

Douleur

ÉVALUATION DE LA DOULEUR DANS LE SERVICE D'HÉMODIALYSE DU C.H. DE MÂCON

V. GRUEL / M.T. PERRET / J. RIVOIRE, IDE
Service d'hémodialyse, C.H. Mâcon.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la campagne « Vers un hôpital sans douleur », qui a débuté en 1996, au Centre hospitalier de Mâcon, notre service d'hémodialyse s'est mobilisé pour évaluer la douleur de chaque patient.

Dans une unité où technicité et répétition des soins auprès de patients chroniques se conjuguent, la douleur, qu'elle soit physique ou morale, doit être reconnue.

PATIENTS ET MÉTHODES

I – Patients

Sur 28 patients présents à M0, 26 ont été évalués ; 2 ne l'ont pas été car l'un est décédé, l'autre était en vacances à M1 et M2.

Caractéristiques :

- 10 femmes, 16 hommes,
- âge moyen : 69 ans (48-79),
- ancienneté de dialyse : 77 mois (6-243),
- nombre hebdomadaire de séances : 3 sauf un patient : 2 x 5 H.

II – Méthodes

Pour évaluer la douleur, nous avons utilisé deux outils :

a) L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) (figure 1)

La réglette EVA a deux faces :

- un côté coloré en bleu présenté au patient. Ce dernier place la ligne rouge du curseur à l'endroit où il évalue sa douleur entre « pas de douleur » et « douleur maximale ».

– l'autre côté de la réglette est face au soignant, qui lit un chiffre en regard du trait rouge du curseur. Ce chiffre va de 0 = « pas de douleur » à 10 = « douleur maximale ».

b) La feuille d'évaluation de la douleur (figure 2)

Créée par notre équipe, elle est le complément jugé nécessaire de la réglette EVA. Individuelle, elle comporte des rubriques permettant de décrire l'évolution de la douleur dans le temps ainsi que les actions entreprises et leur efficacité.

c) L'évaluation de la douleur :

L'interrogatoire se déroule pendant une séance d'hémodialyse. La retranscription est faite sur la feuille d'évaluation sans interprétation de notre part, avec chiffrage par la réglette EVA.

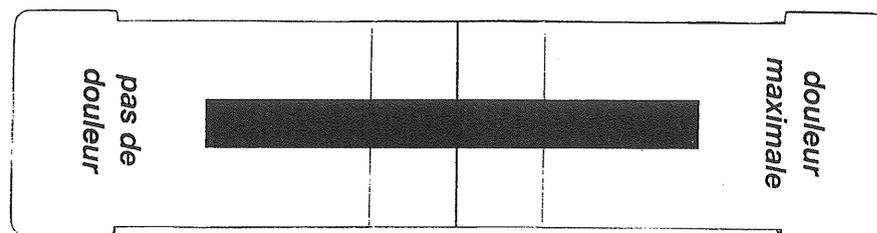
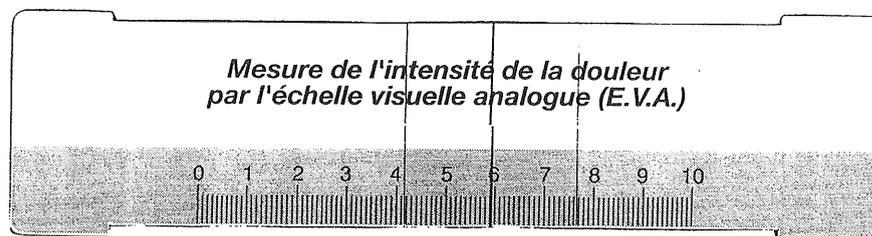


figure 1 : Réglette EVA (Échelle Visuelle Analogique)

Nom : ÉVALUATION DE LA DOULEUR

DATE	Heure d'EER	LOCALISATION	CARACTÉRISTIQUES	EVA	CAUSES	ACTIONS	ÉVALUATION

figure 2 : Feuille d'évaluation de la douleur

Douleur

A M0, nous avons décelé tous les types de douleurs exprimés par les patients, y compris celles ressenties en dehors des séances d'hémodialyse. Nous avons renouvelé systématiquement cette évaluation à :

M1 en janvier 1997,

M2 en février 1997,

M3 en mars 1997.

Entre chaque évaluation, nous recherchons, dans le dossier, des actions anti-douleurs non citées par le patient.

RÉSULTATS

I – Résultat global

Sur les 26 patients évalués, un seul et même patient n'a pas de douleur de M0 à M3. 25 patients sont douloureux (96 %).

II – Chronicité de la douleur (figure 3)

Les douleurs chroniques, définies par une période d'évolution de plus de 6 mois, sont les plus fréquemment rencontrées (76 %). Parmi celles-ci, la plus fréquente est ostéo-articulaire (amylose...). Pour un certain nombre de patients (40 %), les douleurs étaient à la fois chroniques et aiguës.

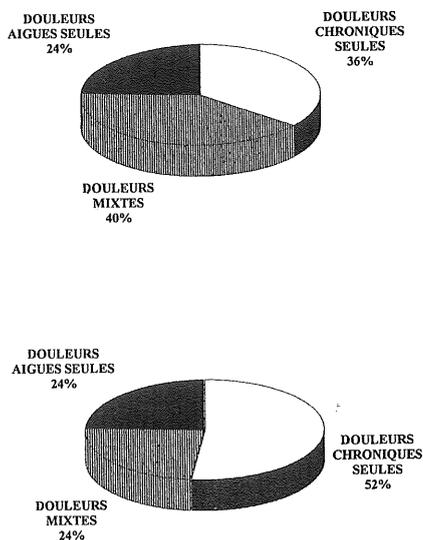


figure 3 : Chronicité de la douleur à M0 (haut) et M3 (bas)

III – Efficacité du traitement (figure 4)

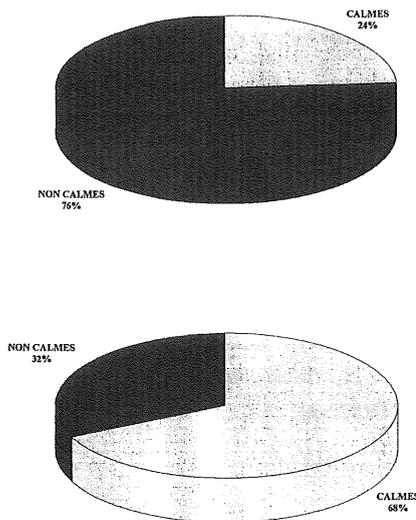


figure 4 : Efficacité du traitement à M0 (haut) et M3 (bas)

Bien que le pourcentage de patients douloureux soit le même à M0 et M3, un certain nombre de patients sont calmés par le traitement à M3 :

- parmi les 13 patients ayant des douleurs chroniques seules, 8 sont calmés ;
- parmi les 6 patients ayant des douleurs aiguës seules, 4 sont calmés ;
- parmi les 6 patients ayant des douleurs mixtes, 5 sont calmés.

IV – Type de douleurs (figure 5)

A M0, lors d'une réunion d'équipe, nous avons décelé une **fragilité psychologique** chez seulement 4 patients.

A M3, une **douleur morale** est décelée chez 12 patients. La **dépression** peut prendre différents types de masques :

- Les manifestations de tristesse sont les plus fréquentes : elles concernent 5 patients dont un patient ayant un problème de communication par barrage linguistique ;
- une diminution des fonctions cognitives est observée chez 2 patients ;
- pour un patient, cette dépression abaisse le seuil de tolérance à la douleur ;
- pour quelques patients, la non-adhésion au traitement (prise de poids, hyperkaliémie...) représente le mode d'expression le plus visible de leur dépression.

ACTIONS ANTI-DOULEURS

Nous avons cherché à mieux définir les douleurs pour mieux s'attaquer à leurs causes.

I – Douleurs spécifiques de la dialyse

a) Liées aux ponctions :

3 < EVA < 8

- Crème anesthésiante (EMLA®) : efficace si le patient respecte les consignes d'utilisation.

- Fistule difficile à ponctionner : fistulographie + dilatation = douleur calmée.

b) Liées à l'injection sous-cutanée d'Erythropoïétine

Elles ne sont pas signalées spontanément par les patients mais si nous les interrogeons à ce sujet, ils révèlent que la douleur est faible si des précautions sont prises :

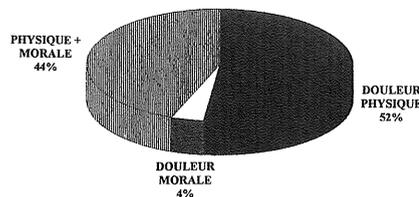


figure 5 : Type de douleur à M0 (haut) et M3 (bas)

Douleur

- sortir le produit du réfrigérateur à l'avance,
- injecter doucement, perpendiculairement à la peau, en variant les sites,
- pratiquer l'injection sous-cutanée en début de séance pour éviter les micro-hématomes favorisés par les anticoagulants (1).

c) Les signes d'intolérance à la dialyse : crampes – chutes de TA – céphalées : $6,5 < EVA < 9,5$

Après avoir éliminé les problèmes de poids de base ou de traitement hypotenseur mal ajustés, certains patients conservent une intolérance. Pour lutter contre ces manifestations, nous avons recours à des injections de chlorure de sodium ou de sulfate de magnésium, à des frictions à l'alcool, à « la boîte à crampe ». Nous utilisons aussi les profils d'UF et de conductivité, et, depuis quelques mois, la Midodrine (Gutron®) qui s'est avérée intéressante pour traiter les hypotensions per dialytiques (2). Malgré ces mesures, 4 patients gardent une intolérance à la dialyse, mais du fait de prises de poids interdialytiques trop importantes.

II – Les douleurs ostéo-articulaires

a) Aiguës

- 2 femmes ont présenté des fractures ostéoporotiques (sternum, côte, vertèbre) qui ont nécessité le recours aux antalgiques de classe II ou III de l'OMS (3), associés à un repos prolongé.
- 1 patient a présenté une crise de goutte (poignet) qui a nécessité, en plus du traitement antalgique, une immobilisation plâtrée.

b) Chronique

- **L'amylose** : due à des dépôts articulaires et osseux de Béta2microglobuline, elle survient surtout chez des patients dialysés de longue date. Le site le plus fré-

quement atteint est l'épaule. Mais la colonne vertébrale, les membres inférieurs ou des sites multiples (5 patients) sont concernés : « j'ai mal dans toutes les articulations ».

Les antalgiques de classe I ou II, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont souvent insuffisants, nécessitant des consultations rhumatologiques avec infiltrations : efficacité pour 4 patients sur 6. Un patient ayant des douleurs rebelles a bénéficié d'une radiothérapie à visée antalgique après avis conjoint du chirurgien et du rhumatologue : pas encore d'effet positif. Afin de limiter le processus, nous avons recours de plus en plus souvent à des hémodyseurs ayant une membrane synthétique de haute perméabilité, ce qui réduit le risque d'amylose (4) par rapport aux membranes en Cuprophane ; celles-ci ne sont plus utilisées dans notre service.

- **Cas particuliers** : un patient jeune, dialysé depuis 3 ans, a présenté une spondylodiscite infectieuse. Outre l'antibiothérapie et l'utilisation d'antalgiques de classe II et III, le patient a bénéficié d'un corset et d'une kinésithérapie sur avis rhumatologique. Le patient est calmé.

III – Les douleurs d'origine cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires représentent les principales causes de morbi-mortalité chez le patient hémodialysé. Les douleurs peuvent concerner le cœur, les artères des membres inférieurs ou les vaisseaux abdominaux. La survenue de telles douleurs aboutissent à la pratique d'examen complémentaires (ECG, doppler, ...) et à une consultation auprès d'un cardiologue.

IV – Les autres douleurs

- **Les douleurs dues à la polyneurite** sont devenues rares avec les progrès de la dialyse. Elles ne s'observent que lorsqu'il existe un autre facteur de risque associé : diabète ou éthylisme. Outre les traite-

ments antalgiques, la vitaminothérapie (B1, B6, B12) peut améliorer les patients.

- **Des ulcères gastriques, une sub-occlusion et une infection urinaire** ont été observés mais facilement calmés par le traitement spécifique.

V – La douleur morale

Elle est souvent sous-estimée, et le mérite de cette étude est de l'avoir mieux mise en évidence (48 % des patients à M3). L'équipe soignante se mobilise pour améliorer l'écoute du patient, avec empathie. Cela requiert une disponibilité adaptée au moment choisi par le patient pour communiquer. Depuis deux ans, une psychologue intervient dans notre service à raison de deux heures par mois pour un travail de supervision de l'équipe pour nous aider à déchroniquer la prise en charge des patients. D'un commun accord, alternent étude de cas et éclairage psychologique des comportements. De plus, l'ensemble du personnel du service recevra une formation à la Relation d'Aide, en deux groupes, à la fin de l'année. Parallèlement pour tous les personnels du CH, un psychiatre de l'établissement organise des journées de formation continue pour mieux connaître l'angoisse, la dépression et les personnalités pathologiques dans leurs rapports avec la douleur qui dure.

DISCUSSION

I – Les patients

Ils ont accueilli notre étude avec bienveillance. Cela leur a permis de reprendre un rôle actif dans les soins liés à leur pathologie chronique.

a) Limites à l'utilisation de la réglette EVA

- **Problème de compréhension** : lié à un barrage linguistique pour 3 patients, ou à un déficit intellectuel.

Douleur

- Déficit visuel et auditif chez les patients âgés.
- Réticence à l'utiliser par crainte expliquée ou par non-perception du rapport entre son utilisation et l'amélioration des symptômes douloureux.

b) Antalgiques et dialyse

Les antalgiques de la famille des opiacés ne sont pas toujours bien tolérés chez les dialysés ; ce qui nécessite une adaptation de leur posologie qui peut parfois limiter leur emploi.

c) Les soignants

L'ensemble de notre équipe a accueilli favorablement notre enquête et a permis de dégager du temps pour la réaliser. Tout le personnel du service s'est impliqué pour lutter efficacement contre la douleur ; n'hésitant pas à interpeller les médecins. Ceux-ci ont été plus attentifs à la douleur dans leur prise en charge globale du patient. Cela s'est traduit par une réévaluation des traitements et une ouverture sur des avis spécialisés.

PERSPECTIVES D'AVENIR

I – Importance des outils d'évaluation

Les transmissions ciblées favorisent la qualité des soins pour les douleurs aiguës.

La réglette EVA sera complétée par l'Échelle Verbale Simple.

La feuille individuelle d'évaluation de la douleur servira de base au réajustement des actions anti-douleurs lors d'une réunion spécifique trimestrielle. Pour valider son utilisation, nom et signature de l'évaluateur seront ajoutés.

La feuille individuelle de traitement médicamenteux sera mise à jour mensuellement par le médecin pour les prescriptions antalgiques.

II – Parfaire notre formation

Cette étude a objectivé l'importance des douleurs chez nos patients hémodialysés, en particulier, la douleur morale souvent sous-estimée. Reconnaître les symptômes annonciateurs de l'aggravation de l'état psychique des patients paraît fondamental. La formation à la Relation d'Aide est indispensable pour mieux accompagner nos patients chroniques. Cette reconnaissance de la douleur implique à la fois la mobilisation des soignants et la participation des patients. « LA DOULEUR C'EST L'AFFAIRE DE TOUS ! »

REMERCIEMENTS

Dr G. JANIN, chef de service,
Dr J.S. VIROT, Dr H. NEFTI, néphrologues,

Mme C. D'ALESSIO, cadre infirmier,
Mme C. JOUSSEAU et M. NICOLAS, secrétaires,
Le service de documentation du C.H. de Mâcon,
L'ensemble de l'équipe soignante du service d'hémodialyse.

RÉFÉRENCES

- (1) J.S. Virot, G. Janin et collaborateurs, *Must Erythropoietin be injected by the subcutaneous route for every hemodialyzed patient ?*, American Journal of Kidney Diseases, 1996, vol. 28, n° 3 (september), 400-408.
- (2) J.J. Flynn III, M.C. Mitchell, F.S. Caruso, M.A. Mc Eligott, *Midodrine treatment for patients with hemodialysis hypotension*, Clinical Nephrology, 1996, vol. 45, n° 4, 261-267.
- (3) Classification des antalgiques selon l'OMS :
Classe I : Paracétamol + Aspirine
Classe II : Paracétamol + Opioïdes faibles
Paracétamol + Dextropropoxyphène
Paracétamol + Codéine
Classe III : Opioïdes forts
- (4) Van Ypersele De Strihou, *Effect of dialysis membrane and patient's age on signs of dialysis-related amyloidosis. The Working Party on dialysis amyloidosis*, Kidney, 1991, vol. 39, n° 5, 1012-1019.