

DOULEURS CHRONIQUES EN SOINS PALLIATIFS

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à des lésions tissulaires réelles ou possibles ou décrites comme si ces lésions existaient » Définition de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur.

Chez le malade en fin de vie, angoisse et douleur sont souvent intriquées. Il est donc capital d'analyser de façon précise ce que recouvre la plainte douloureuse pour évaluer la demande et orienter au mieux la prise en charge. Il est important de considérer la personne comme un tout.

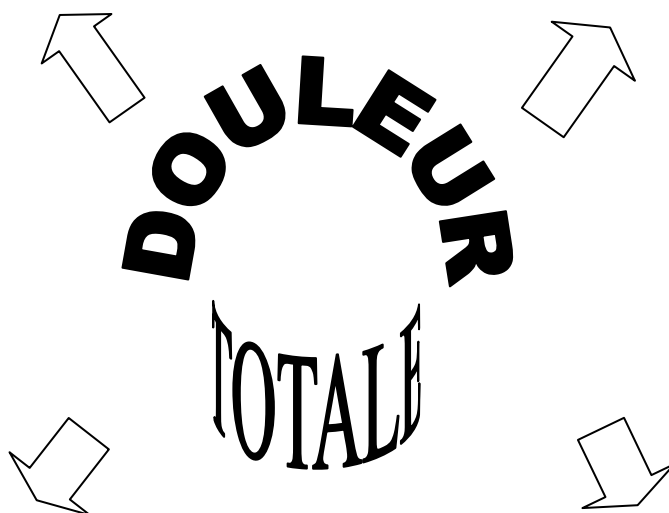
CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR TOTALE

ANXIETE

Crainte de l'hôpital
Crainte de souffrir
Crainte de mourir
Incertitudes financières

DOULEURS SOMATIQUES

Maladie
Lésions iatrogènes
Pathologie préexistante



COLERE

Tracas administratifs
Retard du diagnostic
Relations avec le corps médical
Echec Thérapeutique

DEPRESSION

Perte de position sociale
Perte de position familiale
Fatigue et insomnie
Schéma corporel modifié

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Démarche d'évaluation :

I- Auto évaluation

1. Avez-vous mal ?

Demander au patient s'il a mal et le croire.

Ecouter sa réponse et ses priorités

2. Quels sont les retentissements sur votre comportement au quotidien et votre état psychologique du patient ?

Sommeil, alimentation, autonomie....

Relation au proche (agressivité, repli sur soi), sentiment d'impuissance....

Evaluer toutes les composantes de la douleur : affective, comportementale, cognitive...

3. Quel type de douleur ?

S'agit il d'une **douleur aiguë** « symptomatique » véritable signal d'alarme, utile orientant vers un diagnostic ?

S'agit il d'une **douleur chronique**, véritable douleur maladie qui traduit l'existence d'une séquelle ou d'une maladie évolutive ?

4. Quels mécanismes générateurs ?

Douleur d'excès de nociception

Douleur neurogène:

Voir le tableau des caractéristiques de la douleur, et le tableau DN4 (douleurs neuropathiques).

Douleur induite : se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisible et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées

5. Quelle intensité de la douleur ?

Evaluer l'intensité de la douleur avec une échelle adaptée permet de mesurer la sévérité de la douleur et d'apprécier l'efficacité du traitement:

Autoévaluation chez les patients communicants : échelle visuelle analogique (EVA)

II- Hétéro évaluation

Chez les patients ayant des troubles de la communication : échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA) ou Doloplus.

Démarche thérapeutique

« Pour traiter la douleur,
il faut prendre une chaise avant de prendre un stylo » Dr BRIZARD

- ⇒ Traiter si possible la cause de la douleur
- ⇒ Proposer un traitement en respectant les principes de l'OMS (voir page suivante)
 - Privilégier la voie orale
 - Administrer les antalgiques à horaires réguliers en respectant la pharmacologie du médicament.
 - Hiérarchiser l'analgésie en fonction du niveau évalué de la douleur
 - Passer au palier supérieur après échec avéré du palier inférieur bien conduit (respect des paliers de l'OMS : cf. pages 5) L'utilisation d'un antalgique du palier 3 est possible en cas de douleur intense.
 - Le paracétamol du palier 1 peut être associé aux paliers 2 et 3
- ⇒ Chez le sujet âgé ou fragile, les règles classiques de l'antalgie sont valables mais il faut être prudent notamment au début du traitement. Il est préférable de commencer par des plus faibles doses et d'augmenter progressivement afin de chercher les doses minimales efficaces
- ⇒ L'utilisation des co-antalgiques à chaque palier de l'OMS est recommandée en particulier dans les douleurs neurogènes, viscérales, les céphalées par hypertension intracrânienne, les douleurs osseuses.
- ⇒ Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et adapter les doses au besoin du malade. Associer des co-antalgiques si nécessaire.
- ⇒ Prévenir et traiter les effets secondaires. Informer le patient des effets indésirables attendus
- ⇒ Associer des soins non médicamenteux : posture, massage, relaxation
- ⇒ Chercher à préserver la lucidité

Que dire au patient ?

- Traitement immédiat proposé
- Expliquer les mécanismes de la douleur, le traitement, etc.
- Fixer des objectifs réalistes : ce qui est attendu ou espéré, dans combien de temps
- Date de réévaluation

Avec des objectifs précis, l'espoir renaît

Caractéristiques cliniques :douleur nociceptive et douleur neurogène

| | Douleur par excès de nociception | Douleur neurogène |
|--------------------------------------|---|--|
| Physiopathologie | Stimulation des nocicepteurs | Lésion nerveuse périphérique ou centrale |
| Sémiologie | Rythme mécanique ou inflammatoire | Composante continue (brûlure).ou Composante fulgurante (décharges électriques) |
| Topographie | Régionale, sans topographie neurologique systématisée. Zone douloureuse atypique. | Topographie neurologique périphérique (tronc, racine), ou centrale (hémicorporelle) |
| Caractéristiques descriptives | Serrement, écrasement en étai, broiement, étirement, torsion, arrachement, lourdeur, sourde, sensation d'être grignoté, mangé par l'intérieur. Douleur pulsatile. | Elancement en éclairs, décharge électrique, picotement, fourmillement, démangeaison, engourdissement |
| Examen clinique | Examen neurologique normal | Signes d'hypoesthésie ou d'hypersensibilité (allodynie) |

Questionnaire douleur neuropathique en 4 questions(DN4) :

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item

Interrogatoire du patient

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

| | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1. Brûlure | oui | non |
| 2. Sensation de froid douloureux | oui | non |
| 3. Décharges électriques | oui | non |

Question 2 : La douleur est elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivant ?

| | | |
|---------------------|-----|-----|
| 4. Fourmillements | oui | non |
| 5. Picotements | oui | non |
| 6. Engourdissements | oui | non |
| 7. Démangeaisons | oui | non |

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence

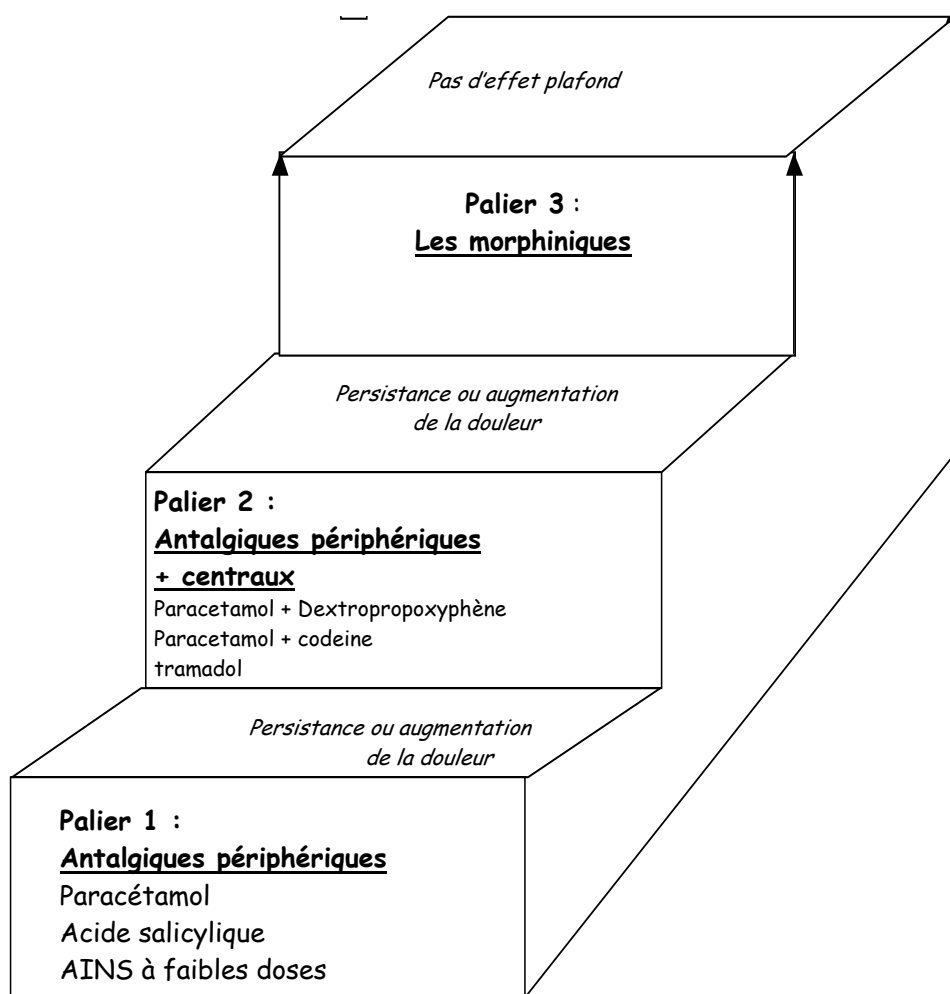
| | | |
|-----------------------------|-----|-----|
| 8. hypoesthésie au tact | oui | non |
| 9. hypoesthésie à la piqûre | oui | non |

Question 4 : La douleur est elle provoquée ou augmentée par :

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| 10. Le frottement | oui | non |
|-------------------|-----|-----|

Non=0 point Oui=1 point. Score du patient sur 10 points

LES TROIS PALIERS DE L'O.M.S.



CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

| DCI (Nom commercial) | Posologie/24H | Rythme | Spécificité |
|--|---|--------------------------------|---|
| Palier 1 : Paracétamol et AINS (dose plafond à ne pas dépasser) | | | |
| Paracétamol (doliprane®) | 0.5g à 4g | 4 à 6h | Effet anti-inflammatoire |
| Acide acétylsalicylique (aspirine®) | 1.5g à 4g | 4 à 6h | |
| AINS (voltarène®, profénid®) | se reporter au vidal | variable | |
| Palier 2 : Codéine et dérivé (dose plafond à ne pas dépasser) | | | |
| Dihydrocodéine (Dicodin®) | 60mg à 120 mg | 12h | |
| Dextropropoxyphène :(Souvent associé au paracétamol : Di-antalvic®) | 30 à 180 mg | 6-8h | Risque d'hypoglycémie |
| Tramadol : seul :Topalgic®,Zamudol®... associé avec paracétamol : Ixprim®, Zaldiar® | 50 à 400 mg | 6-8h ou 12h si LP | |
| Codéine : souvent associée au paracétamol : Efferalgan codeiné®, codoloprane®... | 60 à 180mg | 4-6h | - Prévenir la constipation - Risque de somnolence en particulier chez la personne âgée |
| Palier 3 : Morphine et équivalents (pas de dose plafond) | | | |
| Action immédiate : pour la titration et/ou les interdosés A adapter en fonction du traitement de fond | | | |
| Sulfate de morphine : -Actiskénan® (gél : 5-10-20-30mg) -Sévrédol® (cp10-20mg) -Oramorph® (soluté uni dose 10-30- 100mg/5ml ou solution compte-gouttes) -Morphine injectable® | titration et interdose | 4h | |
| Oxycodone : Oxynorm®(5-10-20mg) | | 4h | |
| Fentanyl: Actiq® (200, 400, 600, 800, 1200, 1800 µg) | Accès douloureux Débuter par du 200µg | Action en 5' Durée moins 1h | Titration sous surveillance médicale Max 4 fois/j |
| Action prolongée : pour le traitement de fond | | | |
| Sulfate de morphine : -SkénanLP® : 10,30,60,100, 200 mg -Moscontin® :10,30 :60,100 mg | Douleurs stables après titration. | 12h | Accumulation des métabolites pouvant nécessiter une rotation opioïdes |
| Oxycodone : Oxycontin® : 5,10,20,40,80 mg | | 12h | Elimination rénale |
| Hydromorphone: Sophidone® : 4,8,16,24 mg | En 2ème intention Rotation d'opioïdes | 12h | |
| Fentanyl: Durogesic®patch :12, 25, 50, 75, 100 µg | Douleurs stables Rotation des opioïdes | 72h | -Efficacité au bout de 12h, pendant 12 à 24h après le retrait. -Variation efficacité en fonction de la texture de la peau, de la température |

MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT DE PALIER 3 : MORPHINE ET AUTRES OPIOÏDES

MYTHES ET REALITES SUR LA MORPHINE

- La dépression respiratoire : n'existe pas dans les conditions normales d'utilisation
- L'accoutumance : « De l'ordre du fantasme » (Dr GOMAS)

Posologie de départ :

Morphine orale : 0.5 à 1 mg/kg/24h soit 60 mg chez l'adulte soit Skénan®
30mgx2 ou Actiskénan 10mg/4h

Oxycodone : Oxycontin® 15mgx2 ou Oxynorm®5mg

Chez la personne âgée, cachectique, insuffisante rénale ou hépatique : diminuer les doses : Skénan® 10 à 20mgx2 ou Oxycontin® 5 à 10 mgx2

Interdose ou dose de secours :

C'est une dose supplémentaire de morphine à libération immédiate à donner en cas de douleur qui correspond à 1/10 ou 1/6 de la dose totale des 24h

Le délai entre 2 interdoses : habituellement 4 heures, 1h minimum.

En cas de pic douloureux non prévisible : donner une interdose

En cas de douleur induite prévue (soins, kiné, transport..): donner une interdose environ 1 h avant

Réadaptation des doses :

Augmentation ou diminution des doses par palier de 30 à 50%.

L'augmentation des doses peut également se faire en fonction du nombre d'interdose prise durant 24h par le patient.

Effets indésirables des opiacés forts

| Symptômes | Traitement | Remarques, surveillance |
|--|---|--|
| Constipation Très fréquente et constante | Laxatifs osmotiques systématiques Lavement si pas de selles depuis 3 jours Règles hygiéno-diététiques | Risque de fécalome |
| Somnolence Fréquent Origine centrale et « dette de sommeil » | Tolérable pendant 3 jours Si persistance supérieure à 3j, diminuer la posologie quotidienne de 30 à 50% Chez la personne âgée, débiter à des posologies plus faibles, et augmenter progressivement. | Ne pas introduire en même temps un morphinique et un psychotrope mais plutôt l'un après l'autre. Attention aux chutes |
| Nausées-vomissements Inconstants, disparaissent au bout d'environ 7 jours | Antiémétiques de référence : - Métopropramide (Primpéran®) - Haldopéridol (Haldol®) | Sétons rarement efficaces |
| Etat confusionnel-hallucinations Plus fréquents chez la personne âgée Susceptibilité individuelle | Diminuer les doses de 30 à 50% et adapter les posologies plus lentement (favoriser les interdoses) mais persister dans la prescription Si besoin Haldopéridol (Haldol®) Si persistance : <u>rotation d'opioïdes</u> , le retour à la normale peut mettre quelques jours | Favoriser par la prise conjointe de psychotrope Eliminer la rétention d'urine et le fécalome |
| Rétention d'urine Plus fréquente chez les personnes âgées | Sondage urinaire transitoire Souvent succès des alphabloquants (vasobral®, xatral®, josir®...) | Y penser devant une agitation inexplicée Risque majoré par le fécalome |
| Prurit : Rare | Souvent succès des antihistaminiques | |
| Sueurs : Rare | Souvent succès du paracétamol, des AINS ou des neuroleptiques | |
| Myoclonies, Convulsions Sursauts à l'endormissement, | Possible utilisation du Rivotril® | Rare à l'introduction, plutôt lors d'une augmentation de posologie ou avec le Skenan® lors de traitement au long cours |
| Dépression Respiratoire (FR inf à 8/min) | Exceptionnel si patient hyperalgique et règles de prescriptions respectées | <u>Utiliser la morphine même chez l'insuffisant respiratoire</u> |

Le surdosage

Le surdosage est exceptionnel si les règles de prescription sont bien suivies. Il correspond à l'administration excessive de morphine de manière inadaptée à la douleur. La douleur est « l'antagoniste physiologique » des effets dépresseurs centraux de la morphine.

Certains facteurs le favorisent

- ✓ La mauvaise compréhension des mécanismes de la douleur (douleurs neurogènes, douleurs psychogènes) ;
- ✓ L'insuffisance rénale
- ✓ L'augmentation trop rapide des doses
- ✓ Les interactions avec les psychotropes

**Dans tous les cas, il faudra rechercher l'étiologie de ce surdosage
Il faudra rediscuter la posologie de la morphine.**

Ses manifestations cliniques sont :

- Une modification de la vigilance. Un malade sous morphine qui devient somnolent, c'est jusqu'à la preuve du contraire qu'il est surdosé.
- Quand le surdosage est massif, les manifestations peuvent aller jusqu'au coma et à la bradypnée (FR<8), réalisant une « overdose ».

Son traitement est :

- En cas de signes modérés : la diminution des doses de morphine (30 à 50%)
- En cas de surdosage massif : utilisation du Narcan® (c'est un antagoniste pur de la morphine.) Il annule tous les effets de la morphine, y compris l'effet antalgique

Utilisation du Narcan®

Diluer une ampoule de Narcan dans 10cc de chlorure de sodium
L'injecter lentement sur 10minutes

La demi-vie est brève : 45 à 90 minutes

Dans le cas d'un surdosage, le Narcan s'utilise en IV lente en injections répétées toutes les 30 à 45 minutes si nécessaire jusqu'à la restauration d'une conscience ou d'une fréquence respiratoire satisfaisante et non jusqu'à la disparition complète de l'antalgie.

TRAITEMENTS DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

= DOULEURS CONSÉCUTIVES A UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX

- ✓ Ces douleurs sont réfractaires aux analgésiques habituels.
- ✓ Leur traitement fait appel à des médicaments d'autres classes pharmacologiques dont l'efficacité a été découverte de façon fortuite. Il s'agit donc le plus souvent de prescriptions hors AMM (sauf Laroxyl - Tofranil et Neurontin) qui nécessitent une explication claire au malade.
- ✓ Il faut fixer des objectifs réalistes à ces traitements dont l'efficacité est souvent partielle. Ces traitements doivent être mis en place de façon progressive, avec recherche d'un rapport efficacité/effet secondaire très variable suivant chaque personne.
- ✓ Si en première intention, il est classiquement préférable de commencer par une monothérapie pour traiter la douleur neurogène, des travaux récents montrent qu'une association morphiniques+traitement spécifique est plus efficace particulièrement dans la pathologie néoplasique où les douleurs sont souvent des douleurs mixtes

Traitement du fond douloureux continu : les antidépresseurs

brûlures, paresthésies douloureuses, fourmillements, picotements.

Les antidépresseurs tricycliques :

Anafranil®, Laroxyl®, etc...

- Leur action antalgique spécifique est prouvée.
- Il faut commencer à faibles doses, par exemple pour l'Anafranil®, Laroxyl® 10 à 20 mg/24h, en augmentant de 10 mg tous les 7 jours jusqu'à une dose efficace variable suivant les sujets d'environ 75mg/24h.
- Il faut attendre 7 jours pour juger de l'efficacité de la dose en cours.

Les autres anti-dépresseurs

(inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)

- Prozac®, Déroxat®, Zoloft® sont moins efficaces, mais les effets secondaire sont moindres.

Traitement des douleurs paroxystiques : les anticonvulsivants

« en éclair », des hyperesthésies, décharges électriques.

1. Neurontin® et Lyrica®

Ils ont une efficacité prouvée, et moins d'effets secondaires.

Neurontin®: en 3 prises, obtenu par palier de 300mg tous les 3j, en moyenne 1800mg/j max 3600mg.

AMM pour les douleurs post-zostériennes.

Lyrica® : débiter à 75mgX2 /j. augmenter à 150mg après 3 à 7j max 600mg
AMM : douleurs neuropathiques périphériques et centrales

2. Les autres :

Tégrétol®, Dihydan® AMM pour la névralgie du trijumeau, mais rarement utilisées en soins palliatifs

Rivotril® très utilisé en soins palliatifs même si son efficacité n'a jamais été vraiment prouvée.

Effets secondaire surtout la somnolence

Posologie : 5 gouttes matin et soir (0,1mg par goutte) en augmentant de 5 gouttes tous les 2 jours.

Autres antalgiques

Le Topalgic® et L'Oxycontin®

auraient une efficacité sur les douleurs neurogènes.

- Des travaux sont en cours.

L'efficacité **des opioïdes** et de **la morphine** est discutée

- Pour certains, ils retrouvent une efficacité à forte dose mais avec des effets secondaires importants

Autres moyens thérapeutiques

La neurostimulation transcutanée

Avec électrodes posées soit localement soit à distance sur le trajet nerveux, les points gâchettes.

Souvent technique connue par les kinésithérapeutes

Topiques locaux

Lidocaïne gel : Xylocaïne® à 2%

Association lidocaïne prilocaïne : Emla® en crème ou en patch

Préparation magistrale à base de capsaïcine à 0.025%

Compresses de Versatis.

Molécule pouvant être intéressante sur les séquelles de zona, sur les douleurs spontanées paroxystiques ainsi que sur l'hyperalgésie et l'allodynie.

Les Co-Analgésiques

1° Les Corticoïdes :

Intéressant pour leur propriété anti-inflammatoire et anti-œdémateuse, et pour l'effet orexigène et dynamisant

- Indications en soins palliatifs

Phénomènes inflammatoires et compressifs
Oedèmes et lymphoedèmes
Syndromes sub-occlusifs - occlusion
Hypertension intracrânienne
Syndrome de la veine cave supérieure ou inférieure
Douleurs osseuses par métastases en 2ème intention
Hyperthermie d'origine néoplasique

- Prescriptions

Souvent bien tolérés.
Nombreuses présentations permettant une grande souplesse de prescription :
Dose d'attaque : 120mg de Solumedrol® IV (ou SC plutôt que IM, discontinu) ou équivalent per os, dose en principe élevée de 1 à 4 mg/kg/j voire davantage

- Effets secondaires :

Décompensation fréquente d'un diabète.
Euphorie
Tassements vertébraux ostéoporotiques en cas de traitement prolongé.
Risques infectieux (entre autre aux points d'injection).
Confusion, hypokaliémie, problèmes digestifs : rares.
Risques ophtalmologiques : cataracte, glaucome

2° Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS :

- Antalgiques par leur action anti-inflammatoire.
- Action antalgique propre :
- Indication en soins palliatifs :
 - Les métastases osseuses
 - Les métastases cutanées
 - Les sueurs nocturnes
 - Les douleurs mineures
- Action prouvée du Kétoprofène : PROFENID®

3° autres co-antalgésiques :

- Les biphosphonates (Clastoban®, Lytos®, Zometa®, Aredia®)
En inhibant l'activité ostéoclastique et en réduisant la résorption osseuse, ils ont un effet bénéfique
- Les anti-spasmodiques :
- Les myorelaxants : Valium®, Myolastan® ou les antispastiques : Lioresal®

- Les antidépresseurs pour leur action antalgique propre. Action plus importante des anti-dépresseurs tricycliques mais beaucoup d'effets secondaires. Moindre efficacité des nouveaux anti-dépresseurs mais bien meilleure tolérance.

Les soins de nursing: « Le nursing-douceur qui chasse l'angoisse... » (Dr Sebag-Lanoë)

La kinésithérapie.

Les massages, la relaxation, la musicothérapie, l'art thérapie, toutes les techniques alternatives.