

Evaluation et traitement de la douleur

Dr Pascale DINAN,
Le 25 Février 2009.

Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe,
OMS, 1994 :

« Les patients ont le droit d'être soulagés de la douleur, dans la mesure ou le permettent les connaissances actuelles. »

Pasteur :

« Guérir parfois. Soulager souvent. Écouter toujours. »

Héraclite :

« C'est la maladie qui rend la santé agréable. »

Définition de « l'International Association for the Study of Pain » 1979

- ▶ La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou encore décrite en de tels termes
- ▶ **4 Composantes** : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive, comportementale
- ▶ **4 Mécanismes physiopathologiques** : nociceptif, neuropathique, psychogène, idiopathique
- ▶ **2 types de douleur** selon la durée d'évolution : aiguë ou chronique

La consultation standard

Interroger



Évaluer



Examiner



Traiter



Réévaluer

Outils d'évaluation de la douleur

- ▶ Outils d'auto-évaluation unidimensionnelles de la douleur

EVS : Échelle Verbale Simple à 5 items

EN : Échelle Numérique entre 0 et 10

EVA : Echelle Visuelle Analogique entre 0 et 10

- ▶ Outils d'hétéro-évaluation de la douleur

DOLOPLUS : Si le score est $> 5/30$, instaurer traitement antalgique d'épreuve

ECPA : évaluation avant puis pendant les soins

Echelle verbale simple (EVS)

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

- ▶ 0 absence de douleur
- ▶ 1 faible
- ▶ 2 modérée
- ▶ 3 intense
- ▶ 4 extrêmement intense

Echelle visuelle analogique (EVA)

0 = absente

10 = maximale

Pas de douleur



Douleur maximale imaginable



Echelle Numérique (EN)

Entourez le chiffre qui correspond le plus à l'intensité de votre douleur

0 = pas de douleur

10= douleur maximale imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

| RETENTISSEMENT SOMATIQUE | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|---|---|
| 1• Plaintes somatiques | • pas de plainte | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • plaintes uniquement à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • plaintes spontanées occasionnelles | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • plaintes spontanées continues | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2• Positions antalgiques au repos | • pas de position antalgique | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • position antalgique permanente et efficace | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • position antalgique permanente inefficace | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 3• Protection de zones douloureuses | • pas de protection | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4• Mimique | • mimique habituelle | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5• Sommeil | • sommeil habituel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • difficultés d'endormissement | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • réveils fréquents (agitation motrice) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil | 3 | 3 | 3 | 3 |
| RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR | | | | | |
| 6• Toilette et/ou habillage | • possibilités habituelles inchangées | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 7• Mouvements | • possibilités habituelles inchangées | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition | 3 | 3 | 3 | 3 |
| RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL | | | | | |
| 8• Communication | • inchangée | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • diminuée (la personne s'isole) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • absence ou refus de toute communication | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 9• Vie sociale | • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • refus partiel de participation aux différentes activités | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • refus de toute vie sociale | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 10• Troubles du comportement | • comportement habituel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • troubles du comportement à la sollicitation et itératif | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • troubles du comportement à la sollicitation et permanent | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) | 3 | 3 | 3 | 3 |
| SCORE | | | | | |

COPYRIGHT

Echelle ECPA

| | |
|--|--|
| Nom | |
| prénom | |
| service | |
| date | |
| OBSERVATION AVANT LES SOINS | |
| 1. Expression du visage : Regard et mimique | 3. Mouvements (ou mobilité) du patient |
| 0 visage détendu | 0 le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude |
| 1 visage soucieux | 1 le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements |
| 2 grimace de temps en temps | 2 lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude |
| 3 regard effrayé et/ou visage crispé | 3 immobilité contrairement à son habitude |
| 4 expression complètement figée | 4 rareté des mouvements ou forte agitation, contrairement à son habitude |
| 2. Position spontanée au repos | 4. Relation à autrui |
| 0 aucune position antalgique | 0 même type de contact que d'habitude |
| 1 le sujet évite une position | 1 contact plus difficile à établir que d'habitude |
| 2 le sujet choisit une position antalgique | 2 évite la relation contrairement à l'habitude |
| 3 le sujet recherche sans succès une position antalgique | 3 absence de tout contact contrairement à l'habitude |
| 4 le sujet reste immobile comme cloué par la douleur | 4 indifférence totale contrairement à l'habitude |
| OBSERVATION PENDANT LES SOINS | |
| 5. Anticipation anxieuse aux soins | 7. réactions pendant les soins des zones douloureuses |
| 0 le sujet ne montre pas d'anxiété | 0 aucune réaction pendant les soins |
| 1 angoisse du regard, impression de peur | 1 réaction pendant les soins, sans plus |
| 2 sujet agite | 2 réaction au toucher des zones douloureuses |
| 3 sujet agressif | 3 réaction à l'effleurement des zones douloureuses |
| 4 cris, soupirs, gémissements | 4 l'approche des zones est impossible |
| 6. Réactions pendant la mobilisation | 8. Plaintes exprimées pendant les soins |
| 0 le sujet se laisse mobiliser sans y accorder une importance particulière | 0 le sujet ne se plaint pas |
| 1 le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins | 1 le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui |
| 2 le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins | 2 le sujet se plaint en présence du soignant |
| 3 le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins | 3 le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne |
| 4 le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins | 4 le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne |

Définition des 3 paliers antalgiques selon l'OMS pour douleurs aiguës nociceptives

▶ Palier I –

Antalgiques non opioïdes
Paracétamol, aspirine

▶ Palier II –

Antalgiques opioïdes faibles
Codéine, tramadol, dextropropoxyphène
+ antalgiques non opioïdes

▶ Palier III –

Antalgiques opioïdes forts
morphine, hydromorphone, fentanyl

Prise en charge des douleurs aiguës nociceptives

Palier I = Douleur légère à modérée (EVA ou EN \leq 4/10)

▶ Paracétamol

Forme orale 500 mg : 1–2 cp ou gél ou sachet/4 à 6h, max 4g/j

Forme IV : Perfalgan[®] 1 g 3 à 4 fois par jour

▶ AINS

Forme orale à libération immédiate ou prolongée :

– Apranax[®] 250 mg, 500 mg, 750 mg

– Diclofénac[®] cp 25 et 50 mg, max 150 mg/j ou suppo 100 mg, max 100 mg/j

– Nifluril[®] cap 250 mg, max 750 mg/j

– Kétoprofène[®] cp 150 mg, max 300 mg/j

Forme IV : Kétoprofène[®] 100 mg en 20 min max 200 mg/j

Prudence : cure courte et protection gastrique

▶ Nefopam

– Acupan[®] 20 mg/4–6h max 120 mg/j à mettre sur un sucre

Prudence : cure courte

Prise en charge des douleurs aiguës nociceptives

Palier II = Douleur modérée à intense (EVA ou EN de 4 à 7/10)

- ▶ Paracétamol 500 mg + codéine 30 mg
Dafalgan codéine[®] 1-2 cp ou gel, 1 à 3 fois/j, max 6 cp ou gel/j
- ▶ Paracétamol 400 mg+ dextropropoxyphène 30 mg
Diantalvic[®] 1-2 gel/6h max 6 gel/j
- ▶ Tramadol
Forme orale LP 50,100,150,200 mg/12h, max 400 mg/j
Non recommandé chez insuffisants rénaux et hépatiques
- ▶ Tramadol + paracétamol
Tramadol 37,5 mg et paracétamol 325 mg : Ixprim[®] 1-2 cp/4h,
max 8 cp/j
Laxatifs en systématique

Prise en charge des douleurs aiguës nociceptives

Palier III=Douleur intense (EVA ou EN $\geq 7/10$)

1. Opioides par voie orale

▶ Formes à libération immédiate

Sulfate morphine : Actiskenan[®] gel 5, 10, 20, 30 mg
Oramorph[®] sol buvable unidoses 10, 30, 100 mg et
flacon 20 mg/ml (compte-gouttes)

Oxycodone : Oxynorm[®] gel 5, 10 mg

Fentanyl : Fentanyl[®] amp 100 et 500 μ g

Formes adaptées à la phase initiale de titration ou
administrés à horaires fixes /4h ou en interdoses
d'un tt de fond

Si difficultés d'ingestion ouvrir les gélules
d'actiskenan

10 mg d'actiskenan[®] = 5 mg d'oxynorm[®] = 100 μ g de fentanyl[®]

Palier III

Douleur intense (EVA ou EN \geq 7/10)

- ▶ Formes à libération prolongée

Sulfate de morphine : skenan[®] LP gel 10, 30, 60, 100, 200 mg/12h

moscontin[®] cp 10, 30, 60, 100, 200 mg/12h

Oxycodone : Oxycontin[®] cp 10, 20, 40 mg/12h, utilisés de 1^e intention ou en rotation d'opioïdes

Hydromorphone : Sophidone[®] gel 4 et 8 mg/12h

Les cp ne doivent pas être écrasés.

Les gélules de skenan[®] LP, sophidone[®] LP peuvent être ouvertes. Les granules ne doivent pas être écrasés.

10 mg d'oxycontin = 20 mg de skenan[®] LP

4 mg de sophidone = 30 mg de skenan[®] LP

Palier III

Douleur intense (EVA ou EN \geq 7/10)

2. Opiïdes par voie parentérale

- ▶ Chlorhydrate de morphine amp 10 mg/ml, 100 mg/5ml, 500 mg/10ml, 1000 mg/20 ml. Dose initiale parentérale continue ou discontinue par voie SC (1/2 de dose orale) ou IV (1/3 de dose orale)
- ▶ Fentanyl : Fentanyl[®] amp 100 µg/2ml, 500 µg/10ml
- ▶ Sufentanyl : Sufenta[®] amp 250 µg/5ml

Palier III

Douleur intense (EVA ou EN $\geq 7/10$)

3. Opiïdes par voie transdermique

- ▶ Fentanyl : Durogésic[®] patch 12, 25, 50, 75 et 100 µg/72h
- ▶ Indiqué pour douleurs cancéreuses stables, rebelles aux autres antalgiques
- ▶ L'installation requiert l'utilisation simultanée de morphine orale à libération immédiate ou parentérale pendant une phase d'adaptation de durée variable, en moyenne de 12h

Avant de débiter un palier III

EVA $\geq 7/10$ ou inefficacité d'un palier II

Evaluer l'état clinique : confusion, conscience, constipation, dyspnée

Titration = période de recherche de dose de morphine capable de contrôler la douleur

1. Douleur intense et ponctuelle

- ▶ Morphine LI : administrer un bolus de 0,08 mg/kg/4h PO ou 0,04 mg/kg/4h en SC ou 0,03 mg/kg/4h en IV
- ▶ Titration si douleur non diminuée de 50% : renouveler les bolus précédents à la fréquence de 1 bolus/10 min en IV ou 1 bolus/30 min en SC ou 1 bolus/h en PO jusqu'à antalgie suffisante sans effets indésirables

Avant de débiter un palier III

EVA \geq 7/10 ou inefficacité d'un palier II

2. Douleur permanente

- ▶ Soit titrer la morphine LI, puis reconduire toutes les 4h la dose déterminée. A H24 administrer la dose quotidienne en 2 prises PO de morphine LP + interdoses si besoin
- ▶ Soit débiter par morphine LP (posologie $\frac{1}{2}$ mg/kg/j) + interdoses de 1/6 à 1/10 de la dose quotidienne jusqu'à 6 fois par jour, intervalle de temps de 1h obligatoire entre 2 interdoses

Adaptation du traitement de fond

- ▶ Douleurs occasionnelles nécessitant 1 à 2 ID/j : ne rien modifier
- ▶ Douleurs de fin de dose ou 3–4 ID/j : augmenter le tt LP de 30%
- ▶ Douleurs permanentes ou 5–6 ID/j : augmenter le tt LP de 50%

Si la voie orale est impossible chez un patient équilibré par un opioïde fort

- ▶ Soit passer à la voie SC ou IV
- ▶ Soit ouvrir les gélules de Skenan, le contenu est administrable par sonde naso-gastrique ou de gastrotomie
- ▶ Soit passer à la voie transdermique

La PCA = Patient Controlled Analgesia

- ▶ SE permettant de délivrer la morphine en continu et par des bolus que le patient peut déclencher en fonction de l'intensité de sa douleur.
- ▶ Indications :
 - Voie orale impossible
 - Titration en morphine
 - Prévention des douleurs iatrogènes
 - Rotation d'opioïdes si survenue d'effets secondaires
 - Chez les patients non communicants avec troubles cognitifs en gériatrie, l'IDE fait alors les bolus à la place du patient selon l'échelle ECPA ou DOLOPLUS

Surveillance du traitement

- ▶ Efficacité

- Intensité de la douleur de fond et des pics par EVA, EN ou échelle comportementale
- Fréquence des pics
- Topographie de la douleur

- ▶ Tolérance à évaluer 1 fois par équipe

Conscience, FR, myoclonies, exonération urinaire et fécale, nausées, hallucinations, confusion, agitation, déshydratation et insuffisance rénale

Prévention et traitement des effets secondaires de la morphine

| Effets indésirables | Traitement préventif | Traitement curatif |
|----------------------------------|--|---|
| Constipation (100% des cas) | Régime, H2O, laxatif osmotique, paraffine | Lavement évacuateur |
| Nausées, Vomissements | Antiémétiques si besoin | Antiémétiques ou Haldol |
| Confusion | Hydratation | Hydratation Haldol et/ou rotation d'opioïdes |
| Allergie et démangeaisons | | Antihistaminiques |
| Myoclonies, somnolence, sédation | Risque surdosage, surveiller conscience, FR, baisse posologies | baisse posologies, rotation des opioïdes ou changement de voie d'administration |
| Bradypnée < 8 /min | | Naloxone 0,4 mg/ml Diminuer les posologies |
| Rétention urinaire | Surveillance | Sondage vésical, baisse posologie opioïde fort et/ou rotation |

Traitement des douleurs neuropathiques et Co-analgésiques

- ▶ Douleurs neuropathiques

Antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques, antiépileptiques (clonazepam, gabapentine, carbamazepine), anesthésiques

- ▶ Co-analgésie

AINS

Corticoïdes

Anxiolytiques

Spasmolytiques

Traitements non médicamenteux