

Prise en charge de la douleur chez le patient brûlé

Soulager précocement et efficacement la douleur du patient brûlé est d'abord une nécessité éthique mais contribue aussi à améliorer les fonctions nutritives et immunitaires, facteurs de guérison des plaies, à diminuer l'anxiété, permet un meilleur sommeil, facilite la mobilisation et la rééducation ce qui favorise une réadaptation plus rapide et enfin réduit les complications psychologiques à plus long terme.

Dr Christophe Magnin

Centre de brûlés, Hôpital
Edouard-Herriot, Lyon.

La douleur du patient brûlé

Elle est difficile à contrôler compte tenu de ses caractéristiques, de ses composantes multiples, de ses fluctuations dans le temps et de sa persistance.

Nous traiterons ici d'une brûlure thermique grave nécessitant les soins d'un service spécialisé (hors du service de réanimation).

Dr Ph. Queruel

CRF Hôpital Léon-Berard,
Hyères.

Au stade initial, deux situations sont à individualiser:

→ La douleur de fond, permanente au niveau des zones brûlées et des prises de greffe.

→ La douleur due aux gestes, comme la toilette, les changements de position, et surtout aux soins: changements de pansements, lavages de plaie dont la répétition peut devenir insupportable.

Ces deux types de douleur doivent faire l'objet d'une évaluation et de traitements distincts.

A ce stade, le patient décrit sa douleur avec précision; la topographie est superposable à la brûlure et la relation dose-effet pharmacologique est cohérente. Elle est de type nociceptif, correspondant à la stimulation des récepteurs cutanés du derme et de l'épiderme.

L'intensité de la douleur de repos est variable selon l'individu. L'étendue et la profondeur de la brûlure ne sont pas toujours des indicateurs fiables.

En revanche, la topographie de la lésion conditionne la douleur et la gravité fonctionnelle de la brûlure: comme les mains, les pieds, la face, le périnée. Une brûlure touchant 10% de surface corporelle au niveau de ces organes est « grave ».

Les brûlures profondes ne sont moins douloureuses que durant les premiers jours en raison de la destruction des récepteurs et des fibres nerveuses. La profondeur conditionne la durée et la lourdeur des soins: en effet, la brûlure profonde ne cicatrifiera pas sans greffe.

L'intensité de la douleur due aux soins est maximale. La répétition des gestes, l'appréhension qu'ils engendrent majorent la douleur et rendent son soulagement très difficile.

A la phase aiguë, la douleur peut être la principale cause d'anxiété et d'angoisse.

Plus tardivement dans l'évolution, les phénomènes se compliquent:

→ Du point de vue physiopathologique: L'inflammation locale puis l'hyperexcitabilité du système nerveux central (wind up) sont à l'origine d'une hyperalgésie et d'une altération de la sensibilité aux morphiniques.

Une composante neuropathique est liée à la régénérescence des fibres nerveuses et/ou à des phénomènes centraux.

Dans 80% des cas, un prurit accompagne la cicatrisation; parfois pré-

coce, féroce, persistant, il peut être douloureux par les lésions de grattage qu'il entraîne; il est majoré par l'exercice, gêne le sommeil; il retentit sur la qualité de vie.

→ La douleur devient chronique: les composantes psychologiques, cognitives et sociofamiliales s'imbriquent et s'ajoutent aux composantes sensorielles.

La souffrance psychologique est constante: difficultés liées à la confrontation à soi-même (image corporelle abîmée, handicap), à la confrontation aux autres, troubles à la remémoration des circonstances de l'accident, tendance dépressive, névrose post-traumatique.

Des pathologies psychiatriques sont fréquemment préexistantes aux brûlures, ainsi que les circonstances sociofamiliales défavorables.

→ L'évitement résultant de la douleur perpétue la crainte, entrave la mobilité et augmente encore le handicap.

Une mobilisation physique et psychique n'est possible que lorsque la douleur est contrôlée. C'est la condition pour obtenir la coopération indispensable du patient. La rééducation et la réadaptation fonctionnelle par kinésithérapie, ergothérapie ou orthophonie pourront ainsi rétablir la fonction et l'autonomie, et limiter les séquelles.

→ La douleur du patient brûlé grave augmente d'intensité durant les premières semaines et persiste des

mois, voire des années, altérant la qualité de vie !

Le soulagement de la douleur du patient brûlé

A la phase initiale, il passe par des principes de base :

→ Le refroidissement dans la première heure limite la douleur et les lésions (avec de l'eau froide à 10-20 °C, pendant quinze minutes).

→ Une évaluation rigoureuse des lésions conditionne la qualité du traitement ensuite. Il est indispensable de rassurer, et d'informer le patient régulièrement.

- Les antalgiques doivent être administrés rapidement en fonction de l'évaluation de la douleur en les associant selon leurs propriétés pharmacologiques (synergie).

- La morphine doit être titrée dans tous les cas, étant donné la variabilité de la demande de chaque patient.

L'apparition d'effets secondaires doit être surveillée, notamment la sédation. Les prescriptions et les procédures en cas d'effets secondaires doivent faire l'objet de protocoles écrits stricts.

- **L'évaluation de la douleur**

Elle doit se faire en différenciant la douleur de repos de la douleur liée aux actes thérapeutiques à l'aide d'échelles simples d'auto-évaluation lorsque le patient en est capable, comme l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle numérique (EN) ou l'échelle visuelle analogique (EVA). Et dans le cas d'incapacité du patient, avec une échelle basée sur son comportement : expression faciale, attitudes antalgiques, gémissements.

L'évaluation permet d'une part d'initier le traitement analgésique selon les besoins individuels et d'autre part d'adapter les prescriptions en fonction de la réponse de chacun.

- **Le traitement de la douleur de repos :**

Il repose sur la morphine : la voie d'administration est à déterminer en fonction de l'état du patient. Elle

doit être d'abord titrée par des bolus de 1 à 2 mg IV. La dose initiale est de 0,5 à 1 mg/kg/jr par voie IV, soit le double per os.

Seront associés le paracétamol et/ou les AINS (en respectant les contre-indications) qui ont des mécanismes et des sites d'action distincts et ont un effet d'épargne morphinique.

- **Le traitement des douleurs dues aux soins :**

Il est plus complexe et pas toujours satisfaisant ; pour cette raison, la pertinence de chaque acte doit être discutée. Le moindre geste doit être annoncé au patient et être le moins traumatique possible.

- Le MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) rend service dans certaines indications. Il procure une analgésie de surface et une amnésie. Il est administrable par inhalation.

- Les morphiniques par voie IV, de courte durée d'action sont un bon choix en présence d'un médecin anesthésiste : Alfentanil, Rémifentanil. Le fentanyl « batonnet à sucer : Actiq » est une bonne alternative ; le patient s'administre lui-même son analgésique.

- Les anxiolytiques sont utiles en prémédication, mais ils potentialisent la sédation induite par les morphiniques.

- L'anesthésie loco-régionale n'est envisageable que si la zone d'insertion cutanée du cathéter peut se faire en zone saine.

L'anesthésie générale est l'unique solution pour les pansements de plaies très douloureuses, même s'il s'agit d'une solution coûteuse et imposant un jeûne souvent préjudiciable à l'alimentation.

La douleur « chronique » du patient brûlé demande une prise en charge pluridisciplinaire.

- **L'évaluation**

Elle doit tenir compte de tous les facteurs : sensoriels, psychologiques et cognitifs. Des échelles plus complètes sont utilisables : questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA), brief pain inventory (BPI). A ce stade, les conséquences psychologiques, fami-

liales et sociales sont majeures, et devront être prises en charge par une équipe spécialisée.

- **Les traitements médicamenteux :**

Aux analgésiques déjà initiés, il peut être nécessaire d'administrer des anticonvulsivants (gabapentine) et/ou des antidépresseurs pour traiter une éventuelle composante neuropathique.

Le soulagement du prurit n'est pas aisé : les antihistaminiques associés à un AINS et/ou un antidépresseur (doxépine) et des méthodes non médicamenteuses (hydratation cutanée, hydrothérapie, vêtements compressifs, cures thermales).

Les séances de rééducation doivent être précédées d'une information décrivant au patient ce qu'il va ressentir et d'une prémédication par antalgiques et anxiolytiques. Si les gestes restent très douloureux, ils peuvent bénéficier des mêmes thérapeutiques qu'en phase aiguë.

- **La prise en charge non médicamenteuse**

Les procédés non médicamenteux n'ont de sens que si le traitement pharmacologique est optimal (R.A.) : prévenir, rassurer, expliquer, distraire, aide à diminuer l'anxiété qui majore la douleur. L'apprentissage de la relaxation et de l'autohypnose peut aider le patient.

- **L'accompagnement psychologique**

Elle aide le patient à affronter le traumatisme de la brûlure et ses conséquences destructrices, physiques et psychiques. Une prise en charge spécialisée précoce aide à la réorganisation psychique au long de ce parcours fait de périodes dépressives, de troubles du comportement de revendication, jusqu'à l'épreuve finale que sera la confrontation à la vie familiale, sociale et professionnelle.

Quant à la douleur, sa prévalence reste importante plusieurs années après la brûlure : 75 % des brûlés ressentent des douleurs (dont prurit et paresthésies) au bout de 4 ans !

BIBLIOGRAPHIE

C. Magnin, Hôp. Herriot, Lyon ; *Communication au congrès de la SFETB. Juin 2006.*

P. Queruel, Hôp. Berard, Hyères ; *Communication au congrès de la SFETB. Juin 2006.*

H. Carsin et coll. *Médecine et armée, 2000, 28, 4.*