

Prise en charge de la douleur en soins palliatifs

Dr. Diane CONSTANT-DAVID

Equipe Mobile de Soins de Support-Soins Palliatifs CHU de Nantes
Centre fédératifs Douleur- Soins de Supports – Soins Palliatifs –Ethique Clinique

La douleur en soins palliatifs

1. La douleur du cancer

- a) Physiopathologie
- b) Notion d'accès douloureux paroxystique
- c) Traitements médicamenteux
- d) Traitements non médicamenteux

2. Le concept de « Total Pain »

- a) Association de plusieurs symptômes d'inconfort
- b) Approche pluridisciplinaire

- La douleur est **le 1^{er}** symptôme chez les patients atteint de cancer (50% > 5/10)

FRÉQUENCE ET INTENSITÉ DE LA DOULEUR EN FONCTION DES PHASES DE TRAITEMENT		
Situation	Patients douloureux	Personnes parmi les patients douloureux avec une douleur d'intensité moyenne à forte
Tous cancers, en phase de traitement du cancer	40-70 %	(30 %)
Cancer avancé	60-70 %	(45 %)
A distance du traitement curatif (Phase de surveillance)	30-50 %	(10-40 %)

- 75%** de patients avec cancer à l'USP (2014)

Prévalence de la douleur en fonction du type de cancer

La douleur n'est pas toujours liée au type, à la taille ou à la « gravité » du cancer +++

Thoracique	Pancoast Tobias	52 %
Poumon		45 %
Os		85 %
Oropharyngé		80 %
Gastro-Intestinal	Pancreas	40 %
Urogenital (hommes)		75 %
Urogenital (femmes)		70 %
lymphome		20 %
Leucémie		5 %

Causes de la douleur :

Chez le patient avec un cancer, une douleur peut avoir différentes causes.
Elle peut être liée¹⁰ :



A la tumeur elle-même (inflammation, infiltration ou compression des structures anatomiques adjacentes, métastases osseuses, ischémie, nécrose, étirement de viscères creux...¹¹)



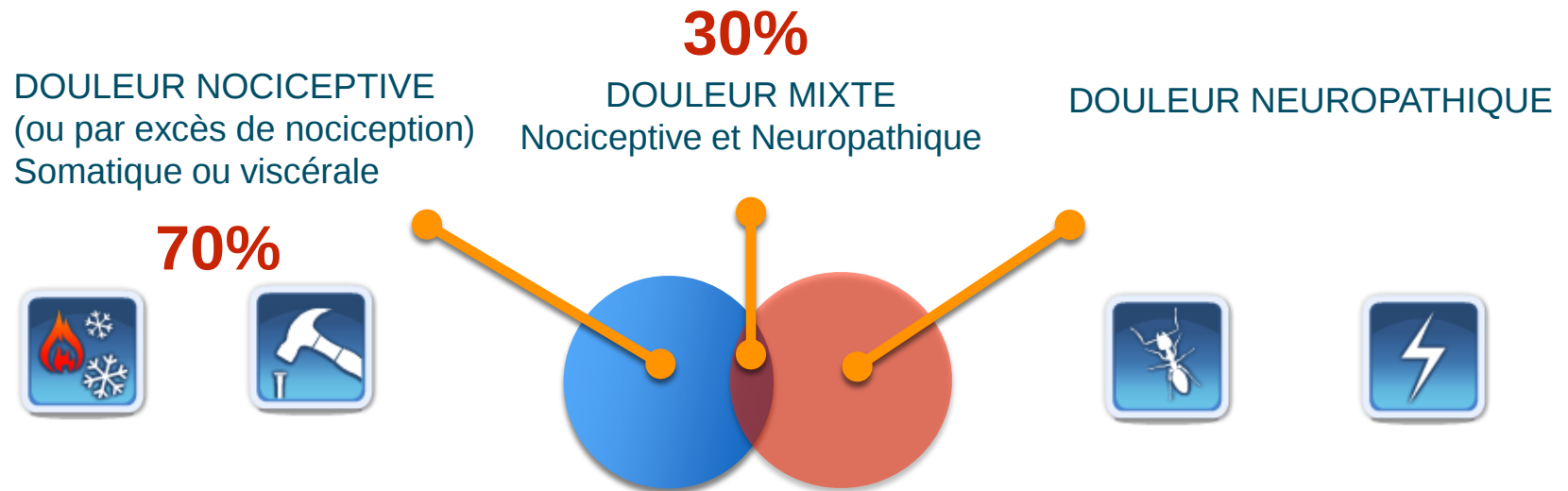
Aux traitements du cancer

- la chirurgie (douleurs post-opératoires chroniques, par atteinte des structures nerveuses¹¹)
- la radiothérapie (mucosite douloureuse, plexopathie post-radique...¹¹)
- la chimiothérapie (douleur articulaire, polyneuropathie périphérique...¹¹)



Ou aux soins et examens médicaux nécessaires au diagnostic et au suivi de la maladie (ponction-biopsies, pansements, prélèvements...)

Physiopathologie des douleurs



La douleur nociceptive somatique est décrite comme aiguë, continue, pulsatile ou comme une pression.

Le diagnostic repose sur la découverte d'anomalies neurologiques et de manifestations sensorielles comme des **dysesthésies**, une **allodynie** ou une **hyperalgésie**.



Différents types de douleurs

Il est important d'identifier les différents types de douleurs pour déterminer le traitement adéquat.

Les patients souffrant de douleur provoquée par un cancer éprouvent couramment plus d'un type de douleur.

La douleur peut être **constante** ou **intermittente** ou bien une douleur **aiguë** peut se superposer à une douleur **chronique** de fond.



POIDS			M	S	N	M	S	N	M	S	N
TA											
Douleur EVA / EN	Poul	Temp									
10	140	40°									
9	120	39°									
8											
7	100	38°									
6											
5	80	37°									
4											
3	60	36°									
2											
1	40	35°									
0											
SELLES											
DIURESE											
Initiales IDE (3)											



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

INTERROGATOIRE DU PATIENT

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

	OUI	NON
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

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

	OUI	NON
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissement	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

EXAMEN DU PATIENT

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

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

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

	OUI	NON
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point NON = 0 point

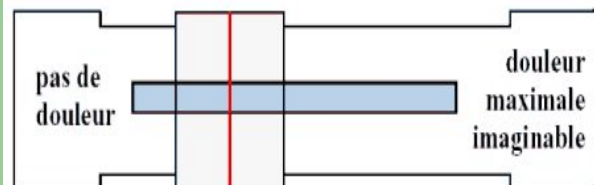
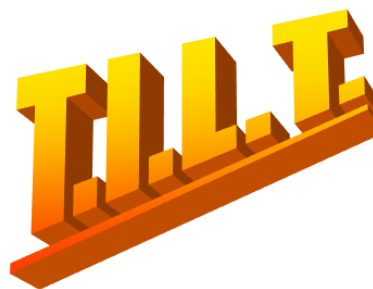
Valeur seuil pour le diagnostic
de la douleur neuropathique : 4/10

Score du Patient : /10

Temporalité
Intensité

Localisation

Type



Evaluation et Réévaluation

Différents types de douleurs

Au cours d'une journée, l'intensité de la douleur varie...
...avec des douleur + ou – intenses, ponctuées de crises

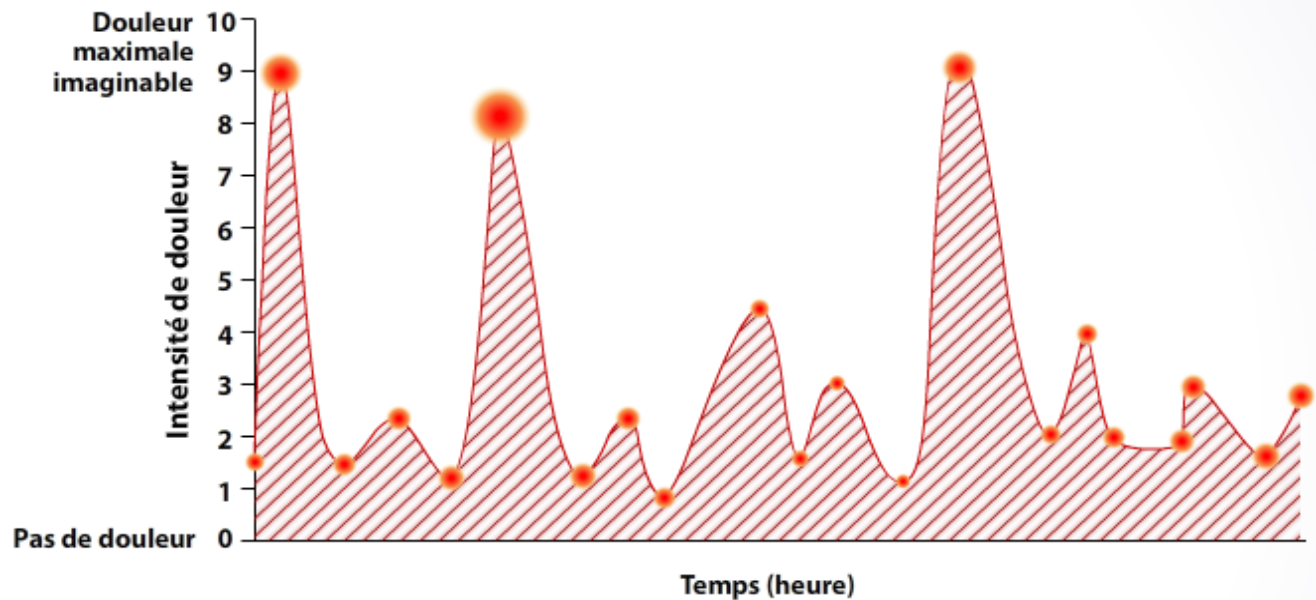


Schéma adapté ¹⁵

Différents types de douleurs

...crises qui peuvent persister malgré un traitement de fond (LP) équilibré.
On appelle ces crises Accès Douloureux Paroxystiques (ADP).

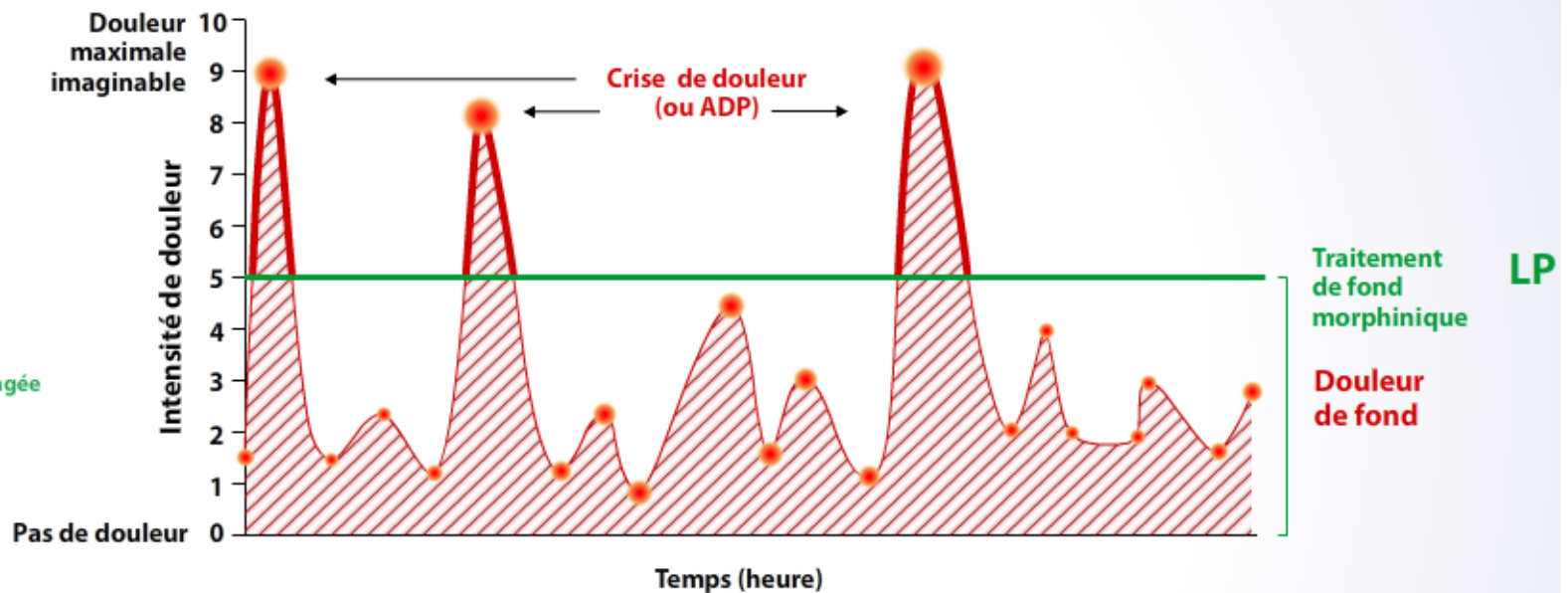


Schéma adapté ¹⁵

Définition d'un Accès Dououreux Paroxystique

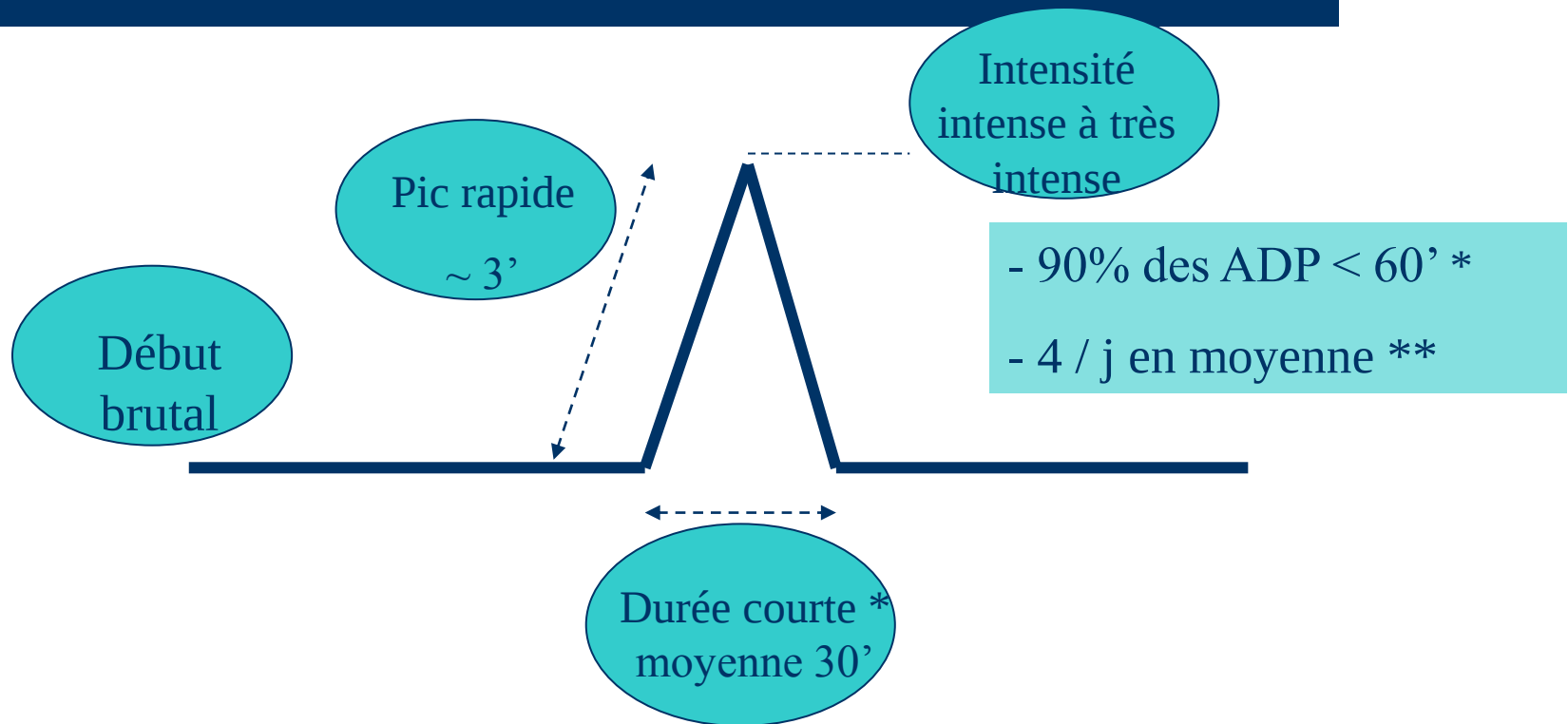
- Les *ADP* sont une exacerbation *transitoire* et de *courte durée* de la douleur, d'intensité *modérée à sévère*. Ils surviennent sur une *douleur de fond contrôlée* par un traitement opioïde fort efficace.
- AMM: ...douleurs d'origine cancéreuse

Les critères d'un traitement de fond équilibré

- ✓ ≤ 4 accès douloureux par jour
- ✓ Une douleur de fond d'intensité faible ou absente
- ✓ Un respect du sommeil
- ✓ Des activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur
- ✓ Les effets indésirables des traitements mineurs ou absents



CARACTERISTIQUES CLINIQUES : ADP typique



* Portenoy et al 1990. *Pain*

** Zeppetella et al. 2000. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice.

Exemples de crises douloureuses sur un traitement de fond équilibré (ADP)



Prévisible¹⁹ :

ADP

Déclenchée par un mouvement : par exemple la marche.

Associée à une intervention thérapeutique : par exemple le soin d'une plaie.



Imprévisible¹⁹ :

ADP

Déclenchée par un réflexe : par exemple la toux

Spontanée, non associée à une quelconque action identifiable.



Douleurs de fin de dose :

Pas ADP

« Ces douleurs de fin de dose, qui surviennent juste avant la prochaine dose du traitement de fond, en raison d'une dose insuffisante ou d'un trop long intervalle d'administration, ne sont pas des ADP (par définition) car la douleur de fond n'est pas contrôlée ». ²⁰

ADP SPONTANES:

25%

Fin de dose
20%

ADP PROVOQUES

50%

?

Imprévisible car sans
facteur déclenchant

Acte volontaire



Acte involontaire



Soins



-Portenoy et al. 2006

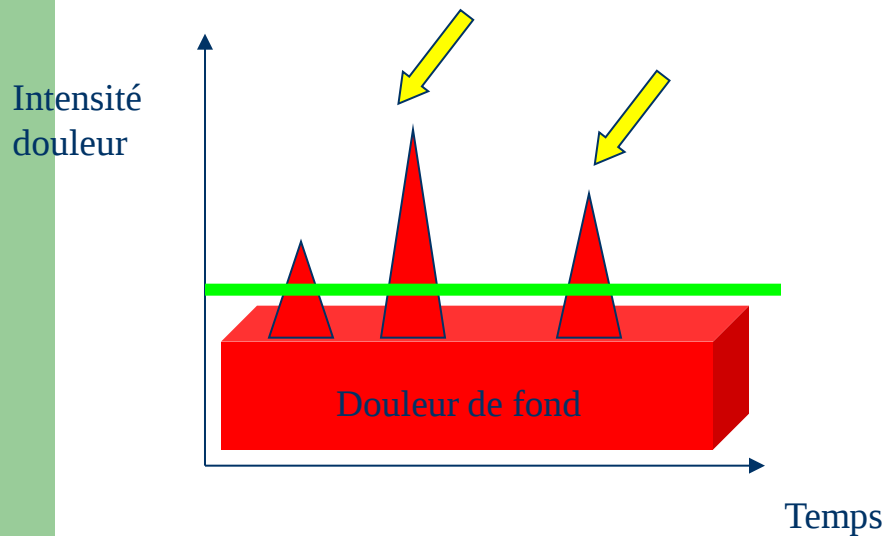
-Davies A 2005. Current thinking in cancer breakthrough pain management. *European Journal of Palliative Care*

-Bhatnagar et al. 2010. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in patient with head and neck cancer: a cross sectional study. *J Palliat Med*

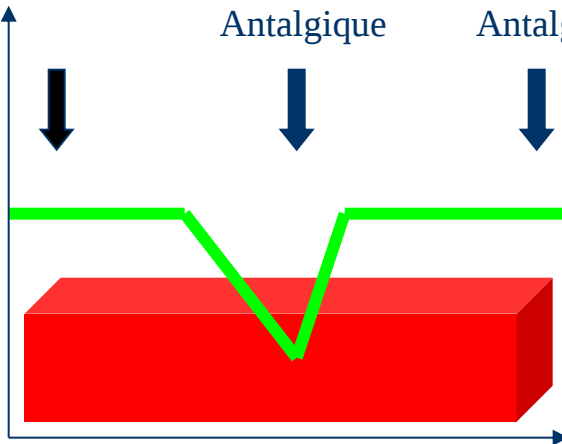
ADP:

- Douleur de fond
- Traitement de fond efficace
- Exacerbation douloureuse transitoire

Spontanées ou provoquées



Intensité
douleur



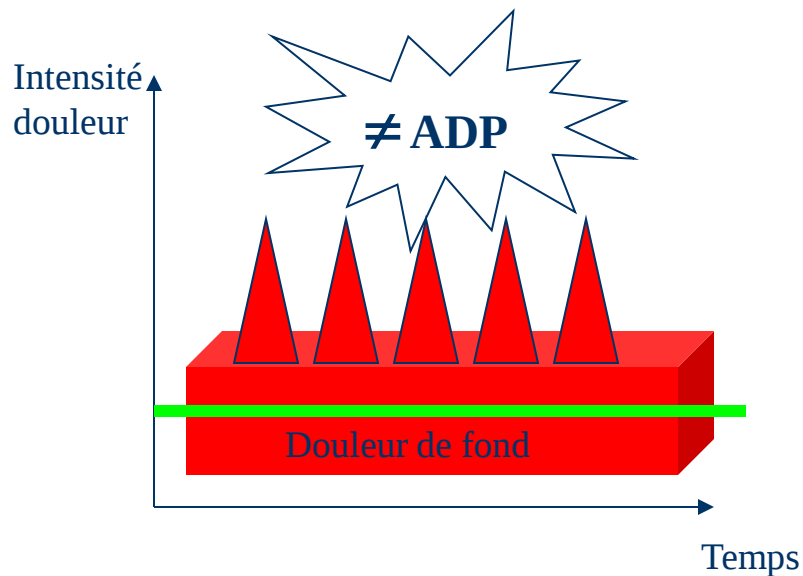
Antalgique

Antalgique

Temps

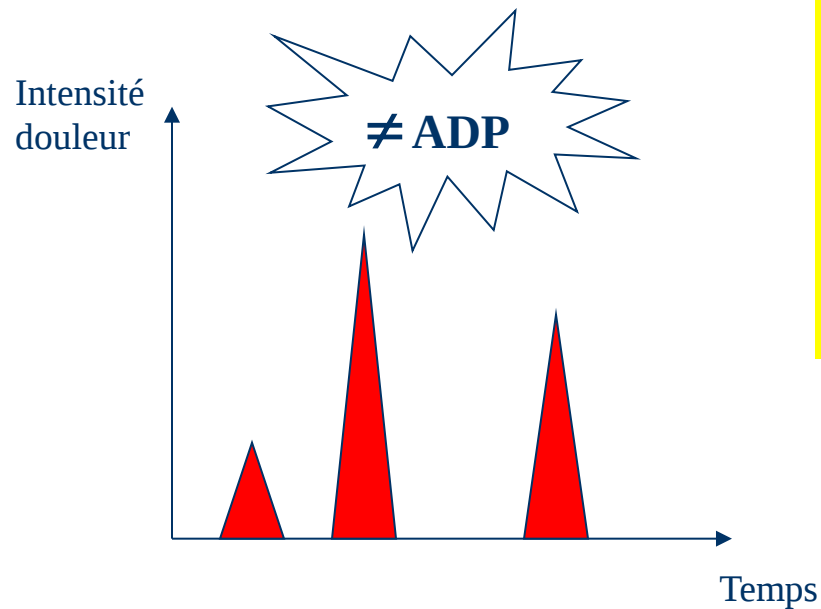
D. de « Fin de dose »:

- Douleur de fond
- Traitement de fond EFFICACE
- Exacerbation douloureuse transitoire



DOULEUR DE FOND MAL CONTROLEE:

- Exacerbations douloureuses permanentes
- Douleur de fond
- Traitement de fond INSUFFISANT



DOULEUR INTERMITTENTE:

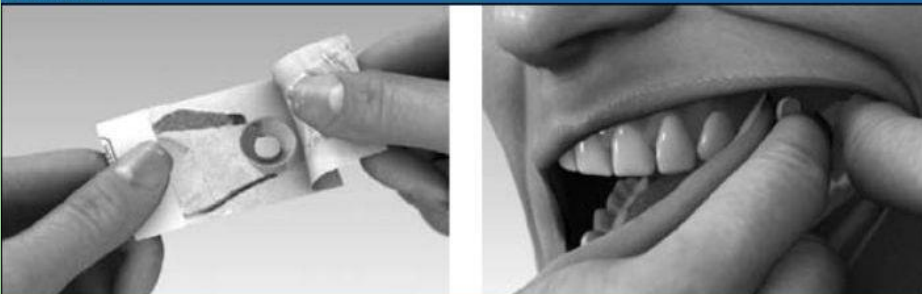
- PAS Douleur de fond
- Exacerbation douloureuse transitoire
- Rq: pas de traitement de fond

Traitements des ADP





Medscape



Source: Cancer Chemother Rev © 2008 P. Permyer

INSTANYL



PECFENT



En pratique

Traitement des accès douloureux paroxystiques
(patient sous traitement de fond antalgique à posologie stable)

Commencer par la plus faible dose de fentanyl transmuqueux disponible avec le médicament choisi

Il n'y a pas d'équivalence d'activité entre deux formes différentes de la même dose de fentanyl. En cas de changement de forme, il faut reprendre la titration au début.

Attendre 15 minutes après dissolution du comprimé
ou 10 minutes après pulvérisation nasale

Attendre au moins
4 heures avant de
traiter un nouvel ADP

Soulagement satisfaisant de la douleur ?

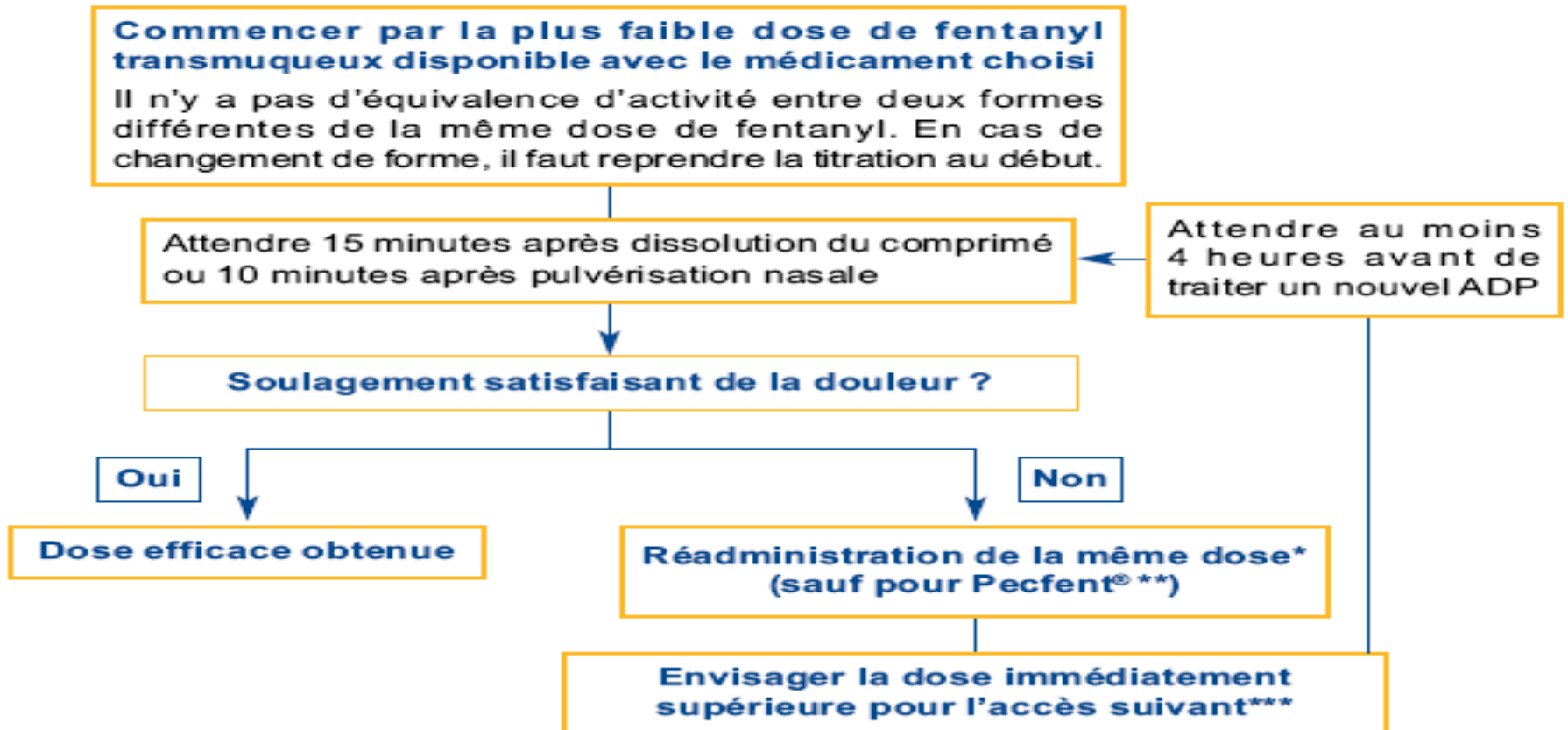
Oui

Dose efficace obtenue

Non

**Réadministration de la même dose*
(sauf pour Pecfent® **)**

**Envisager la dose immédiatement
supérieure pour l'accès suivant*****



Rotation des opioïdes

- Lorsque le 1^{er} opioïde prescrit n'est pas efficace (15%)
- Changement de produit ou changement de voie d'abord

Famille des opioïdes :

1. Morphine
2. Oxynorm
3. Fentanyl
4. Hydromorphone
5. Méthadone

Voies d'abord possibles :

1. Per Os
2. Intra veineux
3. Transdermique
4. Sous Cutané
5. intrathécale

Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais d'action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
 1 morphine orale = 1/24 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle)

(ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

Version 5 - Janvier 2010
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble
 coordination.support@chu-grenoble.fr - soins.palliatifs@chu-grenoble.fr

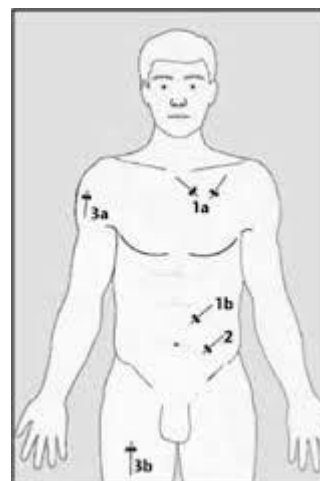
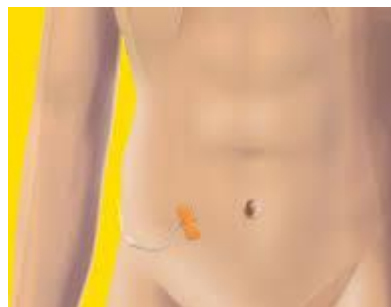
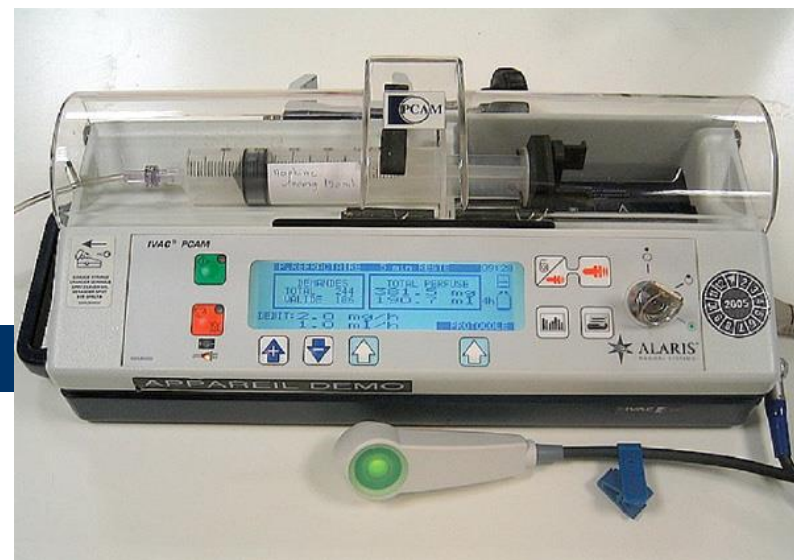
Morphine en mg									Oxycodone en mg						Hydromorphone en mg	Fentanyl en µg	
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose par 24 heures	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus
Moscontin cp LP Skénan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Actiskénan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg Sévrédol cp LI 10 - 20 mg Oramorph sol buv unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml			Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg			Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg		OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Matrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg	
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6	1/10	1/6	1/10		1/6	1/10	1/6		
	20	2		3,5	10		1	1,5	6,5	0,5	1		10	10	1	1,5	6,5
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5	12	Effentora cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8	25
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5	12	37
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16	50
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9		
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10	9	15	60	6	10	24	75
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20	10	17	67	7	11		
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40	12	20	80	8	13	32	100
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60	14	23	93	9	16		
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70	15	25	100	10	17	40	125
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100	18	30	120	12	20	48	150
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120	20	33	133	13	22		
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160	24	40	160	16	27	64	200
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 190	27	45	180	18	30	72	225
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220	30	50	200	20	33	80	250
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280	36	60	240	24	40	96	300
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370	45	75	300	30	50	120	375
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420	50	83	333	33	56		412

Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (Cf. AMM).

* À prescrire. ** Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée. Au-delà d'une dose de 80 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin LP à Targinact.

ongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.

Table d'équianalgésie



SCHEMA TIRÉ DE: TECHNIQUE 6.33, CHU HAV. ST-LUC, NOV. 1999.

L'électrostimulation trans-cutanée



Théorie du « gate control »

Libération d'endorphine

- Douleur neuropathique
- Douleur nociceptive
- Contractures musculaires



TENS

Trans Epidermic Neuro Stimulation
(neurostimulation transcutanée)



- piles rechargeables
- électrodes personnelles

(penser à recoller les électrodes sur le film plastique après chaque utilisation)

Indication	Mécanisme d'action	Programme	Emplacement électrodes <i>Effet immédiat attendu</i>	illustration
Douleurs articulaires, ou neuropathiques <i>ex : douleur d'épaule, de dos, sciatiques, douleur péritéale</i>	Mécanisme du « Gate Control » le toucher « annule » la douleur, <i>cf le p'tit reporter douleur de l'USP mars 2015</i>	P1 Tens conventionnel	De part et d'autre de la douleur ou A distance sur la même racine nerveuse <i>ex : nerf tibial postérieur dans les douleurs pelvi-périnéales (illustration)</i> <i>Fourmillement intense, continu et confortable</i>	
Syndrome douloureux diffus <i>Ex : fibromyalgie</i>	Stimulation de points d'acupuncture Provoque une libération d'endorphines	P2 Tens endorphinique	Base dorsale 1 ^{er} espace interdigitale <i>Battements musculaire, possible contraction du pouce</i>	
Troubles du sommeil				

Radiothérapie externe

La radiothérapie est une méthode de traitement locorégional des cancers, utilisant des radiations pour détruire les cellules cancéreuses tout en épargnant les tissus sains périphériques.

Les rayonnements ionisant détruisent l'ADN des cellules et entraînent leur mort.

Utilisation curative et symptomatique mécanisme antalgique:

diminution du volume tumoral et des phénomènes de compression
modifications des médiateurs chimiques de la douleurs (prostaglandines)

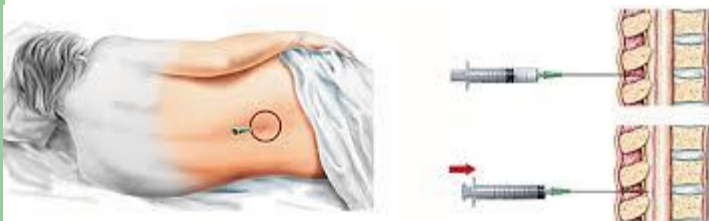


Délai d'action : 15j

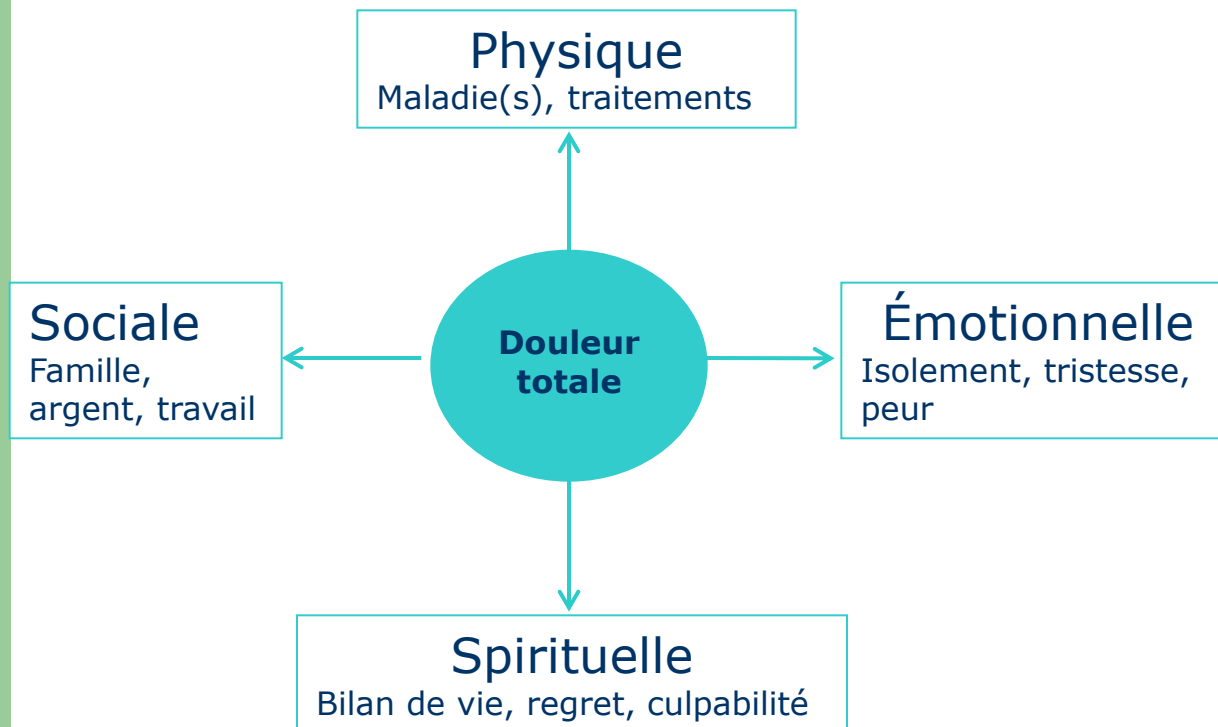


Anesthésies locorégionales

- Blocs nerveux périphériques:
 - Ischémie dépassée
 - Compressions nerveuses tumorales
- Anesthésie péridurale :
 - cancers gynécologiques, urothéliaux, membres inférieurs
 - Discuter en fonction du pronostic la voie intrathécale



Concept de « Total Pain » Cicely Saunders 1978



La souffrance totale

(OMS, Twycross, C. Saunders)



- prise en compte de **facteurs mécaniques**, (kiné, ostéopathie, massages)
- utilisation d'**autres moyens antalgiques**, prise en charge de la dé-afférentation (co-antalgiques, **radiothérapie**, **blocs nerveux**, **anesthésie loco-régionale**, etc.)
- Traitement de l'**anxiété** sous-jacente (**entretien psy**, **musicothérapie**, **sophrologie**, **hypnose**)
- Etude pharmacologique : '**résistance**' au produit prescrit, métaboliseur lents...

**Nécessité d'une approche globale
pluridisciplinaire +++**

La douleur en soins palliatifs : une affaire d'équipe

