

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

---

**Dr Guillaume BOUQUET**

Praticien Hospitalier

CH de Tourcoing

---

# Douleur : Généralités

---

## □ **Définition de l' I.A.S.P.**

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en terme d'un tel dommage »

## □ Dimension somatique et psychologique de la douleur

---

# OBJECTIF

---

## PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

ÇA TOMBE BIEN...  
J'AI MAL  
PARTOUT!



PHILIPPE TASTET

---

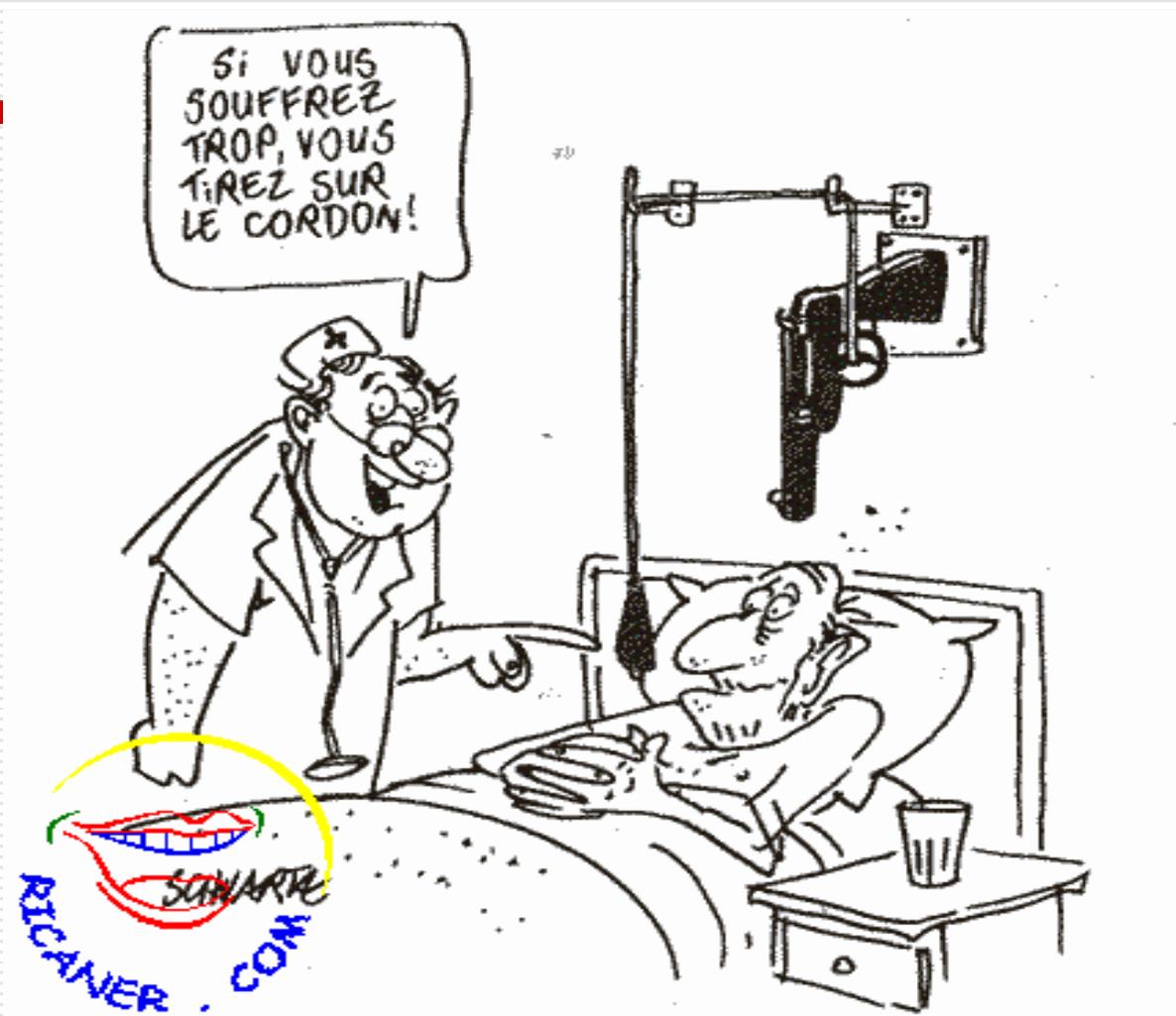
# La Douleur est donc individuelle et son vécu multifactoriel

---

## **DONC PLACEBO :**

- ❑ **A Proscrire**, quand quelqu'un dit qu'il a mal, il a toujours raison. Aux soignants de trouver la cause et de la traiter même si la cause évoquée est psy !!!(réassurance, traitement médicamenteux ...)
  - ❑ De toute façon le placebo sera efficace même s'il s'agit d'une douleur « réelle » car le patient a confiance en vous. Le seul risque c'est de perdre cette confiance.
  - ❑ On prend bien pour nous même des traitements pour des douleurs psychogènes (céphalées de tension), pourquoi pas nos patients
-

Placebo =



# Douleur aiguë – Douleur chronique

---

<b>DOULEUR</b>	<b>AIGUE</b>	<b>CHRONIQUE</b>
<b>Définition</b>	Signal symptôme	Syndrome douloureux chronique
<b>Origine</b>	Monofactorielle	Plurifactorielle = Amalgame de nombreux facteurs qui interviennent dans l'expression de la douleur Consultation pluridisciplinaire
<b>Physiopathologie</b>	Inflammation - lésion - œdème	Etiopathogénie complexe
<b>Thérapeutique</b>	Curatrice	Réadaptative Objectifs = vivre avec douleur résiduelle et réinsertion professionnelle
<b>Participation du patient</b>		Nécessaire sinon échec

---

# Douleur aiguë – Douleur chronique : Aspect psychologique

---

- Douleur aiguë: courte durée <3 mois (différent de intense)

elle génère:

- préoccupation: réaction adéquat au signal d'alarme, douleur utile
  - anxiété, angoisse si elle dure (si absence de réassurance angoisse de mort)
  - agitation si pas de contrôle des émotions
-

# Douleur aiguë – Douleur chronique : Aspect psychologique

---

- Douleur chronique : au moins 3 à 6 mois récurrente, rebelle
- elle génère
- idem douleur aigue
  - désespoir, tristesse, aboulie, asthénie, inhibition, anhédonie: Dépression et dépression majeure la douleur (cercle vicieux)
  - retrait narcissique (investit son propre corps, retrait du monde extérieur)
  - recherche de bénéfice secondaire
-

# approche diagnostique

---

- **Il n'existe pas d'évaluation objective de la douleur**
  - **Moyens d'évaluation :**
    - langage
    - comportement
  - **Corrélation**
-

# approche diagnostique

---

## INTERROGATOIRE

= étape essentielle de l'approche diagnostique

- **nécessite :**
    - temps**
    - climat de confiance**
    - croire le patient**
    - qualité de relation = qualité du traitement**
  - **non suggestif**
  - **laisser le malade s'exprimer**
  - **canaliser (surenchère de détails inutiles)**
  - **attention aux patients dépressifs qui parlent peu**
-

# approche diagnostique

---

## INTERROGATOIRE

La douleur, motif de consultation doit être replacée dans le contexte médical et biographique. Il convient donc de préciser :

- **ANTECEDENTS**
    - familiaux
    - professionnels
    - personnels
      - médicaux
      - chirurgicaux
      - obstétricaux
-

# approche diagnostique

---

## INTERROGATOIRE

### ■ HISTOIRE DE LA MALADIE

#### □ Mode d'installation de la douleur

- spontanée
  - secondaire à :
    - maladie,
    - accident,
    - chirurgie...
  - repérer la douleur par rapport à certains événements familiaux, sociaux, professionnels, susceptibles de jouer un rôle de « choc émotionnel » prédisposant à sa chronicisation
-

# approche diagnostique

---

## INTERROGATOIRE

### ■ HISTOIRE DE LA MALADIE

□ Evolution initiale

□ Profil évolutif : atténuation ou rechute

- souvent synonyme d'accentuation de l'intensité douloureuse aboutissant à l'aggravation du handicap
- parfois rythmée par des circonstances de vie jouant le rôle de facteurs favorisants ou atténuants

□ Les traitements antérieurs

- nature
  - mode de prescription
  - effets enregistrés
-

# approche diagnostique

---

## ASPECTS SENSORI-DISCRIMINATIFS

= mécanismes neuro-physiologiques qui permettent le décodage des messages nociceptifs

- localisation = siège
- qualité
- durée et fréquence
- intensité

= en comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les performances du décodage des messages nociceptifs ne sont pas parfaites (douleurs profondes viscérales, projetées...)

---

# approche diagnostique

---

## ASPECTS SENSORI-DISCRIMINATIFS

### ■ LOCALISATION = SIEGE

- trajet précis, irradiations, prolongements à distance, trajet nerveux (radiculaire, tronculaire, médullaire, central...)

### ■ QUALITE

- écoute attentive
  - crampes, torsion, colique, piqûre, brûlure, fourmillement, broiement, strictions, lourdeurs, décharges électriques, coups de poignard, raideur, bête qui ronge...
-

# approche diagnostique

---

## ASPECTS SENSORI-DISCRIMINATIFS

### ■ DUREE & FREQUENCE

- permanente
- intermittente

### ■ INTENSITE

- tonalité (fluctuante...)
  - facteurs aggravants et atténuants
  - échelles = disposer d'une méthode standardisée d'évaluation de l'intensité de la douleur et du soulagement
-

# approche diagnostique

---

## EXAMEN CLINIQUE

- allongé, assis, marche...
  - rechercher attitudes antalgiques, impotences fonctionnelles, mouvements précautionneux...
  - motricité
  - tonus
  - réflexes
  - sensibilités (tactile, thermo-algique, vibratoire)
    - signes déficitaires (hypoesthésie, anesthésie)
    - signes d'hyperesthésie (hyperalgésie, allodynie, hyperpathie...)
-

# approche diagnostique

---

## ECHELLES

**= présentent de nombreux avantages pour la pratique quotidienne**

- identifier les malades présentant une douleur**
  - faciliter les prises de décisions de traitements antalgiques**
  - contrôler l'efficacité des traitements mis en œuvre**
  - permettre aux équipes soignantes d'utiliser des critères communs facilitant les prises de décisions homogènes au sein de l'équipe**
  - améliorer et permettre la transmission de l'information entre le malade et les soignants**
  - améliorer la relation soignant-malade**
  - information susceptible de figurer dans le dossier du malade**
-

# approche diagnostique

---

## ECHELLES

- **unidimensionnelle d'auto-évaluation**
    - EVA, EVS (absente, très légère, légère, modérée, marquée, très marquée, insupportable), EN
  - **multidimensionnelles**
    - Mc Gill Pain Questionnaire, QDSA, DN4
  - **comportementales**
    - Bourrhis, Doloplus
  - **psychologiques**
-

# Echelle comportementale de Bourrhis

---

## **1. Envahissement du langage par la plainte**

- 0 = pas de plainte, même à l'interrogatoire
- 1 = plainte uniquement à l'interrogatoire
- 2 = plainte spontanée, peu fréquente, s'adressant à certaines personnes de l'entourage
- 3 = envahissement partiel du langage par la plainte à tout le monde
- 4 = envahissement complet du langage par la plainte

## **2. Réduction des activités spontanées**

- 0 = activité normale
- 1 = activité extérieure partielle, le sujet abandonne certains travaux de distractions habituelles
- 2 = activité intérieure seule
- 3 = activité de chambre
- 4 = confinement au lit, malade grabataire

## **3. Demande quotidienne d'analgésiques**

- 0 = demande nulle
- 1 = demande inférieure ou égale à 3 fois / 24h d'antalgique per os
- 2 = demande supérieure à 3 fois / 24h d'antalgique per os
- 3 = demande inférieure ou égale à 3 fois / 24h d'antalgique injectable
- 4 = demande supérieure à 3 fois / 24h d'antalgique injectable

## **4. Consommation d'antalgiques par 24 heures**

- 0 = pas de consommation
  - 1 = antalgiques périphériques per os
  - 2 = antalgiques centraux mineurs
  - 3 = antalgiques centraux majeurs per os
  - 4 = antalgiques centraux majeurs par voie injectable
-

# Douleur chronique

---

## ASPECTS PLURIDIMENSIONNELS DE LA DOULEUR

**La douleur chronique est plurifactorielle, c'est un amalgame de nombreux facteurs qui interviennent dans l'expression de la douleur d'où l'intérêt d'une consultation pluridisciplinaire**

---

# Douleur chronique

---

## A - Les facteurs cognitifs

- **concernent l'ensemble des processus mentaux participant au traitement des nombreuses informations impliquées dans la douleur et susceptibles d'influencer la perception de celle-ci et les réactions comportementales qu'elle détermine**
    - **quelle signification le patient attribue t-il à cette douleur persistante, véritable menace de l'intégrité corporelle**
    - **quelles interprétations fait-il des avis médicaux**
    - **référence à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées dans sa famille ou entourage**
    - **c'est à ce niveau qu'interviennent les mécanismes les plus élaborés de la pensée humaine, intégrant notamment les processus de mémorisation, de motivation et d'attention**
-

# Douleur chronique

---

## **B - Les facteurs affectifs et émotionnels**

- **précisent la qualité du « vécu douloureux »**
  - **toute douleur entraîne des affects désagréables et pénibles pouvant se traduire par des états d'angoisse quand la douleur est intense , voire des états dépressifs quand la douleur se prolonge (à évaluer)**
  - **la signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler le vécu douloureux**
-

# Douleur chronique

---

## **C - Les facteurs comportementaux**

- englobent l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre = signes directs de la douleur et comportements de protection du patient
    - plaintes, mimiques
    - positions antalgiques de repos
    - positions antalgiques dans les mouvements (raideur, évitement...)
    - gestes de protection de la zone douloureuse
    - atonie psychomotrice (baisse du plaisir, de l'intérêt...)
    - attitude vis à vis de la maladie, examen clinique, observance des prescriptions
-

# Douleur chronique

---

## **D - Les facteurs biographiques et environnementaux**

- **y a t-il des modèles douloureux familiaux pernicious ?**
  - **Apprentissages antérieurs : y a t-il eu des événements médicaux ou extra-médicaux pouvant expliquer la douleur ?**
- = gratter l'histoire de la douleur du patient et la replacer dans le contexte**
-

# Douleur chronique

---

## **E - Les facteurs ethniques**

- **exprimer la douleur pour un japonais est une honte**
- **méditerranéen**

## **F - Les facteurs religieux**

- **sublimation de la douleur**
  - **rédemption de la douleur**
-

# Douleur chronique

---

## **G - Le contexte socioprofessionnel**

- **situation de conflit avec la sécurité sociale**
  - **expertise médicale en cours**
  - **demande de réévaluation d'une pension d'invalidité**
  - **quelle relation existe t-il entre la demande de consultation et ce contexte socioprofessionnel ?**
  - **Y a t-il une recherche inconsciente ou inavouée de bénéfices secondaires ?**
    - **affectifs = réaction de l'environnement**
    - **financiers :**
      - **réparation du préjudice corporel en France**
      - **mise en invalidité 1ère ou 2ème catégorie**
      - **reconversion professionnelle par le biais de la COTOREP**
-

# Douleur chronique

---

## CONCLUSION

- **L'évaluation**
    - = objectiver, rendre visible la douleur et aider à la décision thérapeutique
    - = considérer :
      - mécanisme de la douleur
      - niveau de détresse psychologique, sociale
      - niveaux d'incapacité
      - impact sur la qualité de vie
  - **doit être répétée tout le long du suivi**  
= temps et disponibilité
-

# Douleur chronique : approche diagnostique

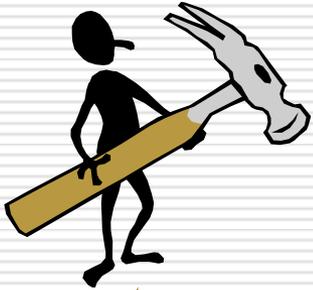
---

## CONCLUSION

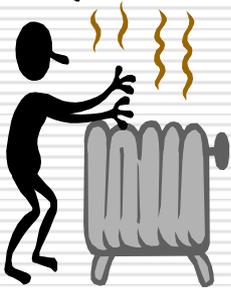
- **Passer un contrat avec le patient**
    - **nécessité d'avoir une adhésion et une participation du malade à son traitement**
    - **contrat avec des objectifs réalistes**
    - **modalités de prise en charge**
      - **le patient doit donner toutes les informations**
      - **but : atténuation et non guérison**
      - **motivation du patient**
-

# En fonction des données séméiologiques et étiologiques, le thérapeute différencie LES GRANDS TYPES DE DOULEUR

---



Douleurs par excès de stimulation nociceptive



Douleurs neuropathiques par désafférentation sensitive

Douleurs par dysfonctionnement sympathique = SDRC



Douleurs psychogènes

---

# Les douleurs par excès de nociception

---

## Trois étapes se succèdent

- ❑ **Élaboration de l'influx au niveau du nocicepteur et son passage dans la fibre nerveuse périphérique**
  - ❑ **Relais et modulation au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière (convergence, amplification, blocage des influx)**
  - ❑ **Intégration au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient avec sensation précise et retentissement émotionnel et affectif**
-

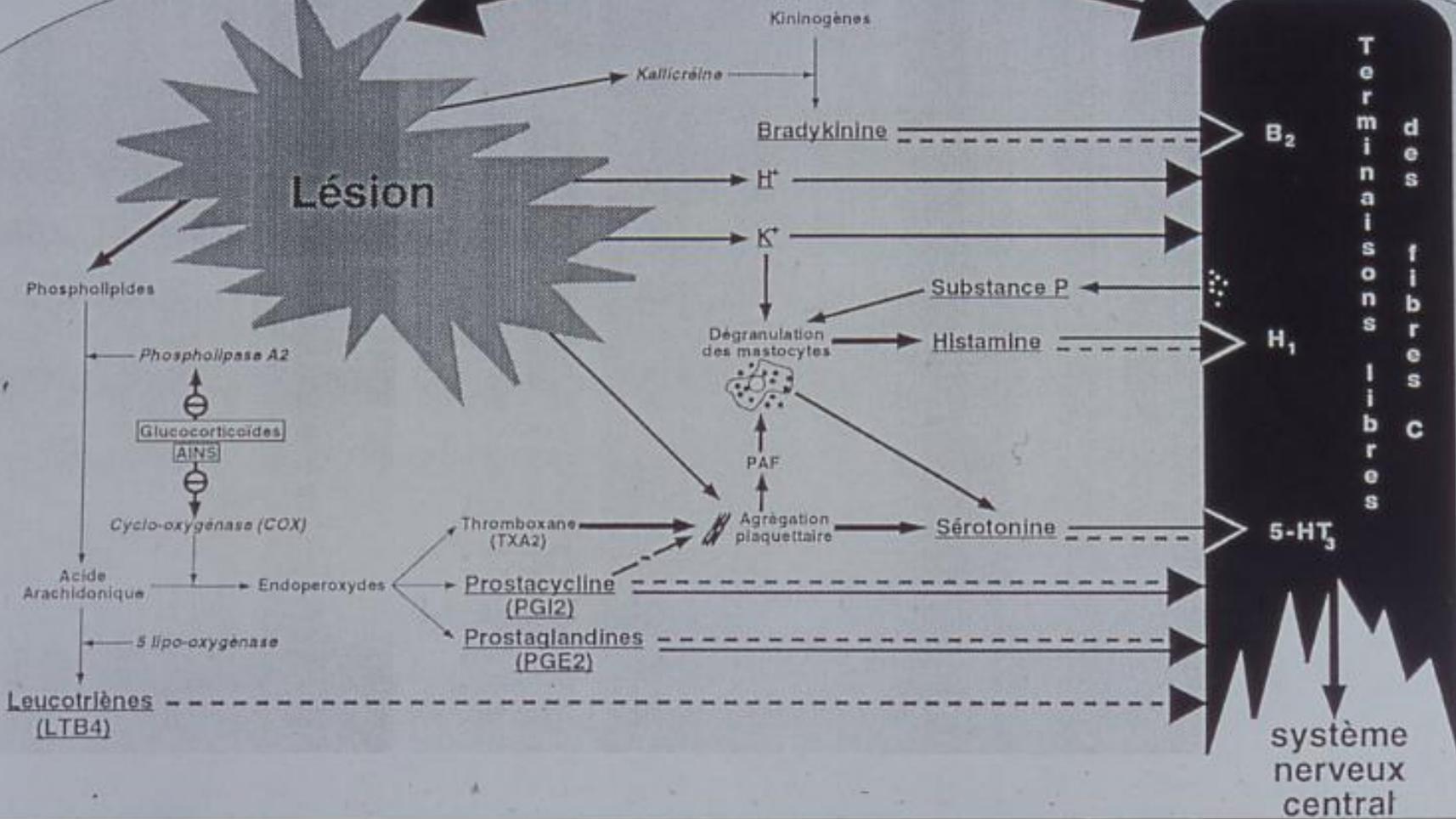
# Les douleurs par excès de nociception

---

- **1. Genèse de la douleur au niveau des tissus lésés**
    - **Soupe inflammatoire**
    - **Libération de médiateurs algogènes (bradykinine, sérotonine, histamine, ions H<sup>+</sup> et K<sup>+</sup>, prostaglandines...)**
    - **Sensibilisation des nocicepteurs et stimulation des fibres sensibles myéliniques de petit calibre (A $\delta$ ) responsables de la douleur localisée et précise et des fibres sensibles amyéliniques (C) responsables de la douleur diffuse tardive**
    - **Diffusion du message jusqu'à la corne postérieure de la moelle**
-

stimulus  
nociceptif

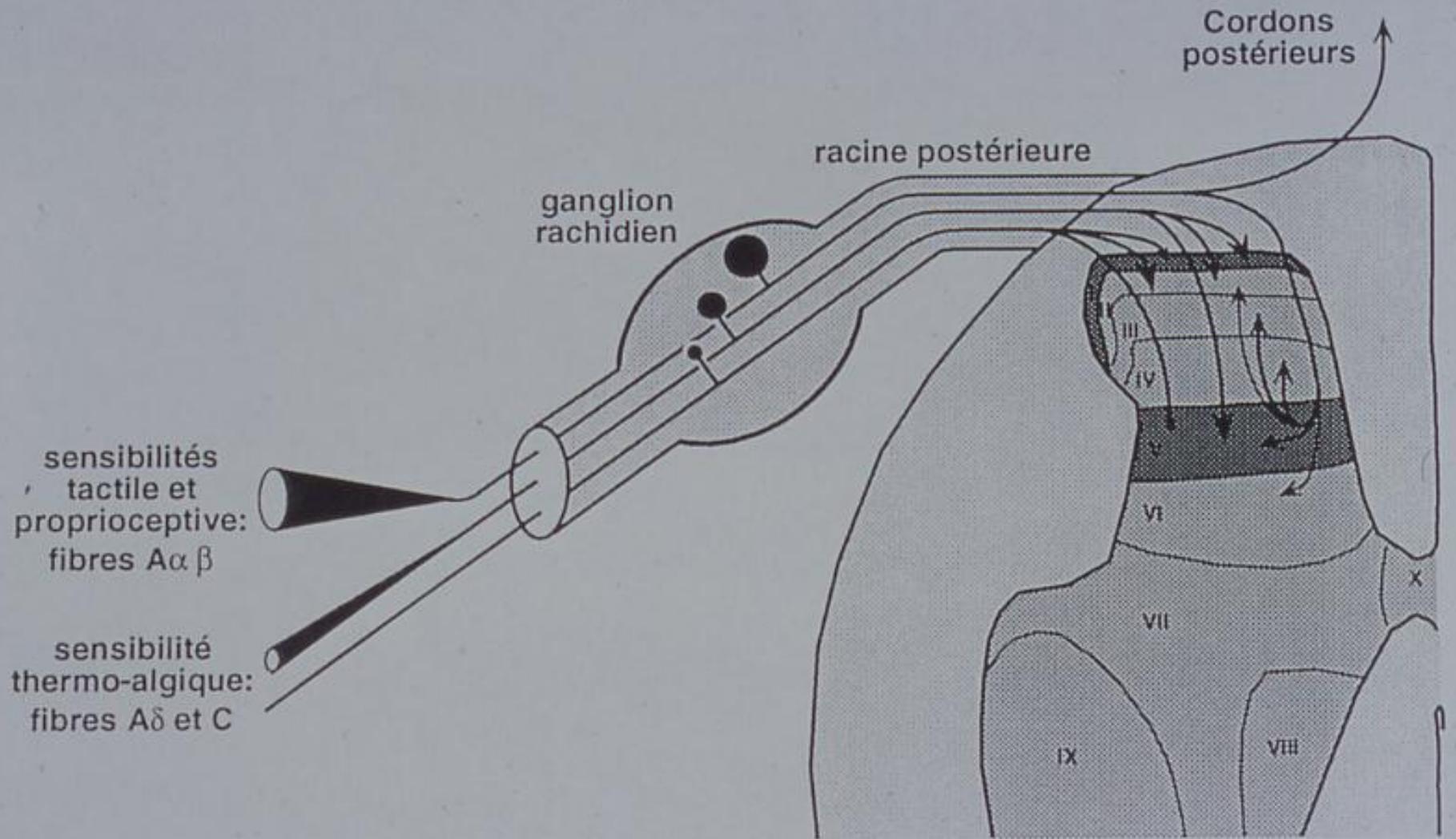
Lésion



# Les douleurs par excès de nociception

---

- **2. Intégration de la douleur au niveau médullaire**
    - **Convergence sur les neurones spinothalamiques de la corne postérieure**
    - **Le contrôle inhibiteur spinal : théorie du « portillon » de Wall et Melzack**
-



CONTROLE CENTRAL

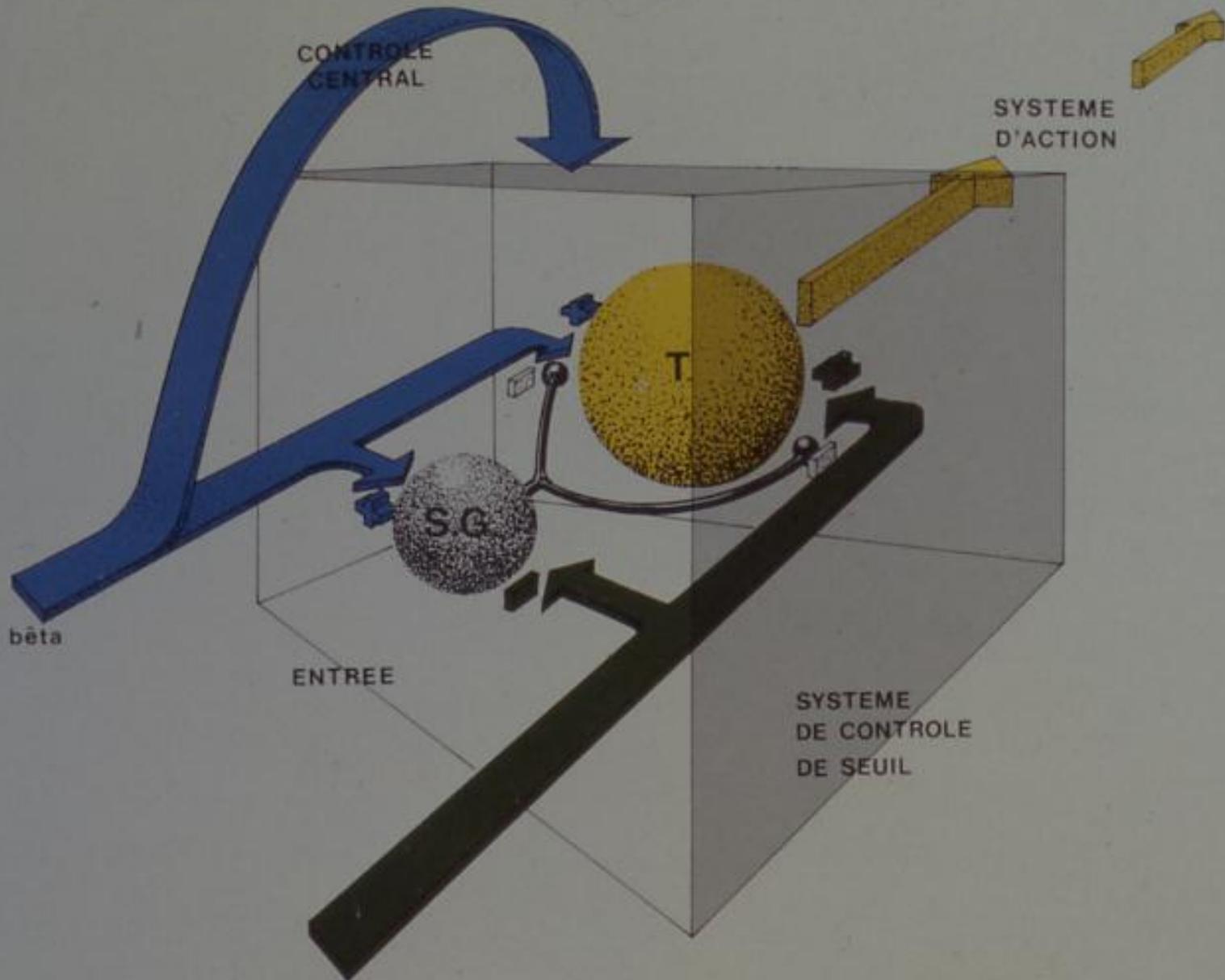
SYSTEME D'ACTION

$G = A \text{ bêta}$

ENTREE

SYSTEME DE CONTROLE DE SEUIL

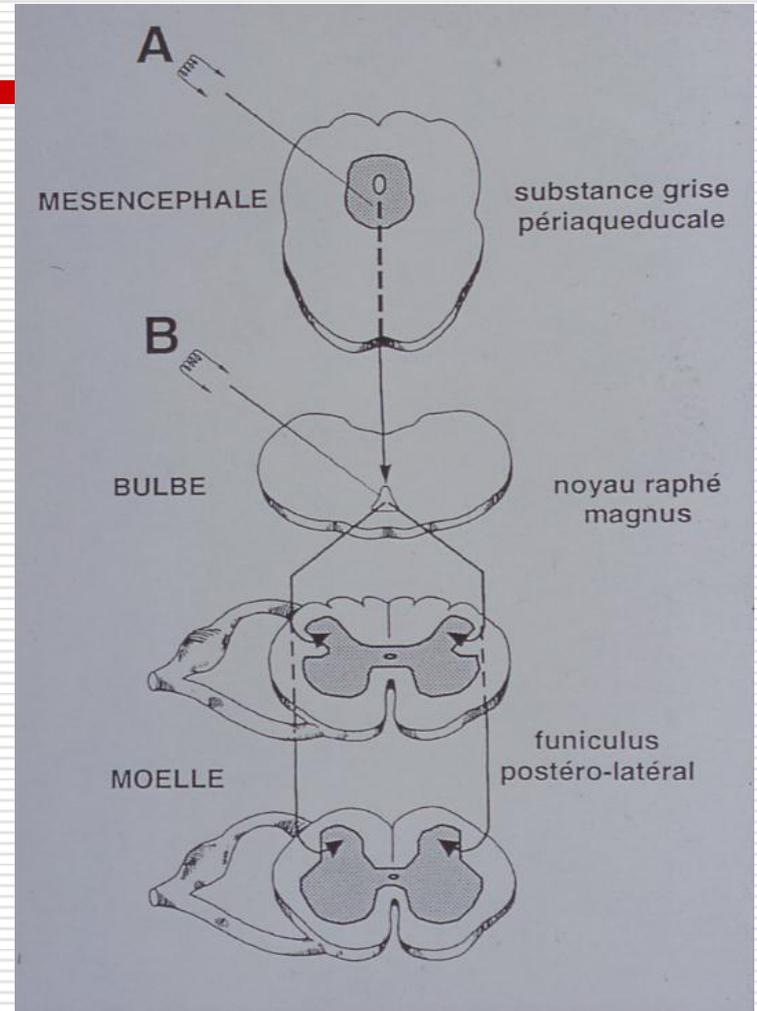
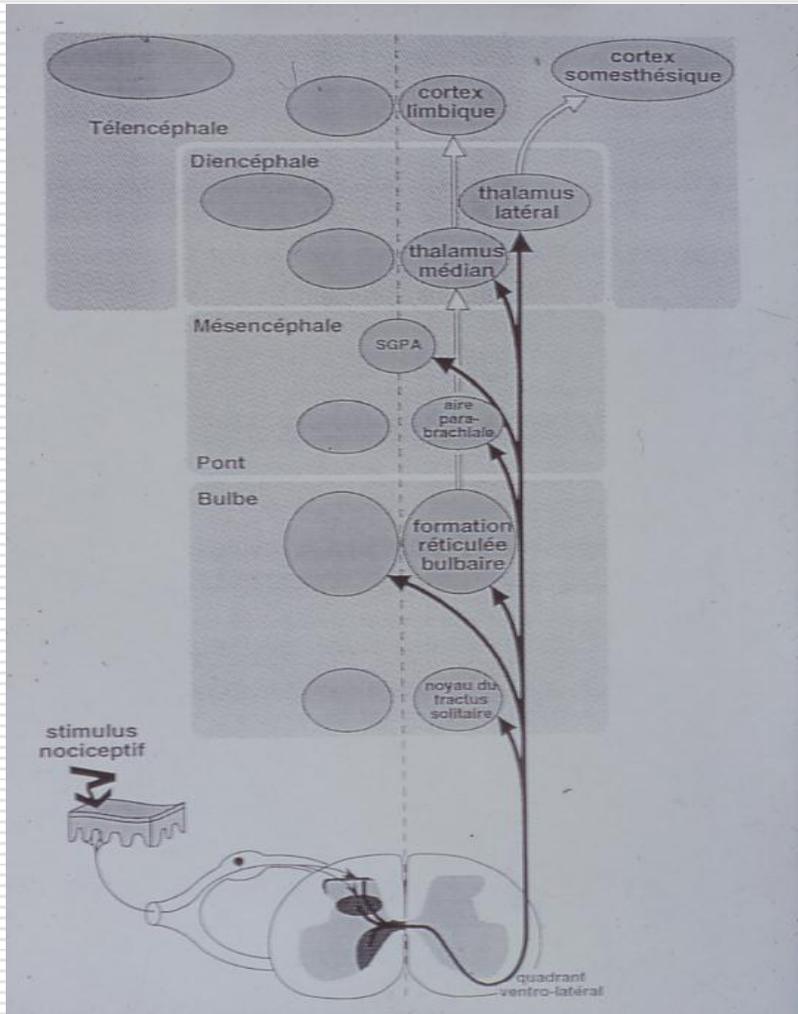
$P = A \text{ delta et C}$



# Les douleurs par excès de nociception

---

- **3. Intégration de la douleur au niveau cérébral**
    - **Convergence sur les neurones spinothalamiques de la corne postérieure**
    - **Les contrôles supraspinaux :**
      - **Les contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception**
      - **Les mécanismes sous-corticaux : Noyaux Gris Centraux, les structures limbiques**
      - **Le contrôle cortical +++**
-



# Traitement des douleurs par excès de stimulation nociceptive

---

## □ **Les 3 paliers de l'O.M.S.**

- Le premier palier repose sur une prescription d'antalgiques non opioïdes
  - Le deuxième palier est constitué par les antalgiques opioïdes faibles
  - Le troisième palier est représenté par les opioïdes forts
-

# Traitement des douleurs par excès de stimulation nociceptive

---

## **Le 1er palier de l'O.M.S.**

- Le premier palier repose sur une prescription d'antalgiques non opioïdes
    - Acide acétylsalicylique
    - A.I.N.S.
    - Paracétamol
    - Nefopam
-

# Traitement des douleurs par excès de stimulation nociceptive

---

## □ Le 2ème palier de l'O.M.S.

- Le deuxième palier est constitué par les antalgiques opioïdes faibles
    - Dextropropoxyphène (retiré)
    - Tramadol
    - Codéine
    - Dihydrocodéine
    - Palier II bis : buprénorphine, nalbuphine
-

# Traitement des douleurs par excès de stimulation nociceptive

---

## □ Le 3ème palier de l'O.M.S.

- Le troisième palier est représenté par les opioïdes forts
    - Agonistes purs se fixent sur les 3 types de récepteurs  $\mu$ ,  $\kappa$  et  $\delta$  situés dans le système nerveux central
      - corne postérieure de la moelle
      - régions sous corticales
      - Tronc cérébral(morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl, dextromoramide, méthadone, péthidine = Dolosal)
    - Agonistes partiels se fixent sur un ou plusieurs récepteurs (buprénorphine)
    - Agonistes antagonistes, agoniste pour un type de récepteurs et antagoniste pour un autre (pentazocine = Fortal, nalbuphine, naltrexone)
-

# Changer la voie d'administration

---

- **Morphinothérapie sous cutanée**  
**chlorhydrate de morphine**
    - moitié de la dose orale préalablement administrée
  - **Morphinothérapie intraveineuse**  
**chlorhydrate de morphine**
    - tiers de la dose orale préalablement administrée
  - **Oxycodone**
    - moitié de la dose orale préalablement administrée
-

# Changer la voie d'administration

---

## □ **Les pharmacothérapies locales**

- Proposées dans les douleurs chroniques, intenses, directement liées à une évolutivité cancéreuse
  - La morphinothérapie intrathécale lombaire
    - douleurs sous-diaphragmatiques uni ou bilatérales
    - solution hyperbare de morphine
  - La morphinothérapie intra-cérébro-ventriculaire
    - douleurs O.R.L., stomatologiques...
    - solution normobare de morphine
-

# Les douleurs neuropathiques

---

- ❑ **Toujours liées à une atteinte du système nerveux périphérique ou central**
  - ❑ **Secondaires à des perturbations des systèmes inhibiteurs physiologiques de la nociception**
  - ❑ **Diagnostic par données anamnestiques, cliniques et électrophysiologiques (EMG, PES, PEN)**
-

# Caractéristiques des douleurs neuropathiques

---

- ❑ Douleur « systématisée » (trajet nerveux ) à type de brûlure, paresthésie, picotements..., ne reveillant pas la nuit (le patient dort bien c'est pas pour ça qu'il n'a pas mal!!!), augmenté par le frottement, augmentant en intensité dans la journée et s'accompagnant de troubles sensitifs dans son territoire (hypo ou hyperesthésie)
- ❑ Questionnaire DN4:

- Q1: la douleur présente t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes
- 1 brûlure
- 2 sensation de froid douloureux
- 3 décharge électrique
- Q2 la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants
- 4 fourmillements
- 5 picotements
- 6 Engourdissements
- 7 Démangeaisons
- Q3: La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence
- 8 Hypoesthésie au tact
- 9 Hypoesthésie à la piqure
- Q4: La douleur est-elle augmentée ou provoquée par?
- 10- le frottement

**Valeur seuil pour le diagnostic + de douleur neuropathique : 4**

# Traitement des douleurs neuropathiques

---

Fait appel à différentes stratégies

- 1. Limiter l'activité des fibres au niveau de la blessure nerveuse**
  - 2. Limiter le réflexe d'axone et la prolifération antidromique de SP**
  - 3. Renforcer les contrôles centraux**
  - 4. Utiliser le contrôle du portillon s'il reste des fibres sensibles de gros calibre à stimuler**
  - 5. Utiliser des antiépileptiques en cas de décharges spontanées traduisant l'embrassement épileptique des neurones de la corne postérieure désafférentée**
  - 6. Stimulation du gyrus central**
-

# Traitement des douleurs neuropathiques

---

- ❑ **Antalgiques usuels classiquement inefficaces**
  - ❑ **Blocs nerveux sans effet durable et aggravent la désafférentation**
-

# Traitement des douleurs neuropathiques

---

- **Thymo-analeptiques à action sérotoninergique**
    - amitriptyline (Laroxyl ®, Elavil ®)
    - clomipramine (Anafranil ®)
  - **Anti-épileptiques**
    - clonazépam (Rivotril ®)
    - carbamazépine (Tégrétol ®)
    - gabapentine (Neurontin ®)
    - prégabaline (Lyrica®)
  - **Autres**
    - Baclofène (Lioréal ®)
    - kétamine (Kétalar ®)
    - Lidocaïne ®
  - **Techniques de neurostimulation**
-

# Traitement des douleurs neuropathiques

## □ Techniques de neurostimulation

Directement issue de la " théorie du portillon " développée par Wall et Melzack, la **neurostimulation transcutanée** a pour objectif d'accentuer le potentiel inhibiteur des interneurons de la substance gélatineuse de Rolando et de fermer ainsi la " porte " au message douloureux, conséquence d'un déséquilibre entre activités excitatrices et inhibitrices

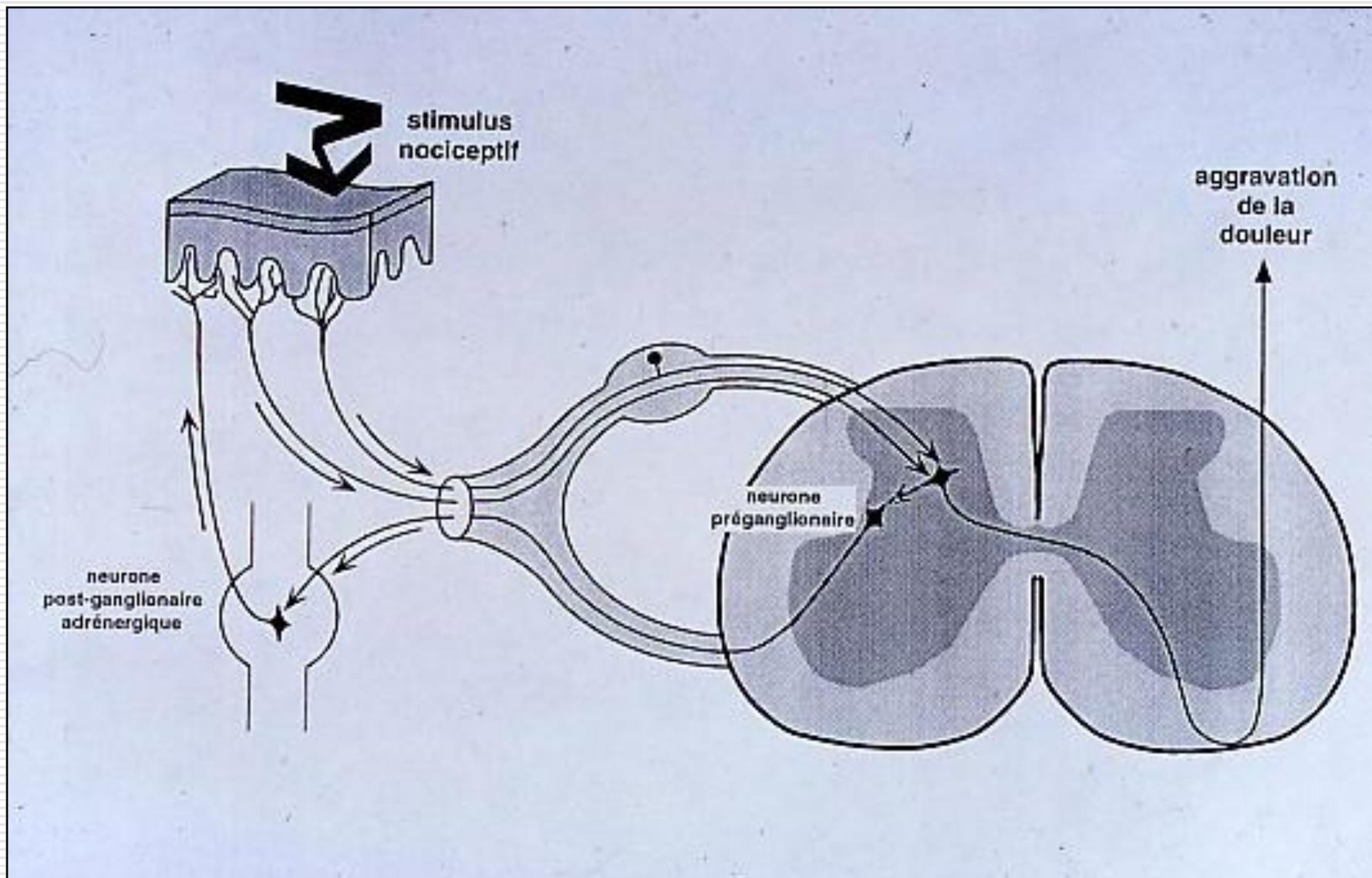


# Les douleurs par dysfonctionnement sympathiques

---

**Ou syndromes régionaux douloureux complexes**

- font suite à un traumatisme orthopédique (intervention chirurgicale, fracture, entorse...) mais peuvent aussi être idiopathiques**
  - = réponse réflexe somatique et végétative par activation des neurones préganglionnaires situés dans la colonne intermedio-latérale de la substance grise → libération de noradrénaline au niveau du site lésé à l'origine d'une augmentation supplémentaire des influx nociceptifs**
-



# Les douleurs par dysfonctionnement sympathiques

---

- **SDRC de type 1 ou algodystrophie :**
    - **Généralement sur un membre**
    - **Traitement : calcitonine, bétabloqueurs, blocs locorégionaux sympatholytiques...**
  
  - **SDRC de type 2 ou causalgie :**
    - **Généralement sur un territoire neurologiques car lésion nerveuse associée**
    - **Traitement : idem douleurs neuropathiques (antidépresseurs tricycliques, anticonvulsivants, neuromodulation) + ou – blocs si composante sympathique importante**
-

# Les douleurs psychogènes

---

- ❑ **Leur réalité est discutée**
  - ❑ **= douleurs sans lésion apparente malgré un bilan étiologique attentif**
  - ❑ **= douleur vécue dans le corps mais dont la cause essentielle serait dans le psychisme**
  - ❑ **= abaissement du seuil nociceptif lié à des désordres thymiques**
-

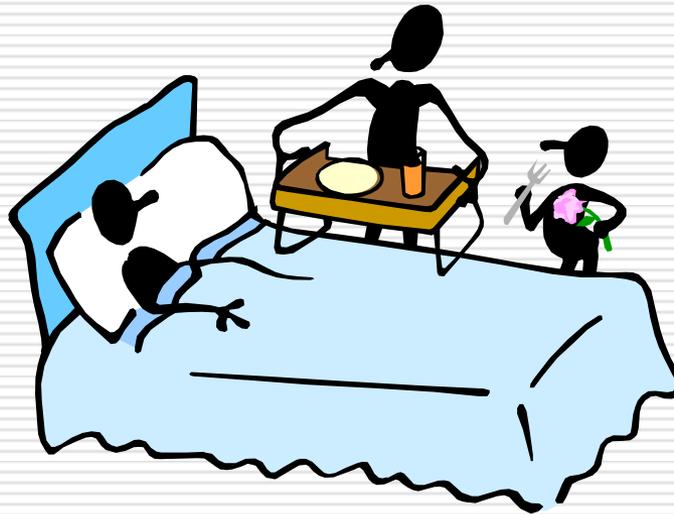
# Soins de prévenance

---

- ❑ Installation du patient au lit
- ❑ Mobilisation douce
- ❑ Adaptation du milieu ambiant au confort du malade
- ❑ Création d'un climat de sécurité
- ❑ Qualité de la communication par les gestes ou la parole
- ❑ Prévention des gestes d'inconfort
- ❑ Adaptation de l'alimentation
- ❑ Thérapies cognitivo-comportementales...

# Conclusion

---



« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours » Ambroise Paré

---