

LA DOULEUR ET SES TRAITEMENTS

Se définit comme ...

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion. »

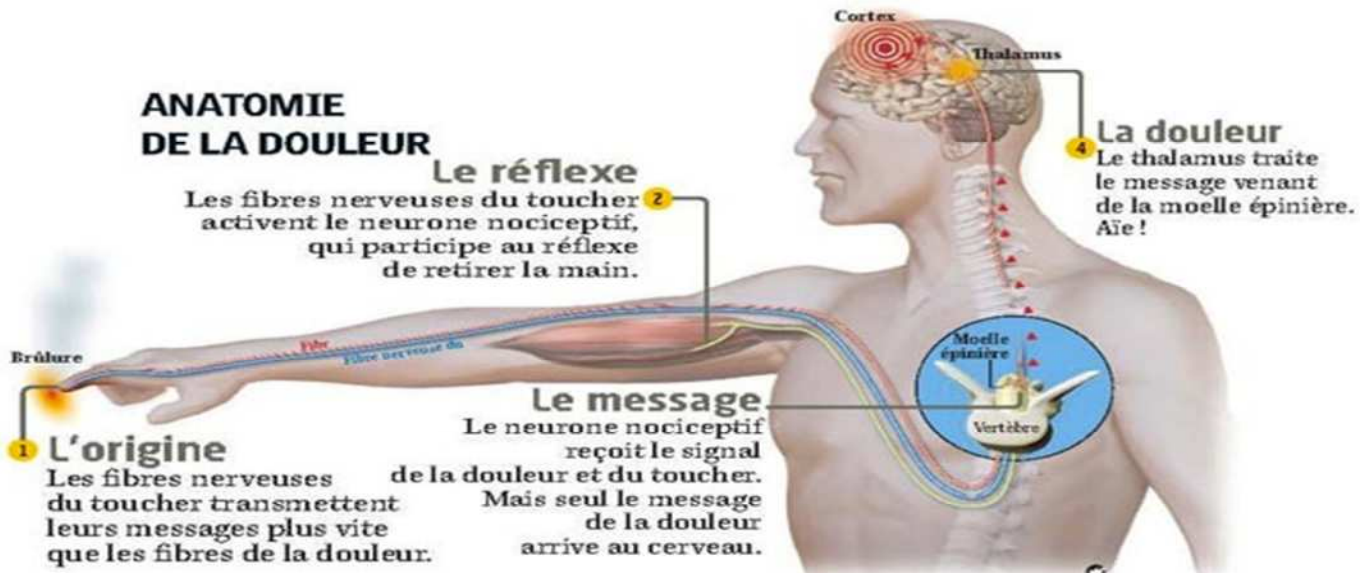
Selon l' International Association for the Study of Pain (IASP)et reconnue par l'OMS

Physiologie de la douleur

Le message nociceptif (douloureux) résulte d'une stimulation douloureuse au niveau des terminaisons nerveuses des tissus cutanés, musculaires et articulaires ainsi que les viscères.

Ce message est ensuite véhiculé par les "nocicepteurs" (voies afférentes) qui sont des fibres spécifiques des nerfs.

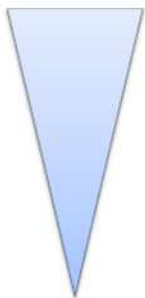
Après leur trajet dans les nerfs périphériques, les fibres afférentes rejoignent le système nerveux central au niveau des racines postérieures du rachis ou bien au niveau des nerfs crâniens.



Deux types de douleur

- Douleur aiguë et chronique
- **La douleur aiguë:** C'est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause, elle a un rôle protecteur. Elle est récente, transitoire et finit par céder rapidement par contre elle est souvent intense.
- **La douleur chronique:** Dès que la douleur subsiste (>3 mois) elle devient chronique. Cela est en fait une maladie qui va retentir sur l'appétit, le sommeil, la vie quotidienne.

Les différents types de douleur



DOULEURS NOCICEPTIVES:

- De type mécanique: Coupure, Douleur post-op
- De type inflammatoire: Rhumatisme, Cancer.

Douleurs neuropathiques:

Consécutives à une lésion du système nerveux (AVC, Section d'un nerf, Zona, Amputation).

Douleurs d'origine psychologique:

Manifestation somatique d'un trouble émotionnel (Anxiété, Dépression)
(Maux d'estomac, Migraine, Contractures).

Classification

DOULEURS NOCICEPTIVES
(S.N INTACT) : 90 %

DOULEURS NEUROGENES
(S.N LESE) : 10 %

DOULEURS PSYCHOGENES
(Sans substrat anatomique) : ?

Douleurs par excès de nociception :

- Elles sont dues à une stimulation excessive des récepteurs périphériques ce qui entraîne une douleur intense liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires, thermiques et chimiques.

Ces douleurs sont continues ou intermittentes et varient en intensité. Le seul moyen de stopper ces douleurs est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres **supra-spinaux**.

Douleurs neurogènes :

Se dit des douleurs qui ne résultent pas de lésions tissulaires. Elles sont dues à une interruption des voies nociceptives entraînant une perturbation du système de transmission. Les douleurs sont permanentes sous forme de brûlures avec des moments paroxystiques et des troubles de la sensibilité tactile:

- hypoesthésie : déficit de la sensibilité globale
- anesthésie : absence de sensibilité
- allodynie : douleur produite par un stimulus non nociceptif
- hyperalgésie : sensibilité douloureuse exagérée
- hyperesthésie : sensibilité cutanée exagérée

Les différentes causes de ces douleurs sont :

- infections
- troubles métaboliques(diabète, alcoolisme)
- toxiques
- compression nerveuse (hernie discale ,canal carpien, fibrose post-chirurgie, envahissement tumoral...)

Les douleurs neurogènes sont également appelées douleurs neuropathiques.

Douleur psychogène

- Ce sont des douleurs qui n'ont aucune cause somatique.
- Quelquefois le somatique et le psychologique peuvent être intriqués mais la majorité du temps les douleurs proviennent d'un retentissement psychologique (conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel, hypocondrie...). Ce qui rend difficile l'évaluation de ces douleurs, c'est leur description souvent imprécise, variable et de sémiologie atypique.

Votre objectif

- Soulager le malade.
- Limiter les troubles comportementaux.
- (appétit, sommeil, anxiété et baisse de l'autonomie).
- Offrir une meilleure qualité de vie.

Evaluation de la douleur

- Doit se faire : - au début de la prise en charge
- après chaque modification de thérapeutique ...
 - Elle doit être qualitative
- Définition des caractéristiques des plaintes douloureuses.

- Elle doit être quantitative

- Appréciation de l'intensité des stimulations douloureuses

L'évaluation de la douleur doit être la base du traitement, elle doit être faite à la fois par l'équipe soignante et par le patient.

On fera cette évaluation :

-A intervalle régulier.

-A chaque nouvel épisode douloureux.

-Pour surveiller l'efficacité des antalgiques (½ heure après traitement IV, 2 heures après traitement per os).

Evaluation qualitative de la douleur :

Interrogatoire du patient

- d'évaluer les répercussions de la douleur sur la qualité de vie,
- de repérer les facteurs favorisant la survenue de la douleur (ex: mobilisation ?),sa durée et si il y a des répercussions dans la journée
- Les critères à noter dans les données sont :

- Les caractéristiques de la douleur.
- La localisation.
- L'intensité.
- Le mode d'apparition.

Observation

- Avant et au cours de l'examen, du soins ou de l'effort
- Posture
- Mimique du visage
- Expression verbale
- Expression gestuelle
- Position de protection, manœuvre d'évitement
- Qualité du contact

examen clinique

Chaque tissu depuis la surface jusqu'en profondeur:

- Peau: effleurement, palper, piqûre, froid-chaud, aspect
- pannicules sous cutanés: pincer-rouler, palpation
- muscles: palpation, pression, mise en tension
- Os, articulations: pression, percussion, mobilisation
- Viscères: palpation légère élargie puis appuyée
- Débuter par la zone indolore pour finir par la zone douloureuse

Auto-évaluation

- Échelle des visages
- EVS
- EVA
- EN

QDSA(multidimensionnelle,composante sensorielle et affective

Un patient adhère à 1 échelle, qui est à conserver pour toutes les évaluations

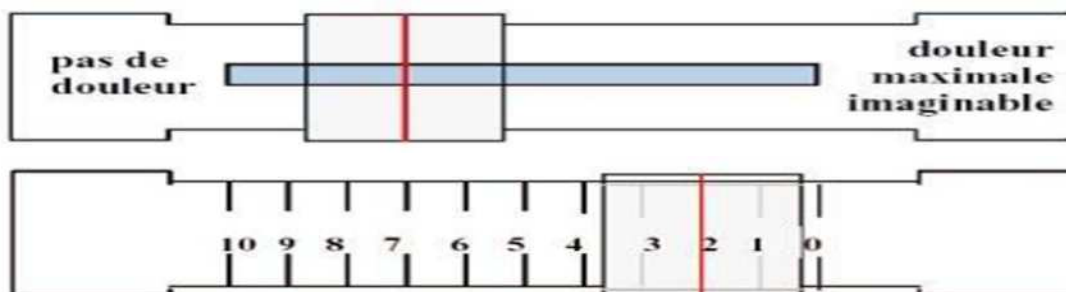
Moyens d'évaluation de la douleur

- ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)
- ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)
- ECHELLE NUMERIQUE (EN)
- ECHELLE QUALITATIVE – QUESTIONNAIRE DOULEUR
- ECHELLE DOLOPLUS – 2© (Evaluation comportementale de la douleur)

Echelle verbale simple en cinq qualificatifs

- Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?
- 0 pas de douleur /___/
- 1 faible /___/
- 2 modéré /___/
- 3 intense /___/
- 4 extrêmement intense /___/

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)



l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position du trait rouge du curseur et l'extrémité « pas de douleur ». le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche » de droite vers la gauche.

Echelle numérique (EN)

Permet au patient de noter une douleur de 0 à 10

- 0 = absence de douleur
- 10 = douleur maximale imaginable

Echelle facile à comprendre

Ne nécessite aucun support particulier.

- La note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au moment présent



Hétéro-évaluation de la douleur

- Pour qui?
 - Patients comateux
 - Patients atteints de troubles cognitifs
 - Patients polyhandicapés
 - Patients aphasiques
- Quelles échelles
 - Doloplus : la plus utilisée

ECHELLE QUALITATIVE – QUESTIONNAIRE DOULEUR

- QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT ANTOINE (QDSA) – FORME ABREGE
- QUESTIONNAIRE DN4 : UN OUTIL SIMPLE POUR RECHERCHER LES DOULEURS NEUROPATHIQUES 1 et 2
- QUESTIONNAIRE NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory – 2004)

ECHELLE DOLOPLUS – 2© (Evaluation comportementale de la douleur)

- Elle est basée sur une évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.

Les traitements de la douleur

❖ **Traitement de la douleur par excès de nociception.**

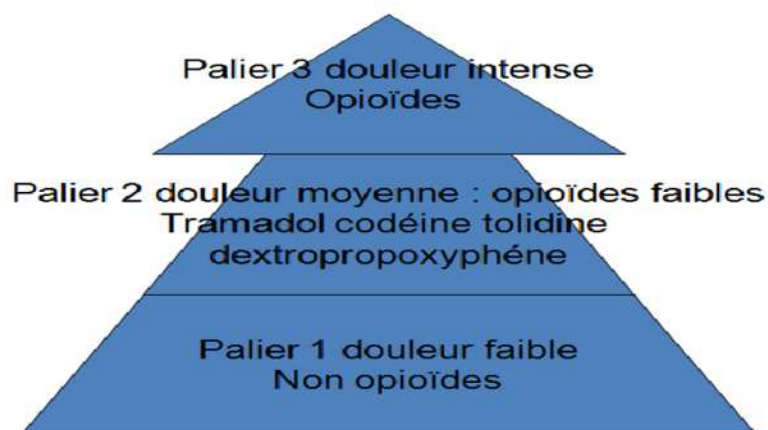
Les trois paliers de l'OMS

Palier 1 : douleurs faibles à modérées antalgiques périphériques (paracétamol AINS, aspirine).

Palier 2 : douleurs modérées à fortes, opiacées faibles centraux (codéïne et dérivés).

Palier 3 : Douleurs fortes à sévères, opioïdes forts centraux (morphine et dérivés).

Les analgésiques : classification OMS



Les bonnes pratiques

- Par voie orale
- A horaire fixe
- En respectant l'échelle OMS et les associations
- En prescription individualisée
- En collaboration avec le patient

Les antalgiques de palier 1

- **Paracétamol** : action périphérique ; action centrale (inhibition des cyclooxygénases)

Antalgique antipyrétique

Posologie : de 1,5 à 3g/j

Enfant : 60mg/kg/j

Toutes voies d'administration

Les antalgiques de palier 2

- Analgésiques opiacés à action morphinique faible à utiliser seuls

ou

- En association avec des paliers 1 et des coanalgésiques
- Non associables entre eux.

La codéine :

- associée avec paracétamol

30 mg phosphate de codéine

500 mg paracétamol

Posologie : 30 à 60 mg /8h

Effets secondaires : constipation

Bronchoconstriction

- **Le dextropropoxyphène** : seul ou en association dépronal* yamaléne* algophéne* morphinique de synthèse faible antagoniste pur

Posologie : 120 à 300 mg/24h

Bon antalgique douleurs osseuses, rhumatismales

Prescription aux 7 jours

- **La tilidine : vatan* (tilidine - naloxone)**

Forme immédiate : gouttes 50mg/20 gttes

Forme retard : 50 à 150 mg x2/j

La naloxone est inactivée aux doses thérapeutiques au niveau hépatique

Équianalgésie : 100mg (40 gttes) = 10 mg morphine orale

- **Le tramadol : tramal* dolzam***

Effet opioïde agoniste mu

Action monoaminergique noradrénergique et sérotoninergique

Toutes voies d'administration :

- formes immédiates, retard
- perfusions continues, discontinues
- pompes d'autoanalgésie

Faible risque de dépression respiratoire

Equianalgésie : 100mg tramadol = 10mg morphine iv

- **La péthidine : Dolantine***

Antalgique morphinique agoniste

Action antispasmodique

Voie im/iv/sc

Administration /4 à 6h en perfusion de 30 mn ou en SC

Equianalgésie : 100 mg dolantine = 10 mg morphine

Les antalgiques du palier 3

- La morphine :mscontin*
- Le piritramide : Dipidolor*
- Le fentanyl : Durogesic*
- La buprenorphine : Temgesic*

Ce sont les médicaments de la douleur nociceptive intense

La morphine à libération immédiate

Intérêt : - équilibration rapide
- gestion des accès douloureux
- moins de risque de surdosage

Indications : - titration
- douleurs instables

- soins douloureux
- malade « fragile »

Doses initiales : 5mg à 10 mg /4h

Adaptation : 24 à 48 heures

- La morphine à libération immédiate (LI) doit être prescrite parallèlement pour la prévention et le contrôle des accès douloureux prévisibles ou non prévisibles (interdoses).

La morphine LP

- Intérêt :
 - facilité de prescription
 - facilite la compliance (2 prises/24h)
- Indications : - après titration
 - malade bien équilibré
- Dose initiale : 30mg/12h
10 mg/12h patient fragile

Adaptation des doses : 48 à 72 heures

Les interdoses

- Tout patient sous traitement morphinique doit pouvoir disposer de doses de réserve pour les accès douloureux ou le réajustement de son traitement
- Les doses de réserve sont sous forme de morphine immédiate représentant 10% de la dose des 24 heures

Les interdoses peuvent être prises à 1 heure d'intervalle sans dépasser 4 prises successives

- La morphine libération prolongée (LP) n'est pas recommandée d'emblée chez les personnes fragiles *. Néanmoins, si elle est utilisée, les posologies seront réduites de moitié et/ou espacées.
- *Sont considérés comme des malades « fragiles », les malades présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : grand âge, mauvais état général (performance status OMS égal ou supérieur à 3), insuffisance rénale ou hépatique, Hypoprotidémie*

Les effets indésirables:

- Sédation, somnolence
- Dysphorie
- Nausées, vomissements
- Dépression respiratoire
- Hypersudation
- Rétention d'urine
- Prurit
- Accoutumance tolérance

Les interactions Médicamenteuses:

- Alcool
- Les médicaments dépresseurs du SNC
- Les IMAO
- Les antalgiques de paliers 2 et 3

L'adaptation du traitement

- En fonction de l'antalgie obtenue par évaluation
- En utilisant les règles d'équianalgésie
- Pas de dose maximale : la bonne dose est celle qui est efficace en moyenne < 600mg ; possible > 3000mg
- Intégrer les interdoses dans le traitement de base lorsqu'elles sont > 4 /2

La réadaptation des doses

- Douleurs permanentes et intenses : ↑ 50 %
- Douleurs intermittentes : ↑ 20 %
- Pas de douleurs, effets secondaires indésirables : ↓ 20 %
- Signes permanents de surdosage : ↓ 50 %
- Douleurs + signes de surdosage + effets secondaires :
 - 1- *Pb diagnostic (douleur neurogène?)*
 - 2- *changer de morphinique ou de voie d'administration*
 - 3- *évaluer la composante psychologique*

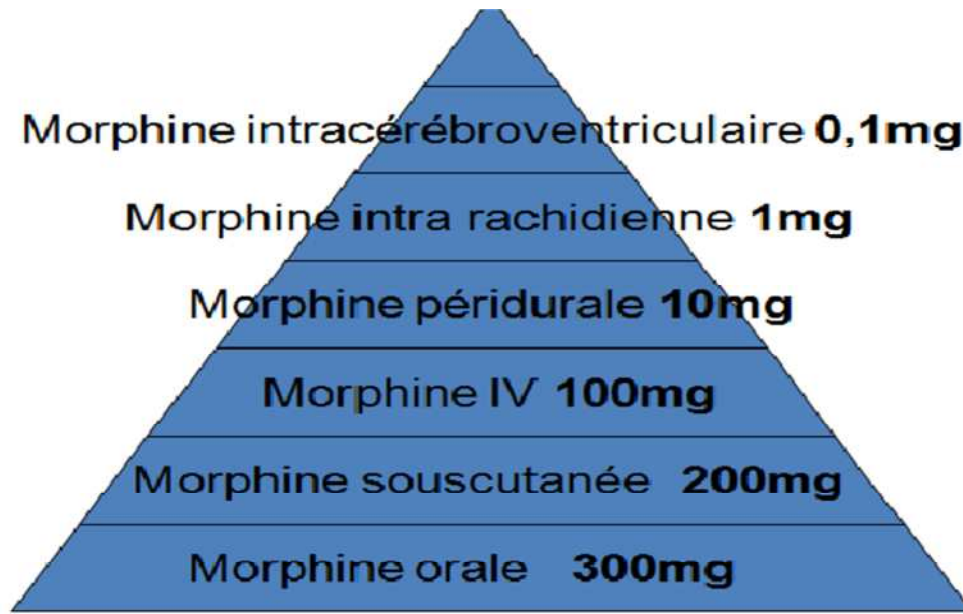
La prévention: le traitement des effets secondaires

- La constipation : laxatifs systématiques
- Les nausées : motilium
- Les vomissements : primpéran* ou litican*
- Le prurit : zofran 8 mg IV
naloxone SC
- La transpiration : scopoderm

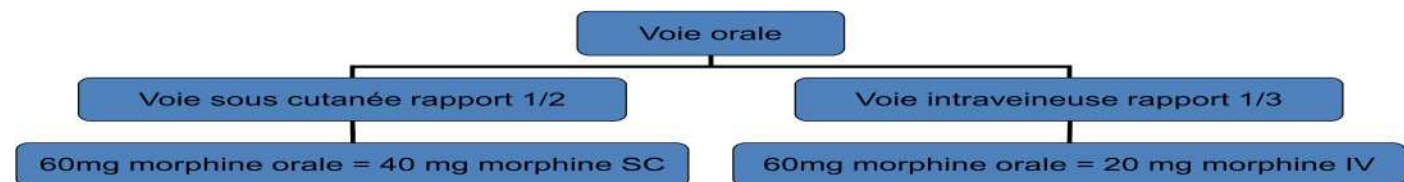
Les autres voies d'administration de la morphine

- La voie sous-cutanée
- La voie intraveineuse
- La voie péridurale
- La voie intrathécale

Les équivalences suivant la voie d'administration



Ratio d'équianalgésie



Les pompes à morphine

- Voie SC par aiguille butterfly ou microcath
- Voie IV sur portacath implanté
- Voie péridurale : cathéter tunnélisé
- Délivrent un débit continu horaire
- Permettent des interdosages : bolus prédéfinis avec un intervalle d'administration (période d'interdiction)
- Dose limite de 1 ou 4 heures (sécurité pour éviter le surdosage)

Indications - Avantages – Limites

- Nécessite un matériel fiable, une surveillance bi-quotidienne
- Permet une autonomie, une mobilité, un retour à domicile
- Nécessite une éducation du patient, de la famille, de l'équipe de soins à domicile
- Demande une bonne collaboration des intervenants extra et intrahospitalier
- Lorsque la voie orale est impossible
- Lorsque les effets secondaires sont trop importants

- Permet d'associer d'autres drogues potentialisantes (clonidine, kétamine)
- Meilleure gestion des accès douloureux maintien du patient dans un couloir analgésique

Le fentanyl transdermique

- Réservé à des douleurs stables
- Pas pour initialiser un traitement
- Garder des doses de secours avec morphine directe
- Inégalité de résorption (de 24 à 72 heures) en fonction de la peau, du tissu adipeux, de la température cutanée
- L'état d'équilibre de la voie transdermique est atteint à la 12^{ème} heure (instauration ou changement de voie d'administration)
- Arrêt brutal du drogues : syndrome de sevrage
- *Doses équianalgésiques* : 25 gamma = 60 mg morphine orale/j
= 1mg/h morphine IV
= 2mg/h morphine SC

La buprénorphine

- Agoniste partiel
- Effet plafond
- Durée d'action de 8 à 12 heures
- Voie orale : Temgésic* (0,3 mg)
- Voie transdermique : Transtec*
- *Equianalgésie* : 0.3 mg de Buprénorphine = 10 mg Mo orale

Analgesie insuffisante : que faire?

- ✓ Réévaluer la posologie
- ✓ Contrôler l'observance (calendrier)
- ✓ Traiter les accès douloureux
- ✓ Rechercher des douleurs neurogènes
- ✓ Traiter anxiété ou dépression
- ✓ Évaluer une technique antalgique spécifique (chimio, alcoolisation, radio)

Effets indésirables : que faire?

- Traitement symptomatique adapté
- Éliminer un effet secondaire des tt ; un trouble métabolique ; une infection
- Rechercher une interférence médicamenteuse ; une atteinte cérébrale

ANALGESIE INSUFFISANTE ← → EFFETS INDESIRABLES

ROTATION DES OPIOIDES

- Changer de morphinique
- Changer de voie d'administration

hypothèse :

- sous types de récepteurs mu et affinité différente des opiacés
- accumulation de métabolites (M3G, M6G)

Les coanalgésiques :

les anti-inflammatoires :

Rôle dans l'inhibition de la cyclo-oxygénase et de la cascade inflammatoire périphérique

Effets anti-inflammatoire et antalgique variables

Les plus antalgiques : naproxène, ibuprofène, diclofénac

Les cox 2 sélectifs tolérance et action sur l'angiogénèse

Les médicaments de la douleur neurogène

- Les antidépresseurs
- Les antiépileptiques
- Les anesthésiques locaux
- Les anti NMDA
- La clonidine

Les corticoïdes

- Action anti-inflammatoire

- Compression médullaire
- Céphalées par HTIC
- Hépatomégalies douloureuses
- Carcinoses péritonéales

Situations douloureuses iatrogènes :

- Douleurs post-chirurgicales.
- Douleurs chimio-induites : Alcaloïdes de la pervenche : vincristine; Sels de platines : Cisplatine et Oxaliplatine;
- Taxanes : Paclitaxel;
- Douleurs survenant après radiothérapie.

Les techniques complémentaires pouvant avoir un effet antalgique

- Techniques interventionnelles
- Anesthésiques (Péridurale)
- Radiologiques (Radiofréquence, embolisation)
- Chirurgicales (cimentoplastie)
- Radiothérapie : effet antalgique, prévention des fractures et tassements vertébraux, la décompression médullaire

Traitement de la douleur par des approches psychothérapeutiques

- Les thérapies cognito-comportementales (TCC)
- La relaxation
- L'hypnose

Autres techniques complémentaires pouvant avoir un effet antalgique

- Mésothérapie
- Acupuncture

EN SOMME

Pour chaque patient, traiter la douleur de façon optimale, c'est :

- Faire un diagnostic quantitatif - qualitatif - étiologique de la douleur
- Assurer une prise en charge globale
- Tenir compte du terrain
- Connaître les médicaments
- Connaître l'arsenal thérapeutique