

LA DOULEUR DU CANCER

Marie Claire BEPOIX et Michel DROUART

**Pôle SOINS DE SUPPORT
Equipe Mobile d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs**

CH PONTARLIER

Définitions

- La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en rapport avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes (IASP 1979)
- On distingue des douleurs:
 - par excès de nociception qui répondront aux trois paliers d'antalgiques habituels,
 - de désafférentation ou neurogènes qui répondront aux antidépresseurs ou aux antiepileptiques.

Douleurs par excès de nociception

- Liée à la mise en jeu des nocicepteurs ou à la stimulation des voies de conduction,
- Se décrit en terme de topographie assez précise, lancinante, sourde, sensation de pesanteur, d'étau, etc
- La sensibilité dans le territoire douloureux est normale.

Douleurs neuropathiques

- Elle est liée à une atteinte du système nerveux lui-même (faillite du système inhibiteur si désafférentation => section),
- Décrite en terme de brûlures, décharges électriques, paresthésies, etc... dont la topographie correspond précisément au territoire neurologique de la racine atteinte,
- Il existe des troubles de la sensibilité.

Autres Douleurs, Souffrance

- Douleurs projetées,
- Retentissement psychologique de la maladie: le malade est en "douleur totale " qui doit être entendue, comprise et accompagnée dès le diagnostic (prise en charge palliative au sein des soins de support).

Prévalence de la douleur selon les atteintes

Siège tumoral	% patients algiques	
Sein	56 à 100	Moy 74
Poumon	57 à 88	Moy 73
Prostate	55 à 100	Moy 72
Colon-rectum	47 à 95	Moy 70
Utérus	40 à 100	Moy 75
Pancréas	72 à 100	Moy 81
Méta OS	55 à 96	Moy 83

d'après JJ Bonica 1990

Principales causes (1)

- Liées à la maladie elle-même :
compression et/ou infiltrations des structures environnantes (y compris VX sg et lymphatiques, nerfs), os, douleurs viscérales,
- Envahissement locaux-régionaux ou à distance,
- Causes associées : escarres, mucite,...

Principales causes (2)

- Iatrogènes
 - Post chirurgicales
 - Post chimiothérapie
 - Neuropathie périphériques
 - Atteintes muqueuses
 - Post radiothérapie
 - Ostéo-radionécrose
 - Rectites ou autres atteintes muqueuses de proximité (grêle).

Évaluation : pourquoi?

- Pour essayer de sortir du caractère subjectif de la douleur, pour amener une "mesure" rationnelle communicable,
- Évaluation et ré-évaluation sont inscrites au dossier et participent à la stratégie de traitement .

Évaluation : comment?

- Permettre le plus possible l'expression du patient:
 - auto-évaluation par EVA, échelle numérique,
 - par échelles multidimensionnelles, comportementales, de retentissement sur la qualité de vie,
- Spécificité chez l'enfant et la personne âgée (communicant ou non).

Évaluation du retentissement

- Le cancer est déstructurant ...
- Évaluer le fonctionnement psychologique du patient (habituel ou réactionnel),
- Évaluer le retentissement familial,
- Évaluer le retentissement socio-économique ...

Principes du traitement

- Traitement étiologique,
- Traitement du symptôme – douleur et des autres symptômes,
- "Traitement" du malade : accompagnement

Traitements étiologiques

- Chirurgie : exérèse, réduction tumorale,
- Radiothérapie (externe, curiethérapie, métabolique) : limiter les compressions, diminuer la composante inflammatoire, prévention des fractures pathologiques,
- Chimiothérapie,
- Immunothérapie,
- Hormonothérapie,

Traitements de la douleur

- TT médicamenteux: les trois paliers antalgiques de l'OMS,
- à douleur continue => administration continue d'antalgiques+++
- Techniques interventionnelles:
 - Infiltrations, radiologie interventionnelle,
 - (Neuro-)Chirurgie de la douleur,
 - Médecine physique (cf présentation du kiné).

Échelle OMS

NIVEAU III : antalgiques opioïdes forts
-morphine,
-dérivés synthétiques agonistes : oxycodone,
hydromorphone,
-fentanyl,

NIVEAU II bis : buprénorphine,
nalbuphine, pentazocine,

NIVEAU II : antalgiques opioïdes faibles
codéïne, tramadol, dextropoxyphène

NIVEAU I : antalgiques non morphiniques
paracétamol, ains

Palier I

- **Paracétamol**, dit périphérique, peu d'effets secondaires mais vite dépassé, intérêt en association,
- **AINS** : action antalgique propre, intérêt dans les métastases osseuses+++, effets secondaires (estomac, reins)
- le nefopam

Palier II

- **Codéine**

- seule : tartrate de di-hydrocodéine dosé à 60 mg sous forme retard
- associée au paracétamol
- 10% de la population ne métaboliserait pas la codéine...

- **Dextropoxyphène** associé au paracétamol (30mg -400mg)

- **Tramadol** seul ou associé au paracétamol

Palier II bis

- Nalbuphine
- Pentazocine
- **Buprénorphine (temgésic®)**: glossette sub-linguales de 0.2mg (au max 3 glossettes par prise, 3 prises /jour) ou injectable
 - Effet plafond limite son utilisation
 - Effets IIaires : nausées, vertiges, risque de dépression respiratoire (en particulier si associé avec benzodiazépines),
 - faible réversibilité avec la naloxone

Palier III

- *Morphine orale Immédiate* : Solution de Morphine, Acti-Skenan® , Oramorph® , Sevredol ® ,
- *Morphine orale Retard* : Skenan LP ® , Moscontin ® , Kapanol ®
- *Morphinique transdermique* : Durogesic ® fentanyl transmuqueux : Actiq ®
- *Oxycodone* : Oxycotin LP ® , Oxynorm ®
- *Hydromorphone* : Sophidone LP ®
- *Chlorhydrate de morphine injectable*

UTILISATION DES MORPHINIQUES

- calculer toujours avec la même unité pour éviter les erreurs de transmission : pour nous en **milligrammes**,
- la dose efficace est celle qui procure la meilleure antalgie avec le minimum d'effets secondaires,
- pas de dose maximale à ne pas dépasser si les règles d'utilisation sont respectées, et les effets secondaires contrôlés...

EFFETS SECONDAIRES (1)

■ CONSTIPATION +++

– Ne se passe jamais

↳ association de laxatifs osmotiques (lactulose ou équivalent) et activant le pérsitaltisme (pyridostigmine bromure Mestinon® 2 cps/j, ou néostigmine Prostigmine 1/2 à 1 amp. SC x 2/J)

■ Pas de laxatifs de type "ballast".

■ VOMISSEMENTS

– Se passent après quelques jours

↳ neuroleptiques type Haldol® 0,5mg x 2/j jusqu'à 6 mg/j

EFFETS SECONDAIRES (2)

- **Sédation** : liée à la dette de sommeil que les patients rattrapent à la "cédation" de leur douleur,
- **dépression respiratoire** : normalement aucune incidence dans l'antalgie continue correcte. Attention toutefois avec l'ACTIQ, car marge réduite,
- **état confusionnel** : adaptation lente de la posologie. Haldol® ?

EFFETS SECONDAIRES (3)

- **tolérance** : nécessiterait l'augmentation des doses, mais on ne la constate pas dans les indication hors cancéro (en rhumato)
- **dépendance physique** : pas de problèmes en clinique,
 - observer des paliers de réductions de doses avant d'arrêter,
 - risque de sevrage grave si arrêt brutal, ou si association d'agonistes partiels ou d'antagonistes
- **dépendance psychologique** : risque quasi nul en l'absence d'ATCD (4/11882 cas)

EFFETS SECONDAIRES (4)

- **rétenction urinaire** : penser au globe si agitation et reprise des douleurs +++
- **prurit** : antihistaminiques type Atarax®?
- **sueurs** : actions des AINS ??
- **myoclonies** : peut être un signe d'augmentation trop rapide des doses, voire de surdosage ? => penser au Rivotril®

UTILISATION PER OS (pour des produits de cinétique équivalente chez un sujet de 60 kg)

- **Dose de départ** : morphine immédiate per os à la dose de 1mg/kg/j ➤ 60 mg sous forme de SkenanLP® : 30mg x 2, ou d'Actiskenan® 10 mg x 6 par 24 heures.
- Oxycodone LP ➤ 30mg par 24 H en 2 prises.
- Hydromorphone LP ➤ 4 mg x 2 /24H
- Toutes les formes LP sont interchangeables aux mêmes horaires (prises toutes les 12 heures).
- Entredoses avec de la morphine à libération immédiate ou oxycodone immédiate, en recalculant à chaque fois l'équivalent morphine immédiate per os (= xmg) à diviser par 6 pour avoir le dosage unitaire théorique des entredoses (=x/6 mg).

Changements de voies (1)

- Voie rectale : 1/1
- Morphine en sous cutanée : 1/2 dose morphine per os (soit 30 mg SC au PSE)
- Morphine en intra-veineux : 1/3 dose morphine per os (soit 20 mg au PSE ou Dialaflot®)
- Voie péri-durale : 1/10
- Voie intra-thécale : 1/100
- Voie intra cérébro ventriculaire : 1/1000

Changements de voies (2)

- La première dose de morphine LP orale se donne en même temps que la dernière dose de morphine immédiate per os, ou de la dernière injection SC.
- Cinétique et voie différentes
 - Fentanyl : 1 patch (ici à 25µg/h) ts les trois jours (*rare fois ts les 2 jours*), soit en même temps que la dernière prise de morphine orale LP, soit en continuant 2 à 3 prises de morphine orale immédiate.

DOULEURS NEUROPATHIQUES

➤ Antidépresseurs

↳ Anafranil® Laroxyl® (plus sédatif et bouche sèche)

➤ Antiépileptiques

↳ Rivotril® de 0,5 à 2 mg / j en gouttes (1 gtte = 0,1 mg).
Sédation chez le sujet âgé+++

↳ Neurontin® de 100 mg x 3/j à 400 mg x 3/j et jusqu'à 3600 mg/j

■ TT adjuvant des DOULEURS PAR COMPRESSION

- **Corticoïdes**
 - ↳ Solupred® de 1/2 à 1 mg/kg
 - ↳ Medrol® de 0,4 à 1 mg/kg
 - ↳ Solumedrol® de 20 à 60 mg/j (evt x 2 ou 3)

Nociception PALIER I	Nociception PALIER II	Nociception Palier II bis	Nociception Palier III	Douleur Neuropathique et tt adjuvants
<p><u>AINS</u> Ibuprofène <i>Advil</i> <i>Nurofen</i> <i>Brufen</i></p> <p>Kétoprophène <i>Profenid</i></p>	<p>Tramadol <i>Topalgic</i> <i>Contramal</i> <i>Zamudol</i> <i>Ixprim et Zaldiar</i></p>	<p>Buprénorphine <i>Temgesic</i></p>	<p>Morphine orale Immédiate <i>Solution de Morphine</i> <i>ORAMORPH</i> <i>ACTI-SKENAN</i> <i>SEVREDOL</i></p> <p>Morphine orale retard <i>SKENANLP</i> <i>MOSCONTIN</i> <i>KAPANOL</i></p>	<p><u>Antidépresseurs</u> <i>Amitryptiline Laroxyl</i> Clomipramine Anafranil</p>
<p>Paracétamol <i>Doliprane</i> <i>Dafalgan</i> <i>Efferalgan</i> <i>Paralyoc</i> <i>Perfalgan</i></p>	<p>Codéïne <i>Dafalgan codéiné</i> <i>Efferalgan codéiné</i> <i>Dicodin LP</i></p>	<p>Nalbuphine <i>Nubain</i></p>	<p>Morphinique transdermique DUROGESIC (Fentanyl) transmuqueux ACTIQ</p>	<p><u>Anti-épileptiques</u> •Carbamazépine Tegretol •Clonazépam Rivotril •Gabapentine Neurontin</p>
<p>Néfopam <i>Acupan</i></p>	<p>Dextropoxyphène <i>Propofan</i> <i>Diantalvic</i></p> <p>Extraits d'opium <i>Lamaline</i></p>		<p>Oxycodone <i>OXYCONTIN LP</i> <i>OXYNORM</i></p> <p>Hydromorphone <i>SOPHIDONE LP</i></p>	<p><u>Corticoïdes</u> Prednisolone Solupred Méthylprednisolone <i>Medrol Solumedrol</i></p>

CO-ANALGÉSIIQUES

- les corticoïdes,
- les anti-dépresseurs,
- les benzodiazépines et les myorelaxants,
- les bi-phosphonates

CHIRURGIE de la DOULEUR

- Neurostimulation centrale
- DREZotomie (dorsal root entry zone)
(destruction spécifique des fibres nociceptives de la corne postérieure dans les Pancoast-Tobias)
- doivent toujours être discutées : notion de bénéfice /risque, de qualité de vie,

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- infiltrations radio guidées
- alcoolisations (voire phénolisation)
- sympatholyse
- cimentoplasties

En pratique...PARLER

- Ne pas attendre que le malade se plaigne !
- Apprentissage précoce au patient et à sa famille +++,
- Démystification des morphiniques,
- Prévenir et si doute proposer une évaluation, voire des tt d'épreuve,
- Informations sur les règles de prescription (utilisation des entre-doses),

En pratique ...AGIR

- Évaluation+++ , ré-évaluations,
- Mise en alerte du prescripteur, obtenir une ordonnance, s'assurer de la bonne compréhension des choses par le malade et sa famille,
- (S')assurer (du) le relais de l'information auprès des soignants du domicile : médecin tt, pharmacien, l'IdE

En pratique...**COMPRENDRE**

- les réticences du patient, de son entourage familial (réductions de posologies),
- la plainte peut permettre l'expression d'autres choses qu'une douleur physique: composante psycho-sociale inaccessible au tt antalgique => nécessité d'une équipe multidisciplinaire autour du patient+++

En pratique...SAVOIR ÊTRE

- Rassurant pour le patient et sa famille,
- Garant d'une "assistance à tout instant",
- Prévoyant des évolutions: anticipation,
- À l'écoute de...