

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège des Enseignants
de Médecine de la Douleur (CEMD)**



sous la direction du Pr Serge Perrot

**Collège National des Enseignants pour la Formation
Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP)**



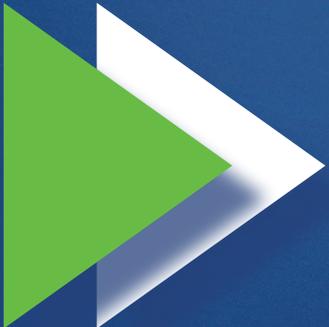
sous la direction des Pr Laurent Calvel
Pr Donatien Mallet et Pr Pascale Vinant

avec la participation de la **Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation (SFAR)**



Douleur Soins palliatifs et accompagnement

5^e édition actualisée



**R
2
C**

- Le nouveau programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de Douleur et de Soins palliatifs
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

LE RÉFÉRENTIEL | MED-LINE
LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège des Enseignants
de Médecine de la Douleur (CEMD)**

sous la direction du Pr Serge Perrot



**Collège National des Enseignants pour la Formation
Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP)**

sous la direction des Pr Laurent Calvel
Pr Donatien Mallet et Pr Pascale Vinant



avec la participation de la **Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation (SFAR)**



Douleur Soins palliatifs et accompagnement

R 2 C

5^e édition actualisée

Éditions MED-LINE
74 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

DOULEUR SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT

ISBN : 978-2-84678-307-1

© 2021 ÉDITIONS MED-LINE

Couverture et mise en page : Meriem Rezgui

Achévé d'imprimer par Pulsioprint en septembre 2021. Imprimé en Europe. Dépôt légal en septembre 2021.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

SOMMAIRE

Introduction	7
Liste des auteurs	9

PARTIE 1 : DOULEUR

1.1. DOULEUR : PHYSIOPATHOLOGIE ET ÉVALUATION

Chapitre 1 :	Définition et bases neurophysiologiques de la douleur	17
	<i>Item 134-1</i>	
Chapitre 2 :	Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et chronique chez l'adulte et la personne âgée/peu communicante	33
	<i>Item 134-2</i>	
Chapitre 3 :	Les douleurs par excès de nociception	49
	<i>Item 134-3</i>	
Chapitre 4 :	Douleurs neuropathiques : situations cliniques particulières, description clinique, étiologies	55
	<i>Item 134-4</i>	
Chapitre 5 :	Douleurs du cancer – Mécanismes et traitement	63
	<i>Item 134-5</i>	
Chapitre 6 :	Douleur de la personne âgée : évaluer et traiter	75
	<i>Item 134-6</i>	
Chapitre 7 :	Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques	83
	<i>Item 137</i>	
Chapitre 8 :	Douleur chez la personne vulnérable : bases psychopathologiques	103
	<i>Item 138-1</i>	
Chapitre 9 :	Douleur chez la personne vulnérable : patient psychiatrique ou dyscommunicant	111
	<i>Item 138-2</i>	

1.2. DOULEUR : TRAITEMENT

Chapitre 10 :	Antalgiques de palier I, AINS et néfopam	123
	<i>Item 135-1 /Item 330</i>	
Chapitre 11 :	Antalgiques de palier II	135
	<i>Item 135-2 /Item 330</i>	

<u>Chapitre 12</u> :	Antalgiques de palier III – Opioides forts	141
	<i>Item 135-3 /Item 330</i>	
<u>Chapitre 13</u> :	Antidépresseurs à action antalgique	157
	<i>Item 135-4 /Item 330</i>	
<u>Chapitre 14</u> :	Les traitements antiépileptiques dans la douleur neuropathique	163
	<i>Item 135-5</i>	
<u>Chapitre 15</u> :	Autres médicaments à action antalgique	169
	<i>Item 135-6</i>	
<u>Chapitre 16</u> :	Les techniques de neurostimulation dans la prise en charge de la douleur	179
	<i>Item 135-7</i>	
<u>Chapitre 17</u> :	Anesthésie générale, loco-régionale et locale	191
	<i>Item 136</i>	
<u>Chapitre 18</u> :	Évaluation d'un traitement antalgique	199
	<i>Item 135-8</i>	

1.3. DOULEUR : SITUATIONS CLINIQUES

<u>Chapitre 19</u> :	Traitements de la douleur neuropathique	209
	<i>Item 135-9</i>	
<u>Chapitre 20</u> :	Céphalée	217
	<i>Item 100-1</i>	
<u>Chapitre 21</u> :	Migraine	223
	<i>Item 99-1</i>	
<u>Chapitre 22</u> :	Algie vasculaire de la face	231
	<i>Item 99-2</i>	
<u>Chapitre 23</u> :	Néuralgie faciale	237
	<i>Item 99-3</i>	
<u>Chapitre 24</u> :	Prise en charge d'une céphalée chronique quotidienne (CCQ)	243
	<i>Item 100-2</i>	
<u>Chapitre 25</u> :	Syndrome douloureux régional complexe (SDRC)	249
	<i>Item 199</i>	
<u>Chapitre 26</u> :	Lombalgies et radiculalgies chroniques	259
	<i>Items 94, 95 /Item 134-7</i>	
<u>Chapitre 27</u> :	La Fibromyalgie	271
	<i>Item 72</i>	

<u>Chapitre 28</u> :	Les principes fondamentaux des soins palliatifs	283
	<i>Item 139-1</i>	
<u>Chapitre 29</u> :	Identifier une situation relevant de soins palliatifs	287
	<i>Item 139-2</i>	
<u>Chapitre 30</u> :	Approches cliniques des grands syndromes en soins palliatifs (hors douleurs)	295
	<i>Item 139-3</i>	
<u>Chapitre 31</u> :	L'organisation des soins palliatifs et le recours aux équipes ressources	313
	<i>Item 139-4</i>	
<u>Chapitre 32</u> :	Communication et accompagnement des personnes gravement malades et leurs proches	323
	<i>Item 140-1</i>	
<u>Chapitre 33</u> :	Savoir aborder les questions éthiques et participer à un processus décisionnel délibératif	337
	<i>Item 140-2</i>	
<u>Chapitre 34</u> :	Proportionnalité des traitements dans des situations spécifiques	345
	<i>Item 140-3</i>	
<u>Chapitre 35</u> :	Repères cliniques, relationnels et légaux lorsqu'un patient formule un refus de traitement	353
	<i>Item 140-4</i>	
<u>Chapitre 36</u> :	Repères cliniques, relationnels et légaux lorsqu'un patient formule exprime un souhait de mourir, une demande d'euthanasie ou de suicide assisté	361
	<i>Item 141-1</i>	
<u>Chapitre 37</u> :	Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie	375
	<i>Item 141-2</i>	
<u>Chapitre 38</u> :	Les derniers moments de la vie : phase terminale, phase agonique	393
	<i>Item 139-5</i>	
<u>Chapitre 39</u> :	Médecine palliative pédiatrique et spécificités en périnatalogie	397
	<i>Item 142</i>	
<u>Chapitre 40</u> :	Soins palliatifs et pathologies oncologiques, hématologiques malignes, maladies neurologiques dégénératives et insuffisances d'organe terminales	409
	<i>Item 139-6</i>	
<u>Chapitre 41</u> :	Aspects spécifiques des soins palliatifs en réanimation	429
	<i>Item 143</i>	

Introduction

Réalisé par le Collège des Enseignants de Médecine de la Douleur (CEMD), le Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP) et avec la participation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) cette nouvelle édition du cours Référentiel en Douleur, Soins palliatifs et Accompagnement adopte le nouveau programme de connaissances de la « Réforme du second cycle des études médicales » (R2C), paru au *Journal Officiel* du 2 septembre 2020, qui a fait l'objet d'une suppression des unités d'enseignement (UE), d'une nouvelle numérotation et d'une hiérarchisation des objectifs de connaissances en rang A (connaissances indispensables pour tout futur médecin) et rang B (à maîtriser par l'ensemble des futurs internes d'un DES donné, au 1^{er} jour de la phase socle).

Il est réalisé par des équipes universitaires impliquées dans l'enseignement de la Douleur et des Soins palliatifs, deux disciplines transversales.

Ce Référentiel témoigne :

- de l'importance de ces spécialités dans le programme de connaissances de la R2C ;
- de l'importance de ces approches dans la prise en charge de tous les patients ;
- et enfin d'une collaboration pédagogique et universitaire de ces deux spécialités, qui se côtoient et collaborent tous les jours sur le terrain clinique.

Les auteurs, dont l'expertise est reconnue, doivent être ici chaleureusement remerciés pour leur implication dans la réalisation de cet ouvrage.

Pour chacun des items du programme de connaissances abordés, les objectifs hiérarchisés en rang A et rang B sont listés dans un tableau au début de chaque chapitre. L'ouvrage prend en compte les situations de départ, en lien avec la validation des acquis de compétences en 2^{ème} cycle et la hiérarchisation des items de connaissances. Elles peuvent être appelées dans le texte et sont toujours synthétisées et listées à la fin de chaque chapitre dans un tableau récapitulatif.

Nous espérons que cet ouvrage répondra à vos attentes et vous guidera au mieux dans votre préparation.

Pr Serge Perrot pour le CEMD
Pr Laurent Calvel, Pr Donatien Mallet,
Pr Pascale Vinant pour le CNEFUSP
Coordonnateurs respectifs de l'ouvrage

Les auteurs

Collège des Enseignants de Médecine de la Douleur (CEMD)

Pr Nadine ATTAL,

PU-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne, Université Paris-Saclay

Dr Anne BERA LOUVILLE,

PH, Rhumatologue, Service de Rhumatologie, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Pôle de neurosciences, CHRU Lille

Pr Philippe BERTIN,

PU-PH, Service de Rhumatologie et Centre de la Douleur, CHU Dupuytren, Université de Limoges

Dr Marie BESSON,

Médecin adjoint agrégée, Service de Pharmacologie et toxicologie cliniques, Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

Pr Jules DESMEULES,

Professeur, Service de Pharmacologie et toxicologie clinique, Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la Douleur, Faculté de Médecine, Université de Genève, Suisse

Dr Anne DONNET,

PH, Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Pôle Neurosciences Cliniques, Hôpital Timone, CHU Marseille

Dr Sophie DUGUÉ,

PH, Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant, Hôpital Trousseau, Paris

Christel ELIES,

Psychologue EHPAD, Amiens

Pr Dominique FLETCHER,

PU-PH, Département d'Anesthésie, CHU Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, Université Paris-Saclay, CEMD et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)

Jérémy FONSECA DAS NEVES,

Psychologue, CHU Amiens Picardie

Dr Élisabeth FOURNIER CHARRIÈRE,

PH, Centre de la douleur et de la migraine de l'enfant, Hôpital Trousseau, Paris

Dr Julien GUÉRIN,

PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Dr Nabil HALLOUCHE,

PH, CH Maison Blanche, Paris

Dr Hakim HARKOUK,

PH, Département d'anesthésie, CHU Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt

Dr Emmanuelle KUHN,

PH, Médecin de la Douleur, Service Douleur Soins de Support, CHU Nantes

Dr Michel LANTÉRI-MINET,

PH, Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Pôle Neurosciences Cliniques du CHU de Nice, Hôpital Cimiez, Nice

Pr Françoise LAROCHE,

PA-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Saint-Antoine, Sorbonne Université, Paris

Pr Jean-Pascal LEFAUCHEUR,

PU-PH, Neurophysiologiste, CHU Henri Mondor, Créteil

Dr Aurélie LEPEINTRE,

PH, Médecin de la Douleur, Service Douleur Soins de Support, CHU Nantes

Dr Amélie LEVESQUE,

PH, Médecin de la Douleur, Service Douleur Soins de Support, CHU Nantes

Pr Valeria MARTINEZ,

PU-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne, Université Paris-Saclay

Dr Sinja MEYER,

PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Dr Gérard MICK,

PH, Neurologue et Médecin Coordonnateur du Centre de la Douleur, Centre Hospitalier, Voiron

Pr Xavier MOISSET,

PU-PH, Service de Neurologie, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, Université de Clermont-Auvergne

Pr André MULLER,

Pr émérite -PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHRU, Strasbourg

Pr Julien NIZARD,

PA-PH, HDR, Médecin de la Douleur et Rhumatologue, Centre Fédératif Douleur Soins de Support, CHU Nantes, Université de Nantes

Pr Jean-Paul NGUYEN,

PU-PH, Neurochirurgien, CHU Nantes, Université de Nantes

Pr Serge PERROT,

PU-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital Cochin, Université de Paris, Paris

Pr Gisèle PICKERING,

PU-PH, Service de Pharmacologie clinique/ Inserm CIC 501, Centre Hospitalier Universitaire, Clermont-Ferrand

Dr Françoise RADAT,

PH, Psychiatre et Médecin de la Douleur, Bordeaux

Dr Sylvie RAOUL,

PH, Médecin de la Douleur, Service Douleur Soins de Support, CHU Nantes

Dr Sylvie ROSTAING,

PH, Consultation Douleur de l'institut Sainte Catherine, Avignon

Pr Éric SALVAT,

PA-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHRU, Strasbourg, Université de Strasbourg

Dr Djea SARAVANE,

Interniste et Médecin de la Douleur, ex-Chef de Service CETD en Santé Mentale et Autisme, EPS Barthélémy Durand, Étampes

Pr Éric SERRA,

PA-PH, Psychiatre et Médecin de la Douleur, CETD et DISSPO, CHU Amiens Picardie, Amiens, Université Picardie Jules Verne

Dr Daniel TIMBOLSCHI,

PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHRU, Strasbourg

Pr Pascale VERGNE-SALLE,

PU-PH, Service de Rhumatologie et Centre de la Douleur, CHU Dupuytren, Limoges, Université de Limoges

Pr Éric VIEL,

PA-PH, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur Chronique Rebelle, Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau, Université de Montpellier-Nîmes, Nîmes



Les auteurs

Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP)

Jérôme ALRIC,

Psychologue clinicien (PhD), Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Montpellier

Pr Régis AUBRY,

PA-PH, Département Douleur Soins Palliatifs, CHU et Université de Besançon

Pr Véronique AVÉROUS,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Bordeaux

Dr Cécile BARBARET,

PHU, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Grenoble

Pr Laurent CALVEL,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Strasbourg

Dr François CHAUMIER,

PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Tours

Dr Guillaume ECONOMOS,

CCU-AH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Lyon

Dr Adrien EVIN,

CCU-AH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Nantes

Dr Matthieu FRASCA,

PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Bordeaux

Dr Martine GABOLDE,

PH, Équipes régionales ressources en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) Ile de France, Université de Paris

Pr Virginie GUASTELLA,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Clermont-Ferrand

Pr Cyril GUILLAUME,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Caen

Dr Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER,

PH, Service de Soins Palliatifs, CHU Strasbourg et Université de Lorraine

Pr Donatien MALLET,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Tours

Dr Amandine MATHÉ,

CCA, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Bordeaux

Pr Stéphane MOREAU,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Limoges

Pr Vincent MOREL,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Rennes

Pr Eric NOLL,

PU-PH, Service d'Anesthésie-Réanimation & Médecine Péri-Opératoire, Hôpital de Haute-pierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

Pr Elise PERCEAU-CHAMBARD,

PA-PH, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Lyon

Dr Thomas PERRIN,

CCU-AH, Service d'Anesthésie-Réanimation & Médecine Péri-Opératoire, Hôpital de Haute-pierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

Pr Julien POTTECHER,

PU-PH et Chef du Service d'Anesthésie-Réanimation & Médecine Péri-Opératoire, Hôpital de Haute-pierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Université de Strasbourg

Dr Chloé PRODHOMME,

CCA, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Lille

Dr Guillaume ROBERT,

PHU, Équipes régionales ressources en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) Bretagne, Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Rennes

Dr Matthias SCHELL,

PH, Équipes régionales ressources en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) Rhône-Alpes, Université de Lyon

Dr Laure SERRESSE,

PH, Unité Mobile de Soins Palliatifs, Hôpitaux Universitaires de Paris centre, Université de Paris

Axelle VAN LANDER,

MCU, Psychologue clinicienne (PhD), Service de Soins Palliatifs, CHU et Université de Clermont-Ferrand

Pr Pascale VINANT,

PA-PH, Unité Mobile de Soins Palliatifs, Hôpitaux Universitaires de Paris centre, Université de Paris

Douleurs du cancer :

Mécanismes et traitement

Dr Julien Guerin, Dr Sinja Meyer

PH, Centre d'Évaluation et de traitement de la Douleur,
Hôpital Saint-Antoine, Paris

PLAN

1. Épidémiologie
2. Mécanismes des douleurs chez les cancéreux
3. Classification des douleurs cancéreuses
4. Objectifs et principes thérapeutiques des douleurs du cancer
5. Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique
6. Gérer les effets secondaires des opioïdes
7. Utiliser les autres analgésiques co-analgésiques

OBJECTIFS : N°134-5. BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES, MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES D'UNE DOULEUR AIGÜE ET D'UNE DOULEUR CHRONIQUE.

- Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique (douleurs nociceptives, neuropathiques et dysfonctionnelles), chez l'adulte et la personne âgée / peu communicante.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Diagnostic positif	Les douleurs du cancer	Connaître les différents types de douleur du cancer et particularités de prise en charge

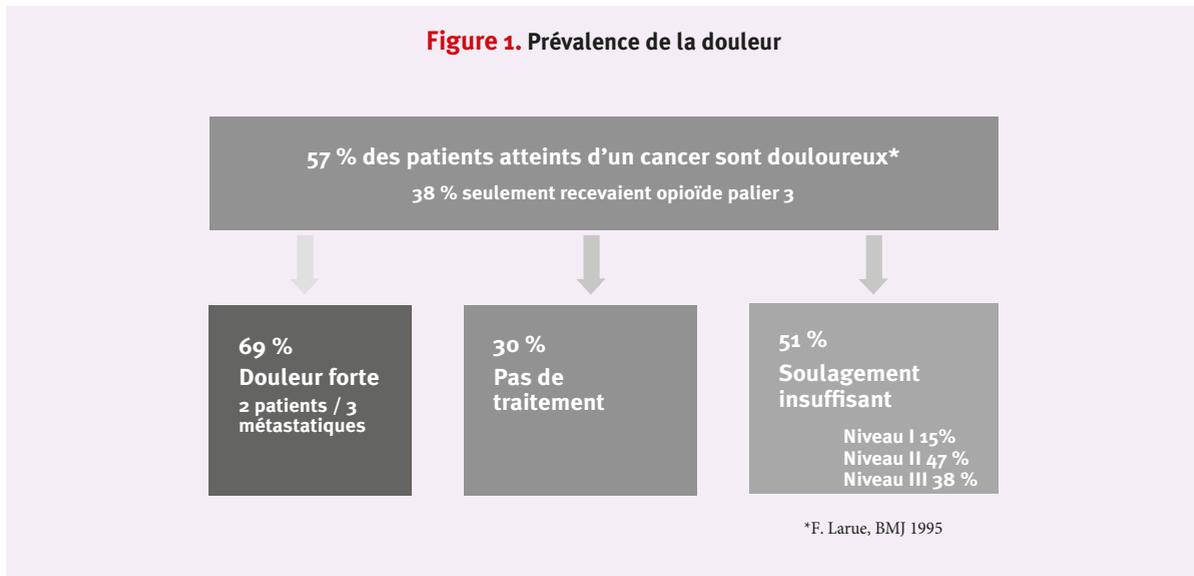


Les situations de départ sont listées à la fin du chapitre.

A 1. Épidémiologie

- 800 000 personnes vivent avec un cancer en France.
- 382 000 nouveaux cas de cancer par an (Inca 2018).
- 63 % d'augmentation en vingt ans, liée en partie :
 - au vieillissement de la population,
 - à l'augmentation du risque de cancer : 35 %,
 - localisations expliquant l'essentiel de cette augmentation : prostate, sein,
 - localisations présentant de fortes augmentations : LMNH*, mélanomes, thyroïde pour les 2 sexes et poumon chez la femme.
- 157 400 décès par an (Inca 2018) : plus de 20 % d'augmentation en vingt ans.
- Selon une enquête de l'Inca pour le deuxième plan cancer en 2010, tous cancers et tous stades confondus, 53 % des patients disent souffrir et 28 % jugent la douleur sévère. Parmi ceux qui ont un cancer avancé, 62 % semblent sous-traités. La douleur persiste même chez 14 % des patients en rémission.

Figure 1. Prévalence de la douleur



A 2. Mécanismes des douleurs chez les cancéreux

- Comme pour toutes les douleurs, les douleurs cancéreuses relèvent de plusieurs mécanismes : nociceptifs, neuropathiques, mixtes, nociplastiques.

A 3. Classification des douleurs cancéreuses

FAIRE L'INVENTAIRE ET RECHERCHER LES ÉTIOLOGIES DES SYNDROMES DOULOUREUX AIGUS ET CHRONIQUES

- **Douleur liée au cancer : aiguë ou chronique**
 - en rapport avec la tumeur
 - en rapport avec le traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie)
- **Les types de douleurs selon la durée et l'évolution**
 - douleurs de fond
 - douleurs paroxystiques, accès douloureux paroxystiques (ADP) ou « *breakthrough pain* »

3.1. La douleur liée à la tumeur

- **Le mécanisme** : La douleur est secondaire, dans la grande majorité des cas, à un mécanisme nociceptif. Un traitement étiologique va, en général, l'améliorer. Cependant, cette fonction d'alarme est imparfaite ; en effet les lésions cancéreuses n'induisent une douleur que lorsqu'elles ont évolué localement.
- Les douleurs sont souvent le symptôme motivant la consultation initiale et qui va amener au diagnostic de cancer. Cependant dans un nombre non négligeable de cas, elles peuvent survenir à un stade avancé de la maladie. En revanche, elles peuvent être aiguës en cas de complications occlusives digestives, ou de métastases.

3.1.1. Tumeurs osseuses

- Primaires (plus rares) ou secondaires (les plus fréquentes).
- Constantes, fond douloureux permanent, horaire inflammatoire.
- Siège : souvent localisé.

3.1.2. Compressions ou infiltrations des structures nerveuses

- Atteinte du plexus brachial (syndrome Pancoast-Tobias).
- Atteinte du plexus lombaire ou sacré (cancer urologique, gynécologique ou tumeur colique).
- Atteinte tronculaire.
- Atteinte du système nerveux central :
 - tumeurs primitives du SNC ;
 - métastases cérébrales, méningites carcinomateuses ;
 - métastases vertébrales : compression médullaire si diffusion dans le canal rachidien ;
 - tumeurs extra-rachidiennes avec progression intra-foraminale.

3.1.3. Douleurs abdominales

- Cause intra-abdominale : douleur de topographie imprécise (référée sur la paroi abdominale).
- Lésion intra-abdominale : douleur référée dans une autre région :
 - atteinte du péritoine pariétal ;
 - atteinte d'un viscère creux (estomac, intestin, voies biliaires, uretère, utérus, vessie) ;
 - atteinte des organes pleins (capsule hépatique).

3.1.4. Infiltration et occlusion des vaisseaux sanguins

- Lymphangites péri-vasculaires, envahissement d'un vaisseau.
- Œdème membre supérieur : cancer du sein, syndrome « cave supérieur » : carcinomes bronchiques, lymphomes malins, thymomes.
- Œdème d'un membre inférieur : tumeurs ou envahissement pelviens ou abdominaux.

3.1.5. Inflammation et ulcérations des muqueuses

- Cancers ORL, digestif, génito-urinaire.

3.2. Les douleurs en rapport avec le traitement

3.2.1. Les douleurs post-chimiothérapie

- Les neuropathies périphériques sensibles.
- Les mucites.
- La nécrose aseptique articulaire (hanche) post-corticoïdes.

3.2.2. Douleurs post-radiothérapie : fibrose, ischémie tissulaire, nécrose ou inflammation

- L'ostéo-radionécrose.
- Les myélopathies post-radiques : formes transitoires ou évolutives.
- Atteintes cutanées.

3.2.3. Douleurs post-chirurgicales

- Les douleurs post-thoracotomie.
- Les douleurs post-mastectomie.
- Les douleurs post-laparotomie.
- Les douleurs d'amputation.
- Toutes les douleurs neuropathiques post-chirurgicales et douleurs du membre fantôme.

3.3. Les différents types évolutifs de douleur du cancer

3.3.1. La douleur de fond

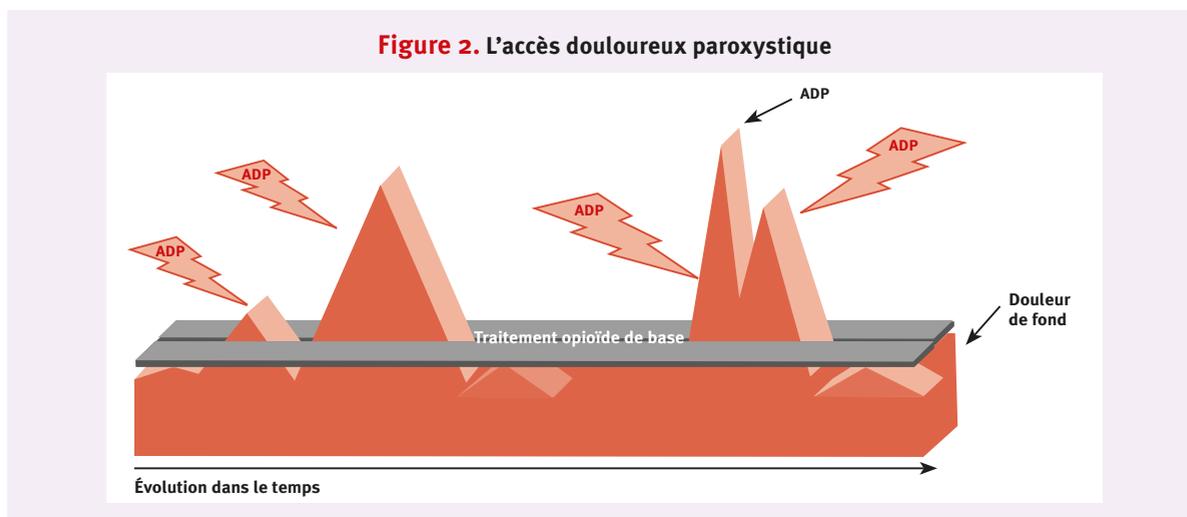
- La douleur de fond : douleur dite continue, souvent permanente, qui peut être nociceptive ou neuropathique. Son caractère quasi permanent impose un traitement de fond.

3.3.2. Les accès douloureux « classiques »

- Ils sont définis par une augmentation de l'intensité de la douleur modérée à sévère sur des périodes relativement courtes de quelques dizaines de minutes à quelques heures. Ils nécessitent habituellement le recours à des interdoses d'antalgiques à libération immédiate ou « normale » ou bien à des interdoses par voie parentérale (bolus sous-cutanés ou intraveineux).

3.3.3. L'accès douloureux paroxystique (ADP)

- Les ADP (*Breakthrough pain*) sont une exacerbation brutale et de courte durée de la douleur (moins d'une heure), d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace, ou parfois même en l'absence de douleur de fond. Ils imposent l'utilisation d'un traitement à délai d'action très rapide, adapté au type et à la fréquence de l'ADP.



- Les ADP peuvent être :
 - spontanés et imprévisibles, survenant sans facteurs déclenchant identifiés ;
 - avec des facteurs identifiés mais imprévisibles comme la toux, l'éternuement, les spasmes digestifs, vésicaux, les douleurs solaires, les céphalées... ;
 - prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient (mouvement, alimentation, défécation, miction, déglutition...);
 - provoqués par des soins (mobilisation, toilette...) ou des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique.

Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée, il ne s'agit pas d'ADP. Les accès douloureux de fin de dose ne sont pas des ADP et inciteront à réévaluer le traitement de fond : augmentation de dose notamment. (Accord professionnel)

A 4. Objectifs et principes thérapeutiques des douleurs du cancer

Ces principes ont été énoncés dans le fascicule spécial N° 86-32 bis du bulletin officiel (Soulager la souffrance, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville) :

- Avant d'envisager toute forme de traitement un bilan sérieux doit donc être effectué, et dans la mesure du possible, des traitements étiologiques doivent être proposés.
- Il faut chercher à prévenir la douleur plutôt qu'à calmer les symptômes une fois qu'ils se manifestent. Pour y arriver, il faut administrer, régulièrement des doses optimales d'un antalgique approprié, sans attendre que le malade ne le demande.
- Cette attitude, qui atténue la crainte du malade devant la survenue d'une nouvelle crise, permet souvent de diminuer à terme la dose d'antalgique nécessaire.
- Il faut traiter le malade en préservant une lucidité suffisante pour qu'il puisse communiquer avec ses proches, et qu'il reste aussi autonome que possible.
- Il faut traiter également les autres symptômes (nausées, vomissements, incontinence, constipation, diarrhée, faiblesse, insomnie, dyspnée...) et en particulier les facteurs psychologiques susceptibles d'aggraver la douleur : anxiété, dépression, fatigue.
- Il ne faut jamais utiliser de procédés qui risqueraient d'altérer la confiance du malade en son médecin.

UN TRAITEMENT EFFICACE DE LA DOULEUR CANCÉREUSE SE DÉFINIT PAR :

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible.
- Un respect du sommeil.
- Moins de 4 accès douloureux par jour avec une efficacité des traitements supérieure à 50 %.
- Des activités habituelles, qui bien que limitées par l'évolution du cancer, restent possibles ou peu limitées par la douleur.
- Les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.

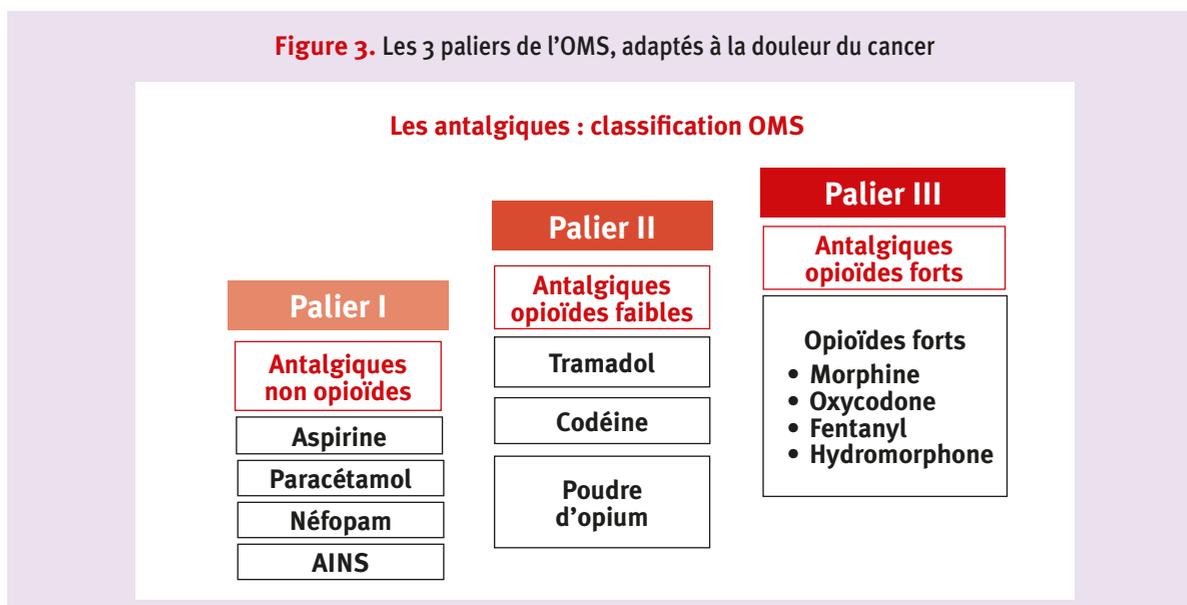
A 5. Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique

- Dans la plupart des cas, le traitement étiologique (chirurgie d'exérèse, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) va entraîner une diminution de la douleur. Les différentes thérapeutiques symptomatiques « anti-douleur » seront entreprises de façon concomitante au traitement curatif. La sémiologie clinique ainsi que l'analyse des mécanismes physiopathologiques (excès de nociception, désafférentation) vont orienter les indications des traitements de la douleur.
- On distingue (**Tableau 1**) :
 - les douleurs par excès de nociception pour lesquelles les analgésiques périphériques et centraux seront utilisés selon les recommandations de l'O.M.S. (3 paliers) (**Figure 3**) ;
 - les douleurs neuropathiques qui répondent mieux aux médicaments antidépresseurs, aux anti-épileptiques, à la stimulation électrique externe transcutanée...

Tableau 1. TRAITEMENT DE LA DOULEUR SELON LA CAUSE (exemples)		
Cause de la douleur	Traitement	Autres thérapeutiques
* Excès de nociception	Paliers I, II ou III	Blocs nerveux
* Neuropathique	Tricycliques IRSNa Gabapentine	Blocs nerveux Stimulation transcutanée
Douleurs osseuses (tumeur ou métastases)	Paliers I, II ou III Radiothérapie Blocs nerveux Bisphosphonates AINS Chirurgie, cimentoplastie / vertébroplastie	Immobilisation
Infiltration des tissus mous	Paliers I, II ou III AINS Corticoïdes	Blocs nerveux
Lymphœdème	Massage doux Surélévation Bas de contention	Corticoïdes Analgésiques

- L'intensité de la douleur va guider le niveau de la prescription, indépendamment du début précoce ou tardif, de la localisation de la douleur circonscrite ou étendue, du degré d'évolution.

Figure 3. Les 3 paliers de l'OMS, adaptés à la douleur du cancer



5.1. Connaître les antalgiques de palier 1 : douleur de faible intensité (EVA < 4)

- Le paracétamol maximum 4 g par jour chez l'adulte, 3 g par jour chez le sujet gériatrique et 60 mg/kg/jour chez l'enfant à répartir en 4 prises ; l'aspirine de 500 à 1 000 mg par prise, dose journalière maximale recommandée de 3 g ; le néfopam par voie injectable si besoin, maximum 6 ampoules de 20 mg par jour.
- Les AINS ont un intérêt majeur sur les douleurs osseuses (de métastases également) et doivent être utilisés per os. Il faut prendre en compte les contre-indications relatives à cette classe : ulcère digestif, insuffisance rénale, infection bactérienne non traitée...

5.2. Connaître les antalgiques de palier 2 : douleur d'intensité modérée (EVA de 4 à 7)

5.2.1. La codéine

- Agoniste opioïde naturel de faible puissance. La codéine se transforme en morphine dans une faible proportion après biotransformation par le cytochrome CYP 2D6. Toutefois 5 à 10 % de la population caucasienne ne possède pas de CYP 2D6 fonctionnel (codéine inactive après son administration).
- La codéine est disponible soit en association avec le paracétamol (Dafalgan codéiné, Codoliprane,...) ou seule sous forme de sirop en pédiatrie (Codenfam) ou sous forme LP de dihydrocodéine (Dicodin, posologie de 60 mg deux fois par jour).
- En association, la dose de paracétamol varie de 300 à 600 mg par unité. La dose de codéine varie elle aussi de 20 à 50 mg par unité.

5.2.2. Le tramadol

- Le tramadol est un opioïde synthétique d'action centrale mixte. Le tramadol et son principal métabolite se lie aux récepteurs opioïdes de type μ (agoniste partiel) et inhibe la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine : il possède ainsi une action intéressante dans le cadre des douleurs neuropathiques.
- Le tramadol existe seul sous forme à libération prolongée (LP 12 h ou 24 h) ou sous forme à libération immédiate (1 prise toutes les 4 à 6 h). Il existe également sous forme associée au paracétamol (37,5 mg de tramadol + 325 mg de paracétamol) à prendre toutes les 4 à 6 h.
- La dose maximale de tramadol per os est de 400 mg/j. et 600 mg/j. en IV (usage hospitalier).

5.2.3. La poudre d'opium

- Agoniste opioïde naturel de faible puissance.
- La poudre d'opium est disponible en association avec du paracétamol, sous le nom de Lamaline : gélules à 300 mg de paracétamol, 10 mg de poudre d'opium et 30 mg de caféine et d'autre part suppositoires à 500 mg paracétamol et 15 mg de poudre d'opium et 50 mg de caféine. L'Izalgi contient 500 mg de paracétamol et 25 mg d'opium et ne contient pas de caféine.

5.3. Connaître les antalgiques de palier 3 : douleur sévère (EVA de 7 à 10)

5.3.1. Opioïdes disponibles (voir Tableau 2)

Tableau 2. OPIOÏDES DISPONIBLES			
Produit actif (DCI)	Spécialité	Présentation	Fréquence des prises
Chlorhydrate de morphine	Morphines Aguettant, Cooper, Meram, Lavoisier	Ampoules 10, 20, 50, 100, 200, 400, 1 000 mg	Jusqu'à 6 prises par jour
Sulfate de morphine à libération immédiate	Sévrédol® Actiskénan®	Comprimés 10 et 20 mg Gélules 5, 10, 20 et 30 mg	Jusqu'à 6 prises par jour
Sulfate de morphine à libération prolongée	Skénan® LP Moscontin® LP	Gélules 10, 30, 60, 100 et 200 mg Comprimés 10, 30, 60, 100 et 200 mg	Toutes les 12 heures Toutes les 12 heures
Chlorhydrate d'hydromorphone	Sophidone® LP	Gélules 4, 8, 16 et 24 mg	Toutes les 12 heures
Chlorhydrate d'oxycodone à libération prolongée	Oxycontin® LP Oxsynia (associée à la naloxone)	Comprimés 5, 10, 20, 40 et 80 mg Comprimé à libération prolongée 2,5/1,25 mg, 5/2,5 mg, 10/5 mg, 15/7,5 mg, 20/10 mg, 30/15 mg, 40/20 mg	Toutes les 12 heures Toutes les 12 heures
Chlorhydrate d'oxycodone à libération immédiate	Oxynorm® Oxynormoro®	Comprimés 5, 10, 20 mg	Jusqu'à 6 prises par jour
Fentanyl transcutané (libération prolongée)	Durogésic® LP	Patches 12, 25, 50, 75, 100 µg/h	Toutes les 72 heures

5.3.2. Indications des opioïdes dans les douleurs cancéreuses

5.3.2.1. Douleur de fond : les formes à Libération Prolongée (LP)

- Douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres antalgiques de niveau plus faible : Sulfate de morphine, Chlorhydrate d'oxycodone en première intention.
- Douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine : Chlorhydrate d'Hydromorphone, Méthadone (AMM récente en douleur).
- Douleurs chroniques d'origine cancéreuse, stables, intenses ou rebelles aux autres antalgiques (adulte) : Fentanyl transdermique en patch.

5.3.2.2. Accès Dououreux « classiques » : les formes à Libération Immédiate (LI)

- Sulfate de morphine LI.
- Oxycodone LI.

5.3.2.3 Accès Dououreux Paroxystiques : les formes transmuqueuses de fentanyl

- Fentanyl spray nasal ou oral transmuqueux.

5.3.2.4. Titration ou recherche de dose efficace sur la douleur de fond

- La titration (recherche de dose efficace sur la douleur de fond) peut être réalisée per os, en sous-cutané ou en intraveineux (y compris par pompe d'analgésie autocontrôlée).

5.3.2.5. Rotation ou relais entre forme orale et transdermique

- **Passage d'une forme orale** (morphine LP ou oxycodone LP) au fentanyl transdermique : la dernière dose LP per os devra être prise lorsque le premier patch est appliqué.

- Passage du fentanyl transdermique à la forme orale (morphine LP ou oxycodone LP) : première administration orale à libération prolongée 12 heures après le retrait du patch fentanyl transdermique.

A 6. Gérer les effets secondaires des opioïdes

6.1. Principes

- À l'exception de la constipation, qui doit être systématiquement prévenue, les autres sont moins fréquents et tendent à disparaître dans les premiers jours du traitement.

6.2. Traitement de la constipation

- Règles hygiéno-diététiques.
- Laxatifs.
- En cas de constipation liée aux opioïdes dans un contexte de stade avancé et de soins palliatifs : bromure de méthylnaltrexone en injections sous-cutanée toutes les 48 heures (contre-indication : syndrome occlusif mécanique).

6.3. Traitement des vomissements

- Antiémétiques (Métoclopramide) par voie orale ou injectable, ou neuroleptiques en deuxième ligne (Halopéridol, Chlorpromazine).

6.4. Prise en charge de la somnolence

- Elle survient essentiellement lors de la phase d'instauration du traitement et disparaît en quelques jours, plus particulièrement en cas de dette de sommeil.

6.5. Surdosage vrai

- Il est défini par une bradypnée avec une fréquence respiratoire inférieure à 10 mouvements par minute accompagné d'une somnolence ou d'un coma. Le traitement consiste en une titration de Naloxone par bolus intraveineux jusqu'à réversion de la bradypnée et plus ou moins de la somnolence. Un traitement d'entretien est nécessaire en fonction de la durée de l'opioïde utilisé.

A 7. Utiliser les autres analgésiques et co-analgésiques

7.1. Autres thérapeutiques

- À côté des prescriptions antalgiques classiques, on pourra proposer selon les cas :
 - la neurostimulation transcutanée électrique externe (TENS) si neuropathie localisée voire neurostimulation médullaire dans les douleurs incontrôlables par des traitements médicamenteux ;
 - l'administration de traitements antalgiques par voie intra-médullaire : pompes implantables intra-médullaires pour injection d'opioïdes dans les douleurs très intenses ou mauvaise tolérance du traitement per os ;
 - les techniques complémentaires non contre-indiquées (acupuncture, la cryothérapie, les techniques manuelles...)

- l'utilisation de myorelaxants ;
- les blocs péri-nerveux ;
- l'approche psychologique, les techniques comportementales, la relaxation, le biofeed-back et l'hypnose ;
- traiter la composante neuropathique de la douleur (tricycliques, gabapentine, IRSNa, ou capsaïcine topique et lidocaïne topique).

Conclusion

- Les douleurs du cancer relèvent de causes très variées qui nécessitent chacune des traitements spécifiques.
- Les douleurs du cancer restent encore sous-évaluées et sous traitées, même si les freins à l'utilisation des opioïdes ont été levés et si d'autres approches ont été développées.
- Les méthodes thérapeutiques permettent actuellement une meilleure qualité de vie et un retour du malade à son domicile grâce à une collaboration étroite entre le médecin référent, les correspondants de ville et l'hospitalisation à domicile.

► BIBLIOGRAPHIE

- **La référence à retenir**
 - Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. Mise à jour 2003 et 2013.
 - <http://www.sfetd-douleur.org/douleur/cancer/article.phtml?id=rc%2forg%2fsfetd%2fhtm%2fArticle%2f2011%2f20110122-180509-395>
- **Pour aller plus loin**
 - AN Davies, The managements of cancer related breakthrough pain : recommendations of a task group of the science committee of the association for palliative medicine of Great Britain and Ireland, Eur. J. Pain 2009 ; 13 : 331-338.
 - Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al., Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence-based recommendations from the EAPC, Lancet Oncol 2012 ; 13 : 58-68.

FICHE DE SYNTHÈSE : DOULEURS DU CANCER : MÉCANISMES ET TRAITEMENT

1. Il faut évaluer et réévaluer périodiquement non seulement l'intensité mais aussi le mécanisme physiopathologique qui peut évoluer dans le temps : généralement au début par excès de nociception, puis mixte et qui peut avoir, par la suite, une composante neuropathique majeure (évolution tumorale naturelle ou traitement chimio/radio...) et/ou nociplastique. C'est cette analyse qui va conditionner les thérapeutiques choisies.
2. Pour chaque proposition thérapeutique il faut évaluer la balance bénéfices-risques.

+++ LE COUP DE POUCE DE L'ENSEIGNANT

- **Ne pas oublier :**

- d'évaluer et réévaluer non seulement l'intensité mais penser aussi au mécanisme physiopathologique (déterminant dans le choix des traitements).
- expliquer la prescription (la morphine est en général considérée comme « le médicament de fin de vie »), prendre des exemples (opioïdes chez le patient brûlé, post-opératoire...).

- **Très important :**

- prescrire un antalgique en fonction de l'intensité, ne pas hésiter à proposer un palier 3 d'emblée si l'intensité de la douleur est ≥ 6 . Possibilité d'associer un antalgique de palier 1 à un antalgique de palier 3 ;
- prendre en compte systématiquement les accès douloureux, les analyser et prescrire des interdoses.

Les pièges à éviter :

- ne pas réévaluer l'intensité de la douleur, le mécanisme physiopathologique (interrogatoire, examen clinique, examens paracliniques) ;
- continuer à augmenter la posologie des antalgiques sans réévaluation ;
- ne pas interroger le patient sur la survenue d'effets secondaires indésirables et donc ne pas les traiter.

**PRINCIPALES SITUATIONS DE DÉPART EN LIEN AVEC L'ITEM 134-5 :
« DOULEURS DU CANCER : MÉCANISMES ET TRAITEMENT »**

Situation de départ	Descriptif
En lien avec les symptômes et signes cliniques	
1. Constipation	<p>Les douleurs sont souvent le symptôme motivant la consultation initiale et qui va amener au diagnostic de cancer. Cependant dans un nombre non négligeable de cas, elles peuvent survenir à un stade avancé de la maladie. En revanche, elles peuvent être aiguës en cas de complications occlusives digestives.</p> <p>3.1.3. Douleurs abdominales</p> <p>6. Gérer les effets secondaires des opioïdes</p> <p>6.1. Principes</p> <p>6.2. Traitement de la constipation</p> <p>6.3. Traitement des vomissements</p> <p>6.4. Prise en charge de la somnolence</p> <p>6.5. Surdosage vrai (bradypnée < 10/min et somnolence)</p>
4. Douleur abdominale	
12. Nausées	
13. Vomissements	
21. Asthénie	
35. Douleur chronique	
72. Douleur du rachis (cervical, dorsal ou lombaire)	
73. Douleur, brûlure, crampes et paresthésies	
99. Douleur pelvienne	
123. Humeur triste/douleur morale	
135. Troubles du sommeil, insomnie ou hypersomnie	
160. Détresse respiratoire aiguë	
En lien avec la prise en charge aiguë et chronique	
249. Prescrire des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)	<p>5.1. Connaître les antalgiques de palier 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le paracétamol • Les AINS <p>5.2. Connaître les antalgiques de palier 2</p> <p>5.2.1. La codéine</p> <p>5.2.2. Le tramadol</p> <p>5.2.3. La poudre d'opium</p> <p>5.3. Connaître les antalgiques de palier 3</p> <p>5.3.2. Indications des opioïdes dans les douleurs cancéreuses</p> <p>5.3.2.1. Douleur de fond : formes à Libération Prolongée (LP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morphine, oxycodone en première intention • Douleurs chroniques d'origine cancéreuse, stables, intenses ou rebelles aux autres antalgiques (adulte) : Fentanyl transdermique en patch. <p>5.3.2.2. Accès Dououreux « classiques » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfate de morphine LI, • Oxycodone LI, <p>5.3.2.3. ADP : formes transmuqueuses de fentanyl</p> <p>5.3.2.5. Rotation ou relais entre forme orale et transdermique</p>
250. Prescrire des antalgiques	
251. Prescrire des corticoïdes par voie générale ou locale	
254. Prescrire des soins associés à l'initiation d'une chimiothérapie	
258. Prévention de la douleur liée aux soins	
259. Évaluation et prise en charge de la douleur aiguë	
260. Évaluation et prise en charge de la douleur chronique	
264. Adaptation des traitements sur un terrain particulier insuffisant rénal, insuffisant hépatique, grossesse, personne âgée...)	
297. Consultation du suivi en cancérologie	
En lien avec les situations diverses	
337. Identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative	<p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chercher à prévenir la douleur plutôt qu'à calmer les symptômes ; • traiter le malade en préservant une lucidité suffisante pour qu'il puisse communiquer avec ses proches, et qu'il reste aussi autonome que possible ; • traiter également les autres symptômes et les facteurs psychologiques susceptibles d'aggraver la douleur.
348. Suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin	
352. Expliquer un traitement au patient (adulte/enfant/adolescent)	
354. Évaluation de l'observance thérapeutique	

Douleur, soins palliatifs et accompagnement **5^e édition actualisée**

R2C

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège des Enseignants de Médecine de la Douleur (CEMD), le Collège National des Enseignants pour la Formation Universitaire en Soins Palliatifs (CNEFUSP) et avec la participation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).
- Conçu et rédigé par près de 70 enseignants des deux spécialités.
- Tout le nouveau programme de connaissances des deux spécialités pour la R2C et les modules du DFASM, avec la nouvelle numérotation.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.

37 € TTC

ISBN : 978-2-84678-307-1



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr

