

EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR DU PATIENT EN CANCEROLOGIE

Docteur C. CIAIS

(Partie I)

SOMMAIRE

A – NOTIONS ESSENTIELLES SUR LA DOULEUR

- 1 - Définition de la douleur (par l'IASP : International Association for Study of Pain)
- 2 – La douleur chez les patient cancéreux
- 3 – Epidémiologie

B – EVALUATION DE LA DOULEUR EN CANCEROLOGIE

1 – Les outils d'évaluation

- a) – les échelles unidimensionnelles
- b) – les échelles multi-dimensionnelles

2 – La consultation initiale

- a) – interrogatoire
- b) – examen clinique
- c) – examens para-cliniques

3 – Evaluation continue de la douleur

4 – Problèmes particuliers

C – LES TRAITEMENTS ANTALGIQUES MEDICAMENTEUX

1 - Recommandations de l'OMS

2 – Les antalgiques

- a) – Le palier I
- b) – Le palier II
- c) – Le palier III

3 – Les traitements co-antalgiques

- 3-1 Les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- 3-2 Les corticostéroïdes
- 3-3 Les anti-dépresseurs
- 3-4 les anti-épileptiques

**EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR DU
PATIENT EN CANCEROLOGIE
Docteur C. CIAIS**

A – NOTIONS ESSENTIELLES SUR LA DOULEUR

1 – Définition de la douleur (par l'IASP : International Association for Study of Pain).

La douleur peut être définie comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires présentes ou potentielles, ou décrite comme relevant de telles lésions". Bien que les mécanismes des voies de la douleur soient mieux connus, il faut rappeler que la perception individuelle de la douleur et son appréciation sont des phénomènes complexes qui intègrent des processus psychologiques et émotionnels.

2 – La douleur chez le patient cancéreux.

La maladie grave dont le patient est atteint renforce l'amalgame inconscient : douleurs, maladie, peur de la mort.

C'est la raison pour laquelle on doit évaluer l'homme cancéreux et pas seulement sa douleur et ne jamais perdre de vue que dans cette maladie, l'impact de la douleur sur l'activité et la joie de vivre est toujours plus important que pour les douleurs d'autres origines. La douleur s'inscrit dans un cadre large et de nombreux facteurs contribuent à l'amplifier : **notion de douleur totale**, à rapprocher de la notion de souffrance (annexe 1).

3 – Epidémiologie

40 à 45 % des patients cancéreux tous stades confondus présentent une symptomatologie douloureuse. Lors de la phase avancée de la maladie, la fréquence atteint 80 à 85 %.

Dans la plupart des publications on estime que 75 à 80 % des douleurs cancéreuses peuvent être soulagées par des moyens relativement simples (accord d'experts).

B – EVALUATION DE LA DOULEUR EN CANCEROLOGIE.

Tous les soignants doivent participer à la démarche de diagnostic et de traitement de la douleur. Cette démarche ne saurait être l'apanage des équipes spécialisées en algologie, mais constitue la base indispensable de tout traitement antalgique efficace.

L'évaluation initiale de la douleur a une importance capitale. Elle ne se résume pas à l'utilisation d'outils d'évaluation mais ceux ci ont une place indiscutable.

I - Les outils d'évaluation.

Le principe est de considérer que le patient est le principal expert. Il s'agit donc **d'outils d'auto-évaluation**. Ils nécessitent donc la participation du patient. Lorsque ce n'est pas possible (troubles de conscience, démence,...), on pourra utiliser des échelles d'hétéro-évaluation effectuées par les soignants et basées sur l'observation du comportement. Nous développerons dans cet exposé uniquement les échelles d'auto-évaluation. Elles sont validées et reproductibles

a) - les échelles unidimensionnelles

Elles vont mesurer uniquement l'intensité de la douleur.

AVANTAGES	INCONVENIENTS.
Simplicité Rapidité Reproductibilité en pratique (pour l'évaluation systématique et l'évaluation du traitement antalgique). Outils communs à tous les service : doivent figurer notamment sur les feuilles de soins infirmiers comme un signe de pancarte	Globalité de ces échelles n'aidant pas à discriminer les causes, ni les types de douleur.

L'échelle visuelle analogique (EVA). Echelle de référence utilisée en pratique courante et retrouvée le plus souvent dans la littérature.

Elle se présente sous la forme d'une réglette comportant une face patient, une face évaluateur. Sur la face exposée au patient il existe une bande de couleur qui doit être parfaitement uniforme (aucune pente) et d'une seule couleur(pas de dégradé). Elle doit avoir 10 cm de longueur précisément.

Sur la face de l'évaluateur il existe une graduation allant de 0 à 10. Lors de la mesure de l'EVA, il est préférable que le patient prenne lui même la réglette entre ses mains et fasse coulisser le curseur, la principale limite de cette méthode est représentée par l'incompréhension du malade (20 % de la population environ) notamment le sujet âgé.

L'échelle numérique. Le principe est de demander au patient de donner une note à sa douleur entre 0 absence de douleur, et 10 douleur maximale. Elle est parfois plus adaptée au sujet âgé

L'échelle verbale simple. Elle consiste à fournir au patient des qualificatifs appréciant l'intensité de la douleur. Exemple : quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?.

- pas de douleur,
- douleur faible,
- douleur modérée,
- douleur intense.

b - Les échelles multi-dimensionnelles

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Précision Possibilité de différencier les caractères de la douleur (type irradiation, etc..) Le patient localise lui même ses douleurs sur un schéma corporel Appréciation du retentissement psychologique et fonctionnel	Longueur, donc difficultés rencontrées en routine Echelle parfois mal adaptée à des patients asthéniques

Echelle de référence : le Mac Gill Pain Questionnaire, qui a fait l'objet de nombreuses traductions (exemple QDSA : questionnaire douleur St Antoine). Elle comporte de multiples qualificatifs recherchant le type de douleur, les conséquences affectives et émotionnelles : tension, peur etc... Leur retentissement sur le sommeil, l'appétit, etc... En pratique comme nous le verrons, certains questionnaires sont très utiles.

2 – La consultation initiale.

Elle doit être la plus précise et la plus complète possible. Dans un service d'algologie un questionnaire est proposé au patient à la première consultation sur la base des différentes échelles de référence citées précédemment.

a) – interrogatoire

- historique

date de début de la douleur

modification de l'intensité et de la localisation

caractères permanents ou intermittents (crises)

- caractéristiques actuelles :

- localisation : unique ou multiple, topographie, irradiation. Utilisation d'un schéma corporel, servant de référence
- intensité : variation dans le nycthémère ou non. Utilisation de l'EVA ou échelle numérique.

- description de la douleur : quels mots pour la décrire ?. Utilisation de qualificatifs du QDSA (étau, décharges électriques, brûlures...).
- facteurs aggravant et/ou d'amélioration. Conséquence de la douleur sur l'activité quotidienne, sur le sommeil, recherche de symptômes évoquant une anxiété ou dépression liée à la maladie et à la douleur.

- **Traitements** : médicaments reçus et efficacité : doses et heures des prises, effet et durée d'action, tolérance.

Autres traitements non médicamenteux : efficacité, durée d'action.

b) - **examen clinique.**

Examen complet avec bilan du stade évolutif de la maladie cancéreuse. Examen des zones douloureuses, position antalgique etc.

Importance de l'examen neurologique. On recherche particulièrement les perturbations des fonctions motrices et/ou sensitives cherchant à identifier le type de douleur, notamment une douleur neurogène (recherche d'une allodynie, d'une hyperesthésie, etc...)

c) - **examens para-cliniques.**

Ils doivent être adaptés à l'état général du malade et à l'évolutivité de la maladie cancéreuse, dans le respect du confort (prescrire un antalgique supplémentaire pour les examens para-cliniques et les mobilisations douloureuses).

Au terme de cette évaluation, il peut être utile d'orienter le patient vers d'autres intervenants : psychologue, assistante sociale, etc... qui permettront une prise en charge complémentaire.

3 – **Evaluation continue de la douleur.**

Après instauration du traitement antalgique, il est nécessaire d'évaluer régulièrement son efficacité en tenant compte de l'horaire des prises médicamenteuses, en fonction de la pharmacocinétique des produits, en particulier pendant toute la phase d'adaptation posologique. Par la suite, l'évaluation du syndrome douloureux est suivie à intervalles réguliers. Le médecin traitant a un rôle essentiel. La réapparition d'une douleur doit entraîner une réévaluation complète.

4 - **Problèmes particuliers :**

- suivi du traitement à domicile : de nombreux malades cancéreux sont traités à domicile, il faut donc établir des projets précis et réalistes avec l'équipe à domicile.
- difficultés et discordance d'évaluation : il peut y avoir des discordances entre la plainte douloureuse du malade et son comportement : douleur évaluée sur l'EVA 8/10 et malade souriant, se déplaçant sans difficulté ou inversement EVA à 2 chez un malade tendu et peu mobile. Il existe des facteurs psychologiques qui peuvent intervenir pour expliquer les dissociations entre comportement manifesté et douleurs perçues. La présence d'une anxiété par exemple doit amener à évaluer séparément la douleur et l'angoisse. La plainte douloureuse doit toujours être acceptée et reconnue, et la reconnaissance d'une participation psychologique dans cette plainte fait partie de la démarche de diagnostic médical.

C – LES TRAITEMENTS ANTALGIQUES MEDICAMENTEUX

1 – Recommandations de l'OMS.

a - Avant de choisir les substances pour traiter la douleur, il faut évaluer son intensité, son type (douleurs neurogènes ou d'hypernociception).

b - **prescription à horaire fixe** : le traitement antalgique est à prendre à heure fixe, sans attendre le retour de la douleur.

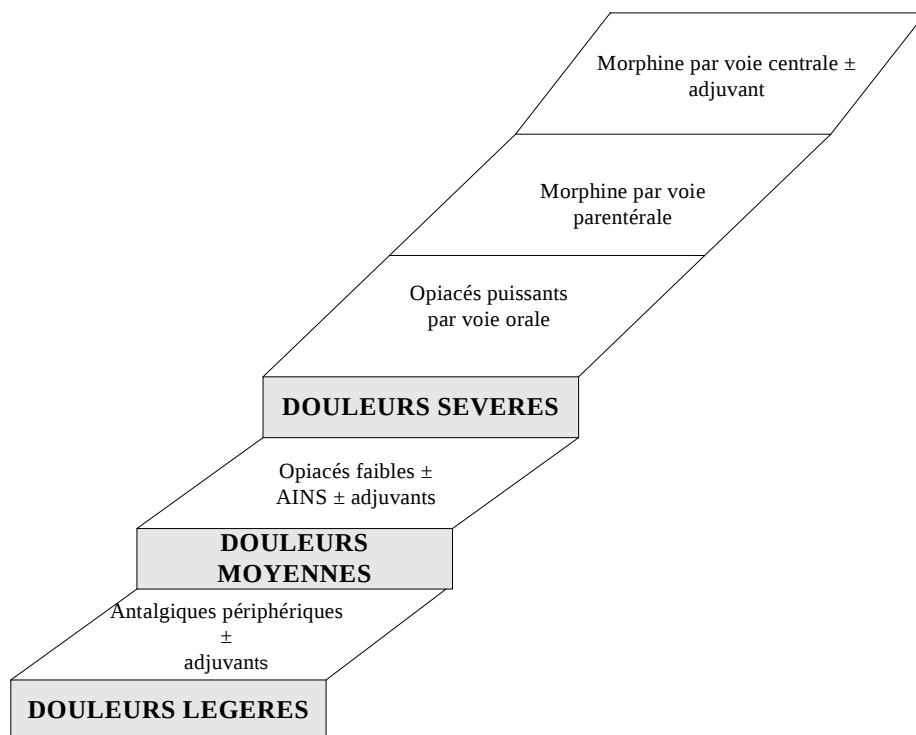
Parallèlement, il faut toujours prescrire un traitement en cas de poussées douloureuses, à prendre précocement dès que la douleur survient.

c - **privilégier la voie d'administration la plus facile** : orale ou transdermique.

d - **prescrire en respectant l'échelle de l'OMS** à 3 niveaux.

Pour le palier 1 et 2 : si les médicaments correctement prescrits à dose maximale ne sont plus ou pas efficaces : ne pas s'y attarder plus de 24 à 48 h, ne pas essayer un autre médicament du même palier, passer au palier suivant.

Pour le palier 3 : dose à adapter individuellement selon des règles précises.



e - **informer le patient** : le prévenir des effets indésirables et les traiter préventivement si besoin. L'informer de la pharmacocinétique du traitement (au bout de combien de temps agit le médicament , pendant combien de temps etc...), l'encourager à participer à son traitement. Le prévenir lorsqu'il est hospitalisé qu'il existe des traitements prescrits, prévus s'il présente des poussées douloureuses.

2 – Les antalgiques.

a) le palier I: médicaments non opioïdes.

Le paracétamol : il est aussi antipyrétique. C'est un antalgique périphérique. La posologie habituelle est de 4 g par 24h, la durée d'action est de 4 à 6 heures. La tolérance est excellente, il est à proposer en première intention. Les nécroses cellulaires hépatiques ne se rencontrent qu'exceptionnellement et avec de fortes doses (≥ 10 g par 24 h). Il faut noter que la forme injectable, le Perfalgan ® n'est actuellement en France que de délivrance hospitalière.

L'aspirine et les anti-inflammatoires faiblement dosés. L'aspirine inhibe l'agrégation plaquettaire de façon irréversible pendant plusieurs jours. Ce qui fait que outre ses autres effets indésirables potentiels, le paracétamol lui est aujourd'hui préféré en cancérologie.

Les anti-inflammatoires faiblement dosés (ibuprofène à 200 mg) n'ont pas un effet réellement anti-inflammatoire mais uniquement antalgique et n'ont pas chez nos patients réellement d'intérêt supplémentaire par rapport au paracétamol. Lorsque dans certaines douleurs, notamment celles des métastases osseuses les anti-inflammatoires seront nécessaires, nous utiliserons des médicaments plus fortement dosés, mais qui sont classés, non pas dans les antalgiques mais dans les co-antalgiques. Nous les reverrons ultérieurement.

Le néfopam (Acupan ®). Il n'a ni propriété opioïde, ni propriété AINS. Le mode d'action n'est pas bien connu, il présente des effets anti-cholinergiques indépendant de l'analgésie. Ce produit qui n'existe que par voie injectable n'a pas de place dans la douleur cancéreuse chronique (accord d'experts).

La noramidopyrine. Elle est abandonnée dans la plupart des pays en raison de la survenue de réactions immuno-allergiques graves et imprévisibles avec dans de rares cas des agranulocytoses mortelles. La noramidopyrine est aussi pour cette raison contre-indiquée avec tous les produits myélo-toxiques. Néanmoins, ce produit puissant et efficace dans les douleurs spasmodiques peut rendre service, par exemple dans les carcinomes péritonéaux incurables ou

le risque occlusif est important. Son utilisation ne doit pas conduire à différer de façon abusive le recours aux opioïdes.

b – le pallier II – Les opioïdes faibles. Leur mécanisme d'action antalgique est central.

La codéine Du fait de sa biotransformation en morphine, elle partage les effets secondaires des opioïdes : la constipation doit être prévenue systématiquement, somnolence, nausées, états vertigineux sont moins fréquents. La codéine s'utilise le plus souvent en association avec le paracétamol. Les experts de l'OMS préconisent l'association paracétamol et codéine aux doses respectives de 1000 mg et 60 mg, toutes les 6 à 8 heures.

Le dextropropoxyphène, sa demi vie est très variable (6 à 12 heures) et sa durée d'action peu prévisible (4 à 7 heures en moyenne). Il s'utilise le plus souvent en association avec le paracétamol, il est utilisé en général à la dose de 800 mg de paracétamol + 60 mg de dextropropoxyphène, toutes les 6 à 8 heures.

Le tramadol : il s'agit d'un médicament plus récent commercialisé en France depuis 1997. Les effets secondaires sont sensiblement identiques à ceux de la codéine avec pourtant moins de constipation.

Il s'utilise à la dose de 200 à 400 mg/24h.

c- Le palier III

Les opioïdes sont habituellement classés en fonction de leur action au niveau des récepteurs : agonistes purs, agonistes-antagonistes. Les agonistes purs n'ont pas d'effet plafond et ne réduisent pas les effets d'autres agonistes purs donnés simultanément. Font partie des agonistes purs : la morphine, méthadone, fentanyl, oxycodone, hydromorphone. Les agonistes-antagonistes (buprénorphine, nalbuphine) ont un effet plafond et diminuent l'effet des agonistes purs donnés simultanément. C'est pourquoi en pratique quotidienne en cancérologie, on a tendance actuellement à n'utiliser que les agonistes purs.

La morphine orale. C'est l'opioïde de niveau III à utiliser en première intention.

Indication : l'intensité de la douleur et l'échec des traitements antalgiques antérieurs, doivent guider le moment de la prescription, quel que soit le stade du cancer. Des douleurs très intenses peuvent justifier d'emblée le recours à la morphine. La plupart des douleurs cancéreuses répondent bien à la morphine à l'exception de certaines douleurs neurogènes, en particulier les douleurs séquellaires et les douleurs psychogènes.

L'utilisation de la morphine orale doit être précoce en cas de douleurs résistantes aux autres traitements. Il ne faut pas perdre de temps à appliquer des thérapeutiques timorées et insuffisantes.

Présentations galéniques de morphine orale : deux formes sont utilisables.

1 – Formes à libération prolongée. Ces formes LP permettent deux prises par 24 h. Les comprimés de Moscontin® doivent être avalés sans être croqués, ni pilés. Les gélules de Skénan® peuvent être ouvertes.

2 – Les formes à libération immédiate. Il s'agit de sulfate de morphine, efficace rapidement (environ 15 à 20 mn) et dont la durée d'action est de 4 à 6 heures. Ces formes serviront à la période de titration puis en traitement de secours en cas de poussées douloureuses (cf annexe 3).

Modalités de prescription de la voie orale : Morphine LP : posologie habituelle de départ :

30 mg toutes les 12 heures (20 mg toutes les 12 heures chez le sujet âgé ou patient insuffisant rénal). En plus de cette prise systématique, prévoir la possibilité pour le patient de morphine à libération immédiate si besoin : Actiskénan® ou Sévredol® , 10 mg si douleur jusqu'à 6 fois par 24 h.

Il est indispensable d'évaluer l'efficacité du traitement dans les 24 heures et d'adapter la posologie, selon l'intensité de la douleur et les effets secondaires. Le malade doit être vu de manière rapprochée tant que la douleur est intense. Classiquement il est conseillé d'augmenter les doses de 30 à 50 % si la douleur n'est pas contrôlée.