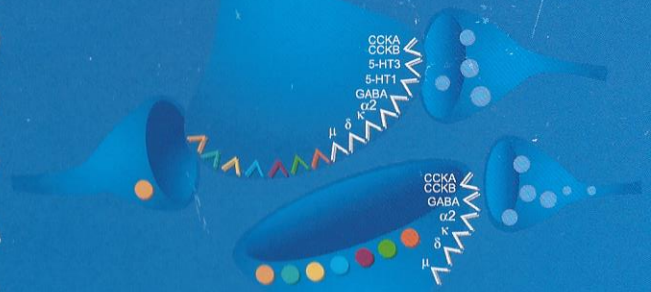
La douleur



Guide pratique

VYGON

Sommaire

Les définitions de la douleur	p. 2
Les mécanismes de la douleur	p. 4
Les mots pour décrire la douleur	p. 7
Pourquoi et comment évaluer la douleur ?	p. 8
La douleur neurogène	p. 11
La douleur rebelle	p. 12
La douleur post-opératoire	p. 14
Douleur et amputation	p. 20
Douleur et cancer	p. 22
Céphalées	p. 24
Douleur et zona	p. 25
Lombalgie chronique	p. 26
Pourquoi et comment reconnaître le syndrome douloureux chronique ?	p. 28
Un autre abord thérapeutique	p. 29
Conseils à l'entourage familial face à la douleur d'un proche	p. 31

Les définitions de la douleur

LA DOULEUR

est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion existante ou potentielle ou décrite comme telle (IASP, 1986)

DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION

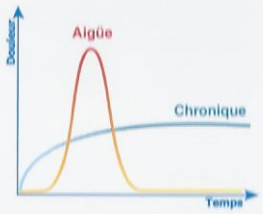
information douloureuse générée par des récepteurs sensitifs périphériques signalant une stimulation tissulaire anormale pouvant aboutir à une lésion

DOULEUR NEUROGÈNE, NEUROPATHIQUE OU DE DÉAFFÉRENTATION

douleur due à une lésion nerveuse périphérique

CAUSALGIE

douleur due à une lésion nerveuse avec troubles sympathiques

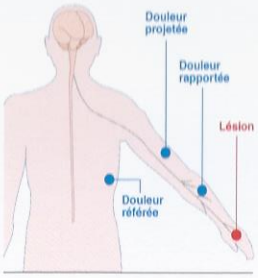


DOULEUR AIGÜE

douleur alarme, brève, intense, due à une seule cause

DOULEUR CHRONIQUE

douleur évoluant depuis au moins trois mois, à composante pluri-factorielle, dont la cause initiale a pu disparaître, et au retentissement complexe



DOULEUR PROJETÉE

douleur à distance du site de la lésion initiale

DOULEUR RAPPORTÉE

douleur ressentie dans une partie du champ d'innervation

DOULEUR RÉFÉRÉE

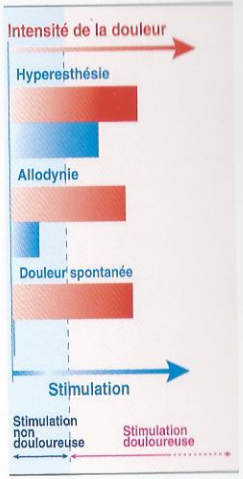
dissociation topographique entre le foyer lésionnel et la zone douloureuse

- HYPERESTHÉSIE
  douleur ressentie comme plus intense à partir d'une stimulation normalement douloureuse

- ALLODYNIE
  douleur déclenchée par une stimulation ne produisant normalement pas de douleur

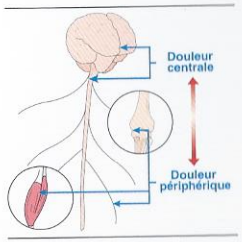
- DOULEUR SPONTANÉE
  douleur survenant sans stimulation périphérique

- HYPERPATHIE
  exagération de la réponse douloureuse dans son intensité, sa topographie, sa durée



- DOULEUR CENTRALE
  douleur associée à une lésion du système nerveux central (médullaire, cérébrale)

- DOULEUR PÉRIPHÉRIQUE
  douleur associée à une lésion du système nerveux périphérique (au niveau articulaire, musculaire, etc..)



- PLACEBO
  forme médicamenteuse ne contenant aucun principe pharmacologique

- EFFET PLACEBO
  conséquence en terme d'efficacité et d'effets secondaires de l'administration d'un placebo, correspondant aux effets psychologiques, physiologiques et psychophysiologiques de toute médication ou procédé donnés avec une intention thérapeutique.

Les mécanismes de la douleur

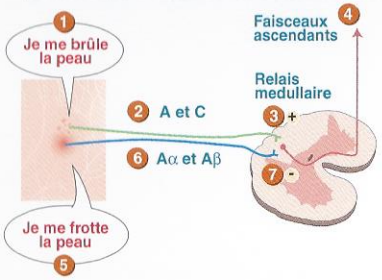
DES VOIES

- Les fibres Aδ et C véhiculent la douleur (entre autres sensations), à conduction lente
- Les messages douloureux sont générés au niveau de leurs terminaisons libres

DES RELAIS

MOELLE ÉPINIÈRE

par exemple :
Théorie de la porte : la stimulation des fibres Aα, Aβ ferme la porte au message douloureux, ouverte par les fibres Aδ et C



à partir d'un stimulus douloureux...

(1) je me brûle la peau : l'information douloureuse parcourt les voies nociceptrices Aδ et C (2) - jusqu'au relais médullaire (3) - d'où l'information est transmise au cerveau par les faisceaux ascendants (4)

Mais, stimulus inhibiteur...

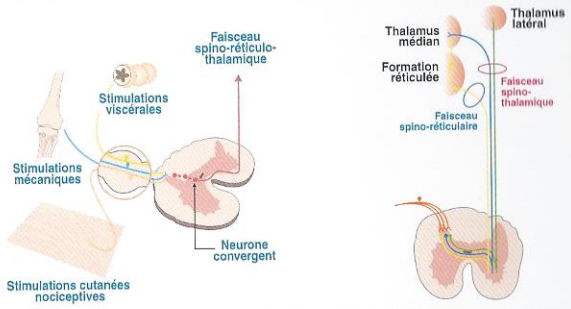
(5) je me frotte - ainsi sont stimulées les voies inhibitrices à conduction rapide Aα et Aβ (6) – Celles-ci vont conduire au niveau de de la moëlle (7) à la fermeture de la porte qui laissait passer la transmission douloureuse. C'est l'application de la Porte de R. Melzack et P.D. Wall (1965).

exemple de mécanisme de modulation de la douleur au niveau médullaire

... Mais il y a aussi :

DES FAISCEAUX MÉDULLAIRES ASCENDANTS

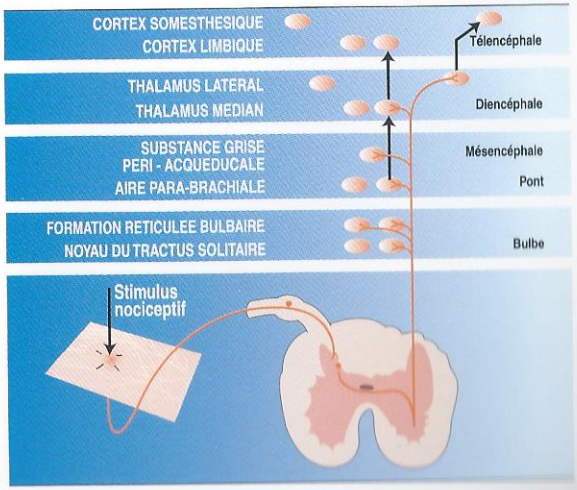
faisceaux spino-thalamique, spino-réticulaire, spino-cervico-thalamique, post-synaptique des cordons postérieures, spino-parabrachio-amygdalien, spino-parabrachio hypothalamique, spino-hypothalamique direct, etc... (de la möelle au cerveau)



DES FAISCEAUX INHIBITEURS DESCENDANTS

DES CENTRES

Cérébraux : thalamus, cortex etc...



DES TERMINAISONS LIBRES

- TERMINAISONS Aδ

sensibles à l'étirement, la pression, la chaleur

- TERMINAISONS C

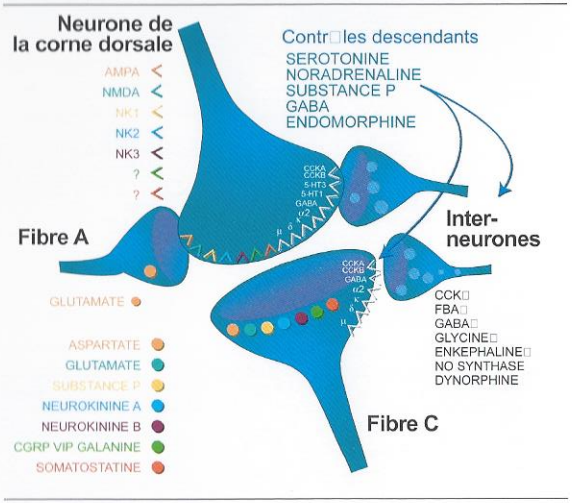
normalement inactives, sensibles aux stimulus d'ordre thermique, chimique, inflammatoire (par exemple l'arthrite)

DES MÉDIATEURS

De l'inflammation et de la douleur qui lient étroitement les deux phénomènes. Ainsi, l'inflammation diminue le seuil d'activation des fibres nociceptives. Chez l'animal arthritique il y aurait hyperactivité des neurones nociceptifs pour des mouvements articulaires modérés, mais aussi multiplication de voies de la douleur, exagération d'une sensibilisation centrale prolongée... et encore bien des inconnues.

Quelques responsables :

Prostaglandine PGE 1, PGE 2, substance P, Sérotonine, Bradykinine, Histamine, NMDA (N-Methyl-D-Aspartate), NGF (neuronal growth factor), TNF *, IL1, IL 6, CGRP (calcitonin gene-related-peptide), neuropeptide Y (NPY), Oxyde Nitrique (NO), Opioïdes, Somatostatine, endorphines etc...



Les mots pour décrire la douleur

Expressions sensorielles

A
- ☐ Battements
- ☐ Pulsations
- ☐ Elancements
- ☐ En éclairs
- ☐ Décharges électriques
- ☐ Coups de marteau

B
- ☐ Rayonnante
- ☐ Irradiante

C
- ☐ Piqûre
- ☐ Coupure
- ☐ Pénétrante
- ☐ Transperçante
- ☐ Coup de poignard

D
- ☐ Pincement
- ☐ Serrement
- ☐ Compression
- ☐ Ecrasement
- ☐ En étau
- ☐ Broiement

E
- ☐ Tiraillement
- ☐ Etirement
- ☐ Distension
- ☐ Déchirure
- ☐ Torsion
- ☐ Arrachement

F
- ☐ Chaleur
- ☐ Brûlure

G
- ☐ Froid
- ☐ Glace

H
- ☐ Picotements
- ☐ Fourmillements
- ☐ Démangeaisons

I
- ☐ Engourdissements
- ☐ Lourdeur
- ☐ Sourde

Expressions émotionnelles

J
- ☐ Fatigante
- ☐ Epuisante
- ☐ Ereintante

K
- ☐ Nauséeuse
- ☐ Suffoquante
- ☐ Syncopale

L
- ☐ Inquiétante
- ☐ Oppressante
- ☐ Angoissante

M
- ☐ Harcelante
- ☐ Obsédante
- ☐ Cruelle
- ☐ Torturante
- ☐ Suppliciante

N
- ☐ Gênante
- ☐ Désagréable
- ☐ Pénible
- ☐ Insupportable

O
- ☐ Enervante
- ☐ Exaspérante
- ☐ Horripilante

P
- ☐ Déprimante
- ☐ Suicidaire

■ Cette liste correspond au "questionnaire douleur de Saint-Antoine"

(Boureau F. et coll. Thérapie,1984, 39 : 119-139)

Pourquoi et comment évaluer la douleur ?

POURQUOI ? ■

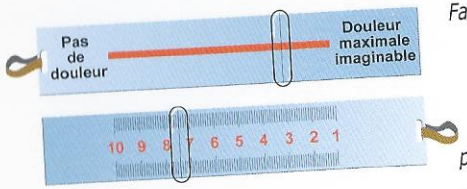
Pour mieux apprécier l'intensité de la douleur, phénomène subjectif par excellence, et la comparer d'un jour à l'autre, d'une consultation à l'autre.

- Pour tenter de mesurer le retentissement de la douleur
- Pour appliquer au mieux un protocole thérapeutique
- Pour prévenir la douleur en cas de soins pénibles (pansements, etc...)
- Pour parler le même langage entre individus soignés et soignants
- Pour mieux reconnaître et distinguer une rechute
- Pour apprécier l'effet d'un traitement, choisir le bon antalgique en fonction de la douleur, mieux adapter les différents moyens thérapeutiques, selon qu'il s'agisse d'une douleur aiguë ou d'une douleur chronique.

COMMENT ? ■

évaluation de la douleur chez l'adulte

PAR ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) ■



Face présentée au patient

Face vue par le médecin

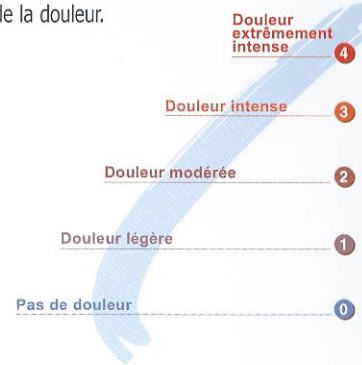
Un trait sur la ligne indique l'intensité de la douleur, plus les traits se rapprochent de l'extrémité droite, plus la douleur est intense.
(par exemple : une EVA à 6 est a priori une indication d'un traitement par morphine)

AVANTAGE
sensible, facilement reproductible, bonne validité

INCONVÉNIENT
test insuffisant si échelle utilisée seule

PAR ECHELLE VERBALE SIMPLE

Elle évalue l'intensité de la douleur.



AVANTAGE
bien reproductible, comprise par 98% des patients
INCONVÉNIENT
les intervalles sont-ils égaux ?

PAR ÉCHELLE NUMÉRIQUE

On note de 0 à 100 l'évaluation de l'intensité de la douleur.

AVANTAGE
bien reproductible, bien comprise
INCONVÉNIENT
ne peut être proposée avant l'âge de 10 ans

Ces trois échelles unidimensionnelles ont pour inconvénient d'être surcôtées quand le patient est anxieux ou déprimé. Elles sont fonction de l'attente du patient par rapport au traitement, elles sont sensibles à l'attitude du médecin et fonction du retentissement comportemental.

LE QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT ANTOINE (QDSA)

Il s'agit d'une échelle verbale multidimensionnelle qui permet, grâce à ses 58 termes, répartis en 16 sous-classes, de déterminer l'état respectif des composantes sensorielles (A à I) et émotionnelles (J à P), de la douleur *(voir p.7 - Les mots de la douleur)*

POUR LES MOINS DE 5 ANS

- jetons, cubes
- représentation de visages exprimant des intensités croissantes de douleur (photos ou dessins)

A PARTIR DE 5 ANS

- Echelle visuelle analogique, verticale, correlée avec la cotation du médecin et de l'infirmière

GRAND ENFANT ET ADOLESCENT

- QDSA

LES SIGNES INDIRECTS DE LA DOULEUR

- position antalgique au repos
- protection spontanée des zones douloureuses
- attitude antalgique lors des mouvements
- contrôle exercé par l'enfant lors de la mobilisation
- réactions à l'examen des zones douloureuses
- atonie psychomotrice (manque d'expressivité, désintérêt pour le monde extérieur, lenteur et rareté des mouvements)

La douleur neurogène

DÉFINITION

La douleur neurogène, neuropathique ou de déafferentation désigne une douleur due à une lésion neurologique périphérique

- A type de brûlure, de broiement, écrasement, élancement, tiraillement, décharge électrique
- S'installe immédiatement, après quelques semaines, mois ou années (post-radiothérapique jusqu'à 2 ans)
- Dans 80 % des cas : douleur permanente
- Dans 20 % des cas : douleur intermittente

TOPOGRAPHIE

territoire de déafférentation puis extension

CAUSES DÉCLENCHANTES

lésions nerveuses dues à : amputation, névralgie post-zosterienne, après radiothérapie, élongation du plexus brachial, radiculopathie lombaire

ELÉMENT PRÉDICTIF

le sujet âgé

À L'EXAMEN

hypoesthésie ou anesthésie, hyperesthésie ou hyperpathie, troubles sympatiques, troubles trophiques

Les retentissements physiques et psychologiques sont à reconnaître

ORIENTATIONS THÉRAPEUTIQUES

Abstention chirurgicale, bloc périphérique sympathique, infiltrations, neurostimulation transcutanée, physiothérapie, anticonvulsivant, antidépresseur, protection du nevrome, orthèse, approche comportementale (relaxation)

La douleur rebelle

UNE DOULEUR A PRIORI BIEN MAÎTRISÉE DEVIENT REBELLE, POURQUOI ?

	Douleurs habituellement contrôlables	Douleurs habituellement rebelles
Exemples	Douleur postopératoire ; douleur du cancer Douleurs aiguës : colique néphrétique	Douleurs chroniques : lombalgies, fibromyalgie, arthrose. Cancer avec envahissement nerveux
Evolution sous traitement adapté	Rapide	Très lente
Finalité de la douleur	Protectrice	Inutile
Mécanisme de la douleur	Unique, lésionnel, souvent par excès de nociception	Plurifactoriel : douleurs mixtes et composante psycho-sociale
Réactions psychologiques	Anxiété, stress Réversibles	Dépression (souvent minimisée) alors que déterminante dans le tableau
Comportements	Adapté	Inadapté et entretenu par des phénomènes d'évitement
Modalités de traitement	Traitement étiologique ; traitement antalgique Assistance psychologique simple	Poursuite des traitements adaptés. Prise en charge globale et pluridisciplinaire
Objectifs thérapeutiques	Eviter la chronicité	Traitement réadaptatif : aménagements pour gérer la douleur persistante

- Une autre cause apparaît (mais la douleur change alors de caractère, de type, d'horaire...)
- La pathologie s'aggrave
- Le traitement n'est plus efficace
- Apparaît une accoutumance définie par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un effet antalgique comparable
- Un événement extérieur est survenu, un conflit familial, un soucis professionnel, etc...

- La douleur masque une anxiété, une angoisse, une dépression qu'il faut détecter

- La douleur est un moyen d'éviter de faire face à une situation stressante. Elle devient un élément protecteur quand elle est source de compassion, de sympathie de la part de l'entourage familial notamment. Quand elle permet d'éviter certains conflits. Quand elle est à l'origine d'un bénéfice secondaire comme le syndrome du revenu paradoxal (où la reprise de l'activité professionnelle est moins intéressante financièrement que le maintien en arrêt de travail)

- Proposer une réactivation physique et psychique en relation avec l'entourage familial

- A l'inverse la douleur est l'ultime moyen d'expression face à l'incompréhension, aux critiques ou aux réprimandes de l'entourage

QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR ?

- Analyser les attitudes médicales antérieures
- Analyser les litiges et les conflits
- Evaluer le retentissement de la douleur
- Adapter et utiliser les traitements antalgiques
- Proposer une réactivation physique et psychique en relation avec l'entourage familial
- Evaluer l'importance du contexte psycho-socio familial

La douleur post-opératoire

DÉFINITION

- La douleur post-opératoire (DPO) est une douleur par excès de nociception après l'acte chirurgical (incision, étirement, contusion) par stimulation directe des terminaisons libres et par libération de substances algogènes

- L'interprétation par les centres supérieurs est modulée par des éléments affectifs et émotionnels avec la participation de la mémoire et des expériences antérieures

- La prise en charge de la douleur post-opératoire est donc un aspect fondamental de toute perspective chirurgicale

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

- Cette étape fondamentale de la prise en charge de la douleur doit devenir un paramètre de surveillance en service de chirurgie, au même titre que le pouls et la tension, toutes les 8 heures et au moins pendant les 5 premiers jours post-opératoires

- Information et formation du personnel infirmier des différentes techniques d'analgésie, mise au point des différents protocoles de conduite à tenir

- Explication et apprentissage du maniement de la réglette EVA au patient dès la période pré-opératoire.
Explication des différentes techniques de prise en charge de la douleur (exemple PCA) après une chirurgie réputée douloureuse (orthopédique, abdomino-pelvienne, thoracique)

- En salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), évaluation de la douleur dès le réveil et prise en charge de celle-ci suivant son intensité qui dépend :
  - de la chirurgie
  - du type d'anesthésie
  - du patient

DOULEUR MODÉREE

Fait appel à une analgésie de type non morphinique :
paracétamol +/- AINS +/- opioïdes faibles

- PARACÉTAMOL

Action centrale par action sur la cyclo-oxygénase
(inhibition des prostaglandines)

- par voie intraveineuse : Proparacétamol, 2 g x 4 par jour en perfusion courte de 10 à 20 mn
- par voie orale : Paracétamol, ne pas dépasser 4 g / 24 h
  Attention en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'allergie
- en association avec les opioïdes faibles :
  - dextropropoxyphène : 60 à 120 mg, 4 à 6 fois par jour
  - codéïne : 30 à 60 mg, 4 à 6 fois par jour

- LES AINS

Action périphérique par action sur la cyclo-oxygénase
(inhibition périphérique des prostaglandines responsables des nombreux effets secondaires)

- par voie intraveineuse : Kétoprofène
  - max. 300 mg/j
  - durée de prescription < 48 h
- par voie orale : Naproxène
  - 1 g / j
- respect des contre-indications :
  - antécédents de pathologie gastro-intestinale
  - trouble de l'hémostase
  - asthme, allergie, maladie de Widal
  - hypovolémie, insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire, sujet âgé
  - association avec diurétique, I.E.C., traitement anticoagulant curatif
  - troisième trimestre de la grossesse

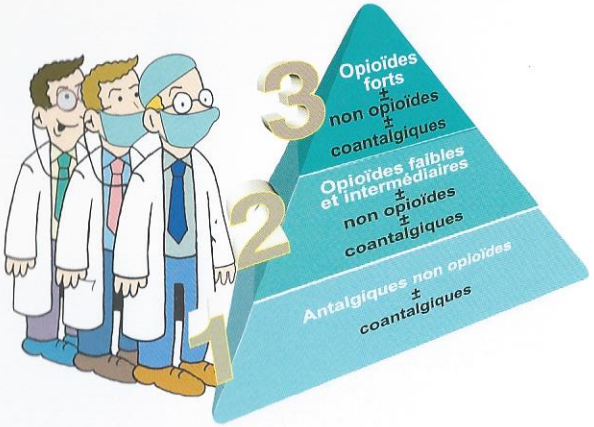
DOULEUR INTENSE

ou sévère, ou après échec des thérapeutiques précédentes

- Fait appel aux analgésiques de type morphinique

- Action sur des récepteurs spécifiques µkσ, situés dans les différentes zones du SNC aux niveaux spinal et supraspinal ainsi que dans certains tissus périphériques (muscle lisse de l'appareil digestif)

- Classement des opioïdes
  - agoniste pur (morphine)
    effet dose dépendant
  - agoniste-antagoniste (nalbuphine)
    comporte un effet plafond,
    dificilement antagonisable par la naloxone
  - agoniste partiel (buprénorphine)
    comporte un effet plafond,
    difficilement antagonisable par la naloxone
  - antagoniste (naloxone)
    bloque l'action pharmacologique des agonistes



- LA MORPHINE
  - Règles de prescription et de surveillance, précautions d'emploi selon les terrains :
    - personnes âgées
    - insuffisance respiratoire
    - insuffisance rénale ou hépatique
  - Surveillance :
    - de l'efficacité du traitement par EVA, EVS
    - des doses consommées
    - de l'apparition des effets indésirables :
      - somnolence
      - fréquence respiratoire avec protocole de conduite à tenir pour le personnel soignant quand la fréquence respiratoire est en dessous de certaines valeurs
    - de l'apparition des effets secondaires :
      - nausées, vomissements : avec prescription d'un traitement antiémétique, en cas de survenue
      - prurit : avec prescription d'un traitement en cas de prurit intense
      - rétention urinaire
      - constipation, retard de la reprise du transit

- TITRATION EN SSPI

administration après évaluation de la douleur d'une dose de morphine intraveineuse (de 2 à 3 mg) toutes les 5 à 10 mn avec réévaluation de la douleur, avant chaque nouvelle injection, jusqu'à l'obtention d'un niveau de douleur jugé satisfaisant EVA $\leq$ 3 et/ou EVS < 1

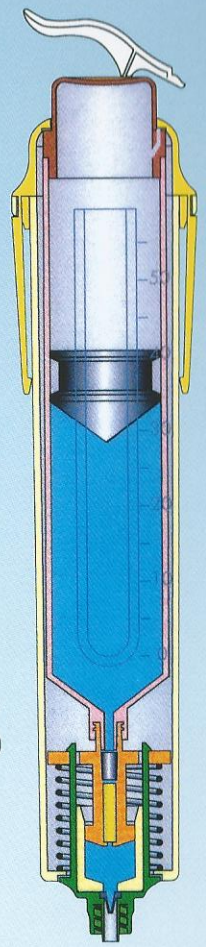
- SELON LA DOSE DE TITRATION, LA POURSUITE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE SERA :

dose totale est < 9 mg de morphine → **analgésie non morphinique**
- paracétamol
- +/- AINS
- +/- opioïdes faibles

dose totale est > 9 mg de morphine → **analgésie morphinique**
- discontinue par voie sous cutanée, mais :
  - injection douloureuse
  - délai d'action de 1 heure pour l'effet maximal
  - variabilité interindividuelle
  - difficulté d'effectuer des ajustements de posologie
- péridurale
  - association des morphiniques +/- anesthésiques locaux
  - permet une analgésie d'excellente qualité pour des actes douloureux actifs (kinésithérapie, mobilisation) sur des terrains lourds
- PCA
  - gestion par le patient de l'administration de morphine selon ses besoins réels
  - la PCA est le moyen, pour le patient, de maintenir une concentration plasmatique minimale efficace de morphine
  - Il est nécessaire d'instaurer cette concentration dès la phase de réveil, en effectuant une titration
  - bolus de 1 mg, période réfractaire de 5 à 10 mn, valve antireflux
  - les seules contre-indications sont le refus du patient ou l'incompréhension de la technique (retard psychomoteur, débilité)

LA PCA VYGON : FREEDOM 5

- **Adoptée par le patient**
  le patient se sent "propriétaire" du dispositif
  il peut se déplacer librement
- **A usage unique**
  rechargeable par cartouches, jusqu'à 2 fois
- **Exclusivement mécanique**
  pas de batteries à recharger
- **Très sûre**
  bolus maximum programmé de 1 ml
  avec période réfractaire automatique
  de 7 minutes
  pas d'accès au réservoir de morphine
  sans traces d'effraction
- **Fiable**
  le bolus maximum ne peut excéder 1 ml
- **Simple et maniable**
  il suffit pour le patient d'appuyer sur le levier
  réservoir de 55 ml (24 h à 48 h d'autonomie)
  dispositif très léger avec cordon d'attache
  (poids à vide : environ 110 g.)



Freedom 5 PCA

Code : 7301.10/7301.12

Pour plus de renseignements, contactez notre service "INFO & TECHNIQUES"
tél. : 01.39.92.63.99 - adresse E-mail : questions @ vygon.com

Douleur et amputation

DEUX TYPES DE DOULEURS

DOULEUR DU MEMBRE FANTÔME

- S'installe soit immédiatement, soit dans les années qui suivent, jusqu'à après 2 ans
- Périphérique plus que proximal, dans 70 % des cas lors de l'amputation d'extrémités
- Sensation d'écrasement, de serrement, d'étau, torsion, crampe, élancement, contracture

DOULEUR DU MOIGNON D'AMPUTATION PERMANENTE OU PAROXYSTIQUE

ELÉMENTS DE MAUVAIS PRONOSTIC

- Maladie évoluant depuis au moins un an avant l'amputation
- Persistance de douleurs dans les trois premières semaines en post-opératoire
- Absence d'occupation du malade un an après l'amputation
- Personnalité rigide
- Anxiété, stress, dépression, litige

ASPECTS PRÉVENTIFS

- Indispensable préparation psychologique à l'amputation
- Analgésie efficace en pré, per et post-opératoire
- Bloc préventif, péridurale. Soutien psychologique et socio-professionnel après l'amputation
- Traitements par antidépresseur tricyclique, anticonvulsivant

ASPECTS CURATIFS

- CHIRURGICAUX
  - Plastie du moignon
  - Réduction du névrome
  - Sympathectomie
  - Voire thermo-coagulation de la corne postérieure
- MÉDICAUX
  - Local :
    Anesthésie de surface, capsaïcine, protection du névrome, adaptation de la prothèse, massage du moignon
  - Régional :
    Stimulation électrique transcutanée, cordonal postérieure, bloc anesthésique sympathique, acupuncture
  - Général :
    PCA (analgésie contrôlée par le patient), soulage le patient rapidement, lui donne une autonomie et libère le personnel soignant.
    Antidépresseurs tricycliques, anti-épileptiques, hypnose, relaxation

Douleur et cancer

DOULEURS LIÉES AU CANCER

- PAR EFFET DE NOCICEPTION
  80 % des cas
- PAR COMPRESSION ET INFILTRATION DES STRUCTURES NERVEUSES
  avec atteinte du système nerveux périphérique (atteinte plexique, radiculalgie) ou central (méningite métastatique), sensitif, motrice ou mixte
- PAR LÉSIONS VISCÉRALES
  inflammation ou infiltration des séreuses, des viscères
- PAR LÉSIONS SECONDAIRES
  métastatiques le plus souvent osseuses, en particulier rachidiennes (environ 80 % des cas)

DOULEURS SÉQUELLAIRES

Compliquant la chimiothérapie, la radiothérapie, la chirurgie

LES PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Evaluer la douleur, son retentissement physique, psychologique, comportemental, socio-professionnel (anxiété, depression, troubles du sommeil...)
- Soulager : le jour au repos, ou lors de la mobilisation, en prévision des soins, la nuit
- Individualiser le traitement : relaxation
- Soins palliatifs

- MÉTASTASES OSSEUSES
  - En règle générale les douleurs répondent mieux aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, à l'aspirine, aux corticoïdes qu'à la morphine
  - Intérêt des co-antalgiques, type Biphosphonates (Clodronate : 1200 mg/j), antidépresseurs, antiépileptiques, neuroleptiques
  - PCA (analgésie contrôlée par le patient) ambulatoire, elle est une technique performante facilitant le retour à domicile du patient
  - Cimentoplastie vertébrale
  - Radiothérapie, chimiothérapie antalgique limitée dans le temps
  - Hormonothérapie (sein, prostate)

- COMPRESSION NERVEUSE
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticoïdes, antidepresseurs tricycliques, anti-épileptiques, anxiolytiques.
  - Morphine par voie épidurale, si espérance de vie inférieure à 3 mois. Par voie intrathécale en association avec anesthésiques locaux.
  - Bloc nerveux.
  - PCA (analgésie contrôlée par le patient)
  - Radicellectomie selective postérieur (syndrome de Pancoast)
  - Section ou thermo-coagulation nerveuse
  - Cordotomie antérolatérale
  - Neurostimulation transcutanée
  - Stimulation médullaire

- SURVEILLANCE
  - De la maladie
  - Des effets secondaires des traitements spécifiques
  - Des effets secondaires des antalgiques (occlusion, surdosage si insuffisance rénale, perforation gastrique si corticoïde au long court)
  - De la morphine : conscience, respiration, comportement, nausée, constipation, vomissement
  - De l'hypercalcémie
  - De la survenue de douleurs neurogènes ou de déafférentation

Céphalées

ELÉMENTS D'ORIENTATION DU DIAGNOSTIC

- Circonstances d'apparition
- Siège
- Qualité
- Intensité
- Symptômes associés
- Résultat de l'examen neurologique
- Profil évolutif : mode d'installation de la céphalée, évolution dans le temps, soudaineté, évolution chronique ou paroxystique

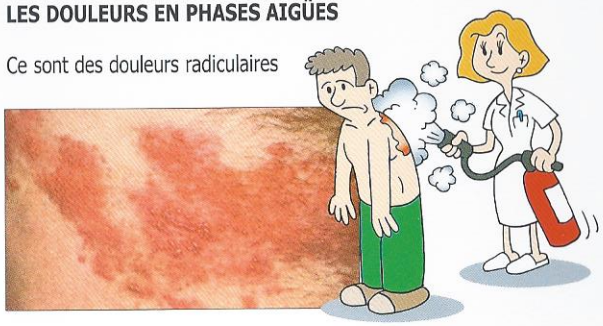
DIAGNOSTICS

- CÉPHALÉE SOUDAINE, RÉCENTE
  Hémorragie méningé, cérébrale, cérébelleuse, encéphalopathie hypertensive, méningite purulente
- CÉPHALÉE RAPIDEMENT PROGRESSIVE (quelques jours)
  Tumeur, abcès, méningite, thrombophlébite, Horton, glaucome, sinusite aiguë
- CÉPHALÉE LENTEMENT PROGRESSIVE (semaines, mois)
  Méningite tuberculeuse, néoplasique, douleur maligne ou bénigne, hématome sus-dural chronique
- CÉPHALÉE CHRONIQUE PAROXYSTIQUE
  Migraine, algie vasculaire de la face, tumeur intra-ventriculaire, phéochromocytome
- CÉPHALÉE CHRONIQUE CONTINUE
  Céphalée de tension, céphalée psychogène, post-traumatique, d'origine ORL, d'origine ophtalmique, d'origine cervicale, stomatologique

Douleur et zona

LES DOULEURS EN PHASES AIGÜES

Ce sont des douleurs radiculaires



- TRAITEMENTS
  - antalgiques périphériques ou centraux
  - anticonvulsivants si douleurs paroxystiques

LA DOULEUR POST-ZOSTERIENNE

- FACTEURS DE RISQUE
  Sujet âgé, douleur initiale intense, déficit neurologique, plus de 20 vésicules
- Dans 60 % des cas les douleurs cessent en 1 mois
- Dans 40 % des cas elles restent permanentes ou paroxystiques
- CARACTÉRISTIQUES
  - Allodynie cutanée plus étendue que la lésion initiale
  - Résiste aux antalgiques périphériques, à la morphine
  - Déafférentation totale ou partielle des neurones de relais
- TRAITEMENTS
  - Locaux : Diclofenac en gel, Aspirine, Lidocaïne gel, Capsaïcine
  - Généraux : antidepresseurs tricycliques, anticonvulsivants, PCA
  - Relaxation
  - Radicellectomie postérieure sélective

Lombalgie chronique

RETENTISSEMENT ÉCONOMIQUE UN LOURD CONSTAT

75 % des coups d'indemnisation, temps de reprise de l'activité professionnel en fonction de la durée de l'arrêt de travail :

- 50% après six mois d'arrêt
- moins de 30% après un an
- pratiquement nul au delà de 2 ans

FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITÉ DES LOMBALGIES

- Tabagisme, alcoolisme, antécédents familiaux de lombalgie, hystérie, dépression, hypochondrie, facteurs professionnels, biomécaniques, psycho-socio-économiques comme les situations de stress, de bas niveau d'instruction, de problèmes relationnels au travail
- Problèmes médico-légaux, les litiges avec l'employeur et les organismes sociaux
  . Accident du travail concomitant
  . Age supérieur à 45 ans
- Ne sont pas des facteurs de risque :

les anomalies congénitales (tant qu'elles ne sont pas opérées), existence d'une image banale d'arthrose ou de scoliose ou d'anomalies traditionnelles sur des clichés standards

PRÉVENTION

- CHEZ LE LOMBALGIQUE ADULTE AIGÜE OU SOUFFRANT DE LOMBOSCIATIQUE COMMUNE
  - le repos au lit ne doit pas excéder trois jours (en l'absence de tumeur, de pathologie infectieuse ou inflammatoire)

- CHEZ LE PATIENT LOMBALGIQUE AIGUË OU CHRONIQUE

  - Activités domestiques :
    les maintenir et les fragmenter

  - Activités sportives :
    elles doivent être maintenues et encouragées en fonction des caractéristiques personnelles des patients et de leur environnement social : natation, cyclisme, golf, gymnastique douce etc...

    Sports à risque : bowling, gymnastique, haltérophilie, football, tennis (les rachialgies sont moins fréquentes chez les anciens sportifs)

  - La kinésithérapie :
    dans les lombalgies sub-aiguës (entre 4 à 6 semaines) et intermittente : rééducation active, en parallèle avec une activité physique régulière

    chez les lombalgiques chroniques :
    indispensable activité physique régulière entretenu par le patient lui-même de façon quotidienne. Aucune technique ou méthode de rééducation n'a fait la preuve de sa supériorité

  - Thalassothérapie et cure thermale :
    elles permettent un redémarrage et une remise en confiance dans le but d'une reprise de l'activité

  - Activité professionnelle :
    - Reconnaître les facteurs de chronicisation
    - Reprise du travail rapide, d'autant que la charge physique du travail est équivalente aux activités personnelles
    - Nécessité d'une visite de pré reprise avec le médecin du travail si le salarié doit bénéficier d'une adaptation temporaire de son poste de travail
    - Initiation du reclassement professionnel en cas d'une aptitude physique définitive du poste de travail

- **Faire participer et responsabiliser le patient lombalgique** sont deux aspects fondamentaux d'une bonne prise en charge thérapeutique

Pourquoi et comment reconnaître le syndrome douloureux chronique

POURQUOI ?

Parce qu'il nécessite une prise en charge de type cognitivo-comportementale au besoin par une équipe multidisciplinaire

COMMENT UNE DOULEUR CHRONIQUE DEVIENT-ELLE UN SYNDROME ?

Une douleur chronique peut devenir un véritable syndrome quand le retentissement physique, psychique, comportemental conduit aux caractéristiques suivantes :

- LE TYPE DE LA PLAINTE DOULOUREUSE

  Douleur plus intense, permanente, plus diffuse, qui perd ses caractéristiques initiales, marquée par de nombreux antécédents de traitements inefficaces, handicap fonctionnel exagéré, conduite toxicomane

- DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX

  Conviction somatique de la maladie, désir de traitement radical, d'examens complémentaires, déni des conflits personnels, des perturbations émotionnelles, dépression jugée comme réactionnelle

- UN SYNDROME DÉPRESSIF

  Fatigabilité, trouble de l'attention, insomnie, humeur dépressive

- EXISTENCE DE FACTEUR DE RENFORCEMENT

  Evitement d'activités, sollicitude de l'entourage, avantages financiers

- RETENTISSEMENT SOCIO-FAMILIAL

Un autre abord thérapeutique

Les croyances, les sources de peur, les attentes du traitement, comme les effets du stress, de la distraction ou de l'émotion sont des éléments cognitifs, donc relevant de la connaissance du patient. Ce sont des facteurs culturels, dimensionnels, des modes de penser qui vont orienter le patient vers un certain comportement.

Ainsi chaque patient aura-t-il un comportement douloureux propre face à la douleur, avec une expression verbale, physique. Son comportement va se modifier si la douleur est chronique, avec un retentissement sur la vie familiale, conjugale, socio-professionnelle.

La douleur a donc une composante émotionnelle, affective modulée par des facteurs cognitifs qui induisent un certain comportement.

La douleur chronique est en elle même un comportement qui nécessite un abord particulier de la part du praticien, qui peut se résumer à "*comment faire avec*" équivalent de ce que les anglo-saxons appellent le "*coping strategy*".

Cet abord comportemental implique de la part du praticien comme du malade une **adaptation** et pour le malade un **changement** de comportement.

renforcements positifs...

Ce travail dépend de ce que le patient a appris (schéma cognitif) et de la façon dont il réagit (coping). Il faut donc au départ faire un état des lieux ; c'est la **reconceptualisation**. On s'aidera d'entretien avec le patient, la famille, les médecins, de questionnaire d'évaluation, de consultations répétées et d'un journal d'auto-observation sur plusieurs jours.

Cela permettra d'étudier les renforcements (ce qui accroît le comportement, renforcements positifs à l'origine de bénéfices secondaires, renforcements négatifs à l'origine d'évitement) et de préciser ce qui diminue le comportement.

A partir de là on va envisager le processus de changement. Il s'agit de reformuler la douleur et les attentes. Ceci passe par l'optimisation, la lutte contre la démoralisation, l'individualisation du traitement, la participation active et la responsabilisation du patient.

Il s'agira pour lui d'acquérir des compétences, comme la relaxation, de renforcer son efficacité personnelle.

On se servira de l'entourage familial, du médecin traitant, tout en gardant à l'esprit l'importance de proposer des objectifs réalistes, à maintenir une évaluation des progrès, à prédire les rechutes et la longueur du traitement. Un des meilleurs exemples est la reprise d'une activité physique régulière malgré la douleur chez le lombalgique chronique.

L'approche cognitivo-comportementale est donc une autre sorte de prise en charge thérapeutique de la douleur et nécessite le plus souvent la participation d'une équipe pluri-disciplinaire.

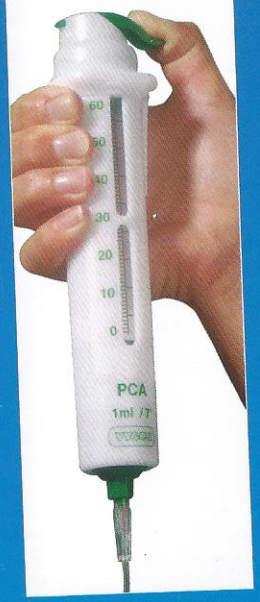
Conseils à l'entourage familial face à la douleur d'un proche

- Conduire l'entourage à reconnaître à la douleur un retentissement physique, psychique, familial, conjugale, socio-professionnel et comportemental.
- Ce retentissement est fonction de la durée, de l'intensité de la douleur, des traitements (leurs effets secondaires, leurs échecs), mais aussi du handicap physique, de la personnalité, des attitudes des proches et des médecins.
- Une douleur chronique a sa propre expression :
  physique (douleur, fatigue, insomnie etc.), psychologique (anxiété, dépression, hypochondrie, peur de la douleur, peur du mouvement), comportementale (repli sur soi, inappétence, repos excessif, évitement).
- Attention, une douleur chronique peut être renforcée par les proches : "si la famille m'entoure c'est parce que j'ai mal, sinon elle ne le ferait pas". La compassion n'est pas toujours stimulante.
- A l'inverse l'incompréhension de l'entourage, les reproches peuvent aggraver le repli sur soi, empêcher une réaction du patient souffrant.
- Envisager (avec l'entourage) un éventuel bénéfice de la douleur à travers l'existence possible de ce que l'on appelle le syndrome du revenu paradoxal (où la reprise de l'activité professionnelle est moins intéressante financièrement que le maintien en arrêt de travail).
- Rechercher (avec l'entourage) pourquoi la douleur persistante permet d'éviter au patient de reprendre son activité professionnelle (travail ingrat ? ambiance néfaste ? etc...).
- Impliquer l'entourage dans la prise en charge thérapeutique de la douleur c'est optimiser et combattre la démoralisation, faire participer activement le patient aidé par le conjoint qui l'accompagne dans la reprise de ses activités physiques par exemple, responsabiliser les patients et leur entourage.
- La rédaction d'un journal de bord "activité-douleur" rédigé par le patient sur plusieurs jours (écrit en dehors de l'influence familiale) peut aider à mieux comprendre la douleur et les limites du traitement.

"avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal"

Montaigne

PCA Freedom 5



VYGON

Laboratoires pharmaceutiques VYGON
5 à 11, rue Adeline - 95440 ECOUEN
FRANCE
Tél. : 01 39 92 63 63 - Fax : 01 39 92 64 44

EUROPHARMA

N° de document : 99005 09/99