

LA DOULEUR EN SERVICE D'HÉMODIALYSE : LA DÉPISTER POUR LA SOULAGER



Audrey GOURDON, Infirmière référente douleur, Service d'hémodialyse, Clinique Bouchard, MARSEILLE

La dialyse est un traitement vital donc obligatoire pour « survivre » mais à l'origine de nombreuses douleurs.

Sur le plan clinique il existe trois types de douleurs :

- La douleur nociceptive.
- La douleur neuropathique.
- La douleur *sin materia* et psychogène.

Sur le plan neurophysiologique on différencie la douleur aiguë de la douleur chronique (douleur supérieure à 6 mois).

L'International Association for the Study of Pain (IASP) propose de définir la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.

Sa perception est soumise à des diverses composantes, responsables du vécu et du ressenti de cette dernière :

- **La composante sensorio-discriminative** permet de localiser et d'évaluer l'intensité du message sensoriel.
- **La composante affectivo-émotionnelle** correspond à l'expérience douloureuse, le ressenti de la douleur dans son caractère pénible voire insoutenable.
- **La composante cognitive** permet la reconnaissance et l'interprétation de la douleur selon son environnement culturel social et familial. La religion prend une place importante dans le ressenti douloureux.
- **La composante nociceptive** est l'activation ou l'absence d'inhibition du système de conduction de la nociception.

La physiopathologie est assez complexe, le message douloureux naît d'une lésion et est transmis le long :

- Des nerfs périphériques.
- De la moelle épinière.
- Du cerveau.

Il existe une modulation du message nerveux qui permet soit d'amplifier soit de diminuer ce ressenti. La transmission se réalise grâce à la présence de différentes fibres, de différents diamètres, de différents messages :

- Fibres de gros calibres myélinisées A alpha et A beta : sensation du tact.
- Fibres peu myélinisées A delta : sensation de douleur brève.
- Fibres amyéliniques C : véhiculent la douleur diffuse.

Les traitements et les échelles d'évaluation de la douleur sont deux points fondamentaux dans la prise en charge du patient douloureux de façon holistique.

Il existe trois paliers définis par l'OMS en fonction de la puissance des traitements ainsi que certains spécifiques de la douleur neuropathique :

- **Palier 1** : les antalgiques dits « périphériques » ou non-opioïdes pour des douleurs d'intensité faibles à modérées.
- **Palier 2** : les opioïdes faibles sont des antalgiques centraux pour douleurs modérées à fortes et/ou après échec des antalgiques du Palier 1.
- **Palier 3** : les opioïdes forts pour douleurs intenses ou après l'échec du palier 2.

Traitements spécifiques pour la douleur neuropathique :

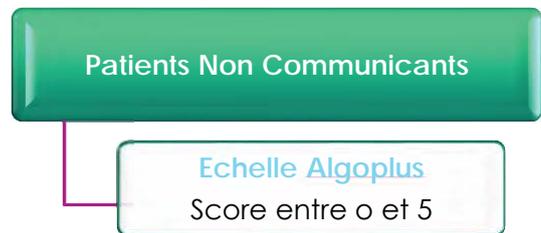
- Antidépresseurs tricycliques.
- Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : duloxetine = Cymbalta®, indication pour la douleur neuropathique.
- Anticonvulsivants.
- Antagonistes récepteurs NMDA.

Il existe 2 types d'échelles d'évaluation de la douleur :

- **Échelle d'auto-évaluation unidimensionnelle** : le patient évalue lui-même sa douleur.
- **Échelle d'hétéro-évaluation** : pour les nourrissons / enfants / patients non communicants (la douleur est donc évaluée par un observateur).

Les IDE sont en première ligne dans le combat contre la douleur. Le rôle propre de l'IDE a été défini et officialisé en 1993, puis actualisé par le décret n°2002-550 du

11 février 2002 : « Elles sont présentes dans tous les domaines de la prise en charge de la douleur et participent activement au Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) ».



Au sein de la clinique Bouchard à Marseille plusieurs échelles ont été validées par le CLUD.

Pour la douleur neuropathique, il existe un questionnaire permettant d'estimer la probabilité de l'existence d'un tel type de douleur (score sur 10) :

Un questionnaire auprès des IDE du service, ainsi et qu'une évaluation de la traçabilité de la douleur en séance, ont été réalisés afin d'établir un point concernant les connaissances théoriques et l'application de ces dernières en cours de séance.

Il ressort du questionnaire :

- Une amélioration des connaissances concernant les échelles de la douleur et DN4 (depuis 2012).
- Une amélioration de la connaissance des paliers définis par l'OMS.
- Que la douleur neuropathique est désormais une notion connue au sein du service.

Selon la grille :

- L'évaluation de la douleur est désormais systématique au branchement avec un choix adapté de l'échelle utilisée, cependant la réévaluation est moins systématique surtout après l'administration d'un antalgique.
- Il existe une réelle banalisation du « Peralgan® » avec une prescription à la demande entraînant ainsi une banalisation de la douleur en séance.

La dialyse est ainsi un service très spécifique où la chronicité peut rimer avec monotonie liée à des gestes répétitifs et à une banalisation de l'acte branchement/débranchement.

Cette banalisation peut être à l'origine d'une défaillance dans la prise en charge holistique du patient. Depuis le premier plan de lutte contre la douleur en 1998, selon la HAS celle-ci devient une priorité dans

les établissements de santé.

La douleur devient ainsi « un paramètre de dialyse » puisque son évaluation figure sur la feuille de séance au même titre que la TA.

Pour la douleur neuropathique, il existe un questionnaire permettant d'estimer la probabilité de l'existence d'un tel type de douleur (score sur 10) :

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque élément des 4 questions ci-dessous.

QUESTIONS POSÉES AU PATIENT		
QUESTION 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	OUI	NON
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUESTION 2 : La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région ?		
	OUI	NON
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT		
QUESTION 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
	OUI	NON
Une hypoesthésie au toucher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une hypoesthésie à la piquûre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUESTION 4 : La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par		
	OUI	NON
Le frottement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point
NON = 0 point

Score du patient : ____/10

Un questionnaire auprès des IDE du service, ainsi et qu'une évaluation de la traçabilité de la douleur en séance, ont été réalisés afin d'établir un point concernant les connaissances théoriques et l'application de ces dernières en cours de séance.