

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Impact d'une formation sur la  
drépanocytose et la Patient Controlled Analgesia auprès du personnel soignant**

**Auteur :** Thoelen, Julie

**Promoteur(s) :** Marini Djang'Eing'A, ; Jaspers, Aurélie

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

**Année académique :** 2018-2019

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/6359>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

# Prise en charge de la douleur du patient adulte drépanocytaire

# *Les obligations légales*

- La prise en charge de la douleur fait partie des objectifs que doivent remplir les établissements de santé.
- Cette obligation de traiter la douleur s'appuie sur :

- La loi
- Le DIRHM
- La fonction algologique

# DEFINITION

La douleur est un phénomène complexe et subjectif

*« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (I.A.S.P.).*

Elle est donc propre à chacun d'entre nous.

## La composante sensori discriminative

- Elle correspond au décodage du message sensoriel dans ses caractéristiques de :
  - qualité (piqûre, brûlure...)
  - intensité
  - durée
  - localisation
  - facteurs déclenchants

# *Composantes de la douleur*

## La composante affectivo-émotionnelle

- C'est elle qui confère à la douleur sa tonalité pénible, désagréable, agressive, difficilement supportable. Elle est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif, mais également par son contexte.
- Elle fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et peut se prolonger vers des états comme l'anxiété et la dépression

## La composante cognitive

- Ce facteur correspond à l'explication intellectuelle rationnelle que le patient fait de son état.
- Il fait appel à un acquis éducatif, culturel et social dont le contenu conduit le patient à accorder une signification propre à sa douleur.

# *Composantes de la douleur*

## *La composante comportementale*

- Elle correspond à la façon dont le patient exprime sa douleur.
- Elle est faite de manifestations motrices (plaintes, gémissements, mimiques, pleurs, cris, postures antalgiques...), verbales et non verbales, conscientes ou non.

# *Classification de la douleur*

## *LA DOULEUR*

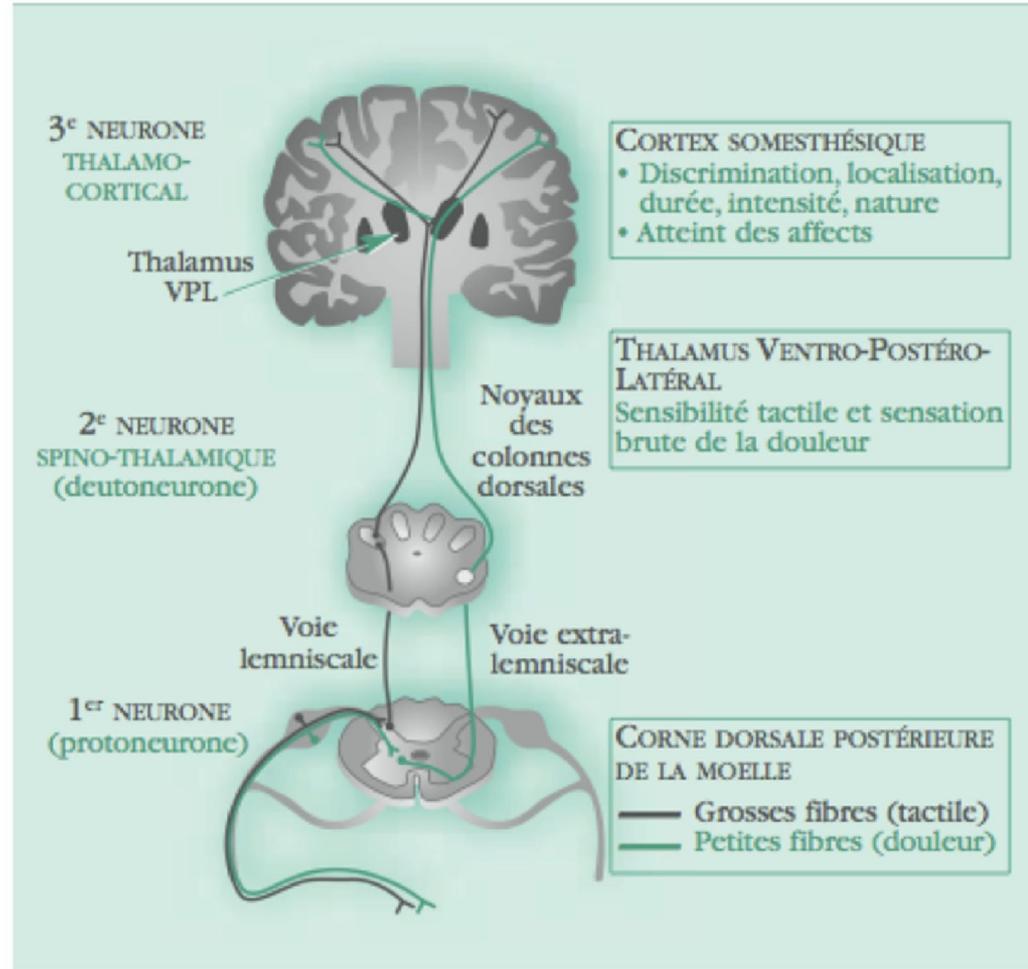
- La douleur peut être un signal d 'alarme; elle protège le corps.  
Elle est souvent le premier signe d 'un dysfonctionnement.
- La douleur peut devenir néfaste si elle n 'est pas traitée de manière adéquate.
- La douleur qui persiste ne protège plus, la douleur chronique est inutile.

# *Classification de la douleur*

- Conventionnellement, la limite séparant D+ aiguës des chroniques est de 3 à 6 mois
- On dit d'une D+ qu'elle est chronique lorsqu'elle est présente depuis 3 à 6 mois de manière **continue** ou **presque**.

# *Classification de la douleur*

- *La douleur est ce qui fait dire "j'ai mal"*
- *la souffrance est ce qui fait dire "je suis mal"*



*Figure 2: Les voies ascendantes*

# *Les neuromédiateurs*

- Acides aminés **excitateurs** : aspartate (récepteurs NMDA), glutamate
- Acides aminés **inhibiteurs** : GABA, glycine
- **Neuropeptides** : substance P, CGRP, somatostatine, cholecystokinine, neurokinine A, endorphine

# *Les contrôles inhibiteurs*

- 1. Médullaire
- 2. Tronc cérébral
- 3. Thalamus



# *Conséquences de la douleur*

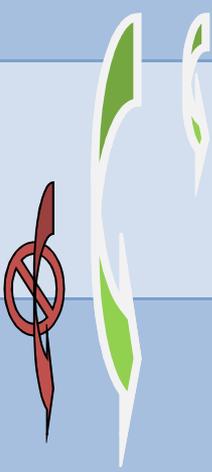
- ↑ Morbidité
  - Diminution fonction pulmonaire
  - Diminution mobilité
  - ↑ complications thrombo-emboliques
  - ↑ complications cardiaques
- ↑ Risque de développer douleur chronique

## ► *Douleur nociceptive*

- Activation des voies de la douleur par une stimulation douloureuse sur les nocicepteurs
- Dans ce types de douleur, le système nerveux est « intact » et on observe une bonne réponse aux antalgiques

## ► *Douleur neuropathique*

- Douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somato–sensoriel

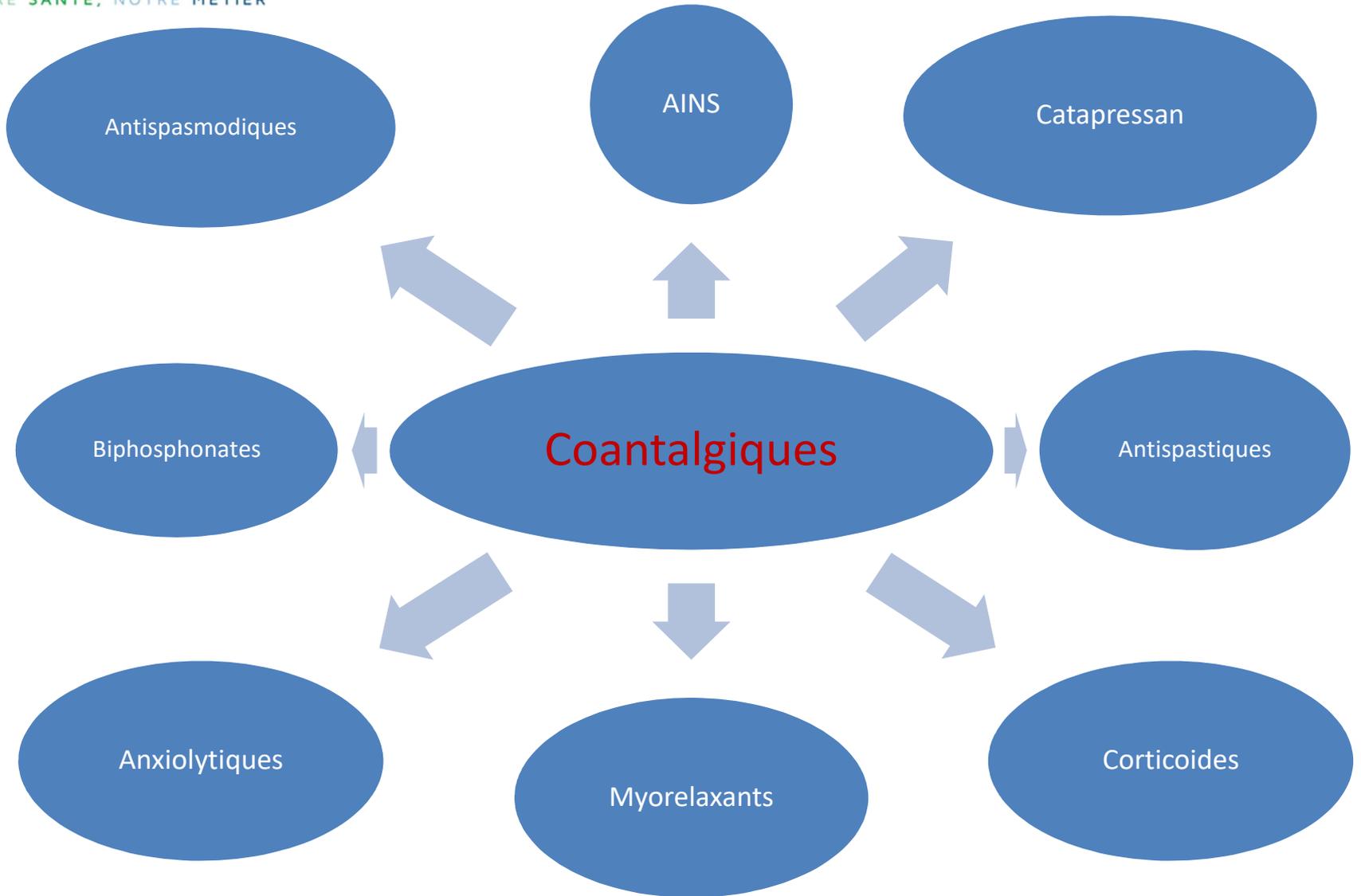
Association des paliers	Association des paliers	Traitement
	Palier I EVA≤30	<b>Paracétamol</b> : 1g/6h maximum 4-6g/24h
	Palier II 30≤EVA≤70	<b>Opioides faibles</b> (associés ou pas au paracétamol) <ul style="list-style-type: none"> <li>•Codéine + paracétamol : 1-2cp jusqu'à 3x/j</li> <li>•Tramadol : LI 50mg (100-400mg/j en 3-4x), LP 100-200mg (100-400mg/j en 1-2x)</li> <li>•Tramadol + paracétamol (<i>Zaldiar</i>®) : 1-2cp/4h-6h</li> </ul>
	Palier III EVA≥70	<b>Opioides forts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Morphine LI (durée d'action 4h) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>MS direct</i>® : cp de 10mg</li> <li>➤ <i>Oramorph</i>®: gouttes (1ml=16gttes=20mg), sol (oral) 2mg/ml</li> </ul> </li> <li>•Morphine LP (durée d'action 12h) : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Morphine teva</i>® et <i>MS contin</i>®:cp de 10-30-60-100mg</li> </ul> </li> <li>•Fentanyl <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sublingual (<i>Abstral</i>®) : cp de 100-800µg, pour ADP, 100µg à augmenter progressivement jusqu'à 800µg 4x/j max</li> <li>➤ Nasal (<i>Instanyl</i>®) : 50-100-200µg/dose, pour ADP, 50 à 100µg à augmenter progressivement jusqu'à 200µg 4x/j max</li> <li>➤ Transdermique (<i>Durogésic</i>®, <i>Fentanyl</i>®, <i>Matrifen</i>®) : patch de 12.5 à 100µg/h</li> </ul> </li> <li>•Oxycodone <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voie orale LI (<i>Oxynorm</i>®) : cp instant de 5-10-20mg, débiter 5mg jusqu'à 6x/j puis augmentation progressive.</li> <li>➤ Voie orale LP (<i>Oxycontin</i>®) : cp de 5 à 80mg , débiter 5mg 2x/j puis augmentation progressive.</li> <li>➤ Voie parentérale LI (<i>Oxynorm</i>®) : 20mg/2mg ou 50mg/ml</li> </ul> </li> <li>•Hydromorphone (<i>Palladone</i>®) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voie orale LI : caps de 1.3 et 2.6mg, 1 caps jusqu'à 6x/j</li> <li>Voie orale LP : caps de 4 à 24mg, débiter à 4mg 2x/j puis augmentation progressive</li> </ul> </li> </ul>
Patient hyperalgique	<b>Titration de morphine IV</b> : ampoule de 10 à 40mg/ml, titrer 1-3mg toutes les 5 à 10min jusqu'à EVA≤30. Surveillance sédation, respiration, PA	

## *Cas particulier du Tramadol*

- Opioïde faible du palier II
- Recommandations SFAR 2010 : association Tramadol-morphine n'est pas contre-indiquée
- Tramadol = agoniste  $\mu$  faible mais aussi inhibiteur de la recapture 5-HT et NA  $\rightarrow$  action spécifique sur les douleurs à caractère neuropathique et intérêt en association à la morphine

# Les associations de niveau

- 1+3
- Les AINS
- 2+3 et cas particulier du Tramadol





## *Ca ne marche pas*

- Vérification de l'**observance** du traitement
- **Identifier** la présence d'une composante neuropathique et la traiter
- Revoir les traitements **coantalgiques**
- Evaluer la composante **anxio-dépressive**
- Effectuer soit :
  - Un changement de la molécule
  - Changer de voie d'administration

# *Facteurs de risques de chronicisation*

- Yellow flags
  - Catastrophisation : « c'est grave »
  - Dépression – anxiété
  - Famille : trop ou pas assez soutenance
  - Travail- scolarité : insatisfaction ou conflit
  - Attente passive d'un traitement
  - ....

# *L 'Evaluation de la douleur*

*UN OUTIL DE  
COMMUNICATION*

# Evaluation de la douleur

## Pourquoi?

- Démarche préalable à la décision thérapeutique
- Soulager la douleur
- Améliorer la qualité de la relation soignant-soigné
- Rend le patient acteur de sa prise en charge
- Permet une analgésie adaptée à la douleur
- Critères communs à l'équipe

## Comment?

- Echelle Numérique ( E.N)
- Protocole d'auto-évaluation et de prise en charge de la douleur chez l'adulte au CHR Liège

# *L 'Evaluation de la douleur*

## LES OUTILS :

- E.N. (échelle numérique)
  - le patient choisit un chiffre de 0 à 10 qui correspond le mieux à sa douleur

# *L 'Evaluation de la douleur*

## Echelles d 'HETERO-évaluation

- Echelles comportementales
- Utilisées quand le patient ne sait ou ne peut plus s 'exprimer
- Ex. : Dolo+, ECPA chez la P.A, DEGR chez l 'enfant...

# *L 'Évaluation de la douleur*

## REGLES FONDAMENTALES

- Toujours expliquer la méthode et lui faire faire un test préalable
- Sensibiliser toute l'équipe à l'utilisation de l'outil
- Evaluer à horaire régulier
- La question posée doit être précise

# *L 'Evaluation de la douleur*

## **ECUEILS ET CONSEILS**

- Respecter les modalités de fonctionnement d'une échelle (elle est valide dans un cadre défini)
- Une échelle ne mesure qu'un paramètre à réintégrer dans le contexte global
- Ne pas se cacher derrière l'outil.  
Il doit rester au service de la relation et de l'écoute sans jamais les remplacer

## Plan de soins d'auto-évaluation et de prise en charge de la douleur chez l'adulte hospitalisé (en US ou Hospitalisation de jour) par l'infirmier(e)

**Objectifs: CIBLE: DOULEUR ≤ 3**

Dépistage systématique de la douleur chez tous les patients adultes hospitalisés au CHR  
 Détecter le patient à risque de développer des douleurs

**Equipe Algologique:**

**J. Rusalen: 8928**

**S. Mauviel: 8514**

**Dr C. Dresse: 7113**



### 1ère étape:

Poser les 2 questions à l'admission du patient

1. Avez-vous mal en ce moment ?
2. Avez-vous mal depuis plus de 3 mois ?

 **Les évaluations doivent être notées dans le dossier infirmier**

Si au moins 1x OUI

NON

### 2ème étape: Evaluation avec échelle adaptée et validée

Si DOULEUR > 3

Poser les questions suivantes:

- Où avez-vous mal ?
- Comment avez-vous mal ?
- Comportement qui augmente ou diminue la douleur ?
- Avez-vous un traitement antidouleur en cours ?

Evaluation 1X par pause avec échelle adaptée et validée



- **Evaluation de la douleur à chaque fois que le patient exprime une plainte douloureuse.**
- **Evaluation de la douleur avant, pendant, après un acte invasif ou en post-opératoire.**

### 1. Traitements non Pharmacologiques

- Croire le patient
- Ecoute/ empathie
- Voix douce, apaisante
- Ambiance calme, tamisée
- Relaxation
- Installations, Mobilisations
- Distraction ( TV, musique)
- Exercices respiratoires
- Penser aux prothèses (lunettes, dents...)

**2. Traitements Pharmacologiques**  
 Voir feuille thérapeutique

### 3ème étape: Réévaluation avec échelle adaptée et validée après 60 minutes Maximum

Si DOULEUR > 3

NON

OUI

Appeler médecin de salle ou de garde

**Evaluation du Patient communiquant:**

Auto évaluation

Echelle Numérique (E.N)

**Evaluation du patient Non communiquant**

Hétéro évaluation

Echelle Comportementale de la Personne Agée (ECPA)

### Légende

 Evaluations

 Traitements

 Recommandations

# La Douleur chez la personne atteinte de Drépanocytose

# Complications « aiguës »

1. La crise vaso-occlusive (CVO)
2. Le syndrome thoracique aiguë (STA)
3. Les accidents vasculaire cérébraux (AVC)
4. L'infection
5. Le priapisme

# Complications

## 1. Les crises vaso-occlusives :

Complication aigue la plus fréquente

Douleurs multiples

→ motif d'hospitalisation le plus fréquent

- Crise ischémie tissulaire douloureuse
- Cause de mortalité la plus fréquente
- Pronostic des crises lié à l'association de complications possible dans tous les territoires vasculaires
- **Les crises touchent le plus souvent les os long, le rachis, le bassin et l'abdomen.**
-

# Complications

## 2. Le syndrome thoracique aigu (STA)

- Souvent succède ou s'associe à la crise vaso-occlusive et peut mettre en jeu le pronostic vital en l'absence de traitement adapté

### Symptômes:

- Douleurs thoraciques, dyspnée, fièvre, toux, anomalies Rx thorax (image d'ARDS)
- Hypoxémie, hypercapnie
- Mécanisme complexe: hypoventilation, vaso-occlusion, **embolie graisseuse**, infections.

# Complications

## 3. Les accidents vasculaire cérébraux (AVC)

- Surviennent dans l'enfance et concerne 10 à 15 % des patients drépanocytaires homozygotes (atteinte des gros vaisseaux)
- A l'Age adulte se sont des hémorragies cérébrales et des AVC distaux sans anomalie des gros vaisseaux

Les AVC, sont souvent d'origine ischémique

Ils sont liés à la synergie entre :

- hémolyse chronique
- anémie avec hypoxie
- anomalies vasculaires

**Héparine non indiquée risque HH ++**

**!!!signes neuro!!!**

# Complications

## 4. Les infections

Elles sont responsables d'une part importante de la mortalité et de la morbidité

- Pneumopathie
- Ostéomyélite
- Méningite
- septicémie

# Complications

## 5. Le priapisme

Au moins 40% des patients drépanocytaires rapportent des épisodes de priapisme.

- Risque d'impuissance définitive
- Douleur
- Episodes intermittents résolutifs sont souvent annonciateur → intérêt d'une consultation précoce chez l'urologue.



< 3 h d'évolution: injection intra caverneuse

> 3h bloc urologique pour drainage des corps caverneux

## Caractéristique de la douleur

La douleur chez la personne drépanocytaire est :

- Imprévisible
- souvent brutale
- d'emblée intense avec un retentissement psychologique important

**Les douleurs sont très intenses dépassant les capacités d'endurance des patients et les possibilités thérapeutique.**

# Caractéristiques de la douleur chez la personne drépanocytaire

-La vaso – occlusion est à l'origine de la composante nociceptive qui explique la plus grande partie du syndrome drépanocytaire par le biais d' une synthèse des prostaglandines, sérotonine, substance P ...

-A cela s'ajoute une composante neuropathique.

on retrouve :

- sensation de brûlure
- Picotement
- engourdissement

Mais également:

- névralgie trigéminal
- compression nerveuse
- polyneuropathie démyélinisante

-l'aspect psychosociale

- Réf : Médecine thérapeutique
- Complications aiguës de la drépanocytose de l'adulte « physiopathologie au traitement »
- vol 18, numéro 4 octobre-novembre-décembre 2012

# La douleur

La douleur peut prendre différentes formes selon l'organe atteint:

- Douleurs osseuses
- Douleurs abdominales
- Autres.

On compte en moyenne 2 à 3 accès douloureux par an/ patient qui peuvent durer de quelques heures à quelques semaines

# La douleur

- Les crises douloureuses fréquentes induisent une diminution du seuil de tolérance à la douleur
- Risque de plasticité neuronale → D+ chronique
- Contexte anxiogène induit par la douleur et la crainte du diagnostic
- Anxiété → Angoisse → Dépression

**Importance de proposer une prise en charge psychologique**

# *L 'Evaluation de la douleur*

**Pour que la douleur ne soit pas niée**

**Apprenons à mieux communiquer**

# Prévention-Education

- Hygiène corporelle( lavage des mains, dents...)
- Efforts physiques adaptés, repos
- Alimentation saine et variée ( fruits et légumes frais)
- Hydratation ( boire au moins 2,5l d'eau par jour)
- Surveillance de la T° ( si supérieur à 38° → medecin )
- Eviter les écart de T° (chaud, froid) environnement
- Eviter les endroit mal aérer
- Eviter l'altitude ( plus de 1500 mètres)donc le voyage en avion
- Eviter tout ce qui peut provoquer un ralentissement de la circulation sanguine (vêtements serré, jambes croisées...)
- Surveiller la couleur des urines
- Consulté régulièrement son médecin
- Eviter l'alcool et le tabac
- Eviter le stress

• Réf : HAS 18 décembre 2013

• Rev Med Brux 2005 » la drépanocytose : affection exotique ou problème de santé publique en Belgique »

•  
•  
•  
•

PCA

- La PCA est la technique de référence, réputée pour être la plus efficace pour administrer des morphiniques forts à un drépanocytaire en crise
- Ne favorise pas la toxicomanie
- Ne dispense pas l'évaluation et l'administration d'autres antalgiques