

## La douleur pour les Nuls; Comment oser la traiter!

Dr Isabelle Gagnon M.D.  
CSSS de Gatineau  
Hôpital de Gatineau

---

---

---

---

---

---

---

---

### Objectifs

- Prendre conscience des obstacles aux traitements de la douleur
- Revoir les différents types de douleurs
- Se familiariser avec le concept de douleur totale
- Réviser les indications et les règles d'utilisation des narcotiques
- Mettre en pratique ces règles d'utilisation à l'aide de vignettes cliniques
- Réviser la coanalgésie de base

---

---

---

---

---

---

---

---

### Types de douleur

- Douleur nociceptive
  - Somatique (peau, muscle, os, articulation)
    - Bien localisée
    - Augmentée à la pression de la structure en cause, par la mobilisation ou par la mise en charge
  - Viscérale
    - Localisation moins précise, ± référée, constante Vs crampiforme

---

---

---

---

---

---

---

---

## Types de douleur

- Douleur neuropathique
  - Constante ou intermittente
  - Décrite comme une brûlure Vs picotements Vs fourmillements
  - ± associée atteinte neurologique sensitive et/ou motrice

---

---

---

---

---

---

---

---

## Implications thérapeutiques

- Douleur nociceptive somatique
  - Répond bien aux analgésiques opiacés et aux non opiacés (acétaminophène, AINS, coxibs)
  - Coanalgésiques peuvent aussi être utiles
- Douleur nociceptive viscérale
  - Aigue
    - Généralement sensible aux opiacés ± coanalgésiques
  - Chronique
    - Opiacés peuvent être utiles
    - Coanalgésiques utiles ++

---

---

---

---

---

---

---

---

## Implications thérapeutiques

- Douleur neuropathique
  - Moins sensible aux opiacés
  - Répond très peu aux AINS
  - Associer d'emblée un coanalgésique ou même débiter avec la coanalgésie
  - Répond généralement très bien à la méthadone

---

---

---

---

---

---

---

---

## Concept de la douleur totale

|   |  |
|---|--|
| Douleur Émotionnelle<br>Isolement<br>Peur, Colère<br>Tristesse<br>Anxiété | Douleur Spirituelle<br>Culpabilité<br>Regrets<br>Crainte de la mort ou du handicap |
| Douleur Sociale<br>Argent<br>Famille<br>Travail                           | Douleur Physique<br>Maladies<br>Traitements  |

---

---

---

---

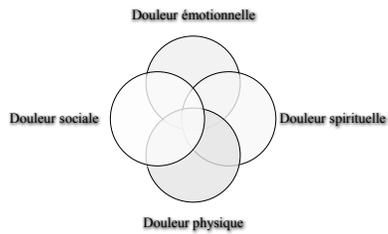
---

---

---

---

## Concept de la douleur totale



---

---

---

---

---

---

---

---

## Intensité de la douleur

- Échelle de douleur 0 à 10/10
- Échelle visuelle
  - Adulte
  - Enfant
- Échelle fonctionnelle

---

---

---

---

---

---

---

---

## Intensité de la douleur

- Non verbal
  - Il ne faut pas présumer que le patient ment s'il ne semble pas souffrant.
  - Indispensable chez patient qui ne peut plus communiquer
    - Membres crispés, sourcils froncés, gémissements, agitation...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Évaluation de l'intensité de la douleur

- Attention il faut de prime abord croire le patient
  - La très grande majorité des patients souffrant de douleur chronique cancéreuse ou non ne sont pas des narcomanes.
  - La douleur totale peut cependant colorer l'attitude des patients
    - Exagération des symptômes pour qu'on les croit...
    - Désir de nous dire quoi faire ou quoi prescrire...
    - Tendance à régler toute leur vie autour de la douleur...
    - Tendance à s'auto-médiquer...
    - Tendance à ne pas toujours respecter les posologies...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Comment évaluer l'efficacité de notre traitement

- Les 4 A
  - "Analgesia"
    - Échelle d'évaluation de la douleur
  - "Activities of daily living"
  - "Adverse effects"
  - "Aberrant drug-related behaviors"

---

---

---

---

---

---

---

---

## Principes de base à respecter

- Soulager rapidement les douleurs aiguës et subaiguës pour éviter qu'elles ne se chronicisent
  - Soyez agressif et proactif
- Votre patient doit dormir!
- Maintenir les activités fonctionnelles
- Éduquez votre patient
- Explorer la modifications de certaines habitudes de vie
- Fixez vous des objectifs réalistes

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: régulier ou prn

- PRN
  - Pour débiter et titrer
  - Pour les entre doses
  - Pour douleur très légère
- Régulier
  - Meilleur contrôle de la douleur
  - Dès que possible
  - Privilégier les longues actions si possible

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: courte ou longue action

- Courte action
  - Pour débiter et pour titrer
  - Beaucoup prise/jour
  - Doit être prescrit au minimum q 4h\*
  - Seule façon si Rx s/c
  - Possibilité de perfusion continue sous-cutanée

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: courte ou longue action

- Longue action
  - À privilégier
  - Compliance augmenté
  - Améliore la qualité de vie
    - Limite le nombre de "pilule"/jour
  - Améliore la qualité du sommeil
  - ½ vie beaucoup plus longue
  - Davantage problématique si surdosage
  - Attention si insuffisance rénale
  - À favoriser si patient à risque de narcodépendance

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les entre doses

- 10% de la dose totale/jour ou ½ de la dose régulière aux 1 à 4 heures avec maximum par jour
  - 50% des ED ainsi calculée ne seront pas assez élevés; à réévaluer
- Si perfusion s/c; ED = 50 à 100% de la dose perfusée à l'heure q 30 min à 1h
- Fréquence q 1 ou 2 h selon le contexte
- Journal de bord du patient pour les entre doses
- Si plus de 3 ou 4 entre dose par jour, ajuster la dose régulière

---

---

---

---

---

---

---

---

## Diverses façons de prescrire

- Vous ignorez les besoins en narcotique de votre patient
  - Exemple:
    - Morphine 5 mg q 2h prn
    - Noter toutes les doses prises par jour
- Vous avez une dose de départ
  - Vous calculez la dose total par jour
  - Vous ajoutez 10% si le patient rapporte de la douleur subjective ou davantage si souffrance objective.
  - Vous répartissez le tout en 6, 2 ou 1 prises/jour selon que vous désirez utiliser la courte action, la longue action ou le Fentanyl transdermique.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Paliers sécuritaires d'augmentation des doses d'opiacés; patient ambulatoire

- Ne doivent pas dépasser 25 % de la dose quotidienne pour une douleur légère à modérée ou si insuffisance rénale
- Ne doivent pas dépasser 50 % de la dose quotidienne pour une douleur intense chez un patient déjà sous opiacés depuis plusieurs semaine
- Attendre au moins 48h entre les ajustements si insuffisance rénale ou hépatique
- Enseigner les signes de toxicité aux opiacés au patient et à ses proches

---

---

---

---

---

---

---

---

## Erreurs de prescription fréquentes dans mon milieu

- Erreurs
  - Dose variable
    - Morphine 5 à 10 mg q 4h
  - Fréquence d'administration variable
    - Empracet 30 mg 1 à 2 co. q 4 à 6h
- Problèmes
  - Vous craignez que votre patient souffre parce que votre dose de départ est trop basse
  - Vous êtes ancré dans vos habitudes
- Solutions
  - Fixez la dose et augmenter la fréquence
    - Morphine 5 mg q 1h
  - Ce printemps, on ose le changement...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Erreurs et Solutions

- Erreurs
  - Mode d'administration sous-optimal
    - IM ou IV
  - Utilisation de molécules sous-optimal
    - Démérol, codéine, Talwin
- Problèmes
  - IM
    - ça fait mal
    - cinétique d'absorption erratique
  - IV
    - tolérance plus rapide
    - Accès souvent difficile en fin de vie
- Solutions
  - Rester jusqu'à la fin de la conférence...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques effets secondaires

- Constipation
- Nausée
- Vomissement
- Somnolence
- Confusion
- Dépression respiratoire
- Décès

---

---

---

---

---

---

---

---

## Tolérance aux narcotiques

- Tolérance aux effets sur la douleur
- Tolérance aux effets secondaires
  - + nausée/vomissement, somnolence, dépression respiratoire
  - - constipation

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel choisir

- **Codéine (Codeine Contin)**
  - Potentiel d'interactions médicamenteuses + (cytochrome P450)
  - Efficacité très variable
  - 10% de non répondeur
  - Effet de plafond entre 400 et 600 mg
  - Effet 2e multiples et importants
  - Pas un 1er choix
  - Mais parfois la seule possibilité si besoin d'une très petite dose

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel choisir

- **Tramadol NNT:3,9**
  - Activité sur récepteurs Mu, inhibe recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
  - Moins de risque de dépendance
  - Meilleur profil d'effets secondaires
    - Pas de dépression respiratoire
    - Effet 2e similaire à codéine
  - Interactions Rx
    - IMAO > ISRS (risque convulsions)
  - Aaurait une activité sur la douleur neuropathique
  - 1 revue de littérature démontre une amélioration du contrôle de la douleur et du fonctionnement des patients fibromyalgiques sous Tramadol
  - Dose recommandée 400mg/24h (300mg si pt âgé)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel choisir

- **Tramacet**
  - La dose d'acétaminophène limite le dosage. 1 à 2 co q 4h prn (max 8 co/j)
- **Zytram XL**
  - Tramadol à libération prolongée
  - Selon monographie
    - Action 24h
    - Débuter avec 150mg, augmenter q 1sem prn
    - 150mg, 200mg, 300mg et 400mg
    - Risque de convulsions, dose dépendant, augmenté si ATCD abus R-OH, d'ACV et trauma crânien

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel choisir

- Morphine (Meslon, MSContin)
  - Peu dispendieux
  - Nausée et vomissements +
  - Constipation +
  - Métabolites actifs +
  - Malgré tout assez bien toléré en général
- Hydromorphone (Hydromorphone Contin)
  - Nausées/vomissements-
  - Constipation +
  - Métabolite actifs +
- Oxycodone (Oxycontin)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel choisir

- Fentanyl transdermique
  - Nausée/vomissements –
  - Constipation –
  - Métabolites actifs - théoriquement mais...
  - Difficile à utiliser si douleur instable
  - Nécessite entre dose de morphine ou hydromorphone
  - Pratique en soins à domicile +++
  - Moins apprécié des narcomanes

---

---

---

---

---

---

---

---

## Les narcotiques: lequel ne pas choisir

- Mépéridine
  - Pas d'indication en douleur chronique sauf exception
    - Allergie (questionner = souvent intolérance)
    - Spasme du sphincter d'Oddi ???(vrai dans modèle physiologique mais pas d'évidence de répercussion clinique)
  - Très apprécié des narcomanes
  - Absorption erratique en per os
  - Neurotoxique
    - Métabolite: Normépéridine
      - Myoclonies, hallucinations, confusions, convulsions, coma
      - Toxicité documentée +++ même avec usage de courte durée chez jeunes patients en parfaite santé

---

---

---

---

---

---

---

---

Suggestion de mentra: « On a toujours plus de neurones avant de recevoir du Demerol qu'après... »

---

---

---

---

---

---

---

### La méthadone

- Un traitement de 3ème ligne
- Excellent résultat avec les douleurs neuropathiques
- Malheureusement, problème d'accessibilité
- Cependant, souvent disponible en intra hospitalier via médecins de soins palliatifs

---

---

---

---

---

---

---

### Équivalences approximatives

|                                  |
|----------------------------------|
| Codeine 100mg                    |
| Morphine 10mg                    |
| Hydromorphone 2mg                |
| Oxycodone 5mg                    |
| Fentanyl<br>transdermique 5 µg/h |

---

---

---

---

---

---

---

## Voies d'administration

- Per os
- Sous-cutanée
  - Papillon
  - Perfusion
- Intra-musculaire
- Intra-rectale
- Intra-veineuse
- Sub-linguale
- Trans-dermique
- Trans-muqueuse

---

---

---

---

---

---

---

---

## Facteurs de conversion des différentes voies

- $1\text{ mg s/c} = 2\text{-}3\text{ mg p.o.} = 2\text{-}3\text{ mg IR} = 0,75\text{-}1\text{ mg IV}$

---

---

---

---

---

---

---

---

## Équivalences exemples

- Morphine p.o. 20 mg = Morphine s/c 10 mg
- Hydromorphone p.o. 4 à 6 mg = hydromorphone s/c 2 mg
- Codéine p.o. 200 mg = codéine s/c 120 mg

---

---

---

---

---

---

---

---

## Calculateur de dose

- **PEPID**
- <http://www.hopkinskimmelcancercenter.org/specialtycenters>

---

---

---

---

---

---

---

---

## Toxicité des narcotiques

- Définition:
  - Lorsqu'un patient expérimente des effets secondaires immédiats ou reliés à l'accumulation des métabolites d'un narcotique particulier.
- Se manifeste souvent par de la somnolence, confusion, hallucinations, cauchemars, myoclonies.
- Traitement:
  - Rotation de narcotique
  - +/- hydratation
- En théorie, cela devrait se produire moins fréquemment avec des molécules sans métabolites actifs tels le fentanyl et la méthadone.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Rotation de narcotique

- Règles à respecter
  - Calculer la dose exacte/jour que prend le patient dans les derniers 48 à 72h
    - On tient compte des entre doses de façon partielle ou en totalité selon le contexte
  - On applique le concept de tolérance croisée incomplète lors du calcul de la dose du nouveau narcotique.
  - On avise le patient et sa famille qu'il devrait aller progressivement mieux d'ici 24 à 72h et qu'il ne s'agit pas d'une allergie.
  - On peut avoir besoin de faire des rotations à répétitions chez certains patients, on peut alors songer à faire rotation au fentanyl ou à la méthadone.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Concept de tolérance croisée incomplète

- Lors d'une rotation d'opiacés on doit toujours diminuer la dose équivalente de la nouvelle molécule de 25% pour éviter un surdosage
- Diminuer de 30 à 40 % si patient âgés, si insuffisance rénale ou si insuffisance hépatique grave.

---

---

---

---

---

---

---

---

## La coanalgésie

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Acétaminophène
  - Traitement de 1ère ligne
  - Très utile chez les patients âgés et fragiles
  - Doit être pris de façon régulière avant de le déclarer inefficace
  - Peut être conservé comme coanalgésie
- Doses max
  - 4g/jour en algue (<10jours), patient en santé, bien nourris
  - 3,2g/jour, usage longue durée chez patient en santé
  - 2,6g/jour, usage longue durée chez patient à risque

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- A.I.N.S
  - Douleur osseuse
    - A.I.N.S classique
      - Naproxen, ibuprofène, ...
    - Coxibs
      - Célébrex, Mobicox

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Antidépresseurs
  - Douleur neuropathique type “brûlure”
    - Tricycliques NNT: 2,3
      - Amitriptyline (Elavil) 10-25mg (50-150mg/j)
      - Nortriptyline (Aventyl) 10-25mg (50-150mg/j)
      - Désipramine (Norpramin) 50-200mg (50-200mg/j)
    - I.S.R.S
      - Venlafaxine, Wellbutrin NNT:4
      - Paxil, Celexa NNT:7
      - Nouvelle molécule à venir...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Anticonvulsivants
  - Douleur neuropathique de type “coup de poignard”
    - Neurontin NNT: 3,8
      - dose min efficace 1800mg/j, dose moy 2400mg/j
    - Lyrica NNT: 4,2
      - dose min efficace 150mg/j, vise dose 300mg/j
      - Effet rapide, effet en prn, aucune interaction Rx
    - Autres anticonvulsivants (2ème ligne)
      - Carbamazépine (Tegretol), Topiramate (Topamax), Lévétiracétam (Keppra)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Crème topique lidocaïne 10%
  - 10 g de lidocaïne dans 90g de Glaxal Base
  - 1ère ligne en présence d'allodynie
- Cannabinoïdes
  - 3ème ligne en douleur neuropathique

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Corticostéroïdes
  - Douleur osseuse ou viscérale
    - Dexaméthasone
      - 4 à 16 mg die
      - +/- diminution progressive par la suite

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Antispasmodiques
  - Crampes ou spasmes d'origine musculosquelettique
    - Baclofène
    - Diazepam
  - viscérale
    - Glycopyrrolate
    - hyoscine
- Calcitonine intra-nasale
  - Douleur osseuse
  - Plus efficace si douleur secondaire à une fracture
  - Encore efficace après 3 mois?? Selon EBM peu d'évidence d'efficacité

---

---

---

---

---

---

---

---

## Classes et leurs indications en traitement de la douleur

- Biphosphonates
  - Douleur osseuse
    - Pamidronate, Zolédronate
    - Efficacité???
- Tranquillisants majeurs
  - Douleur réfractaire
    - Halopéridol
    - Méthotriméprazine

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coanalgésie et douleur osseuse *1ère ligne*

- Radiothérapie
- Médication
  - A.I.N.S
  - Corticostéroïdes
  - A.I.N.S + corticostéroïdes

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coanalgésie et douleur osseuse *2ème ligne*

- Approches non pharmacologiques
  - Strontium-89
  - Physio/ergo
  - Blocs nerveux/péridurales
  - Chirurgie
- Calcitonine intra nasale

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coanalgésie et douleur osseuse *2ème ligne*

- Biphosphonates
  - Peut être efficace pour douleur seulement si néo sein, poumons, prostate ou myélome multiple (± efficace selon les auteurs)
  - Clairement indiqué pour
    - Prévention morbidité musculosquelettique dans néo sein ou myélome multiple
    - Hypercalcémie si calcium corrigé >3.0

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coanalgésie et douleur neuropathique *1ère ligne*

- Mesures non pharmacologique
  - Décompression chirurgicale/radiothérapie/blocs nerveux
- Médication
  - Aventyl (plus de chance d'être efficace)
  - Gabapentine (mieux toléré)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Coanalgésie et douleur neuropathique *2ème et 3ème ligne*

- Corticostéroïdes
- Autres
  - Autres anticonvulsivants
  - Tranquillisants majeurs
  - Kétamine
  - Méthadone
  - ...
- Traiter l'anxiété
- Sédation terminale

---

---

---

---

---

---

---

---

## Madame F.

- **Réflexions**
  - On peut commencer à traiter même si l'investigation n'est pas entièrement complétée! (Être pro-actif devant la douleur)
  - Les médicaments ne peuvent pas toujours agir seuls! (Approche multidisciplinaire)
  - Cette douleur avait un haut potentiel de chronicisation. Vous ne devez pas abandonner!
  - Avons-nous des préjugés liés à l'âge?
    - Comportements douteux pour abus du substance Vs détresse 2e douleur non soulagée!

---

---

---

---

---

---

---

---

## Références

- Dion, Dominique. Deschênes, Geneviève. *Évaluation d'une douleur*. Le médecin du Québec, déc. 2002, p.39-45.
- Deschênes, Geneviève. *Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés*. Le médecin du Québec, déc. 2002, p.49-56.
- APES. *Guide pratique des soins palliatifs*. 3ème édition, 2003.
- Nguyen, Anh. Présentation "*Douleur neuropathiques nouvelle mise à jour*" Mars 2006

---

---

---

---

---

---

---

---