

4<sup>e</sup> Journée des Actualités de la douleur

# la douleur dans les extrêmes

Sous l'égide du **réseau douleur PACA OUEST**

Organisation : **Dr Daniel Francon**

Modérateurs : *Dr Philippe Roussel & Dr Daniel Francon*

Jeudi 3 novembre 2011

- Chez le sujet âgé
- Chez l'enfant
- En situations urgentes...

**Espace  
Bargemon  
MARSEILLE**



## **Les accès douloureux paroxystiques dans la douleur du cancer : règles de prise en charge thérapeutique.**

Dr O.BREDEAU Ph MD. CETD - CHU Nîmes -Hôpital Caremeau

Les accès douloureux paroxystiques(ADP) dans la douleur du cancer ont été décrits en 1990 par Portenoy (1) et sont définis comme « une douleur transitoire, sévère, atroce, qui dure de quelques secondes à des heures et est superposée sur une douleur de fond contrôlée avec une intensité modérée ou meilleure par un traitement opioïde » (2). ADP n'est pas une douleur de fin de dose ou une douleur provoquée par les soins ou la mobilisation.

Les caractéristiques de l'ADP : On observe de 1 à 5 ADP par jour et par patient, en moyenne. Les ADP sont d'installation rapide, entre 3 et 5 minutes<sup>1</sup> ; la durée médiane des ADP voisine de 30 minutes, variant entre 15 minutes et 1h ou 1h30<sup>1</sup>, 50% des ADP durent moins de 30 minutes. Ils ont des conséquences psychologiques : anxiété, dépression et troubles du sommeil et sociale : isolement , diminution des activités...

L'évaluation doit comprendre la mesure l'intensité de la douleur de base et dans un deuxième temps la mesure de l'intensité de l'ADP. Il faudra évaluer la réponse au traitement proposé.

Le caractère bref et spontané de la douleur de ADP entraîne une réponse thérapeutique bien définie par l'utilisation des citrates de fentanyl transmuqueux nasal ou buccal. Les différents produits à disposition sont :

- L'asbtral : absorption sublingual
- L'enfentora : oravescent, absorption muqueuse buccale
- L'intanyl et pecfent : absorption muqueuse nasale

Ces différentes formes galéniques ont des tolérances identiques, une efficacité en 5 à 15 minutes. Il s'agit d'une vraie réponse par rapport aux autres opioïdes forts à libération immédiate (actiskenann et oxynorm). Il existe quelques différences sur la reproductibilité de l'effet antalgique.

La prescription :

La titration du citrate de fentanyl est indispensable. Une prise au début de la douleur, une deuxième au bout de 15 minutes si résultat insuffisant de première dose. En cas de deux prises, l'accès suivant sera traité avec une posologie double de la première prise pour l'accès précédent et ainsi de suite jusqu'à l'équilibre.

La surveillance :

- L'intensité de la douleur de l'ADP
- Les effets secondaires : constipation, nausées vomissements, céphalées, somnolence, confusion pour les plus fréquents
- Le surdosage : somnolence (score de Rudkin) et fréquence respiratoire inférieure à 10.

En conclusion, la prise en charge des ADP à partir de la bonne connaissance clinique de la douleur du malade atteint de cancer permet une réponse thérapeutique médicamenteuse adaptée au patient et répondant à sa demande soulagement.

1- Portenoy , Hagen : Pain1990;41:273-281

2- Zeppetella J and Portenoy RK : Management of Breakthrough Pain :286-295 in Cancer Pain 2008 éditeur: Hodder Arnold

## *La prise en charge de la douleur en soins palliatifs*

Sébastien Salas

La prise en charge de la douleur en soins palliatifs est un enjeu majeur qui s'inscrit dans les textes législatifs. Ainsi la loi Léonetti de 2005 affirme que "toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur". Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique et à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils s'inscrivent donc dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. La douleur en soins palliatifs est donc par définition une douleur dans les extrêmes : extrême par l'intensité, la complexité et par le caractère holistique de celle-ci.

L'objectif de cette intervention sera donc de présenter les traitements médicamenteux pouvant être utilisés dans ces circonstances à travers les recommandations de l'AFSSAPS de 2010. En préambule une discussion sur la représentation sociale des soins palliatifs sera nécessaire car bien identifier les patients dans ce type de situation est essentiel pour porter les bonnes indications.

## **DOULEUR et SUJET AGÉ...**

### **Quoi de neuf dans l'évaluation ?**

**Patrice RAT CHU Marseille**

**Service Pr Frances Hôpital Nord**

**Françoise CAPRIZ CHU Nice**

#### A/ ANALYSE DE LA SITUATION

1/ Résultats de l'évaluation par le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) du PLAN DOULEUR 2006-2010 (Mars 2011) :

:

- La question de la diffusion des recommandations et des outils en médecine de ville est rémanent ++
  
- Fréquence ++ de la douleur provoquée par les soins chez les personnes âgées. Ainsi l'enquête REGARDS (Recueil Epidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants : 35 686 gestes) retrouve :
  - Une prévalence de la douleur de 40 à 85 %
  - Une douleur intense à sévère dans 2/3 des cas
  - Un Soulagement < 50% (< 20% en cas de démence)
  - Une analgésie spécifique pour moins de 1% des gestes

#### 2/ Législation actuelle:

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental des personnes. Ainsi l'absence de prise en charge de la douleur est qualifiée de faute par le tribunal administratif (cf. CNRD mise en ligne avril 2008) et engage la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien. Cependant comme il s'agit d'une obligation de « moyens », la traçabilité devient une priorité mais encore trop peu réalisée (cf. IPAQSS et Audit HAS 2006)

#### B/ L'ÉVALUATION ALGO-GERONTOLOGIQUE

Multiplicité des situations d'évaluation :

1/ Selon les possibilités de communication de la personne :

- Lorsque le personne âgée est communicante (= consensus lorsque le MMSE  $\geq$  18) l'utilisation des échelles d'auto évaluation est possible et validée mais PROIRIT2 0 L'EVS ou l'EN. Les échelles de description verbale de la douleur (ex QDSA ou DN4) n'ont pas été spécifiquement validées en gériatrie.
  
- L'évaluation des patients atteints de troubles de la communication verbale pose problème. En effet, certains patients n'expriment pas spontanément leur douleur et celle ci doit être attentivement recherchée en cas de modification de comportement.

L'American Geriatric Society a ainsi identifié six classes principales de comportements potentiellement impliqués dans la douleur chronique. La présence de douleur est confirmée *a posteriori* par l'amélioration et/ou la disparition des signes comportementaux *après* la prise en charge antalgique (intérêt des réévaluations régulières).

Des échelles d'évaluation comportementale ont donc été développées puis validées pour une utilisation gériatrique (DOLOPLUS®, ECPA®, PACSLAC, ALGOPLUS®). L'utilisation des ces échelles nécessite le plus souvent une formation préalable et un entraînement car la cotation ne doit pas refléter l'interprétation du soignant (ex le patient crie « parce » qu'il est dément) mais bien la présence ou non du comportement ciblé par l'échelle (Il est à noter qu'Algoplus® est largement moins dépendante de cette nécessité)

2/ Selon le lieu de l'évaluation :

- Propositions pour la prise en charge de la douleur du Sujet âgé admis aux Urgences:  
→ priorité à la rapidité de l'évaluation
- Propositions pour la prise en charge de la douleur du Sujet âgé admis dans les autres services de soins ou à domicile → compromis entre faisabilité de l'évaluation en routine quotidienne et efficacité (= sensibilité) de la détection.

3/Selon la pathologie douloureuse : aiguë ou chronique ...

### **Consensus de recommandations pour l'évaluation globale du sujet âgé douloureux**

a/ Quel que soit l'âge et /ou le degré des troubles cognitifs, tenter de pratiquer une autoévaluation de la douleur chez tous les patients.

b/ Cibler les situations potentiellement douloureuses (aide à la prise en charge au plan préventif).

c/ Rechercher l'aide de personnes connaissant bien le patient (famille, aidants, soignants à domicile).

d/ Pratiquer une hétéro-évaluation est indispensable pour les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale mais cela peut aussi être utile dans le cadre de l'évaluation globale de tout patient âgé.

e/ Pratiquer un test antalgique d'épreuve.

f/ Réévaluer régulièrement le patient.

Conclusion :

Pour éviter les syndromes de régression entraînés chez les personnes âgées par les douleurs spontanées ou celles induites par les soins, les équipes soignantes doivent utiliser de façon dynamique les outils validés d'évaluation de la douleur, seuls garants de l'appréciation de l'efficacité des thérapeutiques antalgiques.

## *L'évaluation de la douleur au téléphone pendant la régulation*

Dr Marc FOURNIER SAMU 13, AP-HM.

Pr Pierre MICHELET Pôle RUSH, AP-HM

La régulation médicale, est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin d'un centre d'appel dédié aux urgences. Le médecin régulateur détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, oriente le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée.(1)

La douleur est un motif fréquent d'appel. Elle peut être le motif principal mais fait le plus souvent partie d'un syndrome ou la douleur n'est pas nécessairement le signe le plus préoccupant pour le régulateur.

L'évaluation de la douleur au téléphone est recommandée par le référentiel de régulation. Les réponses à cette plainte sont multiples et correspondent aux moyens dont disposent les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA). Ils vont du conseil médical à l'envoi d'une équipe du Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en passant par l'envoi de médecins libéraux ou de transporteurs sanitaires.

### Données épidémiologiques

En 2010 le CRRRA 13 a régulé 459000 appels. Pour 8.3% d'entre eux le motif principal retenu est une douleur. 22% de ces douleurs sont localisées au niveau thoracique, viennent ensuite les douleurs abdominales, les douleurs rhumatismales et les céphalées. En 2006 une analyse des dossiers traités par la permanence de soins du SAMU de Versailles a retrouvé l'existence d'une douleur dans 30% des cas. Les principales causes d'appels motivés par un contexte douloureux étaient d'origine : abdominale (21 %), ORL (18 %), traumatologique (16 %) ou rhumatologique (11 %) (2).

Mais la douleur est aussi présente dans tous les traumatismes ce qui représente 6 % des dossiers de régulation. Au total sur les données du SAMU 13 on peut considérer que ce symptôme est présent pour 14.3% des appels. Une étude réalisée en 2007 au SAMU de Fort de France dénombrait 48% de douleurs traumatiques et 11% d'appels pour des douleurs non traumatiques (3). À travers les résultats de ces études on perçoit déjà la grande variabilité de considération du symptôme douleur par les médecins régulateurs.

### Évaluation de la douleur

L'analyse de la douleur en régulation est réalisable. 19 médecins régulateurs hospitaliers du SAMU 13 ont répondu à une enquête menée en 2011 (4). Il ressort de cette étude que 52% des médecins interrogés ne connaissent pas de référentiel de prise en charge. 84% d'entre eux l'évaluent, mais seulement 43% le font systématiquement. L'échelle numérique semble la plus adaptée elle est utilisée par 52% des régulateurs tandis que 31% préfèrent l'EVS. L'évaluation peut être faussée par

l'anxiété des témoins ou du patient ou par le contexte, comme lors d'accident de la voie publique. On peut améliorer celle-ci par l'ajout d'une composante comparative entre le moment où la douleur était la plus violente et la douleur actuelle. La typologie de la douleur est également importante, elle doit être précisée par des questions indirectes pour prendre toute sa valeur, en particulier dans le contexte de douleur thoracique.

Il semble cependant que l'évaluation à distance favorise une surestimation de l'intensité de la douleur. Tous ces éléments expliquent la grande variabilité de réponse qui va du conseil médical au SMUR.

#### Prise en charge de la douleur : la réponse du régulateur

Il est difficile d'analyser la réponse des régulateurs à une symptomatologie douloureuse tant le cadre nosologique varie. Si l'on explore les réponses en fonction des localisations douloureuses, on constate que les douleurs thoraciques sont le plus souvent prises en charge par un SMUR (78.3%), décision motivée par les recommandations fortes concernant les syndromes coronariens aigus, mais seul 35% des patients bénéficient d'un traitement analgésique.

30% des douleurs abdominales profitent d'un conseil médical ou, dans la même proportion, d'un transport par VSAV ou ambulance et seulement dans 15% d'un médecin à domicile. La réponse par le transport, s'il ne permet pas de proposer une antalgie immédiate, peut s'expliquer par la nécessité d'examen complémentaires mais parfois également par l'absence de permanence de soins. Les traitements symptomatiques à visée digestive sont très souvent présents dans les pharmacies familiales justifiant l'importance du conseil médical.

En dehors d'un contexte traumatique, les régulateurs donnent majoritairement un conseil médical pour les douleurs du rachis, dans 36% des cas ils prescrivent un transport sanitaire, dont la moitié en VSAV et finalement dans 18% des cas envoient un médecin. Ce type de douleur peut nécessiter un brancardage en équipe ou une immobilisation ce qui explique l'envoi de moyens pompiers plutôt que d'une ambulance privée. Par ailleurs, dans ce contexte, tout comme les douleurs abdominales, des examens complémentaires sont souvent nécessaires motivant un transport plutôt que l'envoi d'un médecin au domicile.

Les céphalées bénéficient pour moitié d'un conseil médical, l'autre moitié étant également répartie entre transport et envoi d'un médecin. Cette symptomatologie correspond le plus souvent à des pathologies chroniques qui expliquent la possibilité de prescription d'un antalgique présent au domicile ou par un médecin.

#### Conclusion :

La prise en charge de la douleur en régulation est une problématique complexe, les médecins régulateurs doivent être mieux formés et sensibilisés. La vigilance qui leur est demandée quant au dépistage des pathologies les plus graves ne doit pas leur faire oublier le devoir d'assurer à tout patient des soins visant à soulager leur douleur. Des signes encourageants montrent une évolution des mentalités à travers l'augmentation des communications dans les congrès d'urgentistes concernant la douleur, ou la formation et la mise en place d'évaluation de la douleur par les ambulanciers et les secouristes. Cependant le contexte économique et les moyens disponibles rendent difficile la prise en charge, dès la plainte, de toutes les douleurs, ce qui se traduirait par une augmentation des interventions médicalisées. Une perspective intermédiaire passerait par la

délégation de l'antalgie aux secouristes et aux ambulanciers encadrée par des protocoles. Quelques Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) le mettent en place en s'appuyant sur des infirmiers volontaires à bord des VSAV.

1. Samu de France : Guide d'aide à la régulation médicale. SFEM édition
2. A. Queffelec et coll : Douleur en régulation de la permanence des soins. Douleurs, 2007, 8, Hors série 1
3. F. Besnier et coll : Intérêt de la régulation médicale au SAMU-Centre 15 du CHU de fort de France. JEUR 20 ; 2007 (S90-S93)
4. S. Eyang-Nkiet : évaluation de la prise en charge de la douleur aigue en préhospitalier : exemple des douleurs thoraciques dans le SCA ST+ mémoire D.U Douleur 2011.



## *Douleur et psychiatrie : les difficultés à résoudre*

Thérèse Pla Dhomont, psychologue clinicienne

-ASM – Limoux – Secteur 4 – Dr Guillaume Delamerie

Dans les hôpitaux centrés sur les soins somatiques, la douleur physique est prioritaire par rapport à la douleur morale même si cette dernière est de plus en plus prise en charge. En santé mentale, les soignants sont là pour s'occuper avant tout de la douleur morale. La douleur physique n'est pas la préoccupation prioritaire. Le clivage psyché-soma qui a permis de grandes avancées médicales a son revers : celui de découper la souffrance en plusieurs morceaux. Ce clivage reste actif chez les soignants mais aussi chez les malades eux-mêmes qui choisissent ce qu'ils vont dire de leur souffrance en fonction de la spécialité des soignants qu'ils rencontrent.

Les hôpitaux généraux ont ouvert la porte aux psychiatres et psychologues et les hôpitaux psy doivent également ouvrir plus largement la porte aux somaticiens pour que ce clivage soit remplacé par une différenciation moins rigide.

C'est la première difficulté à résoudre, accueillir le patient dans sa souffrance globale sans chercher celle qui nous intéresse en premier lieu.

L'histoire ne nous aide pas, comme nous l'a rappelé Didier Théron, psychiatre :

« Parlant des aliénés, Leuret, au XIX<sup>e</sup> explique : « Une seule corde vibre encore chez eux, celle de la douleur, ayez assez de courage pour la toucher. »

La prise en charge de la douleur physique des névrosés graves et des grands dépressifs ne diffèrent pas vraiment de la prise en charge des patients tout-venant des consultations de la douleur, si ce n'est que la prise en charge conjointe psy et somaticiens doit s'articuler au mieux et que le terme d'équipe pluridisciplinaire prend tout son sens dans cette articulation.

Par contre la prise en charge de la douleur chez les patients psychotiques se heurte à d'autres difficultés qui tiennent :

D'une part à la distorsion du langage provoquée par la maladie mentale : le message douloureux exprimé par le patient psychotique porte la trace des symptômes dont il souffre ; il faut apprendre à décoder, à traduire ce message.

D'autre part à des a priori qui ont la vie dure : « le psychotique ne ressent pas la douleur, le psychotique est moins malade que les autres, les neuroleptiques protègent de la douleur. »

Le patient psychotique continue à dérouter dans son rapport au corps et à la douleur. Il est nécessaire de sensibiliser vraiment le personnel de psychiatrie par une formation plus spécifique incluant les nouvelles recherches relayées par l'association de Djéa Saravane : l'association pour le développement des soins somatiques en psychiatrie et l'institut UPSA de la douleur.

## ***Ethique et douleur en fin de vie***

3 novembre 2011

***Département des sciences humaines (Faculté de médecine de Marseille)***

***Espace éthique méditerranéen (EA 3783), Marseille***

***Pierre Le Coz***

### *1. Un questionnement éthique permanent*

Depuis l'Antiquité, la douleur a toujours soulevé des dilemmes moraux aux médecins et aux acteurs de soin. Constamment, la question s'est posée de savoir s'il fallait supprimer la douleur au risque de précipiter la fin de la vie du malade. Les malades ont également partagé avec ceux qui les soignent, la crainte de perdre un signal précieux de la persistance d'un dysfonctionnement organique. Ne plus souffrir c'est ne plus savoir où on en est avec la maladie : est-elle toujours là ? N'y-a-t-il pas quelque danger à la masquer artificiellement au moyen d'antalgiques ? Ne conviendrait-il pas de souffrir encore un peu pour éviter de perdre tout repère ?

Par ailleurs, même si la question du salut se pose avec moins d'acuité depuis les dernières décennies marquées par la déchristianisation des esprits, il reste des personnes en fin de vie qui souhaitent souffrir pour expier leurs fautes, s'attirer la sympathie de Dieu et bénéficier de son pardon.

### *2/ Changement de paradigme*

En marge de ce questionnement éthique traditionnel, deux nouveaux foyers de réflexions éthiques se dessinent aujourd'hui :

-Depuis la loi Léonetti du 22 avril 2005, elle-même héritée de tragédies qui ont défrayé la chronique (affaire Vincent Humbert), l'obstination déraisonnable a été solennellement proscrite. Elle était certes, déjà interdite par le code de déontologie, mais la loi lui assigne une dimension symbolique et juridique plus éminente. Un établissement de soin peut être condamné pour « obstination déraisonnable » (cf. affaire d'Orange, novembre 2009). Le principe éthique de non-malfaisance a désormais une traduction juridique appelé à changer progressivement les habitudes médicales.

-En vertu du principe de justice, le droit de mourir dans la douceur se substitue peu à peu au supplice de mourir dans la douleur. Le législateur a admis que si l'équipe médicale hâtait le jour de la mort d'un patient en voulant éradiquer la douleur qui le tenaille, son acte était éthiquement acceptable. Dès lors que le médecin n'a pas l'intention première de commettre une euthanasie, nous pouvons considérer qu'il accomplit son devoir de compassion et d'humanité. Un point important de la loi est que l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation ne peuvent pas être considérés comme des formes d'euthanasie déguisées. En effet, l'alimentation et l'hydratation sont conçues comme des traitements et non comme des soins (tels que la toilette par exemple). Or, seuls les soins doivent être poursuivis quels que soient les contextes. Un traitement peut être interrompu s'il n'aboutit qu'à

prolonger une vie assaillie par des douleurs réfractaires. Si l'arrêt de l'alimentation entraîne des souffrances, alors des substances peuvent être administrées au patient pour y mettre fin.

### *3/ Les situations extrêmes*

Dans les situations de « douleur totale », on se demandera si la coexistence des intentions, (abrégé les souffrances *et* la vie) ne pourrait pas être acceptée sur un plan éthique. La législation en vigueur depuis 2005, de l'avis même de son rapporteur, ne peut couvrir l'intégralité des situations, ce qui, au demeurant, est le propre de toute loi (Aristote). En ces situations extrêmes, nous nous trouvons au stade ultime avant l'euthanasie *stricto sensu*. Cependant, la frontière n'est pas abolie puisque dans l'arrêt actif de la vie (euthanasie) l'intention d'entraîner la mort est première. Cette primauté de l'intention de donner la mort se manifeste au grand jour par l'usage de substances létales qui entraînent très rapidement la mort du patient. Les distinctions deviennent subtiles, au point que d'aucuns parlent d'« hypocrisie ». Cependant, lorsque la vie nous impose d'évoluer en « zones grises », la subtilité n'est-elle pas au contraire un gage de la qualité éthique d'une décision ?

## ***Douleur chez le sujet âgé : place des morphiniques et des AINS***

**Dr Frédéric AUBRUN**

**Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale**

**Groupe Hospitalier Nord**

**Hôpital de la Croix Rousse**

**LYON**

**Adresse du correspondant:**

**Dr Frédéric Aubrun**

**Groupe Hospitalier Nord**

**103, Grande rue de la Croix Rousse**

**69004 Lyon**

**Tél 0426109234**

**Secrétariat : 0426109254**

**FAX : 0472072947**

**[frederic.aubrun@chu-lyon.fr](mailto:frederic.aubrun@chu-lyon.fr)**

### **Quelle place pour les MORPHINIQUES ?**

<b>Modifications physiologiques chez le vieillard</b>	<b>Propriétés pharmacodynamiques des morphiniques</b>	<b>Conséquences de l'action des morphiniques chez le vieillard</b>
<b>Système nerveux central</b>  Diminution progressive des fonctions cognitives, de la quantité et de l'efficacité des neurotransmetteurs et de leurs récepteurs	Action analgésique dose-dépendante mais aussi sédatrice. Risque de dysphorie et/ou d'agitation psychomotrice, et de nausées-vomissements (mal tolérés).	Troubles de compréhension et de communication aggravés par l'action centrale des opiacés (état d'agitation psychomotrice)  <b>Augmentation de la sensibilité aux opiacés.</b>  <u>Titration recommandée (faible bolus)</u>
<b>Système cardio-vasculaire</b>  Modifications de l'ensemble du système circulatoire (réduction du débit cardiaque). Difficile adaptation aux situations de stress (dont la douleur). Les patients deviennent volume-dépendants	Bradycardie et vasodilatation artériolaire et veineuse en cas d'histaminolibération (morphine+++)	Risque <b>d'aggravation de l'hypotension</b> notamment en cas d'hypovolémie  <u>Corriger toute hypovémie avant un traitement par morphiniques</u>

<p><b>Système respiratoire</b></p> <p>Perte de l'élasticité et diminution de la compliance thoracique (calcification de la cage thoracique). Modification des échanges gazeux et réduction de la réponse ventilatoire à l'hypoxie et l'hypercapnie. Augmentation des apnées du sommeil et des risques d'obstruction respiratoire. Altération du réflexe de la toux et de la déglutition.</p>	<p>Diminution du volume courant, de la fréquence respiratoire. Rigidité thoracique (opiacés liposolubles++)</p> <p>Réduction dès les plus faibles doses de la réponse aux stimuli hypoxémiques et hypercapniques. Augmentation du risque d'apnées obstructives, de bronchoconstriction (histaminolibération+++).</p> <p>Action dépressive sur la toux.</p>	<p><b>Plus grande sensibilité</b> aux effets dépressifs respiratoires et sédatifs des morphiniques.</p> <p>Augmentation du risque de rigidité thoracique et d'encombrement postopératoire</p> <p><u>Accroître la surveillance + large indication de l'oxygénothérapie</u></p>
<p><b>Système digestif</b></p> <p>Troubles de la déglutition, de la motilité intestinale (vidange gastrique ralentie, modification de la structure de la musculaire muqueuse du colon)</p> <p>Importance des co-morbidités</p>	<p>Nausées, vomissements et constipation, notamment par l'augmentation du tonus sphinctérien</p>	<p><b>Accroissement du risque de NVPO et de constipation</b>, notamment en cas d'iléus postopératoire.</p> <p><u>Prévenir les NVPO (neuroleptiques strictement contre-indiqués chez le parkinsonien) et la constipation</u></p>
<p><b>Système urinaire</b></p> <p>Perturbation de l'ensemble des fonctions de filtration glomérulaire, de sécrétion et de réabsorption tubulaire.</p> <p>Risque d'hypertrophie prostatique et/ou de troubles de la fonction excrétrice.</p>	<p>Augmentation du tonus des fibres circulaires du sphincter vésicale externe, et de la tonicité et de l'activité des fibres longitudinales de détrusor</p>	<p><b>Risque d'accumulation de la morphine et de ses métabolites</b> en cas d'altérations importantes de la fonction rénale.</p> <p><b>Risque de rétention urinaire</b>, voire d'infections postopératoires</p> <p><u>Réduire les doses et espacer les prises en fonction de la clairance de la créatinine plasmatique</u></p> <p><u>Vérifier l'absence de globe vésical</u></p>

**Tableau 1 :** Principales modifications physiologiques chez le sujet âgé, propriétés pharmacodynamiques de la morphine et les conséquences chez le sujet âgé bénéficiant de morphine dans la période postopératoire.

**Quelle place pour les AINS ?** Une évaluation préopératoire de la fonction rénale du patient est indispensable avant la prescription périopératoire d'AINS chez le patient âgé, même si (d'autant plus que) son traitement habituel en comporte. Il existe en effet une altération de l'ensemble des fonctions rénales chez le patient âgé. Le risque est d'autant plus élevé que le traitement du patient comporte des agents néphrotoxiques ou/et que la chirurgie a été hémorragique. De même, la créatininémie n'est pas suffisamment fiable pour évaluer correctement la fonction rénale. La clairance de créatinine plasmatique préopératoire (Cl Cr), calculée au moyen de la méthode de Cockcroft-Gault ou en utilisant le MDRD, est la règle. La Cl Cr est inférieure à 30 et 40 ml/min respectivement chez 15% et 35% des patients opérés d'une fracture du col fémoral [8]. Il est recommandé de ne pas prescrire d'AINS lorsque la clairance est inférieure à 60 ml/min. Le risque digestif est également important puisque la toxicité est accrue chez le sujet âgé, même en cas de prescription brève en postopératoire [9]. Bien que faible (0,04%), l'incidence est plus importante chez les sujets de plus de 70 ans avec l'identification de l'âge élevé comme facteur de risque à part entière des accidents graves ou extrêmes tels que le saignement digestif ou du site opératoire ou même la mort. L'alternative aux AINS non sélectifs, constituée par les inhibiteurs sélectifs des cyclo-oxygénases de type II (COXIBs) n'est pas satisfaisante. En effet, la réduction du risque digestif ne semble pas acquise et les COXIBs n'épargnent pas le rein, que ce soit à l'état basal ou lors d'une réduction de la perfusion rénale. De plus, le risque cardiovasculaire étant très préoccupant, l'afssaps a rappelé que l'administration de COXIBs devait être évitée en cas de pathologie cardio-vasculaire ou en cas d'insuffisance cardiaque importante ([www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr)). Il semble évident que les risques dépassent les bénéfices et que les AINS, qu'ils soient sélectifs ou non des cyclo-oxygénases de type II, soient contre-indiqués chez le grand vieillard, même pour une prescription de courte durée.

## CEPHALEES ET MIGRAINE CHEZ L'ENFANT

Docteur Cécile MAREAU, Centre de Douleur Chronique, Hôpital de la Timone. MARSEILLE.

### EPIDEMIOLOGIE

La migraine est la céphalée primaire la plus fréquente chez l'enfant puisqu'elle touche 5 à 10 % d'entre eux [1-2]. Le retentissement est sévère, responsable d'un absentéisme scolaire important: 7 jours par an chez les enfants de la cohorte de l'hôpital de Trousseau à Paris [3].

### DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic de migraine est clinique et s'effectue selon les critères de l'International Headache Society révisés en 2004 pour l'enfant [4]. L'interrogatoire doit être policier et l'examen clinique complet (en particulier prise de la tension artérielle et examen neurologique minutieux).

Critères diagnostiques de la migraine sans aura [4]:

A	Au moins 5 crises répondant aux critères B – D
B	Crise d'une durée de 1 à 72 heures
C	La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :  <input type="checkbox"/> Localisation bilatérale  <input type="checkbox"/> Pulsatile  <input type="checkbox"/> Intensité modérée ou sévère  <input type="checkbox"/> Aggravation par l'activité physique
D	Durant la céphalée, au moins une des caractéristiques suivantes  <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement  <input type="checkbox"/> Photophobie et phonophobie
E	Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique et neurologique, éventuellement par des examens complémentaires, d'une maladie organique pouvant être la cause de céphalées.

Par rapport à l'adulte, les crises migraineuses chez l'enfant sont le plus souvent frontales ou bilatérales et de durée plus courte. Les céphalées sont généralement intenses avec des signes digestifs souvent au premier plan associés à une pâleur inaugurale, des yeux cernés et parfois vertiges et douleurs abdominales.

L'interrogatoire doit également porter sur la mise en évidence d'une aura éventuelle, les facteurs déclenchants [5], le retentissement sur la vie quotidienne avec en particulier quantification de l'absentéisme scolaire.

Il est également important de rechercher l'association à des céphalées de tension : celles-ci ont une intensité plus faible que les migraines, surviennent essentiellement le soir au retour de l'école, elles n'empêchent pas l'enfant de poursuivre ses activités, ne sont pas accompagnées de troubles digestifs ni de photo ou phonophobie et ont le plus souvent une résolution spontanée.

### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Dans la majorité des cas, l'anamnèse et l'examen clinique suffisent à poser le diagnostic de migraine et aucun examen complémentaire n'est nécessaire, en particulier lorsque tous les critères IHS sont présents [2].

Une imagerie cérébrale (scanner cérébral ou IRM cérébrale avec injection) est indispensable en cas d'anomalies à l'examen clinique, d'une céphalée aiguë d'évolution inférieure à 6 mois, d'une modification récente des céphalées, d'un âge inférieur à 6 ans, d'une survenue des crises toujours du même côté [6].

### **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

La prise en charge débute nécessairement par une phase d'explications, sur la maladie migraineuse et la nécessité d'avoir une hygiène de vie correcte : sommeil suffisant, alimentation équilibrée, réduction du stress, activité physique régulière. L'enfant doit réaliser un agenda des crises qui permet d'une part d'en évaluer le nombre et l'intensité, leurs circonstances déclenchantes, les jours et horaires de survenue, l'efficacité du traitement, et d'autre part de dépister une surconsommation médicamenteuse [5].

Le traitement de la migraine a fait l'objet de recommandations très récentes (2009) et comprend deux volets [7] :

- Le traitement de crise qui a pour objectif de diminuer l'intensité de la douleur et sa durée. Il doit être systématique et pris dès le début de l'accès migraineux, et ce, y compris en milieu scolaire (nécessitant la mise en place d'un PAI: Projet d'Accueil Individualisé scolaire). L'ibuprofène 10 mg/kg doit être privilégié. Le paracétamol 15 mg/kg reste néanmoins un traitement de crise souvent efficace. Le sumatriptan nasal est à utiliser en deuxième intention à partir de 12 ans.
- Le traitement de fond qui vise à réduire la fréquence de survenue des crises. Aucune étude de qualité ne permet d'émettre de recommandation pour le traitement médicamenteux de fond de la migraine de l'enfant. Les méthodes psychocorporelles (relaxation, autohypnose....) peuvent, en revanche, être recommandées.

En ce qui concerne les céphalées de tension, l'abstention thérapeutique est la règle. Il faut privilégier dans ce cas le repos et/ou la distraction.

### **CONCLUSION**

Les céphalées sont un motif de consultation fréquent en pédiatrie. Le diagnostic de migraine est réalisé par l'interrogatoire et l'examen clinique. Les examens complémentaires sont rarement nécessaires.

La prise en charge thérapeutique passe par l'éducation du patient à la tenue d'un agenda et aux respects de règles d'hygiène. Le traitement des crises est systématique et est dominé par l'ibuprofène. Le traitement de fond est basé sur des thérapeutiques non médicamenteuses.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Abu-Arefeh I, Russel G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. BMJ 1994; 309: 765-9
- 2- Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. Aspects cliniques et économiques. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES 2003. <http://www.anaes.fr/>
- 3- Annequin D, Tourniaire B. Migraine et céphalées de l'enfant et de l'adolescent. Arch Pediatr 2005; 12 (5): 624-9.
- 4- Headache Classification Sub-Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorder, 2nd edn. Cephalalgia 2004; 24: 1-160.



- 5- Annequin D. Céphalées de tension, migraines: les bonnes questions, l'abord diagnostique et thérapeutique. Arch Pediatr 2011 : 18 : 197-198.
- 6- Ahmed MA, Martinez A, Cahill D, Chong K, Whitehouse WP. When to image neurologically normal children with headaches: development of a decision rule. Acta Paediatr. 2010 Jun; 99(6):940-3.
- 7- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant- Recommandations de bonne pratique. Juillet 2009. <http://www.afssaps.fr>-

## LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR JUSQU'AUX URGENCES

Dr Michael LEJWI

« J'ai mal »

Deux mots pour évoquer la multitude des maux qui amènent nos patients à nous appeler à l'aide.

Deux mots que le SAMU est amené à décrypter dans 8 à 20 % des appels.

Deux mots qui motivent environ 76% des consultations aux urgences.

Ordonnée par la loi de 2002, guidée par les plans quinquennaux, la prise en charge de la douleur est devenue une priorité médicale. A tous niveaux, en particulier jusqu'aux urgences, les acteurs impliqués dans les soins ont tendus vers les objectifs du plan quinquennal 2006-2010, à savoir les soins aux populations les plus vulnérables, la douleur provoquée par les soins, la formation, les traitements, et la structuration des filières de soins.

La structuration de la filière de soins ne peut se faire sans l'appréciation de l'automédication qui représente un marché de deux milliards d'euro en 2010 en France -30 milliards de CA.

Cependant, consulter ou appeler demeure la règle. Depuis l'appel jusqu'à l'arrivée aux urgences, l'ensemble des moyens préhospitaliers est mis à contribution, dans la limite de leurs missions respectives.

Les médecins généralistes prennent en charge une douleur pour 2 de leurs patients sur 3. Dans les situations d'isolement, en Haute-Savoie par exemple, ces médecins sont formés avec succès à l'antalgie extrême.

Parmi les vecteurs de patients, voyons les ambulanciers. Ils bénéficient d'une formation théorique poussée et appliquent les techniques de secouriste. Ils ont l'obligation de traçabilité. Concernant les pompiers, leur formation de base est identique, mais les moyens et les formations spécifiques d'interventions en milieu périlleux les rendent polyvalents. Leur fiche d'intervention contient l'Evaluation Numérique. A partir d'une douleur évaluée à 7/10, ils doivent rendre compte au SAMU. - 5500 patients douloureux régulés par le SAMU les premiers mois de l'année 2011 dans Les Bouches-du-Rhône.

Au sein des pompiers existent des infirmiers qui peuvent administrer sur protocole des traitements antalgiques.

Dans les situations extrêmes, le SMUR -Service Mobile d'Urgence et Réanimation- peut alors être missionné. Dans les Bouches-du-Rhône, cela représente 2600 missions au cours des six premiers mois de l'année 2011 au cours desquelles la douleur apparaît. Evaluer et traiter est de rigueur. Une étude faite en 2010 par le SAMU 74 semble montrer que la prise en charge de la douleur est conforme aux recommandations.

La prise en charge de la douleur en médecine d'urgence est organisée par deux conférences de consensus.

La conférence de consensus de 1993 actualisée en 2010 à propos du « traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence » regroupe l'ensemble des recommandations en vue de traiter l'ensemble des situations douloureuses rencontrées par les urgentistes jusqu'à la réanimation. L'ensemble des thérapeutiques, médicamenteuse ou non, y est listé, détaillé, notamment la MORPHINE, la KETAMINE, ou bien encore le MEOPA.

La conférence de consensus de 2007 actualisée en 2010 à propos de l'analgésie sédation quand à elle donne les recommandations en vue de prendre en charge la douleur dans le cadre de la réanimation.

Les situations particulières comme la femme enceinte, sont bien sûr abordées.

Dans les situations extrêmes, face à la diversité des douleurs et des patients, le recours à l'analgésie multimodale est indispensable.

Une étude réalisée en 2010 au SAMU 13 dans le cadre d'une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles autour du MEOPA et de l'antalgie en SMUR le montre.

S'y associe inévitablement une prise de risque. Soucieux de la qualité du résultat, les équipes médicales sont amenées régulièrement à évaluer leurs pratiques antalgiques ou à réaliser des études comparatives entre pratiques usuelles et pratiques innovantes. Ainsi en est-il de l'association MIDAZOLAM/MORPHINE ou de l'usage de la KETAMINE.

La prise en charge de la douleur dans les situations extrêmes est multidimensionnelle. La variété des acteurs mobilisés et la complexité des thérapeutiques nécessaires illustrent la prise de conscience du monde la santé et en particulier du monde de la médecine d'urgence.

Cette prise de conscience s'accompagne d'une volonté de progrès. Harmoniser la ville et l'hôpital d'une part et faire progresser les traitements d'autre part semblent en être les axes majeurs.

## *La douleur en néonatalogie*

Véronique Millet, Service de médecine néonatale, Pôle Parent-Enfant  
Hôpital de la Conception, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

Les nouveau-nés hospitalisés dans les unités de soins intensifs sont largement exposés aux procédures douloureuses : en moyenne 10 par jour, soit en moyenne 75 durant les premiers 14 jours d'hospitalisation. Or 79% de ces procédures sont sans analgésie spécifique comme le rapporte une enquête épidémiologique en région parisienne publiée en 2008 (1).

La réalité de la perception douloureuse en période néonatale est difficile à percevoir et a été longtemps ignorée. Dans les années 80, des publications relatent encore des thoracotomies chez le nouveau-né sous curare et anesthésie locale : « The infants were paralyzed with pancuronium bromide..... Using sterile technique, the chest wall was infiltrated with a 0.1 percent solution of lidocaine hydrochloride” (2). De nombreux facteurs ont conduit à sous-estimer la douleur du nouveau-né : des connaissances neurophysiologiques insuffisantes, la difficulté d'évaluer la douleur, un éventail thérapeutique restreint.

Les neurones sensitifs des ganglions spinaux et du trijumeau dérivent de cellules de la crête neurale, dès la période embryonnaire. Les premières terminaisons de la sensibilité périphérique apparaissent dans la région buccale dès la 8<sup>ème</sup> semaine de vie intra utérine. Le visage, les paumes des mains, les pieds vont acquérir ces terminaisons à la 11<sup>ème</sup> semaine. L'ensemble des téguments, y compris les muqueuses, sont couverts à la 20<sup>ème</sup> semaine. À 20-24 semaines, le nombre de nocicepteurs est similaire à l'adulte. La myélinisation s'effectue entre 22-28 semaines ce qui n'empêche pas la transmission des influx douloureux. En effet, la transmission principale de la douleur s'effectue par les fibres A  $\delta$  : peu myélinisées, de petit diamètre et les fibres C non myélinisées. Les connexions avec la substance grise médullaire se réalisent entre la 13<sup>ème</sup> et la 20<sup>ème</sup> semaine. Les voies médullaires de transmission de l'influx douloureux terminent leur myélinisation entre la 22<sup>ème</sup> et la 28<sup>ème</sup> semaine. La substance P apparaît dès la douzième semaine. Les afférences au niveau thalamique sont présentes dès 20 à 22 semaines de gestation. Des afférences thalamiques sont présentes dès 18 semaines de gestation dans la sous-couche corticale et à 22 semaines de gestation dans le cortex (3,4). D'un point de vue neuro-anatomique, les voies nécessaires à une transmission corticale de la nociception sont en place dès la 24<sup>ème</sup> semaine de gestation. Ainsi, chez le fœtus, il existe une accélération du rythme cardiaque fœtal, une augmentation des taux de cortisol, beta-endorphine et adrénaline en cas de transfusion sanguine intra-abdominale non retrouvés lorsque celle-ci est effectuée dans le cordon ombilical qui est non innervé (5). L'étude chez le nouveau-né par spectroscopie dans le proche infrarouge (NIRS) montre des modifications de l'hémodynamique cérébrale en regard des aires corticales somatosensorielles controlatérales à la stimulation douloureuse (pique au talon) et ce dès 25 SA, alors que des stimulations non douloureuses n'entraînent pas de modification (6).

A l'inverse des voies ascendantes, celles impliquées dans la régulation, l'inhibition médullaire matures plus tardivement et apparaissent fonctionnelles au moins trois mois après la naissance. L'immaturation et l'inadéquation entre les voies de perception et d'inhibition entraînent une perception douloureuse plus intense, plus diffuse et plus durable. C'est ainsi que chez le nouveau-né, il existe une diminution importante du seuil de stimulation plantaire entraînant un retrait bilatéral, avec une réponse musculaire prolongée. Ce seuil est d'autant plus bas que le nouveau-né est prématuré. Le stimulus nécessaire est cinq fois plus faible (3). Chez l'animal nouveau-né, la stimulation entraîne une dépolarisation prolongée et durable des cellules de la corne dorsale avec des potentiels d'action encore présents 30 à 90 secondes après l'arrêt du stimulus (3). L'hyperexcitabilité au niveau médullaire s'accompagne d'un seuil de douleur plus bas, d'une réponse à la douleur accrue et prolongée.

A court terme, les stimuli répétés entraînent une hyperalgésie. L'hyperalgésie a été mise en évidence chez l'animal nouveau-né. Chez le raton de moins d'une semaine, des piqûres répétées des pattes entraînent une hyperalgésie qui perdure plusieurs semaines (7). Chez l'enfant, il existe une diminution du seuil nociceptif après piqûres répétées au talon. Le réflexe de flexion est déclenché pour des seuils de moitié inférieure dans la région antérieurement lésée, plusieurs mois après la lésion initiale. L'effet est moindre pour les enfants les plus immatures. Les stimulations profondes (lésions tissulaires ou chirurgie) induisent également une hyperalgésie. Cette hyperalgésie se diffuse aux régions contralatérales ou adjacentes situées dans le même dermatome ; ceci pour des durées prolongées, au-delà de 1 an.

A plus long terme, les expériences nociceptives précoces altèrent de façon durable la nociception. Plus l'exposition à des procédures invasives a été importante, plus les réponses comportementales à la douleur sont altérées (9). Ces altérations de la nociception perdurent à l'adolescence : les enfants, prématurés ou non, ayant été hospitalisés en soins intensifs néonataux montrent une diminution de la sensibilité à un stimulus thermique aigu et une augmentation de la sensibilité à un stimulus thermique prolongé ou mécanique (10, 11). Cette évolution est différente selon le stimulus, son intensité mais aussi selon l'âge le sexe de l'enfant (12). Dans tous les cas, l'exposition néonatale à la douleur est associée à des altérations de la nociception qui perdurent jusqu'à l'âge adulte.

L'évaluation de la douleur chez le nouveau-né est difficile mais indispensable. Il faut identifier la douleur la traiter et vérifier l'efficacité du traitement. L'évaluation s'appuie sur des critères physiologiques (FR, TA, SaO<sub>2</sub>) et des outils validés : échelles comportementales. On distingue les échelles pour l'évaluation de la douleur d'un geste ponctuel (DAN) et celles évaluant la douleur prolongée (EDIN). L'évaluation de la douleur chronique est délicate, et doit être répétée à des moments différents (13). L'évaluation chez le nouveau-né se heurte à plusieurs difficultés. Les signes de la douleur sont moins bien organisés à des âges plus faibles. Les plus immatures et les plus malades ont le moins de réaction. La douleur intense entraîne une sidération. Autrement dit l'absence de signe n'est pas synonyme de l'absence de douleur, sommeil et calme peuvent être

synonymes de douleur intense. Cette évaluation complexe est obligatoire, elle permet de vérifier l'efficacité des stratégies mises en place. Alors que cette évaluation est une priorité au sein de notre unité, deux audits cliniques successifs en 2006 et 2007 ont montré que seuls 67.6 % des actes de soins identifiés comme douloureux étaient évalués. Les actes de soins identifiés a priori comme les plus douloureux étant les moins évalués en fréquence. La formation permanente de tout le personnel soignant à cette évaluation est indispensable. De même, l'information des parents et leur participation active sont incontournables. Une évaluation rigoureuse permet également d'ajuster les traitements analgésiques.

L'approche non-pharmacologique associant les stratégies environnementales et comportementales est utilisée soit seule soit en complément des solutions pharmacologiques. Le portage en peau à peau réduit significativement les scores faciaux de douleur. Chez l'enfant plus mature, l'allaitement maternel entraîne une réduction significative des scores DAN (14). C'est dire l'importance d'associer les parents à la prise en charge de ces nouveau-nés. L'efficacité du sucrose que l'on donne à téter au bébé a été revue dans une méta-analyse récente (15). L'effet analgésique le plus prononcé est obtenu 2 minutes après l'administration (par seringue, compte gouttes, ou tétine), pour une durée totale de 4 minutes environ. Il existe un effet synergique des solutions sucrées et de la succion. Lorsque ces stratégies ne suffisent pas le recours aux traitements médicamenteux est impératif. Le paracétamol est utilisé dans les douleurs légères à modérées. La morphine nécessite une surveillance en unité de soins continus en raison des risques de dépression respiratoire. Elle est largement utilisée pour son effet analgésique et sédatif en particulier chez les enfants ventilés, avec de faibles effets hémodynamiques. D'autres traitements sont utilisés : crème EMLA®, kétamine, autres morphiniques selon l'intensité de la douleur.

En conclusion, de nombreux progrès ont été accomplis dans la compréhension de la douleur au sein des unités de néonatalogie. Le rôle des soignants est primordial dans l'évaluation et la prise en charge. Enfin, les parents sont en première ligne dans cette lutte contre la douleur du nouveau-né qui ne doit plus être tolérée.

## Références

- Carbajal R. JAMA 2008;300:60-70
- Salomon NW. Chest, 1979;75: 6
- Fitzgerald M. Nat Rev Neurosci 2005;6: 507-20
- Anand K. N Eng J Medicine 1987;317:1321-9
- Fisk NM anesthesiology 2001
- Slater R J. Neurosci 2006;26:3662-6
- Tachibana, Neuroreport 200 ; 1 :925-7
- Taddio jamma 2002 ;288 :857-61
- Grunau RE Pain 1994 ;5 :341-6.
- Walker SM Pain 2009;141:79-87
- Hermann C. Pain 2006;125:278-85
- LaPrairie J. Front Neuroendocrinol 2010 ; 31 :193-202
- Debillon T, Arch Did Child Neonatal Ed 2001;85:F36-F41
- Johnston et al. Arch. Ped Adol Med (2003
- Stevens et al. Cochrane Database (2010)
- Carbajal R. BMJ 2003;326:13-16

## • TITRATION MORPHINIQUE EN SALLE DE REVEIL

Dr Daniel Francon, Institut Paoli Calmettes – centre régional de lutte contre le cancer - PACA

- La prise en charge de la douleur post opératoire s'est progressivement améliorée depuis les années 1990 en France sous l'impulsion des conférences de consensus et des recommandations formalisées d'experts organisées dans ce domaine par la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) relayées par les CLUD des établissements de soins.
- La titration de la douleur par morphine intraveineuse en salle de réveil a été un des éléments importants de progression pour le traitement initial de la douleur post opératoire. Basée sur l'auto évaluation de l'intensité de la douleur par le patient, cette méthode d'analgésie précoce nécessite un personnel formé, des algorithmes validés et une surveillance régulière pour la détection et la prise en charge d'éventuels effets secondaires. La surveillance après la dernière dose de morphine en salle de réveil nécessite une surveillance prolongée pour limiter le risque d'évènements secondaires graves comme par exemple la dépression respiratoire. La durée de cette surveillance peut être un inconvénient actuel dans les salles de réveil où le turn over des patients est de plus en plus important. Les perspectives de titration avec d'autres galéniques de morphiniques en salle de réveil ne sont pas encore établies et sont encore dans le domaine de la recherche clinique (oxycodone, fentanyl gingival ou intra nasal).
- Des recommandations plus récentes des sociétés savantes soulignent l'importance de l'information pré opératoire du patient sur la technique de prise en charge de la douleur et la détection en pré opératoire des patients à haut risque de douleur post opératoire lors de la consultation d'anesthésie. Les experts insistent également sur l'intérêt de l'utilisation d'une analgésie multimodale avec des médicaments antalgiques d'actions différentes pour réduire les quantités administrées de morphine et de la prévention de l'hyperalgésie post opératoire. Cette dernière peut être la source de douleurs chroniques résiduelles impactant la qualité de vie à distance des patients opérés. Ces recommandations récentes sont les nouveaux axes d'amélioration dans la prise en charge de la douleur post opératoire.
- La douleur post opératoire est de type nociceptive avec une composante inflammatoire intriquée à des lésions nerveuses liées à l'agression chirurgicale. Les stimuli répétés et prolongés transmis au niveau spinal et supra-spinal entraînent des phénomènes d'hyperalgésie dont les caractéristiques sont proches des douleurs neuropathiques. Les morphiniques utilisés en péri opératoire surtout à forte posologie peuvent amplifier ces phénomènes. Utilisés en péri opératoire à forte posologie et de manière prolongée, ils peuvent être responsables par eux-mêmes d'une partie de l'hyperalgésie globale amplifiant la douleur post opératoire et expliquant également les phénomènes de tolérance aiguë observée avec ces antalgiques.

- Des mesures de prévention sont nécessaires pour limiter ces phénomènes particulièrement marqués lors de la mobilisation post opératoire des opérés. Des mesures préventives adaptées peuvent permettre maintenant de limiter et de mieux utiliser les morphiniques en péri opératoire et en particulier en salle de réveil.
- Des anti-hyperalgésiques de type kétamine intraveineux à dose adaptée, et également le néfopam par leur action sur le couple récepteur NMDA-glutamate permettent de réduire l'hyperalgésie dès la phase per opératoire. La gabapentine et la prégabaline sont également proposées pour prévenir ce risque.
- L'analgésie multimodale est également confirmée comme un axe important de prévention du risque douleur. C'est maintenant un concept bien établi dans la pratique courante de prise en charge de la douleur post opératoire. Elle doit être débutée avant la fin de l'intervention pour avoir un pic d'action optimal au moment du réveil du patient. Elle est réalisée avec des associations comprenant le plus souvent paracétamol, AINS et néfopam. L'anesthésie loco régionale avec des anesthésiques locaux combinée ou non à l'anesthésie générale permet de limiter les quantités de morphine en étant associée aux antalgiques systémiques. Des techniques d'ALR comme la péri durale voire d'utilisation des anesthésiques locaux comme la lidocaine en intraveineux continu peuvent être également une stratégie efficace pour une limitation de ces phénomènes.
- La réduction des scores de douleur au repos et à la mobilisation ainsi que l'épargne morphinique qui en résulte au moment du réveil est un objectif de prise en charge de la prise en charge de la douleur post opératoire pour non seulement limiter les effets secondaires liés à ces médicaments mais également améliorer les suites post opératoires en terme de réhabilitation précoce : réduction de la douleur à la mobilisation, lever rapide, durée de séjour raccourci.
- Ces techniques de prévention sont des axes récents d'amélioration des suites post opératoire immédiates. Elles permettent aussi de limiter le risque de douleur chronique post chirurgicale dont la fréquence est probablement sous évaluée et estimée à près de 30% pour certains types de chirurgie. La titration de la douleur en post opératoire immédiat par morphine en salle de réveil doit être actuellement considérée comme un traitement de secours pour la prise en charge des douleurs modérées et sévères, non contrôlées par une prise en charge antalgique multimodale et anti-hyperalgésique anticipées en per opératoire.

**Docteur Daniel FRANCON**