



DOULEUR ET CANCER

Dr Gisèle CHVETZOFF

Département de soins de support

Centre Léon Bérard, Lyon

[Douleur et cancer]

■ Quelques chiffres

- 385 000 nouveaux cas de cancers/an en France, 149 500 décès en 2015 (*www.e-cancer.fr*)
- 40 à 80% des patients ont des douleurs modérées à sévères (*EPIC 2007*)
- stades précoces : 30 à 45 % ont mal
- stades avancés : 80 % ont mal
- sous traités au niveau mondial dans 25 à 60% des cas (*Foley, palliat Med 2011*)
- 80 % des patients cancéreux hospitalisés en urgence ont mal

Soins de support en oncologie

- Instruction DGOS/R3/INCa 2017-62
 - 4 Soins de support « socle » + démarche palliative :
 - Douleur
 - Nutrition
 - prise en charge psychologique
 - prise en charge sociale
 - 5 soins de support « complémentaires » :
 - Activité physique adaptée
 - conseils hygiène de vie (tabac, etc)
 - soutien psy proches et aidants
 - préservation fertilité
 - troubles de la sexualité
 - 2 techniques particulières : hypno-analgésie et analgésie intra-thécale

[Douleur du cancer]

- Douleurs liées au cancer / Douleurs liées aux traitements et aux soins
 - Douleur aiguë / Douleur chronique
 - Douleur en phase d'évolution / Douleurs séquellaires
 - Douleur nociceptive / Douleur neuropathique
 - Souffrance psychologique
- **Evaluation et réévaluations complètes et rigoureuses**

[Douleur et cancer]

■ Physiopathologie

○ Souffrance psychologique

- Crise existentielle au moment de la prise de conscience du pronostic
- Colère, peur, dépression, anxiété, qui peuvent s'exprimer dans le corps
- C'est bien un symptôme de douleur physique qui est ressenti
- Concept de « total pain »

[Evaluation]

- Chaque fois que possible : auto-évaluation
= croire le malade !!
 - Historique de la maladie et de la douleur
 - Topographie (schéma corporel)
 - Description: Echelle DN4
 - Intensité : Échelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique (EN), résultat tracé
 - Facteurs favorisants, facteurs calmants
 - Traitements entrepris, comment, quels effets
 - Retentissement psycho-social, interprétations, etc.

Échelle visuelle analogique

C'est une sorte de «thermomètre de la douleur»

**FACE
PATIENT**

Absence
de douleur

Douleur
maximale
imaginable

**FACE
MEDECIN**

Absence
de douleur



Douleur
maximale
imaginable

GRUNENTHAL
ANTALGIE

Laboratoires GRUNENTHAL - 43, rue de Villiers - 92 523 Neuilly-sur-Seine - France - Tél. : 01 41 49 45 80

Face de lecture réservée
au corps médical

Echelle DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente t'elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

Oui Non

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

QUESTION 2 : la douleur est elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

Oui Non

4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissements
7. Démangeaisons

QUESTION 3 : la douleur est elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

Oui Non

8. Hypoesthésie au tact
9. Hypoesthésie à la piquûre

QUESTION 4 : la douleur est elle provoquée ou augmentée par :

Oui Non

10. Le frottement

OUI = 1 point NON = 0 point Score du Patient : /10

Echelle ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé Oui Non

2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés Oui Non

3 – Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris Oui Non

4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées Oui Non

5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement Oui Non

Total Oui |__| / 5

Principes de prise en charge

- Traitement étiologique chaque fois que possible et raisonnable, même en situation palliative
 - Chirurgie : orthopédie, décompression, etc
 - Radiothérapie : quand douleur assez localisée (attention à exacerbation transitoire de la douleur), une ou plusieurs séances
 - Chimiothérapie, même sur des tumeurs peu chimiosensibles (pancréas) mais sans « jusqu'au-boutisme »
 - Hormonothérapie : sein, prostate
 - Traitement anti-oedémateux si lésion cérébrale, etc.
 - Antibiothérapie quand douleur liée à une surinfection
 - Radiologie interventionnelle : techniques mini-invasives

Lésion osseuse ou
tissus mous secondaire

Action directe sur la lésion

Action sur la région

Ablathermie:

- radiofréquence
- micro onde
- cryothérapie

Alcoolisation tumeur

Chimioembolisation

Infiltrations péri
radiculaires

Alcoolisation

- coeliaque
- splanchnique
- ggl stellaire ...

Besoin consolidation?

Cimentation, vertébroplastie,
Kyphoplastie, stentoplastie,
Ostéosynthèse per cutanée

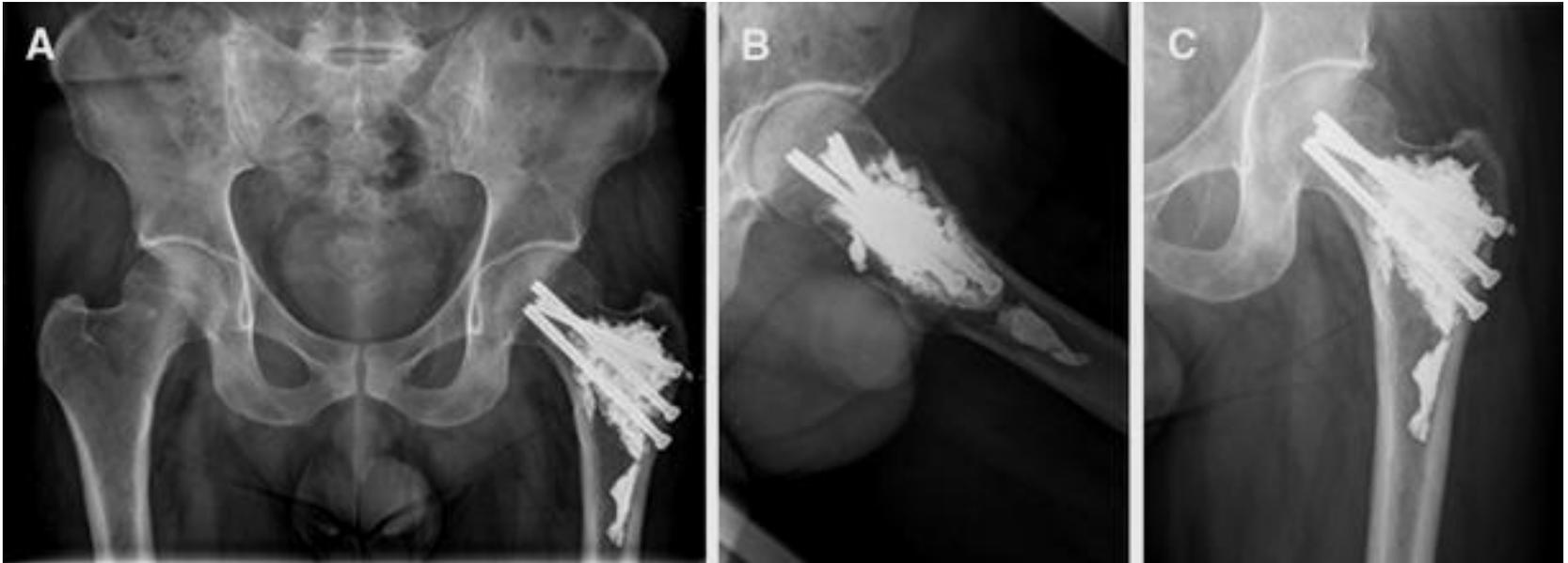
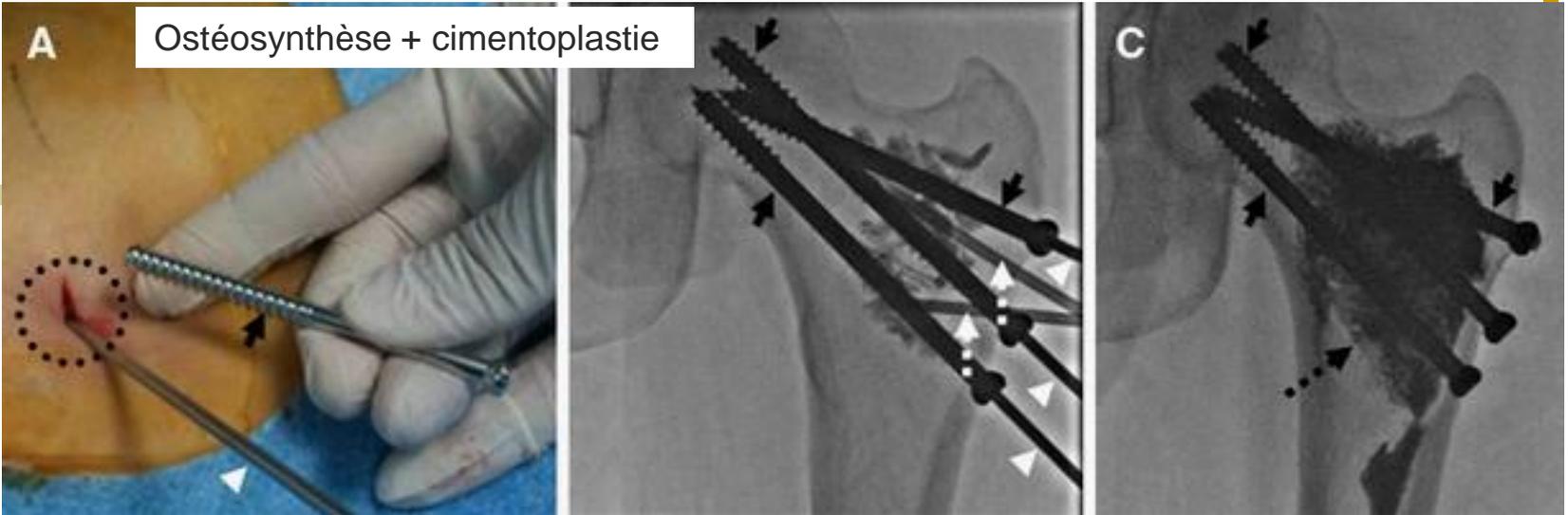
Neurolyse
-radiofréquence
Cryoneurolyse
-blocs anesthsiques..

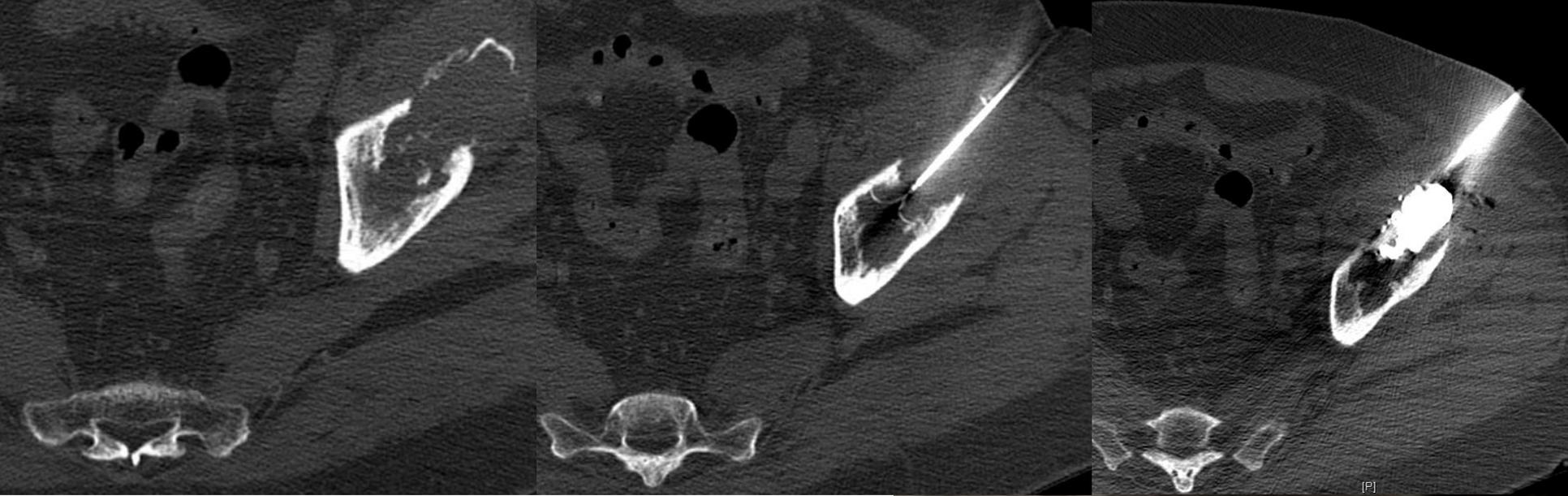
Catéthers intrathécaux / pompe

cimentoplastie

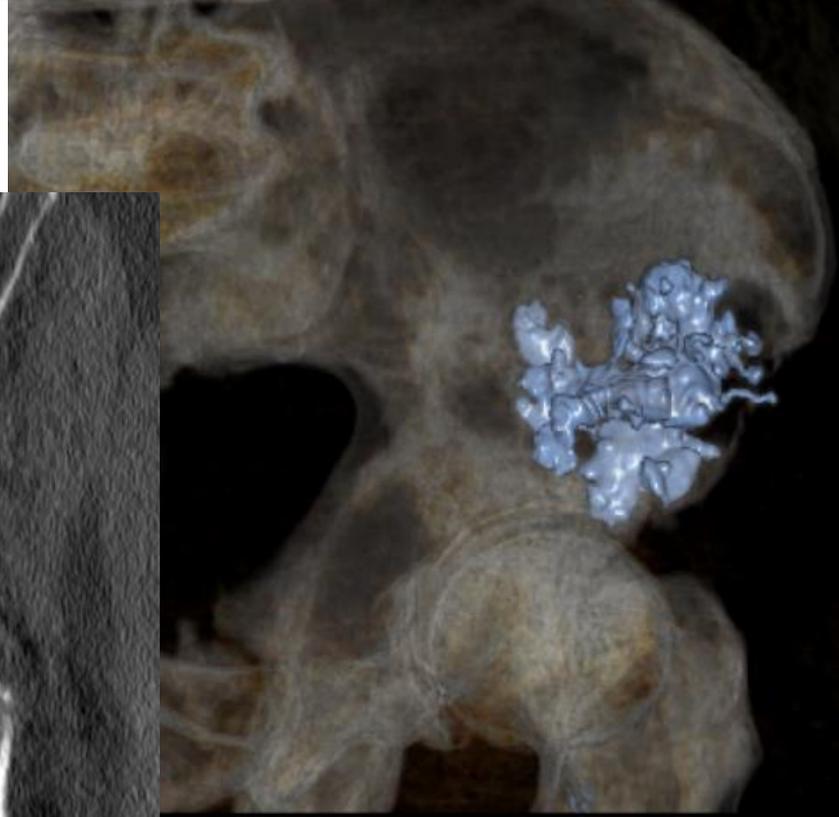
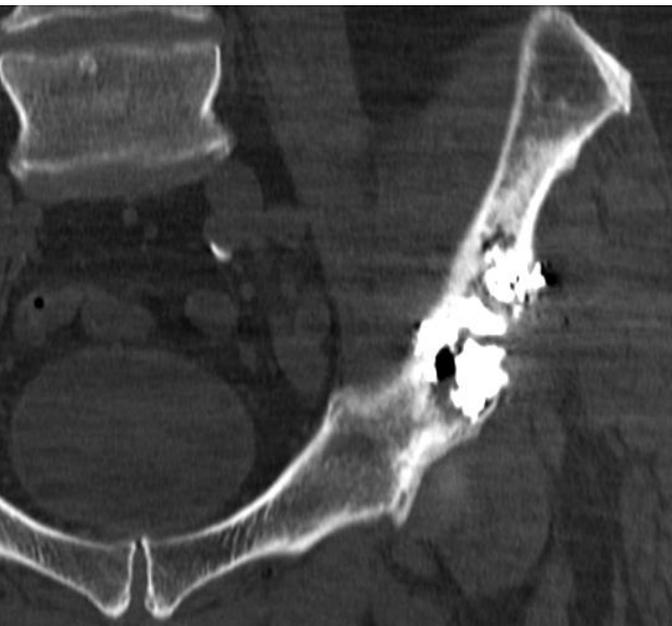


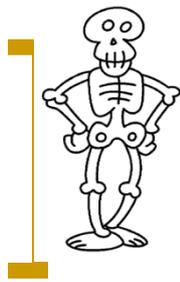
Images service radiologie Centre Léon Bérard Lyon
Equipe Radiologie Interventionnelle





Homme de 66 ans, cancer du poumon,
douleur de la hanche gauche
RF + CIMENTATION



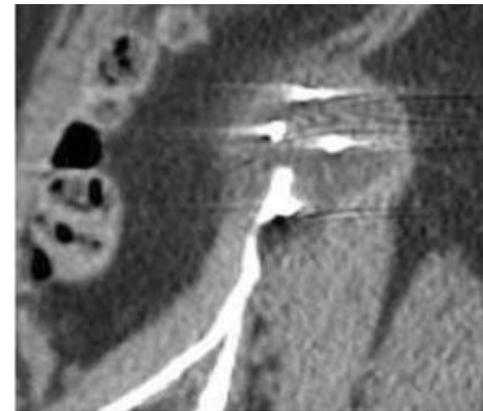
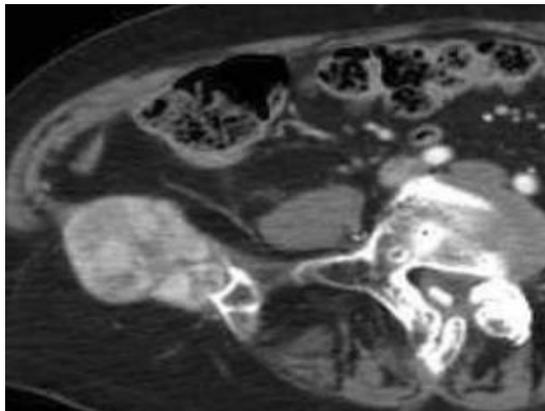


Cryothérapie

Skeletal Radiol. 2009 Sep;38(9):835-9. doi: 10.1007/s00256-009-0736-4.

Percutaneous ablation for bone and soft tissue metastases--why cryoablation?

Callstrom MR, Kurup AN.



86% soulagés (= RF)
Visualisation glaçon

+ gros, + sécur
dissections, thermocouples
moins douloureux
si ciment associé : attente 30-40min

[Principes de prise en charge]

- Nombreuses techniques possibles : tenir compte
 - Des ressources locales
 - Des indications de chaque technique
 - De l'articulation avec le projet de soin oncologique et le projet de soin global
 - Concertation pluridisciplinaire +++

Principes de prise en charge

■ Traitements non médicamenteux

- Kinésithérapie, appareillage, TENS
- Ostéopathie
- Relaxation, sophrologie, hypnose
- Acupuncture, auriculothérapie
- Psychothérapie
- Importance +++ d'une prise en compte globale, médico-psycho-sociale

Principes de prise en charge

- **Traitements médicamenteux : objectifs**
- Douleur de fond intensité faible (4/10)
- Sommeil respecté
- Activités possibles
- Moins de 4 accès douloureux paroxystiques (ADP) par jour, soulagés de 50% au moins par le traitement
- Effets indésirables : absents ou minimales

Principes de prise en charge

■ Traitements médicamenteux : les opioïdes

- Voie orale d'abord
- Morphine ou oxycodone en première intention
- Titration initiale avec forme libération prolongée /12h + libération immédiate
- 60 mg équivalent morphine orale (EMO) LP
- 10% dose journalière par interdose
- Intervalle min 1heure, max 4 en 4h
- Réadaptation à 48 à 72h

Principes de prise en charge

- **Traitements médicamenteux : les opioïdes**
 - Fentanyl transdermique
 - Douleurs stables
 - Insuffisance rénale
 - Voie orale impossible
 - Polymédication
 - Préférence du patient
 - Attention au temps d'équilibration
 - Attention si fièvre
 - Prévoir des interdoses ou le traitement des ADP

Principes de prise en charge

- **Traitements médicamenteux : les opioïdes**
- Fentanyl transmuqueux (sub lingual, nasal, gingival, transmuqueux)
 - Que pour les ADP chez patients avec douleur de fond équilibrée par au moins 60 mg EMO
 - Titration initiale obligatoire
 - Pas plus de 2 doses par ADP
 - 2 à 4h entre deux ADP
 - Si plus de 4, revoir traitement de fond
- Attention utilisation anarchique galopante !!

molécule	rapport	EMO
Morphine orale	1	60 mg
Morphine S/C	1/2	30 mg
Morphine IV	1/3	20 mg
Oxycodone orale	1/2	30 mg
Oxycodone IV/SC	1/2	20 mg
hydromorphone	1/7,5	8 mg
Fentanyl TTS	1/100	25 µg/h
Morphine péridurale	1/10	6 mg
Morphine intrathécale	1/200	0,3 mg

Principes de prise en charge

- Traitements médicamenteux : les opioïdes
- Voie parentérale (IV ou S/C)
 - Que si nécessaire et que le temps nécessaire (les durées prolongées favorisent le mésusage)
 - Echec ou impossibilité voie orale
 - Douleur très instable
 - Privilégier l'analgésie auto-contrôlée (PCA)

Principes de prise en charge

- Traitements médicamenteux : les opioïdes
- Voie parentérale (IV ou S/C)
 - Débit en mg/h, bolus en mg (10% de la dose journalière)
 - Intervalle 15 à 20 min en IV, 30 min en S/C
 - Remplissage permettant une durée « suffisante »
 - Produit, dose, date sur l'étiquette
 - Alerter si
 - > 6-8 bolus/j
 - Toujours autant de bolus après 2 adaptations successives
 - Montée rapide des doses en quelques semaines
 - Effets indésirables
 - Adaptation en fonction du nombre de bolus : intégration 50 % des bolus si > 6-8/j ; réduction 1/3 si peu ou plus de bolus

Principes de prise en charge

- **Traitements médicamenteux : les opioïdes**
- Voie parentérale (IV ou S/C)
 - Effets indésirables
 - Constipation, dysurie
 - Nausées/vomissements
 - Myoclonies
 - Somnolence (≠ récupération de la dette de sommeil)
 - Hallucinations
 - Ralentissement fréquence respiratoire (sévère si <8/min)
 - Penser à préciser les co-médications, un état septique, etc

 <p>28, Rue Laënnec 69373 LYON Cedex 08 Tel : 04.78.78.28.28</p>	<p>N° FINESSE</p>  <p>690000880</p>	<p>PRESCRIPTION DE PCA POUR DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE</p>
--	---	---

 <p>8700977</p> <p>SERVICE INFORMATIQUE PIERRE ALAIN MARCEL DENIS</p>	<p>Date naiss. : 21/10/1930 Sexe : M Né(e): MARTIN</p>	<p>Date : 03/05/2017 11h30 Médecin : Dr CHAZOT Isabelle Service : ABS N° prescription : PM17001793</p> 
--	--	--

MORPHINE_IV

Dose de fond journalière (mg)	24	
Voie Administration	IV	
Volume résiduel (ml)	100	
Unités (mg)	mg	
Concentration (mg/ml)	2,00 mg/ml	
Débit continu (mg/h)	1,00 mg/h	
Dose sur demande (mg) (ou Bolus)	3,00 mg	
Verrou Dose (minutes)	20 minutes	
Doses par heure / Limite Dose (en fonction du type de pompe)	CADD-LEGACY : 3	BODYGUARD 323 : 10 mg
Remplissage cassette (Dose Cristal Link) (mg)	200 mg	

Signature Médecin	Signature IDE Programmation	Signature IDE Contrôle
<p>Dr CHAZOT Isabelle</p>  <p>N° RPPS 10003061990</p>	 <p>PM17001793_1</p>	 <p>PM17001793_2</p>

Brancher la tubulure de la pompe au plus près du point de ponction de la VVC.

La tubulure adaptée à la pompe possède une valve anti-retour (attention au sens de branchement).

Le paramètre « détecteur d'air » de la pompe PCA doit être mis sur « actif » tant pour les patients hospitalisés qu'à domicile.

TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES	
<p>Dépression respiratoire: Fréquence < 8 / mn Vigilance : patient non éveillé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt PCA - O2: 3l/min - NALOXONE Injectable® diluer 1 ampoule de 0.4 mg/ml dans 9 ml de sérum physiologique - Injecter 1ml de la seringue toutes les 2 à 3 minutes jusque FR>10/min ou éveil du patient

Commentaires :

28, Rue Laënnec
69373 LYON Cedex 08
Tel : 04.78.78.28.28

N° FINESS
690000880

PRESCRIPTION DE PCA POUR DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE



Nom : SERVICE INFORMATIQUE
Prénom : PIERRE ALAIN MARCEL DENIS

Date naiss. : 21/10/1930 Sexe : M
Nom naiss. : MARTIN

8700977

	Date : 23/05/2017 18h32	Date : 24/05/2017 09h00	Date : 24/05/2017 19h00
N° prescription	PM17002066	PM17002067	PM17002068
Produit	KETAMINE_IV	KETAMINE_IV	KETAMINE_IV
Dose de fond journalière (mg)	24 mg	48 mg	72 mg
Voie Administration	IV	IV	IV
Volume résiduel (ml)	100 ml	100 ml	100 ml
Unités (mg)	mg	mg	mg
Concentration (mg/ml)	2,00 mg/ml	2,00 mg/ml	2,00 mg/ml
Débit continu (mg/h)	1,00 mg/h	2,00 mg/h	3,00 mg/h
Dose sur demande (mg) (ou Bolus)	0,00 mg	0,00 mg	0,00 mg
Verrou Dose (minutes)	0 minutes	0 minutes	0 minutes
Doses par heure / Limite Dose (en fonction du type de pompe)	CADD : 0 BODYGUARD : 1 mg	CADD : 0 BODYGUARD : 2 mg	CADD : 0 BODYGUARD : 3 mg
Remplissage cassette (Dose Cristal Link) (mg)	200 mg	200 mg	200 mg
Signature Médecin	Dr CHVETZOFF Gisèle RPPS : 10003097242	Dr CHVETZOFF Gisèle RPPS : 10003097242	Dr CHVETZOFF Gisèle RPPS : 10003097242
Signature IDE programmation	 PM17002066_1	 PM17002067_1	 PM17002068_1
Signature IDE Contrôle	 PM17002066_2	 PM17002067_2	 PM17002068_2

Brancher la tubulure de la pompe au plus près du point de ponction de la VVC.

La tubulure adaptée à la pompe possède une valve anti-retour (attention au sens de branchement).

Le paramètre « détecteur d'air » de la pompe PCA doit être mis sur « actif » tant pour les patients hospitalisés qu'à domicile.

TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES

- Vigilance : patient non éveillé
- Risque : hallucinations

Commentaires :

PALIER 1 du 23 au soir au 24 matin
PALIER 2 du 24 matin au 24 soir
PALIER 3 du 24 soir au 27 soir puis arrêt

Principes de prise en charge

- Traitements médicamenteux : co-antalgiques
- AINS, corticoïdes
 - Que si nécessaire et le temps nécessaire
- Traitement douleur neuropathique
 - anti-épileptiques, anti-dépresseurs, topiques
 - À doses suffisantes, durée adaptée

[Douleurs rebelles]

- Recommandations de Bonnes Pratiques de l'AFSSAPS 2010 pour la douleur rebelle en situation palliative avancée
 - Permettent l'utilisation de produits hors AMM dans des situations de douleurs rebelles
 - **Anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique**
 - **Fentanyl, Sufentanyl**
 - **Kétamine**
 - MEOPA
 - **Méthadone**
 - Midazolam
 - **Morphine par voie périmédullaire et intracérébro-ventriculaire**
 - Propofol

[Douleurs rebelles]

- **KETAMINE** : utilisation pratique ANSM
 - perfusion continue IV à 0,5 mg/kg/j puis adaptation par palier de 0,25 mg/kg/j chaque jour
 - Utilisation possible en S/C, voire per os
 - Par cure ou en continu (risque tachyphylaxie)
 - Réduction progressive des doses d'oxycontin
 - Gestes douloureux si échec MEOPA
 - avis anesthésiste
 - possibilité réanimation sur place
 - 0,5 à 1 mg/kg + midazolam 0,01 à 0,05 mg/kg

[Douleurs rebelles]

- **KETAMINE** : utilisation pratique ANSM
 - Surveillance des effets secondaires
 - Effets morphiniques (myoclonie, somnolence, dépression respiratoire) : réduction posologie des opioïdes
 - Effets psychodysléptique (« bad trip »): benzo ou réduction doses
 - Céphalées, cystalgie, HTA (effet sympathomimétique)

Douleurs rebelles

■ Méthadone

- AMM française : substitution chez toxicomanes
- Pharmacologie
 - Agoniste morphinique et antagoniste NMDA
 - Equivalence morphine orale variable selon la dose (de 1/4 à 1/10)
 - Grande variabilité interindividuelle
 - Biodisponibilité très variable
 - Forte lipophilie, très grand volume de distribution puis relargage
 - Pic de 1 à 4h, demi-vie de 15 à 60h
 - Métabolisme hépatique via cytochrome P450 : nombreuses interactions médicamenteuses (Triflucan, Largactil, primpéran, thérapie ciblées, etc)

Douleurs rebelles

- **Méthadone** : Hospitalisation bien que voie orale
 - Deux modes de titration
 - Arrêt de l'opioïde précédent, titration à la demande (10% de la dose EMO)
 - Chevauchement progressif sur 48h avec administration/8h de la dose de conversion
 - Surveillance
 - ECG + iono avant de débiter
 - Attention interactions médicamenteuses (fluconazole, neuroleptiques, psychotropes)
 - Attention risque surdosage avec somnolence voire dépression respiratoire entre J4 et J6
 - Passage ultérieur en 2 fois par jour

Douleurs rebelles

- **Méthadone** : Indications retenues au CLB
 - Douleur mixte mal calmée par opioïdes + traitement spécifique, en général après au moins une première rotation
 - Effets secondaires des opioïdes non contrôlés malgré rotation ou traitement adapté
- Prescription pour 28j, renouvelable par médecin traitant
- Arrêt de la méthadone pour retour vers un autre opioïde
 - dose morphine IV = dose de méthadone (attention 12 premières heures)

Douleurs rebelles

- **Fentanyl et sufentanyl IV**
 - Si IV indispensable et que indication de rotation d'opioïde après échec morphine et oxycodone
 - Ou si insuffisance rénale sévère ou terminale
 - Attention
 - $\mu\text{g/h}$
 - Bolus équivalents à dose horaire
 - Incisifs : effet shoot parfois sévère, mais aussi parfois recherché...
 - Escalade de doses...
 - Sevrage très rapide avec rebond douloureux si arrêt de la perfusion

Douleurs rebelles

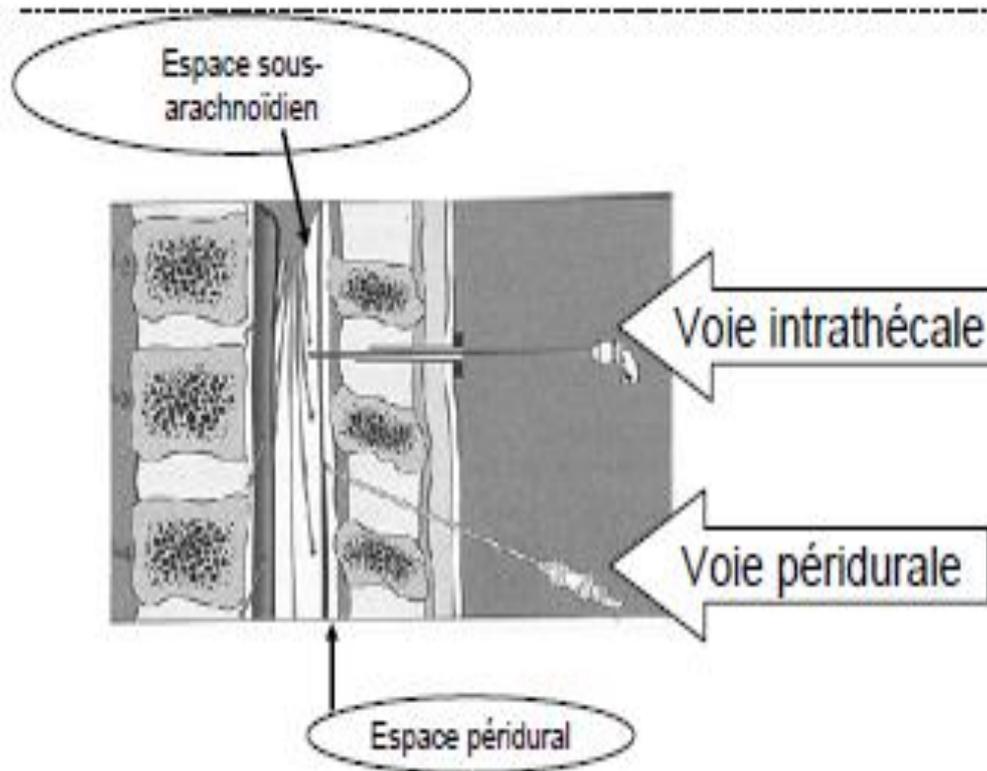
■ Lidocaïne parentérale

- Bloqueur canaux sodiques, métabolisme hépatique, demi-vie courte
- Recommandation ANSM : douleur réfractaire : accord d'experts
 - 5 mg/kg/j au PSE
 - Surveillance cardio + recherche signes surdosage (paresthésies lèvres et langue, goût métallique, céphalées, sensation de froid)
 - Risque convulsion et bradycardie jusqu'à arrêt cardiaque
- Cas particulier carcinose péritonéale (*Tanaka ASCO 2007*):
 - diffusion intrapéritonéale de la lidocaïne administrée en IV
 - Traitement au long cours à domicile

Analgésie périmédullaire

- Voie péridurale
 - Injection dans l'espace épidurale = entre le canal rachidien et la dure mère
 - Anesthésie suspendue, sur peu de métamères
 - Souvent sufentanyl + anesthésiques locaux
 - Pose plus simple, sous anesthésie locale
 - Utilisation à court ou moyen terme (< 3 à 4 mois) car fibrose et perte diffusion
 - Volumes importants 100 à 200 cc/j

Rappels anatomiques



Analgésie périmédullaire

- Voie intrarachidienne = intrathécale
 - Injection sous arachnoïdienne = dans le LCR
 - Morphine, naropéine, prialt
 - KTR tunnélisé + chambre implantable (si espérance de vie < 3 mois)
 - Pompe implantée (si espérance de vie > 3 mois)
 - Technique plus lourde, AG, 3 à 4h
 - Douleurs plutôt de l'hémicorps inférieur
 - possible au (très) long cours



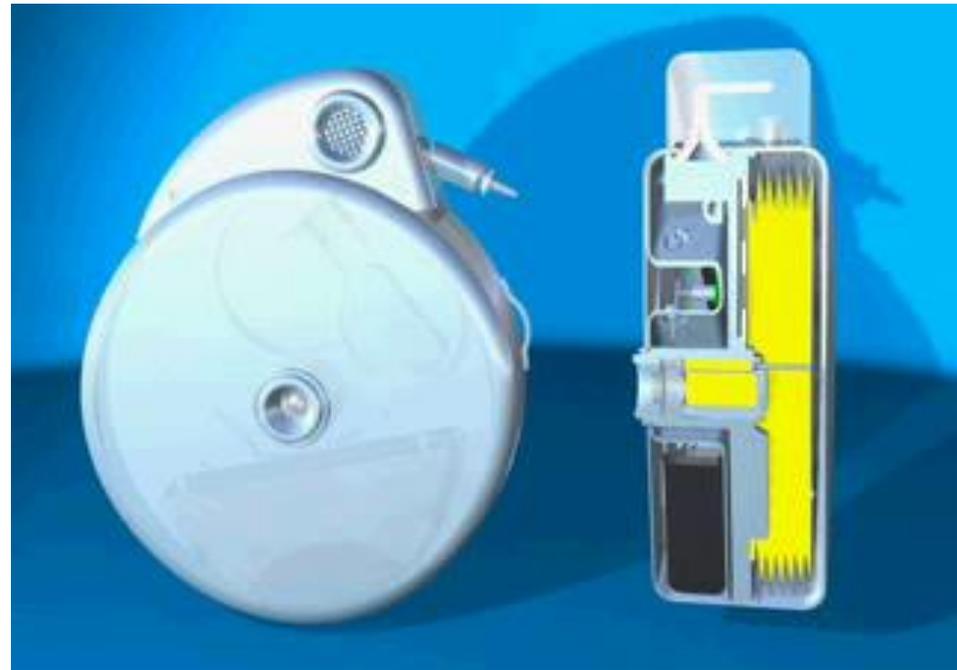
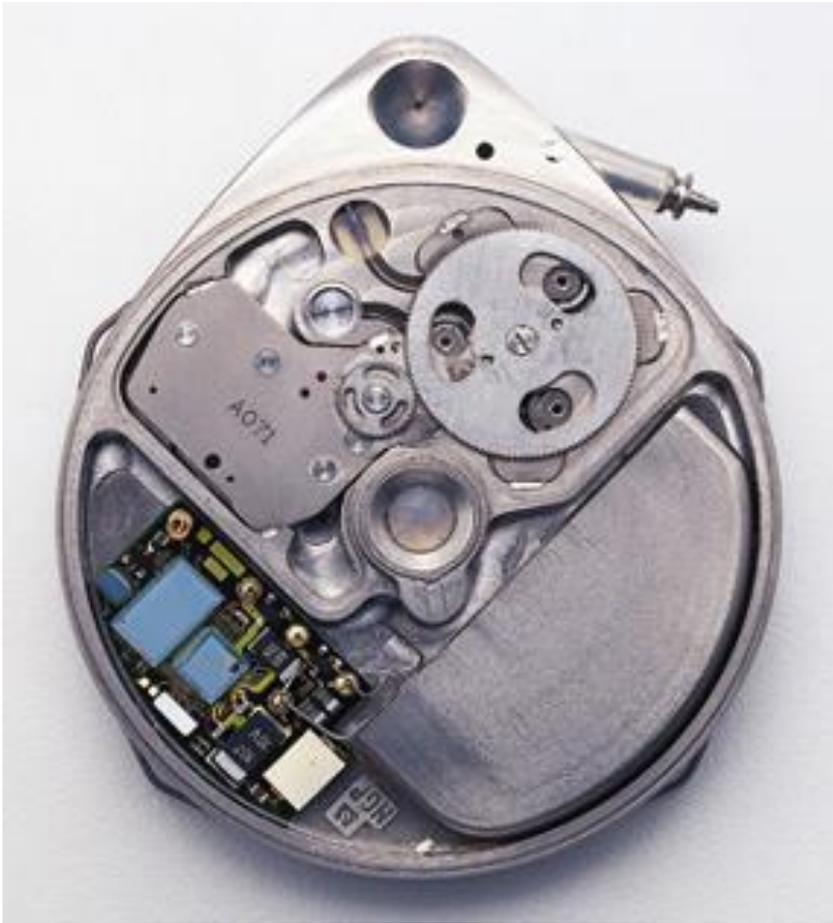
Espace sous arachnoïdien

Cathéter

Pompe

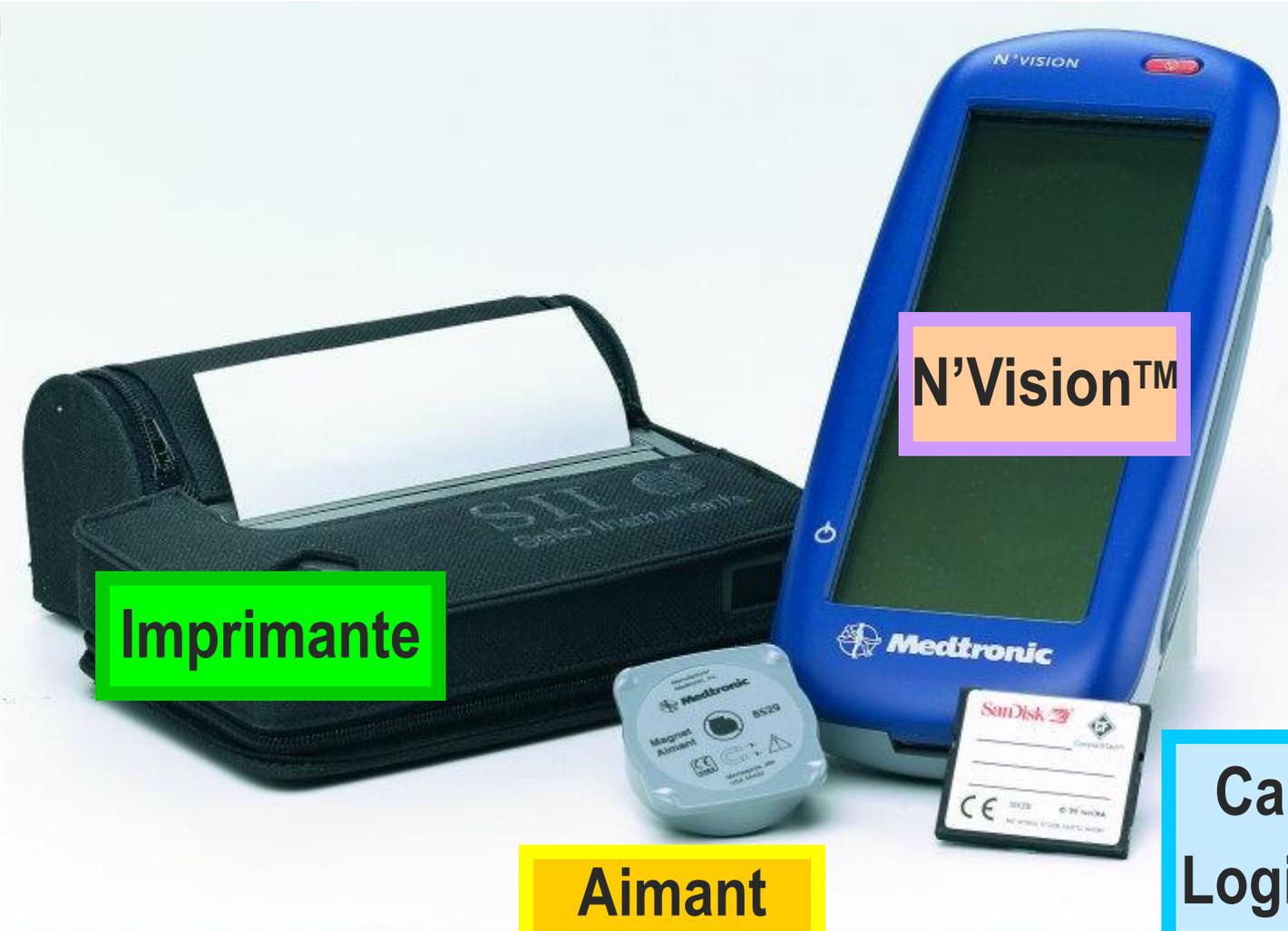
Administration intrathécale (dans la colonne vertébrale) de médicament (baclofène) pour traiter une spasticité généralisée

ANATOMIE D'UNE POMPE



[Fonctionnement pompe\mécanisme.mpg](#)

[N'Vision™ et accessoires]



Imprimante

N'Vision™

**Aimant
(pompes)**

**Carte
Logiciel**

Contre indications

- Infection cutanée
- Troubles de la coagulation sévère
- Absence d'adhésion du patient
- Hypertension intra-cranienne
⇒ IRM rachidienne +/- cérébrale avant pose

Complications

- N°1 = infectieuse = méningite
- Hématome compressif
- Fuite LCR avec céphalée
- Risque surdosage morphinique avec dépression respiratoire
- Déficit sensitif ou moteur avec la Naropeine
- Troubles psychiatriques avec le Prialt
- Perte efficacité par coudure ou migration du KTR

[Douleurs rebelles]

- Et quand tout ça ne marche pas ?
 - Réévaluation médicale complète
 - Évaluation psychologique
 - Pouvoir entendre et recevoir la plainte = discussion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle
 - Que vivent les soignants ?
 - Que vit le malade, son entourage, quelles sont les demandes ?
 - Élaboration d'un projet de soins avec des objectifs réalistes

[Douleurs rebelles]

■ Douleur rebelle et sédation

Oui, exceptionnellement mais...

- A la demande de qui ?
- Pour soulager (ou faire taire...) qui ?
- Dans quelles conditions et pour quelle durée ?
- Avec quel traitement antalgique par ailleurs ?

Prudence +++ dans les indications