

**Prendre en charge le patient
cancéreux c'est aussi prendre
en charge sa douleur**

Dr DEVALOIS

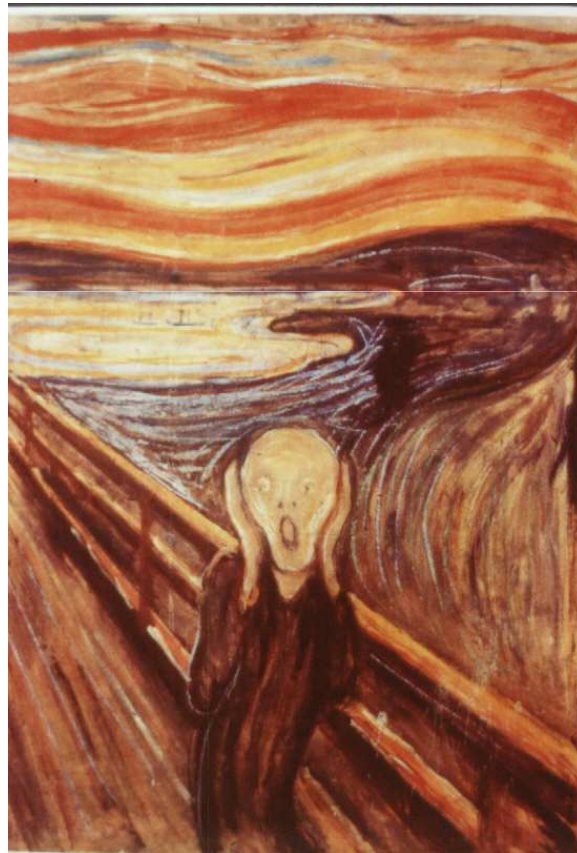
Chef de service Médecine palliative
CHRD Pontoise

Douleur cancer soins palliatifs

- **Qu'un malade souffre plus ou moins est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences *Magendie***
- **Les soins palliatifs c'est ce qu'il reste à faire « quand il n'y a plus rien à faire » *C Saunders***
- **Guérir parfois, soulager souvent accompagner toujours *A Paré***

Douleur et souffrance

Avoir mal



Être mal

Douleur : à la fois une sensation ET une émotion

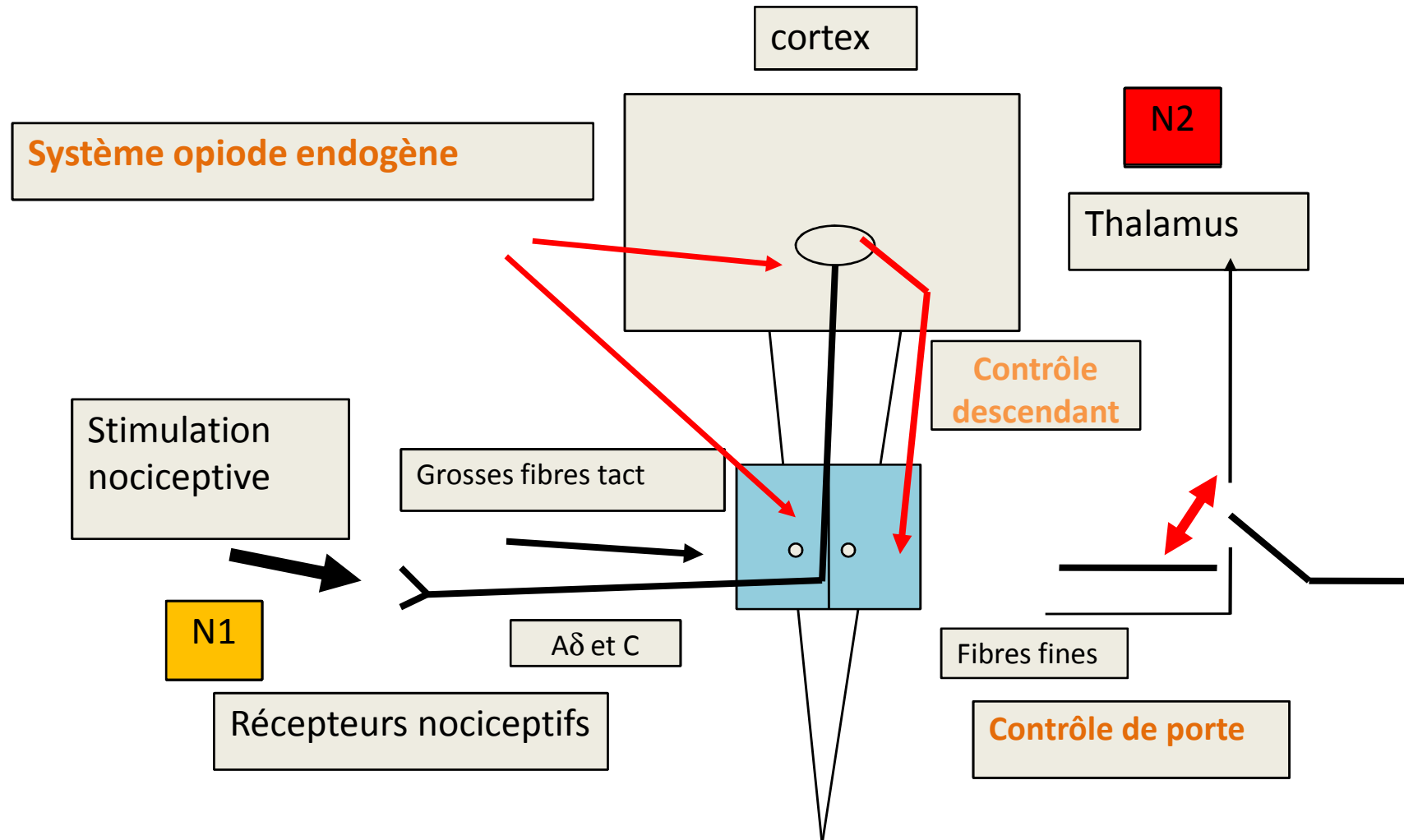
***« Expérience sensorielle et
émotionnelle désagréable
associée à un dommage
tissulaire réel ou potentiel ou
décrite en terme d'un tel
dommage » IASP***

Vision mécaniste de Descartes



« Comme par exemple si le feu A se trouve proche du pié B, les petites parties de ce feu, qui se meuvent comme vous sçavez tres-promptement, ont la force de mouvoir avec soy l'endroit de la peau de ce pié qu'elles touchent ; et par ce moyen tirant le petit filet c, c, que vous voyez y estre attaché, elles ouvrent au mesme instant l'entrée du pore d, e, contre lequel ce petit filet se termine ; ainsi que tirant l'un des bouts d'une corde, on fait sonner en mesme temps la cloche qui pend à l'autre bout. »
(René Descartes, *L'Homme*, 1664). (Cliché B.M.B.).

Nociception : modulation de l'information

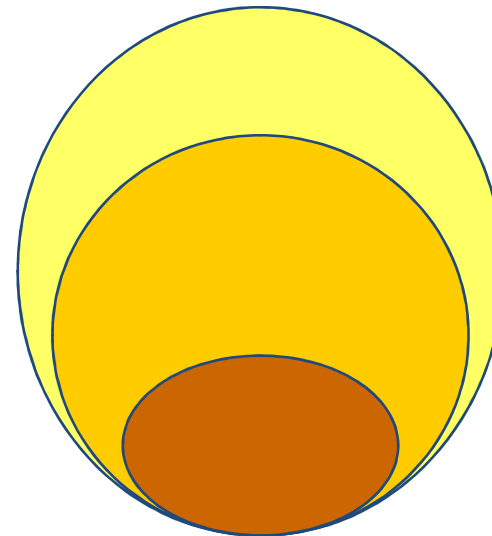


Composante émotionnelle et cognitive et comportementale

De la nociception à la douleur ressentie : de nombreux facteurs interviennent ...

Douleur :

**Composante sensorielle,
émotionnelle et cognitive +
Aspects comportementaux**

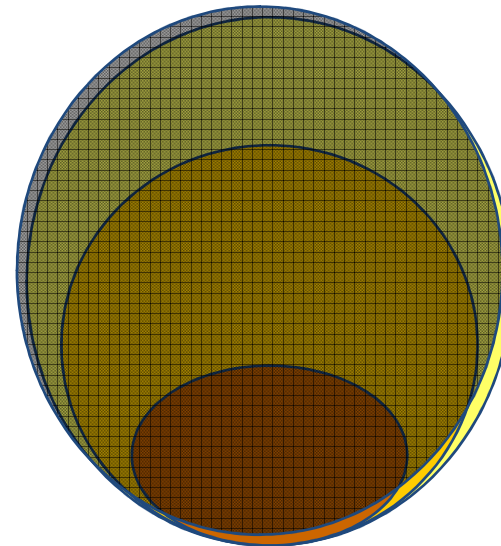


Composante émotionnelle et cognitive et comportementale

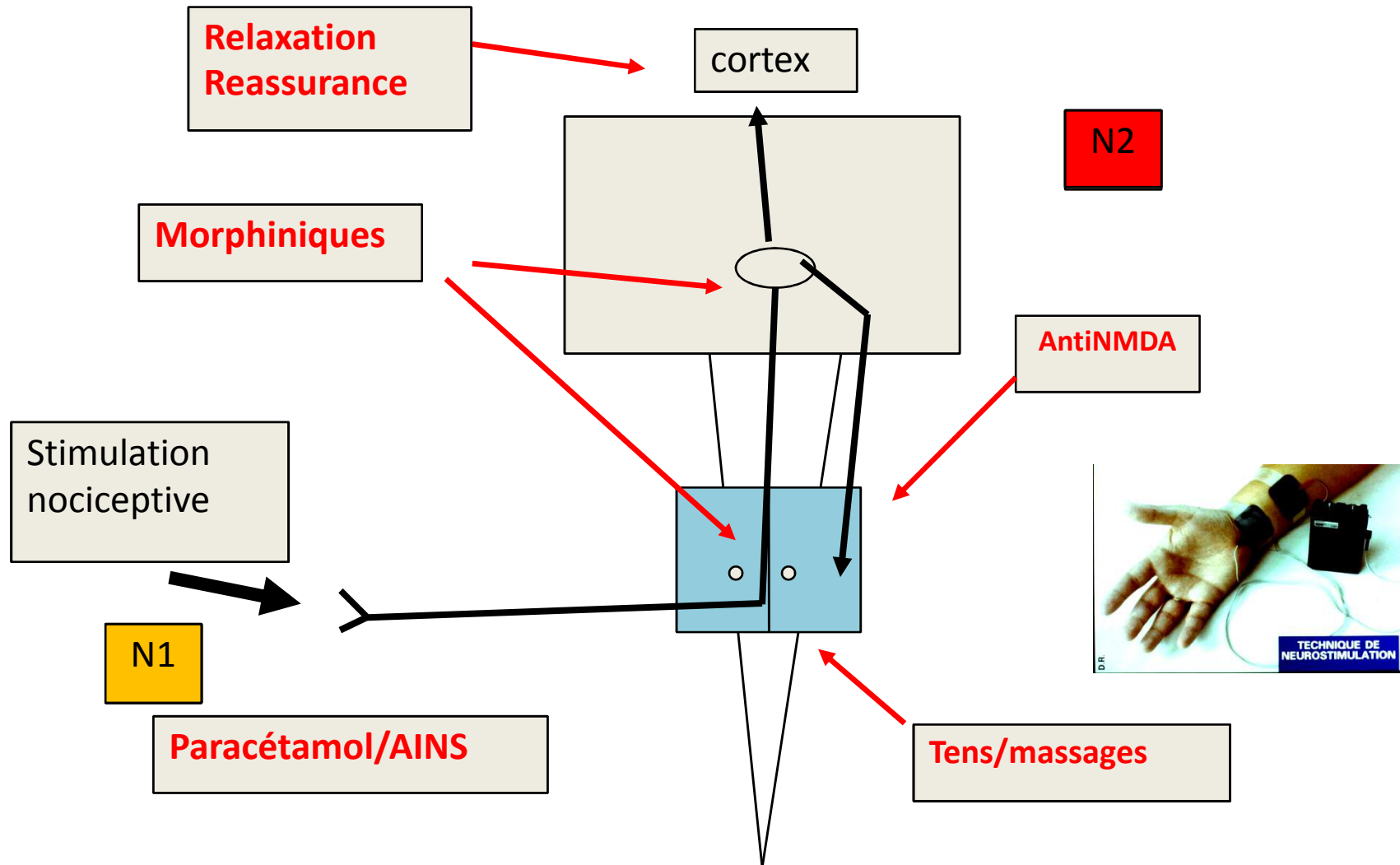
De la nociception à la douleur ressentie : de nombreux facteurs interviennent ...

Douleur :

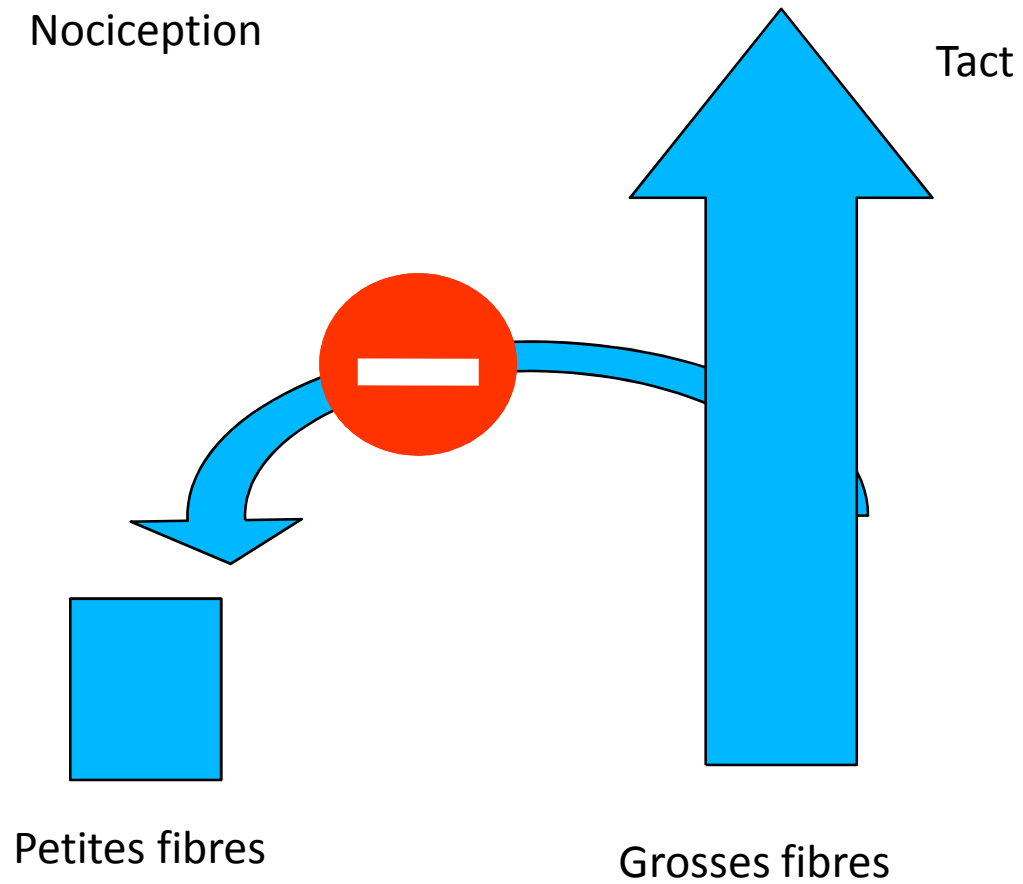
Composante sensorielle,
émotionnelle et cognitive +
Aspects comportementaux



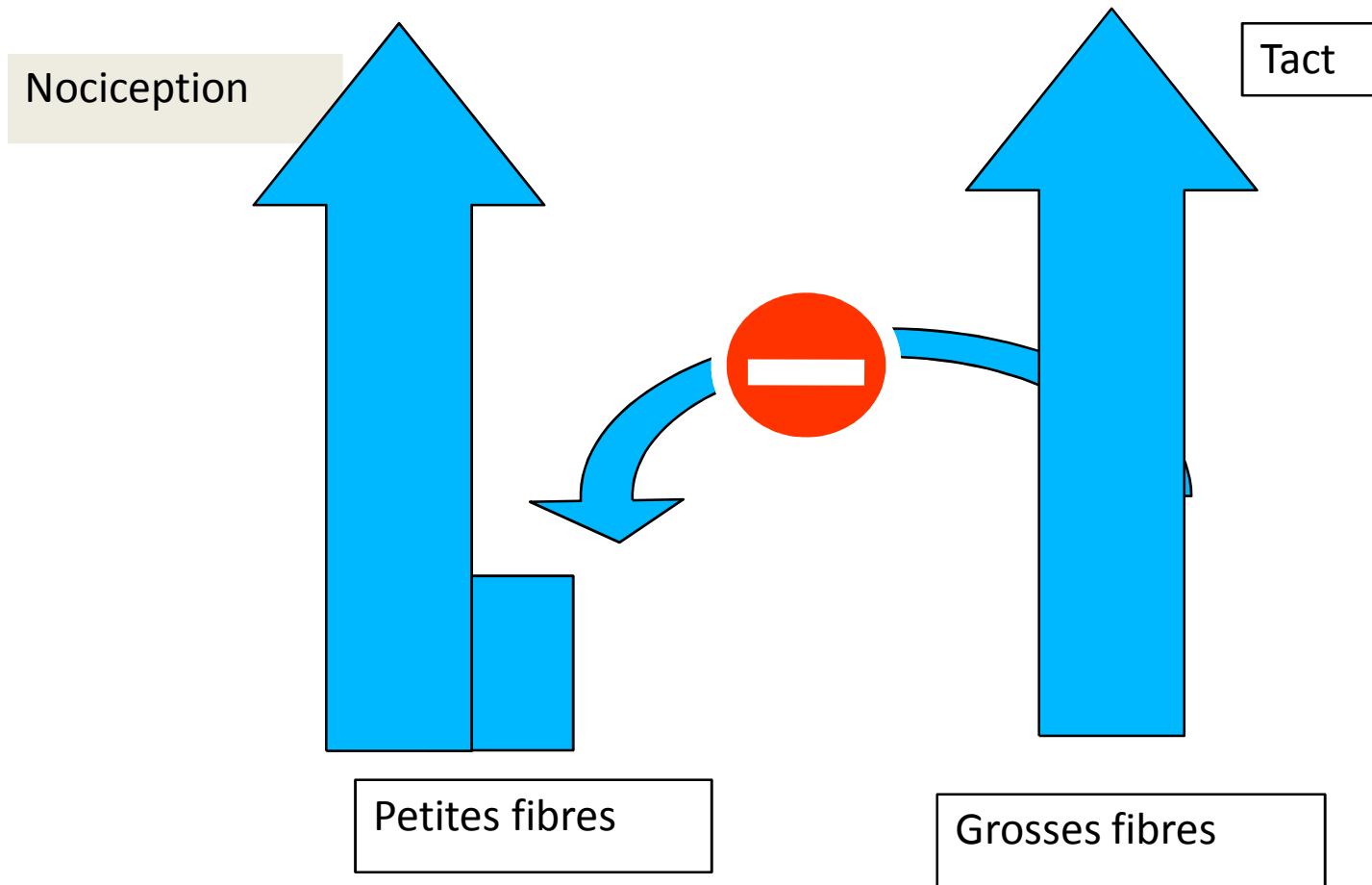
Stratégies antalgiques



Etat basal : pas de douleur



Douleur par excès de nociception



Douleur neuropathique

Nociception

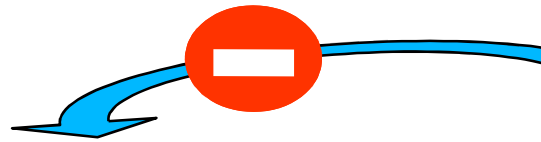


Petites fibres

Tact



Grosses fibres

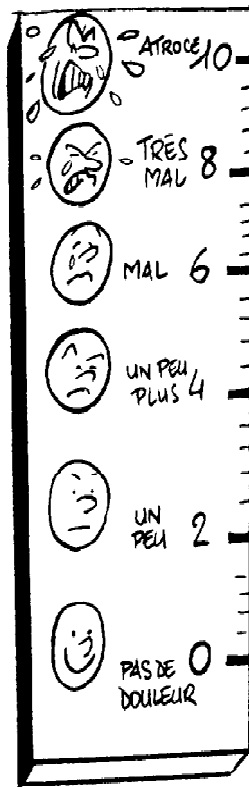




Caractériser la douleur

- **Écouter et faire parler de la douleur**
- **Noter localisation, mode d'installation, durée, irradiation, description, facteurs aggravants ou qui soulagent,**
- **etc .**

Mesurer l'intensité de la douleur



- **EVA ou Échelle numérique**
- **Echelle verbale simple**
- **Échelles d'hétéro évaluation si besoin (Doloplus)**



L'échelle de l'OMS

- Paracétamol
- Paracétamol +
morphiniques
faibles
- Morphine +
paracétamol

Antalgiques périphériques

PARACETAMOL

Délai d'action : 20 à 40 min

Durée d'action 4 à 6 h A HEURES

FIXES

Dose efficace : 1g

Dose maxi : 4 à 6 g

Métabolisme hépatique

Antalgiques périphériques

AAS (aspirine) : action antalgique et profil idem paracétamol mais effets secondaires +++

Anaphylaxie / Toxicité digestive / Toxicité hémato, etc ...

Pas le choix de première intention comme antalgique

EVITER NORAMIDOPYRINNE

Choisir un morphinique de niveau II

Agonistes	Agonistes partiels	Agonistes-antagonistes
<ul style="list-style-type: none">• <u>codéïne +++</u>• dihydrocodéïne (LP)• dextropropoxyphène• <u>tramadol (LP + LI)</u>	buprénorphine (Temgesic, Subutex)	nalbuphine (Nubain)

Effet plafond - Jamais d'association avec des agonistes

Bien utiliser la codéine

- **En association avec le paracétamol**
- **Déméthylation (CP450) prodrogue ?**
- **Dosage variable (optimum 20 à 30 mg)**
- **Toutes les 4 à 6 heures**
- **Equivalence : 1/6 à 1/10 de la morphine**

Toujours prévenir la constipation +++

Bien utiliser le tramadol

- **FORMES A LIBERATION IMMEDIATE**

- **FORMES A LIBERATION PROLONGEE**

- **FORME INJECTABLE**

Le nefopam

- **Pas un antalgique périphérique ni un antalgique central morphinique**
- **Plutôt un co antalgique**
- **Cible différente du paracétamol et des morphiniques**
- **Marche aussi per os (buvable)**

Bien utiliser la morphine

- **Chercher la dose qui soulage par une titration (per os)**
- **Soit utiliser morphine a effet immédiat (toutes les 4 heures jour et nuit)**
- **Soit morphine à libération prolongée (LP) en association avec LI**
- **Pour débiter niveau 3 : 30 mg x2 de LP et 10 mg LI si douleurs (IS de 1 heure)**
- **➔ réévaluation tous les jours jusqu'à stabilisation**

Morphine & mort fine



Peur de la drogue



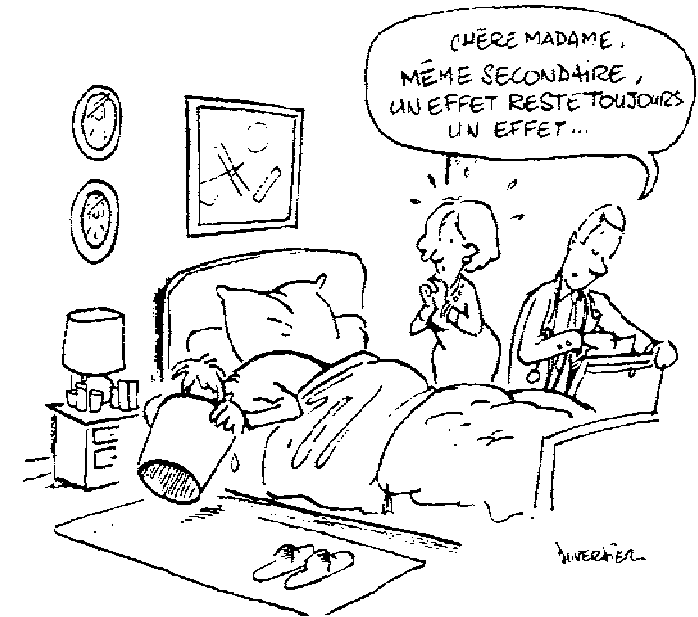
Peur du mourir et de l'agonie (de l'autre et de soi !)



Peur de la
séparation

Les effets secondaires de la morphine

- **nausées, vomissements,**
- **constipation,**
- **prurit, sueurs,**
- **rétention urinaire, sécheresse de bouche,**
- **toxicité neuro psychiatrique : hallucinations, myoclonies, ...**



Notion d'équianalgésie

- **30 mg de morphine per os**
- **15 mg de morphine d/cutanée**
- **10 mg de morphine IV**

- **MPO = référence quianalgésique**

Morphine = drogue ?

- **Tolérance (accoutumance)**
- **Dépendance physique**
- **Dépendance psychologique**



Traitement des pics douloureux

- En période de titration
- Accès paroxystiques (BP ou ADP)
- Gestes douloureux (actes de soins)

- → soulager avec morphiniques d'action rapide et courte

Traitement de la composante neuropathique

- Douleur bitonale + atteinte nerveuse (déafférentation)
- Associer ADTC comme le LAROXYL
- + un anticomitial comme le Rivotril (ou gababentine) dose faible et surtout le soir
- Intérêt de la méthadone

Conclusions

- **Traiter la douleur pas un luxe pour pays du Nord**
- **Il faut former l'ensemble des professionnels de santé**
- **Commencer par s'appuyer sur des référents douleur en charge de la diffusion de cette culture du traitement de la douleur**
- **Pourquoi pas une formation diplômante reconnue sur l'Afrique de l'Ouest francophone ?**