

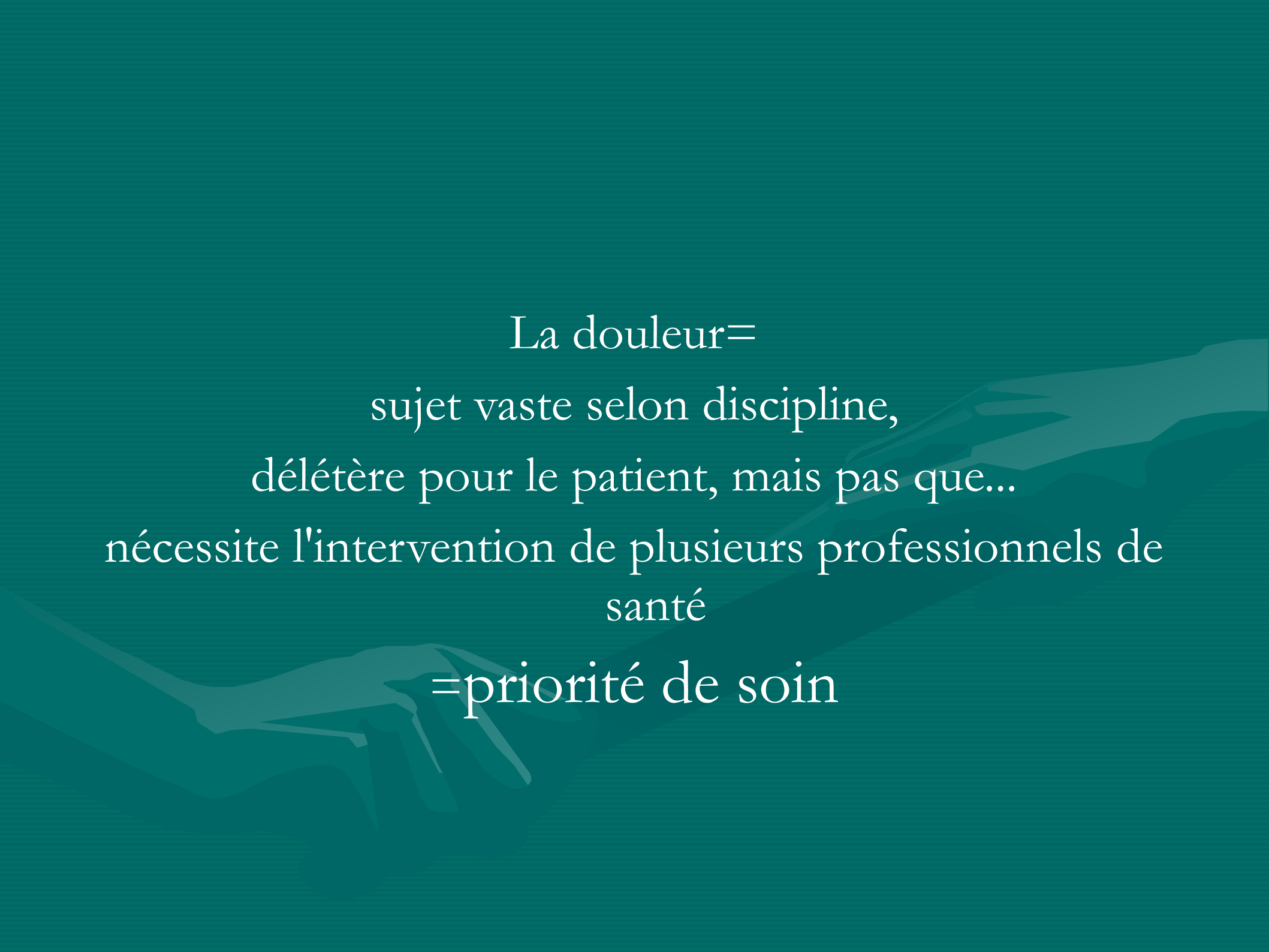
Grands principes et outils de base en algologie.

Mars 2017

Olivier Jullien, infirmier à la Clinique Saint-Luc de
Bouge, spécialisé en soins palliatifs et en oncologie.

Le comique, ennemi des soupirs et des pleurs,
N'admet point en ses vers de tragiques douleurs.
[Boileau, L'art poétique]





La douleur=
sujet vaste selon discipline,
délétère pour le patient, mais pas que...
nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de
santé
=priorité de soin

Objectifs de l'exposé

Mieux cerner la problématique dans sa complexité pour mieux intervenir dans le soulagement de la douleur.

(définition, types, répercussions, évaluation/gestion, la morphine et autres traitements)

Quelques freins au soulagement du patient douloureux:
pour le médecin, le patient, le staff infirmier.

Clarification patient confortable/ douloureux.

La douleur

Définition

Types

Conséquences néfastes

Evaluation: principes, outils

Comment la gérer

Freins possibles à une démarche efficiente conduisant à
soulager le patient

Distinction entre douloureux et inconfortable

Définition



O.M.S: expérience sensorielle **et** émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire, réelle **ou** potentielle, ou encore une expérience décrite en fonction d'une telle lésion



- subjectif
- individuel

Rôle de la douleur

Signal d'alarme

Rôle protecteur

Mais si chronique et qu'on sait pourquoi, devient
épuisante voire nocive

--> Importance de bien traiter pour éviter phénomènes
de chronification

Douleur aiguë / chronique

Finalité utile

Mécanisme unifactoriel

Réaction végétative

Affectif anxiété

Symptôme

Traitement classique

Curatif

Inutile

Plurifactoriel

Entretien dou- algodys

Dépression

Syndrome

Pluridimensionnel

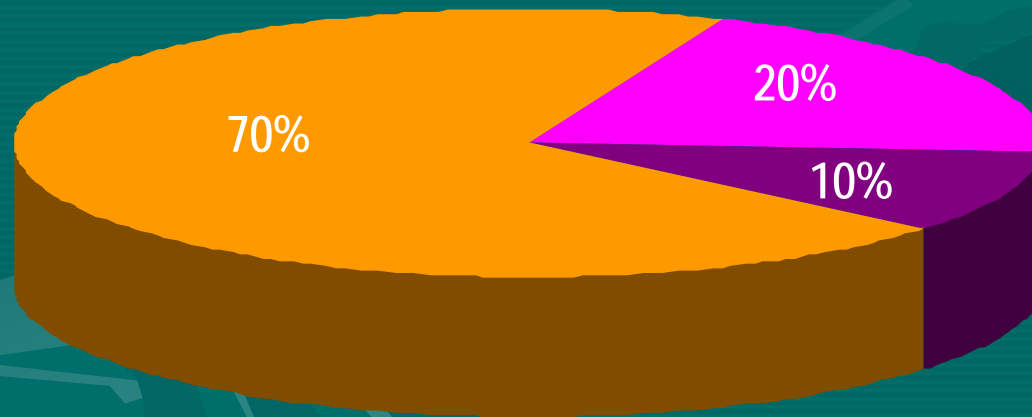
Réadaptatif

Continu, croissant // souf

Causes de douleurs chez des patients cancéreux

La douleur comme conséquence directe de la tumeur

La douleur comme conséquence du traitement contre le cancer



La douleur qui est ni la conséquence du cancer, ni du traitement

Fréquence

Prévalence de la douleur cancéreuse

- globalement : 51%
- stade avancé (terminal, métastatique) : 74 %

Intensité de la douleur

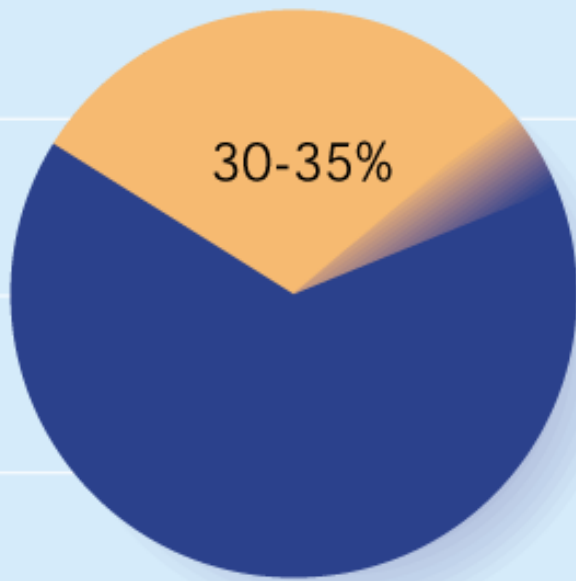
50 % des patients: modérée à sévère

30 % des patients: insupportable

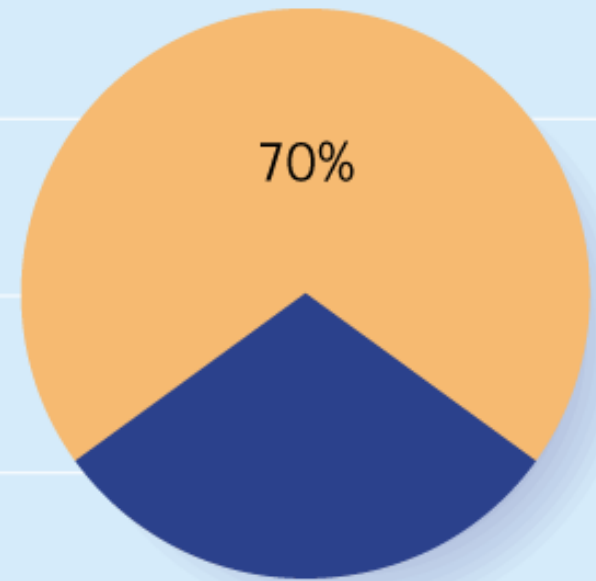
Plusieurs sites et types de douleurs :

- 1/3 : 1 douleur
- 1/3 : 2 douleurs
- 1/3 : > 3 douleurs

Douleur cancéreuse dans les différentes phases



Phase curative
douleur légère à modérée
30 - 35 %



Phase palliative
douleur modérée à grave
70 %

Types de douleur selon mécanisme physiologique sous-jacent



Par excès de nociception

Douleurs rhumatismales

Douleurs osseuses

Douleurs cancéreuses

Escarres

Douleurs artérielles

Douleurs viscérales

Douleurs neurogènes ou de désafférentation

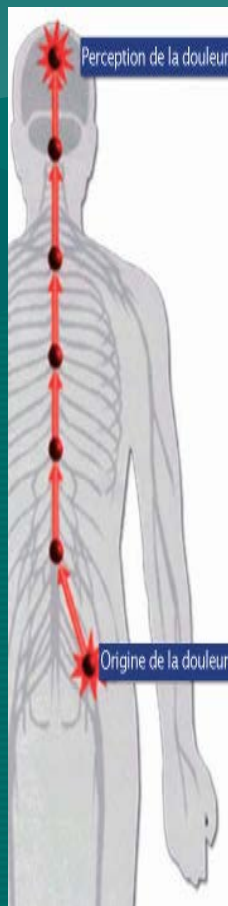
Douleurs psychogènes



Douleur nociceptive

par excès de stimulation, liée à l'extension
de la tumeur, à l'envahissement local

- **Somatique: cutanée, musculaire : bien localisé,**
constant, profond, / au mouvement, sens à la P
- **Viscérale: distension, étirement, ischémie, Système**
Nerveux Autonome, ulcération, mal circonscrite, diffuse,
profonde, constante, paroxysmes, torsion, +/- Nausées
ou Vomissements; douleur référées (diaphragme – épaule;
pelvienne – sacrum ou périnée); distension des
séreuses (hépatique)
- **Osseuse: mixte: excès de nociception, mais aussi**
inflammatoire, voire neurogène par lésion du périoste



Douleur neurogénique, ou neuropathique ou de désafférentation

- Douleur liée à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central
 - par compression, destruction tumorale, ou suite à la RT ou CT, ou autre cause (diabète, zona)
 - Sur un trajet nerveux ou médullaire
 - Signes sensitifs , hypo/hyperesthésie, ou moteurs

Souvent ressentie comme une sensation de **brûlure**, un **coup de poignard** ou une **décharge électrique**. Une **douleur intense à l'effleurement** est également courante. La douleur neuropathique peut persister plusieurs mois ou plusieurs années.



Douleur psychogène

« Abaissement du seuil nociceptif lié à des désordres thymiques » (Queneau P., Ostermann G., 2000) et correspond en fait à des « douleurs sans lésions apparentes malgré un bilan étiologique attentif : la douleur psychogène est une douleur vécue dans le corps, mais dont la cause essentielle serait dans le psychisme » (Ibid. p. 23)



Douleur: conséquences néfastes

Douleur → *perte d'autonomie*

→ *réduction AVQ*

→ *perte qualité de vie*

→ *troubles de la marche, chutes*

→ *régression, isolement*

→ *coût des soins*



Douleur aiguë = SIGNAL D'ALARME

Douleur chronique = délétère = maladie

Douleur

Physique

Apathie
Manque de sommeil
Vomissement
Anorexie-dénutrition
Perte de l'appétit
Constipation

psychologique

Anxiété
Dépression
Angoisse
Trouble de la perception
ou de l'attention
Agitation-confusion
Sy glissement
Risque suicidaire

Environnement social

Rôles/relations
Affection
Passivité
Visites fréquentes chez le médecin
Incapacité de travail

**Bien-être spirituel/
intellectuel**

Souffrances, perte de la
motivation, religiosité
sentiment de culpabilité

Selon l'O.M.S., 90pc des douleurs
cancéreuses peuvent être traitées par
un traitement antalgique adéquat.

Or, 50 à 70pc des malades ont encore
mal.

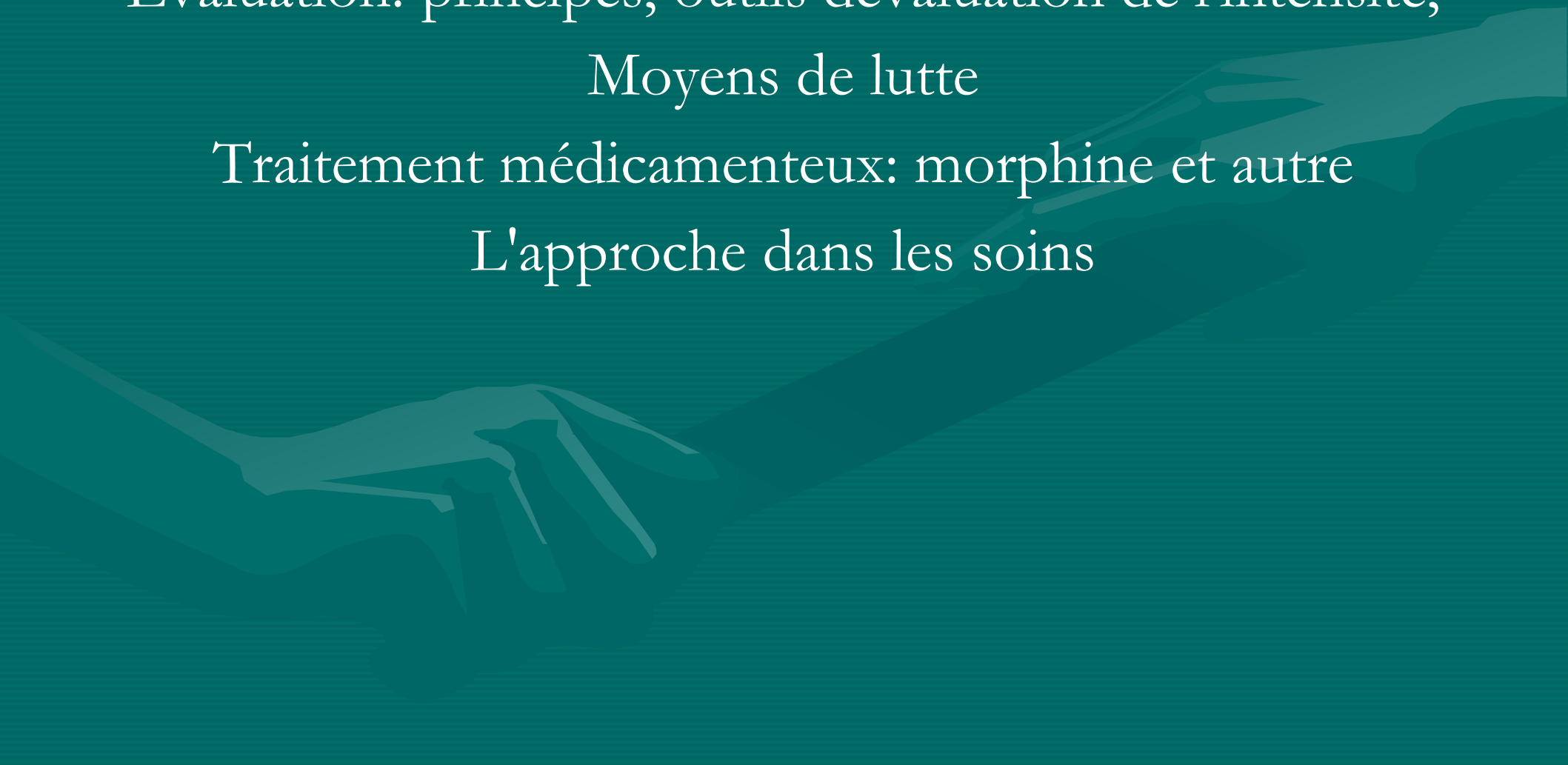
Douleur = souvent une Urgence
nécessitant une approche

Pluri-disciplinaire incluant le patient.

Démarche clinique face à la douleur

Evaluation: principes, outils dévaluation de l'intensité,
Moyens de lutte

Traitement médicamenteux: morphine et autre
L'approche dans les soins



Principes d'évaluation d'une douleur.

Croire la douleur: croire le patient

Reconnaître la douleur: démarche clinique essentielle

Utiliser un outil d'évaluation d'intensité adapté et observer l'évolution de cette intensité douloureuse

Evaluer pourquoi? Savoir reconnaître pour savoir traiter

Evaluation systématique et multidimensionnelle selon l'état clinique

Evaluation globale

- Identification du patient
- Résumé médical: motif d'hospit et atc importants
- Localisation
- Intensité(EN ou EVA ou EVS)
- Fréquence et horaire
- Caractéristiques, appel douleurs neuropathique?
- Facteurs déclenchants
- Facteurs apaisants
- Traitement antalgique en cours
- Efficacité
- Effets secondaires
- Répercussion sur la qualité de vie

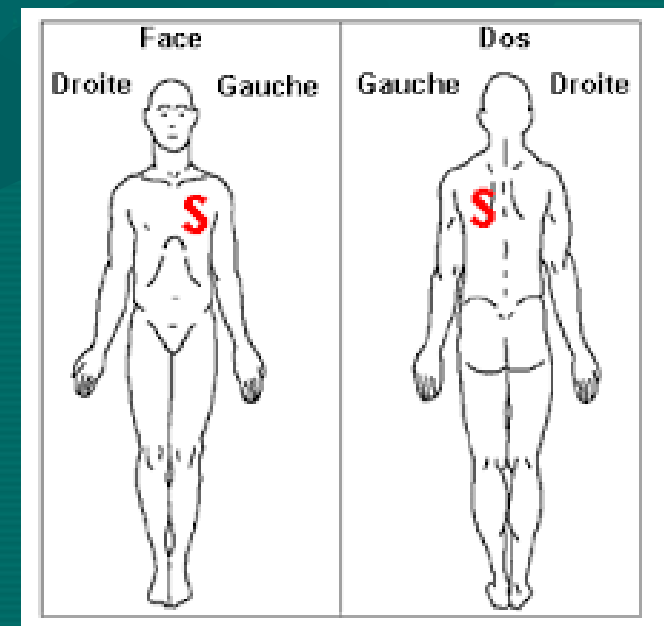
Localiser un ou plusieurs sites douloureux, fréquence, horaires, traitements,

Où/quand avez-vous mal?

Quels sont les facteurs
déclenchants/apaisants?

Quel traitement? Est-il efficace?

Effets secondaires?



Répercussion sur la qualité de vie

- Peut-il bouger
- se déplacer
- se laver
- manger
- parler, communiquer
- dormir
- réveillé par la douleur
- Confiné au lit
- visage crispé
- n 'arrive pas à parler
- agressif
- ne supporte plus qu'on le touche
- ne veut plus rien, perte du goût de vivre

Comment qualifier? Un support?

- de préférence, utiliser les mots du patient
- les pictogrammes descriptifs peuvent aider le patient à décrire sa douleur

DESCRIPTION DE LA DOULEUR
De préférence, utiliser les mots du patient.

SUGGESTIONS

 DECHARGE ELECTRIQUE	 PINCEMENT	 CHAUD
 FROID	 LOURDEUR	 BATTANTE
 DEMANGEAISONS	 FOURMILLEMENT	 COUP DE MARTEAU
 ETIREMENT	 PIQURE	 DECHIRURE
 BRULURE	 EN ETAU	 COUPURE

 JANSSEN-CILAG

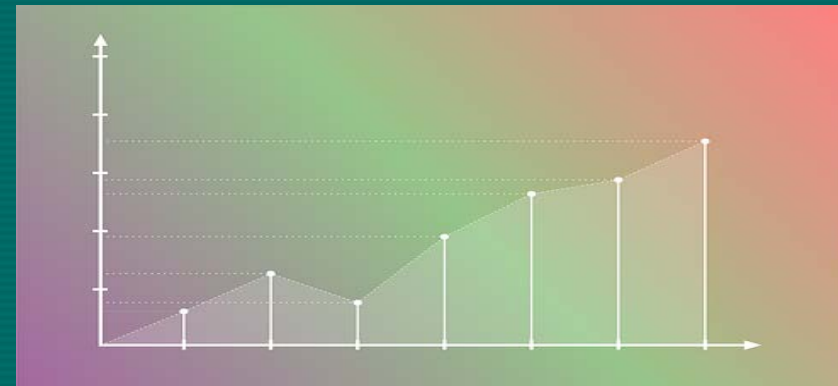
 Pain University

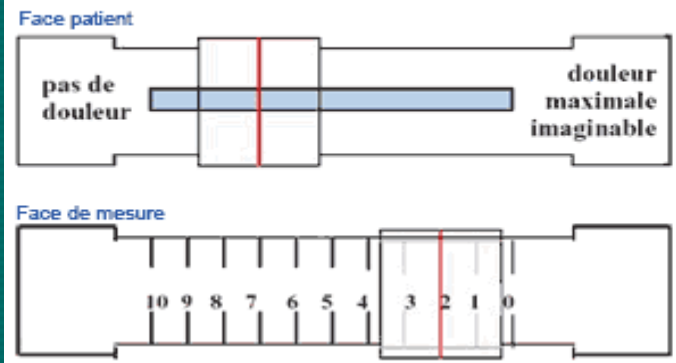
Evaluation intensité de la douleur chez patient communiquant

EVA: échelle visuelle analogique

EN: échelle numérique

EVS: échelle verbale simple





EVA: échelle visuelle analogique

régllette à 2 faces orientées de gauche à droite sur laquelle se déplace un curseur.

pas de douleur ————— *douleur max Imaginable*

1) Face patient :

Son extrémité gauche est marquée " pas de douleur" Elle est reliée par un trait bleu à l'extrémité droite marquée « douleur maximale imaginable ». L'infirmière demande au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite sur la ligne bleue selon ce qu'il perçoit de l'intensité de sa douleur.

EVA

0 | _____ | 10

2) Face de mesure :

L'infirmière retourne alors la réglette sur son envers qui est gradué de 0 à 10 de droite vers la gauche. Elle peut alors visualiser le score d'EVA localisé par le trait rouge du curseur que le patient a positionné. Elle réalise périodiquement une même évaluation afin d'informer le médecin sur l'efficacité du traitement antalgique ou de l'adapter selon le protocole thérapeutique.

EN: échelle numérique.

Choisissez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au moment présent :

Echelle numérique (EN)												
Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

EVS: échelle verbale simple

Pour préciser l'importance de votre douleur, quelle est le score correspondant le mieux à votre douleur actuelle.

Pas de douleur 0

Douleur faible 2

Douleur modérée 4

Douleur forte 6

Douleur très forte 8

Douleur la pire imaginable 10

Echelle verbale (EV)

Pas
de douleur

Douleur
faible

Douleur
modérée

Douleur
sévère

Douleur
très sévère

Pire douleur
possible

Difficultés auto-évaluation

50 %

- EVA: curseur
- EN: intensité/chiffre
- EVS: le + longtemps
- Troubles mnésiques
- Manque de sensibilité des outils: sous/sus-évaluation
- Manque de spécificité: globalité/intensité
- Difficultés d'abstraction:
- Troubles compréhension, participat°



Evaluation intensité de la douleur chez un patient non communiquant.

ECHILLE DOLOPLUS
Évaluation de l'intensité de la douleur chez le patient non communiquant

NOM	Prénoms	Sexe	Âge	Service	Date	Heure	Score
Observations préliminaires							
Observations comportementales							
100	<ul style="list-style-type: none"> 100 - 100 100 - 100 100 - 100 100 - 100 100 - 100 						
90	<ul style="list-style-type: none"> 90 - 90 90 - 90 90 - 90 90 - 90 90 - 90 						
80	<ul style="list-style-type: none"> 80 - 80 80 - 80 80 - 80 80 - 80 80 - 80 						
70	<ul style="list-style-type: none"> 70 - 70 70 - 70 70 - 70 70 - 70 70 - 70 						
60	<ul style="list-style-type: none"> 60 - 60 60 - 60 60 - 60 60 - 60 60 - 60 						
50	<ul style="list-style-type: none"> 50 - 50 50 - 50 50 - 50 50 - 50 50 - 50 						
40	<ul style="list-style-type: none"> 40 - 40 40 - 40 40 - 40 40 - 40 40 - 40 						
30	<ul style="list-style-type: none"> 30 - 30 30 - 30 30 - 30 30 - 30 30 - 30 						
20	<ul style="list-style-type: none"> 20 - 20 20 - 20 20 - 20 20 - 20 20 - 20 						
10	<ul style="list-style-type: none"> 10 - 10 10 - 10 10 - 10 10 - 10 10 - 10 						
0	<ul style="list-style-type: none"> 0 - 0 0 - 0 0 - 0 0 - 0 0 - 0 						
Score global							

Algoplus
Doloplus (non exposée)

Algoplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

1. **Visage:** froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.
2. **regard:** regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.
3. **plaintes:** « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.
4. **Corps:** Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.
5. **Comportement:** Agitation ou agressivité, agrippement.
Deux points par observation positive. (->score sur 10)

Algoplus

Cette échelle est une échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale. Elle est constituée de cinq items. L'observation d'un seul comportement correspondant à un des items implique sa cotation par le soignant. Chaque item côté « oui » vaut deux points. Le soignant doit ensuite additionner les points pour obtenir un résultat sur dix. Un score supérieur ou égal à quatre signale la présence d'une douleur.

Evaluation douleurs neuropathiques

Questionnaire DN4: outil simple pour recherche
d'une douleur neuropathique, le patient doit
répondre à dix questions subdivisées en 4 items

DN4

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? OUI/ NON

- 1 Sensation de brûlure (1)
- 2 Sensation de froid douloureux (2)
- 3 Décharges électriques (3)

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?
OUI/NON

- 4 Fourmillements (4)
- 5 Picotements (5)
- 6 Engourdissement (6)
- 7 Démangeaisons (7)

DN4 suite

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans une région où l'examen met en évidence :

OUI/NON

8 Une hypoesthésie au toucher ? (8)

9 Une hypoesthésie à la piquûre ? (9)

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

OUI/NON

10 Le frottement ? (10)

OUI = 1point

NON = 0 point

Mode d'emploi d'une DN4

Lorsque le soignant suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Le soignant interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire.

A chaque item, il apporte une réponse OUI ou NON

A la fin du questionnaire, on comptabilise les réponses, 1 pour chaque oui.

La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10

Si le score est supérieur ou égal à 4/10, le test est positif.

Lutte contre la douleur



Analgésiques et co-analgésiques

Techniques invasives

Chimiothérapie

Chirurgie

Techniques physiques

Radiothérapie

Méthodes cognitives et comportementales

Immobilisation



Principes du traitement antalgique

PREVENIR LA DOULEUR

traiter dès le début

prises régulières

Traiter la cause

surveillance et prévention des effets secondaires

réévaluation régulière

Se fixer des objectifs réalistes (à la mobilisation, la nuit, au repos)

Principes traitement douleur suite

Approches non-médicamenteuses

Collaboration du patient

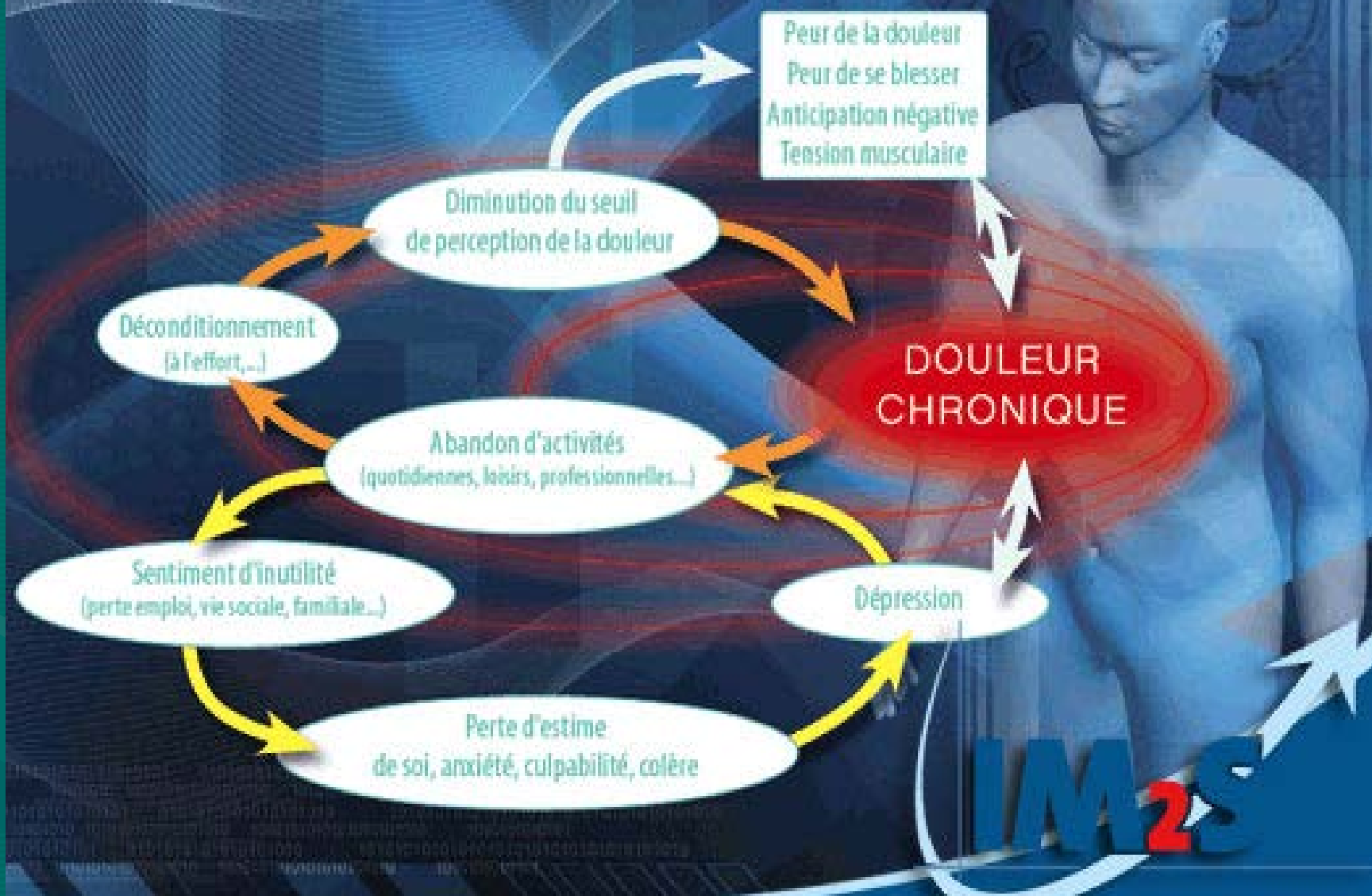
Travail en éq interdisciplinaire

Réévaluation régulière

Traiter éventuel état dépressif

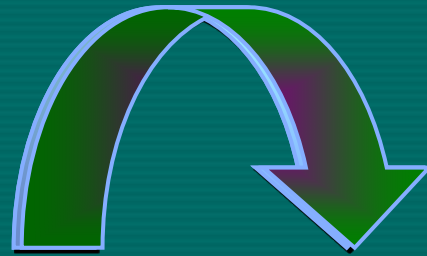
Impacts sur AVQ & dépendance

Facteurs de maintien de la douleur

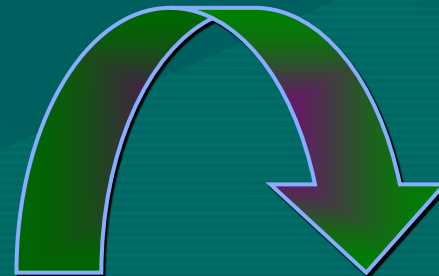


Stratégie thérapeutique

Signes et symptômes



Mécanismes



Traitement

Traitements médicamenteux de la douleur



Les paliers de l'O.M.S.

La Morphine

Les entre-doses

Co-analgésiques et adjuvants

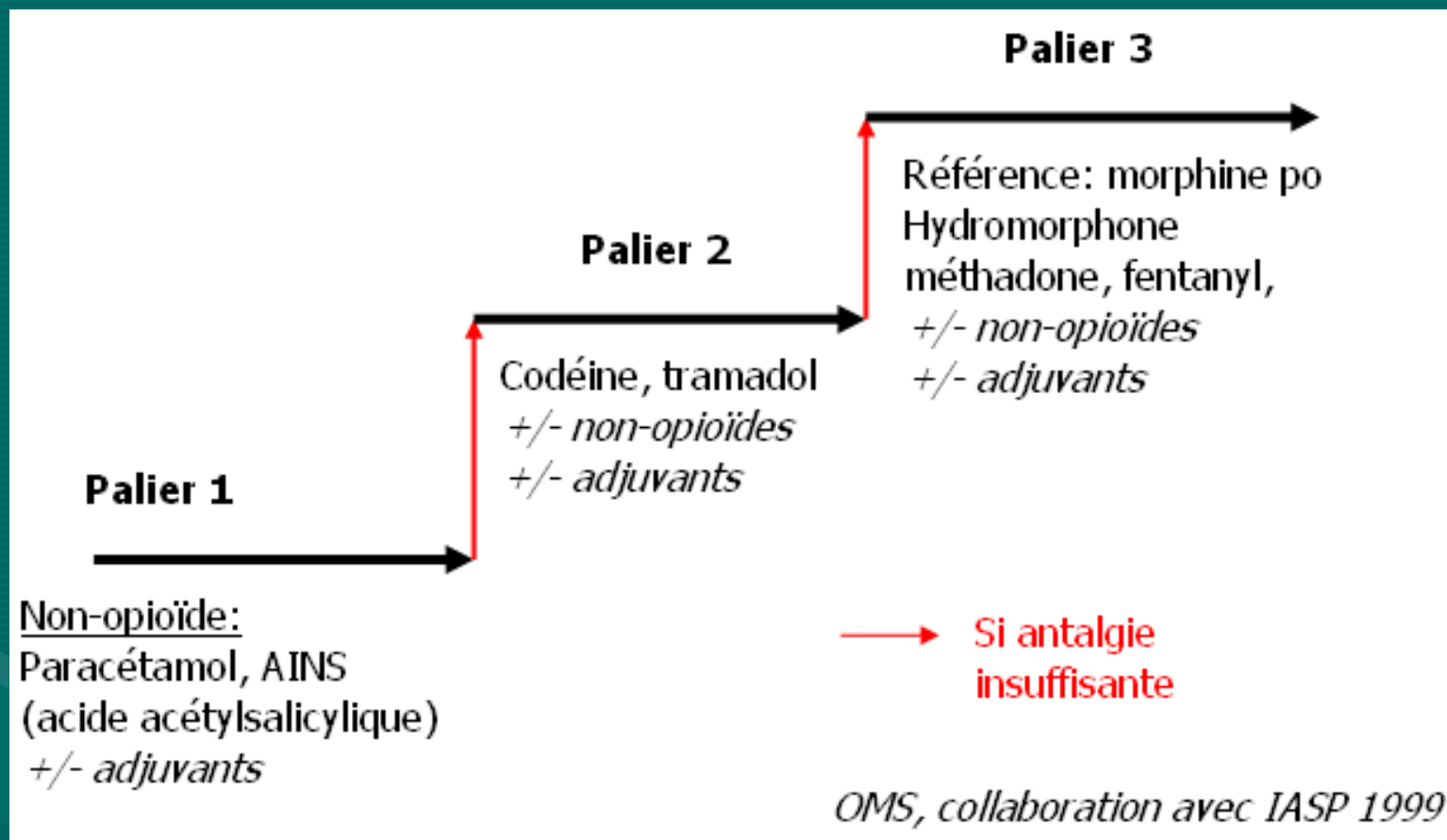
La douleur
n'est pas
une fatalité.

La douleur se prévient.
La douleur se traite.

Traiter votre
douleur,
c'est possible.



Recommandations



Recommandations

■ Commencer par des médicaments qui ont peu d'effets centraux

■ Ne pas s'attarder plus de 24-48 h à un palier

■ Éviter l'association palier 2 et palier 3

■ Associer volontiers le palier 1 avec les deux autres

Traitement efficace définition (SOR 2003)



Douleur de fond absente ou faible

Respect du sommeil

moins de 4 accès douloureux par jour, avec
efficacité du traitement $> 50\%$

Activités habituelles possibles ou peu limitées

Effets secondaires mineurs ou absents

La morphine

- De préférence per os
- puis sous-cutané
- puis I.V.

- Équivalence:
1 iv = 3 p os
1 sc = 2 p os

- DUREE DE VIE =
4h

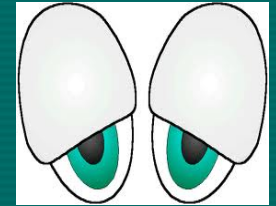


Morphine, effets secondaires!



Constipation: toujours → laxatif ; bien surveiller le transit (noter); traquer le fécalome

Nausées- Vomissements: 85 %, dure une semaine → anti-émétiques (primperan, haldol)



Somnolence: souvent, dure 48h

Dépression respiratoire: peu si poso adaptée, per os, progressif, réadaptation régulière, éviter surdosages



Rétention urinaire: traquer le globe vésical



Morphine surdosage!

Myosis sévère



Somnolence inquiétante

Dépression respiratoire: ! FR < 10/

Myasthénie

Bradycardie

Hypotension



Traitement: naloxone

Les entre-doses



= doses intermédiaires d'antalgique qui permettent de soulager immédiatement une douleur quand elle se présente

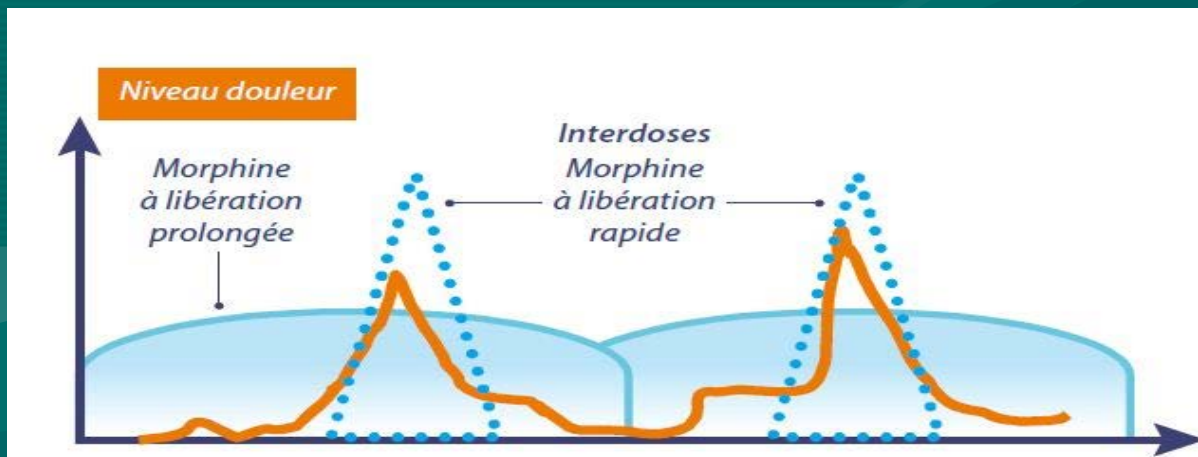
= très utile avant des soins douloureux

La dose est adaptée et en proportion avec le traitement de fond (souvent 1/10e)

Elle est susceptible d'être répétée dans la demi-heure si le patient n'est toujours pas soulagé

Les pics douloureux

- Sur fond douloureux +/- bien contrôlé: pics de douleurs, sans cause ou suite à mouvement spécifique
 - ! douleurs de fin de dose



Les co-analgésiques et adjuvants

Les AINS

Les AIS: corticoïdes

Les anti-dépresseurs

Les anti-épileptiques

Les agonistes $\alpha 2$ adrénergiques

Les anti-NMDA

Les anti-arythmiques

Les antispasmodiques

Les myorelaxants

Les benzodiazépines

Les neuroleptiques

Les biphosphonates

L'approche dans les soins

Raisonner en termes de confort et de
qualité de vie

Prescriptions avant les soins

Respecter le délai d'action des antalgiques

Réaliser les soins avec le consentement du
patient

Rechercher la meilleure

Position antalgique possible

Toucher-massage

Obstacles à la bonne gestion

Côté patient:

Avoir mal = être vivant

Si mal = manque de courage

Seul vecteur de communication avec soignant ou famille

Méconnaissance du traitement

Douleur-maternage

Douleur-régression

Douleur-dépendance

Douleur-dépression

Douleur = rédemptrice

Douleur = progression de la maladie

La douleur cancéreuse use et fait peur

Obstacles côté infirmier

De nombreuses études démontrent que la prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés est élevée.

Les conséquences d'une douleur non soulagée peuvent être physiologiques, physiques, sociales et psychologiques. Ces complications engendrent alors des répercussions économiques. L'infirmier(ère) assume une grande part de la responsabilité du soulagement de la douleur, notamment par l'évaluation, la documentation, l'administration de l'antalgie prescrite et la transmission aux différents membres de l'équipe.

De nombreux facteurs participent cependant à une gestion sub-optimale de la douleur. Ils ont été classifiés en trois catégories. Les obstacles en lien avec le patient, les soignants ou le système. Le but de cette étude descriptive transversale est

d'identifier les obstacles à une gestion optimale de la douleur des patients hospitalisés

en milieu hospitalier aigu, tels que perçus par les infirmières.

Selon une étude menée en 2000 au centre Hospitalier Universitaire Vaudois par la Haute école de Santé Vaud et l'institut Universitaire de Formation et de recherche en Soins de Lausanne, de nombreux facteurs participent à une gestion sub-optimale de la douleur. Ils ont été classifiés en trois catégories. Les obstacles en lien avec le patient, les soignants ou le système. Le but de cette étude descriptive transversale est

d'identifier les obstacles à une gestion optimale de la douleur des patients hospitalisés

en milieu hospitalier aigu, tels que perçus par les infirmières. 70 infirmières ont retourné le questionnaire.

La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs	46(65,71) Infirmière
La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur	38(54,29) Patient
Le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur	29(41,43) Système
La réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant	22(31,43) Patient
La volonté des patients à tolérer la douleur chronique	20(28,57)* Patient
Les patients ne voulant pas déranger les infirmières	20(28,57)* Patient
La réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour soulager la douleur par peur de sur-doser les patients atteints de démence ou de délirium	20(28,99)* Système

La difficulté de croire la douleur rapportée par les patients parce qu'ils sont incohérents d'une fois à l'autre, et que leurs propos ne correspondent pas à leur comportement non verbal	19(27,14) Patient
La réticence des patients à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires	18(25,71) Patient
Ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient	17(24,29) Infirmière
Ne pas connaître l'intensité de la douleur des patients à cause du manque de temps passé avec eux	17(24,29) Système
Les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient	16(23,19) Infirmière
La tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques	16(22,86)* Infirmière

Obstacles côté médecin

Crainte effets secondaires, dès palier II

! IR, délire et tox digestive

Évaluation difficile: tr.cognitifs, thymiques, névrotiques

Expressions non spécifiques à la douleur: grimaces, agitation, cris

Réticence prescription M+ si pas de néo

Difficultés administration p os

Difficultés perçues par les assistants d'anesthésiologie

- L'échelle EVA x/10 est assez subjective quant à l'évaluation de la douleur. La douleur d'un patient n'étant pas exprimée de la même manière par un autre patient (un 10/10 pourra être exprimé chez le patient réellement hyperalgique tandis qu'un autre peut exprimer un 10/10 juste sur un inconfort), le seuil de sensibilité et d'expression de la douleur n'entrant pas en compte dedans malheureusement.
- Nous remarquons aussi que les patients se laissent aller loin dans la douleur avant de demander un antalgique au lieu de prévenir la douleur dès qu'elle fait son apparition, entraînant ainsi un cercle de douleur et d'inconfort pour celui-ci. Peur d'effet secondaire des médicaments, PCA

- Nous avons remarqué plusieurs fois que la manière dont nous communiquons avec le patient engendre un message différent qu'essaye de transmettre le patient. Par exemple, une infirmière peut nous appeler pour une douleur abdominale alors qu'après discussion avec le patient, celui-ci se plaint d'une gêne causée par un redon.
- La manière dont le patient exprime son ressenti peut être compliqué pour lui-même dans le sens où cela peut être nouveau et difficile à exprimer pour celui-ci. Par exemple, un tiraillement ou une sensation de brûlure au niveau d'une suture est-elle vraiment une douleur ou simplement un inconfort. Deux patients l'exprimeront de deux manières différentes alors que le ressenti sera peut-être le même.
- La difficulté de la prise en charge du patient douloureux chronique au préalable pose de temps en temps de gros problèmes en post-opératoire (Polymédications +++, consommation importante, expression importante et demandeur +++)

Distinction avec le confort

Qu'est-ce qu'un patient confortable pour vous ?



Définition Larousse du confort / bien-être

- Confort = tranquillité psychologique, intellectuelle et morale obtenue par le rejet de toute préoccupation ; c'est un ensemble des agréments qui produit le bien-être matériel ainsi que les aisances de vie.
- Bien-être : état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit.

Confort / bien-être dans la relation de soin. Kolcaba

touchent à la santé, au plaisir, à la réalisation de soi et à l'harmonie avec son environnement et soi.

4 contextes :

- physique : sensations corporelles
- psycho-spirituel : estime/conscience de soi
- socioculturel : relations, finances, santé,
- environnemental : température, lumière, bruit, odeurs

3 formes

Secours : besoins spécifiques respectés, ex confort par soulagement après prise d'un antalgique

Facilités : état de contentement confortable

Transcendance: capable de s'élever au dessus de ses défis

Conclusion

Douleur = priorité!

Domaine spécifique

Outils

Rôle essentiel de l'équipe soignante

La douleur n'est pas le seul critère d'évaluation du confort

Merci pour votre attention.

