



PERCEPTION DE LA DOULEUR AU STADE AVANCÉ DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

*LUCIE MISSON, infirmière, professionnelle de recherche
étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval
CEVQ*

QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?

« ...une expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes impliquant une telle lésion. »

International Association for the Study of Pain, 2011

International Association for the Study of Pain (IASP). (2011). Pains terms: a list with definitions and notes on usage. [En ligne: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283]



ORIGINES DE LA DOULEUR

- Mécaniques, thermiques, chimiques (sans lésions tissulaires)
- Lésions tissulaires: blessures, infections, fractures, arthrite, abcès, plaies opératoires...
- Lésions neurologiques: traumatiques, toxiques, métaboliques, ischémiques, immuno-allergiques, infectieuses, cancéreuses...
- Origine idiopathique: pathologies encore méconnues, psychosomatiques, psychopathologiques



NOCICEPTION

- Activité des voies périphériques de la douleur qui transmet ou traite l'information sur les incidents nuisibles associés à un dégât tissulaire (avec ou sans lésion)
- Cascade électrique et chimique en 4 étapes entre le dégât tissulaire et la perception de la douleur
- Deux grandes catégories de fibres impliquées: A et C

Messlinger, K. (1997). [What is a nociceptor?]. Anaesthetist, 46(2), 142-153.

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

SENSORI-DISCRIMINATIVE	Décodage du message sensoriel en caractéristiques : <ul style="list-style-type: none">- qualité (décharge électrique, piqûre, brûlure, fourmillement)- intensité- durée (permanente, brève, paroxystique, répétée)- localisation
COGNITIVE-ÉVALUATIVE	Processus mentaux qui traitent le message sensoriel: <ul style="list-style-type: none">- attention ou distraction vis-à-vis la douleur ressentie- signification de la douleur perçue- valeur attribuée et interprétation- référence aux expériences de douleur déjà vécues
AFFECTIVE-ÉMOTIVE	Retentissement du message sensoriel en fonction de: <ul style="list-style-type: none">- l'angoisse et l'anxiété face à la signification de la douleur- l'intensité de la douleur- la durée de la douleur
COMPORTEMENTALE	L'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables : <ul style="list-style-type: none">- plaintes, mimiques et postures antalgiques- variation comportementale inhabituelle- réponses végétatives et réflexes

Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1-15.

CATÉGORIES DE DOULEUR

DOULEUR AIGUE

- ✓ Courte durée
- ✓ Liée à une cause identifiable
- ✓ Focalisée au site de la lésion
- ✓ Joue un rôle de protection et d'alarme qui est essentiel à la survie
- ✓ Évolution prévisible
- ✓ Répond généralement de manière favorable au traitement
- ✓ Bon ou excellent pronostic

DOULEUR CHRONIQUE

- ✓ Persiste plus d'un mois après la période de guérison normale
- ✓ Persiste même si l'évènement déclencheur est résolu
- ✓ Considérée comme une maladie
- ✓ Ne joue pas un rôle de protection
- ✓ Perturbations psychologiques associées
- ✓ Stratégies de traitement complexes
- ✓ Moins bon pronostic

Renn, C. L., & Dorsey, S. G. (2005). *The physiology and processing of pain: a review. AACN Clin Issues, 16(3), 277-290.*

DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER (MA)

- Dégénérescence graduelle des neurones et dysfonction synaptique
- Se produit particulièrement dans des régions cérébrales responsables de la mémoire et de la cognition (système limbique et cortex)
- Représente 63% des cas de démence
- Prévalence de la MA augmente de manière exponentielle avec l'âge: 0,8% chez les 60-64 ans vs 30.1% chez les 85+
- Survie médiane d'un individu de 65 ans diagnostiqué MA est de 8.3 ans vs 3.4 ans pour celui diagnostiqué à 90 ans
- MA augmente la probabilité d'être admis en établissement de longue durée: 4% de la population en général vs 75% des personnes de 80 ans atteintes de MA

–Alves, L., Correia, A. S., Miguel, R., Alegria, P., & Bugalho, P. (2012). Alzheimer's disease: a clinical practice-oriented review. *Front Neurol*, 3, 63.

–Arrighi, H. M., Neumann, P. J., Lieberburg, I. M., & Townsend, R. J. (2010). Lethality of Alzheimer disease and its impact on nursing home placement. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 24(1), 90-95.

–Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117.

MA – STADE AVANCÉ (SÉVÈRE)

- PERTE DE LA MÉMOIRE
- DIFFICULTÉS GRAVES À S'EXPRIMER ET PERTE DE LA CAPACITÉ À PARLER
- PERTE DE LA MOBILITÉ
- Incapacité à traiter l'information
- Désorientation importante dans le temps et l'espace
- Méthodes non verbales pour communiquer : regards, pleurs, grognements...
- Périodes de sommeil plus longues et plus fréquentes
- Incontinence (perte de fonctions naturelles)
- Incapacité de se laver et s'habiller
- Difficultés à manger et/ou avaler

– Société Alzheimer. (2012). *Le stade avancée de la maladie d'Alzheimer*. [En ligne: <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease/Late-Stage>]

– Douglas Institut universitaire en santé mentale. *Maladie d'Alzheimer : causes, symptômes et évolution*. 22 octobre 2012. [En ligne: <http://www.douglas.qc.ca/info/alzheimer>]

MA ET DOULEUR

Benedetti, F., Arduino, C., Vighetti, S., Asteggiano, G., Tarenzi, L., & Rainero, I. (2004). Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. Pain, 111(1-2), 22-29.

- Détection et seuil de la douleur ne sont pas affectés par la progression de la MA (MEEM 13.7 ± 4.1)
- Composante sensori-discriminative semble préservée
- Composantes affectives et cognitives semblent par contre gravement affectées
- Progression de la MA liée à une diminution de la réponse du système nerveux autonome

MA ET DOULEUR

Kunz, M., Mylius, V., Scharmann, S., Schepelman, K., & Lautenbacher, S. (2009). Influence of dementia on multiple components of pain. Eur J Pain, 13(3), 317-325.

- Fréquence et intensité des expressions faciales de douleur liées à l'intensité de la stimulation électrique est comparable chez les patients déments et non déments
- Composantes de la douleur ne sont pas toutes identiquement affectées chez les patients souffrant de démence
- 46% des patients déments incapables d'indiquer un score de douleur
- et que cette incapacité est directement liée à la gravité du déficit cognitif



MA ET DOULEUR

- Plusieurs facteurs peuvent expliquer la variabilité des évidences dans les études actuellement disponibles:
 - échantillons restreints
 - échantillons non homogènes
 - type de douleur étudié
 - utilisation de différents stimuli nociceptifs
- Considérations éthiques liées à la recherche impliquant des sujets vulnérables et inaptes à donner leur consentement

MA - COMPOSANTES DE LA DOULEUR

SENSORI-DISCRIMINATIVE	Décodage du message sensoriel en caractéristiques : <ul style="list-style-type: none">- qualité (décharge électrique, piqûre, brûlure, fourmillement)- intensité- durée (permanente, brève, paroxystique, répétée)- localisation
COGNITIVE-ÉVALUATIVE	Processus mentaux qui traitent le message sensoriel: <ul style="list-style-type: none">- attention ou distraction vis-à-vis la douleur ressentie- signification de la douleur perçue- valeur attribuée et interprétation- référence aux expériences de douleur déjà vécues
AFFECTIVE-ÉMOTIVE	Retentissement du message sensoriel en fonction de: <ul style="list-style-type: none">- l'angoisse et l'anxiété face à la signification de la douleur- l'intensité de la douleur- la durée de la douleur
COMPORTEMENTALE	L'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables : <ul style="list-style-type: none">- plaintes, mimiques et postures antalgiques- variation comportementale inhabituelle- réponses végétatives et réflexes

Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1-15.



EN RÉSUMÉ...

Les études actuellement disponibles:

- n'ont pas démontré que la MA empêche les personnes atteintes de ressentir la douleur,
- montrent que le seuil de douleur des personnes atteintes de MA est plus ou moins comparable à celui des personnes cognitivement intactes,
- montrent que la composante cognitive de la douleur est très affectée au stade avancé de la MA,
- soulignent que la détérioration cognitive liée à la progression de la MA réduit la capacité du patient atteint à préciser l'intensité et le site de la douleur ressentie.



Merci de votre attention!