129 eme Congrès de SFROL Journée des infirmiers 30 éme édition



Gestion De La Douleur En Situation Palliative Dans Les Cancers ORL

« Rôle De L'infirmier »

F.BERRAFAA

Centre de lutte contre le Cancer Sidi-Bel-Abbès Algérie Paris la Défense les 06 et 07 octobre 2023



INCIDENCE MONDIALE

19,3 millions de nouveaux cas



2020



10 millions de décès

Les cancers de la cavité orale pharynx

75 % des cancers des VADS

4 éme rang des cancers

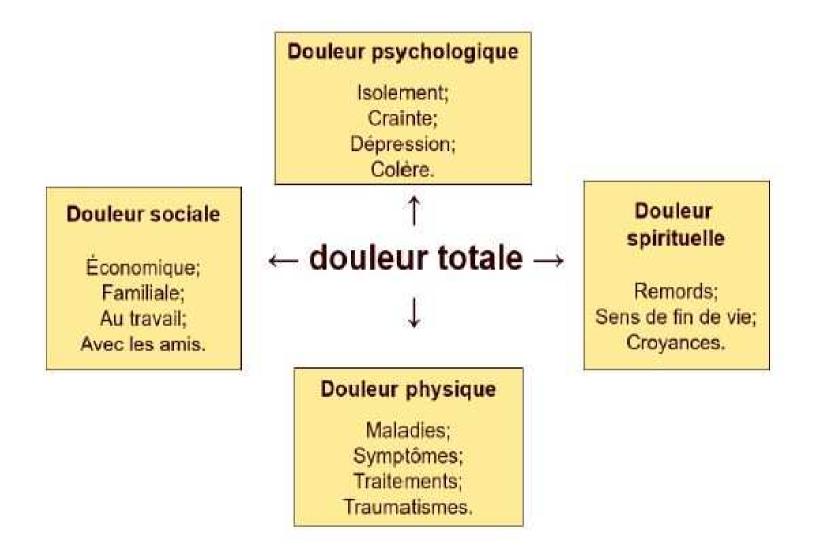
Incidence a diminué depuis 1980 chez l'homme

a augmenté chez la femme

/intoxication alcoolo-tabagique plus récente dans le sexe féminin (pour l'HPV on ne peut ici conclure le lien avec la femme...).

Douleur OMS

- Expérience sensorielle, angoissante, désagréable selon l'importance de la lésion.
- Souvent pas en rapport avec la maladie.



(Jacquemin & De Broucker, 2014)

Caractère multidimensionnel de la personne une conception globale ou totale.

Douleur est présente:

55 %: sous traitement en cours

66 % : stade avancé, métastatique ou en phase terminale

39 % : douleurs séquellaires [1].

survenant à distance de la maladie et après traitement curatif

Ces données ont peu évolué depuis plus de quarante ans [2], constat interpellant qui souligne, notamment, la complexité de prise en charge des douleurs du cancer.

La douleur dans les cancers ORL Particularités

Intensité: caractère érosif et/ou infiltrant,

lésions muqueuses,

inflammation /ischémie tissulaire,

envahissement des structures nerveuses.

Innervation cervico-faciale+++,

exérèses secondaires à la chirurgie et la radiothérapie

Permanence: éléments déclencheurs: alimentation, déglutition:

Atteinte sensitive du larynx: stase salivaire+++

Risque de fausses routes en post-opératoire





Rôle de l'infirmier



- > Evaluation initiale de la douleur
- > Outils actualisés dans l'évaluation Infirmière:
- 1- la fiche d'anamnèse

- 2- tableaux évaluatifs
- > Gestion de la douleur en soins palliatifs.

DOULEUR PRÉOPÉRATOIRE

20 à 59 % avant tout traitement = dénutrition.

DOULEUR AIGUË POSTOPÉRATOIRE

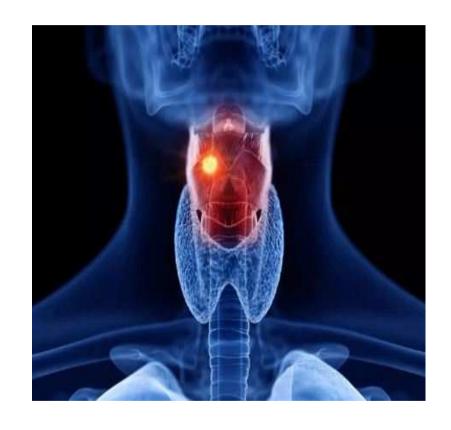
après chirurgie cervico-faciale valeur moyenne de 66 ± 20 mm,

< 30 mn au bout de 48 heurs.

DOULEUR CHRONIQUE SEQUELLAIRE

39 % VS 3 % : une récidive cancéreuse

Neuropathiques : 25 % à 60 % voire 93 %



Le Praticien en Anesthésie Réanimation

Volume 21, Issue 3, June 2017, Pages 138-142

Douleur post-opératoire en cas de chirurgie pharyngo-laryngée

Certaines chirurgies carcinologiques du pharynx et/ou du larynx, peuvent donner des douleurs post-opératoires intenses, maximales dans les premières heures puis s'atténuant progressivement dans les 48 à 72 heures

Mom T, Commun F, Derbal C, Dubray C, Eschalier A, Bost P et al. Evaluation de la douleur postopératoire en chirurgie carcinologique cervico-faciale. Rev Laryngol. Otolol. Rhinol 1996; 117 (2): 93-6.

McGill de Melzack: major properties and scoring methods

Pain 1975 Sep;1(3):277-299

1. Données biographiques de la personne malade - Âge, sexe Caractéristiques de la personnalité (introvertie ou extravertie : anxieuse : dépressive : optimiste ou pessimiste). - Quel souvenir de la douleur a-t-elle enregistré? - Quelle connaissance a-t-elle de sa maladie et de son pronostic? - Quelle est sa manière d'exprimer sa douleur ? (observation du non-verbal utilisé : postures, grimaces, comportements agressifs ou autres) - Il faut redoubler de vigliance dans l'observation du non-verbal chez les personnes semi-conscientes ou inconscientes (agitation, gémissements, spasticité) - Quel est son seuil de douleur ? A-t-elle de la réticence à admettre l'intensité de sa douleur ou a-t-elle tendance à l'exagérer? Quels sont les facteurs pouvant augmenter ou diminuer sa douleur? - Se sent-elle fatiquée ? - Se nourrit-elle à sa satisfaction ? - Dort-elle bien ? Fait-elle des cauchemars ? - Existe-t-il d'autres problèmes, tels la nausée, les vomissements, la dysphagie, la constipation, une plaje de siège, etc? - Entrétient-elle des inquiétudes ou des peurs concernant sa maladie, sa famille, etc. ? (Peut-elle les exprimer et parler de ses émotions avec une certaine aisance ?) Quelles sont ses méthodes personnelles pour soulager sa douleur? - Comment aime-t-elle se distraire? Soutien social. Quelle est la qualité de son soutien social ? - Qui est sa personne significative? Quelle est la nature des rapports entre elle et cette personne? - Y a-t-il présence ou retrait de la famille et d'amis ? L'observation de la dynamique famillale est un élément-dé de l'évaluation. 3. Crovances et valeurs Quelle est son origine ethnique? Quelle est sa facon d'exprimer la douleur? - Adhère-t-elle à une croyance religieuse, à une secte ? Quel est pour elle le sens de la souffrance? - Pratique-t-elle les rites de cette croyance? - Désire-t-elle la visite de l'aumônier ou du représentant de son culte ? La nature des réponses que la personne malade trouve en elle et autour d'elle peut influencer l'intensité de la douieur ressentie. 4. Hospitalisation Quelle perception a-t-elle de son hospitalisation? - Se sent-elle en situation de contrôle ou en perte de contrôle de son environnement? - Existe-t-il des éléments de l'environnement qui influencent sa réponse à la douleur (bruits, visiteurs, autres malades, heures des visites et des soins)?

riche d'ananinese

- ✓ Données bibliographiques: dénutrition/ Sarcopenie
- ✓ maladie et de son pronostic?
- ✓ dynamique familiale?
- ✓ Croyance et valeur ? origine ethnique croyance religieuse, à une secte
- La nature des réponses que la personne malade trouve en elle et autour d'elle peut influencer l'intensité de la douleur ressentie
- ✓ seuil ? A-t-elle de la réticence à admettre l'intensité de sa douleur ou a-t-elle tendance à l'exagérer ?
- Quels facteurs augmentent ou diminuent?
- ✓ Environnement? qui influencent sa réponse à la douleur (bruits, visiteurs, autres malades, heures des visites et des soins) ?

Personne Âgée

- > expressions faciales,
- > verbalisations,
- > mouvements corporels,
- > changements de routine et d'activités,
- > perturbations de l'état mental
- > changements dans les interactions interpersonnelles.

```
Aubin et al.,2007;

Bjoro & Herr, 2008;

Chatelle et al., 2008;

Herr, 2010;

Herr et al., 2011;

Zwakhalen, Hamers, Abu-Saadet al., 2006),
```



L'évaluation De La Douleur

Doit tenir compte des difficultés ou de l'impossibilité de parler (trachéotomietrachéostomie).



Rôle de l'infirmier



- > Evaluation initiale de la douleur:
- > Outils actualisés dans l'évaluation Infirmière:
- 1- la fiche d'anamnèse

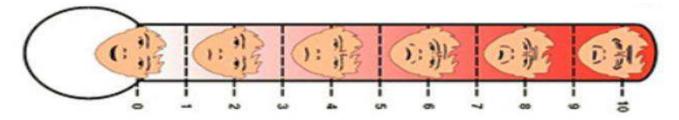
2- tableaux évaluatifs

> Gestion de la douleur en soins palliatifs.

Auto évaluation de la douleur Pré-Thérapeutique

• Échelle visuelle analogue (EVA)

- Échelle numérique
 - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Douleur extrême)
- Échelle verbale
 - Pas de Douleur Douleur Douleur Douleur Douleur Bouleur faible modérée sévère très sévère extrême
- Échelle de Gélinas



Hétéro évaluation

- ✓ DOLOPLUS-2
- ✓ PACSLAC-F
- ✓ CPOT (Critical-care Pain Observation Tool).

(Voyer, 2013) Soins infirmiers aux aînés

ı	
l	
ı	
ĺ	
ļ	
l	
ı	
ı	
I	
d	

			L	VCI	ATES	
MOM	Presonn					
Closervetion Componentierede	SOMMINGHE		-	-	- 1	
1 • Plaintins somatiques	pass the planter plantes unappeared b to substantion plantes appeared b to substantion plantes spontantes continues		0 + N H	0 - N M	DHAS	0 + 0 H
2 • Positions antaigiques au repos	pas de position ambigações de facco occasioneste position ambigaçõe permanente as efficace position ambigaçõe permanente ingificace		0 = 0.5	0 - 4 5	0 = 0.0	5 = N. fl
3 - Protection de comes douloureuses	pais de protection protection à la schichampe is brightent pas la poursule de foxement du des semi- protection à la schichampe impachant tout experient ou soms protection la repos, en l'observe de toute solicitation.	Met. Scient.	DeNA	0-44	DMAH	DENE
4 - Menique	menigae traditional exprimer la deuteur à le sofficialden menigae semblent exprimer la douteur au l'acteure de soute sonicitation minique innequientles en politiques en Cateure de soute sonicitation	Rgne, ragger wide	OFNE	O-NH	0+88	DFNM
5 - Sammesi	dufficialité d'endomissement deficialité d'endomissement sécurit Pagnons fagallation maintait securit Pagnons felentitésement sur les printses d'ével		G = N M	0 - N M	0 = 11 %	0 - 0.00
RETENTISSEMENT	PSYCHOMOTEUR					
6 - Todhana et/Jou hetsilinge	 poseticitade nutridualise inchienções paissibilidas habitularies peus disminudes (professivenesse mais completé) prossibilidas habitularies tres disminudes (professivenesse mais permitage estare difficiles et partient collimite et/les habitilinge improssibles, le mais de expetiment son opposition à toute terratére. 	se or partiess	D=NF	Q T N M	0-45	0 - 4 11
7 • Menverments	 possibilities habitación school finities (a materia done contains materiales, dinaras son parameter de materiales habitación school finities, forecas organismos habitación school en possibilities habitación, activos en possibilities proposibilities habitación, activo especialities organismos proposibilities activos sons recommenda e accommenda e possibilities. 	chemicals acm peterminen thi marchad	0 = h m	O - N M	0 + 8 8	O = N M
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL	PSYCHOSOCIAL					
8 - Communication	intermediate (in personal attentification of intermediate consistences of intermediate (in personal attention) difference on refers (in four confirmation)		Dean	0 - 4 M	0-48	0 = 0.0
9 Vie sociale	poetrolgouion furbalismo suo differenties sedivitida Vegada, printrationi, abellean participamon son differente actividad similprement a la solicitation robus pontes do participantes suo differentes activides.	. Profesiopelantiquem. 3	0 = N M	0 - 4 11	0 = 6 ft	0 - 4 5
10 • Troubles du comportement	componenting institutes reachies du componentent à la sollichation et adouil reachies du componentent à la sollichation et permanent reachies du componentent à la sollichation et permanent		denn	ō - N A	0 H N H	$G \vdash N \vDash$
		SCORE				

White Chartes displaying the city of the

Un résultat plus grand ou égal à 5/30 témoigne de présence de douleur.

0 1 2 0	icateurs / Score (0 à 8) Détendue, neutre Tendue (haut ou bas du visage) Grimace (haut et bas du visage) Absence de mouvement ou position normale	Aucune tension musculaire observable au niveau du visage a. Front plissé et sourcils abaissés b. Yeux serrés c. Tout autre changement (ex. ouvre soudainement les yeux, présence de larmes lors de la mobilisation) a. Yeux fermés, serrés c. Soucils abaissés a. Immobile; ne bouge pas d. Plis nasolabiat non dirigés ve	ion liveau du visage b. Yeux serrés inement les yeux, on) b. Front plissé
0 7 0	rendue, neutre ndue aut ou bas du visage) imace aut et bas du visage) sence de mouvement i position normale	Tor Pro	h. Yeux serrés b. Yeux serrés inement les yeux, on) b. Front pilssé
0 3 1	ndue aut <u>ou</u> bas du visage) imace aut <u>et</u> bas du visage) sence de mouvement i position normale	F 5 2 2 2 2 E E	b. Yeux serrés inement les yeux, on) b. Front plissé
0 8	imace aut et bas du visage) sence de mouvement i position normale	11 201 11 70 5	1523
0	sence de mouvement i position normale	1775	d. Piis nasolabiaux
0	LIGHT WILLIAM CONTROL CONTROL CONTROL	une absence de douleur)	 b. Position normale (mouvements non dirigés vers la douleur ou non réalisés dans le but de se protéger de la douleur)
Nements corp	Mouvements de protection	Mouvements lents et prudents Louche ou frotte le site de la douleur C. Se dirige vers le site de la douleur	 d. Attire l'attention en tapant du pied ou des mains e. Tout autre mouvement noté dans les notes
2	Agitation	a. The sur ses tubes b. Essaie de s'assoir dans son lit c. Bouge constamment	d. Ne collabore pas e. Repousse le personnel f. Tente de passer par-dessus les barreaux de lit
0	S'exprime normalement ou demeure	emeure silencieux	
resile Gér	Gémit, soupire		
Voc	ie, pleure		
0 0	Detendu	Absence de résistance aux mouvements; tonus normal	tonus normal
1	Tendu, rigide ou crispé	Résistance aux mouvements	
N OSNILL	Très tendu, rigide ou crispé	 a. Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements b. Serre les poings 	nouvements

Un résultat plus grand ou égal à 3/8 témoigne de présence de douleur.

Critical Care Pain Observation Tool

Facial expression No muscular tension observed Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening, and levator contraction All of the above facial movements plus eyelid tightly closed Body movements Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain) Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/ thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed Muscle tension No resistance to passive movements Evaluation by passive flexion and Resistance to passive movements. Strong resistance to passive movements, inability to complete them Complete them Complete them Complete them Alarms not activated, easy ventilation Alarms stop spontaneously Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated	Describtion	Score	
ly movements scle tension luation by passive flexion and Bension of upper extremities npliance with the ventilator tubated patients) alization (extubated patients)	erved ow lowering, orbit tightening,	Relaxed, neutral Tense	0 - 0
ly movements scle tension luation by passive flexion and Bension of upper extremities soliance with the ventilator Atubated patients) calization (extubated patients)	overnents plus eyend tignity	Stiffdeling	7
scle tension luation by passive flexion and Fension of upper extremities npliance with the ventilator tubated patients)	ss not necessarily mean	Absence of movements	0
scle tension luation by passive flexion and Fension of upper extremities npliance with the ventilator tubated patients)	its, touching or rubbing the tion through movements	Protection	-
scle tension luation by passive flexion and Resistance to ension of upper extremities Strong resist complete the high patients and a strong resist complete the high patients and a strong resist complete the high patients and a strong resist complete the high patients activated activated activated in no resistance to strong resist complete the patients.	to sit up, moving limbs/ g commands, striking at staff, ed	Restlessness	2
luation by passive flexion and Resistance to ension of upper extremities Strong resist complete the npliance with the ventilator Alarms not a rubated patients) Alarms stop Asynchrony: activated activated activated in nc	movements	Relaxed	0
ension of upper extremities Strong resist complete the strubated patients) Alarms not a Alarms stop strubated patients) Asynchrony: activated activated in no a strivated activated activated in no activated ac	vements	Tense, rigid	-
npliance with the ventilator Alarms not a stubated patients) Alarms stop asynchrony: activated activated activated in no	ive movements, inability to	Very tense or rigid	7
Alarms stop Asynchrony: activated alization (extubated patients) Talking in no	sy ventilation	Tolerating ventilator or movement	0
activated activated activated activated alization (extubated patients) Talking in no	sly	Coughing but tolerating	- 0
Vocalization (extubated patients) Talking in normal tone or no sound	nation, atains irequently	righting vertillator	N.
	ur no sound	Talking in normal tone or no sound	0
Sighing, moaning Crying out, sobbing		Sighing, moaning Crying out, sobbing	- 2

Outils et douleur en ORL Post-op

Patient communiquant,

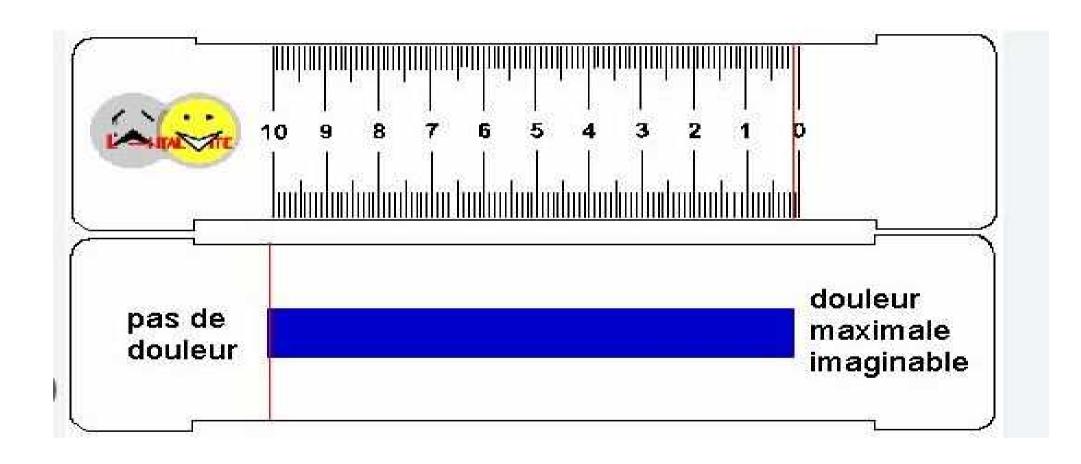
3 méthodes validées:

- **!** Echelle visuelle analogique (EVA),
- * Echelle numérique (EN)
- * Echelle verbale simplifiée (EVS).

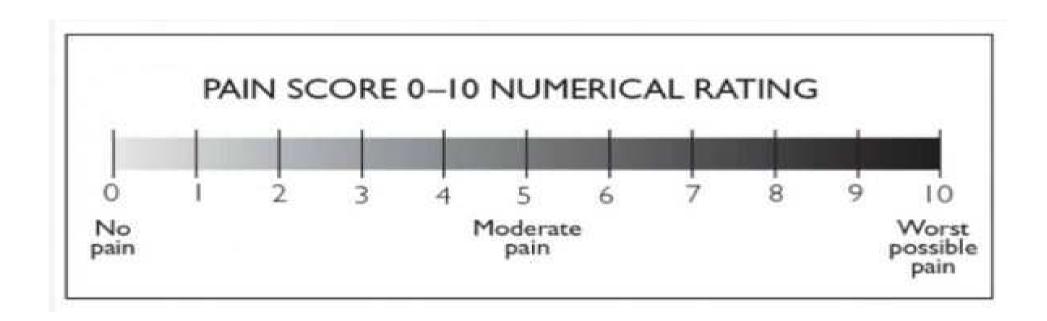
But: réduire le caractère subjectif de la douleur.

Le seuil thérapeutique est de 30 mm sur une échelle de 0

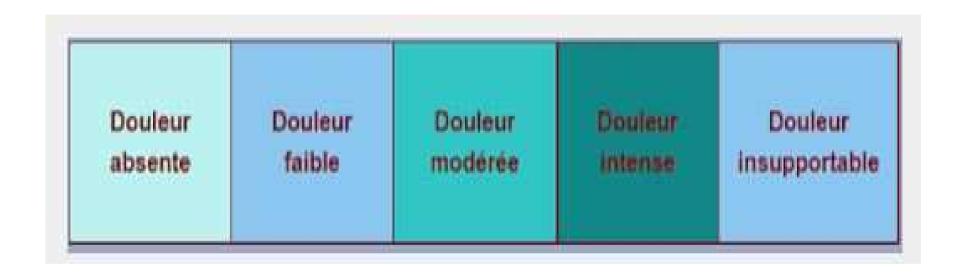
Echelle visuelle analogique (EVA)



Echelle numérique (EN)



Echelle verbale simplifiée (EVS)





Rôle de l'infirmier



- > Evaluation initiale de la douleur:
- > Outils actualisés dans l'évaluation Infirmière:
- 1- la fiche d'anamnèse

2- tableaux évaluatifs

> Gestion de la douleur en soins palliatifs.

PRISE EN CHARGE

« En l'absence de médecin, les infirmiers ont le droit de donner des médicaments, y compris de la morphine, en suivant des protocoles précis préétablis par les médecins lors d'une hospitalisation ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ».







« L'infirmière se montrera rigoureuse dans la mise à jour du dossier du profil de la douleur de chaque malade. Elle s'appuiera sur une démarche systématique d'évaluation de la douleur par l'emploi d'outils cliniques pertinents pour décrire les réactions de la personne souffrante, identifier les symptômes, collaborer au traitement pharmacologique et maintenir la communication entre les membres de l'équipe de soins.»

(ACSP, 2002, norme 4)

Douleur modérées à sévères Douleur sévère

Douleur légère à modérées

palier I paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non-stéroïdien



palier II ajout de dérivé morphinique: codéine ou dextropropoxyphène

palier III morphine et dérivés morphiniques Mekri

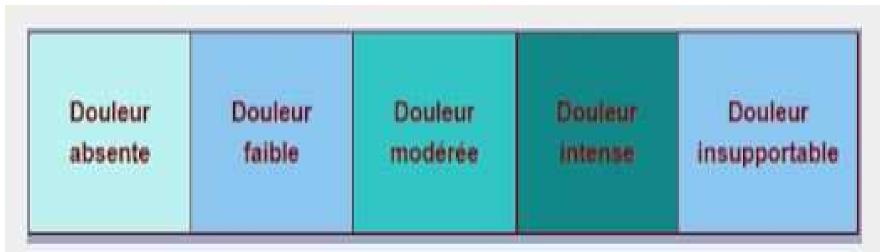
Prénom Mohamed

Mettre une c case corresp			iors des mouvements ou des soins (max.)	au repos (min.)	lors des mouvements ou des soins (max.)	au repos (min.)	fors des mouvements ou des soins (max.)	au repos (min.)	lors des mouvements ou des soins (max.)
(TF)	Douleur trés forte (TF)								
*	Douleur forte (F)								
м	Douleur moyenne (M)								
L	Douleur Higère (L)	中							
	Aucune douleur (O)								

MOM [Berrafaa	PRENOM	Fatima	
SERVICE	Oncologie me	édicale	DATE 18/09/23	
	T ANTAL GIQUE EN COURS.	Palier 1		



Douleur légère à modérées



Echelle verbale simplifiée (EVS)



Le palier 1 concerne le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'aspirine, l'ibuprofène, la noramidopyrine (ou métamizole), etc. En cas de douleur jugée faible ou modérée par un médecin, ces médicaments doivent être prescrits en premier

Les Principes D'administration Des Analgésiques Narcotique

- ✓ Privilégier la voie orale et transdermique
- ✓ Prévenir les effets secondaire inhérents au traitement (naussé, vomissement, constipation,...)

 Le Guide pratique des soins palliatifs de PAPES. (2002)
- ✓ Établir un programme d'enseignement pour expliquer à la personne souffrante et à ses proches les principes d'administration des opiacés.
- ✓ Leur proposer des outils cliniques d'emploi facile pour faciliter leur collaboration, principalement dans le cadre du maintien à domicile publiée par la Société canadienne du cancer (1988)

Prise En Charge De La Douleur Non Médicamenteuse

- ✓ soutien psychologique,+++++++++
- ✓ relaxation,
- ✓ sophrologie, hypnose,
- ✓ neurostimulation,
- ✓ kinésithérapie, massages



Conclusion

- La mise à jour des connaissances dans le domaine du contrôle de la douleur permettra à l'infirmière de dépasser certains mythes qui persistent encore entourant l'utilisation des analgésiques opiacés, notamment la morphine.
- ❖ l'infirmière reconnaît qu'un usage adéquat de la morphine contribue à augmenter la qualité de vie de la personne souffrante en fin de vie qui, sans douleur, peut profiter d'un meilleur sommeil et apprécier la présence de ses proches.
- * l'infirmière fait un premier pas vers l'humanisation des soins de la personne souffrante en reconnaissant les mythes qu'elle entretient au sujet de l'emploi de la morphine.

