

DOULEURS ET SOINS PALLIATIFS

Dr. Marie SIMONETTA
Valérie MARCO Infirmière

EMSP CHU Montpellier
Septembre 2023



DEFINITIONS GENERALES

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

>> Subjectivité et complexité

>> Triple composante, multidimensionnelle

DEFINITIONS GENERALES

- « La douleur est un ensemble d'expériences complexes, non une sensation univoque produite par un stimulus unique »
- « La douleur est ce que la personne atteinte de douleur chronique dit qu'elle est, existant dès lors qu'elle affirme la ressentir »

Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Control of pain in patients with cancer.

4 composantes de la douleur

Sensori-discriminative

le malade décrit:

- Location
- intensité
- durée
- caractéristiques: brûlures, coups de poignards

Affectivo-émotionnelle

comment se sent le patient quand il a mal

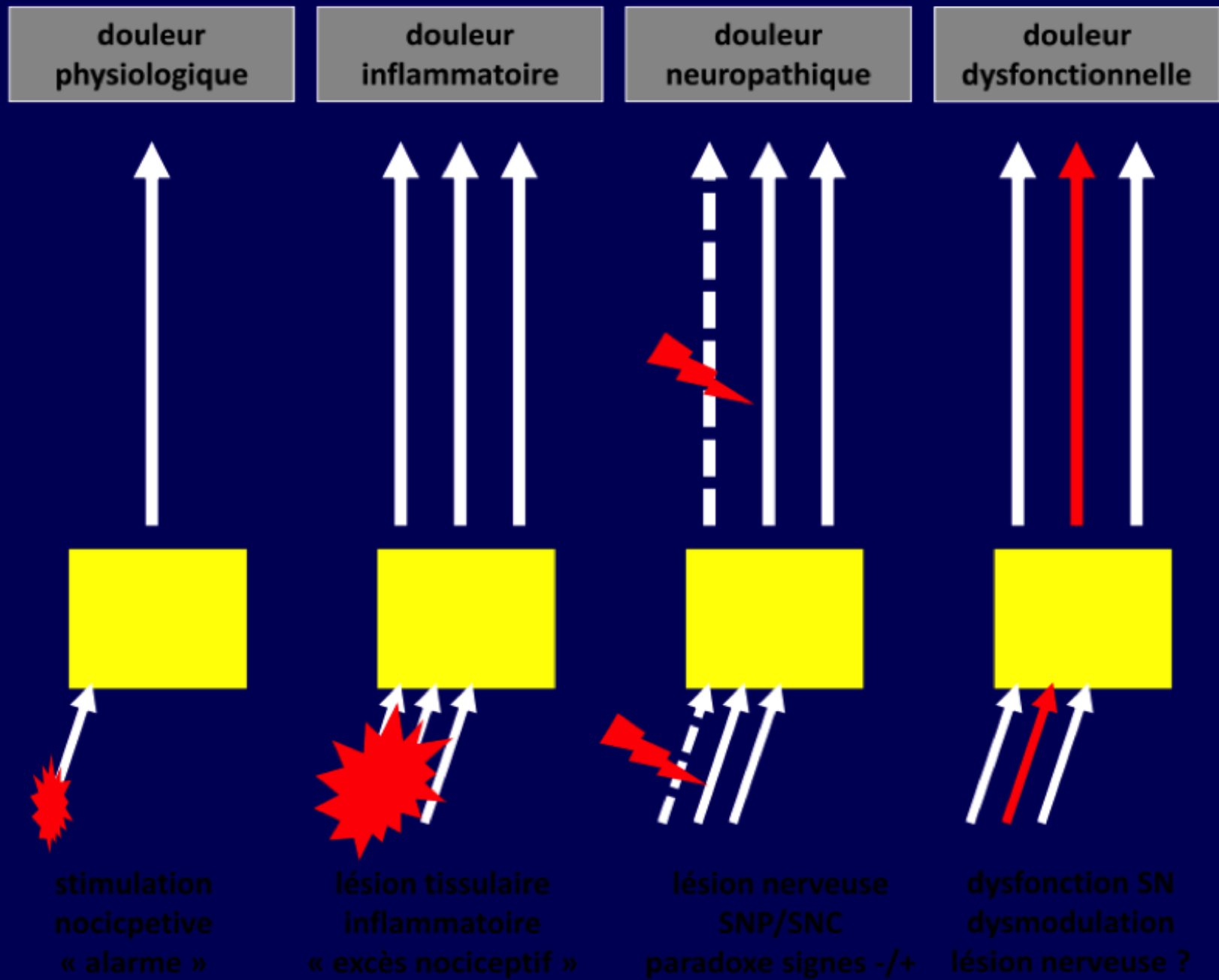
- triste
- angoissé
- dépressif
- la douleur est inquiétante, épuisante

Comportementale

- manifestations verbales et non verbales
- mimiques ,
- positions antalgiques ,
- cris pleurs.
- Facteurs culturels et éducationnels entre en compte

Cognitive

- comment le patient comprend la cause de sa douleur
- le sens qu' il lui donne en fonction de son histoire, ses croyances, sa maladie , son devenir



LES DOULEURS

Classification Aigue/Chronique

- Aigue: transitoire, douleur symptôme
- Chronique: prolongée, douleur maladie, syndrome douloureux chronique, douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (habituellement 3 mois).



DOULEURS EN SOINS PALLIATIFS

- Maladies graves, évolutives
- Cancérologie+++
- Neurologie
- Personnes âgées++
- Situations complexes
- Douleurs Provoquées++
- Concept de « total pain »

Spécificité de la douleur en soins palliatifs

- Douleur « chronique » et aiguë
- Douleur quasi constante
- Douleur provoquée par les soins
- Traitement per os à privilégier
- Traitement progressif à réévaluer
- Traitement de fond et inter doses
- Traitement non médicamenteux

DOULEURS PROVOQUEES

Douleurs provoquées liées aux examens, aux traitements, aux soins, prévisibles et susceptibles d'être prévenues

Identifier et lister au sein du service les soins techniques potentiellement douloureux :

première étape de la prévention de la douleur: exemples:

Mobilisations: toilettes, changes,

Ponction veineuse ou artérielle

Transferts, brancardages

Aspirations nasopharyngée

Injection intramusculaire ou sous cutanée

Prélèvements pulpaire (glycémie)

Pose et retrait de sonde: gastrique, urinaire

Ponction biopsie médullaire, ascite, de plèvre

Actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire

Fibroscopie

Petite chirurgie: suture, curetage

Actes de radiologie

Pansements: retrait d'adhésifs

Douleurs retardées (séquelles de certains traitements)

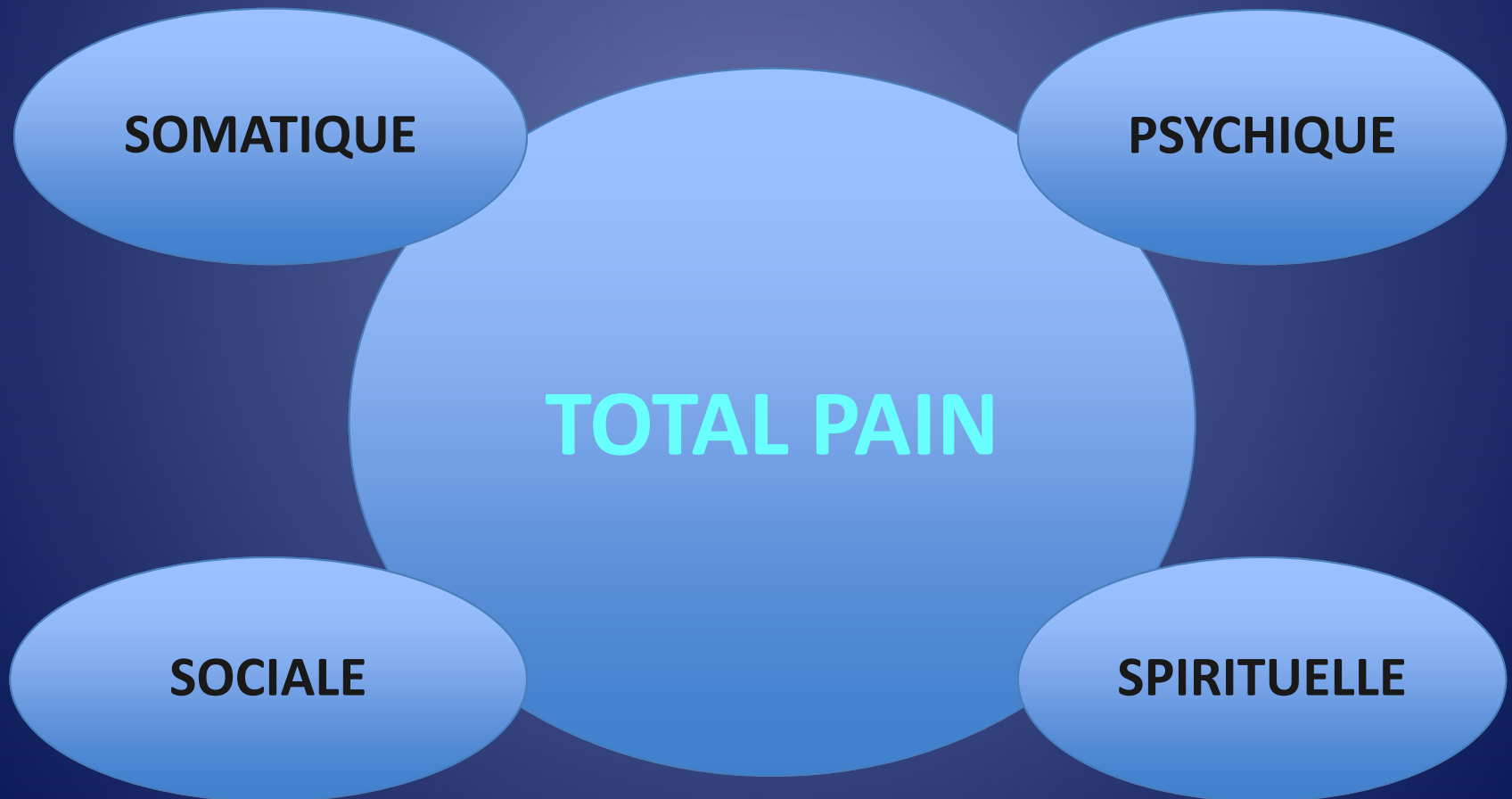
Chirurgie

Médicaments (chimiothérapie, hormonothérapie ...)

DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS

Concept de « Total pain »

« Souffrance totale »



COMPOSANTE SOMATIQUE

- Douleurs liées à la maladie, à la lésion, aux séquelles des traitements
- Douleur cancéreuse: Souvent Mixte (nociceptive + neuropathique)
- ASTHENIE, « Tout est effort »
- Douleurs liées à l'alitement
- Douleurs liées à la cachexie

COMPOSANTE PSYCHIQUE

- Souffrance psychique suite aux annonces, pertes et deuils répétés
- Annonces d'incurabilité, d'arrêt de traitements de la maladie, de « passage en soins palliatifs »
- Symptômes dépressifs, anxieux
- Colère contre la médecine, la situation
- Troubles du sommeil

COMPOSANTE SOCIALE

- Perte de la position sociale, de l'emploi, des revenus
- Perte du rôle dans la famille, dans le groupe humain
- Sentiments d'abandon, d'isolement, d'exclusion
- Dépendance aux autres accrue, handicap
- MEDICALISATION de la vie: rythme imposé par la maladie et la médecine
- Désappropriation du projet de vie par le projet de soin

COMPOSANTE SPIRITUELLE

- SOUFFRANCE EXISTENTIELLE
- Crise existentielle, Détresse existentielle
- Diffère d'une psychopathologie
- Rapport au sens: questionnement « Pourquoi moi? »
- Rapport à soi et aux autres: identité menacée

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...
J'AI MAL
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- La douleur est pluridimensionnelle
 - En Soins Palliatifs, on parle de souffrance totale
- >> Donc la prise en charge ne pourra être que:
- Globale
 - Interdisciplinaire: médecin, IDE, AS, Psychologue, Kiné...
 - Centrée sur le patient et son projet de vie

PRISE EN CHARGE GLOBALE

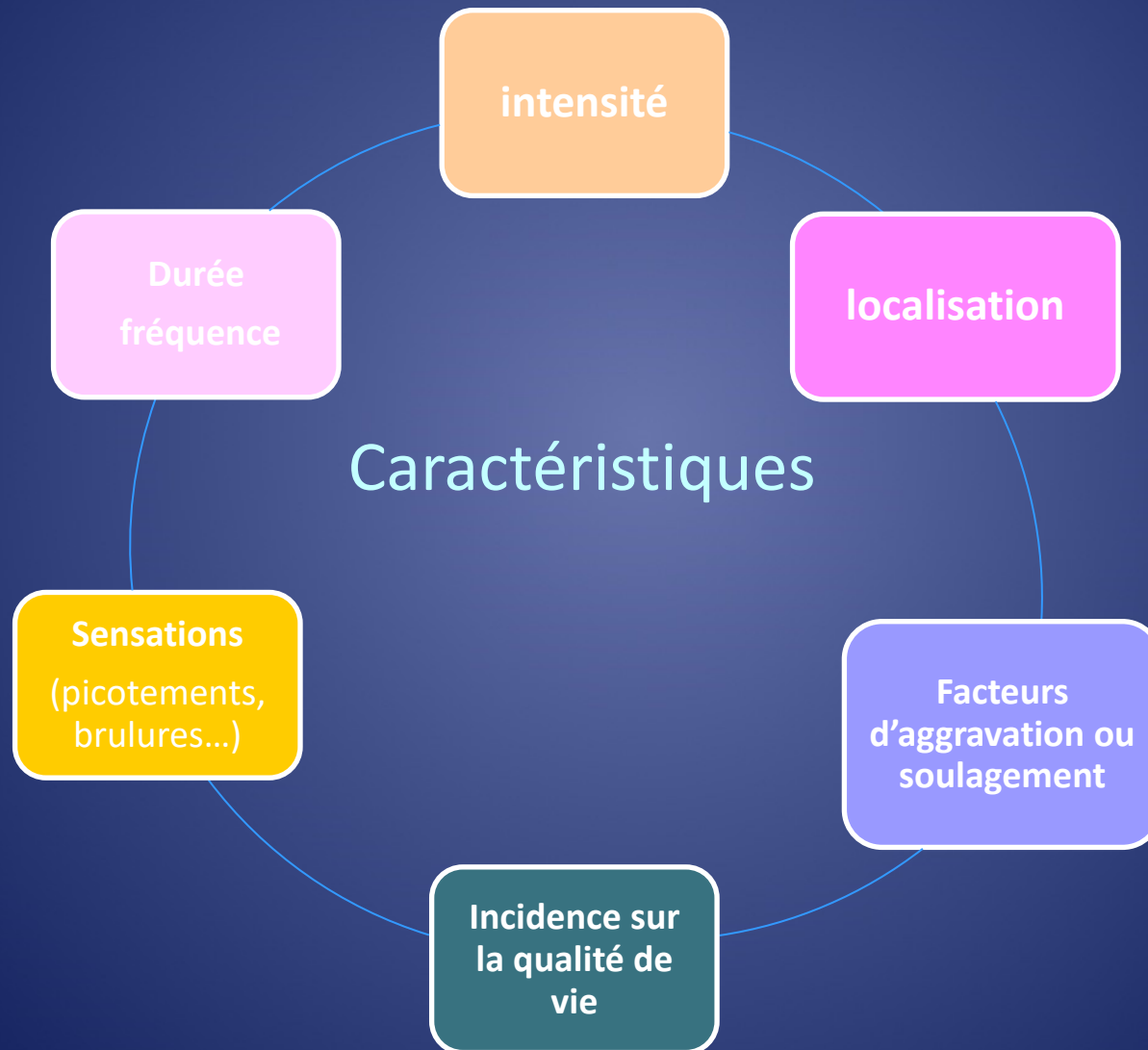
- Composante physique
 - Traitements médicamenteux
 - Non médicamenteux
- Les troubles du sommeil
- La dépression, l'anxiété
 - Médicaments anxiolytiques, antidépresseurs
 - Prise en charge psychologique
 - Relation d'aide, empathie
- La dimension sociale

Rôle infirmier dans PEC douleur

Actions

- évaluation
- application de la prescription
- informations et explications des traitements
- surveillance des effets secondaires
- collaboration avec les autres professionnels
- réévaluation régulière
- techniques non médicamenteuses

Evaluation de la douleur



Echelles d'évaluation

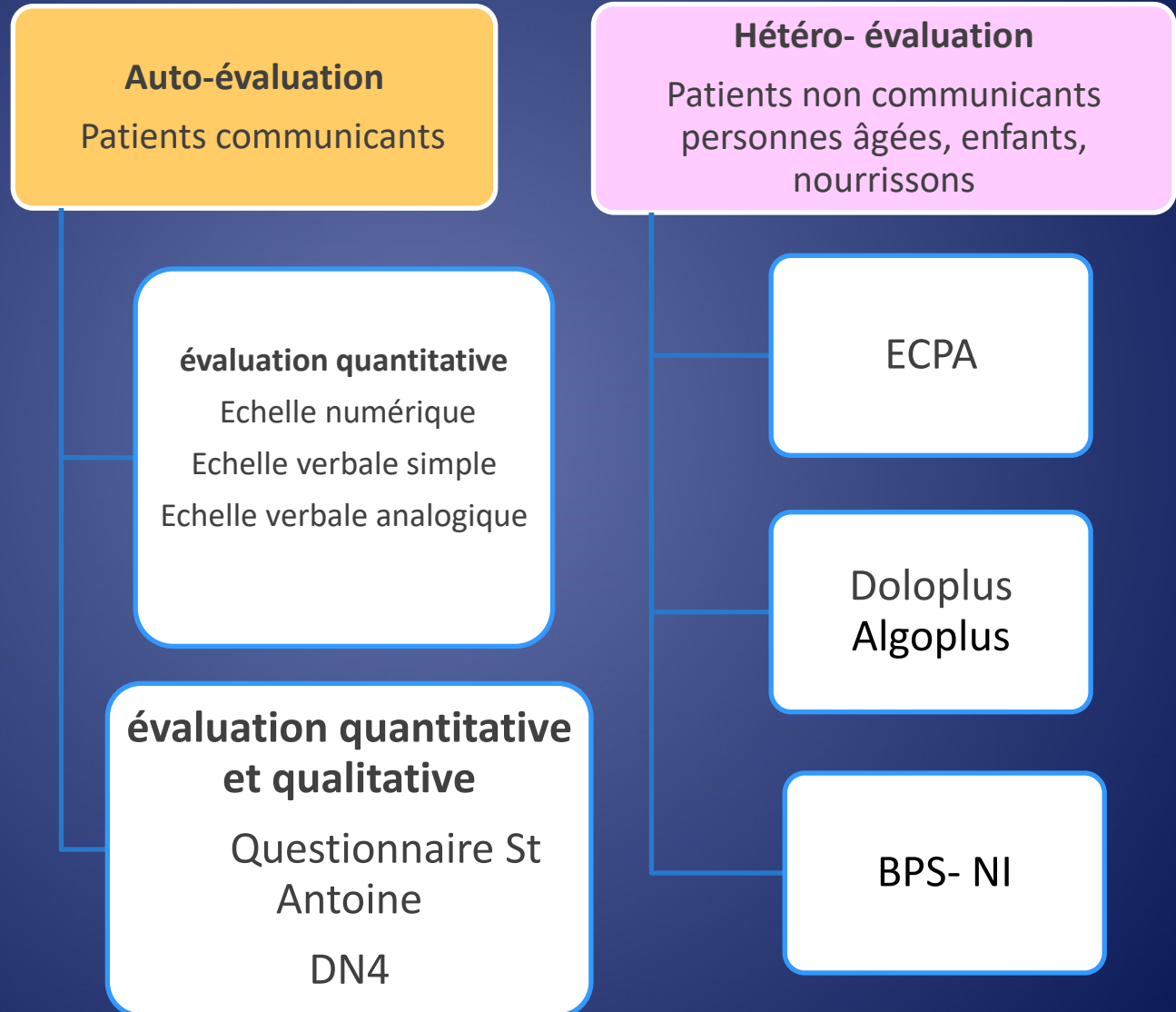
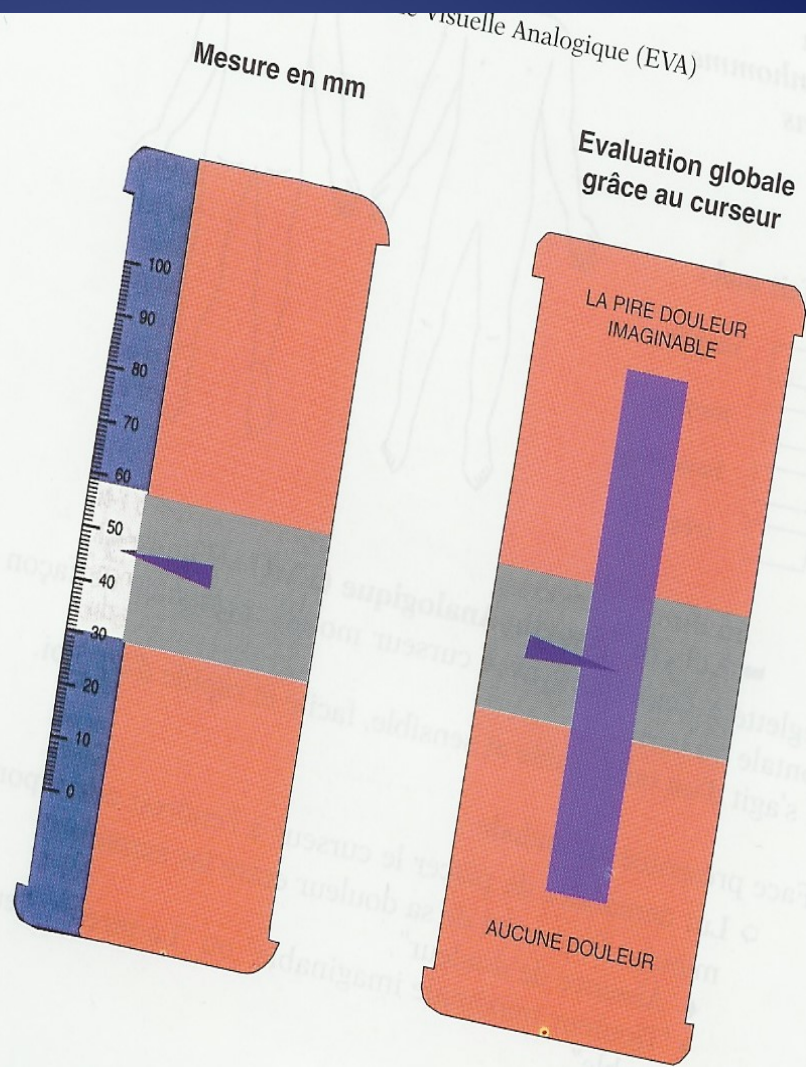
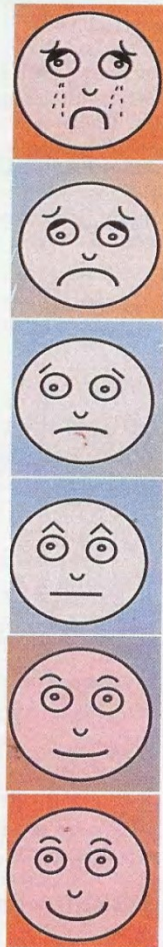


FIGURE 2
Echelle des mimiques



ECHELLE VERBALE SIMPLE A 5 CATEGORIES

- 0 - Douleur nulle
- 1 - Douleur modérée
- 2 - Douleur forte
- 3 - Douleur très forte
- 4 - Douleur insupportable

L'échelle verbale simple donne une estimation globale de la douleur.

Le malade choisit le descriptif correspondant le mieux à l'intensité de la douleur.

QUESTIONNAIRE DOULEUR ST-ANTOINE (QDSA version abrégée)

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire votre douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez habituellement, indiquez pour chaque mot par une croix dans la case correspondante quelle est l'intensité de votre douleur durant les dernières 24 heures.

	0 absent non	1 faible un peu	2 modéré modérément	3 fort beaucoup	4 extrêmement fort extrêmement
Elancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERIFIEZ QUE VOUS AVEZ REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS !

Échelle DN4 : douleur neurogène

1) La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

Brûlures	OUI	NON
Sensation de froid douloureuse	OUI	NON
Décharges électriques	OUI	NON

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

Fourmillements	OUI	NON
Picotements	OUI	NON
Engourdissements	OUI	NON
Démangeaisons	OUI	NON

3) La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

Hypoesthésie au tact	OUI	NON
Hypoesthésie à la piqûre	OUI	NON

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

Le frottement	OUI	NON
---------------	-----	-----

Coter 1 si réponse positive. Diagnostic positif si score > 4

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

Score total de l'échelle :

I - Observation avant les soins	II - Observation pendant les soins													
<p>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s)</p>	<p>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <table border="1" data-bbox="954 1096 1823 1206"> <tr> <td colspan="3">PATIENT</td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> <td>Prénom :</td> <td>Sexe :</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Âge (ans) :</td> </tr> </table> <table data-bbox="954 1210 1823 1268"> <tr> <td>Date :</td> <td>Heure :</td> </tr> <tr> <td>Service :</td> <td>Nom du cotateur :</td> </tr> </table>	PATIENT			Nom :	Prénom :	Sexe :	Âge (ans) :			Date :	Heure :	Service :	Nom du cotateur :
PATIENT														
Nom :	Prénom :	Sexe :												
Âge (ans) :														
Date :	Heure :													
Service :	Nom du cotateur :													

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1 • Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aide, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication	inchangée	0	0	0	0
	interférée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

DOLOPLUS



DOLOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE AGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

www.doloplus.com

Ce document a été réalisé grâce à la Fondation CNP

DOLOPLUS

LEXIQUE

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçant, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transferts - marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

fondation



CONSEILS D'UTILISATION

1 • L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2 • Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3 • Ne rien coter en cas d'item inadaptable

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

4 • Les comportements passifs

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs: par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5 • La cotation d'un item isolé

N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

6 • Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donne nous intéresse.

7 • Établir une cinétique des scores

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8 • En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incontestée.

9 • L'échelle cote la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10 • Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heurehhhhhh						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
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 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Echelles d'évaluation

Avantages

Objective la douleur

Permet suivi et traçabilité

Langage commun à tous les soignants

limites

Discordance entre auto et hétéro évaluation

Quantitatif mais peu de qualitatif
sf DN4 et QDSA

Réévaluation fréquente ramène le patient à sa douleur

Peu de place pour l'échange

Désintérêt du patient

Les traitements de LA DOULEUR

- Traitements médicamenteux
 - MORPHINIQUES: Peu de palier II
 - TRAITEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE: AMITRIPTYLINE, GABAPENTINE, IRSNA
 - AINS, CORTICOÏDES, BIPHOSPHONATES
 - PROTOXYDE D'AZOTE
 - BENZODIAZEPINES: à visées anxiolytique, myorelaxante ou sédatrice
 - TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES
 - TRAITEMENTS LOCAUX
- Traitements Non médicamenteux
 - KINE-MASSAGE
 - RADIOTHERAPIE ANTALGIQUE
 - CIMENTOPLASTIE
 - CHIRURGIE
- Antalgie Intrathécale

PALIER@ OMS

PALIER@	I	II	III
Intensité Douleur	Faible	Modérée	Sévère
Type Antalgique	Non Opiöide	Opiöides faibles	Opiöides forts
Molécules	- Paracétamol - AINS Aspirine - Nefopam	- Codéine - Tramadol Associations++ - Buprenorphine - Nalbuphine	- Morphine (chlorydrate et sulfate) - Oxycodone - Fentanyl - Hydromorphone

PALIERS OMS

- Paliers de l'OMS ne répondent plus aux attentes du clinicien.
- Les douleurs sont variées dans leurs mécanismes et expressions cliniques
- Une seule stratégie ne suffit pas. Elle peut même mener à des erreurs (ex opioïdes et fibromyalgie)
- Arrêter de penser Intensité de douleur / niveau d'efficacité des antalgiques

UTILISATION DES MORPHINIQUES

- MOLECULES
- TITRATION
- ROTATION
- SURVEILLANCE

traitement de la douleur = dose de fond + interdoses

Traitement de fond : prise systématique

- anticipe la prise en charge de la douleur, limite sa survenue...
- privilégier les formes à libération prolongée (LP)

Traitement des crises :interdoses

- prise à la demande du patient
- formes à libération immédiate
- aide à choisir, évaluer, adapter le traitement de fond
- comprise entre 1/6ème et 1/10ème de la dose journalière totale

Importance de la titration

- Titration: permet de soulager avec la plus petite dose efficace et le moins d'effets secondaires possibles
- Débuter un traitement morphinique: enjeu pour l'acceptation de la molécule et sa bonne tolérance.
- Commencer par des petites doses
- Progression possible: 30 à 50 % de la dose du jour précédent.

LES PRINCIPAUX ANTALGIQUES MORPHINIQUES A LIBERATION PROLONGEE

SULFATE DE MORPHINE	FENTANYL	OXYCODONE	HYDROMORPHONE
SKENAN LP° <ul style="list-style-type: none"> • gélules • 10mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg • Durée d'action 12 h, 2 prises par jour • Délai d'action 2h 	DUROGESIC° <ul style="list-style-type: none"> • Patch transdermique • 12 µ, 25 µ, 50 µ, 100µ • Diffusion sur 72 h • Très intéressant en cas d'insuffisance rénale • Met au moins 8h à agir • Reste 13 à 20 h à s'éliminer (12% à 48h) 	OXYCONTIN° <ul style="list-style-type: none"> • Comprimés à libération prolongée non pilable • 10 mg, 20mg, 40 mg, 80 mg • Durée d'action 12 h , 2 prises par jour • Délai d'action 2h 	SOPHIDONE° <ul style="list-style-type: none"> • Gélules à libération prolongée • 4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg • Durée d'action 12 h , 2 prises par jour • Délai d'action 2h • Opioïde de deuxième intention
	MATRIFEN° <ul style="list-style-type: none"> • Patch transdermique • 12µ, 25µ, 50µ, 100µ • Diffusion sur 72 h • idem 	<u>EQUIVALENCES</u>	
		SKENAN 30 mg x 2/ 24 h = OXYCONTIN 15 mg X 2/24h = DUROGESIC 25 µ/72 h = SOPHIDONE 4mg x 2	

LES PRINCIPAUX ANTALGIQUES MORPHINIQUES A LIBERATION IMMEDIATE

CHLORHYDRATE DE MORPHINE	SULFATE DE MORPHINE	CITRATE DE FENTANYL	OXYCODONE						
<p>MORPHINE °</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ampoules 10 mg,20mg,50 mg,100 mg,250 mg,500 mg •Vérifier toujours la Concentration par ml •Voie SC continue ou discontinue •Voie IV continue ou discontinue •Voie centrale •Voie orale <p>•Délai d'action 5mn IV 15 à 20mn en SC</p> <p>•Durée d'action 3 à 5h SC 2 à 3h en IV</p> <table border="1" data-bbox="48 1149 444 1392"> <thead> <tr> <th>Voie orale</th> <th>Voie IV</th> <th>Voie SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1mg</td> <td>1/3mg</td> <td>½ mg</td> </tr> </tbody> </table>	Voie orale	Voie IV	Voie SC	1mg	1/3mg	½ mg	<p>ACTISKENAN°</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gélules 5 mg,10 mg, 20 mg,30 mg •Durée d'action 4 h •Délai d'action 30 à 60 mn annoncées souvent plus •Administration toutes les 4 h en cas de titration , ALD en interdose autorisée toutes les 4 h pour contrôle des accès douloureux paroxystiques <p style="text-align: center;">∞</p> <p>ORAMORPH°</p> <ul style="list-style-type: none"> •Solution buvable 20mg/ml 8 gouttes=10mg de MO •Récipient uni dose 10 mg,30 mg,100 mg •Délai d'action 45 mn •Durée d'action 4 h 	<p>ACTIQ° ???</p> <p>ABSTRAL°</p> <ul style="list-style-type: none"> .Comprimés sub-lingual à dissolution rapide 100µ,200µ,300µ,400µ,600,800µ .Durée d'action 2h à 4h .Délai d'action 15mn .traitement de l'accès douloureux paroxystique .Posologie à déterminer en fonction de la susceptibilité individuelle <p>EFFENTORA°</p> <p>Cp gingival entre la joue et la gencive 100,200,400,600,800µ Délai d'action 15mn Durée d'action 2h</p> <p>INSTANYL°</p> <p>spray nasal .50µ,100µ,200µ .Durée d'action 1 h .Délai d'action 10 mn .Traitement de l'accès douloureux paroxystique .Changer de narine</p> <p>PECFENT 100,400</p> <p>Pas plus de 4 par jour .Durée d'action 1 h .Délai d'action 10 mn</p> <p>BREAKYL</p> <p>FILM ORODISPERSIBLE 200,400,600,800,1200 Face interne joue</p> <p>Aucune équivalence entre ces différentes formes</p>	<p>OXYNORM° injectable</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ampoules de 2 ml À 10 mg/ml voie IV ou SC continue ou discontinue Délai d'action: 10mn IV " :15 à 20mn SC Durée d'action 4h <p style="text-align: center;">∞</p> <ul style="list-style-type: none"> •OXYNORM et oxynormoro •Gel et cp orodispersible à 5 mg,10 mg,20 mg •Sol buvable 10mg/ml •Durée d'action 4 à 6 h •Délai d'action 30mn <p style="text-align: center;">∞</p> <ul style="list-style-type: none"> •Interdoses= • 1/10^{ème} à 1/6^{ème} de la dose totale journalière
Voie orale	Voie IV	Voie SC							
1mg	1/3mg	½ mg							

Spécificités du PATCH FENTANYL

- indications

Douleurs cancer **stables**, Douleurs chroniques sévères

- Rotation

Titration avant avec morphine

Ne pas changer de formes et de génériques en cours

Garder même produit

- Diffusion (risque de variabilité si fièvre ou sueurs)

A la 12eme heure 80% de la concentration est atteinte (inertie du système)

État d'équilibre à la 24eme h jusqu' a 72 h

17 h après arrêt patch reste 50% concentration efficace

Faible élimination rénale

Utilisé si insuffisance hépatique et chez PA en diminuant doses

PATCH FENTANYL

- Peau saine non irritée, propre ,bien sèche, ne pas raser
- Appliquer du centre vers l'extérieur
- Attention si fièvre+++ , si hypersudation
- Education++
- Eliminer le patch en le repliant sans toucher la zone
- Dans poubelle déchets contaminés
- Se laver les mains
- Possibilité de couvrir avec Tegaderm*(microporeux)
- Eviter d'écrire directement sur le patch
- En haut du thorax, du dos, des bras
- Changer la zone tous les 7 jours
- Si vous trouvez un patch sur un patient, cherchez en un deuxième

Spécificité du fentanyl

- Pas d'accumulation des produits de dégradation des morphiniques au niveau rénal
privilégier en cas d'insuffisance rénale
- Attention au patch de fentanyl:
 - risque de surdosage si fièvre
 - risque d'inefficacité si se décolle ou patient transpire
 - attention au relai avec d'autres formes galénique (n'est pleinement efficace qu'au bout de 12h et agit encore quand on retire le patch)

Morphiniques: rôle infirmier

- Connaissance des différentes formes galéniques/Traitement de fond et inter doses
- Connaissance et surveillance des effets secondaires
- Repérer les signes de surdosage ou intolérance
- Evaluation de la douleur avant et après la prise : surveillance de l'efficacité et tracer et transmettre au médecin
- Prévention des gestes douloureux
- Information du patient et de l'entourage

CCL PEC MEDICAMENTEUSE

1. Reconnaître la douleur: localisation, aiguë ou chronique, type, facteurs d'aggravation ou de soulagement...
2. Evaluer
3. Tracer
4. Traiter
5. Réévaluer

SURVEILLANCE DES MORPHINIQUES

- EFFICACITE: cf évaluation
 - Au partir de 4 prises d'interdoses, envisager l'augmentation de la dose de fond
- TOLERANCE:
 - FREQUENCE RESPIRATOIRE : Attention si $<12/\text{min}$
 - SOMNOLENCE
- FIEVRE SI PATCH

Effets secondaires des morphiniques

- **digestifs**
 - **constipation** (→ laxatifs)
 - nausées, vomissements (souvent transitoires)
 - rétention urine
 - psychomoteurs
 - sédation, somnolence
 - euphorie, bien être, agitation
 - Delirium, cauchemars, hallucinations
 - myoclonies
 - Endocriniens, hypoTA
 - prurit
 - Myosis: signe d'imprégnation
 - respiratoires
 - diminution toux et tachypnée (0,1 à 4 % détresse respi.)
 - tolérance = accoutumance (monter dose pour avoir même effet)
 - dépendance physique (donne syndrome sevrage par arrêt brutal)
 - addiction = assuétude = dépendance psychique (rare, 4/12000 patients)
- Pas dépendance chez les patients douloureux**

Morphinique : Surveillance des effets secondaires

Constipation (pas de selles > 3 jours)

Présente à chaque fois

Elle n'est pas dose dépendante

Elle doit être systématiquement évoquée et prévenue

rôle :

- conseils hygiéno-diététique
- mise en route du traitement laxatif préventif prescrit
- surveillance du transit

Morphinique : Surveillance des effets secondaires

Somnolence :

possible en début de traitement

- malade réveillable facilement
- pas de désorientation
- récupération possible d'une dette de sommeil

Rôle:

- évaluer la vigilance
- rassurer le malade et l'entourage

Morphine : Surveillance des effets secondaires

Nausées, vomissements :

Parfois présents en début de traitement

Rôle:

- informer le patient
 - collaboration avec le médecin
 - mise en route du traitement antiémétique prescrit
-
- Disparition des symptômes entre 3 et 7 jours

Morphine : Surveillance des effets secondaires

Risque de surdosage précoce :

- Signes : myosis serré, clonies, somnolence profonde, vomissements, cauchemars, diminution de la fréquence respiratoire
- Prévenir le médecin
- Réajustement du traitement
- Poursuivre la surveillance

Morphine : Surveillance des effets secondaires

Risque de surdosage grave :

Dépression respiratoire FR < 8 cycles par mn

Rôle:

- Appeler rapidement médecin (sur prescription médicale)
- Naloxone jusqu'à fréquence respiratoire > 10 par mn
- brancher l'oxygène nasal 5l par mn),
- surveiller état clinique du malade pdt 8 heures (FR, vigilance, douleur)

➡ réévaluer la douleur

Morphine : syndrome de sevrage

Définition: arrêt brutal du traitement morphinique

- Symptômes: douleurs articulaires et musculaires, vomissements, diarrhées, agitation, anxiété, insomnie, mydriase, sueurs, frissons, réémergence de la douleur liée à la pathologie
- Réintroduire la morphine en adaptant la posologie, réévaluer (=>disparition des symptômes)

La morphine n'est pas toujours la meilleure des réponses

- Quand l' on observe une escalade des dosages avec aucune amélioration du patient et/ou des signes d'hyperalgesie
- Il ne semble pas pertinent de continuer d' augmenter .
- Penser à la composante neuropathique de la douleur (avec gabapentine , amitriptyline, duloxetine)
- Penser à la prise en charge des autres composantes de la douleur (anxiété , sommeil...)

TRAITEMENTS DOULEURS NEUROPATHIQUES

- ANTI-DEPRESSEURS:
 - Amitriptyline: Laroxyl[®]
 - Duloxetine: Cymbalta[®]
- ANTI-EPILEPTIQUES:
 - Gabapentine: Neurontin[®]
- Traitements locaux:
 - Capsaïcine: Qutenza[®]
 - Anesthésique locaux: Versatis[®]
 - TENS (neurostimulation transcutanée)

Importance de la PEC non médicamenteuse

- Permettre au patient de se décentrer de sa douleur.
- Lui conseiller de continuer ses activités si possible .
- Favoriser le lien social
- Soutien, écoute, accompagnement (relation d'aide)
- Reformuler les objectifs (impossibilité de l'absence de douleur mais douleur acceptable)

TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

- Massage, kinésithérapie
- Neurostimulation électrique transcutanée externe (TENS)
- Thermothérapie, cryothérapie
- Protoxyde d'azote (Meopa[®], Kalinox[®], Antonox[®])
- Radiothérapie Antalgique
- Psychothérapie, relaxation, hypnose (hypnoanalgésie), sophrologie, art-thérapie, acupuncture

DOULEURS REBELLES

- Inefficacité du traitement malgré des augmentations régulières et adaptées de posologie
 - Effets secondaires handicapants (neuro psychiques...)
 - Dose quotidienne d'opioïde supérieure à 300 mg équivalent morphine par jour
 - Accès douloureux paroxystiques non contrôlés
- >> RCP Métastases osseuses et douleurs cancéreuses
- >> Antalgie interventionnelle: Blocs périphériques, KT intrathécaux



ATTENTION

- Patch Fentanyl et Fièvre
- Horaires fixes pour la prise des LP 12
- Rechercher et traiter la douleur neuropathique
- Prescrire systématiquement des interdoses
- Respecter le délai d'action des interdoses données avant les soins et les mobilisations
- Douleurs provoquées
- Formes injectables: à brancher en proximal

A Retenir

- La prescription est personnalisée .
- Le zéro douleur est souvent impossible (douleur acceptable)
- Demander une prescription en mg et non en ampoules ou ml (pour éviter les erreurs) brancher en proximal en IV
- Ne pas attendre que la douleur soit installée , prévention de la douleur pendant les soins
- Privilégier la forme orale
- La PCA peut avoir ses avantages même si le patient n' est pas capable de s'en servir (attention à la responsabilité)
- Pour le mal partout, (composantes multiples) pensez aux co antalgies
- Penser aux PEC non médicamenteuses
- Morphine = laxatifs
- Intérêt du paracétamol pour potentialiser la morphine