

QUOI DE NEUF DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CANCÉREUSE ?

AP SP

Le 09 mars 2009

Dr Véronique TUZZOLINO

RIEN

❖ Il faut toujours évaluer !!!

L'ÉVALUATION

- ❖ Par le patient **AUTOEVALUATION**
- ❖ Par les soignants + l'entourage **HETEROEVALUATION**
- ❖ Quand évaluer ?
 - Systématique pour la dépister
 - Au moment où le patient exprime sa douleur et tracer++
 - Avant et après chaque administration de principe **actif**
- ❖ Par qui ? Tout le monde

□
→ *Bénéfices : Suivi, adaptation, sécurité, efficacité du tt...*

Evaluer ➡ **Traiter** ➡ **Réévaluer** = **Score dynamique**

RIEN

❖ Il faut toujours comprendre !!!

COMPRENDRE LA DOULEUR DU PATIENT

❖ Son mécanisme

- Douleurs par excès de nociception
- Douleurs neuropathiques
- Douleurs mixtes

❖ Son étiologie +++

LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

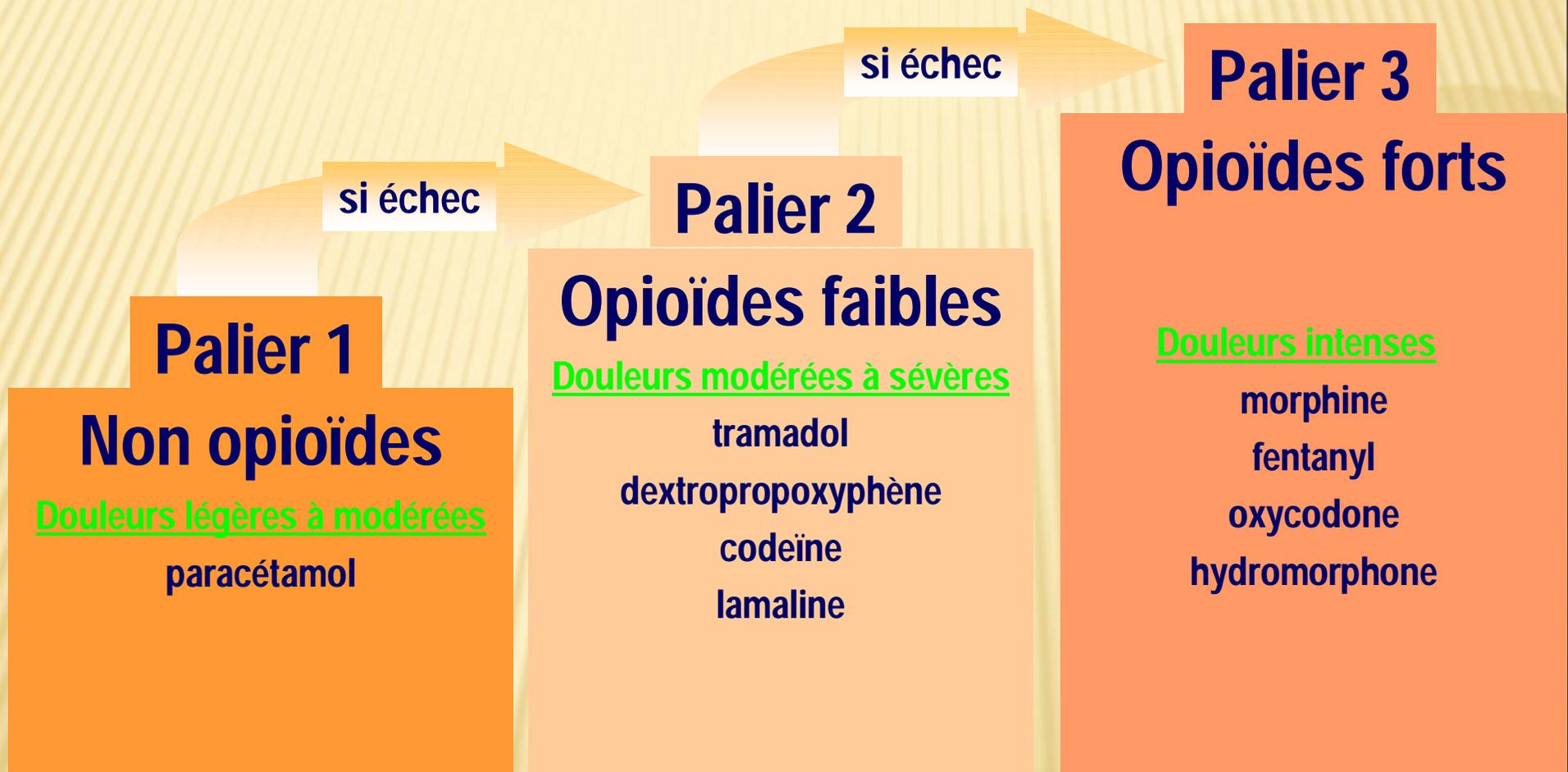
- ❖ Leur diagnostic repose sur l'interrogatoire DN4
- ❖ L'étiologie doit être précise
- ❖ Souvent prévisibles : Zona, Névralgie V, amputation, certaines chimiothérapies, radiothérapie...
- ❖ La prise en charge thérapeutique précoce et progressive +++
- ❖ Le soulagement attendu : partiel +++, contrat thérapeutique
- ❖ Traitement spécifique

LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

➤ Traitements symptomatiques

- Antalgiques purs
- Co-antalgiques
- La place du MEOPA
- La crème EMLA
- Patch de lidocaïne

LES TROIS PALIERS DE L'OMS



+/- Co-analgésiques : AINS

P I + P II +/- Co-analgésiques

P I + P III +/- Co-analgésiques

ASSOCIATIONS SYNERGETIQUES

LES CO-ANALGESIQUES

➤ Différentes classes thérapeutiques

- AINS
- Corticoïdes
- Antispasmodiques



PALIER I

- ❖ Le paracétamol : Molécule de référence
 - Posologie AMM 4 gr/j Formes galéniques variées
 - Taux plasmatique élevé IV > PO
- ❖ Selon EV, en monothérapie ou en association



Aux opioïdes palier II ou palier III

- + *Association synergique*
- + *Epargne morphinique*



INSUFFISANCE HEPATIQUE

❖ Néfopam

PALIER II

➤ Indications

Douleurs modérées à sévères

➤ Molécules et posologie

- 20mg Extrait d 'opium/2 gél = 4mg MO 6 gél/J
- 60mg Codeïne/2 cp = 10 mg MO 6 cp/J
- 60mg Dextropropoxyphène/2 gél = 10mg MO 6 gél/J
- 50mg Tramadol / gél = 10mg MO 400Mg/J

PALIER II

➤ Remarques

- Souvent association avec le palier I
- Utiliser les différentes formes et dosages pour « titrer » PII
- Risque de surdosage PII ! Auto-médication et générique !

➤ Précautions - Effets II

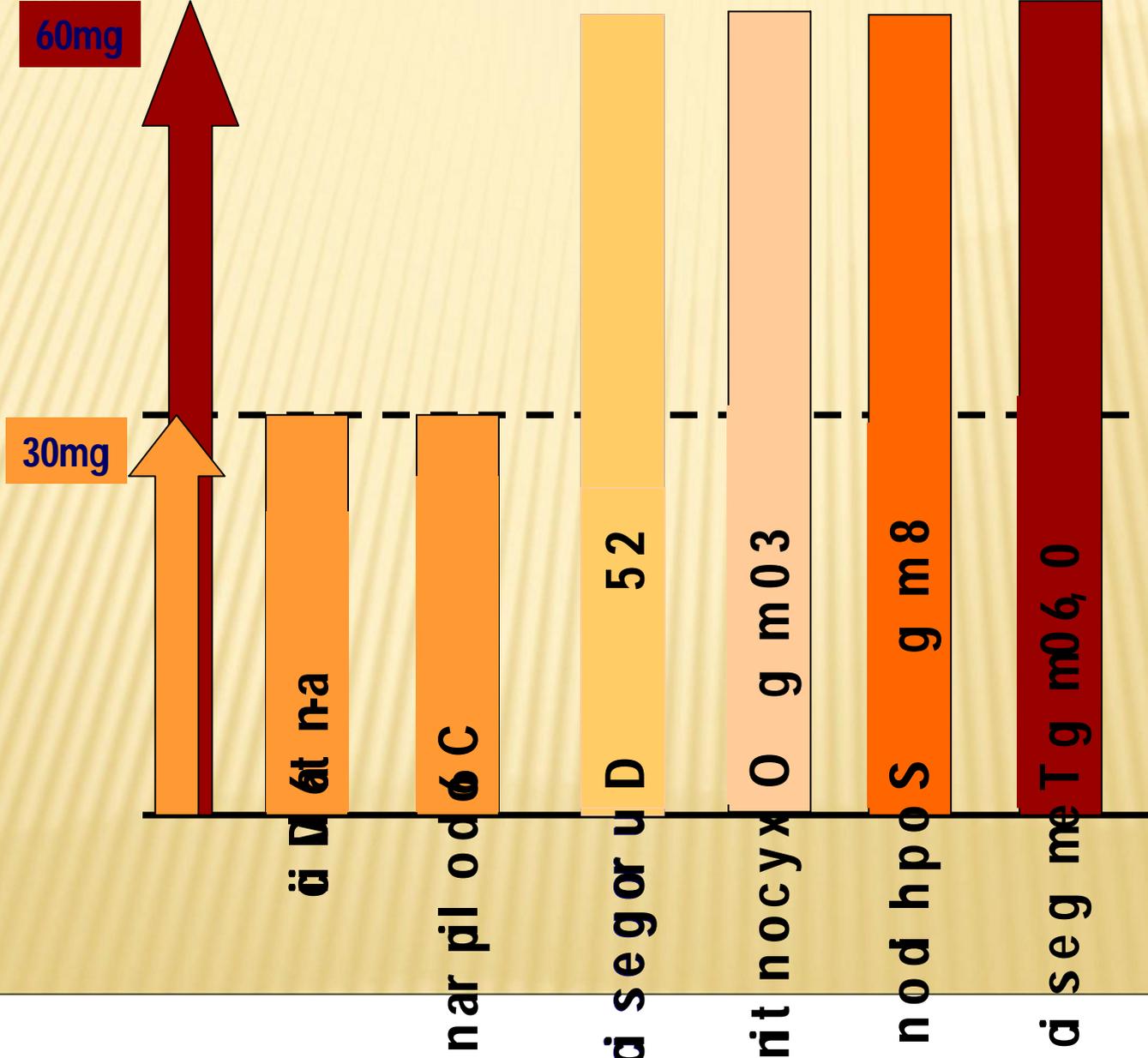
- Codeïne △ **Prévention constipation, 15 % population déficitaire.**
- Dextropropoxyphéne △ **Risque hypoglyc ++ Diab. Sujet âgé**
CI Associa. carbamazépine
- Tramadol
++ dlr neuropathique mixte △ **Effets II +/- , poso progressive, LP**
CI IMAO, 7 % pop déficitaire

TRAMADOL

- × Existe sous forme LI
- × LP 12 heures ou 24 heures
- × Sous forme injectable
- × En IV max 600 mg/j et per os max 400 mg/j

Equianalgésie Paliers 2 et Paliers 3

g a n a i d u a r l o e r i h q e s o m



PALIER III

➤ Indication

- Douleur non soulagée par palier II
- Douleur d'origine cancéreuse d'emblée intense

➤ Posologie

Pas de dose limite tant que les effets II sont contrôlés

Adaptation du traitement = Sécurité

PALIER III

➤ Molécule de référence : MORPHINE

✓ Attention bio disponibilité variable inter et intra-individuelle

✓ Voie parentérale

10 mg morphine IV = 20 mg morphine SC
= 30 mg morphine orale

- Intra-veineuse : délai bref, IVD en titration, PCA
- Sous-cutanée : délai 20 min, ponctuelle, PCA
- Péridurale, intrathécale... Équipe spécialisée

✓ **Voie orale :**

- **à lib. Immédiate** SEVREDOL, ACTISKENAN 5, 10, 20, 30, Oramorph* en **dosettes ou en gouttes (attention 1 goutte = 1.25 mg morphine)**

Délai d'action : 20 minutes Durée d'action : 4 heures

- **à lib. prolongée** MOSCONTIN, SKENAN LP 10, 30, 60, 100, 200 mg

Délai d'action : 1 H 30 Durée d'action : 12 H

PALIER III

FENTANYL

➤ Coef conversion 60Mg MO = Durogésic* 25

- ❖ D'emblée, voie orale impossible, malabsorption, risque occlusif, polymédication, Insuffisance rénale , moins d'effet II, choix du patient

- ❖ Patch LP 72 H Transdermique DUROGESIC 12, 25, 50,75,100 µg
 - Délai action initial : 6 à 12 H
 - Poursuite lors du retrait : 50% à 12H

- ❖ Bâtonnet à libération immédiate ACTIQ à 200, 400..1600 µg
 - Endobuccale pendant 10 min CI : ulcération buccale,
 - Délai d'action 2 minutes Durée deux heures
 - Dosage initial 200 µg Renouvelable à 30 min
 - Maxi 4 / jour
 - Lors d'accès douloureux paroxystiques bref chez un patient cancéreux sous opioïdes LP

GÉNÉRIQUES DU DUROGÉSIC*

- × Fentanyl Ratiopharm
- × Fentanyl Nycomed

EN COURS D'ÉTUDE

- ✘ Effendora* : comprimés oroverscents à coller dans la fosse canine pour les pics douloureux
- ✘ Fentanyl en spray nasal

➤ **OXYCODONE**: peut être donnée en 1^o intention



➤ puissance x2 / Morphine . Intérêt dans Douleur Neuropathique

❖ **OXYCONTIN LP** cp 5, 10, 20, 40, 80 mg ! *Ne pas Casser ou croquer*
Libération en deux phases, une rapide et une LP 12 h

❖ **OXYNORM LI** gélule 5, 10, 20 mg

Délai action 30 min

Durée d'action 4 à 6 H

❖ INTERET : Meilleure disponibilité 60 à 80%
Lors de la rotation si Résistance / Intolérance

❖ **OXYNORM * INJECTABLE** : ampoule de 1 ml avec
1 mg/ml; ampoule de 2 ml avec 1 mg/ml; ampoule de 10
ml avec 50 mg/ml

OXYCODONE

- ✘ Per os / SC ou IV
- ✘ 2 / 1
- ✘ Ex: patient sous 40 mg d' Oxycontin* per os, passage à 20 mg d' Oxynorm* SC ou IV

BIENTÔT

- ✘ Oxycontin* + Naloxone LP sous forme d'un comprimé
- ✘ Fin 2009 ou début 2010
- ✘ Targin* dans les autres pays européens

HYDROMORPHONE

- puissance x 7 /Morphine PO
- ❖ SOPHIDONE LP 12 H : 4, 8, 16, 24 mg
- ❖ Intérêt si insuf. rénale et lors de rotation
- ❖ Pas de forme LI

INTERDOSES DE MORPHINE

➤ Forme immédiate : 1/10 dose orale LP/jour (1/3 IV)

➤ Maxi 4 interdoses /4 heures
6 interdoses /24 H

} **au delà** ▪

➤ INDICATION

- Titration d'un patient fragile
- PEC des douleurs induites
- Anticipation des pics algiques prévisibles
*Ne pas comptabiliser dans l'ajustement dose LP
A adapter +++ indépendamment selon efficacité*
- ALD lors des pics algiques imprévisibles
*Éduquer le patient car seul au domicile
Si > 4 interdoses /jour = augmentation d'autant dose LP*

DU PALIER II AU PALIER III

➤ Titration initiale : recherche dose efficace

- Patient non fragile :

Augmentation de 50% : morphine orale 30 x2/j LP
+ Interdose 10 mg ALD
+ P1

- Patient fragilisé :

Traitement de fond: Interdose 5 mg (ou moins)/ 4 H ou plus
+ Interdose 5 mg ALD
+ P1

- Evaluation régulière, traçabilité des interdoses, réajustement

... **Doucement mais sûrement...**

PCA

- Molécule le plus souvent Morphine, maintenant Oxynorm*
- Voie d'administration : IV /SC
- Posologie : selon indication, attention aux conversions, toujours privilégier la sécurité du patient
- Indications
 - DPO
 - Chez le patient cancéreux : Douleur instable, troubles digestifs, Polymédication orale, effets II non contrôlés par autres voies, interdoses trop importantes

PCA

- Paramètres
 - Réservoir amp mg/ml, concentration
 - Mode continu ou pas, si poursuite tt de fond ex :DUROGESIC
 - Mode bolus
 - Période réfractaire
 - Dose Maximale des Quatre Heures

- Tubulure spécifique avec valve anti-retour, sur VVP ou VVC ou PAC

- Surveillance +++

- Retour domicile possible

LES EFFETS SECONDAIRES

- Connus et le plus souvent contrôlables
- Surveillance régulière et **accrue lors** de l'instauration PIII ou changement de molécule ou de voie ou de dose : Pouls, TA, **FR**, Echelle Sédation
- Rechercher **systematiquement** les effets II pour les prendre en charge le plus tôt possible
- Avertir le patient des effets transitoires possibles

△ **SI REAPPARITION**

- Prévenir la constipation d'emblée
- Rester vigilants

LE SURDOSAGE

- Peu de risques si évaluation et adaptation régulière

LA SEDATION



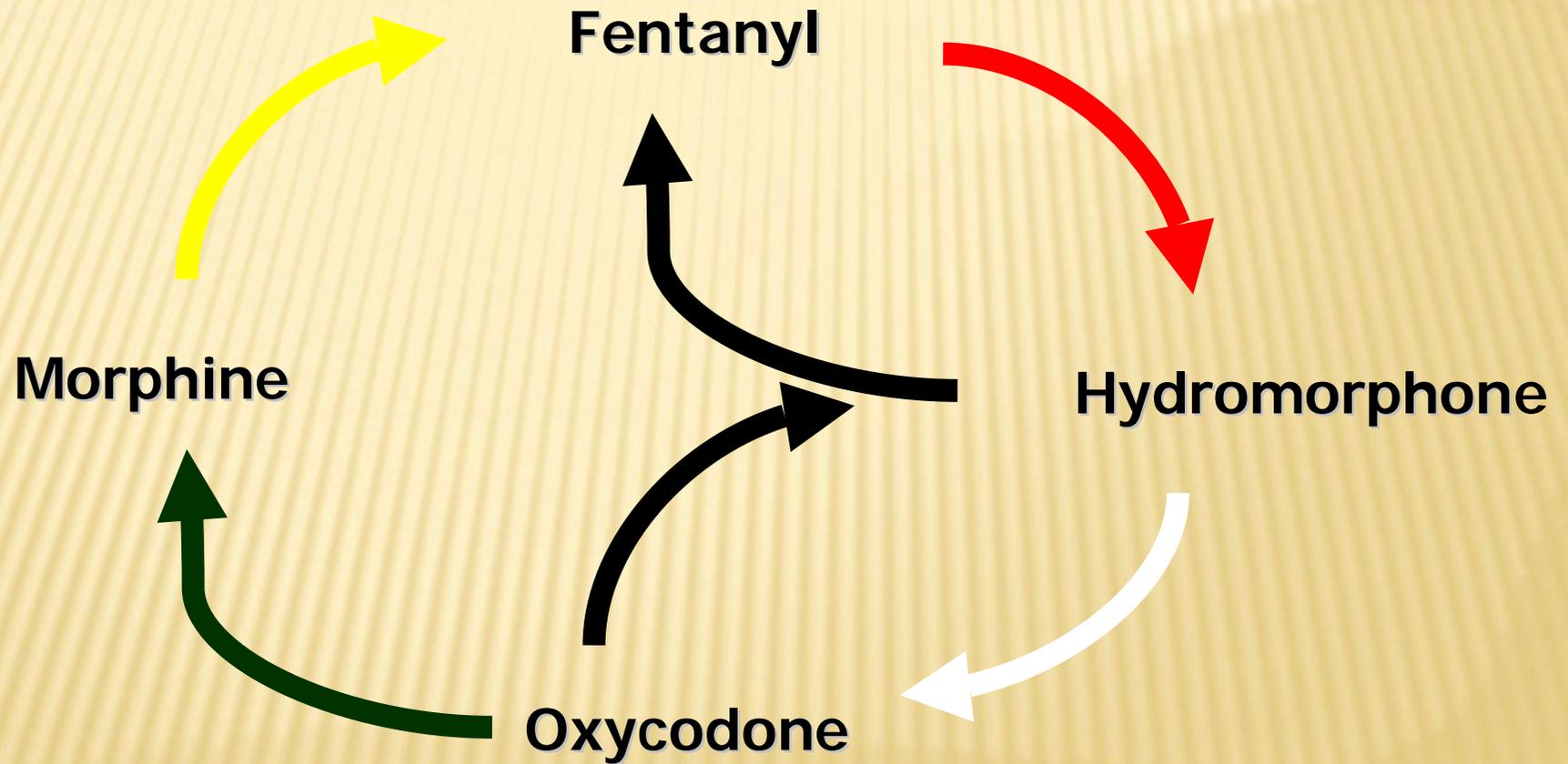
LA FREQUENCE RESPIRATOIRE

- CAT selon l'examen clinique
 - *Si FR < 8 et sédation profonde, Naloxone attention selon produit responsable*
 - *Si sédation légère, FR Nle,
Arrêt tt jusqu'au réveil avec reprise à 50 % dose / J*
 - *Si somnolence légère, diminution de 50 % sans interruption
BUT: lever le surdosage pas l'antalgie*

LA ROTATION DES OPIOIDES

- Survenue d'effets secondaires malgré leur traitement bien conduit (constipation, confusion...)
- Phénomène de résistance ou de tolérance à un opioïde
- Sécurité +++ coefficient de conversion toujours minimal car biodisponibilité variable

ROTATION DES OPIOÏDES



LE SEVRAGE D'UN PALIER III

- A anticiper, progressivement
 - Après traitement spécifique
 - Si moins de consommation d'interdose
 - Par palier de 50 %
 - En repassant par un palier II

DOULEURS NEUROPATHIQUES

- Antidépresseurs tricycliques (niveau de preuve A)
 - Amitripylline : Laroxyl *
 - Imipramine: Tofranyl *
 - Clomipramine : Anafranyl *
- IRSNA
 - Duloxétine : Cymbalta * (DN diabète)
 - Venlafaxine: Effexor* niveau B polyneuropathies sensibles. Pas d'AMM

ANTIÉPILEPTIQUES

- Gabapentine : Neurontin* niveau A douleur zona
- Prébagaline : Lyrica* niveau A, DN périphérique et centrale
- Carbamazépine : Tégréto* pour névralgie trijumeau
- Rivotril* : aucune indication, aucun niveau de preuve

MEOPA

- Mélange de gaz équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène
- Analgésiant de surface, amnésiant, relaxant, permettant un état de « sédation consciente »
- Lors de soin long, douloureux, répétitif et éprouvant
- Lors d'une anxiété majeure anticipée ou concomitante aux soins

LA PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR

➤ Avec le patient et son entourage

Notation des évaluations et consommation des antalgiques

Privilégier l'autonomie, elle peut diminuer la consommation d'antalgique

➤ Avec l'équipe soignante

Rôle évaluatif, thérapeutique ..., éducatif et informatif au quotidien car le patient est en transit à l'hôpital

Meilleure adhésion

Bonne observance

Sécurité

Soulagement de la douleur > 90 %

