

Présentation de cas clinique

Matthias Kuster 01.04.20

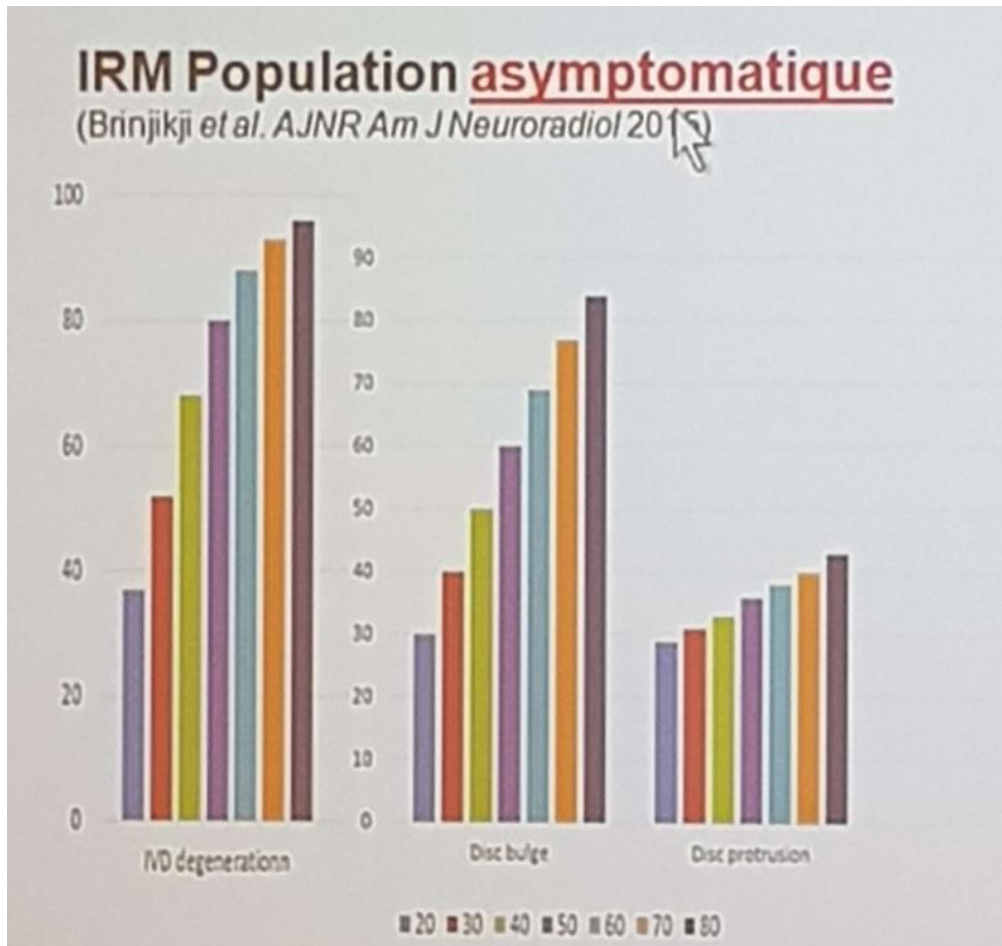
Monsieur B., 48 ans

- ▶ Connu pour lombalgies chroniques depuis 2016
- ▶ Consultation aux urgences en octobre 2019 pour acutisation des douleur
 - ▶ Pas de red flags donc envoyé pour suivi au Quartier
 - ▶ Motif caché : 3^e avis médical (a déjà épuisé 2 médecins)
- ▶ A déjà eu multiple bilan par radiographie ne montrant rien de particulier
- ▶ En consultation, patient dispersé, anxieux, avec accélération du discours et parfois incohérent

Suivi

- ▶ Suivi frustrant et compliqué, le patient commence à se plaindre de douleur partout
- ▶ Labo pour FR, anti-CCP, FAN négatif
- ▶ IRM lombaire peu conclusif
 - ▶ Très discrète discopathie dégénérative L5-S1, sous forme d'une **dessiccation discale**
- ▶ Patient très inquiet de cette «dessiccation» ...
- ▶ Demande AI

De l'importance de la clinique



1) Trouble dégénératif 2) Bombement discal 3) Protrusion

Et sur le plan social...

- ▶ Patient ancien SDF, vit actuellement chez sa femme avec des enfants
- ▶ Travaille avec port de charges lourdes
- ▶ Question-clé : y a-t-il un eu événement stressant en octobre ou une situation stressante de longue durée que vous vivez actuellement ?
 - ▶ Suspecte sa femme de le tromper
 - ▶ Problème de communication dans le couple
 - ▶ Problème de communication au travail
 - ▶ Est menacé de divorce et risquerait de finir à nouveau dans la rue
 - ▶ Serait retenté de consommer des BZD au noir comme dans le passé

De l'importance d'un modèle bio-psycho-social



Réexamen du patient en
rhumatologie

Lombalgies simples, mais douleur semble peu
typique/disproportionnée



Réexamen en médecine
manuelle

Insuffisance musculaire et douleur musculaire
Adaptation d'un programme ciblé de
physiothérapie
Dédramatisation



Consultation conjointe avec
le psychiatre

Trouble somatoforme
Trouble anxieux et trouble de l'attention (type
TADA)
Mise en place d'un suivi psy

Pourquoi ?

- ▶ Motif principal de consultation en MPR après IVRS
- ▶ Creux évidant parfois entre diagnostic et ressenti du patient
- ▶ Frustration du corps médical/sentiment d'impuissance
 - ▶ Différence des attentes
 - ▶ Projection du médecin sur le patient/contre-attitude
 - ▶ Examens multiples, pas adéquats ou coûteux
 - ▶ Manque de traitement médical efficace
 - ▶ Chirurgie peu efficace
 - ▶ Chronicisation

Le patient «difficile»

- ▶ Décrit comme «heart sink» patient
- ▶ Facteurs de risques les plus prédictifs de frustration médicale
 - ▶ Présence d'un trouble somatoforme
 - ▶ Présence d'une personnalité obsessionnelle-compulsive
 - ▶ Perception de la maladie
 - ▶ Discrepance entre perception de la maladie par le patient et par le médecin
 - ▶ Patients célibataires
 - ▶ Présence d'abus sexuel ou de violence dans l'enfance
- ▶ Conséquences
 - ▶ Sentiment d'impuissance/perte de contrôle et de frustration (médecin et patient)
 - ▶ Mauvaise relation médecin-malade (médecin et patient)
 - ▶ Abus du système de soin (patient)

“Doctors can’t handle the emotions we present with. Last time I went to the doctor, he told me that I needed a bullet in the head.”

“One specialist I went to had an egg timer on his desk. As I walked in the door, he turned the timer over and said, ‘You have three minutes. Start talking. I had waited three months for that appointment and had sat for one and a half hours in his waiting room.’ ”

“They (the doctors) don’t seem to think that you might really be in pain. They think that it is all in your mind. They think they know what is “really” happening to you. I was told straight out that I was putting on an act, that the pain wasn’t real. They all say, ‘Take some Zoloft (an antidepressant) and go home. There is nothing wrong with you.’

You start to think, ‘Am I mad or stupid?’ I’m feeling this incredible pain and they say I’m not.”

“Many of the patients I see don’t have a real pain problem - it’s all the other stuff, the other baggage that overwhelms them, the pain is the least of their problems. A lot of my patients have been abused in their lives. The injury makes this emotional pain come to the surface and the whole hurt issue takes over the focus of their lives.”

“Many of my patients have overwhelming psychological problems but they don’t like you telling them that the problem is not with the injury but with the way they are dealing with it.”

“Some people actually believe what they are telling you. . . but you just couldn’t believe that they were unable to do some small physical task because of the pain they were in.” Another doctor said, “It stands to reason. If you have done all the tests possible, and you get nothing, not a hint of a physical problem, what else can you conclude?”

“Oh, No! not another chronic pain patient!”

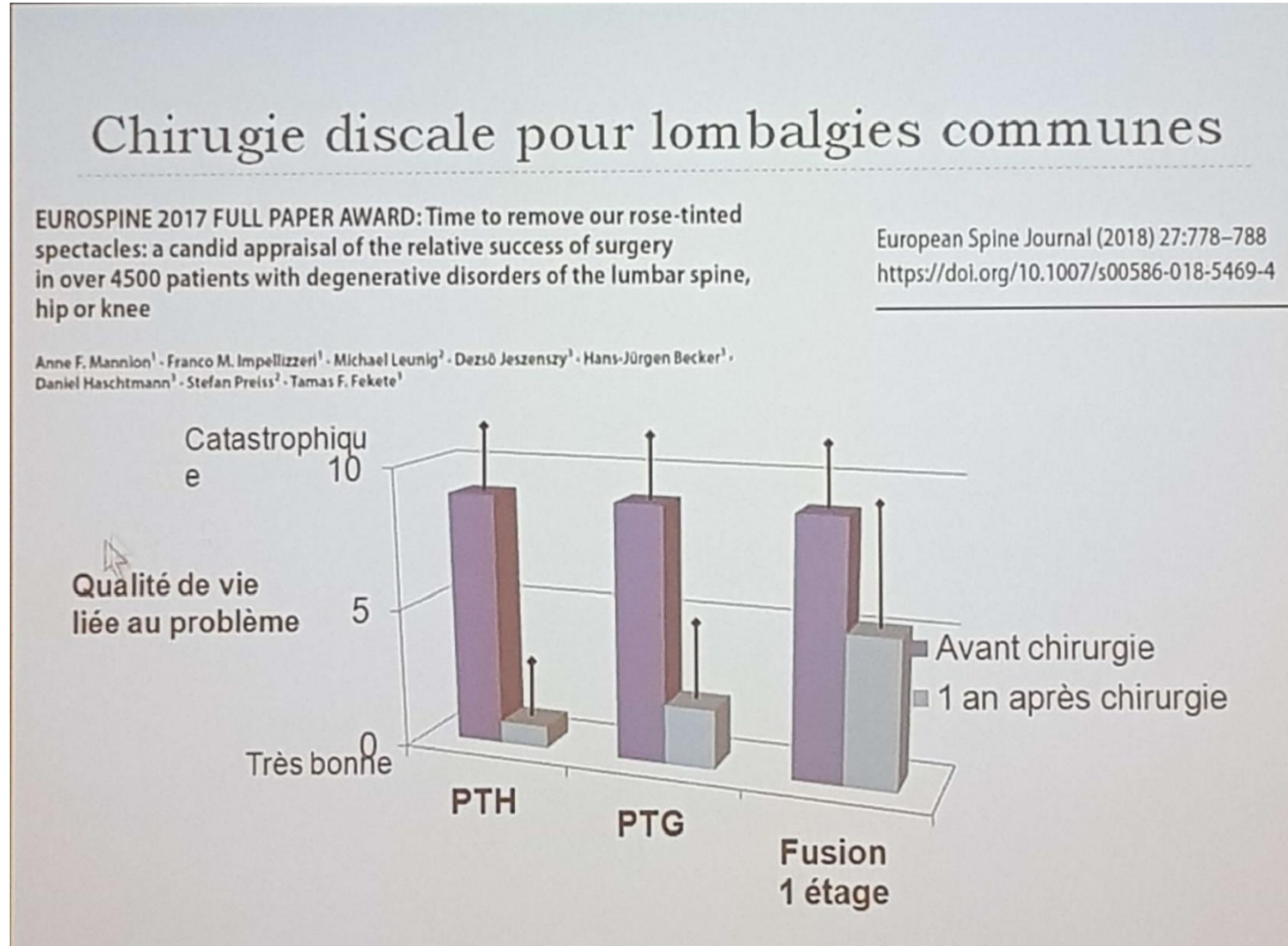
Cercle vicieux shismogénique

- Modèle biogénique (patient) vs psychogénique (médecin)
- Recherche de légitimation mutuelle
- Cataloguer (« typecasting »)
 - Dépersonnalisation
 - Dé-individuation
- « Pain acting »

Les conséquences

- Antagonisation du patient (perçu comme un mauvais patient)
- Rejet du corps médical par le patient et recherche de traitements paramédicaux
- Chronicisation des douleurs

Les traitements chirurgicaux



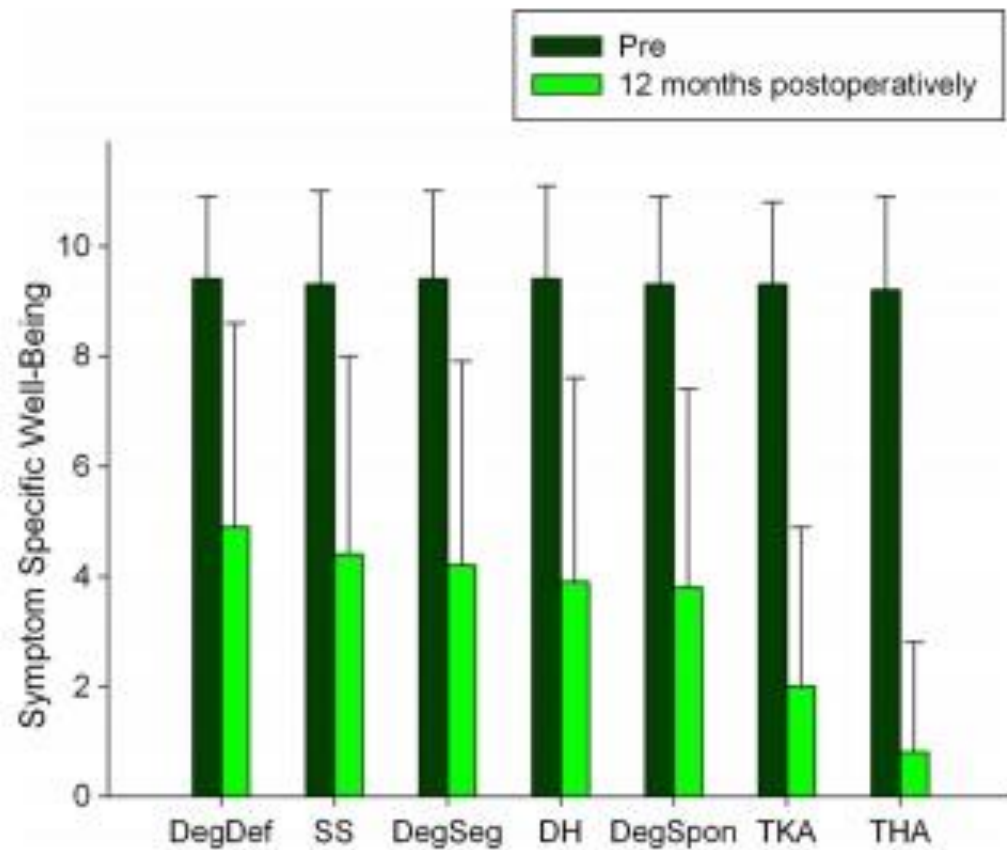


Fig. 2 Mean (SD) scores for “symptom-specific well-being” measured preoperatively and 12 months postoperatively in the different groups (scores re-scaled as 0–10)

(3) Symptom-specific well-being^a

If you had to spend the rest of your life with the symptoms you have right now, how would you feel about it?

5-point scale: (1) very satisfied; (2) somewhat satisfied; (3) neither satisfied nor dissatisfied; (4) somewhat dissatisfied; (5) very dissatisfied

Les traitements conservateurs

Traitement de la lombalgie chronique

EFFICACE	INEFFICACE
Education (à rester actif)	Massage
Exercices	Electrothérapie (ondes)
Médecine manuelle	Ceinture lombaire
Acupuncture	Semelles
Thérapie cognitivo-comportementale	
Pleine conscience	
Traitement multidisciplinaire	
	Infiltrations
Antalgique (AINS, opiacées « avec prudence »)	Paracetamol
Duloxetine, venlafaxine	Gabapentine, prégabaline

Le modèle combiné

- ▶ Approche multi-disciplinaire
 - ▶ Médecin généraliste
 - ▶ Médecine manuelle
 - ▶ Rhumatologue
 - ▶ Neurologue
 - ▶ Psychiatre/psychologue
 - ▶ Physiothérapeute
 - ▶ Masseur
 - ▶ Acupuncteur
 - ▶ Ostéopathe

Mais surtout...

Ecouter le patient sans faire de projection

Légitimer sa plainte

Explorer les représentations de la douleur

- Physiquement
- Psychologiquement
- Culturellement
- Religieusement
- Personnellement

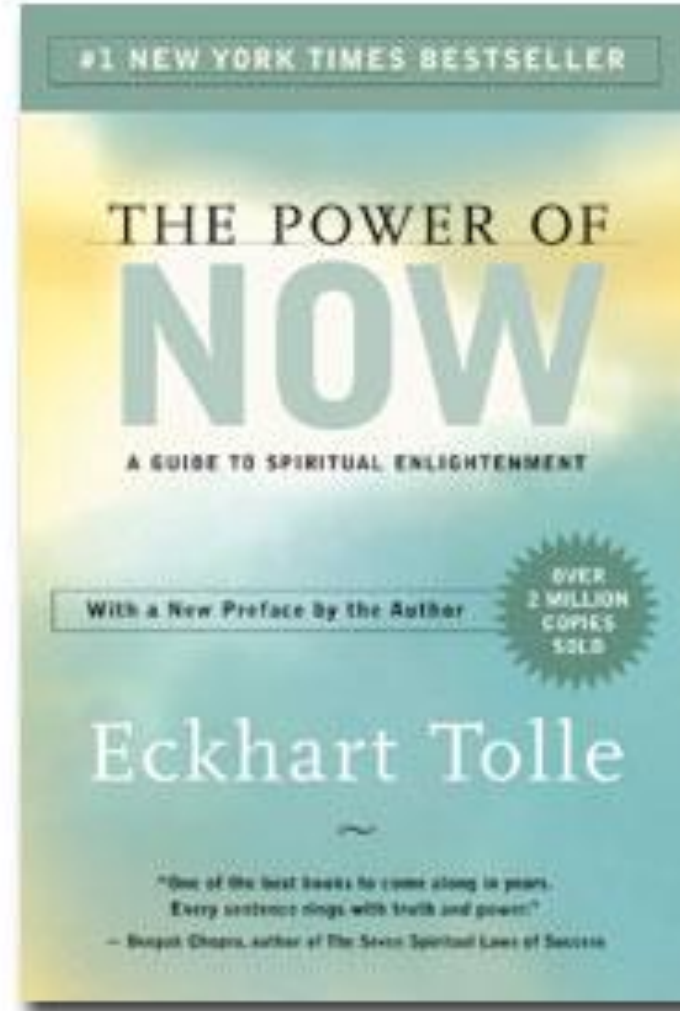
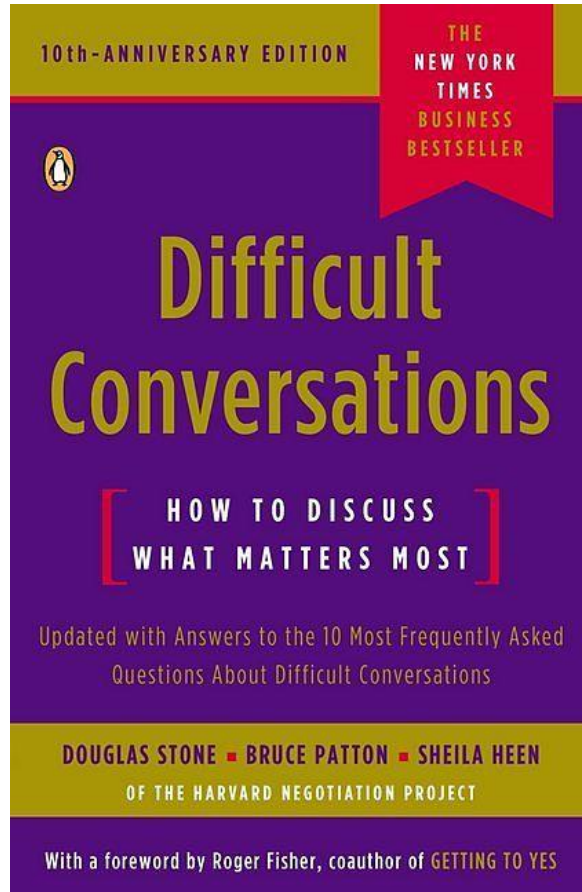
Expliquer les différents modèles et hypothèses des douleurs chroniques

- Être clair sur les limites de la médecine actuelle
- Ne pas minimiser l'impact des recherches du patient et de sa « self-medication »

Ne pas « psychologiser » le problème d'emblée

Self-empowerement

Quelques lectures





Merci !
Questions ?