



La douleur au changement d'un pansement

Comprendre les douleurs et traumatismes
liés aux plaies: une perspective
internationale

La théorie de la douleur

La douleur au changement d'un
pansement: un guide de gestion

REDACTRICE EN CHEF

Suzie Calne

CONSEILLERE EN CHEF – REDACTION

Christine Moffatt

Professeur et Directrice, Centre de Recherches et de mise en Application de Pratiques Cliniques, Wolfson Institute of Health Sciences, Thames Valley University, Londres, Royaume-Uni

CONSEILLERS - REDACTION

Michelle Briggs

Chercheur, Université de Leeds et Directrice Adjointe, Centre d'Analyse en soins infirmiers et de la Pratique Professionnelle, Leeds, Royaume-Uni

Helen Hollinworth

Maître de Conférence en soins Infirmiers, Suffolk College, Ipswich, Royaume-Uni

Sylvie Meaume

Médecin spécialiste en Dermatologie et Gériatrie, Chef de service de Gériatrie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine, France

Ramon Pediani

Chef de Clinique, Blackpool, Royaume-Uni

Marco Romanelli

Conseiller en Dermatologie, Département de Dermatologie, Université de Pise, Italie

Javier Soldevilla Ágreda

Professeur en Soins Gériatriques, EUE Université de La Rioja, Logrono, Espagne

Joan-Enric Torra i Bou

Coordinateur, Centre Interdisciplinaire des Plaies Chroniques, Consorci Sanitari Terrassa, Barcelone, Espagne

Wolfgang Vanscheidt

Professeur de Dermatologie, Rheintalklinik Bad Krozingen, Allemagne

REDACTRICE ADJOINTE

Kathy Day

CONCEPTION

Jane Walker

PRODUCTION

Kathy Day / Stansted News Limited, Bishop's Stortford, Royaume-Uni

IMPRIME PAR

Halcyon Print

EDITEUR

Jane Jones

TRADUCTION DES EDITIONS EN LANGUE ETRANGERE

Alden Translations

PUBLIE PAR MEDICAL EDUCATION PARTNERSHIP LTD

53 Hargrave Road
London N19 5SH, Royaume-Uni
E-mail: mep@stanstednews.com

Parrainé par **Mölnlycke Health Care**. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Mölnlycke Health Care.

© MEDICAL EDUCATION PARTNERSHIP LTD 2002

Tous droits réservés. Cette publication ne peut être reproduite, copiée ou retransmise sans autorisation écrite.

Aucun paragraphe de cette publication ne peut être reproduit, copié ou retransmis sans autorisation écrite ou conformément au Copyright, Designs & Patents Act 1988, ou selon les termes de toute licence délivrée par la Copyright Licensing Agency, 90 Tottenham Court Road, Londres W1P0LP, Royaume-Uni, permettant la réalisation de copies limitées.



La douleur au changement d'un pansement

S Meaume

L'European Wound Management Association (EWMA) a souhaité établir un « document de référence » sur un des éléments importants de la gestion des plaies. En tant que tel, l'objectif de ce document est de fournir des conseils cliniques clairs sur l'évaluation et la gestion de la douleur au changement d'un pansement. À ce titre, ce fascicule apparaît comme exemplaire. Il rassemble de manière efficace et en un seul volume les résultats d'une enquête multinationale, des éléments tirés de la littérature, et des opinions de spécialistes sur la façon de traiter en pratique nos malades. En reprenant les preuves fournies, il est clair que nous manquons malheureusement d'informations dans ce domaine. Le besoin d'acquérir un savoir plus important est impératif.

Un autre objectif de ce document est de permettre des échanges entre les soignants des différents pays européens. Ce premier document sera donc disponible en anglais, en français, en allemand, en espagnol et en italien. Il apparaît hautement souhaitable, dans ce domaine où l'expérience apparaît comme un élément principal de la prise en charge, que les soignants des différents pays puissent échanger leurs idées par rapport à leurs pratiques afin de les améliorer. Ainsi, nous espérons que ce document saura stimuler les échanges internationaux et générer de futurs projets de recherche.

La démarche qui a mené à ce document a débuté par la réalisation d'une étude multinationale auprès de professionnels de la santé impliqués dans la gestion des plaies. Les résultats de cette enquête sont présentés dans le premier article. En France, des membres de la SFFPC ont participé activement à cette étude. Bien que, dans différents pays, cette étude ait révélé certaines similarités en ce qui concerne la compréhension qu'ont les soignants de la douleur et des traumatismes au niveau de la plaie, l'étude a aussi mis en évidence des différences considérables au niveau de la pratique.

Le clinicien est toujours attiré par le côté pratique des publications. Il ne saurait pour autant négliger certaines bases théoriques dont l'importance lui apparaîtra au cours de son activité quotidienne. C'est ainsi qu'il nous a paru utile que le deuxième article analyse les mécanismes sous-jacents complexes de la douleur aiguë et chronique. La compréhension de la physiologie des phénomènes douloureux est essentielle si nous voulons donner du sens à ce que peut ressentir un patient en matière de douleur et le traiter convenablement.

Les patients atteints de plaies chroniques sont souvent soumis à des changements de pansement douloureux. Ce point de vue a été souligné dans l'étude multinationale où les soignants ont mentionné que le retrait des pansements était le moment où la douleur est la plus importante. Cette observation est fondamentale, puisqu'elle nous encourage à réaliser ce soin de la meilleure façon possible. Ainsi, dans le dernier article, les auteurs essaient de dégager un certain nombre de recommandations pratiques qui peuvent aider les soignants à prévenir ces douleurs.

Au terme de cet éditorial, il nous faut reconnaître que dans le domaine du traitement des plaies, nous manquons encore beaucoup de recherches sérieuses effectuées selon une méthode expérimentale rigoureuse pourtant aujourd'hui bien établie. La majorité des recommandations proposées repose plus sur l'expérience et sur l'opinion de spécialistes, que sur de réels travaux scientifiques. De plus, le principal critère visé pour l'évaluation de la qualité d'un pansement reste la guérison complète de la plaie. Le confort du patient n'est pas toujours pris en compte de façon suffisante lors de l'application ou du changement d'un pansement.

Ce fascicule a pointé du doigt le problème majeur de la gestion des plaies qui est pour l'instant encore très peu documenté : la douleur. Préciser la ou les causes des douleurs, les prévenir ou les traiter, est un problème complexe. La nécessité de recherches dans ce domaine apparaît primordiale. D'ores et déjà, le fait de prêter attention au problème et d'utiliser des techniques appropriées de pansement en association d'une analgésie adaptée peuvent soulager les symptômes douloureux dans la plupart des cas. La guérison est souvent un processus long et pénible. Pour cette raison, il est important de bien garder à l'esprit les besoins du patient et d'apprécier son confort et sa qualité de vie, malgré sa plaie. Cela implique également de revoir la notion de « service rendu » en matière de traitement de plaie, la « cicatrisation à tout prix » n'étant pas le seul objectif. Si au cours des dix dernières années, nous nous sommes focalisés sur la guérison des plaies, les dix prochaines années doivent se recentrer sur le patient, en ayant, en particulier comme priorité, la gestion de sa douleur.

Medecin spécialiste en Dermatologie et Gériologie, Chef de service de Gériologie, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine, France. Vice-présidente de la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC). Membre du conseil d'administration du European Wound Management Association (EWMA).

Comprendre les douleurs et traumatismes liés aux plaies: une perspective internationale

CJ Moffatt¹ PJ Franks² H Hollinworth³

Une étude a récemment été conduite au Royaume-Uni afin de recueillir l'opinion des soignants sur la douleur et les traumatismes liés aux plaies ainsi que leurs liens avec les pansements. Cette étude initiale a impliqué un nombre important d'infirmiers provenant de deux organisations anglaises en soin des plaies. Il s'agit de la première étude sérieuse effectuée sur ce thème sur une grande échelle. Les résultats de ce travail ont incité ensuite à mettre en place une enquête plus approfondie sur les différences et similarités d'opinion entre des soignants d'autres pays d'Europe et d'Amérique du Nord. Cet article présente les résultats de cette collaboration internationale.

INTRODUCTION

Il est de plus en plus souvent admis que la douleur est un problème important pour les patients souffrant de nombreux types de plaies¹. Au cours des dix dernières années, la guérison était considérée comme étant l'objectif principal du traitement de la plaie². Cet objectif est né de la constatation que le traitement des patients était inefficace, retardant ainsi la guérison et prolongeant la durée des soins³. Cette approche a été essentielle à notre compréhension des soins fondés sur les preuves, avec l'accent mis sur l'efficacité clinique et la rentabilité financière⁴. Cependant, l'utilisation de la guérison complète comme critère de réussite des soins s'est effectuée au détriment d'autres objectifs importants pour le patient, y compris la gestion de la douleur et d'autres aspects de qualité de vie⁵. De plus, l'accent mis sur la guérison complète néglige le petit mais néanmoins important groupe de patients souffrant de plaies qui vont perdurer malgré les meilleurs soins^{6,7}. L'utilisation de la guérison complète comme unique objectif ne reconnaît pas non plus le fait qu'une amélioration de l'état de santé du patient puisse constituer un résultat légitime et important des soins prodigués⁸. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour l'étude d'autres aspects de soin des plaies qui pourraient être d'importance pour les patients. L'on devrait accorder plus d'attention aux évaluations et études de produits de soins dans lesquelles interviennent les notions de douleur, de macération, de traumatisme et de confort^{9,10}. Bien que la rigueur de telles études puisse être critiquée et que leurs résultats puissent être considérés comme peu fiables, une analyse plus poussée de ces informations pourrait faciliter la compréhension de facteurs autres que la guérison, et bien que difficilement définissables, ayant un impact majeur sur le patient. Cet article présente les résultats d'une étude en collaboration internationale sur la compréhension des douleurs et traumatismes par les soignants au moment du changement d'un pansement.

Une perspective internationale

Une perspective internationale pourrait s'avérer très utile pour souligner l'influence qu'ont les différents systèmes de soin des plaies sur les prestations des soignants, l'expérience du patient et l'accès aux produits de soins. Dans certains pays le soin des plaies est une spécialité largement développée, alors que dans d'autres elle est quasi inexistante¹¹. Des enjeux tels que le remboursement ou le libre accès aux produits de soins appropriés pourraient s'avérer d'une importance capitale pour la bonne compréhension de ce problème. Les industriels-mêmes de

1. Le directeur, 2. Codirecteur, Centre de Recherches et de mise en Application de Pratiques Cliniques, Thames Valley University, Londres, UK

3. Maître de Conférence en soins Infirmiers, Suffolk College, Ipswich, UK

Responsables d'enquête nationale :

H Hollinworth (UK), S Meaume (F), H Hietanen (FIN), E Vestergaard/R Jelnes (DK), C Hansson (S), G Kammerlander (CH, D, A), P Lázaro Ochaíta (E), E Fowler (US), R Kohr (CA)

POINTS CLES

1. Le retrait des pansements est considéré comme étant le moment le plus douloureux.
2. Les pansements desséchés et les produits adhésifs sont les plus susceptibles de provoquer douleurs et traumatismes lors du changement d'un pansement.
3. Le plus souvent on utilise des produits non-traumatiques afin d'éviter les traumatismes tissulaires.
4. L'utilisation de gaze est une cause fréquente de douleur. Les nouveaux produits comme les hydrogels, les hydrofibres, les alginates et les compresses siliconés sont les moins susceptibles de causer de la douleur.
5. La connaissance des produits et la bonne sélection des pansements varient fortement d'un pays à l'autre.
6. L'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur validés n'est pas prioritaire pour son évaluation, l'on se fie plus au langage corporel et aux signaux non-verbaux.

Tableau 1 | **Pays ayant participé à l'enquête internationale**

Pays		Quantité de personnes interrogées
France	F	1672
Canada	CA	413
Finlande	FIN	404
Royaume-Uni	UK	373
Etats-Unis	US	315
Suisse	CH	183
Suède	S	162
Espagne	E	136
Autriche	A	108
Danemark	DK	77
Allemagne	D	75
Total	11	3918

ce domaine pourraient jouer un rôle important, en sélectionnant leurs marchés en fonction des grandes forces économiques mondiales. De cette façon, ils limitent l'accès aux produits les plus adaptés et à leur connaissance^{12,13}. Tous ces facteurs ne font que d'accentuer le caractère déjà pauvre du soin des plaies en tant que problème de santé au niveau international.

METHODES

Onze pays ont participé à l'enquête internationale. Ces pays sont ceux cités dans le tableau 1, cette liste est principalement constituée de pays d'Europe occidentale, aucun pays d'Europe de l'Est n'a participé à l'enquête. Sur 14 657 questionnaires distribués, 3918 ont été pris en compte (soit un taux de réponse de 27%).

Le questionnaire utilisé pour cette enquête a été adapté à partir du questionnaire original utilisé au Royaume-Uni¹⁴. Il visait à déterminer les principales considérations prises en compte par les soignants dans leur approche de la douleur et des traumatismes tissulaires lors du changement d'un pansement, ainsi que les stratégies utilisées pour les soins et la sélection des produits pour les patients. Le questionnaire était constitué de questions structurées à choix multiple.

Alors que l'enquête devait poser des questions identiques à toutes les nationalités, il y a eu quelques variations dans leurs énoncés, surtout par rapport aux types de produits disponibles. Une question supplémentaire a été rajoutée à la suite de l'enquête au Royaume-Uni, visant à étudier les différents points de vue des soignants quant à l'importance des caractéristiques et de l'efficacité des pansements. Bien que certaines questions nécessitaient une réponse unique, quelques soignants ont donné plus d'une réponse à une même question. Afin de surmonter ce problème, les résultats ont été classés selon la fréquence d'une même réponse pour chaque question, plutôt que selon les pourcentages absolus. Ainsi la réponse la plus importante ou du plus haut rang pour chaque pays a été placée en 1 (première place), les valeurs plus grandes indiquant une importance moindre (seconde place, etc.). Cette technique a permis un classement identique des réponses pour chaque pays, la fréquence des réponses n'entrant pas en ligne de compte.

Les questionnaires ont été traduits dans la langue de chaque pays participant. Diverses méthodes de distribution ont été utilisées, allant de l'envoi postal des questionnaires aux membres d'organismes de soin des plaies à la distribution manuelle aux personnes présentes à des conférences sur le traitement des plaies. Pour cette raison, il est possible que les personnes touchées ne soient pas représentatives de la population de soignants pour chaque pays.

RESULTATS

Les données recueillies à partir des questionnaires complétés ont été informatisées et analysées par une entreprise de statistiques. Les informations ont ensuite été regroupées par les auteurs.

Réponses au questionnaire

Principales considérations prises en compte lors du changement d'un pansement

Les praticiens de sept pays sur les onze participants ont estimé que la prévention des traumatismes était le facteur le plus important (valeur moyenne : 1,7) à prendre en compte lors du changement d'un pansement (Figure 1). La prévention de la douleur a été classée en deuxième position (valeur moyenne : 2,3). Seul un pays a placé la prévention de l'infection de la plaie en haut de la liste des priorités (Suisse).

Perception de la douleur et des différents types de plaies

Neuf des onze pays participant à l'enquête estiment que l'ulcère de jambe est la plaie la plus douloureuse (valeur moyenne : 1,2). Aucun pays ne l'a classé au delà de la deuxième place (Figure 2). Les brûlures superficielles ont été placées en seconde position (valeur moyenne : 2,9), l'Espagne estime que les ulcères de jambe et les brûlures superficielles sont toutes aussi douloureuses. D'autres plaies comme les plaies infectées, les escarres, les coupures et abrasions, les plaies chez l'enfant, les plaies cavitaires et les plaies cancéreuses ont été jugées moins douloureuses. Ce classement pourrait cependant être le reflet d'un manque de jugement et d'expérience de la part des soignants plutôt qu'une estimation réelle de la douleur ressentie par le patient^{5,16}.

Moment où les patients ressentent de la douleur

Les soignants ont invariablement classé le retrait des pansements comme étant le moment le plus douloureux (valeur moyenne : 1,4), suivi de près par le nettoyage des plaies (valeur moyenne : 1,6) qui a été placé en tête de liste dans quatre pays. Cette dernière information soulève la question des méthodes utilisées pour le nettoyage des plaies. Différents facteurs peuvent y contribuer, comme l'utilisation de produits antiseptiques et d'autres méthodes mécaniques plus agressives de nettoyage. Ces mêmes facteurs peuvent être indicateurs des importantes différences existant entre les techniques de soin des plaies dans les différents pays.

Evaluation de la douleur

Dans huit des onze pays le facteur le plus important pour l'identification de la douleur a été le fait de parler avec les patients (valeur moyenne : 1,5). En France ce facteur a été classé en troisième position et l'expression faciale a été mise en tête de liste. Aux Etats-Unis, les langages facial et corporel ont été les facteurs les plus importants, alors qu'en Finlande c'est le langage corporel seul qui a été classé au plus haut niveau. Ces variations pourraient être le reflet des différences culturelles de chaque pays, certaines populations étant plus volubiles que d'autres. Il semble que peu d'attention ait été accordée à l'évaluation de la douleur avant et après les changements de pansements, indiquant ainsi une évaluation plus globale de la douleur, plutôt qu'une évaluation liée à la procédure. Peu d'éléments portent à croire que les soignants aient fait référence à leurs expériences passées de traitement de cas similaires au moment d'évaluer la signification de la douleur liée aux plaies¹⁷.

Facteurs contribuant à la douleur

Les réponses données pour cette question ont révélé que les soignants étaient conscients que les pansements desséchés (valeur moyenne : 1,9) et les produits adhérents à la plaie (valeur moyenne : 2,0) étaient les facteurs les plus importants contribuant à la douleur lors du changement d'un pansement (Figure 3). Cependant, les réponses données pour la question sur l'utilisation de méchage avec de la gaze l'ont invariablement placée à un niveau très bas (valeur moyenne : 6,5), seuls le Royaume-Uni et le Danemark l'ont classée en troisième et quatrième position respectivement. Ces résultats sont d'autant plus surprenants que la gaze est probablement le produit le plus adhérent utilisable pour le méchage des plaies, et dont l'utilisation n'est plus recommandée. De plus il est possible que ces résultats soient faussés car l'utilisation de gaze est rare dans certains pays.

Facteurs contribuant au traumatisme

Des constatations similaires ont été observées s'agissant de traumatisme lors du changement d'un pansement. Les facteurs désignés comme étant les plus importants ont été l'utilisation de produits adhérents (valeur moyenne : 1,5) et le dessèchement des pansements (valeur moyenne : 2,2). Les problèmes liés à l'utilisation de gaze n'ont pas été jugés prioritaires par rapport au risque de traumatisme, malgré la présence de preuves

Figure 1 | Principales considérations prises en compte lors du changement d'un pansement

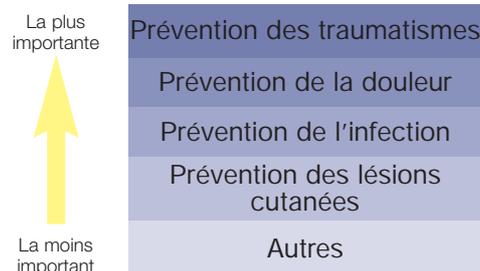


Figure 2 | Douleur ressentie lors du changement d'un pansement

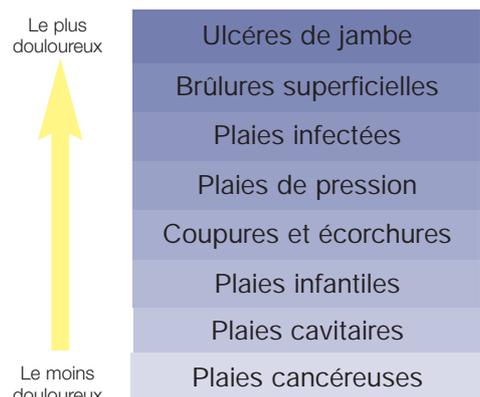
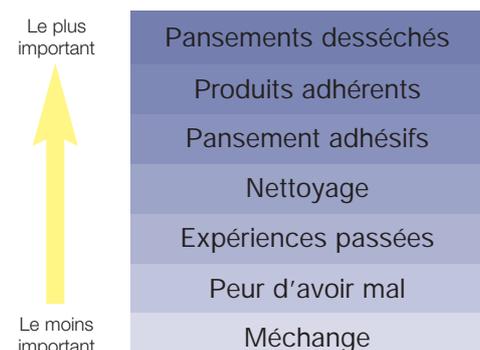


Figure 3 | Facteurs contribuant à la douleur lors du changement d'un pansement



démontrant les conséquences néfastes de l'utilisation de gaze pour le soin des plaies¹⁸. Historiquement, la gaze est utilisée pour les pansements humides (« wet-to-dry ») pour la déterSION de plaies – une pratique qui subsiste encore dans de nombreux pays malgré des recommandations contraires¹².

Stratégies de prévention de la douleur

Les stratégies les plus fréquemment utilisées consistaient à tremper le pansement à changer (valeur moyenne : 2,6), à utiliser des pansements non-traumatiques (valeur moyenne : 2,6) et à choisir des pansements dont le retrait peut s'effectuer sans douleur (valeur moyenne : 2,8). Ces résultats sont surprenants puisque le trempage de pansements secs n'est pas recommandé et que la tendance actuelle en matière de soin des plaies est basée sur les principes de la cicatrisation en milieu humide. Deux pays seulement (la France et le Royaume-Uni) ont estimé que l'administration d'un analgésique avant le changement d'un pansement était le facteur le plus important, alors qu'en comparaison, l'Espagne, l'Autriche et l'Allemagne ont placé cette solution en septième position sur huit. L'implication des patients dans les stratégies de contrôle de la douleur n'a pas été considérée importante (valeur moyenne : 7,5). Le fait de maintenir la peau environnante lors du retrait d'un pansement n'a pas été jugé comme prioritaire, bien que preuve est faite que de nombreux produits adhésifs de soin des plaies entraînent souvent un arrachage de la peau et peuvent être la cause de traumatismes cutanés et de douleur^{13,19}.

Stratégies de prévention des traumatismes

La stratégie la plus importante visant à éviter la lésion des plaies a été l'utilisation de pansements non-traumatiques (valeur moyenne : 1,0) ; cette réponse est la seule à avoir fait l'unanimité auprès de tous les pays participants. Étaient perçus comme moins importants pour la prévention des traumatismes le trempage (valeur moyenne : 2,0) et le fait de ne pas utiliser de pansements adhésifs (valeur moyenne : 2,8). Les propositions de réponse à la question concernant la prévention des traumatismes étaient plus limitées en nombre par rapport à celles pour la question précédente concernant la douleur : il est donc possible que ce fait ait influencé le classement des priorités dans les réponses à ces deux points.

Importance des caractéristiques des différents pansements

La caractéristique la plus demandée d'un pansement est de pouvoir être retiré sans douleur (valeur moyenne : 1,8) avec cinq pays considérant ce facteur comme étant le plus important. En Espagne cette caractéristique a été placée en quatrième position seulement, la plus importante étant l'utilisation de produits hypoallergéniques. La non-adhérence du pansement sur la plaie a été la deuxième priorité en ordre d'importance (valeur moyenne : 2,0), quatre pays l'ayant placée en tête de liste. Au Canada et aux États-Unis, la caractéristique la plus importante demandée à un pansement est de permettre un bourgeonnement plus rapide. Le confort a été placé en seconde position au Canada alors qu'en Allemagne ce même facteur n'a été placé qu'en onzième position. La poursuite des recherches s'est avérée susciter peu d'intérêt auprès des soignants de tous pays ayant répondu au questionnaire (valeur moyenne : 9,2).

Les pansements sources de douleur

Tous les pays ont été unanimes sur le fait que la gaze est le produit qui est le plus souvent source de douleur lors du changement d'un pansement (valeur moyenne : 1,0), suivi par les pansements en tricot de viscose (3,1), les films (3,2), les tulles gras (3,5) et les pansements à faible adhérence (4,8). Les pansements hydrocellulaires et hydrocolloïdes ont été placés au même niveau (valeur moyenne = 6,5). Les hydrogels (valeur moyenne = 9,5), les hydrofibres (9,2) les alginates (7,3) et les pansements siliconés (7,2) étaient considérés comme étant les produits les moins susceptibles de causer des douleurs lors du changement d'un pansement.

Les pansements sources de traumatisme

Un schéma similaire a été observé en ce qui concerne les traumatismes. Dix pays sur onze ont noté la gaze comme étant le produit le plus susceptible de causer des traumatismes (valeur moyenne : 1,1). Les films (2,8) et les pansements en tricot de viscose (3,0) ont aussi été notés comme susceptibles de provoquer des traumatismes. Les pansements jugés les plus sûrs en matière de traumatisme ont été les hydrofibres (9,8), les hydrogels (8,5), les alginates (8,1) et les pansements siliconés (7,2).

Restrictions en matière de choix

Les résultats de l'enquête ont révélé que les questions financières (valeur moyenne : 1,8) et de remboursement (valeur moyenne : 3,2) ont été notées comme étant les facteurs les plus importants qui influent sur le choix des pansements. En France et en Espagne le facteur le plus important se matérialisait à travers les restrictions imposées par le personnel médical lui-même en matière de choix des pansements appropriés. En Suisse le facteur le plus important cité était le manque de connaissances. Les politiques régionales en matière de soin des plaies (7,5), les normes acceptées en matière de soin des plaies (7,5) et l'aide d'un cadre infirmier ou d'une équipe de soins spécialisée dans le soin des plaies (8,1) ont été cités comme des facteurs facilitant l'accès aux produits et le choix d'un pansement approprié.

Connaissance des produits

Le pays où la proportion de soignants, ayant déclaré avoir une bonne connaissance des produits spécialement conçus pour la prévention de la douleur et des traumatismes lors du changement d'un pansement est la plus élevée, est l'Allemagne (83%), suivi par la Finlande et la Suisse (73%). Des pourcentages très contrastés par rapport à ceux relevés au Danemark, en France et aux Etats-Unis (19%, 39% et 46% respectivement). Ces résultats doivent cependant être tempérés vu la liste de produits fournie par les praticiens puisque bon nombre de ces produits n'avaient pas été spécifiquement conçus pour la prévention de la douleur et des traumatismes. Ils servent aussi à souligner la complexité d'interprétation de ces résultats dans le contexte de différentes politiques en matière de soins. Les différents niveaux d'instruction aux soins des plaies ainsi que la disponibilité et la promotion des produits en question ne sont que deux exemples des variations de facteurs qui existent d'un pays à l'autre.

Liberté de choix du pansement à tout moment

C'est au Royaume-Uni qu'a été constatée la plus grande liberté des soignants dans le choix des pansements appropriés pour tous les patients, suivi par l'Autriche (52%) et la Suède (51%). Seulement 25% des soignants canadiens ont déclaré pouvoir choisir leurs pansements à tout moment. Des résultats très bas ont aussi été constatés en Allemagne (29%) et en Suisse (30%). Ces résultats reflètent en partie les différents systèmes de remboursement dans les pays concernés. Au Royaume-Uni, les principaux types de pansements sont disponibles sur le « Drug Tariff » (liste tarifaire des médicaments) bien que l'étendue de la gamme soit limitée. Dans d'autres pays européens la disponibilité des pansements est régie par différentes règles de remboursement, limitant ainsi l'accès à certains produits. De plus, on recommande, dans de nombreuses régions du Royaume-Uni, de suivre des principes de traitement fondés sur des preuves. Le poids de ces résultats peut être influencé par l'échantillon de personnel infirmier sélectionné dans chaque pays, ils pourraient aussi être une conséquence de l'ancienneté du personnel et de leur spécialisation dans le domaine du soin des plaies.

DISCUSSION

Ce n'est qu'au cours de ces dix dernières années que l'on a commencé à évaluer le rôle de la douleur dans l'expérience de vie de patients souffrant de plaies. Une grande partie de la recherche effectuée s'est focalisée sur la douleur dans le contexte de la qualité de vie^{1,20}. Il a été établi que les patients souffrant de plaies telles que des ulcères de jambe ressentent considérablement plus de douleur corporelle que la population normale, ceci n'étant pas simplement une des conséquences du vieillissement de la population, mais plutôt une des caractéristiques de la plaie en rapport avec un fonctionnement anormal des mécanismes de douleur sous-jacents^{8,21}. Des études portant sur la qualité de vie en rapport avec la santé ont invariablement démontré une amélioration significative de la douleur lorsqu'un traitement efficace favorisant la guérison est utilisé^{22,23}. Cependant, les recherches ont aussi montré que les soignants ont souvent trop confiance ou refusent d'accepter le degré de souffrance dû à la douleur causée par les plaies et exprimée par les patients¹⁵. Les douleurs procédurales peuvent rester gravées dans la mémoire des patients pendant plusieurs dizaines d'années, et il est possible qu'ils développent des stratégies élaborées afin d'empêcher les soignants de leur infliger plus de douleur lors d'une procédure de changement de pansement²⁴.

Cette enquête a souligné le fait que même si de très nombreux soignants sont conscients des problèmes de douleur et de traumatismes liés aux plaies, il existe des variations internationales considérables au niveau de la pratique. Ce domaine requiert une approche coordonnée pour la standardisation des recommandations de bonne pratique appuyée par les meilleures preuves disponibles. L'enquête menée a soulevé de nombreuses questions de recherche. Un des points clés pour l'amélioration de la pratique est l'accès aux produits appropriés. Les associations et les industriels spécialisés en soin des plaies doivent chercher à

créer des marchés dans les pays où ces types de pansements ne sont pas disponibles. Même en Europe occidentale les questions de remboursement empêchent l'utilisation de produits modernes pour le soin des plaies à une échelle plus large, illustrant ainsi le niveau de priorité peu élevé de ce marché. L'enquête a également souligné les variations qui existent au niveau des connaissances avec de nombreux praticiens qui ignorent quels sont les produits spécifiquement conçus pour la prévention de la douleur et des traumatismes. A l'heure actuelle il est difficile de déterminer quelle est la meilleure façon d'évaluer la douleur, une étude systématique récente n'ayant trouvé que peu de preuves solides pouvant orienter la prise de décisions en ce qui concerne la douleur et les traumatismes liés aux plaies²⁵.

Limitations

La présente enquête compte bon nombre de limites, les différentes bases de sondage ainsi que les variations de niveau d'expertise des différents pays n'étant pas les moindres. Elle ne peut être considérée comme représentative des opinions des soignants à l'intérieur de chaque pays; il est probable que les opinions exprimées dans cette enquête étaient celles d'infirmiers/infirmières plus spécialisés, plutôt que celles de la population soignante en général. De plus, cette enquête est basée sur les attitudes des professionnels et aucun effort n'a été fait afin de mettre ces résultats en corrélation avec l'expérience du patient dans les pays correspondants. Il est possible que quelques questions aient pu être interprétées de façon différente et que leur signification ait été altérée par la traduction. Enfin, ce questionnaire n'a pas été validé dans des conditions de recherche strictes.

CONCLUSIONS

Les résultats de cette enquête constituent une première tentative d'examiner, d'un point de vue international, la douleur et les traumatismes liés aux plaies lors d'un changement de pansement. Malgré les limites énumérées ci-dessus, cette enquête multinationale est une tentative importante de stimulation de la recherche et du débat dans ce domaine, et de rassembler l'ensemble des personnes concernées par le soin des plaies au niveau international autour de ces questions.

Références

1. Briggs M, Hofman D. Pain management. 9th European Conference in Advances in Wound Management, Harrogate 1999.
2. Fletcher A, Cullum N, Sheldon AT. A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. *BMJ* 1997; **315**: 576-80.
3. Bosanquet N. Costs of venous ulcers: from maintenance therapy to investment programmes. *Phlebology* 1992 (suppl 1) **1**: 44-66.
4. Sackett D, Rosenberg W, Gray J et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; **312**: 71-2.
5. Royal College of Nursing. Clinical Practice Guidelines. The management of patients with venous leg ulcers. Royal College of Nursing 1998. <http://www.rcn.org.uk>
6. Charles H. The impact of leg ulcers on patients' quality of life. *Prof Nurse* 1995; **10**: 571-4.
7. Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1998; **25**: 158-68.
8. Franks PJ, Moffatt CJ. Who suffers most from leg ulceration? *J Wound Care* 1998; **7**: 383-5.
9. Nielsen A. Management of wound exudate. *J Comm Nursing* 1999; **13**: 27-34.
10. Martini L, Reali UM, Borgognoni L et al. Comparison of two dressings in the management of partial-thickness donor sites. *J Wound Care* 1999; **8**: 457-60.
11. Collier M. Principles of optimum wound management. *Nurs Stand* 1996; **10**: 47-52.
12. Thomas S. *Wound Management and Dressings*. London: Pharmaceutical Press, 1990.
13. Gotschall C, Morrison M, Eichelberger M. Prospective randomized study on Mepitel on children with partial-thickness scalds. *J Burn Care Rehabil* 1998; **19**: 279-83.
14. Hollinworth H, Collier M. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. *J Wound Care* 2000; **9**: 369-73.
15. Hollinworth H. Wound care. Conflict or diplomacy? *Nurs Times* 1999; **95**: 63-4, 67-8.
16. Choiniere M, Melzak R, Girard N et al. Comparisons between patients' and nurses' assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990; **40**: 143-52.
17. Hallett C, Austin L, Caress A, Luker K. Wound care in the community setting: clinical decision making in context. *J Adv Nursing* 2000; **31**: 783-93.
18. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J Wound Care* 2000; **9**: 4-9.
19. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001; **10**(1): 7-10.
20. Franks PJ, Moffatt CJ, Oldroyd M et al. Community leg ulcer clinics: effect on quality of life. *Phlebology* 1994; **9**: 83-6.
21. Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB, Zederfeld B. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol* (Stockh) 1993; **73**: 440-3.
22. Franks PJ, Bosanquet N, Brown D et al. Perceived health in a randomised trial of treatment for chronic venous ulceration. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; **17**: 155-9.
23. Franks PJ, Moffatt CJ, Ellison DA et al. Quality of life in venous ulceration: a randomised trial of two bandage systems. *Phlebology* 1999; **14**: 95-9.
24. Moffatt CJ, Doherty DC, Franks PJ. The meaning of non-healing: patients' perspective. 10th European Wound Management Association. Dublin 2001.
25. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; **2**: CD001177.

La théorie de la douleur

H Wulf¹ R Baron²

INTRODUCTION

La douleur est une sensation désagréable associée à une lésion ou une possible lésion tissulaire. Une douleur apparaissant suite à une lésion tissulaire a un rôle protecteur, elle informe le corps qu'il a été endommagé suscitant le repos nécessaire à la régénération tissulaire. Dans le cas d'une douleur chronique persistante (> 7 semaines) cette fonction physiologique peut être compromise, contrant ainsi la régénération. Souvent la douleur chronique en tant que telle devient une maladie à part entière. La pathophysiologie de la douleur implique une altération des voies de transmission de la douleur. Ainsi, une connaissance de la physiologie normale de ces voies est un prérequis essentiel à la compréhension des mécanismes de la douleur aiguë chronique.

MECANISMES DE LA DOULEUR

Transmission de la douleur: nociception

La nociception implique la transmission de signaux de douleur émis par des nocicepteurs (récepteurs sensoriels de la douleur) situés dans les tissus périphériques aux structures centrales du cerveau. La douleur aiguë ou nociceptive est une réaction inflammatoire provoquée par des stimuli douloureux ou nocifs (lésion tissulaire) et qui est généralement limitée dans le temps. Au contraire, une lésion persistante ou le fonctionnement anormal du système nerveux périphérique ou central (douleur neuropathique) sont des facteurs importants dans le développement de la douleur chronique. Du fait que la douleur chronique peut partager certains mécanismes de base avec la douleur nociceptive, des études utilisant la stimulation physiologique de nocicepteurs intactes ont contribué presque autant que des lésions nerveuses expérimentales à notre compréhension de la douleur chronique, et surtout neuropathique. Afin d'aider à la compréhension de la pathophysiologie de la douleur chronique, on décrira certains éléments pertinents de la physiologie de la nociception normale¹.

Physiologie normale

Les sensations de douleur sont normalement provoquées par l'activité de neurones primaires afférents amyéliniques (C-) et finement myéliniques (A δ -) dont la synapse s'opère avec des neurones de la corne dorsale de la moelle épinière. L'information sensorielle est ensuite relayée au thalamus et au tronc cérébral. Du fait que notre connaissance actuelle de la contribution des fibres nociceptives A δ à la douleur chronique est limitée, les sections suivantes traiteront de fibres C.

A ce jour, quatre sous-types de fibres C ont été identifiés dans la peau humaine² (Tableau 1). La plupart des fibres C sont polymodales, alors que certaines ne sont actives que dans des conditions inflammatoires, elles sont appelés nocicepteurs "silencieux" ou "dormants". On pense que ce sont des fibres sensibles à l'histamine, disposant de territoires d'innervation larges, qui sont à l'origine de la sensation de démangeaison³.

Sensibilisation périphérique

Hyperalgie

Normalement les nocicepteurs C sont silencieux en l'absence de stimulation et réagissent le mieux aux stimuli potentiellement nocifs. A la suite d'une lésion tissulaire aiguë, ou en la présence d'un état inflammatoire continu les nocicepteurs deviennent sensibilisés physiologiquement, libérant ainsi un mélange complexe de médiateurs de douleur et inflammatoires (Figure 1). Cette sensibilisation périphérique réduit le seuil de décharge et augmente la réactivité des fibres A δ et C.

Tableau 1 | **Nocicepteurs C**

Type	% du total	Stimuli
CMH	50%	mécanique, chimique, chaleur et froid – "nocicepteurs polymodaux"
CM	16%	mécanique seul
CH	7%	chaleur seule (sensibilité à l'histamine démontrée dans certains cas)
CMiHi	27%	chimique (certains sont sensibles uniquement aux stimuli thermiques et mécaniques suivant la stimulation chimique – nocicepteurs "silencieux" ou "dormants") sensibilité à l'histamine démontrée dans certains cas

1. Professeur et Directeur, Service d'Anesthésiologie et de Médecine de Soins Intensifs, Hôpital Universitaire, Marbourg, Allemagne.

2. Professeur, Service de Neurologie, Hôpital Universitaire, Kiel, Allemagne.

Figure 1 | Sensibilisation du nerf périphérique

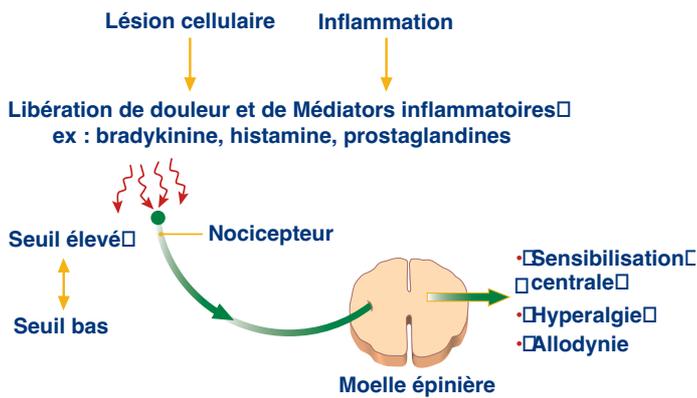
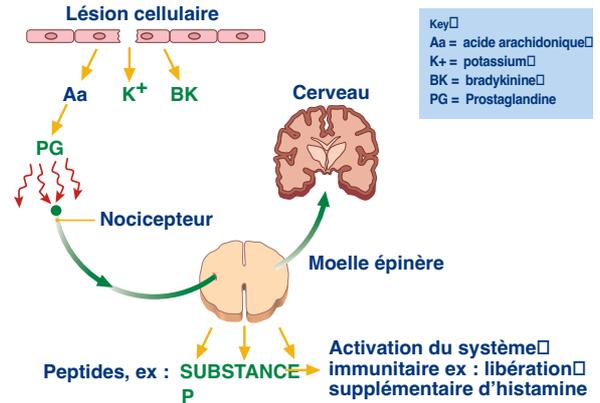


Figure 2 | Médiateurs de douleur



L'augmentation de la sensibilité de neurones à un stimulus répété peut conduire à la perception de douleur suite à un petit stimulus (hyperalgie). L'application cutanée d'agents chimiques algésiques (tels que capsaïcine ou essence de moutarde) produit une douleur à type de brûlure transitoire due à des fibres C⁴ polymodales actives et sensibilisées, en combinaison avec une réaction douloureuse accrue à la stimulation thermique et mécanique. Ce phénomène est exclusivement présent dans la zone primaire où les nocicepteurs C sont directement activés par la substance algésique et appelée *hyperalgie primaire*. Ce qui peut être accompagné d'une augmentation secondaire de la sensibilité à la stimulation mécanique dans la peau environnante où les nocicepteurs C n'ont pas été activés (tissus non-endommagés). Cette forme d'*hyperalgie secondaire* dépend de mécanismes intérieurs au système nerveux central (SNC).

Sensibilisation centrale

POINTS CLES

1. La pathophysiologie de la douleur implique une altération des voies de transmission de la douleur.
2. Les lésions et inflammations tissulaires sensibilisent les terminaisons nerveuses qui transmettent les signaux de douleur.
3. La sensibilité accrue de neurones à un stimulus répété peut causer la production de douleur par des sensations bénignes.
4. La lésion des nerfs périphériques est souvent associée à une fonction sensorielle anormale, provoquant une augmentation marquée de la réaction à la douleur du patient.
5. Il est indispensable de comprendre comment le système nerveux réagit et s'adapte à la douleur si nous voulons donner du sens à la douleur que peut ressentir un patient.

"Wind-up" et sommation

Une activité soutenue ou répétitive des nocicepteurs C produit des altérations dans la réaction du SNC à des informations provenant de la périphérie. Lorsqu'on applique des stimuli nocifs identiques à la peau à une certaine fréquence, que ce soit une lésion tissulaire ou un facteur externe, il se produit une accumulation dans la réaction de neurones de la corne dorsale de la moelle épinière (appelé "wind up")^{5,6}. Ce qui permet une augmentation de la taille du champ récepteur des neurones de la corne dorsale⁷. Ce procédé physique, appelé sensibilisation centrale, s'applique à toute lésion tissulaire et est une réaction normale de la part du système nerveux non-endommagé.

L'application de stimuli répétés à une fréquence basse dans des sujets humains normaux est aussi associée à une augmentation progressive de l'intensité de la douleur perçue, à condition que les stimuli soient présentés à des intervalles inférieurs à trois secondes⁸. Ce phénomène perceptif, appelé sommation temporelle de la douleur, est la corrélation subjective du "wind-up" et est exagéré chez certains patients atteints de douleur chronique.

Allodynie

Les afférents primaires mécanoréceptifs à seuil bas et à diamètre large (fibres Aβ) sont normalement sensibles à des stimuli tactiles inoffensifs et n'augmentent pas leur fréquence de décharge en présence de stimuli plus intenses. Cependant, lorsque la sensibilisation centrale est produite par l'activité de fibres C, ces fibres Aβ à large diamètre deviennent capables d'activer des neurones de signalisation de douleur du SNC⁹, ce qui résulte en une perception accrue de la douleur.

La sensibilisation centrale peut être produite dans des sujets normaux par l'activation sélective de fibres C avec de la capsaïcine. Du fait de la décharge continue dans les nocicepteurs C sur le lieu d'application de la capsaïcine (zone primaire), une zone de sensibilité cutanée accrue se développe et s'étend au-delà de la région directement activée par la capsaïcine. Dans cette zone extérieure (secondaire), les stimuli tactiles habituellement inoffensifs, comme un léger frôlement de la peau, deviennent capables de produire de la douleur (allodynie). Les peptides neuraux tels que la substance P¹⁰ ainsi que les acides aminés excitateurs agissant au récepteur NMDA¹¹ contribuent à cette sensibilisation centrale (Figure 2).

Glossaire

Fibre Aβ	Appelées "A-bêta", ces fibres détectent principalement le toucher et la pression
Fibre Aδ	Appelées "A-delta", ces fibres transmettent rapidement la douleur aiguë
Afférent	Dans le cas du système nerveux, un nerf conducteur de signaux provenant de la périphérie en direction du système nerveux central
Allodynie	Sensibilité accrue – de telle sorte qu'une stimulation normalement inoffensive, devient douloureuse
Fibre C	Ces fibres conductrices lentes transmettent les douleurs constantes et sourdes
Désafférentation	Une perte d'entrée d'informations sensorielles au SNC
Hyperalgie	Sensibilité accrue à la stimulation douloureuse ou nocive (soit potentiellement dangereuse)
Lamine	Les fibres nerveuses afférentes entrent dans la moelle épinière via la corne dorsale et se terminent dans les différentes couches (ou lames) de la matière grise (couches II-V principalement)
Myéline	L'enveloppe de graisse entourant l'axone nerveux et aide à la transmission rapide des signaux – les fibres C amyéliniques ont donc une transmission plus lente que celle des fibres Aδ myéliniques
NMDA	Les récepteurs N-méthyl D-aspartate (NMDA) de la corne dorsale de la moelle épinière constituent une partie importante de la voie de transmission de la douleur, et sont impliqués dans le développement de la sensibilisation centrale. Il est possible de bloquer la voie à cet endroit en utilisant des substances antagonistes NMDA comme la kétamine
Nocicepteur	Nerf réagissant à des stimuli nocifs ou douloureux

En résumé, il est évident que l'activation de fibres C dans la peau produit un changement dans le SNC. En plus des réactions accrues aux signaux transmis via les nocicepteurs depuis le lieu de la lésion ou de l'agression, les légers stimuli tactiles en mouvement, activateurs de fibres Aβ dans la zone environnante élargie, deviennent capables de susciter de la douleur. Dans des conditions physiologiques normales ce changement est réversible, cependant, si la lésion tissulaire est considérable ou s'il y a atteinte nerveuse, la situation peut évoluer vers la douleur chronique.

**MECANISMES DE
LA DOULEUR SUITE
A UNE ATTEINTE
NERVEUSE**

La douleur est souvent associée à la lésion des nerfs périphériques malgré une perte de fonction sensorielle. Melzack et Wall¹² ont émis l'hypothèse que l'endommagement des fibres inhibitrices de la transmission de la douleur à la moelle épinière, serait à l'origine de la douleur persistante (théorie du portillon "Gate Control Theory" de la douleur). Ainsi, les fibres qui sont normalement responsables de la 'fermeture du portillon' ne peuvent fonctionner et les signaux sont transmis sans modulation au cerveau, où ils sont interprétés comme de la douleur.

**Mécanismes
périphériques**

Décharge ectopique

Lorsqu'un nerf périphérique est sectionné ou endommagé, les terminaisons nerveuses se régénèrent et forment un neurome. Ces neuromes peuvent développer une activité spontanée (décharge ectopique) avec une sensibilité accrue aux stimuli chimiques, thermiques et mécaniques¹³. L'augmentation de la fréquence des signaux envoyés à la moelle épinière provoque aussi la génération d'impulsions spontanées¹⁴ dans une région située près du ganglion spinal de la racine dorsale (éloignée du lieu de la lésion). Ce qui peut résulter en l'apparition de la douleur en réaction à des stimuli inoffensifs (allodynie).

Des enregistrements effectués avec des micro-électrodes sur des nerfs sectionnés chez des humains amputés atteints de douleur illusionnelle ont montré une activité spontanée afférente¹⁵. Le tapotement du neurome était associé à une douleur accrue et une décharge afférente dans les fibres afférentes petites et larges. Il est intéressant de noter que ce phénomène a été constaté dans plusieurs cas où l'amputation remonte à plus de 20 ans en arrière, ce qui indique que l'hyperactivité afférente primaire anormale peut être persistante chez les humains.

Mécanismes SNC

Hyperexcitabilité de la moelle épinière

Une lésion partielle de nerf périphérique est associée au développement d'une augmentation de l'excitabilité générale des neurones de la moelle épinière comparable à celle normalement observée suite à une stimulation prolongée des nocicepteurs C (sensibilisation centrale)¹⁶. Cette sensibilisation centrale neuropathique est probablement due à l'activité des fibres C sensibilisées pathologiquement, qui à leur tour sensibilisent les neurones de la corne dorsale de la moelle épinière en libérant du glutamate ainsi que la substance neuropeptide P¹⁷.

Une fois la sensibilisation centrale établie, l'activité dans les nocicepteurs C peut maintenir les procédés centraux causant l'allodynie. Pour la douleur neuropathique chronique, le blocage sélectif de fibres Aβ élimine l'allodynie¹⁸, cependant une douleur continue à type de brûlure persiste, indiquant que celle-ci est transmise par les nocicepteurs C. Inversement, l'augmentation progressive de la température de la peau (activation sélective des fibres C) provoque un accroissement échelonné de l'intensité à la fois de la douleur persistante et de

l'allodynie. Ce fait suggère que les données provenant de nocicepteurs C à la périphérie peuvent maintenir la sensibilisation centrale, ayant pour résultat l'allodynie transmise par fibres A β . On peut voir de quelle façon les nerfs différents, activés par réaction à des activités diverses, comme le nettoyage d'une plaie ou l'enlèvement d'une suture, interagissent dans cet environnement hypersensible et font éprouver une douleur au patient qui semble, aux yeux du spectateur, être totalement hors proportion par rapport au stimulus.

Réorganisation dans le SNC

Dans des conditions physiologiques normales, les neurones afférents primaires se terminent dans des lamines spécifiques de la corne dorsale. Cependant une 'désafférentation' peut se produire en réaction à l'endommagement de nerfs périphériques, avec le bourgeonnement des axones afférents survivants et le développement de connexions aberrantes dans la moelle épinière. Dans ces circonstances, les axones survivants de la racine dorsale peuvent établir un contact fonctionnel avec les neurones de la moelle épinière qui ont été privés de leurs données normales^{19,20}. Suite à une telle réorganisation, les afférents primaires à diamètre large, y compris ceux qui réagissent le mieux aux stimuli inoffensifs en mouvement (fibres A β), fournissent des données directes en quantité importante aux neurones spinaux qui reçoivent habituellement des données directes provenant d'afférents primaires amyéliniques (fibres C). Ce 'recâblage' des connexions au sein du SNC peut causer une augmentation notable des réactions aux légères stimulations tactiles²¹.

CONCLUSIONS

Ce bref aperçu souligne la nature complexe des mécanismes sous-jacents impliqués dans la douleur nociceptive (inflammatoire) et neuropathique. Ce que les patients nous disent à propos de la douleur qu'ils ressentent peut être très révélateur, et une bonne compréhension de comment le système nerveux réagit et s'adapte à la douleur dans le court et le long terme est essentielle si nous voulons donner du sens à la douleur que peut ressentir un patient. La large zone de gêne entourant une plaie, ou même une plaie qui a apparemment cicatrisé depuis longtemps comme un moignon dû à une amputation, est une conséquence naturelle de l'habileté qu'a le système nerveux à changer sa façon de réagir en fonction du signal reçu. Le fait qu'il y ait une base physiologique à une telle douleur chronique pourrait être interprété comme une conclusion heureuse par celui qui en souffre; pour trop de soignants, qu'ils soient professionnels ou non, il existe une difficulté de croire en ce qui ne peut être directement observé.

Références

1. Fields HL. *Pain*. New York: McGraw Hill, 1987.
2. Schmidt R, Schmelz M, Forster C, Ringkamp M et al. Novel classes of responsive and unresponsive C nociceptors in human skin. *J Neurosci* 1995; **15**: 33–41.
3. Schmelz M, Schmidt R, Bickel A, Handwerker HO et al. Specific C-receptors for itch in human skin. *J Neurosci* 1997; **17**: 8003–8.
4. LaMotte RH, Lundberg LE, Torebjork HE. Pain, hyperalgesia and activity in nociceptive C units in humans after intradermal injection of capsaicin. *J Physiol (Lond)* 1992; **448**: 749–64.
5. Mendell LM, Wall PD. Responses of single dorsal cord cells to peripheral cutaneous unmyelinated fibres. *Nature* 1965; **206**: 97–99.
6. Price DD, Hayes RL, Ruda M, Dubner R. Spatial and temporal transformations of input to spinothalamic tract neurons and their relation to somatic sensations. *J Neurophysiol* 1978; **41**: 933–47.
7. Cervero F, Laird JM, Pozo MA. Selective changes of receptive field properties of spinal nociceptive neurones induced by noxious visceral stimulation in the cat. *Pain* 1992; **51**: 335–42.
8. Price DD, Hu JW, Dubner R, Gracely RH. Peripheral suppression of first pain and central summation of second pain evoked by noxious heat pulses. *Pain* 1997; **3**: 57–68.
9. Simone DA, Sorkin LS, Oh U, Chung JM et al. Neurogenic hyperalgesia: central neural correlates in responses of spinothalamic tract neurons. *J Neurophysiol* 1991; **66**: 228–46.
10. Dougherty PM, Palecek J, Paleckova V, Willis WD. Infusion of substance P or neurokinin A by microdialysis alters responses of primate spinothalamic tract neurons to cutaneous stimuli and to iontophoretically released excitatory amino acids. *Pain* 1995; **61**: 411–25.
11. Dickenson AH, Chapman V, Green GM. The pharmacology of excitatory and inhibitory amino acid-mediated events in the transmission and modulation of pain in the spinal cord. *Gen Pharmacol* 1997; **28**: 633–8.
12. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965; **150**: 971–9.
13. Michaelis M, Vogel C, Blenk KH, Janig W. Algesics excite axotomised afferent nerve fibres within the first hours following nerve transection in rats. *Pain* 1997; **72**: 347–54.
14. Rappaport ZH, Devor M. Experimental patho-physiological correlates of clinical symptomatology in peripheral neuropathic pain syndromes. *Stereotact Funct Neurosurg* 1990; **54**: 90–95.
15. Nystrom B, Hagbarth KE. Microelectrode recordings from transected nerves in amputees with phantom limb pain. *Neurosci Lett* 1991; **27**: 211–6.
16. Tal M, Bennett GJ. Extra-territorial pain in rats with a peripheral mononeuropathy: mechano-hyperalgesia and mechano-allodynia in the territory of an uninjured nerve. *Pain* 1994; **57**: 375–82.
17. Qian Y, Chao DS, Santillano DR, Cornwell TL et al. cGmp-dependent protein kinase in dorsal root ganglion: relationship with nitric oxide synthase and nociceptive neurons. *J Neurosci* 1996; **16**: 3130–8.
18. Koltzenburg M, Torebjork HE, Wahren LK. Nociceptor modulated central sensitization causes mechanical hyperalgesia in acute chemogenic and chronic neuropathic pain. *Brain* 1994; **117**: 579–91.
19. Devor M, Wall PD. Plasticity in the spinal cord sensory map following peripheral nerve injury in rats. *J Neurosci* 1981; **1**: 679–84.
20. Woolf CJ, Shortland P, Coggeshall RE. Peripheral nerve injury triggers central sprouting of myelinated afferents. *Nature* 1992; **355**: 75–8.
21. Laird JM, Bennett GJ. An electrophysiological study of dorsal horn neurons in the spinal cord of rats with an experimental peripheral neuropathy. *J Neurophysiol* 1993; **69**: 2072–85.

La douleur au changement d'un pansement: un guide de gestion

M Briggs¹ JE Torra i Bou²

INTRODUCTION

La douleur est un phénomène complexe, subjectif et perceptuel, influencé par des facteurs physiologiques, psychologiques, émotionnels et sociaux. Une gestion efficace de la douleur est fondamentale à la qualité des soins, et est souvent fonction de la capacité qu'a le professionnel de santé à comprendre l'impact de ces différents facteurs sur le patient. Il est bien établi que la douleur est un composant important de la vie de personnes souffrant d'une plaie chronique et qu'elle influe négativement sur la qualité de vie du patient et des proches qui s'en occupent¹. Il est donc nécessaire d'effectuer des recherches afin de fournir une meilleure compréhension des stratégies de gestion pour l'identification, l'évaluation et le contrôle de la douleur liée à une plaie chronique. Cet article se base sur l'expérience clinique des auteurs et les bases scientifiques de la physiologie de la douleur afin de proposer des recommandations de bonne pratique clinique pour la gestion de la douleur lors du changement d'un pansement. Vu la grande taille et la complexité du sujet, on traitera ici tout spécialement de la gestion de la douleur lors du retrait d'un pansement chez des patients adultes souffrant de plaies chroniques qui ne sont pas de type brûlure.

AMPLEUR DU PROBLEME

Plusieurs études ont révélé que les patients souffrant d'une plaie chronique sont souvent sujets à des changements de pansement qui exacerbent la douleur qu'ils perçoivent^{2,3,4}. Dans une enquête multinationale récente, les praticiens ont jugé le retrait du pansement comme étant l'aspect le plus douloureux de la procédure de soins⁵; ce qui est particulièrement problématique lorsqu'un pansement a adhéré à la plaie, où lorsque le retrait d'un pansement a agressé la peau^{3,6}. La douleur au retrait du pansement peut également être évoquée lors du débridement d'escarres et de tissus nécrotiques, lors de l'application d'un antiseptique ou au cours des procédures de nettoyage de la plaie⁷. Ces points sont complexes et ce serait trop élargir l'objectif de cet article que de traiter toutes ces questions.

Questions professionnelles

Alors que de nombreux praticiens sont au fait des questions concernant la douleur liée aux plaies, il arrive bien trop souvent que des infirmières n'arrivent pas à gérer la douleur de façon efficace lors du changement d'un pansement⁸. Choniere *et al*⁹ ont constaté que les infirmières ne donnaient pas toujours les médicaments prescrits aux patients souffrant de brûlures avant une procédure, et ce même si elles jugeaient la douleur ressentie par le patient comme étant modérée ou forte. Une importante étude menée par Kitson¹⁰ est arrivée à la conclusion que le manque de connaissances des infirmières portait préjudice aux interventions de soins appropriées pour la gestion de la douleur post-opératoire. Des recherches plus approfondies sont nécessaires afin de déterminer pourquoi les méthodes de gestion de la douleur ne sont pas suffisamment utilisées, tout spécialement dans le domaine du traitement des plaies.

Hollinworth a souligné un manque de compréhension de la part des praticiens quant à la physiologie sous-jacente responsable de la perception de douleur, à un tel point que les infirmières négligeaient souvent que le simple fait d'effleurer la peau entourant une plaie pouvait être extrêmement douloureux pour le patient¹¹. De plus, on a suggéré le fait que les professionnels définissent et comprennent la douleur ressentie par un patient par rapport à une plaie, en se basant sur des hypothèses cliniques. Il est fréquemment accepté, par

POINTS CLES

1. Les méthodes de gestion de la douleur lors du changement d'un pansement sont souvent sous-utilisées par les praticiens.
2. La douleur provenant d'une plaie est de nature multidimensionnelle et les praticiens doivent adopter une approche large et holistique de la gestion de la douleur.
3. Il est très important que les patients soient soutenus par une combinaison de techniques les aidant à mieux vivre les procédures de changement de pansement, y compris une bonne préparation, le choix du pansement approprié et une analgésie adaptée.

1. Chercheur à l'Université de Leeds et Directrice Adjointe, Centre d'Analyse en soins infirmiers et de la Pratique, Leeds, UK.

2. Coordinateur, Centre Interdisciplinaire des Plaies Chroniques, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelone, Espagne.

exemple, que les ulcères artériels sont plus douloureux que les ulcères veineux, et que les petits ulcères sont moins douloureux que les grands¹². Cependant, la relation qui existe entre l'intensité de la douleur ressentie par le patient et le genre et la taille de la lésion est très variable, et n'est pas un indicateur précis de la douleur¹³.

Il a été constaté que les infirmières peuvent utiliser des défenses sociales telles que la "mise à distance" et la "dénégation" afin de se protéger du fait de se sentir accablées par l'action d'infliger de la douleur à leurs patients¹⁴; de telles stratégies peuvent être à l'origine d'une mauvaise pratique lorsqu'elles sont utilisées de façon excessive.

MODELES DE DOULEUR

Une des premières tentatives d'application d'un modèle à la douleur liée à une plaie chronique a été présentée par Krasner en 1995¹⁵. Ce modèle est profitable car il souligne la différence entre la douleur d'arrière-plan, associée à l'étiologie sous-jacente de la plaie, et la douleur causée par le traitement (douleur iatrogène), tel que le changement d'un pansement.

Il est important que les praticiens comprennent que la douleur provenant d'une plaie est de nature multidimensionnelle. Divers modèles ont été créés à partir de tentatives de donner une structure au ressenti de la douleur, comme les trois dimensions distinctes de la douleur (sensorielle, affective et cognitive) proposées par Melzack et Casey en 1968¹⁶.

Dimensions de la douleur

Dimension sensorielle

Cette dimension fournit des informations sur l'intensité de la douleur et sous quelle forme elle est perçue (c'est-à-dire les sensations physiques liées à une plaie). Après la lésion tissulaire initiale, la réponse inflammatoire sensibilise les récepteurs de douleur de la peau, ce qui facilite la localisation de la plaie et l'évaluation de son étendue par la personne afin de pouvoir la protéger. Dans le cas d'une plaie aiguë, cette douleur disparaît au cours de la guérison; cependant, dans le cas des plaies chroniques, l'impact de la réponse inflammatoire prolongée peut causer la sensibilisation accrue de la plaie même (hyperalgie primaire) et de la peau environnante (hyperalgie secondaire). Si des stimuli douloureux ou nuisibles résultant de manipulations répétées, comme lors du changement d'un pansement (« wind-up »), viennent s'y rajouter, il peut arriver que le patient s'enferme dans un cycle où tout stimulus sensoriel est perçu comme de la douleur (allodynie).

Une nouvelle complication est causée par le fait que la présence d'une plaie implique invariablement des lésions nerveuses, et certains patients peuvent éprouver des sensations modifiées résultant de la façon différente dont réagissent les nerfs (douleur neuropathique). Même la sensation la plus légère, comme un changement de température ou une arrivée d'air sur la plaie, peut provoquer une réaction exagérée du système nerveux central, créant une douleur insoutenable pour le patient (allodynie). Des nerfs endommagés peuvent aussi être à l'origine de décharges ectopiques causant, par exemple, l'apparition d'une douleur rapide et aiguë dans la jambe sans aucune raison apparente. Ce genre de douleur n'est souvent pas affecté par l'administration d'analgésiques et requiert des médicaments antidépresseurs et antiépileptiques afin de modifier l'activité nerveuse¹⁷.

Des complications liées à la guérison des plaies, comme l'infection ou l'ischémie, peuvent aussi contribuer à la douleur; cependant une étude plus approfondie est nécessaire afin de bien comprendre l'impact de ces complications et d'autres, telles que la macération de la peau, sur le ressenti général de la douleur.

Il est aussi possible que de la douleur soit ressentie par rapport à des pathologies sous-jacentes. Celles-ci peuvent être liées à la plaie elle-même ou pas et comprennent les maladies vasculaires périphériques, la neuropathie diabétique, l'arthrite (ex. rhumatoïde), des conditions dermatologiques (ex. eczéma) et la malignité.

Dimension affective

Cette dimension se réfère à l'impact émotionnel de la douleur, par exemple, ce que le patient ressent. La peur, la colère, l'anxiété, le chagrin, la dépression, l'irritabilité et la fatigue sont tous des sentiments communs pouvant exacerber, ou être exacerbés par la réaction douloureuse du patient.

Dimension cognitive

Cet aspect de la douleur traite des attitudes et des croyances qu'ont les gens vis-à-vis de leur douleur, ce qu'ils pensent en être la cause et les stratégies qu'ils mettent en place afin de surmonter la douleur qu'ils ressentent. Les patients qui ont l'expérience d'un changement de pansement douloureux peuvent se souvenir de cette douleur et éprouver de l'anxiété à l'idée de faire face une nouvelle fois à cette douleur¹⁸.

**EVALUATION DE LA
DOULEUR**

**CADRE 1.
Identification de la
douleur neuropathique**

1. La peau ou la plaie est-elle anormalement sensible au toucher?
2. Des sensations désagréables sont-elles éprouvées lorsque la peau est effleurée?
3. La douleur peut-elle être assimilée à un picotement, un engourdissement, un fourmillement?
4. La douleur arrive-t-elle subitement par à coups et sans raison apparente, ex. décharges, sursaut de douleur, douleur perçante?
5. La température de la zone douloureuse a-t-elle changé? Cette sensation peut-elle être décrite comme étant chaude et brûlante?

Adapté de Bennett 2001

Dimension socio-culturelle: Dobson prend aussi en considération une dimension ‘socio-culturelle’ qui décrit l’impact d’une plaie douloureuse à long terme sur la famille du patient et son système social¹⁹. Ce qui peut être influencé par des facteurs culturels, spirituels et sociaux.

Il n’existe aucune ‘prescription’ appliquée à la pratique dans de telles circonstances complexes, et les dimensions citées ci-dessus ne doivent pas être prises comme une ‘liste de contrôle’ selon laquelle on pourra catégoriser le patient. L’effet relatif de ces dimensions peut varier d’un patient à l’autre et dans un même individu selon le moment et les circonstances. Il incombe plutôt à chaque professionnel de santé de connaître les complexités de l’environnement dans lequel ils travaillent afin de prodiguer des soins personnalisés à leurs patients basés sur la compréhension et la confiance.

Il est donc important pour les praticiens d’adopter une approche large et holistique de la gestion de la douleur. L’évaluation doit commencer par une discussion avec le patient sur la douleur qu’il ressent et l’observation des réponses données. De plus, il existe un certain nombre d’échelles validées pour l’évaluation de l’intensité de la douleur qui devraient être utilisées afin d’en déterminer la gravité. L’échelle d’évaluation verbale (verbal rating scale – VRS) fournit de bons taux d’observation, et est particulièrement utile pour les patients âgés puisqu’elle est plus facile à expliquer que d’autres outils d’évaluation²⁰. Même pour les patients atteints d’un degré de démence ou de confusion, au moins une des échelles disponibles pourra être utilisée avec un certain succès²¹. Quelle que soit l’échelle utilisée il est cependant important de toujours utiliser la même échelle pour un même patient afin de pouvoir comparer les résultats. Ces résultats peuvent être enregistrés afin de faciliter le choix d’un analgésique ainsi que la posologie pour les changements de pansement à venir. Faisant partie d’une approche systématique de la douleur, il est recommandé que les points ci-dessous soient pris en compte pour l’évaluation de la douleur.

Douleur existante liée à la plaie

Dans la littérature relative aux brûlures, l’objectif est un degré de douleur zéro avant un changement de pansement²². Cependant de plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer ce qui est envisageable en ce qui concerne les cas de douleur liée à une plaie chronique, où de nombreux patients ressentent constamment un certain degré de douleur. Si le patient se plaint avant le retrait d’un pansement, la douleur doit être évaluée et la cause sous-jacente identifiée afin qu’une action appropriée soit effectuée pour la minimiser.

Douleur neuropathique

La gestion efficace de la douleur neuropathique implique souvent le recours à un spécialiste de la douleur. Le cadre 1 indique certains signes et symptômes qui peuvent être utilisés afin de déterminer si la douleur ressentie comporte un élément neuropathique²³.

Éléments socio-culturels/anxiété

Il est important de déterminer si certains éléments socio-culturels du patient risquent d’avoir un impact sur le changement d’un pansement. Par exemple: un patient peut sembler réagir différemment lorsqu’il est traité dans une clinique ou à la maison devant les membres de sa famille ou les personnes qui s’en occupent. Si le patient est atteint de démence ou de confusion, il est possible qu’il ne comprenne pas la nécessité d’un changement de pansement, il faut donc compter plus de temps pour permettre des explications répétées et un soutien supplémentaire peut être nécessaire au cours de la procédure.

Le patient peut avoir déjà fait l’expérience d’un changement de pansement douloureux et peut craindre qu’on lui inflige à nouveau de la douleur. On devra établir ce que le patient croit être la cause de la douleur ainsi que ce qu’il croit avoir été la cause de la douleur dans le passé. Les patients apparaissent souvent comme n’étant pas anxieux, mais le simple recours à une échelle d’évaluation telle l’échelle d’évaluation de l’état dépressif et d’anxiété des hôpitaux (Hospital Anxiety and Depression Scale) peut s’avérer utile pour l’identification de patients à risque. Ce questionnaire peut être complété par les patients en cinq minutes, il est utilisé régulièrement dans les centres anti-douleur afin de déterminer dans quelle mesure l’anxiété contribue à provoquer de la douleur²⁴.

**GESTION DE LA
DOULEUR**

Au mieux, les analgésiques réduiront l’intensité ou la durée de la douleur, mais seule une anesthésie locale bloquant la région peut éliminer toutes sensations. Il est donc très important de soutenir les patients par une combinaison de techniques différentes afin que la procédure de changement d’un pansement leur soit facilitée.

Pharmacologique

Analgésie

Le besoin d'analgésie doit être évalué pour chaque patient avant d'effectuer le retrait d'un pansement. S'il existe une douleur sous-jacente liée à la plaie, ou que la douleur provenant d'autres pathologies est mal contrôlée, le régime analgésique du patient doit être révisé et on fera appel à un spécialiste quand nécessaire. Nous ne pouvons pas cependant accepter que le patient reste sans soins en attendant l'avis clinique d'un spécialiste de la douleur chronique, les principes de base de bonne gestion de la douleur doivent donc être appliqués pendant cette période. L'Organisation Mondiale de la Santé a mis au point une échelle analgésique afin d'ajuster facilement la posologie de l'analgésie à l'intensité de la douleur²⁵. Senecal a appliqué cette échelle à la douleur liée à une plaie et les étapes recommandées pour l'analgésie sont résumées dans le cadre 2²⁶.

On recommande l'utilisation d'un analgésique qui arrive rapidement à son effet maximum, dont la posologie est facilement adaptable aux besoins, et qui cause le moins d'effets secondaires possible, bien que le choix final du produit soit déterminé en fonction de l'historique du patient, l'importance de la douleur et la situation clinique²⁷.

Un des principaux problèmes en ce qui concerne le fait de recommander une analgésie spécifique est le manque d'évaluation clinique de l'impact de l'analgésie sur la douleur liée à une plaie et sur la guérison. Ce qui ne justifie pas cependant une sous-médication, puisque à partir du moment où le patient dit trouver la procédure douloureuse, la nécessité de réduire sa souffrance est évidente.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) agissent de façon périphérique en inhibant l'enzyme cyclo-oxygénase (COX). C'est cette enzyme qui transforme l'acide arachidonique, libérée des parois des cellules endommagées, en prostaglandines inflammatoires. Les AINS réduisent considérablement la douleur, mais peuvent être à l'origine d'une ulcération gastrique, d'un dysfonctionnement rénal et d'un temps de saignement prolongé dû à une coagulation diminuée. Les effets des AINS sur la guérison des plaies n'ont pas encore été évalués²⁸. Cependant, l'impact du saignement prolongé et l'amoinissement de la réponse immunitaire doivent être pris en compte avant de commencer une thérapie aux AINS.

Des enzymes spécifiques AINS, COX-2, récemment développées, ne sont pas inhibitrices de toute synthèse de prostaglandine, mais agissent sélectivement sur le type responsable de la transmission de la douleur. Même en tenant compte de cette amélioration, les AINS seuls ne suffiraient pas à contrôler une douleur aiguë. Des opioïdes légers tels que la codéine, administrés à jusqu'à une heure avant le début d'une procédure, peuvent diminuer la douleur, et continueront à la soulager pour quelque temps suivant l'intervention. Des opioïdes plus puissants, comme la buprenorphine ou la morphine peuvent être nécessaires lorsque l'intensité de la douleur atteint à la capacité qu'a le patient à tolérer la procédure.

En plus de l'analgésie orale, l'application topique d'anesthésies locales peut aider à réduire l'intensité de la douleur. Une méta-analyse récente d'études utilisant une crème EMLA pour le débridement a montré statistiquement et de façon générale une réduction considérable de l'intensité de la douleur²⁹. L'utilisation topique de morphine dans les plaies, transmise par le biais d'un hydrogel, a aussi donné des résultats prometteurs dans le cadre de soins palliatifs³⁰. Des recherches plus approfondies sont cependant nécessaires afin de déterminer quelle est la meilleure utilisation de ces produits.

L'Entonox, un gaz analgésique auto-administré composé d'oxygène et d'oxyde nitreux, devrait être prise en compte pour des procédures douloureuses. Son utilisation est bien répandue dans le milieu hospitalier et est appréciée pour son action analgésique rapide³¹. Cependant, l'Entonox ne devrait être utilisé qu'uniquement pour la durée de la procédure et n'est pas recommandée pour une utilisation prolongée sur des douleurs générales à d'autres moments.

CADRE 2. Etapes recommandées pour l'analgésie s'agissant de douleur liée à une plaie

Etape 1: Utiliser des AINS ± anesthésie locale.

Etape 2: Ajouter un opioïde léger (par voie orale si possible).

Etape 3: Remplacer l'opioïde léger par un analgésique opioïde puissant

Adapté de Senecal 1999

Non-pharmacologique

Réduction de l'anxiété

Le temps investi auprès du patient avant un retrait de pansement est du temps utilisé à bon escient. Le fait de parler au patient du niveau de douleur auquel il faut qu'il s'attende, en fournissant une explication des diverses mesures mises en place afin de minimiser cette douleur, aidera à réduire les sentiments de peur et d'anxiété qu'il éprouve. Les patients qui éprouvent plus de douleur que la normale au cours d'une procédure peuvent devenir moins confiants vis-à-vis de l'infirmière qui les soigne³², et éprouver plus d'anxiété à la perspective de futurs changements de pansement.

L'anxiété, comme la douleur, est influencée par des facteurs physiologiques et psychologiques. L'anxiété génère une réponse automatique (ex. tension musculaire, réponses visibles au niveau du battement du cœur) alors que l'attention prêtée à la douleur,

CADRE 3. Méthodes visant à réduire l'anxiété lors du changement d'un pansement

1. Déterminer ce que le patient reconnaît être les déclencheurs de douleur et les réducteurs de douleur.
2. Inviter le patient à s'impliquer autant qu'il le souhaite, p. ex. à retirer eux-même le pansement.
3. Encourager une respiration lente et rythmique lors des procédures.
4. Demander au patient de rythmer la procédure selon sa préférence. Proposer des 'temps morts'. Si le patient s'inquiète de ne pas pouvoir vous demander d'arrêter, convenir d'un signal pour un 'temps mort', comme de taper des mains ou de lever un doigt.

les expériences passées et la signification de la douleur contribuent tous à l'interprétation de stimuli douloureux^{32,33}. L'impact de ces facteurs sur l'expérience douloureuse du patient est loin d'être clair et peut requérir des recherches plus poussées.

Smith et al ont proposé quelques mesures simples qui peuvent être utilisées afin de réduire l'anxiété au cours de procédures douloureuses³⁴. Celles-ci ont été appliquées dans le contexte d'un changement de pansement (cadre 3). Il existe de grandes possibilités de créativité dans les approches de la gestion de l'anxiété à travers la distraction, comme l'utilisation de musique par exemple³⁵, et à tout moment ces éléments doivent être sensiblement négociés avec chaque patient.

Sélection et retrait d'un pansement

Il est important de choisir un pansement qui, lors de son retrait, minimisera le degré du stimulus sensoriel sur la zone sensibilisée de la plaie. Les pansements qui adhèrent à la plaie comme la gaze, envoient plus d'informations sensorielles aux récepteurs de la peau lorsqu'on l'arrache qu'un pansement ayant été auparavant humidifié et qui se retire facilement³⁶. Les produits siliconés sont recommandés afin de minimiser la douleur et les traumatismes lors du retrait d'un pansement^{7,37}. Les hydrogels, hydrofibres, alginates et produits siliconés ont tous été perçus par les praticiens ayant participé à la récente enquête multinationale sur la douleur et les traumatismes, comme étant les moins susceptibles de causer de la douleur et des traumatismes lors du changement d'un pansement⁹. Une étude menée par Dykes *et al* a constaté que certains pansements adhésifs entraînent l'arrachage de la peau lors de leur retrait. Les meilleurs résultats ont été obtenus par le produit siliconé utilisé, bien que cette étude ait été effectuée dans un milieu expérimental sur peau saine³⁸.

Lors du retrait du pansement d'un patient, tout doit être mis en oeuvre afin d'éviter la manipulation inutile de la plaie et de prévenir toute détérioration des structures fragiles de guérison à l'intérieur de la plaie et de la peau environnante. Puisque de nombreux patients peuvent être soignés à domicile, il est important que les personnes dispensant les soins sachent retirer un pansement sans provoquer de douleur excessive.

Stratégies recommandées pour le soulagement de la douleur au changement d'un pansement

Eviter tout stimulus inutile de la plaie, comme les courants d'air ou le fait de toucher la plaie

Manipuler les plaies avec douceur, sachant que tout geste léger peut provoquer de la douleur

Choisir un pansement:

- adapté au type de plaie
- qui maintient la guérison de la plaie en milieu humide afin de réduire les frictions à sa surface
- qui minimise la douleur et les traumatismes lors de son retrait
- qui peut rester in situ pour une période plus longue afin de réduire la nécessité de changements fréquents

Reconsidérer son choix si:

- le retrait du pansement cause des problèmes de douleur/traumatisme au niveau de la plaie ou de la peau environnante
- le retrait du pansement nécessite un trempage

Lire les instructions du fabricant concernant la technique de retrait

Sélection du pansement et douleur continue

Il est important d'évaluer l'impact du choix du pansement sur la douleur ressentie entre les changements de pansement, puisque ce facteur a aussi un impact sur la douleur lors du retrait du pansement. L'interaction précise qui existe cependant entre le pansement et la douleur ressentie à la surface de la plaie n'est cependant pas claire.

Les pansements effacent le rappel visuel de la plaie en la recouvrant, ce qui permet à la personne de s'impliquer dans des activités journalières et peut réduire ainsi l'attention portée à la douleur liée à la plaie. Les pansements constituent aussi une barrière aux stimuli mécaniques dus à la friction et à la force pure. De plus, il se peut que l'occlusion ou l'absorption modifient la composition des exsudats de la plaie et l'équilibre des médiateurs inflammatoires, comme les prostaglandines, présents dans la plaie.

On sait depuis plusieurs décennies que les pansements qui maintiennent l'humidité de l'environnement de la plaie peuvent en améliorer la guérison et sont moins douloureux que des produits utilisés traditionnellement comme la gaze. Alors que les preuves favorisent l'utilisation de produits modernes au lieu de la gaze et des tulles gras en ce qui concerne le soulagement de la douleur³⁹⁻⁴¹, des informations solides montrant des différences

considérables entre les résultats fournis par des produits modernes avec des propriétés comparables, ne sont pas disponibles actuellement. Peut-être plus important encore, des données sont nécessaires afin de comprendre l'impact de différents pansements sur les nombreux types et caractéristiques des plaies. Un pansement conçu pour absorber les exsudats par exemple, placé sur une plaie à exsudation légère, peut causer une douleur 'd'aspiration' ¹¹, ou il peut adhérer à la plaie, causant ainsi des frictions, ayant pour effet un frottement constant sur la surface de la plaie.

CONCLUSION

Les plaies seront toujours douloureuses dans une certaine limite, mais bon nombre de possibilités s'offrent à nous afin de contrôler l'impact de cette douleur sur nos patients. Nous pouvons accroître leurs capacités à faire face aux désagréments des procédures nécessaires de changement de pansement en utilisant une évaluation précise de la douleur, une bonne préparation, une analgésie adaptée, un niveau élevé de technique clinique ainsi que des produits de nettoyage et de pansement les plus appropriés. Les bénéfices directs du soulagement de la douleur sur les taux de guérison des plaies devront être sujets à des recherches plus détaillées, mais le simple fait de montrer du respect, de l'empathie et de la considération vis-à-vis de nos patients est l'essence même d'une bonne pratique en matière de santé, et facilitera le bon déroulement de la procédure à la fois pour le clinicien et pour le patient.

Les praticiens doivent être professionnellement compétents, avoir une certaine connaissance et être motivés par le fait d'agir dans le meilleur intérêt des soins apportés aux patients. Même si des recherches plus approfondies doivent être menées par rapport à des types de plaies spécifiques et sur les meilleures approches pour leur gestion, il existe déjà de grandes connaissances qui doivent être exploitées.

Références

1. Franks PJ, Moffatt CJ. Quality of life issues in patients with wounds. *Wounds* 1998; **10** (Suppl E): 1E-9E.
2. Puntillio KA, White C, Morris AB et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2000; **10**(4) 238-51.
3. Noonan L, Burge SM. Venous leg ulcers: is pain a problem? *Phlebology* 1998; **13**: 14-19.
4. Szor JK, Bourguignon C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; **26**(3): 115-20.
5. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. *EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes* 2002: 2-7.
6. Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nurs* 2000; **14**(3): 31-8.
7. Hollinworth H. Pain and wound care. Wound Care Society Educational Leaflet. Huntingdon, UK: Wound Care Society 2000; **7**(2).
8. Hollinworth H, Collier M. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. *J Wound Care* 2000; **9**: 369-73.
9. Choniere M, Melzack R, Girard N et al. Comparisons between patients' and nurses assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990; **40**: 143-52.
10. Kitson A. Postoperative pain management: A literature review. *J Clin Nurs* 1994; **3**: 7-18.
11. Hollinworth H. Nurses' assessment and management of pain at dressing changes. *J Wound Care* 1995; **4**(2): 77-83.
12. Franks PJ, Moffatt CJ. Who suffers most from leg ulceration? *J Wound Care* 1998; **7**: 383-5.
13. Turk DC. Assess the person, not just the pain. Pain: Clinical Updates. International Association for the Study of Pain (IASP) 1993; **1**(3).
14. Nagy S. Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *J Adv Nurs* 1999; **29**(6): 1427-33.
15. Krasner D. The chronic wound pain experience. *Ostomy Wound Manage* 1995; **41**(3): 20-5.
16. Melzack R, Casey KL. The Skin Senses. Springfield IL 1968; 423-43.
17. McQuay HJ, Moore RA, Eccelston C et al. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assessment* 1997; **1**(6): 75-84.
18. Pasero CL. Procedural pain management. *Am J Nurs* 1998; **98**(7):18-20.
19. Dobson F. The art of pain management. *Prof Nurse* 2000; **15**(12): 786-90.
20. Jensen MP, Karoly P. Self report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk D, Melzack R (Eds). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guildford Press 1992; 135-52.
21. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera LA. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; **10**(8): 591-8.
22. Latarjet J. Pain management of dressing changes for patients with burns. *EWMA Journal* 2002; (In press).
23. Bennett M. The LANSS pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001; **92**(1-2): 147-57.
24. Snaith PR, Zigmond A. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. Nfer-Nelson, Berkshire, 1994.
25. World Health Organisation. *Cancer Pain Relief* (2nd ed). Geneva: WHO, 1996.
26. Senecal SJ. Pain management of wound care. *Nurs Clin North Am* 1999; **34**(4): 847-60.
27. Heafield H. The management of procedural pain. *Prof Nurse* 1999; **15**(2): 127-9.
28. Choniere M. Burn pain: a unique challenge. Pain: Clinical updates. International Association for the Study of Pain (IASP) 2001; **9**(1).
29. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Oxford: The Cochrane Library, 2001; Issue 1 (Update Software, online or CDROM, updated quarterly).
30. Twillman RK, Long TD, Cathers TA et al. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage* 1999; **17**(4): 289-92.
31. Day A. Using Entonox in the community. *J Wound Care* 2001; **10**(4): 108.
32. Vingoe FJ. Anxiety and pain: terrible twins or supportive siblings? In: Gibson HB (Ed). *Psychology, Pain and Anaesthesia*. New York: Chapman and Hall 1994: 282-307.
33. Arntz A, Dressen L, Merckelbach H. Attention, not anxiety, influences pain. *Behav Res Ther* 1991; **29**: 141-50.
34. Smith NK, Pasero CL, McCaffery M. Non-drug measures for painful procedures. *Am J Nurs* 1997; **97**(8): 18-20.
35. Angus JE, Faux S. The effect of music on adult postoperative patients' pain during a nursing procedure. In: Funk SG, et al (Eds). *Key Aspects of Comfort: the management of pain, fatigue and nausea*. New York: Springer 1989; 166-72.
36. Briggs M. Surgical wound pain: trial of two treatments. *J Wound Care* 1996; **5**(10): 456-60.
37. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs* 2001 (Suppl); **10**(22): S53-52.
38. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001; **10**(1): 7-10.
39. Thomas S. Alginate dressings in surgery and wound management - part 2. *J Wound Care* 2000; **9**(3): 115-19.
40. Dawson C, Armstrong MW, Fulford SC et al. Use of calcium alginate to pack abscess cavities: a controlled clinical trial. *J R Coll Surg Edinb* 1992; **37**(3): 177-9.
41. Foster L, Moore P. The application of cellulose fibre dressings in surgical wounds. *J Wound Care* 1997; **6**(10):169-73.



safetac[®]
TECHNOLOGY

Prévenir les traumatismes et la douleur au retrait du pansement sont deux préoccupations majeures des praticiens et soignants.¹ Les pansements Tendra[®] issus de la technologie Safetac[®] minimisent les traumatismes sur la plaie et la peau péri-lésionnelle au retrait.^{2,3} Ces propriétés permettent la continuité du processus naturel de la cicatrisation tout en améliorant le confort du patient.

Ref. 1) Hollinworth H. Nurses' view about trauma and pain at dressing changes: Results of a national survey. Journal of Wound Care 2000;8 369-373.
2) Williams C. Product focus Mepitel[®]. British Journal of Nursing 1995, Vol. 4, No 1. 3) Karlsmark T. First World Wound Healing congress, Melbourne 2000.



GENTLE CARE™

Pansements Tendra[®] issus de la Technologie Safetac[®]: Mepitel[®], Mepilex[®], Mepilex[®] Border, Mepilex[®] Transfer, Mepiform[®].