



Gestion Essentielle de la Douleur

Manuel de l'atelier

2017

Auteurs:

Dr Wayne Morriss

Dr Roger Goucke

GESTION ESSENTIELLE de la DOULEUR

Manuel de l'atelier

2nde édition
2017

Wayne Morriss

Anesthésiologiste
Christchurch, Nouvelle-Zélande

Roger Goucke

Physicien spécialiste en médecine de la douleur
Perth, Australie Occidentale

Le cours "Gestion essentielle de la douleur" a été réalisé avec le soutien de
la Faculté de Médecine de la Douleur
ainsi que du Collège Australien et Néo-Zélandais des Anesthésistes



Gestion Essentielle de la Douleur de Wayne Morriss et Roger Goucke bénéficie d'une licence « *Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported licence* ».



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

La diffusion de l'ouvrage (copie, distribution et transmission de l'ouvrage) ainsi que son adaptation sont autorisées. Il est nécessaire de reconnaître les auteurs d'origine. L'utilisation de cet ouvrage à des fins commerciales est strictement interdite. Les auteurs de l'ouvrage se réservent le droit d'annuler les conditions ci-dessus après demande et accord des détenteurs du copyright.

Titre original - Essential Pain Management

Sous-titre original : Workshop Manual

ISBN : 978-0-9873236-1-3

Format : Papier

Publication Date : 08/2016

Remerciements

Nous voudrions remercier le Collège Australien et Néo-Zélandais des Anesthésistes (*Australian and New Zealand College of Anesthetists*) pour avoir soutenu le développement de ce cours.

Nous sommes en outre très reconnaissants envers la Fondation Ronald Geoffrey Arnott (*the Geoffrey Arnott Foundation*), la Fédération Mondiale des Sociétés des Anesthésistes (*World Federation of Societies of Anesthesiologists*) et la Société Internationale d'Étude de la Douleur (*International Association for the Study of Pain*) pour leur soutien.

Nous tenons à remercier nos collègues pour leurs conseils et leur aide quant à la documentation du cours, en particulier Linda Huggins et Gwyn Lewis (Nouvelle-Zélande), Max Sarma et Haydn Perndt (Australie), Gertrude Marun et Harry Aigeeleng (Papouasie-Nouvelle Guinée), Luke Nasedra (Fiji) and Kaeni Agiomea (Iles Salomon). Nous présentons également tous nos remerciements à River Gibson pour ses illustrations et à Diane Perndt pour son aide dans l'arrangement final de cet ouvrage.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à Timothy Pack pour nous avoir autorisé à utiliser son illustration de rat.

Un grand merci à Michael O'Connor (Royaume-Uni), Maurice Hennessy (Australie), Ramesh Menon (Nouvelle-Zélande), Muralidhar Joshi et Palanisamy Vijayanand (Inde), ainsi qu'à Carolina Hayock Loor (République du Honduras) pour leur aide dans la préparation de la seconde édition.

Traduction française par Vanessa Pietrasik, Perth, Australie Occidentale.

Avertissement

En dépit de nos efforts pour présenter des informations pertinentes concernant les doses de médicaments et les autres formes de traitements, certaines erreurs peuvent subsister. De plus, les traitements varient d'un pays à un autre. Le personnel de santé est invité à révéifier les dosages des médicaments et à faire bon usage de son jugement clinique pour soigner les patients.

TABLE DES MATIÈRES

4	Introduction
5	Reconnaître / Qu'est-ce que la douleur ?
6	Pourquoi traiter la douleur ?
8	Analyser / Analyse de l'intensité de la douleur
10	Classification des différents types de douleur
12	Physiologie et pathologie de la douleur
20	Traiter la douleur : aperçu général
26	Médicaments contre la douleur
30	Obstacles à la gestion de la douleur
32	Utiliser le système R.A.T.
36	Système R.A.T. : exemples
42	Études de cas en petits groupes
50	Obstacles à surmonter

APPENDICES

52	Appendice 1 : Formulaire des médicaments pour adultes
56	Appendice 2 : Posologie des médicaments en pédiatrie
58	Appendice 3 : Échelle analgésique de l'OMS
59	Appendice 4 : Utiliser la morphine dans le traitement la douleur cancéreuse
60	Appendice 5 : Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels

INTRODUCTION

La douleur nous affecte tous – jeunes et vieux, riches et pauvres. La douleur a de nombreuses origines – cancer, blessure, infection, opération chirurgicale – et l'expérience de la douleur varie selon chaque individu.

La douleur est souvent un problème sous-jacent et mal traité. Parfois, nous ne nous rendons pas compte qu'une personne éprouve de la douleur. Les obstacles au traitement de la douleur sont nombreux – attitude individuelle, manque de personnel et de médicaments.

Il est souvent possible de soulager la douleur par des traitements très simples.

On pourrait dire que la douleur est comme un rat – apportant beaucoup de souffrance mais souvent invisible.



Les lettres R.A.T. peuvent pour nous aider à gérer la douleur :

- R = Reconnaître (recognize)
- A = Analyser (assess)
- T = Traiter (treat)

La Gestion Essentielle de la Douleur (G.E.D.) est un *système* pour gérer la douleur et enseigner aux autres les éléments majeurs de la gestion de la douleur.

Ce cours a pour objectifs principaux de/d' :

- **améliorer la reconnaissance, l'analyse et le traitement de la douleur.**
- **surmonter les obstacles à la gestion de la douleur.**

RECONNAÎTRE / QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?

***Pensez à un patient qui éprouve / a éprouvé de la douleur.
Comment a-t-il / elle décrit la douleur ?***

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (*International Association for the Study of Pain*) définit la douleur de la façon suivante :

« La douleur est une expérience désagréable à la fois sensorielle et émotionnelle liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. »

Cette définition est assez complexe mais trois points importants apparaissent :

- La douleur est désagréable.
- Les émotions (les aspects psychologiques) sont importantes.
- La lésion tissulaire n'est pas toujours évidente chez une personne qui éprouve de la douleur. Cela signifie qu'un patient peut éprouver de la douleur même si l'origine de la douleur n'apparaît pas de manière évidente.

Il est possible qu'un patient ne semble pas éprouver de douleur. La seule manière de savoir s'il/si elle éprouve de la douleur est de lui demander.

Voici une autre définition plus simple de la douleur :

« La douleur est ce qui, aux dires du patient, fait mal. »

POURQUOI TRAITER LA DOULEUR ?

CAS 1

Madame T., 33 ans, est atteinte d'un cancer du col de l'utérus. Le cancer s'est propagé à la colonne vertébrale et elle éprouve une douleur invalidante. Les chirurgiens n'ont plus d'autre option pour traiter son cancer. Elle est mariée et mère de deux enfants, âgés de 8 et 11 ans.

Pourquoi traiter sa douleur ?

CAS 2

Monsieur G., un homme de 54 ans, vient de subir une laparotomie pour occlusion intestinale à la suite d'un cancer des intestins. Vous le voyez dans le service de chirurgie juste après l'opération. Il se plaint de douleurs sévères.

Pourquoi traiter sa douleur ?

La douleur aiguë est le symptôme d'une lésion tissulaire. La douleur non-traitée provoque des changements inflammatoires qui peuvent avoir des effets physiques et psychologiques néfastes. De plus, la douleur aiguë mal traitée peut provoquer une douleur chronique.

Le traitement efficace offre des bénéfices pour le patient, sa famille et la société (hôpital et communauté).

Pour le patient :

- Soulager la douleur est la chose « humaine » à faire :
 - réduire la souffrance
 - regagner de la dignité (en particulier pour les personnes qui souffrent jusqu'à leur mort de douleurs cancéreuses)
- Réduction de certains problèmes physiques :
 - amélioration du sommeil, regain d'appétit
 - regain de mobilité plus rapide après blessure ou opération
 - diminution du risque de complications (ex. crise cardiaque, pneumonie, thrombose veineuse profonde)
- Réduction de certains problèmes psychologiques :
 - diminution des symptômes de dépression et d'anxiété

Pour la famille :

- Capacité à participer à des activités familiales.
- Capacité à survenir aux besoins de la famille.

Pour la société :

- Réduction du coût des soins médicaux :
 - séjour à l'hôpital plus court
 - réadmission moins probable
- Possibilité pour les patients de travailler et d'apporter leur contribution à la communauté.

Y a-t-il des raisons de NE PAS traiter la douleur ?

Il n'existe AUCUNE preuve montrant que ne pas soulager la douleur serait bénéfique. Certaines personnes expriment parfois des jugements incorrects sur la gestion de la douleur, comme de dire qu'une douleur non traitée rendrait la personne plus forte ou que le traitement de la douleur retarderait le diagnostic chirurgical. Ces affirmations n'ont aucune preuve.

ANALYSER / ANALYSE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

L'analyse de la douleur est le « 5ème signe vital » (avec la température, le pouls, la pression artérielle et la fréquence respiratoire).

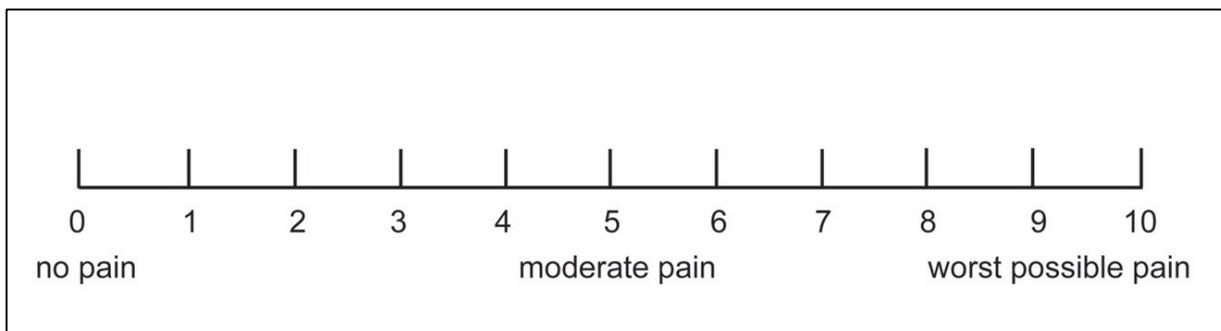
Analyser l'intensité de la douleur est important car cela :

- oriente le choix du traitement
- mesure la réponse au traitement

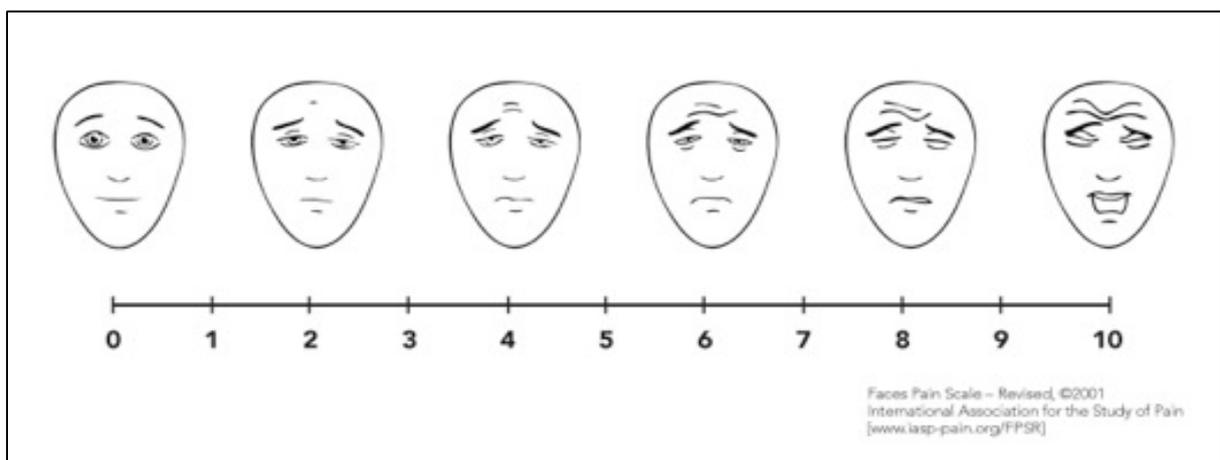
L'intensité de la douleur peut être mesurée de manière facile et rapide à l'aide d'un système d'évaluation simple :

- échelle d'évaluation verbale (ex. douleur légère / modérée / intense / sévère ou de 0 à 10)
- échelle visuelle analogique
- échelle des visages

Échelle d'évaluation verbale



Échelle des visages



Il est important d'analyser le score de douleur au repos et en mouvement (certains patients peuvent éprouver une douleur légère au repos mais être incapables de bouger à cause d'une douleur sévère).

Comment la douleur affecte-t-elle le patient ? Exemples :

- Patient ayant subi une laparotomie
 - Le patient peut-il cracher, se lever, marcher ?
- Patient atteint d'un cancer chronique
 - Le patient peut-il de s'occuper de lui-même à la maison ? Peut-il/elle travailler ?

Il est possible d'utiliser l'évaluation de l'activité fonctionnelle pour mesurer la limitation des activités physiques par rapport à une activité normale :

- A : aucune limitation
- B : limitation légère à modérée
- C : limitation importante

Pour reprendre l'exemple du patient ayant subi une laparotomie, il est important de lui demander d'évaluer sa douleur au repos puis pendant une activité, par exemple lorsqu'il se lève du lit. On peut obtenir les scores suivants :

- score de douleur au repos : 2/10
- score de douleur en se levant du lit : 8/10
- score de l'activité fonctionnelle : C

CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR

Toutes les douleurs ne sont pas identiques.

Il est important de classifier la douleur (faire un diagnostic de la douleur) parce que cela aide à choisir le meilleur traitement possible.

Il existe de nombreux systèmes de classification de la douleur mais il est utile de le faire en répondant à trois questions principales :

1. Depuis combien de temps le patient éprouve-t-il de la douleur ?
2. Quelle est l'origine de la douleur ?
3. Quel est le mécanisme de la douleur ?

1. Douleur aiguë et douleur chronique (durée)

La douleur peut être aiguë (douleur d'une durée de moins de 3 mois) ou chronique (douleur d'une durée de plus de 3 mois, ou qui persiste après guérison d'une blessure). Parfois, une personne souffrant d'une douleur chronique éprouve également une douleur aiguë (on parle alors de douleur « aiguë sur chronique »).

Il a été prouvé qu'une douleur aiguë mal traitée a plus de risques de devenir chronique.

2. Douleur cancéreuse et douleur non-cancéreuse (origine)

Douleur cancéreuse

- On peut citer comme exemples la douleur au bassin en cas de cancer du col de l'utérus, la douleur aux os en cas de propagation d'un cancer.
- Les symptômes de la douleur ont tendance à s'aggraver si la douleur n'est pas traitée (ce qui signifie que les symptômes sont progressifs).
- La douleur cancéreuse est souvent chronique, mais il est possible que le patient éprouve aussi une douleur aiguë (en cas de fracture d'un os affaibli par une métastase par exemple).

Douleur non cancéreuse

- Elle peut avoir de très nombreuses origines :
 - opération chirurgicale ou blessure
 - maladies dégénératives (par ex. arthrite)

- accouchement
- pincement de nerf ou blessure (par ex. sciatique, névralgie)
- La douleur non-cancéreuse peut être aiguë, d'une durée définie ou peut devenir chronique.
- L'origine peut être ou ne pas être évidente.

3. Douleur nociceptive et douleur neurogène (mécanisme)

Il est aussi possible de classifier la douleur en fonction de son mécanisme (le processus physiologique ou pathologique qui produit la douleur). Ce sujet fait actuellement l'objet de nombreuses recherches : comprendre le mécanisme de la douleur au niveau du nerf nous aidera à trouver des traitements plus spécifiques.

La douleur peut être nociceptive, neuropathique ou mixte (à la fois nociceptive et neuropathique). Les douleurs nociceptive et neuropathique sont aussi discutées dans la partie intitulée « Physiologie et pathologie de la douleur ».

Douleur nociceptive

- Type le plus fréquent après une lésion tissulaire.
- Parfois appelée douleur *physiologique* ou *inflammatoire*.
- Causée par la stimulation des récepteurs de la douleur (nocicepteurs) dans les tissus blessés.
- A une fonction protectrice.
- Les patients décrivent la douleur comme tranchante, battante ou sourde ; elle est en général bien localisée (le patient peut indiquer précisément où il a mal).
- **Exemples** : douleur due à une fracture, une appendicite, une brûlure.

Douleur neuropathique

- Causée par une lésion ou une maladie du système nerveux.
- Parfois appelée douleur *pathologique*.
- La lésion tissulaire peut ne pas être évidente.
- N'a pas de fonction protectrice.
- Les patients décrivent la douleur neurogène comme une douleur qui lance ou qui brûle - ils se plaignent parfois d'engourdissements ou de picotements - souvent la douleur n'est pas bien localisée.
- **Exemples** : douleur à la suite d'une amputation, douleur liée au diabète, sciatique.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA DOULEUR

Comprendre la physiologie et la pathologie de la douleur aide à comprendre comment mieux traiter la douleur.

En ce qui concerne la physiologie normale de la douleur, il existe un certain nombre d'étapes entre le site de la blessure et le cerveau – c'est ce qu'on appelle « la voie nociceptive » (*Fig. 1*). Les signaux de douleur peuvent être modifiés (modulés) à plusieurs niveaux de la voie nociceptive et cela affecte l'intensité et la nature de la douleur que nous éprouvons.

La pathologie de la douleur renvoie à un endommagement ou une anomalie de la voie nociceptive. Cela peut causer une douleur neuropathique.

Différents traitements (non-pharmacologiques et pharmacologiques) fonctionnent sur différentes parties de la voie nociceptive. En général, il est nécessaire d'utiliser plusieurs traitements.

Nociception et douleur

Nociception et perception de la douleur (comment nous "ressentons" la douleur) ne sont pas identiques.

La perception de la douleur dépend de nombreux autres facteurs, comme :

- croyances / inquiétudes par rapport à la douleur.
- facteurs psychologiques (ex. angoisse, colère).
- éléments culturels (ex. attentes culturelles).
- autres maladies.
- personnalité et stratégies d'adaptation.
- facteurs sociaux (ex. famille, travail)

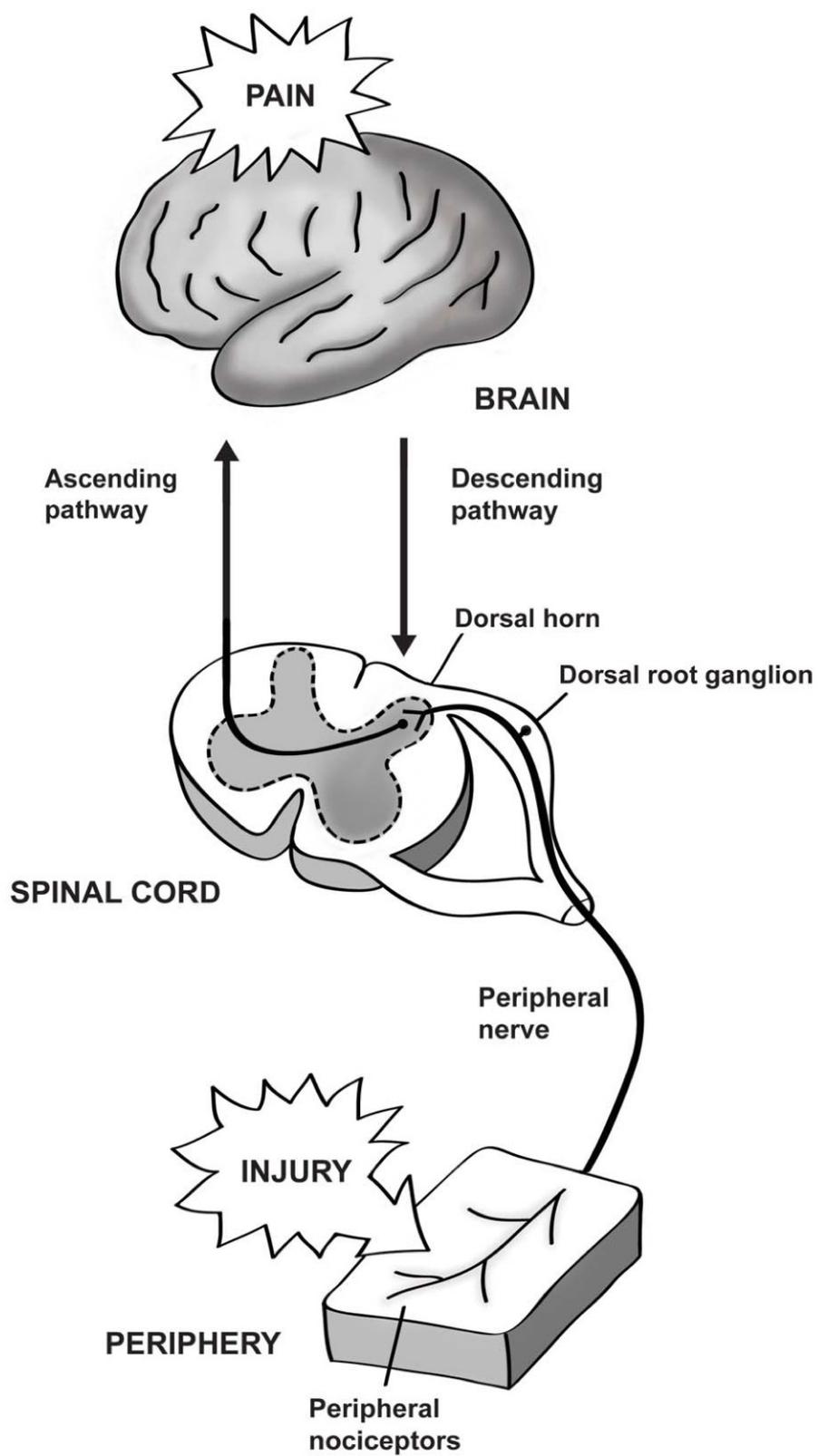


Fig. 1 : Voie nociceptive

La voie nociceptive

1. Périphérie (Fig. 2 et 3)

- Les récepteurs de la douleur (nocicepteurs) sont activés par des stimuli intenses de nature thermique (chaud ou froid), mécanique (pression) ou chimique.
- Cela provoque une activation des nerfs de douleur appelés fibres A δ et C.
- Une lésion tissulaire provoque une émission de substances chimiques, appelée la « soupe inflammatoire » (par ex. ions d'hydrogène, prostaglandines, substance P). Les substances chimiques augmentent / amplifient le signal de douleur et ce processus s'appelle sensibilisation périphérique.
- Le signal de douleur suit les fibres A δ et C pour aller à la corne dorsale de la moëlle épinière en passant par la racine dorsale.

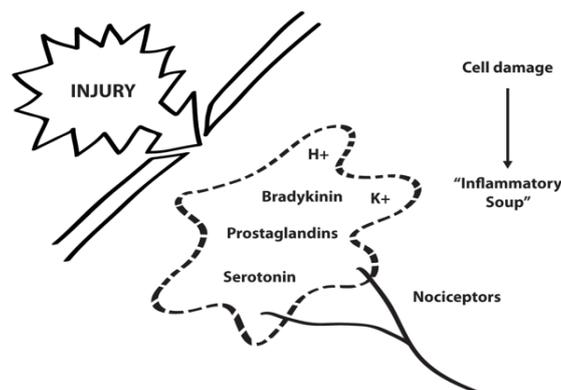


Fig. 2 : « Soupe inflammatoire » et stimulation des nocicepteurs

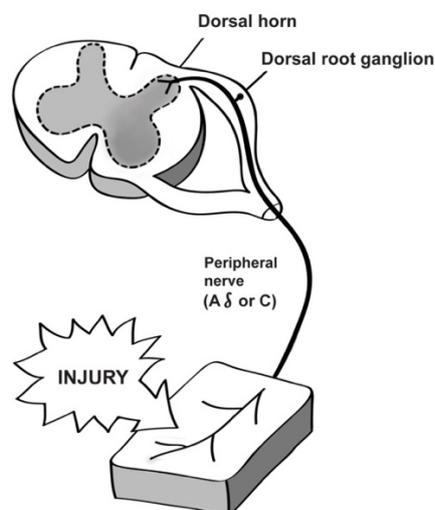


Fig. 3 : Transmission du signal de douleur de la périphérie à la corne dorsale

2. Moëlle épinière (Fig. 4)

- La corne dorsale de la moëlle épinière est le *premier relais*. C'est une étape très importante pour deux raisons principales :
 - Les fibres A δ et C connectent (font synapses) avec les nerfs de douleurs de *second ordre*.
 - D'autres nerfs périphériques et de la moëlle épinière interviennent et peuvent moduler le signal de douleur.
- Le nerf de douleur de second ordre traverse la moëlle épinière et remonte la voie spinothalamique jusqu'au thalamus situé à la base du cerveau.

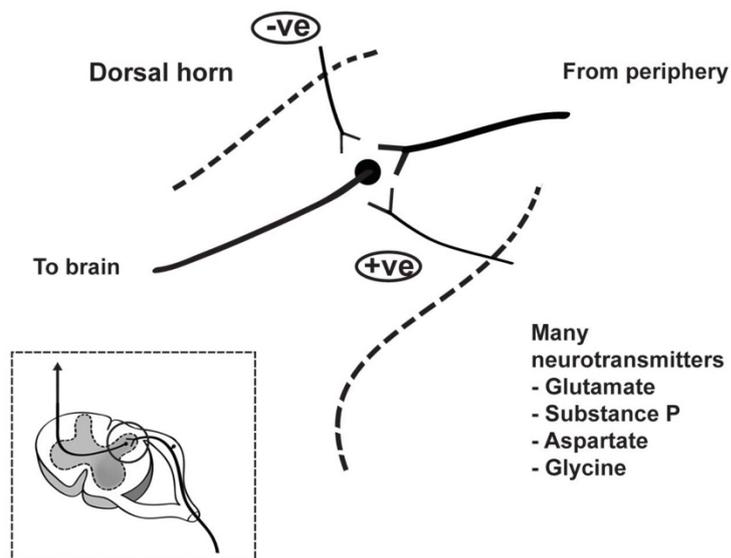


Fig. 4 : Connexions dans la corne dorsale

3. Cerveau (Fig. 5)

- Le thalamus est le *deuxième relais* de la voie nociceptive. Il existe de nombreuses connexions avec d'autres parties du cerveau, y compris :
 - le cortex
 - le système limbique
 - le tronc cérébral
- Cortex, système limbique et tronc cérébral contribuent tous à la perception de la douleur.
- Le cortex est important pour localiser la douleur (avoir conscience de l'endroit où se trouve la lésion tissulaire).
- Le système limbique est responsable de la majorité des émotions que nous ressentons quand nous éprouvons de la douleur (ex. angoisse, peur).
- Le tronc cérébral joue un rôle important dans les réponses réflexes à la douleur et dans la coordination de la modulation de la douleur.

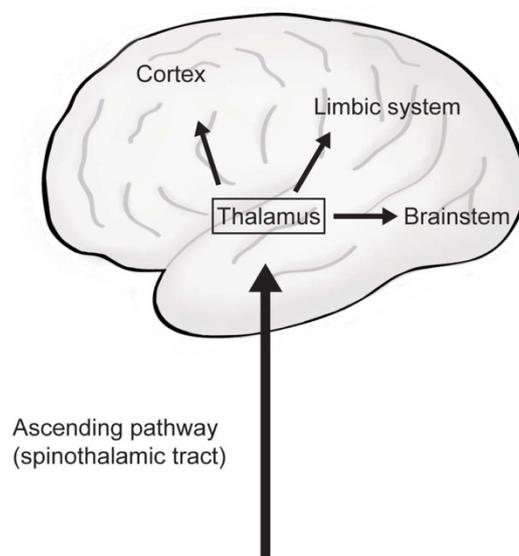


Fig. 5 : Connexions dans le cerveau

4. Modulation (Fig. 6)

- Les signaux de douleur peuvent être modulés au niveau de la moëlle épinière ou du cerveau.
- Dans la corne dorsale de la moëlle épinière, les nerfs de douleur périphériques ou les nerfs de la moëlle épinière peuvent soit augmenter (exciter) ou réduire (inhiber) la douleur.
- Une voie d'inhibition descendante majeure va du tronc cérébral à la corne dorsale, en descendant le long de la moëlle épinière. Dans la corne dorsale, elle inhibe les signaux de douleur venant de la périphérie.

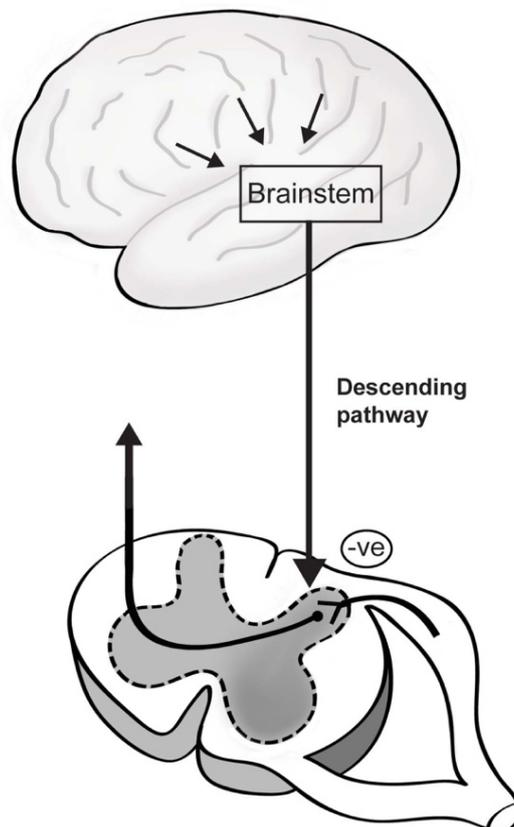


Fig. 6 : Modulation de la douleur par la voie descendante

Que se passe-t-il en cas de douleur neuropathique (pathologique) ?

L'Association Internationale d'Étude de la douleur (IASP) définit la douleur neuropathique comme :

« Une douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel. »

La lésion ou la maladie provoque des signaux de douleur anormaux envoyés au cerveau et la perception de la douleur.

La douleur peut apparaître de façon spontanée (absence de stimulus) ou elle peut répondre à des stimuli normalement non-douloureux (ex. effleurement). Des changements psychologiques (ex. angoisse plus forte) peuvent également contribuer à la douleur.

Contrairement à la douleur nociceptive, la douleur neuropathique n'a pas de fonction protectrice.

Mécanismes :

Certains changements anatomiques ou chimiques dans le système nerveux périphérique ou central peuvent apparaître. On peut citer comme exemples :

- tissu nerveux anormal, par exemple névrome du moignon après amputation.
- activation anormale des nerfs de douleur.
- changements des médiateurs chimiques dans la corne dorsale.
- connexions nerveuses anormales dans la corne dorsale.
- perte de la fonction inhibitrice normale.

Exemples :

- lésion traumatique d'un nerf, amputation.
- neuropathie diabétique.
- cancer invasif (par ex. cancer de l'utérus touchant le plexus lombo-sacré).
- douleur chronique après une douleur aiguë prolongée et mal traitée.

NOTES

TRAITER LA DOULEUR : APERÇU GÉNÉRAL

Dans la mesure où de nombreux facteurs contribuent à l'intensité et au type de douleur que nous éprouvons, il est souvent nécessaire d'utiliser une combinaison de traitements pour gérer la douleur d'un patient particulier.

Les traitements non-pharmacologiques et pharmacologiques sont tous deux importants.

Quels traitements non-pharmacologiques sont disponibles sur votre lieu de travail ?

Quels traitements pharmacologiques sont disponibles sur votre lieu de travail ? Quelles préparations (ex. injections, sirops, suppositoires) sont disponibles ?

Traitements non-pharmacologiques

Des facteurs à la fois physiques et psychologiques affectent comment nous ressentons la douleur. Les traitements incluent :

- physiques
 - technique « RICE » (repos, glace, compression, élévation) en cas de blessure
 - opération chirurgicale (par ex. pour le drainage d'un abcès, l'ablation d'un appendice inflammé)
 - acupuncture, massage, kinésithérapie
- psychologiques
 - expliquer
 - rassurer
 - aide psychologique

Traitements pharmacologiques

Les médicaments constituent généralement l'élément majeur du traitement. Différents médicaments fonctionnent sur différentes parties de la voie nociceptive ; il est souvent important de combiner plusieurs médicaments. De plus, combiner les médicaments peut permettre de diminuer les effets secondaires. Ainsi, prescrire du paracétamol en doses régulières en plus de la morphine permet par exemple de réduire les doses de morphine, ce qui permet finalement de diminuer les effets secondaires liés à la morphine.

Qu'est-ce qu'un traitement *placebo* ?

Un traitement placebo consiste à donner à un patient un médicament qui n'a pas d'effet pharmacologique (par ex. injection d'une solution saline contre la douleur). Comme les facteurs psychologiques sont très importants, il est possible que la douleur du patient s'améliore.

Les traitements non-pharmacologiques peuvent aussi avoir un effet placebo.

Si le traitement placebo est efficace, cela ne veut pas dire que le patient n'éprouvait pas de douleur ni qu'il mentait ! L'effet placebo est un élément très utile dans de nombreux traitements.

Classification des médicaments contre la douleur (analgésiques)

Remarque : voir les appendices pour les informations concernant chaque médicament et les doses.

1. Analgésiques simples

- paracétamol / acétaminophène (Pamol, Panadol, Tylénol)
- anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)
 - aspirine
 - ibuprofène (Brufène, Nurofène)
 - diclofénac (Voltaren)

2. Analgésiques opioïdes

- Opiïdes légers
 - codéine
 - tramadol (agit également sur les voies inhibitrices descendantes)
- Opiïdes forts
 - morphine
 - péthidine (Démérol)
 - oxycodone

3. Autres médicaments

- Antidépresseurs tricycliques
 - amitriptyline
 - nortriptyline
- Anticonvulsifs
 - carbamazépine (Tégrétol)
 - valproate de sodium (Épilim)
 - gabapentine
 - prégabaline
- Anesthésiques locaux
 - lignocaïne / lidocaïne (Xylocaïne)
 - bupivacaïne (Marcaïne)
- Autres
 - kétamine
 - clonidine

Où agissent les médicaments contre la douleur ?

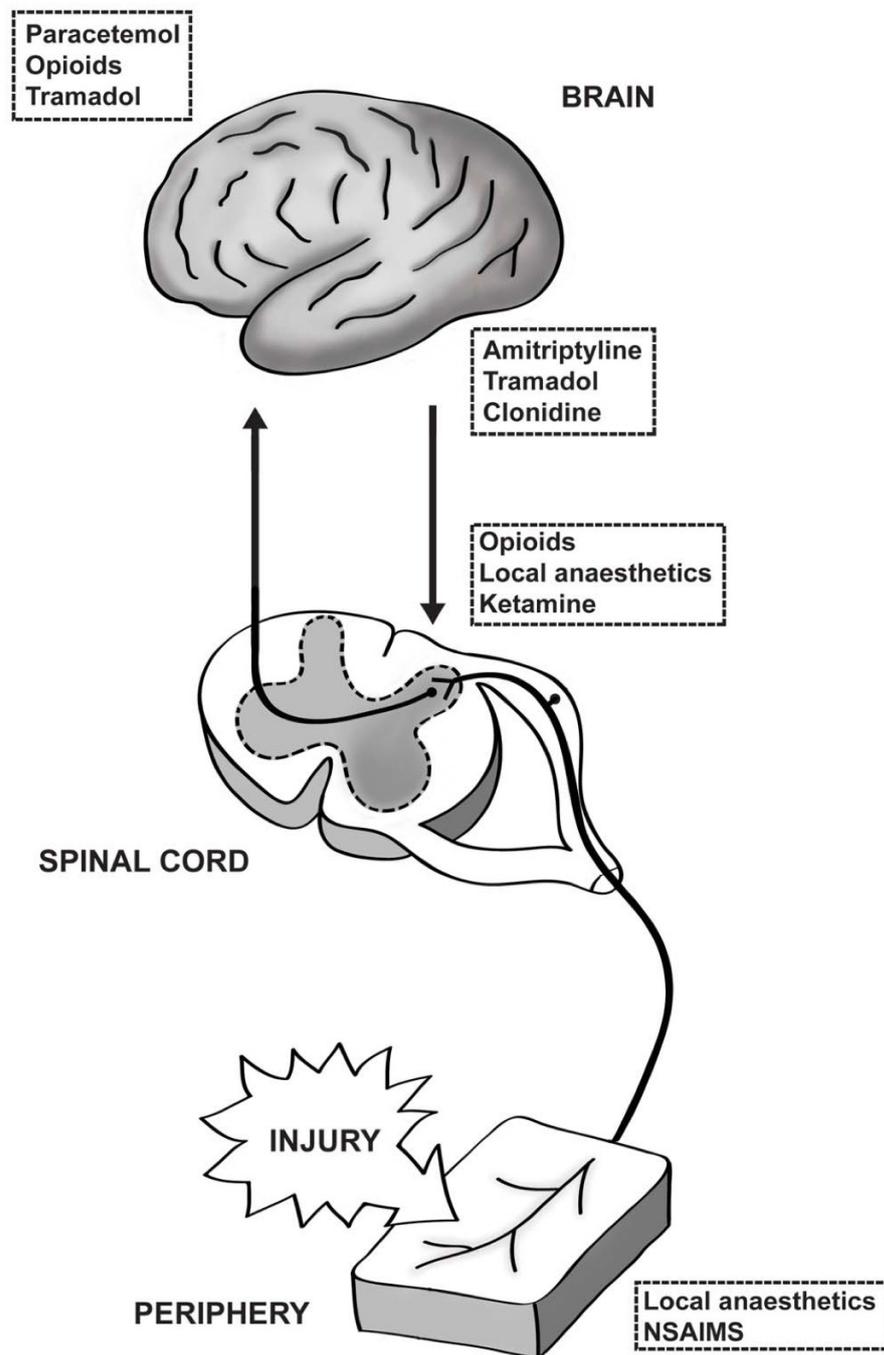


Fig. 7 : Localisation de l'action des médicaments contre la douleur

Comment fonctionnent les médicaments contre la douleur ?

Analgésiques simples	
Paracétamol	Modifie le taux de prostaglandines dans le cerveau.
AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)	Modifient généralement le taux de prostaglandines à la périphérie, réduisant ainsi l'inflammation.
Opiïdes	
Codéine	Agit sur les récepteurs opioïdes dans le cerveau et la moëlle épinière.
Tramadol	Agit faiblement sur les récepteurs opioïdes, augmente aussi les signaux inhibiteurs descendants dans la moëlle épinière.
Morphine, péthidine, oxycodone	Agissent sur les récepteurs opioïdes dans le cerveau et la moëlle épinière.
Autres analgésiques	
Antidépresseurs tricycliques	Augmentent les signaux inhibiteurs descendants dans la moëlle épinière.
Anticonvulsifs	"Stabilisateurs de membranes », agissent probablement en réduisant l'activation anormale des nerfs de douleur.
Anesthésiques locaux	Bloquent temporairement la transmission des signaux des nerfs de douleur+ à la périphérie (par ex. infiltration ou anesthésie tronculaire) ou au niveau de la moëlle épinière (par ex. rachianesthésie).
Kétamine	Bloque les récepteurs NMDA au niveau du cerveau et de la moëlle épinière (en particulier dans la corne dorsale).
Clonidine	Augmente les contrôles inhibiteurs descendants au niveau de la moëlle épinière.

MÉDICAMENTS CONTRE LA DOULEUR

Efficacité des médicaments

L'efficacité d'un médicament particulier dépend du type de douleur. Le tableau 1 montre l'utilité de certains analgésiques dans le traitement de différents types de douleur.

Il importe de noter que des combinaisons de médicaments sont généralement nécessaires, par ex. paracétamol et morphine en cas de douleur nociceptive aiguë sévère.

	Douleur nociceptive aiguë légère	Douleur nociceptive aiguë sévère	Douleur neuropathique aiguë	Douleur non cancéreuse chronique	Douleur cancéreuse chronique
Paracétamol	+++	++	+	+	+
AINS	++	++	+	+/-	+/-
Codéine	++	+	-	-	+/-
Tramadol	++	++	++	+	+
Morphine	-	+++	++	--	+++
ATC	-	-	++	++	++
Anticonvulsif	-	-	++	+	+

Tableau 1 : Efficacité des analgésiques

- inefficace, peut être dangereux
- efficacité généralement nulle ou non indiquée
- ± parfois efficace
- + utile, légèrement efficace
- ++ utile, moyennement efficace
- +++ utile, fortement efficace

ATC = antidépresseurs tricycliques

Douleur cancéreuse

On utilise l'échelle de l'OMS (Fig. 8 et appendice 3). Elle fut développée pour les douleurs qui s'intensifient à mesure que le cancer progresse. Les étapes sont les suivantes :

1. Douleur légère

Utiliser des analgésiques simples.

2. Douleur modérée

Continuer les analgésiques simples. Ajouter de la codéine ou du tramadol.

3. Douleur sévère

Continuer les analgésiques simples. Ajouter un opioïde fort, généralement la morphine.

L'échelle de l'OMS insiste sur la prise orale régulière de médicaments.

Des médicaments supplémentaires peuvent être requis, comme :

- Opioïdes forts et AINS en cas de douleur des os aiguë sur chronique.
- Antidépresseurs tricycliques ou anticonvulsifs en cas de douleur neuropathique aiguë ou chronique.

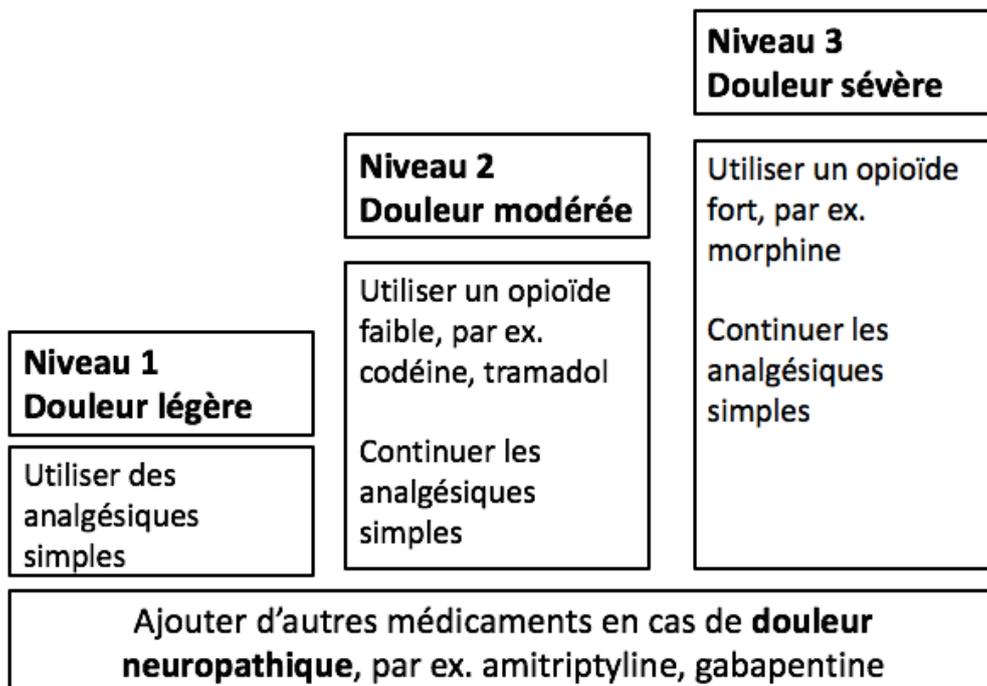


Fig. 8 : Échelle de l'OMS (modifiée)

Douleur nociceptive

Pour une douleur aiguë sévère nociceptive, on utilise l'échelle de l'OMS inversée (Fig. 9). Commencer en haut de l'échelle puis descendre étape par étape (réduire l'intensité des analgésiques) à mesure que la douleur s'améliore :

1. Douleur sévère

Utiliser un opioïde simple et des analgésiques simples.

2. Douleur modérée

Continuer les analgésiques simples. Passer d'un opioïde fort à la codéine ou au tramadol.

3. Douleur légère

Arrêter les opioïdes mais continuer les analgésiques.

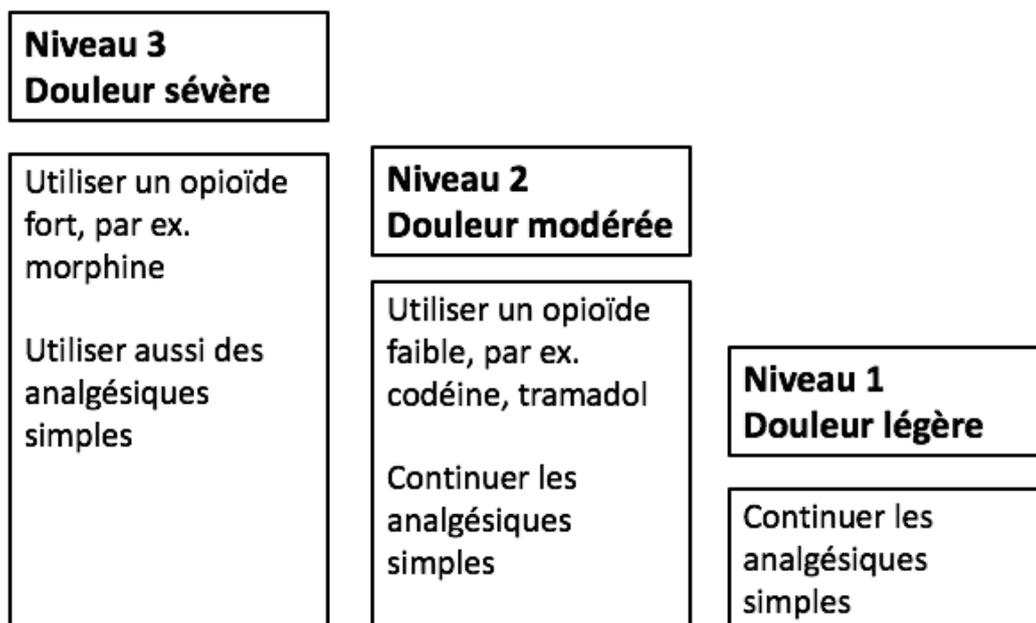


Fig. 9 : Échelle de l'OMS inversée

Douleur neuropathique

Les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsifs peuvent jouer un rôle important. Les analgésiques simples peuvent également être utiles.

Le tramadol peut être utile en raison de son action sur les voies inhibitrices descendantes.

Les opioïdes forts sont parfois utiles en cas de douleur neuropathique aiguë sévère, mais il est possible qu'ils ne soient pas particulièrement efficaces et il est recommandé de réévaluer fréquemment leur utilisation.

Douleur chronique non-cancéreuse

Pour cette catégorie, le traitement pharmacologique peut être compliqué parce qu'il y a à la fois des éléments nociceptifs et neuropathiques. Les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsifs peuvent parfois aider. Il est important de considérer les effets secondaires potentiels de l'administration sur le long terme de certains médicaments comme les AINS.

De manière générale, il est recommandé d'**éviter** les opioïdes forts en cas de douleur chronique non-cancéreuse.

Les traitements non-pharmacologiques sont généralement très importants.

OBSTACLES À LA GESTION DE LA DOULEUR

La douleur est souvent mal gérée. Quelles en sont les raisons ?

Quels sont les obstacles sur votre lieu de travail ?

Obstacles possibles:

- **Facteurs liés aux patients**
 - Il est possible que les patients ne cherchent pas d'aide.
 - Il est possible qu'ils s'attendent à souffrir.
 - Il est possible qu'ils considèrent comme une faiblesse le fait de se plaindre d'une douleur.
 - Il est possible qu'ils aient peur de l'addiction ou des effets secondaires.
 - il peut être difficile de communiquer avec le patient (par ex. bébés, déficience mentale, difficultés de langage).

- **Médicaments**
 - L'approvisionnement en médicaments n'est parfois pas fiable.
 - Les médicaments appropriés manquent parfois à l'hôpital.
 - Les préparations appropriées ne sont parfois pas disponibles (ex. morphine orale à libération rapide).

- **Personnel de santé**
 - Est parfois insuffisant.
 - Est parfois trop occupé.
 - N'a parfois pas conscience de la douleur du patient.
 - A parfois une connaissance insuffisante de la douleur et de son traitement.
 - N'a parfois pas le droit de prescrire ou d'administrer les médicaments appropriés.

- **Difficultés liées au système**
 - La gestion de la douleur peut être considérée comme une question secondaire.
 - On note parfois un manque de culture dans l'analyse et la gestion de la douleur.
 - Il est possible qu'il n'y ait pas de protocoles disponibles pour la gestion de la douleur.
 - Il est possible qu'il n'y ait pas de formulaires pour noter la douleur (par ex. formulaires post-opératoires ou fiches d'observation quotidienne).

UTILISER LE SYSTÈME R.A.T.

R = Reconnaître

A = Analyser

T = Traiter

+ Réévaluer (répéter R.A.T.)



1. RECONNAÎTRE

Il nous arrive parfois d'oublier de demander au patient s'il éprouve de la douleur, et parfois les patients ne nous le disent pas, ou ne peuvent pas le dire. Si vous ne demandez pas ou ne regardez pas, vous ne trouverez pas !

Le patient éprouve-t-il de la douleur ?

- Demander
- Regarder (froncement de sourcils, légère agitation, transpiration ?)

D'autres personnes savent-elles que le patient éprouve de la douleur ?

- Autre personnel de santé
- Famille du patient

2. ANALYSER

Traiter la douleur exige d'envisager l'origine et le type de douleur. De cette manière, nous pourrions peut-être mieux traiter la blessure qui cause la douleur, et nous pourrions également choisir de meilleurs médicaments pour traiter la douleur elle-même.

a) QUELLE EST L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR ?

- Quel est le score de douleur ?
 - au repos
 - en mouvement
- Comment la douleur affecte-t-elle le patient ?
 - le patient peut-il bouger, tousser ?
 - le patient peut-il travailler ?

b) DE QUEL TYPE DE DOULEUR S'AGIT-IL ?

La douleur est-elle aiguë ou chronique ?

L'origine de la douleur aiguë nociceptive peut être évidente mais la douleur chronique est parfois plus complexe. En ce qui concerne la douleur chronique, les facteurs psychologiques peuvent avoir une importance plus grande, et la douleur peut avoir des traits à la fois nociceptifs et neuropathiques.

La douleur peut être aiguë sur chronique (ex. fracture chez une personne souffrant de douleur chronique cancéreuse).

La douleur est-elle cancéreuse ou non-cancéreuse ?

La maladie du patient explique-t-elle la douleur ?

Il est possible que la douleur ait une origine évidente qui nécessite un traitement particulier. Exemples :

- fracture nécessitant une attelle ou une opération
- infection nécessitant un nettoyage et des antibiotiques

La douleur est-elle nociceptive, neuropathique ou mixte ?

La douleur neuropathique est plus fréquente en cas de :

- diabète
- lésion nerveuse (incluant l'amputation)
- douleur chronique

Interroger sur la présence de symptômes précis :

- sensation de brûlure ou douleur qui lance
- picotements, engourdissements
- douleur du membre fantôme

c) EXISTE-T-IL D'AUTRES FACTEURS CONTRIBUANT À LA DOULEUR ?

- Facteurs physiques
 - maladie sous-jacente
 - autres maladies
- Facteurs psychologiques et sociaux
 - colère, angoisse, dépression
 - manque de soutien social

3. TRAITER

Le traitement peut être divisé en deux catégories : les traitements non-pharmacologiques et les traitements pharmacologiques. Les deux types de traitements sont importants.

Il est possible que plusieurs facteurs contribuent à la douleur d'un individu, donc il n'existe pas de liste fixe des traitements. Les traitements précis dépendront de chaque patient particulier, du type de blessure ou de maladie, du type de douleur et des autres facteurs contribuant à la douleur.

a) **TRAITEMENTS NON-PHARMACOLOGIQUES (douleurs nociceptives et neuropathiques)**

- Physiques
 - repos, glace, compression et élévation (méthode R.I.C.E.: rest, ice, compression, elevation)
 - opération chirurgicale parfois nécessaire
 - soins infirmiers
 - acupuncture, massages, kinésithérapie
- Psychologiques
 - expliquer et rassurer
 - soutien social ou venue d'un prêtre, si approprié

b) **TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES**

- **Douleur nociceptive**
 - Envisager le paracétamol, les AINS, le tramadol, la codéine, la morphine.
 - Utiliser des combinaisons, par ex. paracétamol + AINS + opioïde.
 - Utiliser l'échelle OMS inversée en cas de douleur aiguë sévère. Commencer en haut de l'échelle – envisager de petites doses de morphine IV pour contrôler la douleur rapidement. Descendre l'échelle étape par étape à mesure que la douleur s'améliore.
 - Utiliser l'échelle OMS en cas de douleur cancéreuse progressive. Commencer en bas et monter étape par étape.
- **Douleur neuropathique**
 - Il est possible que les échelles de l'OMS (classique et inversée) ne fonctionnent pas très bien.
 - Envisager assez tôt un antidépresseur tricyclique (amitriptyline) ou un anticonvulsif (carbamazépine ou gabapentine). Le tramadol peut également aider.
 - Ne pas oublier les traitements non-pharmacologiques.

4. **RÉÉVALUER**

Il est essentiel de réexaminer le patient pour voir si le traitement est efficace. Répéter la méthode R.A.T.

Ne pas oublier de noter votre analyse de l'intensité. La douleur est le 5^{ème} signe vital.

SYSTÈME R.A.T. : EXEMPLES

EXEMPLE 1

Un homme de 32 ans s'est coincé la main droite dans une machine au travail. Il présente une fracture ouverte de la main.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

1. RECONNAÎTRE

- Douleur facile à identifier
- Origine évidente, patient probablement bouleversé

2. ANALYSER

- **Intensité**
 - La douleur peut être de modérée à sévère
- **Type**
 - Douleur aiguë, musculosquelettique (non-cancéreuse)
 - Mécanisme nociceptif : douleur décrite comme tranchante, sourde
 - Mécanisme neuropathique possible en cas de lésion nerveuse
- **Autres facteurs**
 - D'autres facteurs peuvent contribuer à la douleur (ex. angoisse, infection si la blessure est ancienne)

3. TRAITER

- **Traitements non-pharmacologiques**
 - Réduire l'inflammation (immobilisation, écharpe)
 - Une opération chirurgicale sera probablement nécessaire
 - Prévenir ou traiter l'infection
 - Expliquer et rassurer

- **Traitements pharmacologiques**

- Des analgésiques simples (ex. paracétamol) calmeront la douleur mais des médicaments supplémentaires seront peut-être nécessaires
- Paracétamol en doses régulières (1g quatre fois par jour)
- Envisager d'ajouter de la codéine (30-60 mg toutes les 4h)
- Les AINS réduiront l'inflammation mais peuvent affecter la consolidation des os
- La morphine est efficace et peut être nécessaire en cas de douleur sévère

4. RÉÉVALUER

- Répéter R.A.T.
- Noter les scores de douleur

Synthèse

Douleur aiguë, due à une blessure, de modérée à sévère, de nature nociceptive.

- **Traiter la blessure**
- **Analgésiques simples, doses régulières**
- **Morphine en cas de douleur sévère**

EXEMPLE 2

Une femme de 55 ans présente une grosse tumeur au sein avec métastases au niveau de la moëlle épinière. Elle a des douleurs sévères.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

1. RECONNAÎTRE

- Il est possible que la patiente éprouve des douleurs à la fois au sein et dans le dos.
- Il est possible qu'une nouvelle douleur intense dans le dos ne soit pas identifiée.
- Interroger la patiente sur les symptômes de sa douleur.

2. ANALYSER

- L'analyse peut être difficile en raison de deux types de douleur.
- **Intensité**
 - Les douleurs au sein et dans le dos peuvent toutes deux être sévères.
- **Type**
 - Douleur cancéreuse chronique s'empirant avec le temps, musculosquelettique aiguë causée par les métastases dans la colonne (ex. tassement de vertèbre avec pincement de nerf).
 - Il est possible que la douleur présente des traits à la fois nociceptifs et neuropathiques. Des symptômes neuropathiques peuvent être présents en particulier en cas de pincement de nerf – sensation de brûlure, picotements.
- **Autres facteurs**
 - De nombreux facteurs peuvent contribuer à la douleur – physiques, psychologiques et sociaux.
 - Un facteur physique possible peut être par exemple la compression de la moëlle épinière.
 - Essayer d'explorer ces pistes avec la patiente et sa famille.

3. TRAITER

- **Traitement non-pharmacologiques**
 - Traitement de la tumeur du sein – soins infirmiers, opération probable, traitement de l'infection.
 - Aide psychologique ou sociale.
 - Autres traitements ?

- **Traitements pharmacologiques**
 - Analgésiques simples en doses régulières + opioïde.
 - Si possible contrôler de la douleur aiguë sévère avec de la morphine IV.
 - Passer à la morphine orale une fois la douleur contrôlée.
 - Envisager l'amitriptyline en présence de traits caractéristiques d'une douleur neuropathique (en particulier en cas de troubles du sommeil).

4. RÉÉVALUER

- Répéter R.A.T.
- Noter les scores de douleur

Synthèse

Douleur sévère, aiguë sur chronique. Cause mixte - douleur cancéreuse chronique et douleur musculosquelettique aiguë. Mécanismes nociceptifs et neuropathiques.

- **L'analyse peut être difficile.**
- **Les traitements non-pharmacologiques sont importants.**
- **Analgésiques simples en doses régulières.**
- **Contrôler la douleur aiguë sévère avec de la morphine IV, puis passer à la morphine orale en doses régulières.**
- **L'amitriptyline peut aider.**

EXEMPLE 3

Un homme de 51 ans éprouve des douleurs dans le bas du dos depuis 2 ans. La douleur descend parfois dans sa jambe droite. Récemment il est tombé et il a maintenant des difficultés à marcher.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

1. RECONNAÎTRE

- Il est possible que le patient ne présente pas de signes extérieurs de douleur.
- D'autres personnes peuvent penser que le patient veut éviter de travailler.
- Demander au patient quels sont ses symptômes.

2. ANALYSER

- **Intensité**
 - La douleur peut être de modérée à sévère.
 - Mesurer le score de douleur, par ex. à l'aide de l'échelle d'évaluation verbale et de l'échelle d'activité fonctionnelle.
- **Type**
 - Douleur chronique, d'origine musculosquelettique (non-cancéreuse).
 - Il est possible qu'une blessure récente cause une douleur aiguë sur chronique.
 - La douleur peut être difficile à localiser et avoir des traits à la fois nociceptifs et neuropathiques (ex. sensation de brûlure, picotements).
- **Autres facteurs**
 - De nombreux autres facteurs peuvent contribuer à la douleur – physiques, psychologiques et sociaux.

3. TRAITER

- **Traitements non-pharmacologiques**
 - Souvent, le repos n'apporte pas d'amélioration au mal au dos chronique.
 - Il est possible parfois qu'il y ait un problème aigu sur chronique qui nécessite une opération chirurgicale (ex. prolapsus discal).
 - L'acupuncture, les massages et la kinésithérapie peuvent parfois aider.
 - Aide psychologique ou sociale.
 - problèmes au travail
 - problèmes dans le cercle familial
- **Traitements pharmacologiques**
 - Le paracétamol et les AINS en doses régulières peuvent aider, en particulier en cas de douleur aiguë sur chronique.
 - La morphine n'est généralement pas efficace en cas de mal au dos chronique. Elle est parfois nécessaire en cas de douleur nociceptive aiguë sévère.
 - Envisager l'amitriptyline en présence de traits caractéristiques d'une douleur neuropathique (en particulier en cas de troubles du sommeil).

4. RÉÉVALUER

- Répéter R.A.T.
- Noter les scores de douleur

Synthèse

Douleur modérée à sévère, aiguë sur chronique, non-cancéreuse, mécanismes à la fois neuropathiques et nociceptifs

- **L'analyse peut parfois être difficile.**
- **Les traitements non-pharmacologiques sont importants.**
- **Analgésiques simples en doses régulières.**
- **Morphine généralement inutile (sauf en cas de douleur nociceptive sévère).**
- **L'amitriptyline est parfois utile.**

ÉTUDES DE CAS EN PETITS GROUPES

CAS 1

Un homme de 22 ans est tombé du plateau d'un camion et s'est cassé le fémur droit. Il n'y a pas d'autre blessure évidente. Il dit qu'il a très mal à la cuisse.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 2

Une femme de 44 ans atteinte d'un cancer du col de l'utérus est admise à l'hôpital parce qu'elle ne peut pas se soigner chez elle.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 3

Un homme de 60 ans vient de subir une laparotomie pour occlusion intestinale. Il est allongé sur son lit, immobile, et semble éprouver une douleur sévère.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 4

Une petite fille de 5 ans est atteinte d'un cancer des os avancé, qui s'est répandu de la jambe à la colonne vertébrale. Elle pleure presque constamment et a peur des piqûres.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 5

Un homme de 49 ans souffre de diabète depuis longtemps. Il doit se faire amputer la jambe sous le genou à cause d'une gangrène. Vous le voyez quatre semaines après l'amputation. Il se plaint de douleurs à la jambe.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 6

Un garçon de 9 ans qui a probablement l'appendicite attend d'être opéré.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 7

Une femme de 24 ans se présente à la clinique. Elle éprouve d'intenses maux de tête depuis 2 ans. Les médecins lui ont dit il y a 6 mois que "tout va bien dans sa tête".

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

CAS 8

Une petite fille de 12 ans a été admise il y a 3 jours avec des brûlures sur la poitrine et l'abdomen. Ses pansements doivent être changés tous les 2-3 jours.

Comment gérer sa douleur en utilisant le système R.A.T. ?

OBSTACLES À SURMONTER

Quels sont les principaux obstacles à la gestion de la douleur sur votre lieu de travail ? Y a-t-il des obstacles faciles à changer ?

Quels changements peuvent être faits pour améliorer la gestion de la douleur sur votre lieu de travail ?

NOTES

APPENDICES

Appendice 1 : Formulaire des médicaments pour adultes

Remarque : Les quantités précises (par ex. puissance des comprimés) peuvent varier.

Les doses précises de morphine varient selon chaque patient.

Abréviations :

IM = intramusculaire, IV = intraveineux, PO = prise orale, IR = prise rectale, SC = sous-cutané.

1 fois/j. = une fois par jour, 2 fois/j. = deux fois par jour, 3 fois/j. = trois fois par jour, 4 fois/j. = quatre fois par jour.

1. Analgésiques simples

Médicaments	Utilisation	Problèmes	Doses pour adultes
Paracétamol / acétaminophène (Pamol, Panadol, Tylenol)	Généralement sans danger. Bon pour les douleurs légères, utile pour la plupart des douleurs nociceptives. Association à d'autres médicaments généralement nécessaire en cas de douleur modérée à sévère. Utilisé aussi pour réduire la température corporelle en cas de fièvre.	Certains patients ne peuvent pas avaler de médicaments ou prendre de solution orale. Peut endommager le foie en cas d'overdose.	Généralement PO mais peut être donné en IR. PO ou IR: 1g (2 comprimés de 500 mg) 4 fois/j. Dose maximum: 4g/24h.
Aspirine	Association possible au paracétamol. Bonne pour les douleurs nociceptives.	Certains patients ne peuvent pas avaler de médicaments ou prendre de solution orale. Effets secondaires: <ul style="list-style-type: none">- problèmes gastro-intestinaux (par ex. gastrite)- endommagement des reins- rétention d'eau- augmentation du risque de saignement	PO: 600 mg (2 comprimés de 300 mg) toutes les 4 à 6h. Dose maximum: 3,6g/24 h.

Diclofénac (Voltaren, Voltarol)	Voir aspirine.	Problèmes semblables à ceux de l'aspirine, mais peut être donné en IM ou IR.	PO: 25-50 mg 3 fois/j. IR: 100 mg 1 fois/j. IM: 75 mg 2 fois/j. Dose maximum: 150 mg/24h.
Ibuprofène (Brufène, Nurofène)	Voir aspirine.	Voir aspirine.	PO: 400 mg 4 fois/j.
Naproxène (Naprosyne)	Voir aspirine.	Voir aspirine.	PO: 500 mg 2 fois/j.

2. Opiïdes

Médicaments	Utilisation	Problèmes	Doses pour adultes
Codéine	Généralement sans danger. Souvent associée au paracétamol et/ou aux AINS en cas de douleur modérée.	Certains patients ne peuvent pas avaler de médicaments ou prendre de solution orale. Effets secondaires similaires à ceux d'autres opioïdes: - constipation - dépression respiratoire en cas de forte dose Idées reçues concernant l'addiction. Chaque patient nécessite une dose différente (nécessité de faire varier les doses).	Généralement donnée en PO mais parfois également en IM. PO ou IM: 30-60 mg toutes les 4h.
Tramadole (Tramal)	Peut être utilisé avec du paracétamol et/ou des opioïdes en cas de douleur nociceptive. Parfois utile en cas de douleur neuropathique. Moins de dépression respiratoire et de constipation qu'avec la morphine.	Disponibilité limitée. Nausées et vomissements. Confusion.	PO ou IV: 50-100 mg 4 fois/j.

Morphine	<p>Sans danger si utilisée de manière appropriée.</p> <p>Souvent associée au paracétamol et/ou aux AINS en cas de douleur modérée à sévère.</p> <p>Morphine orale très utile en cas de douleur cancéreuse.</p> <p>Généralement à éviter en cas de douleur chronique non-cancéreuse.</p> <p>Disponible en comprimés à libération rapide, en sirop ou en comprimés à libération lente.</p>	<p>Problèmes similaires à ceux d'autres opioïdes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - constipation - dépression respiratoire en cas de fortes doses - nausées et vomissements - idées reçues concernant l'addiction <p>Les doses orales sont différentes des doses en piqûres.</p>	<p>Peut être donnée en PO, IV, IM ou SC.</p> <p>Chaque patient nécessite une dose différente.</p> <p>Les doses orales correspondent à 2 ou 3 fois les doses en piqûres.</p> <p>PO (action rapide): 10-30 mg toutes les 4 h (par ex. pour contrôler une douleur cancéreuse).</p> <p>PO (libération lente): 2 fois/j. (fortes doses parfois nécessaires en cas de douleur cancéreuse).</p> <p>IV: 2,5-10 mg (par ex. pendant ou après une opération chirurgicale).</p> <p>IM ou SC: 5-10 mg toutes les 4h.</p>
Péthidine (Démérol)	<p>Voir morphine.</p> <p>Souvent associée au paracétamol et/ou aux AINS en cas de douleur modérée à sévère.</p>	<p>Voir morphine.</p> <p>Crises d'épilepsie causées par le métabolite (norpéthidine) en cas de fortes doses pendant plus de 48h.</p>	<p>PO: 50-100 mg toutes les 4h.</p> <p>Les doses en IV ou IM correspondent à environ 10 fois les doses de morphine.</p> <p>IV: 25-50 mg (par ex. pendant ou après une opération chirurgicale).</p> <p>IM ou SC: 50-100 mg toutes les 4h.</p>
Oxycodone (Oxynorme, Oxycontin)	<p>Voir morphine.</p> <p>Peut être utilisée pour le traitement des douleurs cancéreuses.</p> <p>Disponible en libération rapide (Oxynorme) ou libération lente (Oxycontin).</p>	<p>Voir morphine.</p> <p>Disponibilité limitée.</p>	<p>PO (libération rapide): Oxynorme 5-10mg toutes les 4h.</p> <p>PO (libération lente): Oxycontin 10mg 2 fois/j., à augmenter si nécessaire.</p>

3. Autres analgésiques (par ordre alphabétique)

Médicament	Utilisation	Problèmes	Doses pour adultes
Amitriptyline	Utile en cas de douleur neuropathique. Utilisée aussi dans le traitement de la dépression et pour améliorer le sommeil.	Sédation. Hypotension posturale (faible tension artérielle). Effets secondaires des anticholinergiques: - bouche sèche - rétention urinaire - constipation	PO: généralement 25 mg la nuit. Commencer avec des doses faibles et augmenter lentement, en particulier pour les patients âgés (par ex. commencer avec 10mg puis augmenter tous les 2-3 jours selon la tolérance clinique du patient).
Carbamazépine (Tégréto)	Anticonvulsif ("stabilisateur de membrane"). Utile en cas de douleur neuropathique.	Sédation. Troubles de l'équilibre. Confusion à fortes doses.	PO: 100-200mg 2 fois/j., passer à 200-400 mg 4 fois/j. selon la tolérance clinique du patient. Commencer avec des doses faibles et augmenter lentement, en particulier pour les patients âgés.
Clonidine	Peut être utile si la douleur est difficile à traiter.	Disponibilité limitée. Sédation. Hypotension.	IV: 15-30 mcg toutes les 15 min., max. 1-2 mcg/kg. PO: 2 mcg/kg.
Gabapentine	Anticonvulsif ("stabilisateur de membrane"). Utile en cas de douleur neuropathique.	Sédation.	PO: 100 mg 3 fois/j., passer à 300mg selon la tolérance clinique du patient.
Kétamine	Peut être utile en cas de douleur sévère (nociceptive ou neuropathique). Utilisée aussi comme anesthésique général.	Sédation (faible dose suffisante pour soulager la douleur). Rêves, délires, hallucinations.	IV: 5-10 mg en cas de douleur aiguë sévère. Perfusion SC: 100 mg sur 24h pendant 3 jours, augmentation possible à 300 mg, puis 500 mg/24h.
Valproate de sodium (Epilim)	Anticonvulsif ("stabilisateur de membrane"). Utile en cas de douleur neuropathique.	Effets secondaires gastro-intestinaux, sédation.	PO: 200 mg toutes les 8-12h.

Appendice 2 : Posologie des médicaments en pédiatrie

Remarque : Les quantités précises (par ex. puissance des comprimés) peuvent varier.

Les doses précises de morphine varient selon chaque patient.

Abréviations :

IM = intramusculaire, IV = intraveineux, PO = prise orale, IR = prise rectale, SC = sous-cutané.

1 fois/j. = une fois par jour, 2 fois/j. = deux fois par jour, 3 fois/j. = trois fois par jour, 4 fois/j. = quatre fois par jour.

1. Analgésiques simples

Paracétamol / Acétaminophène	PO ou IR: 15 mg/kg toutes les 4h. Dose maximum: 90 mg/kg/24h.
Aspirine	PO: 15 mg/kg toutes les 4-6h. Interdit aux enfants de moins de 10 ans.
Diclofénac	PO ou IR: 1 mg/kg 2-3 fois/j.
Ibuprofène	PO: 5 mg/kg 4 fois/j.
Indométacine	PO: 0,5-1 mg/kg 3 fois/j.
Naproxène	PO: 5-10 mg/kg 2-3 fois/j. Interdit aux enfants de moins de 2 ans.

2. Opiïdes

Codéine (voir ci-dessous)	PO: 0,5-1 mg/kg toutes les 4h.
Tramadol	PO ou IV: 1-2 mg/kg toutes les 4h.
Morphine – libération rapide	IV: 0,02 mg/kg toutes les 10 minutes (par ex. après opération chirurgicale). IM ou SC: 0,1-0,2 mg/kg toutes les 3-4h. PO (libération rapide): 0,2-0,4 mg/kg toutes les 3-4h (par ex. pour contrôler une douleur cancéreuse).
Morphine – libération lente	PO (libération lente): commencer avec 0,6 mg/kg 2 fois/j. puis augmenter toutes les 48h si nécessaire.
Péthidine / Mépéridine	IV: 0,5 mg/kg toutes les 10 minutes (après opération chirurgicale par ex.). IM: 1mg/kg toutes les 3-4h.
Oxycodone	IV, SC ou PO (libération rapide): 0,1 mg/kg toutes les 4h. PO (libération lente): 0,2-0,5 mg/kg 2 fois/j.

3. Autres analgésiques

Amitriptyline	PO: 0,5 mg/kg la nuit.
Carbamazépine	PO: 2 mg/kg 2-3 fois/j.
Clonidine	PO: 2,5 mcg/kg comme pré-médication en cas d'interventions douloureuses.
Valproate de sodium	PO: 5 mg/kg 2-3 fois/j. Augmentation possible jusqu'à 10mg/kg/dose.

Remarque :

Au Royaume-Uni et dans de nombreux autres pays, **la codéine n'est pas recommandée pour les enfants de 12 ans ou moins.**

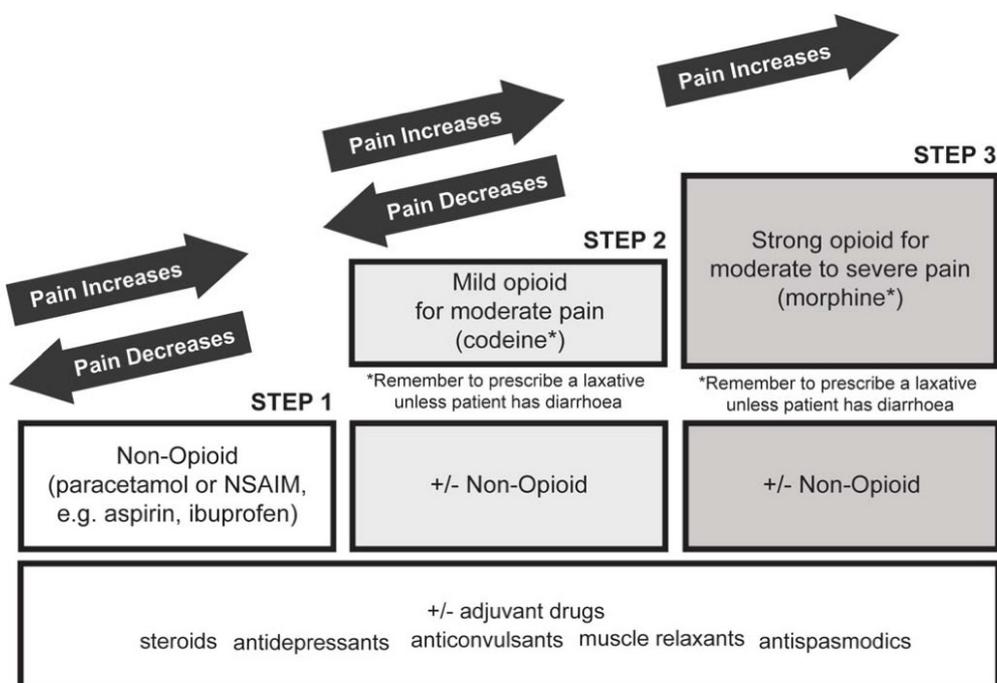
Appendice 3 : Échelle analgésique de l'OMS

Cette « échelle » fut développée par l'OMS essentiellement pour guider le traitement des douleurs cancéreuses. Il est possible qu'elle ne fonctionne pas bien pour d'autres types de douleurs, comme la douleur neuropathique.

Pour les douleurs cancéreuses, la dose correcte de morphine pour un individu est la dose qui soulage la douleur du patient.
On recommande de donner les médicaments :

1. Par voie orale – pour que le patient puisse prendre les médicaments chez lui.
2. À heure fixe – les médicaments sont donnés de manière régulière pour éviter la réapparition de la douleur avant la dose suivante.
3. De manière échelonnée – donner progressivement des doses de plus en plus élevées et des médicaments de plus en plus forts jusqu'à ce que le patient n'éprouve plus de douleur.
4. Au cas par cas – il n'existe pas de dose standard de morphine. La dose correcte est la dose qui soulage la douleur du patient.
5. En considérant les détails – cela inclut de trouver le meilleur moment pour donner les médicaments et de traiter les effets secondaires (par ex. prescrire un laxatif pour le traitement de la constipation).

The Analgesic Ladder for Pain Control



• Give analgesics • by the mouth • by the clock • by the ladder •

Appendice 4 : Utiliser la morphine dans le traitement de la douleur cancéreuse

La morphine est le médicament le plus important dans la gestion de la douleur cancéreuse. Il est possible qu'une douleur aiguë sévère nécessite des piqûres de morphine, mais il est conseillé de passer à la morphine orale dès que la douleur est contrôlée.

Les doses de morphine orale correspondent à 2-3 fois les doses en piqûres.

Étapes à suivre pour soulager la douleur avec de la morphine :

1. Calmer rapidement la douleur sévère avec des piqûres ou de la morphine orale à libération rapide. Donner toutes les 4 heures si nécessaire.
2. Calculer la dose nécessaire de morphine par 24 heures.
Ex.: Patient nécessitant 10 mg IM toutes les 4 heures.
Dose requise de morphine IM/SC par jour = $6 \times 10 \text{ mg} = 60 \text{ mg}$.
La dose équivalente de morphine orale est 2-3 fois supérieure (120-180 mg).
3. Diviser par deux la dose quotidienne totale et donner deux fois par jour sous forme de morphine à libération lente.
Ex.: Dose quotidienne totale = 120-180 mg.
Commencer avec de la morphine à libération lente 60 mg PO 2 fois/j.
Passer à 90 mg PO 2 fois/j. si nécessaire.
4. En cas de crise de douleur, continuer à donner de la morphine à libération rapide toutes les 4 h si nécessaire. Si des doses supplémentaires sont fréquemment requises, calculer la dose quotidienne totale et augmenter la dose de morphine à libération lente.

Appendice 5 : Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels

Le tableau suivant est basé sur la liste modèle, 16ème édition (mise à jour). Les médicaments utiles pour la gestion de la douleur se trouvent dans diverses sections de la liste (par ex. anticonvulsifs, médicaments utilisés pour les troubles de l'humeur).

Pour la liste complète, voir :

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Analgésiques, antipyrétiques, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (section 2)	
Non-opioïdes et AINS (section 2.1)	
Acide acétylsalicylique (aspirine)	Suppositoire: de 50 mg à 150 mg Comprimé: de 100 mg à 500 mg
Ibuprofène (>3 mois)	Comprimé: 200 mg; 400 mg
Paracétamol	Solution liquide orale : 125 mg pour 5ml Suppositoire: 100 mg Comprimé: de 100 mg à 500 mg
Analgésiques opioïdes (section 2.2)	
Codéine	Comprimé: 15 mg (phosphate); 30 mg (phosphate)
Morphine	Injection: 10 mg (chlorhydrate de morphine ou sulfate de morphine) en ampoule de 1 ml Solution liquide orale : 10 mg (chlorhydrate de morphine ou sulfate de morphine) pour 5 ml Comprimé: 10 mg (sulfate de morphine) Comprimé (libération prolongée): 10 mg; 30 mg; 60 mg (sulfate de morphine)
Anticonvulsifs, antiépileptiques (section 5)	
Carbamazépine	Solution liquide orale: 100 mg pour 5 ml Comprimé (à croquer): 100 mg; 200 mg Comprimé (sécable): 100 mg; 200 mg

Acide alproïque (valproate de sodium)	Solution orale: 200 mg/5 ml Comprimé (à écraser): 100 mg Comprimé (à enrobage entérique): 200 mg; 500 mg
Médicaments utilisés pour les troubles de l'humeur (section 24)	
Amitriptyline	Comprimé: 25 mg (chlorhydrate)
Autres médicaments	
Anesthésiques généraux (section 1.1)	
Kétamine	Injection: 50 mg (comme le chlorhydrate) par ml en ampoules de 10 ml
Oxyde nitreux	Inhalation
Anesthésiques locaux (section 1.2)	
Bupivacaïne	Injection: 0,25%; 0,5% (chlorhydrate) en ampoules
Lidocaïne (Lignocaïne)	Injection: 1%; 2% (chlorhydrate) en ampoules
Lidocaïne + Épinéphrine (Lignocaïne + Adrenaline)	Injection: 1%; 2% (chlorhydrate) + épinéphrine 1:200 000 en ampoules
Antiémétiques (section 17.2)	
Dexaméthasone	Injection: 4 mg/ml en ampoule de 1ml Solution orale : 0,5 mg/5 ml; 2 mg par ml Forme orale solide: 0,5 mg; 0,75 mg; 1,5 mg; 4 mg
Métoclopramide (pas pour les nouveaux-nés)	Injection: 5 mg (chlorhydrate)/ml en ampoules de 2-ml Comprimé: 10 mg (chlorhydrate)
Ondansétron (>1 mois)	Injection: base 2 mg /ml en ampoules de 2ml (comme le chlorhydrate) Solution orale : base 4 mg /5 ml Forme orale solide : Eq base 4 mg; Eq base 8 mg; Eq base 24 mg.

NOTES
