



Agence **N**ationale
d'**A**ccréditation et
d'**É**valuation en **S**anté

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU
CANCER CHEZ L'ADULTE EN MÉDECINE
AMBULATOIRE**

Octobre 1995

AVANT-PROPOS

La médecine est actuellement marquée par le développement rapide des techniques nouvelles et l'augmentation continue des données publiées, qui modifient les modalités de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour le praticien d'assimiler toutes les informations découlant de la littérature médicale, d'en faire la synthèse et de l'incorporer à sa pratique quotidienne.

Les **Recommandations pour la Pratique Clinique** sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient dans leurs décisions concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir une synthèse du niveau de preuve scientifique existant et de l'opinion d'experts sur les aspects cliniques et de santé publique d'un sujet de pratique médicale, et d'être ainsi une aide à la décision définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas et les domaines où existent des controverses ou des incertitudes. Le développement des Recommandations pour la Pratique Clinique et leur application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources.

En favorisant l'élaboration de Recommandations pour la Pratique Clinique, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale souhaite répondre aux préoccupations de tout acteur de santé soucieux d'améliorer sa pratique quotidienne et d'asseoir ses décisions sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles. Les présentes Recommandations pour la Pratique Clinique, concernant la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire, ont été élaborées par un groupe de travail multidisciplinaire, selon une méthodologie explicite, décrite par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale en 1993 dans son document intitulé : « Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Guide pour leur élaboration ».

Ces recommandations sont destinées aux médecins généralistes. Elles ont été rédigées avec la participation de médecins généralistes, qui ont contribué à l'élaboration des questions initiales et du plan du document, à l'analyse de la littérature médicale et à la rédaction des recommandations. Elles ont pour but d'améliorer concrètement les pratiques de soins ambulatoires dans le domaine de la prise en charge de la douleur du cancer, domaine où existent des moyens simples, efficaces et reconnus, mais trop souvent mis en œuvre de manière insuffisante, voire même inutilisés. Le champ des recommandations a été élargi à la prise en charge de la douleur au cours du sida, du fait de la fréquence de ce symptôme et du parallélisme de son traitement au cours du sida et du cancer.

Professeur Yves MATILLON
Directeur de l'Agence

La prise en charge de la douleur au cours du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire a été identifiée comme un thème essentiel de Recommandations pour la Pratique Clinique par les médecins praticiens faisant partie du Réseau de Médecine Libérale de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM). Ces Recommandations pour la Pratique Clinique ont été élaborées par un groupe de travail réuni par l'ANDEM, selon la méthode explicite qu'elle développe. Ce travail a été complété par des recommandations concernant la douleur au cours du sida, du fait des similitudes de prise en charge thérapeutique.

Le groupe de travail a été coordonné par les Docteurs Hector FALCOFF (Médecin Généraliste - Paris) et Hervé GUILLAIN (Médecin de Santé Publique, Lausanne ; Méthodologiste, ANDEM). Le suivi de l'étude au sein de l'ANDEM a été assuré par le Docteur Patrice DOSQUET (Service des études).

L'ANDEM tient à remercier :

- Le comité d'organisation :

Monsieur le Docteur François BOUREAU, Neurophysiologiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris
Monsieur le Professeur Michel DOUMENC, Médecin Généraliste, Responsable du Service Médecine Libérale à l'ANDEM

Monsieur le Docteurs Hector FALCOFF, Médecin Généraliste, Paris

Monsieur le Docteur Hervé GUILLAIN, Médecin de Santé Publique, Lausanne ; Méthodologiste, ANDEM

Monsieur le Docteur Philippe POULAIN, Anesthésiste, Institut Gustave-Roussy, Villejuif.

- Les membres du groupe de travail qui ont élaboré ce document :

Monsieur Eric ATTAL, Pharmacien, Bourg-la-Reine

Monsieur le Docteur François BOUREAU, Neurophysiologiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris
Monsieur le Professeur Michel DOUMENC, Médecin Généraliste, Responsable du Service Médecine Libérale à l'ANDEM

Madame le Docteur Véronique DROUGLAZET, Médecin Généraliste, Kingersheim

Monsieur le Docteur Hector FALCOFF, Médecin Généraliste, Paris

Monsieur le Docteur Hervé GUILLAIN, Médecin de Santé Publique, Lausanne ; Méthodologiste, ANDEM

Monsieur le Docteur Ivan KRAKOWSKI, Oncologue Médical, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

Monsieur le Docteur François LARUE, Anesthésiste, Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Monsieur, le Docteur Marc MAGNET, Soins Palliatifs, Hôpital Charmettes – Croix-Rouge Française, Lyon

Monsieur le Docteur Jean-Pierre MAIRESSE, Médecin Généraliste, Le Havre

Madame Sylvaine MONIN, Infirmière, Fondation de l'Avenir, Paris

Monsieur le Docteur Régis PATTE, Médecin Coordinateur, Hospitalisation à Domicile, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris

Madame Martine RUSZNIEWSKI, Psychologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Monsieur le Docteur Philippe POULAIN, Anesthésiste, Institut Gustave-Roussy, Villejuif

Madame le Docteur Michèle SALAMAGNE, Soins Palliatifs, Hôpital Paul-Brousse, Villejuif

Monsieur le Docteur Alain SERRIE, Anesthésiste, Hôpital Lariboisière, Paris.

Monsieur le Docteur Jean-Claude VERDIÉ, Neurochirurgien, Hôpital Rangueil, Toulouse.

- Les membres du groupe de lecture :

Monsieur le Docteur Jean-Claude DEVOGHEL, Centre de la douleur, CHU de Liège, Belgique

Monsieur le Docteur Gilles ERRIEAU, Médecin Généraliste, MG Cancer, Ligue Contre le Cancer, Paris

Monsieur le Professeur Bernard GLORION, Président de l'Ordre National des Médecins, Paris

Monsieur le Professeur Jean-François GIRARD, Directeur Général de la Santé, Paris

Monsieur le Docteur Jean-Marie GOMAS, Médecin Généraliste, Hôpital Rossini, Paris

Monsieur le Professeur Patrick HENRY, Président de la Société Française de la Douleur (SFD), Bordeaux

Monsieur le Professeur Serge HERSON, Interniste, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Monsieur le Professeur Georges LAGIER, Agence du Médicament, Saint-Denis

Monsieur Jean PARROT, Président de l'Ordre des Pharmaciens, Paris

Monsieur le Professeur Patrice QUENEAU, Président de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET), Saint-Étienne

Monsieur le Docteur Charles-Henri RAPIN, Soins Palliatifs, Policlinique de Gériatrie, Genève

Monsieur le Docteur Claude ROUGERON, Médecin Généraliste, Anet

Monsieur le Docteur Benoît BURUCOA, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), Paris

Monsieur Didier TABUTEAU, Directeur de l'Agence du Médicament, Saint-Denis

Monsieur le Professeur THUREL, Président de la Société Francophone d'Étude de la Douleur (SOFRED), Paris.

- Les membres du Réseau de Médecine Libérale de l'ANDEM qui ont participé au groupe de lecture :

Madame le Docteur Sylvie AULANIER, Le Havre
Monsieur le Docteur Ouri CHAPIRO, Corbeil-Essonnes
Monsieur le Docteur Henry CHASSAGNON, Vénissieux
Monsieur le Docteur Jean-Pierre CHEVREUIL, Saint-Pierre-des-Corps
Monsieur le Docteur Daniel COURTI, Sailly-sur-la-Lys
Monsieur le Docteur Pierre DESCAMPS, Le Havre
Monsieur le Docteur Joël DUBERNET, Castillon-la-Bataille
Monsieur le Docteur Patrick DUTILLEUL, Le Cailar
Monsieur le Docteur Bernard GAVID, Neuville-de-Poitou
Monsieur le Docteur Jean-Paul GRAZZINI, Martigues
Monsieur le Docteur Patrick HERMANN, Ebersheim
Monsieur le Docteur Philippe HEUILLET, Mérignac
Monsieur le Docteur Philippe HOFLLIGER, Nice
Monsieur le Docteur Jean-Pierre JACQUET, Saint-Jean-d'Arvey
Monsieur le Docteur Thierry JACQUIER, Chambéry
Monsieur le Docteur Marc JEANJEAN, Nîmes
Monsieur le Docteur Francis LABELLE, Nice
Monsieur le Docteur Jean-Pierre LAFONT, Morières-lès-Avignon
Madame le Docteur Catherine LEPETIT, Paris
Monsieur le Docteur Christian MARTINET, Saint-Julie- de-l'Escap
Monsieur le Docteur Jean-Marc MOLLARD, Paris
Monsieur le Docteur Henri PINET, Clermont-Ferrand
Monsieur le Docteur Philippe POINOT, Carbonne
Madame le Docteur Catherine ROMÉAS, Sainte-Geneviève-des-Bois
Monsieur le Docteur Emmanuel ROUBERTIE, Vendôme
Monsieur le Docteur Gilbert SOUWEINE, Vénissieux
Monsieur le Docteur Jean-Claude TSCHIEMBER, Blotzheim
Monsieur le Docteur Francis VANDECANDELAERE, Laventie.

- Les membres du Conseil scientifique de l'ANDEM, et en particulier le Docteur Pierre GALLOIS, le Docteur Philippe LOIRAT et le Professeur Joël MÉNARD, qui ont revu et critiqué ce document.

Cette étude a été réalisée grâce au financement accordé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale par le Réseau National de la Santé Publique.

SOMMAIRE

	INTRODUCTION	8
Chapitre 1	Les traitements	10
I.	SCHEMA GÉNÉRAL DU TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA DOULEUR DU CANCER	10
II.	UTILISATION DE LA MORPHINE	13
	1. <i>Formes orales disponibles</i>	13
	2. <i>Posologie initiale</i>	14
	3. <i>Solution ou forme LP ?</i>	14
	4. <i>Adaptation des doses</i>	14
	5. <i>D'autres opioïdes sont-ils utiles ?</i>	15
	6. <i>Effets secondaires de la morphine orale</i>	15
	7. <i>Aspects réglementaires de la prescription de la morphine et des autres opioïdes forts.</i>	17
III.	MÉDICAMENTS COANTALGIQUES	19
	1. <i>Corticostéroïdes</i>	19
	2. <i>Antidépresseurs</i>	20
	3. <i>Antiépileptiques</i>	21
IV.	QUE FAIRE QUAND LE TRAITEMENT MORPHINIQUE PAR VOIE ORALE NE PERMET PAS DE CONTRÔLER LA DOULEUR ?	22
V.	LES AUTRES TRAITEMENTS ANTALGIQUES	24
	1. <i>Traitements anticancéreux spécifiques</i>	24
	2. <i>Traitements coantalgiques non médicamenteux invasifs</i>	24
	3. <i>Traitements coantalgiques non médicamenteux non invasifs</i>	24
Chapitre 2	L'abord global du malade cancéreux douloureux	25
I.	ABORD CLINIQUE : CAUSES, MÉCANISMES, INTENSITÉ DE LA DOULEUR	25
	1. <i>Diagnostic des causes de la douleur</i>	25
	2. <i>Identification des mécanismes de la douleur</i>	25

	<i>3. Évaluation de l'intensité de la douleur et de son retentissement sur le comportement</i>	26
II.	ABORD PSYCHOLOGIQUE, FAMILIAL ET SOCIAL DU MALADE CANCÉREUX DOULOUREUX	28
	<i>1. Évaluation psychologique</i>	28
	<i>2. Évaluation familiale</i>	28
	<i>3. Évaluation sociale</i>	28
III.	ABORD RELATIONNEL	30
	<i>1. Prendre conscience de ses propres mécanismes de défense</i>	30
	<i>2. S'appuyer sur les mécanismes de défense du malade</i>	30
	<i>3. Susciter des échanges avec la famille en dehors de la présence du malade</i>	31
Chapitre 3	Situations spécifiques	32
I.	DOULEUR DU SIDA	32
	<i>1. Particularités de l'abord clinique de la douleur du patient sidéen</i>	32
	<i>2. Les principes de prise en charge</i>	32
II.	PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU CANCER OU DU SIDA CHEZ LE PATIENT TOXICOMANE	34
III.	ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET PRESCRIPTION DE MORPHINE CHEZ LE PATIENT CANCÉREUX ÂGÉ	35
IV.	PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE DE LA DOULEUR DES MALADES À UN STADE AVANCÉ OU TERMINAL	36
	ANNEXES	37
	RÉSUMÉ IDÉES-FORCES ET RECOMMANDATIONS	52

INTRODUCTION

Le traitement de la douleur du cancer fait l'objet d'un consensus international dont témoignent de nombreuses publications. Pourtant, malgré l'existence de moyens simples et efficaces pour soulager la douleur des patients cancéreux, des études françaises et étrangères montrent que **dans 30 à 80 % des cas ces douleurs sont insuffisamment traitées**. En France, la volonté de modifier cette situation a été clairement exprimée à plusieurs reprises par les responsables politiques. Il s'agit maintenant d'améliorer concrètement les pratiques de soins.

Ce guide a été rédigé par un groupe de travail pluridisciplinaire, en s'appuyant sur la méthode d'élaboration de Recommandations pour la Pratique Clinique de l'ANDEM¹. Les recommandations établies selon cette méthode résultent de l'analyse des publications scientifiques disponibles, de l'avis des membres du groupe de travail et des remarques formulées par des experts et des praticiens auxquels ce document a été soumis.

Le plan de ce document surprendra probablement le lecteur : le traitement symptomatique de la douleur est abordé d'emblée, et fait une large place aux modalités d'utilisation de la morphine par voie orale. Il est évident que **la morphine doit être administrée dans le cadre d'une stratégie globale comprenant une évaluation minutieuse du patient et une utilisation optimale des différents traitements disponibles** (anticancéreux, antalgiques, coantalgiques).

Le fait d'aborder en première partie le traitement symptomatique exprime **la nécessité absolue de traiter efficacement et sans délai le symptôme douleur**, et, pour cela, de récuser des conceptions infondées qui, aujourd'hui encore, empêchent l'utilisation optimale de la morphine.

La deuxième partie concerne **l'abord global, clinique et relationnel**, qui sous-tend nécessairement la stratégie thérapeutique décrite dans la première partie.

La troisième partie aborde des **situations spécifiques** : la prise en charge de la douleur 1) au cours du sida (qui a des similitudes avec celle de la douleur cancéreuse), 2) chez

¹Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
Les recommandations pour la pratique clinique. Guide pour leur élaboration.
Paris : ANDEM, 1993 : 72P.

les patients toxicomanes sidéens ou cancéreux, 3) chez les personnes âgées, et 4) chez les patients cancéreux traités à domicile à un stade avancé ou terminal de leur maladie.

Afin de faciliter la lecture et la recherche rapide des informations nécessaires au praticien, certains développements utiles pour la pratique figurent en annexe. Le lecteur pourra s'y reporter selon ses besoins.

Enfin, un résumé reprend les idées-forces et les recommandations de manière synthétique.

Ce guide est le résumé d'un *document de base* comportant l'argumentaire, tiré de l'analyse de la littérature scientifique et de l'avis des experts, qui a permis d'établir les recommandations. Ce document comprend l'ensemble des références bibliographiques retenues par le groupe de travail. Il peut-être demandé à l'ANDEM.

Chapitre 1

LES TRAITEMENTS

I. SCHEMA GÉNÉRAL DU TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA DOULEUR DU CANCER

Le traitement des douleurs cancéreuses utilise **en priorité les médicaments antalgiques, administrés par voie orale, à horaires fixes** afin de prévenir la réapparition de la douleur. L'administration des antalgiques à la demande au moment des douleurs doit être abandonnée au profit d'une administration préventive.

L'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que l'ensemble des spécialistes du traitement de la douleur préconisent trois paliers de prescription des médicaments antalgiques :

- **palier I** : antalgiques non opioïdes (douleurs faibles à modérées) ;
- **palier II** : antalgiques opioïdes faibles associés aux non opioïdes (douleurs modérées à intenses) ;
- **palier III** : antalgiques opioïdes forts (douleurs intenses à très intenses).

Un changement de palier est nécessaire lorsque les médicaments du palier précédent correctement prescrits sont insuffisants. Cependant, **des douleurs intenses peuvent justifier d'emblée l'utilisation d'antalgiques opioïdes forts.**

Dans tous les cas, **il ne faut pas s'attarder plus de 24 à 48 heures sur un palier qui s'avère inefficace.** Le patient doit donc être vu de manière rapprochée tant que la douleur n'est pas contrôlée.

L'association de médicaments non opioïdes à des opioïdes faibles ou forts potentialise l'effet antalgique. Les associations les plus utiles sont : paracétamol et codéine, AINS et codéine, AINS et morphine. Plusieurs spécialités associant codéine et paracétamol sont mal équilibrées (sous-dosage, le plus souvent de la codéine). Il est recommandé d'utiliser les spécialités associant 500 mg de paracétamol et 30 mg de codéine par unité de prise.

Les spécialités associant plus de deux principes actifs ont des inconvénients : efficacité de chaque composant impossible à évaluer rendant difficile l'adaptation des doses, risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires.

À tous les paliers de l'échelle antalgique de l'OMS, l'association **d'un traitement coantalgique**, médicamenteux ou non, doit être discutée (cf. § 3).

**PRINCIPAUX MÉDICAMENTS UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR
CANCÉREUSE PAR VOIE ORALE²**

Palier I : Antalgiques non opioïdes		
	POSOLOGIE HABITUELLE	REMARQUES
Paracétamol	500 mg toutes les 4 h (Cette dose peut être multipliée par 1,5 voire par 2 en l'absence d'insuffisance hépatique et rénale ; l'augmentation doit être progressive)	Attention à la toxicité hépatique en cas d'utilisation prolongée à fortes doses. Si ingestion massive (supérieure à 10 g) traitement en urgence par la N-acétylcystéine, en milieu hospitalier
Aspirine Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	500 mg toutes les 4 h La posologie dépend du produit utilisé	Effets indésirables gastro-intestinaux, cutanés, allergiques, neurologiques, hématologiques

Palier II : Antalgiques opioïdes faibles associés aux antalgiques de palier I		
	POSOLOGIE HABITUELLE	REMARQUES
Codéine	30 à 60 mg toutes les 4 à 6 h (Si la douleur est mal contrôlée, la dose peut être multipliée par 1,5 voire par 2, ou le passage à la morphine peut être envisagé. L'augmentation de dose doit être progressive en fonction de la tolérance. Dans les spécialités associant codéine et paracétamol l'augmentation de la codéine est limitée par le seuil de toxicité du paracétamol)	Effets secondaires habituels des opioïdes (constipation, somnolence, nausées)
Dextropropoxy-phène	30 à 60 mg toutes les 4 à 6 h	Effets secondaires habituels des opioïdes. Possibilité d'hypoglycémie. Possibilité d'augmentation du taux plasmatique de carbamazépine en cas d'association. Éviter la voie rectale (risque d'anorectites et d'ulcérations rectales)

Palier III : Antalgiques opioïdes forts Il s'agit essentiellement de la morphine (cf. § 2)

²Les noms commerciaux des médicaments des paliers I et II n'ont pas pu être cités en raison de leur grand nombre. Les praticiens connaissent généralement bien ces produits qu'ils utilisent dans les douleurs non cancéreuses. Les lecteurs pourront se reporter si besoin aux ouvrages de référence habituels. Les noms des médicaments du palier III figurent en notes de bas de page du § 2, ainsi que dans le tableau "Classification des opioïdes" en annexe 1.

II. UTILISATION DE LA MORPHINE

La morphine orale est la pièce maîtresse du traitement de la douleur du cancer.

C'est l'intensité de la douleur et non le stade de la maladie qui fait prescrire la morphine : la prescription peut donc être précoce.

1 FORMES ORALES DISPONIBLES.

La morphine orale est actuellement commercialisée sous deux formes : chlorhydrate de morphine en solution, et sulfate de morphine³ en comprimés et gélules à libération prolongée (formes LP).

La préparation magistrale de chlorhydrate de morphine doit être conservée au réfrigérateur.

Concernant les formes LP, il faut avaler les comprimés sans les croquer, ni les piler, ni les sucer, pour préserver leur effet retard. Les gélules peuvent être ouvertes car elles contiennent des granules à libération prolongée.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES FORMES ORALES DE MORPHINE

	PRÉSENTATION	DÉLAI D'ACTION	DURÉE D'ACTION
Solution*	- ampoules buvables dosées à 10 et 20 mg pour 10 ml - ampoules dosées à 10 et 20 mg pour 1 ml - préparation magistrale de chlorhydrate de morphine dans du sirop glucosé (limite de solubilité : 50 mg / ml)	15 à 30 minutes	4 heures
Formes LP	- comprimés non sécables ou gélules dosés à 10, 30, 60 et 100 mg	1 à 2 heures	12 heures

*Chaque présentation de solution de chlorhydrate de morphine a des inconvénients : les ampoules buvables ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie, les ampoules injectables n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'utilisation per os et la préparation magistrale demande des praticiens habitués à la prescrire et des pharmaciens ayant du chlorhydrate de morphine en officine et pouvant réaliser la préparation. **Il serait souhaitable que les prescripteurs puissent disposer de solutions de morphine à différentes concentrations facilement utilisables par voie orale, prises en charge par l'Assurance Maladie. Il serait également souhaitable que les spécialités contenant du chlorhydrate de morphine figurent dans le Vidal®.**

³ Moscontin®, Skenan®

2. Posologie initiale

La posologie initiale chez l'adulte est habituellement de 60 mg par jour : 30 mg toutes les 12 heures pour les formes à libération prolongée, ou 10 mg toutes les 4 heures pour la solution de morphine (concernant la posologie chez la personne âgée : cf. chapitre 3).

Chez un malade déjà traité par un opioïde et dont la douleur est mal contrôlée, la dose initiale de morphine sera établie en tenant compte du coefficient de conversion entre les deux opioïdes (cf. annexe 2).

3. Solution ou forme LP ?

Dans l'idéal, la solution devrait être utilisée pour débiter le traitement : elle permet une adaptation rapide de la posologie en fonction de la réponse clinique. Lorsque la douleur est contrôlée, le relais est pris par une forme LP. Cependant, les contraintes actuelles liées à la prescription et à la préparation magistrale de la solution font que le sulfate de morphine LP est souvent utilisé d'emblée.

La solution reste nécessaire dans des situations cliniques particulières : urgences, équilibration rapide de douleurs très intenses, douleurs instables, troubles métaboliques (insuffisance rénale, hypercalcémie, hypoprotidémie), personnes âgées.

4. Adaptation des doses

En début de traitement une évaluation quotidienne est recommandée.

Si la douleur n'est pas contrôlée, il convient d'augmenter les doses de morphine d'environ 50 %. Dans le processus d'ajustement des doses de morphine, il n'y a pas de limite supérieure tant que les effets indésirables peuvent être contrôlés. En cas d'accès douloureux incontrôlés, des prises supplémentaires de solution sont recommandées, en complément des doses administrées à horaire fixe. Une dose supplémentaire correspond environ à 1/6^e de la dose de 24 heures.

Chez le malade dont la douleur est bien contrôlée depuis plusieurs jours par la solution, et pour qui on n'envisage pas le passage à une forme LP, il est possible de doubler la dose de la dernière prise du soir afin d'éviter le réveil pour la prise nocturne.

5. D'autres opioïdes sont-ils utiles ?

Les opioïdes majeurs autres que la morphine ont des indications très limitées dans le traitement de la douleur du cancer.

- La buprénorphine⁴ est un agoniste partiel inefficace par voie orale : elle s'administre exclusivement par voie sublinguale (glossettes de 0,2 mg). Elle est prescrite à la dose de 3 à 12 glossettes par 24 heures, en trois prises. L'effet plafond limite son utilisation en cancérologie : au-delà d'une certaine dose (classiquement 1 mg par prise), l'effet antalgique n'augmente plus. Ce médicament ne doit jamais être associé à la morphine, ni administré à un patient récemment traité par la morphine car les effets résultants sont imprévisibles (synergie ou antagonisme).
- Le dextromoramide⁵ se présente sous forme de comprimés à 5 mg. En raison de sa courte durée d'action (2 heures), ce médicament n'est pas recommandé pour le traitement de la douleur chronique. Il peut être utilisé ponctuellement avant des soins douloureux.
- La péthidine⁶ n'est pas disponible sous forme orale. Sa durée d'action est de 3 à 4 heures. Son utilisation au long cours peut conduire à l'accumulation d'un métabolite toxique, la norpéthidine, qui a des propriétés convulsivantes ; les injections sous-cutanées ou intramusculaires répétées peuvent entraîner une induration tissulaire aux points d'injection.

6. Effets secondaires de la morphine orale

Dans les conditions de prescription recommandées, la morphine n'entraîne ni dépression respiratoire, ni occlusion, ni sédation prolongée, ni troubles mentaux, ni toxicomanie.

Le patient doit être informé de la possibilité de survenue des quatre effets indésirables les plus fréquents : constipation, nausées, vomissements, somnolence.

⁴Temgésic 0,2[®]

⁵Palfium[®]

⁶Dolosal[®]

D'autres effets indésirables sont possibles mais rares : hallucinations, confusion, dysphorie, sensations vertigineuses, cauchemars, réveil en sursaut, myoclonies, rétention urinaire, sueurs, prurit.

La survenue d'un effet indésirable ou sa réapparition à distance du début du traitement ou d'une modification de dose doivent faire penser à une complication de la maladie ou un surdosage.

6.1. *Constipation*

Comme la constipation est un effet indésirable constant, toute prescription de morphine doit être accompagnée d'une prescription de laxatifs. Il en est de même pour la codéine.

Le traitement préventif associe :

- des mesures hygiéno-diététiques (encouragement au maintien d'une activité physique, augmentation des apports liquidiens, apport alimentaire équilibré, conditions confortables et respect de l'intimité du malade pour aller à la selle) ;
- des laxatifs par voie orale.

Il n'y a pas d'étude contrôlée permettant de définir la meilleure stratégie d'utilisation des laxatifs dans la constipation induite par la morphine. Cependant, la connaissance des modes d'action des différents laxatifs et la surveillance clinique (consistance des selles) doivent permettre d'adapter de manière raisonnée le traitement à chaque situation. Des associations de principes actifs de catégories différentes peuvent être envisagées en cas d'inefficacité d'une monothérapie.

La nécessité d'utiliser les laxatifs par voie rectale résulte généralement d'une insuffisance du traitement laxatif par voie orale. Le choix du laxatif par voie rectale est orienté par le toucher rectal. Si le rectum contient des selles dures, voire un fécalome, on choisit des laxatifs de type osmotique ou tensioactif. En cas d'échec, il peut être nécessaire d'administrer un lavement à l'huile d'olive ou d'arachide, à garder quelques heures, avant de procéder à l'évacuation digitale du rectum. Une augmentation de la dose d'antalgiques peut être justifiée avant cette manœuvre. Si le rectum contient des selles molles, on peut prescrire un laxatif augmentant la pression intrarectale. Si l'ampoule rectale est vide, il n'y a pas d'indication à un laxatif par voie rectale (cf.

annexe 3 : mécanismes d'action et posologies des différentes catégories de laxatifs, par voie orale ou rectale).

6.2. *Nausées et vomissements*

Ils sont moins fréquents et surviennent essentiellement en début de traitement, disparaissant en quelques jours. Il n'y a pas d'étude contrôlée permettant de définir la meilleure stratégie d'utilisation des antiémétiques dans les nausées et les vomissements induits par la morphine. Le choix dépendra du mécanisme principal supposé à l'origine des symptômes, et portera sur des neuroleptiques d'action centrale (halopéridol⁷, chlorpromazine⁸) ou d'action gastrokinétique (métoclopramide⁹, dompéridone¹⁰). En cas d'échec d'une monothérapie, il est possible d'associer deux médicaments de mode d'action différent.

POSOLOGIE DES ANTIÉMÉTIQUES PAR VOIE ORALE

PRINCIPE ACTIF	POSOLOGIE*
Halopéridol	1,5 à 5 mg / 6 à 8 h per os
Chlorpromazine	25 à 100 mg / 6 à 8 h per os
Métoclopramide	10 à 20 mg / 6 h per os ou par voie rectale (suppositoires)
Dompéridone	10 à 20 mg / 6 h per os

(* Adaptation progressive de la posologie, en commençant par des doses faibles).

6.3. *Somnolence*

Elle survient essentiellement lors de la phase d'adaptation du traitement et disparaît en quelques jours. Sa réapparition ou sa persistance doit faire rechercher une insuffisance rénale, une potentialisation par des traitements associés, en particulier des psychotropes, ou une cause organique.

7. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES DE LA PRESCRIPTION DE LA MORPHINE ET DES AUTRES OPIOÏDES FORTS

⁷Haldol®

⁸Largactil®

⁹Anausin®, Primpéran®, Prokinil LP®

¹⁰Motilium®, Peridys®

Tout médecin prenant en charge des patients cancéreux doit posséder un carnet à souche disponible en toutes circonstances. Ce carnet, qui devrait dans un proche avenir changer de format et s'intituler « **carnet pour prescriptions spéciales** », peut être obtenu sur simple demande écrite auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

L'ordonnance du carnet à souche doit être remplie en toutes lettres. Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, une ordonnance ordinaire est souhaitable pour l'information du patient et le remboursement par la sécurité sociale. Il n'est pas obligatoire de rédiger en toutes lettres cette ordonnance complémentaire.

Ne sont délivrés par le pharmacien que les stupéfiants devant être consommés jusqu'à la fin de la durée prévue de prescription. Par exemple, si un patient se présente chez le pharmacien 4 jours après la consultation médicale avec une prescription de quatorze jours, il ne pourra recevoir un traitement de morphine orale que pour 10 jours. **La coordination entre le médecin et le pharmacien est nécessaire pour faciliter le traitement.**

Les doses maximales quotidiennes de chlorhydrate de morphine autorisées par la Pharmacopée ne correspondent à aucune réalité clinique et peuvent être dépassées si nécessaire. Il est conseillé d'utiliser la formulation « je dis » en début d'ordonnance. Cette mention devient obligatoire pour des posologies dépassant 180 mg de morphine orale ou 80 mg de morphine parentérale par 24 heures.

**DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION AUTORISÉE
POUR LES ANTALGIQUES PRESCRITS SUR CARNET À SOUCHE**

Chlorhydrate de morphine orale	14 jours
Sulfate de morphine orale	28 jours
Morphine injectable (injections directes)	7 jours
Morphine injectable (systèmes actifs de perfusion)	28 jours 7 jours
Dextromoramide	7 jours
Péthidine	28 jours renouvelable*
Buprénorphine	

*La réglementation permet de renouveler la prescription de buprénorphine 11 fois ; l'assurance maladie ne rembourse que les 5 premiers renouvellements.

Des exemples de rédaction d'ordonnances figurent en annexe 4.

III. MÉDICAMENTS COANTALGIQUES

Il s'agit de médicaments utilisés pour accroître l'efficacité des antalgiques. **Leur rôle est parfois prioritaire.** Le qualificatif « *adjuvant* » semble donc moins approprié que le terme de *coantalgique*. L'utilisation des médicaments coantalgiques doit être évoquée systématiquement à chaque palier de l'échelle des antalgiques de l'OMS.

Les principaux médicaments coantalgiques sont les corticostéroïdes, certains antidépresseurs tricycliques et certains antiépileptiques.

1. Corticostéroïdes

1.1. Indications

Les corticostéroïdes sont essentiels dans le traitement des **hypertensions intracrâniennes** et des **compressions médullaires ou nerveuses périphériques**. Leur association aux antalgiques est particulièrement indiquée dans les **plexopathies brachiales ou lombosacrées** d'origine néoplasique. Les **métastases osseuses** représentent une autre indication de la corticothérapie, indication partagée avec les AINS. D'autres douleurs cancéreuses peuvent être améliorées par les corticoïdes : dysphagie des cancers des voies aéro-digestives supérieures, ténésme et fausses envies douloureuses des tumeurs pelviennes, douleurs des compressions intestinales ou urétrales, mucite postchimiothérapique ou postradique.

1.2. Effets secondaires

Le risque d'**ulcère gastro-duodéal** a été surestimé, et concerne essentiellement les patients hypoalbuminémiques, ceux recevant de très fortes doses (1 g de prednisone par jour ou équivalent), ceux ayant des antécédents ulcéreux, et ceux chez qui les AINS sont associés aux corticoïdes. Les corticoïdes ne sont pas contre-indiqués en cas de cancer gastrique. La **rétenion hydrosodée** est très variable : le régime désodé strict - anorexigène - n'est pas indiqué en l'absence d'œdèmes. Les **candidoses digestives** constituent un effet secondaire fréquent et régressent assez facilement avec les traitements antifongiques habituels. La myopathie cortisonique, le diabète, l'obésité, la

dysphorie, les modifications cutanées, l'hypertrichose, l'ostéoporose, les ostéonécroses ne conduisent que rarement à un arrêt du traitement.

Les contre-indications absolues sont l'ulcère gastro-duodéal en évolution, l'hypertension artérielle non contrôlée, le diabète décompensé, les affections psychiatriques aiguës, les infections non contrôlées.

1.3. *Schéma thérapeutique*

On peut proposer une dose d'attaque pour tester la corticosensibilité, à utiliser jusqu'à l'amélioration de l'état clinique (environ 3 mg/kg/j de prednison¹¹, prednisolone¹², méthylprednisolone¹³ ou environ 0,5 mg/kg/j de dexaméthasone¹⁴ ou bétaméthasone¹⁵) ; puis on recherche la plus petite dose cliniquement efficace.

2. **Antidépresseurs**

2.1. *Indication*

Les antidépresseurs tricycliques sont des coantalgiques très utiles dans les douleurs neurogènes (cf. chapitre 2) où prédominent des brûlures ou des fourmillements permanents, même si leur efficacité est rarement totale. L'amitriptyline¹⁶ constitue pour la plupart des auteurs le tricyclique de choix. L'imipramine¹⁷ en association avec la morphine a également montré son efficacité dans la douleur du cancer.

2.2. *Effets secondaires*

Les tricycliques peuvent entraîner une somnolence, une hypotension orthostatique, l'aggravation de troubles du rythme préexistants et des effets de type anticholinergique (sécheresse de bouche, constipation et rétention urinaire). La désipramine¹⁸ est réputée moins sédatrice. **Chez les personnes âgées, qui sont particulièrement sensibles aux effets secondaires des tricycliques, l'association avec la morphine peut conduire à**

¹¹Cortancyl[®]

¹²Hydrocortancyl[®], Solupred[®]

¹³Médrol[®]

¹⁴Décadron[®], Dectancyl[®]

¹⁵Betnesol[®], Celestène[®]

¹⁶Laroxyl[®]

¹⁷Tofranil[®]

¹⁸Pertofran[®]

un état de somnolence marquée. Si ces deux substances sont administrées en même temps, leurs doses initiales doivent être faibles, et leur adaptation posologique très progressive.

2.3. Schéma thérapeutique

L'effet antalgique survient dans les 15 premiers jours après le début du traitement avec un pic d'efficacité entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine. Le traitement doit être institué avec des doses faibles, de l'ordre de 10 à 20 mg par jour, spécialement chez les malades fragiles. Les doses doivent être augmentées par paliers de 10 à 25 mg tous les 2 à 4 jours, afin d'atténuer les effets sédatifs du produit et les risques d'hypotension orthostatique. Des doses de 150 voire 200 mg par jour peuvent parfois être nécessaires.

3. Antiépileptiques

Les antiépileptiques sont utilisés dans les douleurs neurogènes, le plus souvent en association avec les antidépresseurs. Ils sont indiqués surtout dans les élancements, les sensations de décharges électriques. Les produits habituellement utilisés sont le valproate de sodium, la phénytoïne, le clonazépam, la carbamazépine. Ils suppriment l'activité neuronale spontanée et sont utilisés dans les complications douloureuses des lésions nerveuses. Il n'y a pas d'argument pour prédire lequel de ces produits sera le plus efficace ou le mieux toléré. En cas d'inefficacité d'un produit, un autre sera essayé. Des doses progressives sont recommandées en particulier chez la personne âgée, et compte tenu de la somnolence souvent associée à ces produits.

POSOLOGIE DES ANTIÉPILEPTIQUES DANS LES DOULEURS NEUROGÈNES

NOM	DOSE INITIALE PAR 24 H	DOSE MAXIMALE PAR 24 H
Carbamazépine ¹⁹	200 mg	1 600 mg
Clonazépam ²⁰	0,5 mg	6 mg
Phénytoïne ²¹	300 mg	600 mg
Valproate de sodium ²²	400 mg	2 500 mg

¹⁹Tegretol[®]

²⁰Rivotril[®]

²¹Di-Hydant[®]

²²Depakine[®]

IV. QUE FAIRE QUAND LE TRAITEMENT MORPHINIQUE PAR VOIE ORALE NE PERMET PAS DE CONTRÔLER LA DOULEUR ?

Il faut d'abord vérifier que :

- l'indication de la morphine est bien posée et notamment qu'il ne s'agit pas d'une douleur neurogène exclusive (cf. chapitre 2) ;
- le mode d'emploi et les posologies ont été expliqués, compris et observés ;
- les coantalgiques adaptés ont été prescrits.

La voie orale peut être impossible si le malade a des troubles de la déglutition, une malabsorption digestive compromettant l'absorption de la morphine, un état occlusif ou subocclusif, des nausées ou vomissements non contrôlés, des troubles de la conscience gênant la prise orale.

Lorsque la morphine orale est impossible ou insuffisante, il faut proposer la voie sous-cutanée (SC), de préférence par perfusion continue avec un pousse-seringue ou une pompe portable externe (pour les modalités de prescription : cf. annexe 7). **La dose initiale pour 24 heures par voie SC sera égale à la moitié de la dose orale.** L'injection de doses supplémentaires en cas de douleur aiguë est possible. Une dose supplémentaire par voie SC sera égale à la dose de 4 heures de perfusion continue SC. Il faut éviter les injections dans des zones œdématisées. À défaut de la perfusion continue, les injections SC seront intermittentes (toutes les 4 heures) : une aiguille épicroténienne ou un cathéter court sera laissé en place, sous pansement transparent.

La voie intraveineuse peut être utilisée si le malade est porteur d'une chambre d'injection sous-cutanée ou d'un cathéter veineux. L'administration se fait par perfusion continue, avec possibilité de doses supplémentaires. La voie intraveineuse en injection directe et rapide est à proscrire (risque de dépression respiratoire). **La dose initiale pour 24 heures par voie IV sera égale à un tiers de la dose orale.** Une dose supplémentaire par voie IV sera égale à la dose de 1 heure de perfusion continue IV.

La voie intramusculaire n'est pas conseillée car elle oblige à mobiliser des patients douloureux et souvent cachectiques ; de plus les injections se font dans des zones exposées aux escarres.

En cas de douleurs aux mouvements, de crises douloureuses paroxystiques, ou de douleurs survenant lors d'un soin local, le traitement antalgique peut être modulé grâce

à une pompe permettant l'autoadministration de doses supplémentaires, préprogrammés par le médecin prescripteur familiarisé à cette technique (antalgie contrôlée par le patient). Cette technique est utilisable aussi bien par voie IV que SC.

Si ces techniques demeurent inefficaces, on peut envisager d'autres méthodes d'administration de la morphine, dont l'indication sera posée par une équipe spécialisée : voie rachidienne intrathécale, voie intra-cérébro-ventriculaire.

V. LES AUTRES TRAITEMENTS ANTALGIQUES

Si la prise en charge s'appuie toujours sur une utilisation optimale des médicaments antalgiques, il ne faut pas oublier que d'autres types de traitement peuvent être utiles, et parfois même indispensables, pour contrôler certaines douleurs chez le patient cancéreux.

1. Traitements anticancéreux spécifiques

L'indication des traitements spécifiques chirurgicaux, radiothérapeutiques ou médicaux, utilisés à des fins curatives ou palliatives, doit être discutée avec l'équipe cancérologique. Quand ils peuvent être appliqués, ces traitements sont essentiels puisqu'ils agissent sur la cause même de la douleur. Ceci est particulièrement vrai pour les tumeurs à croissance rapide. **Les médicaments antalgiques doivent être utilisés dans l'attente d'une réponse au traitement antitumoral.** Ils sont maintenus chaque fois que la réponse tumorale a été insuffisante, cas le plus fréquent en phase palliative.

2. Traitements coantalgiques non médicamenteux invasifs

Suivant les cas, pourront être discutés les blocs nerveux (l'efficacité du bloc cœliopanchique dans les douleurs du corps du pancréas est bien établie), les interventions neurochirurgicales d'interruption des voies de la douleur, les méthodes de neurostimulation par appareillages implantés, la chirurgie d'exérèse et de consolidation osseuse, la chirurgie de dérivation des organes creux.

Tous ces traitements antalgiques ont deux points communs :

- ils concernent des patients chez qui la prise en charge médicamenteuse ne permet pas un contrôle satisfaisant de la douleur ;
- l'indication doit être discutée de manière pluridisciplinaire (oncologues, chirurgiens, spécialistes de la douleur).

3. Traitements coantalgiques non médicamenteux non invasifs

Certaines approches non médicamenteuses, comme la neurostimulation transcutanée ou la relaxation, peuvent constituer un adjuvant utile dans quelques situations. Elles ne constituent en aucune manière une alternative aux traitements médicamenteux et à la prise en charge psychologique des patients.

Chapitre 2

L'ABORD GLOBAL DU MALADE CANCÉREUX DOULOUREUX

I. ABORD CLINIQUE : CAUSES, MÉCANISMES, INTENSITÉ DE LA DOULEUR

L'abord clinique d'un patient souffrant de douleur cancéreuse devra permettre de déterminer : 1) le diagnostic des causes de la douleur, 2) les mécanismes physiopathologiques sous-jacents, 3) l'intensité de la douleur, et 4) les dimensions psycho-sociales de la souffrance du patient et de son entourage. **Du temps et de la disponibilité sont nécessaires à l'établissement de ce bilan global indispensable.**

1. Diagnostic des causes de la douleur

Il est essentiel que le diagnostic puisse établir si la douleur :

- est due à la tumeur cancéreuse elle-même (70 % des cas environ) ;
- est due aux thérapeutiques du cancer (douleurs postchirurgicales, douleurs postradiques, postchimiothérapiques) (autour de 20 % des cas) ;
- est une douleur sans lien de causalité directe avec le cancer (environ 10 % des cas).

Un même malade peut souffrir de plusieurs types de douleurs simultanément et les douleurs peuvent changer au cours du temps, d'où l'importance d'une réévaluation périodique.

2. Identification des mécanismes de la douleur

Le choix des traitements symptomatiques dépend du mécanisme présumé de la douleur. On distingue habituellement les douleurs dites par **excès de nociception** et les douleurs **neurogènes** (également appelées neuropathiques ou par désafférentation).

**CARACTÉRISTIQUES DES DOULEURS CANCÉREUSES
SELON LEUR MÉCANISME**

TYPE DE DOULEUR	DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION	DOULEUR NEUROGÈNE
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (réveil nocturne causé par la douleur)	Composante continue (brûlure) Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée	Compatible avec une origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (douleur hémicorporelle)
Examen clinique	Examen neurologique normal ; on peut souvent trouver une manœuvre reproduisant la douleur	Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie), Signes d'hypersensibilité (allodynie*)
Sensibilité à la morphine	Forte	Très variable

* Allodynie: douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur

3. **Évaluation de l'intensité de la douleur et de son retentissement sur le comportement**

De nombreuses études ont montré clairement que **les soignants sous-évaluent la douleur des patients** et que, de leur côté, ceux-ci ont des difficultés à exprimer l'intensité de la douleur qu'ils ressentent et tendent souvent à la minimiser. Il est donc essentiel d'encourager le patient à communiquer de manière détaillée ce qu'il ressent et de considérer *a priori* que l'intensité de la douleur n'est pas celle que le médecin imagine mais celle que le patient rapporte. Il est fortement recommandé de **réaliser systématiquement une autoévaluation** quantitative de l'intensité de la douleur par le patient à l'aide d'une échelle de mesure validée (cf. annexe 5). Le choix du type d'échelle est moins important que la décision de procéder à une évaluation systématique et reproductible de la douleur telle que le patient la quantifie.

Cette autoévaluation a pour objectifs : 1) d'identifier systématiquement les malades douloureux même s'ils ne se plaignent pas, 2) de montrer que l'on s'intéresse à la plainte et que le patient a un rôle actif à jouer dans l'analyse de la douleur, 3) d'adapter le

traitement antalgique, et 4) de faciliter, grâce à des critères communs, la communication au sein de l'équipe soignante.

L'évaluation de l'intensité de la douleur peut aussi s'appuyer sur l'observation du comportement du patient. L'observation du retentissement de la douleur sur le comportement du patient ne remplace pas l'auto-évaluation mais la complète. Les principaux indicateurs de sévérité sont les troubles du sommeil, la restriction des activités physiques, les modifications émotionnelles, la demande et la consommation d'antalgiques. Chez les malades avec qui la communication est impossible (difficultés d'expression, troubles de la conscience, détérioration intellectuelle majeure), l'observation est irremplaçable (posture, faciès, gémissements, attitudes antalgiques, limitation des mouvements).

II. ABORD PSYCHOLOGIQUE, FAMILIAL ET SOCIAL DU MALADE CANCÉREUX DOULOUREUX

1. Évaluation psychologique

Chez les patients cancéreux douloureux, les troubles psychiatriques sont plus fréquents que chez les cancéreux non douloureux. La douleur chronique peut engendrer anxiété, dépression, idées suicidaires voire suicides. La détresse du patient peut être accentuée par l'idée que la douleur traduit une aggravation de la maladie cancéreuse.

Chez le patient cancéreux douloureux, l'évaluation psychologique doit être systématique, à la recherche de troubles anxio-dépressifs accessibles à un traitement (psychotropes, psychothérapie) ; d'autre part si le patient présente un trouble psychiatrique, l'évaluation et le contrôle de la douleur sont indispensables et contribuent à la prise en charge du trouble psychiatrique lui-même.

2. Évaluation familiale

La prise en charge globale du cancéreux douloureux nécessite la connaissance de sa structure familiale et de son entourage, ainsi que l'évaluation de la souffrance psychologique et des besoins des personnes les plus impliquées auprès de lui.

Cette évaluation peut nécessiter plusieurs rencontres avec le groupe familial et avec certains de ses membres individuellement. Les membres de la famille peuvent avoir des besoins qu'il faudra identifier et si possible satisfaire.

À domicile, le risque d'épuisement physique des proches doit être pris en compte et prévenu. Ce risque est d'autant plus grand que les proches impliqués sont moins nombreux.

3. Évaluation sociale

Il s'agit de cerner avec le patient et ses proches toutes les difficultés engendrées par la maladie : difficultés pour les soins corporels, les activités quotidiennes ou les transports, problèmes pécuniaires, professionnels, avec les assurances, etc. Le domicile doit parfois être aménagé (lit médical, main courante, rehaussement de la lunette des WC, etc.).

Le médecin généraliste doit connaître les ressources locales et régionales permettant de répondre au mieux aux besoins identifiés : assistantes sociales, services d'hospitalisation à domicile et de soins à domicile, aides associatives, gardes-malades, services de repas à domicile, bénévoles, etc.

III. ABORD RELATIONNEL

Toute situation d'angoisse et d'impuissance tend à générer en chacun, qu'il soit malade ou soignant, des processus d'adaptation lui permettant de faire face (*coping ability* des Anglo-Saxons). Ces *mécanismes de défense* vont s'exacerber dans les situations de crise et d'appréhension extrême conduisant tous les protagonistes à se protéger, chacun avec ses propres armes, contre la peur et l'angoisse de mort.

On ne saurait envisager une standardisation des dires ni des attitudes des soignants, mais deux principes peuvent s'appliquer à toutes les situations.

1. Prendre conscience de ses propres mécanismes de défense

Cette prise de conscience, qui oblige à une remise en question, ne va pas de soi. Le partage et la réflexion avec des collègues de manière informelle, au sein de groupes de parole, ou avec l'aide d'un psychologue peut alors permettre un certain assouplissement des mécanismes défensifs et une diminution de l'intensité de la culpabilité et de l'angoisse. En admettant de cheminer lui-même avec ses forces et ses failles, le soignant va aussi se révéler plus apte à reconnaître les mécanismes de défense du malade et de son entourage.

2. S'appuyer sur les mécanismes de défense du malade (qui sont des mécanismes d'adaptation)

La reconnaissance des mécanismes d'adaptation du malade fait partie de la démarche clinique (cf. annexe 6) et a des conséquences précises dans la relation, telles que :

- ne pas devancer les questions ;
- prendre en compte minutieusement la plainte mise en avant par le malade même si elle semble secondaire par rapport à la maladie ;
- informer, de la manière la plus précise et détaillée possible, un malade qui semble vouloir « tout contrôler » ;
- accepter qu'un patient régresse et soit dans une demande de type parental envers le soignant ;
- accepter qu'un patient exprime un projet même s'il semble irréaliste ;
- accompagner le patient dans ses oscillations entre intégration et déni de la réalité ;

- faire la distinction entre réalité médicale et réalité psychique ;
- ne pas confondre vérité médicale et authenticité de la relation.

Il s'agit de suivre le malade à son rythme, en cherchant à se maintenir au plus près de sa vérité du moment, en repérant ses capacités d'intégration de la réalité, en répondant à ses questions sans les devancer. Cet accompagnement "pas à pas" favorise un travail psychique atténuant les défenses du malade, ce qui rend possible une relation plus authentique de tous les protagonistes (patient, famille et soignants).

3. Susciter des échanges avec la famille en dehors de la présence du malade

Il s'agit d'aider la famille à soulager sa détresse en lui permettant :

- de déposer ses peurs de la morphine, de l'agonie, de se trouver « avec un cadavre à la maison »...
- d'exprimer ses sentiments d'ambivalence : désir de garder le malade le plus longtemps possible en luttant contre la mort, et, dans le même temps, sentiment d'usure et souhait de le voir partir ;
- d'envisager l'après et d'anticiper sa souffrance : comment faire avec l'absence de l'autre ?

Chapitre 3

SITUATIONS SPÉCIFIQUES

I. DOULEUR AU COURS DU SIDA

La douleur au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est fréquente. Dans une enquête française, la prévalence et l'intensité de la douleur sont apparues proches de celles observées au cours du cancer. Les douleurs au cours de l'infection par le VIH peuvent être dues à une atteinte neurologique, digestive, musculaire, ostéo-articulaire, en rapport avec la maladie elle-même ou dans certains cas avec le traitement administré.

1. Particularités de l'abord clinique de la douleur du patient sidéen

Les principes qui guident l'abord clinique de la douleur au cours du sida et du cancer sont les mêmes : analyse des causes et des mécanismes, évaluation de l'intensité, du retentissement, de la composante émotionnelle de la douleur.

Quelques particularités sont à souligner. Une nouvelle douleur doit être considérée *a priori* comme le signe d'une pathologie qu'il convient avant tout d'identifier ; il faudra toujours évaluer le degré d'urgence. La douleur peut être due à des causes extrêmement variées, relevant de traitements spécifiques. Dans de nombreux cas, le mécanisme des douleurs est neurogène. L'évaluation de la composante émotionnelle de la douleur est toujours difficile chez ces patients qui vivent de nombreux stress tout au long de l'évolution de la maladie. Des signes de dépression et des idées suicidaires sont plus fréquents chez les patients atteints de sida et souffrant de douleurs. De même, leur handicap fonctionnel et leurs besoins de soutien social sont plus importants.

2. Les principes de prise en charge

Les principes de traitement de la douleur du cancer s'appliquent au traitement de la douleur au cours du sida : démarche « par paliers », rôle essentiel de la morphine orale, intérêt des coantalgiques à chaque palier.

Il faut cependant tenir compte de certaines particularités.

Les douleurs neurogènes peuvent être faiblement morphino-sensibles. Les principes de traitement sont les mêmes que pour les douleurs neurogènes des cancers. Les douleurs musculaires répondent aux antalgiques non morphiniques, AINS en particulier, ainsi qu'à la physiothérapie.

Les phénomènes de malabsorption ou les diarrhées fréquemment observés au cours du sida peuvent modifier la biodisponibilité des antalgiques par voie orale. L'intégrité du tube digestif est nécessaire pour absorber le sulfate de morphine à libération prolongée. Si le recours à la morphine est nécessaire, les formes aqueuses de morphine orale sont préférables. En cas de douleur intense chez un patient ayant une diarrhée profuse, il ne faut pas hésiter à utiliser d'emblée la morphine injectable.

II. PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU CANCER OU DU SIDA CHEZ LE PATIENT TOXICOMANE

La toxicomanie n'est pas une contre-indication à un traitement antalgique par la morphine. Cependant, l'évaluation de la douleur peut être difficile chez certains patients en raison de comportements manipulateurs ou de troubles psychologiques. L'évaluation devrait être conduite par une équipe capable de faire la synthèse des problèmes liés aussi bien à la douleur qu'à la toxicomanie.

L'accoutumance aux opioïdes, fréquente chez les toxicomanes, a pour conséquence des besoins supérieurs et une réduction de la durée d'action des antalgiques (parfois 1 à 2 heures pour la morphine au lieu de 4).

Chez ces patients, il faut éviter le plus possible la voie parentérale discontinue et les produits à action rapide (dextromoramide), et privilégier les produits à libération prolongée.

III. ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET PRESCRIPTION DE MORPHINE CHEZ LE PATIENT CANCÉREUX ÂGÉ

Les principes généraux de la prise en charge de la douleur du cancer chez la personne âgée sont les mêmes que chez l'adulte.

L'autoévaluation de l'intensité de la douleur à l'aide d'échelles standardisées peut être entravée par des troubles neurologiques et psychiatriques ainsi que par des déficits sensoriels. **Il faut alors être encore plus attentif à tous les signes témoignant de la souffrance du malade : expression du visage, agitation ou prostration, gémissements, réactions à la mobilisation, troubles du sommeil.** Même si la communication verbale est intacte, la description de la douleur peut être perturbée par des troubles de la mémoire. Le témoignage de l'entourage (famille, infirmières) est alors indispensable.

Chez les personnes âgées, les opioïdes sont généralement efficaces à dose plus faible que chez les sujets jeunes. Il convient d'utiliser la morphine en solution. **La dose initiale est réduite d'environ 50 % par rapport à celle de l'adulte (30 mg/j au lieu de 60 mg/j).** L'adaptation ultérieure des doses se déroule de la même manière que chez l'adulte, en fonction de l'intensité de la douleur et des effets secondaires. Chez certains patients, des prises toutes les 6 à 8 heures peuvent suffire à contrôler la douleur.

Le risque des effets indésirables des opioïdes est augmenté chez la personne âgée. **Cela ne doit pas conduire à une restriction dans l'usage de la morphine, mais à la meilleure correction possible des effets secondaires et à une surveillance accrue.**

Le plus grand soin doit être apporté à la prévention de la constipation. En cas de diarrhée, il faut systématiquement vérifier qu'il ne s'agit pas d'une fausse diarrhée provoquée par un fécalome.

Chez la personne âgée, l'association de morphine et tricycliques peut conduire à un état de somnolence marquée. Si cette association est nécessaire, les doses initiales doivent être faibles et l'adaptation posologique très progressive.

IV. PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE DE LA DOULEUR DES MALADES À UN STADE AVANCÉ OU TERMINAL

Cette prise en charge nécessite la constitution d'une véritable équipe comprenant au minimum l'entourage, le médecin généraliste et les infirmières. La coordination et la communication au sein de cette équipe est fondamentale. Le dossier de soins est tenu à jour par tous les intervenants et laissé au domicile.

Les soignants ont un rôle essentiel à jouer en soutenant les proches, sans qui le maintien à domicile du malade serait impossible. Il faut évoquer ensemble, avec suffisamment d'anticipation, les différentes évolutions possibles de la situation clinique et les réponses souhaitables dans chaque cas.

La morphine peut être administrée par voie sous-cutanée, à l'aide de pompes, de pousse-seringues ou d'infuseurs (cf. annexe 7). Cette technique, simple à mettre en œuvre, efficace et sûre, est indiquée :

- lorsque des douleurs deviennent résistantes à la morphine par voie orale ;
- lorsque l'évolution de la maladie rend impossible la prise orale de la morphine.

En cas d'hospitalisation, le généraliste doit assurer la liaison avec l'équipe hospitalière, en veillant à la qualité et la continuité de la prise en charge. En cas de retour à domicile, le médecin hospitalier doit assurer la liaison avec l'équipe de ville de la même manière. Si un patient traité par morphine sort de l'hôpital, une veille de week-end ou de jour férié, le médecin hospitalier doit vérifier, auprès d'un pharmacien proche du domicile, que la dispensation du traitement sera assurée sans discontinuité.

ANNEXES

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DES OPIOÏDES

Les opioïdes sont habituellement classés en 3 catégories : agonistes purs, agonistes partiels, agonistes-antagonistes.

Les agonistes purs n'ont pas d'effet plafond et ne réduisent pas les effets d'autres agonistes purs donnés simultanément.

Les agonistes partiels (buprénorphine) et les agonistes-antagonistes (pentazocine, nalbuphine) ont un effet plafond et diminuent l'effet des agonistes purs donnés simultanément.

Selon leur efficacité antalgique, on distingue les opioïdes majeurs et mineurs.

	AGONISTES PURS	AGONISTES PARTIELS	AGONISTES-ANTAGONISTES
Majeurs	Morphine Dextromoramide ^a Méthadone ^b Péthidine ^c Fentanyl ^d Hydromorphone ^e	Buprénorphine ^f	Pentazocine ^g Nalbuphine ^h
Mineurs	Codéine Dextropropoxyphène		

^aPalfium[®].

^bN'a pas d'AMM dans la douleur.

^cDolosal[®]. Disponible sous forme injectable uniquement.

^dAdministration par dispositif transcutané, non encore commercialisé.

^eNon encore commercialisé.

^fTemgésic[®]. Seule la forme sublinguale est disponible en ville. Classé parmi les antalgiques majeurs par l'OMS, mais sa puissance antalgique est limitée en raison de l'effet plafond.

^gFortal[®]. Disponible sous forme injectable seulement. Classé parmi les antalgiques majeurs par l'OMS, mais sa puissance antalgique est limitée en raison de l'effet plafond.

^hNubain[®]. Disponible sous forme injectable seulement. Classé parmi les antalgiques majeurs par l'OMS, mais sa puissance antalgique est limitée en raison de l'effet plafond.

ANNEXE 2

DOSE INITIALE DE MORPHINE CHEZ UN PATIENT MAL ÉQUILIBRÉ PAR UN AUTRE OPIOÏDE

Comme une même dose d'un opioïde peut produire des effets variables d'un patient à l'autre, il est difficile de prévoir précisément quelle sera la dose de morphine correspondante à l'opioïde administré antérieurement. En outre, le passage à la morphine s'effectuant généralement lorsque la douleur n'est pas suffisamment soulagée, l'objectif du prescripteur sera de déterminer une dose de morphine dont l'effet antalgique sera supérieur à celui du traitement précédent. Les coefficients de conversion diffèrent considérablement d'une publication à l'autre. Ceux qui figurent dans le tableau ci-dessous sont donnés à titre indicatif et ils ne permettent de déterminer que très approximativement la dose de morphine équivalente à celle de l'opioïde précédemment utilisé. L'ajustement des doses se basera sur l'évaluation clinique à intervalles rapprochés.

COEFFICIENTS DE CONVERSION APPROXIMATIFS DES PRINCIPAUX OPIOÏDES PAR VOIE ORALE

Dextropropoxyphène (associé à un antalgique non opioïde)	1/10	100 mg de dextroprop. = 10 mg de morphine
Codéine (associée à un antalgique non opioïde)	1/10	100 mg de codéine = 10 mg de morphine
Morphine	1	
Dextromoramide	2 à 3	5 mg de dextromoramide = 10 à 15 mg de morphine
Hydromorphone	8	8 mg d'hydromorphone = 64 mg de morphine
Buprénorphine	30	0,2 mg de buprénorphine = 6 mg de morphine
Méthadone	2	5 mg de méthadone = 10 mg de morphine

Exemples :

- Pour un patient recevant 8 comprimés par jour de l'association codéine/paracétamol dosée à 30 mg de codéine et 500 mg de paracétamol par comprimé, la dose équiantalgique de morphine est environ de 24 mg (240 x 1/10). Le patient n'étant pas soulagé par le

traitement précédent, il faudra lui prescrire environ 40 mg de morphine et du paracétamol, ou plus simplement prescrire 60 mg de morphine.

- Pour un patient recevant 1,8 mg de buprénorphine (9 comprimés) par jour, la dose équiantalgique quotidienne de morphine est de $1,8 \text{ mg} \times 30 = 54 \text{ mg}$. Si le patient n'est pas soulagé par 1,8 mg de buprénorphine, il faudra lui prescrire au moins 60 mg de morphine orale par jour, voire 80 à 100 mg.

ANNEXE 3

LAXATIFS DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION INDUITE PAR LA MORPHINE*

LAXATIFS ADMINISTRÉS PAR VOIE ORALE				
CATÉGORIE	MÉCANISME D'ACTION	DOSE INITIALE	DÉLAI D'ACTION	INCONVÉNIENTS POSSIBLES
Lubrifiants : huile de paraffine	Ramollissent et lubrifient les selles, facilitant leur passage	10 ml/j	1 à 3 j	- Suintement et irritation périanale. - En cas de prise au long cours, malabsorption des vitamines liposolubles
Tensioactifs : docusate de sodium	Favorisent la pénétration de l'eau et des graisses dans la masse fécale, contribuant à la ramollir et à en augmenter le volume. Le docusate de sodium entraîne également un accroissement de la sécrétion intestinale d'eau et d'électrolytes	100 à 300 mg/j	1 à 3 j	- Augmentation de l'absorption d'autres principes actifs administrés simultanément - Hypokaliémie
Laxatifs de lest : ispaghul, psyllium, sterculia	Augmentent le volume des selles et leur hydratation par formation d'un gel colloïdal hydrophile	3 à 9 g/j	2 à 4 j	- Aggravation d'une obstruction intestinale (tumeur, bride) - Granulés mal acceptés par certains patients - Nécessité d'une grande quantité de liquide par prise
Laxatifs osmotiques : lactulose, mannitol, sorbitol	Non absorbés par l'intestin, ils augmentent l'osmolarité de son contenu, retenant l'eau dans la lumière de l'intestin. Leur dégradation par la flore colique acidifie le contenu intestinal, ce qui stimulerait également le péristaltisme	15 ml/ 2 fois/j	1 à 2 j	- Ballonnements, selles semi-liquides
Laxatifs stimulants : anthracéniques (cascara, danthroné, séné) ; bisacodyl ; phénolphthaléine	Stimulent directement la motricité colique et modifient les échanges hydroélectrolytiques intestinaux	Dépend du principe actif	6 à 24 h	- Douleurs abdominales, diarrhées - Hypokaliémie
Laxatif par action péristaltigène parasymphomimétique : pyridostigmine	Prolongation et augmentation des contractions des fibres musculaires lisses (effet muscarinique)	60 mg 2 fois/j	2 h environ	Crampes abdominales, nausées, vomissements
LAXATIFS ADMINISTRÉS PAR VOIE RECTALE				
CATÉGORIE	EFFET			
Osmotiques : glycérine (également lubrifiant), mannitol, sorbitol	Ramollissement des selles			
Stimulant : bisacodyl	Stimulation du péristaltisme colique			
Tensioactifs : laurylsulfoacétate de Na, docusate de Na	Ramollissement des selles			
Tartrate acide de K et bicarbonate de Na associés	Libération de gaz carbonique dans le rectum, augmentation de la pression intra-rectale et stimulation du réflexe exonérateur			

*Les noms commerciaux des laxatifs n'ont pas pu être cités en raison de leur grand nombre. Les lecteurs pourront se reporter si besoin aux ouvrages de référence habituels.

ANNEXE 4

EXEMPLES DE PRESCRIPTION DE MORPHINE ORALE

Exemple de prescription de morphine à libération prolongée

« Je dis : <Nom de la spécialité> : trente milligrammes toutes les douze heures. Ordonnance pour <durée : jusqu'à vingt-huit jours>.é »

Si la prescription se révèle insuffisante, il est possible de prescrire des quantités supplémentaires de morphine. Une prescription étant déjà en cours, il est alors nécessaire d'écrire sur l'ordonnance du carnet à souche qu'il s'agit d'une ordonnance complémentaire.

Exemple d'ordonnance complémentaire

Un patient reçoit, toutes les 12 heures, 30 mg de sulfate de morphine LP depuis 3 jours. L'ordonnance a été établie pour 14 jours. On souhaite passer à une dose de 50 mg toutes les 12 heures.

L'ordonnance sera rédigée de la manière suivante :

« Ordonnance complémentaire. Je dis : <Nom de la spécialité> : vingt milligrammes toutes les douze heures pendant onze jours. »

Exemple de prescription à un patient nécessitant une prise de morphine buvable de 10 mg toutes les 4 heures

Une prise toutes les 4 heures signifie 6 prises par jour, et 84 prises pour 14 jours. Si chaque prise correspond à 10 mg de morphine dans, par exemple, 10 ml de solution pour 14 jours, il faut 840 mg de morphine dans 840 ml de solution.

Dans ce cas, l'ordonnance sera rédigée de la manière suivante :

« Je dis : Chlorhydrate de morphine : huit cent quarante milligrammes dans eau simple QSP huit cent quarante millilitres. Dix milligrammes (dix millilitres) toutes les quatre heures pendant quatorze jours ».

Une seringue de 10 ml sera prescrite pour mesurer la dose. La potion étant amère, il est conseillé de la prendre dans un mélange qui en cache l'amertume.

Exemple de prescription à un patient nécessitant une prise de morphine buvable de 60 mg toutes les 4 heures

« Je dis : Chlorhydrate de morphine : cinq mille quarante milligrammes dans eau sucrée QSP huit cent quarante millilitres. Soixante milligrammes (dix millilitres) toutes les quatre heures pendant quatorze jours ».

ANNEXE 5

LES ÉCHELLES DE MESURE

Les échelles de mesure visent à recueillir des informations reproductibles, valides et sensibles aux effets du traitement. Elles permettent de comparer l'intensité de la douleur à différents moments chez un même patient. En revanche, elles ne peuvent pas être utilisées pour effectuer des comparaisons d'un patient à un autre.

Trois instruments ont l'avantage d'être simples, rapides et faciles à utiliser par les malades : l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, l'échelle verbale simple.

- *L'échelle visuelle analogique* se présente sous la forme d'une ligne horizontale ou verticale de 100 millimètres, orientée de gauche à droite ou de bas en haut. Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « douleur absente » et « douleur maximale imaginable ». Le patient répond en traçant une croix sur la ligne (ou en déplaçant le curseur de la règle). L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du trait (ou du curseur) et l'extrémité « douleur absente ».

- *L'échelle numérique* s'utilise en demandant au patient de donner une note comprise entre 0 et 100 (ou 0 et 10). La note 0 est définie par "douleur absente" et la note 100 par "douleur maximale imaginable". Pour évaluer l'efficacité du traitement on peut demander au patient d'estimer le soulagement en pourcentage (de 0 à 100 %) par rapport à la douleur antérieure.

- *L'échelle verbale simple*, dans sa présentation la plus usuelle, est constituée par 4 ou 5 catégories ordonnées de descripteurs. À chaque catégorie, correspond un score. Par exemple : 0 = pas de douleur ; 1 = douleur faible ; 2 = douleur modérée ; 3 = douleur intense ; 4 = douleur extrêmement intense.

ANNEXE 6

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MALADE, DES SOIGNANTS ET DE LA FAMILLE

I. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MALADE : DESCRIPTION CLINIQUE

On peut considérer les mécanismes de défense du malade comme des *mécanismes d'adaptation* : face à une réalité nouvelle, un traumatisme, ou un événement stressant, l'individu développe une série de réactions qui lui permettent de faire face (*coping ability* des Anglo-Saxons).

1. Le déni

En dépit de l'évidence et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir trop douloureux.

2. Le déplacement

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité, en transférant l'angoisse liée à sa maladie sur un élément substitutif (par exemple, il ne parle que de sa peur des effets secondaires du traitement, ou d'un symptôme mineur sans jamais évoquer son cancer).

3. Les rites obsessionnels

Le malade, dans une tentative de maîtrise de la maladie, s'attache à certains rites, précis et obsessionnels. Il respecte scrupuleusement toutes les prescriptions et suit rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison.

4. La régression

Le malade se replie sur lui-même et sur ses symptômes, demandant à être protégé et pris en charge sur un mode parental ; incapable de s'investir dans une lutte active contre la maladie, il se laisse porter par son entourage et par les soignants, auxquels il s'en remet complètement.

5. La projection agressive

Le malade réagit de façon agressive et revendicatrice, attaquant ses proches et les soignants sur un mode paranoïaque et déversant son ressentiment et son amertume. Cette agressivité exprimée au travers de « l'incompétence » des médecins et de l'inadéquation affective de ses proches constitue son unique système de défense pour se préserver encore de l'angoisse.

6. Sublimation, combativité : rendre constructif le rapport à l'adversité

Le malade prend appui sur l'épreuve qu'il endure pour tenter de la dépasser et se dépasser lui-même, pour rendre constructif son rapport à l'adversité. Cette combativité peut engendrer une énergie surprenante, ne laissant place qu'à l'initiative, au dynamisme et à l'action : il s'attache à créer une association, à écrire un livre ou à se tourner vers l'autre dans une réelle forme d'altruisme. Ce désir de consolider sa propre fragilité par le don de soi restitue un sens à sa maladie, comme si l'intensité même du présent pouvait atténuer la souffrance à venir.

7. Le « clivage du moi »

Avec l'apparition de nouvelles douleurs, de rechutes itératives, ces mécanismes de défense ne sont plus toujours opérants ; dès lors le « clivage du moi » peut apparaître : un espoir et un désespoir authentiques cohabitent chez le sujet. Tout en réclamant la vérité, le sujet paraît demander implicitement d'en être protégé. Même s'ils sont lucides et conscients de leur état, certains malades se remettent parfois à espérer, à réclamer un nouveau traitement curatif, à la faveur par exemple d'un bon contrôle de la douleur. Le malade va de surcroît moduler son comportement en fonction de l'interlocuteur, semant le doute et le désarroi dans son entourage, mettant ainsi les soignants dans une position difficile.

II. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DES SOIGNANTS : DESCRIPTION CLINIQUE

Face à la souffrance psychique du malade et à la difficulté à contrôler certains symptômes, les soignants vont mettre en place des mécanismes de défense pour se préserver d'une réalité trop douloureuse, et qui peut remettre en question leur identité de soignants. Si se protéger ne s'avère jamais répréhensible, il est indispensable que le soignant sache apprécier sa subjectivité et ses limites pour appréhender au mieux son patient.

1. Le mensonge

Le mensonge est souvent mécanisme de défense de « l'urgence ». Par son caractère entier et radical, il est probablement le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade. Si la vérité, dévoilée brutalement ou découverte fortuitement, constitue toujours un traumatisme, le mensonge (évoquer par exemple une hépatite pour un cancer du foie) évite la montée de l'angoisse, ce qui empêche le malade de mettre en place ses mécanismes d'adaptation et donc de s'ajuster progressivement à la réalité. Une évolution défavorable de la maladie risque de compromettre toute relation de confiance.

2. La fuite en avant

Surestimant la maturation psychique du patient, méconnaissant ses mécanismes d'adaptation, certains soignants devancent les questions et brûlent les étapes. Ils s'empressent de tout dire, opprésés par le poids d'un savoir trop lourd à porter, dont ils voudraient se libérer.

3. La fausse réassurance

En optimisant des résultats alors que le patient lui-même n'y croit plus, le soignant cherche à se protéger encore un peu en conservant la maîtrise de ce savoir sur lequel lui seul a encore prise ; il tente de retarder la confrontation à la réalité.

4. La rationalisation

Par un discours très technique et totalement incompréhensible pour le malade, le soignant se retranche derrière son savoir. Ainsi parvient-il à établir un dialogue sans dialogue, apportant aux questions trop embarrassantes des réponses obscures qui ne peuvent qu'accroître le malaise et la détresse du malade.

5. L'évitement

Le médecin peut craindre d'être mis en difficulté par les questions du malade, par sa quête d'espoir, par la confrontation à sa dégradation physique. Il cherche alors à réduire au minimum le contact physique et psychique avec le malade :

- en prenant comme interlocuteur quasi exclusif un tiers (famille, infirmière) ;
- en limitant le temps de visite, d'écoute et d'examen ;
- en se retranchant derrière les examens paracliniques, la tenue du dossier.

III. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE AU SEIN DE LA FAMILLE

Comme le malade et les soignants, l'entourage va développer des mécanismes de défense. Se constitue ainsi un système complexe, dans lequel les processus défensifs édifiés par chacun des protagonistes s'avèrent différents en fonction de la personnalité des individus et aussi en fonction du mode sur lequel chacun perçoit l'autre, adaptant et modulant ses propres défenses selon celles de son interlocuteur. Ainsi, un membre de la famille peut dire des choses totalement différentes lorsqu'il est seul avec le médecin et lorsqu'il se retrouve en présence du malade.

La prise en compte des mécanismes de défense des différents protagonistes est essentielle lorsqu'il s'agit de donner des informations sur le diagnostic et le pronostic de la maladie. Actuellement, il est encore courant d'informer la famille sans informer le malade, ce qui peut générer une distorsion dramatique dans la communication intrafamiliale. De plus, il n'est pas exceptionnel que le malade, tout en étant fragilisé par sa maladie, soit l'élément fort au sein du groupe familial. En donnant d'avantage d'informations à la famille qu'au malade, on inverse les rôles de protecteur et de protégé, et on risque de porter atteinte à l'équilibre du groupe.

ANNEXE 7

ADMINISTRATION DE MORPHINE PAR PERFUSION SOUS-CUTANÉE CONTINUE À DOMICILE

1. Indication

Douleurs morphino-sensibles :

- lorsque la voie orale est inefficace ;
- lorsque la voie orale nécessite des prises d'un trop grand nombre de comprimés ou d'un trop grand volume de solution ;
- lorsque la voie orale ne peut pas, ou ne peut plus, être employée.

2. Différents matériels utilisables

Il existe actuellement 3 types de **systèmes actifs de perfusion** :

- les pousse-seringue électriques : ils assurent une poussée linéaire sur le piston d'une seringue de 10 à 30 ml pour les portables, et jusqu'à 60 ml pour les non portables, adaptés aux patients grabataires ;
- les pompes programmables : le débit, contrôlé par un microprocesseur, est réglable ; le réservoir est de 50 à 250 ml ;
- les diffuseurs portables à usage unique : c'est la rétraction élastique d'une poche réservoir qui règle le débit. Il existe des diffuseurs « un jour » et « cinq jours ».

3. Exemples de prescriptions

3.1. Prescription de la morphine

Le coefficient d'équianalgie entre les voies orale et sous-cutanée est de 0,5. Par exemple, à une dose quotidienne de 800 mg de morphine orale correspond une dose quotidienne de 400 mg de morphine sous-cutanée.

Il ne faut pas oublier la rédaction du feuillet du carnet à souche.

Je dis bien, pour vingt-huit jours de traitement, de perfuser en continu par voie sc, avec < pousse-seringue, pompe ou diffuseur à usage unique selon le cas > une dose de mg de chlorhydrate de morphine par 24 heures.

Date, signature, cachet.

3.2. Prescription du matériel

a. Pour traitement ambulatoire de la douleur : location d'un pousse-seringue, type < marque de l'appareil >, pour une durée de mois, renouvelable.

b. Accessoires à usage unique* :

- cathéters courts ou microperfuseurs
- seringues de 20 ml , aiguilles pour remplissage
- prolongateurs de 75 cm
- Compresse stériles, désinfectant, pansements transparents adhésifs
- Ampoules de sérum physiologique

*Il est également possible de prescrire des sets de remplissage et des sets de pose, pris en charge au TIPS. Ces sets sont justifiés pour les perfusions dont la mise en route nécessite des précautions d'asepsie stricte.

3.3. Prescription de l'administration du traitement par une infirmière libérale à domicile

Faire préparer par infirmière libérale à domicile fois par semaine, dimanches et jours fériés compris, une perfusion sous-cutanée continue de mg de chlorhydrate de morphine dans ml.

Surveillance de la perfusion continue tous les jours.

Noter le nombre de mg de morphine reçus par 24 heures.

Surveiller la tolérance locale.

4. Technique de pose

Le système de perfusion est préparé avec la quantité de morphine prescrite, diluée dans un volume adéquat de sérum physiologique. Le prolongateur est raccordé et purgé. Si l'injection est faite par un microperfuseur (butterfly), celui-ci est purgé également.

Le site de perfusion peut être situé au bras, à la cuisse (sauf en cas d'œdème), dans la paroi abdominale ou thoracique.

Les conditions d'antisepsie habituelles doivent être respectées : pour la voie sous-cutanée, il n'est pas nécessaire de prendre les mêmes précautions d'asepsie rigoureuse (masque, champ stérile, etc.) que pour les voies centrales (cathéter tunnellié ou chambre implantable).

Le cathéter court (ou l'aiguille du microperfuseur purgé), est introduit par voie sous-cutanée et raccordé au prolongateur. Il est ensuite fixé avec un pansement transparent.

5. Surveillance, temps pendant lequel le matériel peut être laissé en place

Le microperfuseur ou le cathéter court peuvent être laissés au même point d'injection pour une durée maximale de 5 jours, à condition que la tolérance locale soit correcte, c'est-à-dire qu'il n'y ait ni induration importante, ni rougeur, ni douleur. La tolérance locale est fonction de la concentration en morphine de la perfusion. Le prolongateur doit être changé 1 à 2 fois par semaine.

Les manipulations du raccord entre le système de perfusion et le prolongateur doivent être faites à travers des compresses imprégnées d'un antiseptique.

6. Fournisseur

Le matériel peut être fourni par le pharmacien d'officine ou par une société commerciale spécialisée.

7. Prise en charge

Une demande d'entente préalable est nécessaire. Elle peut être faite par le fournisseur. La première prescription peut avoir lieu en urgence. La sécurité sociale rembourse la location ou la vente du matériel au tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS), **qui ne correspond pas forcément** au prix du fournisseur.

RÉSUMÉ : IDÉES-FORCES ET RECOMMANDATIONS

I. LES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES DE LA DOULEUR DU CANCER CHEZ L'ADULTE

1. Schéma général du traitement

Le traitement symptomatique des douleurs d'origine cancéreuse doit utiliser en priorité la **voie orale**, selon **trois paliers thérapeutiques progressifs** en fonction de l'intensité de la douleur :

- **palier I** : antalgiques non opioïdes (douleurs faibles à modérées) ;
- **palier II** : association d'antalgiques opioïdes faibles aux antalgiques non opioïdes (douleurs modérées à intenses) ;
- **palier III** : antalgiques opioïdes forts (douleurs intenses à très intenses).

L'association d'un traitement coantalgique, médicamenteux ou non, doit être discutée à chaque palier.

2. Place de la morphine

La morphine orale est la pièce maîtresse du traitement de la douleur du cancer.

C'est l'intensité de la douleur et non le stade de la maladie qui fait prescrire la morphine : la prescription peut donc être précoce.

Chez l'adulte, **la posologie initiale est habituellement de 60 mg par jour : 30 mg toutes les 12 heures pour les formes à libération prolongée, ou 10 mg toutes les 4 heures pour la solution de morphine.**

Tant que la douleur n'est pas contrôlée, une **évaluation quotidienne** est recommandée. Dans le processus d'ajustement des doses de morphine, il n'y a pas de limite supérieure tant que les effets indésirables peuvent être contrôlés. **En cas d'accès douloureux incontrôlés, des prises supplémentaires de solution de morphine sont recommandées, en complément de la dose administrée à horaire fixe.**

Le patient doit être informé de la possibilité de survenue des effets indésirables les plus fréquents (constipation, nausée, somnolence), ainsi que de la nécessité et de l'efficacité des traitements correcteurs.

La constipation est un effet indésirable constant. **Toute prescription de morphine doit être accompagnée d'une prescription de laxatifs. Il en est de même pour la codéine.**

Dans les conditions de prescription recommandées, la morphine n'entraîne ni dépression respiratoire, ni occlusion, ni sédation prolongée, ni troubles mentaux, ni toxicomanie.

Tout médecin prenant en charge des patients cancéreux **doit posséder un carnet à souche** (qui devrait s'intituler à l'avenir « *carnet pour prescriptions spéciales* ») disponible en toutes circonstances. Les contraintes réglementaires ne doivent pas être un obstacle à la prescription et à la délivrance du traitement opioïde. **La coordination entre le médecin et le pharmacien est indispensable pour faciliter le traitement.**

3. **Autres traitements antalgiques**

Les traitements spécifiques du cancer (chimiothérapie, radiothérapie) peuvent avoir un effet antalgique s'ils ont une efficacité antitumorale, **mais ils ne dispensent absolument pas de donner des antalgiques.**

Les médicaments coantalgiques sont utilisés pour accroître l'efficacité des antalgiques. Leur rôle est parfois prioritaire. **Les principaux médicaments coantalgiques sont : les corticostéroïdes à visée décompressive et anti-inflammatoire, certains antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques pour les douleurs neurogènes.**

4. **Quand la morphine par voie orale est inefficace ou impossible**

Les voies sous-cutanée et intraveineuse continues sont les voies de choix. Cependant, **avant d'opter pour la voie parentérale, il faut vérifier que les traitements oraux ont été bien conduits.**

La voie intramusculaire n'est pas conseillée.

II. L'ABORD GLOBAL DU MALADE CANCÉREUX DOULOUREUX

1. Abord clinique : causes, mécanismes, évaluation de l'intensité de la douleur

Il n'y a pas une mais plusieurs douleurs cancéreuses, relevant de stratégies diagnostiques et thérapeutiques différentes. Toute nouvelle douleur chez un patient cancéreux doit faire rechercher *a priori* une évolution de la maladie. **Un bilan étiologique ne doit pas retarder un traitement par la morphine s'il est cliniquement nécessaire.**

Il est important d'identifier le mécanisme de la douleur car la nature des traitements en dépend. En particulier, **la sensibilité des douleurs neurogènes aux antalgiques est très variable ; ces douleurs relèvent de stratégies thérapeutiques complexes** nécessitant le plus souvent un abord pluridisciplinaire.

Les patients et les soignants minimisent souvent la douleur. **C'est pourquoi sa recherche et l'évaluation de son intensité doivent être systématiques.** Elles sont facilitées par l'utilisation d'une échelle standardisée d'évaluation de la douleur.

2. Évaluation psychologique, familiale et sociale

Le contrôle de la douleur du cancer nécessite de prendre en compte le contexte psychologique, familial et social du malade.

Doivent être systématiques : 1) la recherche de troubles anxio-dépressifs, accessibles à un traitement (psychotropes, psychothérapie), 2) la recherche des problèmes et besoins créés par la maladie dans la vie quotidienne, et 3) l'évaluation de la souffrance psychologique et des besoins des personnes les plus impliquées auprès du malade.

3. Aspects relationnels de la prise en charge

La douleur et la maladie grave induisent chez les malades, comme chez les soignants, des mécanismes de défense par lesquels ils cherchent à s'adapter à la réalité. Il est important d'identifier ces mécanismes.

Le soignant doit s'appuyer sur les mécanismes de défense du malade pour l'accompagner dans une vérité pas à pas, sans devancer son cheminement psychique.

En reconnaissant ses propres mécanismes de défense, le soignant sera plus apte à comprendre ceux du malade.

III. SITUATIONS SPÉCIFIQUES

1. Douleur au cours du sida

Les principes de traitement de la douleur du cancer s'appliquent au traitement des douleurs liées à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les douleurs neurogènes, musculaires et digestives sont particulièrement fréquentes au cours de l'infection par le VIH. Plusieurs mécanismes sont souvent associés.

2. Prescription de morphine chez le patient toxicomane ayant des douleurs liées au cancer ou au sida

La toxicomanie ne constitue pas une contre-indication au traitement antalgique par la morphine. Contrairement au toxicomane sevré, chez le toxicomane « actif » l'appréciation de l'intensité de la douleur ou des besoins pharmacologiques en morphine est difficile. L'évaluation devrait être conduite par une équipe capable de faire la synthèse des problèmes liés aussi bien à la douleur qu'à la toxicomanie.

3. Évaluation de la douleur et prescription de morphine chez le patient cancéreux âgé

L'âge est un facteur de risque pour une prise en charge insuffisante de la douleur.

Lorsque la personne âgée a des difficultés d'expression, l'évaluation s'appuie systématiquement sur l'observation de son comportement et le témoignage de l'entourage (famille, infirmières).

La connaissance de la fonction rénale est indispensable à la prescription des antalgiques.

Lorsque la morphine est indiquée, la dose initiale sera de 30 mg/j environ. L'adaptation ultérieure se fait comme chez l'adulte plus jeune.

La sensibilité de la personne âgée aux effets secondaires de la morphine ne doit pas conduire à une restriction dans son usage, mais à la meilleure correction possible des effets secondaires et à une surveillance accrue.

4. Particularités de la prise en charge à domicile de la douleur des malades à un stade avancé ou terminal

Cette prise en charge nécessite **la constitution d'une véritable équipe comprenant au minimum l'entourage, le médecin traitant et les infirmières**. La coordination et la communication au sein de cette équipe est fondamentale. Le dossier de soins est tenu à jour par tous les intervenants et laissé au domicile.

Les soignants ont un rôle essentiel à jouer en soutenant les proches, sans qui le maintien à domicile du malade serait le plus souvent impossible.

Des douleurs qui sont mal contrôlées par la morphine orale peuvent souvent être soulagées à domicile par la morphine administrée par voie sous-cutanée à l'aide de systèmes actifs de perfusion. Les techniques nécessaires sont simples à mettre en œuvre, efficaces et sûres.

En cas d'hospitalisation, le médecin traitant doit assurer la liaison avec l'équipe hospitalière, en veillant à la qualité et la continuité de la prise en charge. En cas de retour à domicile, le médecin hospitalier doit assurer la liaison avec l'équipe de ville de la même manière. **Si un patient traité par morphine sort de l'hôpital une veille de week-end ou de jour férié, le médecin hospitalier doit vérifier auprès d'un pharmacien proche du domicile que la dispensation du traitement sera assurée sans discontinuité.**