

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

RENTISSEMENT 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
RENTISSEMENT 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
RENTISSEMENT 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 $\mu\text{g}/72\text{h}$
- ▶ 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