



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

URGENCES ET SOINS INTENSIFS

DR FRANÇOIS SOPHIE

ANESTHÉSIE RÉANIMATION ALGOLOGIE

La douleur:définition

- ▶ Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable résultant d'une lésion tissulaire **présente** ou **potentielle** ou décrite en tant que telle par le patient
- ▶ Toujours subjective
- ▶ En lien avec les expériences antérieures du patient
- ▶ En lien avec nos expériences antérieures et notre perception de la situation
- ▶ Douleur = source de stress!!!

AUX URGENCES:CONSTAT

- ▶ 85 % à 90 % des patients sont algiques(et multic 1993)
- ▶ Symptome prévalent chez 67% des patients(81% chez trauma,47% chez patients médicaux Fr 2000)
- ▶ **MAIS** oligoanalgésie+++ :seulement 10% des patients se disent correctement soulagés à la sortie des U vers domicile ou unité de soin (Fr 2000) durée du tt et intensité du tt
- ▶ Retard de prise en charge comme facteur surajouté ?(5 h étude de Tait 1999)

USI:CONSTAT

- ▶ Etudes de 2002 crit care med:
- ▶ 150 patients ventilés
 - » » 82% :douleur et inconfort liés au tube ET
 - » » 77% : douleurs modérées à sévères
 - » » seul souvenir de USI chez 82% des opérés de chirurgie cardiaque(38% à 6 mois)

USI:CONSTAT

- ▶ 63% des patients décrivent leur douleur comme modérée à sévère 5 jours après sortie hospitalière USI post chirurgie
- ▶ 6 mois à 1 an plus tard : 44 % rapportent une douleur chronique
-->> 32 % des consultations en centres de la douleur

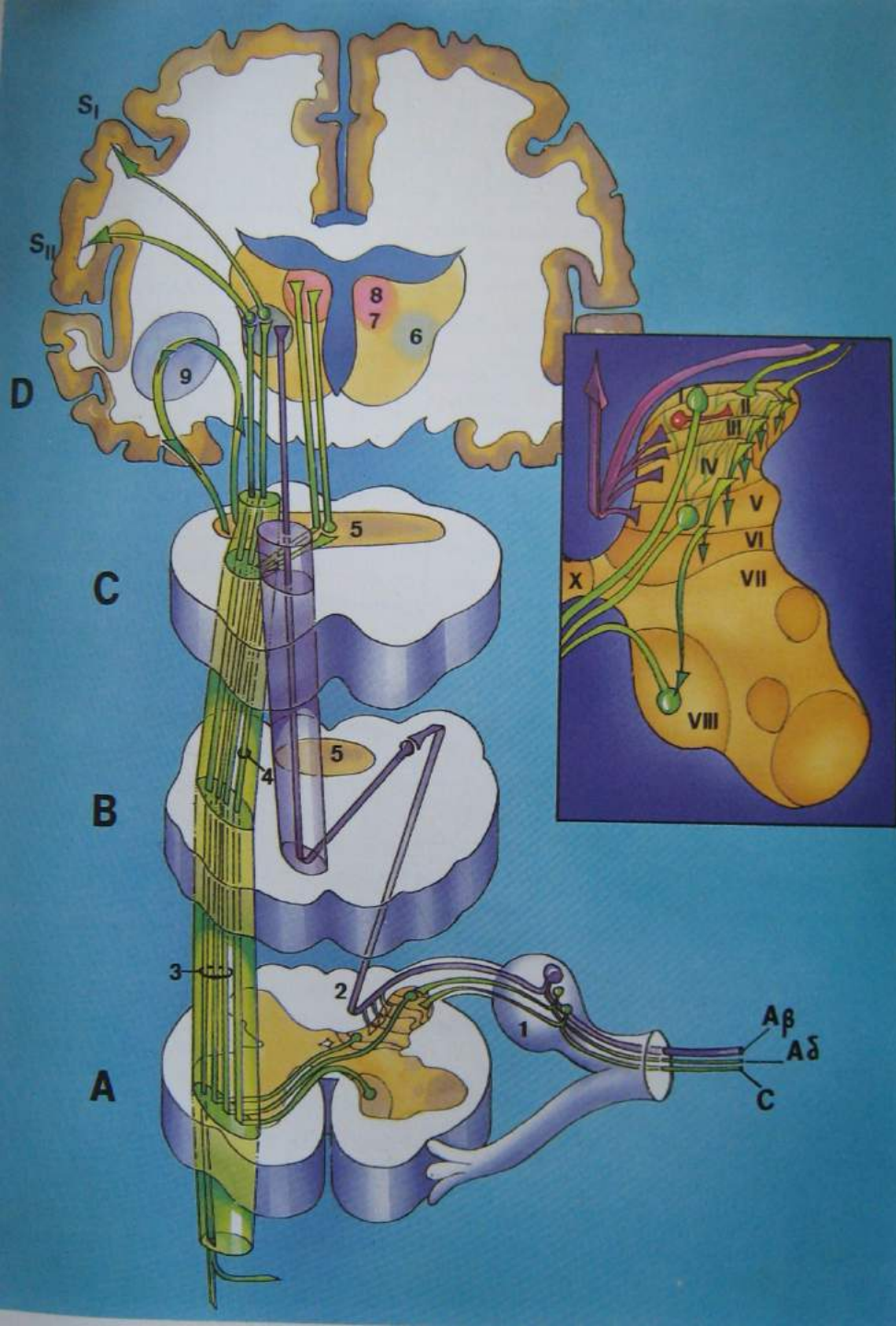
Objectifs

- ▶ Reconnaître le patient douloureux
- ▶ Instituer un traitement adapté à l'intensité de la douleur
- ▶ Permettre de réévaluer systématiquement et régulièrement la douleur avec un outils reproductible
- ▶ Apprécier l'efficacité du traitement entrepris

Les voies de la douleur





- ▶ Rappel physiologique de transmission de la douleur:
 - Stimulation nociceptive cutanée , musculaire articulaire et viscérale→>**voie afférente**
 - substance P sur récepteur NK1 au niveau de la moëlle via f A δ et C
 - glutamate→>récepteur NMDA corne post de la moëlle via fibres de faible diamètre→> influx par déplacement du Mg et passage de Ca $^{++}$

Voies de la douleur ascendantes



- ▶ **A:étage médullaire :**
- ▶ 1- g rachidien, 2-cord.post, 3-f.spinothalamique, 4-f.spino-réticulaire
- ▶ **B:étage bulbaire:** 5-substance réticulée
- ▶ **C:étage mésencéphalique**
- ▶ **D:niveau central:**
- ▶ 6,7,8:thalamus, 9-syst.limbique, S1 et SII-aires somesthésiques

Les fibres nociceptives

Type de fibre nerveuse	Information véhiculée	Gaine de myéline	Diamètre (en micro-mètres)	Vitesse de conduction (en m/s)	
A-alpha	Proprioception	myélinisée	13 - 20	80 - 120	
A-beta	Toucher	myélinisée	6 - 12	35 - 90	
A-delta	Douleur (mécanique et thermique)	myélinisée	1 - 5	5 - 40	
C	Douleur (mécanique, thermique et chimique)	non-myélinisée	0.2 - 1.5	0.5 - 2	

Les voies de la douleur

- ▶ Voies spinales ascendantes controlatérales
- ▶ Structures cérébrales
 - ▶ →>cortex somesthésique et limbique
 - ▶ →>amygdale
 - ▶ →>hypothalamus
 - ▶ →>...
 - ▶ →>insula glutamate

Voies efférentes

- ▶ **Modulation des messages nociceptifs(voies efférentes):**
- ▶ -périphérie:
- ▶ modulation par fibres A α et A β :théorie de la porte (gate control)via inhibition segmentaire
- ▶ -contrôle supraspinal via la voie spinale descendante inhibitrice:
- ▶ au niveau du tronc cérébral :libération de sérotonine et noradrénaline→>diminution du ressenti douloureux(“coupe-circuit”)
- ▶ modulation par enképhalines et endorphines au niveau de la corne dorsale et des régions sup du SNC

Pourquoi traiter la douleur?

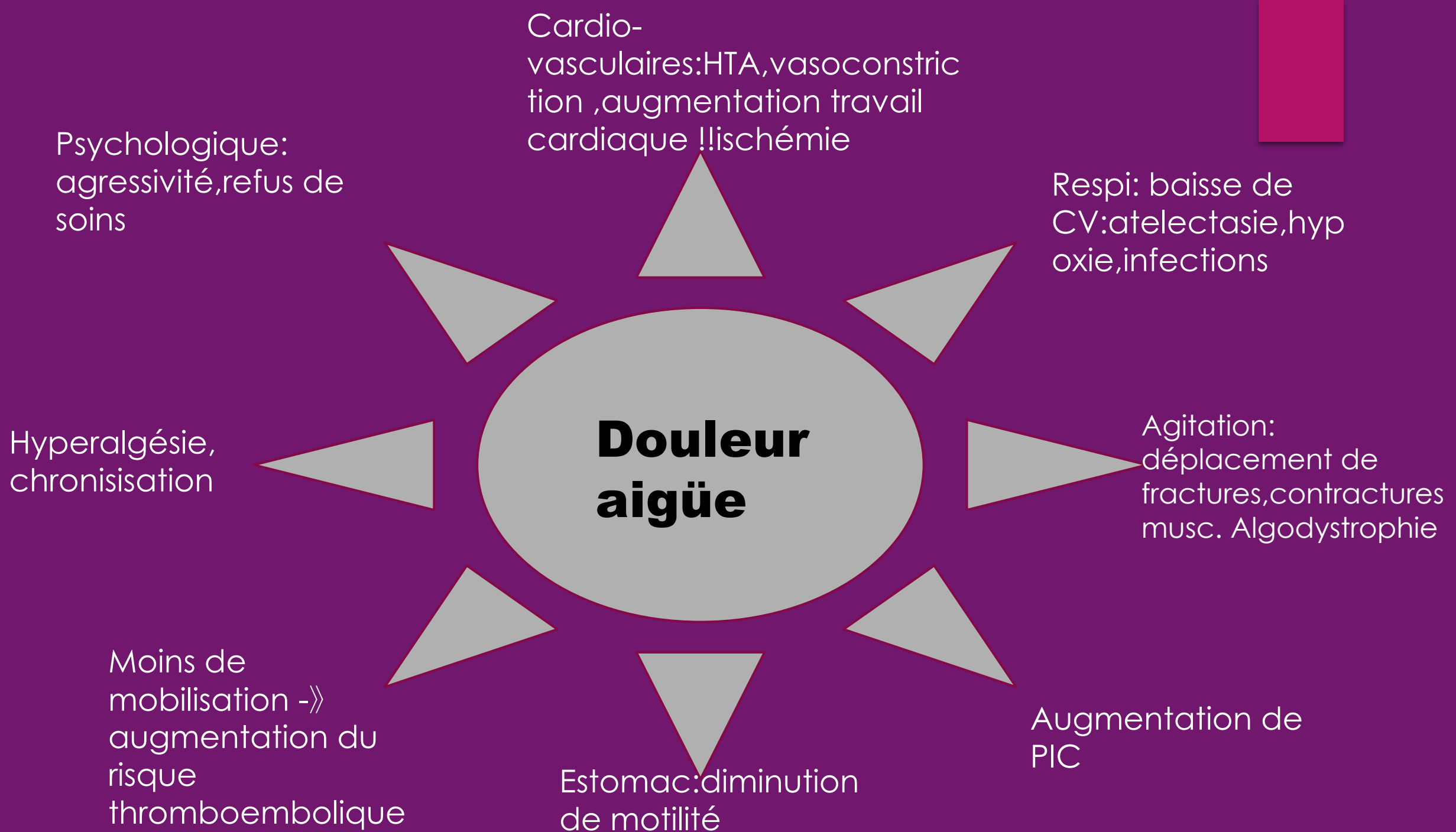
- ▶ **HUMANITAIRE !!!**
- ▶ Fait partie de la prise en charge globale du patient
- ▶ Permet un examen clinique de meilleur qualité
- ▶ Limitie la morbidité et les conséquences organiques

Conséquences de l'oligoalgésie:les catécholamines circulantes augmentent

- ▶ Adrénaline (médullosurrénale): action sur s.symphathique:
TC,HTA,vasoconstriction
 - >> diminution de perfusion et oxygénation tissulaire
 - >> hypermétabolisme et catabolisme: fonte musculaire,hyperglycémie,dénutrition
 - >> diminution de cicatrisation
 - >> diminution de réponse immunitaire
 - >> douleurs neuropathiques...santé publique réintégration sociale

Les catécholamines circulantes

- ▶ Dopamine: hypothalamus, corps striés, locus niger--» »
chronicisation
- ▶ Noradrénaline: hypothalamus, SNS et OS, alpha et bêta adrénerg:
vasoconstriction, HTA



Evaluation du terrain aux urgences

► Contexte de la douleur:

Médical

Traumatique

Inflammatoire

CAS PARTICULIERS

Douleur coronarienne

Douleur chez patients douloureux chroniques

Evaluation du terrain aux urgences

► Interrogatoire du patient et / ou de l'entourage:

Age

Allergies

UGD

Insuf hépatique

Insuf respi

Tt en cours

Toxicomanie

Autres

Principales causes de douleur aux soins intensifs:

- ▶ Liées à la pathologie initiale:

- sans acte chirurgical: foyers de fractures non stabilisés, lésions des parties molles (œdème, brûlures), pathologies cardiaques, infections respiratoires, abdominales, céphalées

- avec acte chirurgical

Principales causes de douleur aux soins intensifs

- ▶ Liées aux soins:
 - Soins des plaies et des incisions chirurgicales
 - Pose de KT, SNG, SU
 - Pose ou retrait de drains thoraciques
 - Aspiration trachéale, intubation, ventilation mécanique
 - kiné, mobilisation, toilette
 - Posture, immobilisation prolongée

Principales causes de douleur aux soins intensifs

- ▶ Liées au patient
 - Angoisse,sensation d'impuissance
 - Milieu socio-culturel
 - Expérience antérieure de la douleur



Evaluation de la douleur : comment ?

Echelles de mesure validées:patient vigile

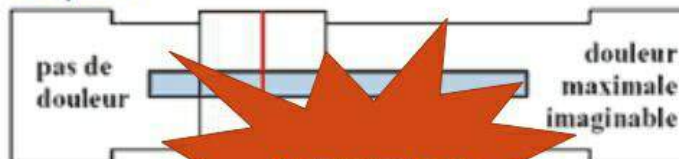
- EVS** : échelle visuelle simple:qualificatifs selon intensité:douleur,d.légère,d.inconfortable,d.forte,d.horrible,d.insupportable)
- EN** : échelle numérique:0 à 10 :1,2 ou 3 =douleur légère,4à6=douleur moyenne,à partir de 7=douleur sévère
- EVA** : échelle visuelle analogique : 10 cm, curseur(sfar srlf 2008) fiable et reproductible

EVA

Comment évaluer la douleur

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

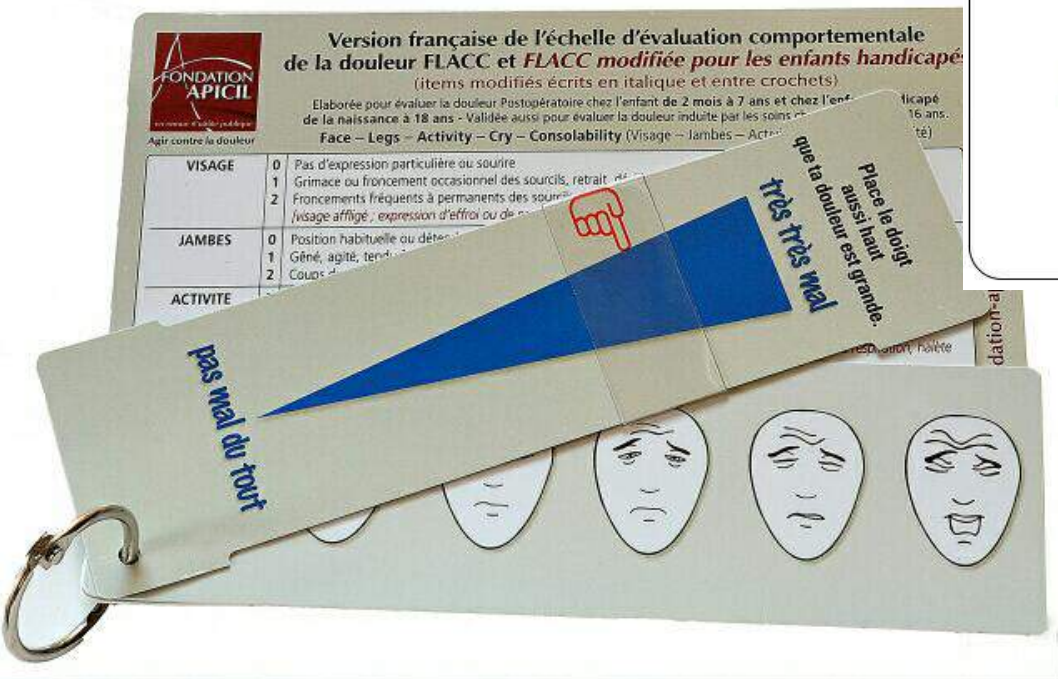
Face patient



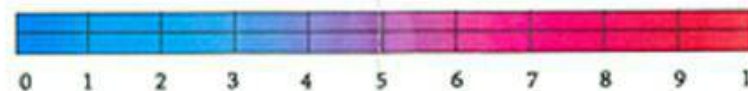
Face de mesure



Communicant



L'évaluation de la douleur



Aucune douleur Douleur faible Douleur moyenne Douleur sévère Douleur très sévère Douleur intolérable

Cette plaquette d'information sur la douleur vous est proposée par le CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) de la Clinique Maussins-Nollet - 9/06/2009

Mais freins à l'expression de la douleur

- ▶ Ventilation mécanique
- ▶ Altération de l'état de conscience
- ▶ Sédation- Paralyse
- ▶ Analgosédation

- ▶ !!! Incapacité d'expression #absence de douleur

Echelles de mesures validées: patient inconscient ou non communiquant

- ▶ Echelles de sédation –analgésie aux SI:
- ▶ Recommandations :BPS ou CPOT ou ATICE (+ sédation) pour le monitoring de la douleur
- ▶ RASS et SAS pour sédation ou au minimum Ramsay (sfar srlf 2008)

Echelles de mesures: BPS

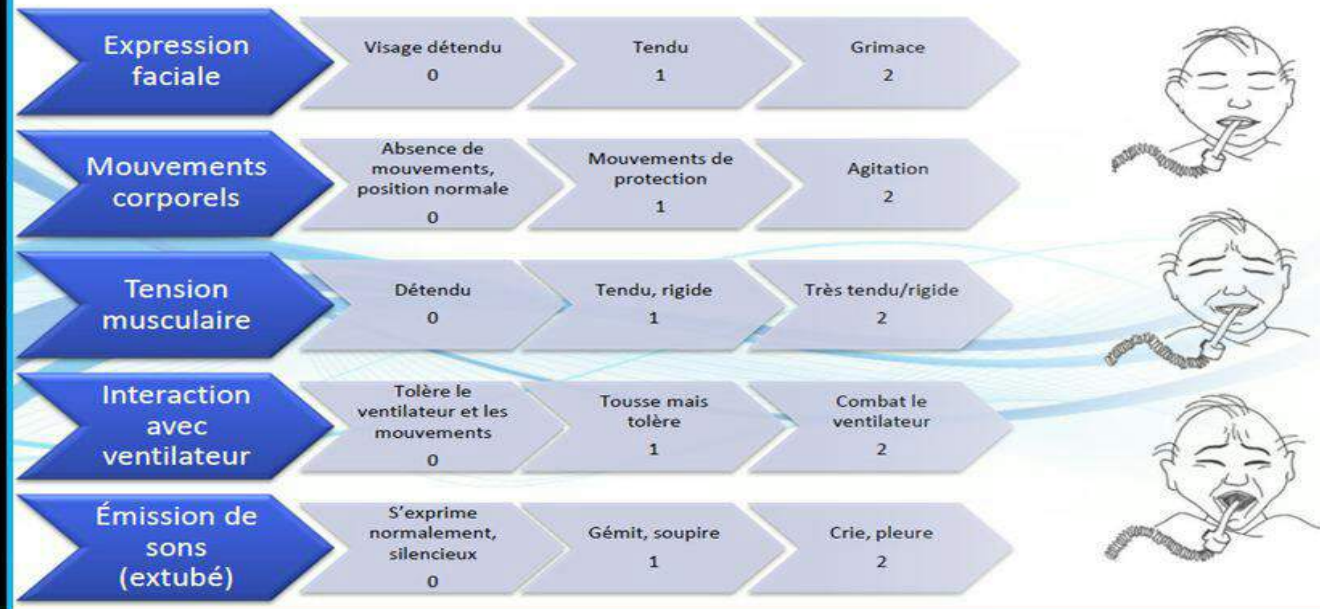
ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	• Détendu	1
	• Plissement du front	2
	• Fermeture des yeux	3
	• Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	• Aucun	1
	• Flexion partielle	2
	• Flexion complète	3
	• Rétraction	4
Adaptation au respirateur	• Adapté	1
	• Déclenchement ponctuel	2
	• Lutte contre ventilateur	3
	• Non ventilable	4

Echelle CPOT

ÉCHELLES DE DOULEUR

Critical-Care Pain Observation Tool



Sédation RASS et Ramsay

ÉCHELLES DE SÉDATION

- **Score de Ramsay**
Objectif 2-3

- **Echelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)**
Objectif -2 à 0

Description	Niveau	Niveau	Description	Définition
Patient anxieux ou agité	1	+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
		+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
		+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
		+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
Patient coopérant, orienté, calme	2	0	Eveillé et calme	
Patient répondant aux ordres	3	-1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)
		-2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
Patient endormi mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabella ou à un bruit intense	4	-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel mais sans contact visuel
Patient endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus	5	-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
Pas de réponse	6	-5	Non réveillable	Aucune réponse, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Echelle ATICE:sédation +douleur

ÉCHELLES DE SÉDATION



- **Echelle française évaluant sédation et douleur: ATICE**

Conscience		Tolérance		Quiétude (de 0 à 3)		Synchronisation au ventilateur (somme des éléments)		Relaxation du visage (de 0 à 3)	
Éveil (de 0 à 5)		Compréhension (somme des éléments)							
Yeux clos sans mimique	0	« Ouvrez les yeux »	1	Agitation menaçant le pronostic vital	0	Pas de blocage du temps inspiratoire ventilatoire	1	Grimace permanente	0
Yeux clos, grimace après forte stimulation douloureuse	1	« Ouvrez la bouche »	1	Agitation, sans réponse à la demande verbale	1	Pas de fréquence respiratoire > 30	1	Grimace provoquée importante	1
Yeux s'ouvrent après forte stimulation douloureuse	2	« Regardez-moi »	1	Agitation avec réponse à la demande verbale	2	Pas de toux	1	Grimace provoquée modérée	2
Yeux s'ouvrent après légère stimulation douloureuse	3	« Faites oui de la tête »	1	Calme	3	Pas d'utilisation des muscles respiratoires accessoires	1	Visage relâché	3
Yeux s'ouvrent à la demande verbale	4	« Fermez les yeux et ouvrez la bouche »	1						
Yeux ouverts spontanément	5								
Score total									

Mesures immédiates

- ▶ Prise en charge: écouter la plainte, rassurer, expliquer
- ▶ Mise en œuvre de moyen physiques: irrigation, froid, chaud
- ▶ Immobilisation des traumatismes: attelles, colliers, matelas à dépression, matelas de transfert...
- ▶ Installation confortable: position antalgique

Examen clinique de qualité ?

- ▶ Peur de masquer un signe clinique = frein or pas de différence en ce qui concerne la précision diagnostique si antalgie bien conduite .
- ▶ Donc prise en charge précoce en notant minutieusement:
 - les constatations cliniques avant traitement
 - Au repos et à la mobilisation
 - horaire et type de traitement effectué

Les médicaments antalgiques(OMS)

- ▶ Palier I:-Paracétamol
- ▶ -AINS et AAS

- ▶ Palier II :- Tramadol
- ▶ -Tilidine+Naloxone
- ▶ -Paracetamol+Codéine ou+Dextropropoxyphène ou +Tramadol

- ▶ Palier III :-Sulfate de Morphine
- ▶ -Hydromorphone
- ▶ -Oxycodone

- ▶ Adjuvants:Meopa Kétamine Clonidine AL anxiolytiques

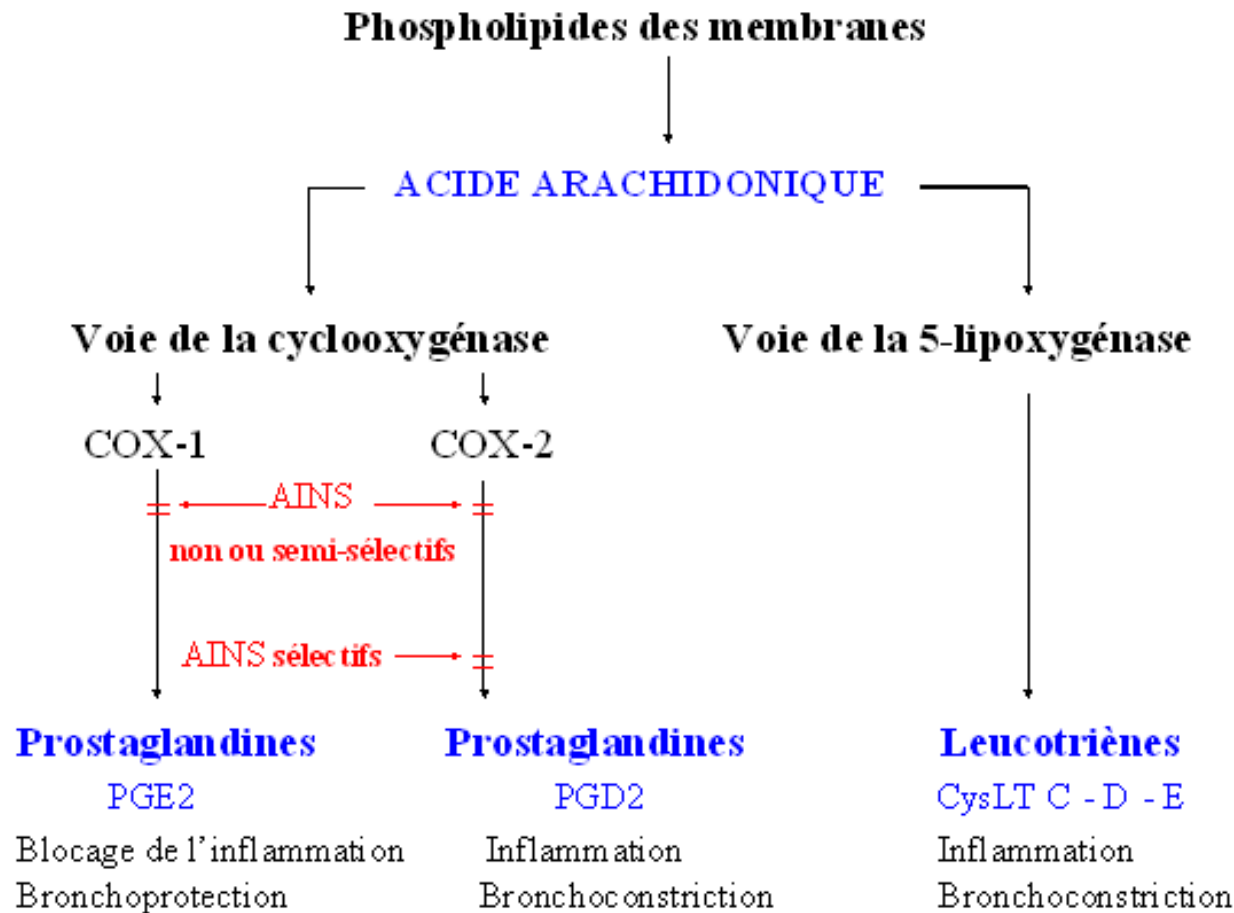
Paracétamol

- ▶ Action antipyrétique et analgésique centrale (cortex)
- ▶ Action analgésique périphérique par inhibition de la COX 2 (moins que AINS... donc moins EI) (peau)
- ▶ Incontournable 1^{er} palier de OMS
- ▶ Toxicité hépatique > 150mg /kg
- ▶ Dose 1g /6 h
- ▶ Synergie avec AINS → palier I

AINS

- ▶ Inhibition de(s) **cyclooxygénases**(2X plus efficace que Paracétamol):
- ▶ COX1
- ▶ COX2
- ▶ Réduction de la production des médiateurs de l'inflammation:les prostaglandines
- ▶ Action périphérique(2)et centrale(1)
- ▶ **UG,IR,hémorragies,HTA**
- ▶ **Inh COX2(coxibs):**
- ▶ Analgésie OK-Epargne morphinique
- ▶ Moins E2daires mais **!!! CMI**

Tableau 3 : Action des AINS sur le métabolisme de l'acide arachidonique



Agonistes μ 2^{ème} palier

- ▶ **Codéine** :mésencéphale ,bulbe,moëlle
- ▶ 30 mg = 5 mg de Morphine
- ▶ Max 6-8 X/j
- ▶ **!! Constipation**
- ▶ **Tilidine Naloxone**:gtes titrables selon effet
- ▶ **Tramadol**: tronc cérébral , moëlle
- ▶ Morphinique faible,principalement μ
- ▶ Métabolisme hépatique cytP2D6
- ▶ →Effet variable et mal prévisible:hypermétaboliseurs(10%)->méthyltramadol,très actif mais NV et hypométaboliseurs(10%)->peu actif
- ▶ Max 400 mg /24h

Palier III-Opiacés

- ▶ Multiples récepteurs: $\mu_1 \mu_2 \sigma \delta \epsilon \kappa$
- ▶ 3 sites: Substance grise périaqueducule, Loc coeruleus, corne post de la moëlle
- ▶ Analgésie obtenue en renforçant le système d'analgésie intrinsèque.
- ▶ Rapifen-Sufentanil-Morphine-Dipidolor
- ▶ MAIS: NV, iléus, constipation, prurit, myosis, sédation, dépression respi, hyperalgésie/allodynie (inflamm+opiacés), tolérance/dépendance
- ▶ Antagoniste : Naloxone
- ▶ MONITORING

Palier III -Opiacés

- ▶ En général :en iv: sufentanil ivd puis ivl, en per os oxycodone 5mg /4 à 6 h à augmenter selon clinique
- ▶ Titration de Morphine ou de Dipidolor selon protocole institutionnel
- ▶ Si et dès que possible PCA
- ▶ Antagoniste Naloxone max après 2 min ,durée 20 à 45 min ,dose 0.04mg / 3 {min jusque FR >14

Les récepteurs aux opioïdes

	Récepteurs	Effets pharmacologiques
Mu (μ)	μ_1	Analgésie supraspinale (produit la plus grande partie de l'effet analgésique), analgésie périphérique
	μ_2	Analgésie spinale, myosis, dépression respiratoire, euphorie, dépendance physique, diminution de la motilité gastrique (constipation)
Kappa (κ)	κ_1	Analgésie spinale, myosis (moins que μ_2)
	κ_2	Dysphorie, psychotomimesis (désorientation et/ou impression de dépersonnalisation)
	κ_3	Analgésie supraspinale
Delta (δ)	δ	Analgésie spinale

Morphiniques en chiffres

- ▶ **Morphine** titration: 15 à 20 gamma/kg(60kg -> 0.9 à1.2 mg iv →> analgésie optimale)
- ▶ **Dipidolor** –Piritramide : chez l'adulte : 2 à 4 mg en bolus puis 2 mg / 5 à 7 min jusqu'à un maximum de 30 mg / 4 h
- ▶ **Sufentanil** : concentration de 5 gamma / ml →> en usi 10 à 30 gamma / heure

Caractéristiques de qq opioïdes

Tableau 5. Caractéristiques de quelques opioïdes

PO : voie orale ; PR : voie rectale ; SC : voie sous-cutanée ; IV : voie intraveineuse ; SL : voie sublinguale ; TTS : voie transdermique.

	Equidoses ^{10,12}	Formes galéniques	Intervalles administration	Indications	Précautions	Interactions médicamenteuses
Codéine	240 mg PO	PO immédiate	4-6 h	• Douleur légère à modérée	Insuffisance rénale	• Inhibiteurs du CYP2D6
Tramadol	120 mg PO	PO immédiate PO retardée SC/IV	4-6 h 12 h 4-6 h	• Douleur modérée • Douleur neurogène (?)	Insuffisance rénale Epilepsie	• IMAO, médicaments sérotoninergiques • Inhibiteurs et inducteurs des CYP2B6, 2D6, 3A4
Buprénorphine	0,4 SL	SL TTS	8 h 72 h	• Douleur modérée à sévère • Insuffisance rénale		• Opioïdes • Inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4
Morphine	30 mg PO	PO/PR immédiate PO/PR retardée SC/IV	4 h 12 h-24 h 4 h	• Douleur modérée à sévère • Dyspnée	Insuffisance rénale	
Hydromorphone	6 mg PO	PO immédiate PO retardée SC/IV	4 h 12 h 4 h	• Douleur modérée à sévère • Morphine mal tolérée ou antalgie insuffisante	Insuffisance rénale	
Fentanyl	0,1 mg IV	SC/IV TTS	30 min 72 h	• Douleur modérée à sévère • Morphine mal tolérée ou antalgie insuffisante • Insuffisance rénale	↓ doses dans insuffisance rénale	• Inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4
Oxycodone	22 mg PO	PO immédiate PO/PR retardée SC/IV	4 h 12 h 4 h	• Douleur modérée à sévère • Morphine mal tolérée ou antalgie insuffisante	Insuffisance rénale	• Inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4 (2D6)
Méthadone	Variable	PO/PR/IV	8 h	• Douleur modérée à sévère • Morphine mal tolérée ou antalgie insuffisante • Douleurs neurogènes (?) • Insuffisance rénale	Toxicité tardive ↓ doses dans insuffisance rénale	• IMAO, médicaments sérotoninergiques • Inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4 (2D6, 1A2)

Kétamine

- ▶ Agent anesthésique dissociatif !! Manifestations psychodysphoriques
- ▶ Action rapide et courte
- ▶ Respiration spontanée
- ▶ Maintient hémodynamique
- ▶ Mode d'action: interaction avec les récepteurs opiacés, cholinergiques, monoaminergiques (voie efférente), adénosine, NMDA
- ▶ Rôle en aigu: déconnection et analgésie: réduction fracture urg, soins usi
- ▶ Limitation de hyperalgésie
- ▶ Dose antalgique : 0.2 mg / kg - Dose anesth 1-2 mg / kg
- ▶ MAIS: hallucinogène, cauchemars (+ BNZ ou propofol) - HTIC et HTIO
- ▶ MONITORING

Méopa ou Kalinox

- ▶ 50/50 protoxyde d'azote N₂O / O₂
- ▶ Indications :traumato,brûlés,transport de patients douloureux
- ▶ Anxiolyse + analgésie
- ▶ Libération d'opioïdes endogènes(périaqueducule) →> activation de voie descendante inhibitrice
- ▶ Effet dose dépendant
- ▶ Tolérance rapide-3 min avant début du geste
- ▶ CI: ventilation 100% O₂,HTIC,non coopération,Pneumothx,bulles emphysème,Embolie gazeuse,acc de plongée,distension gazeuse abdo,gaz ophtalmique récent,tympanoplasties ,trauma facial (masque)
- ▶ Administration prolongée:hémato :agranulocytose-leucopénie,neuropathie périphérique- ataxie,anxiété-cauchemars hallucinations,majoration FC – réduction de fertilité

Les anesthésiques locaux

- ▶ Mécanisme : blocage des canaux sodiques des fibres nerveuses.
- ▶ En analgésie locorégionale continue, one shoot ou PCEA
- ▶ En iv continue: blocage des décharges toniques au niveau des neurones périphériques excités par des stimuli nociceptifs+ action directe spinale, blocage des récepteurs NMDA
- ▶ Limitation de hyperalgésie et allodynie(action périphérique et centrale)
- ▶ Effet analgésique pour concentration sérique de 2 microg/ml
- ▶ Effet anti inflammatoire: inhibition de l'activation des leucocytes polynucléaires

- ▶ Epargne morphinique
- ▶ Réf J Joris Mapar 2008

Les anesthésiques locaux : toxicité

- ▶ Centrale: somnolence ,tête vide,tremblements ,nausées,céphalées,agitation psychomotrice,convulsions,coma
- ▶ Cardiaque: antiarythmique,bloc de conduction-inotrope négatif
- ▶ Musculaire et neurotoxicité locales
- ▶ CI dans myasthénie
- ▶ Allergie
- ▶ Elimination rénale

Clonidine

- ▶ Agoniste alpha 2 adrénergique présynaptique--» » action au niveau de la corne post de la moëlle--» » émoussement de l'afflux nerveux nociceptif
- ▶ Action alpha 2 au niveau du locus coeruleus--» » sédation et indifférence à l'environnement
- ▶ --» » épargne morphinique

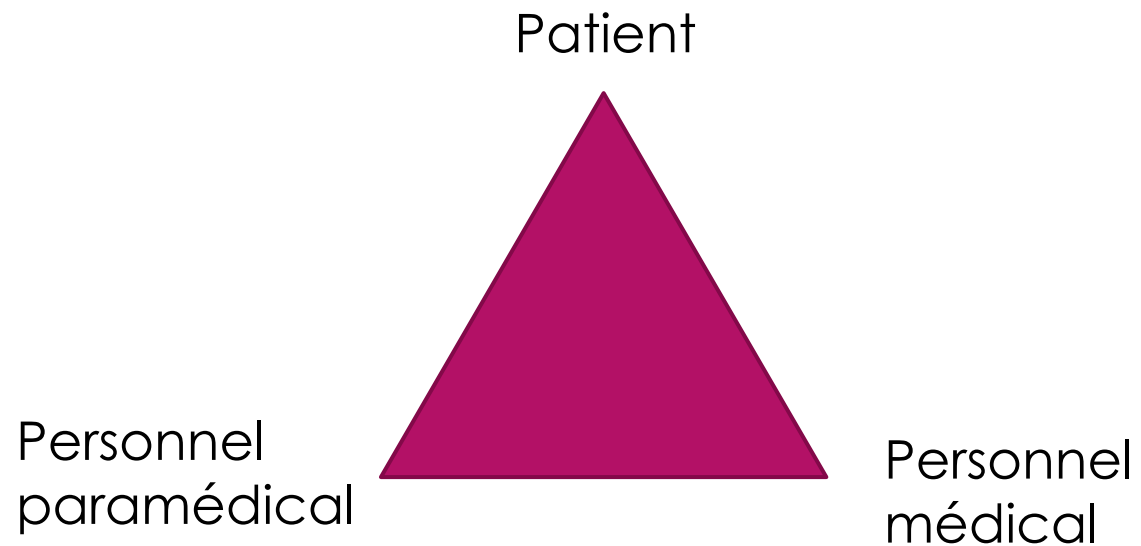
Sédation ?

- ▶ Adjuvant à l'analgésie
- ▶ Après l'étape diagnostique
- ▶ Permet au patient de tolérer une procédure désagréable en maintenant une fonction cardiorespiratoire adéquate, et la capacité de répondre aux ordres simples

- ▶ # Anesthésie : # degrés de comas, intubation ventilation, actes thérapeutiques mais toujours analgésie et confort
- ▶ !!! Réévaluation clinique

Les acteurs

- ▶ Vous !!!!! Importance de la communication



Donc

► Tenir compte de l'aspect pluridimensionnel de la douleur:

--stimuli causal

--expérience subjective

--facteurs socio-culturels et familiaux

-- effets physiologiques

Analgésie multimodale

Anticipation de l'analgésie

Traitement de tous les patients

L'union fait la force

► **Analgésie multimodale:**

--Non médicamenteuse : communication au patient (et donc entre les membres du personnel soignant ...)

--palier I->palier II->palier III

--Les adjuvants ou co-analgésiques → épargne morphinique

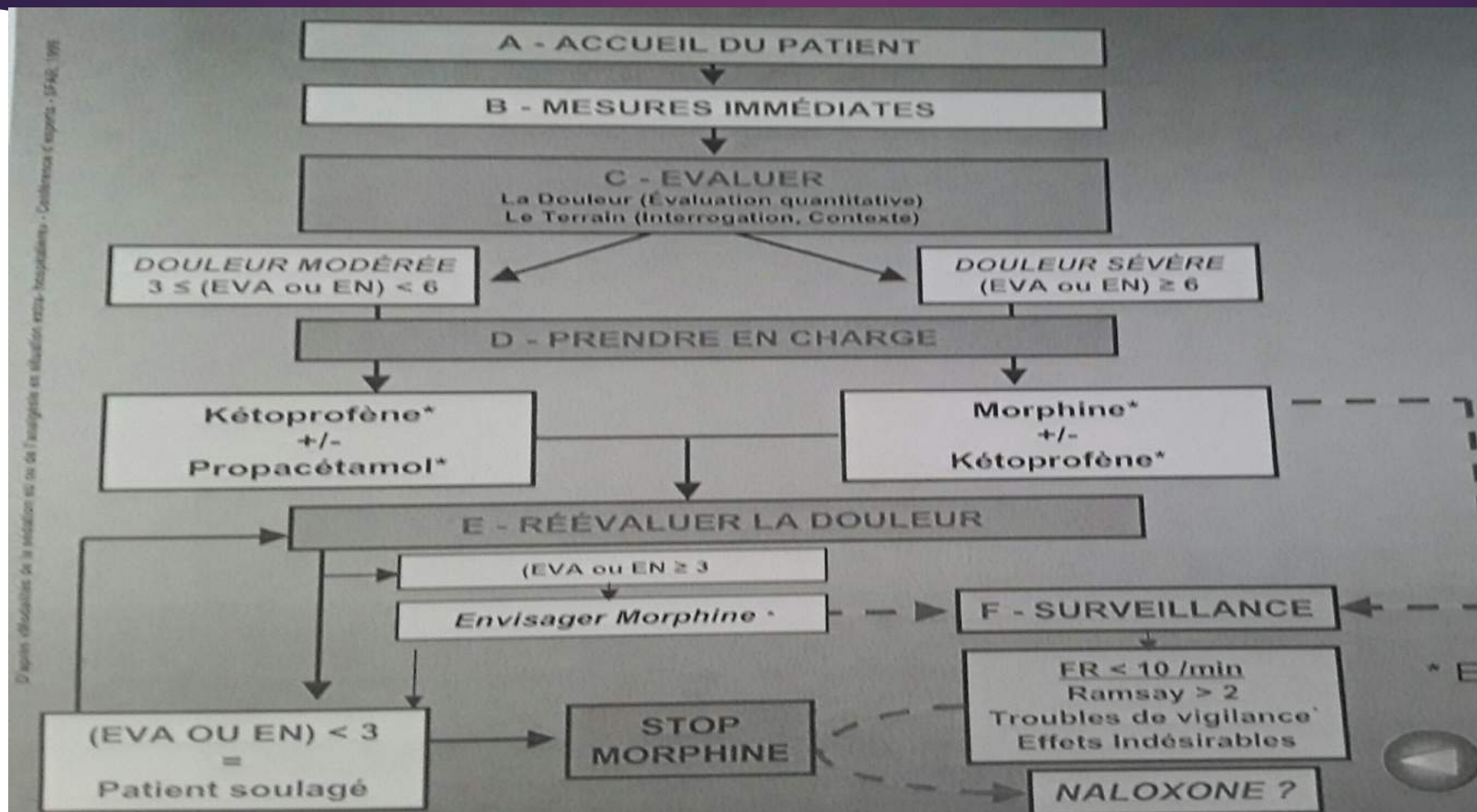
--Anxiolyse médicamenteuse

-- Anesthésiques locaux

Multiplier les moyens

- ▶ Abord du patient- professionnalisme
- ▶ Anxiolyse verbale- médicamenteuse
- ▶ Antalgiques 1 AINS
- ▶ Analgésiques centraux
- ▶ Adjuvants
- ▶ Méopa
- ▶ Sédation
- ▶ AL
- ▶ ALR
- ▶ Chaud/froid
- ▶ Immobilisation,
- ▶ Prise en charge étiologique spécifique (vidange pu,cochicine ds goutte, triptans, antispasmodiques)

Arbre décisionnel aux urgences ?



Spécificités de l'urgence

- ▶ Terrain contexte évolutivité
- ▶ Protocolisation ? Anticipation
- ▶ Formation du personnel
- ▶ Evaluation régulière des pratiques(médicales et paramédicales)
- ▶ Réactualisation régulière de la prise en charge

La personne agée aux urgences

- ▶ En Belgique : 18 % de personnes > 65 ans (population de 11.300000 hab)
- ▶ Pathologie douloureuse fréquente chez la PA: augmentation de la prévalence de douleur aiguë et sévère chez la PA
- ▶ Mais diminution de la plainte spontanée

Difficulté d'évaluation chez PA

- ▶ Altération du système inhibiteur endogène
- ▶ Atteinte de plasticité du SNC (processus de sensibilisation neuronale plus longue)
- ▶ Facteurs psychologiques (stoïcisme)
- ▶ Antécédents médicaux et expériences personnelles
- ▶ Etat cognitif entraînant une diminution de la plainte douloureuse
- ▶ Expression variable (prostration, agitation, démence ...)

Patient âgé : évolutions physiologiques

- ▶ Réduction des débits cardiaque ,hépatique et rénal : délai d'action augmenté,métabolisme et excrétion diminués= accumulation des métabolites actifs
- ▶ Augmentation du compartiment graisseux : volume de distribution des morphiniques liposolubles .
- ▶ Réduction de la capacité de liaison aux protéines: augmentation des formes libres
- ▶ ->> administration initiale prudente
- ▶ !!! Dose utile identique au jeune patient
- ▶ →> espacer les réinjections ou réduire les doses suivantes

Quelle prise en charge pour le PA

- ▶ Adopter l'échelle d'évaluation adéquate (fonctions cognitives, capacités sensorielles)
- ▶ Traiter de manière aussi énergique que pour les plus jeunes
- ▶ Adaptation des doses d'entretien en fonction de l'âge et du terrain (morphiniques)
- ▶ Respecter les CI de certains produits (AINS)

Le toxicomane aux SI

- ▶ Toxicomanie = accoutumance
 - Majoration constante des doses
- ▶ Toxicomanie = multiples produits
 - héroïne = opiacé
 - cocaïne – crack = hypersensibilité sympathique
 - Stimulants- hallucinogènes: sympathicomimétique
- ▶ Toxicomanie = dépendance 2 types:
 - psychique système de récompense (dopamine)
 - physique: syndrome de sevrage

Toxicomanie aux opiacés : héroïne - méthadone

▶ Sevrage en 4 à 6 h pour héroïne, 24 à 36 h pour la méthadone:

-hyperactivité des noyaux gris centraux noradrénergiques

-hyperactivité sympathique (hta, TC, ...) ET douleur- hyperalgie

▶ Médication si analgésie insuffisante:

-Kétamine : inhibe l'hyperactivité neuronale/ diminue l'apparition de tolérance

-Agoniste alpha 2 : clonidine , dexdor

-Sédation

Douleur neuropathique

- ▶ Clinique: fond continu type brûlures, paresthésies. Accès paroxystiques : décharges électriques.
- ▶ Systématisation à un territoire neurologique. Recherche d'hypo ou hyperesthésie dans le territoire
- ▶ Tricycliques
- ▶ Gabapentine – Prégabaline
- ▶ Tégrétol (névralgies trijumeau)

En résumé

- ▶ La douleur est délétère et d'autant plus qu'elle persiste
- ▶ Donc évaluation = reconnaître et quantifier
- ▶ Traiter vite
- ▶ Traiter fort
- ▶ Traiter le temps nécessaire
- ▶ Traiter tous les patients algiques
- ▶ Réévaluer → objectifs fixés



Merci de votre attention!!

Des questions ?