

LA GESTION DE LA DOULEUR

Dr Corinne . VAYSSE-VAN OOST

Clinique du Bois de la Pierre, soins palliatifs

Résidence du Bois de la Pierre, MCC

Introduction

- La douleur est le symptôme le plus craint par les personnes vis à vis de leur fin de vie
- Il a donc été très étudié depuis le début et des guide lines nombreuses ont été publiées à ce sujet..pour notre pays, et sa partie francophone, je vous recommande deux outils pratiques :
 - - le site Palliaguide.be
 - L'application Orthodose

De plus les médecins des équipes de SP des plates formes locales sont à votre disposition pour vous aider..

Définition

- Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) la définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ».
- Donc caractère très subjectif (c'est ce que le patient en dit!)
- Elle est aiguë ou chronique, en SP le plus souvent permanente avec des accès aigus en plus.
- Vu sa dimension à la fois physique, émotionnelle, ses répercussions sur l'humeur, sur les capacités relationnelles, sur l'autonomie..une prise en charge en équipe pluridisciplinaire est indispensable!!

Evaluation globale de la douleur

- Étape indispensable: Evaluer la douleur de chaque site
 - Examen du dossier, anamnèse, clinique +/- complém
 - 3 types:- nociceptive, neuropathique ou mixte
- Nociceptive: par activation des nocicepteurs suite à lésion tissulaire; soit somatique (peau, muscles, os) ou viscérale (diffuse, mal localisée, projetée) , antalgiques des 3 paliers
- Neuropathique:par lésion du SNC ou SNP;descriptif de brûlure, décharge électrique, dysesthésies sur un territoire avec Sy négatifs (hypo) ou + (allodynie, hyperalgésie..) ajout d'antiépileptiques, d'antidépresseurs (tricycliq., SNRI)
- mixte:les deux types à la fois..

Evaluation globale (2) par site

- Topographie: locale ou irradiée?
- Intensité (sur 24h, en fction activités..) via autoévaluation
- aspect qualitatif: écoute des mots (types, vécu affectif..)
- Aspect temporel : évolution, Accès Doul. Paroxystiques
- ACP: fréquence, spontané ou provoqué
- Facteurs de majoration ou de soulagement
- Retentissement sur activités, humeur, sommeil, appétit..
- Symptômes associés
- Traitements actuel et antérieurs
- Analyse pluridimensionnelle : les 4 dimansions des SP!

Evaluation de la douleur (3)

- D'abord auto-évaluation du patient
 - S'aider d'outils (échelles..) si commu difficile avec patient
 - Demander aux autres membres de l'équipe leur évaluation (infi: utilisation d'échelles..) et leur perception
- Prendre en compte aussi les priorités du patient ,
l'éventuel projet thérapeutique,
- Tenir compte des éléments médicaux (pronostic,état, IR..)
 - Préciser avec patient ou proches les attentes et craintes
 - Répéter l'évaluation à chaque changement
 - Cette étape d'évaluation globale est indispensable avant d'engager l'étape suivante!!

Doloplus 2

Téléchargeable sur www.doloplus.com

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

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

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

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

Démarche thérapeutique : principes

- Créer une alliance thérapeutique avec patient/équipe:
 - - Fixer un objectif réaliste et partagé d'abord
 - - dire le caractère subjectif et multidimensionnel /soulage
 - - donner des explications / thérapeutique et gestion
 - - combattre les mythes sur morphiniques
- Utiliser les antalgiques de façon méthodique
- Proposer support émotionnel, social et spirituel (2^{ème} I)
- Mesures non pharmaco: kiné, massages,relaxation..)
- -plan de traitement clair dans l'institution
- Ne pas oublier que la douleur sévère doit être considéré comme une urgence!!

Pharmacologie de base pour TTT

- 1 Utiliser l'échelle de l'OMS pour décider de l'antalgique en fonction de l'intensité de la douleur (EVA)
 - - EVA > 4 Palier 1 : paracétamol, AINS..à dose croissante
 - - EVA 4 à 6: palier 2 opioïde faible (tramadol, codeine..) ou opioïde puissant du palier 3 à faible dose
 - - EVA > 6 ou si pas soulagé , opioïde puissant : morphine, oxycodone, hydromorphine, fentanyl.)
- 2 Associer des médicaments adjuvants si indic spécifique
- 3 Choisir la voie la moins invasive possible:
 - - voie orale ,médic à libération prolongée (sans écraser ni croquer) pour doulr de fond + traitement en libé immédiate pour entredoses et situations complexes
 - - voie transdermique surtout si doulr stable + pb per os

Pharmaco de base : principes 2

- -Voie parentérale unique si les 2 autres contre indiquées en préférant voie SC, évitant l'IM, réservant la voie IV si SC imp (urgences, pb de coagulation, bp vol) et voie Rec diffi

4 si douleur continue, donner les médic de façon systématique et à horaire fixe, en fonction de la durée d'action

+prévoir des entredoses pour épisodes doul + anticiper les gestes douloureux (toilette, mobilisation..) en donnant une entredose systématique avant + associer une prise en charge de l'anxiété (explications, relaxation, anxiolytiques

5 Anticiper et traiter les effets secondaires (constipation, nausées..)

Utilisation, posologie des opioïdes

- Les plus utilisés: tramadol, morphine, oxycodone, fentanyl
- Pour la dose: pas de dosage trop fort au début (intolérance) ni d'augmentation trop rapide des doses
- Dose de départ :si douleur forte, produit à libération immédiate et fond; si naïf M+ 30 mg/J ou Duro 12 ; si pas orthodose
- Augmentation progressive par palier 30 à 50%
- Utiliser un cp de libération prolongée en fond, aug si plus de 3E
- Entredoses à dose de 10 à 15% de dose de 24h + en respectant un intervalle fonction de rapidité (SC 30mn..)
- Pas de dose max pour palier 3 (oui pour buprénorphine)
- Table d'équianalgésie si adaptation nécessaire

Effets indésirables: limiter?

- 1 lors de l'introduction bien prévenir les effets secondaires, expliquer au patient, aux soignants, aux proches
- 2 surveiller et prévenir la constipation..
- 3 éviter les augmentations fortes et rapides de la posologie, se fixer des paliers + entredoses
- 4 vérifier si effet secondaire bien lié à l'opioïde
- 5 si effet secondaire + douleur persistent , ajouter une autre modalité de traitement: adjuvant non opioïde, ttt non médicamenteux
- 6 si efficacité insuffisante + effet secondaire changer d'opioïdes (rotation d'opioïdes)

Les médicaments antalgiques

- Pallier 1 : Paracétamol surtout + AINS (surtout os) (
- Association possible avec pallier 2 ..Ou palier 3
- Palier 2 : Tramadol surtout + codeine
- Tramadol: dose max 400mg/j : 100mg= 10 mg M+
- Codeine si action antitussive recherchée en plus!
- Pallier 3 stop pallier 2 car mêmes récepteurs!
- Cp LP R/ 60 mg Mscontin = 30mg Oxycontin
- Cp effet immédiat R: Oxynorm ; Msdirect pas ..
- Fentanyl: Patch!! IR, cachexie 48h; 60mg M+=25ùg
- Buprénorphine palier 2, intérêt IR, 72h, 60mgM=35
- Morphine R seule en inj : SC= 1/2 de voie orale IV 1/3

Les co-analgésiques

- 1 AINS et Corticoïdes: méta os, si pb de vol de tumeur
- 2 Anxiolytiques Benzo ou dérivés mais sédation, confusion
- 3 antidépresseurs Trazodone, Duloxétine (Cymbalta) et venlafaxine (Efexor) peuvent aider aussi si douls neuropat
- 4 anti-dépresseur tricyclique pour douls Neur :amitryptiline (redomex) mais effet atropinique (sécheresse B, somnol)
- 5 antiépileptiques pour douls Neuro:
 - - Clonazepam (Rivotril) avec somnolence, effet 24H le soir
 - -Gabapentine (Neurontin) et prégabaline (Lyrica) à doses progressivement croissantes, 2 fois /j
- 6 antispasmodiques si douls viscérales.....

Rotation des opioïdes

- si effets 2aires ++ avec une molécule: délire, confusion
- Si intolérance en augmentant, et douleur qui reste
- Si problème avec la voie : des comp vers patch, SC..

- Pratiquement, avoir recours à une table d'équianalgésie (la plus pratique Orthodose en application!) + tenir compte d'une éventuelle insuff rénale ou hépatique ..

- On part de la dose totale reçue les dernières 24h (entenant compte des entredoses!) ..on obtient via la table une dose d'équianalgésie de 24h à répartir sur le nycthémère..
- On peut aussi réduire la dose ..ne pas oublier entredoses!

Les pompes en SC

- Leur intérêt principal: voie orale impossible
- Ne pas les mettre trop tôt, car:
 - - cela nécessite un appareillage, un suivi régulier par une infirmière (donc une dépendance!)
 - - les médicaments accessibles en voie SC sont très limités (pas d'antiépileptiques, pas d'antidépresseurs, pas de diurétiques , peu d'antidouleurs, peu de neuroleptiques , peu de benzodiazépines: donc fin de vie!!
- Association possibles dans même seringue:
 - - Morphine + haldol+ Letican + témesta ou midazolam..
- Pas de corticoïdes, à donner en inj séparée une fois/j
- Tramadol possible aussi, pas le paracétamol (IV seul!)

Conclusion

- C'est un travail d'équipe !! Avec 2 ème ligne si toute fin
- Veiller à discuter avec le patient et ses proches, vu les questions éthiques et légales (consentement aux soins)
- Chercher l'approbation de l'équipe soignante , sa compréhension des objectifs du traitement
- L'idéal est de faire un Projet thérapeutique pour que tout le monde (patient+proches/ équipe soignante/ médecin soit en accord..et d'expliquer ce projet lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire .
- La maîtrise de la douleur donne confiance à l'équipe .;donc pas de conflits..et assure au patient et à ses proches une fin de vie confortable