



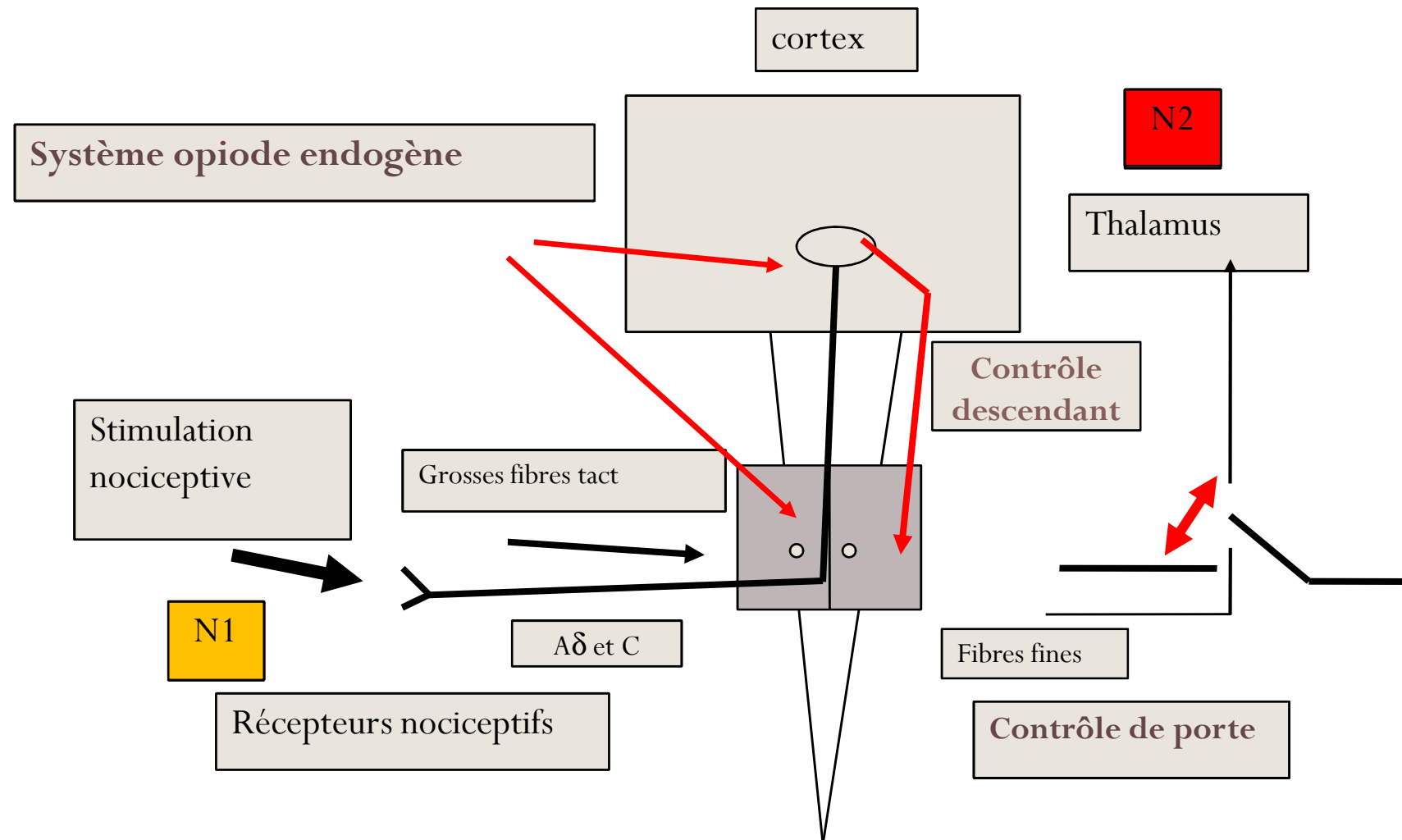
Congrès conjoints d'hématologie
VI^e Congrès de la SAFHEMA
I^{er} Congrès de la So.Ma.HO

La prise en charge de la douleur chez le drépanocytaire en Afrique : *le point de vue du médecin*

Dr Bernard Devalois
Chef de service Médecine palliative
CHRD Pontoise



Nociception : modulation de l'information

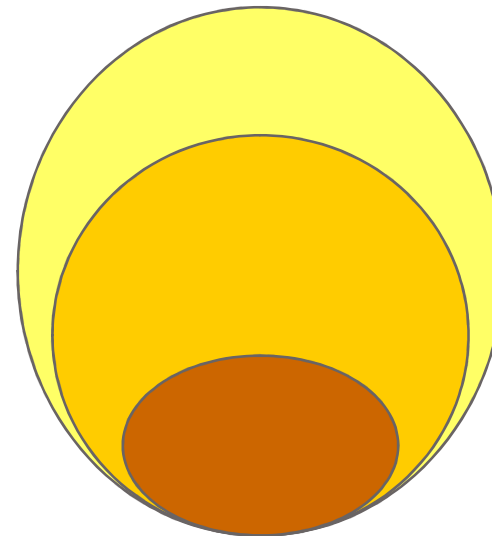


Composante émotionnelle et cognitive et comportementale

De la nociception à la douleur ressentie :
de nombreux facteurs interviennent ...

Douleur :

Composante sensorielle,
émotionnelle et cognitive +
Aspects comportementaux

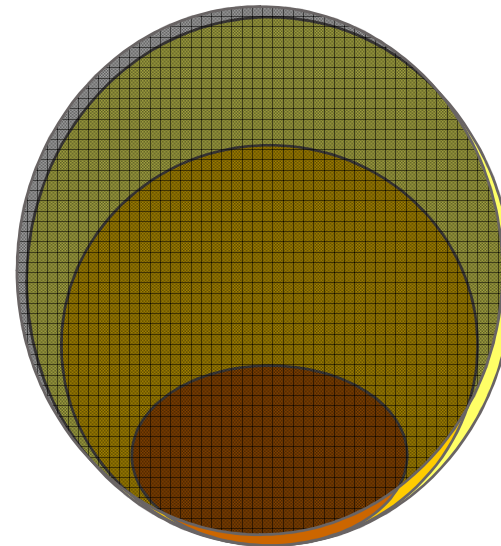


Composante émotionnelle et cognitive et comportementale

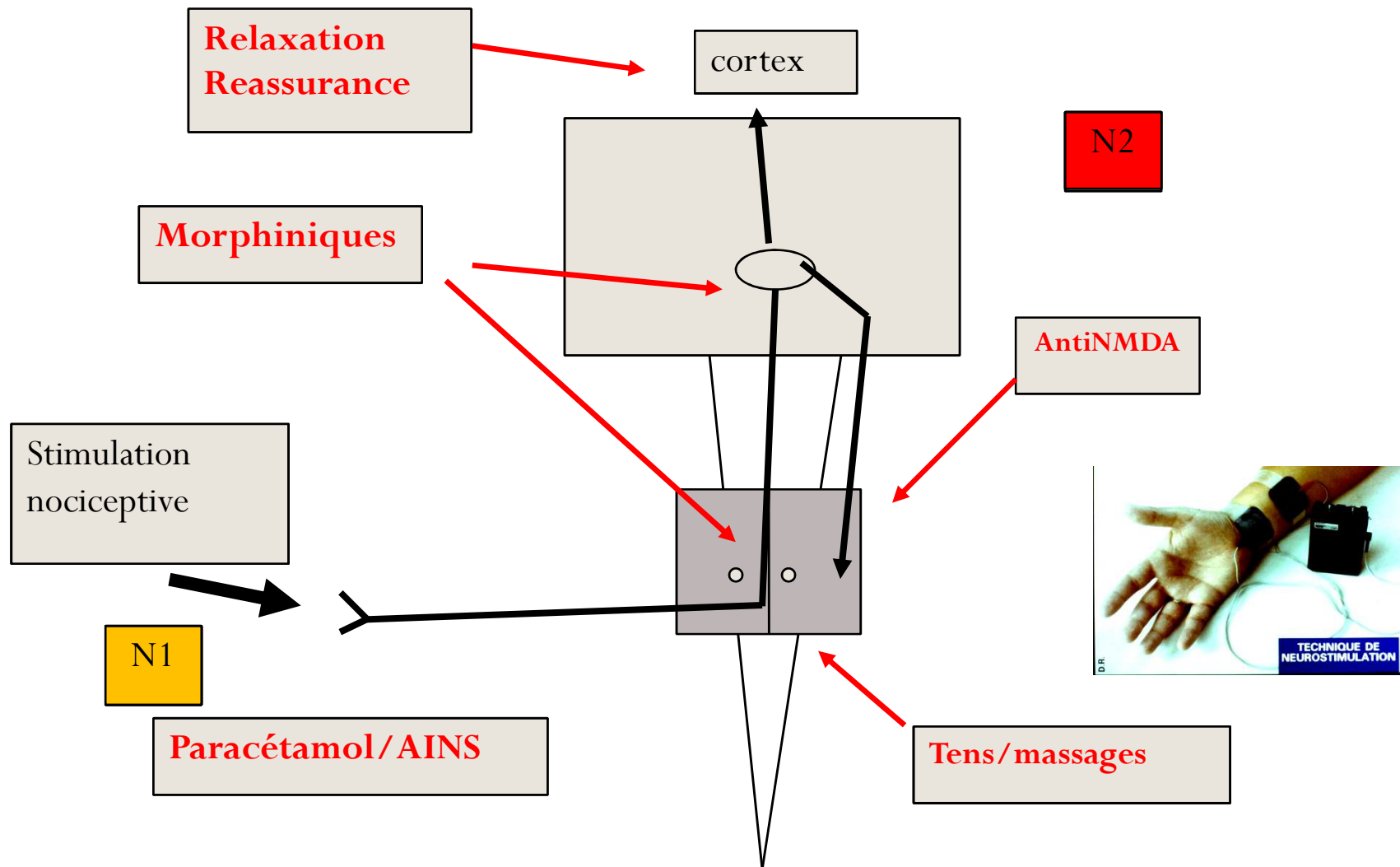
De la nociception à la douleur ressentie :
de nombreux facteurs interviennent ...

Douleur :

Composante sensorielle,
émotionnelle et cognitive +
Aspects comportementaux

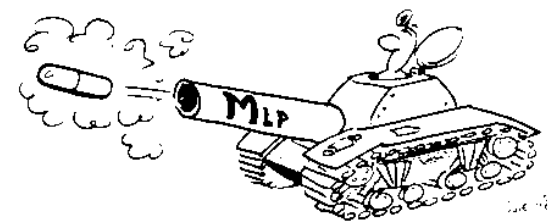
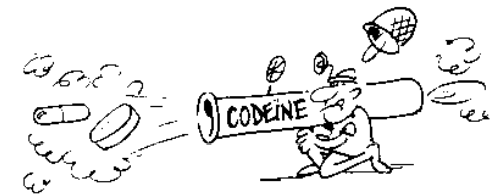
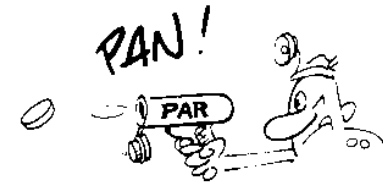


Stratégies antalgiques



Principes thérapeutiques

- Evaluer la douleur (EN/EVS/Hétéroévaluation)
- By the mouth, by the clock, by the ladder
- Dose de base + dose de secours
- Titration de la douleur
- Différentes cibles (recherche de synergie)
- Recours aux méthodes non pharmacologiques
- Intégrer les différentes composantes

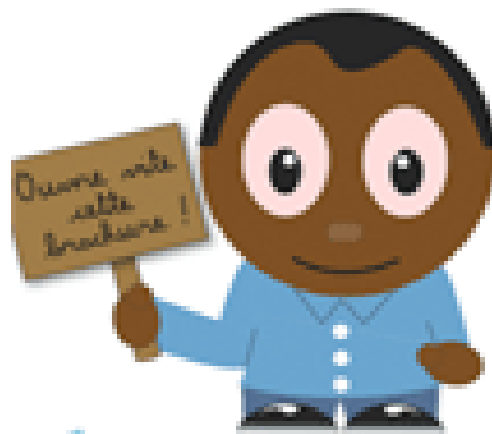


Spécificités douleur et drépanocytose

- La douleur chez le patient drépanocytaire a de nombreux points communs avec une douleur aiguë classique (hypernociception) MAIS
 - Il existe des accès douloureux à répétition → impact la dimension cognitive
 - La maladie met en jeu le pronostic vital → impact la dimension émotionnelle
 - Les points douloureux sont multiples durant la CVO
 - Il peut survenir un syndrome douloureux chronique

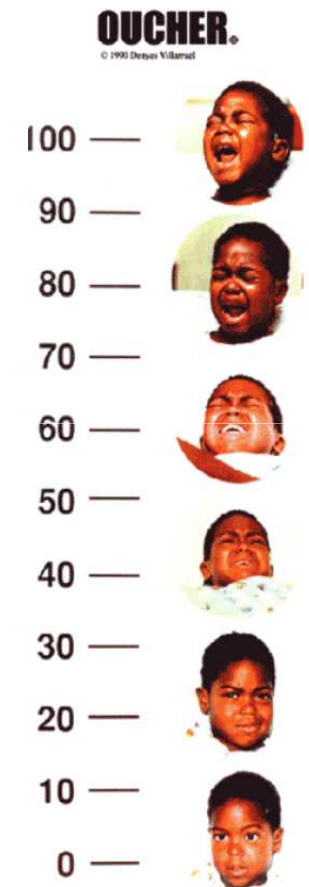
Quelles stratégies antalgiques pour le drépanocytaire en Afrique ?

- La prise en charge des accès douloureux est peu satisfaisante dans les pays du nord
- Des recommandations existent (mais validation reste à venir) + inadaptées à la plupart des situations en Afrique
- Nécessité de réfléchir à des schémas spécifiques



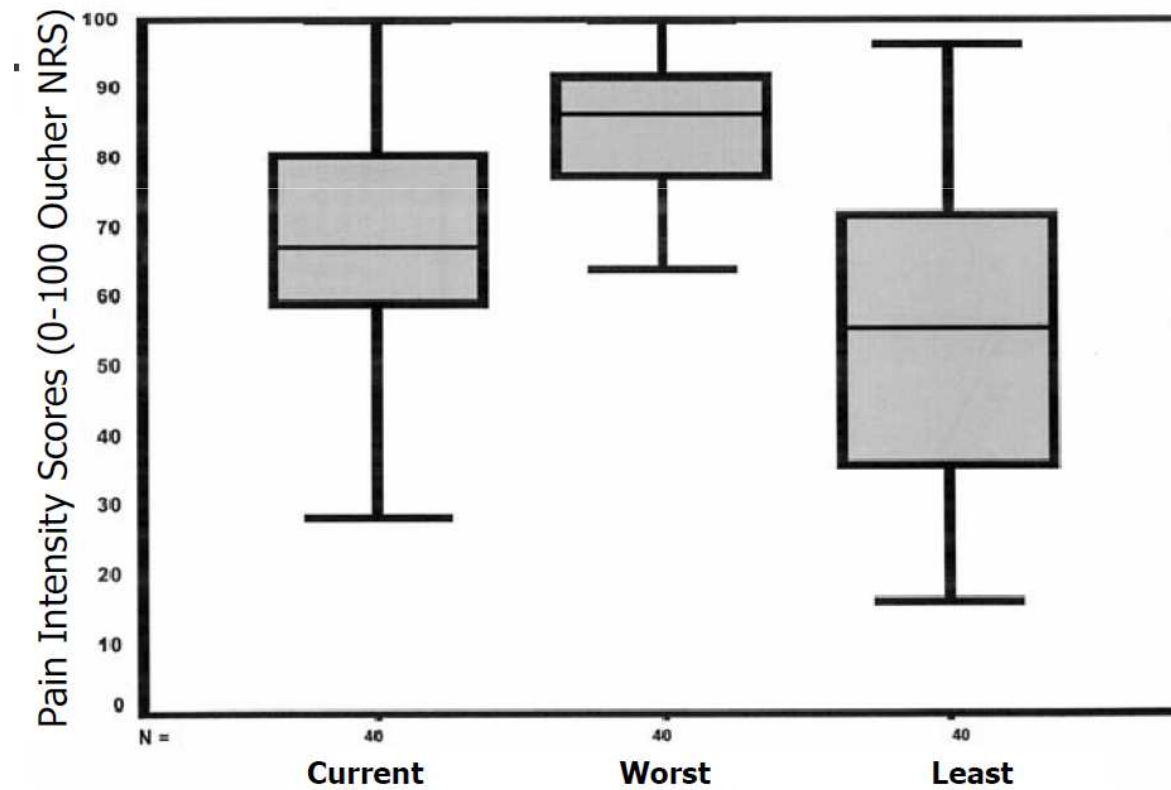
Evaluation de la douleur systématique lors de la cs initiale et de chaque cs de suivi

- Validation de l'échelle d'évaluation : EN, EVS, Visages par questionnaire initial
- Questionnaire systématique lors des cs de suivi : qualitatif et quantitatif
- Historique tracé des accès douloureux et du traitement



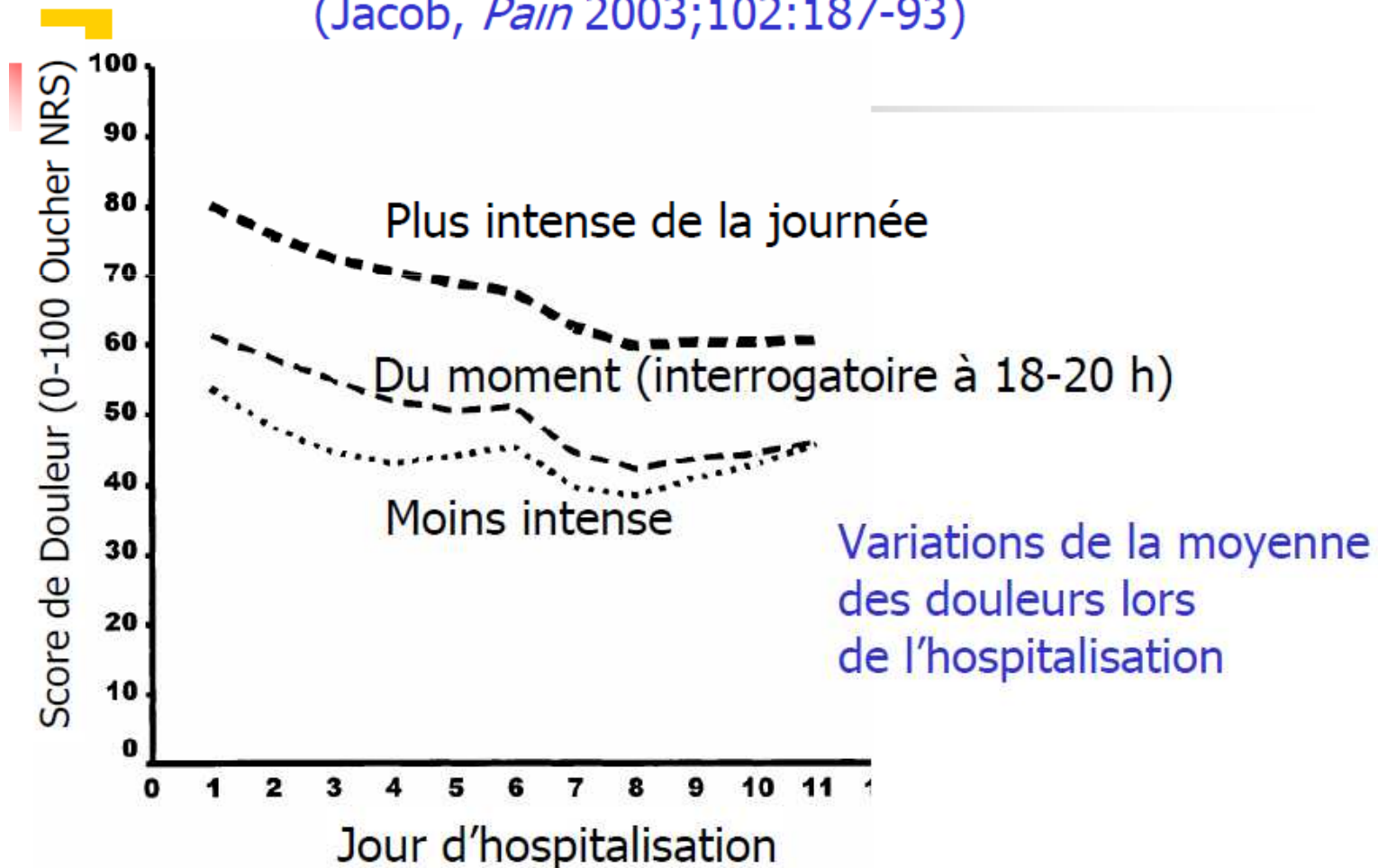
Evaluer les variations de la douleur

(Jacob, *Pain* 2003;102:187-93)



Des durées de quelques jours

Variations de la douleur lors des crises (b)
(Jacob, *Pain* 2003;102:187-93)



Education thérapeutique

Exemple d'ordonnance à remettre en cas de CVO

En cas de douleur :

Boissons abondantes

1) Prendre : **paracétamol** : 15 mg/kg/dose soit : _____ sous forme de : _____
Pour la première prise, prendre une dose double, renouveler la dose « simple » toutes les 6 heures

2) Si insuffisant (l'enfant continue à se plaindre, ne veut pas jouer, a des raideurs, pleure, grimace...), prendre 45 à 60 minutes plus tard : **ibuprofène** : 10 mg/kg/dose soit : _____
sous forme de : _____
Renouveler toutes les 6 heures

3) Si insuffisant, prendre 45 à 60 minutes plus tard : **codéine** : 0,5 à 1 mg/kg/dose soit : _____
sous forme de : _____
Renouveler toutes les 6 heures

4) Pour les douleurs de ventre, ne pas prendre l'ibuprofène : donner **Spasfon® Iyoc**
et/ou **Viscéralgine®** sous forme de : _____

5) Si l'enfant n'est pas assez soulagé, ou si la douleur est très forte dès le début, **consulter aux urgences à l'hôpital**

Prise en charge standardisée des accès hyperalgiques des CVO

- Objectif réduire la douleur à un niveau supportable en moins de 60 minutes après l'arrivée en milieu hospitalier et de manière stable et durable durant toute la crise (y compris la nuit) aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte

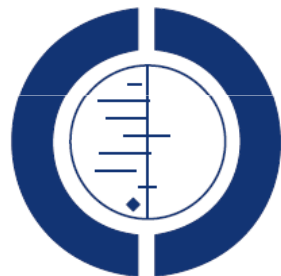


La revue de Cochrane

AUTHORS' CONCLUSIONS

**Pain management for sickle cell disease in children and adults
(Review)**

Dunlop R, Bennett KCLB



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Implications for practice

• A single or combination of pharmacological interventions that completely abolish acute sickle cell

• Some evidence that parenteral NSAIDs may have a significant effect. While more work is needed to confirm this, NSAIDs should be considered during acute pain management. Recommendation is based on the work in acute pain (

• Sustained-release oral opioids, coupled with readily available analgesia, appear to be an effective alternative to parenteral opioids in children. Oral opioids should be considered for acute pain crises unless there is clinical evidence that the patient cannot take or absorb oral medications.

- Parenteral corticosteroids may accelerate resolution of acute pain episodes, thereby shortening hospital length-of-stay. A single dose can be effective in the immediate-term but there appears to be a risk of reactivation of pain in some patients. It is not yet clear whether corticosteroids used for 48 hours is more effective in preventing this.



Quelques idées forces

Il existe un effet synergique des AINS IV à l'action des morphiniques. Ils doivent être intégrés dans la stratégie (preuves à confirmer)

Morphiniques per os à LP + LI en dose de secours :
alternative à IV

Recours IV si absorption PO pas possible

Corticoïdes IV accélèrent la diminution de la douleur aigue et raccourcissent la durée d'hospitalisation (une dose unique est efficace mais possible réapparition après 48 h ... pas d'évidence pour dire que l'utilisation sur 48h est plus efficace' (« ((



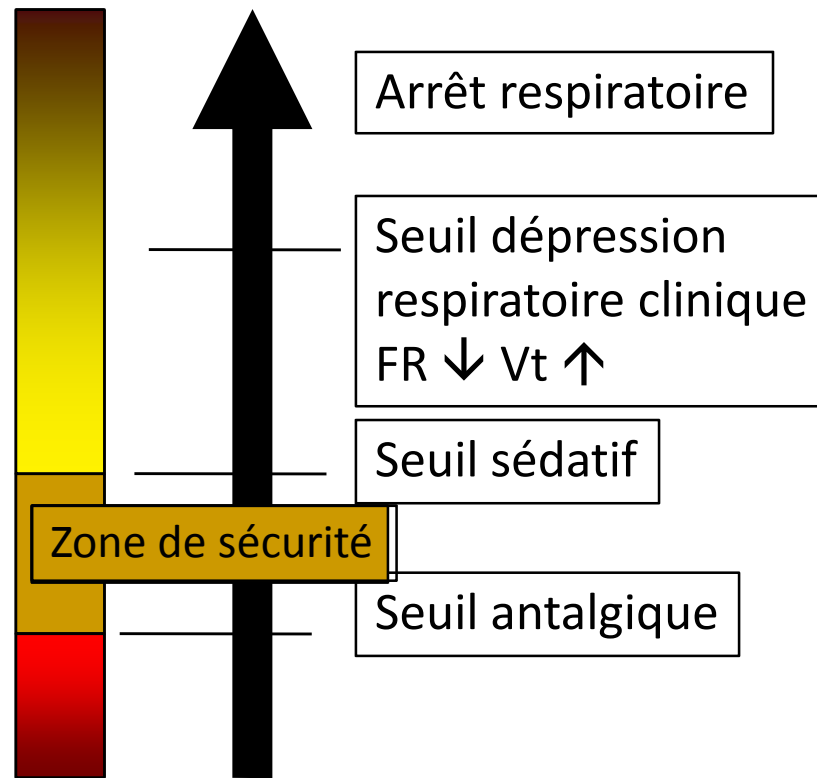
Quelques idées forces

Bonnes pratiques : Importance de l'examen clinique et de la recherche de pbs sous jacents, évaluation fréquente de la douleur par échelle appropriée, disponibilité rapide de doses de secours.

De nouvelles études sont indispensables pour valider les schémas ttt

Pour valider de nouvelles stratégies par étude comparative il faudrait avoir une stratégie de référence

La titration : c'est quoi ?



L'objectif est de déterminer le plus vite possible **la dose correcte** située dans la **zone de sécurité**. Il faut déterminer la dose permettant d'obtenir un taux plasmatique de morphine supérieur au seuil antalgique et inférieur au seuil sédatif.

C'est la titration !

**Syndromes drépanocytaires majeurs
de l'adulte**

Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare

Janvier 2010

Prise en charge thérapeutique

Traitement symptomatique de la douleur : nécessité d'une titration initiale de morphine puis administration de bolus soit avec une PCA soit par bolus espacés
Lutte contre les facteurs susceptibles de l'aggraver ou de la pérenniser.

Titration initiale (IV)

Dose de charge : 0,1 mg/kg de morphine

- Réinjection de 3 mg toutes les 5 minutes jusqu'à l'obtention d'une analgésie correcte, c'est à dire douleur cotée < 4 sur l'échelle visuelle analogique (EVA)
- Surveillance au même rythme que les injections, de la fréquence respiratoire (FR), de l'échelle de sédation (EDS) durant la titration
- La survenue d'une sédation ou d'une FR < 10 impose l'arrêt de la titration

Mise en place d'une PCA

Bolus de 2 mg/ 15 minutes
dose maximale de 16 à 24 mg
toutes les 4 heures
Pas de dose continue

Pas de PCA

Bolus discontinu de 5 mg toutes les 2
à 4 heures selon l'intensité de la
douleur
Pas de dose continue

Chez l'enfant : place de la nalbuphine ?

- 1) **MEOPA** : inhalation possible dès l'arrivée pour un soulagement initial et pour la pose d'une voie veineuse
- 2) **AINS injectable** : Ketoprofene (Profénid®) IVL 1mg/kg ou AINS oral par ex ibuprofène 10 mg/kg/ 8 heures Sauf si contre-indication !
- 3) **NUBAIN®** 0,4 à 0,5 mg/kg intra-rectal, ou 0,2 à 0,3 mg/kg IVL

Réévaluation > 30 minutes

Si douleur < 4 : Poursuivre NUBAIN® IV discontinu 0,2 à 0,3mg/kg/4 h Ou NUBAIN® IV continu 1,5 mg/kg/24h + Associer paracétamol IV ou oral : 15 mg/kg/ toutes les 6 heures, sans dépasser 60 mg/kg ou AINS* IV : kétoprofène (Profénid®) 1 mg/kg en intraveineuse lente (IVL) ou AINS* oral (parexemple, ibuprofène 10 mg/kg/ 8 heures)

Sinon morphine IV ou on passe 3 et va à la morphine directe

Titration par morphine orale

Pour l'utilisation de la morphine par voie orale, il est recommandé :

- une dose de charge de 0,4 à 0,5 mg/kg sans dépasser 20 mg de morphine à libération immédiate (comprimés ou sirop) ;
- une titration avec 0,2 ou 0,4 mg/kg de morphine à libération immédiate toutes les 30 minutes jusqu'au soulagement de la douleur, sauf en cas de sédation excessive ;
- puis un relais par morphine à libération prolongée, 2 à 5 mg/kg/24 h, avec des interdoses de 0,2 à 0,3 mg/kg de morphine à libération immédiate toutes les 2 à 4 heures si l'enfant n'est pas soulagé.

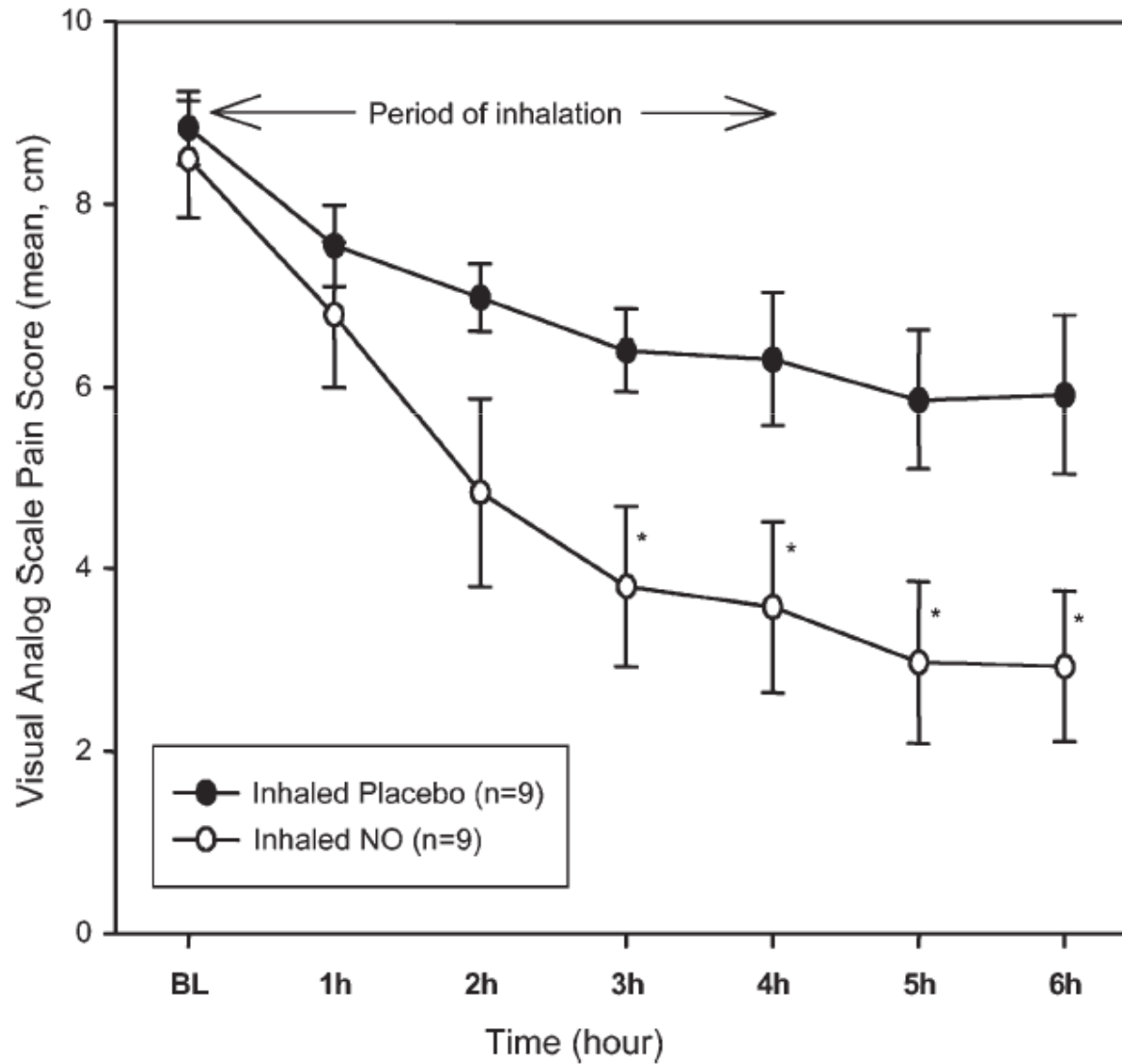
En cas d'absence de soulagement sous morphine

Il est proposé :

- l'inhalation de **MEOPA** 20 à 30 minutes, qui soulage temporairement, sans dépasser 3 inhalations par jour, associée éventuellement à de petites doses de **kétamine** ;
- une **analgésie locorégionale** ;
- plus rarement, le recours à une **transfusion** (ou à un échange transfusionnel en cas de taux d'hémoglobine supérieur à 9 g/dl)

Beneficial effects of nitric oxide breathing in adult patients with sickle cell crisis

C. Alvin Head,^{1*} Paul Swerdlow,² William A. McDade,³ Ratan Mani Joshi,⁴ Tohru Ikuta,¹ Melanie L. Cooper,⁵ and James R. Eckman⁶



questions

- Place exact des Ains IV et des corticoïdes
- Place des morphiniques per os (LI et LP)
- Place de la titration IV
- Place de la PCA avec ou sans débit continu
- Place du MEOPA
- Place des techniques non médicamenteuses (chaud/froid, TENS, massages, relaxation, ...)
- Place de la kétamine



Prendre n compte le syndrome de douleur chronique

416 *Journal of Pain and Symptom Management*

Vol. 40 No. 3 September 2010

Review Article

A Review of the Literature on the Multiple Dimensions of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease

Lou Ella V. Taylor, RN, MSN, CNS, Nancy A. Stotts, RN, EdD, FAAN, Janice Humphreys, PhD, RN, NP, FAAN, Marsha J. Treadwell, PhD, and Christine Miaskowski, RN, PhD, FAAN

Department of Physiological Nursing (L.V.T., N.A.S., C.M.) and Department of Family Health Care Nursing (J.H.), University of California at San Francisco, San Francisco; and Sickle Cell Center (C.M.), Children's Hospital & Research Center, Oakland, California, USA

Rechercher des synergies thérapeutiques

- Agir sur les récepteurs morphiniques ET en périphérie sur les nocicepteurs ET sur les mécanismes de modulation médullaires non liés aux substances opioïdes endogènes
- Agir sur la composante cognitivo émotionnelle (Calmer vite la douleur pour diminuer la douleur de la prochaine crise)
- Importance cruciale de l'évaluation pour adapter le traitement

Une nécessité : élaborer un schéma tenant compte des spécificités africaines

- Objectif : un **séminaire de travail** validant des recommandations applicables en Afrique (modulées entre CSP et centres spécialisés)
- Constituer un groupe de travail chargé de préparer la conférence de consensus et de trouver les financements
- Un objectif pour le CRLD de Bamako pour 2012 ?

