

Pour un quart des malades du cancer
Des douleurs à vouloir mourir

12 - LE QUOTIDIEN DU MEDECIN - N° 8182 - LUNDI 11 JUIN 2007 - www.quotimed.com

En France, 26% des patients cancéreux (en Europe : 33%) ressentent parfois une douleur tellement intense qu'ils souhaitent mourir

- les médicaments qui peuvent soulager sont encore sous-utilisés

Enquête EPIC, BUDAPEST -7 JUIN
European Association of Palliative Care (EAPC) Congress,

Vaste enquête menée chez 4 824 patients dans 12 pays d'Europe,
En France, 642 patients cancéreux ont participé à l'enquête.

« évaluer l'impact et le traitement de la douleur dans le cancer. »

62% (Europe : 2 sur 3) des patients atteints d'un cancer souffrent de douleurs modérées à sévères

- malgré la disponibilité de médicaments efficaces,

pour 26% (Europe : 1 sur 3) des patients la douleur est tellement intense qu'ils ressentent le désir de mourir,

Enquête EPIC, BUDAPEST -7 JUIN

France,

bien que pour 46% (Europe : 1 sur 3) des patients

la douleur ait été le motif de consultation lors du diagnostic du cancer, bien souvent, alors que la maladie cancéreuse est bien traitée,

la douleur n'est pas prise en charge de façon efficace.

Enquête EPIC, BUDAPEST -7 JUIN

les patients reçoivent des médicaments contre la douleur, près de deux tiers des patients (Europe : 64%) rapportent que

leur traitement n'est parfois pas suffisant pour la contrôler, avec un patient sur trois qui affirme que sa douleur est << intolérable >>.

Plus de 82% (Europe : 62%) de ceux qui prennent les médicaments prescrits pour traiter leur douleur rapportent néanmoins

l'existence d'accès douloureux qui sont brefs et intenses

- chez plus de la moitié des patients ils surviennent au moins une fois par semaine, et 26% (Europe : plus d'un quart) des patients endurent ce type de douleur tous les jours.

Enquête EPIC, BUDAPEST -7 JUIN

En dépit de cette preuve évidente d'un contrôle insuffisant de la douleur,

seulement 22% (Europe : 34%)

des patients atteints de cancer reçoivent un opioïde fort,

C'est peut-être à cause de ces raisons que 64% (Europe : 66%) des patients utilisent

des méthodes alternatives, comme la chaleur ou les massages,

pour essayer de contrôler leur douleur,

alors que 28% (Europe : plus d'un tiers) ont recours aux antalgiques délivrés sans ordonnance.

Un patient sur deux dit qu'il serait prêt à payer

<< n'importe quel prix pour un traitement contre sa douleur s'il sait qu'il va être efficace >>.

Enquête EPIC, BUDAPEST -7 JUIN

facteur important à l'origine d'une prise en charge insuffisante de la douleur cancéreuse est

le problème de communication entre le patient et son médecin.

La plupart des patients interrogés déclarent qu'ils doivent d'eux même parler de leur douleur pour en discuter,

alors que près de 26% (Europe : plus d'un quart) des patients rapportent que leur médecin ne leur demande pas toujours s'ils ont des douleurs.

34% (Europe : un tiers) des patients pensent que leur médecin n'a pas assez de temps pour discuter de leur douleur.

Evaluation globale de la douleur



REDO oct 2008

évaluation globale du malade et pas uniquement de la maladie

évaluation de son intensité. variable essentielle pour la décision thérapeutique

Différents niveaux d'évaluation complémentaires sont à considérer:

- diagnostic de la (ou des) causes de la douleur,
- mécanisme(s) de la douleur,

- impact de la douleur sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles,
- contexte psychologique et familial

Analyser le mécanisme de la douleur:

distinguer excès de nociception et/ou origine neurogène

Le choix des traitements symptomatiques découle pour une large part du mécanisme présumé de la douleur.

Evaluation systématique de l'intensité de la douleur **-identification systématique**

-Pas toujours de plainte spontanée

-améliore la qualité de la relation médecin-malade

-montre au malade que l'on croit à sa plainte

-que l'on ne le suspecte pas de majorer ou d'inventer sa douleur,

-faciliter les prises de décisions de traitements symptomatiques
analgésiques adaptés à l'intensité de la douleur

-titration des doses efficaces de morphine

Evaluation systématique de l'intensité de la douleur

-la transmission de l'information entre le patient et les soignants, entre les différents membres de l'équipe,

-le dossier du patient

La réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépend plus uniquement du souvenir du malade ou des soignants.

Les difficultés à évaluer l'intensité de la douleur

Comme tout autre phénomène subjectif,
l'anxiété, la dépression et la qualité de vie.

Une première règle:
patient le seul véritable expert pour apprécier l'intensité d'une douleur.

la plainte ne reflète pas de façon fiable et univoque une cause nociceptive.

La notion de douleur laisse la place à des mécanismes variés et donne une place aux possibles facteurs psychologiques associés.

Croire a priori la plainte du patient

a l'intérêt de largement favoriser la qualité de la relation médecin-malade

De la part du patient (ou entourage)

Difficulté à exprimer leur douleur ou à refuser un traitement antalgique, opioïde en particulier.

Il peut s'agir de croyances, de craintes ou de désirs:

- idée que la douleur est inévitable
- le traitement doit être réservé aux douleurs intolérables;
- crainte que le traitement utilisé « trop tôt » perde son efficacité (accoutumance)
- crainte des effets secondaires et de la dépendance aux opioïdes ;
 - crainte que le traitement opioïde précipite l'évolution
 - désir de se montrer vaillant face à la douleur
 - crainte de mettre le médecin en difficulté en lui signifiant que le traitement n'est pas efficace
 - volonté de ne pas alarmer les proches.

L:évaluation peut aussi être biaisée par les soignants

- s'ils ont les mêmes craintes que les patients;
- contraintes réglementaires,
- le manque de temps et de disponibilité

se défendre d'un sentiment d'impuissance
ne pas être confrontés à notre propre angoisse de mort.

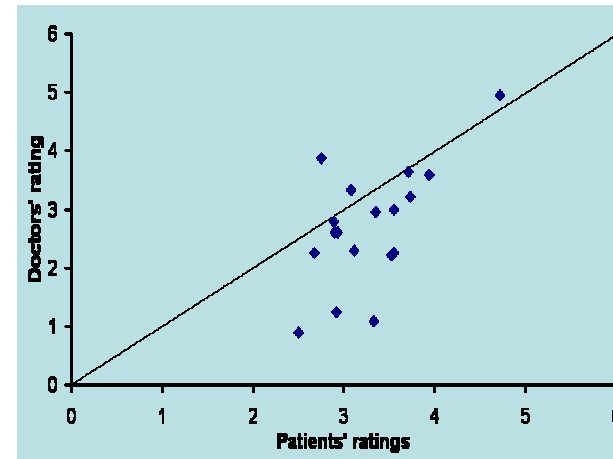
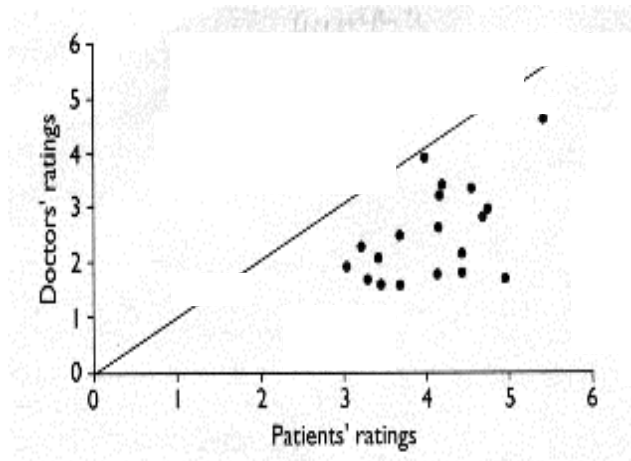
A l'aide d'échelles de mesure,

on a comparé l'intensité de la douleur cotée par les patients à celle par les médecins ou les infirmières dans différentes situations cliniques. Les résultats de ces études montrent que les soignants tendent **toujours à sous-estimer l'intensité** de la douleur ressentie par les patients.

Chez les patients cancéreux, cette sous-estimation est un des facteurs conduisant à une prise en charge insuffisante de la douleur.

Pain prevalence and intensity between cancer patients : a 12 years interval survey

EFIC, 2006



Comparaison des évaluations de la douleur par les médecins et les malades

en pratique quotidienne?

- rapport verbal du patient {auto-évaluation}
- observation de son comportement (hétéro-évaluation)

Évaluer « objectivement » une plainte ou un comportement est effectivement envisageable si l'on n'exige pas de l'évaluation des objectifs qu'elle ne peut atteindre.

Évaluation d' une plainte de douleur, ne présumer en aucun cas de la cause de cette plainte et (surtout pas de faire la part de l'organique et du psychologique)

recueillir l'information

dans des conditions les plus standardisées possibles avec un instrument valide,
reproductible,
sensible aux thérapeutiques.

Dans l'état actuel des connaissances, contrairement aux conditions du laboratoire, on ne dispose ni d'un moyen de mesure du stimulus responsable de la douleur pathologique, ni d'un marqueur neurobiologique valide

Comment évaluer en pratique quotidienne?

de nombreux instruments (questionnaires et échelles) sont trop longs,

peu de place dans le quotidien

réaliser systématiquement une auto-évaluation des douleurs par le patient à l'aide d'une échelle de mesure validée.

Cet instrument ne peut se substituer à la communication et appauvrit la relation avec le patient.

les échelles unidimensionnelles, globales

des méthodes comportementales

chez le malade non- conscient

lorsque la communication verbale n'est pas possible

Les échelles globales

Différentes échelles se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement:

échelle verbale simple (EVS),
échelle numérique (EN),
échelle visuelle analogique (EVA).

Evaluation

répercussions d'une douleur chronique sur la vie quotidienne
(sommeil, activités, moral).

validité pour indiquer la gravité d'un état de douleur,

En ce qui concerne

L'efficacité du traitement analgésique se détecte plus facilement sur le rapport verbal que sur la reprise des activités.

Le contexte

-des facteurs médicaux,

liés au siège et au stade évolutif du cancer, à son pronostic, à son traitement, à l'existence de douleurs;

-des facteurs liés à la personnalité du malade, à sa plus ou moins grande capacité à « faire face)» (coping des anglo-saxons) ;

-des facteurs sociaux:

la présence ou l'absence de soutien familial, amical et professionnel, les difficultés matérielles et financières créées ou aggravées par la maladie

Difficultés avec le malade non communicant

l'observation du comportement du malade

(posture, faciès, limitation des mouvements, difficultés pour se déshabiller et s'habiller, etc ...).

-interroger l'entourage sur l'existence de comportements douloureux
(expression faciale, attitudes antalgiques, gémissements ..), leur apparition spontanée, provoquée par des soins ou par la mobilisation;

- savoir confier l'observation du malade à une personne de l'entourage
(membre de la famille, de l'équipe soignante).

Evaluer la cohérence de la prise en charge

**obligatoirement pluridimensionnelle,
somatique
psychologique
sociale.**

Les éléments d'évaluation de la cohérence de la prise en charge sont fournis par le patient:

- vérifier la cohérence des avis et de l'information donnée**
- des traitements proposés**
- la bonne compréhension par le patient de leur finalité**
- son propre rôle dans la prise en charge de sa douleur.**

évaluation concerne aussi bien

- la compréhension des traitements médicamenteux (les antalgiques puissants)
- l'information
- les autres conseils donnés.

mettre en évidence:

- un déficit dans l'information donnée au malade,
- un besoin de soutien psychologique,
- des processus de défenses du malade ou de la famille accentuant la souffrance ...

.

douleurs cancéreuses

multiplicité des mécanismes susceptibles d'intervenir

classiquement trois catégories de douleurs :

douleurs liées à la tumeur,

douleurs liées aux interventions à visée diagnostique

douleurs liées aux traitements.

les douleurs chroniques d'origine maligne,

Douleurs séquellaires

traitement anti-cancéreux,

parmi les principaux effets secondaires

(en dehors des toxicités aiguës, souvent transitoires et d'ordre surtout digestif),

On retrouve , entraînant l'arrêt ou le changement d'un par ordre de fréquence :

les toxicités hématologiques, rénales et neurologiques

Si les deux premières peuvent être maîtrisées par l'adjonction de facteurs de croissance hématopoïétique et l'hyperhydratation,

chimiothérapie

la toxicité neurologique est difficilement contournable
devient, pour certains produits, dose-limitante.

Le problème est d'autant plus crucial que les produits concernés
sont d'utilisation ancienne avec une efficacité bien établie (cisplatine, vincristine...)

d'introduction beaucoup plus récente avec un spectre d'action qui ne cesse de
s'élargir (taxanes, oxaliplatine)

processus physiopathologiques très hétérogènes,

il s'agit essentiellement de douleurs neuropathiques

d'une polyneuropathie sensitive

distale,

symétrique,

pouvant se compliquer d'une atteinte motrice ou d'une atteinte du système nerveux autonome

parallèlement à une amélioration du pronostic de certaines tumeurs,

Apparaît lors des phases de rémission ou de guérison,

une altération de la qualité de vie liée à la persistance de ces neuropathies périphériques.

Celles-ci sont à l'origine de troubles sensitifs douloureux ainsi que de troubles moteurs perturbant la marche et l'équilibre

diagnostic différentiel des neuropathies iatrogènes

- les neuropathies paranéoplasiques.
- autres étiologies de neuropathies sont recherchées,
 - troubles nutritionnels (carences vitaminiques),
 - diabète,
 - l'alcoolisme chronique,
 - l'infection par le VIH,
- l'association à des médicaments eux-mêmes neurotoxiques
 - (amiodarone, isoniazide, ddl, ddC, D4T, almitrine, disulfiram, métronidazole, colchicine...)
- des antécédents de neuropathies familiales, héréditaire
- de syndrome de Guillain Barré.

En pratique courante,

lorsque le tableau clinique et l'étiologie semblent évidents,

Ex: neuropathies chimio-induites,

les investigations complémentaires

présentent peu d'intérêts en pratique.

L'imputabilité du médicament tiendra compte

- de la présentation clinique,
- de la chronologie d' instauration et
- de la confrontation des données individuelles à celles de la littérature.

Le but de l'évaluation et du diagnostic algologique est de définir une stratégie thérapeutique adaptée ciblant l'amélioration globale de la qualité de vie du patient

REFERENTIELS

Prise en charge de la douleur chez l'adulte ● ● ●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **26 mars 2001**.

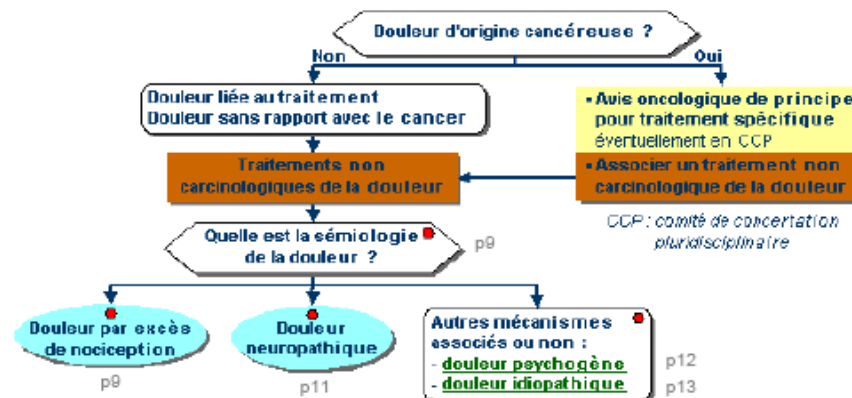
- ▶ Généralités p1
- ▶ Douleur par excès de nociception p9
- ▶ Ttts co-antalgiques p21
- ▶ Evaluation de la douleur p2
- ▶ Douleur neuropathique p11
- ▶ Radiothérapie p22
- ▶ Sémiologie (mécanismes) p9
- ▶ Opioides p14
- ▶ Psychothérapie p28

Date de révision : 13 décembre 2001

■ Principes généraux

Ce référentiel présente les principes de prise en charge des douleurs chez l'adulte porteur d'une tumeur ou d'une hémopathie maligne.

La stratégie de prise en charge dépend de la nature cancéreuse ou non de la douleur (Cf. [arbre](#) ci-dessous) et de son [mécanisme d'action](#)^{p9}. Elle s'appuie sur une phase d'[évaluation](#)^{p2} et différents types de traitement (médicamenteux [spécifique](#)^{p14} ou [non](#), [radiothérapie](#) antalgique des métastases osseuses, [psychothérapie](#), etc.).



A L'ÉCOUTE DE LA DOULEUR

Depuis une dizaine d'années, de grands progrès ont été effectués dans la reconnaissance et la prise en charge de la douleur, mais encore trop de patients ne sont pas suffisamment soulagés. Apporter une réponse thérapeutique adaptée face à une douleur, quelle qu'elle soit,

implique une analyse sémiologique fine, mais aussi une grande écoute du patient. Le recours à des outils d'évaluation, tels que l'horloge de la douleur, permet d'aider les malades à verbaliser leur plainte, préalable indispensable à l'établissement d'une relation de confiance

Oncologue et algologue **L'alliance thérapeutique**