

**PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR CHEZ L'ADULTE**
(DOULEUR AIGUE, SOINS DOULOUREUX, DOULEUR
CHRONIQUE)
**AIDE MEMOIRE POUR LES INTERNES
GHU EST**

Il n'y a pas une mais des douleurs.

On distingue les douleurs :

- aiguë et chronique (à partir de 3 à 6 mois) ;
- de mécanisme **nociceptif** (répondant aux analgésiques) et **neuropathique** (relevant des antidépresseurs et des antiépileptiques)

Certains types de douleur relèvent de traitements spécifiques : AINS ou corticoïdes pour des douleurs inflammatoires, triptans pour crise de migraine, antispasmodiques pour des douleurs viscérales ... Les opioïdes forts ne soulagent pas toutes les douleurs intenses par exemple : crise de migraine, douleur psychogène ou composante dépressive majeure, certaines douleurs neuropathiques....

1. DOULEUR AIGUE (dans les premières heures)

1.1. GENERALITES

La peur de masquer un signe clinique utile au diagnostic a été un frein au traitement des douleurs "aux urgences". En réalité, il n'y a pas de différence en ce qui concerne la précision diagnostique, par exemple des douleurs abdominales aiguës, avant et après la prescription d'un antalgique opioïde fort.

Dans tous les cas, le bon sens doit rester de mise dans un tableau sans diagnostic étiologique. Les possibles inconvénients d'une prise en charge

précoce de la douleur seront limités si l'on note minutieusement :

- les constatations cliniques avant traitement,
- l'horaire et le type de traitement effectué

Outre les motifs éthiques, la prise en charge rapide de la douleur aiguë permet d'éviter ses conséquences néfastes en réduisant l'état de stress physique et psychologique pouvant aggraver l'état pathologique initial.

Ainsi, à titre d'exemple :

- dans l'**infarctus du myocarde**, la douleur majeure les réponses sympathiques réflexes aboutissant à une augmentation du travail cardiaque et à un accroissement de l'ischémie.
- chez le **traumatisé thoracique**, la douleur réduit les possibilités d'expectoration, facilite l'encombrement et peut compromettre la fonction respiratoire.
- chez les **traumatisés des membres**, la douleur peut provoquer une agitation aggravant les lésions et rend difficile le bilan lésionnel initial. La douleur initiale peut induire des manifestations réflexes anormalement intenses et prolongées facilitant la persistance de contractures musculaires, voire l'apparition ultérieure d'algodystrophie.
- la pression intracrânienne d'un **traumatisé crânien** peut augmenter sous l'effet de la douleur.

1.2. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

1.2.1 LES TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES ET SPECIFIQUES

Les traitements étiologiques doivent être entrepris dès le diagnostic posé : immobilisation en cas d'entorse ou de fracture, évacuation d'une collection purulente, colchicine dans une crise de goutte, aspiration digestive en cas de syndrome occlusif...

Certains traitements spécifiques devront être envisagés par exemple les triptans dans la migraine ou l'algie vasculaire de la face, les

antispasmodiques (Spasfon ®, Viscéralgine simple ®) dans certaines douleurs digestives ou urologiques.

Analgésie loco-régionale. Certains blocs nerveux peuvent assurer une excellente analgésie en urgence (bloc crural pour les fractures du fémur, bloc axillaire pour les traumatismes du bras et de l'avant bras, voire infiltrations du foyer de fracture ou d'une articulation...). C'est une technique pratiquée de plus en plus fréquemment par les anesthésistes ou les urgentistes.

1.2.2 PRINCIPES DE LA CONDUITE D'UN TRAITEMENT ANTALGIQUE.

Dans de nombreux cas, il sera entrepris avant la confirmation du diagnostic pendant l'attente des examens paracliniques.

Evaluation chiffrée de l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation :

EVA: échelle visuelle analogique (0 = absence de douleur, 10 = douleur maximale imaginable)

EN: échelle numérique (de 0 à 10)

EVS: échelle verbale simple : douleur faible, modérée, intense, extrêmement intense.

Le traitement de la douleur nécessite une **évaluation pluriquotidienne** de l'intensité avant et après traitement et des **réévaluations régulières, périodiques.**

Les échelles EVA, EN ou EVS permettent le suivi d'une douleur chez un patient, et oriente le choix du palier d'antalgique. Rappelons que ces échelles, qui évaluent l'intensité de la douleur, sont globales. Elles intègrent

différentes composantes de la douleur (sensorielle et émotionnelle). La prise de décision thérapeutique se fait plus sur les données d'une évaluation globale (entretien, examen, diagnostic retenu ou probable) que sur le seul score d'une échelle.

Chez les patients qui ont une communication verbale altérée, on sera attentif aux manifestations pouvant évoquer la présence de douleur : expression du visage, positions antalgiques, comportement...). On peut utiliser certains items des échelles d'observation chez le sujet non communiquant (Doloplus, ECPA)

Maintien préalable de conditions hémodynamiques et ventilatoires stables et surveillance de l'éventuelle répercussion sur les fonctions circulatoire et respiratoire du traitement.

Prise en compte de l'état neurologique avec un examen neurologique détaillant notamment le **niveau de vigilance**.

1.2.3 MANIEMENT DES ANTALGIQUES

On privilégie les administrations permettant un délai d'action rapide : les formes à libération immédiate (LI) et la forme I.V.. La durée d'action est de 4 h. La cinétique de l'effet antalgique oblige à des ré-administrations et des réévaluations fréquentes de la douleur entre deux administrations.

Le choix d'un antalgique est guidé par le niveau d'intensité de la douleur et/ou par la résistance à une molécule antérieure (administrée à bonne posologie).

Douleur légère à modérée.

- Antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS)
- Association paracétamol- opioïde faible
- Tramadol, Néfopam

Douleur moyennement intense à très intense

- AINS

- Morphine

Les associations morphine avec AINS ou paracétamol peuvent être utiles

Tous les produits antalgiques administrés devront être signalés de façon précise (nom de la molécule administrée, dose, horaire) .

1.2.4 TITRATION DE LA MORPHINE I.V., DESCRIPTION DE LA PROCEDURE :

Bolus I.V. de 1 à 2 mg de morphine

Réinjections toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à obtention d'un soulagement de la douleur mesuré et significatif pour le patient (en pratique souvent plus de 50%).

On prescrit une surveillance : échelle sédation et fréquence respiratoire (FR).

L'apparition d'une somnolence (échelle de sédation) est l'indicateur le plus pertinent pour surveiller l'apparition d'une dépression respiratoire ; la somnolence excessive (S2) est le meilleur signe pour détecter un surdosage. La dépression respiratoire est confirmée si la FR est inférieure à 10/min.

Après soulagement obtenu, selon la durée prévisible de la douleur, on prévoit un relais et un entretien par de la morphine injectable ou orale avec surveillance de la douleur et de la sédation.

Echelle de sédation :

S0 = Patient éveillé

S1 = Somnolent par intermittence, facilement éveillable

S2 = Somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation verbale

S3 = Somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation tactile

En cas de surdosage, la dépression respiratoire est réversible par la naloxone (Narcan®) titration par ml (1A de 0,4 mg diluée dans 10 ml), puis entretien pendant la durée d'action de l'opioïde administré.

1.2.5 COMPOSANTE ANXIEUSE

La prise en charge de la **composante anxieuse** fait partie de la prise en charge du patient douloureux : **climat de confiance, réassurance, explications, écoute de la plainte...**

Les anxiolytiques ne possèdent pas d'action analgésique propre. L'utilisation en association avec des opioïdes expose à plus d'effets indésirables.

2. SOINS DOULOUREUX

- **Importance de la relation soignant/soigné**
- **Prendre le temps d'informer de la finalité de l'acte, du déroulement du soin et de la procédure antalgique utilisée**
- Gestion de l'angoisse, détournement de l'attention, éventuellement anxiolytique
- Les antalgiques de niveau 1 n'ont pratiquement pas d'indication dans les douleurs provoquées.
- Les produits de choix isolément (ou en association) sont les :
 - **Anesthésiques locaux** (EMLA, Xylocaïne...)
 - Analgésiques opioïdes faibles ou forts
 - Notamment, Interdose de **morphine** (1 h avant si PO, 15 min avant si IV, $\frac{1}{2}$ h si SC)
 - MEOPA (voir encadré)
 - S'assurer, en fonction du produit choisi, que le délai d'efficacité est bien respecté au moment du geste.
 - Anticiper quelle sera la procédure antalgique de secours en cas d'antalgie insuffisante durant le soin.
 - Prévenir, s'il y a lieu les suites douloureuses du soin.
 - Dans tous les cas, des échecs itératifs de la procédure antalgique doivent conduire à demander l'avis d'experts dans le domaine.

- **MEOPA** (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) (Kalinox®) selon les règles d'utilisation des établissements, par des personnels formés, antalgie légère, soins < 45min.

Effets cliniques : **analgésie de surface** : les effractions cutanées sont peu ou pas douloureuses ("*j'ai senti mais je n'ai pas eu mal*")

- **anxiolyse** associée à une euphorie
- sédation consciente : l'état de conscience est modifié, le sujet reste vigile, réagit avec l'environnement et peut dialoguer avec l'infirmière
- modifications des perceptions sensorielles, pseudo-rêve, paresthésies au niveau buccal et des extrémités,

Effets indésirables : réversibles en quelques minutes : nausées et vomissements sans incidence clinique (les réflexes laryngés sont présents), sédation plus profonde, malaise, dysphorie

Indications : les **gestes de courte durée** (moins de 30 minutes).

Effraction cutanée : ponction lombaire, myélogramme, ponction veineuse, petite chirurgie, ablation de corps étrangers ou de drains, pansements, sondage vésical...

Contre-indications très rares et très limitées : Hypertension intracrânienne, altération de l'état de conscience non évaluée, pneumothorax, bulles d'emphysème, distension gazeuse abdominale, fracture des os de la face.

Association médicamenteuse : Le risque de potentialisation par un psychotrope (benzodiazépines) ou un opioïde est réel mais parfois recherché (en cas d'échec du MEOPA seul).

Les points à respecter pour une première inhalation : Préparer le patient, bien lui expliquer qu'il ne va pas dormir, que ses perceptions sensorielles vont être modifiées.

Favoriser l'auto-administration.

L'inhalation doit obligatoirement **durer un minimum de 3 minutes avant le début du geste.**

Le masque doit être appliqué sans fuite sur le visage durant ces 3 minutes.

Bénéfices de la méthode : Rapidité d'action, réversibilité, sécurité, jeûne non nécessaire, simplicité.

Inconvénients : Puissance faible : 10 à 30 % d'échecs sont observés → il faut alors prescrire des produits plus efficaces.

3. DOULEUR CHRONIQUE

3.1 GENERALITES

- Toute douleur chronique relève d'une **approche à la fois somatique et psychosociale**.

- Analyser et prendre en charge l'ensemble des facteurs modulant l'intensité de la douleur

- On distingue les douleurs chroniques d'origine non maligne et les douleurs cancéreuses.

- L'évaluation d'une douleur chronique d'origine non maligne peut bénéficier d'une évaluation globale par une équipe pluridisciplinaire ; un seul traitement pharmacologique est généralement insuffisant

- Les formes d'administration les plus « confortables » doivent être privilégiées.

- **Veiller aux horaires des prises.**

- Il faut prévoir un **traitement préventif** de la douleur sur l'ensemble de la journée (forme LP) et un **traitement « si besoin », « en cas d'accès », (interdose, forme LI).**

- La **prise en charge de la composante anxieuse ou dépressive** fait partie de la prise en charge du patient douloureux.

- Savoir combiner les traitements du symptôme et de la cause de la douleur.

- Le traitement de la cause fait partie du traitement de la douleur :

antibiothérapie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, chirurgie, immobilisation...

3.2 DOULEUR NOCICEPTIVE

Ce sont les douleurs liées à des lésions tissulaires.

Elles ont un rythme mécanique ou inflammatoire.

3.2.1 LES DOULEURS NOCICEPTIVES RELEVANT DES ANALGESIQUES (paliers de l'OMS)

Palier 1 (douleur légère à modérée)

- paracétamol 4000 mg/j

- AINS à dosage antalgique : ibuprofène (1200 mg/j)

Palier 2 (douleur modérée et/ou non soulagée par palier 1)

- codéine : (Efferalgan Codéine[®]), 6 à 8 C/j

(environ 10 % de la dose de codéine est métabolisée en morphine ; mêmes effets secondaires à prendre en compte)

- dihydrocodeine : Dicodin[®] LP 60mg 1C/12 h

- dextropropoxyphène(associé au paracétamol) : Diantalvic[®] 6 c/j

- tramadol: (nombreuses présentations par ex.

Topalgic[®]) agoniste μ ; inhibition de la recapture des monoamines

Formes LP à privilégier (matin et soir), avec interdoses possibles (max = 400 mg/j)

Palier 3 (douleur intense et/ou douleur non calmée par palier 2)

La **morphine** n'a pas de dose fixe, ni de dose maximale (contrairement aux antalgiques de paliers 1 et 2).

Bien tolérée, la dose peut être augmentée jusqu'à une antalgie satisfaisante.

Il faut vérifier la clairance de la créatinine avant

l'institution du traitement pour prévenir le surdosage.

On sera également prudent en cas de dénutrition

(Albumine < 30g/l)

COMMENT DEBUTER UN TRAITEMENT OPIOÏDE :

Morphine LI (Actiskénan[®], Sévrédol[®])

A privilégier si sujet fragile, âge élevé ou insuffisance rénale : 5 mg PO, toutes les 6 h ou si besoin (en réévaluant la douleur et la tolérance régulièrement)

Adulte : 10 mg PO, toutes les 4 h

Morphine LP : 30 mg matin et soir (ou 10 mg si sujet fragile)

Les gélules de Skénan[®] peuvent être ouvertes et

s'administrer dans une sonde gastrique

(mais pas le Moscontin[®] qui ne doit pas être écrasé)

Prévoir des interdoses de morphine LI dont la durée d'action est de 4 h et l'effet maximum apparaît en 60 minutes. La dose est de 1/10 à 1/6 de la dose LP sur 24 h. Le renouvellement peut se faire toutes les heures. Au delà de 4 prises successives en 4 heures, la douleur et la stratégie thérapeutique doivent être réévaluées.

La réévaluation du soulagement des effets indésirables permet d'ajuster le traitement. **Lorsque le malade prend régulièrement plus de 3 à 4 interdoses par jour**, hors accès liés aux soins, ces interdoses doivent être intégrées dans la dose totale quotidienne de morphine LP.

Un changement de molécule (rotation) vers Durogesic[®], Sophidone[®], ou Oxycontin[®] est à envisager en cas d'effets indésirables non contrôlés par un traitement symptomatique adéquat (Tableau équivalence, ci-dessous).

Un changement vers la voie parentérale est envisagée si la voie PO est impossible ou si effets indésirables non contrôlés.

Si la douleur est instable avec des accès douloureux non contrôlés par morphine LI PO, on peut avoir recours à une PCA.

Fentanyl (Durogésic[®] « patch »)

Indication : intensité stable dans la journée, **déjà titrée en morphine** ; voie orale difficile ou mauvaise tolérance de la morphine nécessitant une rotation des opioïdes (rotation = changement d'un opioïde fort pour optimiser le rapport efficacité / effets indésirables).

Relais de la morphine vers le patch :

- dernière prise de morphine LP en même temps que pose du 1er patch ;

- poursuivre la morphine parentérale pendant 12 h après la pose du patch ;

- prévoir interdoses de morphine LI (si besoin).

Précaution d'emploi : fièvre, déshydratation, peau lésée, douleur instable, respect de l'intégrité du patch, insuffisance rénale.

Si après 6 j (2 patchs), les interdoses sont toujours > ou = à 4 par jour, on peut passer à la concentration supérieure.

Note : Les agonistes/antagonistes μ (Nubain®, Temgesic®) ont un effet plafond et ne sont pas considérés comme de réels paliers 3.

Ils ne doivent pas être associés à un agoniste opioïde comme la morphine ou la codéine. Ils peuvent être associés aux antalgiques non opioïdes du palier 1.

Tableau d'équivalence des opioïdes de palier 3

Dans le choix d'un coefficient d'équianalgésie, prendre en compte le besoin d'augmenter ou de diminuer la dose et de privilégier la sécurité ou l'efficacité.

Par exemple lors d'un relais per os → IV pour un patient recevant 300 mg/j per os de morphine, non soulagé et sans effet secondaire, donner 150 mg IV/j (ratio 1/2) plutôt que 100mg (ratio 1/3).

| | | Exemples |
|------------------------------|--|---|
| Palier 2 à dose max par jour | < morphine 60mg /j | Efferalgan codéine® 6C/j moins efficace que 60 mg/j de morphine |
| Morphine voie IV | = dose morphine PO /2 ou PO/ 3 selon les auteurs | 300 mg Morphine IV = 600 mg ou 900 mg /j morphine orale |
| Morphine voie SC | = dose morphine PO /2 | 300 mg de morphine SC = 600 mg de morphine orale |

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|---|
| Dose de l'interdose morphine LI | = 1/6 à 1/10 morphine LP/j | Actiskenan® 30 mg pour Skenan® 300 mg/j |
| Dose Durogesic® (mcg/h) | = dose morphine LP mg/j /2 | Durogesic® 100 (mcg/h) = 200mg morphine LP /j |
| Hydro-morphone Sophidone® | M / H : 7,5 | 30 mg de morphine LP orale = 4 mg hydromorphone |
| Oxycodone Oxycontin® | M / O = 2 | 60 mg de morphine LP orale = 30 mg d'oxycodone |

GESTION DES EFFETS INDESIRABLES DES OPIOÏDES

Nécessité d'information du patient sur les effets indésirables :

- les effets peuvent bénéficier d'un traitement correcteur ou s'estomper au bout d'un certain temps.
- il n'y a pas de toxicomanie induite si le traitement est conduit selon les règles proposées dans des indications classiques (douleurs cancéreuses)
- la morphine ne veut pas dire phase avancée de la maladie

Constipation : Elle est constante et à traiter de manière systématique (ex : Forlax® 2/j)

Nausées (les nausées ne persistent généralement pas plus de qq j, présentes chez environ 1/3 des patients) : antinauséux classique ou Haldol faible® 5 à 10 gtts/j

Somnolence initiale associée à une antalgie efficace ne signifie pas surdosage, mais peut être en rapport avec la dette de sommeil.

Le patient est alors réveillé facilement → Informer.

Sédation de la vigilance persistante : diminution de la dose ou rotation d'opioïde

Prurit : répond parfois aux anti H1

Hallucinations : hallucinose (reconnue par le sujet comme inexacte) de début de traitement : Haldol ; hallucination : diminution de la dose ou rotation d'opioïde

Rétention d'urine : sondage vésical évacuateur ou utilisation de Mestinon/prostigmine ;

Effets indésirables non contrôlables : vérifier l'indication, changer de voie d'abord ; changer d'opioïde de palier 3 (rotation des opioïdes)

L'arrêt des opioïdes se fait de manière progressive en respectant l'antalgie nécessaire par baisse d'environ 1/3 à 1/2 de la dose toutes les 24 à 48 h.

Un **surdosage** est à évoquer en cas de somnolence signe plus précoce qu'une bradypnée (stimulation de la vigilance, arrêt de la voie parentérale et/ou naloxone, voir paragraphe 1.2.3).

ASSOCIATIONS INTERESSANTES EN CANCEROLOGIE

Corticoïdes = HTIC, compression nerveuse avec les règles de suivi de la corticothérapie
AINS et opioïdes : douleurs de métastases osseuses

3.3 DOULEURS NEUROPATHIQUES

(anciennement désafférentations ou neurogènes)

On les reconnaît sur la clinique :

- fond continu : douleurs à type de brûlure, paresthésies,
- accès paroxystiques : décharges électriques,

Les douleurs neuropathiques sont souvent systématisées à un territoire neurologique.

Rechercher une hypoesthésie ou une hyperesthésie dans le territoire.

Tricyclique (par exemple amitriptyline (Laroxyl®) : début 10 à 25 mg au coucher, à augmenter progressivement de 10 à 25 mg tous les 3 j en fonction de la tolérance, dose habituelle 75 mg, efficacité retardée 10 à 15 jours.

Gabapentine (Neurontin®), début 300 mg 2 fois par jour, ajustement progressif, fonction de la tolérance, dose efficace (1200 à 2400 mg/j), dose souvent réduite chez le sujet âgé

Carbamazépine (Tégrétol®): Névralgie essentielle du trijumeau

Pour en savoir plus : L'essentiel de la prescription antalgique en pédiatrie (Armand Trousseau)

Liens internet :

www.setd.douleur.org

www.pediadol.org

www.institut-upsa-douleur.org

Standards, Options et Recommandations : www.fnclcc.fr

Pour contacter les équipes Douleur et/ou Soins Palliatifs de votre Hôpital :

| | |
|-----------------------------|---|
| Charles Foix & Jean Rostand | 01 49 59 40 00 Bip 21-78 01 49 59 44 78 |
| Joffre Dupuytren | 01 69 83 63 93 |
| Pitié Salpêtrière | |
| - Douleur | 01 42 16 37 28 |
| - Soins palliatifs | 01 42 16 25 71 |
| Saint Antoine | 849 28 23 |
| Tenon | 01 56 01 70 49 |
| Trousseau | 01 44 73 65 19 |
| Rothschild | 01 40 19 36 80 |

Document validé par : D. ANNEQUIN, V. BELLAMY, M. BENAMOU, F. BONNET, F. BOUREAU (Coordonnateur), P. BOURGEOIS, F. CESSÉLIN, E. COLLIN, P. FOUASSIER, A. LANGLADE, A. LASSAUX, M. LEVY-SOUSSAN, S. ROSTAING, A. SACHET.

Mise à jour Septembre 2004

Merci de signaler toute remarque à F.

BOUREAU : francois.boureau@sat-ap-hop-paris.fr