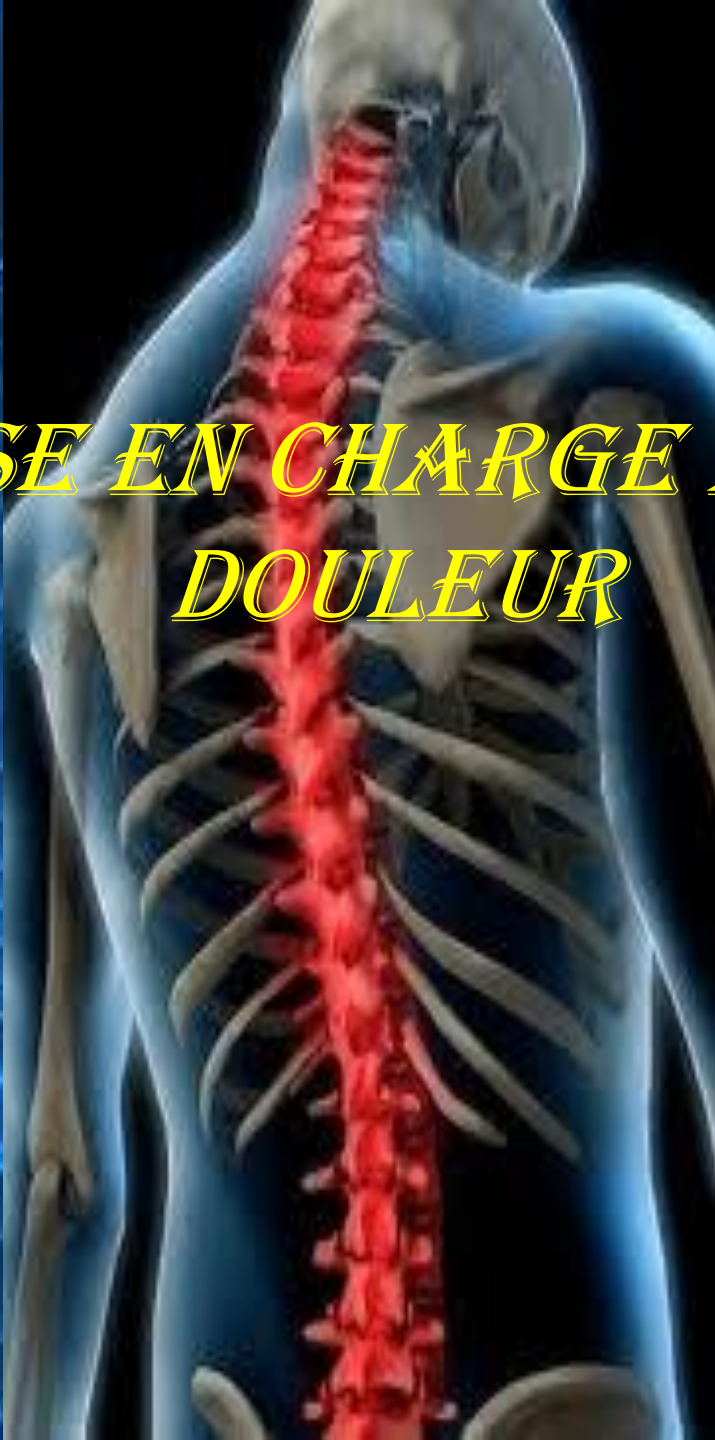


*PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR*





INTRODUCTION-DÉFINITION



INTRODUCTION



- La douleur est, depuis quelques années, devenue un problème de santé publique.
 - L'information des patients,
 - l'évolution des connaissances,
 - le développement des thérapeutiques,
 - la création dans les établissements hospitaliers de Comités de Lutte contre la Douleur,
 - l'apparition de référents douleur,
- tout converge à réduire dans des proportions considérables cette dernière.





INTRODUCTION

- Ces douleurs doivent être recherchées, évaluées, traitées voire prévenues lorsque cela est possible.
- Elles sont sources de complications qui ralentissent voire compromettent la récupération.



DÉFINITION:

- Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit par :
 - « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».
- La douleur est une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau.
- *Cette définition souligne la grande variabilité qui peut exister entre les personnes dans la perception et l'expression de la douleur face à une même stimulation douloureuse.*



- La douleur peut être:
 - **un signal d'alarme** ;
 - elle protège le corps ,
 - elle peut être le premier signe d'un dysfonctionnement.

- La douleur **peut devenir néfaste** si elle n'est pas traitée d'une manière adéquate.

- La douleur qui persiste ne protège plus, la **douleur chronique est inutile.**



COMPOSANTES DE LA DOULEUR:

✓ Composante sensori-discriminative:

Ce que sent le patient: localisation, qualité, intensité et durée.
(mise en jeu des voies sensitives spécifiques)

✓ Composante affectivo-émotionnelle:

Ce que ressent le patient (pénible,...) et son retentissement sur
l'affectivité et l'humeur : angoisse, anxiété et dépression
(diffusion de l'information dans les régions corticales: préfrontale et
limbique)

✓ Composante cognitive:

Processus mentaux participants à l'expérience algique



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR



RAPPEL

ANATOMOPHYSIOLOGIQUE

Sensibilité générale:

Faculté de percevoir les stimuli d'origine corporelle (chaud, froid, tact, douleur, pression,.....)

1/ Sensibilité superf /cutanée (exteroceptive)

Stimulus cutanés=tact, T, douleur

2/ Sensibilité profonde (proprioceptive)

Stimulus musculaires, osseux, tendineux

3/ Sensibilité interceptive:

Organes profonds

Voies de conduction

PERIPHERIE --> CORTEX

Récepteur

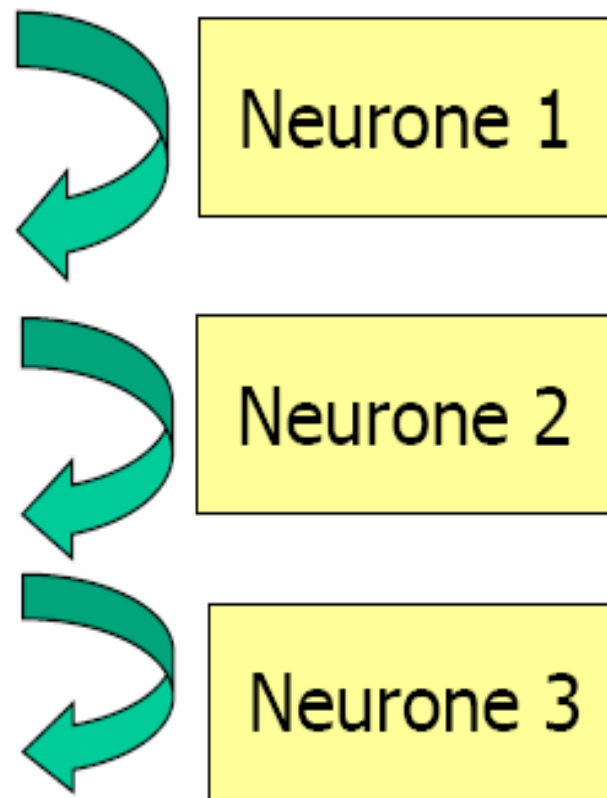
Nerf périphérique

Moelle épinière

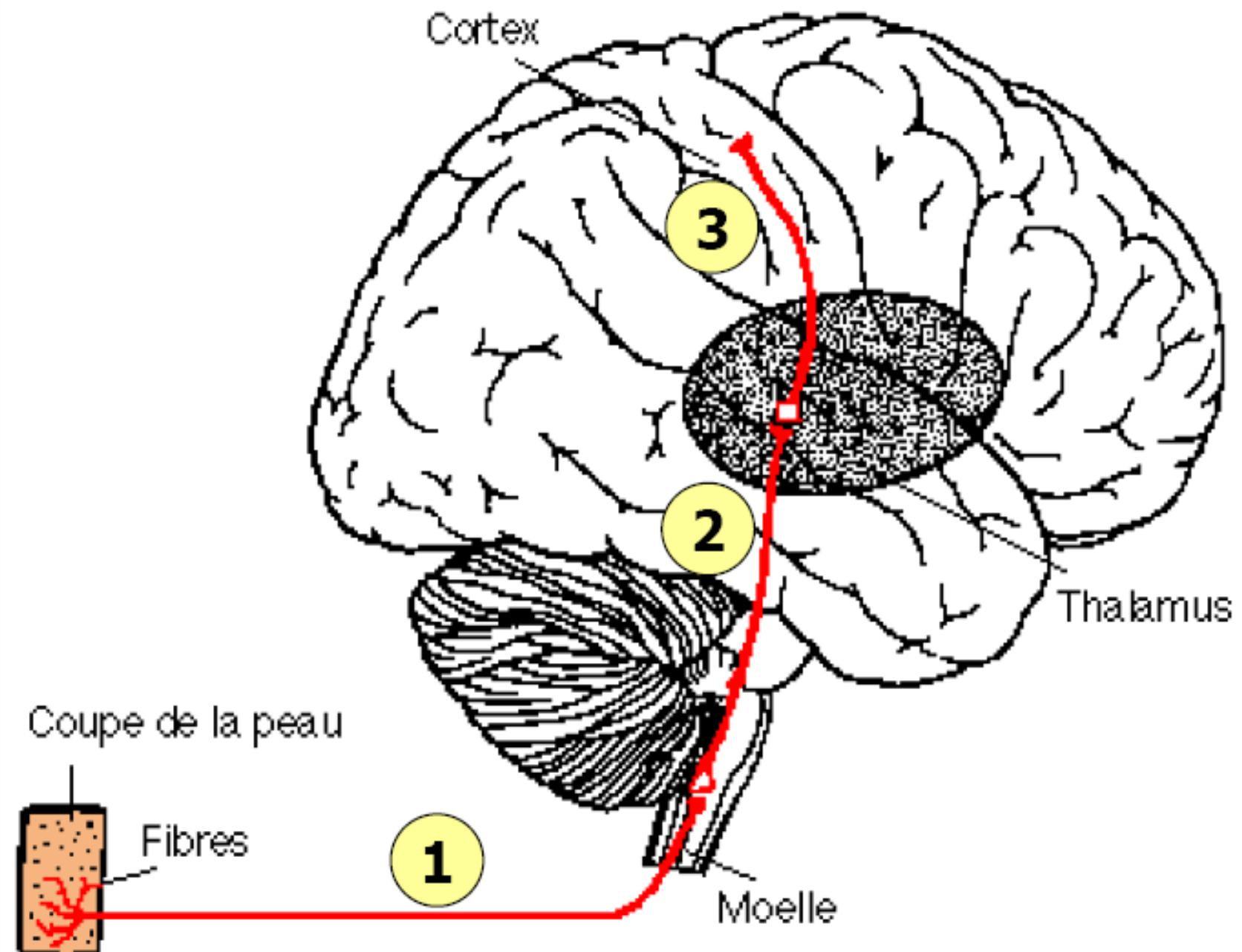
Faisceau ascendant

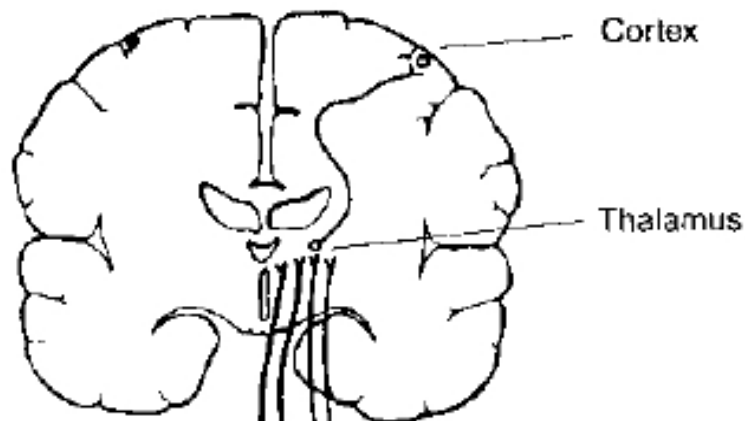
Thalamus

Cortex



Fonction somesthésique





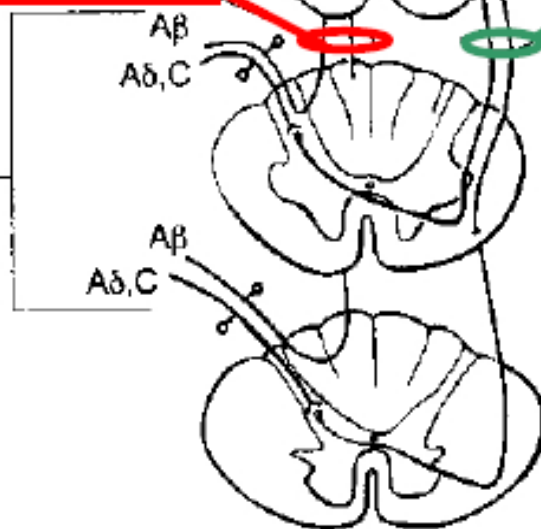
Voie lemniscale

Voie extra-lemniscale

**Colonne dorsale
toucher, vibration, pression**

**Faisceau spinothalamique
douleur, température**

Neurones sensoriels



DE LA PÉRIPHÉRIE À LA MOËLLE ÉPINIÈRE

PÉRIPHÉRIE OU VOIES AFFÉRENTES

- Le message nociceptif (douloureux) résulte d'une stimulation douloureuse au niveau des terminaisons nerveuses des tissus cutanés, musculaires et articulaires ainsi que les viscères.
- Ce message est ensuite véhiculé par les "nocicepteurs" (voies afférentes) qui sont des fibres spécifiques des nerfs.

- **L'activation des terminaisons périphériques** peut être **directe** ou bien des **facteurs chimiques** peuvent entrer en jeu comme la bradykinine, l'histamine, la sérotonine, la prostaglandine. La substance P intervient dans le processus d'inflammation neurogène et la noradrénaline (système sympathique) module l'activité des nocicepteurs.
- **Après leur trajet dans les nerfs périphériques**, les fibres afférentes rejoignent le système nerveux central au niveau des racines postérieures du rachis ou bien au niveau des nerfs crâniens.

DE LA MOELLE ÉPINIÈRE AU CERVEAU

- **les voies spinales ascendantes:**

Un certain nombre de neurones nociceptifs sont à l'origine des voies spinales ascendantes

Celles- ci vont ensuite transmettre les messages douloureux au niveau cérébral.

- **les structures cérébrales:**

Les faisceaux ascendants conduisent les messages nociceptifs au niveau des différentes aires cérébrales impliquées dans le mécanisme de la douleur ce qui rend difficile le suivi de cette même douleur.

LA MODULATION DES MESSAGES NOCICEPTIFS (VOIES EFFÉRENTES)

- **les phénomènes périphériques:**

Une fois les messages nociceptifs de la périphérie transmis aux centres de l'encéphale, le message va être modulé par différents contrôles .

Les fibres afférentes (A alpha et bêta) qui transmettent les messages tactiles vont inhiber la nociception au niveau médullaire.

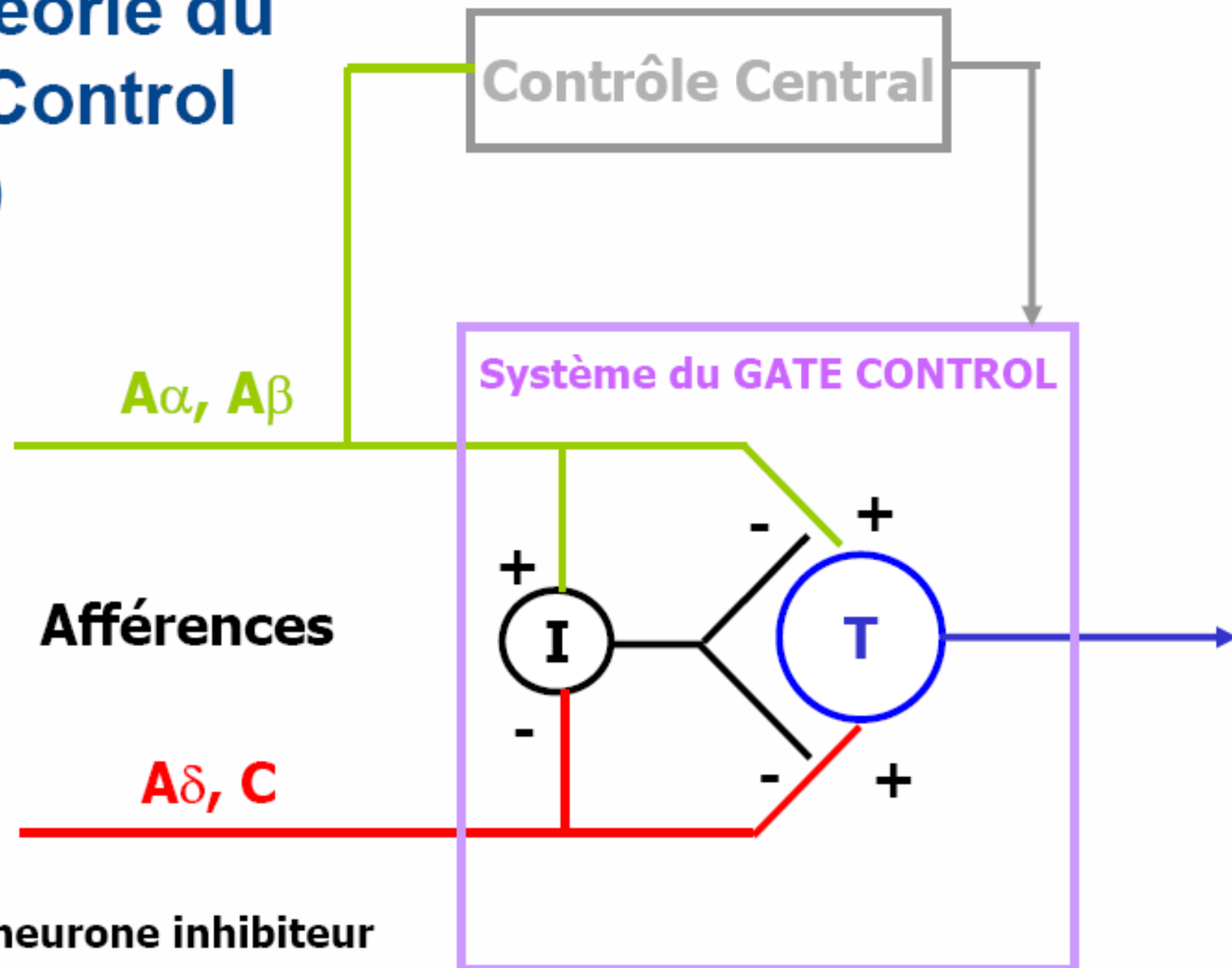
Les phénomènes inhibiteurs sont présynaptiques et postsynaptiques.

- **le contrôle supra-spinal:**

Il s'exerce au niveau du tronc cérébrale dont les neurones sont à l'origine des voies descendantes inhibitrices.

Elles entraînent par le blocage des réflexes nociceptifs une analgésie de la zone touchée.

La Théorie du Gate Control (1965)



Afférences

I = interneurone inhibiteur

T = cellule de transmission

Physiologie de la douleur (1)

Exemple de la brûlure



Brûlure



stimulation des extrémités
des terminaisons nerveuses



transmission du message
« douleur » le long des nerfs



jusqu'à la moelle épinière



stimulation des nerfs qui
commandent les muscles



réaction réflexe
de retrait du bras



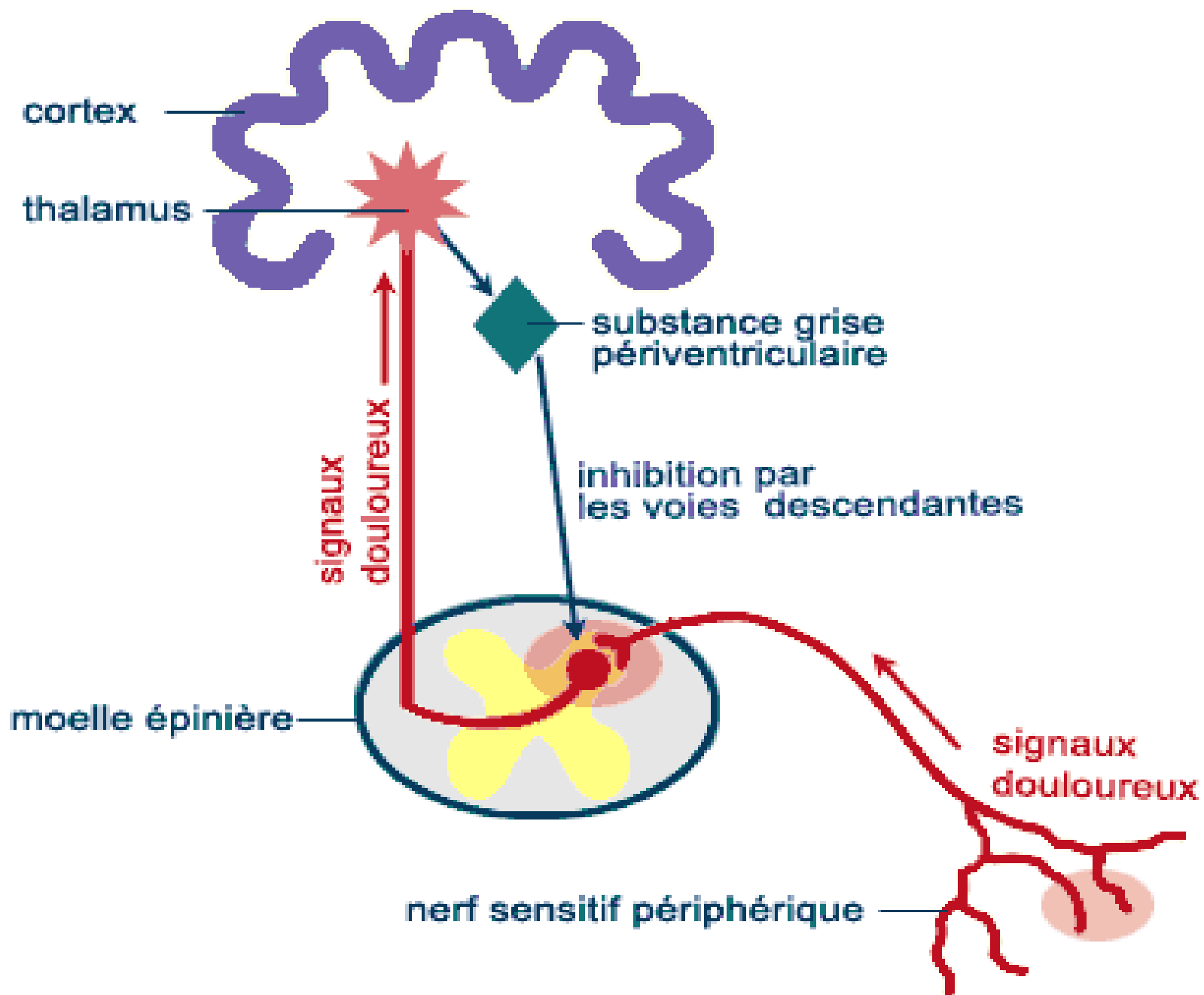
jusqu'au thalamus



puis au cortex



message reconnu
comme « douleur »



ANATOMIE DE LA DOULEUR

Le réflexe

Les fibres nerveuses du toucher **2** activent le neurone nociceptif, qui participe au réflexe de retirer la main.

Brûlure

1 L'origine

Les fibres nerveuses du toucher transmettent leurs messages plus vite que les fibres de la douleur.

Le message

Le neurone nociceptif reçoit le signal de la douleur et du toucher. Mais seul le message de la douleur arrive au cerveau.

Cortex

Thalamus

4 La douleur

Le thalamus traite le message venant de la moelle épinière. Aïe!

Moelle épinière

Vertèbres

C



LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR





Douleur aigüe
et
Douleur chronique



- **la douleur aiguë:**

C'est un **signal d'alarme** qui permet de rechercher la cause, elle a un rôle protecteur .

Elle est **récente, transitoire** et elle est **souvent intense.**

Elle est dominée par des **symptômes émotionnels** (stress, faim, peur, colère) et accompagnées de **variations des paramètres neurovégétatifs** (TA, sueurs, pouls.....) non proportionnels à son intensité et non spécifiques

- **la douleur chronique:**

Dès que la douleur subsiste (>3 mois) elle devient chronique .

Cela est en fait une maladie qui va retentir sur l'appétit, le sommeil, la vie quotidienne.

Caractérisée par l'**atonie psychomotrice** (désintérêt pour le monde extérieur, diminution de la motricité spontanée, baisse de la capacité à réagir) **et prend le masque d'une dépression.**

Alors seule le critère avec attitude antalgique, raideur, perte de l'ajustement postural permet d'en faire le **Dgc différentiel.**



MÉCANISMES DE LA DOULEUR



MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Douleur par excès de nociception
- Douleur neurogène.
- Douleur psychogène

DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION

- Elles sont dues à une **stimulation excessive** des récepteurs périphériques ce qui entraîne une **douleur intense** liée à des phénomènes mécaniques, inflammatoires , thermiques et chimiques.
- Ces douleurs sont **continues ou intermittentes** et **varient en intensité**.
- **Le seul moyen de stopper ces douleurs** est de diminuer ou d'arrêter la transmission des messages allant vers les centres supra-spinaux.

DOULEUR NEUROGÈNE.

- Se dit des douleurs qui ne résultent pas de lésions tissulaires.
- Elles sont dûes à une interruption des voies nociceptives entraînant une perturbation du système de transmission.
- Les douleurs sont **permanentes** sous forme de **brûlures** avec des **moments paroxystiques** et des **troubles de la sensibilité tactile**:
 - **hypoesthésie**: déficit de la sensibilité globale
 - **anesthésie**: absence de sensibilité
 - **allodynie**: douleur produite par un stimulus non nociceptif
 - **hyperalgésie**: sensibilité douloureuse exagérée
 - **hyperesthésie**: sensibilité cutanée exagérée

- Les différentes causes de ces douleurs sont:
 - infections
 - troubles métaboliques(diabète, alcoolisme)
 - toxiques
 - compression nerveuse (hernie discale ,canal carpien, fibrose post-chirurgie, envahissement tumoral...)
- Les douleurs neurogènes sont également appelées douleurs neuropathiques et le diagnostic nécessite de remplir le questionnaire DN4 pour confirmer l'examen clinique

QUESTIONNAIRE DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

Interrogatoire du patient

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

	OUI	NON
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		

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

	OUI	NON
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissement		
7. Démangeaison		

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans ce territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		

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

	OUI	NON
10. le frottement		

Coter 1 pour oui, 0 pour non. Le score obtenu est noté sur 10.

Une douleur, dont la cotation ne dépasse pas 4, n'est pas une douleur neuropathique.

DOULEUR PSYCHOGÈNE

- Ce sont des douleurs qui n'ont aucune cause somatique.
- Quelquefois le somatique et le psychologique peuvent être intriqués mais la majorité du temps les douleurs proviennent d'un retentissement psychologique (conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel, hypocondrie...).
- Ce qui rend difficile l'évaluation de ces douleurs, c'est leur description souvent imprécise, variable et de sémiologie atypique.

ENTRE DOULEUR ET SOUFFRANCE

D'après l'auteur David Le Breton, la douleur est un concept médical et la souffrance un concept du sujet qui la ressent.

La souffrance ne se mesure pas, elle est subjective.

Pour d'autres, la douleur physique concerne le corps tandis que la souffrance psychique concerne l'âme ou l'esprit.



ÉVALUATION DE LA DOULEUR



ÉVALUATION DE LA DOULEUR

- Échelle unidimensionnelle
 - échelle verbale simple (EVS)
 - échelle numérique (EN)
 - échelle visuelle analogique (EVA)
- Échelle pluridimensionnelle
 - Questionnaires
 - échelles comportementales
- Evaluation de la douleur chez l'enfant
 - question simple
 - EVA
 - planche de visages
 - utilisation du dessin
 - observation

Échelle unidimensionnelle

Echelle verbale simple (EVS) Il s'agit de demander verbalement au patient d'évaluer sa douleur selon 4 à 5 catégories desquelles résultera un score.

ÉCHELLE VERBALE SIMPLE EN 5 POINTS

Quel est le niveau de votre douleur à l'instant présent?

- 0 Pas de douleur
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

Échelle unidimensionnelle

- **ÉCHELLE NUMÉRIQUE(EN):**

Elle permet au patient de noter la douleur en sachant que la note minimale est 0 et que la note maximale est 10.

ÉCHELLE NUMÉRIQUE

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent

Échelle unidimensionnelle

- **Echelle visuelle analogique (EVA)**

C'est une réglette qui présente d'un côté une ligne subjective et de l'autre côté une réglette de 100 mm.

Le patient tracera un trait ou avancera le curseur en fonction de l'intensité de la douleur allant de "pas de douleur" à "douleur maximale imaginable".

Le soignant devra en fonction du déplacement du curseur de la réglette faire correspondre avec la notation se trouvant à l'arrière .

Ceci permettra de donner un traitement adapté , elle doit donc être renouvelée toutes les 24 à 48 heures .



Échelle pluridimensionnelle

- **Questionnaires** : Ils sont souvent établis en fonction du service et du type de pathologie.

- **échelles comportementales:**

La douleur n'étant pas forcément verbalisée, une étude du comportement peut s'avérer nécessaire pour une bonne prise en charge de la douleur .

Par contre il faut adapter cette échelle en fonction des personnes soignées .

Evaluation de la douleur chez l'enfant

1-Question simple:

"As-tu mal ?"

La réponse n'est pas forcément fiable , c'est pourquoi un dialogue permanent et une observation de l'enfant est nécessaire au quotidien.

2-EVA:

La technique est identique à celle de l'adulte.

3-planche de visages:

On présente à l'enfant de 2 à 4 ans des visages présentant plus ou moins de plaisir ou de peine

L'enfant va alors choisir le visage qui représente ce qu'il ressent au fond de lui-même.

Sa validité est chiffrée par le même système que l'EVA.





5



4



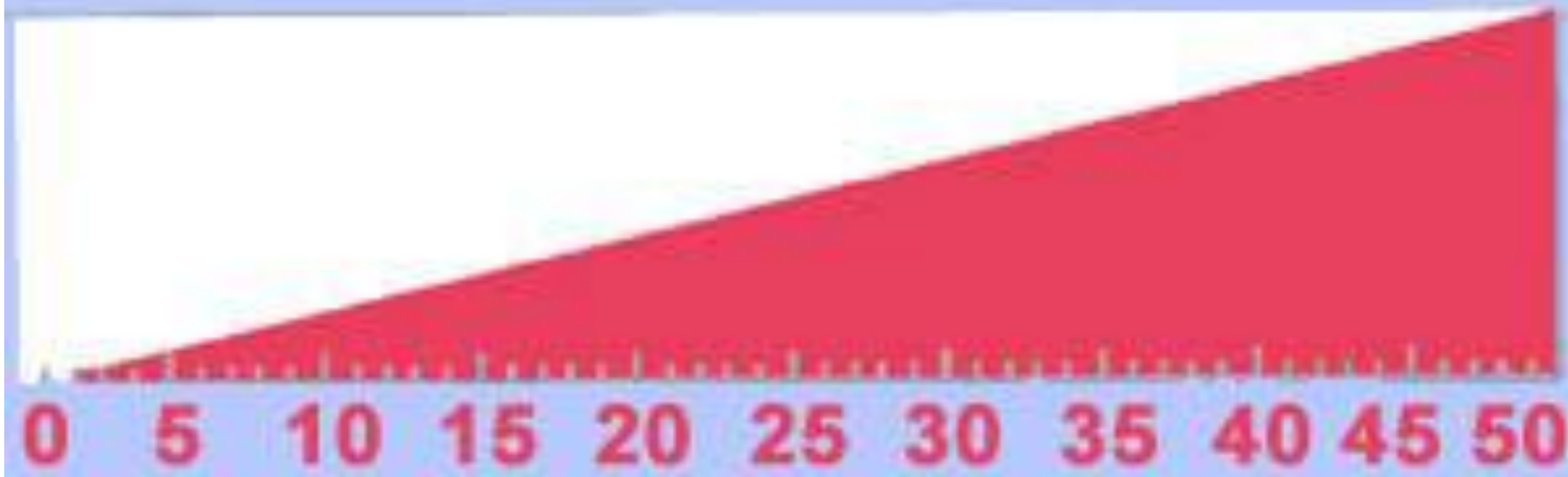
3



2



1



4- Utilisation du dessin:

On demande à l'enfant de dessiner une échelle représentant des douleurs légères, moyennes, importantes, très importantes, et d'y faire correspondre une couleur

On demandera ensuite à l'enfant de choisir la couleur qui lui correspond.

5- Observation:

Pour un enfant qui n'exprime pas sa douleur, l'observation devient le seul moyen d'évaluation. Les soignants se basent alors sur une grille d'observation.

ÉCHELLE D'OBSERVATION	
Signes directs de la douleur	<ul style="list-style-type: none">• Position antalgique au repos et dans le mouvement• Protection des zones douloureuses• Plaintes avec localisation des zones douloureuses• Réaction durant les examens des zones douloureuses
Atonie psychomotrice	<ul style="list-style-type: none">• Résignation• Repli sur soi• Apathie• Lenteur et rareté des mouvements
Anxiété	<ul style="list-style-type: none">• Nervosité, agressivité, irritabilité• Pleurs fréquents• Contrôle lors de la mobilisation

CAUSES

- De nombreuses maladies ou blessures peuvent provoquer des douleurs chroniques.
- Certaines personnes continueront à ressentir des douleurs longtemps après la guérison d'une blessure initiale, telle qu'une blessure du dos.
- D'autres douleurs chroniques sont provoquées par une maladie chronique comme l'arthrite ou le cancer.
- Certaines personnes souffrent de douleurs dont on ignore l'origine. Cela ne signifie nullement que la douleur n'existe pas.
- Quelle qu'en soit la cause, les douleurs chroniques sont réelles et elles doivent être traitées.

- **Les affections suivantes sont parfois associées à des douleurs chroniques :**
 - le **Cancer**.
 - un traumatisme spinal;
 - des maux de tête;
 - une blessure au dos;
 - l'arthrite;
 - une inflammation ou une lésion des nerfs.....ext

- La douleur peut parfois être ressentie au niveau d'un membre qui a été amputé. On l'appelle la *douleur au membre fantôme*.
- Une *douleur rapportée* est une douleur localisée dans une partie de l'organisme et ressentie dans une autre partie du corps.
- Les organes internes ne sont pas très sensibles à la douleur; celle-ci peut être ressentie comme une douleur diffuse (soit une douleur qui s'étend sur une grande surface) dont le foyer est difficile à repérer.

- **L'anxiété peut aggraver considérablement la douleur.**
- Ne pas connaître la cause d'une douleur rend les gens anxieux.
- Une fois leur affection diagnostiquée, la douleur leur semble souvent moins intense. L'inquiétude quant à la gravité de leur état intensifie souvent leur douleur.

LES DOULEURS CANCÉREUSES :

La douleur est un signe précurseur et une composante très fréquente des cancers.

Il s'agit le plus souvent d'une association de **douleurs nociceptives** et **neurogènes**, avec une forte composante **psychologique**.

Tout semble douloureux lorsqu'il s'agit de cancer : la maladie elle-même, mais aussi les examens médicaux et les traitements.

La prise en charge de la douleur, aiguë et chronique, fait donc partie intégrante de la démarche thérapeutique des oncologues.

Cette prise en charge a évolué ces dernières années vers des protocoles plus efficaces et les antalgiques majeurs (par exemple la [morphine](#) et ses dérivés) ne sont plus réservés aux malades en phase terminale.

Les traitements ont également beaucoup progressé et l'on prend mieux en compte leurs [effets indésirables](#).

Cependant, selon les oncologues, de nombreux malades cancéreux restent encore imparfaitement soulagés de leur souffrance, soit parce que les soignants y sont insuffisamment attentifs, soit parce que les patients hésitent à se plaindre, de peur d'avoir à affronter de nouveaux examens ou traitements.

LES DOULEURS INEXPLIQUÉES

Il reste des cas dans lesquels l'origine de la douleur, ou de la maladie associée, reste inexpliquée.

Les douleurs du dos (lorsqu'aucune lésion n'est présente), les colopathies fonctionnelles (des maladies intestinales chroniques d'origine inconnue) et certaines névralgies restent mystérieuses.

Ces douleurs inexpliquées sont particulièrement pénibles à supporter, car la médecine ne dispose pas de traitement curatif et doit se contenter de traiter la douleur avec, parfois, des médicaments spécifiques très efficaces (traitements de la crise de migraine, des névralgies faciales, etc.).

La personne atteinte reste dans l'incertitude malgré de nombreuses consultations et peut, à la longue, développer un état anxieux et dépressif qui, à son tour, aggrave sa souffrance.

TRAITEMENTS

Les traitements médicamenteux

- Les antalgiques ont été classés en trois niveaux par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :
- **le niveau 1** est constitué des **antalgiques non morphiniques** (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens) et sont utilisés pour les douleurs d'intensité faible à modérée ;
- **le niveau 2** regroupe les **opioïdes faibles** (codéine par exemple). Ils sont utilisés pour les douleurs d'intensité modérée à sévère, ou lorsque les antalgiques de niveau 1 n'ont pas été efficaces pour soulager la douleur ;
- **le niveau 3** est constitué des **opioïdes forts** (morphine par exemple). Ces médicaments sont utilisés pour les douleurs intenses, ou lorsque les antalgiques de niveau 2 n'ont pas été efficaces pour soulager la douleur.

Les traitements antalgiques paliers de l'OMS



TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ANTALGIQUES

PALIER	DCI	NOMS	DOULEURS
I. Antalgiques périphériques	Aspirine	Kardégic, Aspégic	Douleurs faibles à modérées
	Paracétamol	Doliprane, Dafalgan, Efféalgan	
	AINS	Profénid, Nifluril, Surgam, Nurofen	
II. Antalgiques centraux faibles	Codéine + antalgique périphérique	Codoliprane, Efféalgan codéiné	Douleurs modérées à sévères
	Dextropropoxyphène+ antalgique périphérique	Di-antalvic	
III. Antalgiques centraux forts (Morphiniques)	Agoniste	Morphine, Skénan, Fentanyl, Moscontin, Alfentanyl	Douleurs très sévères et rebelles
	Agoniste/antagoniste	Temgésic, Fortal, Nubain	
	Antagoniste	Narcan	

Les autres moyens thérapeutiques

- De nombreuses méthodes non-médicamenteuses peuvent aussi permettre de soulager la douleur, en particulier lorsqu'elle est chronique :
- **les traitements physiques:** Ils comprennent la kinésithérapie: les massages, la physiothérapie (application de chaud, de froid, ou de courant électrique), la rééducation posturale et gestuelle... ;

- **les traitements chirurgicaux:** Ils comportent les traitements anesthésiologiques, les blocs anesthésiques et l'implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie ;
- **la neurostimulation:** C'est une technique consistant à appliquer sur la zone douloureuse un courant électrique de faible intensité, qui fait ressentir à la personne une sensation non douloureuse. Cette stimulation tactile superficielle ferme en effet la porte à la transmission de la douleur .

- **l'hypnose:**

- Elle permet d'atténuer la sensation douloureuse en modifiant la perception que le patient a du monde extérieur.
- L'hypnose ne connaît pas de définition type, il en existe plusieurs. Mais E. Rossi a écrit « ... l'état d'hypnose était essentiellement un état de concentration mentale, durant lequel les facultés de l'esprit du patient étaient tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensée que, pour le moment, il devenait mort ou indifférent à toute autre considération ou influence. » Milton Erickson a pris conscience des propres ressources de chacun pour mieux affronter les difficultés ;

- **les techniques de relaxation :**

- **le yoga** est une discipline spirituelle d'origine indienne qui permet la maîtrise du corps et le développement du psychisme. Il utilise les émotions, l'esprit et le corps.

- **L'acupuncture**, méthode chinoise, utilise les flux d'énergies et les douze méridiens équivalents à des organes. Les aiguilles sont placées sur un des méridiens pour agir sur l'organe adéquat.
- **l'art thérapie** utilise le potentiel artistique de chacun dans une visée thérapeutique. Cela peut être la musique, l'art plastique, la danse, le conte ou encore le rire.