



Soins palliatifs

Douleur

Soins de support

Hospitalisation – Equipe mobile – Consultation externe

# Douleur et sujet âgé

N.SAFFON

Equipe Résonance

Douleur – soins palliatifs – soins de support



Hôpitaux de Toulouse

# Préambule

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

# Douleur : définition

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

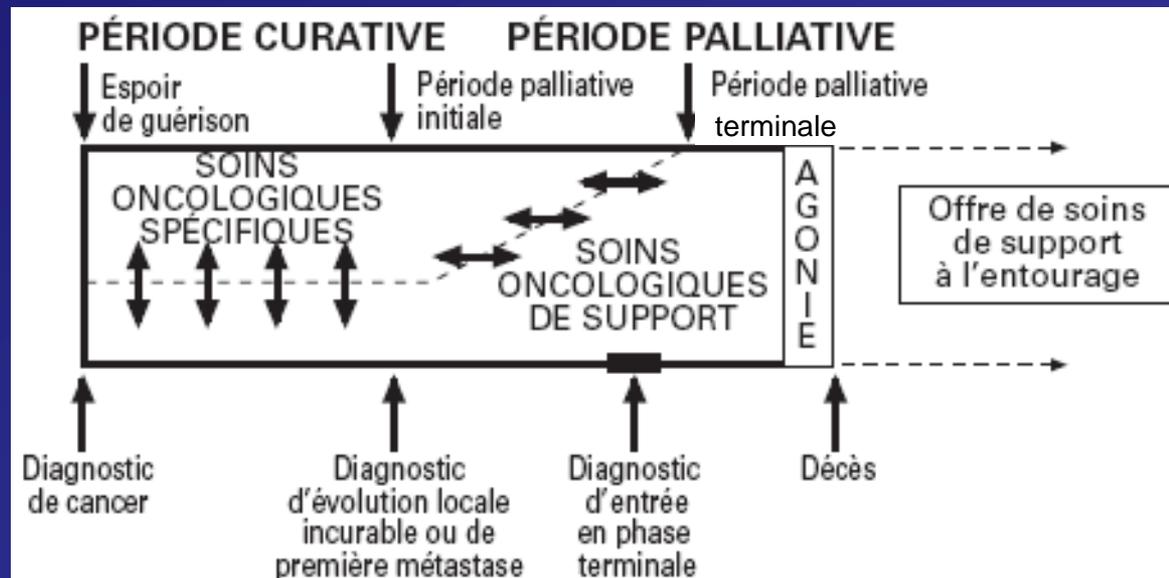
# Douleur : bio psycho social

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

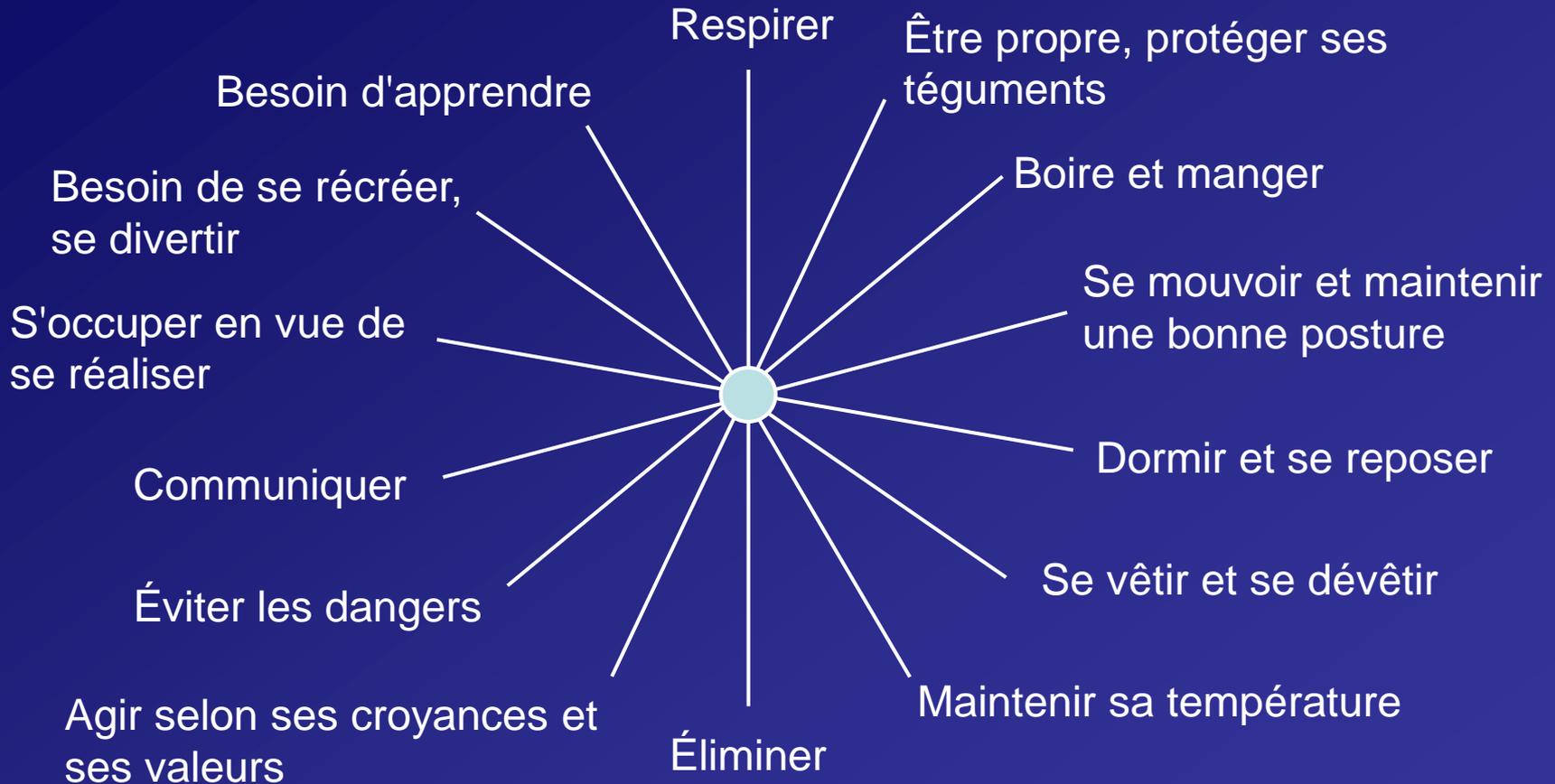
# Fin de vie, temporalité

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

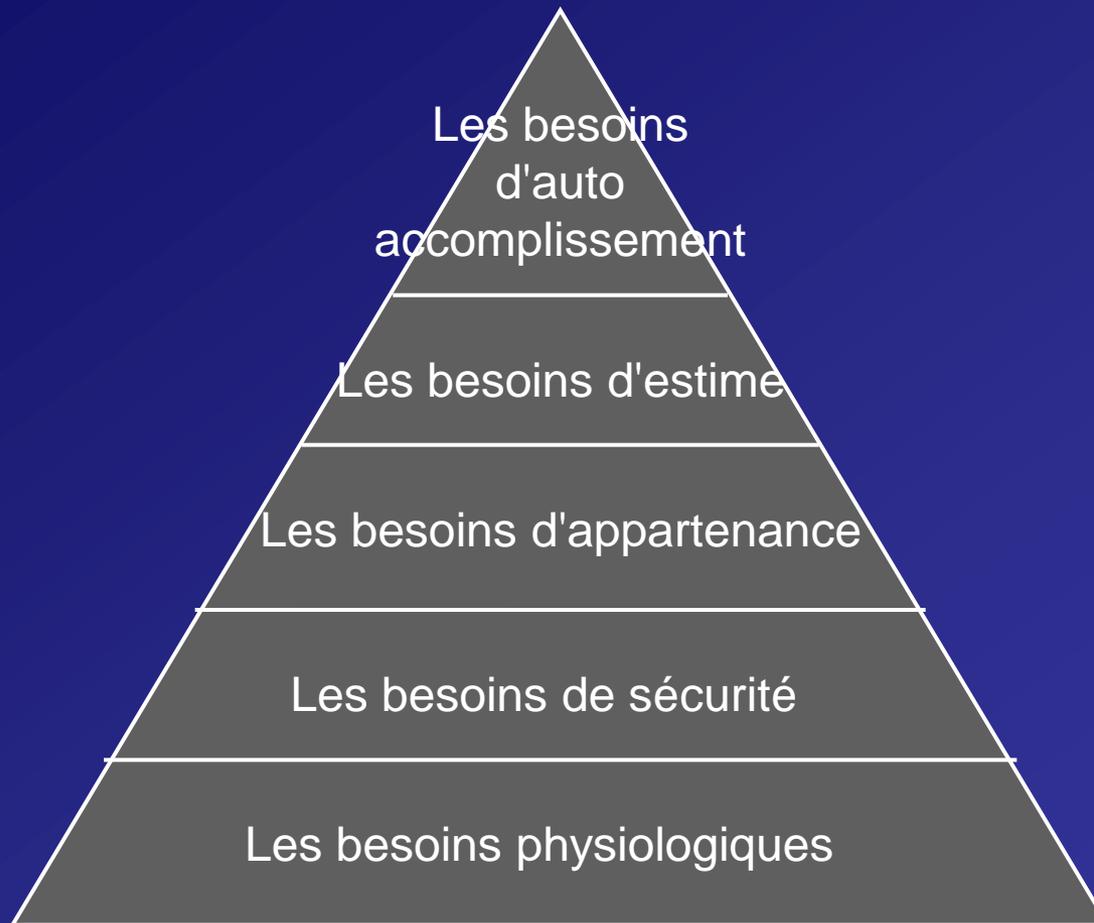
- « initiale » : les traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie.
- « terminale » : les traitements spécifiques n'ont plus d'action sur la maladie causale, ils sont stoppés.



# Soins Palliatifs – Type de Soins



# Soins Palliatifs – Type de Soins



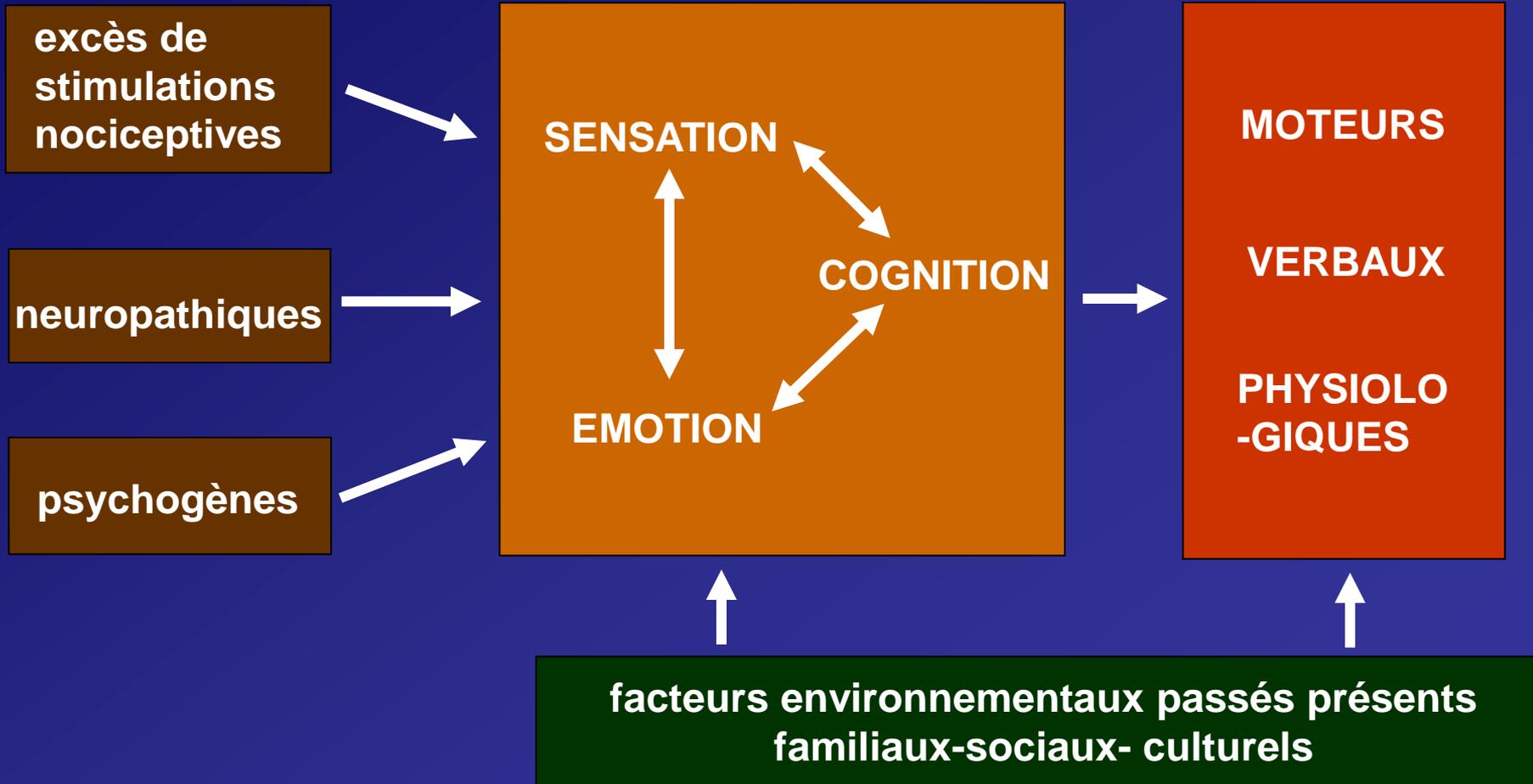
La pyramide des besoins selon Maslow

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

**MECANISMES  
GENERATEURS**

**EXPERIENCE  
SUBJECTIVE**

**COMPORTEMENTS  
OBSERVABLES**



# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance psychologique

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

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance socio-familliale

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

# Soins Palliatifs - Souffrance totale

## Souffrance spirituelle

- Sens de la vie
- +/- Religieux

# Douleur : mécanisme

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

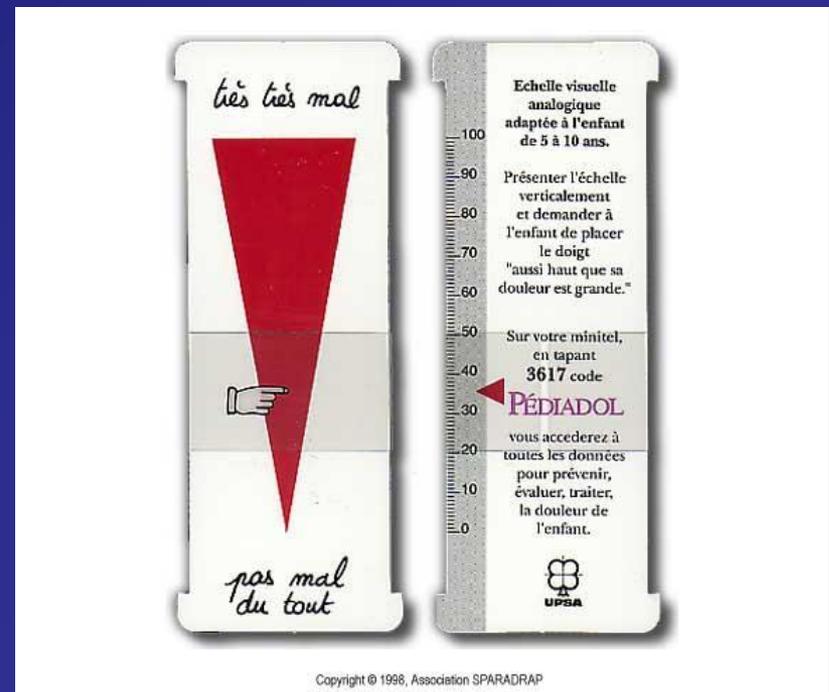
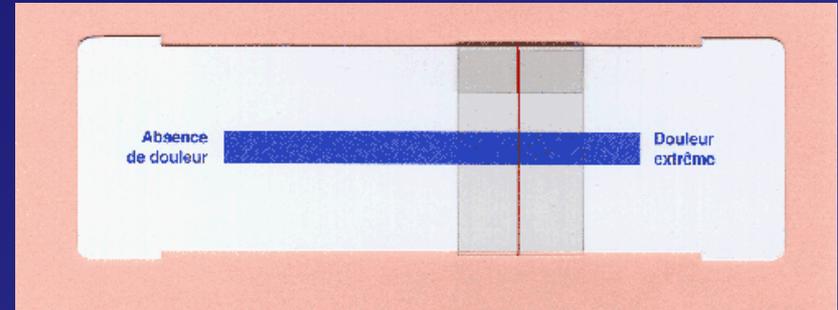
# Douleur : temporalité

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

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

# Auto Évaluation

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



# Auto Évaluation

- Échelle Numérique

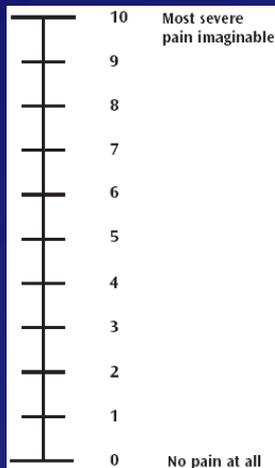
Pas de Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

- Echelle Verbale Simple

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

# En pratique

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



## Echelle Verbale Simple

Douleur

absente    faible    modérée    intense    extrêmement intense

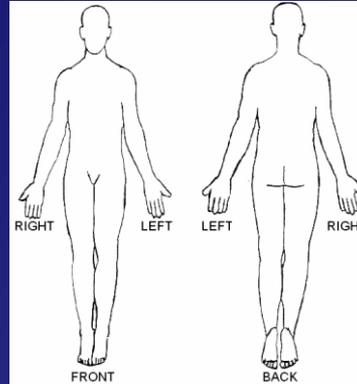
British Pain Society and British Geriatrics Society "Guidance on : The assessment of pain in older people", 2007

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

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

# En pratique

- Préciser la localisation



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

# En pratique

- Tenir compte des déficits sensoriels et cognitifs



→ Hétéro évaluation

- S'aider des proches

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

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



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



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

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



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



**5. Sommeil**

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

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



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



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

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



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

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

# ALGOPLUS

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

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

Total Oui |  | / 5

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

# Evaluation

## Communicant

Douleur aiguë/chronique

- EVA
- EN
- EVS

Composante :

- DN4

## Non communicant

Douleur chronique

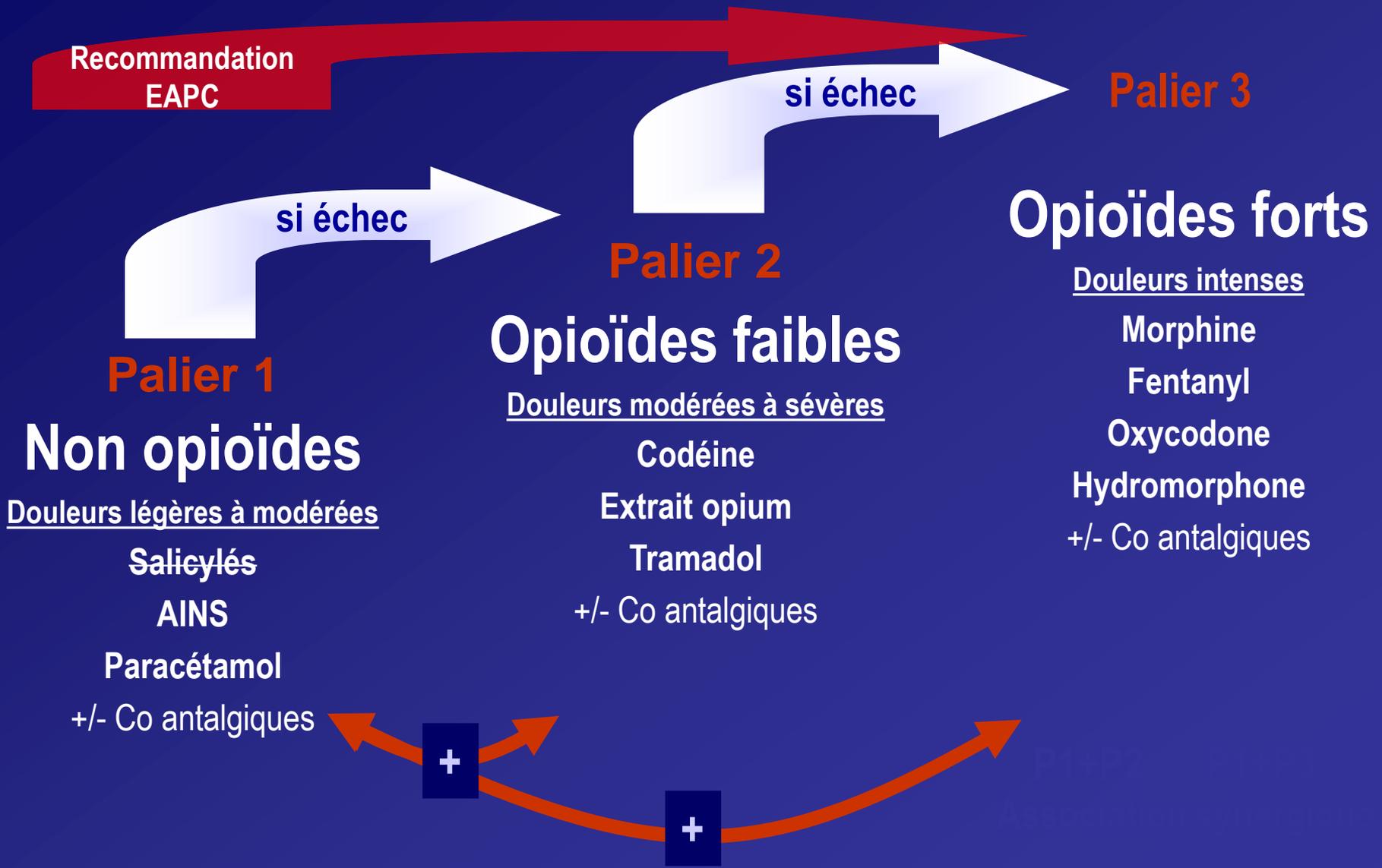
- Doloplus
- ECPA
- ECS

Douleur aiguë

- Algoplus

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

# Douleur nociceptive : Stratégie thérapeutique



# Recommandation AGS 2002

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

# Douleurs liées aux soins

## EMLA (crème, patch)

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

## Protoxyde d'azote + Oxygène

- Sédation consciente
- Analgésie de surface