

Histoire de la prise en charge de la douleur

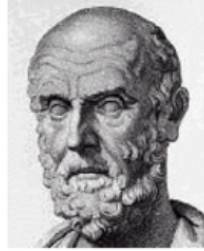
M Navez

CETD CHU St etienne

La prise en charge de la douleur au travers du temps

Antiquité gréco-romaine

Hippocrate (460- 377 Av JC)



«Divine est l'œuvre de soulager la souffrance»

La douleur : processus dont l'évolution permet au médecin de faire un diagnostic et un pronostic de la maladie

Douleur émotion car vient du cœur

Antiquité gréco-romaine

Galien : (II ème siècle) :



Œuvre colossale traduite pendant plusieurs siècles

Classification des douleurs

Centralisation de la douleur dans le cerveau, siège de toutes les sensations

Douleur = sensation

Nos ancêtres les gaulois !!!

Antalgiques base de saule de gui et de lierre

Balneotherapie

Stations thermales Neris les Bains



EGYPTE 2000 Av JC

Canabis



La prise en charge de la douleur au travers du temps



Moyen Age

1330 Gui- de-chauliac grand chirurgien du moyen âge réalise une trépanation au pape Clément Qui souffrait de Migraine



Influence du christianisme

Douleur =châtiment de Dieu ou récompense possible d'en l'au-delà

Apprendre a supporter sa douleur

Moyen de rédemption

Influence arabo persique : Avicenne (980-1037) étudie Hippocrate, Platon, Aristote , et utilise opium mandragore saule

Rôle de la douleur dans le diagnostic et le pronostic des maladies précurseurs de la médecine occidentale

Renaissance

Ambroise Paré (1509-1590) Père de la chirurgie moderne

Limiter la douleur (ligature, compression)

Paracelse (1493-1543) Ether



La prise en charge de la douleur au travers du temps

XVII^{ème} siècle



Descartes (1596 -1650)

« chemin de la douleur »

Observation des douleurs de membre fantôme

Sydenham : utilisation large de l'opium



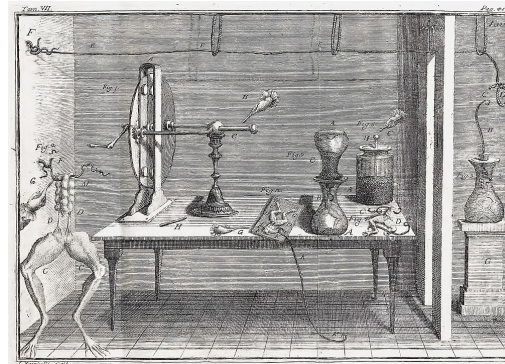
Siècle des lumières XVIII^{ème}

La douleur =signal d'alarme qui nous donne le sentiment de notre existence et nous avertit des dangers que court notre corps

Utilité de la douleur (diagnostic, pour mieux accoucher, pour mieux guérir après une chirurgie

Douleur néfaste et Tout devoir de médecin est de soulager son malade Utilisation large de l'opium

Galvani et Volta Utilisation de l'électricité médicinale



La douleur au travers du temps(XIX eme) siècles les grandes découvertes

Découverte médicamenteuse

1806 Sertuener : Découverte de la morphine

1897 : Hoffmann Aspirine Bayer

1898 Dreser synthétise l'héroïne(toux)



Larrey : (1766-1842) chirurgien
des armées napoléoniennes
Amputation rapide (etat de choc)
Moteur dans la prise en charge de
la douleur



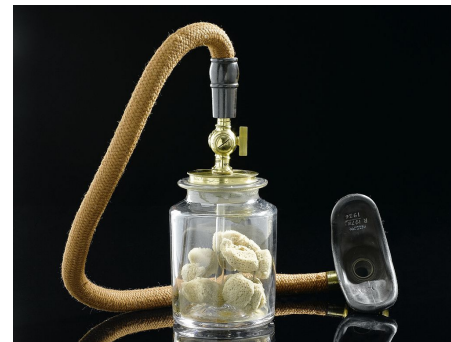
Naissance de l'anesthésie

Davy : 1799 : Chloroforme, N2O

Mesmer : 1810 : hypnose

Morton et Jackson 1846 : Éther

1884 : découverte des propriétés
anesthésiques locales de la cocaïne
par Freud



1828: :1ere anesthésie /Angleterre à l'académie de
médecine par Emile Girardin

1847: Velpeau Anesthésie (ether et chloroforme N2O)

1853 (7 avril), anesthésie de la reine Victoria au chloroforme
pour la naissance de son 4ème enfant

1880: 25% des anesthésies sont mortelles Début de la
toxicologie et de la médecine légale

1885 : Halsted généralise les blocs nerveux

la prise en charge de la Douleur :début du XX ème siècle

Leriche (1879 – 1955)

Chirurgie de la douleur : Collège de France
1937.

«Il n’y a qu’une douleur qu’il soit facile de
supporter c’est la douleur des autres »
C’est le premier qui va dire que la douleur
quand elle dure finit par perdre sa fonction
de signal d’alarme : douleur maladie



Les opiacés

1916 réglementation stricte en France de
l’utilisation de l’opium

Opiaces classés en stupéfiant

La morphine est peu utilisée

1960 réhabilitation de la morphine en
Angleterre 1980 en France

La prise en charge moderne de la douleur



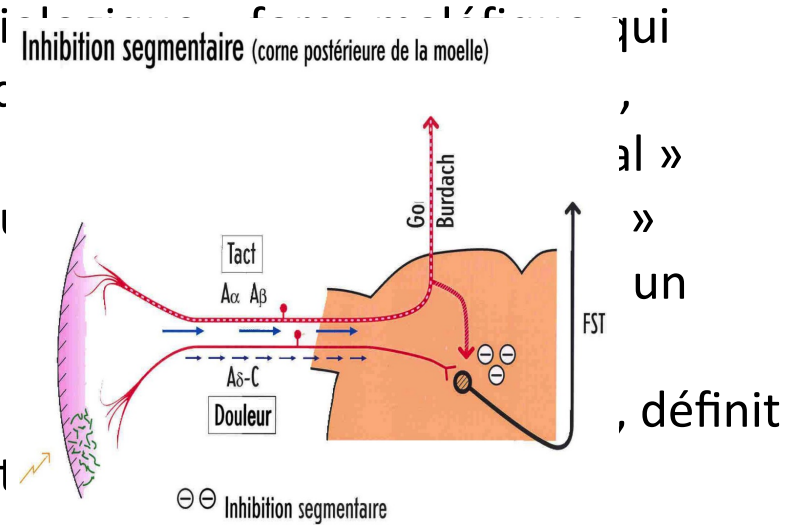
J.J. BONICA 1917-1994

« Douleur chronique n'a plus de fonction biologique, elle impose au malade à sa famille à la société des coûts physiques, économique, sociologiques. »

1953 : Approche multidisciplinaire de la douleur

1961 : 1ère clinique multidisciplinaire avec un neurochirurgien (White) Washington

En 1973, Le premier symposium sur la douleur définit les bases de l'International Association for the Study of Pain (IASP)



WALL et MELZACK 1965 :

Travaux sur la théorie du portillon et sur la neuromatrice. Et la découverte de l'existence des récepteurs opioïdes endogènes (endorphines)

La douleur n'est plus un processus linéaire (interrompre le circuit) ?

La nociception est **modulable au niveau de la moelle** par des mécanismes ascendants depuis la périphérie et descendants depuis le cerveau (lutter contre la douleur mettre en jeu les systèmes de contrôle).

Distinction des types différents de douleur en fonction des mécanismes générateurs (douleur nociceptive, neuropathique, idiopathique, psychogène).

Adaptation des traitements

Puis Tout s'accélère .. En France



- **1980** les premiers centres en France : Montpellier Dr Roquefeuil, Paris sainte Antoine Dr Boureau
- **Loi 4 février 1995** : les établissements de Santé : Obligation de la PEC de la douleur.
- **Circulaire 4 février 1998** : identification de structures de lutte contre la douleur chronique rebelle : 247 en 2011
- **Plans douleur** :
 - 1998-2001 : priorité de SP
 - 2002-2005 : douleur induite par les soins, prévention de la douleur, CLUD Loi 4 mars 2002 (douleur évaluée traitée...)
 - 2008 : PEC des personnes vulnérables, Formation et meilleure utilisation du ttt et des méthodes non pharmacologiques,
- **Certification V2010 HAS** :
 - critère 12A : Prise en charge de la douleur et sa prévention : marqueur de la qualité des soins

27 Structures Rhône Alpes (245 en France en 2011)

Rhône Alpes l'expérience singulière

Enseignement commun:

capacité DIU

Organisation

Coopération et

collaboration entre les
structures

**Capacité a communiquer,
travailler ensemble**

Partage des savoirs ,
reconnaissance des
compétences

Volonté

Pluridisciplinarité

Pluri-professionnalité

Enseignement para médical

Saradol

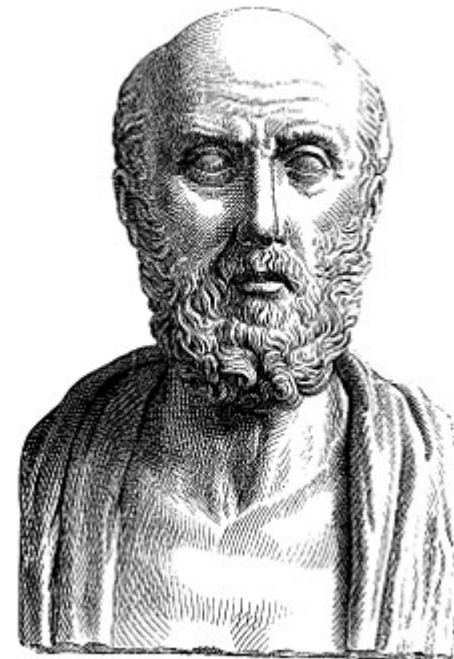
SFETD .



Histoire de la prise en charge par les Opiacés

Pavot (*papaverum somniferum*) suc riches en alcaloïdes opiacés (morphine et codeine)

- Antiquités Des 850 avant JC (médecins grecs)
 - Hippocrate : narcotique, analgésique et ...constipante
- XIX eme siècle des Découvertes
 - 1806 Sertuener : Découverte de la morphine
 - 1831 Robiquet codeine
 - 1870: Épidémie de toxicomanie chez les soldats
 - 1845 :opium=poison , substance vénéneuse, ordonnance médicale
 - 1850 Wood mise au point de la seringue et aggravation des pratiques addictives
- XX eme siècle
 - 1916 réglementation , classement stupéfiant
 - Morphine sous utilisée
 - Réhabilitation en Angleterre (1960) France (1980)



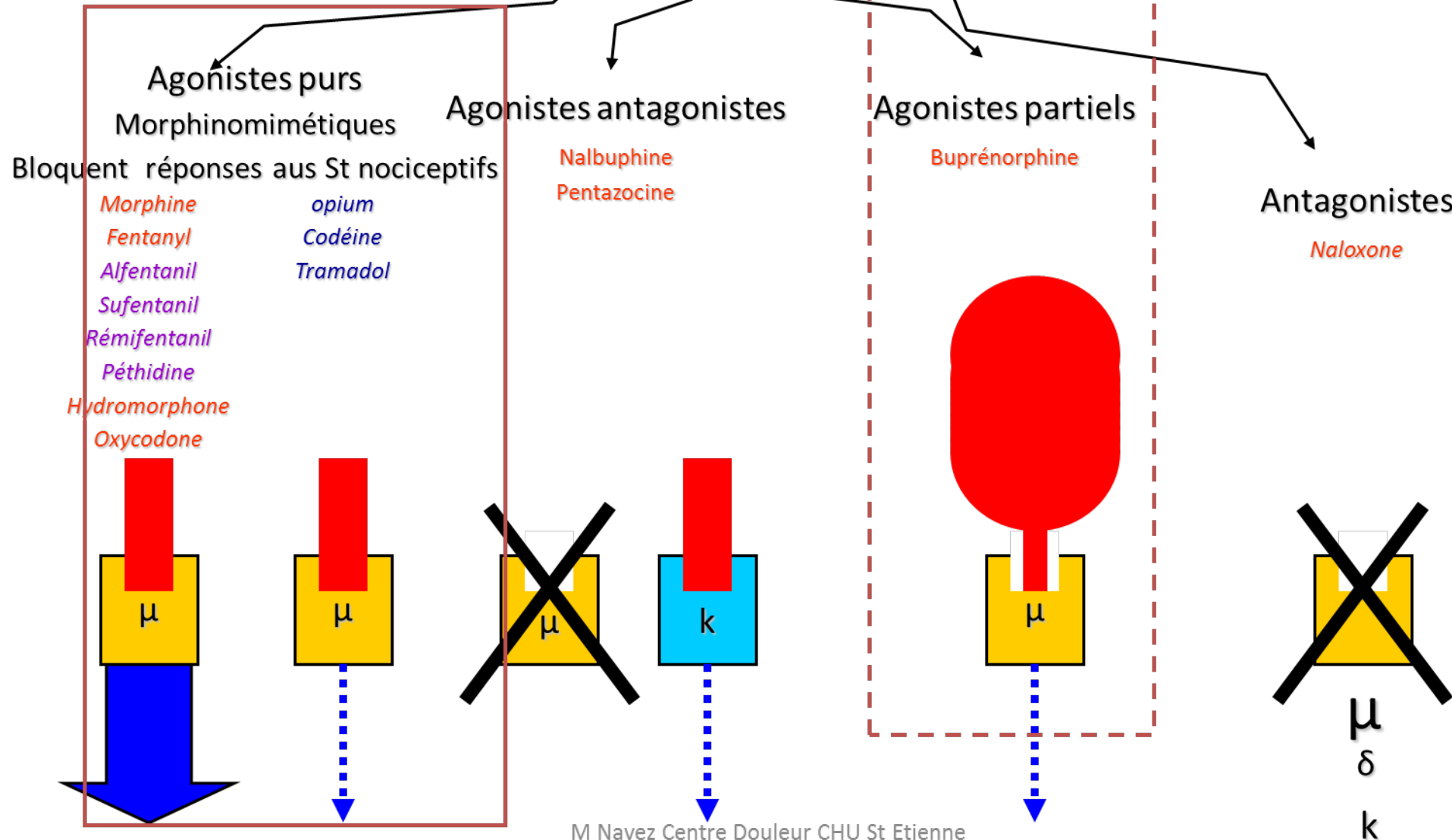
Histoire de la prise en charge de la douleur par les opiacés: les acquis , les évolutions

- Morphine : produit de référence : douleur par excès de nociception douleur du cancer
- Meilleure connaissance de la morphine et de ses dérivés
- Les récepteurs opiacés mu, kappa, delta. ont été découverts entre 1971 et 1973, par plusieurs équipes (E. Simon, S. Snyder aux États-Unis ; L. Terenius en Suède)
- Les endorphines et les enképhalines les dynorphines l'ont été (1980) neurotransmetteurs à action inhibitrice Cesselin
- Les opiacés miment les effets des opioïdes endogènes

Opioïdes /Opiacés

Récepteurs opiacés μ (OP3) delta(OP1)
Kappa(OP2) présents dans tout le SN

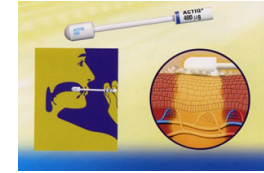
Les endorphines= peptides
endogènes, miment l'action des RO.



La prise en charge de la douleur par les opiacés: les acquis , les évolutions :Opioïdes la gallenique?

VOIE ORALE

Morphine
Oxycodone
Hydromorphone
Libération prolongée ,
immédiate



Fentanyl transmuqueux , nasal
Actiq : batonnet
Sublinguale: Abstral Effentora, Recevit ,
Brekyl .. nasale:Instanyl , Pecfent

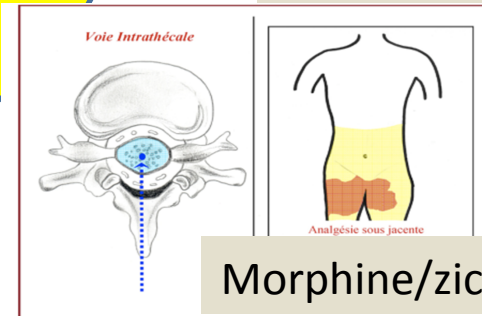
Voie transcutanée
Fentanyl



Voie parenterale
Perimedullaire
perinerveuse
Morphine
Oxycodone



PCA de l'aiguë au
chronique



Morphine/ziconotide

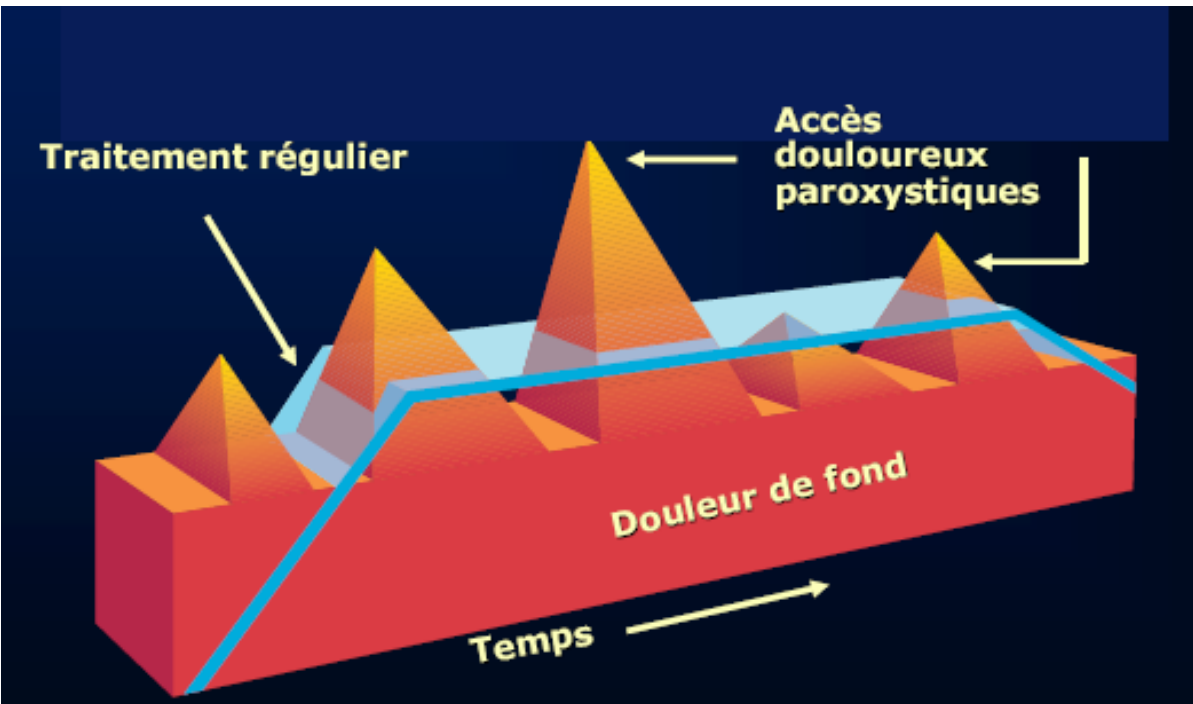
Opiacés et le concept d'interdoses

La Douleur de nociception : en fonction du rythme de la douleur

CONCEPT D'INTERDOSES

Traitement longue durée +immédiat

la douleur

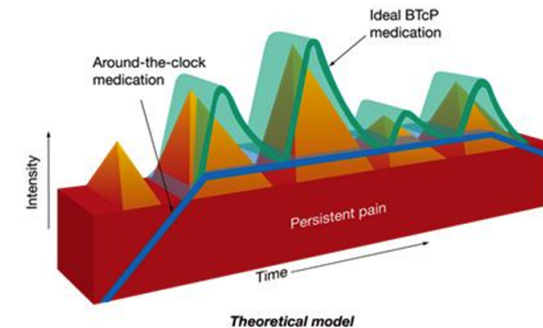
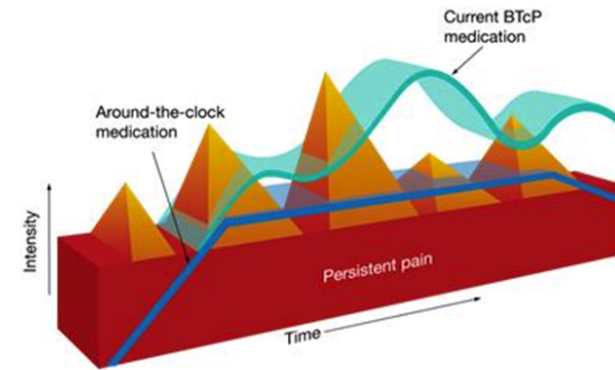


Libération prolongée et
immédiate

Analgesie autocontrôlée

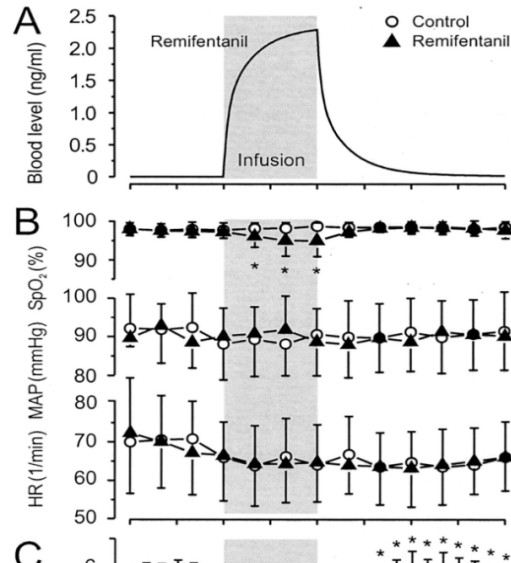
Petite révolution
Du « prêt a prescrire » a la
« prescription sur
mesure »

- Implication du patient
- **rôle de l'éducation
thérapeutique**



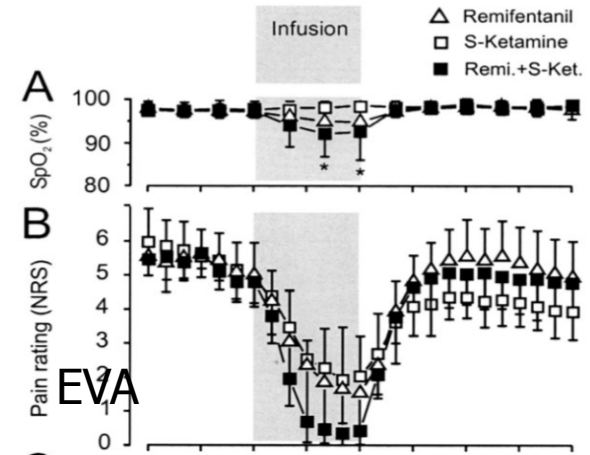
Benett 2005

• Les opiacés : Effets Analgésique, hyperalgésique,



Rémifentanyl

Rémifentanyl + Kétamine

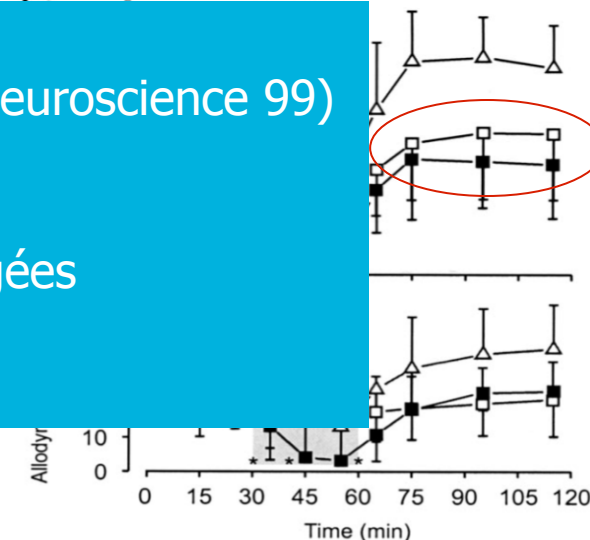
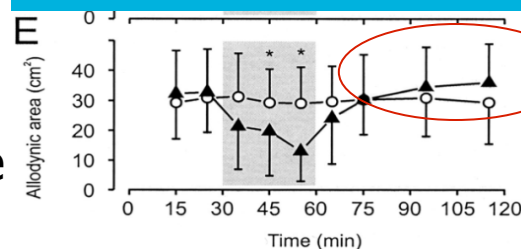


EVA

Intensité et durée de hyperalgésie dose dépendante
 Fonction de la dose → intensité et rapidité (Laulin Neuroscience 99)
 Peut durer 2 à 3 jrs (Kissin Anest Analg 2000)
 Les anti NMDA corrigent l'hyperalgésie
 Tolerance a la morphine des administrations prolongées
 Relative inefficacité dans certaines pathologies ?

Surface
hyperalgésie

Aire
allodynie



ALERTE ++ Opiacés et Addiction :

Mésusage et abuseur: Vital Signs: Overdoses of Prescription Opioid Pain Relievers — United States, 1999–2008

Key Points

- Death from opioid pain relievers (OPR) is an epidemic in the United States.
- Sales of OPR quadrupled between 1999 and 2010. Enough OPR were prescribed last year to medicate every American adult with a standard pain treatment dose of 5 mg of hydrocodone (Vicodin and others) taken every 4 hours for a month.
- Abuse of OPR costs health insurers approximately \$72.5 billion annually in health-care costs.
- State-based prescription drug monitoring program records and insurance claims information can identify and address inappropriate prescribing and use by patients. State laws and regulations based on these data need to be enacted, enforced, and rigorously evaluated.
- Additional information is available at <http://www.cdc.gov/vitalsigns>.

TABLE 1. Drug overdose death rates by selected characteristics — National Vital Statistics System, United States, 2008

Characteristic	Age-adjusted rate*			
	All drugs†	Prescription drugs‡	Opioid pain relievers¶	Illicit drugs**
Overall	11.9	6.5	4.8	2.8
Sex				
Men	14.8	7.7	5.9	4.3
Women	9.0	5.3	3.7	1.4
Race/Ethnicity				
White	13.2	7.4	5.6	2.8
Hispanic††	6.1	3.0	2.1	2.5
Non-Hispanic	14.7	8.4	6.3	2.9
Black	8.3	3.0	1.9	4.0
Asian/Native Hawaiian or Pacific Islander	1.8	1.0	0.5	0.6
American Indian/Alaska Native	13.0	8.4	6.2	2.7
Age group (yrs)				
0–14	0.2	0.2	0.1	—§§
15–24	8.2	4.5	3.7	2.2
25–34	16.5	8.8	7.1	4.4
35–44	20.9	11.0	8.3	5.3
45–54	25.3	13.8	10.4	6.0
55–64	13.0	7.3	5.0	2.5
≥65	4.1	3.0	1.0	0.3
Intent				
Unintentional	9.2	4.8	3.9	2.6
Undetermined	1.1	0.6	0.5	0.2
Suicide	1.6	1.1	0.5	0.1

En 2017, les études scientifiques et les tutelles estiment autour de 200 les décès liés aux morphiniques en France ; + 150% en 10 ans de consommateurs et d'hospitalisations pour Effets indésirables

72 000 décès par an aux USA , causés par un mauvais usage de ces médicaments, sur des hommes et des femmes

« trompés ».

ALERTE ++ Opiacés et Addiction : Mésusage et abuseur: Vital Signs: Overdoses of Prescription Opioid Pain Relievers — United States, 1999– 2008

Key Points

TABLE 1. Drug overdose death rates by selected characteristic
National Vital Statistics System, United States, 2008

Age-adjusted rate*



Ce n'est pas la prescription d'OF qui fait glisser dans l'addiction (2%P) c'est l'addiction avant la prescription

Addiction ≠ mésusage(automédication aberrante, anxiété, sommeil, se booster)

Facteurs prédictifs d'une bonne réponse aux OF???

- Meilleure : si stabilité psychosociale, dl nociceptive, suivi personnalisé pluridisciplinaire (evaluation : POMI)

-Mauvaise : si attente solution miracle ,demande urgente de soulagement ,
dysfonction de l'oralité, suivi psychologique

Développement des recommandations de bonnes pratiques (Limoges
SFETD...)

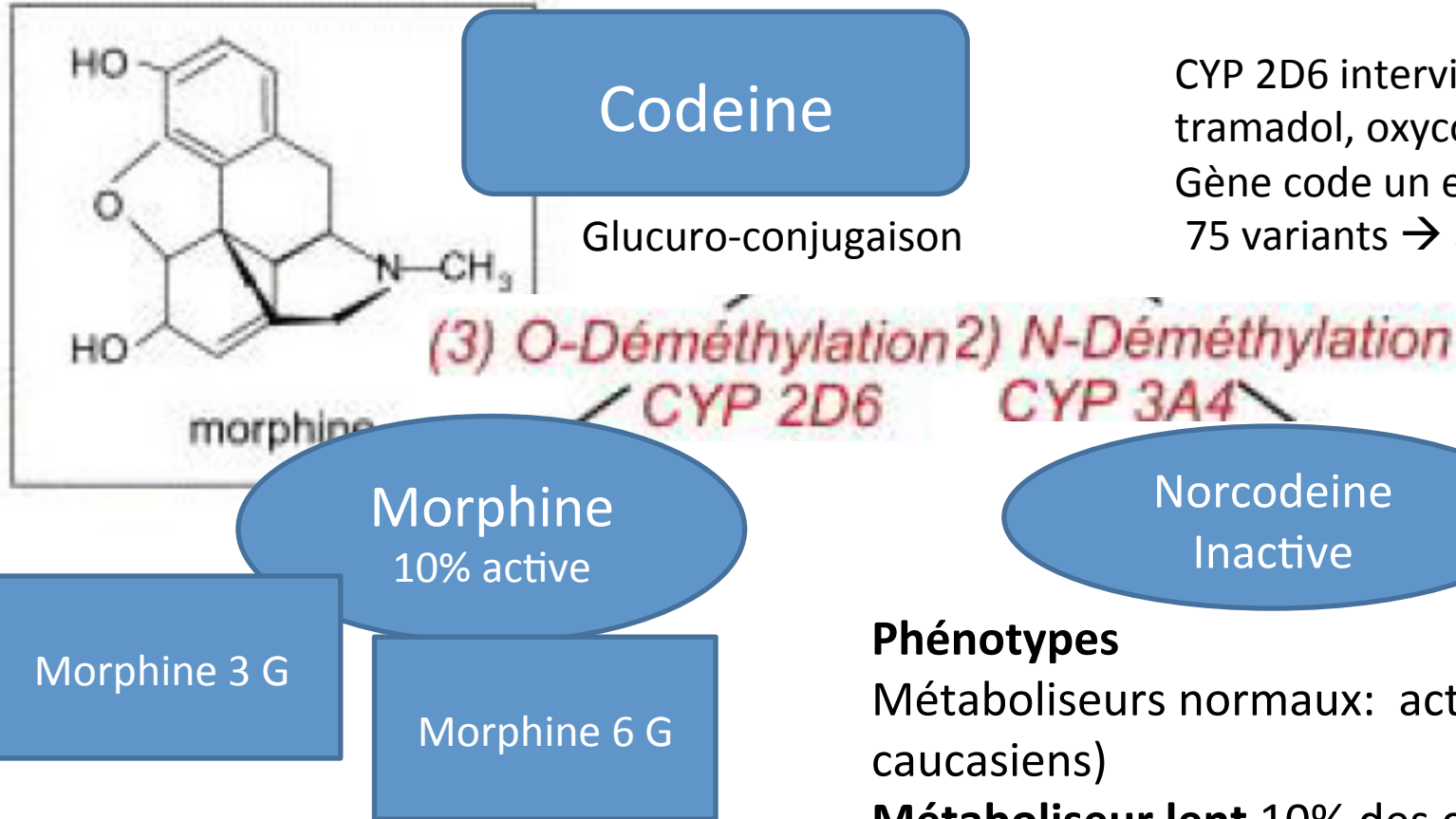
En 2017, les études scientifiques et les tutelles estiment autour de 200 les décès liés aux morphiniques en France ; + 150% en 10 ans de consommateurs et d'hospitalisations pour Effets indésirables S

72 000 décès par an aux USA , causés par un mauvais usage de ces médicaments, sur des hommes et des femmes
« trompés ».

« Bon usage des opioïdes dans les douleurs chroniques d'origine non cancéreuses », Afsapps 2004 le contrat avec le patient

- **Prescription +++: Un seul médecin** coordonne la prescription
- Le traitement doit **soulager efficacement la douleur** et **améliorer la QV** et la fonction
- **Doses , horaires, posologies durée** fixées et respectées
- **Risque de dépendance** explicitée aux patients/Conduite addictive
- **Titration morphinique** voie orale (LP, LI) .
 - Titration: forme LI seule (sujet âgé) ou (LI + LP) / contrôle régulier
 - Débuter par des doses faibles (20mg->60mg)
 - Evaluation a J+ 1 mois et réévaluer chaque prescription: B/R
 - Si insuffisant, augmenter la posologie de 30 à 50% au plus
- **Agenda des douleurs :**
 - Ajustement posologie selon l'activité des patients (Kahan 2006).
 - Dose matin=dose soir sauf si arthrose (↑ dose matin) si PR ↑dose soir(Perrot 1999).
 - **Pas de notion de durée mais 3 mois/6 mois !!!**
- **Arrêt progressif** si amélioration , pas d'arrêt brutal (*Pergolizzi 2008*)

Alerte: variation génétique et Métabolisme de la codéine du tramadol



CYP 2D6 intervient dans le métabolisme des opiaces (codéine, tramadol, oxycodone)

Gène code un enzyme du cytochrome P450 (Chr 22) :

75 variants → activité enzymatique de 1-200%

Phénotypes

Métaboliseurs normaux: activite Enzyme est normale (80% des caucasiens)

Métaboliseur lent 10% des caucasiens déficit en CYP 2D6 -> codeine inactive

Métaboliseur ultrarapide : 2% Patients surexpriment le CYP2D6-> overdose (accident chez l'enfant dans la littérature)

Recommandations / Prédiction de réponse ????

Histoire de la prise en charge de la douleur: l'Evaluation

- Descriptifs de l'antiquité : douleur tensives, gravatives, pulsatives, pongitives, térébrantes (abcès) fourmillements prurigineux (Gallien Hippocrate)
- 1814 Renaudin (dictionnaire des sciences douleur brûlantes de l'inflammation, froides pour les frissons contusives concassantes pour les rhumatismes)
- **Le dialogue avec le patient est un atout, douleur prise en charge dans sa globalité**

Autoévaluation : échelles unidimensionnelles (EVA/EN/EVS) 1980.....

Mesure de la douleur globale :

EVS (*Kremer Pain 1981, Jensen Pain 1986*) : Facilité, compréhension

EVA : (*Scott Pain 79, Botton JMPT 98*) *Seymour Pain 82, Price Pain 94*) sensibilité, validité

EN: numérique de Likert (EN en 11 points) (*Grade Cruccu 2004*)

Agenda de la douleur

Langage commun entre les soignants

Support de l'évaluation thérapeutique(EVA < 3)

Criteres de qualité des soins V2010

Mais aujourd'hui en Douleur Chronique

Echelles fonctionnelles (QCD Effeil..

Echelles de catastrophisme

PGIC (amélioration mesurée par le patient)

PRO Patient report outcome

2^e PARTIE : MESURE DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR (UTILISER L'ÉCHELLE 1, 2 OU 3)

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur vous sont proposées. Les réponses à une seule échelle sont suffisantes. Essayez de remplir l'échelle 1, en cas de difficultés essayez de remplir l'échelle 2, et en cas de difficultés remplissez l'échelle 3.

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.
L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.

pas de douleur |-----| douleur maximale imaginable

Une extrémité correspond à la « 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

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :

pas de douleur |-----| douleur maximale imaginable

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

pas de douleur |-----| douleur maximale imaginable

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

pas de douleur |-----| douleur maximale imaginable

Evaluation qualitative multi-dimensionnelle : QDSA (Boureau 1984)
adaptation de echelle du Mac Gill Pain

Q.D.S.A (Questionnaire De saint Antoine)

Parmi cette liste, y a t'il des termes s'appliquant à votre douleur ?

Mettre dans la case correspondante, un chiffre de 1 à 4 correspondant à son intensité :

DOULEUR 1 : faible 2 : moyenne 3 : forte 4 : extrêmement

- | | | | | | |
|----------|-----------------------|--------------------------|----------|-----------------|--------------------------|
| A | BATTEMENTS | <input type="checkbox"/> | I | ENGOURDISSEMENT | <input type="checkbox"/> |
| | PULSATIONS | <input type="checkbox"/> | | LOURDEUR | <input type="checkbox"/> |
| | ELANCEMENTS | <input type="checkbox"/> | | SOURDE | <input type="checkbox"/> |
| | EN ECLAIRS | <input type="checkbox"/> | J | FATIGUANTE | <input type="checkbox"/> |
| | DECHARGES ELECTRIQUES | <input type="checkbox"/> | | EPUISANTE | <input type="checkbox"/> |
| | COUP DE MARTEAU | <input type="checkbox"/> | | EREINTANTE | <input type="checkbox"/> |
| B | RAYONNANTE | <input type="checkbox"/> | K | NAUSEEUSE | <input type="checkbox"/> |
| | IRRADIANTE | <input type="checkbox"/> | | SUFFOQUANT | <input type="checkbox"/> |
| C | PIQURE | <input type="checkbox"/> | | SYNCOPE | <input type="checkbox"/> |
| | COUPURE | <input type="checkbox"/> | L | INQUIETANTE | <input type="checkbox"/> |
| | PENETRANTE | <input type="checkbox"/> | | OPPRESSANTE | <input type="checkbox"/> |
| | TRANSPERCANTE | <input type="checkbox"/> | | ANGOISSANTE | <input type="checkbox"/> |
| | COUP DE POIGNARD | <input type="checkbox"/> | M | HARCELANTE | <input type="checkbox"/> |
| D | PINCEMENT | <input type="checkbox"/> | | OBSEDANTE | <input type="checkbox"/> |
| | SERREMENT | <input type="checkbox"/> | | CRUELLE | <input type="checkbox"/> |
| | COMPRESSION | <input type="checkbox"/> | | TORTURANTE | <input type="checkbox"/> |
| | ECRASEMENT | <input type="checkbox"/> | | SUPPLICIANTE | <input type="checkbox"/> |
| | EN ETAU | <input type="checkbox"/> | N | GENANTE | <input type="checkbox"/> |
| | BROIEMENT | <input type="checkbox"/> | | DESAGREABLE | <input type="checkbox"/> |
| E | TIRAILLEMENT | <input type="checkbox"/> | | PENIBLE | <input type="checkbox"/> |
| | DISTENTION | <input type="checkbox"/> | | INSUPPORTABLE | <input type="checkbox"/> |
| | DECHIRURE | <input type="checkbox"/> | O | ENERVANTE | <input type="checkbox"/> |
| | TORSION | <input type="checkbox"/> | | EXASPERANTE | <input type="checkbox"/> |
| | ARRACHEMENT | <input type="checkbox"/> | | HORRIPILANTE | <input type="checkbox"/> |
| F | CHALEUR | <input type="checkbox"/> | P | DEPRIMANTE | <input type="checkbox"/> |
| | BRULURE | <input type="checkbox"/> | | SUICIDAIRE | <input type="checkbox"/> |
| G | FROID | <input type="checkbox"/> | | | |
| | GLACE | <input type="checkbox"/> | | | |
| H | PICOTEMENTS | <input type="checkbox"/> | | | |
| | FOURMILLEMENTS | <input type="checkbox"/> | | | |
| | DEMANGEAISONS | <input type="checkbox"/> | | | |

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

[illegible]

Hétéro -Evaluation : douleur aux extrêmes ..

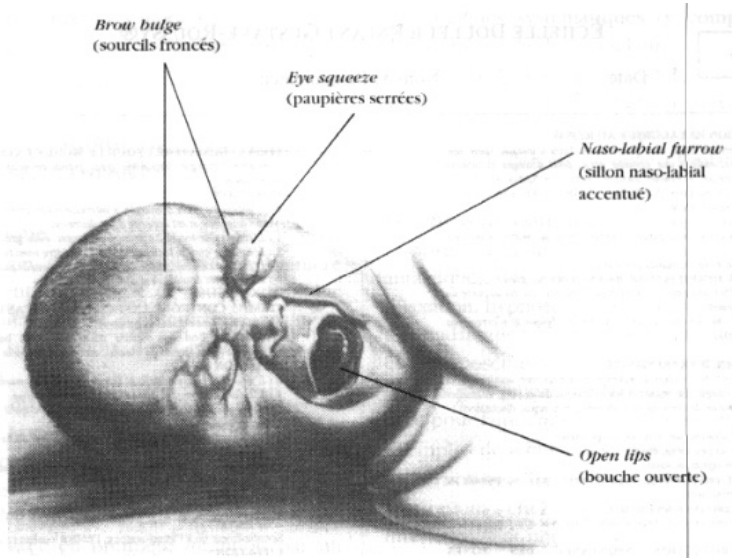
**1991: création de l'échelle DEGR Douleur enfant Gustave Roussy
(Gauvin Picard)**

Les signes directs de la douleur rassemblent (5 Items)

L'atonie psychomotrice (3 items)

Le manque d'expressivité sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix; on l'étudie alors que l'enfant a des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

Désintérêt pour le monde extérieur



Création du collectif Doloplus en 1995 Pr
Charles-Henri Rapin, René Schaerer,
Renée Sebag-Lanoë

ECHELLE DOLOUP

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :

Prénom :

Service :

Observation comportementale

REUNISSEMENT SOMATIQUE

		DATES			
1• Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues 	0	0	0	0
2• Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de position antalgique le sujet adopte certaines postures de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0
3• Protection des zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection protection à la sollicitation n'empêche pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêche tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0
4• Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (stone, regard vide) 	0	0	0	0
5• Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation maternelle) insomnie avec réintéressement sur les phases d'éveil 	0	0	0	0

REUNISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6• Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précureuxseux mais complet) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étirés et partiels toilette et/ou habillage impossibles, toilette et/ou habillage en opposition à toute tentative 	0	0	0	0
7• Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées (ne réalise ever certains mouvements, clénche ses poignets de marche) possibilités habituelles actives et passives limitées (retro aide, le malade diminue ses mouvements) mouvement inexpressif, toute mobilisation entraîne une opposition 	0	0	0	0

REUNISSEMENT PSYCHOSOCIAL

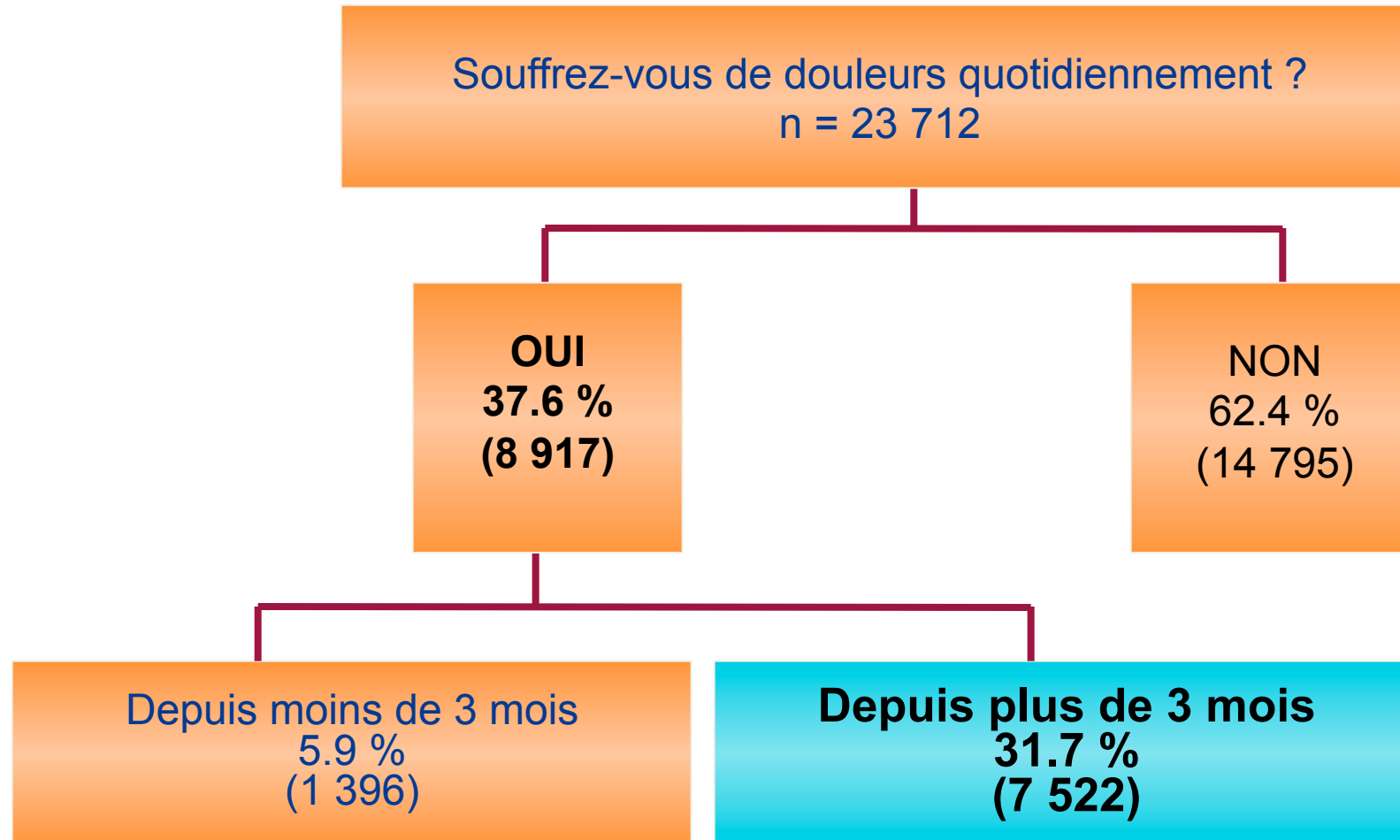
8• Communication	<ul style="list-style-type: none"> inchange difficultés (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne n'est) absente ou refus de toute communication 	0	0	0	0
9• Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> participation habituelle aux différentes activités (visites, animations, ateliers thérapeutiques, ...) participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale 	0	0	0	0
10• Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel troubles du comportement à la sollicitation et parfois troubles du comportement à la sollicitation et permanent troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0	0	0	0

SCORE

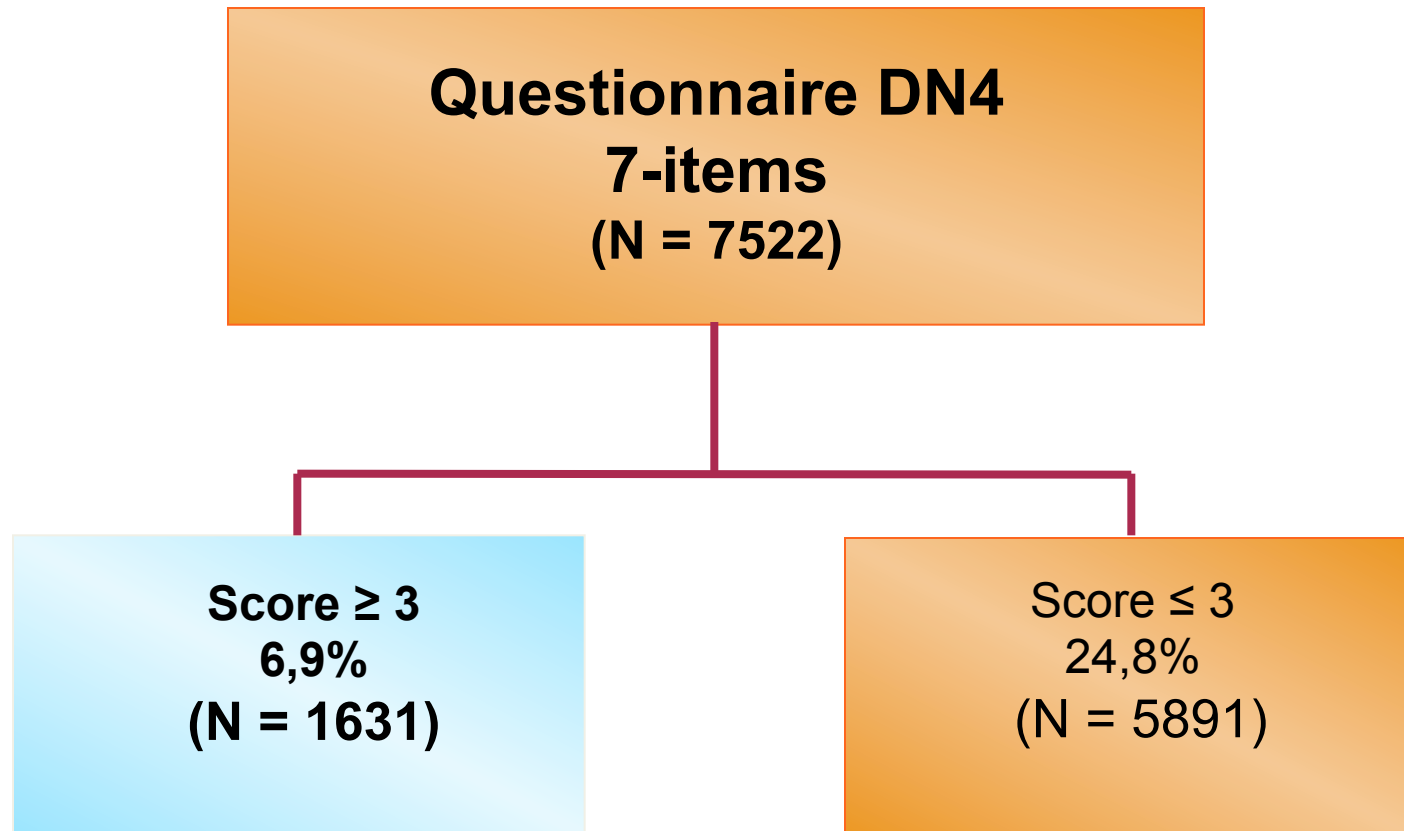
COPYRIGHT

ECPA
ALGOPLUS

Une enquête importante +++:Prévalence de la douleur chronique en France variable (15-25%) Stopnet 2006



Prévalence des douleurs chroniques neuropathiques



Questionnaire DN4 Bouhassira Pain 2004

Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item

Score = 4/10

Spécificité : 90%

Sensibilité : 83%

Score = 3/7

Spécificité : 81%

Sensibilité : 78%

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		

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

	OUI	NON
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissement		
7. Démangeaisons		

EXAMEN DU PATIENT

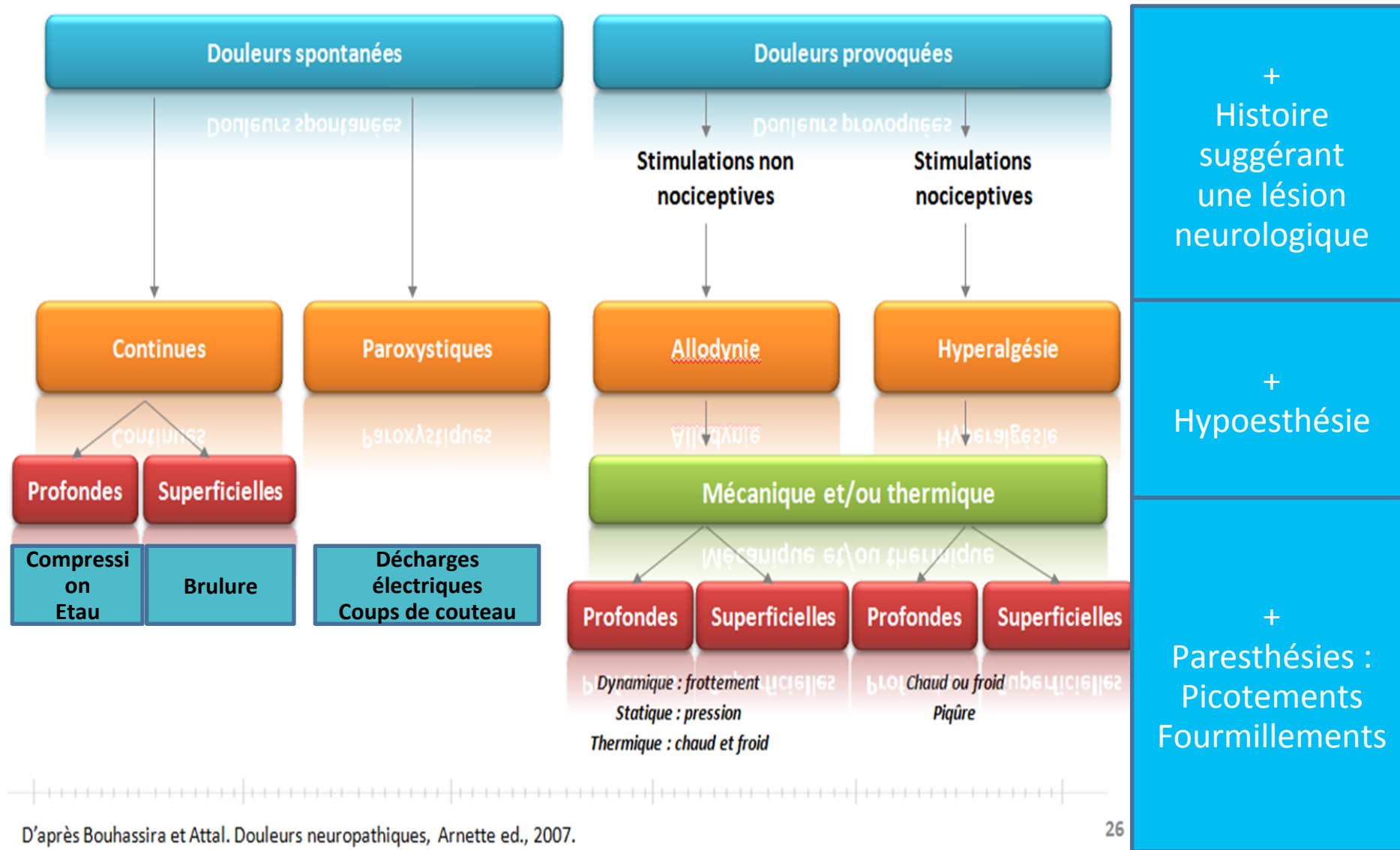
Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqure		

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement		

Meilleure identification de la Douleur neuropathique



Meilleure connaissance des types de douleur chronique

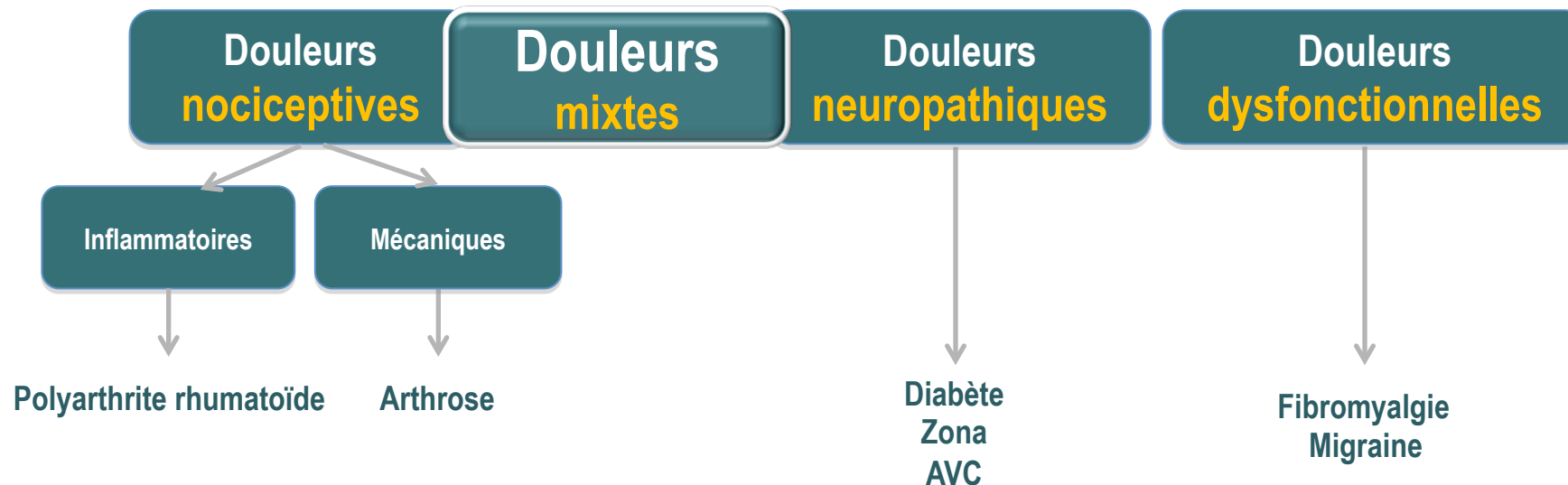
➤ Il n'existe pas une, mais des douleurs ...



Meilleure connaissance des types de douleur 2007

➤ Il n'existe pas une, mais des douleurs ...

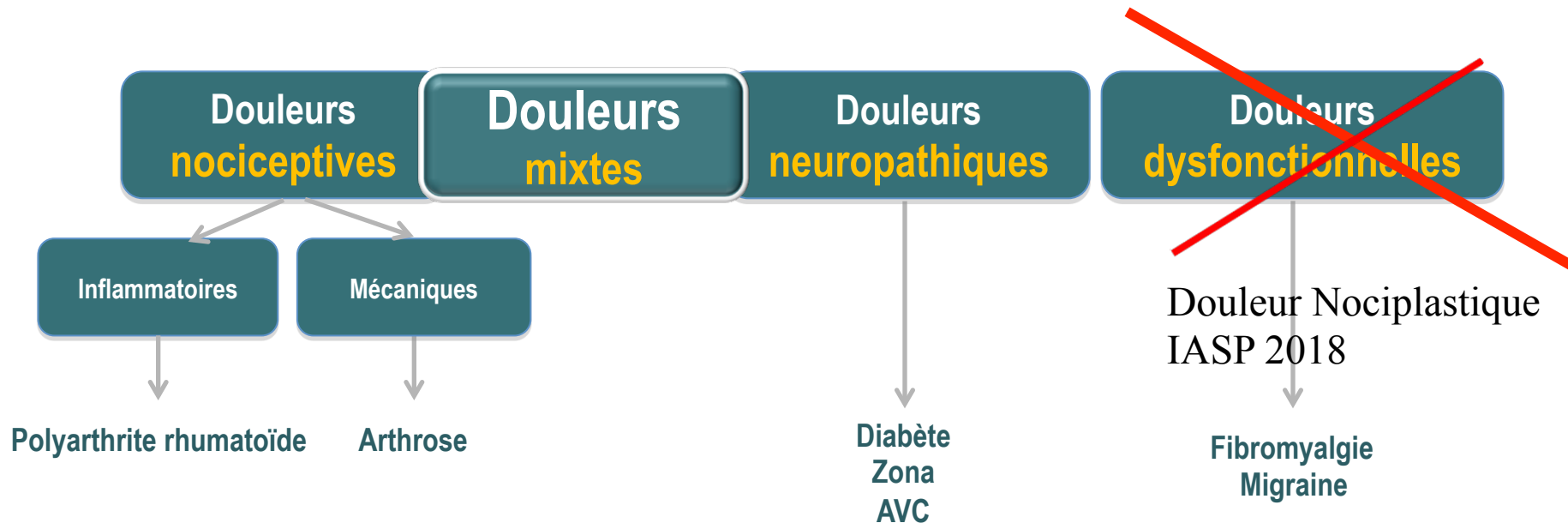
Selon le mécanisme physiopathologique



Meilleure connaissance des types de douleur 2018

➤ Il n'existe pas une, mais des douleurs ...

Selon le mécanisme physiopathologique



Douleur liée à une altération de la nociception malgré l'absence de la preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs ou d'une maladie ou lésion affectant le système somatosensoriel

Histoire de la prise en charge de la Douleur :

la classification des antalgiques

Classification de l'OMS (1986)

- Première classification des antalgiques sur la base de l'intensité de la douleur cancéreuse par excès de nociception.
- Apparition de la notion des paliers 1, 2 et 3

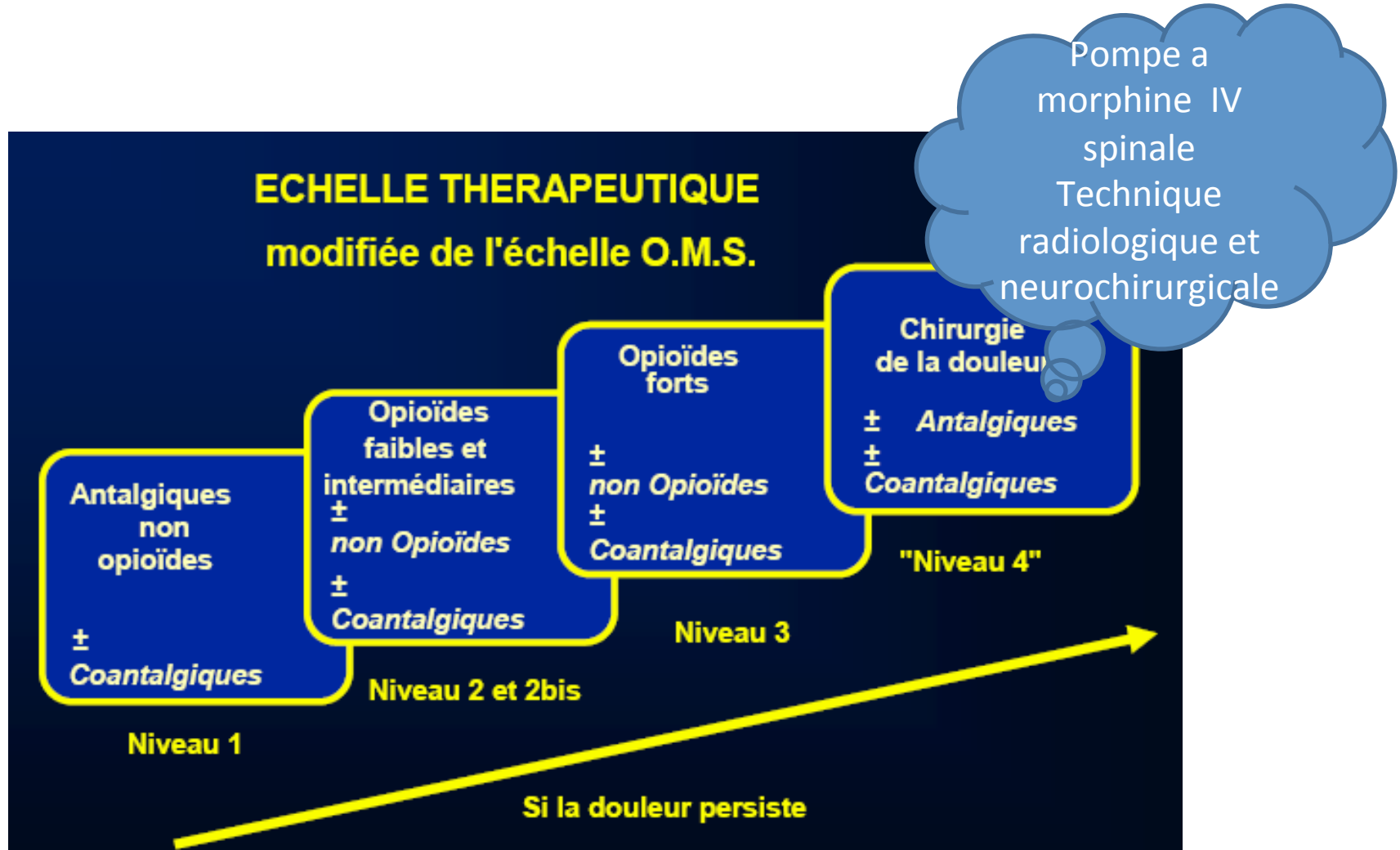
Classification de l'OMS (1997)

- Notion de classes thérapeutiques
 - Non-opioïde \pm adjuvants
 - Opioïdes faibles pour douleur faible à modérée \pm non-opioïdes \pm adjuvants
 - Opioïdes forts pour douleur modérée à sévère \pm non-opioïdes \pm adjuvants

Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève : OMS ; 1986. Sur https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/43944/1/9241561009_eng.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève : OMS ; 1997. Sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544825.pdf>

Classification des antalgiques



Nouvelle classification des antalgiques* (Lussier & Beaulieu, IASP 2010)

1. Classifications des traitements pharmacologiques

Antalgiques anti-nociceptifs

- Non-opioïdes (paracétamol, AINS), opioïdes

Anti-hyperalgiques

- Antagonistes NMDA, gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline), nefopam, NO, coxibs

Modulateurs des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants

- Antidépresseurs tricycliques, Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique

- Lidocaïne, carbamazépine, capsaïcine

Mixte : antalgique anti-nociceptif et modulateur des contrôles inhibiteurs et excitateurs descendants

- Tramadol

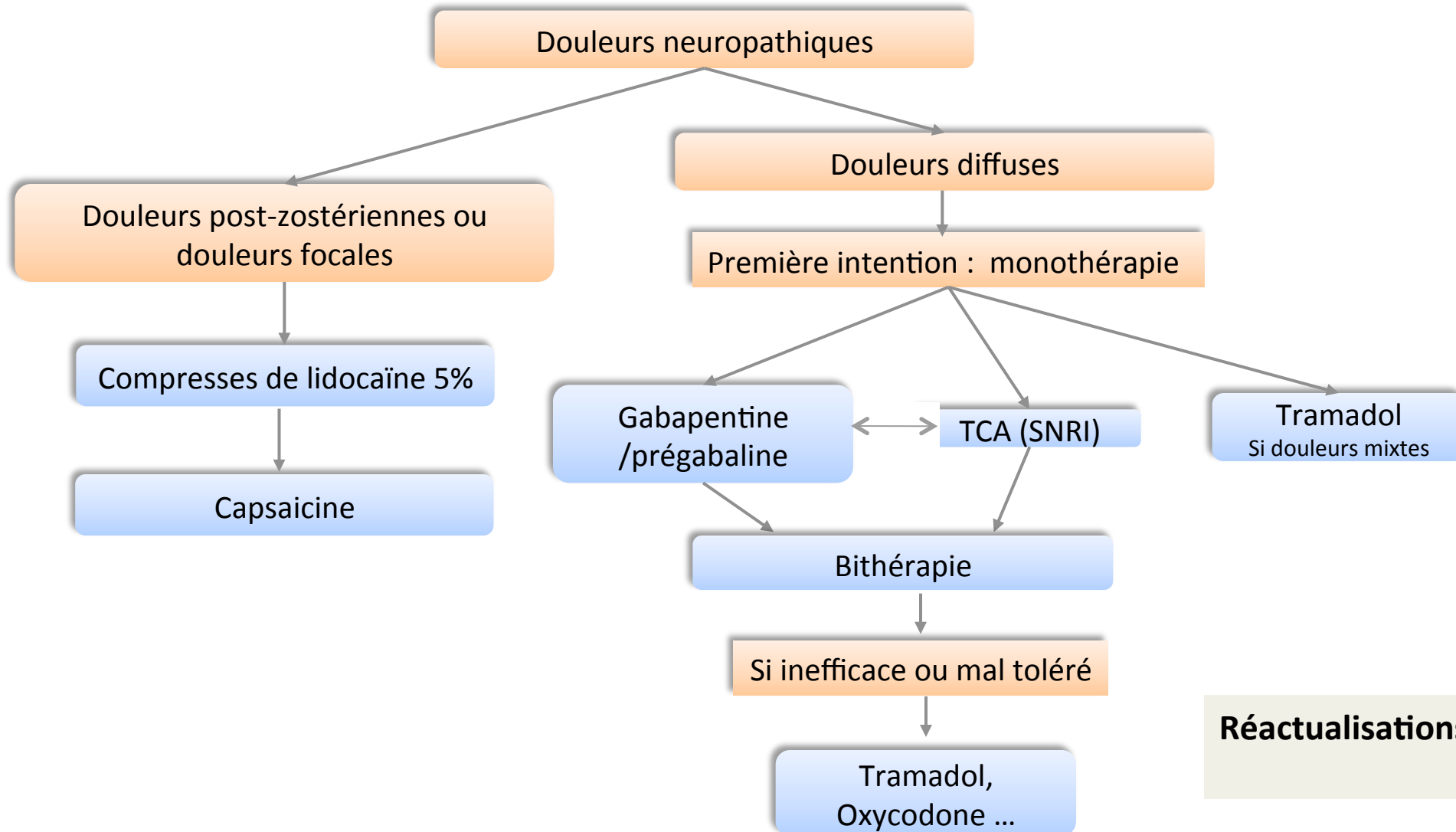
Autres

*Adaptée de la classification de Lussier-Beaulieu après exclusion des traitements non disponibles et/ou n'ayant pas l'indication douleur en France

Evolution du traitement des douleurs neuropathiques

Synthèse des principales recommandations et algorithmes

(Finnerup, Dworking, EFNS, SFETD, St Paul de Vence) 2018



Réactualisations SFETD 2019 :

Les acquis de la prise en charge multimodale

