

AROMEDOC Samedi 18 avril  
Unité Douleur  
Centre Catherine de Sienne Nantes  
Dr B Rioult anesthésiste algologue  
Dr T Servillat psychiatre psychothérapeute

Definition de la douleur chronique , évolution de cette définition

Qu'est ce qu'une Consultation , Unité et centre douleur

2 tableaux cliniques difficiles

Fibromyalgie  
SDRC ( ou algodystrophie)  
Le syndrome de stress post traumatique  
Informations sur techniques algologiques  
Stimulation cordonale postérieure  
Analgésie intrathecale

StMalo avril 2009

## Physiopathologie des douleurs

### Cotation d'une douleur

### Evaluation de la douleur

- utilisation des différentes méthodes
- Intérêts
- Echelles utilisables en pratique

StMalo avril 2009

## Physiopathologie de la douleur

- Douleur aiguë
- Douleur chronique
- Douleur par excès de nociception
- Douleur neurogène
- Douleur sine materia et psychogènes

StMalo avril 2009

## Ampleur du problème

- La population adulte de l'Europe occidentale est de 370 millions d'hab
  - Parmi eux, 1 sur 5 souffre de douleur chronique, soit 70 millions de personnes
  - 1 foyer européen sur 3 compte au moins une personne se plaignant de douleurs
- 46% des patients souffrent de douleurs constantes
- 59% des patients ont des douleurs depuis 2 à 15 ans
  - 21% endurent une douleur chronique depuis plus de 20 ans
- 19% des patients ont perdu leur emploi
- 21% des patients douloureux chroniques sont en dépression

StMalo avril 2009

## Des traitements souvent inadéquats

- Seulement 2% sont suivis par un spécialiste de la douleur
- Un tiers des patients douloureux chroniques ne sont pas soignés
- 90% des patients européens n'ont jamais eu d'évaluation objective de leur douleur
- Plus de 60% rapportent que leur traitement est inadéquat

StMalo avril 2009

## IDENTIFIER ET ÉVALUER UNE DOULEUR CHRONIQUE EN PREMIÈRE INTENTION

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Douleur chronique :  
reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient  
Consensus formalisé  
Décembre 2008

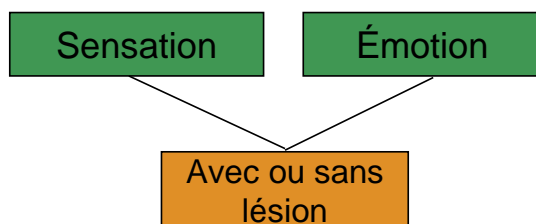
DÉFINITION (*International Association for the Study of Pain*).

La douleur est définie comme une  
« expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion »

Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.

StMalo avril 2009

## Définition de la douleur



StMalo avril 2009

## Différents types de classifications

### • Selon le mécanisme physiopathologique

- Douleur **nociceptive** somatique (superficielle ou profonde) ou viscérale
- Douleur **neuropathique** (périphérique ou centrale)
- Douleur **idiopathique**
- Douleur **psychogène**

### • Selon la durée

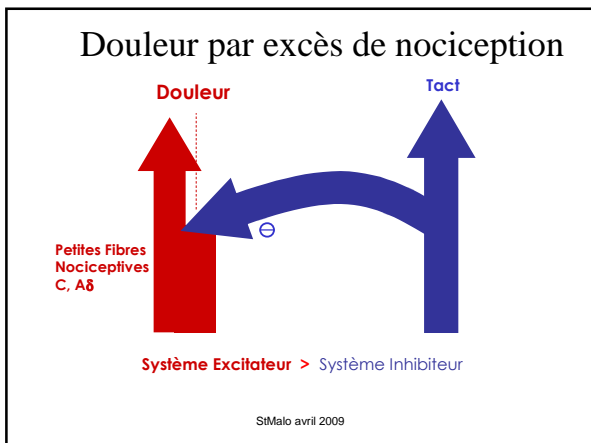
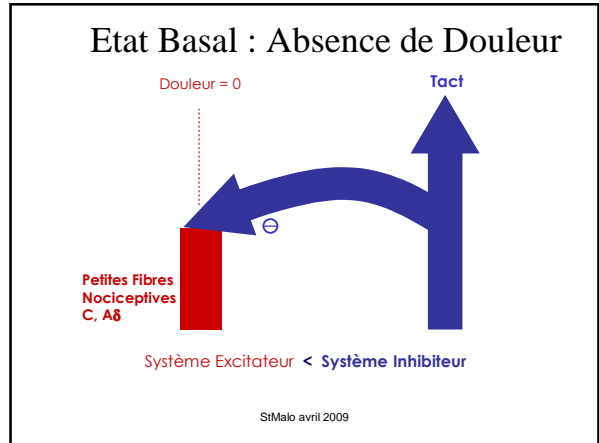
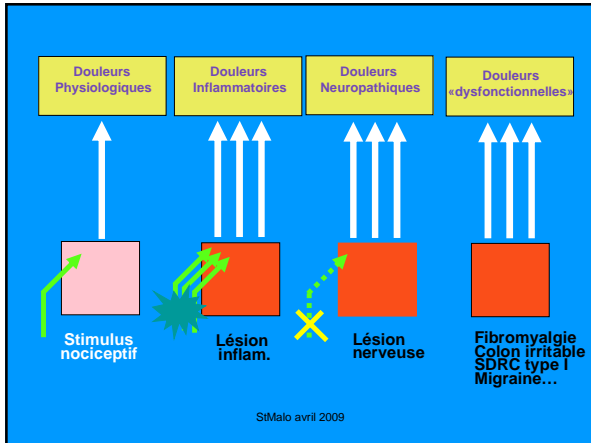
- Douleur **aiguë**
- Douleur **chronique**

### • Selon la pathologie


- Douleurs du **cancer**
- Douleurs **hors cancer**

### • Selon l'étiologie

- Douleur **mécanique**
- Douleur **inflammatoire**



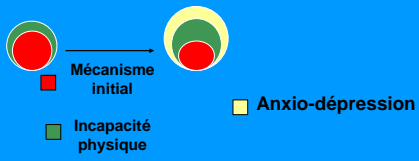
**• Douleur aiguë**



- Mécanisme initial
- Incapacité physique

StMalo avril 2009

## • Retentissement de la douleur



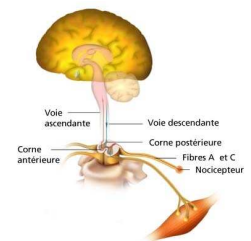
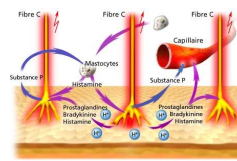
StMalo avril 2009

## Douleur de type mécanique ou inflammatoire

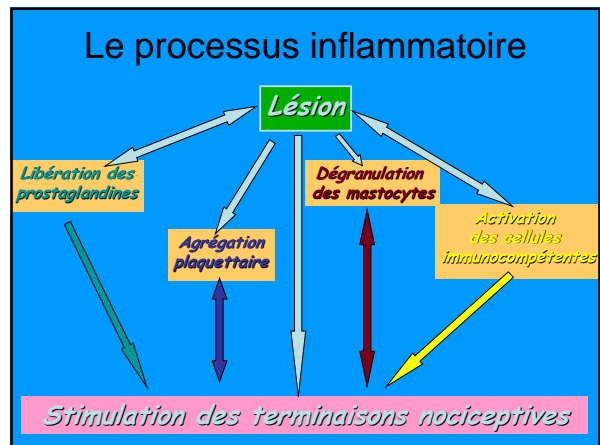
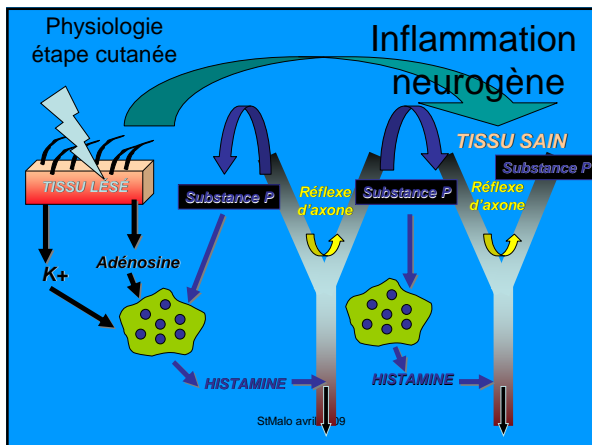
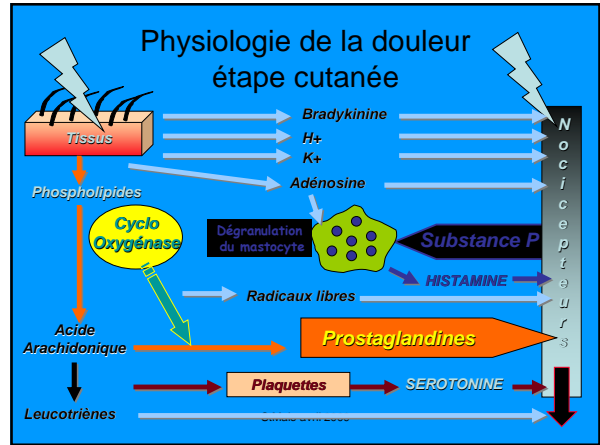
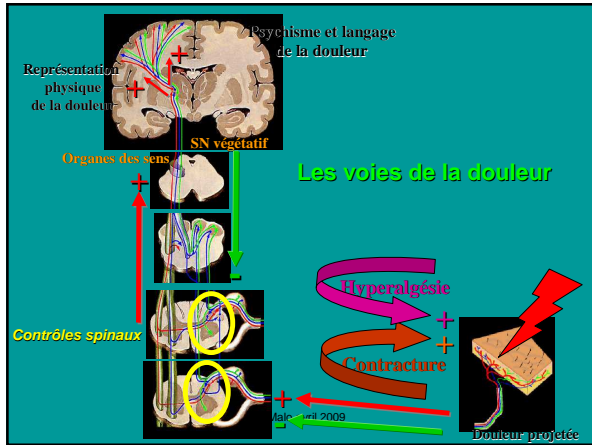
	Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Facteurs déclenchants ou aggravants	Aggravée par l'effort	Réveils nocturnes (fin de matinée)
Horaires	Maximale en fin de journée	Maximale en début de journée
Soulagement	Améliorée par le repos, sans douleur nocturne (sauf au changement de position)	Amélioration par les mouvements
Dérouillage	Peut se révéler le matin, avec dérouillage modéré de moins de 5 minutes	Dérouillage matinal : la mobilisation permet au bout d'un temps variable d'atténuer les douleurs

## Physiologie de la sensation douloureuse

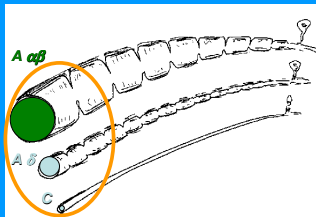
StMalo avril 2009



StMalo avril 2009



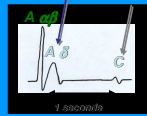
### Les 3 groupes de fibres nerveuses contenues dans un nerf d'origine cutanée



la sensibilité tactile et thermique fine et discriminative.

**Douleur épicritique**

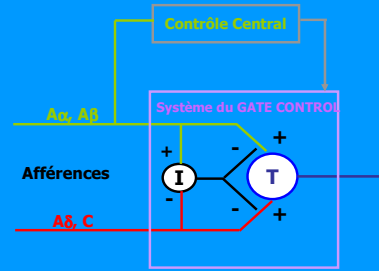
**Douleur protopathique**



tactile grossière approximative

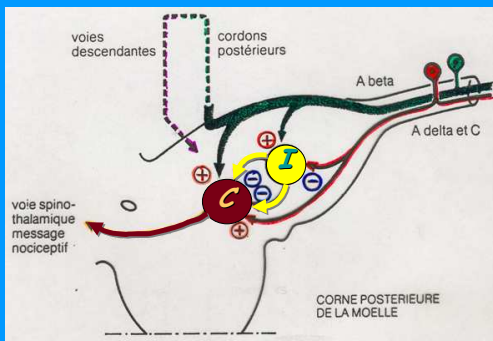
StMalo avril 2009

### La Théorie du Gate Control (Melzack & Wall, 1965)

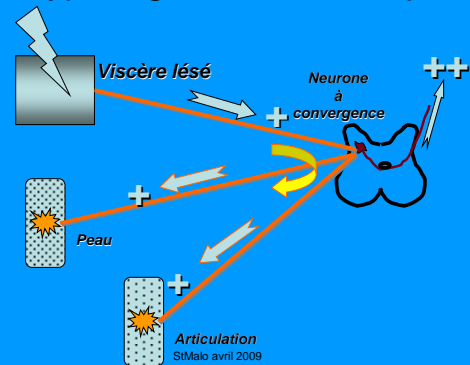


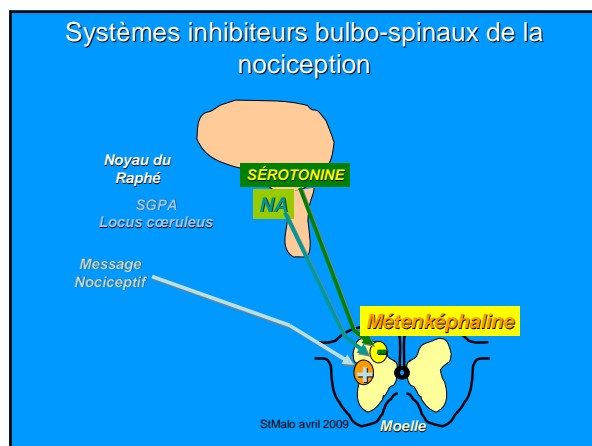
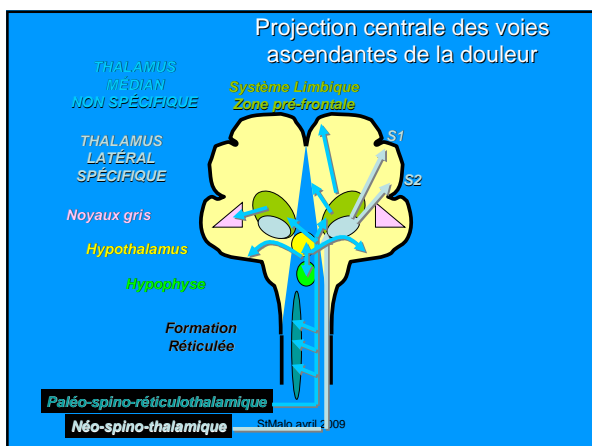
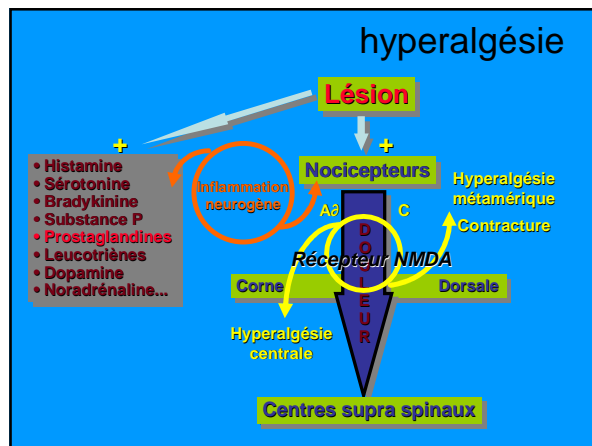
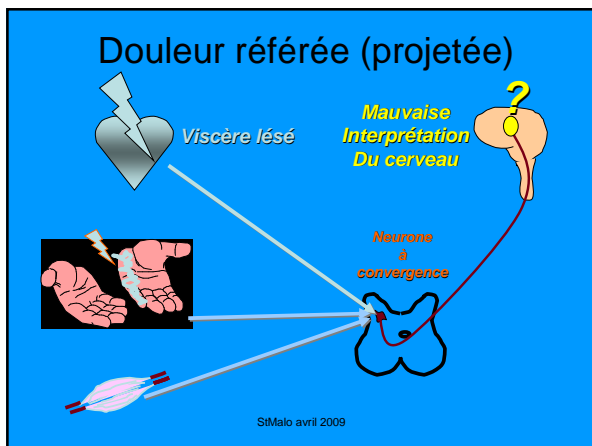
StMalo avril 2009

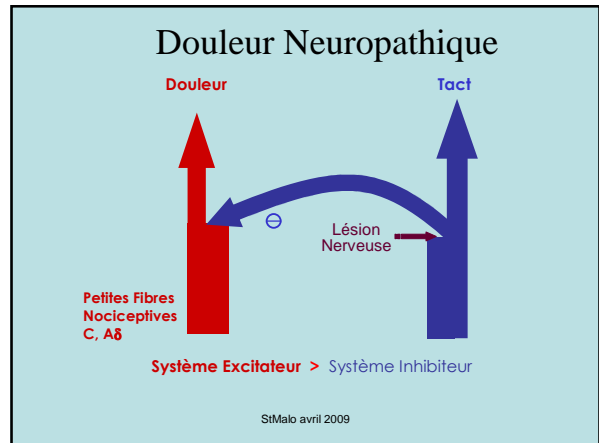
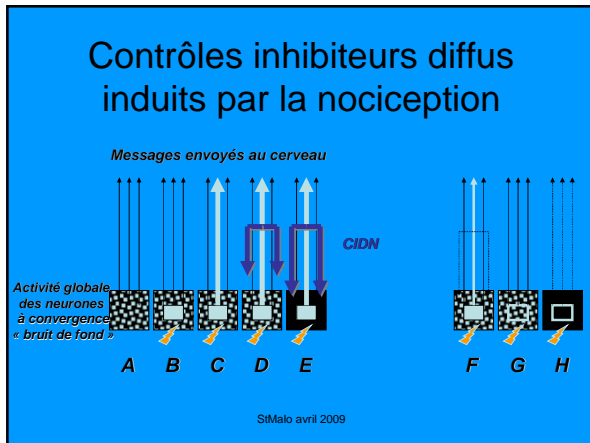
### Gate control




### Hyperalgésie métamérique









Pain 136 (2008) 380-387

**PAIN**

www.elsevier.com/locate/pain

### Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population

Didier Bouhassira <sup>a,b,c,\*</sup>, Michel Lantéri-Minet <sup>d</sup>, Nadine Attal <sup>a,b,c,\*</sup>, Bernard Laurent <sup>e</sup>, Chantal Touboul <sup>f</sup>

<sup>a</sup> INSERM U-762, Centre de Traitement et d'Évaluation de la Douleur, CHU Ambroise Paré, 9, avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt cedex F-92100, France  
<sup>b</sup> CHU Ambroise Paré, APHP, Boulogne-Billancourt F-92100, France  
<sup>c</sup> Université Versailles-Saint-Quentin, Versailles F-78105, France  
<sup>d</sup> CHU Pasteur, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Nice F-06100, France  
<sup>e</sup> CHU de Bordeaux, Service de Neurologie, Saint-Etienne F-42055, France  
<sup>f</sup> CNS Recherche SOFRES, Montreuil F-93120, France

Received 11 December 2006; received in revised form 18 July 2007; accepted 13 August 2007

Enquête SOFRES en 2004

questionnaire court 30 155 personnes représentatifs

Évaluer la prévalence de la douleur chronique en France  
(sup à 3 mois, évaluation intensité, durée et localisation)

Recherche des caractéristiques neuropathiques

StMalo avril 2009

### Quelques chiffres

- 31.7% souffrent de douleur chronique quotidiennement et depuis plus de 3 mois
- 19.9% douleur chronique intensité modérée à sévère
- 6.9% présentent une douleur chronique à caractéristiques neuropathiques

La douleur est d'intensité modérée à sévère chez 74.1% d'entre eux soit

**5.1% de la population générale**

StMalo avril 2009

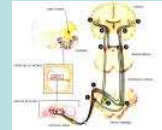


Ensemble des douleurs secondaires à une lésion du SNC ou périphérique

Quelle qu'en soit l'origine

StMalo avril 2009

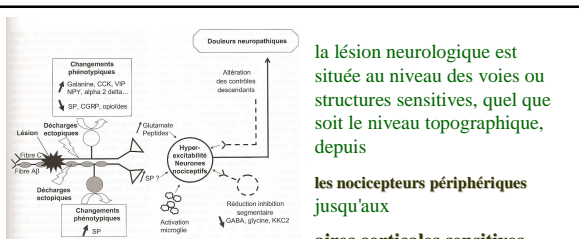
## Douleurs neuropathiques



Sous tendues par des anomalies de la transmission et de l'intégration des signaux douloureux au niveau des voies nerveuses

Surviennent en l'absence de stimulation directe des nocicepteurs périphériques

StMalo avril 2009



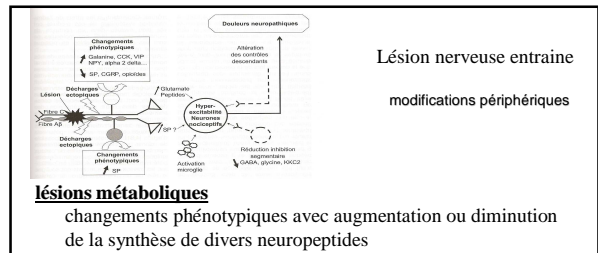
la lésion neurologique est située au niveau des voies ou structures sensibles, quel que soit le niveau topographique, depuis

les nocicepteurs périphériques jusqu'aux aires corticales sensibles.

modifications périphériques

**décharges ectopiques** prenant naissance au niveau des nocicepteurs (fibre C) mais également des fibres myélinisées de gros diamètres (fibre A $\beta$ ) qui véhiculent les messages tactiles

StMalo avril 2009



Lésion nerveuse entraîne modifications périphériques

### lésions métaboliques

changements phénotypiques avec augmentation ou diminution de la synthèse de divers neuropeptides

Pouvant entraîner de véritables modifications phénotypiques

Des fibres de gros calibre qui vont synthétiser des peptides pro nociceptifs normalement synthétisés seulement par les fibres de petits calibres

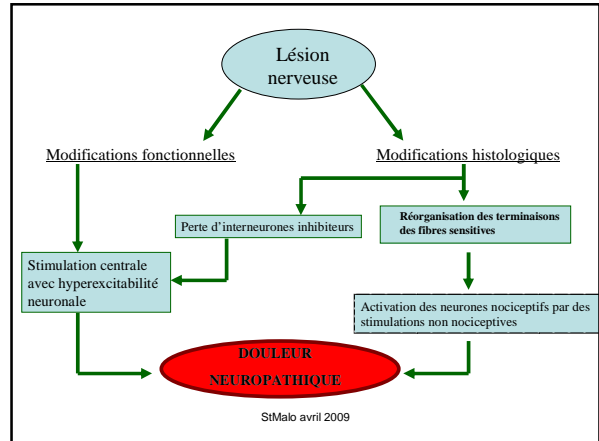
StMalo avril 2009

Secondairement des modifications centrales

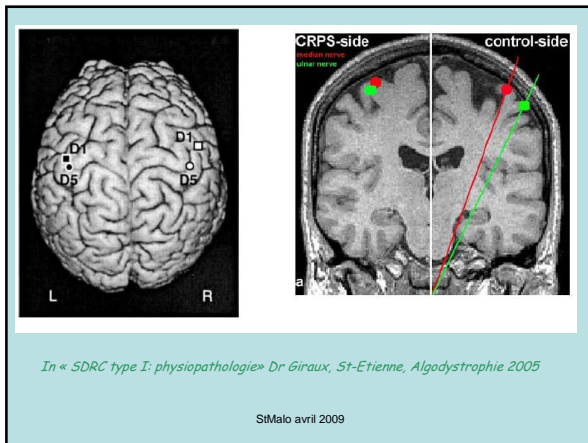
- sensibilisation centrale ,
  - désinhibition segmentaire ,
  - activation de la microglie ,
- altération des systèmes de contrôles descendants**

Contribuant au développement *d'une hyperexcitabilité durable (sensibilisation centrale) des neurones nociceptifs de la moelle*

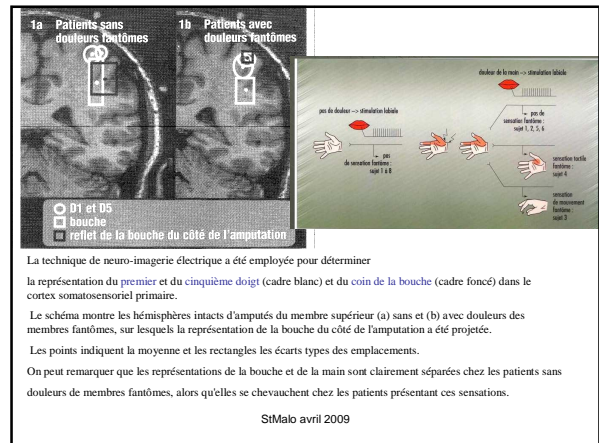
StMalo avril 2009



StMalo avril 2009



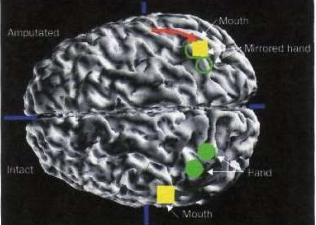
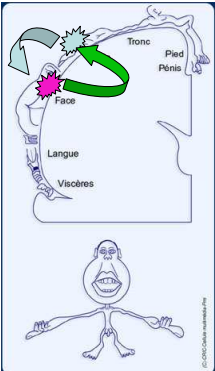
StMalo avril 2009



StMalo avril 2009

## Modification centrale

### Imagerie fonctionnelle aire somesthésique primaire


StMalo avril 2009

Prévalence des syndromes douloureux post-mastectomie pour cinq études de 1995 à 2003

Étude	Critères	Incidence
Smith [2]	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mastectomie &lt; 50 ans</li> <li>•Mastectomie &gt; 70 ans</li> </ul>	<b>65 %</b> <b>26 %</b>
Stevens [3]	Mastectomie	<b>20 %</b>
Wallace [4]	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mastectomie</li> <li>•Mastectomie + reconstruction</li> </ul>	<b>31 %</b> <b>49 %</b>
Amichetti [5]	Chirurgie pour cancer du sein	<b>43 %</b>
Caffio [6]	Tumorectomie ou mastectomie	<b>39,7 %</b>






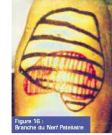
StMalo avril 2009

## Caractéristiques distinctives topographie

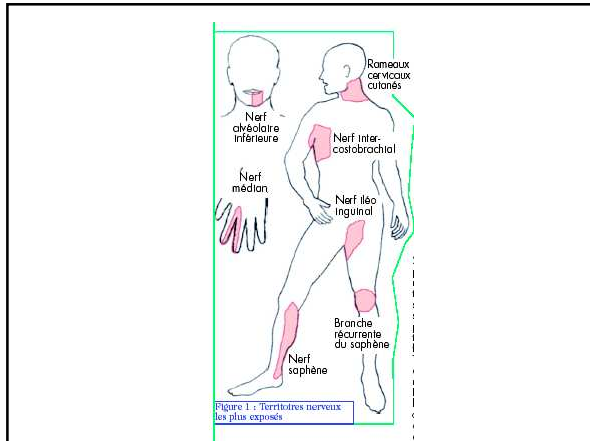


Douleurs nociceptives	Douleurs neuropathiques
Régionale sans topographie neurologique systématisée	Compatible avec une origine neurologique <b>périphérique</b> Tronc racine <b>centrale</b> Douleur hemicorporelle par ex.

StMalo avril 2009

StMalo avril 2009



### Caractéristiques distinctives séméiologie


Douleurs nociceptives	Douleurs neuropathiques
Rythme mécanique ou inflammatoire	<u>Composante continue</u> Brûlure
	<u>Composante fulgurante</u> Intermittentes Décharges électriques
	<u>Dyesthésies</u> Fourmillement picotements


SiMalo avril 2009

### Caractéristiques distinctives examen neurologique

Douleurs nociceptives	Douleurs neuropathiques
normal	<u>Hypo-sensibilité</u> Hypoesthésie Anesthésie thermoalgique Tactile Globale
	<u>Hypersensibilité</u> Allodynie hyperalgésie Sommatation douloureuse

SiMalo avril 2009

- ### Diagnostic positif
- **Une notion d'atteinte neurologique dans ses antécédents**
    - Notion d'intervalle libre entre atteinte et douleur peut être long !!
  - **Topographie en rapport avec le territoire d'innervation de la structure lésée**
  - **Des plaintes douloureuses caractéristiques**
  - **Un mode évolutif distinct de celui des douleurs nociceptives**
  - **Des troubles objectifs de la sensibilité à l'examen clinique**
- 
- SiMalo avril 2009



**Encadré 2. LE QDSA abrégé.**

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (au cours des 8 derniers jours), répondez en mettant une croix, pour la réponse correcte.

	0	1	2	3	4
	absent soit	faible un peu	modéré modérément	fort beaucoup	fort extrêmement
Élancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coup					
de poignard					
En eau					
Étrangement					
Brûlure					
Évanouissements					
Lourd					
Épisodique					
Angoissant					
Oscillant					
Insupportable					
Écrasante					
Évanouissante					
Dépressive					

Le QDSA est la version française du *MacGill Pain Questionnaire* et le «QDSA abrégé» en est une version courte (15 mots au lieu de 63). Le QDSA abrégé n'est actuellement pas validé mais est d'une utilité importante en pratique ambulatoire. Le score de mots descripteurs est à considérer comme une information séparée, et on ne peut pas établir de score global (1).

StMalo avril 2009

**QUESTIONNAIRE DN4** : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

**QUESTION 1** : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharge électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Épisodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oscillatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 2** : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
1. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Épisodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oscillatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3** : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen est en évidence ?

	Oui	Non
1. Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Épisodique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Oscillatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4** : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le froissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point    NON = 0 point    **Score du Patient** : /10

**MODE D'EMPLOI**  
Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

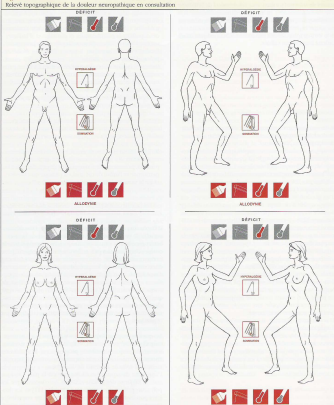

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ À chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ À la fin du questionnaire, le praticien compile les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %).

D'après Bouhassira Det al. Pain 2004;108 (3) : 248-57.

2009

**Fig. 10-2**  
Schéma topographique de la douleur neuropathique en consultation

**Plainte de décryptage difficile**

**Pour le médecin pas d'argument « organicité »**

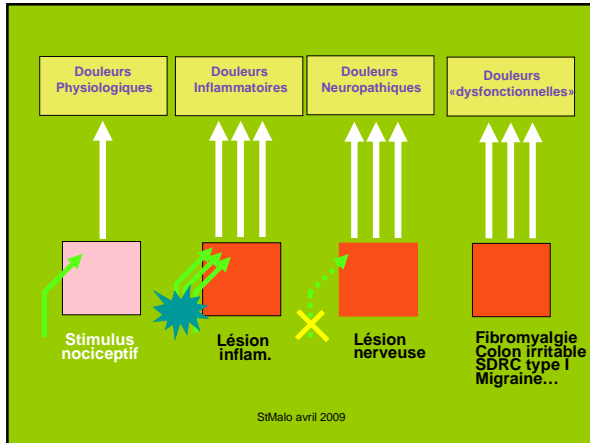
**Pour le patient**

**déconcerté par ses brûlures, décharges électriques**

**hésite à en parler**

**Notion d'intervalle libre**

StMalo avril 2009




**IDENTIFIER ET ÉVALUER UNE DOULEUR CHRONIQUE EN PREMIÈRE INTENTION**

Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient  
Consensus formalisé  
Décembre 2008

**DÉFINITION**  
La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*).  
Elle est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est.

StMal0 avril 2009




La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité

- persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée,
- répond insuffisamment au traitement,
- entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

*Le terme « rebelle »*  
utilisé dans le cadre de la définition administrative relative à l'identification des structures spécialisées de lutte contre la douleur chronique n'a pas été retenu dans cette recommandation

StMal0 avril 2009




Certains signes cliniques doivent alerter :

- \_ résistance à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi
- \_ composante anxieuse, dépressive ou autres manifestations psychopathologiques
- \_ interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

L'évaluation de première intention, parfois sur plusieurs consultations, implique :

- \_ la connaissance des antécédents médicaux/chirurgicaux personnels et familiaux du patient
- \_ un bilan à la recherche des causes de la douleur (entretien, examen clinique, examens complémentaires nécessaires)

StMal0 avril 2009



une auto-évaluation de son intensité,  
ou une hétéroévaluation adaptée, à défaut de participation possible du patient,  
un suivi régulier de l'évolution

\_ une recherche de son retentissement social, scolaire ou professionnel, et économique

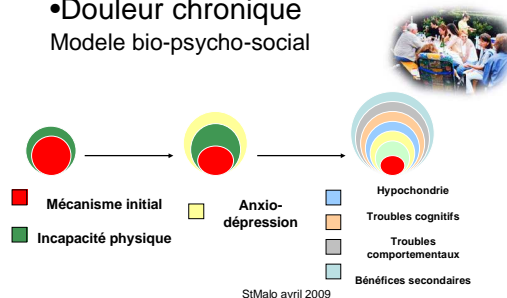
\_ une analyse des résultats des traitements antérieurs, médicamenteux ou non

\_ la recherche de troubles anxieux, dépressifs ou de manifestations psychopathologiques induits ou associés, mais aussi des interprétations et croyances du patient éloignées de celles du médecin.

StMalo avril 2009

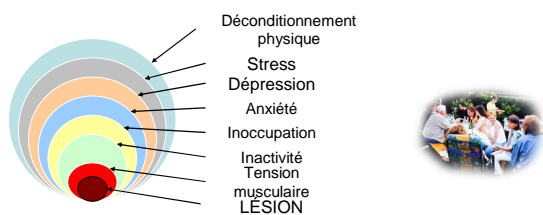
## Classification selon la durée

### • Douleur chronique Modele bio-psycho-social



StMalo avril 2009

## Mécanismes d'entretien de la douleur\*




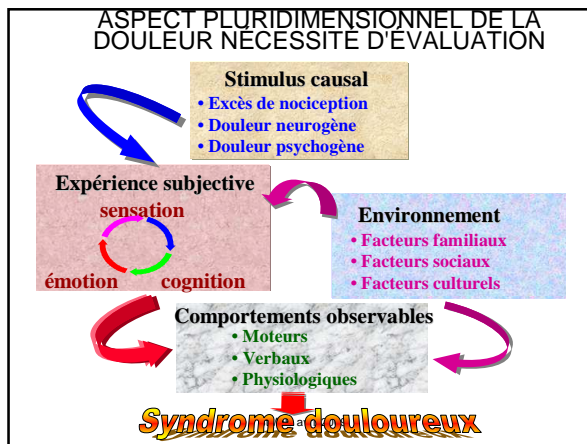
\* D'après V. Blanchet et F. Bourreau, dans « Mieux vivre avec une douleur », 2001

StMalo avril 2009

## EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE LA DOULEUR

StMalo avril 2009


  
**ÉVALUATION ET SUIVI DE LA DOULEUR  
 CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE  
 AMBULATOIRE**
  
 StMalo avril 2009



**EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?**

**ABSENCE DE MARQUEURS CLINIQUES OU BIOLOGIQUES**

- > Paramètres cardiovasculaires :  
P.A. / F.C.
- > Paramètres ventilatoires :  
F.R. / Débit de pointe ( peak-flow )
- > Paramètres biologiques :  
Glycémie, cortisolémie, catécholamines, endorphine

StMalo avril 2009

**EVALUATION DE LA DOULEUR : POURQUOI ?**

- 1. l'intensité des phénomènes douloureux
- 2. les causes déclenchantes et les facteurs favorisant
- 3. Choisir le(s) traitement(s) adapté(s)

StMalo avril 2009



## EVALUER

### Quand?

il y a une douleur  
changement de comportement

A chaque prise de traitement antalgique pour  
évaluer son efficacité et réajuster si besoin

StMalo avril 2009

## L'entretien d'évaluation

### Il s'appuie sur l'histoire de la douleur:

- Circonstances d'apparition de la douleur
- Histoire de la douleur
- Localisation de la douleur
- Quantification de la douleur
- Périodicité de la douleur
- Intensité de la douleur
- Retentissement sur les activités de la vie quotidienne
- Recueil d'information auprès de l'entourage

StMalo avril 2009

## EVALUER

### Comment ?

#### Les échelles

Elles ne représentent pas une fin en soi, mais  
constituent un bon instrument de  
communication.

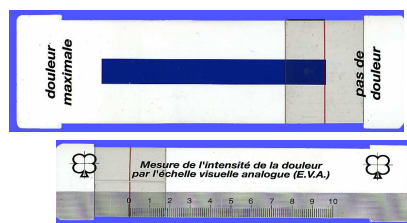
Elles sont de plusieurs types :

- A – Unidimensionnelles
- B – Pluridimensionnelles
- C – Comportementales

StMalo avril 2009

## A – ECHELLE UNIDIMENSIONNELLE

La plus connue est  
l'EVA (Echelle Visuelle Analogique)



StMalo avril 2009

### Exemple de présentation de l'échelle EVA ( ANAES 1999 )

- Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de votre douleur.

En ce moment, au moment présent, l'intensité de votre douleur peut être définie par un trait placé sur cette ligne. cette extrémité correspond à

"douleur maximale imaginable".

plus le trait est proche de cette extrémité plus la douleur est importante.

L'autre extrémité correspond à "pas de douleur", plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante."

StMalo avril 2009

### EVS: ECHELLE D'EVALUATION SIMPLE

Keele ( 1948 )

0- Pas de douleur

1- Faible

2- Modérée

3- Intense

4- Très intense

*(Cocher la catégorie qui rend compte de votre douleur)*

StMalo avril 2009

### EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

#### ECHELLE NUMERIQUE : E.N. MP Jensen et al Pain 1986

Choisissez un nombre entre 0 et 100 qui correspond le mieux à votre sensation douloureuse.  
*0 correspond à l'absence de douleur,  
10 à la pire douleur imaginable.*

**Présentation écrite ou verbale**  
Facile à comprendre. Adaptée au sujet âgé.

StMalo avril 2009

### EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

#### ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES : avantages ?

##### Facilité de compréhension variable selon le test :

Tous les patients répondent à une EVS  
2 % ne peuvent répondre à une EN  
11 % ne peuvent répondre à une EVA  
E Kremer et al Pain 1981

##### Non-réponse à l'EVA :

de 7 % : ECC Huskisson Lancet 1974  
à 27 % : TD Walsh Pain 1984

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

### ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES : Quels avantages ?

- Facilité d'utilisation
- Reproductibilité
- Adaptées aux mesures itératives rapprochées
- Etude cinétique d'un effet analgésique
- Exploitation graphique et statistique aisées.

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

### ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES : Quels avantages ?

**sensibilité** : capacité à détecter un effet thérapeutique  
capacité à discerner l'effet analgésique de 2 MDC  
EVA >> EVS = EN

**Fidélité** : ( test-retest ) : EVA

**Validité** : Mesurent-elles ce qu'elles sont censées mesurer ?  
Négligent l'aspect multidimensionnel de la douleur

---> Approximation suffisante pour douleur aiguë

StMalo avril 2009

**L'autoévaluation de  
l'intensité de la  
douleur peut être  
complétée par une  
évaluation du Schéma  
Corporel.**

StMalo avril 2009

### **Les scores des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur**

- ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse
- - ne peuvent pas servir à comparer les patients entre eux
- - permettent uniquement des comparaisons intra individuelles
- - aident à identifier les malades nécessitant un traitement de la douleur sans qu'il existe un lien direct entre le score obtenu et le type de traitement antalgique nécessaire
- - facilitent le suivi du patient
- - ne donnent pas la ou les localisations douloureuses qui sont à faire figurer sur le Schéma Corporel de la douleur

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

### ECHELLES MULTIDIMENSIONNELLES

MacGill Pain Questionnaire (M.P.Q.)  
Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Qualificatifs multiples (78 / 61) choisis par le patient

Le langage renseigne

- sur l'intensité de la douleur
- sa dimension sensorielle et affective
- son retentissement physique et comportemental

Adaptées à la douleur chronique

Inadaptées à la douleur aiguë ( temps, compréhension)

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

### MacGill Pain Questionnaire ( M.P.Q.)

78 qualificatifs ---> 4 classes ---> 20 sous-classes

sensorielle affective évaluative autres

Chaque qualificatif est affecté d'un " poids" ou valeur moyenne

**P.R.I.** Pain rating index (somme des rangs)

**N.W.C.** Number of words chosen

**P.P.I.** Present pain intensity

**B.S.I.** Brief symptom inventory

Adapté à la douleur chronique et à l'évaluation des traitements

Inadapté aux mesures itératives rapprochées

*R. Melzack Anesthesiology 1971  
R. Melzack Pain 1975*

StMalo avril 2009

## Échelle multidisciplinaire

- Questionnaire St Antoine QDSA
  - 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes: 9 sensorielles
    - 7 affectifs
    - 1 évaluative
- Chaque terme peut-être pondéré par le patient (score de 0 à4)

StMalo avril 2009

## ECHELLE PLURIDIMENSIONNELLE

Mac Gill Pain questionnaire », et le questionnaire de la douleur Saint Antoine (QDSA).  
version courte, nécessite une bonne verbalisation, n'analyse pas le comportement.

	0 Absent non	1 Faible Un peu	2 Modéré	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement Fort Extrêmement
Elancements					
Pénétrants					
Déchirants					
Électriques					
Coups de poignard					
En sursaut					
Tiraillements					
Étranges					
Fouissements					
Loirdeur					
Éprouante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

### Echelle D.E.G.R

échelle douleur de l'enfant Gustave Roussy

#### Signes directs de douleur

- Position antalgique au repos
- Protection spontanée des zones douloureuses
- Attitude antalgique dans le mouvement
- Contrôle exercé par le sujet quand on le mobilise
- Réaction à l'examen des zones douloureuses

#### Expression volontaire de douleur

- Plaintes somatiques
- Localisation de zones douloureuses par le sujet

#### Atonie psychomotrice

- Manque d'expressivité
- Désintérêt pour le monde extérieur
- Lenteur et rareté des mouvements

StMalo avril 2009

### ECHELLE DOULEUR GUSTAVE-ROUSSY

**S. directs de la douleur**  
6 items

**Position antalgique au repos**

**Attitude antalgique dans le mouvement**

**Protection spontanée de zone douloureuse**

**Plaintes somatiques**

**Localisation des douleurs par l'enfant**

**Réaction à l'examen de zone douloureuse**

**S. d'atonie psychomotrice**  
5 items

**Lenteur et rareté des mouvements**

**Désintérêt pour le monde extérieur**

**Manque d'expressivité**

**Repli sur soi**

**Résignation**

**S. d'anxiété**  
4 items

**Nervosité**

**Mauvaise humeur Irritabilité**

**Facilité aux pleurs**

**Contrôle exercé par l'enfant à la mobilisation**

StMalo avril 2009

### AUTRES ECHELLES D'ÉVALUATION OU DE SURVEILLANCE

- **Echelle verbale simple (EVS) : de 0 à 4**
  - 0 : pas de douleur
  - 1 : faible
  - 2 : modérée
  - 3 : intense
  - 4 : extrêmement intense
- **Echelle numérique (EN) : de 0 à 10**
  - 0 : pas de douleur
  - 10 : douleur maximale
- **Echelle comportementale de la douleur aiguë**

	spontanément			Lors de l'examen		
	Absent	Faible	Marqué	Absent	Faible	Marqué
• Pousse des gémissements, des plaintes	0	1	2	0	1	2
• Front plissé, crispations du visage	-	-	-	-	-	-
• Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé)	-	-	-	-	-	-
• Mouvements précautionneux	-	-	-	-	-	-

de 0 à 16

- **Echelle de sédation (ES) : de 0 à 3**
  - 0 : éveillé
  - 1 : somnolent par intermittence spontanément éveillé
  - 2 : somnolent la plupart du temps facilement éveillé
  - 3 : très somnolent, éveillé par stimulations tactiles

### Echelle DOLOPLUS

- **1 RETENTISSEMENT SOMATIQUE**
  - PLAINTES SOMATIQUES
  - POSITIONS ANTALGIQUES
  - PROTECTIONS DES ZONES DOULOUREUSES
  - MIMIQUES
  - SOMMEIL
- **2 RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR**
  - TOILETTE ET OU HABILLAGE
  - MOUVEMENTS
- **3 RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL**
  - COMMUNICATION
  - VIE SOCIALE
  - TROUBLES DU COMPORTEMENT

StMalo avril 2009

## TRANSMETTRE

- tout score EVA/EN  $>$  à 3 ou EVS  $>=$  à 2,  
=adaptation thérapeutique  
=adaptation soignante visant au confort  
du patient (écoute, attention, installation...)

StMalo avril 2009

## CONCLUSION

- Les outils disponibles sont complémentaires de l'écoute, de l'entretien et de l'examen
- Évaluer : c'est « rendre visible »
- Les outils permettent de conserver une trace dans le dossier et les courriers
- Les outils sont conçus pour être communs et partagés par les professionnels s'occupant d'un même malade.

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : COMMENT ?

### ECHELLES COMPORTEMENTALES

- Rarement proposées en situation aiguë chez l'adulte
- Interférences socio-culturelles, ethniques...

Echelle de Bonnel et Boureau (Pain 1985) : accouchement

Echelle de Keefe et Block (Behav Ther 1982) : lombalgique

Echelle de Bourhis (Biol Med 1970) : douleurs cancéreuses

Echelle de Karnowski (Pain 1985) : rééducation fonctionnelle

StMalo avril 2009

## EVALUER POUR TRAITER BIEN...

- Adapter à l'intensité
  - évaluation quantitative de la douleur
- Adapter au type de douleur
  - évaluation qualitative de la douleur
  - évaluation diagnostique
- Adapter au terrain
  - évaluation psychologique
  - évaluation physique
- Avec les bons produits
- Aux bonnes posologies
- Par la voie d'administration adaptée
- En respectant les règles d'administration

StMalo avril 2009

## EVALUATION DE LA DOULEUR : CONCLUSION

### DOULEUR AIGUE : OUTILS SIMPLES, REPRODUCTIBLES, D'EMPLOI RAPIDE

---> ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES  
CHEZ L'ADULTE (EVA +++)

---> ECHELLES COMPORTEMENTALES  
Nouveau-né, nourrisson

StMalo avril 2009

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les  
douleurs neuropathiques.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre  
à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Serrures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharge électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs  
des symptômes suivants ?

	OUI	NON
1. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen est en évidence :

	OUI	NON
1. Récession de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hypoalésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le froissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI  
Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4  
est utilisé comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire

✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »

✓ A la fin du questionnaire, le praticien compile les réponses, 1 pour chaque  
« oui » et 0 pour chaque « non ».

✓ Le somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif  
(sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

(après Bouhassira D et al. Pain 2004; 105 (1): 246-57)

Ce questionnaire se répartit en  
4 questions représentant 10 items à  
cocher :

.. Le praticien interroge lui-même le  
patient et remplit le questionnaire  
réponse « oui » ou « non »

1 pour chaque « oui »  
0 pour chaque « non ».

Si le score du patient est égal ou  
supérieur à 4/10, le test est positif

sensibilité à 82,9 %  
spécificité à 89,9 %

D'après Bouhassira Det al. Pain 2004;108  
(3) : 248-57.

2009