



La lettre L'infirmière n°10 et la douleur

Avril
2006

Destinée à tous les professionnels de la santé
Lettre éditée par l'Institut UPSA de la Douleur

Édito

Les deux plans de lutte contre la douleur ont permis une amélioration significative de la prise en charge de la douleur post-opératoire grâce, entre autre, à l'utilisation de la PCA. Les indications de la PCA se sont également développées dans la prise en charge des patients en phase palliative, améliorant ainsi la qualité de vie, d'autant que cette technique est réalisable tant en milieu hospitalier qu'à domicile. Optimiser la prise en charge de la douleur avec une PCA requiert néanmoins des pré-requis indispensables et incontournables qui sont :

- un projet d'équipe coordonné et structuré
- une formation du personnel
- un parc de pompes identiques afin de limiter les erreurs, voire les freins d'utilisation
- un accueil et une information personnalisés du patient.

La mise en place et le développement de cette technique de prise en charge de la douleur doit se faire dans un esprit pluridisciplinaire où sont engagés tous les acteurs de santé au sein des CLUD et des CME de chaque établissement. L'optimisation de la prise en charge de la douleur devrait se poursuivre dans le cadre du troisième plan Douleur 2006-2010.

❖ Laïlla Measson-Bouhafs

Cadre pédagogique infirmier, IFSI Croix Rouge

repères

Bibliographie	p 4
Définitions	p 5
Témoignage	p 7
Congrès	p 8



Dossier

Antalgie, PCA et morphine en soins palliatifs

Hélène FERNANDEZ, Cadre Supérieur de Santé - Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur - Équipe Mobile Départementale de Soins Palliatifs.
Service du Dr Memran - CHU de Nice

La PCA (Patient Controlled Analgesia) est un système actif de perfusion, avec possibilité pour le patient d'auto-administration de doses supplémentaires prédéterminées d'antalgiques à la demande, et permettant une action antalgique pratiquement immédiate. Ceci, dans les limites prescrites par le médecin. L'utilisation de cette technique bien adaptée, avec une prescription ajustée aux besoins du patient, permet un contrôle satisfaisant de la douleur par voie parentérale.

1. Historique

Ce concept est apparu dès la fin des années 1960, grâce à des chercheurs américains travaillant sur l'antalgie et la recherche d'instruments permettant aux patients de s'administrer par voie veineuse de petites quantités d'opiacés pour traiter la douleur. L'évolution de la technologie et de l'informatique ont permis la mise sur le marché de pousse-seringues programmables de plus en plus perfectionnés. Cette technique s'est d'abord développée dans le cadre de la prise en charge de la douleur post-opératoire en salle de réveil. Les unités de soins, la chirurgie ambulatoire, la politique de santé de lutte contre la douleur, la mise en place de structures de prise en charge des douleurs chroniques, le mouvement des soins palliatifs et le plan cancer, contribuent à promouvoir cette technique et à affiner les indications dans ces différentes spécialités.

L'antalgie autocontrôlée peut donc concerner tous les patients, quel que soit le lieu de soin, l'hôpital ou le domicile, à condition que les indications soient bien posées. La prescription, bien adaptée, permet un contrôle très satisfaisant de la douleur. La crainte reste encore la survenue d'effets indésirables comme la dépression respiratoire. À l'heure actuelle, la mise en place d'une PCA s'appuie sur des

référentiels de standards, options, et recommandations rédigées par des experts et sociétés savantes. Elle nécessite une formation médicale et paramédicale, l'élaboration de protocoles, l'utilisation d'outils d'évaluation et de surveillance de la douleur et un descriptif des modalités de mise en œuvre d'une PCA pour un patient donné. Cette technique nécessite que le patient participe à la gestion de sa douleur, et qu'il soit suffisamment informé et éduqué.

La PCA est un moyen d'antalgie parentéral, prescrit par un médecin, contrôlable par un infirmier formé à cette technique, et géré par le patient pour l'administration de doses supplémentaires en fonction de ses besoins.

2. La PCA en soins palliatifs

2.1 / Indications de la PCA

La PCA sera retenue lors de la douleur rebelle à un traitement par morphine orale bien conduit ou de la survenue d'effets indésirables (surtout digestifs) limitant la poursuite de la morphine orale et à chaque fois que la voie orale est impossible (troubles de la déglutition, anorexie, polymédication, malabsorption digestive : fistule, grêle radique, interventions digestives mutilantes, diarrhée

profuse, nausées et vomissements non contrôlés, troubles de la conscience, subocclusion ou occlusion chronique, douleurs incidentes ou provoquées).

Environ 90 % de l'utilisation de la PCA concerne des patients atteints de cancer, quel que soit le stade de la maladie, le plus souvent en phase palliative avancée.

2.2 / Mode d'administration et pose du dispositif

• **Voie sous-cutanée** : mise en place d'une aiguille à ailettes au niveau de la région sus-claviculaire, des membres supérieurs et inférieurs ou de la région abdominale (position du biseau de l'aiguille vers les plans profonds, et éviter les zones œdématisées).

La présence médicale n'est pas obligatoire. La pose est faite par l'IDE qui respecte les règles d'asepsie classiques et les protocoles. La fréquence du changement du site d'injection est variable selon la tolérance locale, mais doit se faire toutes les 48 à 72 heures.

• **Voie intraveineuse** : utilisation d'un cathéon intraveineux si ponction en périphérie ou d'un gripper si ponction dans une chambre implantable.

La première injection au niveau d'un site implantable est un geste médical ; les autres ponctions au niveau d'une chambre implantable sont réalisées par une IDE.

La présence médicale n'est pas obligatoire pour la mise en place du dispositif en périphérie ; elle est réalisée par l'IDE dans le respect des règles d'asepsie classiques selon les protocoles. L'IV présente l'avantage d'un délai d'apparition de l'antalgie plus rapide et plus facilement contrôlable. En post-opératoire, le fait de répéter les injections à intervalle court va permettre la prescription de faibles doses par voie IV et ainsi de mieux gérer la consommation en morphinique en fonction des besoins réels du patient, et de contrôler les effets secondaires.

• **Voie intrathécale** : utilisation d'un cathéter ou d'un gripper (si ponction au niveau d'une chambre implantable).

L'accès à la voie intrathécale est un geste médical. Le changement d'aiguille se fait tous les 7 à 15 jours en l'absence de complications. Le changement du dispositif externe se fait par l'IDE sans présence obligatoire d'un médecin.

Le remplissage de la pompe est fait par l'IDE sans présence obligatoire d'un médecin.

2.3/ Posologie

La posologie sera fonction du traitement antalgique antérieur et de la voie d'administration. Il n'existe pas de posologie minimale ou maximale. La titration peut se faire à partir de la mise en place d'une PCA ou d'une seringue auto-pousseuse de morphine, ou par l'administration de morphine à libération immédiate, toutes les 4 heures par voie orale ou injectable.

Les produits les plus fréquemment utilisés sont la morphine en association avec d'autres produits tels que Haldol, Hypnovel, Scopamine pour soulager d'autres symptômes associés à la douleur.

Généralités

Indications de la PCA par voie parentérale

Elles sont d'abord déterminées par la nécessité d'administrer des morphiniques en phase post-opératoire.

• En post-opératoire d'une chirurgie douloureuse ; la voie intra-veineuse est alors retenue. Les interventions les plus douloureuses sont la chirurgie orthopédique, abdomino-pelvienne et thoracique. Les avantages et inconvénients des différentes techniques d'administration des morphiniques doivent être mis en balance (voies SC - IV - péridurale - IM).

• En douleur aiguë : 90 % des patients sont satisfaits du confort apporté par la PCA. Elle améliore la qualité de l'analgésie sans augmenter l'incidence des effets secondaires liés aux morphiniques. Les indications de la PCA pendant la phase post-opératoire sont celles de l'administration de morphiniques en SC.

• En douleur chronique et soins palliatifs, lorsque la voie parentérale est retenue, quand la douleur est instable ou lorsqu'un équilibre antalgique rapide est requis. En douleur cancéreuse et soins palliatifs, la dose de base permet un équilibre antalgique au repos ; les bolus permettent un traitement des accès douloureux paroxystiques.

• En pédiatrie, dès que le maniement de la réglette EVA est possible.

Quelle que soit l'indication de la PCA, sa mise en place nécessite une organisation, avec des infirmières formées, des protocoles standardisés, rédigés, validés, des fiches techniques réactualisées et des prescriptions anticipées personnalisées.

Produits les plus fréquemment utilisés

• En douleurs aiguës ou post-opératoires, la morphine constitue le produit de référence en post-opératoire ; elle présente un effet dose dépendant pour une efficacité reconnue et un coût faible

• En cas de douleurs intenses :
le Fentanyl → prurit
le Sulfentanyl → désaturation

• En cas de douleurs moins intenses : le Tramadol ou Néfopam.

Précautions d'emploi des opioïdes

- En cas d'insuffisance rénale, respiratoire, hépatique
- Dans l'apnée du sommeil (ronflement, limiter les doses)
- En cas d'hypovolémie
- En association à des sédatifs (somnifères, anti-dépresseur...)
- En association à d'autres thérapeutiques chez les personnes obèses ou les personnes âgées
- Pour les patients toxicomanes : risque de besoins élevés, d'effraction de la pompe, de surdosage par cumul ou apport externe d'autres produits.

Contre-indications au produit

• **Contre-indications absolues à la morphine**
- Insuffisance respiratoire décompensée
- Nourrisson de moins de 6 mois
- Insuffisance hépatocellulaire sévère
- Allaitement
- Association à un traitement par Nalbuphine, Buprénorphine
- Allergie à la morphine.



Les effets secondaires des morphiniques et les conseils pour les prévenir

- Constipation : règles hygiéno-diététiques, laxatifs
- Sédation : En début de traitement :
 - elle disparaît par la suite
 - dette de sommeil
 - surdosage si persistance (diminuer les doses de morphine)
- Sueurs (variables d'un individu à l'autre)
- Sécheresse buccale : hygiène buccale avec soins de bouche fréquents au bicarbonate, brumisateurs, salive artificielle
- Hallucinations, cauchemars : signe de surdosage
- Dépression respiratoire (rare) : avoir toujours à portée de main une ampoule de chlorhydrate de Naxolone dosée à 0,4 mg/ml selon protocole et prescription médicale.

2.4/ Surveillance

Quelle que soit la voie d'administration, l'intensité de la douleur, le transit (risque de constipation ; importance du traitement préventif systématique et règles hygiéno-diététiques), les nausées et vomissements, la fréquence respiratoire, la vigilance feront l'objet d'une attention particulière.

Pour la voie intrathécale, la température sera également surveillée.

dose : débit de base et nombre de bolus / jour (ou par heure), la voie d'administration, la durée de prescription. La prescription est faite par le médecin sur ordonnance sécurisée. La préparation, la programmation de la PCA, la pose et le suivi sont réalisés par l'infirmière.

La mise en place d'un dispositif implantable nécessite une évaluation initiale de la douleur et des symptômes associés à l'aide d'outils vali-

De façon locale, les signes d'inflammation (++) induration pour la voie sous-cutanée) ou d'infection au point de ponction seront également surveillés.

2.5/ Mise en place de la PCA

La prescription médicale précise le type de dispositif (pompe, cassette, kit complet), la

dés, une connaissance du milieu environnemental du patient (socio-familial, médical et paramédical), surtout lors d'un retour ou d'un maintien au domicile avec réseau de professionnels formés. Par ailleurs, le patient doit être « compliant » au traitement, faire le choix d'une voie parentérale, et l'infirmière doit vérifier sa faisabilité.

La formation du personnel soignant comporte l'acquisition de connaissances sur :

- les modalités de prescription de la morphine et ses effets indésirables ;
- les indications de la PCA en soins palliatifs ;
- le fonctionnement de la PCA et la préparation : calcul des doses, programmation, remplissage cassette et pose ;
- l'éducation du patient ;
- l'évaluation : la méthodologie de l'auto-évaluation et l'utilisation d'échelles validées (évaluation de la douleur, des symptômes de la satisfaction et du ressenti du patient) ;
- la surveillance et les soins infirmiers selon protocolisation et modes opératoires. ■■■

L'insuffisance respiratoire, même sévère, l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique ne sont pas des contre-indications absolues à la PCA.

• Contre-indications relatives

- Syndrome abdominal aigu d'étiologie non déterminée
- Traumatismes crâniens
- Hypertension intracrânienne
- États convulsifs
- Intoxication alcoolique aiguë
- Delirium tremens.

➔ Contre-indications à la voie d'administration

- Refus de la pompe par le patient
- Gestion impossible par le patient, gestion par la famille
- La voie intrathécale est contre-indiquée en cas de compression médullaire.

➔ Effets secondaires de la morphine

- Constipation
- Nausées et vomissements
- Somnolence
- Troubles neuropsychiques (confusion, agitation, hallucinations)
- Sueurs

- Prurit
- Sécheresse buccale
- Rétention urinaire
- Dépression respiratoire
- Hypotension orthostatique

Selon la voie d'administration

- Voie sous-cutanée : inflammation et induration au niveau du site de ponction.
- Voie intraveineuse : risque d'infection non spécifique.
- Voie intrathécale : risque d'infection au niveau du site d'implantation du cathéter. Certains effets secondaires des morphiniques sont plus fréquents lors de l'utilisation de cette voie d'administration (prurit du visage et du nez, rétention urinaire, risque de survenue progressive et retardée de dépression respiratoire).

➔ Caractéristiques et bénéfices de la PCA

- Le délai rapide entre la demande d'un antalgique et son administration : le patient appuie sur le bouton poussoir pour recevoir le bolus.
- Le patient gère lui-même sa douleur.
- L'infirmier(e) libéré(e) des contraintes de ces injections répétées peut se consacrer davantage au patient et à la surveillance clinique.

- La mémoire de la pompe enregistre toutes les demandes et les doses administrées. Le médecin adapte sa prescription aux besoins du patient. Selon des paramètres prédéfinis et un nombre de bolus limité, le patient gère lui-même son antalgie sans risque de surdosage.
- L'anticipation et la continuité de l'analgesie et la réduction de la consommation

Les différents modes d'administration permettent de :

- S'adapter au mieux aux besoins des patients.
- Programmer la pompe selon trois modes différents :
 - Mode PCA qui permet au patient de s'administrer les doses d'antalgique selon la prescription programmée.
 - Mode continu qui délivre une perfusion continue d'antalgique, mais ne permet pas au patient de s'administrer des bolus supplémentaires.
 - Mode PCA + mode continu permettant au patient de s'administrer des doses d'antalgique en plus de la perfusion continue.

Utilisation per os des techniques d'analgésie contrôlée par le patient (PCA)

Bourzeix J.V. et Devalois B. – *Inspirer*, juillet 2000.

The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simmethod for the assessment of palliative care patients

Bruera E., Kuehn N., Miller M.J., Selmser P. & Macmillan K. – *J Palliat Care* 1991. Summer; 7(2) : 6-9.

Module PCA – Dr Delage - Clermont-Ferrand

– site : stephadol.org

Réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients cancéreux en phase palliative : résoudre avant tout les problèmes de communication et les tensions éthiques

– Devalois B. et Bourzeix J.V. – *Bull Soc Pharm Bordeaux* 1999, 138 : 135-143.

La technique PCA à domicile ou « transfert de compétence à l'origine du réseau »

– Fernandez H. – *mémoire DIU Soins palliatifs*, 2001-2003.

Livret pompe à morphine, information, communication à l'usage des patients et des soignants

– Fernandez H. – *PHRC* 1998

Soins palliatifs : les principes thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée

Laval G., Samg B., Villard M.L – *Sauramps médical*, 2e éd. 2004

La prise en charge de la douleur et les soins palliatifs en pratiques

– Raikovic M. – *Décision santé* n°175, mai 2001 : 24-28.

Standards, options et recommandation 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte

mise à jour (rapport abrégé), validé en septembre 2002 et site de la FNCLCC (www.fnclcc.fr/sor.htm)

Pompes PCA en soins palliatifs : comment faire en pratique ?

Devalois B., Walker P., Leys A., Bourzeix J.V. Copel L. : UMASC, Institut Curie (Paris) et EMSP CHU, Dupuytren (Limoges), bd@palliatif.org

Analgésie contrôlée par le patient. Bénéfices, risques, modalités de surveillance.

Langlade A. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998; 17 : 585-98 Elsevier, Paris

Dossier

Edmonton System

Enregistré le à h. Par

Absence de douleur	<input type="text"/>	Douleur intolérable
Très actif	<input type="text"/>	Pas du tout actif
Absence de nausées	<input type="text"/>	Très nauséux
Pas déprimé	<input type="text"/>	Très déprimé
Absence d'anxiété	<input type="text"/>	Très anxieux
Absence de somnolence	<input type="text"/>	Très somnolent
Très bon appétit	<input type="text"/>	Absence d'appétit
Très bonne sensation de bien-être	<input type="text"/>	Absence de sensation de bien-être
Absence de dyspnée	<input type="text"/>	Très dyspnéique

Dans cette liste, on a tracé un trait entre deux états opposés (par exemple : absence de douleur - douleur intolérable). Votre état actuel se situe entre ces deux extrêmes. Nous vous demandons simplement de l'indiquer en mettant une barre verticale sur le trait.

2.6/ L'éducation du patient

Lors de la mise en place de la pompe, tous les patients reçoivent une éducation sur les pompes à morphine. Elle est assurée par une infirmière selon un mode opératoire élaboré au préalable. Elle se fait d'une part oralement, et d'autre part par l'intermédiaire du livret pompe à morphine remis au patient. La présence de la famille est systématique.

L'éducation porte sur la connaissance et la prévention des principaux effets secondaires de la morphine, le fonctionnement du dispositif et le déroulement de la prise en charge :

- explication sur les modalités de fonctionnement de la PCA ;
- possibilité de bolus en cas d'accès douloureux ou en anticipation d'une mobilisation ou d'un soin douloureux (toilette, pansement) ;
- explication sur la réalisation du bolus (bouton « dose » sur pompe, commande patient) ;
- explication du livret ;
- explication des évaluations ;
- importance des évaluations répétées à l'aide d'outils d'évaluation ;
- effets secondaires des morphiniques et conseils pour les prévenir.

L'infirmière s'assure de la compréhension du patient sur ce qui vient d'être dit, et de son acceptation à participer à son traitement. Le patient doit être capable d'appuyer sur la touche « dose », de changer les piles, d'évaluer sa douleur, de noter ses observations dans le livret PCA (si son état ne le permet pas, ceci incombe à la famille) et de prévenir les soignants au moindre problème.

2.7/ Les outils de mesure

L'évaluation concerne le soulagement de la douleur et l'amélioration des autres symptô-

mes associés afin d'adapter les traitements aux besoins du patient. Il existe une multitude d'échelles permettant d'évaluer la douleur et les symptômes associés en soins palliatifs. Mais le remplissage de la plupart de ces échelles prend beaucoup de temps et s'avère épuisant pour des patients très affaiblis.

- **La méthode EVA associée à l'Edmonton System** : Simple et efficace, elle est la plus adaptée au quotidien et permet aux patients en soins palliatifs une auto-évaluation de façon répétée, de la douleur et des principaux symptômes associés (Bruera & al, 1991). « L'Edmonton » est un test à neuf dimensions. Chacune des dimensions est explorée grâce à une échelle visuelle analogique allant de 0 à 100. Une ligne horizontale est tirée entre deux états extrêmes. Le patient situe son état actuel

À retenir

La traçabilité dans le dossier patient va permettre de recueillir les tentatives et le nombre de demandes honorées, leurs horaires et les incidents survenus. Ceci va aider le médecin à réajuster sa prescription à partir des doses antérieures reçues, des doses de secours, l'intervalle de sécurité et le nombre variant selon la voie choisie.

À partir des bolus demandés et reçus, le médecin va pouvoir ajuster la dose de base (améliorer la douleur continue), ajuster les doses de secours (améliorer les douleurs rebelles, diminuer les effets secondaires), ajuster l'intervalle de sécurité si les demandes tombent en période d'interdiction d'une manière régulière, enfin, d'ajuster la limitation pour éviter le risque de surdosage.



entre deux états opposés, évaluant ainsi : douleur, activité, nausées, dépression, anxiété, somnolence, appétit, sensation de bien-être, dyspnée. L'Edmonton System (voir encadré ci-contre) fait partie intégrante du livret. « L'Edmonton » est fourni chaque semaine au moment de l'évaluation du traitement et est utilisé pour un réajustement éventuel des doses de morphine.

• **L'indice de satisfaction du patient représente son appréciation personnelle** du soulagement de la douleur et des autres symptômes. C'est une échelle à quatre degrés, allant de très satisfaisant à très insatisfaisant. Cette évaluation, contrairement à l'Edmonton, porte sur la semaine précédente et doit obligatoirement être effectuée par le patient.

L'indice de satisfaction fait partie intégrante du livret et permet avec l'Edmonton System, à partir du ressenti du patient, d'adapter au plus près la thérapeutique antalgique au besoin du patient.

Le schéma corporel et le QDSA (Questionnaire de St Antoine, descriptif de la douleur) complètent si besoin le dispositif d'évaluation, qui sera poursuivi aussi longtemps que le traitement est en cours.

Tous les dysfonctionnements ou problèmes sont recueillis sur un document pour être traités.

Le problème peut être soit technique (coudre, hyperpression...), soit concerner un symptôme mal géré. Chaque problème est signalé et géré après appel téléphonique.

3. Conclusion

Dans la prise en charge des patients en soins palliatifs porteurs d'une PCA, l'évaluation de la douleur, des autres symptômes et des ressources du patient est donc une étape indispensable avant toute prise en charge, et elle doit être systématique. Elle permet de contrôler et d'anticiper la douleur et aussi de réajuster les traitements. Elle contribue à une prise en charge adaptée, personnalisée et spécifique. L'objectif est de fournir la meilleure réponse adaptée aux besoins du patient dont l'état de santé s'aggrave. Le livret PCA est un document interactif unique, qui accompagne le patient tout au long de son traitement et qui permet de par le processus d'évaluation clinique qu'il instaure une prise en charge biopsychosociale pertinente.

Cette technique de PCA demande indéniablement la constitution d'un réseau de professionnels aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. Ce réseau ne peut se développer que s'il y a communication et partage de l'information avec mise en place d'un dossier commun, un projet de soins continu, évolutif, personnalisé, adapté au besoin et au confort du patient qui est acteur dans cette démarche.

Ceci nécessite :

- que le patient soit informé et que ses possibilités soient évaluées,
- que le patient soit accompagné d'un entourage aidant et formé
- que les professionnels médicaux et paramédicaux soient suffisamment formés, organisés et coordonnés pour donner une réponse antalgique de qualité en assurant une permanence quel que soit le lieu de vie du patient et en toute sécurité. 

Définition

- **Dose de charge :** c'est la dose d'analgésie administrée au patient lors de la mise en route de la PCA. Elle peut être assimilée à une mini titration. Cette dose reste en mémoire, mais n'est pas prise en compte dans la dose bolus.
- **Dose réfractaire :** durée pendant laquelle en mode PCA, l'administration d'analgésique est interdite après une première injection, même si le patient appuie sur le bouton poussoir.
- **Dose bolus :** c'est la dose que reçoit le patient quand il appuie sur le bouton poussoir.
- **Dose limite des bolus :** permet de limiter le temps entre 2 bolus reçus par le patient même s'il actionne le bouton poussoir plus fréquemment que la prescription, afin d'éviter un surdosage.

Le livret PCA

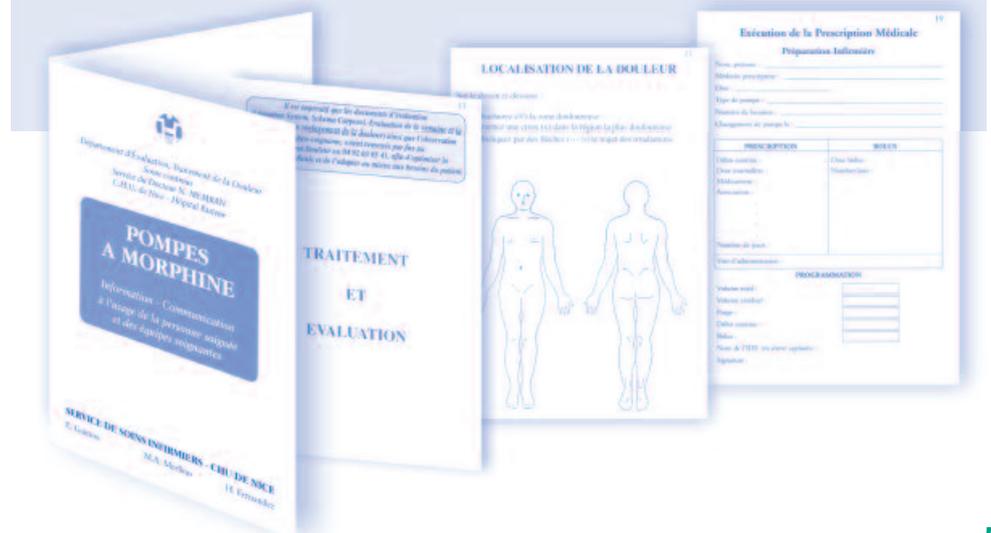
Le livret PCA est un livret d'information et communication pour les patients. Le livret et son guide d'utilisation sont remis au patient au moment de la pose de la pompe. Chaque document est commenté tant au niveau de son utilisation que de son intérêt.

Le livret comporte deux parties :

- Une partie fixe comportant les informations pratiques, les personnes à contacter, les différents types de pompe, les différents signaux d'alarme ainsi que des recommandations et conseils pratiques.

- Une partie mobile centrée sur le traitement et l'évaluation de la douleur précisant :
 - l'exécution de la prescription médicale ;
 - la localisation de la douleur : schéma corporel ;
 - l'intensité de la douleur et des autres symptômes : Edmonton System ;
 - les observations de la semaine (par le patient, l'infirmière, le médecin) ;
 - l'indice de satisfaction de soulagement par le patient.

Cette partie est reproduite en plusieurs exemplaires afin d'effectuer une évaluation hebdomadaire complète portant sur la douleur et les symptômes associés.



Le matériel

Différentes pompes sont disponibles. Choisir de préférence un matériel robuste, fiable et simple à utiliser. Les pompes portables sont plutôt réservées à un usage ambulatoire (douleurs chroniques traitées à domicile) et sont moins utilisées dans le cadre de la douleur aiguë post-opératoire.

Les pompes réservées à l'usage hospitalier dérivent toutes d'un système de pousse-seringue, couplé avec un système de programmation et diverses alarmes et sécurités. Elles permettent tous les modes d'administration : IV, sous-cutanée ou péridural, en continu, en discontinu ou en combiné. Elles possèdent des systèmes d'alarme complets afin d'éviter tous les incidents liés à la technique de perfusion d'un liquide (obstruction, ralentissement du débit, fin de perfusion...)

Il existe de nombreuses marques et fournisseurs de pompes. Autant que possible, il faut préférer un matériel robuste, fiable, facile d'emploi et simple à utiliser, programmable en plusieurs unités avec réserve de produits variables. Enfin, il importe d'avoir toujours le même type de matériel pour faciliter l'usage par le personnel.

• Caractéristiques communes des pompes

Respect de la législation de l'utilisation des opioïdes, et sécurisation des prescriptions.

Les pompes PCA ont un double objectif, c'est d'assurer en même temps efficacité et sécurité. Elles se composent :

- d'un réservoir d'une capacité permettant une autonomie suffisante qu'on appelle cassette ;
- d'un système de perfusion informatisé qui permet l'injection de la dose de morphine prescrite ;
- d'un bouton presseur permettant au patient de déclencher lui-même une injection de morphine quand il le désire.

• Programmation

Un microprocesseur permet d'entrer les données de programmation de la perfusion de base (une dose de charge (1) au départ), et des bolus en cas de pic douloureux. Il existe un système de verrouillage permettant la sécurisation de la prescription. Le code d'accès n'est connu que de l'infirmière ayant préparé la PCA (les pompes Kadd-PCA ont toutes les mêmes codes).

Un système de contrôle tel que la période interdite ou réfractaire impose un délai entre deux injections.

La pose d'une valve anti-reflux sur une voie de perfusion peut permettre d'éviter l'accumulation de la morphine dans celle-ci lors de l'occlusion accidentelle du cathéter. Celle-ci doit être placée le plus près du cathéter IV (sans prolongateur, ni robinet 3 voies).

• Critères de sécurité

- Période réfractaire
- Dose limite des bolus
- Sécurité d'hyperpression
- Valve anti-reflux
- Témoin d'usure des piles
- Témoins de fin de réservoir et d'écoulement des fluides
- Code d'accès / clef de verrouillage

• Surveillance

Les alarmes se déclenchent en cas de piles à changer, de poche vide, d'occlusion (cathéter coudé, filtre trop serré, mauvaise installation du kit au niveau de la pompe), de mauvaise connexion du bouton poussoir, de pompe mal positionnée (alarme air/bulle), d'espaces morts des tubulures.

La conduite à tenir consiste alors selon le cas à changer les piles, changer la poche et réinitialiser le programme, vérifier le bouton poussoir (connexion et fonctionnement) et vérifier l'intégrité du cathéter (coudure).

Fonctionnement de la pompe

... Mise en marche

1^{re} étape

Le patient appuie sur la touche arrêt/marche et la tient enfoncée. Trois tirets apparaissent sur l'écran, puis s'effacent un par un.

2^e étape

Lorsque le dernier tiret a disparu, le patient lâche la touche arrêt/marche, des bips se déclenchent, le mot "arrêt" disparaît de l'écran et tous les modes programmés s'affichent les uns après les autres. Le patient ne doit pas en tenir compte. La pompe fonctionne de nouveau (le sigle « ml » clignote).

... Arrêt

1^{re} étape

Le patient appuie sur la touche arrêt/marche et la tient enfoncée. Trois tirets apparaissent un par un sur l'écran d'affichage.

2^e étape

Lorsque le troisième tiret est apparu, le patient lâche la touche arrêt/marche. Le mot "arrêt" clignote. Le chiffre affiché correspond au volume restant dans la pompe.

... Présentation : un boîtier, une cassette



→ Pour le bon fonctionnement de l'appareil, le patient n'a à utiliser que les deux touches : arrêt/marche et dose. La touche dose ne peut être utilisée que dans le cas de prescription de bolus.



Témoignage

Corinne FITOUSSI - Ghislaine CHAUMET - Infirmières

Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur - Équipe Mobile

Départementale de Soins Palliatifs - Service du Dr Memran - CHU de Nice

Monsieur R., 54 ans, présente depuis trois ans un adénocarcinome pulmonaire avec carcinose péritonéale, traité par chimiothérapie.

L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs a été sollicitée par le Service où est hospitalisé M. R. pour évaluation et prise en charge de douleurs neuropathiques des membres inférieurs post-chimiothérapie.

Le patient est réhospitalisé pour une carcinose péritonéale avec épanchement d'ascite et découverte de nodules hépatiques, qui déclenche des douleurs abdominales à type de coups de poignard d'intensité évaluée à 80/100.

Le médecin propose la pose d'une PCA (analgésie contrôlée par le patient) de morphine à la dose de 30 mg/24 h en continu et 6 bolus de 5 mg/24 h, soit toutes les 4 heures.

L'éducation de la PCA est faite au patient, à son épouse et à l'équipe de soins du service d'hospitalisation.

M. R. se dit satisfait quant au soulagement de sa douleur mais aussi de la préservation de son autonomie puisqu'il peut continuer à se mobiliser et à se lever et rentrer au domicile.

Trois semaines après, M. R. est toujours au domicile et présente à nouveau des douleurs dues à des mucites avec perte d'appétit. Il lui est conseillé de faire un bolus 1/2 heure avant la prise de repas et une prescription de Fungizone a été faite. Au bout d'une semaine, l'évaluation montre une nette amélioration.

Dans les dix jours suivants, M. R. présente de nouvelles douleurs abdominales et des vomissements. Lors de l'évaluation par Edmonton le patient évalue ses douleurs à 8/10, les nausées à 10/10, pas d'appétit évalué à 0/10, pas d'activité évalué à 0/10 et aucune sensation de bien-être évalué par le patient à 0/10.

Il est proposé par l'Équipe Mobile une augmentation de la posologie de morphine à savoir 40 mg/24 h en dose de fond et la possibilité de faire 6 bolus de 5 mg/24 h en association (dans la PCA) de 2 mg/24h d'Haldol® pour lutter contre les nausées.

Amélioration des symptômes, douleur, sensation de bien-être et appétit évalués à 5/10 et le patient se dit être moins déprimé.

Une prescription de Primperan® avant les repas est proposée pour les nausées et la perte d'appétit.

Dans les jours suivants, les douleurs augmentent ainsi que l'asthénie : la prescription de la PCA est augmentée à 50 mg/24 h et 6 bolus de 10 mg/24 h.

Après réévaluation des besoins du patient : 7 bolus demandés, 7 bolus reçus, la prise en charge semble être satisfaisante avec amélioration de l'appétit et de la sensation de bien-être.

Une semaine après, on note l'apparition de douleurs dorso-lombaires intenses évaluées à 9/10 ; il est proposé au patient de se faire systématiquement les bolus de morphine et une prescription de Dafalgan® 1g toutes les 6 h, Profenid® intraveineux, Laroxyl® et Rivotril® calme le patient d'une manière efficace.

Dix jours après, M. R. se dit très fatigué. Une évaluation par Edmonton est faite et met en évidence une somnolence évaluée à 6/10 par le patient, un appétit modéré. Il se dit être très anxieux et déprimé : l'EVA est à 8/10. M. R. est alité, n'arrive plus à se mobiliser car les douleurs augmentent ; il est constipé, n'a pas de plainte, mais son visage est crispé, peu communicant.

La PCA de 70 mg/24 h avec 6 bolus de 10 mg/24 h est augmentée progressivement : la posologie proposée est de 100 mg/24 h et 6 bolus de 10 mg/24 h.

Puis l'état de santé de M. R. se dégrade très rapidement ; des douleurs intenses à la mobilisation, des vomissements, un état d'agitation et une hyperthermie entraînent une extrême fatigue et M. R. n'a pas bon moral. On lui prescrit 160 mg de morphine/24 h avec 6 bolus de 15 mg en association avec de l'Hypnovel® pour diminuer l'anxiété du patient et un anti-émétique qui est l'Haldol® 5 mg/24 h.

Deux jours après, M. R. est calmé, apaisé, un peu somnolent mais facilement réveillable, la prescription de morphine est de 240 mg/24 h avec 6 bolus de 20 mg/24 h, Hypnovel® 10 mg/24 h, Haldol® 5mg/24 h.

M. R. n'est pas douloureux, il semble apaisé et entretient avec sa femme et sa fille une communication très intime dans ses derniers moments et son souhait de mourir au domicile est respecté.

M. R. est décédé trois jours après calmement et paisiblement.

Douleur en bref

Par Laïlla Measson-Bouhafs

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Selon les articles R 4311-2, R 4311-7, R 4311-8: « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques... ». « ...Désormais, dans le cadre de son rôle propre, le personnel infirmier doit évaluer la douleur sans prescription médicale et il est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Troisième Plan Douleur 2006-2010

Quatre axes prioritaires ont été définis :

- L'élargissement de la question de la douleur aux "populations les plus vulnérables" (outre les enfants, les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et les personnes en fin de vie)
- L'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients
- Une meilleure administration des traitements médicamenteux et non-pharmacologiques "dans des conditions de sécurité et de qualité"
- Une meilleure organisation des structures de la filière des soins.

Congrès-Symposia

31 mai et 1^{er} juin 2006, Paris

Édition Formation Entreprise (EFE). Accréditation V2. Un thème sur la prise en charge de la personne âgée : « Quelle organisation de l'évaluation en réseau d'établissements ? »

15 au 17 juin 2006, Montpellier

12^e congrès national Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

« Accompagnement, soins Palliatifs, exigences collectives : quelle place pour la personne ? »

15 au 18 novembre 2006, Nantes

Société d'Études et de Traitement de la Douleur (SETD). « Cancer, quelles douleurs ? » avec cours supérieur en soins infirmiers, forum infirmier et une bourse de recherche infirmière.

25 et 26 janvier 2007, CHUV Lausanne

IX^e Congrès Européen des infirmières cliniciennes, spécialistes cliniques et consultantes cliniques.

« Quelles compétences cliniques infirmières pour favoriser le changement ? »



Nouvelle édition de « Soins Palliatifs en équipe : le rôle infirmier »

En un clic sur le site internet www.institut-upsa-douleur.org, vous le téléchargez librement et gratuitement !

Les Assises Nationales de la Douleur se sont tenues le 14 juin 2005 à Paris

L'objectif de cette journée fut de rendre compte de l'enquête réalisée par le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCEQA) dans le cadre des États Généraux de la Douleur présidés par le docteur Alain Serrie. Cette enquête d'évaluation de prise en charge de la douleur dans les établissements de santé concernait 6 régions françaises (Aquitaine, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Rhône-Alpes) et fut menée par des infirmières enquêtrices sensibilisées à la prise en charge de la douleur. Les résultats confirment que la mise en place des deux plans de lutte contre la douleur est inscrite dans la politique de la majorité des établissements évalués par la mise en place de CLUD dans 70 % des établissements, d'outils d'évaluation de la douleur, d'une information du patient et d'un programme de formation du personnel. Néanmoins des efforts restent à faire, « le pourcentage de patients traités et soulagés reste insuffisant », les moyens d'hétéro-évaluation sont peu connus et peu utilisés et la prise en charge de la douleur induite par les soins insuffisante.

Hommage à François Boureau



Le monde de la douleur est en deuil avec la disparition brutale et tragique du docteur François Boureau le 23 juin 2005. Il demeure l'un des pionniers du développement de la prise en charge de la douleur et l'un des ardents défenseurs de la « pluridisciplinarité », que le groupe d'infirmières qui ont collaboré avec lui à la rédaction du livre « *L'infirmière et la douleur* » publié par l'IUD ont pu apprécier.



Je désire recevoir gratuitement la Lettre de l'Infirmière et la Douleur

Nom : Prénom : Titre :
Établissement : Service :
Adresse professionnelle :
E-mail : Tél. :

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès de l'IUD.

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR

Un engagement de Bristol-Myers Squibb

Directrice de la Publication : Pénélope Autret

Rédacteur en chef : Hélène Fernandez

Conception - réalisation : A CONSEIL Paris

Site : www.aconseil.fr

N° ISSN : 1633-339X

Dépôt légal : 2^e trimestre 2006

Institut UPSA de la Douleur

Association loi 1901 à but non lucratif

3 rue Joseph Monier - BP325

92506 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 58 83 89 94

Fax : 01 58 83 89 01

E-mail : institut.upsa@bms.com

Site : www.institut-upsa-douleur.org