

Douleur chronique ou douleur cancéreuse en soins palliatifs : comment s'y retrouver?

Par Dre Marie-Christine Houde

Chargée d'enseignement clinique

Faculté de Médecine Université de Montréal

Soins palliatifs à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme

Clinique anti-douleur CHUM



Objectifs

- Bien reconnaître une douleur chronique non cancéreuse dans un contexte de soins palliatifs
- Faire la différence dans la gestion d'un patient souffrant de douleur cancéreuse et/ou douleur chronique non cancéreuse
- Reconnaître les symptômes associés chez les patients en soins palliatifs et les patients souffrant de douleur chronique : différencier l'origine de ces symptômes



Conflits d'intérêts

- J'ai présenté pour les compagnies suivantes :
 - Purdue
 - Janssen-Ortho
 - Pfizer
 - Valeant
- J'ai suivi des formations payées de type « Train the Trainer » par les compagnies suivantes
 - Janssen-Ortho
 - Purdue
- J'ai participé à un « Task Force » pour:
 - Valeant

Présentation de cas

Préparez-vous à participer!



Cas de Mme LB

- Mme LB m'est référé par une collègue
 - Cancer du côlon métastatique au niveau hépatique mais d'évolution très lente
 - Douleur diffuse
 - Fatigue constante
 - Narcose aux opiacés à deux reprises
 - Mais la patiente continue à avoir des douleurs



Cas de Mme LB

- Que pensez-vous des douleurs de Mme LB ?
- Diagnostic différentiel?
- Que feriez-vous avec Mme LB?



Cas de Mme LB

- Mme LB souffre de fibromyalgie.
 - Douleurs diffuses
 - Fatigue associée
 - Souvent une problématique au niveau de l'humeur, du sommeil, digestif ou urinaire



Cas de Mme LB


■ Gestion du cas de Mme LB

- Amélioration de la fatigue avec le sevrage partiel des narcotiques (petite dose résiduelle)
- Limitation des entre-doses : la patiente avait de la difficulté à les gérer et n'avait que très peu de bénéfices notables
- Optimisation de la duloxétine (90mg / jour) et diminution de la prégabaline le jour (50 mg)
- Ajustement de la médication pour améliorer le sommeil
 - Nabilone (1,5 mg HS) et prégabaline (150 mg)




Cas de Mme LB

- Encouragement à bouger davantage
- Fonctionne mieux au point d'être capable de s'occuper de son mari qui est tombé malade
- Et surprise :
 - Dernier scan est négatif pour les métastases!



La douleur chronique dans le cours d'une maladie palliative

- Il est difficile de gérer de tels cas
 - Toujours rester aux aguets des nouveaux symptômes et nouvelles douleurs
 - Bien questionner les types de douleurs car souvent, les caractères de la douleur peuvent nous guider vers un diagnostic et orienter notre traitement



La douleur chronique dans le cours d'une maladie palliative

■ Gestion différente :

- Attitude plus stricte que dans un cas de soins purement palliatifs
- Visons davantage un niveau fonctionnel que l'absence de douleur
 - Aidons le patient à gérer la douleur de tous les jours et appui médicamenteux s'il le faut sans **trop** médicamenteux



Cas de Mme CD

- Jeune patiente de 38 ans avec un cancer du sein d'emblée métastatique
- Mastectomie radicale modifiée, chimiothérapie et radiothérapie au site métastatique unique.
- Douleur au niveau dorsal avec irradiation sur le territoire de L4-L5.
- Douleur augmentée avec les traitements de chimiothérapie.



Cas de Mme CD

- Quel type de douleur s'agit-il?
- Quelles sont les causes de douleur chez cette patiente?
- Que surveillerez-vous chez cette patiente?
 - Au niveau physique
 - Au niveau psychologique
 - Au niveau social



Cas de Mme CD

- Une IRM démontre :
 - Hernie discale L4-L5
 - Métastase corps vertébral de L4
- Ajustement de la médication et des épidurales interlaminaires L2-L3 soulagent partiellement la patiente
 - Venlafaxine 225 mg die
 - Nabilone 0,5 - 0,5 - 1 mg
 - Prégabaline 25-25-75 mg
 - Oxycodone à longue durée d'action : 15 - 25 mg
 - Naprosyn 500 mg BID



Cas de Mme CD

- Au bout de 6 mois :
 - Augmentation de la fatigue
 - Douleur demeure relativement stable
- À quoi pensez-vous?
- Avez-vous des questions supplémentaires à poser à cette patiente?



Cas de Mme CD

- Au questionnaire :
 - Patiente très anxieuse de son futur et celui de ses enfants
 - Elle a toujours en tête qu'elle va mourir
 - Ne voit plus de but dans la vie
- Examens de contrôle :
 - IRM et scintigraphie osseuse négative pour des lésions métastatiques



Cas de Mme CD

- Quel est votre diagnostic?
- Que feriez-vous?



Cas de Mme CD

■ Finalement :

- Patiente revient avec mari : ne nous a pas dit que l'oxycodone ne la soulageait pas vraiment
- Nouvelle douleur : céphalée
- Découverte de 2 métastases cérébrales, le reste du bilan d'extension est négatif

■ Que feriez-vous maintenant?



Les douleurs superposées

- Mme CD souffrait au départ de douleur secondaire à une métastase osseuse mais surtout d'une douleur chronique secondaire à une hernie discale.
- Le questionnaire est indispensable pour déterminer l'origine de la douleur.



Les douleurs superposées

- Il ne faut jamais minimiser les nouvelles douleurs.
- Ne pas sous-estimer l'état psychologique des patients
 - Nous avons souvent des surprises!
- Gestion pharmacologique et non pharmacologique peut changer selon l'origine.



Cas de M. MV

- Monsieur MV est un homme de 45 ans. Il s'est présenté à l'urgence en occlusion intestinale et urinaire en plus d'avoir une douleur atroce au niveau des deux jambes.
- Un diagnostic de tumeur bénigne envahissante est fait (tumeur polymyxoïde).
- Chirurgie très risquée pour enlever le plus gros de la tumeur.
- Persistance en post-opératoire de la douleur.



Cas de M. MV

- M. MV me consulte quelques mois après son opération.
 - Douleur de type brûlement sur le territoire de L5-S1 jusqu'à 10/10.
 - La douleur l'éveille la nuit et l'empêche de fonctionner.
 - Exacerbations importantes au point de ne plus être capable de s'asseoir et de devoir changer constamment de positions.
 - Partiellement soulagé avec la prégabaline 150 mg BID et l'hydromorphone à longue action 6 mg BID.
 - Score de Beck pour la dépression est très élevé.



Cas de M. MV

- De quel type de douleur s'agit-il?
- Quelle est l'origine de sa douleur?
- Comment ajusteriez-vous sa médication?
- Qu'est-ce que vous proposeriez de plus au patient?
- Quels éléments seront à surveiller chez ce patient?



Cas de M. MV

- Après plusieurs rencontres, M. MV est mieux soulagé avec une médication multimodale.
- Son humeur s'est beaucoup améliorée mais très anxieux car sa masse a augmenté déjà après 6 mois (30%).
- De plus, M. MV nous parle de ses problèmes autres :
 - Travail
 - Famille
 - Peurs et anxiété



Cas de M. MV

- Douleur chronique non cancéreuse ou douleur cancéreuse chronique?
- Quelle sera votre attitude devant une exacerbation de ses douleurs?



Cas de M. MV

- Comme M. MV avait une augmentation des douleurs nous avons :
 - Tentative d'ajout de Duloxétine vu le score de Beck élevé
 - Échec vu les effets secondaires
 - Optimisation de la prégabaline (600 mg/jour)
 - Effet de tolérance rapide avec l'hydromorphone longue action
 - Ajout de méthadone (5 - 7,5 - 5 mg)
 - Ajout de lévétiracétam jusqu'à 2000 mg /jour



La douleur chronique tumorale

Une entité plus rare

- M. MV est un exemple de douleur chronique d'origine tumorale :
 - Masse bénigne envahissante rarement complètement réséquée.
 - Il faut s'attendre à des réajustement de médication selon l'évolution des masses.
 - Éventuellement sera en phase palliative car l'envahissement ne pourra plus être réséqué.



La douleur chronique tumorale

Une entité plus rare

- Différence de gestion :
 - Visons beaucoup la qualité de vie et le fonctionnement, tout comme en soins palliatifs.
 - Visons retour au travail idéalement et un rôle social à la limite de la normale.
 - Attitude entre le palliatif et le chronique



Cas de M. MM

- Homme de 45 ans, opéré à de multiples reprises au niveau de la colonne lombaire pour des hernies et douleurs post-opératoires.
- Conflits avec la CSST et a subi plusieurs expertises dont une il n'y a que quelques mois seulement.
- Est référé en 2010 pour des douleurs au niveau lombaire malgré les multiples chirurgies depuis 2006.



Cas de M. MM

- Au questionnaire,
 - Patient ayant des douleurs lombaires très limitantes
 - Fatigue
 - Déprimé
 - Vit seul et doit se débrouiller
 - Vient tout juste de trouver un médecin de famille



Cas de M. MM

- À l'examen :
 - Alignement de la colonne très bizarre
 - Très limité mais douleur plus intense à un autre niveau que celui opéré
 - Spasmes paravertébraux D8-D12
- Que feriez-vous de plus?
- Votre diagnostic?




Cas de M. MM

- IRM est faite rapidement (dans un délai de 3 mois) et un bilan sanguin est fait en raison de la fatigue
- Le bilan est dans les limites de la normales mais une créatinine très légèrement élevée (autour de 90)
- Le radiologiste me rappelle d'urgence...



Cas de M. MM

- Compression médullaire avec rétrécissement du canal spinal de 50% secondaire à une fracture pathologique de D8.
- Le patient est référé d'urgence
 - Diagnostic de myélome multiple



Les douleurs cancéreuses en douleurs chroniques

- Ce cas est pour vous rappeler que l'inverse est vrai :
 - Il peut se développer des douleurs d'origine cancéreuse chez des patients souffrant de douleurs chroniques et même dans ces cas, il faut rester vigilant.
 - Ne pas se limiter à l'endroit douloureux lorsque nous examinons les patients ; on pourrait avoir des surprises.




Cas de M. JL

- M. JL est un homme de 77 ans
 - Maladies cardiaque et vasculaire importantes
 - Diabète de type 1 depuis 40 ans
 - Rétinopathie
 - Neuropathie
 - Néphropathie (clairance de 30 cc/min)
 - Hypertension et dyslipidémie
 - Arthrose multi-étagée




Cas de M. JL

- M. JL m'est référé pour des douleurs de 2 types :
 - Douleurs lombaires
 - Douleurs de type neuropathie diabétique
- Comment approcheriez-vous le cas de M. JL?
- Quels éléments sont importants dans sa prise en charge?




La douleur chez des patients avec plusieurs comorbidités

- M. JL sait qu'il a plus de vie derrière lui que devant.
- Il comprend que son pronostic, considérant toutes ces comorbidités est limité.
- Il veut seulement en profiter.



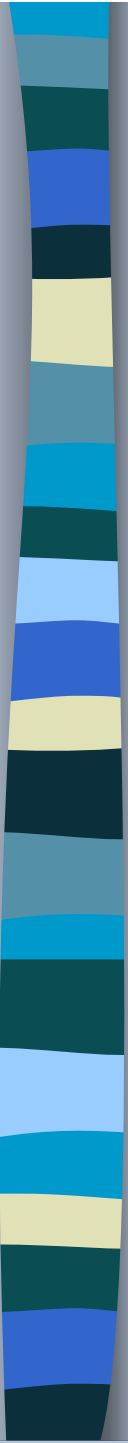
La douleur chez des patients avec plusieurs comorbidités

- Il n'y a pas que le cancer pour lequel une approche palliative est de mise et on l'oublie souvent.
- Le pronostic de patients avec des insuffisances cardiaques ou respiratoire est parfois très réservé mais plus imprévisible qu'avec la maladie cancéreuse.



La douleur chez des patients avec plusieurs comorbidités

- Il faut à quelque part débiter les discussions de niveaux de soins.
- Tous ont droit à une belle qualité de vie mais l'accessibilité à certains soins (soins palliatifs et clinique de gestion de la douleur) est parfois difficile.



La douleur chez des patients avec plusieurs comorbidités

■ Gestion :

- Attention toute particulière à la médication
 - Clairance de la créatinine
 - Effets vasculaires (tachycardie, arythmies, HTO)
 - Autres effets secondaires
 - Interactions médicamenteuses
- Approche visant beaucoup la qualité de vie
- Redéfinir les objectifs de traitement avec les patients.




Comment reconnaître ?

- Comme vous avez pu le voir, il existe plusieurs situations différentes.
- Il est important de rester vigilant dans le traitement des patients.
- La douleur fait souvent partie de la vie de tout individu mais il ne faut pas oublier son but premier : nous indiquer d'un danger réel ou potentiel pour notre intégrité physique.


Comparaison générale...

	Douleur chronique non cancéreuse	Douleur cancéreuse
Présentation et Évolution	Graduelle par plateau Se stabilise avec épisodes de détérioration	Peu être aiguë ou chronique Apparition graduelle ou soudaine, progressive Souvent de nouvelles douleurs peuvent apparaître
Symptômes associés	Troubles du sommeil Troubles de l'humeur Prise de poids Pertes fonctionnelles	Troubles du sommeil Fatigue/hypersomnolence Perte de poids Pertes fonctionnelles
Causes	Arthrose Atteinte nerveuse Post-chirurgicale/trauma Grande importance des facteurs psychologiques dans la chronicité	Atteinte de l'intégrité des tissus Compressions Distension Facteurs psychologiques importants dans l'approche




La douleur chronique en soins palliatifs

- Souvent présente avant le diagnostic de cancer, sournoise
- Caractère moins agressif que la douleur cancéreuse
- Évolue beaucoup moins rapidement ou très peu en général
- Devons toujours exclure l'origine tumorale en premier lieu avant de conclure, qu'au questionnaire et à l'examen à son caractère bénin



La douleur chronique en soins palliatifs

- La douleur chronique dans une maladie cancéreuse peut être la conséquence de son traitement :
 - Douleur post-chimiothérapie
 - Neuropathies (peut perdurer et apparaître malgré l'arrêt)
 - Douleurs articulaires et musculaires
 - Douleur post-radiothérapie
 - Plexopathie (peut survenir même 10 ans plus tard)
 - Douleur post-chirurgicale
 - Mastectomie et thoracotomie



La douleur chronique en soins palliatifs

■ Autres causes :

- Douleur post-infectieuse
 - Patients cancéreux à risque de zona
- Comorbidités
 - Diabète
 - Déficiences vitaminiques
 - Ostéoporose
 - Arthrose
 - Inflammatoire (goutte)



Différences dans le traitement

- Le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses et des douleurs cancéreuses a certaines différences
 - Traitement pharmacologique
 - Traitements non pharmacologiques
 - Objectifs de traitement
 - Suivi



Traitement pharmacologique

- Autant en douleur chronique qu'en soins palliatifs, l'approche multimodale est importante car elle permet :
 - Influence la douleur via plusieurs sites d'action
 - Diminution des effets secondaires
 - Effet plus spécifique sur le type de douleur
 - Possibilité de contrôle d'autres symptômes par la même médication

Cerveau

Antidépresseurs
Opiïdes
Cannabinoïdes
...

Mésencéphale
a. Locus ceroleus
b. Raphé médian
c. Substance grise
périaqueducale

Antidépresseurs
Opiïdes
Cannabinoïdes
...

Corne dorsale
Vers les voies
spinothalamique et
spinoréticulaire

Anticonvulsivants
Antiarythmiques
Antidépresseurs tricycliques
Antagonistes NMDA
AINS-COXIB
Opiïdes

Périphérie

AINS-COXIB
Opiïdes
Stéroïdes
Capsaïcine
Antiarythmiques



Traitement pharmacologique

- Molécules utilisées en douleur chronique qui le sont moins en soins palliatifs :
 - Topiramate (perte de poids)
 - Méthylphénidate (perte de poids)
 - Médication non couverte RAMQ
 - Patients souvent limités par leurs revenus



Traitement pharmacologique

- Molécules utilisées en soins palliatifs qui l'est moins en douleur chronique
 - Dexaméthasone
 - Kétamine (prise orale ou sous-cutanée régulière)



Traitement pharmacologique

- Voie d'administration plus limitative en soins palliatifs et parfois il ne reste que ces voies :
 - Voie sous-cutanée
 - Voie transmuqueuse buccale
 - Voie intra-rectale
 - Voie intraveineuse
- La problématique de la voie d'administration limite l'utilisation de certains agents pharmacologiques sauf les opiacés.



Traitement pharmacologique

- Les coanalgésiques sont souvent plus touchés : alternative au traitement
 - Anticonvulsivants
 - Acide valproïque intra-rectal
 - NMDA
 - Méthadone en transmuqueuse buccale
 - Kétamine sous-cutanée ou topique
 - Antiarythmiques (lidocaïne)
 - Topique, sous-cutané, intraveineux
 - Autres
 - Méthotriméprazine (Nozinan) en sous-cutané



Traitement pharmacologique

- Ajustement plus libéral des narcotiques en soins palliatifs
 - « Moins tolérants » aux augmentations de la douleur
 - Entre-doses souvent aux 30 minutes (S/C) ou aux heures
 - Prescription permettant plus d'adaptation et ce, même entre les rendez-vous



Traitement pharmacologique

- Gestion stricte des narcotiques en douleur chronique
 - Entre-doses aux 4 heures au besoin
 - Limitation des prescriptions de narcotiques
 - Surveillance accrue des comportements de toxicomanie
 - Possibilité de dépistage urinaire



Traitements non pharmacologiques

■ Psychothérapie

- Différence dans les objectifs de la thérapie
- Acceptation de la maladie et gestion des symptômes vs techniques actives de gestion de la douleur et réhabilitation fonctionnelle

■ Physiothérapie/réadaptation

- Maintient fonctionnel/adaptation des capacités vs réadaptation fonctionnelle plus intensive pour restaurer des fonctions perdues



Traitements non pharmacologiques

■ Interventions

- Plus actif au niveau interventionniste en douleur chronique car il y a moins de limitations anatomiques
- Par contre, en soins palliatifs, techniques peuvent être plus invasives
 - Neurolyse extensive (plexus sacré)
 - Anesthésie intrathécale continue
 - Cathéter continue (blocs plexiques)
 - Perfusion sous-cutanée continue



Objectifs de traitement

- En douleur chronique on vise surtout :
 - Niveau fonctionnel
 - Patient doit souvent apprendre à gérer une certaine douleur de base
 - Visons 30-50 % de diminution de la douleur de base
 - Approche des facteurs perpétuant de la douleur



Objectifs de traitement

- En soins palliatifs on vise :
 - Niveau fonctionnel adéquat
 - Soulagement plus intensif de la douleur, et ce , souvent au profit d'un niveau fonctionnel lorsqu'en phase terminale
 - La **qualité de vie** est l'élément le plus important
 - *Attention : le niveau fonctionnel est plus important lorsqu'il s'agit de douleur cancéreuse chronique*



Suivi

- En soins palliatifs

- Suivi beaucoup plus rapproché considérant le caractère évolutif de la maladie sous-jacente.
- La disponibilité du médecin doit également être plus grande.



Suivi

- En douleur chronique
 - Limitation des suivis aux rencontres la plupart du temps.
 - Patients peuvent être très demandant et exigeant.
 - Devons avoir une attitude plus stricte envers les patients et les responsabiliser davantage à prendre activement part à leur traitement et à leur réadaptation.



Autre que la douleur...

- Autant en douleur chronique qu'en soins palliatifs, certains symptômes accompagnent la douleur :
 - Troubles du sommeil
 - Troubles de l'humeur
 - Fatigue
 - Constipation
 - Nausée



Troubles du sommeil

- Très fréquents en générale
 - 10-50 % des adultes*
 - Souvent multifactoriels
 - Anxiété
 - Douleur
 - Grande famille des troubles du sommeil
 - Approche multimodale
 - Techniques de relaxation
 - Médication visant à augmenter la qualité du sommeil
 - Cercle vicieux avec la douleur

*WALSH, D. Palliative Medicine, Saunders Elsevier, 2009, p.966-967.



Troubles du sommeil

- L'approche reste sensiblement la même en soins palliatifs et en douleur chronique
- Par contre,
 - Positionnement peut être plus important et plus limitant en soins palliatifs
 - Attention aux médicaments stimulants
 - Douleurs osseuses ont tendance à être plus intenses la nuit
 - Attention : les céphalées secondaires aux métastases au petit matin
 - Délirium plus fréquent



Troubles de l'humeur

- Souvent associés avec la douleur
- Les troubles de l'humeur peuvent augmenter la perception des douleurs
 - Centralisation de notre pensée sur la maladie
 - Entrée dans un cercle vicieux
- L'anticipation augmente la perception de la douleur

TURK, D et al. Assessment and Treatment of Psychosocial Comorbidities in Patients With Neuropathic Pain, http://www.mayoclinicproceedings.com/content/85/3_suppl/S42.long, page consultée le 17 mai 2011.

MILLAN, Mark J. Descending Control Of Pain, *Progress in Neurobiology*, février 2002, vol. 66, p.355-474



Troubles de l'humeur

- En soins palliatifs,
 - Troubles de l'humeur souvent en réaction au caractère fatal du diagnostic.
 - Facteurs psychologiques pris en considération dans l'approche des douleurs en soins palliatifs mais souvent différemment.



Troubles de l'humeur

- En douleur chronique
 - Trouble de l'humeur souvent en **COMORBIDITÉS**
 - Facteurs prédisposant à la chronicité
 - Les troubles de l'humeur et de la personnalité doivent absolument être abordés dans la gestion de la douleur.



Fatigue

- En soins palliatifs, elle est très fréquente et multifactorielle
 - Traitements
 - Diminution des apports énergétiques
 - Médiateurs chimiques/état inflammatoire
 - Anémie
 - Troubles du sommeil
 - Etc...



Fatigue

- En douleur chronique, il faut rechercher
 - Troubles du sommeil
 - Apnée du sommeil



Constipation

- Souvent secondaire à notre médication
- Par contre, causes supplémentaires à ne pas oublier en soins palliatifs
 - Déshydratation
 - Phénomènes occlusifs
 - Diminution des apports
 - Substances sécrétées par les cancers
 - Peuvent causer au contraire de la diarrhée (carcinoïde)



Nausée

- Symptôme très fréquent en soins palliatifs et ayant des causes multiples
 - Médication, obstruction/subocclusion, métastases cérébrales, envahissements locaux, médiateurs chimiques du cancer, etc...
- Peut survenir en douleur chronique mais est surtout secondaire :
 - Médication
 - Irritation gastrique iatrogénique
 - Somatisation



Conclusion

- Plus les soins palliatifs entrent tôt dans un dossier, plus nous avons de chance d'être confrontés à des dilemmes
 - Approche chronique vs approche palliative
 - Douleur chronique vs douleur cancéreuse
 - Douleur aiguë vs douleur chronique
- Malheureusement, il y a très peu sinon pas de littérature comparant ces deux entités



Conclusion

- L'expérience et le jugement sont nos meilleurs atouts.
- Le patient doit cependant rester le centre de notre attention.
- Notre approche se doit d'être bio-psycho-sociale et intégrer le patient et sa famille dans l'objectif des soins.

Questions ?

Merci de votre attention
et
bonne chance!