

## REFERENTIELS

# Prise en charge de la douleur chez l'adulte ● ● ●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **26 mars 2001**.

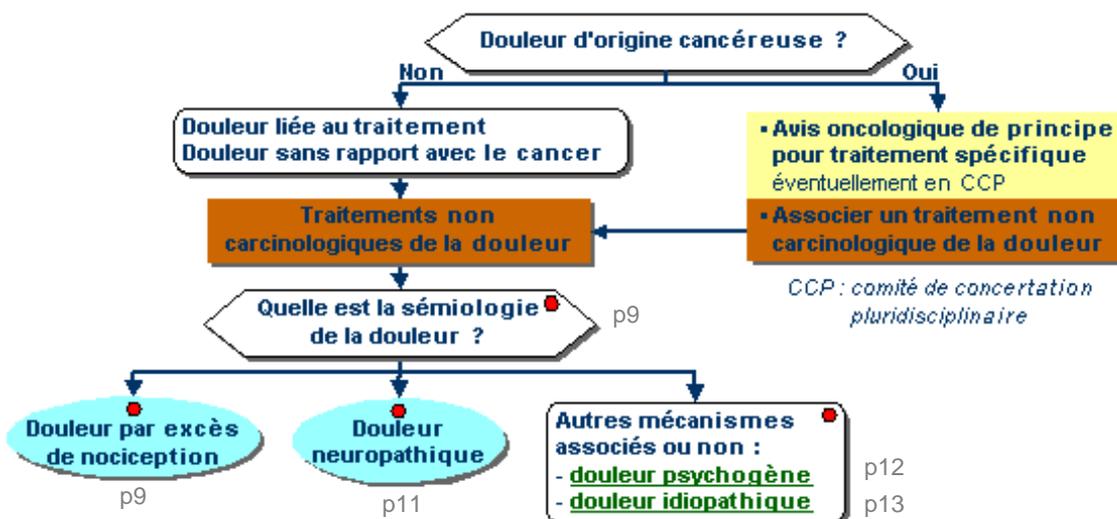
- ▶ Généralités p1
- ▶ Doul. excès nociception p9
- ▶ Ttts co-antalgiques p21
- ▶ Evaluation de la douleur p2
- ▶ Doul. neuropathiques p11
- ▶ Radiothérapie p22
- ▶ Sémiologie (mécanismes) p9
- ▶ Opioides p14
- ▶ Psychothérapie p26

Date de révision : **13 décembre 2001**

## Principes généraux

Ce référentiel présente les principes de prise en charge des douleurs chez l'adulte porteur d'une tumeur ou d'une hémopathie maligne.

La stratégie de prise en charge dépend de la nature cancéreuse ou non de la douleur (Cf. [arbre](#) ci-dessous) et de son [mécanisme d'action](#)<sup>p9</sup>. Elle s'appuie sur une phase d'[évaluation](#)<sup>p2</sup> et différents types de traitement (médicamenteux [spécifique](#) ou [non](#), [radiothérapie](#) antalgique des métastases osseuses, [psychothérapie](#), etc.).



## REFERENTIELS

# Prise en charge de la douleur chez l'adulte ● ● ●

## ☐ Bilan et évaluation

### Bilan

- ▶ Interrogatoire
  - Historique, caractère, intensité, localisation, traitements de la douleur
  - Auto-évaluation par échelles (EVA, EVS, QDSA, ...) ou hétéro-évaluation (enfant, DEGR ; personne âgée, Doloplus 2, ECPA)
- ▶ Examen clinique, (neurologique ++)
- ▶ ± Examens biologiques, explorations et imagerie à visée diagnostique
- ▶ Evaluation de l'état psycho-socio-familial.
- ▶ Evaluation de la douleur (Cf. ci-dessous)

### Auto-évaluation

Pour mesurer une même dimension (intensité de la douleur), utiliser la même échelle lors de l'évaluation initiale et du suivi.

La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

#### Sommaire

- |   |  |
|---|--|
| ▶ Echelles <a href="#">quantitatives</a> p2   | ▶ Echelles <a href="#">Doloplus 2</a> p6 |
| ▶ Echelles qualitatives <a href="#">QDSA</a> , p3<br><a href="#">QDSA abrégé</a> p3 | ▶ Echelles <a href="#">ECPA</a> p7       |
| ▶ Echelle <a href="#">DEGR</a> (Douleur Enfant<br>Gustave Roussy) p5                |  |

### *Echelles quantitatives mesurant l'intensité de la douleur*

- ▶ **Echelle visuelle analogique (EVA) : "thermomètre" de la douleur.**  
L'intensité de la douleur peut être définie par un trait tracé sur une échelle :



Demander au patient d'indiquer par une croix ou un trait sur la ligne, le niveau de sa douleur actuelle.

En cas de difficultés de compréhension de l'EVA, proposer l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS).

### ► **Echelle numérique (EN)**

Entourer ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur au moment présent :

<b>Pas de douleur</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Douleur maximale imaginable</b>
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

### ► **Echelle verbale simple (EVS)**

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correspondant le mieux à votre douleur actuelle.

Suite d'adjectifs : absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense.

Intérêt de ces échelles :

donnent une valeur descriptive pour un patient donné et permettent un suivi.

## **Echelles qualitatives QDSA, QDSA abrégé**

Les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue.

Proposer au patient de décrire la douleur telle qu'il la ressent en général.

Lui demander de sélectionner les qualificatifs qui correspondent à ce qu'il ressent.

Dans chaque groupe de mots, lui demander de choisir le mot le plus exact.

Lui demander de préciser la réponse en donnant au qualificatif qu'il a choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

- 0 / absent, pas du tout
- 1 / faible, un peu
- 2 / modéré, moyennement
- 3 / fort, beaucoup
- 4 / extrêmement fort, extrêmement.

# Questionnaire Douleur Saint-Antoine = QDSA

A	Battements.....				J	Fatigante.....			
	Pulsations.....					Enervante.....			
	Bancements.....					Ereintante.....			
	En éclairs.....				K	Nauséuse.....			
	Décharges électriques.....					Suffocante.....			
	Coups de marteau.....					Syncopale.....			
B	Rayonnante.....				L	Inquiétante.....			
	Irradiante.....					Oppressante.....			
C	Piqûre.....					Angoissante.....			
	Coupure.....				M	Harcelante.....			
	Pénétrante.....					Obsédante.....			
	Transperçante.....					Cruelle.....			
	Coups de poignard.....					Torturante.....			
D	Pincement.....					Suppliciante.....			
	Serrement.....				N	Gênante.....			
	Compression.....					Désagréable.....			
	Ecrasement.....					Pénible.....			
	En étau.....					Insupportable.....			
	Broieiment.....				O	Enervante.....			
E	Tiraillement.....					Exaspérante.....			
	Éirement.....					Horripilante.....			
	Distension.....				P	Déprimante.....			
	Déchirure.....					Suicidaire.....			
	Torsion.....								
	Arrachement.....								
F	Chaleur.....								
	Brûlure.....								
G	Froid.....								
	Glacé.....								
H	Picotements.....								
	Fourmillements.....								
	Démangeaisons.....								
I	Engourdissement.....								
	Lourdeur.....								
	Sourde.....								
<p>0 Absent Pas du tout    1 Faible Un peu    2 Modéré Moyennement    3 Fort Beaucoup    4 Extrêmement fort Extrêmement</p>									
<p>1** case = cocher 2* case = numéroter</p>									
<p>de A à I : critères sensoriels de J à P : critères affectifs</p>									

# Echelle DEGR (Douleur de l'Enfant - Institut Gustave Roussy)

Date : ..... Nom de l'examineur : .....

## ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS

Spontanément, l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. A évaluer lorsque l'enfant est **SANS ACTIVITE PHYSIQUE**, allongé ou assis. **A NE PAS CONFONDRE** avec l'attitude antalgique dans le mouvement.

### COTATION

- 0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.
- 1 : L'enfant semble éviter certaines positions.
- 2 : L'enfant **EVITE** certaines positions mais n'en paraît pas gêné.
- 3 : L'enfant **CHOISIT** une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.
- 4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

## ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITE

Concerne la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix.

A étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

### COTATION

- 0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.
- 1 : L'enfant paraît un peu terne, éteint.
- 2 : Au moins un des signes suivants :
  - Traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.
- 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
- 4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

## ITEM 3 : PROTECTION SPONTANEE DES ZONES DOULOUREUSES

En permanence, l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

### COTATION

- 0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.
- 1 : L'enfant évite les heurts violents.
- 2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.
- 3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.
- 4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

## ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES

Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.

### COTATION

- 0 : Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.
- 1 : Plaintes « neutres » :
  - sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »),
  - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).
- 2 : Au moins un des signes suivants :
  - a suscité la question « qu'est-ce que tu as, tu as mal ? »
  - voix geignarde pour dire qu'il a mal.
  - mimique expressive accompagnant la plainte.
- 3 : En plus de la **COTATION 2**, l'enfant :
  - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal,
  - a demandé un médicament.
- 4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

## ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE dans le mouvement

Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. A rechercher au cours **d'ENCHAINEMENTS DE MOUVEMENTS** (ex. la marche) éventuellement sollicités. **A NE PAS CONFONDRE** avec la lenteur et rareté des mouvements.

### COTATION

- 0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.
- 1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.
- 2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.
- 3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.
- 4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

## ITEM 6 : DESINTERET POUR LE MONDE EXTERIEUR

Concerne l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

### COTATION

- 0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.
- 1 : L'enfant s'intéresse à son environnement mais sans enthousiasme.
- 2 : L'enfant s'ennuie facilement mais peut être stimulé.
- 3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.
- 4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

## Echelles Doloplus 2

Elles sont basées sur une évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.

### Conseils d'utilisation

- Coter en équipe pluridisciplinaire (au minimum médecin + soignant) pendant la visite, ou en réunion d'équipe.
- Intégrer l'échelle dans le dossier soins du patient.
- Coter 0 en cas d'item inadapté (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position foetale).
- Ne pas comparer les scores de patients différents.
- Réévaluation bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs.
- Réévaluation quotidienne systématique ensuite.
- Une courbe des scores peut-être judicieuse et significative.

Nom : .....	<b>EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE Echelle Doloplus-20</b>
Prénom : .....	
Service : .....	

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>					
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte .....	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation .....	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles .....	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues .....	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique .....	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle .....	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace .....	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace .....	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection .....	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins .....	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins .....	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation ..	3	3	3	3
4. Mimique	• Mimique habituelle .....	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation ..	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation .....	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle .....	3	3	3	3
5. Sommeil	• Sommeil habituel .....	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement .....	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice) .....	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil .....	3	3	3	3

<b>RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR</b>					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées .....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) .....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative .....	3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées .....	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ... ).....	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements).....	2	2	2	2
	• Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition .....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>					
8. Communication	• Inchangée.....	0	0	0	0
	• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) .....	1	1	1	1
	• Diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• Absence ou refus de toute communication .....	3	3	3	3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques).....	0	0	0	0
	• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation .....	1	1	1	1
	• Refus partiel de participation aux différentes activités....	2	2	2	2
	• Refus de toute vie sociale .....	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel .....	0	0	0	0
	• Troubles du comportement à la sollicitation itératifs.....	1	1	1	1
	• Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	• Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
Copyright					
	SCORE				

## Echelle ECPA

Nom : .....	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom : .....	
Service : .....	
Date : .....	

### I OBSERVATION AVANT LES SOINS

#### 1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

- 0 : Visage détendu
- 1 : Visage soucieux
- 2 : Le sujet grimace de temps en temps
- 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 : Expression complètement figée

#### 2° POSITION SPONTANEE au repos

(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

- 0 : Aucune position antalgique
- 1 : Le sujet évite une position
- 2 : Le sujet choisit une position antalgique
- 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

\* : se référer aux jours précédents

\*\* : ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

#### 3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient

(hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude\*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude\* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude\*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude\*
- 4 : Rareté des mouvements\*\* ou forte agitation, contrairement à son habitude\*

#### 4° RELATION A AUTRUI

Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...

- 0 : Même type de contact que d'habitude\*
- 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude\*
- 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude\*
- 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude\*
- 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude\*

### II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

#### 5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

#### 6° Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

#### 7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

#### 8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

## ▣ Sémiologie et mécanismes de la douleur

On distingue :

- ▶ les douleurs par excès de nociception p9
- ▶ les douleurs neuropathiques p11
- ▶ les douleurs psychogènes p12
- ▶ les douleurs idiopathiques p13

### **Douleurs par excès de nociception**

Ces douleurs correspondent à une activation des voies de la douleur à partir des nocicepteurs par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire). Le fonctionnement du système nerveux reste intact.

Elles correspondent à un excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs.

Ces douleurs répondent habituellement aux antalgiques.

Exemples : coliques néphrétiques, sciatique aiguë par compression discale, fracture, brûlure, métastases osseuses...

**Rq** : Les douleurs sont parfois mixtes associant une composante nociceptive et neuropathique. p11

**Les 5 principes de l'OMS : prescription**

- par voie orale
- à intervalles réguliers
- selon une échelle d'intensité de la douleur
- de façon adaptée aux besoins individuels
- avec un constant souci du détail

**1er palier OMS :**

- Antalgiques non opioïdes** (Cf. base BIAM)
- Paracétamol (1 g toutes les 4 à 6 heures hors AMM)
  - AINS (à doses antalgiques ou à doses anti inflammatoires)

± traitements  
coantalgiques

p21

Evaluation de l'efficacité du traitement  
au minimum dans les 24 heures

Contrôle de la douleur ?

Non

Oui

Vérification de  
l'observance au traitement

**Surveillance**  
Réévaluation de la douleur, systématique, répétée,  
adaptée au patient et selon un rythme défini

Changement  
de palier

arbre suivant

**2ème palier OMS :**

- Opioides faibles ± maintien d'antalgiques de palier I**  
(Cf. base BIAM)
- Dextropropoxyphène
  - Codéine, dihydrocodéine
  - Tramadol

± traitements  
coantalgiques

p21

Evaluation de l'efficacité du traitement  
au minimum dans les 24 heures

Contrôle de la douleur ?

Non

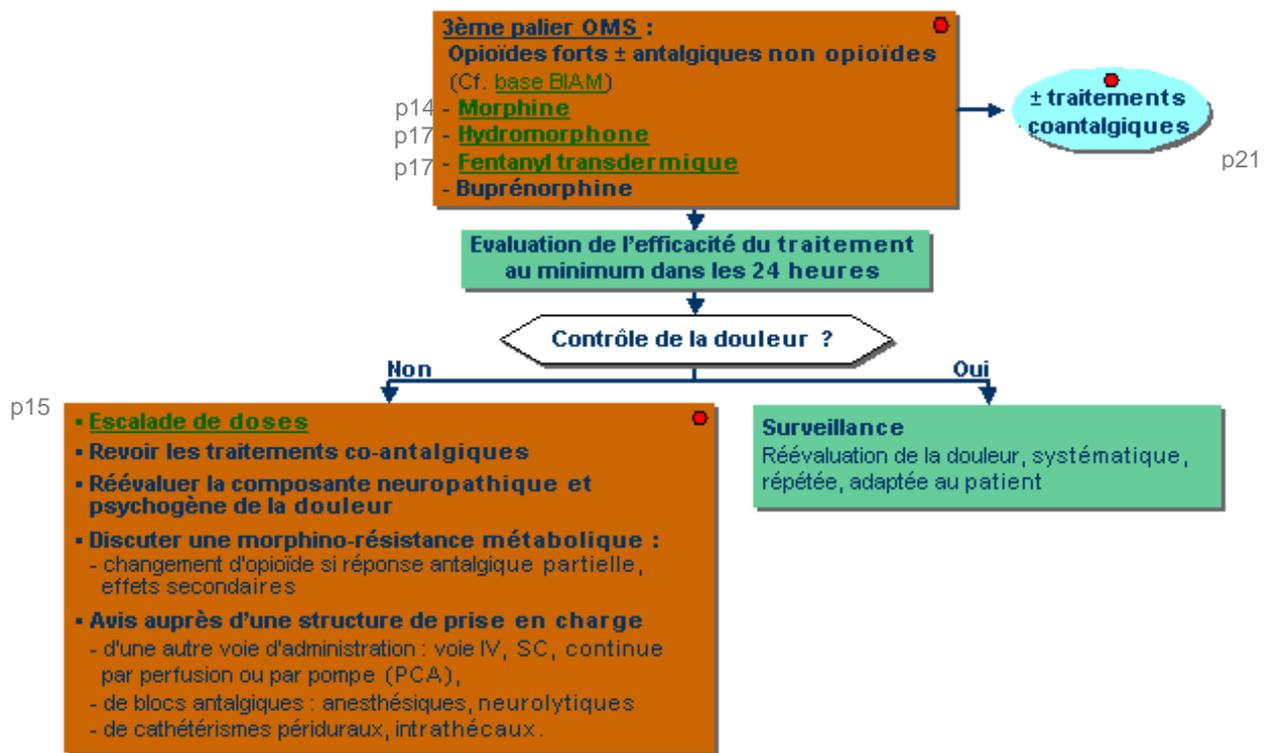
Oui

Vérification de  
l'observance au traitement

**Surveillance**  
Réévaluation de la douleur, systématique, répétée,  
adaptée au patient et selon un rythme défini

Changement  
de palier

p11



## Douleurs neuropathiques

Ces douleurs correspondent à une hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux périphérique ou central. L'altération des voies de la sensibilité entraîne des perturbations complexes de l'ensemble du système nociceptif : hypersensibilité, perte de spécificité, décharge spontanée, perte des contrôles inhibiteurs, hyperactivité du sympathique.

Ces douleurs sont habituellement peu sensibles aux antalgiques et fréquemment à l'origine de douleurs chroniques car la lésion neurologique est souvent définitive.

**Exemples :** douleurs post-zostériennes, polynévrites, membres fantômes, arrachements ou envahissement tumoral du plexus brachial, certaines douleurs de cicatrices ou post-opératoires, douleurs centrales après un AVC.

Certains syndromes canaux (méralgie paresthésique, syndrome du canal carpien...) peuvent bénéficier d'un traitement local efficace.

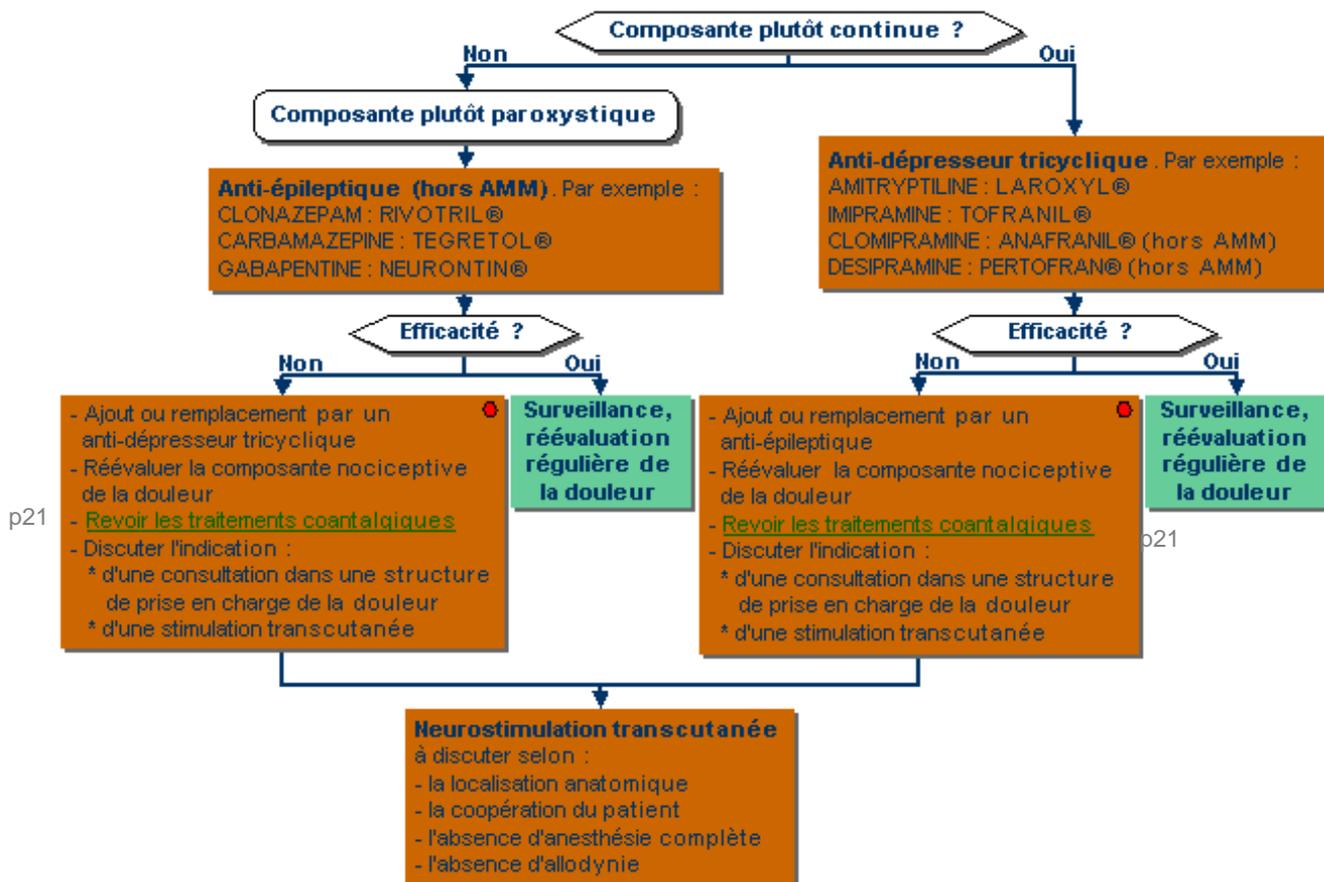
**Signes cliniques caractéristiques** des douleurs neuropathiques :

- ▶ Expression de la douleur spontanée : brûlure, picotement, décharge électrique, broiement....
- ▶ Modification de la sensibilité lors de l'examen : hypo-esthésie ou anesthésie, allodynie (réponse douloureuse à une stimulation normalement indolore), hyperesthésie (réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse), hyperpathie (réponse douloureuse extrêmement intense, qui se prolonge après l'arrêt du stimulus et qui implique un territoire débordant largement la zone stimulée).

- ▶ La topographie de la douleur se situe dans un territoire correspondant à une lésion neurologique.
- ▶ La présence de déficits neurologiques permettent le diagnostic de la lésion neurologique.
- ▶ Les douleurs peuvent être retardées de plusieurs semaines par rapport à la lésion : (intervalle libre).
- ▶ On peut noter un dysfonctionnement sympathique : troubles vasomoteurs, dépilation, troubles des phanères...

**Rq** : Les douleurs sont parfois mixtes associant une composante nociceptive et neuropathique.

p9



p21

p21

## Douleurs psychogènes

Ces douleurs sont en rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil...) ou psychopathologique (angoisse...) caractérisée qui s'exprime au travers du corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants : éléments du discours, personnalités pathologiques entrant dans le cadre d'une névrose hystérique, d'une hypocondrie...

**En aucun cas, il ne s'agit d'un diagnostic lié à l'absence de cause organique décelable.**

La douleur "refuge" décrite comme invalidante, représente en fait un mode de résolution inconscient de certains conflits, organisant la vie du patient et de son entourage autour du

symptôme. Il est parfois préférable de laisser les choses en l'état plutôt que de rompre un équilibre organisé.

## **Douleurs idiopathiques**

Ces douleurs sont évoquées devant la négativité de toutes les explorations. C'est l'absence d'arguments en faveur d'une origine organique ou psychogène qui fait retenir le diagnostic. Certains tableaux douloureux chroniques restent médicalement inexpliqués mais possèdent des caractéristiques cliniques suffisamment stéréotypés pour offrir la possibilité de porter un diagnostic clinique.

Exemples : les glossodynies, les stomatodynies, un bon nombre de céphalées, les douleurs myofaciales...

## ☐ Utilisation des opioïdes chez l'adulte

En ville, seule l'ordonnance sécurisée est légale. La mention ALD est à noter si justifiée.

Le pharmacien fait une photocopie au malade pour le remboursement.

Il existe des règles spécifiques de délivrance hospitalière.

### Morphine à libération immédiate

Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours (J.O. 20/10/2000)

#### Indications

Patients non calmés par des traitements antalgiques de palier II de l'OMS ou douleurs majeures. L'utilisation de la morphine à libération immédiate est recommandée pour les patients « fragiles » (grand âge, mauvais état général, insuffisance rénale ou hépatique, hypoprotidémie ...)

#### Sulfate de morphine

SEVREDOL® : Cp sécable à 10, 20 mg (peuvent être écrasés)

ACTISKENAN® : gel à 5, 10, 20 et 30 mg

Les gélules peuvent être ouvertes et mélangées à un aliment semi-solide, liquide ou passées dans une sonde d'alimentation de diamètre > 16° FG et/ou diamètre interne > 2,5 mm, extrémité distale ouverte ou pores latéraux.

Bien rincer seringue et sonde d'alimentation après administration, .

**Ex. d'ordonnance initiale** : pour 10 mg/4 heures, soit 60 mg/j. (si patient « fragile », débiter à 5 mg/4 heures)

« Prendre un cp de SEVREDOL® à dix mg toutes les quatre heures pendant vingt-huit jours. Soit douze boîtes pour vingt-huit jours.

Une boîte supplémentaire pour augmentations éventuelles selon les recommandations données ».

Autre prescription possible avant le délai des 28 jours si besoin en mentionnant « connaissant la prescription en date du ... je prescris à nouveau pour vingt-huit jours ... »

(Dose maximale supprimée, JO 24/09/97).

## Chlorhydrate de morphine

Morphine Cooper® : ampoules buvables prêtes à l'emploi, 10 mg et 20mg/10 ml.

Préparation magistrale : solubilité maximale 50 mg/ml.

**Ex. d'ordonnance initiale** : pour 10 mg/4 heures, soit 60 mg/j (patient «fragile», débiter à 5 mg/4 heures)

«Chlorhydrate de morphine

*Dix ml toutes les quatre heures de la potion suivante :*

*Chlorhydrate de morphine dix mg*

*Eau purifiée qsp dix ml*

*Soit mille six cent quatre vingt mg pour vingt-huit jours à prendre avec une seringue et non à la cuillère, à mélanger avec une boisson pour masquer l'amertume».*

### Adaptation des doses en début de traitement

Evaluer l'efficacité du traitement dans les 24 heures. La tendance actuelle est d'avoir recours aux interdoses de morphine ou doses de secours en attendant de trouver la posologie adéquate. Les interdoses de morphine peuvent être prises entre les doses prévues à horaires fixes. Chaque interdose correspond à 1/6 ou 10 % de la dose prévue pour 24 heures. Les recommandations initiales de l'OMS qui étaient de majorer de 50 % la dose quotidienne de morphine en cas d'antalgie insuffisante après 24 heures d'un traitement bien conduit restent valables.

### Equilibration du traitement

Quand l'antalgie est obtenue, il est possible de remplacer la prise nocturne par une double dose au coucher. Ne pas réveiller le patient systématiquement. Lorsque la douleur est contrôlée le relais peut être pris par une [forme LP](#). p16

Si l'antalgie est insuffisante, l'augmentation progressive jusqu'à plusieurs grammes par jour est possible.

Les effets secondaires sont les seuls facteurs limitants :

- ▶ la constipation qui est à prévenir systématiquement (cf.ci-dessous),
- ▶ la somnolence (différencier une dette de sommeil d'un surdosage),
- ▶ la dysphorie.

Si l'antalgie n'est pas obtenue après 3 à 4 augmentations s'interroger :

- ▶ Identifier une composante neuropathique de la douleur et discuter l'indication d'un traitement antidépresseur, antiépileptique, ou une stimulation transcutanée.
- ▶ Morphinorésistance "métabolique" possible. Discuter :

- un changement d'opioïdes, [Hydromorphone](#) (Sophidone LP®) ; [Fentanyl transdermique](#) (Durogésic®) p17
  - une autre voie d'administration, IV ou sous-cutanée par pompes portables
  - dans certaines indications, un cathétérisme périmédullaire (intrathécal plutôt qu'épidural), un bloc neurologique, une alcoolisation ...
- Revoir les traitements coantalgiques (corticoïdes, AINS, diphosphonates, etc.) et réévaluer la détresse morale.

## Opioïdes à libération prolongée

### Sulfate de morphine

MOSCONTIN®, Cp à 10, 30, 60, 100, 200 mg. 2 prises/24 heures

SKENAN LP® : Gél. à 10, 30, 60, 100, 200 mg. 2 prises/24 heures

KAPANOL LP® : Gél. à 20, 50, 100 mg. 1 prise/24 heures

Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours. (JO 13/09/95).

Ne jamais écraser les cp de MOSCONTIN, ne pas les faire fondre ou les croquer ; les gél. de Skénan® et de Kapanol® peuvent s'ouvrir (cf ACTISKENAN).

### Indications

Initiation d'un traitement sauf chez les patients « fragiles » (cf. [ci-dessus](#)) p14

Relais d'un traitement morphinique à libération immédiate (dose pour dose).

### Adaptation des doses en début de traitement

Posologie habituelle de départ de 30 mg toutes les 12 heures.

L'augmentation des doses peut se faire :

- En ayant recours aux interdoses de morphine à libération immédiate, 10 % ou 1/6 de la dose des 24 heures.  
Deux intérêts : équilibration plus rapide du traitement en cas de douleurs instables et contrôle des accès douloureux. Si les interdoses sont systématiquement nécessaires, elles sont intégrées dans la dose quotidienne.
- En augmentant la dose quotidienne de morphine par palier de 50 %  
Par ex ; malade non calmé pour une dose de 60 mg de morphine LP toutes les 12 heures, passer à 90 mg toutes les 12 heures.

**Ex. d'ordonnance** : 90 mg/12 heures soit 180 mg/j de morphine. 2 prises/24 heures.

« Quatre-vingt-dix mg de SKENAN LP toutes les douze heures pendant vingt huit

*jours soit quatre boîtes de gélules à trente mg et quatre boîtes de gélules à soixante mg.*

*Une boîte supplémentaire de gélules d'ACTISKENAN à vingt mg. Prendre une gélule toutes les quatre heures, en cas de douleurs, selon les recommandations données ».*

Dose maximale selon antalgie et effets secondaires (Cf. [ci-dessous](#)). p19

Si patient « fragile », n'utilisez la morphine retard qu'après obtention d'une analgésie stable sous morphine immédiate, dose/j de morphine immédiate = dose/j de morphine retard.

### **Hydromorphone (SOPHIDONE LP®)**

Gélules à 4, 8, 16, 24 mg. 2 prises par 24 heures. Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours (J0 20/10/00).

Même mode d'action que la morphine, 7,5 mg de morphine # 1 mg d'hydromorphone.

**Indication** : traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques.

Rotation des opioïdes en cas d'antalgie insuffisante ou d'effets secondaires avec d'autres opioïdes.

Pour les interdosés : morphines à libération immédiate.

### **Fentanyl transdermique (DUROGESIC®)**

Patchs à 25, 50, 75, 100 µg/h.

Une application toutes les 72 heures. Liste des stupéfiants ; durée de prescription = 28 jours, délivrable en 2 fois (J0 20/10/00)

**Indication** : traitements des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en cas de douleurs stables.

Pour les interdosés : morphines à libération immédiate.

**Ex. d'ordonnance** : malade bien calmé par 160 mg/j de morphine mais très constipé malgré les laxatifs.

Passage au DUROGESIC®. Equivalence de dose selon abaques indicatives du laboratoire.

*«Un patch à cinquante µg/h de DUROGESIC toutes les soixante-douze heures pendant vingt huit jours, soit dix patchs ».*

Adaptation des doses avec des interdosés de morphine à libération immédiate de 20 mg (soit environ 10 % de la dose journalière en équivalent morphine) toutes les 4 heures si nécessaire. Augmenter les posologies de DUROGESIC par palier de 25 µg/h tous les 3 jours, si prise de plus de 4 interdosés de morphine à libération immédiate.

Dose maximale selon antalgie, effets secondaires et grand nombre de patches à coller.

## Autres opioïdes

Penser aux équivalences de doses pour passer de l'un à l'autre des produits.

**NE JAMAIS ASSOCIER NUBAIN®, TEMGESIC® entre eux ou avec CODEÏNE, DEXTROPROPOXYPHENE, TRAMADOL, MORPHINE, DOLOSAL®, DUROGESIC®, SOPHIDONE LP®, EUBINE®,** car antagonisme avec baisse d'activité antalgique.

**TEMGESIC®** : liste I, mais prescription sur ordonnance sécurisée ; durée de prescription = 30 jours (2cp # 10 mg morphine PO). Forme injectable réservée aux hôpitaux.

- ▶ A utiliser éventuellement avant le recours à la morphine. Antinauséux systématiques pendant 3 à 4 jours.
- ▶ Dose usuelle = 1 à 2 cp sublinguaux/ prise toutes les 8 heures = 6 cp/j, passage TEMGESIC-MORPHINE sans danger mais antalgie médiocre possible pendant 24 heures environ.

**DOLOSAL®** : Liste des stupéfiants ; prescription = 7 jours. Pas de forme orale. (1amp # 10 mg morphine PO) Dose maximale autorisée = 6 amp/ jour.

- ▶ Voie IM et non sous-cutanée (risque de nécrose).
- ▶ Constipation réputée moins intense ⇒ l'utilisation peut être avantageuse en cas de syndrome sub-occlusif, de carcinomatose péritonéale.

**NUBAIN®, AZERTY®** : pas d'intérêt dans la prise en charge de la douleur chronique en cancérologie.

## Morphine injectable

Liste des stupéfiants ; prescription : 7 jours ou 28 jours si ampoules destinées à être utilisées dans des systèmes de perfusion actifs (pompes portables avec système d'autoanalgesie, arrêté du 05/04/95) (Cf. tableau ci\_après).

Laboratoire	Concentration	Quantité morphine	Volume	Réservé hôpitaux
LAVOISIER-RENAUDIN	10 mg/ml	50 mg	5 ml	Non
AGUETTANT-LAVOISIER-MERAM* -RENAUDIN	10 mg/ml	10 mg	1 ml	Non
LAVOISIER-RENAUDIN	20 mg/ml	100 mg	5 ml	Non
AGUETTANT-LAVOISIER-MERAM* -RENAUDIN	20 mg/ml	20 mg	1 ml	Non
AGUETTANT	40 mg/ml	400 mg	10 ml	Non
P.C.H.	50 mg/ml	250 mg	5 ml	Oui

### Indications

- ▶ en première intention, si douleur sévère nécessitant un traitement rapide ou si la voie orale est impossible ;
- ▶ en seconde intention, si douleur ou effets secondaires non contrôlés avec un traitement PO.

### Posologie

SC ou IV = posologie PO divisée par 2 (ou 3 si patient «fragile»)

Evaluation et adaptation des doses toutes les 24 heures minimum. Augmentation en ayant recours aux interdosages (bolus).

## Prévention des effets indésirables

### Antinauséux

Conseillés pendant les 2 à 8 premiers jours de traitement opioïde puis arrêt. Le choix dépend du mécanisme principal supposé à l'origine des symptômes.

Traitement d'action centrale, neuroleptiques :

- halopéridol : HALDOL®,
- chlorpromazine : LARGACTIL®.

Traitement d'action gastrokinétique :

- métoclopramide : PRIMPERAN®, PROKINYL LP®
- domperidone : MOTILIUM®, PERIDYS®.

Si échec d'une monothérapie, possibilité d'associer 2 médicaments d'action différente.

### **Laxatifs en continu**

La connaissance des modes d'action des différents laxatifs et la surveillance clinique (consistance des selles) doivent permettre d'adapter le traitement à chaque situation.

Proposer un laxatif osmotique ou un laxatif stimulant.

Insister sur la prévention : par une hydratation maximale, la consommation de légumes, de fruits frais et secs (pruneaux, cacahuètes..).

Si moins de 2 selles hebdomadaires, rechercher un fécalome par TR :

- ▶ Selles dures, fécalome : laxatifs osmotiques ou tensio-actifs, voire lavement
- ▶ Selles molles, laxatifs augmentant la pression intra rectale
- ▶ Pas de selle, pas de laxatif par voie rectale.

## **Arrêt d'un traitement opioïde par voie orale**

Diminuer progressivement les doses par palier de 25 % environ dans un premier temps puis diminution en fonction de la clinique

## **Surdosage**

NARCAN®, NALOXONE®, NALONE® (Amp.inj. 0,4mg/1 ml) disponible en ville non remboursé.

Antidote spécifique et immédiat de tous les opioïdes agonistes.

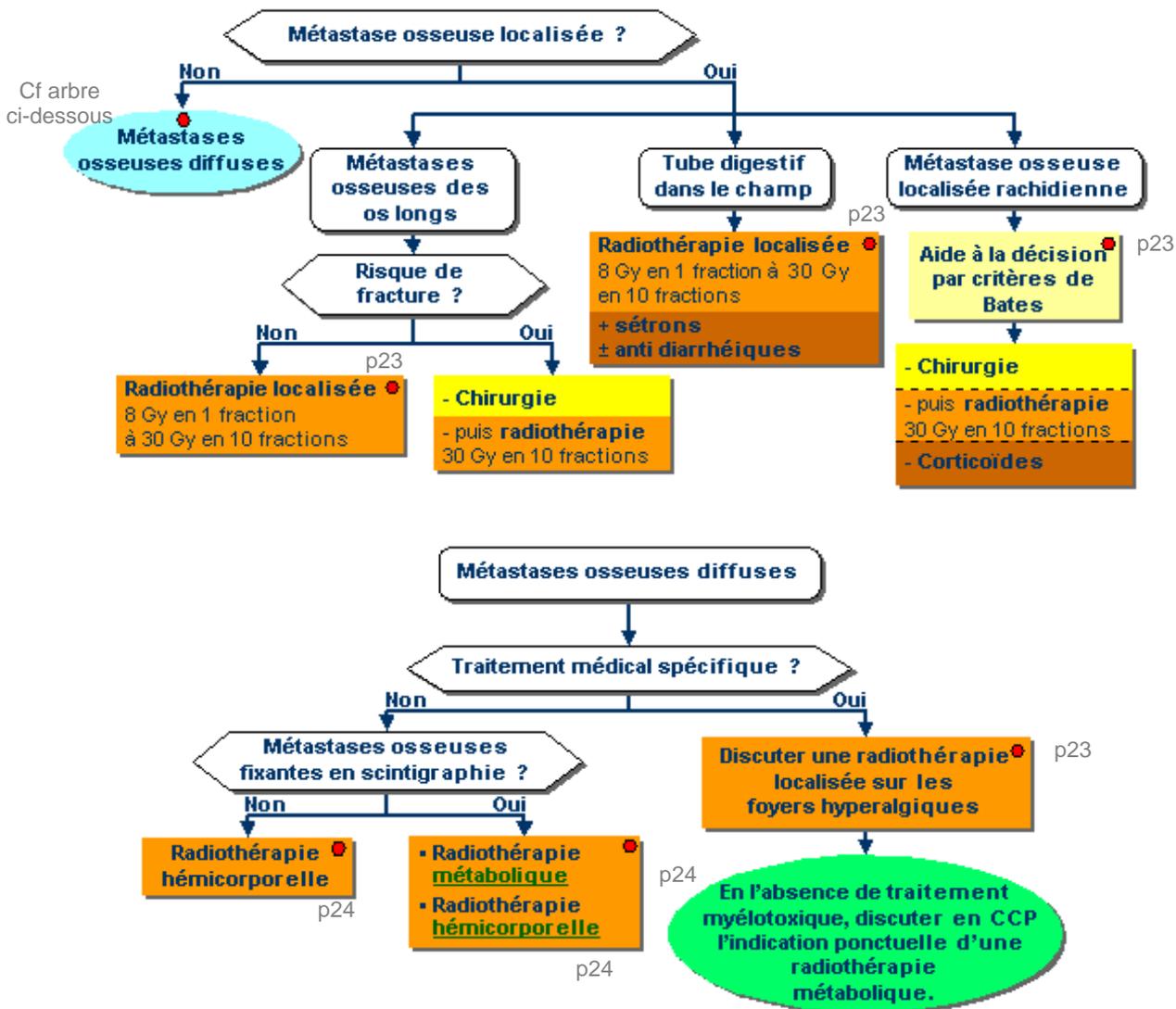
Action moindre sur les agonistes partiels-antagonistes (Temgésic®...) ; aucune action antalgique. A réserver aux surdosages accidentels sérieux avec bradypnée inférieure à 8/mn. Injecter 0,1 mg (0,25 ml) à répéter toutes les 2 à 3 minutes en fonction de l'effet (Attention, demi-vie courte).

## ☐ Traitements co-antalgiques



☐ Radiothérapie

Radiothérapie antalgique des métastases osseuses



Critères de Bates (1992)

Aide à la décision du traitement radiothérapique (irradiation externe exclusive) pour les métastases osseuses rachidiennes

- Espérance de vie très courte
- Evolution lente
- Pas de compression franche
- Moelle cervicale haute indemne
- Atteinte de la queue de cheval
- Multiples niveaux
- Colonne vertébrale stable
- Histologies favorables : LMNH - myélome - sein - prostate

## Radiothérapie localisée

▶ **Champ d'irradiation** : classiquement, tout le segment osseux.

▶ **Métastase osseuse rachidienne** :

- 1 vertèbre de marge de part et d'autre
- 2 vertèbres si épidurite

▶ **Doses** : 8 grays en 1 fraction : recherche d'un effet antalgique seul

à 30 grays en 10 fractions : recherche d'un effet carcinostatique

Doses en fonction :

- de la taille du champ
- de la présence d'une partie du tube digestif dans le champ (5 anti HT3)
- de la localisation
- de l'état du patient (mobilisations algiques)

▶ **Effet antalgique** : parfois dans les 24 heures

Effet optimum : dans les 4 semaines

## Radiothérapie hémicorporelle

Ce traitement nécessite une hospitalisation en raison du risque hématologique important.

▶ **Hémicorps supérieur** : 6 grays en 1 fraction

▶ **Hémicorps inférieur** : 8 grays en 1 fraction

▶ **Traitements associés** :

- + Hydratation IV
- + Antinauséux dont sétrons
- + Corticoïdes
- ± Antidiarrhéiques

▶ **Intervalle entre les deux radiothérapies** : 6 semaines, selon la NFS

▶ **Résultats** : efficacité > à 80 % (métastases osseuses)

Effet antalgique dans les 24 h chez 25 % des patients, maintenu dans 75 % des cas jusqu'au décès.

# Radiothérapie métabolique

	<b>Strontium 89 METASTRON®</b> (analogue calcique)	<b>QUADRAMET®</b> (Samarium153 + Diphosphonate)
<b>Caractéristiques physiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demi-vie = 50,5 jours</li> <li>• <math>\beta</math>- exclusif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demi-vie = 46,3 heures</li> <li>• <math>\beta</math>- et <math>\gamma</math></li> </ul>
<b>Caractéristiques biologiques</b>	Élimination urinaire lente	Élimination urinaire rapide et importante (35 % de la dose administrée éliminée dans les urines au bout de 12 heures)
<b>Indications</b>	Prostate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous primitifs concernés</li> <li>• Métastases multiples</li> <li>• M. hyperfixantes à la scintigraphie osseuse</li> <li>• M. douloureuses</li> </ul>
<b>Dispositions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt de toute médication calcique 2 sem. avant</li> <li>• Hospitalisation non nécessaire</li> <li>• Surveillance NFS 2ème - 8ème semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surcharge hydrique avant l'injection</li> <li>• 1 jour d'hospitalisation</li> <li>• Recueil des urines sur les 6 premières heures</li> <li>• Surveillance NFS 2ème - 8ème semaine</li> </ul>
<b>ATTENTION AUX ASSOCIATIONS MYELOTOTOXIQUES</b>		
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 % d'échecs</li> <li>• 75 % de réponses (25 % RC - 50 % RP)</li> </ul>	
<b>Possible augmentation transitoire des douleurs</b> +++		
<b>Effets : début</b>	10-20 jours après injection	1 semaine après l'injection
<b>max</b>	à 6 semaines	à 4 semaines
<b>durée tot.</b>	6 mois (2 - 10)	16 semaines
<b>Possibilité de répéter l'injection</b>	Oui, après 3 mois	Oui, après 8 semaines
<b>Pas de limite au nombre des réinjections</b>		

## ▣ Psychothérapie

Toutes les prises en charge psychologiques impliquent une adhésion et une participation active du patient.

L'objectif n'est pas de se substituer au patient mais de lui faire découvrir et utiliser au mieux ses ressources vitales.

### L'entretien thérapeutique

Il peut être unique et permettre d'exprimer la souffrance et d'en dynamiser la gestion.

(éléments importants : temps consacré au patient, disponibilité, qualité de l'évaluation ...).

### La relaxation

La relaxation est une réponse qui inhibe l'anxiété. Cet outil que le patient douloureux pourra utiliser à chaque instant, réduira l'anxiété et favorisera la détente musculaire. Elle est indiquée pour presque toutes les situations douloureuses.

Les trois courants les plus connus sont ceux de Jacobson, le training autogène de Schultz et le biofeedback.

### Les thérapies cognitivo-comportementales

La thérapie comportementale est une méthode de traitement fondée sur les lois du conditionnement et de l'apprentissage. Elle a pour objet de réduire le symptôme gênant pour le sujet. L'objet du travail est le symptôme et non la cause, enracinée dans l'inconscient.

La méthode consiste en l'apprentissage de comportements différents. L'acquisition de tout nouveau comportement bénéfique doit être renforcé par le patient et par l'entourage.

La thérapie cognitive vise à conduire le sujet à adopter des stratégies de modification des cognitions inadaptées (idées fausses autour de la douleur).

La thérapie cognitivo-comportementale vise, tout en modifiant le comportement, à prendre conscience des pensées et des systèmes de croyance dysfonctionnels pour mettre en place d'autres systèmes de réflexion.

C'est une psychothérapie structurée : 15 à 20 séances d'une heure par semaine.

## **L'hypnose**

L'hypnose peut être définie comme un état passager de conscience modifiée, d'hypovigilance et de dissociation permettant des suggestions thérapeutiques.

L'état de conscience modifié induit par l'hypnose entraîne des modifications sensorielles et affectives qui permettent au sujet de modifier l'information douloureuse au niveau cortical en faisant disparaître l'aspect psychologique : la souffrance.

Les indications de l'hypnose :

- les douleurs aiguës chirurgicales, obstétricales, des grands brûlés,
- les douleurs chroniques, les douleurs cancéreuses, les migraines.

Tout le monde est hypnotisable à condition d'être demandeur, d'adhérer pleinement et d'accepter de "lâcher prise".

L'utilisation de l'hypnose dans la douleur a pour but de réduire la douleur de façon significative, en la traitant sans accumulation d'effets secondaires et d'élever son seuil de perception. Elle renforce l'effet des autres traitements prescrits. Elle permet surtout d'apprendre au patient une technique qu'il pourra utiliser (l'auto-hypnose), de diminuer l'angoisse, de réinvestir le corps. L'apprentissage s'effectue sur 3 à 5 séances.

## **La psychanalyse**

Les thérapies d'inspiration psychanalytique et la psychanalyse ont pour objectif de permettre l'émergence des facteurs inconscients par le biais de libres associations émises par le sujet.

Le travail porte sur l'interprétation du conflit inconscient et l'analyse du transfert.