

Douleur	30/08/2017	<u>LOMBALGIE :</u> - Drapeaux rouges : l'âge de la patiente, le traitement par prednisolone (car favorise les #) - Une hypoesthésie n'est pas un signe de gravité - Mesure de la raideur rachidienne : mesure de l'indice de Schöber, mesure de la distance doigts-sol - radiculaire S1 droite peut être accompagnée d'une abolition du réflexe achilléen droit - Prescrire une radio - Prescrire comme ttt palier 2 : codeïne + para ou tramadol - les infiltrations épidurales peuvent diminuer temporairement la douleur radiculaire, mais n'ont pas d'effet sur les douleurs lombaires - Devant la persistance de dlr chr : contexte social et professionnel, la présence d'une anxiété ou d'une dépression, les craintes de la patiente, comme la peur du mouvement (kinésiophobie), le type de kinésithérapie réalisée - racine S1 est responsable de la sensibilité de la plante du pied <u>TRAMADOL :</u> Effet indésirables = la constipation, les nausées, une somnolence, des vertiges, une rétention d'urine Opioïde de synthèse <u>QUESTIONNAIRES :</u> <u>Dn4=</u> brulures, sensation de froid, décharges électriques / FDEP = fourmillement, démangeaisons, engourdissement, picotement, hypoesthésie du tact, hypo pique, frottement <u>GABAPENTINE / PREGABALINE :</u> le traitement est introduit à dose progressive, une somnolence peut être constatée avec ces traitements <u>TENS</u> son action est liée au mécanisme de "gate-control", il se présente comme un boîtier avec des électrodes que l'on place sur le trajet radiculaire douloureux, il peut être utilisé plusieurs fois par jour, il nécessite une prescription médicale <u>MORPHINE</u> - une insuffisance rénale favorise le surdosage en morphine, - une fréquence respiratoire inférieure à 10 par minute est un signe d'un réel surdosage avec la somnolence qui précède la détresse - augmentation progressive des doses - opioïde pur comme oxycodone <u>CODEINE</u> agoniste opioïde faible inefficace chez 10% de la population <u>MEOPA</u> le débit doit être adapté à la respiration de l'enfant <u>AINS</u> facteurs de risque de complication digestive des anti-inflammatoires non stéroïdiens : - âge supérieur à 65 ans, antécédent d'ulcère digestif, utilisation simultanée de corticoïdes
---------	------------	---

CONFERENCE
16/04/2018

Le patient présente des métastases au foie et osseuses, il s'agit donc d'un **stade IV** métastatique.
Cancer du poumon : l'augmentation des prix du tabac a contribué à la diminution de l'incidence
En 2022, le cancer du poumon 1^{ère} cause de mortalité par cancers en France. Deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides et le troisième chez la femme.

Evaluer la dyspnée chez un patient en fin de vie : niveau d'angoisse

Le seul indicateur fiable de la dyspnée en pratique clinique est ce que le patient en dit. Il n'y a pas de mesure objective fiable. La fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, les gaz artériels ne mesurent ni la dyspnée, ni la détresse, mais des paramètres physiologiques {internet}

Décision de sédation : si le patient est réfractaire au traitement, si fin de vie, si le patient l'a demandé

Devant encombrement bronchique on peut prescrire **la scopolamine**

Sédation par titration **de midazolam (Hypnovel), en première intention en deuxième des neuroleptique**

la sédation ne conduit pas au décès

Indication de maintien de la sédation doit être évaluée régulièrement

les patients inconscients n'ont pas soif

déshydratation majeure les troubles de la conscience

quand appeler la procédure collégiale ?

- PREMIÈRE SITUATION : évaluation collégiale chez un patient conscient qui demande une SPCMD en raison d'une souffrance réfractaire
- DEUXIÈME SITUATION : évaluation collégiale chez un patient conscient dont la décision d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable
- TROISIÈME SITUATION : évaluation collégiale en cas d'arrêt des traitements de maintien en vie chez un patient qui ne peut exprimer sa volonté

Pas besoin de surveillance qd sédation profonde

++Les directives anticipées sont valables pour une durée illimitée

Aucune validation notariale n'est nécessaire

Doivent être datées et signées, cependant aucun témoin n'est nécessaire,

Il est possible de confier ses directives à son med traitant mais pas une obligation

Migraine

- commune si nausées ou vomissements

la céphalée doit présenter 2 des 4 caractéristiques :

-unilatéralité, pulsatilité, douleur modérée à sévère, aggravation par les efforts physiques

- dure au maximum 72 heures C

- il doit y avoir eu au moins 5 épisodes typiques

-la migraine touche en moyenne 1 personne sur 10

- **pour évaluer sa douleur** : échelle numérique (cocher que ça car c'est l'échelle de première intention)

TRAITEMENT CRISE

Ttt de 1 intention dans la migraine : paracétamol (dérivé salicylé) + AINS (ketoprofène)

Ttt de 2 intention : **triptans sont indiqués lors des crises migraineuses réfractaires au paracétamol et AINS ou d'emblée si sévère**

Attention les triptans ne sont pas des dérivés de l'ergot de seigle

Ci aux triptans : l'angor de Prinzmetal / HAT mal contrôlée
EI des triptan : spasme coronaire

TRAITEMENT DE FOND

Ttt de 1 intention : **beta bloquant** si ci alors amitriptyline (Laroxyl)

ATTENTION si sd de raynaud = **CI** aux **beta bloquants**

Amitriptyline = pris le soir car induit des effets de somnolence / ci si glaucome à angle fermé

MIGRAINE AVEC AURA :

- durée 4h à 72h
- unilatéral mais peut être bilatéral
- dlr à type d'étau
- l'aura peut changer de côté et se modifier d'un accès à l'autre
- paralysante existe pas

Néuralgie ESSENTIELLE du trijumeau

- douleur dans le territoire du V1 sont exceptionnelles
- les douleurs sont paroxystiques
- atteinte du V2 du V : nerf V2 correspond au nerf maxillaire supérieur innervant la paupière inférieure, les ailes du nez
- présence d'une zone gâchette
- examen neuro normal
- parfois douleur bilatérale pas que unilatérale
- surveillance par NFS et bilan hépatique

TRAITEMENT CRISE : carbamazépine

région temporale est innervée par le **V3**

le territoire **V1** comprend le front, la partie antérieure du scalp et la cornée

ALGIE VASCULAIRE FACE

touche plus souvent les hommes que les femmes

syndrome de **claude bernard horner** : pendant les crises si survient hors crises chercher autre chose

le signe le plus constant des opioïdes forts = **constipation**

palliers 1 sont disponibles sans prescription médicale

Tout opioïde fort doit être prescrit sur une **ordonnance sécurisée ou ordonnance bi-zone sécurisée**

Poudre d'opium est un **pallier 2**

Personne de confiance désignée **par écrit sinon pas valide**

Pour les dlr neuropathique le tramadol peut être efficace mais est un traitement de deuxième intention / duloxétine (Cymbalta) possède une AMM restreinte aux neuropathies diabétiques / lidocaïne topique utiles

Fibromyalgie : qst frist : 6 items

SDRC :

- phase atrophique séquellaire est une phase à part entière

NEFOPAM :

- IV ou en IM MAIS PAS PER OS NI SOUS CUT

OXYCODONE :

- **10 mg d'oxycodone IV = 20 mg d'oxycodone per os**
- 10 mg de sulfate de morphine per os = 5 mg de morphine SC

MORPHINE:

- n'est pas de prescription initiale hospitalière
- doit être prescrite par un médecin inscrit à l'ordre

		- on doit systématique prescrire un ttt laxatif et un anti emetique au début du ttt pdt 8 a 15j - il est possible d'associer le Fentanyl transmuqueux à la morphine à libération prolongée - ci : insuffisance hepato cellulaire Paliers 2 délivrés uniquement sur prescription médicale Scopamine = pour les rales agoniques EN = 0 a 10 EVA = reglette EVS = oui j'ai très mal
	CONFERENCE 2/04/2019	Mécanismes de sensibilisation associés à la douleur chronique : - Sensibilisation <i>centrale par neuroplasticité</i> - Signalisation liée au <i>glutamate</i> (par l'intermédiaire du récepteur NMDA) - Rôle des <i>neurotrophines</i> (NGF et BDNF) EVA entre 4 et 6/10 = d'un palier 2 Douleur : <i>LP 100 Matin et soir en systématique et tramadol LI 50 3 fois par jour si douleur</i> CI ains : - UGD - Inré - Atd cardio - Tb de coag Objectif des ttt est de : - restauration d'une douleur acceptable - amélioration de la qualité de vie - reprise des activités quotidiennes évaluer un ttt : efficacité, sommeil, tolérance, observance, comédication devant des douleurs fibromyalgia - => FiRST: Fibromyalgia Rapid Screening Tool - Rentre dans le cadre des douleurs dysfonctionnelles symptom sous opioïds forts = - constipation - somnolence - vomissement - hallucinoses deces a domicile = de fermer les yeux de la patiente, fermer la bouche à l'aide d'une serviette roulée sous le menton, de positionner la patiente sur le dos, bras le long du corps, de proposer au mari de participer aux soins de toilettes du corps. La décision de limitation ou arrêt de traitements est prise par le médecin en charge du patient mais pas par une concertation avec l'équipe etc Directives anticipées - Prévalent sur l'avis de la personne de confiance et de la famille, - Elles sont accessibles et conservées dans un registre national Le DN4 est un questionnaire de dépistage des douleurs neuropathiques, comportant 10 items MORPHINE

- La morphine peut être administrée per os (sulfate de morphine) mais aussi IV, SC, IM, péridurale, intrathécale (chlorhydrate de morphine)
- La prescription d'antiémétique n'est pas systématique, contrairement à la prescription de laxatifs.

Les zones gâchettes concernent la névralgie du trijumeau et non l'AVF.

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV
--

1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC

1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone IV ou SC
--

- Dans la névralgie de la face, l'examen neuro est normal. Sans trouble de la sensibilité
- Le métoclopramide est contre-indiqué en cas d'occlusion complète car son action prokinétique peut aggraver les douleurs et favoriser une perforation digestive.

Patient soulagé par 8g de morphine :

- Morphine 48mg/24H en seringue électrique ou 8 mg de morphine toutes les 4H
- Commencer la dose d'entretien quatre heures après avoir atteint la dose analgésique
- Au lit du malade il faut : un système d'aspiration au lit du malade, une ampoule de naloxone, un minuteur, une arrivée d'oxygène, scope
- **injection intraveineuse d'un ml d'une seringue de 10ml contenant 0,4 mg de naloxone répétée jusqu'au réveil complet**

dans la lombalgie chronique =

- la neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- la thérapie cognitive et comportementale
- la kinésithérapie / physiothérapie
- l'acuponcture

douleur aigue est unifactorielle

douleur neuropathique centrale = cerveau ou la moelle

antidépresseur → douleur chronique (et neuropathique)

- amitriptyline : inhibiteur tricyclique
- IRSa : venlafaxine, duloxetine, milnacipran
- Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

antipileptique

- Carbamazépine
- Nouvelle génération : gabapentine et la pregabaline

Paracétamol chez l'enfant : a une mauvaise absorption par voie intra-rectale, a une action centrale et périphérique

AINS : pas de amylose mais insuffisance rénale fonctionnelle, rétention hydrosodée, hyperkaliémie, nécrose papillaire

Arrêt de ttt choix par procédure collégiale si : impossibilité pour le patient d'exprimer sa volonté, demande d'arrêt d'un traitement par la famille du patient

Patiente qui n'est plus en état de communiquer et la famille demande arrêt des ttt :

Décision prend en compte =>

- l'avis de la famille
- d'éventuelles directives anticipées rédigées par la patiente
- l'avis de la personne de confiance désignée par le patient,
- les souhaits antérieurement exprimés par la patiente
- l'avis de l'équipe paramédicale

ains chez l'enfant : la toxicité rénale des AINS est rare

L'aura typique peut ne pas être suivie de céphalée

Abus médicamenteux = Il est défini par une prise d'au moins 10 jours par mois pour les triptans et opioïdes pendant au moins 3 mois.

Quel(s) sont les traitement(s) à qui peuvent être mis en place chez un patient en phase palliative qui est dyspnéique :

- **Benzodiazépine**
- **Morphine**

lorsque qu'un patient hospitalisé est en phase terminale de soins palliatifs, on peut :

Remplir une demande de transfert en unité de soins palliatifs, Demander un avis et une aide à la prise en charge à l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital, Inclure le patient en lit identifié de soins palliatifs, Etablir un plan personnalisé de soins palliatifs en staff pluri professionnel

Carence vitamines = dlr neuropathiques

Avec la morphine = nausées et vomissements sont un effet secondaire fréquent en début de traitement qui, en général, diminue ensuite

La sédation peut être mise en route sans procédure collégiale en cas d'urgence

Dans le lumbago commence par des palier 1 et 2 et si réfractaire alors palier 3

l'échelle Algoplus permet : effectuer une évaluation fondée sur l'hétéroévaluation, analyser les changements comportementaux des personnes âgées non communicantes

Algos plus, dolo plus ne cote une intensité de douleur mais dépiste la douleur
Celles qui évaluent l'intensité de la douleur = EVA, EN, ENS

Pour évaluer quelle posologie de morphine on donnera à la patiente, il faut regarder sa fonction rénale

fréquence respiratoire, vigilance, vomissements sont les premiers éléments à regarder chez une patiente sous morphiniques

si sa fq est à 10 il faut arrêter la morphine

suite à cette épisode il faut diminuer les doses de morphine, associer du paracétamol

dans le cancer on pense souvent à prescrire des corticoïdes

penser : à prescrire en plus si le patient rentre chez lui avec de la morphine : laxatif, réévaluation clinique à 48 heures, morphine à libération immédiate

si Vous avez noté que le patient se plaint des passages infirmiers, quel élément explorez-vous ?

- C'est que le patient souhaite => Maintien à domicile

- :
- Chez l'enfant, l'ibuprofène Est un traitement recommandé dans la migraine
- Quand on est en colère contre tout = déplacement

Quelle disposition légale doit être mise en œuvre s'il est envisagé de limiter un traitement chez un patient qui n'est pas en mesure de donner son avis ?

- Decision collegiale

Trouble de kaliémie : n'induit pas des tb de la confusion

Médicaments qui peuvent induire une confusion : prégabaline, oxycodone, scopolamine, tramadol
Hypercalcémie

Le patient demande d'arrêt de la nutrition : respecter sa volonté, l'informer des conséquences de son choix

La naloxone s'utilise en cas de détresse respiratoire uniquement

Chez le patient dément =

Le langage permet de mieux appréhender la douleur, la dépression peut être masquée par une plainte douloureuse, l'angoisse peut majorer la plainte douloureuse, le seuil de douleur n'est pas abaissé

La phase terminale de la démence est accompagnée de douleur

La douleur est très souvent bilatérale dans la migraine de l'enfant

Doit être inhalé pendant toute la durée du soin car son effet s'estompe rapidement, Peut être proposé dans de très nombreux soins douloureux

MEOPA : doit être inhalé 3mins avant le soin, effet 1h, a partir 1 m

: contre indications = HTIC, tb de la conscience, oxycodone >50%, pno, trauma craniofacial

agoniste opioïde faible = codeine

ma morphine n'est pas débuté a dose max

en cas de fréquence respiratoire inférieure à 10 par minute, en cas de confusion

procedure collegiale = Sur demande : du médecin, des directives anticipées, de la personne de confiance, des proches

creme EMLA des la naissance

CORRECTION DES ED

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient avec une SLA, à partir de quel moment la prise en charge peut-elle être qualifiée de palliative ,

- **Une reponse : des le diagnostic**
- Ne se limite donc PAS à la prise en charge de la fin de vie même si celle ci en fait partie

	Echelle de l'OMS
Capacité d'activité professionnelle ou physique	0 – Activité extérieure normale sans restriction 1 – Réduction des efforts physiques intenses
Capacité d'activité domestique	2 – pas d'activité extérieure mais ambulatoire 3 – besoins personnels stricts: alitement > 50% des heures de veille
Incapacité pour les besoins élémentaires	4 – Incapacité totale; alitement fréquent ou permanent
Interprétation des résultats : 0-1: état général normal; 2-3: patient incapable d'activité physique ou professionnelle mais autonome ; 4: patient grabataire	

Palliative pronostic index se base sur :

- **Alimentation / Œdèmes / Performance Statut / Dyspnée de repos / sd confusionnel**

Lors d'une prise en charge palliative exclusive

A. La surveillance des constantes doit être arrêtée = faux

B. Les traitements actifs doivent être arrêtés = faux

C. Un traitement par morphine doit être instauré = faux

D. Le suivi régulier du patient doit être organisé E. Le soutien des proches doit être proposé = vrais

Si le traitement est mal toléré = faire une rotation d'opiacés

Son état se dégrade, notamment avec l'apparition d'une baisse de la vigilance et d'un encombrement bronchique = devant encombrement mettre des anticholinergiques = scopolamine et restriction hydrique

Quel est l'élément principal à prendre en compte pour guider l'intensité des soins à apporter?

- **Directives anticipées**

Benzo dans la dyspnée : A considérer en seconde ou troisième intention lorsque les opioïdes et les mesures non pharmacologiques n'ont pas donné les résultats escomptés

O2 dans la dyspnée : Chez les patients hypoxémiques ($SpO_2 < 90\%$, pathologie hypoxémiante active), faire un test thérapeutique de **maximum 72h**. Poursuivre l'oxygène uniquement si amélioration du symptôme, sans surveillance de la saturation.

Si une patiente refuse une ligne de chimiothérapie =

Il faut 1. Proposer un autre rdv et 2. Laisser la patiente réfléchir

Elle souffre de céphalées surtout matinales, aggravées par les changements de position, partiellement soulagées par les vomissements associés. Elle se plaint aussi d'une diplopie récente => un diagnostic à évoquer = HTIC

Le bilan biologique montre une hypernatrémie à 152 meq par litre et une créatininémie à 300 micromoles par litre. = donner un antiémétique et rehydrater la patiente

Selon la loi, si la patiente demande une LAT, n'est possible si elle a été prévenue des conséquences

ED DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Les pleurs ne sont pas un bon signe de douleur chez l'enfant

En situation de handicap = Handicap (FLACC modifié)

Selon l'âge, en pratique : « 4-6-8 ans »

- **4 ans : échelle des visages**, échelle des jetons, échelle verbale simple
- **6 ans : réglette EVA**
 - dans sa poche
- **8 ans : échelle numérique**
 - **en théorie > 6 ans**
 - mais proportionnalité des chiffres à prendre en compte pour les enfants

Avant 4 à 6 ans, une seule solution : l'observation

- FLACC : douleur aigue post opératoire
- EVENDOL : douleur aux urgences, validée dans de nombreuses autres situations...
- EDIN : **douleur continue** nouveau né
- DAN : **douleur aigue** nouveau né

Chez l'enfant AINS : ibuprofène per os 30 mg/kg/24h
Ketoprofen AMM (pour la fièvre pas pour la douleur)

Tramadol en goutte
Max 400mg
P2 chez l'enfant nalbuphine, effet flahs

Morphine AMM a 6 mois per os IV des la naissance

- A. Il est préférable d'utiliser de la morphine à libération
- C. La dose de morphine se calcule en fonction du poids de l'enfant

Aktiskena on augmente par palier de 50%

PCA chez l'enfant 6-7 ans
Période réfractaire : 6 minutes
peut bénéficier du MEOPA sans débit maximal, pas besoin d'être a jeun, prescription medicale adapter a repsi de l'enfnat

les effet secindaire du MEOPA =

Amnésie d'intensité variable
Paresthésie des extrémités

Sensation de rêve éveillé

Modification des perceptions sensorielles

10-30 % d'échec avec le MEOPA

Migraine chez l'enfant est + courte que chez l'adulte cest fq elle est bilaterale

Peut être pale et avec des dlr abdominales

Migraine = 5 épisodes

Céphalée de tension = 10 épisodes

- ♣ localisation bilatérale
- ♣ Sensation de pression (non pulsatile)
- ♣ Intensité légère ou modérée
- ♣ Aucune aggravation par l'activité physique

- Pas photophobie / photophonophobie / pas nausée et vomissements
- Plutôt le soir

Traitement de fond non médicamenteux en pédiatrie

le zona ;

- touche 20 % de la population
- son incidence est maximale après **75 ans**
- les sujets immunodéprimés sont plus à risque de développer un zona
- l'incidence pourrait augmenter du fait du vieillissement de la population
- diagnostic est clinique

facteur de risque de dlr post zosterienne :

- localisation du zona
- comorbidité : état émotionnel (stress, anxiété, dépression)
- présence d'un déficit sensitif à J0
- persistance d'une douleur entre 4 et 12 semaines après l'éruption

pregabaline en 2^e intention

gabapentine effets secondaires les plus fréquents =

- somnolence
- sensation de vertiges

Un des facteurs de mauvaise tolérance de la TENS est une allodynie de la zone douloureuse.

Capsaïne : désensibilisation des fibres nerveuses épidermiques C (récepteurs TRPV1)

Délai d'action pour la morphine en IV

- **5 à 10 mins**

Durée = 4h

Hypoesthésie dans la lombalgie n'est pas grave

TENS

son action est liée au mécanisme de "Gate-control"

se présente comme un boîtier avec des électrodes que l'on place sur le trajet radiculaire douloureux
peut être utilisé plusieurs fois par jour

nécessite une prescription médicale pour le remboursement



