



EVALUATION DE LA DOULEUR ET SA PRISE EN CHARGE EN MESOTHÉRAPIE

Dr Jean-Pierre MARTIN
Montélimar

DEFINITION DE L'IASP

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion.

La douleur apparaît comme une manifestation neuro psychologique centrale à trois composantes :

- **Sensitivo discriminative**

Ce qui suppose un barème individuel quantitatif et qualitatif de la douleur

- **Émotionnelle**

Le terrain psychologique de chaque individu va donc modifier la perception douloureuse en fonction de l'anxiété du moment.

- **Cognitive**

Liée à l'expérience douloureuse du patient, responsable de son attitude, son discours et ses réactions neurovégétatives.

Quatre conditions sont indispensables pour prendre en charge une douleur :

- **Définir le type de douleur présentée par le patient.**
- **Évaluer l'intensité de la douleur.**
- **En rechercher l'étiologie.**
- **Adapter le traitement au mécanisme et au type de douleur ainsi qu'à son étiologie.**

Il faut donc

Ecouter

- Les doléances douloureuses.

Observer

- Les mimiques,
- la posture,
- les mouvements non volontaires,
- le comportement.

Interroger

Examiner le patient

Il faut d'emblée préciser s'il s'agit :

- **D'une douleur aiguë**
- **D'une douleur chronique**
 - **Durée d'évolution de la douleur**

Préciser le mécanisme générateur de la douleur

- **Hyper-Nociception**
- **Neuropathique**
- **Psychogène**

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Recherche d'une douleur neuropathique

OUI = 1 point NON = 0 point

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10

Score du Patient : /10

Évaluer l'intensité de la douleur en utilisant des échelles validées

- Soit des échelles **d'auto évaluation**,
renseignées par le patient.
- Soit des échelles **d'hétéro évaluation**,
renseignées par les soignants.

Les échelles peuvent être

- **Unidimensionnelles**

Dégageant une seule composante de la douleur

- **Multidimensionnelles**

Concernant plusieurs aspects de la douleur

LES ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES

3 échelles unidimensionnelles permettent la mesure de l'intensité de la douleur.

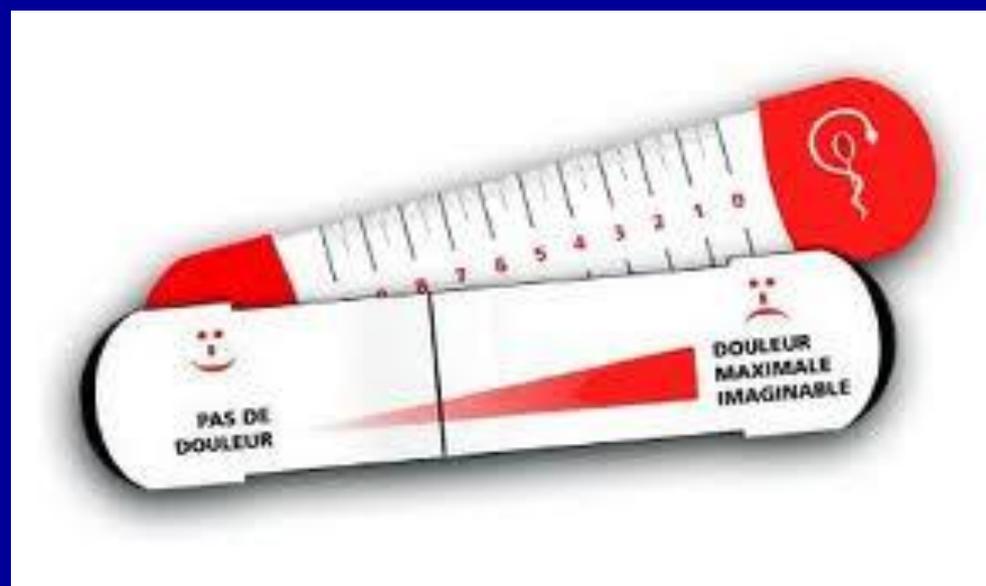
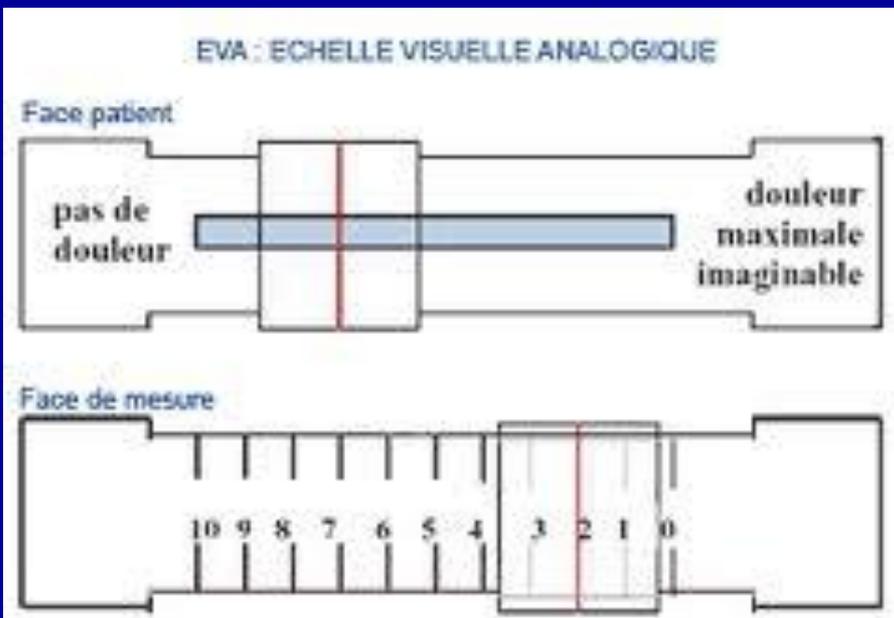
Echelle visuelle analogique

Echelle verbale simple

Echelle numérique

Echelle visuelle analogique EVA.

C'est la plus utilisée et la plus fiable, mise au point par Huskisson en 1974.





L'échelle verbale simple EVS

Propose une série de qualificatifs hiérarchisés

0 - pas de douleur

1 - douleur faible

2 - douleur modérée

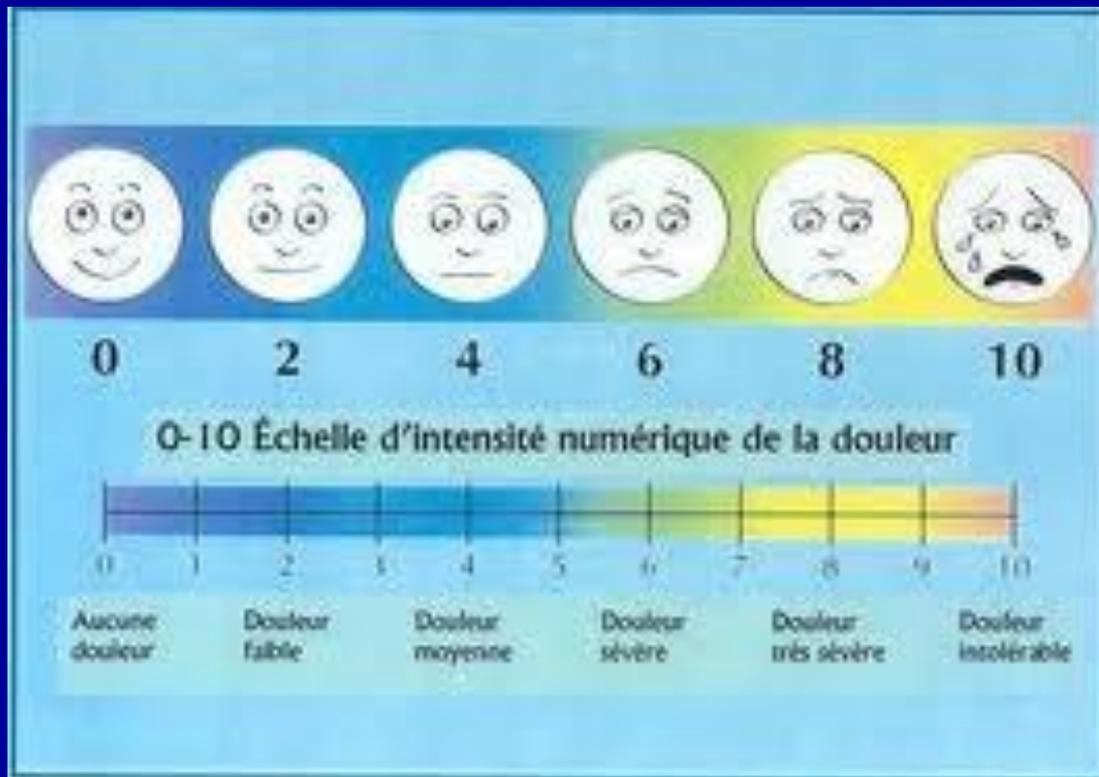
3 - douleur intense

4 - douleur extrêmement intense

A l'avantage d'être moins abstraite pour certains patients.

L'échelle numérique E.N.

Le patient évalue sa douleur en lui attribuant une note de 0 à 10.



Ces trois échelles sont d'utilisation rapides et faciles, mais elles ne mesurent que l'intensité de la douleur.

En cas de douleur chronique, il est préférable de recourir à des échelles plus complexes, permettant de tenir compte des autres composantes de la douleur.

Echelles multidimensionnelles

Elles permettent d'analyser plusieurs composantes de la douleur :

- **Sensori discriminative**
- **Psychologique**
- **Comportementale**

Les plus courantes sont :

- Le Questionnaire de la Douleur Saint Antoine**
- Echelle Doloplus , qui est une évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.**
- Echelle NFCS (Néonatal Facial Coding System) chez l'enfant**
- Echelle Amielle Tison inversée**
- Echelle OPS (Objectif Pain Scale)**
- Echelle Cheops (Children Hospital off Exterme Ontario Scale)**
- Echelle DEGR (Echelle Douleur Enfant Gustave Roussi)**

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Trigge ponctuellement	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4

Échelle de CHEOPS*

Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

Cris - Pleurs

- 1 : Absents
- 2 : Gémissements ou pleurs
- 3 : Cris perçants ou sanglots

Visage

- 0 : Sourire
- 1 : Visage calme, neutre
- 2 : Grimace

Plaintes verbales

- 0 : Parle de choses et d'autres sans se plaindre
- 1 : Ne parle pas, ou se plaint, mais pas de douleur
- 2 : Se plaint de douleur

Corps

- 1 : Corps (torse) calme, au repos
- 2 : Change de position ou s'agite, ou cherche à se redresser, et/ou corps arqué ou raidi ou tremblant, et/ou contention

Mains

- 1 : N'avance pas la main vers la zone douloureuse
- 2 : Avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention

Jambes

- 1 : Relâchées ou mouvements doux
- 2 : Agitées, ou donnent des coups, ou jambes raidies, en l'air ou ramenées sur le corps et/ou l'enfant se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, et/ou contention

SCORE DE SEDATION

0 = réveillé

1 = somnolent mais facilement réveillable à l'appel

2 = endormi mais réveillable aux stimuli tactiles

3 = endormi, non réveillable

En pratique courante l'échelle EVA est fiable

Règles générales d'évaluation

- Adapter l'outil au patient
- A contexte égal, toujours utiliser le même outil
- Faire une évaluation avant chaque consultation (et la recouper par une deuxième évaluation au cours de la consultation ou en fin de consultation)
- Traçabilité de la douleur
- Collaboration du patient et de son entourage.

L'auto évaluation apparaît la plus fiable.

L'hétéro évaluation sous-estime toujours la douleur du patient.

Une évaluation est inutile si elle n'est pas suivie d'action : mise en œuvre d'un traitement ou réajustement du traitement en cours.

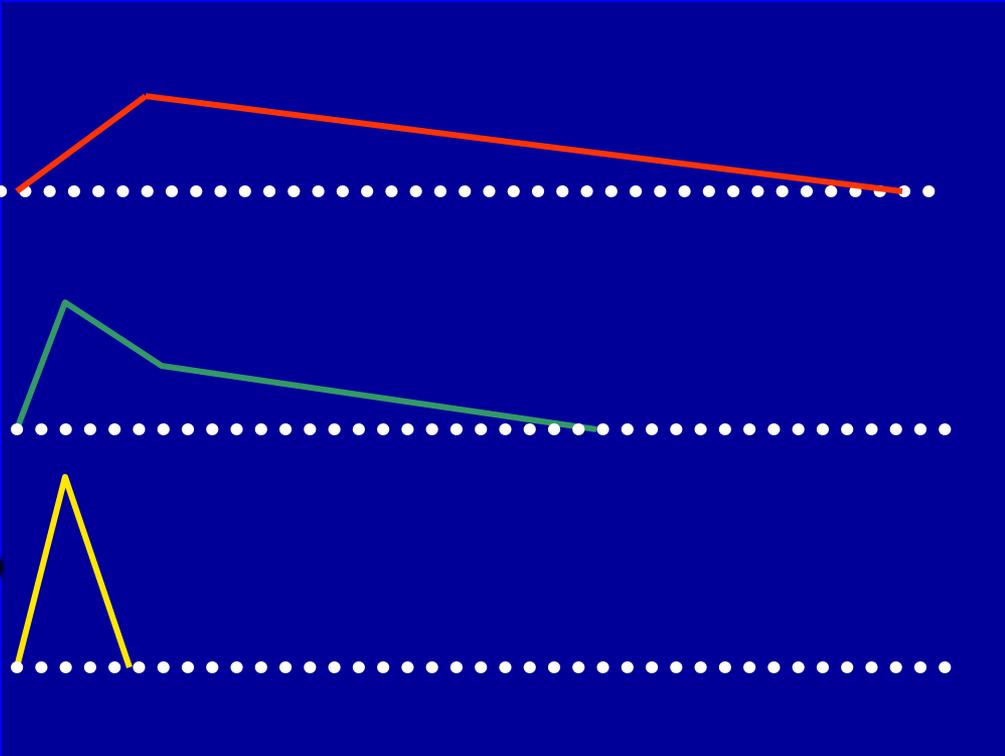
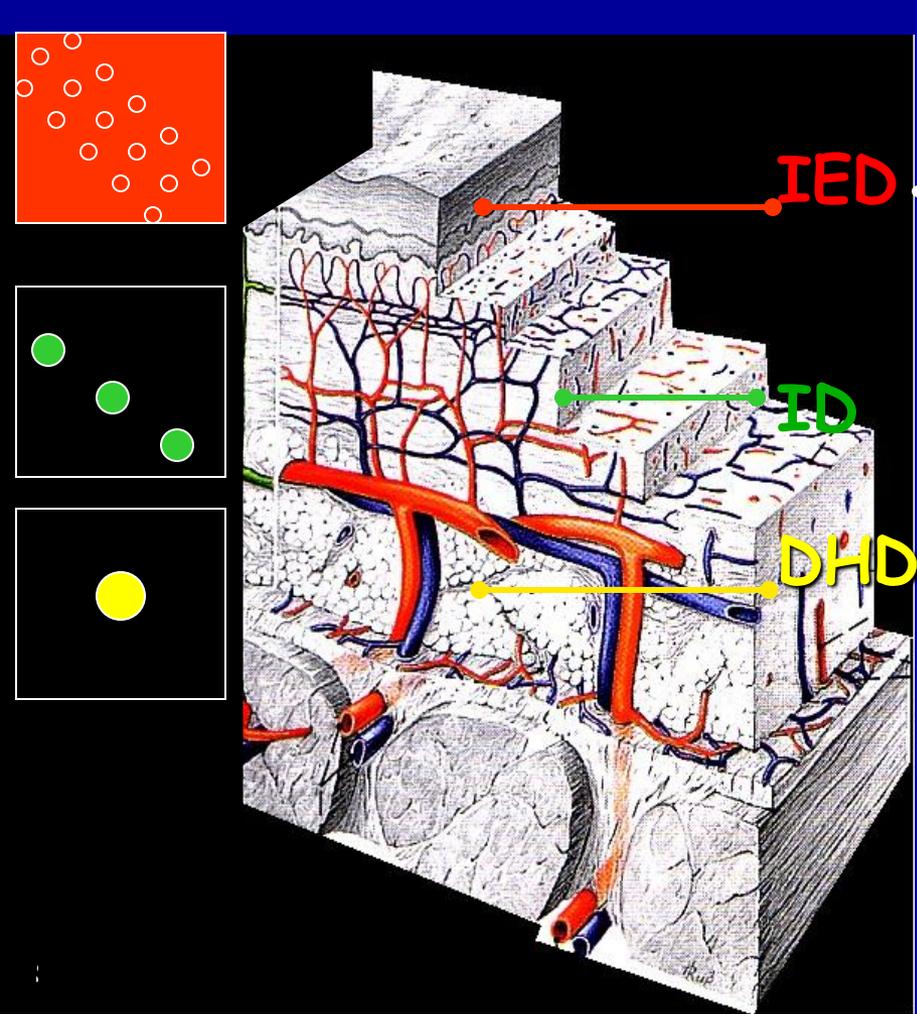
La douleur a été :

- **Identifiée**
- **Évaluée**
- **Son étiologie précisée**
- **Le traitement va pouvoir être établi en tenant compte de ces trois caractéristiques.**

PREPARATION DES MÉLANGES

À UTILISER EN MÉSOThÉRAPIE

RAPPEL SUR LA DIFFUSION



Importance du choix de la profondeur d'injection en fonction de l'objectif

COMPOSITION DES MELANGES

1 patient, 1 seringue, 1 aiguille, 1 ampoule

a-Les mélanges sont préparés en fonction de l'effet recherché

-Produit princeps

-Choix du diluant:

proca ou lidocaïne, sérum phy, Mg

-Choix d'un 2ème produit éventuellement

-Vérifier la compatibilité physico-chimique extemporanée

b- Pas de « sauces multidirectionnelles »

-3 produits, exceptionnellement 4, par seringue

-ne pas hésiter à préparer plusieurs seringues avec des mélanges à objectifs différents

1 produit passe, 2 produits lassent, 3 produits cassent

c-Faire des choix séquentiels

- Choisir d 'abord le médicament adapté au type de douleur et à la pathologie en cause:
arthrose, névralgie....**
- Ensuite choisir le médicament traitant la pathologie d'accompagnement:
inflammation,contracture, oedème**
- Enfin, en chronique, traiter le terrain:
stress, somatisation, dépression, etc...**

- Donc 1 ou 2,

rarement 3 seringues différentes/séance

**- La multiplication des produits multiplie les
effets secondaires potentiels**

LA SEANCE DE MESO

◆T1 : Préparation
des injections

◆T3 : Elimination
du matériel utilisé

◆T2 : Réalisation
des injections

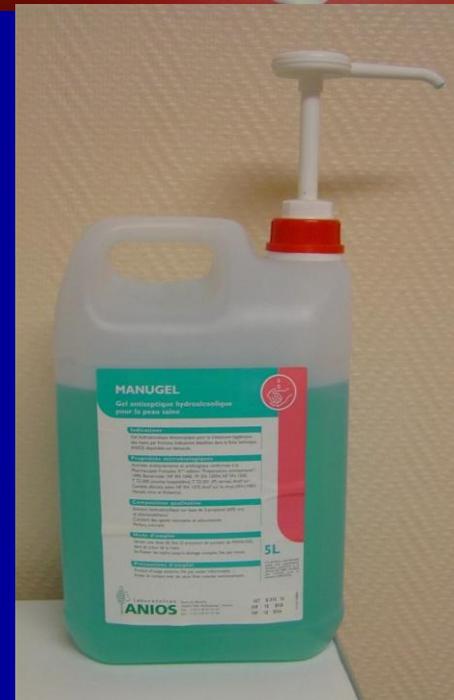
◆T4 : Prise en charge
des effets indésirables
immédiats

Pendant toute la séance, la notion d'asepsie s'impose, sachant que l'asepsie est une opération permettant, au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer des micro-organismes et/ou d'inactiver les virus en fonction des objectifs fixés

Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/ou aux virus présents au moment de l'opération.

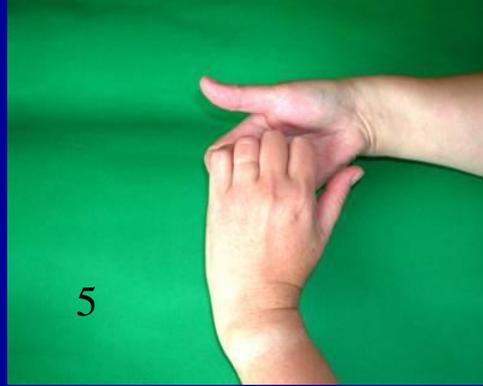
PROTOCOLE DE MESOTHERAPIE

- **Lavage des mains au savon de Marseille**
- **Sécher**
- **Désinfection des mains par la procédure normalisée avec un liquide hydro-alcoolique ou gants de latex ou vinyle non stérile.**





3ml



Chaque étape est répétée 5 fois

Procédure standardisée de friction des mains (NF EN 1500)

- **Utilisation de compresses stériles.**
- **Désinfection des zones de ponction par une antiseptie à deux temps, avec un produit agréé.**
- **Préparation du mélange.**
- **Nouvelle désinfection de la peau avec le même antiseptique, laisser sécher.**
- **Poncture de la zone à traiter avec le ou les mélanges retenus.**
- **Désinfection fin de séance.**

- **Consignes de sécurité post-séance de méso à donner aux patients**
- **Lui demander de signaler les éventuels effets secondaires qui peuvent apparaître dans les 48 H.**
- **Le prévenir de la possibilité d'un éventuel rebond douloureux.**

CONCLUSION

Une connaissance minima de la pharmacologie et de la pharmacocinétique dermiques, peuvent aider le médecin à faire des choix de mélanges et de profondeur d'injection, pour mieux cibler la thérapeutique antalgique méso.

En cas d'échec, il faut reprendre la chronologie du traitement méso, pour remettre en cause les options techniques utilisées, d'où la nécessité d'avoir une fiche médicale bien tenue.

L'échec n'est pas forcément celui de la mésothérapie, mais plus souvent celui du mésothérapeute