L'évaluation de la douleur : ANI, échelles, pupillomètre (adulte et enfant)

Moniteurs AIDARA

Journées d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine 2016

PREALABLE

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme telle ». (International Association for the Study of Pain).

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le code de la santé publique dont l'article L1110-5 précise : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

L'évaluation systématique permet d'identifier les patients algiques, améliore la relation soignant-soigné, facilite la mise en place et l'adaptation des traitements symptomatiques et permet d'en contrôler l'efficacité.

L'évaluation concerne tout soignant intervenant auprès d'un patient douloureux.

LES MECANISMES DE LA DOULEUR

Les composantes de la douleur sont de ordres ordres : sensorielle (ce que sent le patient, sa localisation, sa qualité, son intensité et sa durée), comportementale (ce que le patient manifeste, expression motrice, verbale et non verbale), cognitive (ce que le patient dit de sa douleur selon sa culture et la signification qu'il en a), émotionnelle (ce que le malade ressent).

Douleur nociceptive

C'est une perturbation de l'intégrité des systèmes de transmission de la douleur. La douleur nociceptive survient lorsqu'il y a un excès de stimulations nociceptives à la périphérie. Les mécanismes de contrôle de la douleur sont débordés. Elles correspondent aux douleurs les plus fréquemment rencontrées dans les traumatismes, en post-opératoire et dans un grand nombre de maladie. Ces douleurs seront généralement sensibles aux différents antalgiques décrits par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Douleur neuropathique (ou neurogène)

C'est une maladie du système nerveux, atteintes du système nerveux central ou périphérique. La douleur neuropathique associe souvent des sensations continues à type de brûlure et des accès à type de décharge électrique. Elles sont sensibles aux antidépresseurs et aux anticonvulsivants. Un traumatisme, l'amputation d'un membre ou certaines maladies (diabète, zona, toxicité de certaines chimiothérapie) sont susceptibles de provoquer ce type de douleur. Ces douleurs sont souvent très difficiles à supporter, entraînant un fort retentissement émotionnel (difficultés de sommeil, anxiété, mouvement dépressif secondaire).

Douleur psychogène

Les douleurs psychogènes sont des douleurs qui sont uniquement ou principalement causées par des facteurs psychologiques, émotionnels et/ou comportementaux. Ce diagnostic doit toujours être un diagnostic d'élimination.

Douleur mixte

Les différents mécanismes de la douleur sont intriqués.

EVALUER LA DOULEUR

Le « **TILT** » permet d'explorer quatre dimensions de la douleur :

- Quel **T**ype de douleur ?
- Quelle **I**ntensité ? (effectuer à l'aide d'une échelle)
- Quelle **L**ocalisation ?
- Depuis combien de **T**emps (douleur aigue = un signal d'alarme utile ou chronique qui dure depuis au moins trois mois)?

L'évaluation doit être toujours réalisée avec une échelle d'évaluation identique au sein de l'équipe et dès le début de la prise en charge du patient, au moment des soins, à chaque équipe et plusieurs fois par jours. Il est obligatoire d'utiliser des méthodes d'évaluation validées. [3] [4]

Les échelles d'autoévaluation

Elles sont adaptées pour des mesures itératives et pluriquotidiennes. Ces échelles n'évaluent qu'une seule composante de la douleur, la composante somatique. Les composantes cognitives, comportementales et affectives ne sont pas estimées.

- **EVA Echelle Visuelle Analogique** s'utilise avec une réglette qui représente une ligne dont une extrémité indique aucune douleur et l'autre extrémité la douleur maximale et inimaginable. Le patient déplace le curseur pour indiquer l'intensité de sa douleur. Le seuil est à partir de 3/10.

- **EN Echelle Numérique** permet au patient de donner une note de 0 à 10. (0 =aucune douleur et 10 = douleur maximale). Le seuil est à 3/10.

- **EVS Echelle verbale simple.** Parfois plus accessible au patient car moins abstraite. Elle lui propose une série de qualificatifs hiérarchisés allant de douleur absente à douleur intense en passant par douleur faible et modérée. (Absente/faible/modérée/intense/ extrêmement intense).

Les échelles d'hétéro évaluation

- **BPS Behavoral Pain Scale** est une échelle comportementale de douleur utilisée en réanimation pour le patient adulte sédaté et ventilé. Elle comporte l'évaluation de trois critères : l'expression du visage, le tonus des membres supérieurs et l'adaptation au respirateur. Chaque paramètre est coté de un à quatre. L'ensemble des sous-scores est additionné pour obtenir le score total qui s'étend de 3 à 12.

- **Algo plus** : échelle d'évaluation de la douleur aiguë dans le cas de troubles de la communication verbale.

- **ECPA Echelle Comportementale pour Personnes Âgées** est utilisée en gériatrie pour des personnes présentant des troubles de la parole. Cette échelle comporte huit items comprenant chacun cinq possibilités, cotées de 0 à 4. Le score total est compris entre 0 et 32 et va d'une absence de douleur à une douleur totale. L'observation du patient par le soignant, qui aboutira à la cotation, se réalise en deux temps. La première partie a lieu cinq minutes minimum avant le soin, la seconde a lieu après le soin. Le temps de cotation est de une à cinq minutes.

Evaluation des douleurs neuropathiques

- **DN4 :** Cette échelle estime la probabilité d'une douleur neuropathique grâce à quatre items dont deux sont des interrogations auxquelles le patient répond par oui ou par non et deux remplis lors de la réalisation d'un examen du patient. 4/10 est la valeur seuil prédictive pour le diagnostic de douleur neuropathique localisée.

Evaluation en pédiatrie

- **≤ 4 ans** = hétéro-évaluation (échelle recommandée : FLACC (cinq items Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) seuil 3/10.
- **≥ 6 ans** = auto-évaluation (exemple d'échelle : EVA, échelle des visages, Poker chip échelle de jetons. Elle consiste à présenter quatre gros jetons à l'enfant avec par exemple pour consigne : "Imagines que chaque jeton est un morceau de douleur, prends autant de jetons que tu as mal. Quatre jetons est la plus forte douleur que tu peux avoir »)
- **4 à 6 ans** = les deux selon les capacités de l'enfant.

MONITORAGE DE L'ANALGESIE

ANI Analgesia Nociception Index

L'Analgésia Nociception Index (A.N.I.) emploie la mesure normalisée de la composante parasympathique du système nerveux autonome. L'activation sympathique est assimilée à une inhibition parasympathique, tandis qu'à l'inverse l'activation parasympathique est assimilée à une inhibition sympathique [1]. La société MDOLORIS explique que « l'A.N.I. utilise la levée ponctuelle et rapide du tonus parasympathique induite par chaque cycle respiratoire (spontané ou artificiel) pour mesurer la « quantité relative » de tonus parasympathique. La variabilité de la fréquence cardiaque est une mesure non invasive simple permettant d'explorer l'influence du SNA sur le système cardiovasculaire. En cas de douleur aiguë, le tonus parasympathique est inhibé et l'ANI est diminué. Ainsi, un patient confortable a un tonus parasympathique dominant, responsable d'une accélération du rythme cardiaque à l'inspiration et d'une décélération à l'expiration, l'ANI est élevé, proche de 100. A l'inverse un patient inconfortable réagit en activant son tonus sympathique, la variabilité de la fréquence cardiaque en fonction de la respiration disparaît, l'ANI est bas (inférieur à 50) [2].

L'Algiscan

La mesure du niveau d'analgésie des patients est une nécessité en anesthésie. Le réflexe de dilatation pupillaire (RDP) a montré sa spécificité dans la mesure du niveau d'analgésie des patients tant au bloc opératoire qu'en réanimation. Ce monitorage quantifie en quelques secondes le réflexe de dilatation pupillaire obtenu grâce à son stimulateur nociceptif intégré. Permet une meilleure connaissance de la sensibilité individuelle à la douleur et au morphinique. Une évaluation des véritables stimuli nociceptifs permet d'optimiser, au cas par cas et tout au long des interventions ou soins, les besoins réels en opioïdes des patients. Ses stimulations électriques à intensité variable offrent la possibilité de valider et prédire le niveau d'analgésie adéquat pour tous les actes médicaux et chirurgicaux. [5]

REFERENCES

[1] Société Métrodoloris Medical Systems. Monitorage continu de l'analgésie patient: Moniteur ANI. http://www.mdoloris.com

[2] Sesay M, Robin G, Tauzin-Fin P, Sacko O, Gimbert E, Vignes J-R, et al. Responses of Heart Rate Variability to Acute Pain After Minor Spinal Surgery: Optimal Thresholds and Correlation With the Numeric Rating Scale. J Neurosurg Anesthesiol 2015; 27: 148-54.

[3]. http://www.sfetd-douleur.org/

[4] http://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/

[5]. http://www.idmed.fr/