

PALLIUM

## Module 3

### GESTION PALLIATIVE DE LA DOULEUR

« La douleur est un maître de l'humanité qui est plus terrible que la mort elle-même. »  
*Albert Schweitzer, médecin*

1

PALLIUM

### Aperçu du module

- Section 1 : Rédaction d'une ordonnance
- Section 2 : Volet théorique
- Section 3 : Discussion de cas
- Section 4 : Révision de l'ordonnance

2

PALLIUM

### Cas 1, scène 1

Écrivez une ordonnance (sur les cartes fournies) pour François, le patient du cas 1. Faites-le du mieux possible, comme si vous rédigez une ordonnance réelle, ou comme si vous suggérez un traitement à un médecin.

Dressez la liste de tout autre traitement qui pourrait être utile pour ce patient actuellement.

3

### Cas 1, scène 1

François est un agriculteur âgé de 68 ans qui a reçu un diagnostic de cancer de la prostate il y a un an, après avoir présenté un dosage élevé de l'antigène spécifique prostatique. À l'époque, une scintigraphie osseuse avait révélé de nombreux sites de métastases sur sa colonne vertébrale (T4, T5, T10, L2-4), ainsi qu'une masse à la prostate. Il a décidé de subir une orchidectomie bilatérale. Il ne souffrait pas de douleur à ce moment.

4

### Cas 1, scène 1 (suite)

Ce patient est désormais atteint de douleur dans le bas du dos et à la hanche gauche. Il ressent une douleur constante au bas du dos, mais la douleur à la hanche est liée au mouvement et lorsqu'il s'appuie dessus. Ces douleurs ont commencé il y a quelques semaines. Il attribue la douleur à une chute qu'il a fait en travaillant. Il évalue le niveau de sa douleur dorsale à 7/10 (où 0 correspond à aucune douleur, et 10 correspond à la pire douleur possible), et sa douleur à la hanche à 6/10. La douleur n'irradie pas. Il prend de l'acétaminophène extra fort (1 à 2 cachets, 3 à 4 fois par jour), mais l'effet est minimal.

5

### Cas 1, scène 1 (suite)

Les antécédents médicaux de Fred comprennent une légère arthrose et de l'hypertension (qui est contrôlée au moyen d'un diurétique thiazidique). Il a un diabète de type 2, qui s'est présenté dans les quatre dernières années. Son diabète est bien contrôlé, uniquement par régime. De temps à autre, il prend un « somnifère » (lorazepam) pour dormir.

6

### Cas 1, scène 1 (suite)

Fred est marié et vit avec sa femme. On lui a récemment remplacé une hanche, et son médecin de famille le traite pour une dépression. Le couple a deux enfants d'âge adulte qui vivent tous deux en ville. Fred ne décrit aucun problème lié à son mariage, mais compte tenu de la récente sécheresse, il exprime des préoccupations à l'égard de la ferme et de leur situation financière. Il prend régulièrement du lorazepam depuis quelques temps. Il a arrêté de fumer il y a 30 ans.

Il avoue qu'il s'adonne parfois à des excès d'alcool (CAGE 2/4), mais il nie toute autre consommation abusive de substances psychoactives.

7

### Ordonnance et traitement

Sur les fiches fournies, rédigez une ordonnance au meilleur de vos capacités pour traiter la douleur de Fred, et ajoutez tout autre médicament que vous jugez nécessaire. Rédigez-la comme s'il s'agissait d'une véritable ordonnance qu'il présenterait à sa pharmacie (c.-à-d., noms des médicaments, doses et posologie). Il n'est pas nécessaire d'indiquer les quantités dispensées.

Faites une liste de tout autre traitement que vous considérez actuellement pour Fred.

8

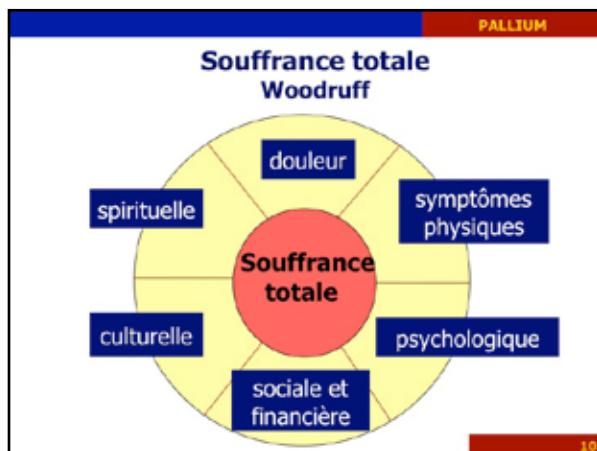
### Prévalence de la douleur chez un patient atteint d'une maladie avancée



La douleur entraîne beaucoup de souffrance :

- Cancer
  - 80 % à 90 % des patients
  - Présence fréquente de douleurs multiples
  - Présence fréquente de causes multiples
- SIDA
  - 35 % à 55 % des patients
  - La douleur neuropathique est courante
- Maladie cardiaque en phase terminale
  - Jusqu'à 60 % des patients
- ALS/MS
  - 35 % à 60 % des patients
  - Douleur neuropathique

9



### Évaluation de la douleur

- Les cliniciens sous-estiment la douleur.
- Écoutez ce que dit le patient, et soyez attentif à la façon dont il/elle le dit.
- Beaucoup de patients présentent plusieurs syndromes en même temps.
- La douleur est une expérience multidimensionnelle.

Le logo « PALLIUM » est visible dans le coin supérieur droit de la diapositive, et le numéro « 11 » est dans le coin inférieur droit.

### Évaluation de la douleur

Le but de l'évaluation est de :

- caractériser la douleur;
- reconnaître ses mécanismes et ses causes;
- évaluer son incidence sur le fonctionnement et la qualité de vie du patient;
- déterminer toute interaction entre la douleur et d'autres symptômes;
- élaborer des stratégies individualisées pour contrôler la douleur des patients.

Lorsque la douleur ne répond pas au traitement habituel, réévaluez le patient afin de trouver des causes qui auraient pu être omises, et considérez la possibilité que le patient souffre d'une douleur totale.

Le logo « PALLIUM » est visible dans le coin supérieur droit de la diapositive, et le numéro « 12 » est dans le coin inférieur droit.

**PALLIUM**

## Évaluation de la douleur

### Utiliser une échelle de la douleur

Échelle descriptive pour mesurer l'intensité de la douleur

Aucune douleur    Douleur légère    Douleur modérée    Douleur sévère

Échelle d'évaluation numérique

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Aucune douleur    Pre douleur possible

Échelle visuelle analogue (EVA), longueur de 100 mm

Aucune douleur    Pre douleur possible

**13**

**PALLIUM**

## Classification de la douleur

- Douleur nociceptive
  - Endommagement des tissus (deux types)
    - Somatique  
p. ex. : douleur osseuse métastatique
    - Viscérale  
p. ex. : douleur de la capsule hépatique  
p. ex. : coliques causées par une occlusion intestinale maligne
- Douleur neuropathique
- Atteinte nerveuse
- Douleur du système nerveux périphérique ou central
  - Douleur dysesthétique (sensation de brûlure)
  - Douleur lancinante

**14**

**PALLIUM**

## Évaluation de la douleur

### Il peut être utile d'investiguer (Partie 1)



**15**

PALLIUM

## Évaluation de la douleur

Il peut être utile d'investiguer (Partie 2)



16

PALLIUM

## Principes fondamentaux de gestion de la douleur cancéreuse

Une dose appropriée d'opioïdes offre un bénéfice analgésique optimal avec peu d'effets secondaires.

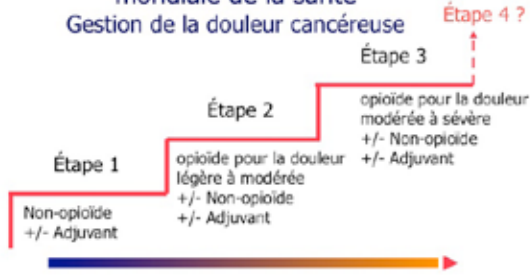
- Selon la cause de la/des douleur(s)
- Selon la posologie (administration systématique)
- Selon l'échelle
- Par voie orale
- En fonction des percées de douleur
- Selon l'individu
- Traitements adjuvants selon les besoins
- Prévention des effets secondaires

17

PALLIUM

## Échelle de la douleur de l'organisation mondiale de la santé

### Gestion de la douleur cancéreuse



Étape 1: Non-opioïde +/- Adjuvant

Étape 2: opioïde pour la douleur légère à modérée +/- Non-opioïde +/- Adjuvant

Étape 3: opioïde pour la douleur modérée à sévère +/- Non-opioïde +/- Adjuvant

Étape 4 ?

Douleur croissante

Traitez les questions psychosociales et spirituelles; considérez des traitements adjuvants.

18

PALLIUM

## Exemples d'opioïdes

- Donnez des exemples de :
  - Un opioïde faible
  - Un opioïde fort
  - Les opioïdes à ne pas utiliser dans la gestion de la douleur chronique

19

PALLIUM

## Prescription d'opioïdes

- Opioides faibles
  - Codéine
  - Percocet®, Percodan®, Oxycocet®
  - L'oxycodone est limitée par la présence d'aspirine ou d'acétaminophène
- Opioides forts
  - Morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, méthadone
- Ne PAS utiliser :
  - Mèpéridine
  - Buprénorphine, butorphanol, pentacozine, propoxyphène

20

PALLIUM

## Quel opioïde est « meilleur » que les autres?

Il n'existe actuellement aucune preuve pour appuyer les déclarations suivantes :

- « La codéine entraîne plus de constipation que les autres opioïdes. »
- « L'hydromorphone est plus appropriée pour les patients âgés ou les patients ayant une déficience rénale. »
- « L'oxycodone ou l'hydromorphone provoquent moins de confusion que la morphine. »
- « Le fentanyl provoque moins de nausées que les autres opioïdes. »
- « Il vaut mieux utiliser la méthadone pour traiter la douleur neuropathique que les autres opioïdes. »
- « L'oxycodone joue un rôle particulier en ce qui concerne la douleur osseuse ou arthritique. »

21

PALLIUM

### Différences entre les opioïdes

Il existe une grande variabilité inter et intra-individuelle dans les réponses (effets analgésiques et effets indésirables) aux différents opioïdes.

22

PALLIUM

### Mythes sur les opioïdes

Beaucoup de patients ont des craintes au sujet des opioïdes.

Dressez une liste de certaines de ces craintes.

23

PALLIUM

### Mythes sur les opioïdes

Beaucoup de patients ont des craintes au sujet des opioïdes.

- « Ils signifient que la fin approche. »
- « Les opioïdes entraînent la dépendance. »
- « Les opioïdes perdront leur efficacité avec le temps, et il n'y aura aucun moyen de traiter la douleur sévère au moment de mourir. »
- « Les opioïdes vont me transformer en zombie ou nuire à ma capacité mentale. »
- « Ils vont arrêter ma respiration. »
- « Ils vont raccourcir ma vie. »

24

PALLIUM

## Effets indésirables courants liés aux opioïdes

Dressez une liste des effets indésirables liés aux opioïdes :

- 
- 
- 

25

PALLIUM

## Effets indésirables courants liés aux opioïdes

Effets secondaires courants :

- Constipation (nécessite l'administration continue de laxatifs)
- Nausée
  - Disparaît généralement après quelques jours
  - Administration de métoclopramide ou de dompéridone pendant les premiers jours
- Somnolence (disparaît généralement après quelques jours)

Effets secondaires moins courants :

- Neurotoxicité des opioïdes
- Transpiration, sécheresse buccale, prurit – très rares (surtout avec un dosage approprié)
- Dépression respiratoire

26

PALLIUM

## Neurotoxicité des opioïdes

- Présentation clinique
  - Myoclonie, hallucinations, déficience cognitive, delirium, grave somnolence, dysesthésie, allodynie
- Le mécanisme n'est pas clair
  - Métabolites des opioïdes
    - morphine, hydromorphone, oxycodone
  - Les opioïdes en soi peuvent être la cause
  - Ne concerne pas les récepteurs d'opioïdes

27

**PALLIUM**

### Neurotoxicité des opioïdes (suite)

- Risque accru
  - Déficience rénale, doses élevées
- Stratégies de gestion
  - Changer l'opioïde (rotation d'opioïdes)
  - Réduire la dose (si la douleur est bien contrôlée)
  - Hydratation

**28**

**PALLIUM**

### Stratégies de gestion de la neurotoxicité des opioïdes

- Exclure les autres causes de symptômes.
- Les principales stratégies sont :
  - L'hydratation
  - La diminution des doses d'opioïdes
  - Le changement d'opioïde
  - Le changement de la voie d'administration (par ex. : intraspinale/ intrathécale/épidurale)
  - La prise en charge symptomatique avec d'autres médicaments (par ex. : baclofène, benzodiazépines, anticonvulsifs) peut se révéler utile pour les cas irréductibles mais risque d'aggraver les problèmes, comme le délire.

**29**

**PALLIUM**

### Formules d'opioïdes

<b>Formules à action rapide</b>	<b>Formules à action lente</b>
<p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Patients naïfs aux opioïdes</li><li>■ Crises de douleur</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Réservées aux situations stables</li><li>■ Ajouter des opioïdes à action rapide en cas de percée de douleur</li></ul>

**30**

Formules d'opioïdes au Canada				
opioïde	Formules à action rapide (libération immédiate)			Formules à action lente (libération contrôlée)
	Voie orale	Voie SC/IV	Autre	
<b>Codéine</b>	Codéine, Tylenol #1,2,3,4 (cachets et formule liquide)	SC/IV		Codin Contin <sup>®</sup>
<b>Morphine</b>	Morphine, MS <sup>®</sup> (cachets et formule liquide)	SC/IV	suppositoires	MSContin <sup>®</sup> , M-Eston <sup>®</sup> , Kadian <sup>®</sup>
<b>Hydromorphone</b>	Hydromorphone Dilaudid <sup>®</sup> (cachets et formule liquide)	SC/IV		HydromorphContin <sup>®</sup>
<b>Oxycodone</b>	OxyIR <sup>®</sup> , Supeodol <sup>®</sup>			OxyContin <sup>®</sup>
<b>Fentanyl</b>		SC/IV/SL		Timbres Durgesic <sup>®</sup>
<b>Méthadone</b>	Méthadone, Mectadol <sup>®</sup> (cachets et formule liquide)		suppositoires	

31

Pharmacocinétique des opioïdes	
■ Temps d'action nécessaire pour soulager la douleur	
– opioïdes par voie PO	15 à 30 min
– opioïdes par voie SC	5 à 10 min
– opioïdes par voie IV	3 à 5 min
■ Durée du soulagement de la douleur	
– opioïdes à action rapide (PO)	3 à 5 heures
– opioïdes à action prolongée (PO)	8 à 12 heures
– Timbres de fentanyl	48 à 72 heures
– opioïdes par voie IV ou SC	2 à 4 heures
– Fentanyl par voie IV ou SC	40 minutes
■ Demi-vie du fentanyl administré par voie transdermique	
–	12 à 24 heures

32

Métabolisme des opioïdes	
Métabolites actifs	
■ Codéine	: morphine
■ Morphine	: M-3-G, M-6-G, normorphine
■ Hydromorphone	: norhydromorphone, H-6-G
■ Oxycodone	: oxymorphone

33

**PALLIUM**

## Métabolisme des opioïdes

- Métabolites non actifs
  - Ils ne sont pas actifs sur le plan analgésique
  - Il n'a pas encore été prouvé de façon irréfutable s'ils sont actifs ou non sur le plan neurotoxique
  - Fentanyl, alfentanyl, sufentanyl, méthadone
- La plupart des métabolites s'accumulent dans les cas de déficience rénale.
- Fentanyl et méthadone : Ils sont essentiellement métabolisés par le foie et éliminés (en partie) par voie rénale.

**34**

**PALLIUM**

## Débuter un traitement d'opioïdes : Doses de départ

- Morphine                    5 mg, toutes les 4h, PO
- Hydromorphone        1 mg, toutes les 4h, PO
- Oxycodone                5 mg, toutes les 4h, PO

Ajoutez une dose en cas de percée de douleur (toutes les 1 à 3 heures, selon les besoins).

Considérez l'administration de plus petites doses chez les patients âgés ayant une santé fragile.

**35**

**PALLIUM**

## Administration des opioïdes

Quelles voies peut-on utiliser pour administrer des opioïdes?

**36**

**PALLIUM**

### Voies d'administration des opioïdes

- Voie préférée : voie orale
- Lorsque le patient est incapable d'avaler : SC, IV, TD
- Voies rarement utilisées (uniquement dans les cas spéciaux) :
  - Voie sublinguale (percées de douleur, fentanyl ou sufentanyl)
  - Voie intravertébrale (épidurale ou intrathécale)
- Ne PAS utiliser la voie intramusculaire (IM)

**37**

**PALLIUM**

### Entre dose

L'entre dose doit correspondre à environ 10 % de la dose totale d'opioïdes administrée toutes les 1 à 3 heures, selon les besoins.

- Il sera peut-être nécessaire de titrer la dose selon les besoins du patient : 5 % à 25 % de la dose quotidienne totale d'opioïdes.
- En général, on utilise les mêmes opioïdes que ceux utilisés dans le régime de médicaments normal (sauf dans le cas des timbres de fentanyl).

Il existe un intérêt croissant pour l'utilisation du fentanyl ou du sufentanyl par voie SL ou SC pour contrôler la douleur.

**38**

**PALLIUM**

### Titration d'une dose d'opioïdes

Augmentez la dose de 25 % à 50 % si la douleur du patient n'est pas contrôlée de manière adéquate.

Tenez compte du nombre de doses administrées en cas de percées de douleur.

**39**

PALLIUM		
Facteurs de conversion de dose des opioïdes		
	PO	SC
Morphine	10 mg	5 mg
Codéine	100 mg	50 mg
Hydromorphone	2 mg	1 mg
Oxycodone	5 à 7,5 mg	3 mg
Méthadone	1mg*	-
Fentanyl**	-	50 microgrammes

\* Changements de taux selon la dose de l'opioïde précédent.  
\*\* Voir les tableaux du fabricant.

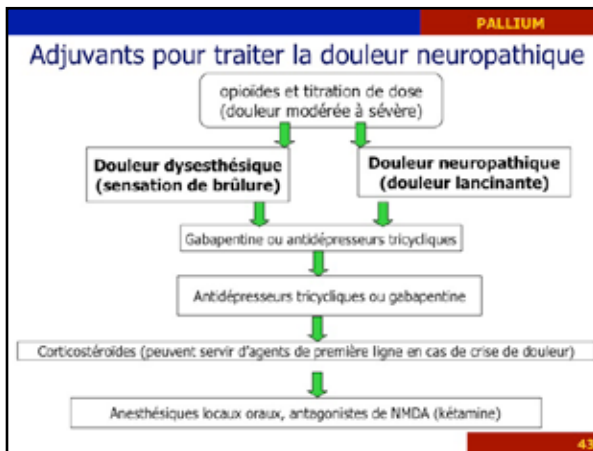
40

PALLIUM	
<b>Adjuvants pour traiter la douleur osseuse</b>	
■ AINS	
- Utilisation limitée en ce qui concerne la douleur aiguë	
- Effets secondaires rénaux et gastrointestinaux	
- On a récemment remarqué les limites des AINS qui sont des inhibiteurs spécifiques de la COX-2	
■ Stéroïdes	
- Utiles pour les crises de douleur	
■ Radiothérapie	
- Taux de réponse de 75 % à 85 % (douleur réduite)	
- Peu d'effets secondaires avec un traitement palliatif	
- Réponse en 1 à 2 semaines (réponse maximale : jusqu'à 4 semaines plus tard)	
- Effet analgésique dure plusieurs mois	

41

PALLIUM	
<b>Adjuvants pour traiter la douleur osseuse</b>	
■ Bisphosphonates	
- Réduction des douleurs musculo-squelettiques (bonnes preuves)	
- Gestion de douleur plus aiguë par infusion parentérale (assez controversée)	
■ Chirurgie	
- Fracture imminente ou pathologique	

42



**PALLIUM**

### Adjuvants pour traiter la douleur viscérale

- Métastases au foie ou occlusion intestinale maligne
  - Corticostéroïdes (Dexaméthasone : 2 à 8 mg, une à deux fois par jour)
- Coliques
  - Hyoscine butylbromide par voie SC
  - Octréotide

44

**PALLIUM**

### Rôle des cannabinoïdes

Efficacité confirmée

- Ils sont efficaces dans le cas de nausées provoquées par la chimiothérapie et la radiothérapie – bien que d'autres médicaments comme l'ondansétron et le granisétron pourraient être plus efficaces et entraîner moins d'effets secondaires.
- Ils permettent de stimuler l'appétit chez les patients atteints du cancer et du SIDA.

Utilisation controversée

- Gestion de la douleur cancéreuse chronique
- Les récepteurs de THC (CB1 et CB2) sont présents dans le corps, mais le rôle qu'ils jouent n'est pas clair.
- Aucun essai clinique comparatif et aléatoire n'a été effectué auprès de la population des patients atteints du cancer.
- Les THC peuvent aider à contrôler la douleur liée aux spasmes chez les patients atteints de sclérose en plaques.
- Les THC ne sont pas un panacée pour la souffrance totale.

45

PALLIUM

### Gestion de la douleur – points à retenir

- Effectuez une évaluation complète de la douleur.
- Individualisez la gestion de la douleur.
- Traitez la douleur constante en administrant régulièrement des médicaments.
- Titrez la dose du meilleur analgésique qui comporte le moins d'effets secondaires.
- Utilisez des traitements et des médicaments adjuvants au besoin.
- Éduquez le patient et sa famille.
- Reconnaissez le concept de la souffrance totale et de la douleur totale.

46