



6^{ème} Journée du CLUD

Les douleurs viscérales

18 octobre 2012

6^{ème} journée CLUD



Homme, corporalité et douleur; une approche anthropologique.

Aránzazu Díaz García

Anthropologue, IDE au CETD du CHU Nîmes

Journée CLUD Montpellier 18 Octobre 2012



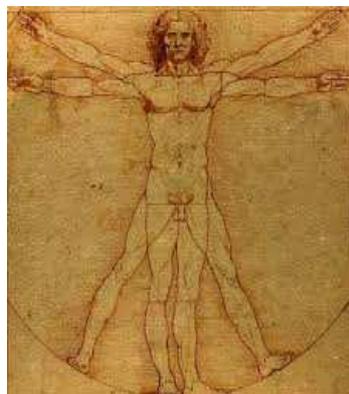
Corporalité

- Le corps comme instrument culturel.
- La construction symbolique du corps.
- Le corps comme moyen d'expression et de construction de l'individu.



Théories sur le corps

- Le corps cosmique: le corps comme partie de l'univers et la nature.
- Le corps machine : le corps comme objet d'étude, séparation du corps de l'esprit.





Le corps cosmique

- Le corps ne porte pas sa signification d'une manière abstraite sinon qu'il la possède grâce à qu'il fait partie de la représentation de l'univers donne par la culture.
- Dans beaucoup de sociétés traditionnelles le corps est forme par des éléments du milieu naturel (eau, terre, air, feu, bois...).
- De la même manière les différentes parties du corps ou ses fonctions sont représentés par des données du monde animal ou végétal.



Le corps cosmique: les Yanomami

- L'être humain est forme par 4 éléments :
 - Noneshi
 - Nobolele
 - Toholili
 - Hikola
- Leur conception du corps et de l'être humain est intégré dans ses rites et croyances.





Le corps cosmique: la théorie humorale

- L'homme est un mélange de humeurs qui commandent sa santé.
- La version galénique établit que l'homme est formé par quatre humeurs: le sang, la flegme, la bile jaune et la bile noire.
- La maladie apparaît si l'une des humeurs est en excès ou en défaut.
- La tâche du médecin consiste à restaurer l'équilibre.



Le corps machine: la théorie mécaniste de Descartes

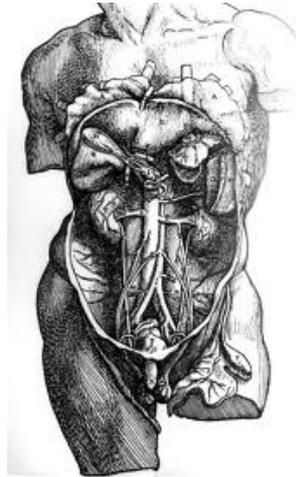
- Evolution de l'explication religieuse à la méthode scientifique.
- Disparition de l'unité entre le corps et l'esprit.
- *“L'univers est une machine où il n'y a rien du tout à considérer que les figures et les mouvements de ses parties”*





Corps et médecine: le corps comme objet

- La vision du corps comme machine a accompagne le développement de l'anatomie et la médecine.
- Le corps comme objet indépendant de l'individu et siège de la maladie.
- Etablissement de la thérapeutique pour traiter la maladie, pas le malade.
- Exclusion des aspects psychosociaux et culturels du processus de guérison



Corps et médecine: le corps en équilibre

- Dans les systèmes thérapeutiques traditionnelles l'homme est considéré comme une unité, le corps et l'esprit ne sont pas séparés.
- L'homme est indivisible, malade et maladie forment un tout qui doit être traité dans sa globalité.
- La maladie est le résultat d'un déséquilibre, la fonction du thérapeute est d'aider l'individu à retrouver l'équilibre.



Corps et médecine: la médecine chinoise

- Dans la médecine chinoise traditionnelle la perte de la santé est la conséquence de la modification du flux du chi.
- Le chi est l'énergie vitale qui contrôle l'équilibre spirituel, mental, et physique.
- La mission du médecin est de rétablir cet équilibre en s'aidant de différentes techniques (acupuncture, pharmacopée, régime...)



La médecine traditionnelle chinoise s'appuie, entre autres, sur la théorie des cinq éléments qui propose une vision cosmique du corps en relation avec la nature et l'univers



Corps et douleur (I)

- Dans la même mesure que la médecine actuelle s'est approprié le corps, elle s'est approprié de la douleur en éliminant ses composantes culturelles.
- Jusqu'au milieu du XX siècle la douleur était considéré comme un destin, une fatalité, on supportait la douleur dans la mesure ou elle était inhérente a la condition humaine.
- L'irruption de nouvelles techniques dans la pratique médicale marque le debut d'un changement de mentalité. Souffrir sera de moins en moins perçu comme un destin.



Corps et douleur (II)

- Mais au même temps que la médecine considère la douleur comme un pur souci technique est dans l'incapacité de traiter nombre de douleurs chroniques ou invalidantes.
- Ce sentiment, plus ou moins fondé, de que aujourd'hui toute douleur peut être soulagé engendre chez de nombreux malades une sensation d'impuissance face a ce qu'ils considèrent un échec du progrès.



Douleur et modernité

- La modernité a transformé la relation de l'individu a son corps et a sa santé. La douleur a perdu, en grande partie, sa signification culturelle.
- La douleur, comme la mort, n'a plus sa place dans la société moderne.
- Les individus se trouvent alors en face d'un double échec, celui de la médecine et aussi celui de la culture, impuissante à donner un modèle de conduite face a cette souffrance.



En guise de conclusion

- La douleur et toutes ses implications impose un nouveau défi à la médecine.
- Importance de l'évolution d'un modèle du corps objet a un modèle intégrateur.
- Placer l'individu dans le centre du processus de traitement.
- Importance des aspects culturels et psychosociaux dans la prise en charge de la douleur.



Anthropologie, très
intéressant, mais, en
pratique?



*Merci de votre
attention*



Les douleurs viscérales

Modérateurs: Dr Christine RICARD – Rémy CROSNIER

Approche de la douleur viscérale, Difficulté de traitement

Dr Patrick GINIES, Algologue
Centre d'Etude et Traitement de la Douleur
CHRU Montpellier

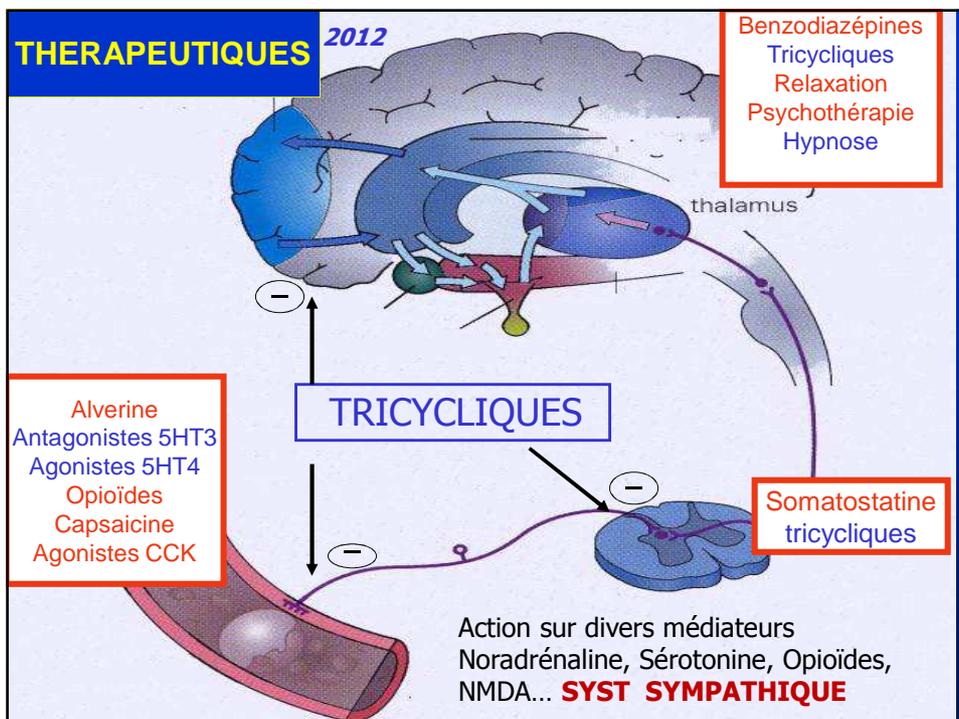
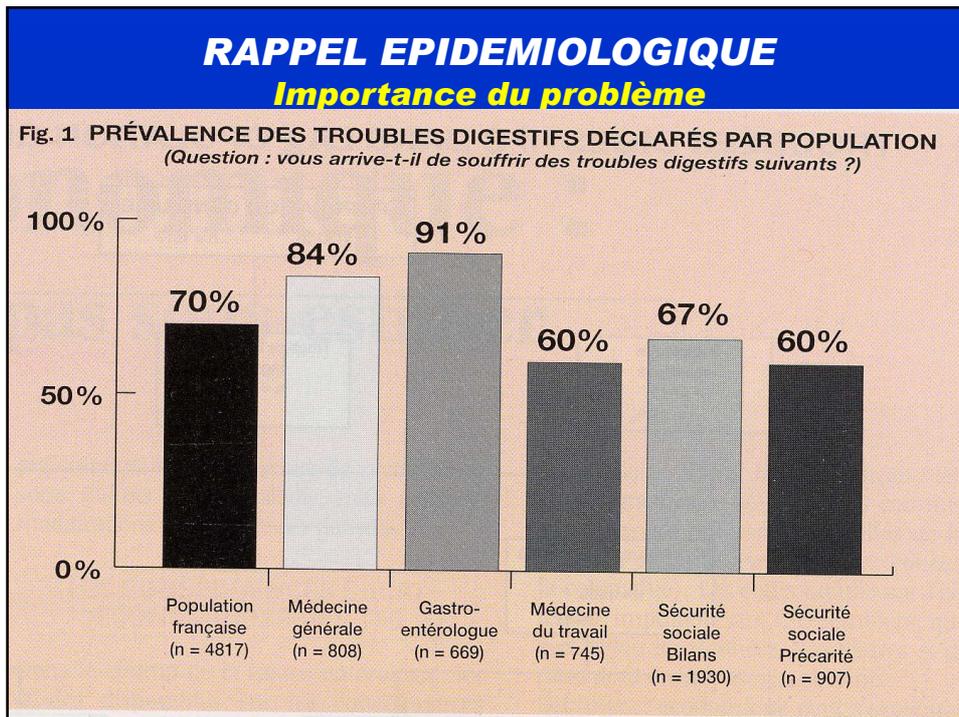
18 octobre 2012

6ème journée CLUD



**Autour de la
SPHERE DIGESTIVE**

**LA PERCEPTION
DOULOUREUSE
EST UN *PROCESSUS ACTIF*
ET REACTIF**



Nosologie des troubles fonctionnels intestinaux se confond avec les comorbidités

24 DIAGNOSTICS

- 1) oesophagien :** globus, rumination
précordialgies
brûlures fonctionnelles
dysphagie fonctionnelle
- 2) gastro-duodéal:** dyspepsie
aérophagie
- 3) intestinal :** IBS
constipation, diarrhée
flatulence
- 4) douleur chronique**
- 5) biliaire :** dyskinésie du sphincter d'Oddi
- 6) ano-rectal :** incontinence fonctionnelle
douleurs ano-périnéales
dysnergie ano-rectale

Ajoutés des comorbidités dépassant les troubles digestifs:

- **fibromyalgies : 50%**
- **syndrome de fatigue chronique: 50%**
- **douleurs pelviennes gynécologiques: 50%**

Prescription médicamenteuse :

267 médicaments cités (3.4/malade)

ANTISPASMODIQUES

PANSEMENTS

....autres

Relation médecin/malade:

jugée satisfaisante par malade

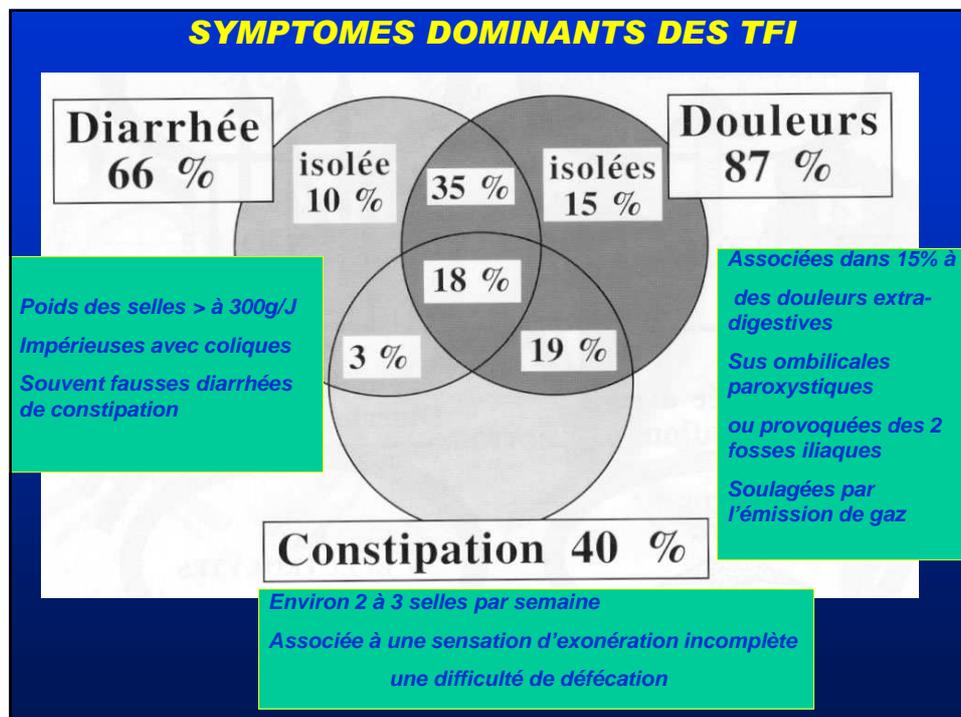
nombre de consultations: 3.6/an

pour le médecin:

→ jugement sur le résultat incertain

- impression de démarche moins adaptée

- scepticisme sur l'efficacité des Tt utilisés



Quelques particularités:

+ caractère chronique
mais fluctuant et intermittent

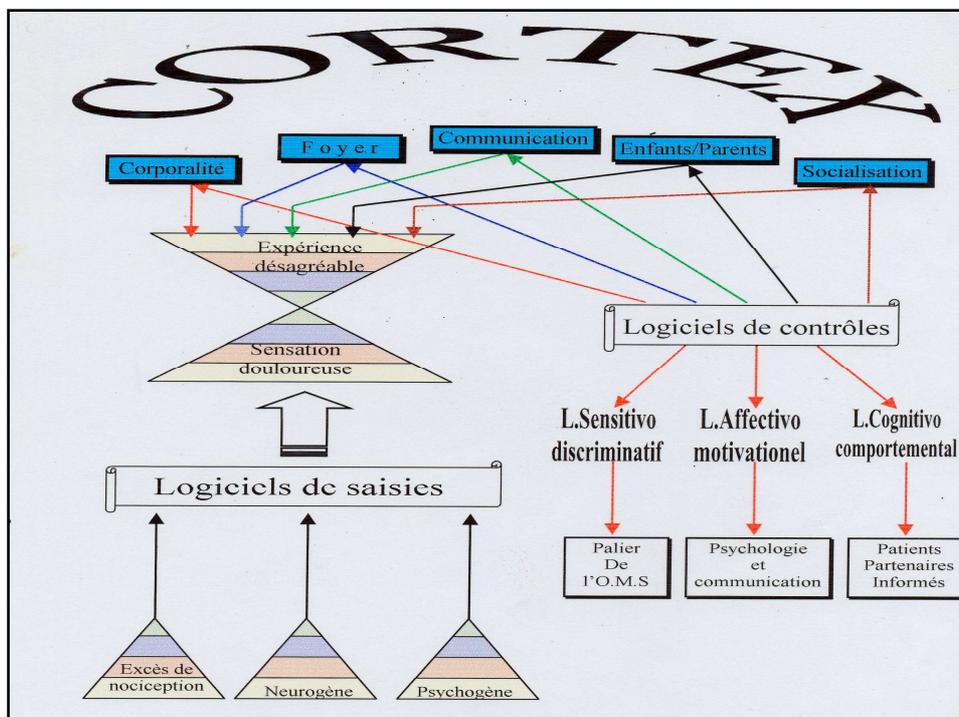
==> répétition des investigations
"renforce la conduite malade"

+ 3 critères de gravité :

- rectorragies
- anémie
- syndrome inflammatoire (VS)

→ alarmes = investigations

Attention au diagnostic par excès ou par défaut !



→ Douleurs abdominales peuvent être trompeuses

« particularités modulant l'orientation diagnostique »

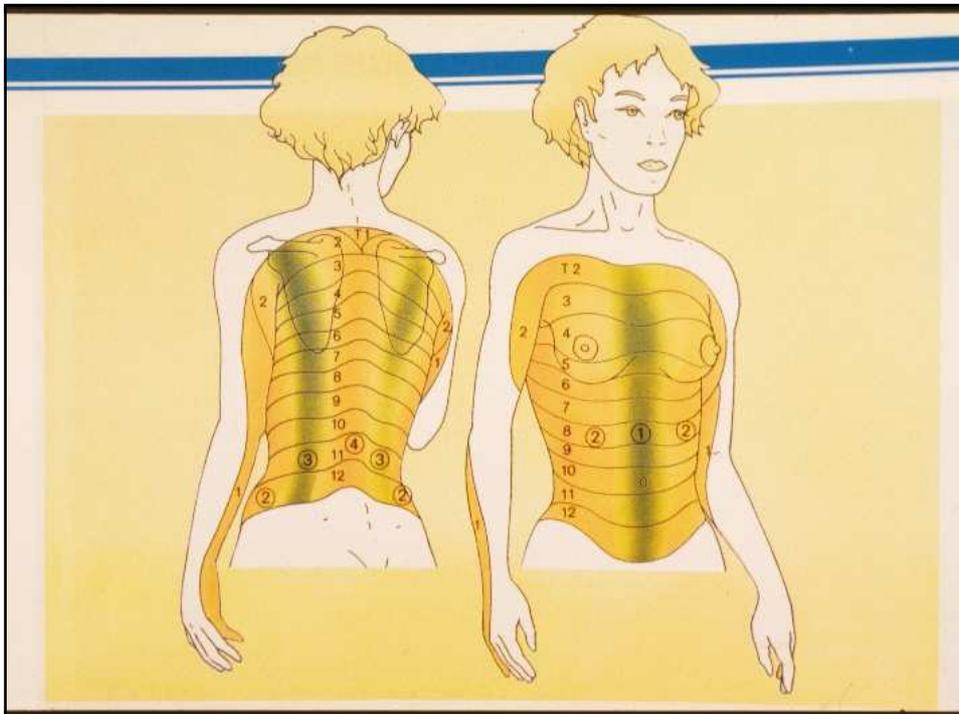
LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEURS ABDOMINALES

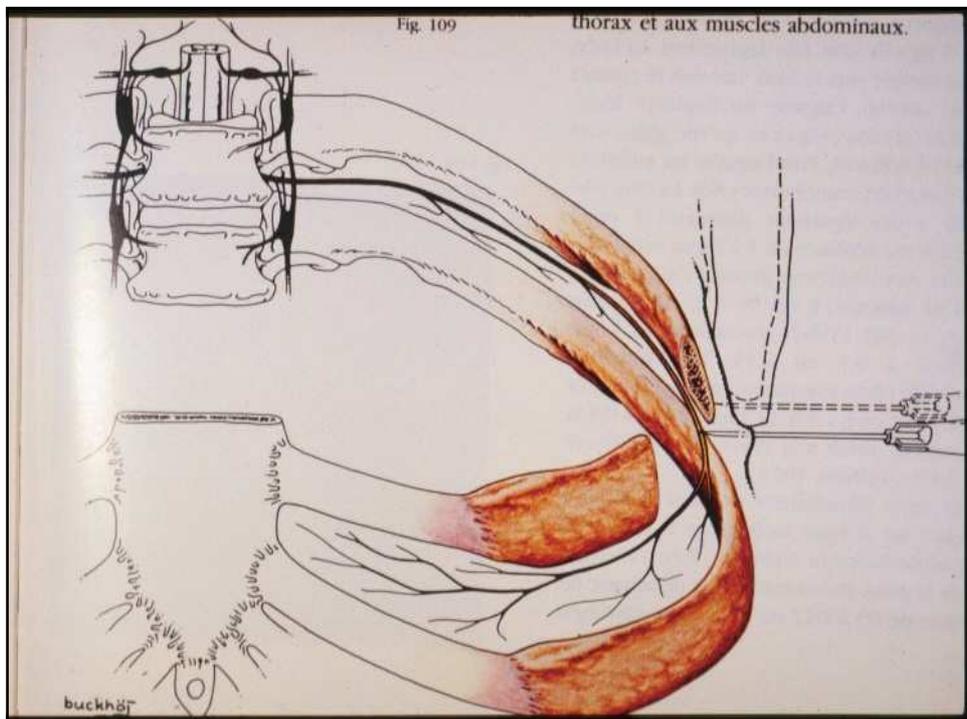
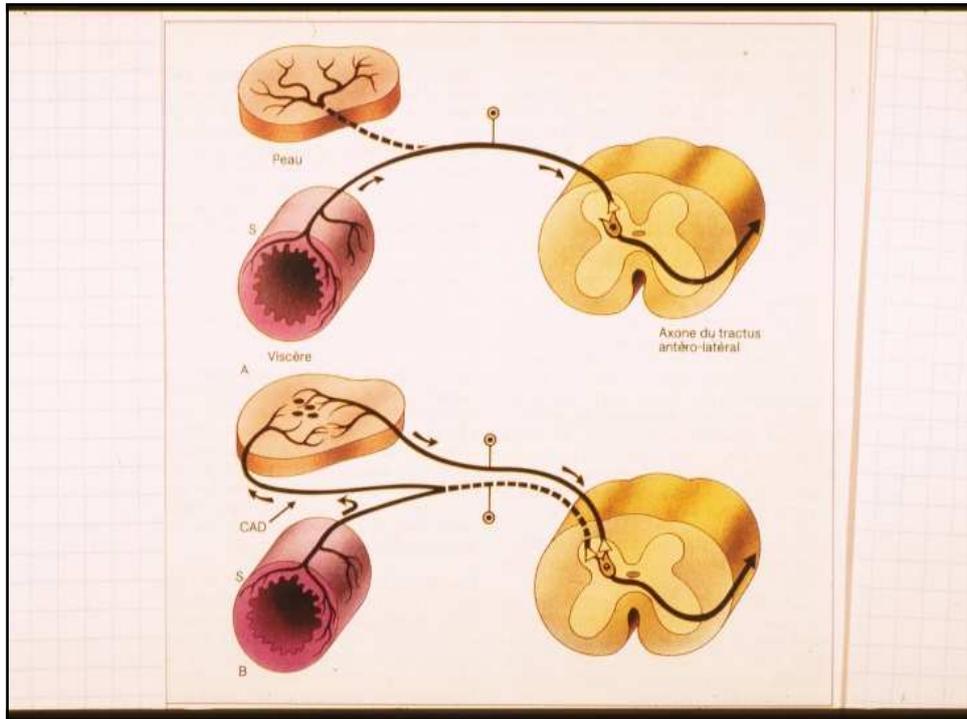
TABLEAU 2

Douleur viscérale	Sourde Mal localisée Non latéralisée Pas de position antalgique
Douleur pariétale	Intense Localisée Latéralisée Influencée par les mouvements
Douleur projetée	Convergences viscéro-cutanées

➔ Pour le G.E : 4 temps

- comprendre, évaluer, rechercher la cause, soulager







1) Complexité de la douleur abdominale :

3ème point : CHRONICITE de la douleur

Persistance au delà de 3 mois

la douleur chronique est plus qu'une douleur qui dure

devient une maladie en soi à cause de :

- **inutilité et caractère destructeur**
- **mécanisme pluri-factoriel**
- **entretenu par des réactions somato-végétatives**
(perte appétit, amaigrissement, perte sommeil, asthénie)
- **dépressive**
- **à plusieurs composantes**
(somatique, psychique, social): **Impact sur vie**

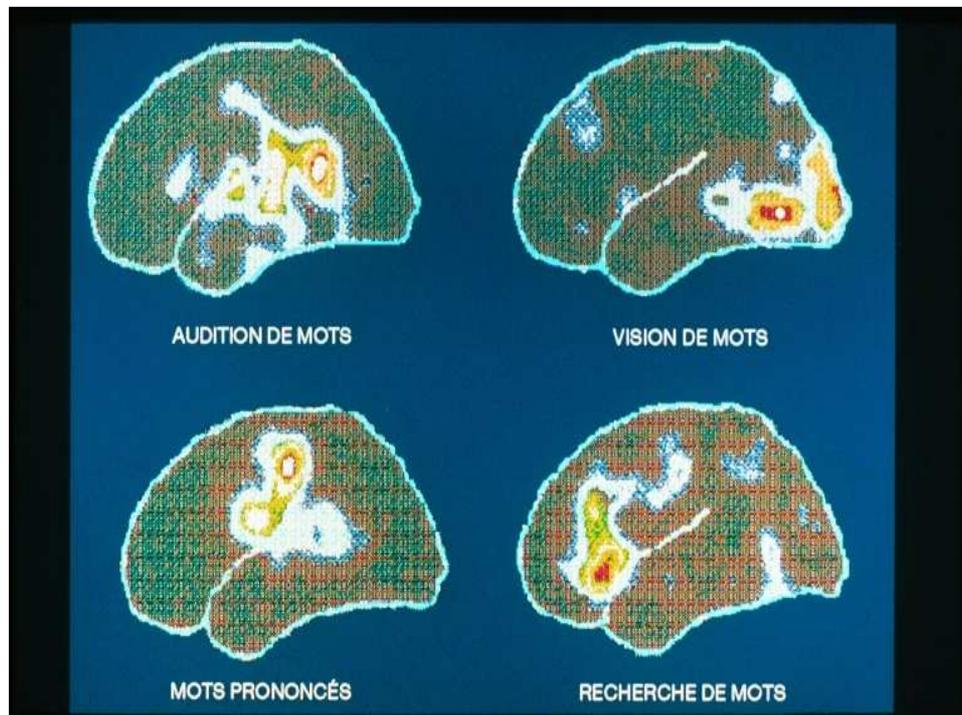
Définissant un syndrome douloureux chronique

- **Pas de support physiopathologique évident**
- **Sans bénéfice des thérapeutiques essayées**
- **Avec handicap fonctionnel excessif**
- **Conduisant à une attitude toxicomaniaque**

→ Comportement anormal du malade

- **forte conviction d'une maladie somatique**
- **désir de chirurgie coûte que coûte**
- **négligence des conflits intérieurs ou des perturbations émotionnelles**
- **humeur dépressive réactionnelle**

**Renforcé par : le refus d'activités dites néfastes
la sollicitude de l'entourage
les bénéfices financiers secondaires**



DOUBLE CONFLIT :

1) Du malade avec lui-même

2) Du malade avec le médecin

→ rejet plus ou moins délibéré de ce type de malade

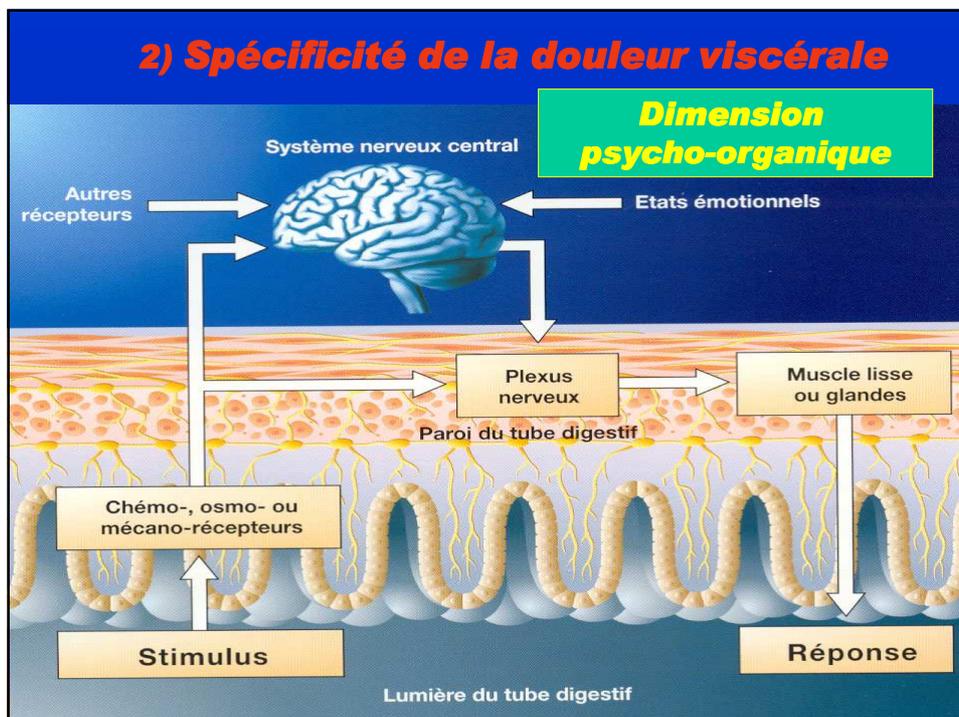


aboutit à un état de dépendance psychiatrique

Objet de plainte → objet de communication

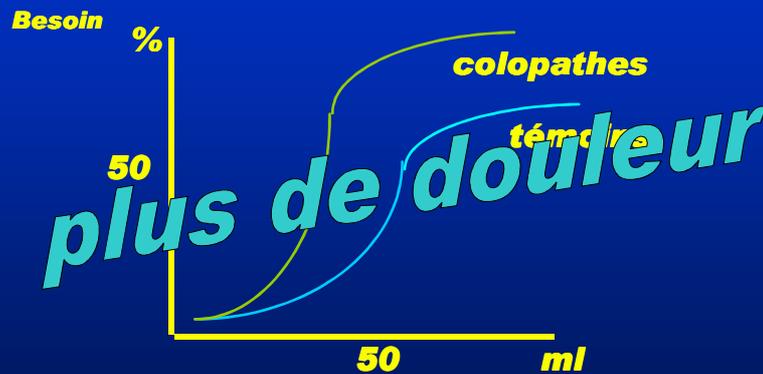
J'ai mal → Je suis mal

2) Spécificité de la douleur viscérale



Anomalies de la viscéro-sensibilité

connue depuis 1973 : Ritchie
"réponse à la distension Intra-rectale d'un ballonnet"



+ abaissement du seuil douloureux : hypersensibilité

HYPERVIGILANCE

Capacité à exagérer un événement normal

Aboutit à une gestion inappropriée des sensations corporelles

=> amplification du niveau de SF

=> surmédicalisation

par interprétation erronée de la signification des SF

moins de capacité d'intégration

-perturbation du coping

« capacité de l'individu à s'adapter ou

à trouver des ressources face à l'agresseur (stress)

-hyper perception du stress

➔ Résultats sur le vécu du malade

=>influencés par facteurs: absence support social
attitude d'autrui inadaptée
troubles psychiatriques

Conséquences de l'inflammation

3 ETAPES SUCCESSIVES:

1) Recrutement de récepteurs nociceptifs « silencieux »

2) Activation et sensibilisation des afférences sensibles

→ conséquence:

hyperexcitabilité de la corne postérieure de la moëlle
« perte de la discrimination sensitive »

3) Défaut d'intégration du message sensitif au SNC

→ conséquence:

hyper vigilance d'ou hypersensibilité
« comportement psychologique perturbé »

Dysrégulation sensitive

3 niveaux

1) récepteurs viscéraux

2) troubles de la conduction nerveuse
sensibilisation des voies spinales
réflexes viscéro viscéraux

3) troubles de la régulation des centres supérieurs
discordance entre sensibilité viscérale et somatique
influence des conditions psychiques
hypothalamus, fonctions supérieures

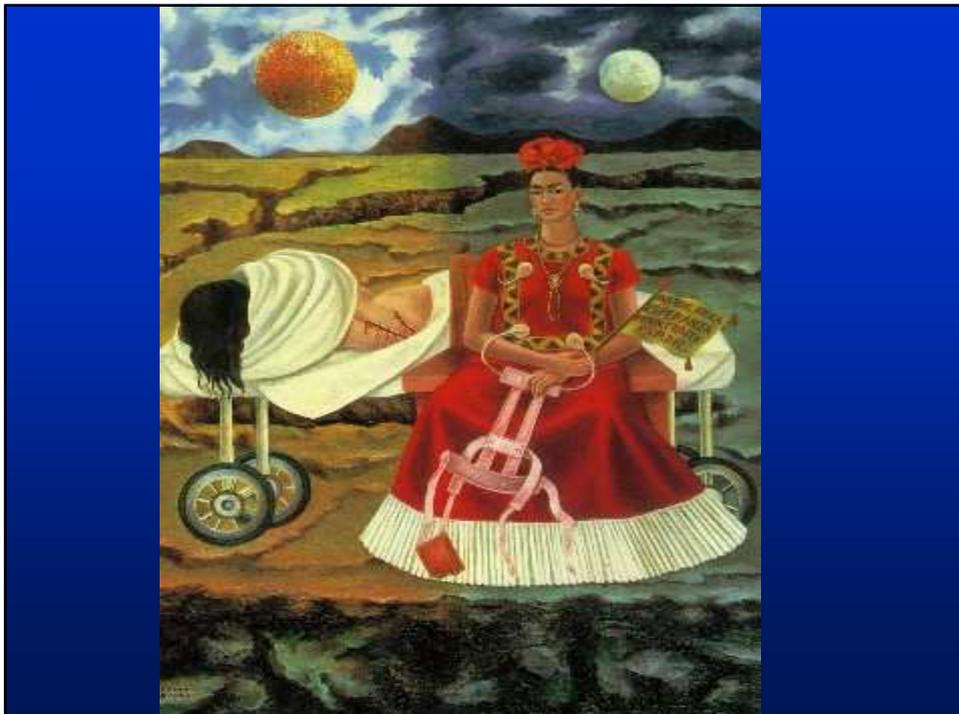
4 remarques :

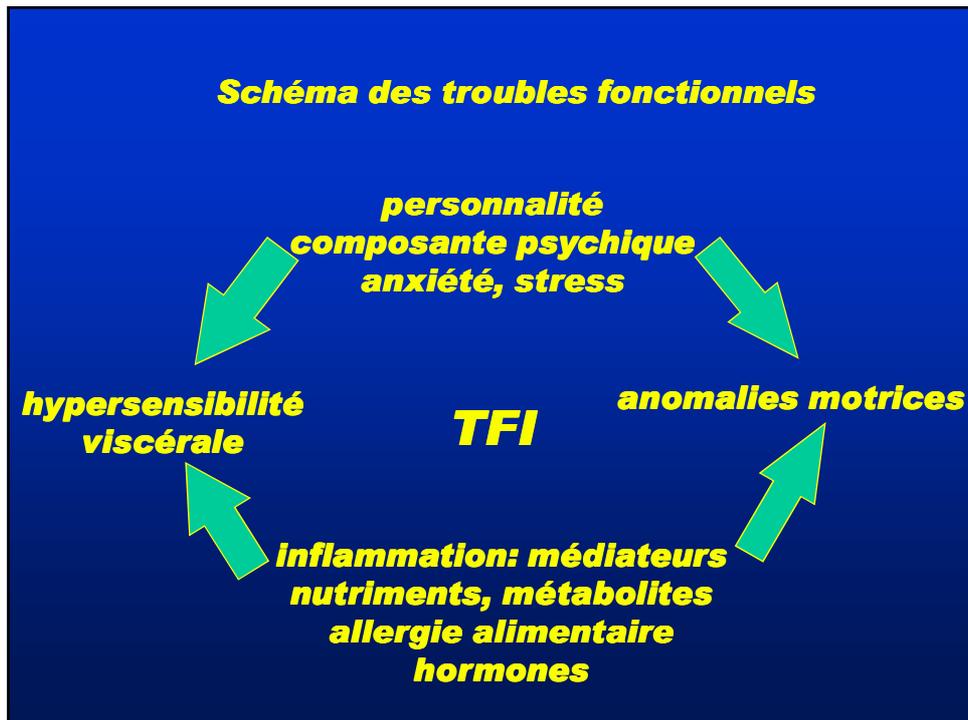
1) le stress exacerbe les troubles moteurs digestifs

**2) les perturbations psychologiques modifient :
la conduite malade
l'interprétation des symptômes**

**3) l'importance du rôle des parents est déterminant
dans l'apprentissage de la conduite malade:
+ relation maladie / récompense
+ absentéisme; visites médicales**

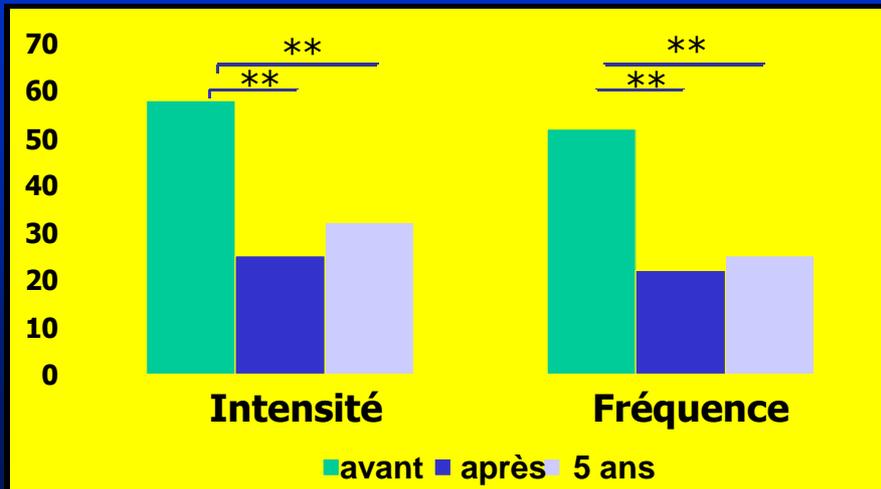
4) les TFI ont des conséquences sur la qualité de vie





Hypnose : Résultats sur la douleur

Répondeurs (71 % des 204 malades traités)



Gonsalkorale WM Gut 2003

HIPPOCRATE DE COS

– 400 av JC

- Ainsi ils se mirent à des descriptions très complètes de l'homme malade. Ces descriptions « périodentes » rapportent le particulier de chaque cas. Sont valorisés l'histoire de la maladie, la connexion au climat, le pronostic, les régimes et ces médecins arrivent donc à la conclusion qu'il faut observer les équilibres dynamiques du corps humain qui constituent en fait la santé alors que la rupture de ces équilibres du fait du monde extérieur ou du comportement du malade amène la maladie



Les douleurs viscérales

Modérateurs: Dr Christine RICARD – Rémy CROSNIER

L'évaluation de la douleur viscérale: L'arbre qui cache la forêt

Isabelle VAILLANT, Cadre IADE
Coordonnatrice CLUD
CHRU Montpellier

18 octobre 2012

6^{ème} journée CLUD



Introduction

- **Epidémiologie**
 - ◆ Taux de prévalence entre 22 et 28%
 - ◆ Retrouvé majoritairement chez les femmes
 - ◆ 1 personne sur 5 consulte pour des douleurs abdominales
 - ◆ 10% des enfants âgés de 5 à 14 ans souffrent d'un RAP (douleur abdominale récurrente)
 - ◆ 3 à 5% des admissions aux urgences pédiatriques
 - ◆ en 1966, la douleur abdominale sans explication retrouvée représente la 10^{ème} cause d'hospitalisation chez l'homme et 6^{ème} cause d'hospitalisation chez la femme

18 octobre 2012

6^{ème} journée du CLUD





Définition

« La douleur est une expérience *sensorielle et émotionnelle* désagréable, associée à un *dommage tissulaire présent ou potentiel*, ou décrite en termes d'un tel dommage »

IASP

International Association for Study of Pain

**Au-delà de ce qui est senti,
la douleur correspond au ressenti et au vécu**

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD



La douleur viscérale: Des mots sur des maux

▪ L'arbre qui cache la forêt

- ◆ Eric, 16 ans se plaint de poids à l'estomac accompagné de nausées depuis + de 6 mois. Il a consulté son médecin traitant 4 fois (dont 2 fois en 15 jours) => bilan sanguin + échographie => rien d'anormal
- ◆ Eric écrit: « *Je n'ai plus faim ni soif, j'ai la phobie du rejet. Le moindre aliment que j'avale me remplit l'estomac. Le début de ces problèmes coïncide avec l'arrêt du foot. De plus, je me suis mis à fumer et j'ai fais une fête où j'ai un peu bu. Et aussi, le décès de ma grand-mère m'a profondément marqué. Aujourd'hui, c'est la déprime parce que j'ai mal. Je ne sais pas en fait si je déprime parce que j'ai mal ou si j'ai mal parce que je déprime . Merci de bien vouloir m'informer*»

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD





La douleur viscérale: Des mots sur des maux

▪ L'arbre qui cache la forêt

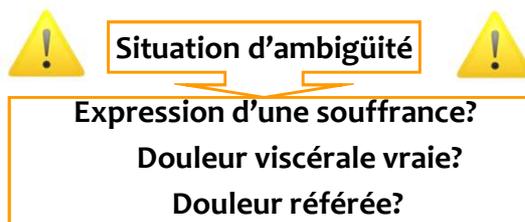
- ◆ Réponse de Sylvie: « J'ai 15 ans ½ et depuis plus de 1 an, j'ai les mêmes soucis que toi (vomissements après chaque repas, plus envie de manger, poids à l'estomac, gaz) et en plus je suis constipée, une sensation de déprime, un manque d'envie. J'ai eu une fibroscopie, une coloscopie et échographie, pour l'instant: rien trouvé. Je te conseille de faire tous ces examens. »
- ◆ Dernier message d'Eric: « C'est gentil mais mes parents commencent à s'énerver, ils disent qu'il n'y a rien que c'est psychologique. On va changer de médecin. J'ai eu un nouveau symptôme: il m'arrive d'avoir subitement mal à la gorge comme si elle se contractait pendant une minute puis ça passe. »

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD



Objectifs de la démarche



- L'identifier et la reconnaître => l'objectiver
- Identifier les facteurs responsables => + émotionnels
- Déterminer une attitude thérapeutique

EVALUATION

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD





La démarche d'évaluation



18 octobre 2012

6ème journée du CLUD



Bienveillance



▪ **Ecouter et entendre**



▪ **Observer**



▪ **Ressentir**

Empathie

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD





Les difficultés

- Accepter que la douleur est:
« ce que le patient dit »
parole vraie, parole à croire, mais trop souvent encore remise en question.
- Ne pas interpréter la douleur du patient, ni mettre son propre point de vue

18 octobre 2012

6ème journée du CLUD



L'évaluation par l'empathie

Comment vous sentez-vous aujourd'hui?



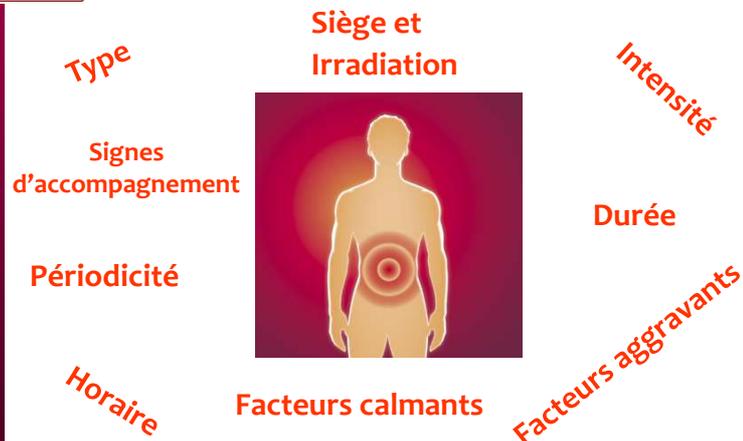
18 octobre 2012

6ème journée du CLUD





Interrogatoire

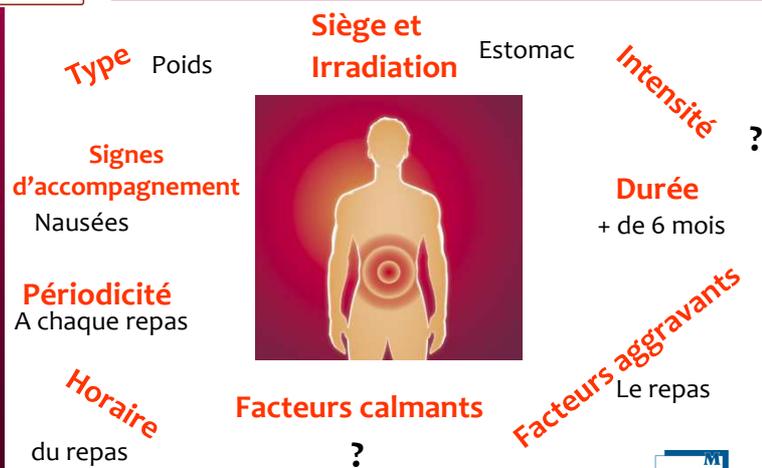


18 octobre 2012

6ème journée du CLUD



Interrogatoire



18 octobre 2012

6ème journée du CLUD





L'évaluation par l'empathie

Comment vous sentez-vous aujourd'hui?



18 octobre 2012

6^{ème} journée du CLUD



Cas concret

- Eric dit: « je ne sais plus si je déprime parce que j'ai mal ou si j'ai mal parce que je déprime »
 - ◆ L'arrêt du foot: Les raisons??
 - ◆ Début de tabagisme +/- alcool
 - ◆ Décès de la Grand mère
 - ◆ Nouveau symptôme: Douleur à la gorge à type de contraction sur quelques minutes avec modification de la salive

18 octobre 2012

6^{ème} journée du CLUD

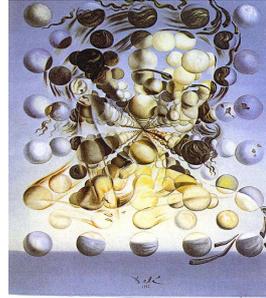




Conclusion

« La plus grande erreur dans le traitement de la maladie, c'est qu'il y a des médecins pour le corps et des médecins pour l'âme, alors qu'il est impossible de séparer les deux. »

Platon
Athènes 427-346 BJC



18 octobre 2012

6^{ème} journée du CLUD



Expériences cliniques

Modérateurs: Dr Josyane CHEVALLIER - Jean Michel GAUTIER

Douleurs viscérales et cancer

Dr Bruno RICHARD, Soins Palliatifs
CHRU Montpellier
Dr Caroline GALLAY, Soins Palliatifs
Clinique Val d'Aurelle - Montpellier

18 octobre 2012

6ème journée CLUD



Madame J. W.

- Décembre 2009 : cancer épidermoïde du canal anal traité par radio-chimiothérapie.
- Août 2011 : récurrence locale étendue nécessitant une amputation abdomino-périnéale.
- Novembre 2011 : progression ganglionnaire cervicale, médiastinale, sous et rétro péritonéale



- ATCD
 - Fibromyalgie traitée par tramadol, duloxetine, et mésothérapie (clonazépam/lidocaine/morphine) en sous-cutané 1/semaine.
 - Hypothyroïdie
- Mariée, 1 fille de 8 ans
- Sans profession



- Hospitalisations régulières de novembre 2011 à mars 2012 pour chimiothérapie, apparition d'une douleur inguinale avec irradiation crurale d'intensité en constante augmentation.
- Nécessité de doses croissantes de morphiniques associés à la prégabaline. A noter quelques épisodes de surdosage morphine.
- Radiothérapie sur masse ganglionnaire aile iliaque droite en février 2012.
- Thrombose fémorale droite.



▪ Mars 2012 : intervention de l'EMASP d'abord pour douleur puis pour prise en charge globale.

- Douleur de type nociceptive dans le creux inguinal droit, s'étendant en fosse iliaque droite, avec irradiation de type neuropathique sur le territoire crural.
- Intensité autour de 8/10, toujours sup à 5.
- Répercussion très importante sur son autonomie et son psychisme.
- Traitement en cours : oxycodone 80 mg IVSE, prégabaline 300 mg/j, duloxétine 60 mg/j, patchs de lidocaïne.
- État général relativement conservé OMS2



Augmentation des doses d'oxycodone à 96 mg/j par PCA, prégabaline 600 mg/j permet d'avoir une antalgie relative. Une sortie en HAD est réalisée fin avril.

- Malheureusement exacerbation des douleurs et saignements au domicile ré hospitalisation au bout d'une semaine
- Introduction kétamine 20 puis 50 mg/j IVSE sur 12 h en complément.
- Maintient de la PCA d'oxycodone, avec interdoses de fentanyl transmuqueux mieux toléré que les bolus.
- Pas de résultat satisfaisant sur la douleur.
- Parallèlement installation d'une altération de l'état général avec OMS3, occlusion sur carcinose péritonéale



- **Transfert à l'unité de soins palliatifs du CHU St Eloi le 25 mai 2012.**



- **Hospitalisation marquée par :**
 - ◆ Traitement de la douleur : essentiellement neuropathique puis viscérale et nociceptive
 - ◆ Gestion de effets indésirables
 - ◆ Traitement du syndrome occlusif

 - ◆ Prise en charge globale



Douleur neuropathique

- **Arrêt KETAMINE**
- **Introduction AMITRIPTYLINE à dose croissante :**
 - ◆ Efficacité sur la douleur neuropathique du MID en 10 jours
 - ◆ Somnolence importante
 - ◆ Nécessité de diminuer les doses de 50 à 20 mg/j
- **Réintroduction de la PREGABALINE :**
 - ◆ De 100 à 300 mg/j



- **Poursuite de l'OXYCODONE :**
 - ◆ 7 mg/h, bolus 7 mg
- **1 semaine plus tard :**
 - ◆ Douleur FID, inguinale D et racine cuisse D
 - ◆ Puis : abdomen tendu, douloureux dans son ensemble, épigastralgies intenses
 - ◆ Vomissements, diarrhée
 - ◆ Cède sous AINS, PHLOROGLUCINOL en quelques jours
- **Décès le 23/06/2012**
 - ◆ Pas de douleur physique les 10 derniers jours



Spécificités des douleurs viscérales cancéreuses



Douleurs viscérales cancéreuses

- **28% des douleurs cancéreuses**
- **Étiologies :**
 - ◆ Distension capsule hépatique
 - ◆ Obstruction des voies biliaires
 - ◆ Atteinte pancréatique
 - ◆ Compression rétro-péritonéale
 - ◆ Obstruction/distension du tube digestif
 - ◆ Carcinose péritonéale
 - ◆ Ascite
 - ◆ ...



Spécificités des douleurs viscérales

- Douleurs profondes, sourdes, de localisation souvent imprécise, diffuse
- Douleurs pouvant intéresser une zone anatomique sans lien avec l'organe atteint (projection) :
 - ◆ Convergence médullaire



Spécificités des douleurs viscérales

- Récepteurs sensibles à la distension mécanique
- Viscères creux :
 - ◆ Distension ou contraction anormalement fortes des muscles
- Organes solides :
 - ◆ Distension rapide de la capsule (foie, rate, pancréas)
- Anoxie soudaine et brutale des muscles viscéraux
- Nécroses viscérales



Spécificités des douleurs viscérales

- **Symptomatologie variable**
 - ◆ Pression, distension, crampe, pincements
- **Manifestations neurovégétatives parfois importantes (NV, sudation, angoisse, ...)**
- **Douleurs souvent très intenses, intolérables**
- **Accès douloureux paroxystiques fréquents**



Spécificités des douleurs cancéreuses

- **Organisacité ...**
- **Association de composantes nociceptives et neuropathiques (et viscérales)**
- **Douleurs évolutives associées à une pathologie évolutive**
- **Contexte de fin de vie**
- **Temps de prise en charge « court »**



Spécificités des douleurs viscérales cancéreuses

- **Problématiques médicales et psychologiques associées complexes :**
 - ◆ Syndrome occlusif, ascite, distension d'organes creux, insuffisance rénale, ...
 - ◆ Contexte de fin de vie
- **Réponse inconstante aux opioïdes forts par voie générale**



Conclusion

- **Douleurs difficiles à prendre en charge**
- **Penser tôt aux techniques antalgiques interventionnelles (« niveau 4 » OMS) :**
 - ◆ Neurolyses
 - ◆ Analgésie périmédullaire
 - ◆ ...



Titre

- **Texte 1**
 - ◆ Texte 2
 - ▶ Texte 3
 - Texte 4



Titre



Expériences cliniques

Modérateurs: Dr Josyane CHEVALLIER - Jean Michel GAUTIER

Douleurs viscérales et pédiatrie

Dr Alice RIBRAULT, Algologue
Centre d'Algologie et de Soins Palliatifs Pédiatriques
CHRU Montpellier

Dr Christine RICARD, Algologue
Centre d'Algologie et de Soins Palliatifs Pédiatriques
CHRU Montpellier

18 octobre 2012

6ème journée CLUD



Douleur viscérale et pédiatrie



CLUD, Jeudi 18 octobre 2012

Dr Alice Ribault
Dr Christine Ricard
Centre d'algologie et soins palliatifs
pédiatriques



Attitude pédiatrique habituelle

- 2 types : aigüe / chronique ou récurrente
- Diagnostic étiologique pour « éliminer l'organique » (douleur fonctionnelle ou organique ?)
- Organique : étiologies multiples
 - digestive : ex maladie de Crohn, lithiase vésiculaire, pancréatites, ulcères, constipation, intolérance au lactose...
 - urologique
 - gynécologique
 - métabolique
 - neurologique
 - cancérologique
 -



Etiologies organiques

Signes d'alarme et d'orientation

- Perte de poids
- Douleur localisée
- Fièvre
- Apathie
- Diarrhées sévères
- Lésions anales
- Épigastralgies post-prandiales
- Douleur rythmée par les règles
-



Douleurs abdominales récurrentes de l'enfant

- Définition : au moins 3 épisodes de douleur abdominale suffisamment sévère pour interférer avec les activités de l'enfant pendant 3 mois.
- Epidémiologie : 15 à 45 % des enfants et adolescents d'âge scolaire, fille > garçons.



Attitude pédiatrique habituelle

- Diagnostic étiologique pour « éliminer l'organique » (douleur fonctionnelle ou organique ?)
- Quelques explorations à une longue liste..
5 à 20 % d'étiologies retrouvées selon les séries



Critères diagnostiques

- 5-10 ans
- ≥ 3 crises en 3 mois, évolution prolongée
- Douleur durant 1 à 48 heures, essentiellement diurne
- Siège péri-ombilical ou diffus sans irradiation
- Horaire prévisible ou non
- Intensité variable parfois violente (consultation en urgence)
- +/- troubles fonctionnels digestifs, pâleur, asthénie
- **Sans retentissement sur la croissance, sans amaigrissement, sans fièvre.**
- Bon état général et examen clinique « normal ».



Catégorisation en 4 groupes : critères de Rome

- **Colopathie : intestin irritable (« colite spasmodique »)** : troubles du transit alternant, après les repas, dl en cadre, crampes, soulagée par la défécation, ballonnement/impression de distension plutôt hypogastrique, souvent familial.
Rôle de l'intolérance au lactose? Des fibres? De la constipation?
- **Dyspepsie, RGO:** dl épigastrique, irradiation au thorax, ballonnement/impression de distension plutôt épigastrique, avant les repas, soulagé par l'alimentation, pyrosis, nausées, régurgitations.
Rôle d'un reflux? D'hélicobacter pylori?
- **Migraine abdominale**
- **Troubles fonctionnels**



Facteurs surajoutés

- Intolérance au lactose
- Déficit en fibres
- Allergie alimentaire?
- Perturbation de la flore?



L'approche du médecin de la douleur

- Ecoute
- Reconnaissance du symptôme
- Evaluation globale enfant, parents, contexte
- Voir le dossier complet
- Evaluation de la douleur : auto/hétéro-évaluation
- Examen clinique



Contexte

- Avantage à avoir mal : attention parentale, évitement de tâches, diminution des obligations, déscolarisation
- Le coping (ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant) : perte de confiance en ses ressources, sentiment d'impuissance, de peur, d'évitement, conditionnement négatif (généralisation du problème)



Contexte

- **Pérennisation** : comportement, pensées, émotions de l'enfant et des parents centrés sur le symptôme douleur.
Restriction des activités, absentéisme scolaire, perte du réseau social.
- Les activités diminuent, l'invalidité augmente, **l'adaptation diminue**.
- Cercles vicieux **d'aggravation** et de renforcement de la douleur..



L'approche du médecin de la douleur

- Ecoute
- Reconnaissance du symptôme
- Evaluation globale enfant, parents, contexte
- Voir le dossier complet
- **Evaluation de la douleur : auto/hétéro-évaluation**
- Examen clinique



AUTO-EVALUATION

Echelles **Visuelle Analogue E.V.A.**

Planches de visages

Jetons

Echelle **Verbale Simple**

Echelle numérique

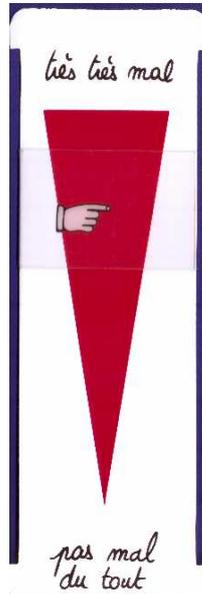
Dessin sur une silhouette

« Agenda » ou « Carnet » de douleur



**Echelle
Visuelle
Analogue**

6 ans

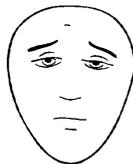


Mesure de la Douleur par l' Echelle des visages



FPS-Revised

Face Pain Scale - Revised



« Ces visages montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal.
Choisis le visage qui montre combien tu as mal en ce moment »

Hicks C.L., Von Bayer C.L., Soafford P., Goodenough 2000
Adapté de Bieri D., Reeve R., Champion G., Addicoat L and Eiegler J.
Pain 1990 ;41 :139-150

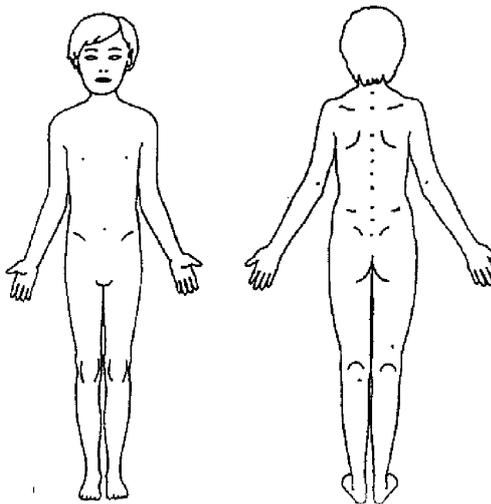
Dessin du bonhomme - évaluation qualitative



Localisation : indiquer chaque site douloureux

Ca fait mal: choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée:

- un peu 
- moyen 
- beaucoup 
- très mal 



Echelles comportementales validées

HETERO-EVALUATION

Nouveau-né : D.A.N. E.D.I.N.

Post opératoire : C.H.E.O.P.S. O.P.S.
FLACC P.P.M.P.

Handicapé : FLACC modifiée

Douleur chronique : E.D.I.N.

Réanimation : Comfort

Urgences: EVENDOL

Nom		Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes						
						au repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	Evaluations après antalgique ³		Evaluations après antalgique ³		Evaluations après antalgique ³		
								R	M	R	M	R	M	
Expression vocale ou verbale														
pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal		0	1	2	3									
Mimique														
a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée		0	1	2	3									
Mouvements														
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe		0	1	2	3									
Positions														
a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile		0	1	2	3									
Relation avec l'environnement														
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage		normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3									
Remarques		Score total /15												
		Date et heure												
		Initiales évaluateur												

¹ Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

² A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

³ Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Echelle validée aux urgences - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129 et 130. Contact : elizabeth.fournierchamere@bct.aphp.fr

6ème Journée du CLUD



L'approche du médecin de la douleur

- Ecoute
- Reconnaissance du symptôme
- Evaluation globale enfant, parents, contexte
- Voir le dossier complet
- Examen clinique
- Sauf orientation particulière, décider clairement d'arrêter les investigations, arrêter de chercher la cause
- Affirmer la bénignité à court et long terme
- Eviter dichotomie organique/psy
- Plan de suivi (contrat de soin)

Travailler pour que l'enfant et ses parents se réinsèrent dans la vie scolaire, sociale, familiale

Contrat de confiance et de suivi



- Phrases contre productives : « il n'a rien, on n'a rien trouvé, voyez un psy ».
- Valoriser le bon fonctionnement des organes
- Investigation psychologique : signification et rôle de la douleur dans son contexte, soucis, conflits, séparations, deuils, échec scolaire..



Objectifs

- Adaptation et non guérison
- Concept « d'acceptance »
- Se mettre en route pour changer et non subir
- Acquérir les compétences pour faire face



Ressources les plus efficaces

- Techniques psychocorporelles : relaxation, hypnose..
- Travail cognitif sur les pensées (déconditionnement)
- Les parents ont besoins d'être conseillés dans leurs réactions : reconnaître la difficulté tout en encourageant l'enfant à aller de l'avant « je sais que ça fait mal, fais seulement tout ce que tu peux » au lieu d'hyper protection et de sollicitude.



Hypnose

- Vlieger 2007: étude randomisée, 53 enfants 8-18 ans :
- 6 séances d'hypnose + 6 de « soutien » en 3 mois VS soins standard
- Amélioration dans les 2 groupes mais > dans le groupe hypnose
- 1 an plus tard, 85% de rémission dans le groupe hypnose VS 25%.



- Rôle des médicaments : peu d'effet en général

Pizotifène (SANMIGRAN) dans la migraine abdominale
(Cochrane 2002)

Huile de menthe(Cochrane 2002)

Antispasmodiques ?

Antisécrétoires ? NON AFSSAPS 2008

Lactobacillus?

Antidiarrhéiques ?

Laxatifs?

Antalgiques?

- Rôle du régime alimentaire :
les fibres, le lactose, le lait..
Attention aux exclusions alimentaires injustifiées



Recommandations

- Académie américaine pédiatrique (AAP)
- « Nourriture saine avec abondance de fruits et de légumes et abondance de boissons couplées à un programme d'activités physiques »..

Succès et échecs

- **Evolution défavorable 12 mois plus tard dans les familles:**
 - qui refusent de s'engager dans un processus d'insight (comprendre ce qui se passe globalement dans leur famille), de voir un « psy »
 - qui ne reconnaissent pas l'influence des facteurs psycho-sociaux
 - qui sont suivies par plus de 3 médecins
 - « consumérisme »
- **Evolution favorable (3,5 ans plus tard) dans les familles :**
 - qui prennent en considération les facteurs psychologiques
 - Durée moindre des symptômes au début de la PEC
 - Suiivi psychologique jugé bénéfique par les parents
 - Le modèle bio psycho social est présenté conjointement par le gastro-entérologue et le psy

Lindley 2005

Crushell 2003

Douleurs Abdominales

Annick 16 ans 48 kgs 1m 60



Mai 2012 Consultation 1 : appel en chirurgie infantile
 Douleur abdominale post opératoire après cœlioscopie : J2
 Douleur de fond de la fosse iliaque droite: EVA = 8 / 10
 Crises paroxystiques : EVA = 10 / 10 irradiation tout le membre inférieur droit
 « il n'y a que la morphine, donnée aux urgences une fois, qui calme la douleur »

Historique: douleurs abdominales depuis début 2008
 Appendicectomie **cœlioscopie 1**, juin 2008 (équipe parisienne).
 Reprise chirurgicale **cœlioscopie 2**, juillet 2008 pour douleur persistante : contrôle et débridement (équipe parisienne).
 Consultation d'un gastroentérologue: douleurs abdominales, constipation,
Coloscopie: ...normale... cauchemars, douleurs abdominales et anales
évocation difficile comme vécue « à vif »
 Suivi et soutien psychologique, approche familiale maternelle: arrêt après 5 consultations à la demande du soignant
 Septembre 2011: chirurgie exploratrice: **cœlioscopie 3** débridement « tu n'auras plus mal » (équipe montpelliéraine)
 Mai 2012: **cœlioscopie 4**

Contexte
 Jeune fille soignée, polie, sérieuse, brillante (terminale S); pas d'absentéisme scolaire. Pas de conflits scolaires.
 Séparation parentale quant elle avait 1 an. Familles recomposées, présentes et harmonieuses.
 Contexte biopsychosocial: lisse

Traitement:
 Gabapentine, Antalgiques palier II, relaxation

Sortie et consultation d'algologie prévue



- Consultations pluri professionnelles, pluridisciplinaires
Traitement de la constipation, gabapentine
Hypnoanalgésie

- Juin 2012: plus de crises paroxystiques
douleur de fond EVA: 2 /10
bien tolérée
- Septembre 2012
douleur de fond EVA: 4.5 /10
reprise des consultations douleur
échange familial
reprise du traitement par gabapentine



LOCALISATION : INDICER CHAQUE SITE DOULOUREUX

4 Mai 2012
CRISES DOULOUREUSES

Nom _____
Prénom _____
Date _____

Ce tableau Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur pour colorier la zone du corps concerné

un peu	<input type="checkbox"/>
modéré	<input type="checkbox"/>
insupportable	<input type="checkbox"/>
très mal	<input type="checkbox"/>

droite gauche gauche droite



LOCALISATION : INDICHER CHAQUE SITE DOULOUREUX

octobre 2012.

Nom : _____
Prénom : _____
Date : _____

Ce test sert à : Choisir le couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concerné.

un peu
moyen
beaucoup
très mal

5 secondes

brute gauche

gauche brute

Conclusion : les douleurs abdominales chroniques récurrentes chez l'enfant



La consultation de douleur chronique de l'enfant :

- Abord pluri professionnel et plur-disciplinaire de l'enfant
- Prendre le temps: écoute et prise en compte des symptômes
- Priorité à l'enfant dans son ensemble et non au symptôme
- Espace d'accueil et d'élaboration de la plainte
- Stratégie d'adaptation

Utile dans les situations sévères, complexes avec retentissement sur la vie quotidienne.



Être chaleureux,

Un enfant douloureux chronique reste dans le langage de plainte

car il ne connaît plus que celui là comme échange.

Être empathique

Si l'enfant ressent la compréhension, il sera confiant

L'acceptation du traitement et du projet médical s'améliorera

Être professionnel

Statut identifié

Relation claire



Education thérapeutique

- Informer l'enfant et les parents sur les mécanismes de la douleur
- Évoquer plusieurs mécanismes nociceptif neuropathique et psychofonctionnel et les rendre simple
- Dans la douleur aiguë ou chronique tous dépend du système automatique de contrôle de la douleur

6ème Journée du CLUD



Une relation authentique
et
la reconnaissance de l'enfant et
de sa douleur

sont essentielles
pour une prise en compte
efficace.



6ème Journée du CLUD



- Ecoute et prise en compte des symptômes
- Permettre à chacun de trouver sa place



Expériences d'équipes

Modérateurs: Isabelle VAILLANT – Gérard LEFRANCOIS

Douleur viscérale aux urgences

Dr Isabelle GIRAUD, Urgentiste,
Dr Josh RUBENOVITCH, Urgentiste, DQGR
Equipe soignante des Urgences
CHRU de Montpellier

18 octobre 2012

6ème journée CLUD



Les Urgences Adultes

47,771 passages en 2011:

- 17,675 passages - motifs: traumatismes (37%)
- 6,688 passages - motifs: pathologies viscérales (14%)
- Equipe pluri-professionnelle :
35 ETP médical, 17 internes, 57 IDE, 48 AS
- 2 réalités spécifiques des urgences:
 - Flux des patients
 - Triage (priorisations: risque vital, douleur, risque fonctionnel)

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



2

Prise en charge de la douleur post-traumatique par l'IDE

- 35% de la pathologie douloureuse
- Diagnostic préétabli
- Cadre réglementaire

- Transfert de compétence sur protocole institutionnel (prix qualité)

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



3

IOA et Priorisation des patients

- **Triage spécifique de Montpellier:**
 - Outil intégré dans le dossier patient informatisé,
 - Croisement [motif / état clinique] avec le [délai de prise en charge médicale maximal acceptable].

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



4

Exemple de dossier informatique (CHU Montpellier Logiciel RésUrgences ®)

Le choix du motif

Type de motif	Cardiologie : douleur thoracique
Détail	Cardiologie : douleur thoracique Cardiologie : HTA faire ECG lecture driver Cardiologie : palpitation tachycardie bradycardie Faire ECG lecture driver CMF : (Edème de la face, Cellulite de la face, abcès, douleur dentaire Faire : Température CNH Faire dextro Dermatologie : lésions- tous types, toutes causes Digestif : dysphagie et reflux Gastro-oesophagien Faire ECG lecture rapide au driver Digestif Douleur abdominale Faire : température Digestif Hémorragie digestive Faire :hémocue Détenu Electrisation : Faire : ECG Gynéco-obstétrique Hypertension : Faire BU, dextro Hyperthermie tp sup à 38,5 ° : Faire : BU, Glaçage déshabillage Hypoglycémie : Faire dextro Hypothermie : Faire BU, draps couverture de survie Ictère Ascite Corps étranger Faire : température Mode d'attente Intoxication : neuroleptiques, bzd, stupéfiants, alcool Intoxications : antidiabétiques oraux, intox co, anticoagulants, paracétamol, aspirine Malaise, asthénie, AEG : Faire ECG lecture driver Neuro : Hémiplegie/hémi-parésie constituée/transitoire, aphasie, tr vision/équilibre/sphincters Neurologie : convulsion généralisée, partielle Neurologie : céphalées Neurologie : Paraplégie, parésie, Tétraplégie, parésie Neurologie : trouble de la conscience. Faire dextro température Noyade
Observation	
Priorisation calculée	
Priorisation	
Mode d'attente	
Circonstances	
Accompagnant	
ETAT du MALADE	

20/05/2014
Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie
5

Critères cliniques de triage

L'EVA est inclus dans le triage comme critère clinique

Niveau de gravité	Urgence Absolue		Urgences relatives		Consultation médecine
	U1	U2	U3	U4	U5
FC (l/min)	ACR, FC > 180/min	<50 ou > 150/min	>120 - <150 /min	50-120 / min	50-120 / min pouls réguliers
FR (l/min)	Arrêt respiratoire, pauses FR < 10 ou > 40 / min	>30 / min	>25 - < 30 /min	10 - 25 / min	10 - 25 / min
Sat (%)	< 85 %	> 85% - <90 %	> 90 % - <93 %	> 93 %	> 93 %
TA systolique (mmHg)	< 75 mmHg	> 75 mmHg - < 90 mmHg ou > 210 mmHg	> 180 mmHg - < 210mmHg	90 - 180 mmHg	90 - 180 mmHg
TA diastolique (mmHg)		<30 ou >120 mmHg			
DEP	< 150 ou < 30% nle	> 150 - < 300	> 300 - < 400	> 400	
Douleur - EVA	>= 8	> 8 - <= 5			< 5
score de Glasgow	< 9	>= 9 - < 13	>= 13 - < 15	15	15

20/05/2014
Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie
6

Exemple de dossier informatique (CHU Montpellier Logiciel RésUrgences®)

Le détermination du niveau d'urgence

Type de motif	Digestif Douleur abdominale Faire : température	
Détail	Priorité	Motif
	<input type="checkbox"/> U1	Associée à des marbrures
	<input type="checkbox"/> U2	Associée à une Température inf 35,5° ou sup 38,5° isolée
	<input type="checkbox"/> U2	EVA >=8 isolée
	<input type="checkbox"/> U2	Associée à des Vomissements et/ou une diarrhée avec signe de déshydratation chez patient de plus de 50 ans
	<input checked="" type="checkbox"/> U3	Associée à des Vomissements et une diarrhée avec signe de déshydratation chez patient de moins de 50 ans
Observation		
Priorisation calculée	Calculer	U3 : urgence relative moyen terme (60 min max)
Priorisation		U3 : urgence relative moyen terme (60 min max)

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



7

Prise en charge de la douleur non-traumatique (viscérale)

Complexité supplémentaire:

- **Double urgence:**
 - diagnostique (contexte clinique)
 - prise en charge de la douleur
- **Organisation de la prise en charge pluri-professionnelle avec articulation paramédical - médical**

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



8

...La suite

Kit « Prise en charge de la douleur
non-traumatique aux Urgences »

OMEDIT / Inter-CLUD / COLRU

- Pour les groupes référents de la douleur (appropriation, adaptation, filets de sécurité...)
- Pour les « soignants » (« clef en main »)

20/05/2014



Equipe "Prise en charge de la douleur";
Urgences Adultes - Hôpital Lapeyronie



9



Expériences d'équipes

Modérateurs: Isabelle VAILLANT – Gérard LEFRANCOIS

Douleur Obstétricale et acupuncture

Lucie VAN BELLE, Sage Femme,
Obstétrique, CHRU de Montpellier

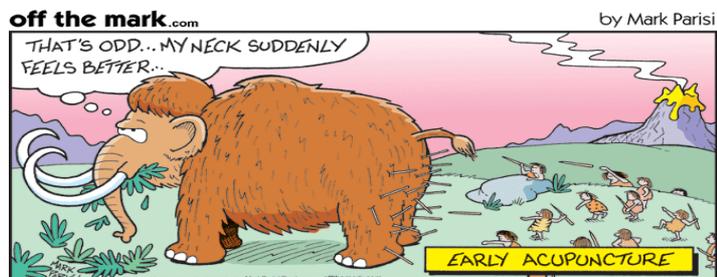
18 octobre 2012

6ème journée CLUD



DEFINITION

- Petites aiguilles magiques?



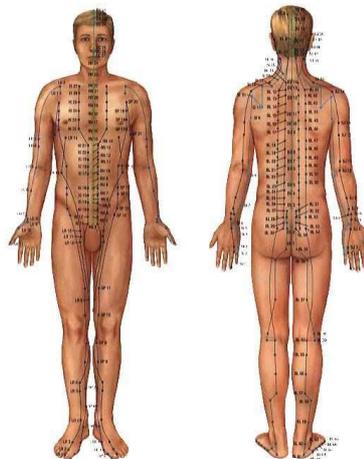


DEFINITION

- En médecine traditionnelle chinoise tous les phénomènes de la vie sont en rapport avec le ciel et la terre et tout est énergie : Qi
- l'homme se situe entre la terre et le ciel et est soumis à leur influence : **homme microcosme dans un macrocosme**
- Notion de **mouvements** et d'échange permanent avec le monde extérieur
- **Equilibre** entre le yin et le yang



LES MERIDIENS





LES MERIDIENS

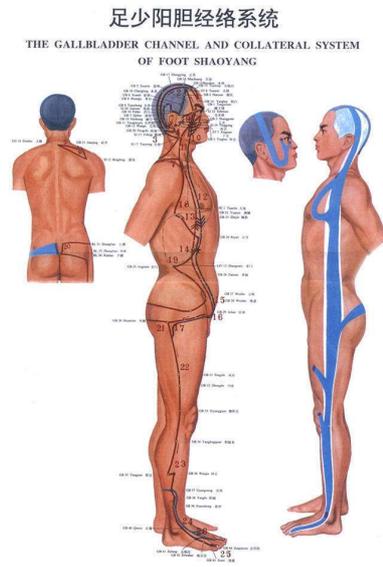
- Canaux immatériels où circule l'énergie(Qi)
- Distribution de l'énergie à toutes les cellules du corps.
- 12 méridiens reliés à un ou plusieurs organes et liés entre eux
- Reliant les régions superficielles et les régions profonde du corps



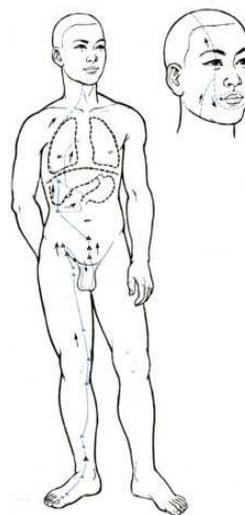
▪ Organisation du méridien

- ◆ Trajet superficiel : trajet des points
- ◆ Trajet profond : relie le méridien a son viscère
- ◆ Tendino-musculaire ensemble des muscles sous la dépendance du méridien
- ◆ Les collatérales (lien entre les méridiens)
- ◆ une région cutanée

▪ Exemple du méridien de vésicule biliaire



▪ Exemple du méridien du Foie





▪ Exemple du méridien du Foie

◆ Lien avec :

- Œil
- Cerveau
- pharynx
- Poumon
- Foie
- Estomac
- Vésicule biliaire
- Organes génitaux...



LE DIAGNOSTIC en MTC

- Volet diagnostique et volet thérapeutique qui lui sont propres
- Anamnèse poussée
- examen clinique : pouls + examen de la langue
- Classification des symptômes



▪ Le chant des 10 questions

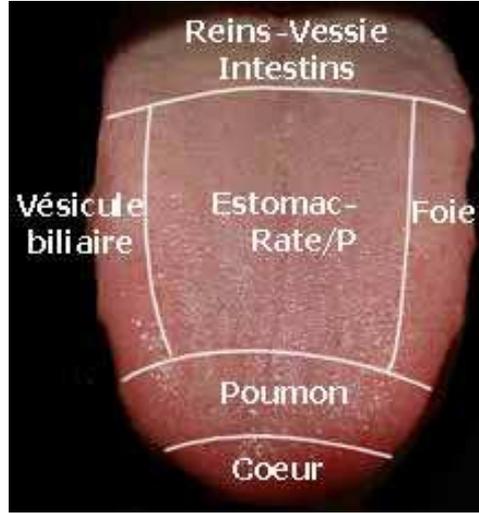
- la nourriture et le gout
- Les selles et les urines
- La soif
- La fatigue
- La tête
- Le sommeil
- La transpiration
- Le froid et la chaleur
- Les signes émotionnels
- Les règles



LE DIAGNOSTIC en MTC

- Volet diagnostique et volet thérapeutique qui lui sont propres
- Anamnèse poussée
- examen clinique : pouls + examen de la langue
- Classification des symptômes (huit règles, 6 niveaux)

6ème Journée du CLUD



6ème Journée du CLUD



▪ Exemple de stagnation du Qi du foie





LE TRAITEMENT PAR ACUPUNCTURE

- Interrogatoire et examen complet permettant d'aborder le patient dans sa globalité.
- Différents symptômes sans lien entre eux sur le plan de la médecine occidentale peuvent rentrer dans le même tableau clinique en MTC.
- Action à distance.



Exemple d'un tableau clinique : la stagnation du Qi du foie

- Oppression thoracique
- Dépression
- Nausées, vomissements
- Mastodynies
- Douleur et gonflement du bas ventre
- Constipation
- Dysménorrhées
- Mictions douloureuses



LE TRAITEMENT PAR ACUPUNCTURE

- Interrogatoire et examen complet permettant d'aborder le patient dans sa globalité.
- Différents symptômes sans lien entre eux sur le plan de la médecine occidentale peuvent rentrer dans le même tableau clinique en MTC.
- Action à distance.



▪ Exemple d'action à distance

Travailler sur des points cutanés influence ce qui se passe a d'autres endroits du corps parfois éloignés ou a l'intérieur de l'organisme

- Ex rhume :
 - Point local : 20GI
 - Point a distance : 4GI



LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN ACUPUNCTURE

L'acupuncture permet de soulager la douleur mais surtout de traiter le dysfonctionnement à l'origine de la douleur.



■ Cas clinique n°1

Patient souffrant de céphalées temporales bilatérales intenses chroniques en coup de poignard.

Signes cliniques : vomissements, engourdissement bras droit, soif, acouphènes, fatigue, réveils fréquents.

- Après examen clinique, tableau de vide de sang du foie avec montée du yang du foie.



■ Cas clinique n°2

Femme de 39 ans consulte après une violente douleur lombaire remontant jusqu'à la nuque suite à un travail de jardinage.

examen clinique : A la palpation, les points au niveau lombaire sont particulièrement douloureux. Elle ne peut se pencher en avant. La douleur est constante et particulièrement aggravée la nuit. Son pouls est très irrégulier et fort.

- stase de sang



INTERET EN OBSTETRIQUE

- Limite des moyens médicamenteux
- Prise en charge de la patiente dans sa globalité
- Demande des patientes :
démédicalisation de la naissance
- Approche de la patiente différente



■ Pendant la grossesse

- Lombalgies
- Hémorroïdes
- Douleurs ligamentaires



■ Pendant l'accouchement

- Douleur des contractions utérines
- Action ++ favorisant le travail (renforcer les contractions, relacher le col, gestion de la fatigue..)



▪ Après l'accouchement

- Hémorroïdes
- Crevasses
- Douleurs périnéales
- Tranchées