

Epidémiologie de la douleur aux Urgences Médico - Chirurgicales Beni Messous

D.Ourrad, MS.Haraoubia

16.12 . 2022

Généralités

- La douleur est un défi majeur pour le système de santé.
- C'est un phénomène de société, tant par le nombre de personnes concernées que par l'importance des enjeux qu'elle soulève.
- À l'inverse de la douleur chronique, la douleur aiguë est utile et protectrice car elle constitue un signal d'alarme et de sauvegarde de l'intégrité de l'organisme.
- Elle constitue le principal motif de recours aux urgences (85 %) [1].

Définition

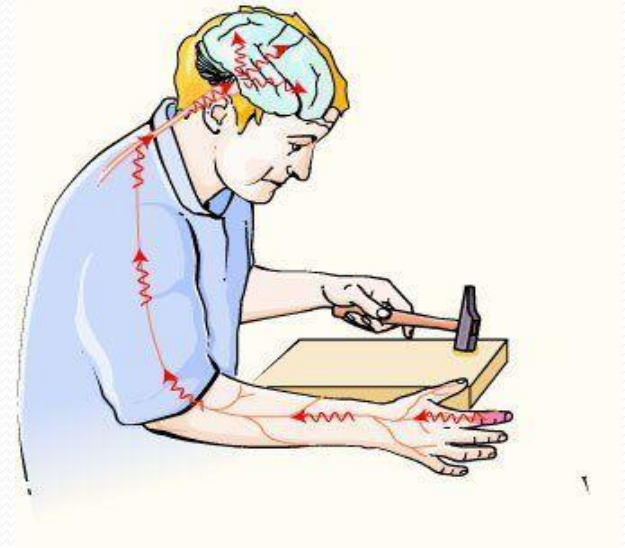
- **IASP** « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion »
- La perception de la douleur émerge d'un système sensoriel chargé d'une fonction spécifique qui est la conservation de l'intégrité corporelle.
- Les stimuli nociceptifs venant menacer cette intégrité et activent les nocicepteurs, système d'alarme qui protège l'organisme par des réponses réflexes et comportementales.

SFETD

- La problématique de l'oligoanalgésie aux urgences reste d'actualité.
 - Intensité de la douleur varie de modérée à sévère
 - Trop souvent peu ou mal prise en charge,
 - **A l'admission** moins d'1 patient sur 2 ne reçoit TRT antalgique
 - Réticences à utiliser les morphiniques dans ce domaine.
 - Douleur aiguë fait le lit de la douleur chronique 30 % des Français , laquelle devrait enfin être reconnue comme une maladie à part entière
-
- Qu'en est il au niveau de nos hôpitaux ??

Physiopathologie de le douleur

- La douleur peut être considérée comme un sens, à l'instar de la vue, l'ouïe ou le toucher.
- A l'origine du message douloureux se trouvent des récepteurs spécialisés disséminés à la surface de la peau et dans la plupart des organes : les nocicepteurs.
- Leur fonction est d'envoyer au cerveau un message nerveux identifiant un dommage potentiel.
- *Parcours de l'information douloureuse dans l'organisme,* avec l'exemple de la **douleur aiguë** provoquée lors d'un coup de marteau : stimuler des **terminaisons nerveuses**, localisées au niveau de la peau. De là, les récepteurs envoient un signal dans les fibres nerveuses et l'information va se propager le long des **nerfs nocicepteurs** pour être transmise à la **moelle épinière**, puis au **cerveau**



Jusque-là, il ne s'agit pas encore de douleur mais d'un simple message nerveux informatif appelé « *nociception* ».

INTERPRÉTATION DU CERVEAU

Cerveau, le message est interprété (localisation, importance, sensation) et modulé en fonction, notamment, de l'état émotionnel, des souvenirs, des expériences précédentes de la douleur, de l'état de santé. C'est au terme de cette modulation que le cerveau décidera si le dommage subi doit être considéré comme grave ou non, s'il doit entraîner une réponse particulière (fuite, défense, cris, pleurs...).

Reprenons l'exemple de la main posée sur une plaque brûlante : le cerveau va décrypter le signal comme étant douloureux mais avant ceci, la main aura été dégagée de la source de chaleur grâce à un arc réflexe situé au niveau de la moelle épinière.

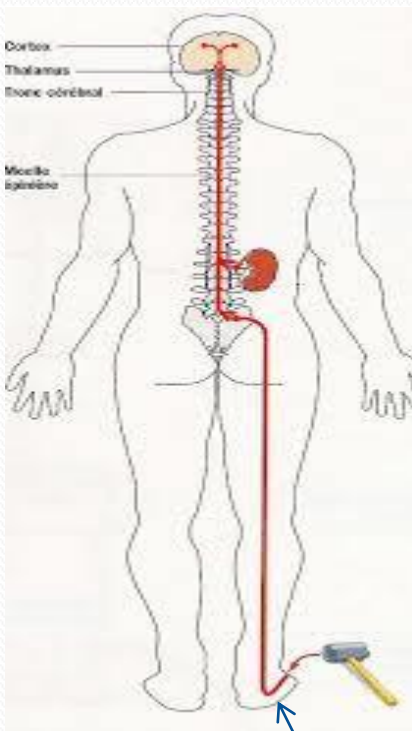
MODULATION DE LA DOULEUR

SN, différents mécanismes régulent l'intensité de la douleur. Lors du parcours de l'information douloureuse dans l'organisme, l'intensité du message peut être augmentée, réduite, voire totalement interrompue par différents systèmes régulateurs.

La théorie du « Gate control » ou « théorie du portillon », mise au point en 1965 par R.Melzack et P.D Wall explique comment la transmission du signal douloureux passerait par une « porte » située au niveau de la moelle épinière, qui s'ouvrirait ou se refermerait selon l'activation des différents types de fibres nerveuses, facilitant ou bloquant ainsi le passage du signal. Par exemple, mettre de l'eau fraîche sur une brûlure ou se frotter après avoir reçu un coup léger stimulerait certaines de ces fibres qui bloqueraient la transmission du message nerveux, provoquant un effet apaisant.

Voies de la nociception

De l'agression à l'intégration cérébrale...



1^{er} neurone

2 types de récepteur :

- Mécano-nocicepteurs : stimuli douloureux mécaniques (pression, étirement).
- Nocicepteurs polymodaux, stimuli mécaniques, chimiques, thermiques ($T > 42^{\circ}\text{C}$).
- Peau+++ , les os, les articulations, les muscles, tendons, ...viscères
- Permettent de localiser, de caractériser et de quantifier la douleur
- Reliés à des fibres nerveuses, appelées « neurones primaires » ou « afférences primaire », dont le corps cellulaire se trouve dans le ganglion rachidien.

Sensibilisation centrale

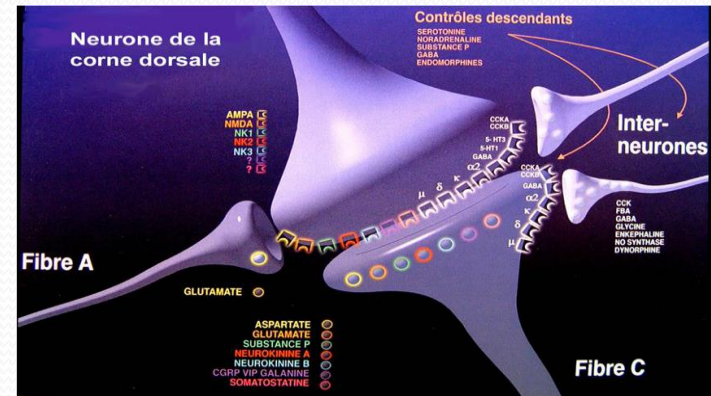
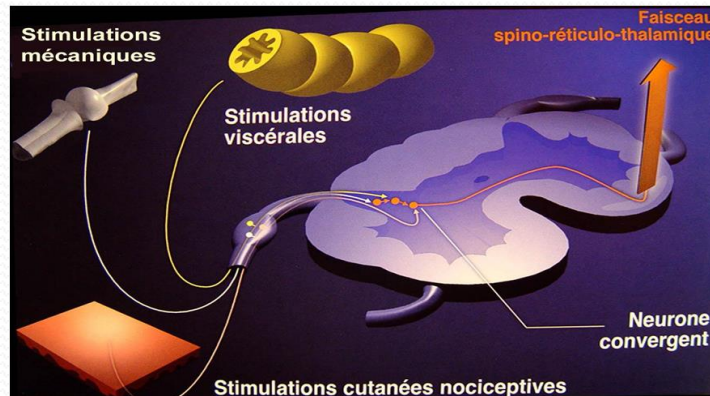
- Pendant des décennies, le cerveau des patients souffrant de douleurs chroniques a été considéré comme une black box, ce qui explique qu'on a très peu prêté attention au traitement de l'information nociceptive dans le cerveau.
- Les progrès remarquables enregistrés au niveau des techniques d'imagerie médicale cérébrale ont débouché sur les mécanismes dans différentes populations de patients.
- Dans la douleur chronique: autonomisation des circuits cérébraux de modulation de la douleur quelque soit la cause initiale de la douleur chronique «La détection, la perception, le contrôle de la douleur sont alors perturbés » **Pr Bouhassira.**
 - 1) réorganisation corticale et neuroplasticité maladaptative,
 - 2) activité accrue de régions cérébrales impliquées dans le TRT des stimuli nociceptifs,
 - 3) modifications structurelles du cerveau
 - 4) modifications au niveau de processus neurochimiques.

Type de douleurs

	Aiguë (douleur symptôme)	Chronique (douleur maladie)
	Signal d'alarme, utile, protectrice, oriente le diagnostic	Inutile, détruit physiquement, psychologiquement et socialement
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Douleur permanente, récurrente ou répétitive
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions végétatives	Réactionnelle (tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs)	Entretien (cercle vicieux)
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression
Objectif thérapeutique	Curatif	Pluridimensionnel (somato-psycho-social)

- Il n'y a pas une mais des douleurs = multidisciplinarité
 - Aiguë
 - Chronique (3 à 6 mois)
 - Nociceptif (répondant aux analgésiques)
 - Neuropathique (antidépresseurs et des antiépileptiques)
 - Psychogène ou composante dépressive

Physiopathologie



Le message nociceptif (douloureux) résulte à la suite de l'agression des tissus activation des récepteurs polymodaux silencieux : nocicepteurs, sensibles à la fois aux stimuli nociceptifs, thermiques, mécaniques et chimiques. au niveau des terminaisons nerveuses tissus cutanés, musculaires, articulaires, viscères. Ce message est ensuite véhiculé par les "nocicepteurs" (voies afférentes) qui sont des fibres spécifiques des nerfs

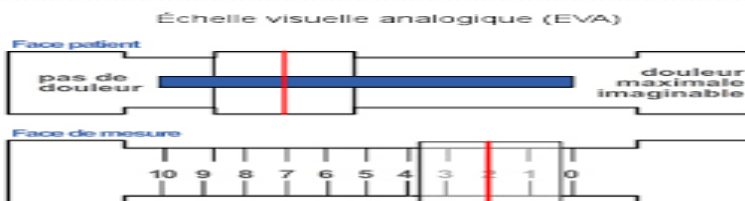
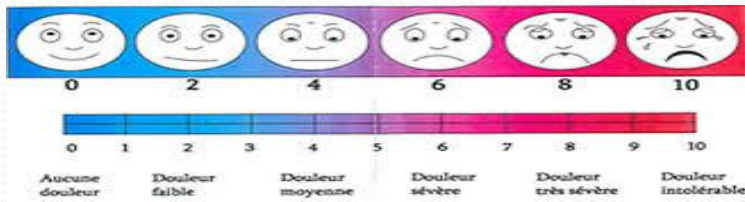
TRAITEMENT

- Evaluation de l'intensité de la douleur
 - Paliers d'**OMS**
 - « Echelle spécifique »
 - âge, coopération,
 - mécanisme physiopathologique)

Echelles d'évaluation

Outils pour aider à identifier et à quantifier la douleur d'autrui

Auto-évaluation



Hétéro-évaluation

ÉCHELLE ALGOPLUS
Échelle d'évaluation comporter de la douleur signalé chez la personne présentant des troubles de la communication verbale.

Date de l'évaluation de la douleur					
Heure					
		OUI	NON	OUI	NON
1	Mixage				
Franchement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.					
2	Regard				
Regard aversif, larmes, bâillements ou sursauts, plâtres, yeux fermés.					
3	Mouvements				
« Aie », « Oula », « Ça fait mal », gémissements, etc.					
4	Gorge				
Gémit ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.					
5	Comportements				
Agitation ou agressivité, agrippement.					

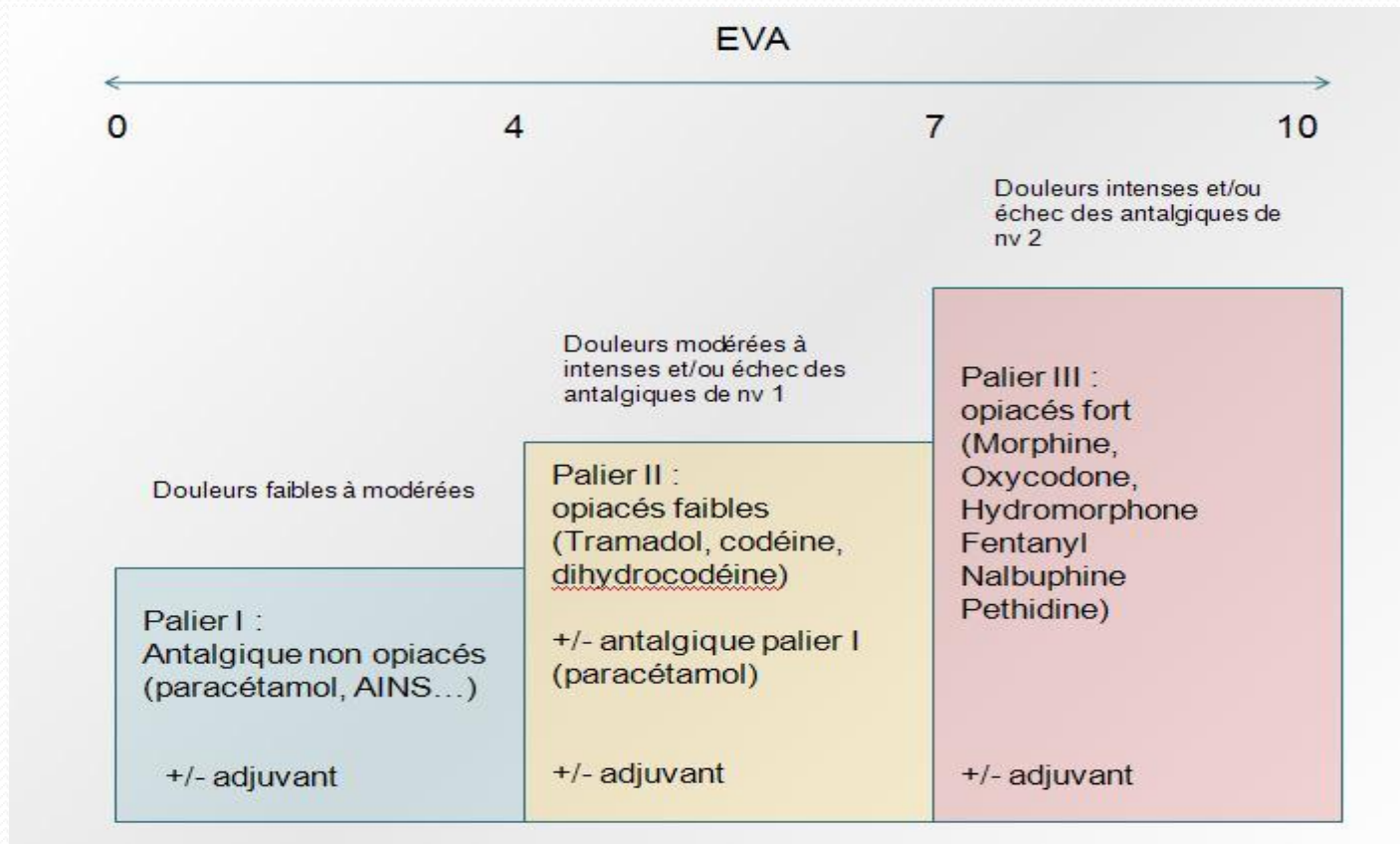
- QDSA** : questionnaire multidimensionnel
- ALGOPLUS** : troubles de la communication verbale
- DOLOPLUS 2** : personne âgée
- Échelle GARONNE** : sujet âgé non communiquant

**DN4: Si le score est égal ou supérieur à 4/10
La douleur neuropathique est probable
(sensibilité à 82,9% et spécificité 90 %)**

Tableau 1. Types de questions proposées aux patients pour décrire leurs douleurs

Question 1. La douleur présente-t-elle une des caractéristiques suivantes ?	1. brûlure 2. sensation de froid douloureux 3. décharge électrique
Question 2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?	4. fourmillements 5. picotements 6. engourdissements 7. démangeaisons
Question 3. La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence un des signes suivants ?	8. hypoesthésie au tact 9. hypoesthésie à la piqûre
Question 4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :	10. le frottement

Douleurs nociceptives



Douleurs neuropathiques

désafférentation ou neurogènes

Tricyclique amitriptyline (Laroxyl*) :

- 10 à 25 mg au coucher,
- augmenter de 10 à 25 mg tous les 3 jrs en fonction de la tolérance,
- dose habituelle 75 mg,
- efficacité retardée 10 à 15 jours.

Gabapentine (Neurontin*),

- début 300 mg 2 fois par jour,
- ajustement progressif, fonction de la tolérance,
- dose efficace (1200 à 2400 mg/j),
- dose souvent réduite chez le sujet âgé

Carbamazépine (Tégréto*)

- Névralgie essentielle du trijumeau

Méthode d'étude

Méthode

- Etude rétrospective des dossiers de patients ayant consultés en urgence durant la période allant du 1^{er} au 31 Décembre 2019.

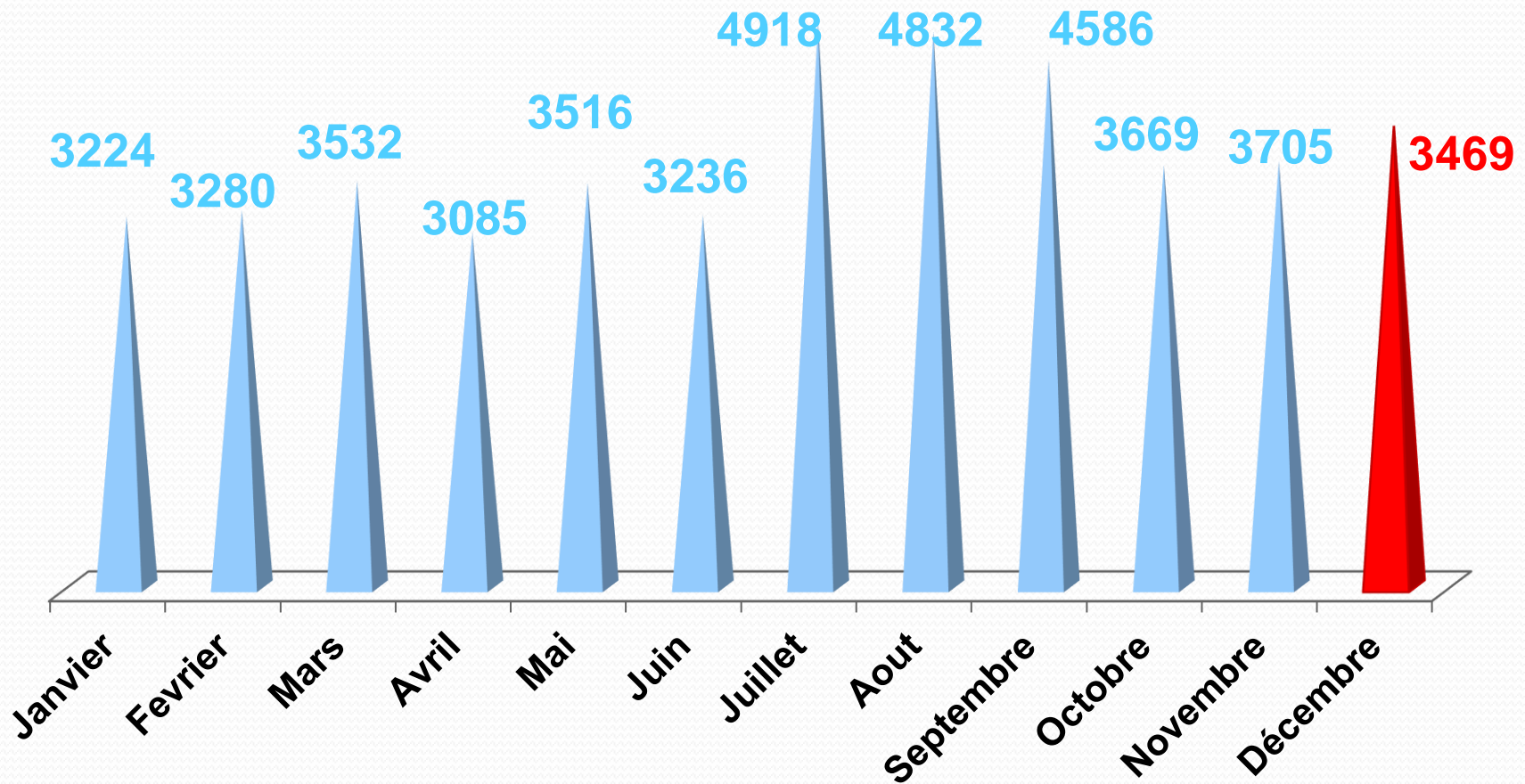
L'objectif principal

- Etudier l'épidémiologie de la douleur dans la population consultante
- Analyser la relation entre les score d'évaluation (EN, EVS, EVA, DN4, doloplus) et la thérapeutique utilisée.

Résultats

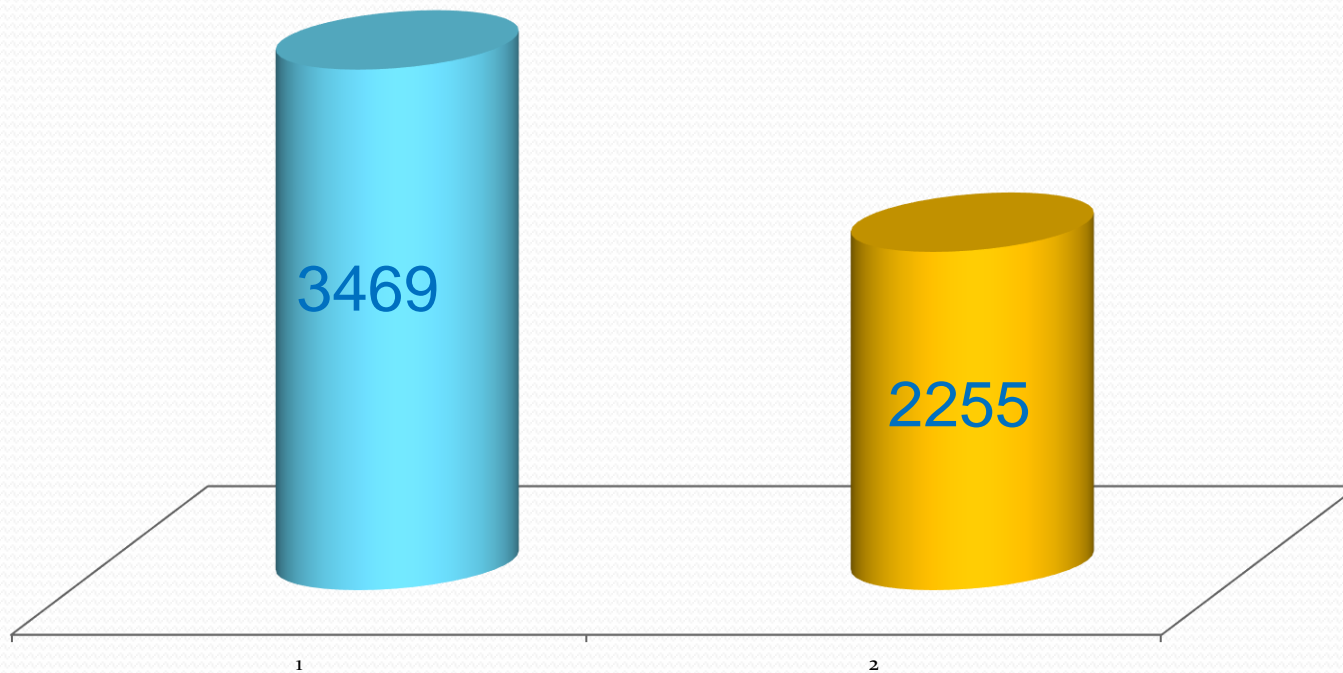
Epidémiologie annuelle

45594 consultants

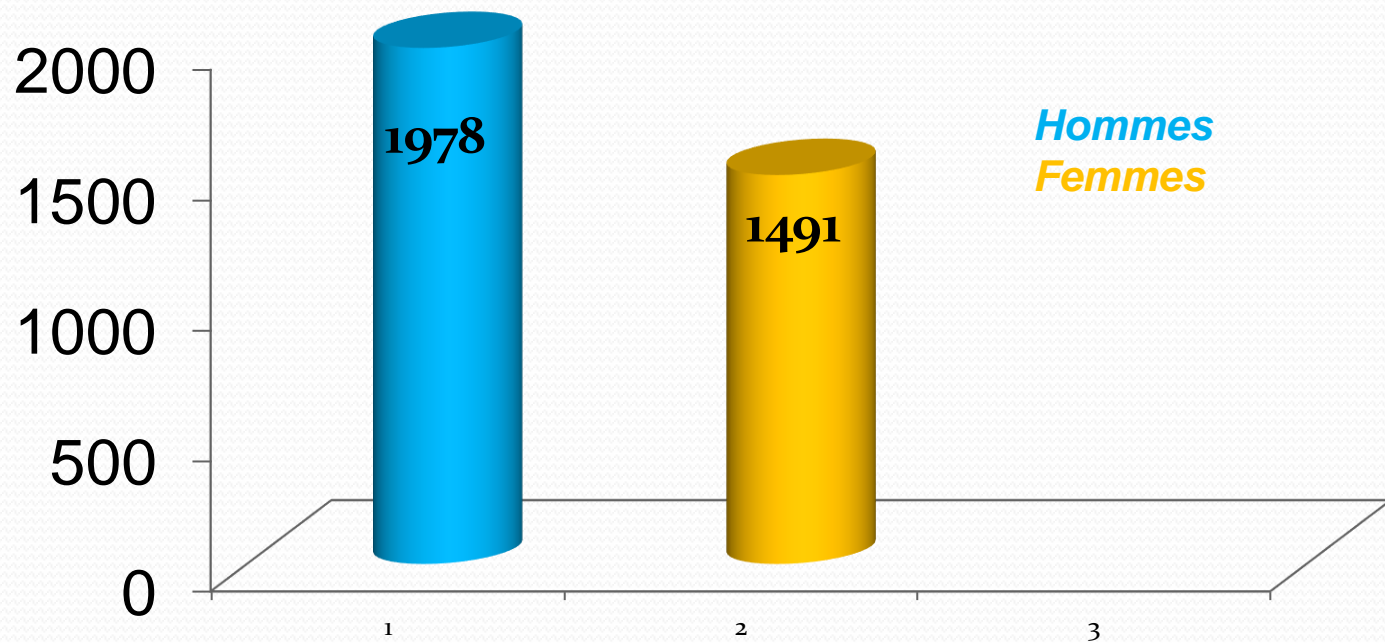


Fréquence de la douleur

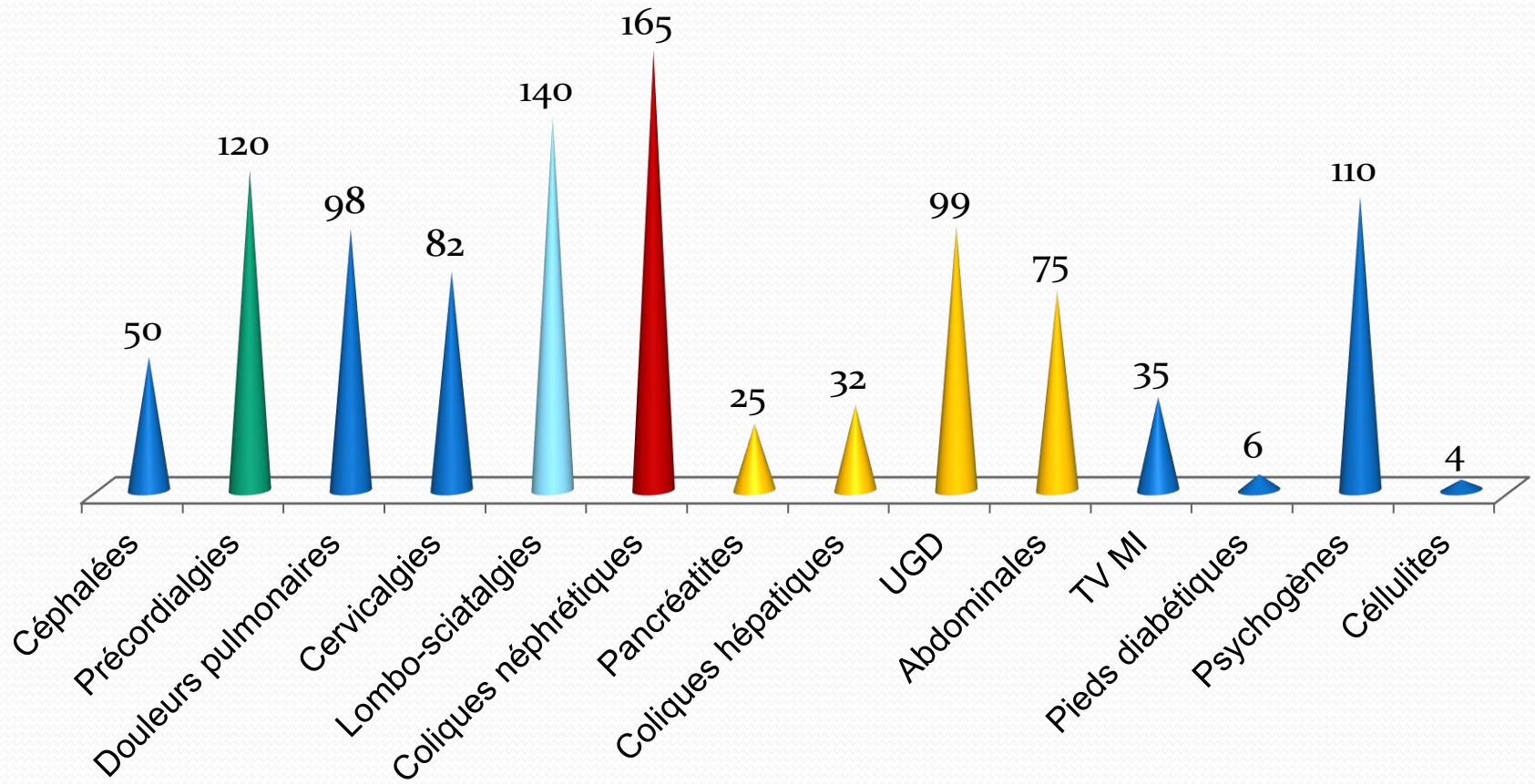
65%



Sex ratio: 1,32

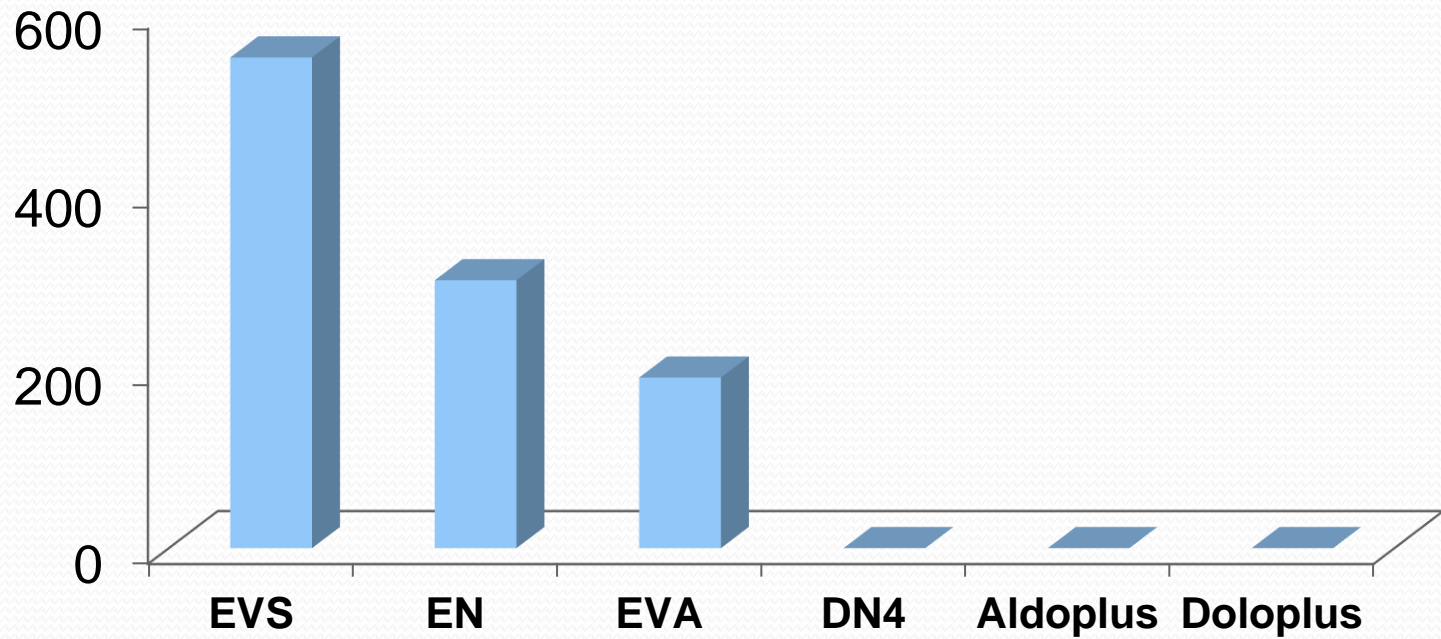


Causes des douleurs



Evaluation de la douleur

1041 (30%)



Discussion

- La douleur a été présente dans 65%
- Coliques néphrétiques et douleurs abdominales (59%).
- L'évaluation de douleur dans 30%
- Auto évaluation : EVS, EN
- Hétéroévaluation non faite: sujet âgé, non communicant , **AVC**
- DN4 non exploitée
- Relation entre score douleur et les TRT reçus non établie
- Oligo-analgésie est évaluée systématiquement dans de nombreuses études, le plus souvent menées dans les pays d'Amérique du Nord

Résultats d'une étude prospective multicentrique USA

Qualité de la prise en charge de la douleur aux urgences

Sophie Gueant, Ariski Taleb, Jocelyne Borel-Ku ¨ hner, Maxime Cauterman, Maurice Raphael, Guillaume Nathan USA

50 services d'urgence

- 11670 (62%) douloureux.
- 90% évalués à l'admission
- 60 minutes TRT initié
 - 44% douleur intense
 - 51% traitement reçu
 - 9% morphine intraveineuse

Notre travail veut montrer la réalité de la douleur aux urgences, les forces et les faiblesses de sa prise en charge pour proposer les améliorations qui s'imposent



Pourquoi cette oligo- analgésie?

- Décalage entre le savoir / savoir faire et la pratique
- Fréquente conviction des professionnels qu'ils sont de meilleurs juges que les malades pour évaluer la douleur.
- Entraves plus systémiques, sentiment de manque de temps
- Instabilité de la composition des équipes de soins, un manque de personnel qualifié..
- Ou encore le manque de soutien vis-à-vis des collaborateurs qui implémentent les changements de pratique « **l'habitude est une deuxième nature** »


Conclusion

- La douleur est universelle, elle peut toucher chacun d'entre nous
- PEC repose sur sa reconnaissance + son évaluation par une échelle douleur
- Si les questionnaires douleurs ne nous permettent pas de faire le diagnostic de toutes les douleurs, ils
 - permettent néanmoins de reconnaître leur existence
 - favorisent la prescription des **antalgiques**
 - **favorisent l'application des recommandations de l'OMS**
- Ce qui interpelle à une adhésion de l'ensemble de l'équipe, du système de santé, de l'enseignement et de la formation.
- Un centre de lutte de la douleur est ouvert dans notre service **2022** pour palier à cette oligo analgésie et à la PEC la douleur chronique

TRT PRE-HOSPITALIER ?



MERCI

- 
- La **prise en charge de la douleur** est une priorité de santé publique comme en témoigne le Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2013-2017.
 - Il n'y a pas une mais des douleurs : une approche pluridisciplinaire et des réponses thérapeutiques adaptées à la situation de chacun sont nécessaires.

- **Il n'y a pas une mais des douleurs.**
- On distingue les douleurs :
 - - aiguë et chronique (à partir de 3 à 6 mois) ;
 - - de mécanisme **nociceptif** (répondant aux analgésiques) et **neuropathique** (relevant des antidépresseurs et des antiépileptiques)
- **Certains types de douleur relèvent de traitements spécifiques** : AINS ou corticoïdes pour des douleurs inflammatoires, triptans pour crise de migraine, antispasmodiques pour des douleurs viscérales ... Les opioïdes forts ne soulagent pas toutes les douleurs intenses par exemple : crise de migraine, douleur psychogène ou composante dépressive majeure, certaines douleurs neuropathiques...
-
- **1. DOULEUR AIGUE**
- **(dans les premières heures)**
- **1.1. GENERALITES**
- La **peur de masquer un signe clinique** utile au diagnostic a été un **frein** au traitement des douleurs "aux urgences". En réalité, il n'y a **pas de différence en ce qui concerne la précision diagnostique**, par exemple des douleurs abdominales aiguës, avant et après la prescription d'un antalgique opioïde fort.
- Dans tous les cas, le bon sens doit rester de mise dans un tableau sans diagnostic étiologique. Les possibles inconvénients d'une prise en charge précoce de la douleur seront limités si l'on **note minutieusement**:
 - - **les constatations cliniques avant traitement,**
 - - **l'horaire et le type de traitement effectué**
- Outre les motifs éthiques, la prise en charge rapide de la douleur aiguë permet **d'éviter ses conséquences néfastes** en réduisant l'état de stress physique et psychologique pouvant aggraver l'état pathologique initial.
- Ainsi, à titre d'exemple :
 - - dans **l'infarctus du myocarde**, la douleur majore les réponses sympathiques réflexes aboutissant à une augmentation du travail cardiaque et à un accroissement de l'ischémie.
 - - chez le **traumatisé thoracique**, la douleur réduit les possibilités d'expectoration, facilite l'encombrement et peut compromettre la fonction respiratoire.
 - -chez les **traumatisés des membres**, la douleur peut provoquer une agitation aggravant les lésions et rend difficile le bilan lésionnel initial. La douleur initiale peut induire des manifestations réflexes anormalement intenses et prolongées facilitant la persistance de contractures musculaires, voire l'apparition ultérieure d'algodystrophie.
 - - la pression intracrânienne d'un **traumatisé crânien** peut augmenter sous l'effet de la douleur

• 1.2. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

• 1.2.1 LES TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES ET SPECIFIQUES

• **Les traitements étiologiques** doivent être **entrepris dès le diagnostic** posé : immobilisation en cas d'entorse ou de fracture, évacuation d'une collection purulente, colchicine dans une crise de goutte, aspiration digestive en cas de syndrome occlusif...

• Certains **traitements spécifiques** devront être envisagés par exemple les **triptans dans la migraine** ou l'**algie vasculaire de la face**, les antispasmodiques (Spasfon Ô, Viscéralgine simple Ô) dans certaines douleurs digestives ou urologiques.

• **Analgesie loco-régionale.** Certains blocs nerveux peuvent assurer une excellente analgésie en urgence (bloc crural pour les fractures du fémur, bloc axillaire pour les traumatismes du bras et de l'avant bras, voire infiltrations du foyer de fracture ou d'une articulation...). C'est une technique pratiquée de plus en plus fréquemment par les anesthésistes ou les urgentistes.

• 1.2.2 PRINCIPES DE LA CONDUITE D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE.

• Dans de nombreux cas, il sera entrepris avant la confirmation du diagnostic pendant l'attente des examens paracliniques. Evaluation chiffrée de l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation :

• **EVA** : échelle visuelle analogique (0 = absence de douleur, 10 = douleur maximale imaginable)

• **EN** : échelle numérique (de 0 à 10)

• **EVS** : échelle verbale simple : douleur faible, modérée, intense, extrêmement intense.

• Le traitement de la douleur nécessite une **évaluation pluriquotidienne** de l'intensité avant et après traitement et des **réévaluations régulières, périodiques.**

• Les échelles EVA, EN ou EVS permettent le **suivi d'une douleur** chez un patient, et **oriente le choix du palier d'antalgique.** Rappelons que ces échelles, qui évaluent l'intensité de la douleur, sont globales. Elles intègrent différentes composantes de la douleur (sensorielle et émotionnelle). La prise de décision thérapeutique se fait plus sur les données d'une évaluation globale (entretien, examen, diagnostic retenu ou probable) que sur le seul score d'une échelle.

• Chez les patients qui ont une communication verbale altérée, on sera attentif aux manifestations pouvant évoquer la présence de douleur : expression du visage, positions antalgiques, comportement...). On peut utiliser certains items des échelles d'observation chez le sujet non communicant (Doloplus, ECPA)

• **Maintien préalable de conditions hémodynamiques et ventilatoires stables** et surveillance de l'éventuelle répercussion sur les fonctions circulatoire et respiratoire du traitement.

• **Prise en compte de l'état neurologique** avec

• un examen neurologique détaillant notamment le **niveau de vigilance.**

• 1.2.3 MANIEMENT DES ANTALGIQUES

• On **privilégie les administrations permettant un délai d'action rapide : les formes à libération immédiate (LI) et la forme I.V.** La durée d'action est de 4 h. La cinétique de l'effet antalgique oblige à des ré-administrations et des réévaluations fréquentes de la douleur entre deux administrations.

• **Le choix d'un antalgique est guidé par le niveau d'intensité de la douleur et/ou par la résistance à une molécule antérieure (administrée à bonne posologie).**

• **Douleur légère à modérée.**

• - Antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS)

• - Association paracétamol- opioïde faible

• - Tramadol, Néfopam

• **Douleur moyennement intense à très intense**

• - AINS

• - Morphine

• Les associations morphine avec AINS ou paracétamol peuvent être utiles

• **Tous les produits antalgiques administrés devront être signalés de façon précise (nom de la molécule administrée, dose, horaire) .**

• 1.2.4 TITRATION DE LA MORPHINE I.V., DESCRIPTION DE LA PROCEDURE :

• Bolus I.V. de 1 à 2 mg de morphine

• Réinjections toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à obtention d'un soulagement de la douleur mesuré et significatif pour le patient (en pratique souvent plus de 50%).

• On prescrit une surveillance : échelle sédation et fréquence respiratoire (FR).

• L'apparition d'une somnolence (échelle de sédation) est l'indicateur le plus pertinent pour surveiller l'apparition d'une dépression respiratoire ; la somnolence excessive (S2) est le meilleur signe pour détecter un surdosage. La dépression respiratoire est confirmée si la FR est inférieure à 10/min.

• Après soulagement obtenu, selon la durée prévisible de la douleur, on prévoit un relais et un entretien par de la morphine injectable ou orale avec surveillance de la douleur et de la sédation.

• **Echelle de sédation :**

• **S0** = Patient éveillé

- **COMMENT DEBUTER UN TRAITEMENT OPIOÏDE :**

- **Morphine LI** (Actiskénan⁰, Sévrédol⁰)

- A privilégier si sujet fragile, âge élevé ou insuffisance rénale : 5 mg PO, toutes les 6 h ou si besoin (en réévaluant la douleur et la tolérance régulièrement)

- Adulte : 10 mg PO, toutes les 4 h

- **Morphine LP** : 30 mg matin et soir (ou 10 mg si sujet fragile)

- Les gélules de Skénan⁰ peuvent être ouvertes et s'administrer dans une sonde gastrique

- (mais pas le Moscontin⁰ qui ne doit pas être écrasé)

- **Prévoir des interdoses de morphine LI** dont la durée d'action est de 4 h et l'effet maximum apparaît en 60 minutes. La dose est de 1/10 à 1/6 de la dose LP sur 24 h. Le renouvellement peut se faire toutes les heures. Au delà de 4 prises successives en 4 heures, la douleur et la stratégie thérapeutique doivent être réévaluées.

- La réévaluation du soulagement des effets indésirables permet d'ajuster le traitement. **Lorsque le malade prend régulièrement plus de 3 à 4 interdoses par jour**, hors accès liés aux soins, ces interdoses doivent être intégrées dans la dose totale quotidienne de morphine LP.

- Un changement de molécule (rotation) vers Durogesic⁰, Sophidone⁰, ou Oxycotin⁰ est à envisager en cas d'effets indésirables non contrôlés par un traitement symptomatique adéquat (Tableau équivalence, ci-dessous).

- Un changement vers la voie parentérale est envisagée si la voie PO est impossible ou si effets indésirables non contrôlés.

- Si la douleur est instable avec des accès douloureux non contrôlés par morphine LI PO, on peut avoir recours à une PCA.

- **Fentanyl (Durogesic⁰ « patch »)**

- Indication : intensité stable dans la journée, **déjà titrée en morphine** ; voie orale difficile ou mauvaise tolérance de la morphine nécessitant une rotation des opioïdes (rotation = changement d'un opioïde fort pour

- optimiser le rapport efficacité / effets indésirables).

- Relais de la morphine vers le patch :

- - dernière prise de morphine LP en même temps que pose du 1er patch ;

- - poursuivre la morphine parentérale pendant 12 h après la pose du patch ;

- - prévoir interdoses de morphine LI (si besoin).

- Précaution d'emploi : fièvre, déshydratation, peau lésée, douleur instable, respect de l'intégrité du patch, insuffisance rénale.

- Si après 6 j (2 patches), les interdoses sont toujours > ou = à 4 par jour, on peut passer à la concentration supérieure.

- Note : Les agonistes/antagonistes μ (Nubain⁰, Temgesic⁰) ont un effet plafond et ne sont pas considérés comme de réels paliers 3.

- Ils ne doivent pas être associés à un agoniste opioïde comme la morphine ou la codéine. Ils peuvent être associés aux antalgiques non opioïdes du palier 1.

- **Tableau d'équivalence des opioïdes de palier 3**

- Dans le choix d'un coefficient d'équianalgésie, prendre en compte le besoin d'augmenter ou de diminuer la dose et de privilégier la sécurité ou l'efficacité.

- Par exemple lors d'un relais per os -> IV pour un patient recevant 300 mg/j per os de morphine, non soulagé et sans effet secondaire, donner 150 mg IV/j (ratio 1/2)

- plutôt que 100mg (ratio 1/3).

GESTION DES EFFETS INDESIRABLES DES OPIOÏDES

Nécessité d'information du patient sur les effets indésirables :

- les effets peuvent bénéficier d'un traitement correcteur ou s'estomper au bout d'un certain temps.
- il n'y a pas de toxicomanie induite si le traitement est conduit selon les règles proposées dans des indications classiques (douleurs cancéreuses)
- la morphine ne veut pas dire phase avancée de la maladie

Constipation : Elle est constante et à traiter de manière systématique (ex : Forlax^o 2/j)

Nausées (les nausées ne persistent généralement pas plus de qq j, présentes chez environ 1/3 des patients) : antinauséeux classique ou Haldol faible^o 5 à 10 gtts/j

Somnolence initiale associée à une antalgie efficace ne signifie pas surdosage, mais peut être en rapport avec la dette de sommeil. Le patient est alors réveillable facilement et à informer.

Sédation de la vigilance persistante : diminution de la dose ou rotation d'opioïde

Prurit : répond parfois aux anti H₁

Hallucinations : hallucinose (reconnue par le sujet comme inexacte) de début de traitement : Haldol ; hallucination : diminution de la dose ou rotation d'opioïde

Rétention d'urine : sondage vésical évacuateur ou utilisation de Mestinon/prostigmine ;

Effets indésirables non contrôlables : vérifier l'indication, changer de voie d'abord ; changer d'opioïde de palier 3 (rotation des opioïdes)

L'arrêt des opioïdes se fait de manière progressive en respectant l'antalgie nécessaire par baisse d'environ 1/3 à 1/2 de la dose toutes les 24 à 48 h.

Un **surdosage** est à évoquer en cas de somnolence signe plus précoce qu'une bradypnée (stimulation de la vigilance, arrêt de la voie parentérale et/ou naloxone, voir paragraphe 1.2.3)

- **Tableau d'équivalence des opioïdes de palier 3**
- Dans le choix d'un coefficient d'équianalgésie, prendre en compte le besoin d'augmenter ou de diminuer la dose et de privilégier la sécurité ou l'efficacité.
- Par exemple lors d'un relais per os -> IV pour un patient recevant 300 mg/j per os de morphine, non soulagé et sans effet secondaire, donner 150 mg IV/j (ratio $\frac{1}{2}$)
- plutôt que 100mg (ratio $\frac{1}{3}$).
-

alier 2 à dose max par jour	< morphine 60mg /j	Effergal codéine® 6C/j moins efficace que 60 mg/j de morphine		
Morphine voie IV	= dose morphine PO /2 ou PO/ 3 selon les auteurs	300 mg Morphine IV = 600 mg ou 900 mg /j morphine orale		
Morphine voie SC	= dose morphine PO /2	300 mg de morphine SC = 600 mg de morphine orale		
Dose de l'interdose morphine LI	= 1/6 à 1/10 morphine LP/j	Actiskenan® 30 mg pour Skenan® 300 mg/j		
Dose Durogesic® (mcg/h)	= dose morphine LP mg/j /2	Durogesic® 100 (mcg/h) = 200mg morphine LP /j		
Hydro- morphone Sophidone®	M / H : 7,5	30 mg de morphine LP orale = 4 mg hydromorphone		
Oxycodone Oxycontin®	M / O = 2	60 mg de morphine LP orale = 30 mg d'oxycodone		
Oxycodone LI Oxynorm®	1/10 dose Oxycondone LP /j	Interdose Oxynorm 5mg pour Oxycontin 40mg/j		

- 3.3 DOULEURS NEUROPATHIQUES

- (Anciennement par désafférentation ou neurogènes)

- On les reconnaît sur la clinique :

- - fond continu : douleurs à type de brûlure, paresthésies,

- - accès paroxystiques : décharges électriques,

- Les douleurs neuropathiques sont souvent systématisées à un territoire neurologique.

- Rechercher une hypoesthésie ou une hyperesthésie dans le territoire.

- **Tricyclique** (par exemple amitriptyline (Laroxyl[®]) : début 10 à 25 mg au coucher, à augmenter progressivement de 10 à 25 mg tous les 3 j en fonction de la tolérance, dose habituelle 75 mg, efficacité retardée 10 à 15 jours.

- **Gabapentine** (Neurontin[®]), début 300 mg 2 fois par jour, ajustement progressif, fonction de la tolérance, dose efficace (1200 à 2400 mg/j), dose souvent réduite chez le sujet âgé

- **Carbamazépine** (Tégréto[®]): Névralgie essentielle du trijumeau

- Douleur aiguë et douleur chronique
- La première étape lorsqu'il s'agit d'évaluer une douleur consiste à savoir s'il s'agit d'une douleur chronique ou d'une douleur aiguë.
- La **douleur aiguë** est une douleur vive, immédiate, et souvent brève. Elle est d'origine traumatique ou postopératoire, ou peut être provoquée par certains soins.
- La **douleur chronique** est une douleur qui dure plus de trois mois (migraine chronique, douleur liée à un cancer, etc.).
- Les origines de la douleur
- La douleur peut avoir des origines variées, et parfois difficiles à identifier. On peut cependant distinguer plusieurs mécanismes de douleur :
- la **douleur nociceptive** : c'est un signal d'alarme en réponse à une agression contre l'organisme (par exemple, la douleur provoquée par une brûlure). Un message est envoyé au cerveau pour l'alerter de cette agression.
- la **douleur neuropathique** : il s'agit d'une douleur consécutive à une lésion nerveuse, ancienne ou récente. Cette lésion provoque un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. Il peut s'agir par exemple d'une sciatique due à une hernie discale.
- La **douleur idiopathique** : c'est un syndrome douloureux dont les causes sont mal expliquées. Les examens sont normaux, mais la douleur est bien présente.
- La **douleur psychogène** : il s'agit d'une douleur d'origine psychologique (deuil, dépression, traumatisme, etc.).
- Lors de la prise en charge de la douleur, l'équipe soignante s'efforce toujours d'identifier le mécanisme de la douleur ressentie, par le biais d'examen cliniques et d'entretiens avec le patient, afin de proposer le traitement le plus adapté.

- Les échelles d'évaluation
- Les échelles d'évaluation sont le principal instrument permettant de quantifier la douleur ressentie. Il en existe trois grands types :
- **L'échelle visuelle analogique.** Il s'agit d'une échelle comportant une ligne horizontale allant de « *pas de douleur du tout* » à « *douleur maximale imaginable* », sur laquelle le patient est invité à placer un curseur correspondant à l'intensité de la douleur qu'il ressent.
- **L'échelle numérique.** Elle comporte également une ligne horizontale, sur laquelle le patient note sa douleur de 0 à 10, du moins au plus intense.
- **L'échelle verbale simple.** La personne décrit l'intensité de sa douleur à l'aide de mots simples (*pas de douleur, faible, modérée, intense*).
- Des échelles adaptées ont été créées pour les enfants de moins de 10 ans : une échelle verticale représentant un triangle rouge dont la base correspond à « *pas mal du tout* » et le sommet à « *très très mal* », ainsi qu'une échelle représentant des visages plus ou moins grimaçants et sur laquelle l'enfant choisit quel visage représente ce qu'il éprouve.

- **La gestion de la douleur à l'hôpital**

- Le rôle du comité de lutte contre la douleur (Clud)
- Au sein de l'hôpital, le Clud définit la politique de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, qui doit figurer dans le projet d'établissement. Il coordonne entre les différents services toute action visant à mieux organiser la gestion de la douleur, et veille à la mise en œuvre de la politique qui a été déterminée. Il contribue à la formation professionnelle du personnel médical et soignant sur la douleur, et suscite le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur. Le Clud est également responsable de l'information des patients sur ce sujet.
- Les consultations, unités et centres de traitement de la douleur
- Il existe des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle ayant un retentissement sur la vie quotidienne : les consultations, unités et centres de traitement de la douleur. Toutes ces structures ont une consultation, les unités étant en outre dotées de lits d'hospitalisation, tandis que les centres mènent également une activité d'enseignement et de recherche.
- Des spécialistes de différentes disciplines interviennent dans ces structures, car les douleurs chroniques rebelles sont multifactorielles et nécessitent une approche pluridisciplinaire.
- L'accès aux structures de traitement de la douleur s'effectue uniquement sur rendez-vous, et il n'est pas possible de venir consulter directement : il faut avoir été envoyé par son médecin traitant ou par un médecin spécialiste.
- La liste de ces structures est disponible sur le site du [centre national de ressources de lutte contre la douleur](#).

- **La prise en charge de la douleur à l'hôpital**

- Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le code de la santé publique dont l'article L1110-5 précise : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».
-
- Les Comités de lutte contre la douleur
- L'évaluation et le traitement de la douleur sont au cœur des préoccupations des établissements hospitaliers obligés par le code de santé publique à se doter d'un Comité de lutte contre la douleur, le Clud. Sa mission ? Coordonner les différentes actions prévues pour le soulagement de la douleur en prévoyant des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique, en formant les équipes, en mettant en place des actions d'éducation thérapeutique en direction des patients.
- Les plans de lutte contre la douleur
- Des plans nationaux de lutte contre la douleur se succèdent depuis 1998. En 2013, le 4^e Programme national 2013-2017 distingue :
- les douleurs aiguës (post-chirurgicales, urgences),
- les douleurs chroniques (lombalgies, céphalées chroniques quotidiennes, douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques, etc.)
- les douleurs liées aux soins.
- Chacune devant faire l'objet de prises en charge adaptées. Pour cela, le Programme définit trois axes prioritaires :
- améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours (pharmaciens, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).
- garantir la prise en charge de la douleur lorsque le patient est hospitalisé à domicile (sensibiliser les intervenants à domicile et les aidants, etc.).
- aider les patients qui rencontrent des difficultés de communication (nourrissons, personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles envahissants du développement, etc.) à mieux exprimer les douleurs ressenties afin d'améliorer leur soulagement.

CONNEXION

P006 - Prise en charge de la douleur aigue aux urgences

Houda Nasri (1), Badra Bahri (2), Hajer Touj (3), Syrine Keskes (1), Olfa Djebbi (1), Khaled Lamine (1)

1. services des urgences, hopital Militaire, Tunis, Tunisie

2. Urgences, Hopital regional Ben Arous, Ben Arous, Tunisie

3. service des urgences, Hopital militaire, Tunis, Tunisie

Diffusion le 13/06/2018

Introduction : La douleur aigue (DA) est un symptôme fréquemment rencontré aux urgences et on ne dispose pas dans notre pays de données épidémiologiques concernant cette entité. Une prise en charge adaptée à l'intensité de la DA, au terrain du patient et à la pathologie en cause est nécessaire mais, selon la littérature l'Oligo analgésie reste un phénomène fréquent aux urgences.

Objectif : Evaluer la prise en charge de la DA aux urgences.

Matériel et méthode : Etude prospective descriptive observationnelle menée sur 48 heures. Inclusion de tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant aux urgences pour une DA. Recueil des paramètres épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. L'évaluation de la douleur aigue a été basée sur l'échelle numérique (EN). La satisfaction des patients a été évaluée par une échelle de satisfaction.

Résultats : Inclusion de 63 patients. L'incidence de la DA aux urgences était de 21%. L'Age moyen : 47 ± 19 ans. Le Sex ratio = 0,56. Les causes de la DA sont : Douleurs post traumatiques : 20 (31%), Douleur abdominale : 15 (24%), lombosciatalgies : 11 (17%), douleur thoraciques : 5 (8%) et coliques néphrétiques : 4 (6%). La DA était intense ($EN \geq 6$) : 25 (40%) et modérées (3

Conclusion : La prise en charge de la douleur aigue aux urgences reste encore insuffisante caractérisée par une large prescription des antalgiques de pallier 1, un faible recours aux morphiniques même pour les douleurs intenses et le manque de réévaluation de l'efficacité traitement prescrit.

INITIER ET IMPLÉMENTER DES CHANGEMENTS DE PRATIQUE CLINIQUE DANS UN SERVICE D'URGENCES

- L'élaboration et la mise à disposition des soignants d'un protocole d'antalgie spécifique sont fondamentales. Mais à lui tout seul, un protocole dédié n'est pas garant de succès.¹⁷
- Analysant la prise en charge des douleurs dorsales, Mafi et coll. ont objectivé une discordance importante entre les recommandations de bonnes pratiques et la réalité tant sur le plan de la démarche diagnostique que thérapeutique.¹⁸
- En Suisse, dans le domaine de l'urgence, Stephan et coll. rapportent, dans une étude descriptive, une adhérence sous-optimale à leur protocole d'antalgie aiguë. Dans cette étude, seulement 43% des patients inclus ont bénéficié de l'application complète et correcte des recommandations.¹⁹



- Parce que la prise en charge de la douleur dans un service d'urgences constitue un problème majeur, il est du devoir des institutions hospitalières et des services concernés d'améliorer constamment la prise en charge précoce des patients présentant des douleurs aiguës en développant des règles communes concernant le dépistage systématique et les approches thérapeutiques. Au-delà des aspects liés à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles spécifiques, la réussite d'un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge des douleurs dans un service d'urgences dépend de nombreux facteurs parmi lesquels figurent avant tout la motivation des équipes soignantes à participer à un tel processus et la satisfaction qu'elles peuvent trouver dans les réponses institutionnelles qui sont données aux collaborateurs afin de valoriser les actions entreprises.

- L'évaluation de la douleur en service d'urgence est la première pierre de l'édifice car elle permet la rédaction et la mise en place de procédures et protocoles s'inscrivant dans un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur en identifiant systématiquement des patients douloureux dès leur arrivée, en veillant à la mise en place d'un traitement adapté à l'intensité de chaque douleur. Des solutions et des méthodes d'évaluation éprouvées existent afin de faire en sorte que la douleur ne soit plus une fatalité.

Perspectives

- Les professionnels (médical + paramédical) des UMC Béni Messous ambitionnent de développer des voies prometteuses qui vont être autant d'espoirs pour ceux qui souffrent jour après jour par l'implémentation de la réhabilitation améliorée en insistant sur la PEC de la douleur en général et celle liée aux soins particulièrement (crème EMLA, PAC chimiothérapie des cancéreux, ALR, anticipation de DPO chronique)

- L'unité de soutien à la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur (USPPD) du CHU de Bordeaux est une structure nouvelle qui aide et soutient les équipes soignantes à améliorer la prise en charge de la douleur des patients qui leur sont confiés. L'équipe de l'USPPD ne prend pas en charge directement les patients douloureux et n'a pas un fonctionnement d'équipe mobile douleur. L'équipe est pluridisciplinaire de manière à diversifier les approches. Elle informe et forme les différents personnels soignants à la prise en charge de la douleur. Elle aide à l'utilisation des outils d'évaluation, à la tracabilité de la douleur et à la mise en place de protocoles thérapeutiques. Elle aide et conseille dans le

Pour les 50 ans de Doliprane, les laboratoires Sanofi ont fait naître le projet du «conte des guérisseurs», qui est un recueil de contes africains ayant pour but de dédramatiser la douleur de l'enfant. L'initiative a débuté avec des rencontres réunissant des enfants dans plusieurs pays africains, dont l'Algérie. Les enfants ont raconté et dessiné leur perception de la douleur, en présence de l'auteur «Ephémère», qui, au travers des différents échanges a créé des contes typiques pour chaque pays participant.

Les histoires créées finissent toutes avec une morale qui encourage l'enfant à supporter sa douleur et faire confiance au médecin. Les enfants algériens ont activement participé à cette initiative qui a abouti à la publication d'un recueil de contes africains de 100 pages, dont 20 sont consacrées au conte algérien. Ces recueils de contes réalisés par Sanofi seront distribués, à titre gracieux, en 2015 au niveau des services de pédiatrie à travers l'ensemble du territoire national.

**Prise en charge de la douleur aigue
postopératoire en salle de soins
post interventionnels**

Pr Ourrad D, Griene B.

Généralités

- Dans la PEC de la DPO, un seul TRT ou un seul protocole analgésique n'est pas possible, mais à l'inverse il doit être adapté notamment, et essentiellement à chaque procédure chirurgicale
- La douleur post opératoire n'est pas uniforme et varie dans son intensité que dans son site en fonction de l'intervention pratiquée.
- La douleur par exemple est moins importante dans une chirurgie laparoscopique que dans la chirurgie à ciel ouvert.
- L'efficacité des TRT n'est pas le même
- Ce qui est important finalement c'est d'avoir une approche qualifiée de multimodale associant des techniques et des agents analgésiques dont on doit tester l'efficacité.

- Efficacité basée non seulement sur la réduction de l'intensité douloureuse mais aussi sur une approche plus globale de confort du patient qui prend en compte les effets secondaires
- Tout ceci dans un contexte bien particulier qui est celui de la réhabilitation post chirurgical qui nécessite donc des patients alertes non sédatis ayant rapidement récupérés l'ensemble de leur fonctions
- PEC de la douleur est essentielle mais elle ne doit en aucun cas entraver la procédure qui permet une réduction de la durée de séjour et une diminution de la morbidité post opératoire



Travail

Introduction

- La prise en charge de la douleur nécessite une démarche cohérente et pertinente.
- Le Centre Pierre Marie Curie fait parti des centres anticancéreux et possède deux bloc opératoire
- Bloc A comporte 6 salles d'intervention et une SSPI de 6 lits
L'activité mensuelle est en moyenne de 200 patients .
- Les principaux secteurs d'activités sont variés et concernent la chirurgie digestive lourde (hépatique, gastrique, pancréatique, colique) , gynécologique, endocrinienne, partie molle...

Introduction

- L'infirmier de SSPI est confronté à plusieurs types de douleurs post opératoires sur des terrains différents tels que les patients âgés, douloureux chroniques, traités sous analgésique central...
- L'évaluation individuelle permet d'apprécier leurs intensités par des critères validés .
- Notre équipe a mis en place des procédures thérapeutiques adaptées au suivi du patient douloureux Cette démarche nous permet une approche qui s'inscrit dans le processus de la qualité des soins , répondant ainsi aux indices de satisfaction des patients .

QUELLES DOULEURS ? QUELS TERRAINS ?

La douleur post opératoire provoquée par l'agression chirurgicale est une douleur aiguë .

De nombreux facteurs influencent sa survenue , son intensité , ses caractéristiques et sa durée :

- Etat psychologique pré-op du patient et origine ethnique
- Prise en charge en consultation d'anesthésie
- Type d'intervention
- Type d'incision
- Durée d'intervention
- Protocole d'analgésie per op (la quantité de morphiniques administrés pendant l'intervention influe directement sur l'intensité de la douleur PO)
- Qualité des soins post op.

Résultats

Notre pratique quotidienne nous amène à prendre en charge des douleurs d'intensité différente :

- douleurs intenses / fortes

hystérectomie (voie abdominale)

chirurgie digestive lourde (AAP , exentération pelvienne)

- Douleurs modérées :

- coelio gynéco

- Douleurs faibles :

Cette classification nous donne une première approche de l'intensité douloureuse en fonction du type de chirurgie , mais elle est modulée par le terrain.

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne	Chirurgie abdominale sus- et sousmésocolique Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie
Douleur modérée	Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie	Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx,

Travail

- Etude prospective sur

- La douleur aiguë postopératoire est une source d'inconfort majeur pour les patients. Mais en plus, la douleur aiguë a des conséquences neuroendocriniennes, respiratoires et cardiovasculaires qui peuvent être responsables de décompensation d'une pathologie préexistante et aggraver la morbidité et la mortalité postopératoire. Ceci justifie pleinement une prise en charge agressive et efficace de ce symptôme pour en limiter les conséquences néfastes. Permettre au patient de tousser, respirer et de se déplacer normalement n'est pas seulement un traitement de confort, cela fait partie des soins périopératoires aussi fondamentaux que les pansements de la plaie chirurgicale ou que la prévention de la maladie thromboembolique pour minimiser la morbidité postopératoire.

- La prise en charge de la douleur nécessite une démarche cohérente et pertinente.
- L'ordonnance du 26 avril 96 relative à l'accréditation des établissements publics et privés en définit le cadre.
- La conférence de consensus de la SFAR du 12/12/97, validée par l'ANAES 1999, a contribué à améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur post opératoire.
- Le Centre Oscar Lambret fait parti des 22 centres anticancéreux et possède 250 lits. Le bloc opératoire comporte 6 salles d'intervention et une SSPI de 9 lits. L'activité mensuelle est en moyenne de 350 patients.
- Les principaux secteurs d'activités sont variés et concernent la chirurgie ORL, gynécologique, la sénologie, la chirurgie digestive lourde, plastique, thoracique ainsi que celle des sarcomes des membres.
- L'infirmier de SSPI est confronté à plusieurs types de douleurs post opératoires sur des terrains différents tels que les patients douloureux chroniques.
- L'évaluation individuelle permet d'apprécier leurs intensités par des critères validés.
- Notre équipe a mis en place des procédures thérapeutiques adaptées au suivi du patient douloureux. Cette démarche nous permet une approche qui s'inscrit dans le processus de la qualité des soins, répondant ainsi aux indices de satisfaction des patients.

1 - QUELLES DOULEURS ? QUELS TERRAINS ?

- La douleur post opératoire provoquée par l'agression chirurgicale est une douleur aiguë.
- De nombreux facteurs influencent la survenue, l'intensité, les caractéristiques et la durée de cette douleur :
 - l'état psychologique pré-op du patient et origine ethnique
 - prise en charge en consultation d'anesthésie
 - type d'intervention
 - type d'incision
 - durée d'intervention
 - protocole d'analgésie per op (la quantité de morphiniques administrés pendant l'intervention influe directement sur l'intensité de la douleur post op.)
 - qualité des soins post op.

Notre pratique quotidienne nous amène à prendre en charge des douleurs d'intensité différente :

- -douleurs intenses / fortes
 - reconstruction mammaire avec lambeau
 - hystérectomie (voie abdominale)
 - chirurgie digestive lourde (AAP, exentération pelvienne)
 - chirurgie ORL lourde (BPTM, commando)
- -Douleurs modérées :
 - mastectomie
 - curage axillaire
 - coelio gynéco
 - hystérectomie vaginale
- -Douleurs faibles :
 - laryngectomie directe
 - hystéroscopie curetage
 - colo, fibro

Cette classification nous donne une première approche de l'intensité douloureuse en fonction du type de chirurgie, mais elle est modulée par le terrain.

En effet de nombreux patients cancéreux sont déjà traités par des morphiniques avant leur chirurgie. Ils présentent un vécu douloureux différent des autres patients dès leur réveil en SSPI.

2 - COMMENT EVALUER LA DOULEUR EN SSPI ?

- Reconnaître la douleur est déjà très important mais l'évaluation de la douleur est une étape essentielle et indispensable pour une prise en charge thérapeutique efficace
- La simplicité doit primer dans cette phase où la communication est la plus difficile (sédation résiduelle, prothèses dentaires ou absence de lunettes)
- QUELS SONT LES OUTILS DONT NOUS DISPOSONS ?
- Trois échelles apprécient globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement à partir d'une auto évaluation réalisée par le patient.
- **EVS** : échelle verbale simple (0 : douleur absente, 1 : douleur faible, 2 : douleur modérée, 3 : douleur intense ou très intense)
- **EN** : échelle numérique permet de donner une note de 0 à 10 à leur douleur (0 douleur absente, 10 douleur maximale imaginable)
- **EVA** : échelle visuelle analogique. L'EVA se présente sous forme de règle.

- II - MEDICAMENTS ANTALGIQUES Points importants : • On utilise des médicaments non opiacés, des opiacés, et des anesthésiques locaux • Il faut utiliser ces différents médicaments en association pour obtenir une analgésie efficace tout en limitant les risques toxiques propres à chacun. 2.1. Antalgiques non opiacés 2.1.1. Paracétamol Premier choix systématique du fait de l'absence d'effet secondaire (sauf allergie –très rare-, ou insuffisance hépatique évoluée). Effet analgésique et antipyrétique (idem aspirine) sans effet anti-inflammatoire ni gastrotoxique. Forme IV (Perfalgan[®]) et formes orales (doliprane[®], dafalgan[®], etc...) Posologie : • Perfalgan(=paracétamol) : (1g dans 100 ml de G⁵% en 15 min) toutes les 6 heures • Paracétamol per os : 1g toutes les 6 heures Efficace seul pour les douleurs faibles à modérées. A associer aux morphiniques insuffisant. Certaines présentations contiennent du paracétamol associé à un dérivé morphinique : Diantalvic[®] : paracétamol (400 mg) + dextropropoxyphène (30 mg) ; 1-2 cp 3 à 4 fois /jour • Efferalgan codéiné[®] : paracétamol (500 mg) + codéine (30 mg), 1-2 cp 3 à 4 fois /jour Peuvent être utilisés de première intention ou en relais des morphiniques. Les doses de morphiniques contenues dans ces préparations n'exposent pas à des dépressions respiratoires, sauf surdosage (association à de la morphine) ou terrain particulier (insuffisant respiratoire chronique). 2.1.2. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) Inhibent la cyclo-oxygénase et la synthèse de prostaglandines. Action antalgique et antiinflammatoire au niveau central et périphérique. Permettent de réduire les besoins en morphiniques de 25 à 50% tout en augmentant la qualité de l'analgésie. Posologies : • Profénid[®] (Ketoprofène) : 100-200 mg/ jour (voie IV ou orale) • Voltarène[®] (Diclofénac) : 75-150 mg/jour (voie IV ou orale) Effets secondaires : • Ulcères gastro-duodénaux et gastrites (contre-indiqués si antécédent de maladie ulcéreuse ou de gastrite) • Toxicité tubulaire rénale (à éviter chez tous les sujets à haut risque d'aggravation de la fonction rénale : insuffisant rénal, diabétiques, hypertendus, sujets âgés > 70 ans) • Risque accru de bronchospasme chez les asthmatiques • Effet anti-agrégant plaquettaire à prendre en compte si haut risque de saignement post-opératoire. 2.1.3. Autres Médicaments • Acupan[®] (Néfopam) Antalgique d'action centrale, volontiers utilisé à la place des AINS quand ceux-ci sont contreindiqués. Posologie : (20 mg en 1heure minimum) x 4 /jour, ou en continu sur 24 heures à la seringue électrique pour limiter les effets secondaires. Effets secondaires : malaises avec nausées, sueurs et tachycardie • Catapressan[®] (Clonidine) Alpha-2 agoniste agissant au niveau central (corne postérieure de la moelle notamment). Parfois utilisé en intraveineux en combinaison avec les agents d'anesthésie générale. Très souvent utilisé en anesthésie loco-régionale, associé aux anesthésiques locaux ou aux opiacés dans les blocs rachidiens ou tronculaires pour en potentialiser et en prolonger l'effet. Effets secondaires : Sédation (attention à la dépression respiratoire en association avec les opiacés), hypotension, bradycardie. Du fait de la demi-vie prolongée, prévoir une surveillance adaptée. 2.2. Antalgiques opiacés Agissent en se fixant aux différents récepteurs aux morphiniques, notamment μ et κ , qui sont responsables de l'analgésie, la dépression respiratoire, du myosis, de la tolérance et de la dépendance. Le morphinique de référence pour l'analgésie postopératoire est la morphine. Les autres produits sont utilisés pour la période d'anesthésie au bloc opératoire essentiellement. La morphine peut s'employer : 1) IV en « titration », càd mg par mg en milieu de surveillance spécialisée (salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ou appelé encore salle de réveil, ou infirmières formées à la surveillance de ce type de traitement) pour administrer rapidement une dose suffisante pour contrôler une douleur aiguë. 2) ou le plus souvent sous-cutanée (5 à 10 mg toutes les 4-6 heures) en salle d'hospitalisation normale. Ce mode d'administration systématique est beaucoup moins efficace et moins « économique » en morphine que le mode auto-contrôlé par le patient (ou mode « PCA » = patient-controlled analgesia). 3) Mode PCA : ce mode consiste à programmer une pompe spéciale prévue pour délivrer des bolus IV (1 mg, par exemple) toutes les 5 à 10 minutes, sans dépasser un plafond par période de 4 heures (par ex : 26 ou 30 mg/ 4 Heures). Outre qu'il faut disposer du matériel, l'administration de la morphine par pompe PCA dans les étages d'hospitalisation implique une formation spécifique des infirmières au maniement de la pompe mais surtout à la surveillance et au dépistage des surdosages en morphine. Initialement (12 premières heures) la surveillance de la fréquence respiratoire doit être HORAIRES. Les avantages du mode PCA sont : • L'absence de délai dans l'administration du produit • Voie IV : biodisponibilité maximale • Effet analgésique optimal avec risque de surdosage minimal • « Mémoire » de la pompe qui enregistre toutes les demandes du patient (satisfaites et non satisfaites) ce qui permet d'ajuster les réglages Le surdosage en morphine se caractérise par une dépression respiratoire (FR < 8/min). Une telle bradypnée impose le recours à l'injection de Naloxone – antagoniste des morphiniques - (Narcan[®]) 0,2-0,4 mg IV et une oxygénothérapie nasale pour assurer une saturation périphérique en O₂ proche de 100%. Les doses de morphine doivent être réduites chez le vieillard, l'insuffisant respiratoire et l'insuffisant rénal. Ces terrains particuliers justifient toujours des séjours prolongés en SSPI pour vérifier la bonne tolérance du traitement. 2.3. Anesthésiques locaux Divers anesthésiques locaux sont employés lors des anesthésies loco-régionales (ALF), par exemple, dans des blocs nerveux tronculaires ou médullaires (par voie périurale ou intrathécale) dans le cadre de l'analgésie postopératoire. Ceux-ci incluent principalement : • La lidocaïne • La bupivacaïne • La ropivacaïne Ils peuvent être utilisés seuls ou en association entre eux ou avec des opiacés ou de la clonidine. Leur usage est du domaine quasi exclusif du médecin anesthésiste-réanimateur (apprentissage des techniques d'anesthésie loco-régionale). La qualité de l'analgésie obtenue par les ALR est excellente et la diffusion de plus en plus large de ces techniques est un progrès majeur de ces dernières années.

conclusion

- V COMMENT ORGANISER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE ? L'objectif d'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire doit passer par l'intégration d'un schéma organisationnel utilisant la méthodologie de l'assurance-qualité. Cette demande nécessite un engagement de l'équipe de direction et des responsables médicaux et paramédicaux. L'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en oeuvre des soins doivent participer à l'élaboration de chaque étape du programme qui comporte notamment: - L'analyse des pratiques. - La rédaction de protocoles. - Un plan de formation. - La mise en place d'outils d'évaluation. - L'information du patient. - Le contrôle du respect des procédures. - La structure de travail d'une équipe. - Le choix de la technique d'analgésie.

INTRODUCTION

- La SAET affirme que soulager la douleur est un droit pour toute personne.
- Sa prise en charge (évaluation et traitement) est une priorité pour les acteurs de soins. Dont le but est de supprimer la douleur ou de l'amener à un niveau tolérable
- Dans les structures d'urgences, la douleur reste encore insuffisamment évaluée et traitée.
- La méthode d'évaluation de la douleur doit être identique et les critères communs à toutes les équipes médico-infirmières, afin de faciliter l'homogénéité des prises en charge et le suivi de l'efficacité de la stratégie thérapeutique.

Conclusion

- Les échelles d'autoévaluation (EN ou EVA) doivent être utilisées en première intention, car l'hétéréévaluation entraîne une constante sous-estimation de la douleur.
- Le traitement doit respecter les grandes fonctions : hémodynamiques, ventilatoires et neurologiques.
- Il existe une « mémoire de la douleur », d'où l'importance de la traiter de façon précoce et « agressive ».
- L'association des moyens médicamenteux et non médicamenteux doit s'intégrer dans le cadre d'une stratégie thérapeutique individualisée.
- L'IDE est un acteur essentiel dans la détection et l'évaluation de la douleur, en effet outre son rôle prescrit, il a un rôle propre dans la gestion de celle-ci.

Introduction

- Cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002. Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés, etc.) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils, etc

COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR A BENI MESSOUS

- le Comité de Lutte contre la Douleur de la Clinique de la Victoire est un centre de réflexion et de proposition. Il est appelé à travailler en collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME, ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques.



OBJECTIF

- Dans un souci de coordination des actions des différentes parties prenantes, le CLUD fera preuve dans ses missions de toute la vigilance, la discrétion et du savoir-faire nécessaire. Il s'appuiera sur le recueil des informations cliniques et sur les besoins de l'établissement pour proposer une stratégie cohérente et adaptée devant aboutir à la prise en compte effective de toutes les douleurs aiguës et chroniques. Il suscitera et animera enfin une véritable « culture de la douleur » et aura un rôle d'observatoire dans la Prise en Charge au sein de l'établissement

- **Introduction.** – L’Infirmière organisatrice de l’accueil (IOA) a un rôle déterminant dans l’évaluation de la douleur aux urgences. Après avoir réalisé un audit interne, nous avons élaboré un protocole de prise en charge de la douleur par l’IOA. Ce protocole présenté, en comité de soin, propose une évaluation systématique de la douleur, dont l’intensité est prise en compte dans le triage infirmier et pour le choix des antalgiques à proposer à l’accueil. Nous avons voulu savoir si l’instauration de ce protocole avait amélioré la prise en charge de la douleur à l’accueil des urgences.
- **Méthode.** – Nous avons évalué prospectivement à six et 18 mois de l’instauration du protocole tous les dossiers des patients des urgences pendant sept jours et comparé les résultats de ces deux périodes regroupées à ceux de l’audit initial. Nous avons pris en compte le taux d’évaluation et de traitement médicamenteux de la douleur ainsi que son délai d’administration et le respect du protocole.
- **Résultats.** – Les groupes étaient comparables en nombre (499, 502 et 505 patients), âge, sexe, et motif de recours sur les trois périodes. Une évaluation de la douleur était plus souvent réalisée après (73%) qu’avant mise en route du protocole (55%), de même l’administration d’un antalgique dans respectivement 51 et 28% des cas ($p < 10^{-4}$). Alors que 72% des patients traités recevaient un antalgique plus d’une demi-heure après leur arrivée lors de l’audit, 82% le recevaient dans les 30 minutes (dont 87% dès l’accueil) après mise en route du protocole. Un soulagement était plus fréquemment notifié dans le dossier au décours du traitement après (16%) qu’avant l’instauration de la procédure (7%) chez les patients douloureux ($p < 10^{-4}$). Un refus d’antalgique était mentionné dans 75 cas après et dans un cas avant instauration de la procédure. Le protocole était respecté sur l’ensemble des items dans 48% à six mois et 62% à 18 mois.
- **Conclusion.** – Dans cette étude, un protocole de prise en charge de la douleur par l’infirmière organisatrice de l’accueil a permis d’augmenter d’un tiers l’évaluation de la douleur et de trois quart l’administration d’antalgique aux urgences. Un suivi du protocole et de son application restent nécessaires pour améliorer encore le traitement et le soulagement des patients.

LES MISSIONS DU CLUD

- de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui, dans l'idéal, doivent figurer dans le projet médical d'établissement (article L.710-3--1 du Code de la Santé Publique) ;
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la Prise en Charge de la Douleur, quels qu'en soit le type, aigu ou chronique, d'origine maligne ou non et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicaps, maladies mentales, situation de grande précarité, fin de vie, urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs..) ;
- de s'assurer de la qualité de l'évaluation de la douleur en organisant l'acquisition et la généralisation de l'utilisation des instruments de mesure de l'intensité de la douleur, la formation des personnels à leur utilisation et la mention des résultats de l'évaluation dans les dossiers de soins ;
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement ;
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité d'évaluation et de traitement de la douleur ;
- de participer à l'information des patients en diffusant les modalités de Prise en Charge de la Douleur dans l'établissement, en favorisant l'utilisation des enquêtes sur la satisfaction des patients.

Conclusion

- La prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique et une préoccupation nationale, malgré des volontés personnelles et institutionnelles, on remarque que moins de la moitié des patients algiques sont correctement pris en charge. La prise en charge de la douleur en urgence ne peut être efficace et optimale que si on la reconnaît, l'évalue correctement et la traite selon des protocoles préétablis. Cela appelle une sensibilisation, une bonne formation des personnels et une collaboration médecin-infirmier pour apporter au patient les meilleurs soins et s'inscrire dans une démarche qualité. On note donc une réelle place pour l'infirmier quant à l'évaluation de la douleur, sa transmission et son traitement. Des formations et une bonne maîtrise des thérapeutiques sont nécessaires pour optimiser la prise en charge du patient. La douleur ne doit plus être ni rester une fatalité.

- L'absence de douleur est un droit humain fondamental et a également un impact sur les résultats postopératoires des patients. La douleur étant par définition une expérience subjective, les échelles de douleur basées sur l'auto-évaluation du patient, telles que l'échelle numérique (NRS) ou l'échelle visuelle analogique (EVA), sont considérées comme l'étalon-or pour évaluer la douleur aiguë chez les patients postopératoires adultes.
- Cependant, ces échelles sont vouées à l'échec chez les personnes ayant des troubles de la communication, comme les patients sous sédation, déments ou très jeunes.
- Dans ces cas, un moniteur de douleur indépendant de la coopération serait hautement souhaitable.

- Analyse de la littérature établit que la pupillométrie, l'analgésie nociception index (ANI) et le surgical pleth index (SPI) permettent une évaluation correcte de la balance analgésie-nociception sous anesthésie générale [21–23].
- En revanche, il n'est pas possible d'affirmer, à l'heure actuelle, qu'un tel monitoring peropératoire permette de diminuer la douleur postopératoire ou la consommation d'antalgiques postopératoires.

Surveillances en structure de soins conventionnels des patients bénéficiant d'un traitement opioïde ?

La littérature met en lumière des terrains à risque qui requièrent une surveillance renforcée: clinique plus fréquente et/ou un monitoring non invasif (saturométrie, capnographie en SSPI)

- Age de plus de 70 ans, naïf aux opiacés
- Obésité morbide (IMC > 35)
- Maladie respiratoire, SAOS,
- Insuffisance hépatique ou rénale
- Association entre les opiacés et des médicaments pouvant entraîner une dépression du système nerveux central tels que des benzodiazépines, des barbituriques, des agents antidépresseurs, des antiémétiques, ou des antihistaminiques.
- Association des opiacés avec l'alcool ou des drogues illicites,
- Antécédents de troubles neurologiques et/ou neuromusculaires,
- Voie périmédullaire [19,20]

États des lieux DCPC

- Douleur chronique post opératoire fréquente (30%), sévère (5-10%).
- Perkins, Anesthesiology 2000; Kehlet, The Lancet 2006; Macrae, BJA 2008, Tromso Johansen, Romundstad et al. 2012
- DCPC, 2ème cause de consultation dans les CETD
Crombie et al. Pain 1998, SFETD 2007; Allemagne 2009; Hong-Kong, 2009
- Douleur neuropathique part importante dans DCPC Edonis 2011, Etude Tromso 2012

Epidémiologie des DCPC

L'étude de cohorte TROMSO en population générale

- 1) 18.3 % de la population opérée dans les 3 années précédentes souffrirait d'une DCPC modérée à sévère
 - 2) 1 patient sur 2 présenterait de douleurs neuropathiques
 - 3) dans 2/3 des cas, la DCPC est localisée aux membres
- Johannsen et al, Pain 2012