

Douleurs Nociceptives

Dr Patrice RAT

Marseille

Déclaration de conflit d'intérêt

Je certifie ne pas avoir de conflit d'intérêt dans le contexte de cette présentation

Définition, IASP 1979

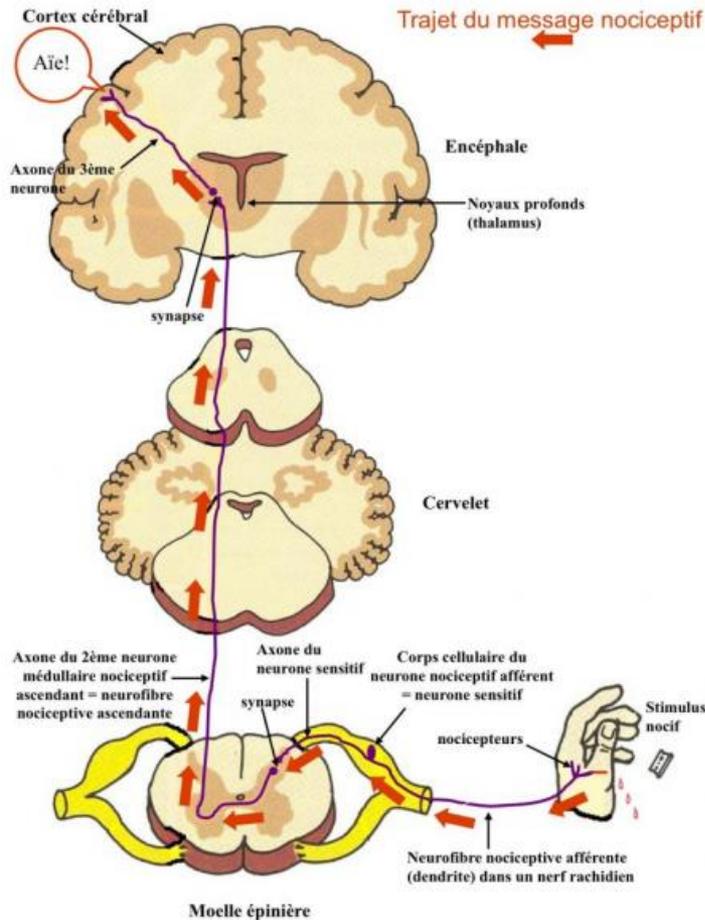
Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion

◆ Cette définition rend compte des différentes composantes de la douleur:

- Composante sensori-discriminative
- Composante affectivo-émotionnelle
- Composante comportementale
- Composante cognitive

*La douleur est toujours **subjective**, chaque individu apprend à quoi s'applique le terme en raison des expériences vécues tout au long de sa vie*

Nociception: Message ascendant



Un système de neurones qui relaient des informations/sensations de la périphérie du corps jusqu'au cortex sensitif du lobe pariétal via la moelle épinière

Nociception: Contrôles de la douleur

(mécanismes inhibiteurs de la transmission douloureuse)

- ◆ Gate control (théorie de la porte)
 - contrôles segmentaires spinaux (fibres Aαβ)
 - ◆ Endomorphine
 - contrôles spinaux et supraspinaux
 - ◆ Contrôles inhibiteurs descendants:
 - contrôle supraspinaux
-

Équilibre : absence de douleur



Excitation des nocicepteurs A δ et C



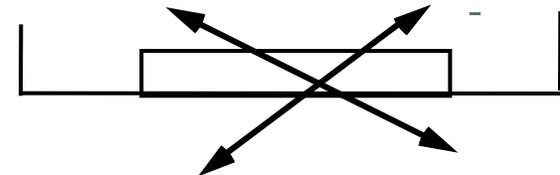
Fibres A $\alpha\beta$



Excès de Nociception



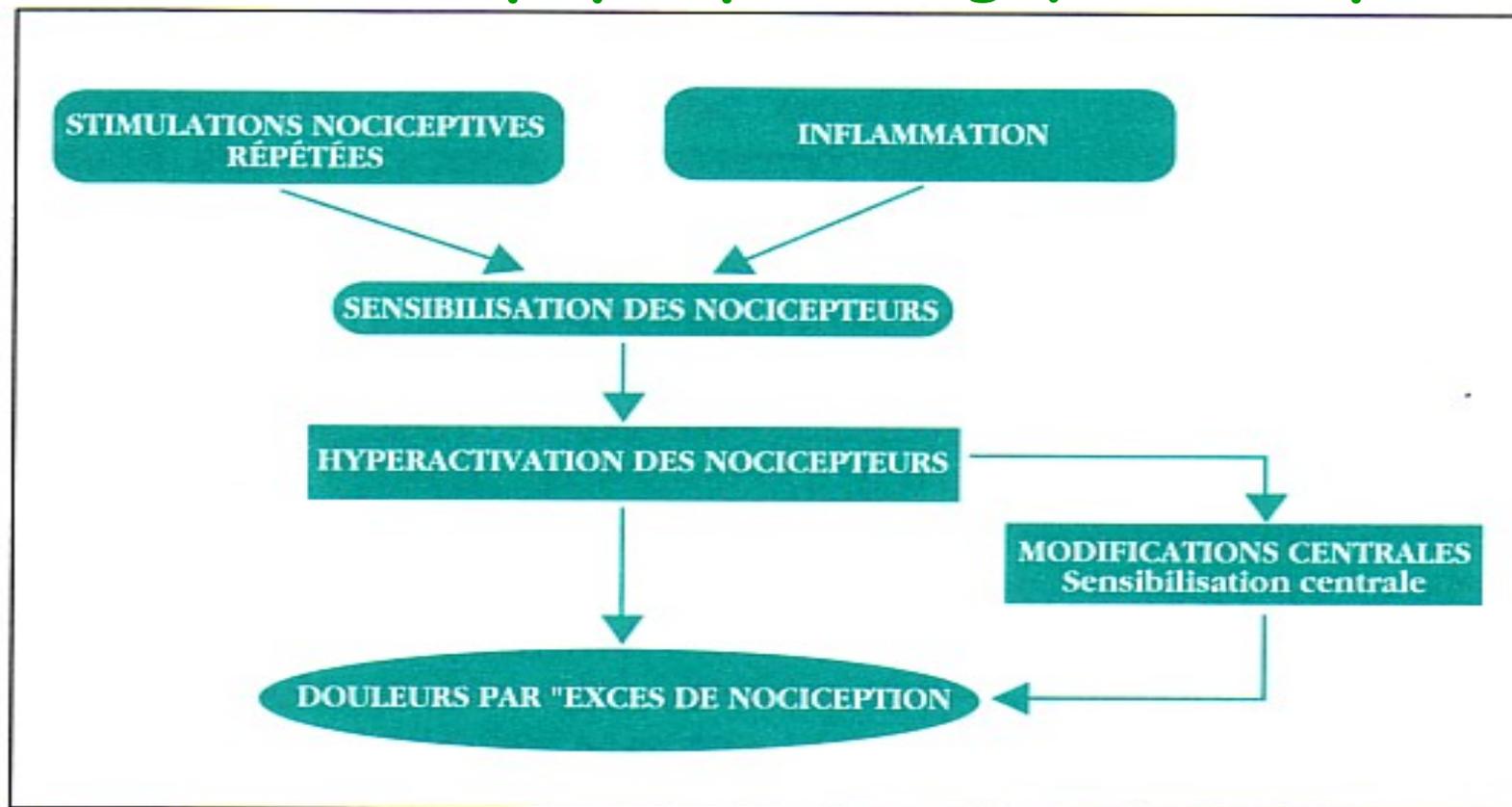
Diminution ou suppression des contrôles Inhibiteurs FA $\alpha\beta$



Douleurs neurogènes



Modifications physiopathologiques : réponse



- → Analgésie efficace et précoce indispensable pour inhiber cette cascade de réactions

Douleurs par excès de nociception

- ◆ Stimulation des nocicepteurs
- ◆ Sensations de pique, déchirement, d'étirement, de torsion, de pulsatilité.....
- ◆ Rythme mécanique ou inflammatoire
- ◆ Topographie régionale, sans topographie neurologique
- ◆ Pas d'hypoesthésie, mais hyperalgésie ou hyperesthésie possibles

Sémiologie des douleur par excès de nociception

Douleur viscérale

- ◆ Concerne tous les organes internes
 - ◆ profonde, diffuse, mal localisée
 - ◆ charge émotionnelle +++
 - ◆ stimulations mécaniques (spasme, distension
ischémie...) ou chimiques (inflammation, ischémie)
 - ◆ réflexes moteurs et sympathiques
 - ◆ Douleur projetée : hyperalgésie cutanée
-

Sémiologie des douleur par excès de nociception

Douleur somatique

- ◆ **Hyperalgésie localisée**
 - ◆ **Os, articulation, tendon, fascia, muscles, peau**
 - ◆ **Liée à une stimulation mécanique, thermique, chimique**
 - ◆ **Libération substances algogènes**
 - ◆ **Somatotopie précise**
-

Mode évolutif de la douleur

- ◆ Douleur spontanée
 - ◆ Douleur de fond constante
 - ◆ Douleur provoquée
 - ◆ Douleur spontanée et provoquée
-

Douleur aiguë

- ◆ Signal d'alarme, utile, protectrice
- ◆ Douleur transitoire
- ◆ Mécanisme générateur unifactoriel
- ◆ Réponses végétatives réactionnelles: tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs
- ◆ Anxiété, stress réversibles
- ◆ Traitement étiologique et antalgique, assistance psychologique simple

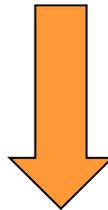
Douleur chronique

- ◆ Inutile, détruit physiquement, psychologiquement, socialement
- ◆ Douleur permanente, récurrente ou répétitive, > à 3 à 6 mois
- ◆ Plurifactorielle: douleur intriquée et composante psychosociale
- ◆ Conditionnées
- ◆ Dépression souvent minimisée
- ◆ Traitement antalgique et réadaptatif: aménagements pour gérer la douleur persistante

Pourquoi évaluer la douleur

Il n'existe pas de relation simple entre

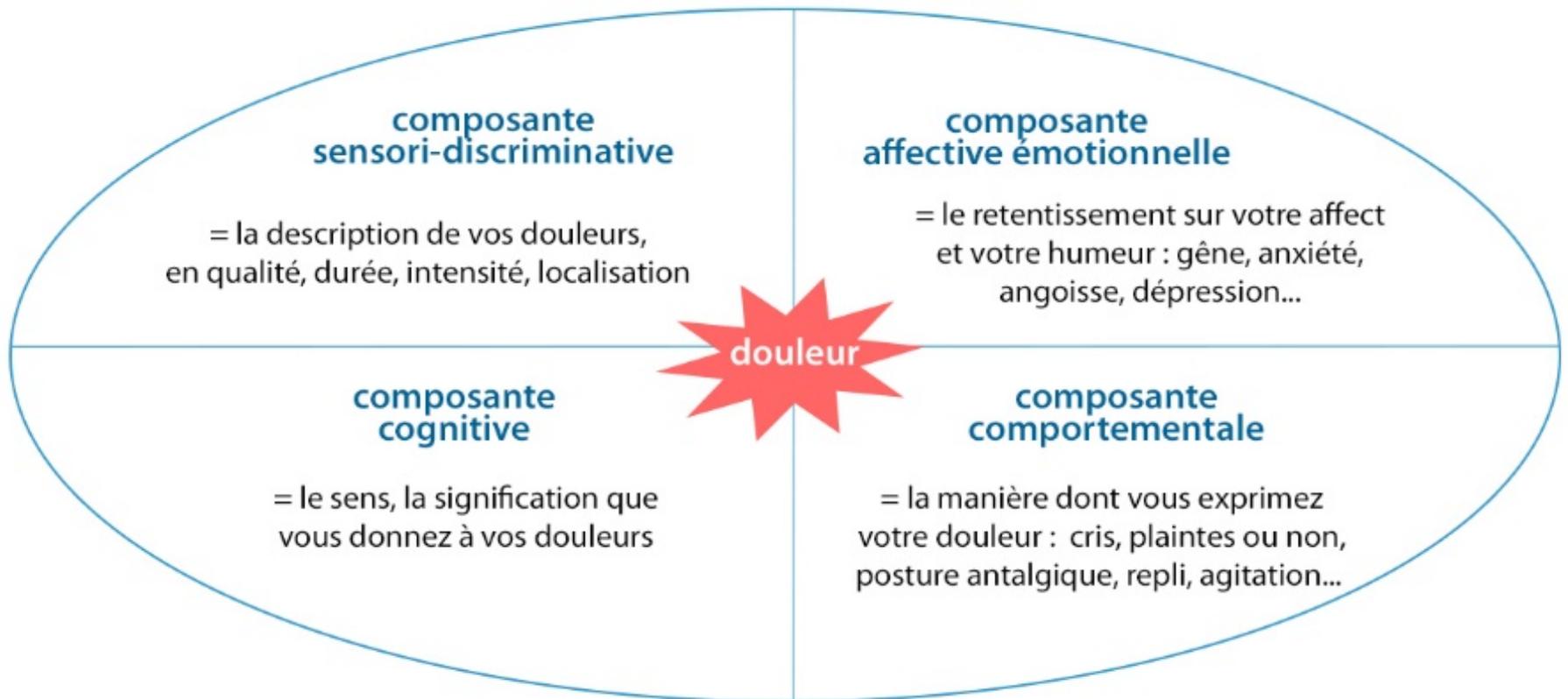
- ◆ Le stimulus causal et l'expérience globale de la douleur
- ◆ Les différentes dimensions qui la constitue



- ◆ Importantes variations interindividuelles

La Douleur

= Composantes multidimensionnelles



COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE

CODAGE DES MODALITES SUIVANTES :

- ◆ **Intensité**
- ◆ **Durée**
- ◆ **Localisation**
- ◆ **Qualité de la stimulation douloureuse**

COMPOSANTE AFFECTIVE

CODAGE DES MODALITES SUIVANTES :

- ◆ Tonalité désagréable, pénible de la sensation douloureuse.
- ◆ Phénomènes d'anxiété et/ou de dépression entraînés par la sensation douloureuse

→ *Nécessite l'évaluation du contexte psychologique*

COMPOSANTE COGNITIVE

= Tout ce qui donne sens, interprétation, valeur à la douleur :

- ◆ **Interprétation de la douleur**
- ◆ **Mémorisation**
- ◆ **Référence au passé**

Composante cognitive

expérience de Beecher: interprétation

◆ G1(civils)

- Perte d'emploi
- Problèmes financiers
- Désinsertion sociale



- Demande d'opioïdes majorée par le contexte de l'accident
- Réadaptation difficile

◆ G2 (militaire)

- Vie sauve
- Retour à domicile
- Considération sociale

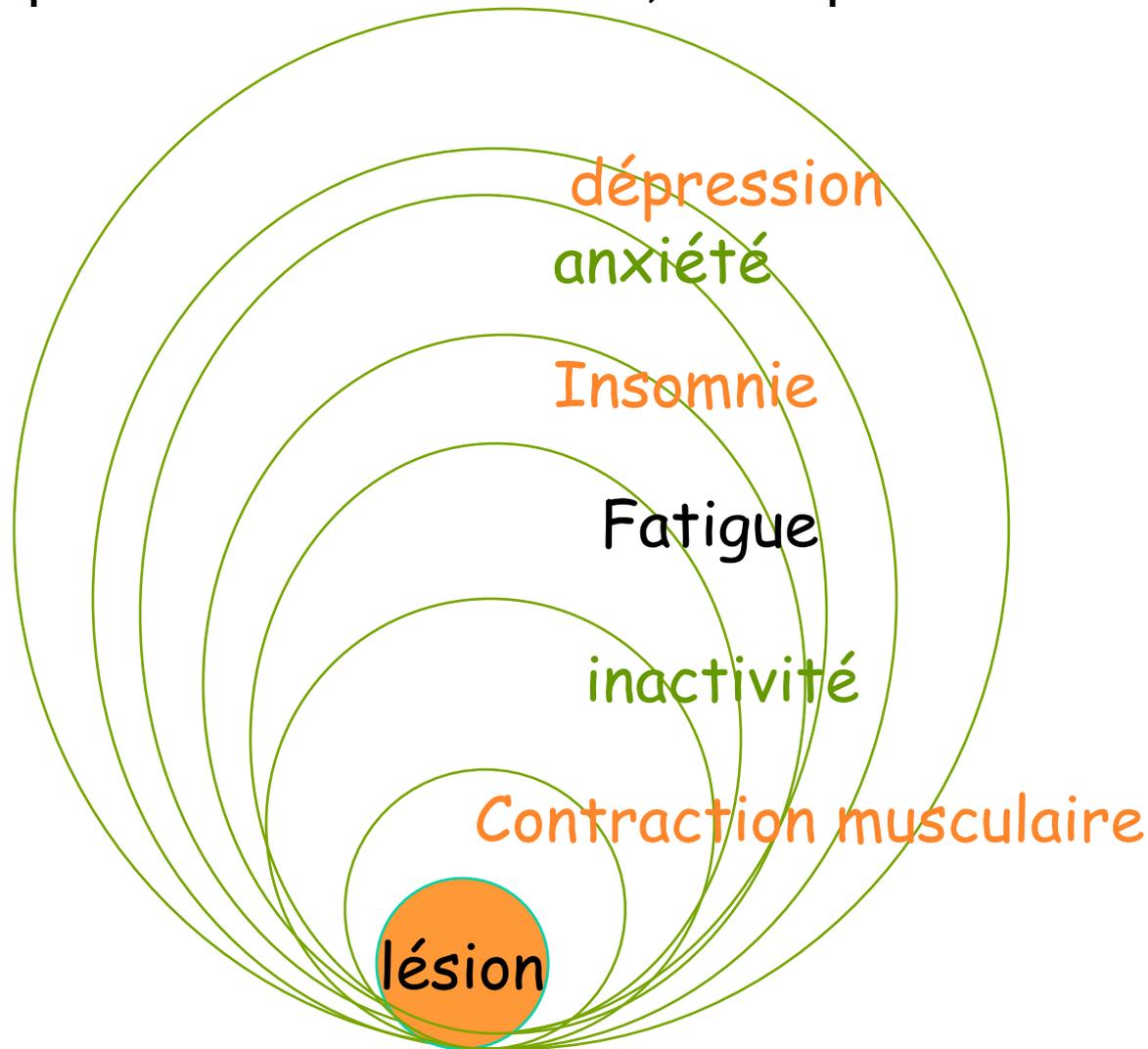


- Demande d'opioïdes (morphiniques) minorée par la suite favorable des événements
- Réadaptation moins difficile

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

- ◆ Manifestations observables:
 - ➔ Verbales: plaintes, gémissements...
 - ➔ Non Verbales: mimiques, attitudes antalgiques...
 - ➔ Limitation des activités.
- ◆ Renforcements exercés par l'entourage:
 - ➔ Positifs: attention, sollicitude, compassion
 - ➔ Négatifs: rejet, isolement social...

Répercussions familiales, socioprofessionnelles



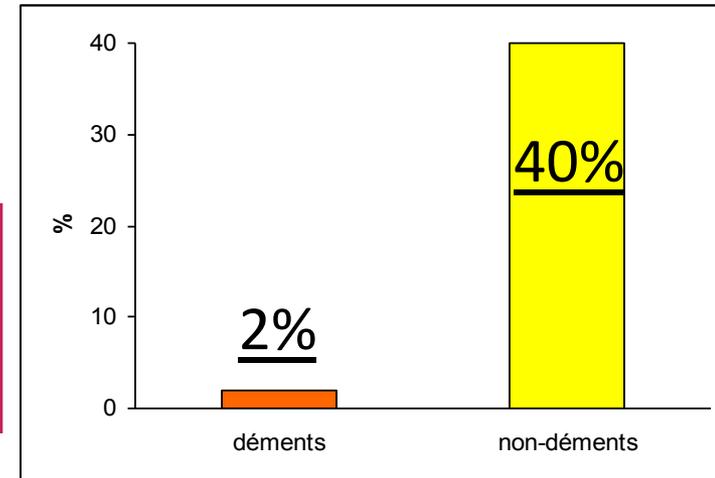
Douleur persistante rebelle chronique

DOULEUR ET MODIFICATIONS DE LA COGNITION

Déficit cognitif modéré à sévère
Modèle de la maladie d'Alzheimer

Moindre plainte douloureuse
(mal de tête après ponction lombaire)

Blennow et al., 1993



Sensation douloureuse conservée mais « Tolérance » (non exprimée verbalement) plus grande à des stimuli douloureux chez patients souffrant de maladie d'Alzheimer *Benedetti et al., 2000*

Réponses neuro-végétatives physiologiques diminuées

Détérioration du SNA ?

Rainero et al., 2000

Altération de la mémoire de la douleur?

Évaluation de la douleur

C'est une nécessité

Pour essayer de rendre le plus **objectif**

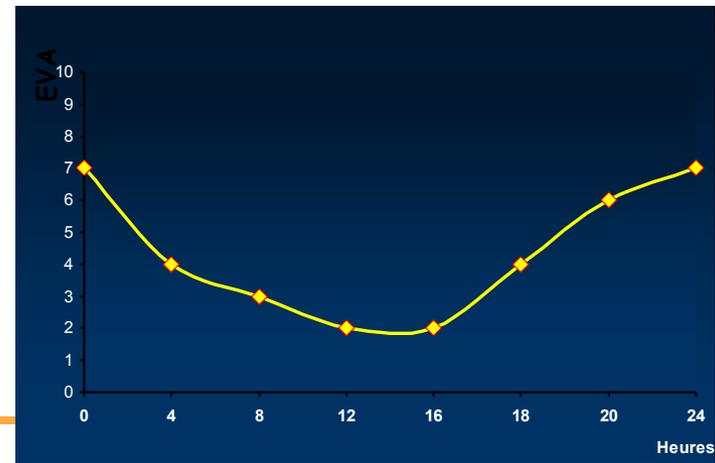
possible un phénomène **subjectif**

Les méthodes d'évaluation de la douleur

◆ Auto évaluation

- c'est le malade qui s'évalue (croire son patient)
- Technique à privilégier
 - EVA ou échelle visuelle analogique
 - EN ou échelle numérique
 - EVS ou échelle verbale simple

Auto évaluation et traçabilité:

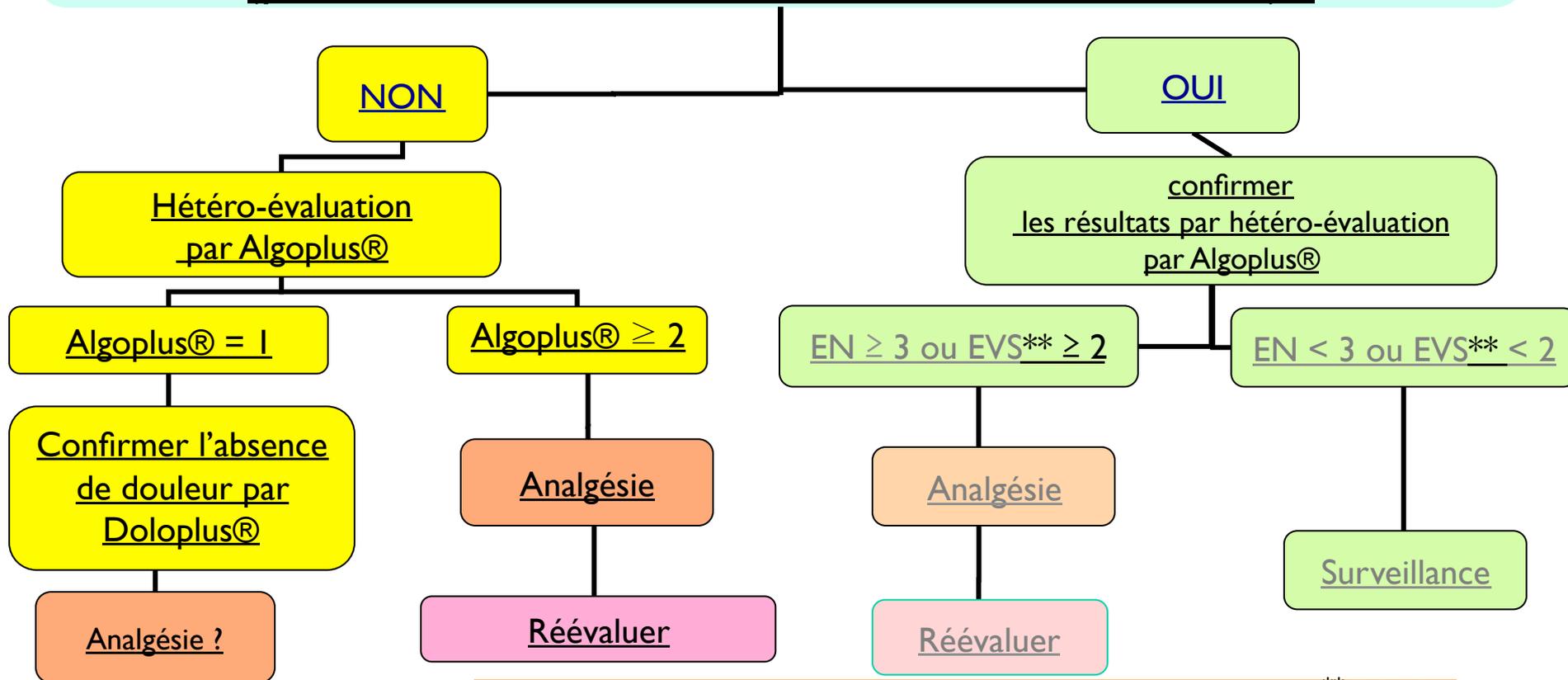


Algorithme pour évaluer la douleur chez les patients âgés*

Essayer d'obtenir une auto-évaluation de la douleur:

Cette auto évaluation semble-t'elle fiable

(par ex: bonne cohérence entre résultats EVS et EN)?



** EVS à 5 points

Principes de prise en charge

Interroger



Évaluer



Examiner

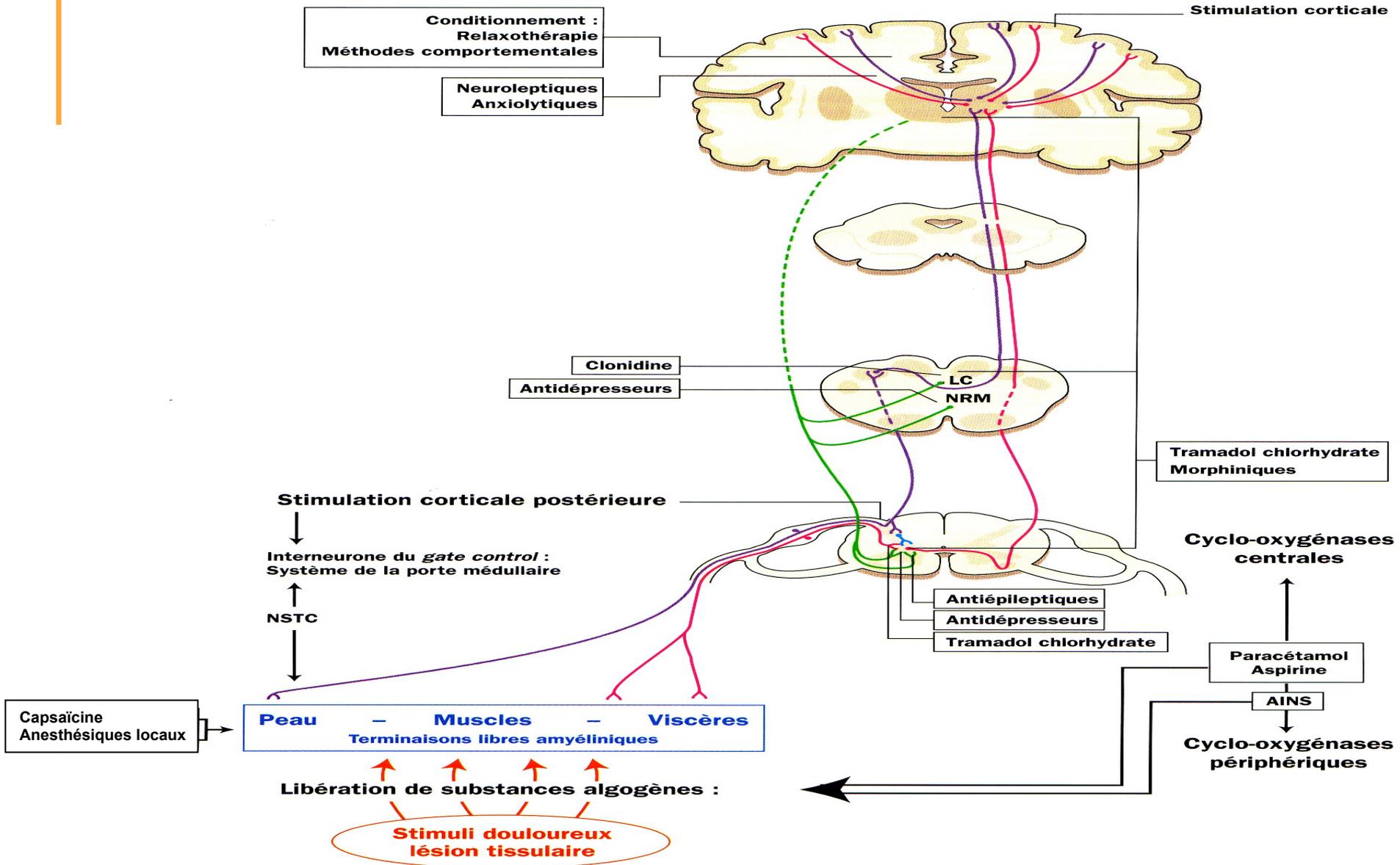


Traiter



Réévaluer

Traiter la douleur



Les trois paliers des traitements médicamenteux de la douleur au regard des niveaux de la douleur

3 paliers de la douleur

Palier I

Douleurs faibles à modérées



- paracétamol,
- acide acétylosalicylique (AAS) ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Palier II

Douleurs modérées à sévères



Opiïdes faibles :
codéine, tramadol

Palier III

Douleurs intenses



opioïdes forts :
morphine et ses dérivés

Réévaluer

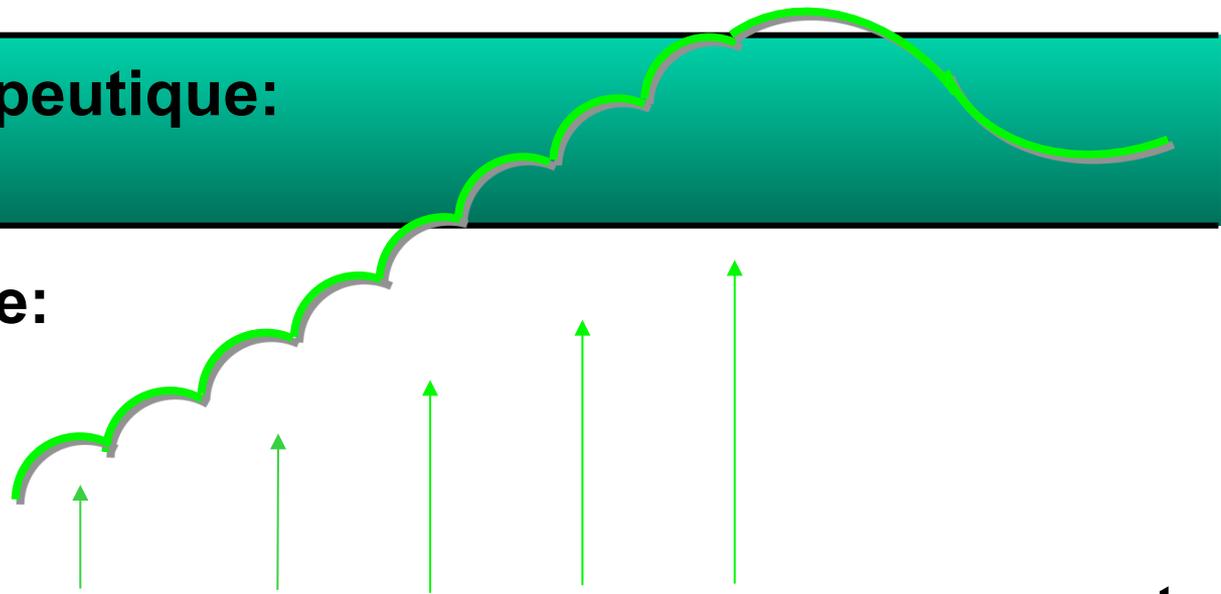
EVA/EN

Taux plasmatique antalgique

Surdosage: risque d'apparition d'effets indésirables

**Zone thérapeutique:
antalgie**

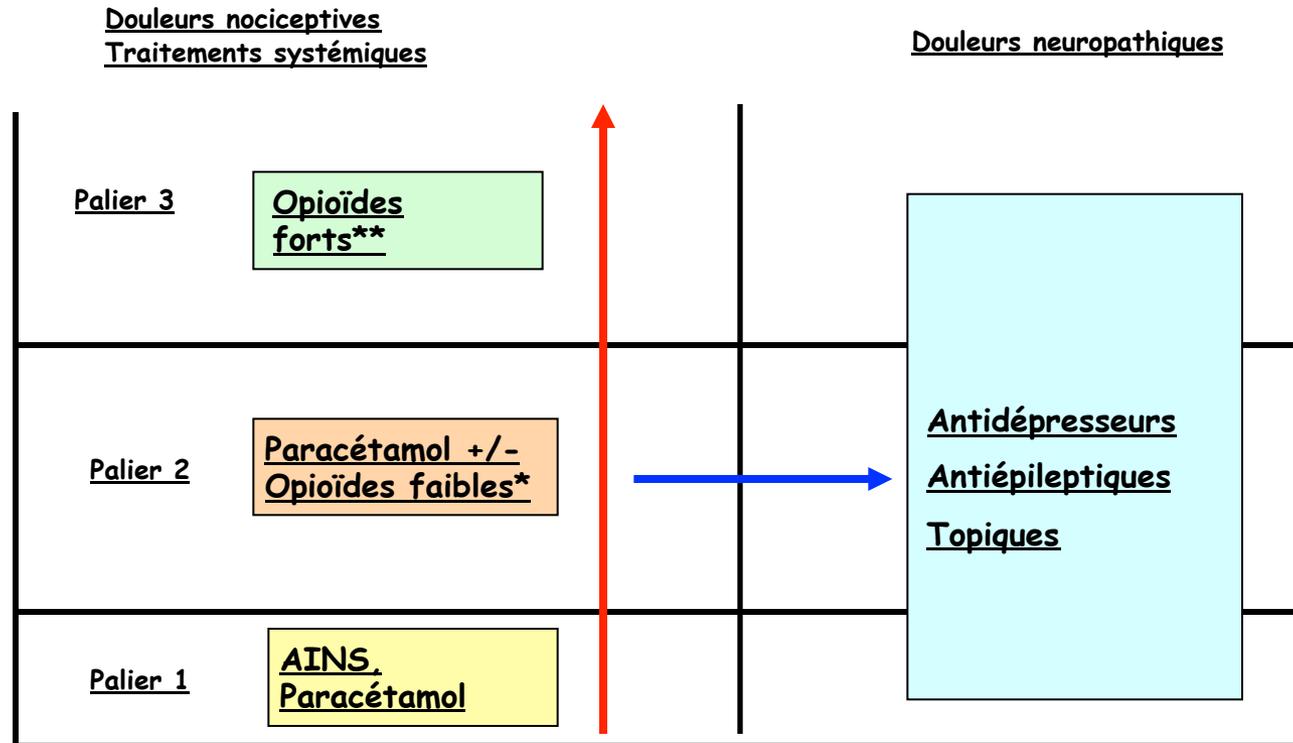
**Sous dosage:
Douleur mal
maîtrisée**



temps

En résumé

En cas de douleurs résistantes : penser à la douleur neuropathique



* Opiïdes faibles : , codéine, poudre d'opium, tramadol.

** Opiïdes forts : morphine, oxycodone, fentanyl, buprénorphine, hydromorphone,.....

Conclusion:



Merci de votre attention!