

Soins palliatifs

Douleur

Soins de support

Hospitalisation – Equipe mobile – Consultation externe

# Douleur et sujet âgé

N.SAFFON

Equipe Résonance

Douleur – soins palliatifs – soins de support



Hôpitaux de Toulouse

# Préambule

- Obligation légale :
  - « [la douleur] doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». Article L 1110-5 CSP
- Procédure qualité : Nécessité d'une traçabilité et d'une prise en charge standardisée (et néanmoins personnalisée) de la douleur.

# Douleur : définition

Sensation désagréable et expérience émotionnelle en relation avec un dommage tissulaire présent, potentiel ou décrit en ces termes.

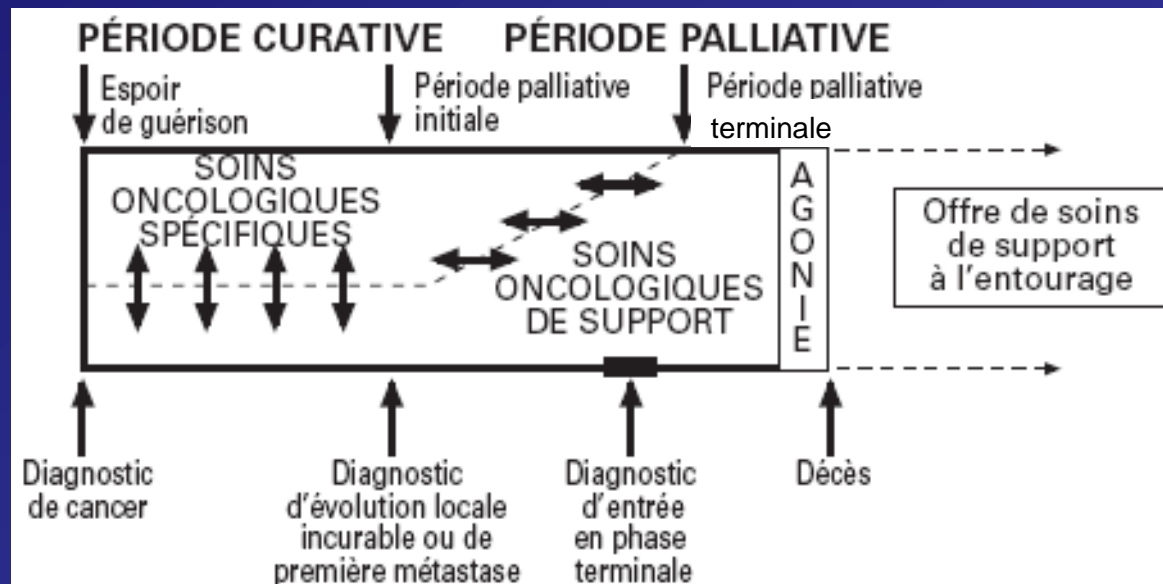
# Douleur : bio psycho social

- Composante sensori discriminative :
  - mécanismes neurophysiologiques
- Composante affectivo émotionnelle :
  - retentissement sur l'individu
- Composante cognitive :
  - ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception
- Composante comportementale :
  - manifestations verbales et non verbales observables

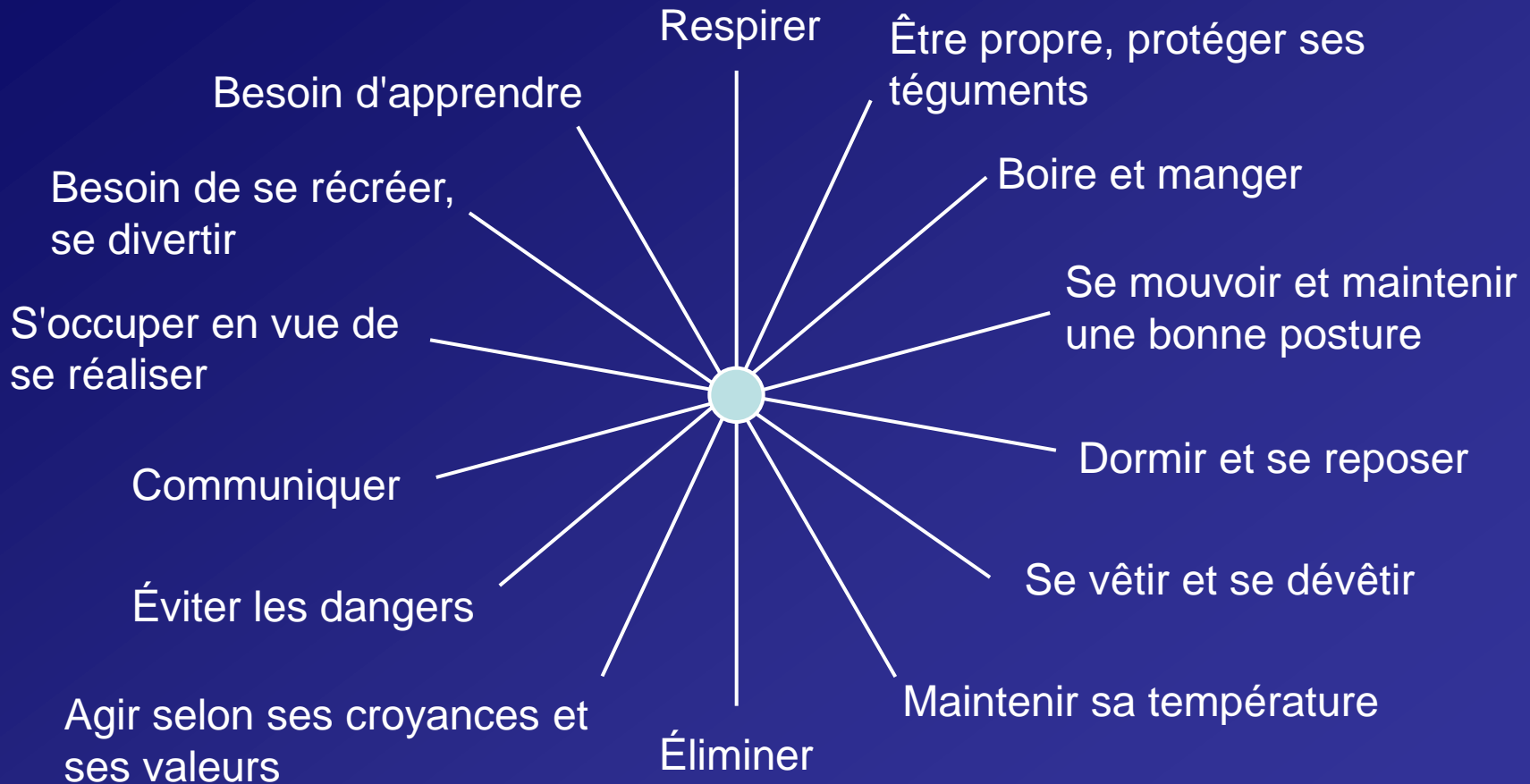
# Fin de vie, temporalité

Phase palliative : phase durant laquelle l'objectif prioritaire des traitements est l'amélioration de la qualité de vie.

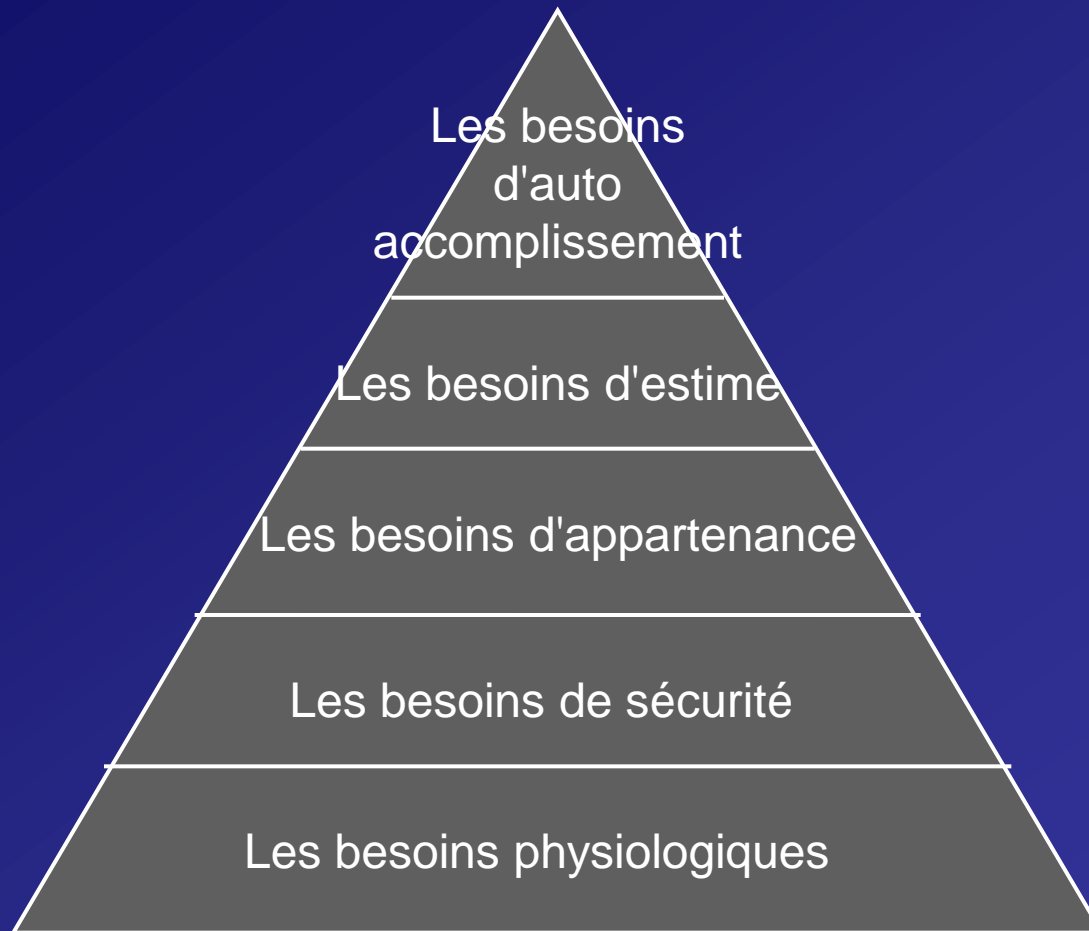
- « initiale » : les traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie.
- « terminale » : les traitements spécifiques n'ont plus d'action sur la maladie causale, ils sont stoppés.



# Soins Palliatifs – Type de Soins



# Soins Palliatifs – Type de Soins



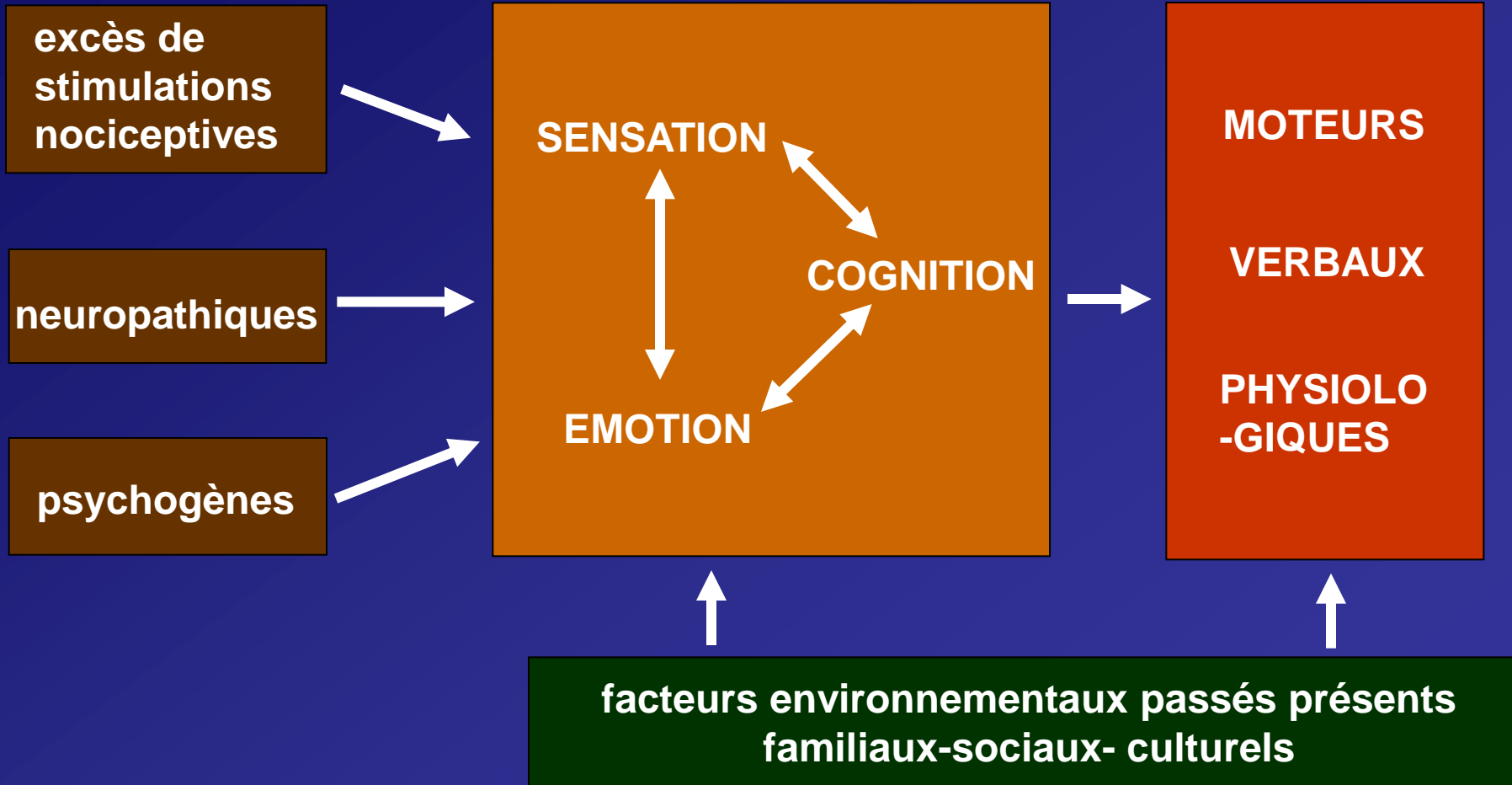
La pyramide des besoins selon Maslow

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

**MECANISMES  
GENERATEURS**

**EXPERIENCE  
SUBJECTIVE**

**COMPORTEMENTS  
OBSERVABLES**





# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance psychologique

- Elisabeth Kübler-Ross
  - Refus, déni (Ce n'est pas possible...)
  - Colère agressivité (Pourquoi moi...)
  - Marchandage (Je demande encore 2 ans...)
  - Dépression, tristesse (Pertes...)
  - Acceptation (Que cela arrive vite...)

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance socio-familliale

- anticiper une mort déclarée inéluctable
- envisager la séparation d'avec ses proches et abandonner toute position sociale

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance spirituelle

- Sens de la vie
- +/- Religieux

# Douleur : mécanisme

- Excès de nociception
  - Stimulation des nocicepteurs
- Neuropathique
  - Altération nerveuse
- Psychogène
  - Sans lésion authentifiée

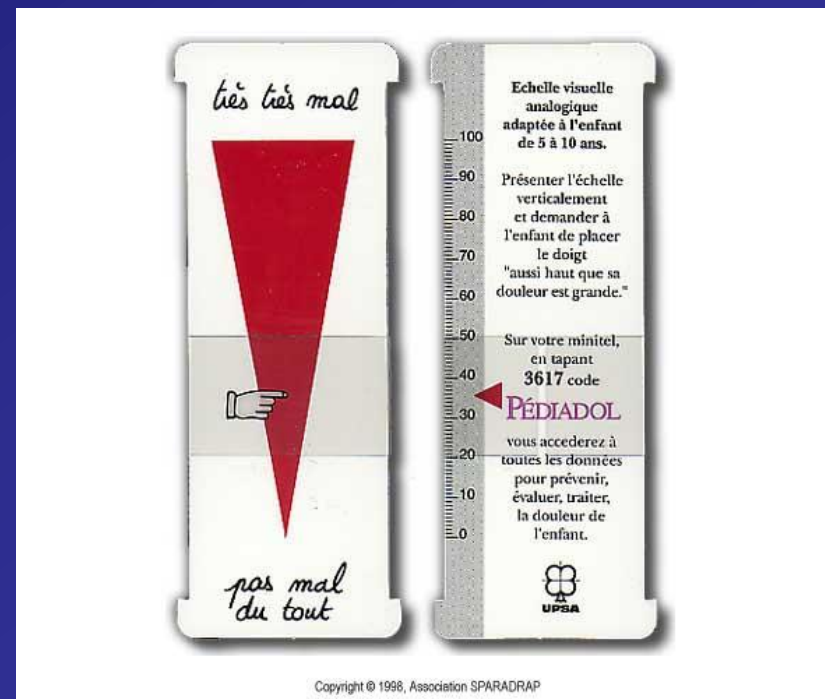
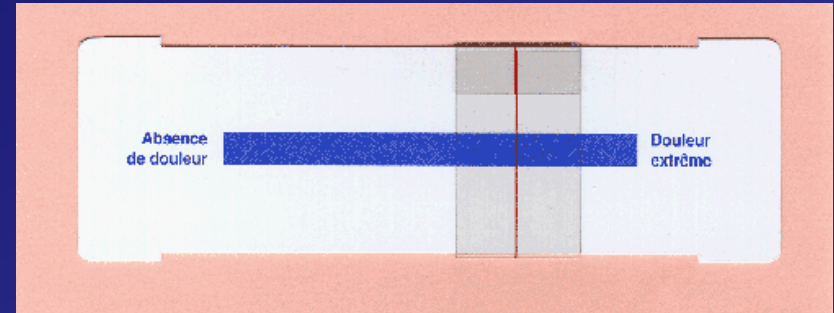
# Douleur : temporalité

**Douleur aiguë** ↔ **Douleur chronique**

<b>Finalité Biologique</b>	Utile, protectrice Signal d'alarme	Inutile, invalidante Séquelle, échec
<b>Causes</b>	Trauma, chirurgie, ... Symptôme révélateur	- Lésions évolutives (cancer, rhumatisme, ...) - ou définitives (nerf, ...)
<b>Durée</b>	Transitoire	Durable : - continue - paroxystique
<b>Conséquences Psychologiques</b>	Stress Réaction neuro-végétative	Anxiété Dépression
<b>Evolution Prise en charge</b>	Réversible si cause traitée Répond à un traitement classique « Douleur symptôme »	Auto-aggravation spontanée Retentissement comport. Approche plurimodale multidisciplinaire « Douleur maladie »

# Auto Évaluation

- Spontanée : le patient parle de sa douleur
- Entretien orienté
- Échelle Visuelle Analogique



# Auto Évaluation

- Échelle Numérique

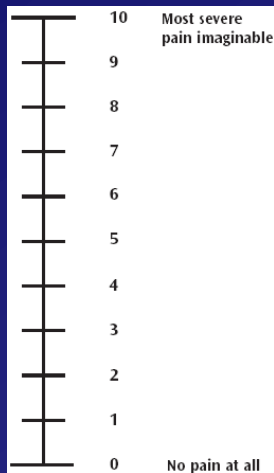
Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

- Echelle Verbale Simple

Douleur	0	1	2	3	4	Douleur max imaginable
	absente	faible	modérée	intense	extrêmement intense	

# En pratique

- Etre systématique : « signes vitaux »
- Tenir compte des barrières à l'expression de la plainte
- Etre ouvert et attentif à la formulation de la plainte
- Outil d'évaluation de l'intensité



## Echelle Verbale Simple

Douleur

absente    faible    modérée    intense    extrêmement intense

British Pain Society and British Geriatrics Society "Guidance on : The assessment of pain in older people", 2007

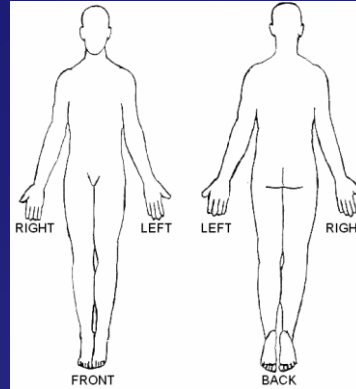
T. Hadjistavropoulos, K. Herr and D.C. Turk et al., An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons, Clin J Pain 23 (1 Suppl) (2007), pp. S1–43.

Bradley M. Wood, Michael K. Nicholas, Fiona Blyth, Ali Asghari and Stephen Gibson Assessing Pain in Older People With Persistent Pain : The NRS Is Valid But Only Provides Part of the Picture. The Journal of Pain, Vol -, No - (-), 2010: pp 1-8



# En pratique

- Préciser la localisation



- Examen clinique minutieux pour identifier les causes curables
- Préciser :
  - composante sensori discriminative
  - composante affective
  - Impact sur la vie quotidienne

# En pratique

- Tenir compte des déficits sensoriels et cognitifs



→ Hétéro évaluation

- S'aider des proches

# Échelle Doloplus<sup>®</sup> : Retentissement somatique

**1. Plaintes somatiques :** patient exprime sa douleur par la parole, le geste, les cris, pleurs et gémissements



**2. Positions antalgiques :** positions corporelles inhabituelles visant à éviter ou à soulager la douleur



# Échelle Doloplus<sup>®</sup> : Retentissement somatique(2)

3. **Protection des zones douloureuses** : Patient protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude de défense



4. **Mimiques** : le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçant, tiré, atones) et du regard (fixe, vide, absent, larmes)



5. **Sommeil**

# Échelle Doloplus<sup>®</sup> : Retentissement psychomoteur

**6. Toilette et/ou habillage** : évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec une aide



**7. Mouvements** : évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transfert - marche seul ou avec une aide



# Échelle Doloplus<sup>®</sup> : Retentissement psychosocial

**8. Communication** : verbale ou non verbale



**9. Vie sociale** : repas, animations, accueil des visites

**10. Troubles du comportement** : agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression ...

# ALGOPLUS

## Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

	Oui	Non
1 – <b>Visage:</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – <b>Regard:</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – <b>Plaintes orales:</b> « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – <b>Corps:</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – <b>Comportements:</b> Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Oui | \_\_\_ | / 5

Score  $\geq 2$  sur 5 valide la présence d'une douleur aiguë avec une sensibilité de 87%  
et une spécificité de 80%. Temps de passation 1 min.

# Evaluation

## Communicant

Douleur aiguë/chronique

- EVA
- EN
- EVS

Composante :

- DN4

## Non communicant

Douleur chronique

- Doloplus
- ECPA
- ECS

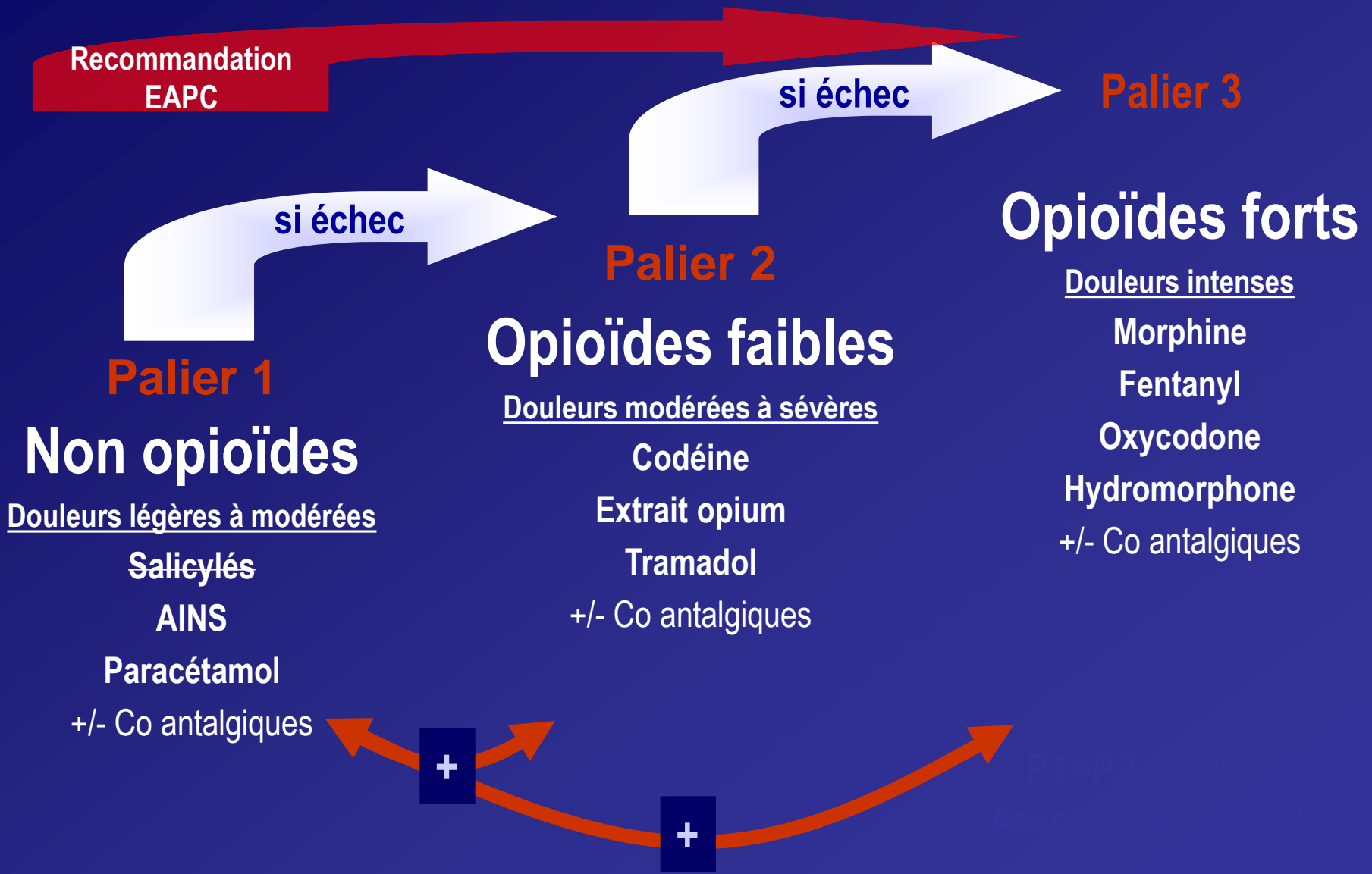
Douleur aiguë

- Algoplus



Fonction	Effet du vieillissement physiologique	Effet des pathologies
Absorption gastro intestinale et transit digestif	Le ralentissement du transit peut prolonger l'effet d'1 TTT LP entéral.	Les variations du Ph gastrique peuvent réduire l'absorption.
	Le trouble de la motilité intestinale lié aux opioïdes peut être renforcé chez la PA.	Les interventions chirurgicales digestives peuvent modifier l'absorption.
Absorption transdermique	Peu de changement en lien avec l'âge mais reste dépendant de la technologie utilisée.	La température et la technologie utilisée peuvent conduire à des modifications.
Distribution	Augmentation de la masse grasse augmente le volume de distribution des molécules liposolubles.	Age et obésité peuvent conduire à une augmentation de la demi vie.
Métabolisme hépatique	L'oxydation est variable et peut diminuer ce qui augmente la demi vie.	Cirrhose, hépatite, tumeurs peuvent perturber l'oxydation mais pas habituellement la conjugaison.
	La conjugaison est préservée.	
	L'effet de premier passage hépatique est inchangé.	
	Le polymorphisme génétique de certaines enzymes affecte le fonctionnement des cytochromes.	
Excrétion rénale	Le taux de filtration glomérulaire diminue avec l'âge, l'excrétion décroît.	L'insuffisance rénale chronique prédispose à une toxicité rénale.
Métabolites actifs	La diminution de la clairance conduit à prolonger les effets des métabolites.	Maladie rénale.
		Majoration de la demi vie.
Effets secondaires anticholinergiques	Augmentation de la confusion, constipation, incontinence...	Favorisés par des maladies neurologiques.

# Douleur nociceptive : Stratégie thérapeutique



# Recommandation AGS 2002

- Utiliser la voie la moins invasive
- Choisir une forme LP quand c'est possible
- Introduire 1 TTT à la fois, à dose faible en majorant progressivement
- Prévoir un intervalle d'introduction des TTT suffisant pour pouvoir les évaluer
- Ajustement du TTT et surveillance constante de l'efficacité et des EI
- Rotation des opioïdes

# Douleurs liées aux soins

## EMLA (crème, patch)

- 1h -> 3mm ; 2h -> 5mm
- Toujours sous pansement occlusif
- Protocole plaie : contact pendant 30min

## Protoxyde d'azote + Oxygène

- Sédation consciente
- Analgésie de surface