

Techniques anesthésiques en soins palliatifs: efficacité vs surmédicalisation

Louis Roy, médecin

Chef du Service de soins palliatifs du CHUQ

Nouvellement ex-président du Réseau de
soins palliatifs du Québec

Objectifs

1. Nommer les différentes techniques anesthésiques utiles en soins palliatifs
2. Savoir prescrire ces techniques de façon justifiée
3. Expliquer les avantages et inconvénients des chacune des techniques

Plan de séance

1. Introduction
 - Problème de la douleur
 - La médication systémique
 - Rôles des techniques anesthésiques
2. Situations cliniques
3. Les différentes techniques (blocs et infiltrations, neurolyses, analgésie spinale, pompes implantées)
 - Indications/contre-indications
 - Avantages/inconvénients/complications
4. Arbre décisionnel
5. Retour sur les situations cliniques
6. Conclusion

Problème de la douleur

La douleur en soins palliatifs

- Jusqu'à 95 % des patients en fin de vie ont de la douleur de façon plus ou moins intense
- 2 à 10 % demeurent non soulagés malgré des traitements systémiques optimaux
- Le soulagement adéquat de la douleur augmente la qualité de vie
- Augmentation du pronostic (?)

La médication systémique

Arsenal thérapeutique actuel

- En augmentation constante depuis 20 ans
 - Tricycliques
 - Anti-convulsivants
 - Anesthésiques locaux
 - Méthadone, kétamine, etc.

Effets secondaires (ES) non négligeables

- Du ralentissement psychique au delirium
- De la nausée temporaire aux vomissements incontrôlés
- Constipation \pm rebelle
- Etc.

Les techniques anesthésiques

Indications

- Douleurs sévères et non contrôlées par la médication systémique
- Douleurs ischémiques
- ES intolérables de la médication
- Résistance aux opioïdes

Avantages

- Réduction de la médication systémique
 - rapports contradictoires à ce propos
- Soulagement global plus élevé
- Diminution des ES

Les techniques anesthésiques

Mécanismes

- Bloc de la transmission neuronale
- Injection de la médication à un site spécifique
 - permet d'utiliser des doses moindres → moins d'ES

ex: doses morphine [5]

| oral | i/v | épidural | sous-arachnoïdien |
|--------|--------|----------|-------------------|
| 300 mg | 100 mg | 10 mg | 1 mg |

**Situations
cliniques**

Madame Pectoral

- Dame de 63 ans
 - Cancer du sein depuis 12 ans
 - Récidive au niveau du grand pectoral droit
- Douleur intense au MSD
 - Type serrement et élancement
 - Pics spontanés douloureux ad 10/10
 - Non soulagée par: opioïde à haute dose, méthadone, gabapentin, stéroïde

Madame Sacrée

- Dame de 48 ans
 - Cancer du col utérin depuis 2 ans
 - Récidive loco-régionale avec envahissement au niveau sacrée, touchant l'articulation sacro-iliaque gauche
- Douleur extrême, intolérable
 - Indescriptible selon la patiente
 - Apparaît lors de la mise en charge et la marche
 - Diminue avec la position en décubitus
 - Multiples effets secondaires à la médication systémique

Monsieur Pancréas

- Monsieur de 53 ans
 - Cancer du pancréas depuis 10 mois
 - Maladie qui progresse malgré la chimiothérapie
 - Métastases hépatiques et ganglionnaires
- Douleur a/n épigastrique et hypocondre D
 - Augmente après les repas et lors de la mobilisation
 - Ad 9/10
 - Non soulagé malgré: fentanyl, méthadone, dexaméthasone, flécaïnide, gabapentin, clonazépam

Les différentes techniques

Infiltrations, blocs et neurolyses

Exemples

| | |
|--|---|
| Blocs intercostaux | fracture costale |
| Perfusion continue au niveau du nerf fémoral | fracture fémorale |
| Neurolyse racines L4-L5 | métastase lombaire avec compression radiculaire |

Infiltrations, blocs et neurolyses

Indications

- Fractures
- Atteinte d'un plexus ou d'un trajet nerveux précis
- Membre fantôme
- Spasticité

Contre-indications

- Trouble de la coagulation
- Allergies

Infiltrations, blocs et neurolyses

Effets secondaires

- Hypoesthésie ou dysesthésie au site d'injection
- Absorption ou injection systémique
 - ex: convulsion ou syncope avec anesthésiques locaux
- Dysfonction sexuelle (homme)

Complications

- Infections
- Toxicité locale secondaire aux médicaments
 - ex: névrite chimique
- Trauma nerveux
- Pneumothorax

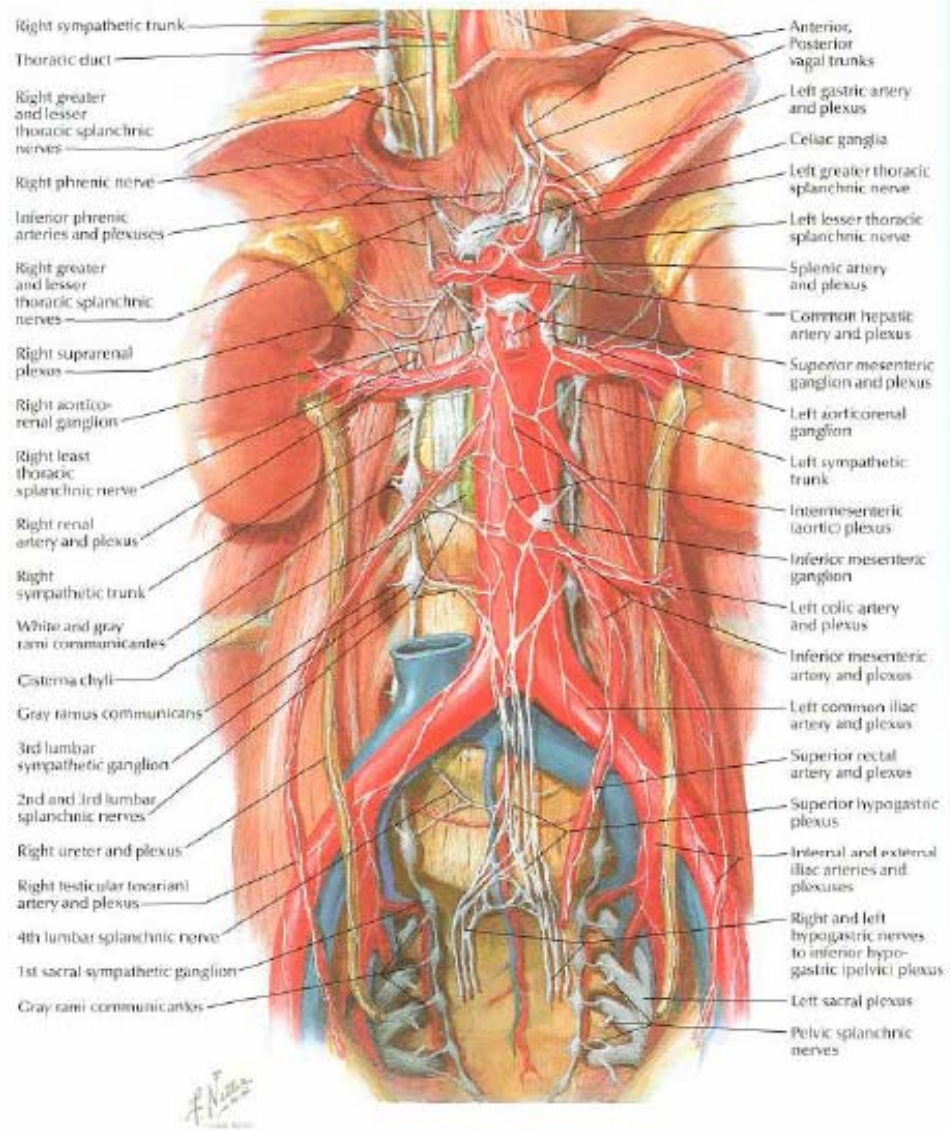
Neurolyses

Exemples

| | |
|--------------------------------|---|
| Plexus cœliaque | cancer pancréas douleurs abdominales hautes |
| Plexus sacrée | douleur MI douleurs abdominales inférieures, pelviennes et rénales |
| Plexus hypogastrique supérieur | douleurs pelviennes |
| Ganglion impar | douleurs rectales et périnéales |
| Intercostale | fracture costale zone thoracique |

Autonomic Nerves and Ganglia of Abdomen

SEE ALSO PLATE 152



Neurolyses

Méthodes

- Chimique: phénol ou alcool
- Radiofréquence
- Cryothérapie

Indications

Contre-indications

Effets secondaires

} Idem à précédemment

Neurolyses

Complications

- Trauma nerveux
- Diffusion du liquide
- Création d'une fistule
- Brûlure
- Perte motrice
- Névrite

Neurolyses

Neurolyse sous-arachnoïdienne et épidurale

- Peu utilisé
- Pour patient en fin de vie
- Perte motrice associée
- Territoire circonscrit
- Peut faciliter les soins en cas de spasticité importante
- On lui préfère souvent les perfusions continues intrathécales

Analgésie spinale

Exemples

- Épidurale (syn: péri-durale, sous-durale)
- Intrathécale (syn: sous-arachnoïdienne)

Indications

- Douleurs ischémiques périphériques
- Fractures vertébrales et costales
- Spasmes musculaires
- Atteinte spinale néoplasique ou paranéoplasique
- Douleurs neuropathiques non soulagées

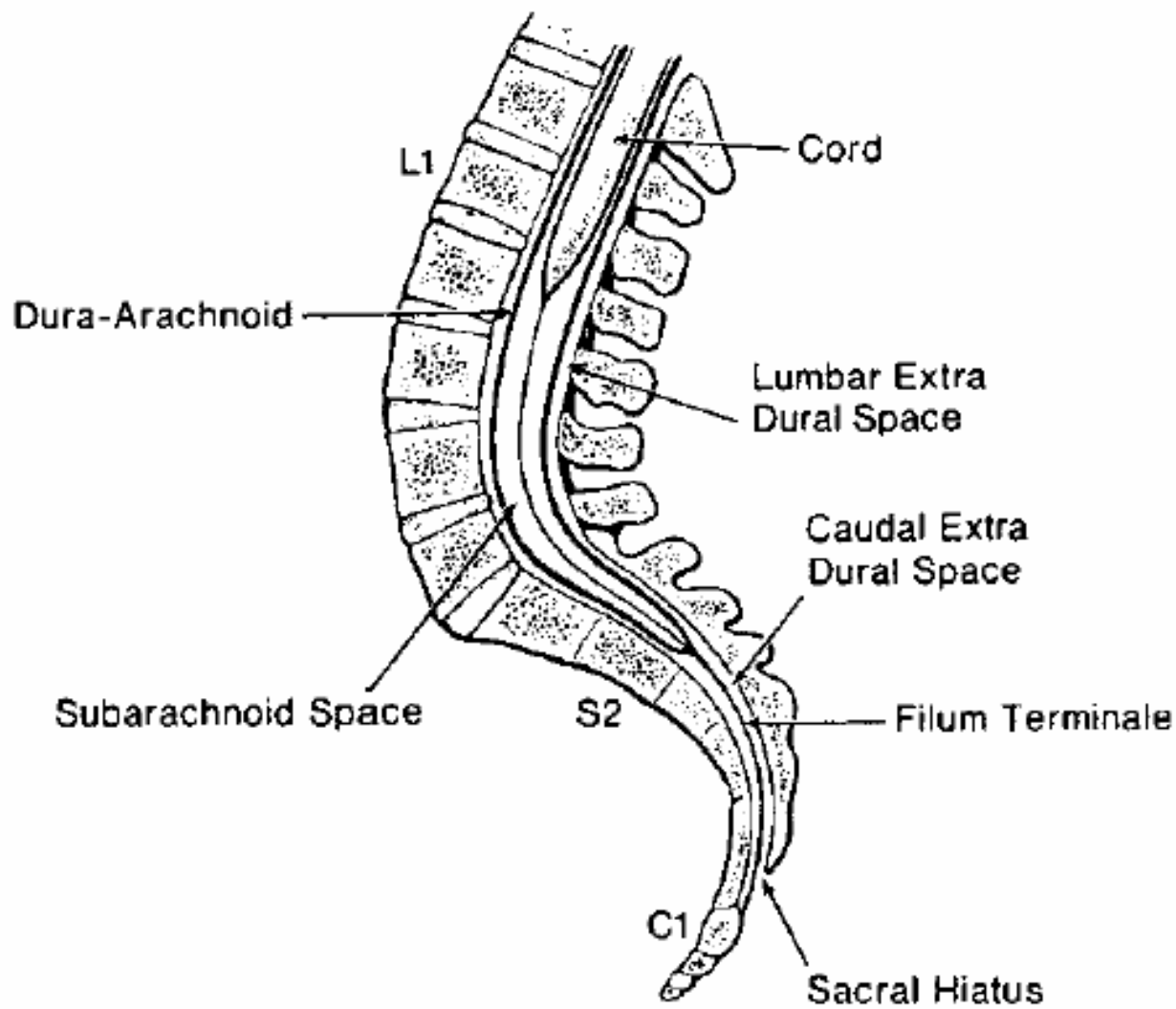


FIG. 7-5. Lumbosacral portion of vertebral column, showing terminal spinal cord and its coverings.

Analgésie spinale

Contre-indications

- Troubles de la coagulation
- État septique
- Absence de site cutané sain (exempt d'infection)
- Diminution de l'immunité (CI relative)
- Tumeur ou métastase spinale
 - re: risque de saignement
 - si obstruction spinale: implantation doit être fait en amont de l'obstruction
- Tumeur ou métastase cérébrale
 - re: risque d'engagement du tronc cérébral

Analgésie spinale

Effets secondaires

Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N, Calman, K (2005).
Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition. Oxford University Press.

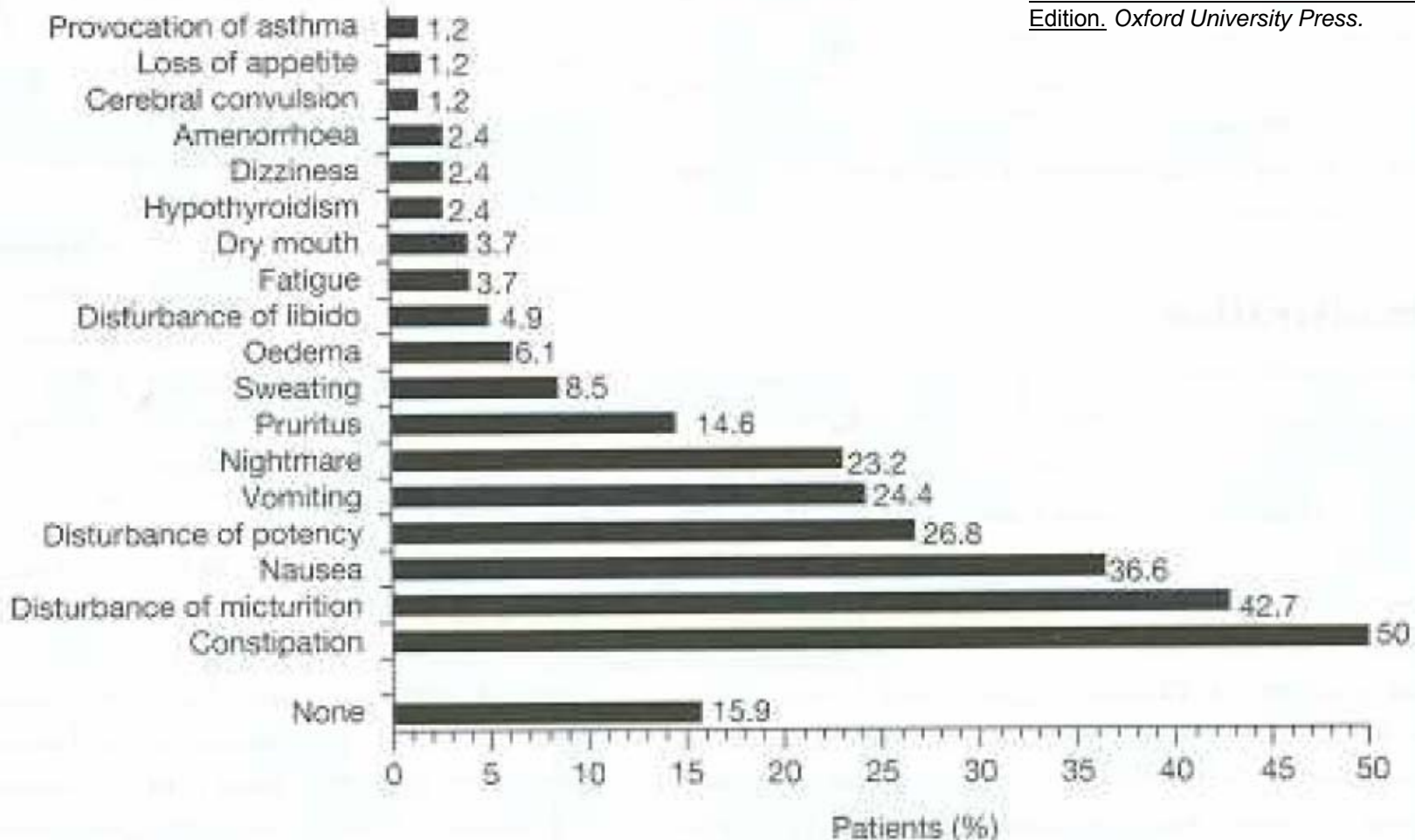


Fig. 4 Frequency of common adverse effects of chronic subarachnoid opioid therapy. (Reproduced with permission from Winkel Müller, M, and Winkel Müller, W. (1996). Long-term effects of continuous intrathecal opioid treatment in chronic pain of nonmalignant etiology. *Journal of Neurosurgery* 85, 458–67.)

Analgésie spinale

Complications

- Infection au site d'insertion
 - prévention en ajoutant un filtre à la tubulure (0.2 μm)
- Fibrose spinale (dans l'épidurale)
 - peut survenir en moins de 2 semaines
 - cause une diminution de la diffusion de la médication
- Déplacement du cathéter
 - prévention: installer un Port-a-cath sous-cutané et relier une tubulure externe à celui-ci

Analgesie spinale: complications

Épidurale

| Symptômes | Diagnostic | Prévention | Évaluation | Traitement |
|--|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">•Dlr vertébrale•Paresthésie lors de l'injection | <ul style="list-style-type: none">•Fibrose épidurale | <ul style="list-style-type: none">•? | <ul style="list-style-type: none">•Médullagrapie | <ul style="list-style-type: none">•Changer le cathéter•Insertion en intrathécal |
| <ul style="list-style-type: none">•Dlr vertébrale ou aux MI•Faiblesse musculaire•Dysesthésies•Fièvre, leucocytose | <ul style="list-style-type: none">•Infection épidurale•Abscess | <ul style="list-style-type: none">•Technique stérile•Filtre bactérien | <ul style="list-style-type: none">•Aspiration de liquide du cathéter pour culture•IRM | <ul style="list-style-type: none">•Aspiration par le cathéter: décompression•Antibiotiques i/v•Retirer le cathéter |

Adapté de : Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N, Calman, K (2005). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition. Oxford University Press.

Analgesie spinale: complications

Épidurale ou intrathécale

| Symptômes | Diagnostic | Prévention | Évaluation | Traitement |
|---|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Perte de l'effet analgésique •Symptômes de sevrage | <ul style="list-style-type: none"> •Déplacement du cathéter ou déconnexion •Malfunction de la pompe | <ul style="list-style-type: none"> •Pompe ou cathéter implanté •Cathéter intrathécal ancré au fascia | Médullographie | Changer le cathéter ou insertion en intrathécal |
| <ul style="list-style-type: none"> •Érythème •Sensibilité au site d'insertion ou d'incision | <ul style="list-style-type: none"> •Méningite •Granulome sous-arachnoïdien | <ul style="list-style-type: none"> •Technique stérile •Filtre bactérien | <ul style="list-style-type: none"> •Aspiration de liquide du cathéter pour culture •IRM | <ul style="list-style-type: none"> •Aspiration par le cathéter: décompression •Antibiotiques i/v •Retirer le cathéter |

Adapté de : Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N, Calman, K (2005). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition. Oxford University Press.

Analgesie spinale: complications

Intrathécale

| Symptômes | Diagnostic | Prévention | Évaluation | Traitement |
|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Irritation méningée: céphalée sévère, raideur cervicale, photophobie, fièvre | <ul style="list-style-type: none"> •Méningite | <ul style="list-style-type: none"> •Technique stérile •Filtre bactérien ou cathéter percutané | <ul style="list-style-type: none"> •Aspiration par le cathéter pour: décompte cellulaire, gram, glucose, culture | <ul style="list-style-type: none"> •Antibiothérapie systémique et intrathécale •Retirer le cathéter si pas d'amélioration rapide |
| <ul style="list-style-type: none"> •Compression spinale: paresthésies, faiblesse | <ul style="list-style-type: none"> •Granulome sous-arachnoïdien | <ul style="list-style-type: none"> •? •Possiblement éviter doses ou concentrations excessives | <ul style="list-style-type: none"> •Imagerie: TACO, IRM, myélographie | <ul style="list-style-type: none"> •Résection chirurgicale du granulome |

Adapté de : Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N, Calman, K (2005). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition. Oxford University Press.

Autres techniques possibles

Exemples

- Pompes implantées
- Électrostimulation spinale

Très coûteux

Peu indiqué en soins palliatifs

Prendre une décision

Échelle de l'OMS

* Proposé par Swarm,
Karanikolas et Cousins [5]

Étape 4*

Techniques anesthésiques
+ étape 1 et étape 3

Étape 3

Opioides puissants: Morphine, Hydromorphone,
Oxycodone, Fentanyl, Sufentanyl, ...
+ étape 1

Étape 2

Opioides faibles à modérées: Codéine, Oxycodone
+ étape 1

Étape 1

Analgésiques non-opioides: Acétaminophène, AINS (classiques et Cox2),
Tramadol

± co-analgésiques: tricycliques, anti-convulsivants, anesthésiques locaux

Burton AW, Rajagopal A, Shah, HN, Mendoza T, Cleeland C, Hassenbusch SJ & all
Epidural and intrathecal analgesia is effective in treating refractory cancer pain
Pain Medicine (2004), 5 (3): 239-247

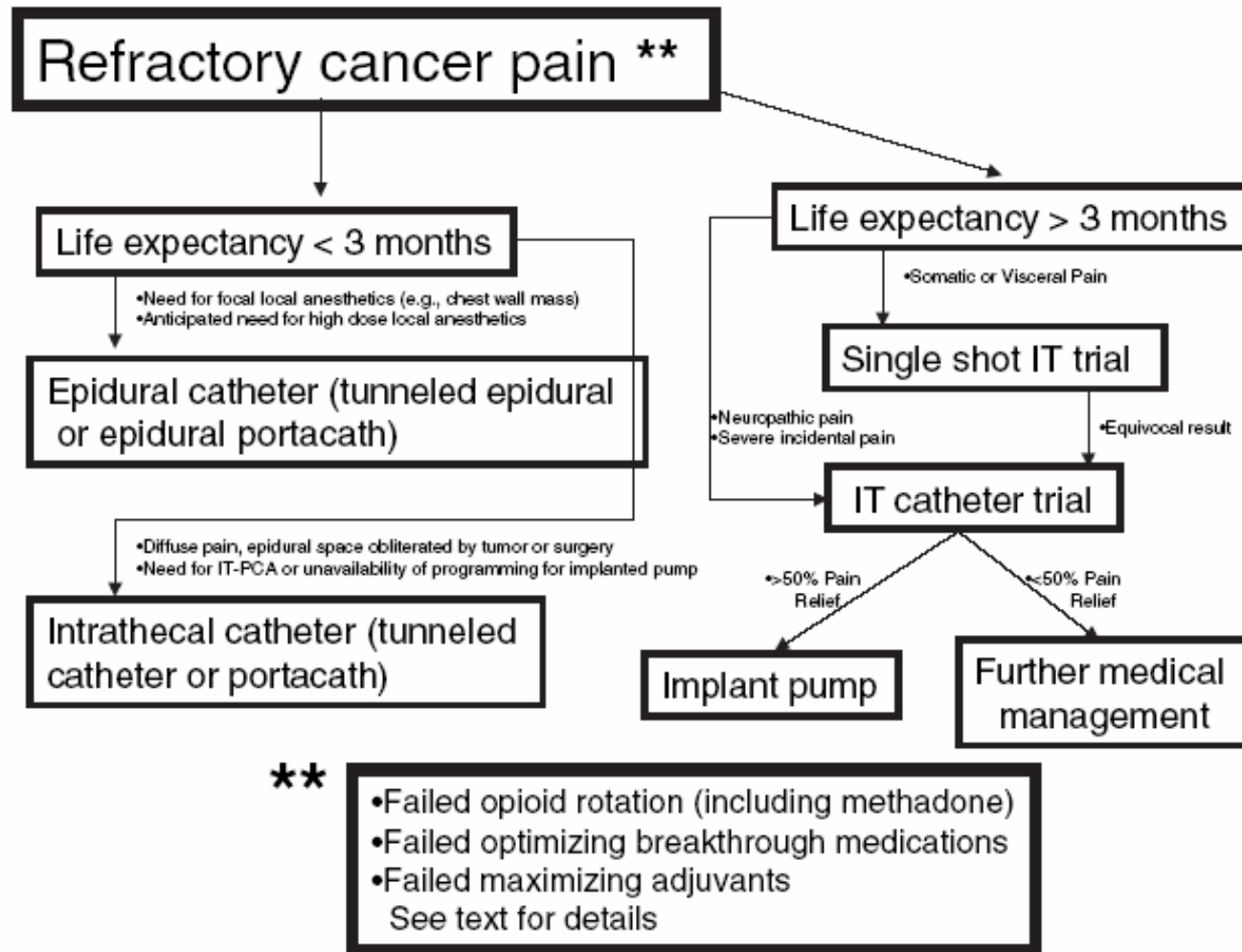
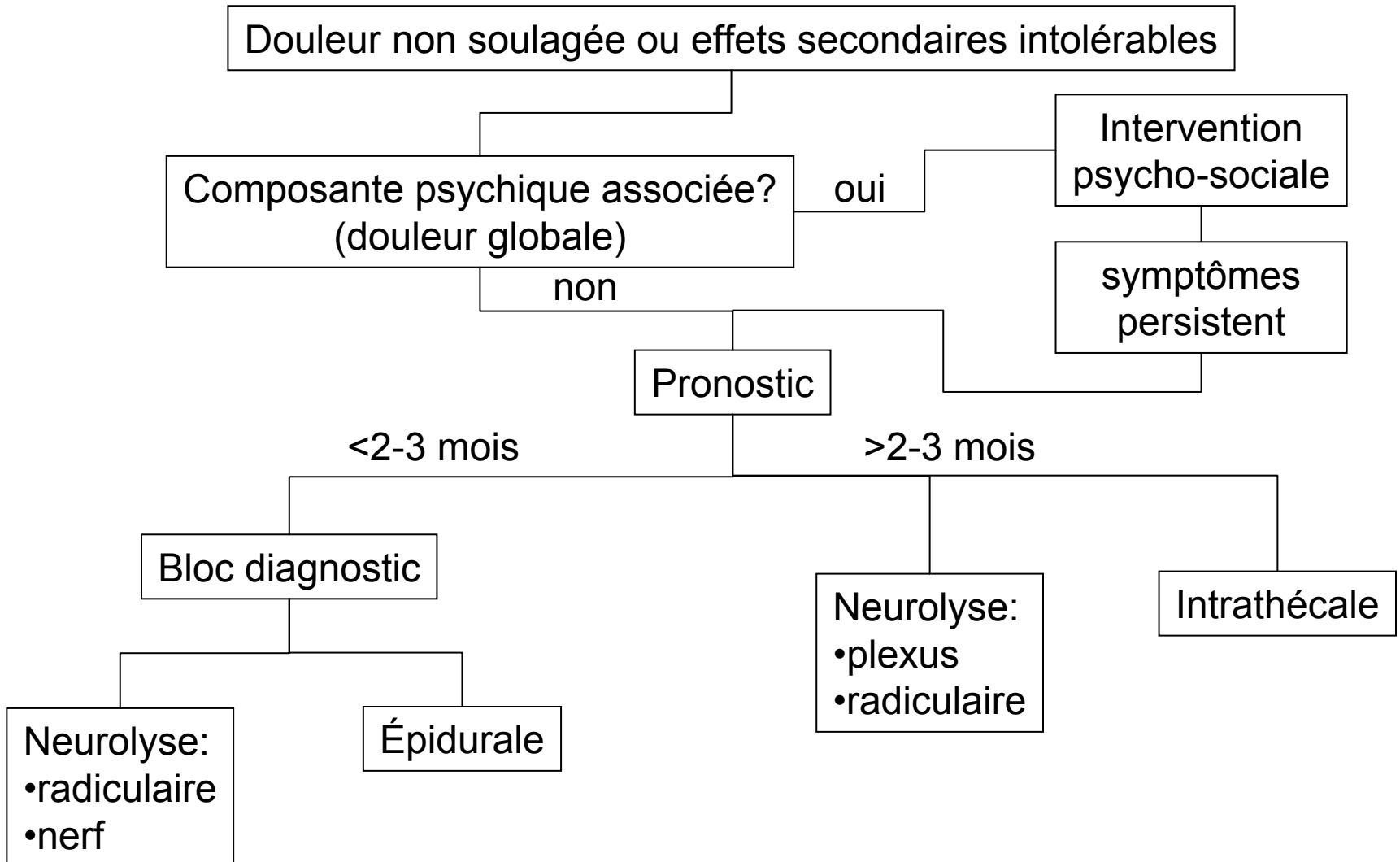


Figure 3 Decision-making algorithm in patients with refractory cancer-related pain. IT-PCA = intrathecal patient-controlled analgesia.

Arbre décisionnel



Retour sur les cas

Madame Pectoral

- Dame de 63 ans
 - Cancer du sein depuis 12 ans
 - Récidive au niveau du grand pectoral droit
- Douleur intense au MSD
 1. Kétamine en perfusion s/c
 - soulagée pendant 2 semaines
 - retour de douleur à l'arrêt ou la diminution
 - somnolence et début de delirium
 2. Bloc puis neurolyse du plexus brachial D
 - bon soulagement
 - médication systémique réduite
 - perte de fonction motrice du MSD

Madame Sacrée

- Dame de 48 ans
 - Cancer du col utérin depuis 2 ans
 - Récidive loco-régionale avec envahissement au niveau sacrée, touchant l'articulation sacro-iliaque gauche
- Douleur extrême, intolérable
 1. Péridurale continue installée en L3
 - cathéter tunnalisé
 - conserve fonction motrice et sphinctérienne

Monsieur Pancréas

- Monsieur de 53 ans
 - Cancer du pancréas depuis 10 mois
 - Maladie qui progresse malgré la chimiothérapie
 - Métastases hépatiques et ganglionnaires
- Douleur au niveau épigastrique et à l'hypochondre droit
 1. Bloc caelique sous fluoroscopie avec neurolyse
 - soulagement immédiat
 - réduction minimale de la médication
 - reprise de l'alimentation et maintien de l'autonomie

Conclusions

Les techniques anesthésiques sont indiquées en soins palliatifs:

- Lorsque la douleur est intraitable
- Lorsque la médication est intolérable

Pour les utiliser à bon escient, il faut:

- Bien définir quelle douleur ou territoire douloureux nous souhaitons touché
- Choisir quelle technique sera appropriée dans pour ce patient précis

Bibliographie

1. Allard, P, Maunsell E, Labbé J, & Dorval, M (2001). Educational interventions to Improve Cancer Pain Control: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 4, 191-223.
2. De Leon-Casasola OA (2004). Interventional procedures for cancer pain management: when are they indicated? *Cancer Investigation* 22 (4): 630-642.
3. De Oliveira R, Dos Reis MP, Prado WA (2004). The effects of early or late neurolytic sympathetic plexus block on the management of abdominal or pelvic cancer pain. *Pain*, 110 (1-2): 400-408.
4. Burton AW, Rajagopal A, Shah, HN, Mendoza T, Cleeland C, Hassenbusch SJ & all (2004). Epidural and intrathecal analgesia is effective in treating refractory cancer pain. *Pain Medicine*, 5 (3): 239-247.
5. Doyle, D, Hanks, G, Cherny, N, Calman, K (2005). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd Edition. *Oxford University Press.*
6. Mercadante S (1999). Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer*,85, 1849-1858.

Bibliographie

7. Mercadante S & Portenoy RK (2001). Opioid poorly-responsive cancer pain. Part 1: Clinical considerations. *Journal of Pain and Symptom management*, 21, 255-264.
8. Reisfiels GM & Wilson GR (2004). Blocks of the sympathetic axis for visceral pain #97. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1): 75.
9. Reisfiels GM & Wilson GR (2004). Intrathecal drug therapy for pain #98. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1): 76.
10. Smith TJ, Coyne PJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL & all (2005). An implantable drug delivery system (IDSS) for refractory cancer pain provides sustained pain control, less drug-related toxicity, and possibly better survival compared with comprehensive medical management (CMM). *Ann. Oncol.*, 16 (5): 825-833.
11. Suleyman Ozyalcin N, Talu GK, Camlica H, Erdines S (2004). Efficacy of coeliac plexus and splanchnic nerve blockades in body and tail located pancreatic cancer pain. *European Journal of Pain*, 8 (6): 5239-545.
12. Wall & Melzack (2006). Textbook of pain, 5th Edition. Elsevier Churchill Livingstone, Edited by SB McMahon & M Koltzenburg.
13. Wong GY, Schroeder DR, Carns PE, Wilson JL, Marin DP, Kinney MO & all (2004). Effect of neurolytic celiac plexus bloc on pain relief, quality of life, and survival in patients with unresectable pancreatic cancer: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291 (9): 1092-1099.