



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Douleur en Oncologie



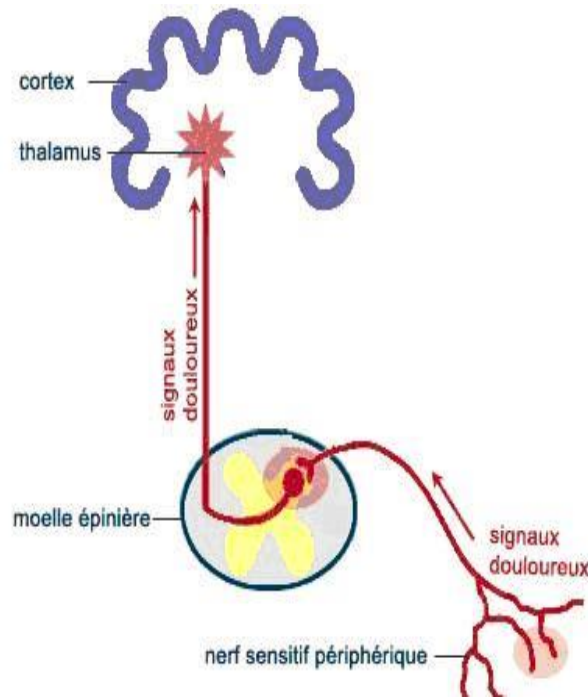
Dr Karine LEGRAND, Médecin Coordinateur de la Structure
Douleur Chronique du CH ARRAS



2019

Définition de la Douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion.



Epidémiologie

La Mortalité par cancer est élevée : 1ère cause de décès chez l'homme entre 45 et 74 ans , chez la femme entre 35 et 74 ans

Stades précoces : 30 à 45% des patients ont une douleur modérée à sévère

Stades avancés : 75%

Etiologies variées :

- Liées au processus tumoral et à son évolution locorégionale ou à distance : 70%
- Liées aux traitements : 20%
- Sans lien de causalité directe avec le cancer : 10%

Altération de l'image du corps : mastectomie, colostomie, trachéostomie, lésions tumorales...

Epidémiologie

Etiologies multiples pour un même patient

Etiologie variable au cours du temps

Toute nouvelle douleur doit faire rechercher une récurrence

Douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques

Le traitement du cancer est le 1^{er} traitement de la douleur = effet antalgique et anti tumoral

On distingue en général 3 types de douleurs :

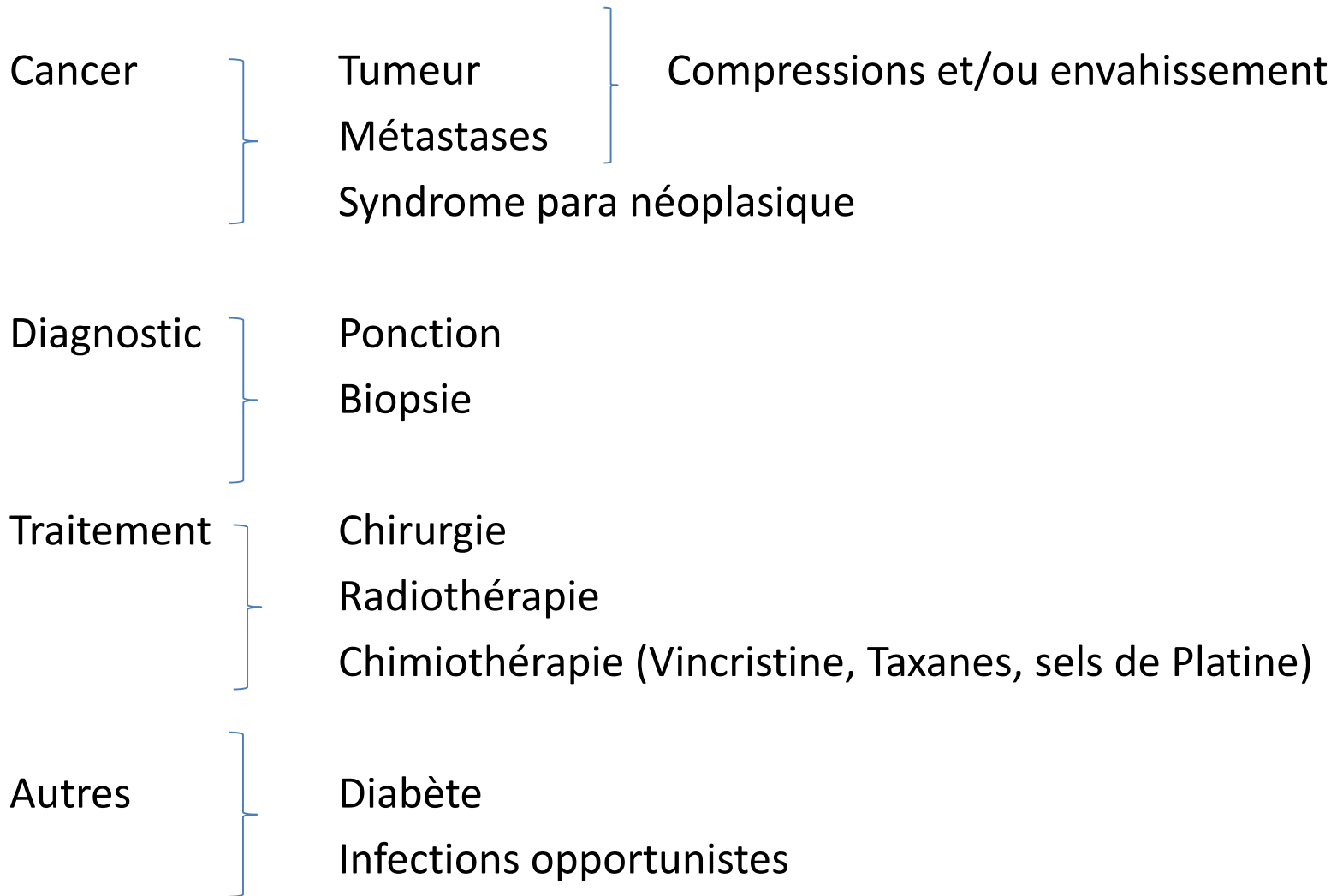
Douleur liée à la Tumeur

Douleur liée aux actes diagnostiques

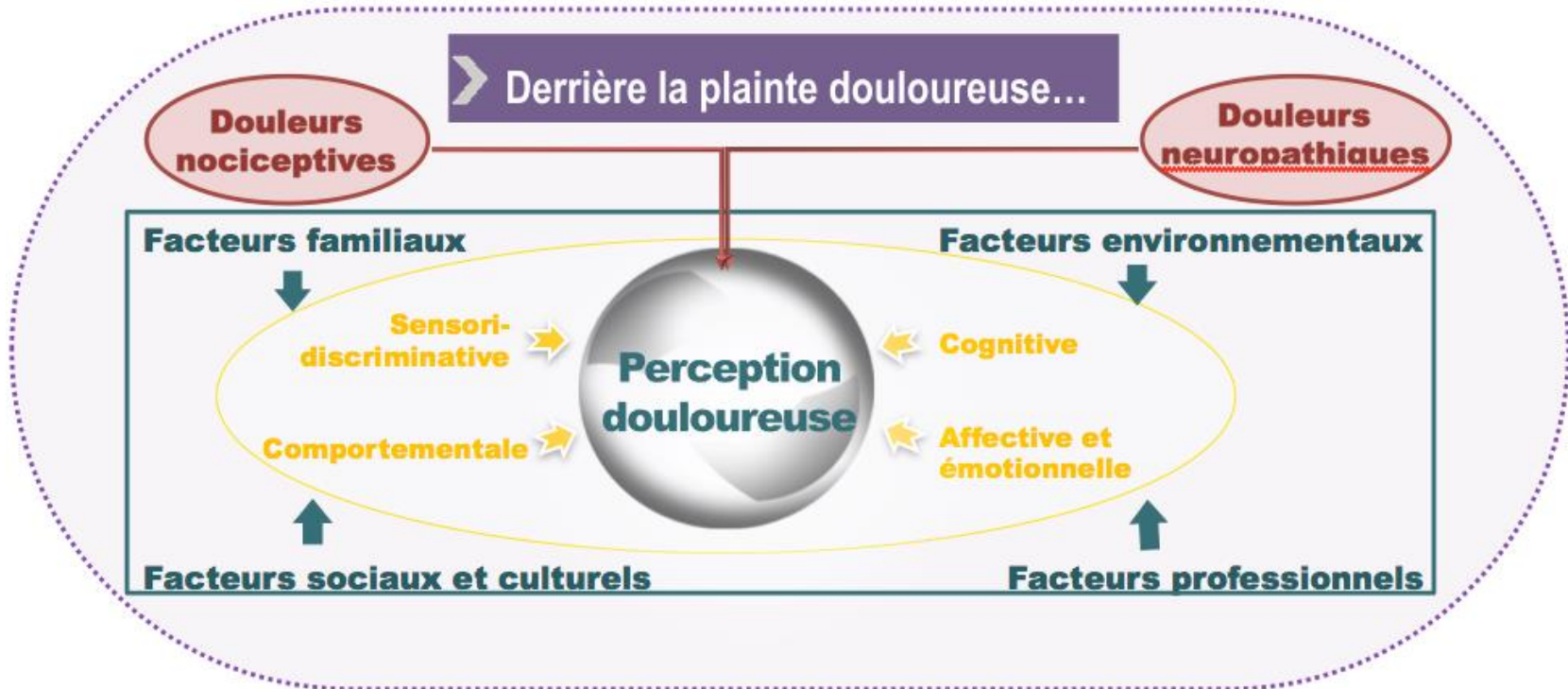
Douleurs liées au traitement

} Douleurs iatrogènes = prévention

Etiologies



Symptômes multiples/Plainte globale

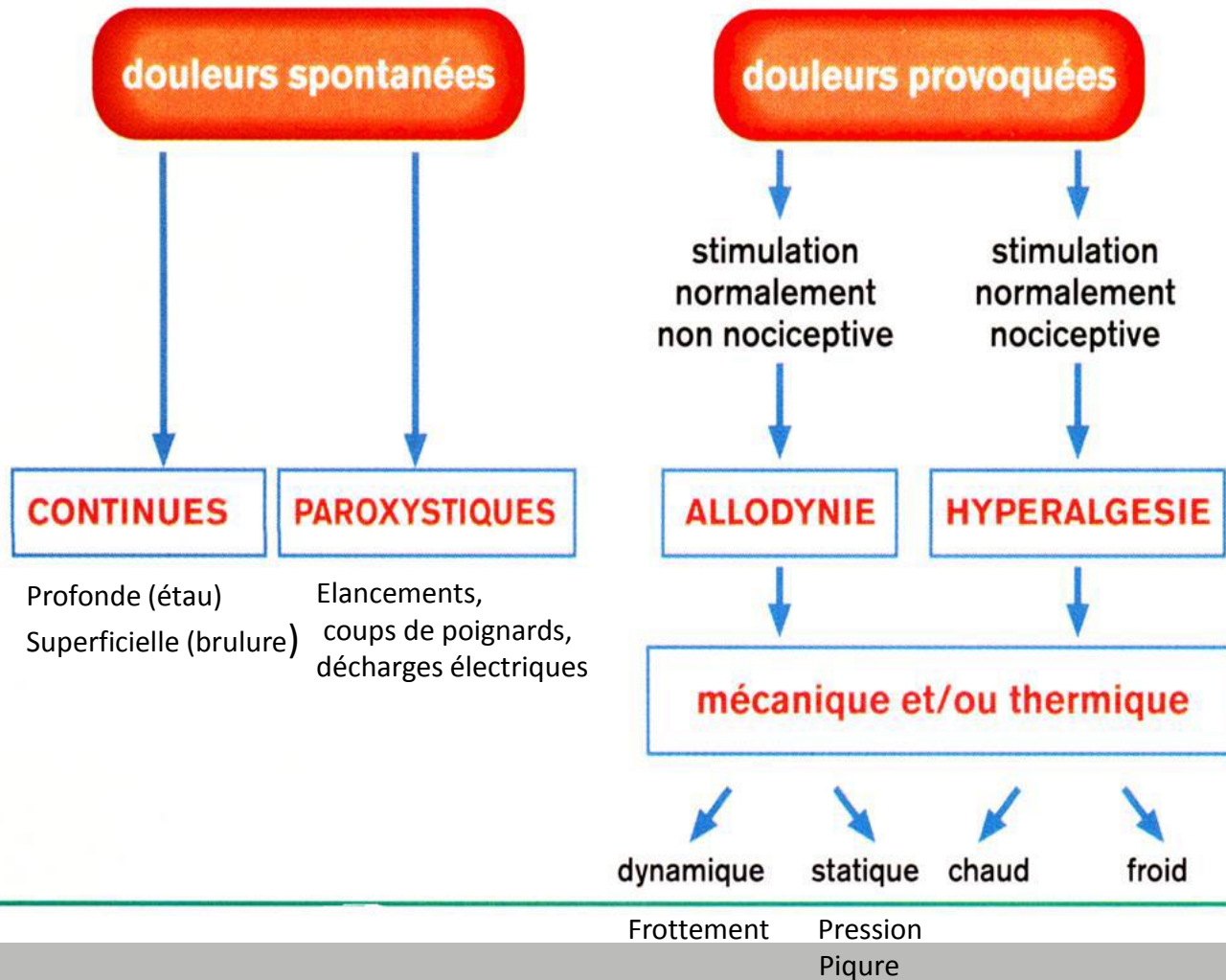


Douleurs souvent mixtes

	Douleur Nociceptive	Douleur Neuropathique
Physiopathologie	Stimulation des Nocicepteurs	Lésion neurologique
Sémiologie	Mécanique Inflammatoire Superficielle ou Profonde	Spontanée Provoquée
Topographie	Non systématisée	Systématisée
Examen Neuro	Normal	Déficit sensitif

Douleurs Neuropathiques

Sémiologie des douleurs neuropathiques





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

- Diagnostic des DN
- Prévalence des douleurs neuropathiques entre 30 et 40 %

L'intensité douloureuse est significativement plus sévère pour les douleurs à composante neuropathique

Risque d'escalade thérapeutique avec EI Med

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

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

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

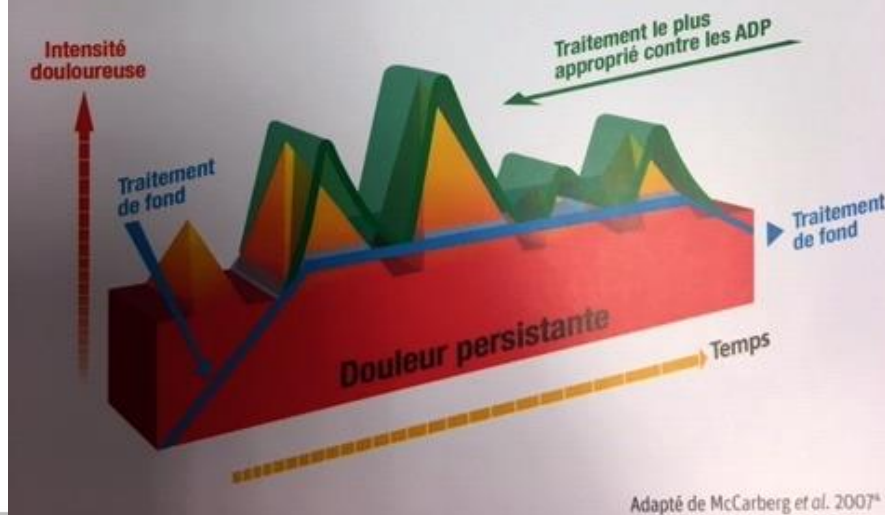
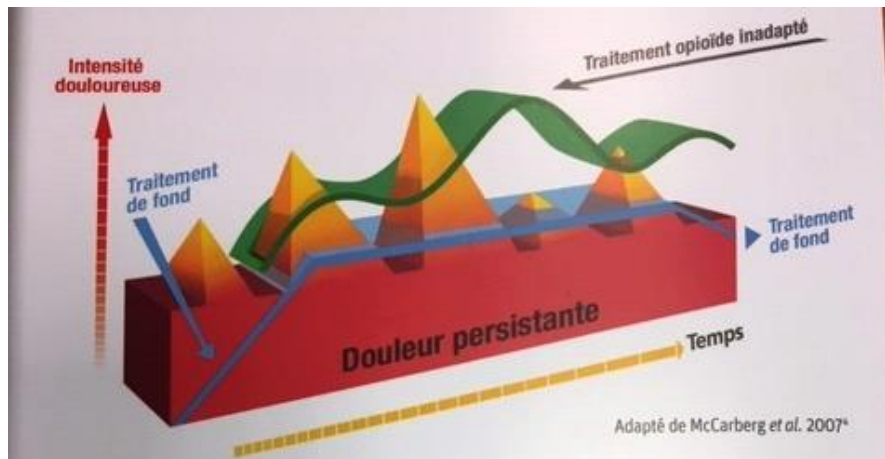
OUI = 1 point
NON = 0 point

Score du Patient : /10



Douleur chronique post opératoire

Amputation	65 % > 3 mois
Mastectomie	30 % > 1 an
Thoracotomie	55 % > 6 mois
Cholecystectomie	20 % > 1 an
Herniorraphie	5 à 30 % > 6 mois
Chirurgie dentaire	3 à 13 %
Méniscectomie	44 % à 6 mois
Prothèse de hanche	13 % à 1 an
Amputation rectale	12 % à 5 ans



Accès Dououreux Paroxystiques (ADP)

Exacerbation transitoire d'une douleur cancéreuse existante déjà contrôlée par un traitement de fond adapté.

- Survenue rapide inférieure à 3 minutes (< 10 min)
- Intensité modérée à sévère
- Courte durée 30 minutes (15 à 60 minutes)

La douleur de fond est contrôlée, stabilisée

- EVA < 4/10
- 4 ADP maximum/jour
- Sommeil préservé, activités habituelles possibles
- Peu ou pas d'effets secondaires
- Traitement des Accès douloureux efficaces > 50 %
- Traitement de fond > 60 mEq morphine/jour

Les traitements : contrôler la Douleur de Fond :

Voie orale +++

Les paliers de l'OMS

- Palier 1 : paracétamol, AINS (douleurs osseuses)

- Palier 2 :

Tramadol (avec paracétamol = Ixprim, Zaldiar ; seul forme LI ou LP),

Codéine (Dicodin LP, Daf Cadéiné, Klipal Codéiné),

Opium (Izalgi, Lamaline)

- Palier 3 : Savoir titrer et gérer les EI

Sulfate de morphine forme LP (Skenan 10, 30, 60, 100, 200) ou LI

(Actiskenan 5, 10, 20, 30) ;

Oxycodone LP (Oxycontin 5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80) ou LI (Oxynorm 5, 10, 20) ; solution buvable 10mg/mL graduations de seringue en mg

Sophidone LP (4,8,16,24) ;

Prescription limitée à 28 jours, ordonnance sécurisée



Les traitements : contrôler la douleur de fond

Fentanyl Patch Durogesic, Matrifen ; 12, 50, 25, 75, 100

Douleur chronique cancéreuse stable, intense ou rebelle aux antalgiques

Ordonnance sécurisée, délivrance fractionnée 14 jours maximum, sauf mention expresse du prescripteur « délivrance en une seule fois »

Rotation des opioïdes si EI rebelles aux ttt symptomatiques ou plus rare si phénomène de résistance aux opioïdes (= abs d'efficacité et d'EI malgré l'augmentation des posologies)

Le bon usage des opioïdes : coefficients de conversion

MORPHINE Orale	1		ETALON
POUDRE D OPIUM	1/10	25 MG	2,5 MG
CODEINE	1/6	60 MG	10 MG
TRAMADOL	1/5	50 MG	10 MG
OXYCODONE	2	5 MG	10 MG
HYDROMORPHONE	8	4 MG	32 MG
FENTANYL TRANSDERMIQUE	150	25 µG/H	30-90 MG/J
MORPHINE SC	2	5 MG	10 MG
MORPHINE IV	3	10 MG	30 MG
OXYCODONE IV = SC	1,5 à 2	1 MG	2 MG

Titration des opioïdes

- Si palier 2 préalable posologie > EMO
- Si palier 3 d'emblée

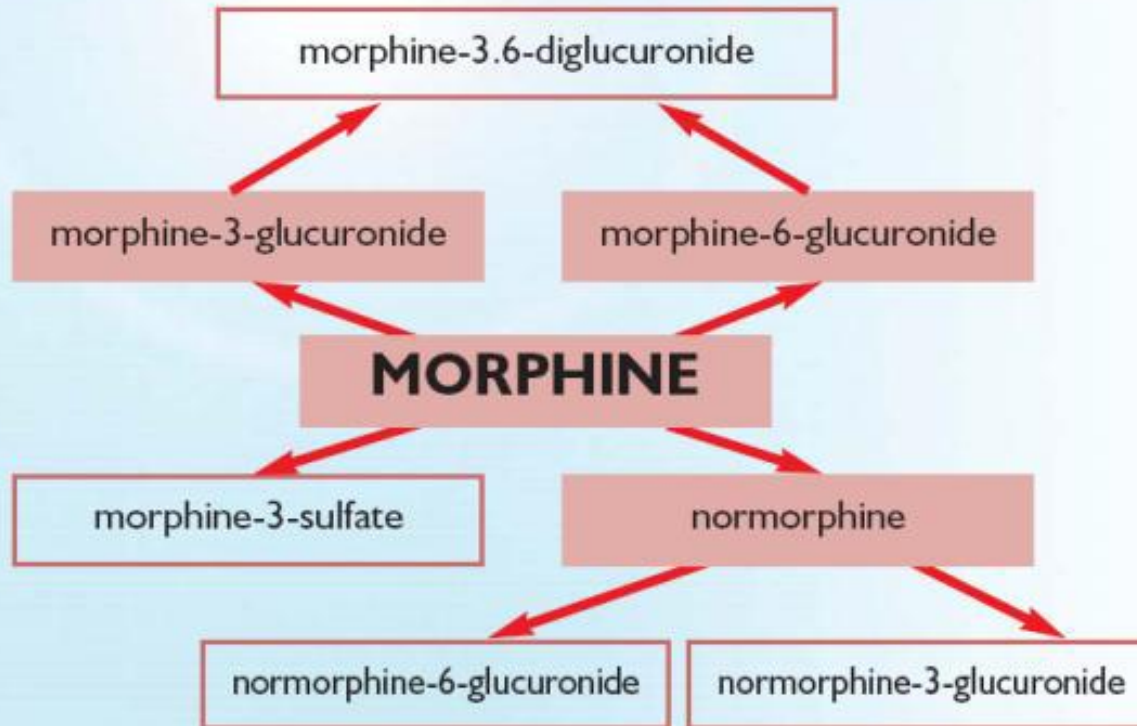
Initiation par opioïdes LI 1 mg/kg/jour en EMO

Commencer à faible dose 0,5mg/kg/jour en EMO si patient fragile âgé, insuff hépatique, insuff rénale, dénutri

ID = 10 % de la dose de fond

SI plus de 3-4 ID/jour, les intégrer dans la dose de fond quotidienne

Métabolisme de la morphine⁽¹⁾



Au moins 3 métabolites actifs

	MORPHINE ORALE	CHLORYDRATE D OXYCODONE	HYDROMORPHONE	FENTANYL
BIODISPONIBILITE	20 à 40%	87%	50%	92%
METABOLISATION	HEPATIQUE M3G M6G	HEPATIQUE	Hépatique	Hépatique
ELIMINATION	URINAIRE	URINAIRE	URINAIRE	<u>URINAIRE :</u> 75% DE METABOLITES INACTIFS <u>FECALE:</u> 10% DE MET INACTIFS
½ VIE	2 à 6H	3 à 5H	3 à 5H	17H
NOM COMMERCIAL ET POSOLOGIE DUREE D ACTION	- CHLORYDRATE DE M VOIE SC - SULFATE DE M: . Moscontin® par 12H 10,30,60,100,200 mg . Skenan® par 12H 10,30,60,100,200mg . Kapanol® par 24H 20,50,100mg	Oxycontin® LP 5,10,20,40,80 mg Duree d action:12H T1/2 (h)6	Sophidone®LP 4,8,16,24 mg Duree d action :12H	Durogésic® 1 patch/3 j 12, 25, 50, 75, 100 µg/h <u>Délais d action</u> 80% ALA 12ème H <u>Durée d action</u> 72H
RAPPORT EQUIANALGESIQUE		30MG MORPHINE= 15MG OXYCODONE	1mg d'Hydromorphone / 7,5mg de morphine	25 µ/h = 60 mg/24h de morphine

Effets secondaires des opioïdes

- Constipation
- Nausées et vomissements
- Sédation
- Confusion et délire
- Rétention urinaire
- Myoclonies, crises convulsives
- Prurit, histaminolibération, allergie
- Dépression respiratoire
- Dépendance physique, dépendance **psychique**

Traitement systématique de la constipation

- Laxatifs
- Si échec Moventig Naloxegol, 25 mg 1 cp/j

Antagoniste des récepteurs Mu-opioides, ne passe pas la barrière hémato-encéphalique (chaîne de polyéthylène glycol)

Traiter la douleur neuropathique

- Antidépresseurs : Laroxyl, Cymbalta, Venlafaxine, Ixel, ...
- Antiépileptiques : Neurontin, Lyrica,
- Traitement local sur zone localisée : Versatis Emplâtre (AMM douleurs post zostériennes), Qutenza (hospitalier)
- Perfusions : Kétamine, Lidocaine, Laroxyl, Anafranil

Les traitements des ADP

Les formes disponibles

- Actiq, cp avec applicateur buccal 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 (boite de 3)
- Abstral, cp sublingual 100, 200, 300, 400, 600, 800 (boite de 10 ou 30 cps)
- Breakyl, film orodispersible 200, 400 (boite de 10 ou 28 films)
- Effentora, cp buccogingival (gingival ou sublingual) 100, 200, (boite de 4 ou 28 cps), 400, 600, 800 (boite de 28 cps)
- Instanyl, pulvérisation nasale 50, 100, 200 (1 boite de flacons unidose en modèle hospitalier ou 10 doses)
- Pecfent, pulvérisation nasale 100, 400ug (flacon compteur 2 ou 8 doses)
- Recivit, cp sublingual 133, 267, 400, 533, 800 (boite de 15 ou 30 cps)

Les conditions de prescription

Prescription 28 jours, délivrance 8 jours, ordonnance sécurisée (on peut préciser « à délivrer en une seule fois), réservé à l'adulte.

Bénéfices attendus du traitement d'un ADP

- ◀ **Rapidité** d'action⁽¹⁾
- ◀ Durée d'action **adaptée à la durée de l'ADP**⁽²⁾



- ◀ Système d'administration **non invasif**⁽¹⁾

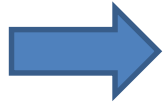
(1) Zeppetella G. et al. *Pharmacotherapy of cancer-related episodic pain. Expert Opin. Pharmacother* 2003;(4):493-502.
(2) Mary A. et al. *Management of breakthrough pain due to Cancer. Oncology* 1999;13(8):1103-8.

Morphine LI**Oxycodone LI****Fentanyl LI**

	Morphine LI	Oxycodone LI	Fentanyl LI			
			Actiq®	Abstral®	Effentora®	Instanyl®
Délai d'action moyen	30-40 min	15-30 min	15 min	15 min	10 à 15 min	10 min
Durée d'action (heure)	4	4	2	ND	ND	1
Biodisponibilité	30%	60-80%	50%	70% (estimée)	65%	89%
T_{max} (min)	60-90	60-90	20 à 40	22,5 à 240 (valeurs extrêmes)	46,8 min	12-15 min
1/2 vie (h)	2-3	4-5	7	7	ND	3-4
Délai avant prise d'une 2^{ème} dose pour le même ADP	240 min	240 min	30 min	15-30 min	30 min	10 min

Comment prendre un Fentanyl d'Action rapide FAR

- ADP prévisible ou déclenché par un mouvement involontaire (toux, défécation) :



Prendre un FAR dès le début de la douleur

- ADP Non prévisible volontaire déclenché par un mouvement (la marche) ou induit par un soin ou provoqué par un acte thérapeutique ou diagnostic (Radiothérapie, imagerie) :



Prendre un FAR 10 à 15 min avant l'acte douloureux

La Méthadone

- Mécanismes
 - Commun avec les autres opioïdes : agonistes mu et delta
 - Blocage de la recapture de la sérotonine
 - Antagoniste des récepteurs NMDA

Reco AFFSAPS

Douleur réfractaire, suivi équipe spécialisée (Douleur/Soins palliatifs)

Après échec d'un traitement adjuvant bien conduit et échec de rotation des opioïdes

Pas de métabolite actif, donc utilisé chez l'insuffisant rénal et le dialysé

Forme sirop (forme gélule exceptionnelle)

Délai d'action rapide 15 minutes

Autres techniques analgésiques

PCA IV ou SC si douleurs très instables et intenses

Voir périmédullaire : Pompe intra thécale

Equivalences 300 mg morphine per os = 100 mg morphine IV = 10 mg morphine péridurale = 1 mg morphine intra thécale

Discussion RCP

Radiothérapie externe

Radiothérapie métabolique

Chirurgie dé compressive en urgence

Bloc analgésique

NeuroStimulation externe ou médullaire

Techniques non médicamenteuses

- Psychologue
- Relaxation
- Sophrologie
- Hypnose
- Acupuncture
- Art thérapie, musicothérapie
- ...

Agir sur la douleur, la fatigue, la thymie

Titre

Merci de votre attention....

