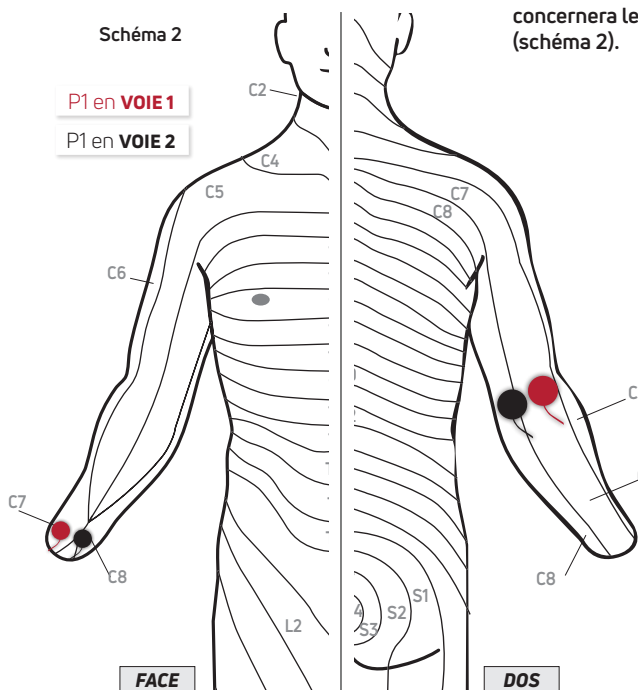


Schéma 2

P1 en VOIE 1

P1 en VOIE 2



PLACEMENT DES ÉLECTRODES :

Exemple pour un patient amputé de la main, au niveau du poignet et présentant un névrome douloureux du nerf médian.

- Si le patient ne présente pas d'allodynie, la stimulation se fera au moyen d'une seule voie et deux petites électrodes circulaires (schéma 1).
- Une petite électrode (\varnothing 32 mm) est placée sur la face antérieure de l'avant bras, deux à trois travers de doigts au-dessus du poignet.
- L'autre petite électrode est placée sur la face antérieure de l'avant-bras, deux à trois travers de doigts en-dessous du coude.

• **Si le patient présente une allodynie (ou une anesthésie) rendant la stimulation nerveuse dans le territoire du médian impossible, la stimulation concernera les territoires des nerfs ulnaire et radial (schéma 2).**

Pour la VOIE 1 :

- Une petite électrode ronde (\varnothing 32 mm) sur la face antérieure du poignet juste en avant de l'extrémité inférieure du radius.
- L'autre électrode (\varnothing 50 mm) est placée en arrière du coude, au-dessus de l'épicondyle.

Pour la VOIE 2 :

- Une petite électrode ronde (\varnothing 32 mm) sur la face antérieure du poignet juste en avant de l'extrémité inférieure du cubitus.
- L'autre électrode (\varnothing 50 mm) est placée en arrière du coude, au-dessus de l'épitrachlée.

Nous remercions le Docteur Soriot-Thomas - Consultation de la douleur CETD - CHU Amiens Picardie pour son aimable collaboration à l'élaboration de cette fiche.