



DOULEUR

COMPRENDRE, ÉVALUER ET AGIR



Dr Géraldine Texier, praticien hospitalier service de soins palliatifs du CHU de Rennes

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES :

Conférence David Le Breton « la douleur comme vécu et expérience »
<https://www.youtube.com/watch?v=54yq3ytUf30&t=2s>

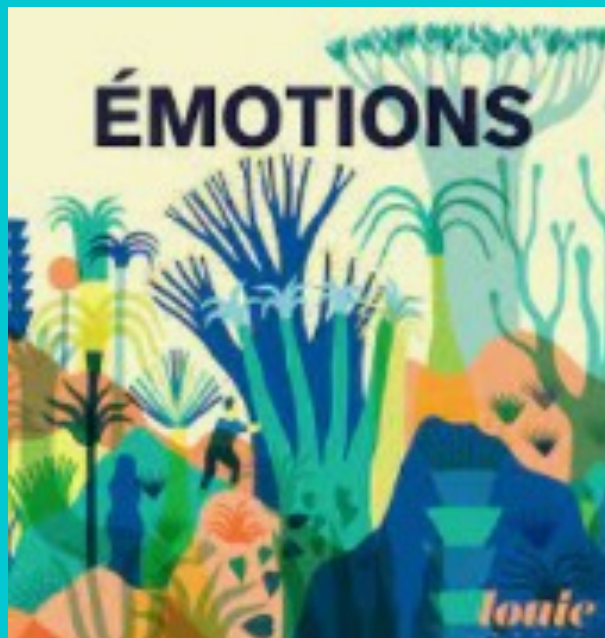


L'Homme douloureux - Guy SIMONNET , Bernard Laurent , David Le Breton - Odile Jacob

Contrôler votre douleur – François Boureau

Petite Bibliothèque Payot





- Pourquoi ne croit-on pas aux douleurs invisibles ?

<https://louiemedia.com/emotions/douleur>

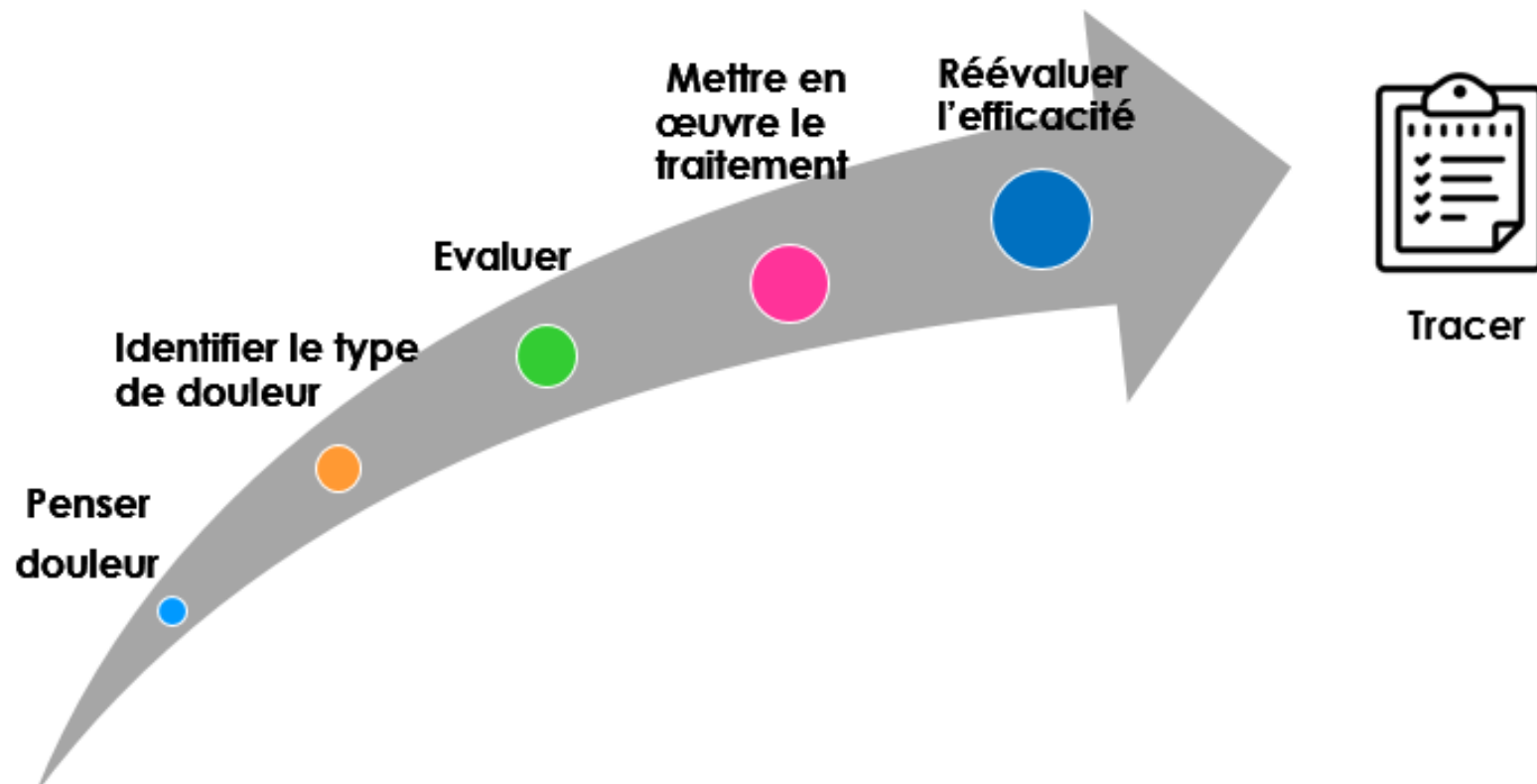


- La souffrance: que ressent-on quand quelqu'un nie notre douleur ?

<https://shows.acast.com/8fb79794-2f6a-41f0-9ae1-d7766f4e4092/episodes/d5bf4244-50df-4d56-bf68-6ec220e33d2c?>

LES 6 ÉTAPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN DOULEUR

« Le raisonnement clinique est l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données de façon systématique, de générer des hypothèses et des alternatives de solutions pour résoudre un problème clinique »



RAPPEL DES PRINCIPAUX TEXTES LÉGISLATIFS ET DÉCRETS

→ 1. [Code de la Santé Publique](#) Article L 1110-5 (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002)

« ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être, en toute circonstance, *prévenue, évaluée et traitée* ... »

→ 3. [La Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé \(Leiden en 1988\)](#)

On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur

32^e édition

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Annoté
Commenté en ligne

Papier & numérique

DAJLOZ

**Prendre en compte la douleur est
une obligation**



Tracer
même si douleur = 0
-> n'est fait que ce qui est tracé

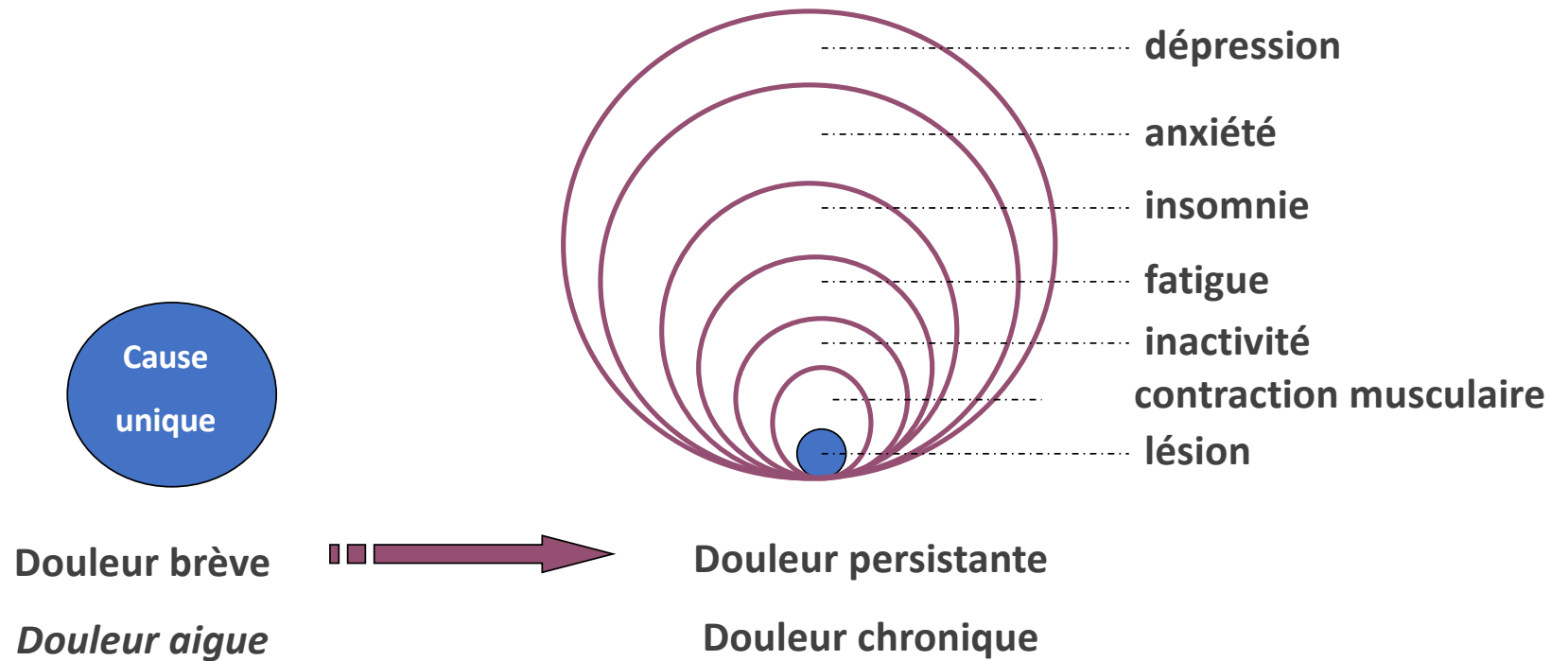
DÉFINITION DOULEUR



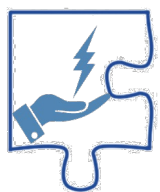
*Une expérience sensorielle **et** émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle*

IASP International Association for the Study of Pain 2020

DOULEUR AIGUË / DOULEUR CHRONIQUE



DÉCONDITIONNEMENT PHYSIQUE



Composante
sensorielle
comportementale



Douleur

Evitement activité physique

Fonte musculaire

Endurance amoindrie

Incapacités fonctionnelles

Aggravation des symptômes

Peur de la douleur

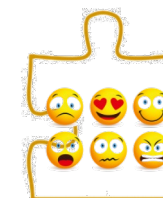
Diminution des capacités
physiques perçues

Anxiété

Douleur rebelle
Douleur chronique
Dépression mineure

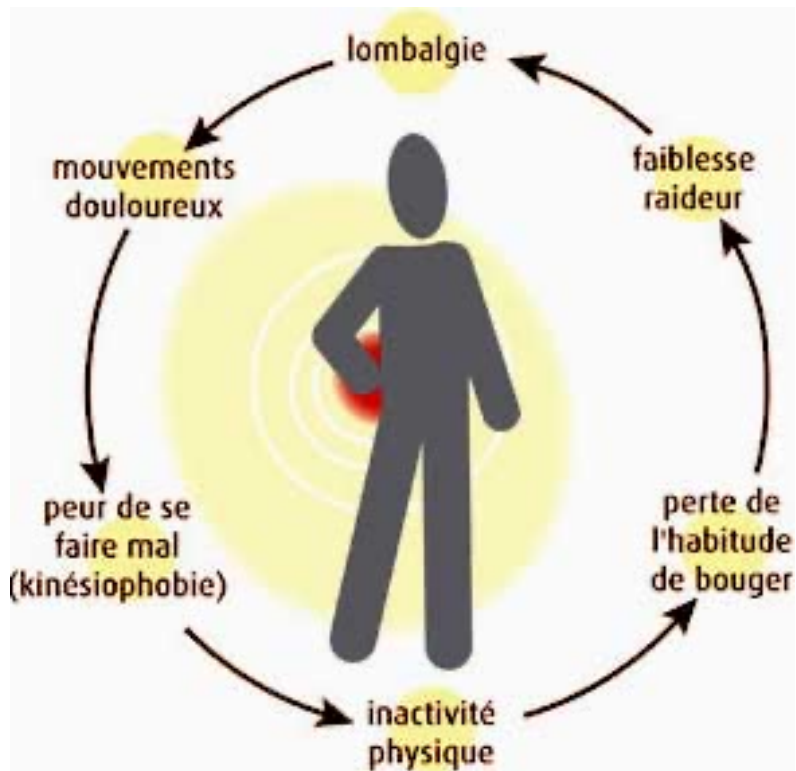


Composante
émotionnelle
cognitive



Diminution de la qualité de vie
Impact bio psycho social

CERCLE VICIEUX DE LA LOMBALGIE



Conséquences :

- Désocialisation
- Arrêt de travail
- Arrêt loisirs
- Perte de contact avec l'entourage

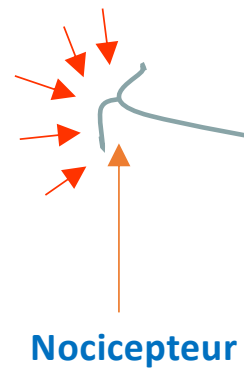


Diminution de la qualité de vie



Nécessité PEC Bio-psycho-sociale

Douleurs par excès de nociception



Douleurs neuropathiques



Excitation

inhibition

mémoire

Moelle

Cerveau



LA DOULEUR NOCICEPTIVE



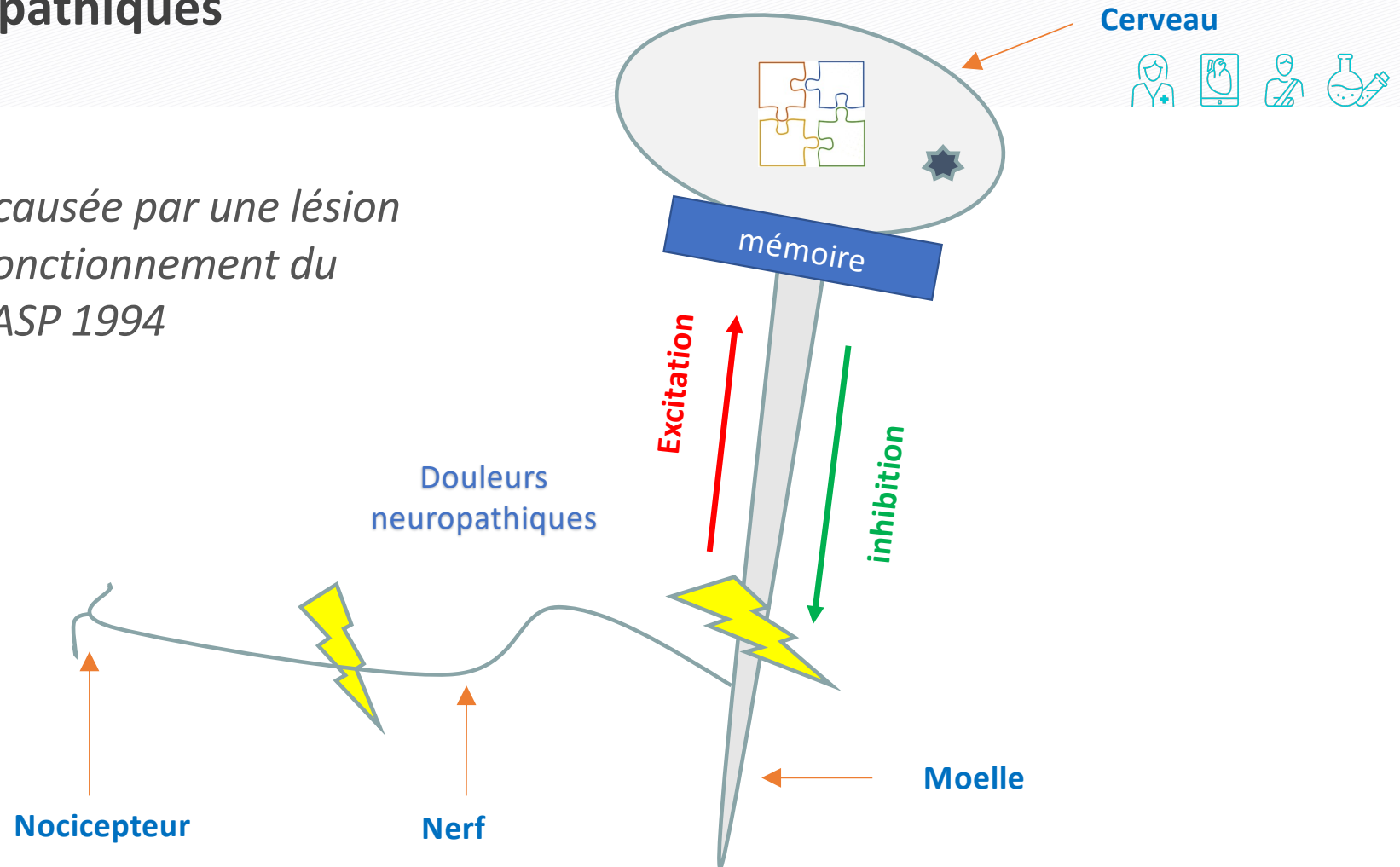
- Les nocicepteurs sont des récepteurs spécialisés dans le décodage des stimulations nociceptives.

Au niveau cutané : le système est précis (nature, intensité, localisation)

Au niveau viscéral : organisation plus complexe → douleurs moins précises

Douleurs neuropathiques

« Douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux » IASP 1994

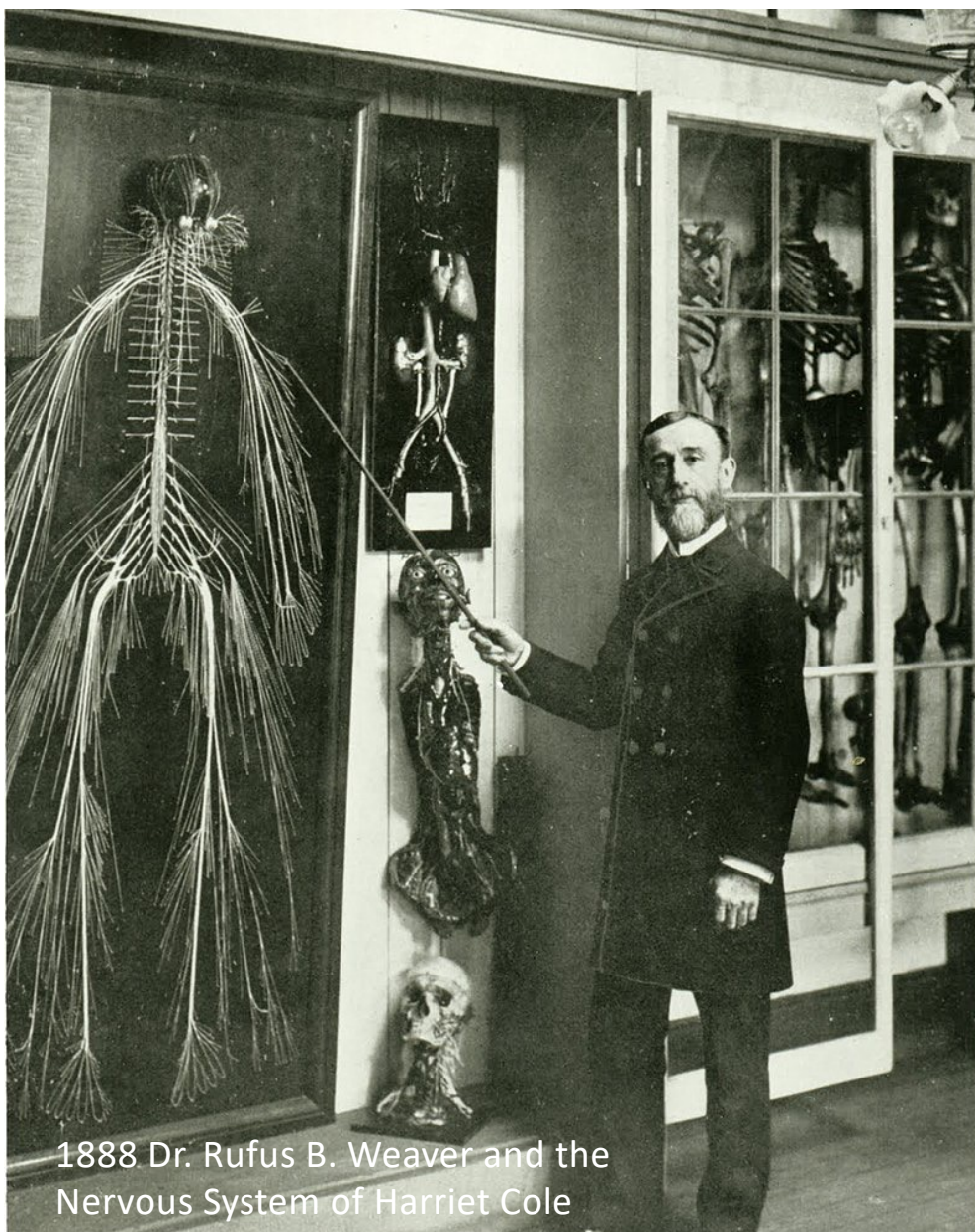




C'est une douleur provoquée par la lésion ou la section d'un nerf au niveau périphérique ou central qui rend les neurones hyperexcitables.

- *sont souvent mal reconnues.*
- *apparaissent ou persistent, en dehors ou après une lésion ou une maladie.*
- *douleurs habituellement insensibles aux antalgiques palier I/II/III.*
- *traitements médicamenteux d'action centrale (antidépresseurs tricycliques et antiépileptiques) ou d'autres techniques de contre stimulation (TENS) ou anesthésiologiques (patch piment) + stratégies non médicamenteuses*

1888 Dr. Rufus B. Weaver and the Nervous System of Harriet Cole





Composante continue (brûlures), ou fulgurante (décharges électriques), dysesthésies (fourmillements, picotements)

Signes d'hypoesthésie (au tact, à la piqure), signes d'hypersensibilité (allodynie)



Brûlures



*Décharge électrique
Eclair*



*Fourmillements
Picotements
Engourdissements*



Coup de poignard

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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

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

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

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

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

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

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

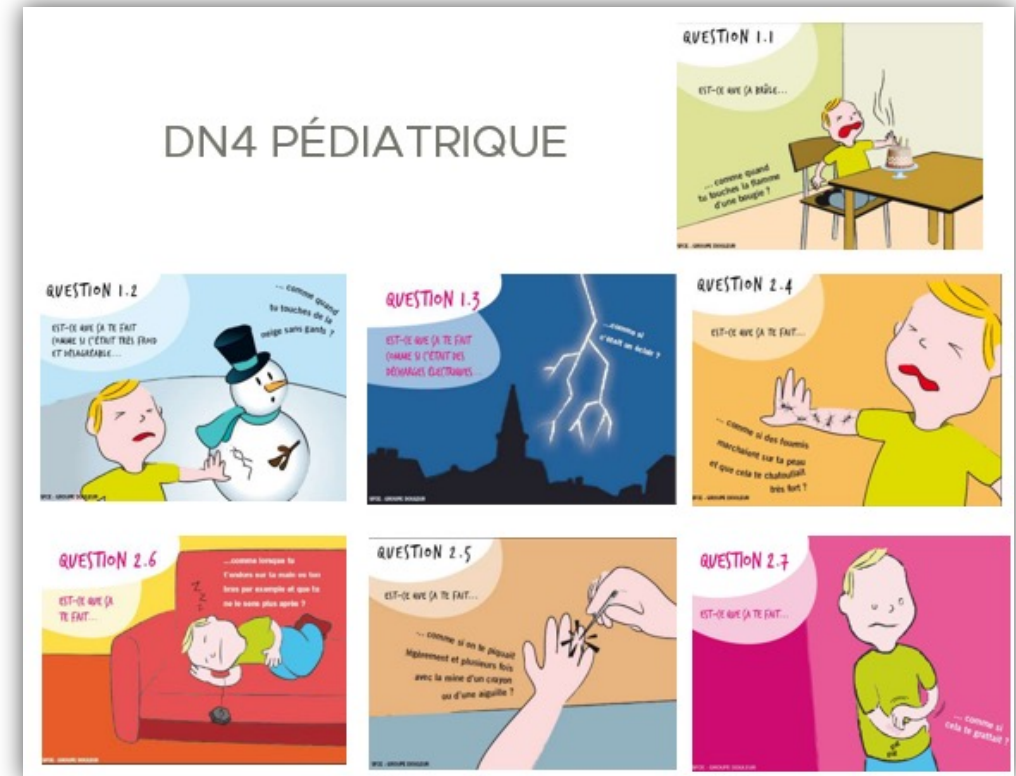
QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

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

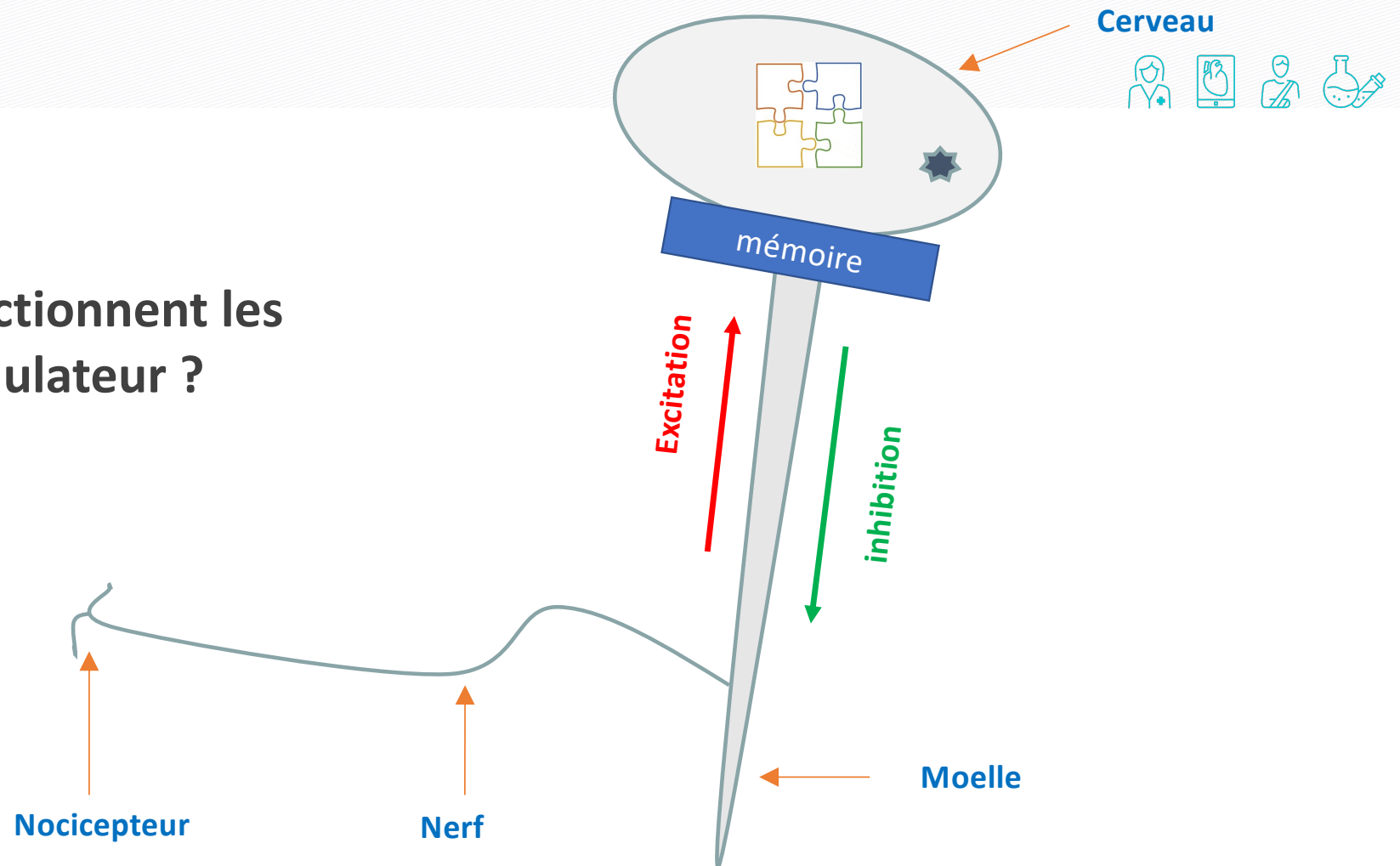
OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10



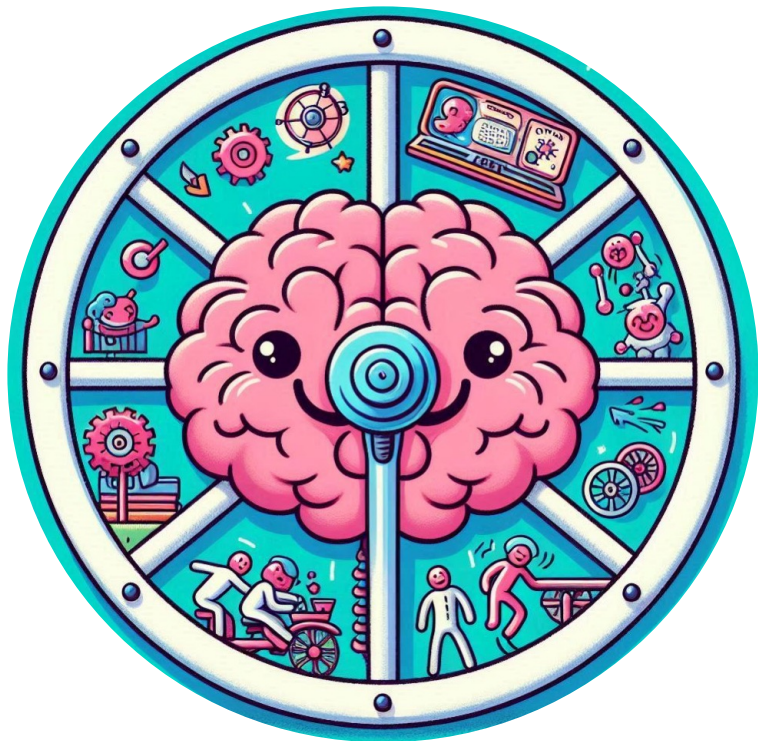
Comment fonctionnent les systèmes modulateur ?





La douleur est la conséquence d'un déséquilibre de la balance excitation-inhibition :

- soit par excès de stimulation**
- soit par défaut des contrôles inhibiteurs**



Modulation de l'attention : distraction...



Modulation des attentes: éviter de déclencher l'activation et l'anxiété qui augmentent la douleur

Modulation du sens: exemple d'une douleur que le médecin/ le patient peut attribuer de façon rassurante à une cicatrisation normale

Contrôle / possibilité d'agir: prendre ou ne pas prendre des antalgiques/ d'utiliser l'hypnose/ Tens ...

Modulation de l'humeur: activation de souvenirs agréables/sensations agréables

Empathie ou absence d'empathie d'un observateur

Mouvement et endorphines

DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR



→ Temporalité

- Aigue
- Chronique



→ Mécanisme

- Par excès de nociception
- Neuropathique
- Nociplastique



→ Contexte

- Douleur induite



DOULEUR INDUITE



*Se dit d'une douleur, de courte durée,
causée par le médecin ou une
thérapeutique dans des circonstances
de survenue **prévisibles** et susceptibles
d'être **prévenues** par des mesures
adaptées.*

Institut UPSA les douleurs induites François bourreau p10





Information



Installation



Place des accompagnants



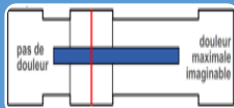
Communication adaptée



Anticiper une analgésie multimodale



Matériel adapté



Évaluer et transmettre



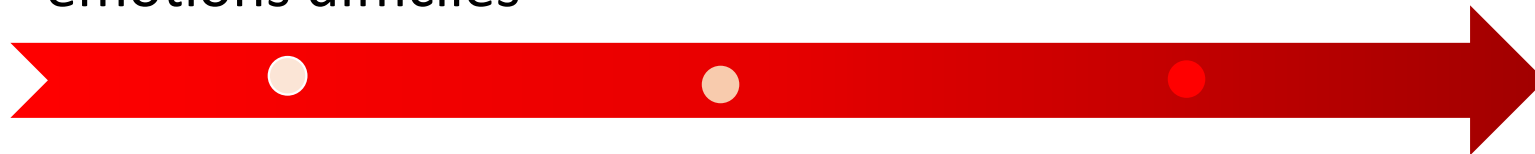
TOUTE DOULEUR EST MÉMORISÉE

Majorée dans un contexte de stress



un soins dans la
douleur entrainera des
émotions difficiles

anticipation de la
douleur provoquée



Aggravation

risque d'évitement
+/- refus ultérieur

BIBLIOGRAPHIE, SOURCES

SFETD <https://www.sfetd-douleur.org/>

IASP <https://www.iasp-pain.org/>

legifrance <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/2020-12-28/>

Pediadol <https://pediadol.org/>

Illustration généré par IA Microsoft designer <https://designer.microsoft.com/home>





Contrôler votre douleur – François Boureau – Petite Bibliothèque Payot



Vivre avec des douleurs neuro Jessica Fillol - Ellébore



VIDÉOS

Qu'est ce que la douleur neuropathique ? - Dr M. Lévêque, neurochirurgien

<https://www.youtube.com/watch?v=Uv1LGu9OYuI>



Comprendre la douleur – adaptation Québécoise

<https://www.youtube.com/watch?v=lcDsYdUls44&t=20s>



Conférence David Le Breton « la douleur comme vécu et expérience »

<https://www.youtube.com/watch?v=54yq3ytUf30&t=2s>



La douleur et moi -> douleur chronique

<https://www.youtube.com/watch?v=YJNI056gFoI>



EVALUATION DE LA DOULEUR



Permet de :

- Parler le même langage → Faciliter le dialogue
- Comparer les évaluations
- Prendre en compte les inégalités face à la douleur
- Établir une relation de confiance
- Orienter le traitement



CRITÈRES D'UN OUTIL D'ÉVALUATION

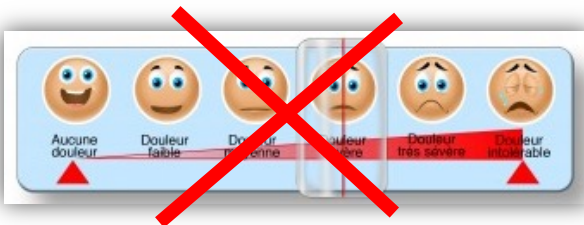
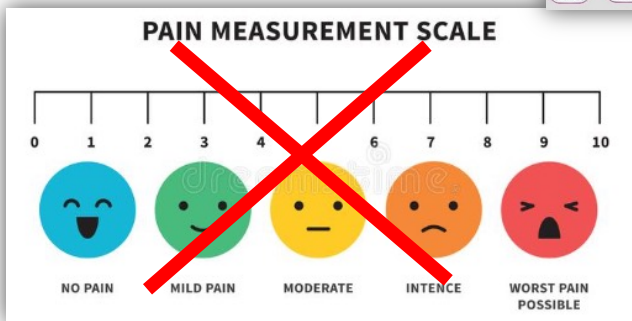
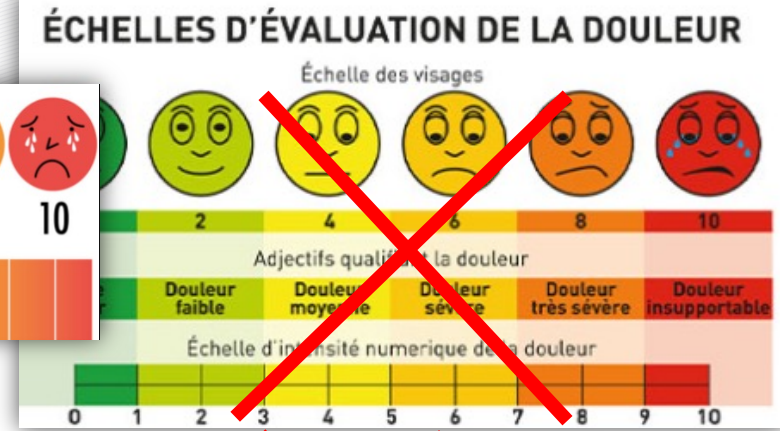
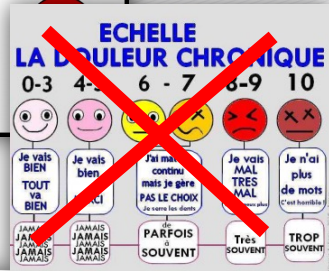
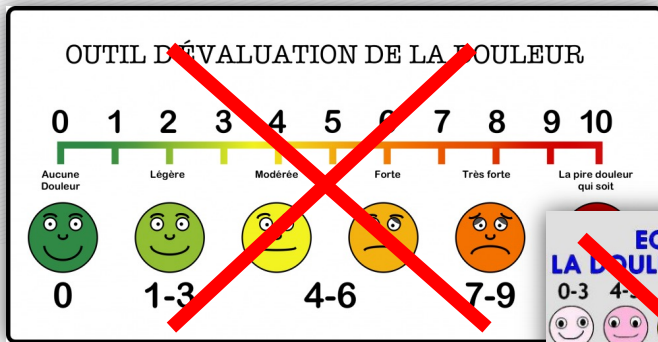


→ **Rendre OBJECTIVE** une expérience subjective

→ **Des outils validés**

- Spécifiques
- Sensibles
- Fidèles
- Reproductibles





Des outils validés !



QUAND ÉVALUER LA DOULEUR ?



Evaluation par **AS** ou **IDE**, **MEM**, **kiné**,
médecin ...

- ✓ A l'**entrée**
- ✓ A chaque surveillance de **constante**
- ✓ Avant, pendant, après un **soin**
- ✓ **Avant** un **antalgique** et **dans l'heure**
qui suit (en fonction du délai d'action)
- ✓ Lors d'un changement de
comportement



CHU
rennes


type

intensité

Localisation

temporalité

Tout Le monde est concerné !

Retrouvez toutes les informations sur le site Intranet du CHU > Guides > 

© C. Com. studio graphique CHU Rennes - 302418 - août 2018 - Impression



EVALUATION DE LA DOULEUR



Auto-évaluation

→ Unidimensionnelle

→ Multidimensionnelle

Hétéro-évaluation

→ Comportementale

OUTILS D'AUTO-ÉVALUATION



Adultes

- ▶ EVA
- ▶ EN
- ▶ EVS
- ▶ QDSA

Enfants

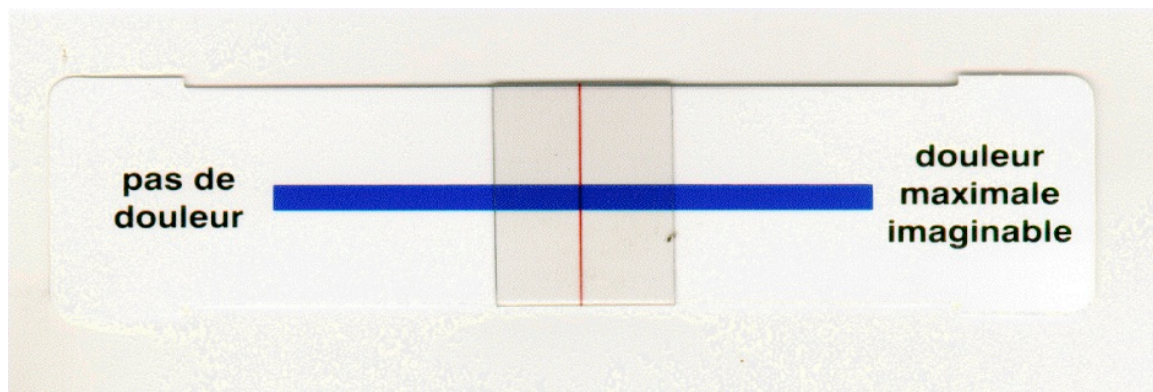
- ▶ EVA
- ▶ EN
- ▶ Echelle des visages
- ▶ Jetons
- ▶ Dessin du bonhomme

EVA = ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



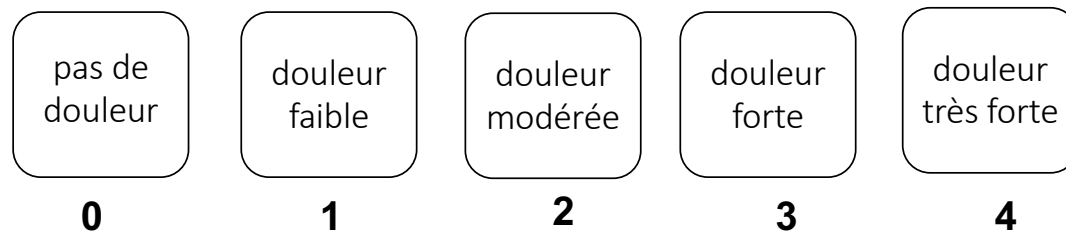
Seuil de traitement 40/100 ou 4/10

Adulte



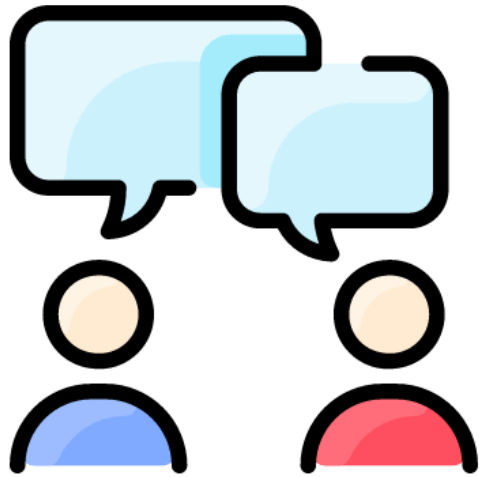
Pédiatrique

→EVS = Echelle Verbale Simple



- permet d'adopter un vocabulaire adapté à la compréhension du malade
- nécessite d'utiliser les mêmes mots dans l'équipe
- moins précise mais toujours préférable à pas d'évaluation

EN = ÉCHELLE NUMÉRIQUE



EN

Sur une échelle de 0 à 10

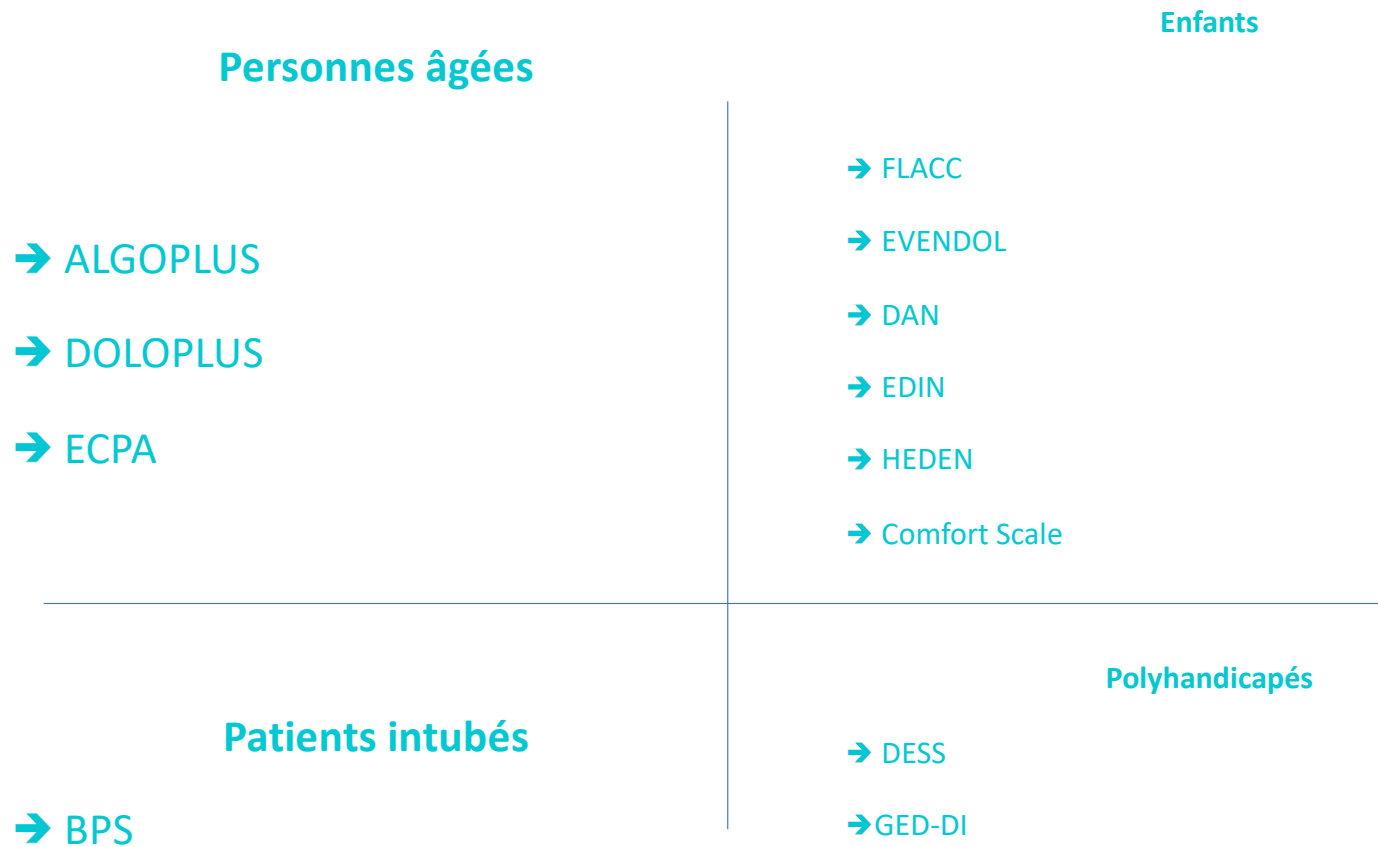
0 aucune douleur

10 est la douleur maximale imaginable

A combien évaluez vous votre douleur douleur


Seuil de traitement = 4/10

OUTILS D'HÉTÉRO-ÉVALUATION



OUTILS D'HÉTÉRO-ÉVALUATION VALIDÉE CHEZ PERSONNE AGÉE





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/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heureh.....	h.....	h.....	h.....	h.....	h.....	
	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						

COPYRIGHT

BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE)



Item	Observation	Score
Visage	Détendu, relâché	1
	Partiellement crispé (froncement des sourcils)	2
	Crispé (fermeture des yeux)	3
	Grimaçant	4
Membres supérieurs	Pas de mouvement	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète avec fermeture des mains	3
	Rétraction permanente	4
Adaptation à la ventilation	Adaptation complète	1
	Tousse de temps en temps, mais se laisse ventiler la plupart du temps	2
	Lutte contre le respirateur	3
	Impossible à ventiler	4

L'échelle BPS est une échelle comportementale **de douleur** utilisée en **réanimation pour le patient adulte sédaté et ventilé**.

Seuil de traitement: 6/12

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT



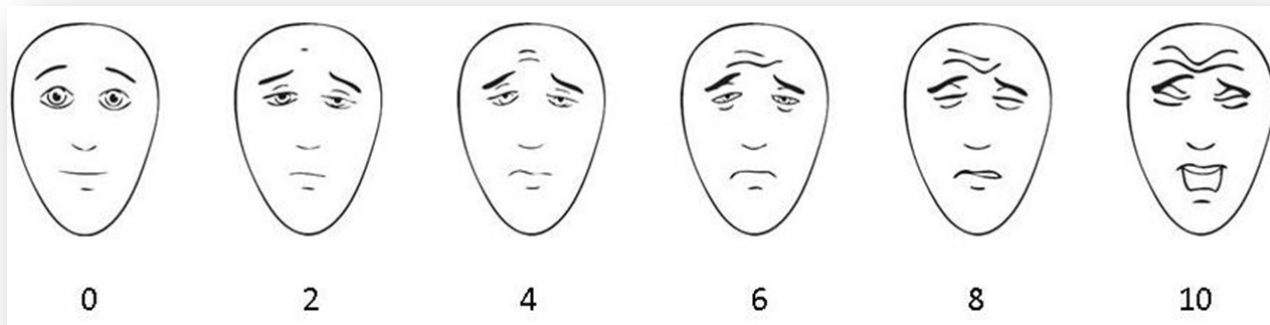
	Douleur aiguë	Douleur prolongée
Préma / nouveau-né	DAN (3/10)	EDIN (5/15)
0-2 ans	FLACC (3-4/10)	EDIN (5/15)
2-7 ans	FLACC (3-4/10)	HEDEN (3/10)
4-6 ans	Jetons ou Visages FPS-R (4/10)	
> 5-6 ans	EVA (3/10) ou Visages FPS-R (4/10)	
> 8-10 ans	EN (3/10)	
Enfant handicapé non-connu	FLACC (3-4/10)	
Urgences 0-7 ans	EVENDOL (4/15)	
Réanimation Nouveau-né /adolescent	Comfort Scale (24/40)	

Les jetons



- Définir la consigne
- L'enfant prend autant de jetons que tu as de douleur
- Seuil de traitement = 1/4

Echelle des visages FPS-R (Face Pain Scale- revised)



EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT



**Evaluation
Enfant
Douleur**

Echelle validée
de la naissance à 7 ans.
Score de 0 à 15,
seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique		Evaluations suivantes						
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations après antalgique ¹						
					ou repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M	
Expression vocale ou verbale													
pleure <i>et/ou</i> crie <i>et/ou</i> gémit <i>et/ou</i> dit qu'il a mal	0	1	2	3									
Mimique													
a le front plissé <i>et/ou</i> les sourcils froncés <i>et/ou</i> la bouche crispée	0	1	2	3									
Mouvements													
s'agite <i>et/ou</i> se raidit <i>et/ou</i> se crispe	0	1	2	3									
Positions													
a une attitude inhabituelle <i>et/ou</i> antalgique <i>et/ou</i> se protège <i>et/ou</i> reste immobile	0	1	2	3									
Relation avec l'environnement													
peut être consolé <i>et/ou</i> s'intéresse aux jeux <i>et/ou</i> communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3									
Remarques	Score total /15												
	Date et heure												
	Initiales évaluateur												

¹ Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
² A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
³ Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).
 Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en postopératoire - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, P42-44. Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276. Pain 2012, 153 : 1573-1582. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bci.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDDOL

Zd et Zm communication - 01 46 49 96 79 - 08/12



Tracer

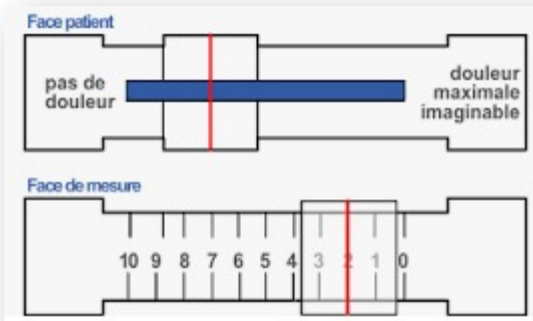
même si douleur = 0
pas tracé -> pas fait !



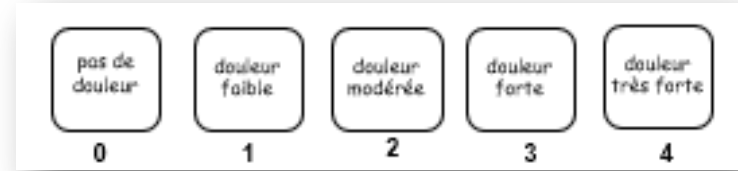
- Moment
- Localisation
- Échelle utilisée
- Intensité
- Manifestations

EVALUER : ÉCHELLE ADAPTÉE AU PATIENT / VALIDÉE/ REPRODUCTIBLE

→ Prioriser l'auto évaluation



EN
 Sur une échelle de 0 à 10
 0 aucune douleur
 10 est la douleur maximale imaginable
 A combien évaluez vous votre douleur ?



• Hétéro évaluation

ÉCHELLE ALGOpLUS

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	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
Heure	h		h		h		h		h		h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Franchement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inquiet, fixe, binaire ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, etc.												
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 Protéger	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Protéger	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Protéger	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Protéger	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Protéger	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Protéger						

THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES



PRINCIPES GÉNÉRAUX



1. Terrain du patient
2. Type et le niveau de douleur
3. Modes d'administration possibles
4. Administration des antalgiques à heures fixes
5. Association de différents antalgiques
6. Respect des posologies
7. Seuil analgésique
8. Possibilités de surveillance
9. Évaluation efficacité
10. Traitement préventif ou curatif pour limiter les effets secondaires

CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS ANALGÉSQUES



→ Ancienne classification dichotomique

- Antalgiques centraux - morphiniques
- Antalgiques périphériques - aspirine, paracétamol, AINS

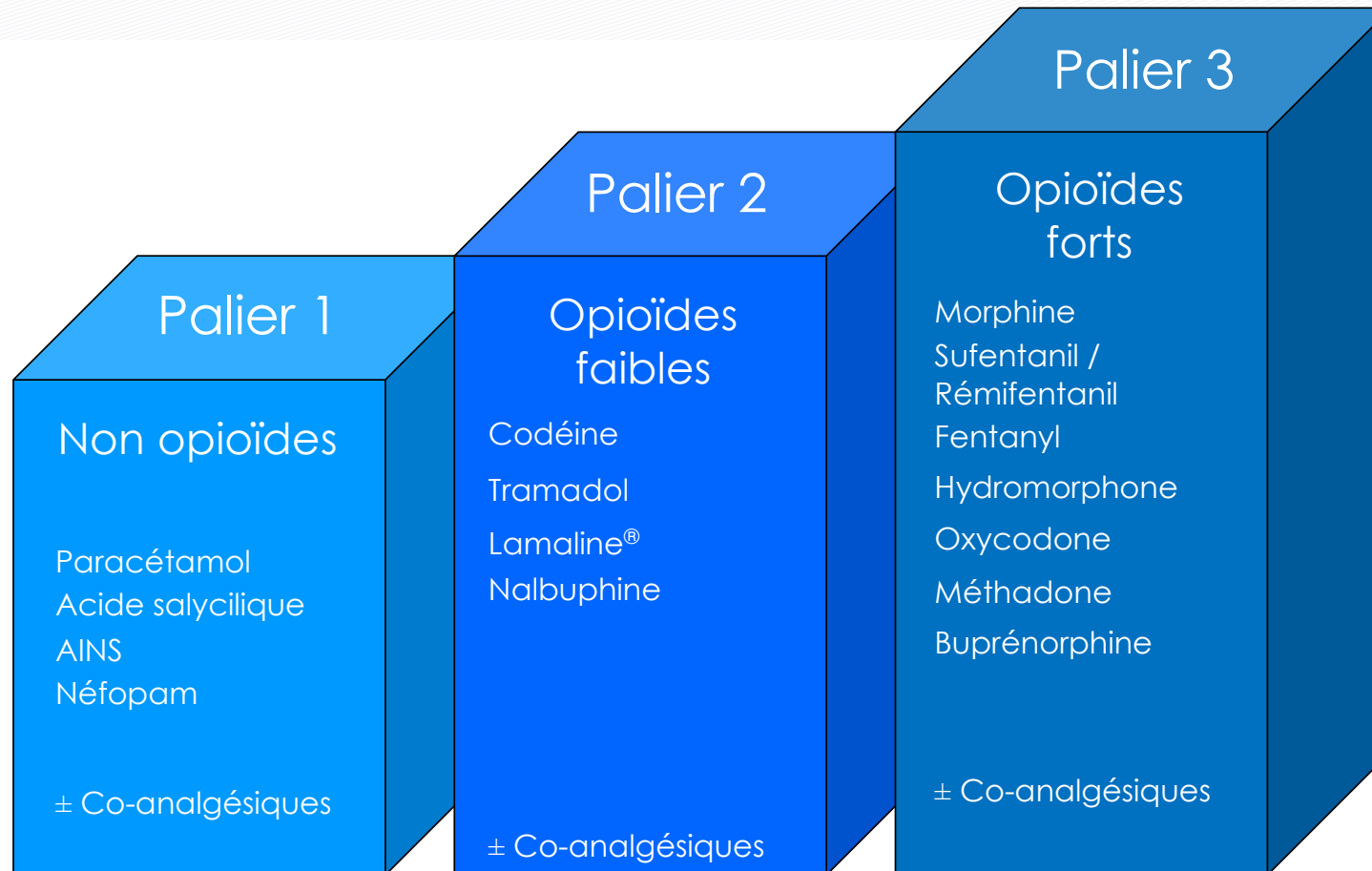
→ 1986 Classification de l'OMS basée sur l'intensité de la douleur par excès de nociception, fondée sur la puissance des agents

- Apparition des paliers 1 2 3
- Douleurs faibles - antalgiques faibles
- Douleurs fortes - antalgiques forts

→ 1997 Classification de l'OMS apparition de classes thérapeutiques

- non opioïdes,
- opioïdes faibles,
- opioïdes forts

PALIER DE L'OMS



Douleur faible

Douleur modérée

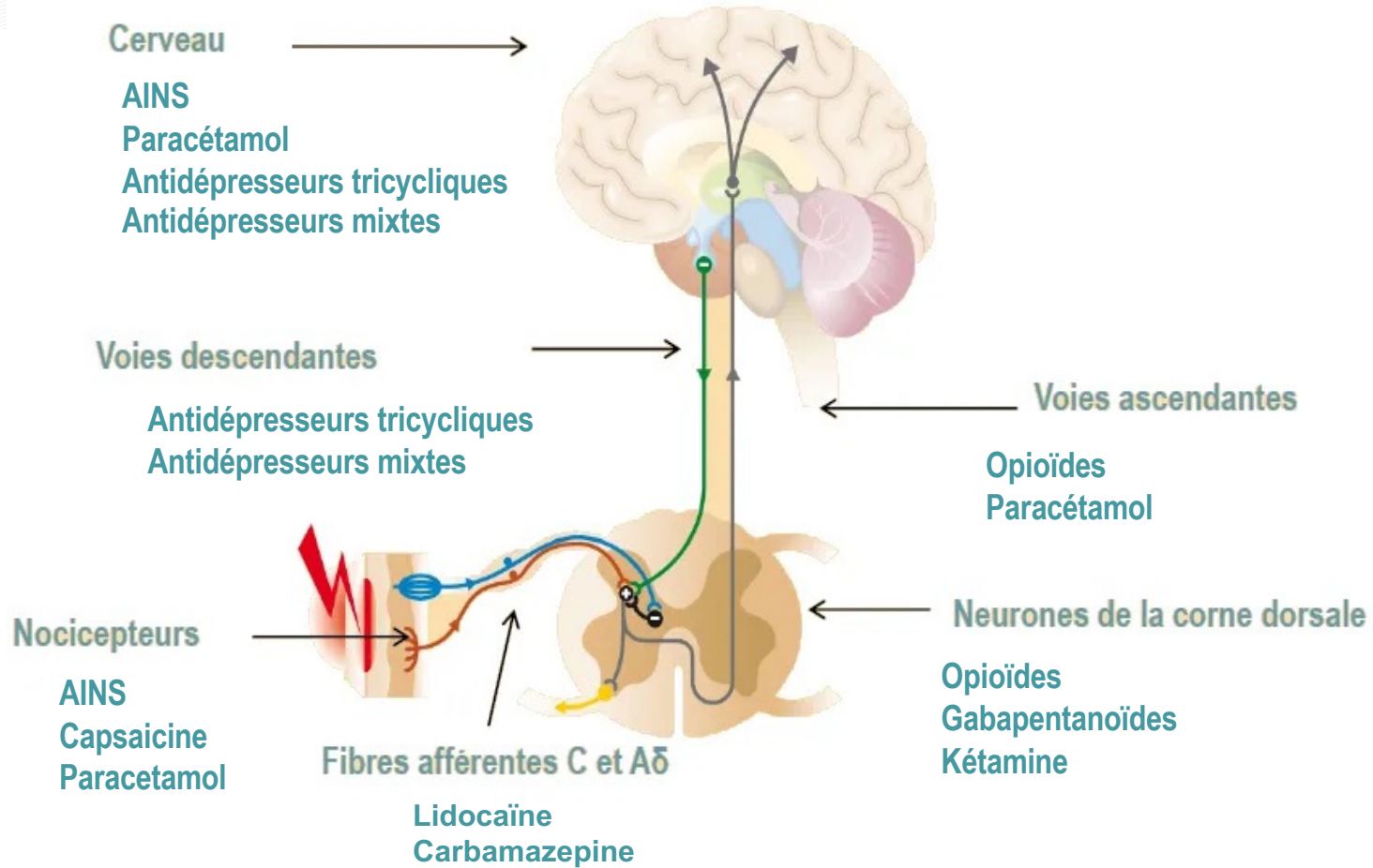
Douleur intense

NOUVELLE CLASSIFICATION QUI :



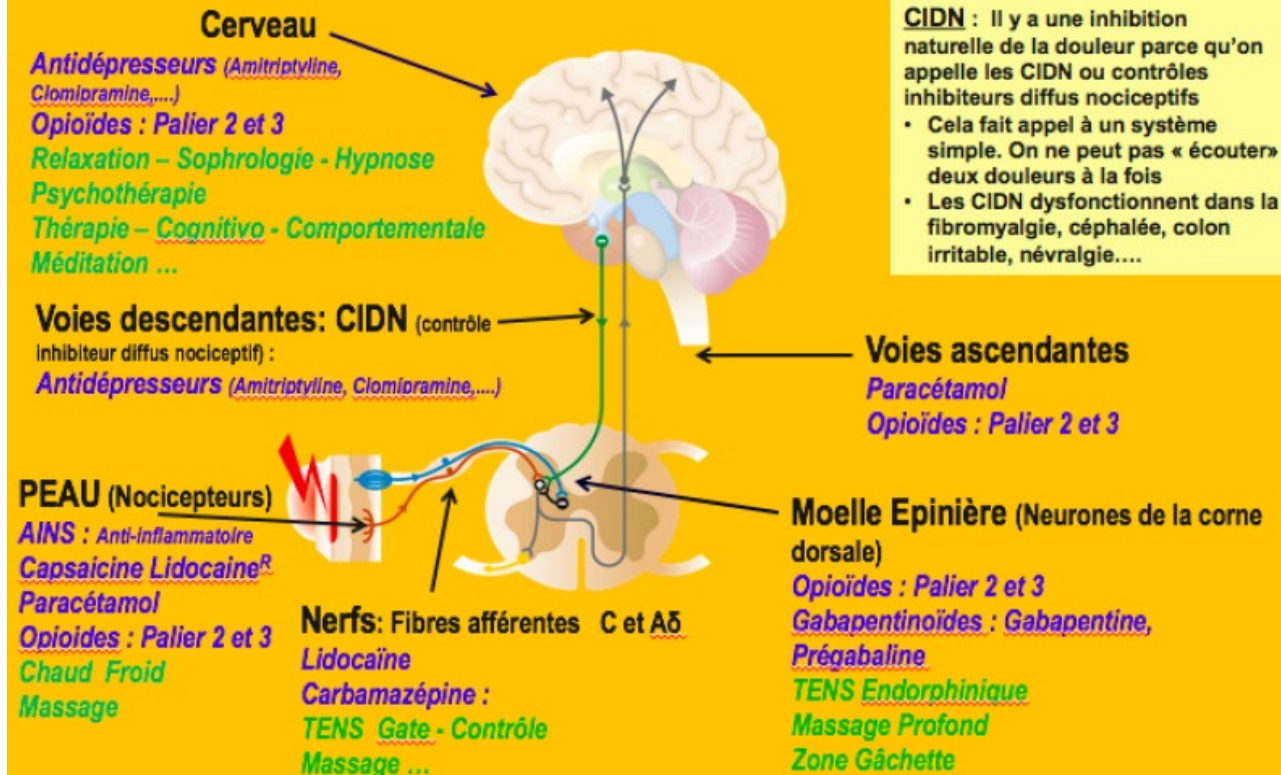
- Intègre tous les médicaments
- Evite la corrélation entre intensité de douleur et une classe d'antalgique
- Classe les médicaments en fonction de leur mécanisme d'action
- Optimisant leur prescription après analyse du mécanisme
- Puisse être évolutive permettant d'intégrer de nouvelles molécules

SITES D'ACTION DES PRINCIPAUX ANTALGIQUES





Sites d'action des principaux traitements antalgiques médicamenteux et traitement antalgique non médicamenteux



Classification du Lussier et Beaulieu



Classification en fonction du mécanisme d'action :

→ Antalgiques anti-nociceptifs :

- Non opioïdes paracétamol, AINS
- Opioïdes faibles et forts

→ Mixte :

→ Antalgique anti-nociceptif et modulateur des contrôles inhibiteurs/excitateurs descendants

- Tramadol

→ Anti-hyperalgiques très utiles dans douleurs neuropathiques

- Antagonistes NMDA, gabapentinoïdes (gabapentine, pregabaline), nefopam, coxibs, NO

→ Modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants

- Antidépresseurs tricycliques,
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline IRSNA

→ Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique

- Traitements locaux ++: lidocaïne, capsaïcine; carbamazépine



*Adaptée de la classification de Lussier-Beaulieu après exclusion des traitements non disponibles et/ou n'ayant pas l'indication douleur en France D. Lussier, P. Beaulieu. Toward a rational

ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUES

INDICATION DES FENTANYL D'ACTION RAPIDE



→ Définition :

Ce sont des douleurs transitoires intenses, d'apparition rapide survenant plusieurs fois par jour malgré un traitement de fond opioïde stabilisé, chez des patients atteints de cancer.

Elles sont majoritairement diurnes

→ Comment reconnaître les ADP ?

- Pics d'intensités élevés : EVA > 7
- Paroxysme fréquemment atteint en moins de 3 minutes
- Durée moyenne par épisode : 30 minutes
- < ou = 4 épisodes par jour

INTERDOSES



→ Calcul des interdoses = $1/6$ à $1/10$ de la dose de base (sur 24h)

CHEZ LE PATIENT DÉJÀ SOUS PALIER 3 ET INSUFFISAMMENT TRAITÉ



Phase 1

- Prescription d'une forme LP d'emblée, adaptée au patient, associée à forme LI mais augmentation de la base de 30 à 50 %
- Ordonnance de courte durée pour réévaluation rapide, ordonnance précise et détaillée

Phase 2

- Prévention et surveillance des effets indésirables (constipation, nausées...)
- Information patient, aidants, concernant gestion traitement et effets indésirables

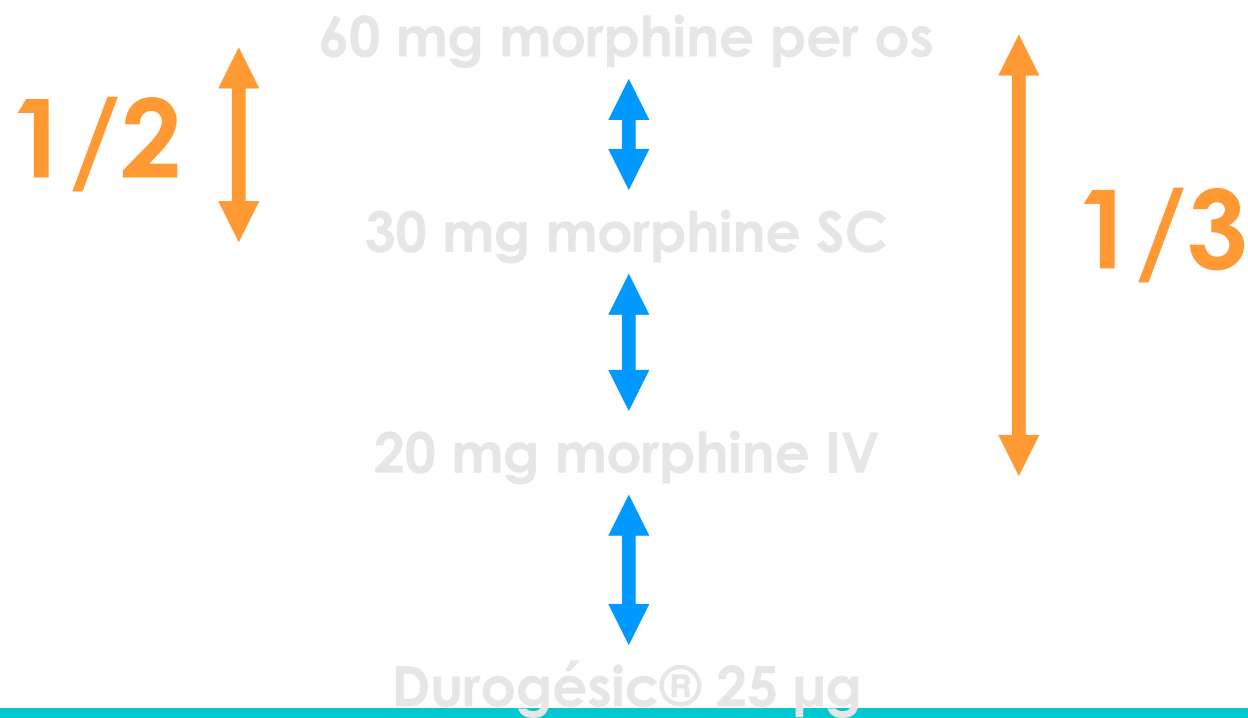
Phase 3

- Réévaluation traitement, ajustement doses selon nombre prises formes LI (4 interdoses)
- Nouvelle ordonnance avec formes LP et formes LI associées

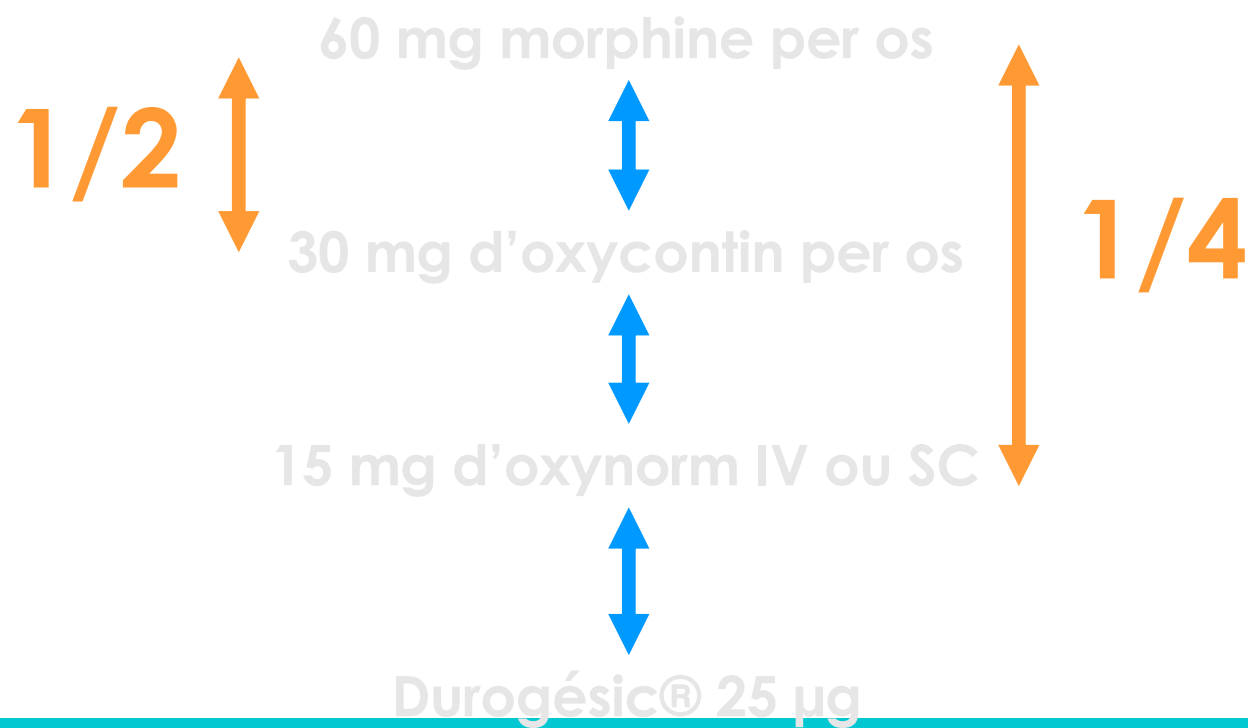
Phase 4

- Suivi régulier
- Éducation thérapeutique
- Rester disponible rapidement pour révision du traitement

EQUIVALENCE OPIACÉS ET MODE D'ADMINISTRATION



EQUIVALENCE OPIACÉS ET MODE D'ADMINISTRATION



SURVEILLANCE DES OPIOÏDES

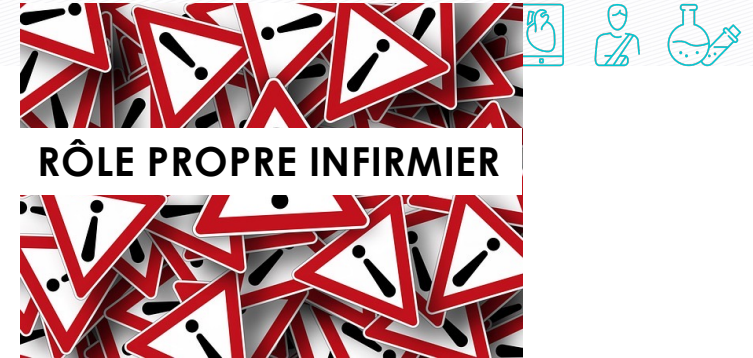
→ Évaluation de la douleur

→ Score de sédation :

- S0 = patient éveillé
- S1 = somnolent, réveillable spontanément à la voix
- S2 = somnolent, réveillable par stimulations tactiles
- S3 = non réveillable

→ Score de ventilation :

- R0 = régulière, normale, FR > 10
- R1 = ronflements mais FR ≥ 10
- R2 = irrégulière, obstruction par chute de la langue ou FR < 10
- R3 = pauses, apnée



MODALITÉS DE SURVEILLANCE



→ Surveillance rapprochée :

- Installation d'un traitement initial
- Changement de seringue ou de poche
- Changement de posologie
- Inter dose

→ Injectable

- T30 ,T60,T90 ,T120

→ Per os ou transdermique

- T30 et T60

MODALITÉS DE SURVEILLANCE



→ Surveillance habituelle

→ Injectable

- Toutes les 4h

→ Per os ou transdermique

- Toutes les 8h

LES EFFETS SECONDAIRES DES OPIOÏDES



- Somnolence
- Nausées et vomissements
- Constipation
- Hallucinations et la confusion
- Rétention urinaire
- Prurit

EFFETS DE SURDOSAGE DES OPIOÏDES



Signes de surdosage

Sédation



Bradypnée



Hypoxie

Arrêt respiratoire

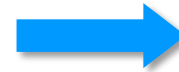
Surveillance

Score
de sédation

Score de ventilation

Fréquence respiratoire

~~SpO₂~~



EN CAS DE SURDOSAGE



→ Si sédation = S2 ou S3

→ Ou si ventilation = R2 ou R3

- Stopper la morphine
- Mettre de l'O2 nasal à 6l/mn (MHC: 6 à 9 l/mn)
- Surveiller le patient et le stimuler pour qu'il respire
- Prévenir le médecin
- Préparer de la naloxone (= Narcan®): 1 amp. de 0,4mg dans 10 ml
- Reprendre le traitement de la morphine après accord du médecin

RÈGLES D'UTILISATION DES OPIOÏDES



- Connaître la pharmacologie de la substance utilisée.
- Ajuster la voie d'administration aux besoins du malade.
- Administrer régulièrement, à intervalles fixes.
- Déterminer des doses efficaces par une évaluation régulière.
- Associer les thérapeutiques pour accroître l'analgésie.
- Eviter les drogues sédatives sans efficacité antalgique.
- Anticiper et traiter les effets indésirables.
- Eduquer le patient et sa famille quant au mythe concernant les opioïdes.
- Surveiller le début d'apparition d'une tolérance.
- Prévenir le syndrome de manque par un arrêt progressif du traitement.
- Prévoir des inter doses pour les accès imprévisibles.

LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

→ Principes de mise en place d'un traitement



- Choisir la molécule selon effet attendu et effets collatéraux (antidépresseurs, anxiolytiques, sédatifs...)
- Expliquer au patient l'effet analgésique retardé, les effets indésirables, la nécessité d'un traitement prolongé
- Débuter à doses faibles, et augmenter lentement (observance)
- Augmenter la dose jusqu'au soulagement, en allant jusqu'au doses maximales, avant de parler d'échec
- Utiliser des associations médicamenteuses
- Être persistant, encourageant et étayant...

→ 2 grandes classes thérapeutiques

- Antiépileptique
- Antidépresseur

LES ANTIÉPILEPTIQUES



Les anti épileptiques

Modulateurs de canaux Ca⁺⁺ : **Gabapentine DCI Neurontin®**
comprimés dosés à : 100, 300, 400, 600, 800 mg
-> 100mg x3/j à augmenter par palier tous les 3 à 5 jrs
dose moyenne efficace : 1800 mg
dose minimale efficace : 900-1200 mg
El : somnolence en début de traitement non dose dépendante
dose maxi : 3600 mg/j soit 1200 mg, 3x/j

Pregabalin DCI Lyrica®
comprimés dosés à : 25, 50 75, 100, 150, 200, 300
-> 25 mg x2/j à augmenter par palier tous les 3 à 5 jrs
El : sensation ébrieuse, somnolence
dose maxi : 600mg/j soit 300 mg matin et soir

Bloqueurs des canaux Na⁺ : **Carbamazépine DCI** **Tégretol®** névralgie faciale
Oxcarbazépine DCI **Trileptal®** 2^{ème} intention
Topiramate DCI **Epitomax®** 2^{ème} intention
Lamotrigine DCI **Lamictal®** douleur

diabétique

LES ANTIDÉPRESSEURS



Les anti dépresseurs :

Les tricycliques : **amitriptyline DCI Laroxyl®** Forme buvable et cp à 25, 50 mg (*imipraminiques*) de 1 à 150 mg !! Attention aux personnes âgées.

au coucher,
EI : somnolence, constipation, sécheresse de la

bouche

*Le traitement doit débuter à faibles doses :
3 gouttes à majorer de 2 gouttes en 2 gouttes jusqu'à 25*

mg

Puis par palier lent maximum de 12,5 mg à 25 mg par jour pendant une semaine. La dose est ensuite progressivement augmentée par paliers de 12,5 mg à 25 mg toutes les semaines selon la tolérance.

60 à 70 % des patients soulagés à plus de 50%

Les IRSN (*mixtes*) :

venlafaxine DCI Effexor® : cp de 37,5 et 75 mg LP

-> jusqu'à 300 mg / j = 4 cp / j

effet dose dépendant

12% des patients soulagés de plus de 50 %

duloxétine DCI Cymbalta® : cp de 30, et 60

mg

-> jusqu'à 120 mg / j

50% des patients soulagés de 50%

LA CAPSAÏCINE





→ La kétamine DCI

- Anti NMDA
- Diminue l'hyperalgésie et les paroxysmes
- Contribue à l'épargne morphinique
- En association avec la morphine
- Effets dysphoriques

→ La méthadone

LES ANESTHÉSIIQUES LOCAUX



Lidocaïne : Xylocaïne[®], Versatis[®]

Ropivacaïne : Naropeine[®]

Bupivacaïne : Marcaïne[®]

Lévobupivacaïne : Chirocaïne[®]

Prilocaine et Lidocaïne : EMLA[®], Anesderm[®]

PRILOCAÏNE ET LIDOCAÏNE EMLA®



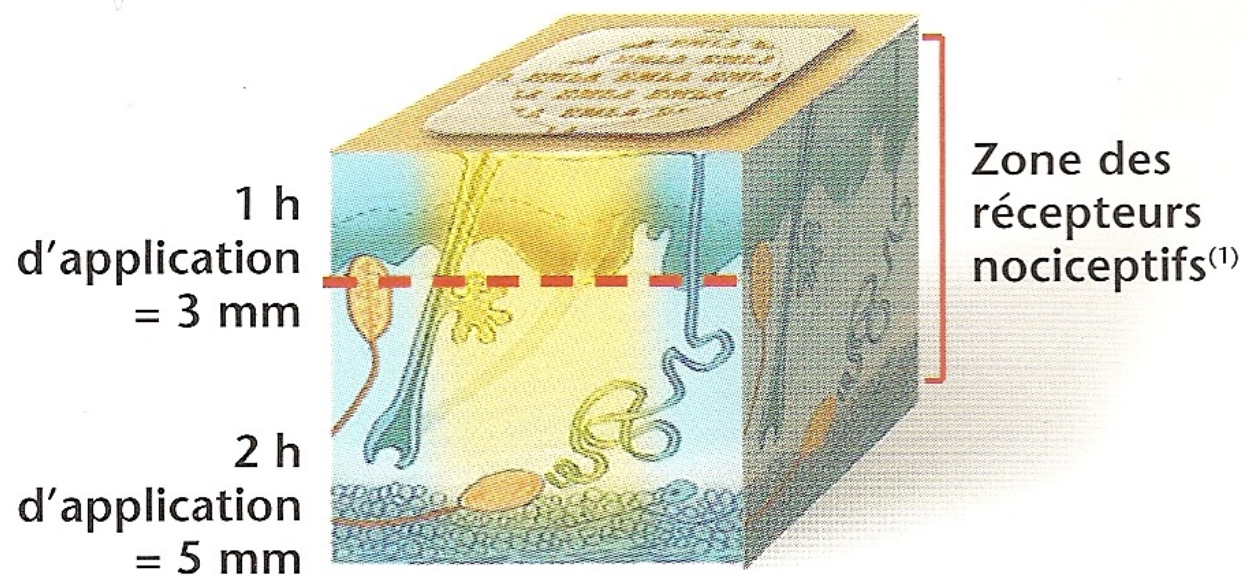
- Anesthésie de la peau saine
- Anesthésie des muqueuses génitales
- Anesthésie locale des ulcères de jambe

PRILOCAÏNE ET LIDOCAÏNE EMLA®



Age	Dose maximale	Temps maximal d'application
De 0 à 3 mois	1 g = 1 patch	1 heure
De 3 mois à 1 an	2 g	De 1 à 4 heures
De 1 an à 6 ans	10 g	
De 6 ans à 12 ans	20 g	
+ de 12 ans	50 g	

PRILOCAÏNE ET LIDOCAÏNE EMLA®



Durée d'anesthésie après retrait 1 h à 2 h