

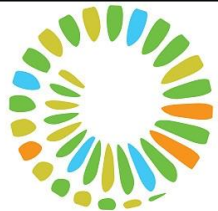
Prise en charge de la douleur

Rappels et actualités



15^{ème} Journée Régionale du Collège des acteurs en soins infirmiers Midi Pyrénées de la SFAP

Marie BOURGOUIN, médecin EMDSP



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole





Contexte



- En 2010, étude chez 1507 patients (28% en phase de traitement curatif, 53% en cancer avancé, 18% en surveillance ou en rémission)
 - ✦ **53% de patients douloureux**: 30% en phase avancée, 25% en rémission
 - ✦ **28% avec une douleur sévère**
 - ✦ 36% avec douleur neuropathique
- Douleur cancéreuse parfois incontrôlable avec retentissement sur la qualité de vie
- Effets indésirables limitant parfois l'adaptation des traitements



Rappels

Clinique de la symptomatologie douloureuse



- Douleur = « une **sensation et une expérience émotionnelle désagréable** en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes» (IASP)
- 3 types de douleur:
 - ✦ Aigüe
 - ✦ Chronique
 - ✦ Procédurale
- Nécessité d'une évaluation précise afin d'adapter la prise en charge
- Toujours envisager une prise en charge étiologique



Rappels

Evaluation de la douleur



Douleur par excès de nociception

- Stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques (nocicepteurs)
- Localisation régionale
- **Rythme mécanique ou inflammatoire**
- Examen neurologique normal
- Efficacité des antalgiques classiques

Douleur Neuropathique

- Affection du système somato-sensoriel
- Contexte neurologique, post-opératoire, ...
- Localisation correspondant à un **territoire neurologique**
- Caractéristiques: **échelle DN4**
- Troubles sensitifs
- Mauvaise réponse aux antalgiques classiques

Douleur dysfonctionnelle

- Douleur par un dysfonctionnement des système de contrôle de la douleur
- Absence de lésion identifiée
- Mauvaise réponse aux traitements pharmacologiques
- Symptômes associés:
 - ✦ Cystite interstitielle
 - ✦ Colopathie fonctionnelle
 - ✦ Céphalée de tension
 - ✦ Fibromyalgie



Rappels

Evaluation de la douleur: score DN4



QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

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

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

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

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10



Rappels

Thérapeutiques antalgiques

Douleur nociceptive

- Traitement basé sur les paliers de l'OMS
- **Palier 1:** « non opioïdes »
 - ✦ Paracétamol: max 4g / jour
 - ✦ Aspirine
 - ✦ AINS
 - ✦ Nefopam? Max 120mg = 6amp par jour (PO hors AMM)
- **Palier 2:** « opioïdes faible »
 - ✦ Codéine: max 200mg (association au Paracétamol)
 - ✦ Tramadol: max 400mg par jour
- **Palier 3:** Opioïdes

Douleur neuropathique

- **Antidépresseurs**
 - ✦ Tricycliques: LAROXYL (max 75 – 100mg/j)
 - ✦ IRS: EFFEXOR (max 150mg/j), CYMBALTA (max 120mg/j)
- **Antiépileptiques**
 - ✦ LYRICA (max 600mg/j)
 - ✦ NEURONTIN (max 2400mg/j)
- **Autres**
 - ✦ QUTENZA
 - ✦ VERSATIS



Antalgiques: une classification innovante



Tableau 1 Classification innovante des antalgiques.
Classification of analgesics.

Antalgiques anti-nociceptifs

Non opioïdes

Paracétamol

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Opioïdes

Cannabinoïdes

Anti-hyperalgésiques

Antagonistes des récepteurs au NMDA (kétamine)

Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline, lamotrigine

Néfopam

Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs

Antidépresseurs tricycliques

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques

Anesthésiques locaux

Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate

Capsaïcine

Mixtes : antalgiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants

Tramadol

Tapentadol

Autres

Bisphosphonates

D'après Beaulieu et al. [11].



Rappels

Accès douloureux paroxystiques



- Exacerbation transitoire et de courte durée
- Douleur **d'apparition brutale**, intensité **maximale en moins de 3 minutes**
- Durée moyenne de 30 minutes
- Intensité modérée à sévère
- Apparition spontanée / Facteurs déclenchant

- Concernent les patients traités par **60mg EMO**
- Traitement adapté: dérivés de Fentanyl transmuqueux
- Si >4 ADP par jour: nécessité d'adaptation du traitement de fond

- En cas d'ADP prévisible (lié aux soins), les Fentanyl transmuqueux peuvent être utilisés (*Accord d'Experts*)



Prise en charge de la douleur réfractaire



- Douleur réfractaire =
 - ✦ douleur **non améliorée par les thérapeutique spécifiques** du cancer
 - ✦ traitements symptomatiques conventionnels **ne permettant pas un soulagement satisfaisant et durable**, ou responsables **d'effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables**
- Souvent dans le cadre:
 - ✦ Cancer broncho-pulmonaire (Sd Pancoast Tobias)
 - ✦ Mésothéliome pleural
 - ✦ Cancer digestif et carcinose péritonéale
 - ✦ Cancer ORL
 - ✦ Cancer polymétastatique
- Prise en charge: Recommandations de l'AFFSAPS 2010



Thérapeutiques non invasives

Kétamine



- **Antagoniste des récepteurs NMDA** à des doses subanesthésiques
- Blocage des phénomènes de sensibilisation centrale (responsable de l'amplification du message douloureux)
- **Anti hyperalgésique**
- **Epargne morphinique**

- Forme injectable. Instauration à 0,5 mg/kg/j IVSE.
- Forme orale (sirop)

- Pour « les patients en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable » dans « la **douleur rebelle mixte** en **association aux traitements opioïdes** lorsqu'ils sont **insuffisants ou mal tolérés** ». (2010)



Thérapeutiques non invasives

Sufentanil



- **Opioïde fort**
- Equianalgésie **Fentanyl/Sufentanil: 1/10**
- Molécule lipophile++
- **Élimination rénale faible**
- Métabolisation hépatique (CYP 450 34A) `
- **Pic d'action IV: 5 min, SC: 10-15 min; Délai d'élimination: 45 min**

- « en cas d'échec ou d'intolérance à la Morphine et à l'Oxycodone injectable »



Thérapeutiques non invasives

Méthadone



- **Antalgique opioïde** (agoniste μ)
- Effet antagoniste NMDA et inhibition de la recapture de la Noradrénaline

- La Méthadone ne doit être prescrite qu'en **dernier recours** après rotation opioïde et traitements adjuvants bien conduits
- Utilisation hors AMM
- **Forme sirop** en 1ère intention

- **Pas de consensus de conversion**
- **Instauration hospitalière** (hospitalisation de 7 jours)
- **Rétrocession hospitalière**
- Délai d'action rapide: 15 minutes



Thérapeutiques non invasives

XYLOCARD



- **Anesthésique local** utilisé par voie parentérale (Lidocaïne)
- « peut être utilisé à l'hôpital **en dernière intention** dans les douleurs rebelles »
- « avis cardiologique préalable recommandé »
- Instauré à la dose de 5mg/kg/j (max 8mg/kg/j)
- Effets secondaires devant faire arrêter le traitement:
 - ✦ Goût métallique
 - ✦ Engourdissement des lèvres et de la langue
 - ✦ Sensation de chaud/froid
 - ✦ Céphalées



Thérapeutiques non invasives

Tapentadol PALEXIA



- **Opioïde** (agoniste μ) et **inhibiteur de la recapture de la noradrénaline**
- Effet antalgique directe sans métabolite actif
- Efficacité sur **douleurs nociceptives, neuropathiques, viscérales et inflammatoires**
- Instauration par des prises de comprimé de 50mg toutes les 4 à 6h
- **Dose quotidienne >600mg/j non recommandées**
- Après la phase de titration, un relai par une forme LP doit être envisagé
- Etat d'équilibre des concentrations sériques atteint à J2
- Equianalgésie **10mg d'Oxycodone = 50mg de Tapentadol**



Thérapeutiques invasives



- **Place dans la stratégie thérapeutique non définie** dans les recommandations
- **Techniques**
 - Radiologie interventionnelle: radiofréquence, cryothérapie, embolisation palliative, cimentoplastie
 - Analgésie locorégionale:
 - ✦ Bloc analgésique périphérique continu (KT péri nerveux)
 - ✦ Bloc neurolytique (alcoolisation)
 - ✦ Cathéter péridural
 - ✦ Cathéter intrathécal
- **Limites: ... et la qualité de vie?**
 - ✦ Étude sur 63 patients bénéficiant d'une analgésie locorégionale
 - ✦ 67,5% de patients « soulagés »
 - ✦ ... mais apparition de foyers douloureux à distance et/ou d'une souffrance morale

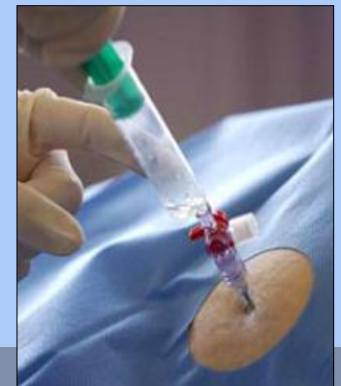


Thérapeutiques invasives

Cathéter intrathécal



- Voie péri médullaire à privilégier
 - ✦ Voie péridurale: utilisation < 2 mois
 - ✦ Voie cérébrospinale: alternative pour douleur tête et cou
- Permet l'administration de Ziconotide PRIALT
- Action directe sur les récepteurs médullaires. **Effets généraux moindres**, mais existants (recapture vasculaire et liposolubilité)
- Diffusion passive sur 5 à 6 cm de hauteur
- Choix du dispositif (interne ou externe):
 - ✦ **Espérance de vie > ou < à 3 mois**
 - ✦ Risque infectieux (stomie)
 - ✦ Autonomie
- ★ **Contre-indication: HTIC**





- **Peptide neuroactif** issu du venin d'un gastéropode marin
- Agit au niveau des **canaux calciques** (neurones nociceptifs périphériques de la corne dorsale)
- Instauration à **2,4 µg/jour**, avec adaptation progressive par paliers ($\leq 2,4 \mu\text{g/jour}$) de 24h (48h recommandées), jusqu'à une dose maximale de 21,6 µg/jour. (HAS 2008)
- Effets indésirables: somnolence, vertiges, troubles du sommeil, troubles digestifs et visuels.





Thérapeutiques de recours: DEXDOR



- Agoniste des récepteurs α_2
- **Anesthésique et antalgique**
- Sympatholytiques diminuant la libération de noradrénaline au niveau du tronc cérébral
- Induit une **sédation légère** (réponse à une stimulation verbale)
- Action sur la douleur, la confusion et l'agitation
- Sédation pour symptôme réfractaire (douleur/delirium)

- Instauration à $0,2\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ IVSE (palier de $0,1\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ toutes les 30 min)
- Arrêter l'augmentation à l'obtention de l'effet escompté ou de la survenue d'une bradycardie ou d'une hypotension



Importance des thérapeutiques non médicamenteuses



- Intrication douleur... et souffrance
- Nécessité d'une **approche multidimensionnelle**
- Prise en charge des dimensions physiologique, psychologique, socio familiale et spirituelle

- Importance des **prises en charge non médicamenteuses**:
 - ✦ Kinésithérapie
 - ✦ Acupuncture
 - ✦ Psychothérapie
 - ✦ Sophrologie
 - ✦ Hypnose
 - ✦ Magnétothérapie
 - ✦ Art-thérapie
 - ✦ Musicothérapie
 - ✦ ...



Médecine palliative: de la médication des symptômes...



- Une (sur)médicalisation nécessaire?
- Chemin vers une « belle mort »?
- Impact de la souffrance des patients sur les soignants?
 - ✦ Souffrance d'autrui: agression? (mécanismes de défense)
 - ✦ Sentiment d'impuissance?
 - ✦ Ecoute de la plainte à l'origine du trauma des soignants?
 - ✦ La souffrance morale est-elle contagieuse?
 - ✦ Vers la résilience?



.. vers une médicalisation du mourir?



- **A l'encontre** des principes initiaux des soins palliatifs?
- Médicalisation de multiples dimensions de la vie, jusqu'à la santé, « **complet bien être physique, mental et social** »
- Quel impact de la médicalisation sur les **proches**? les **conditions du mourir**? ... et **l'équité**?
- La considération de la souffrance comme un seul symptôme à traiter n'en est elle pas **une banalisation voire une négation**?
- La mort peut elle se faire sans souffrance? Et la souffrance doit elle être médicalisée? Jusque où?



Références



- [1] S. Rostaing-Rigattieri et J. Guérin, « Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 13, n° 6, p. 312-322, déc. 2014.
- [2] C. Combe, C. Bourne, M. Chiganne, M. Geneste, H. Hida, et C. Lacroix, « Fentanyl transmuqueux : évaluation pratique de son utilisation auprès des patients et des soignants », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 13, n° 2, p. 77-83, avr. 2014.
- [3] « Recommandations de bonne pratique : douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 10, n° 2, p. 90-105, avr. 2011.
- [4] Référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support, Prise en charge de la douleur du Cancer chez l'adulte, AFSOS, Décembre 2012
- [5] Référentiels inter-régionaux en soins oncologique de support, Prise en charge de la douleur cancéreuse : antalgie intrathécale, AFSOS, Décembre 2014
- [6] Ganji A. et al, Traitement de la douleur en oncologie, *Journal de radiologie* (2011), 92 801-813
- [7] D. Grouille, B. Sardin, et G. Terrier, « Analgésie locorégionale et qualité de vie en soins palliatifs. Étude prospective multicentrique : résultats préliminaires », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 13, n° 2, p. 92-96, avr. 2014.
- [8] O. Méchin, « Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 12, n° 4, p. 201-206, août 2013.
- [9] Feuillet-Ligier B., « Les proches et le fin de vie médicalisée. Ed. Bruylant (2013). 376 pp », *EM-Consulte*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/823662/feuillet-ligier-b-les-proches-et-le-fin-de-vie-med>. [Consulté le: 02-nov-2016].
- [10] É. Gilbert-Fontan et N. Saffon, « Médicalisation du mourir et risque de désubjectivation : leçon d'un patient », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 13, n° 5, p. 260-264, nov. 2014.