

Dialyse

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES PATIENTS EN HÉMODIALYSE

Sabine MASONI / STÉPHANE LAZARI / PATRICIA LOREAU / DOMINIQUE VILAR
Infirmiers, Service Hémodialyse, C.H.U., Nancy Brabois.

INTRODUCTION

Lors de notre arrivée au sein du service dialyse, nous avons été frappés par le nombre de personnes qui se plaignaient de douleurs plus ou moins chroniques.

Cette douleur était plus ou moins exprimée par les personnes dialysées, qui considéraient cette douleur comme normale.

C'est pour cela que nous avons décidé de créer un groupe de travail avec pour objectifs :

- de faire un état des lieux complet de cette pathologie,
- de proposer des solutions concrètes à notre équipe, afin d'atténuer ou de faire disparaître cette pathologie de notre service,
- de faire prendre conscience, à nos patients, à notre équipe médicale, mais aussi paramédicale, que la douleur n'était pas une fatalité.

LE QUESTIONNAIRE

Pour faire l'état des lieux de notre service, il nous a paru nécessaire de faire un questionnaire.

Ce questionnaire a été réalisé auprès de 42 personnes. Il est une synthèse de différents autres questionnaires utilisés par d'autres services en France, notamment l'Hôpital St-Antoine à Paris.

Nous sommes partis du principe que la douleur était composée de trois grandes composantes :

- la douleur dite neurologique, qui regroupe les douleurs consécutives à une lésion du système nerveux ;
- la douleur d'origine psychologique, qui est la manifestation somatique d'un trouble émotionnel, et qui peut être l'expression d'un syndrome dépressif ou d'une anxiété ;
- la douleur périphérique, qui regroupe les douleurs de type mécanique suite à une ponction ou une opération, et les douleurs de type inflammatoire, comme les rhumatismes, l'arthrose, le cancer.

Il nous a paru important d'évaluer ces trois composantes dans notre questionnaire, car les douleurs d'origine psychologique peuvent être à l'origine d'une augmentation de la sensibilité aux douleurs de type périphérique.

L'importance de la douleur se reflète également sur l'ensemble des activités de la personne et sur son sommeil, notion qui apparaissent aussi au niveau de notre questionnaire.

Nous avons également inclus une partie pour le personnel infirmier ; cette partie montre notamment à quel stade se situe le patient face à la douleur, dans son expression orale.

LA PHASE DE PROSPECTION

La phase de prospection a duré environ trois mois ; nous avons commencé en janvier 1997 et fini en avril. Nous avons alors dépouillé nos questionnaires pour en arriver aux résultats suivants :

Résultats

Âge des personnes : Une grande majorité de nos patients ont plus de 60 ans. Notre centre est un centre lourd qui reçoit des personnes nécessitant une surveillance accrue liée essentiellement à leur grand âge ou à des pathologies associées qui ne leur permettent pas d'être dialysées à domicile ou en centre allégé tel l'ALTIR. La moyenne d'âge était de 68 ans 1/4 en 1997.

Type d'abords : On retrouve une forte proportion de personnes avec cathéters tunnelisés dits cathéters de Canaud. Cette forte proportion s'explique par l'âge avancé des patients, mais aussi par les pathologies associées qui empêchent la création d'un abord vasculaire. Ce pourcentage s'explique aussi par la forte proportion de personnes arrivant à l'hémodialyse après un échec de DP, une dégradation de l'état général...

Les différents types de douleurs ressentis : Un tiers des douleurs rencontrées par nos patients sont liées à d'autres maladies que la pathologie rénale. Ce sont notamment des cancers, des personnes souffrant d'arthrose, de rhumatismes, d'artérites, etc.

Viennent ensuite les douleurs d'ordre psychologique et moral. Ce sont les personnes dépressives, ou dont l'anxiété augmente la douleur périphérique existante.

On retrouve enfin les douleurs du vieux dialysé (notamment au niveau des épaules). Il est étonnant de constater que ces douleurs ne sont généralement pas évoquées du premier coup par nos pa-

Dialyse

tients. Pour un grand nombre d'entre eux, ces douleurs sont normales, surtout pour celles de ponction ou les rhumatismes et autres arthroses.

La prise en charge thérapeutique : Sur l'ensemble des patients présentant une douleur, un cinquième avaient un traitement antalgique efficace au moment de notre questionnaire.

Cette absence de traitement était liée à la chronicité de certaines douleurs notamment, à une absence de doléances algiques par le patient.

Enfin, le traitement antalgique était inefficace dans un tiers de prises en charge thérapeutique. Comme pour l'absence de traitement, cette prise en charge inefficace est surtout liée à un manque de doléances de la part de la personne soignée.

Il faut remarquer les 5 % de refus de traitement : ce refus est généralement dû à des patients nouvellement mis en dialyse ou refusant toute prise en charge par notre équipe médicale.

Exploitation des résultats

Suite aux résultats obtenus à ce questionnaire, nous avons décidé de faire des propositions à notre équipe pour améliorer la prise en charge de la douleur chez le patient.

Prise en charge de l'anxiété

Le premier objectif fixé par notre groupe de travail a été la prise en charge de l'anxiété, souvent liée à la mise en dialyse.

Trois facteurs sont à prendre en compte lors de cette mise en dialyse :

- La perte de l'autonomie, liée aux séances trois fois par semaine ;
- La perte de l'identité sociale ;
- La perte de l'état de santé.

Dans ce cadre, nous avons proposé la mise en place d'entretien et de visite du service lors de la décision de mise en dia-

lyse, pour les personnes suivies en consultation.

L'entretien est réalisé par la surveillante du service, qui se renseigne sur les conditions de vie du patient, son environnement familial et sa dynamique de vie. Cet entretien a aussi pour but de voir où en est la compréhension du patient face à sa maladie et à ce qu'il va être obligé de vivre quotidiennement.

La visite est aussi réalisée par la surveillante du service. Elle a pour but de familiariser le nouveau patient aux machines de dialyse, mais aussi à rassurer la personne qui l'accompagne quant à la technique utilisée. Le fait de voir pour la première fois les machines, avant de commencer les séances permet à la personne de mieux appréhender le service et de ne pas avoir peur de ce qu'on va lui faire. C'est aussi l'occasion d'un premier contact avec les patients et d'un échange possible entre ces personnes.

La visite et l'entretien nous renseignent sur l'état psychologique de la personne, sur sa capacité à faire face à cette dégradation de son état de santé, sa situation sociale, familiale et économique.

Après cette première prise de contact, la personne revient au niveau de notre service pour sa première séance. Il est important de lui expliquer ce que l'on fait pendant cette séance, de bien l'informer sur tout ce qu'il peut ressentir au départ. Il faut démystifier les alarmes des machines, répondre à ses questions, essayer d'être le plus clair possible dans la prise en charge.

Prise en charge des douleurs périphériques

Le deuxième objectif de notre groupe a été de prendre en charge les douleurs dites périphériques, liées notamment aux ponctions de montage et à la pose de cathéters tunnelisés dits cathéters de Canaud.

Dans ces deux cas, la mise en place d'un protocole d'utilisation d'une pommade locale anesthésiante a été décidée.

Pour les ponctions de montage, la démarche a été la suivante :

Le médecin responsable de la ponction visualise la fistule et décide des points. Il en profite pour prescrire la pommade et explique au patient comment la mettre.

Le jour de la ponction, le patient arrive avec la pommade en place. Nous lui recommandons de la mettre environ 1 h. avant la ponction. La pommade sera enlevée par le médecin au moment du protocole de désinfection du montage.

Pendant 15 jours, le patient devra mettre de la pommade ; nous avons remarqué que la douleur lors de la ponction d'un nouveau montage était généralement plus importante au cours des 5 ou 6 premières ponctions, c'est pourquoi nous évaluons la douleur au bout de ce temps, avant de reconduire ou non l'utilisation de cette pommade anesthésiante.

En cas d'absence de pommade, le médecin peut être amené à utiliser une solution anesthésiante locale.

Pour la création de nouveau point, nous essayons également de mettre en place cette méthode d'anesthésie locale.

Pour la pose de cathéters tunnelisés, il a été convenu que nous mettions en place la pommade sur le trajet du tunnel environ 1 h à 2 h avant le geste. L'utilisation de cette pommade n'exclut pas l'utilisation par le médecin de solution anesthésiante locale en sous-cutanée et intradermique.

Les autres propositions pour la prise en charge de la douleur ont été les suivantes :

- dotation d'antalgiques de type OMSII et OMS II B dans une de nos pharmacies, afin de pouvoir faire face aux douleurs très fortes, non soulagées par les antalgiques de classe OMS I et OMS II.

Dialyse

OMS I - Paracétamol, Aspirine, Prodfalgan I.V. ;

OMS II A - Opiacés faibles, Codéine, Dextropropoxyphène - (Di Antalvic - Propofan) ;

OMS II B - Buprénorphine (Temgésic) ;

OMS III - Morphiniques oraux ;

OMS IV - Morphiniques I.V.

- Mise en place d'un protocole d'utilisation du Prodfalgan : 2 g par injection I.V. et non plus 1 gramme comme précédemment.

Mais le plus gros travail qu'il nous reste à faire est la mise au point d'un diagnostic infirmier spécifique.

CONCLUSION

Depuis le début de cette année, nous avons commencé une évaluation de notre travail. Les résultats sont assez significatifs. La prise de conscience de l'impact psychologique par nos médecins, les a

amenés à adresser une quinzaine de personnes pour visiter le service avant la décision de mise en dialyse ; sur l'ensemble des patients admis dans notre service, c'est peu. Trop souvent hélas le contexte d'urgence empêche la prise en charge dès l'arrivée du patient.

Résultats de l'évaluation :

1 - Âge des patients à ce jour :

Moyenne d'âge : 68 ans et demi

43,4 % Personnes de 70 à 79 ans

35,8 % Personnes de 60 à 69 ans

1,9 % Personnes de 50 à 59 ans

5,7 % Personnes de 40 à 49 ans

3,8 % Personnes de 20 à 29 ans

9 % Personnes de plus de 80 ans

2 - Évolution des abords vasculaires :

48,1 % Fistule Bipuncture

20,4 % Canaud Bp

18,5 % Canaud UP

13,0 % Goretex

3 - Les types douleurs en 1998 :

30,2 % Liées à d'autres pathologies

32,6 % D'origine psychologique et morale

7,0 % Liées au montage

9,3 % Liées à la dialyse

20,9 % Absence de douleurs

4 - La prise en charge thérapeutique :

82,1 % Traitement antalgique efficace

3,6 % Traitement antalgique inefficace

14,3 % Absence de traitement

Ce n'est qu'un commencement dans le traitement. Le plus important reste à faire car tout est intimement lié (Âge du patient, pathologie douloureuse, psychologique et morale, baisse de l'état général).

La suite :

- Mise en place d'un diagnostic infirmier dans les dossiers,
- Feuilles spécifiques / Feuilles d'évaluation.



(Illustration tirée de la revue FNAIR, avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)