

R E S P A L I F

Douleur en ville

Évaluation • Aide à la prescription
pour les patients en situation palliative

Version 2012



Avant-propos

Lutter contre la douleur est une préoccupation prioritaire dans la prise en charge des malades; c'est une obligation professionnelle, éthique et légale. La douleur est un symptôme fréquent chez les patients atteints de maladie grave à un stade palliatif.

Qu'il s'agisse de douleur cancéreuse, de douleur chronique ou de douleur en fin de vie, l'évaluation reste similaire. En revanche, en situation palliative au domicile, les enjeux de la prise en charge et donc les traitements peuvent être différents.

Ce livret s'appuie sur des recommandations de bonne pratique, dont la majorité concerne la douleur cancéreuse et les pratiques hospitalières. Il propose une adaptation au contexte des soins palliatifs à domicile.

Les démarches et les modes de traitements présentés ne sont pas exclusifs et ne sont pas un référentiel. Le livret est informatif et constitue un outil d'aide à la prise en charge de la douleur. Il ne se substitue pas aux décisions cliniques des médecins qui demeurent responsables de leurs prescriptions.

Il demande à être régulièrement actualisé afin de tenir compte des nouveautés thérapeutiques et de l'évolution des pratiques.

La première version a été pilotée par l'équipe de coordination du Réseau Ensemble.

La présente actualisation a été assurée, au sein de la RESPALIF⁽¹⁾ par un groupe de travail composé de :

Catherine Barbier (Infirmier coordinatrice du Réseau LCD), Catherine Debelmas (Pharmacienne d'officine), Emmanuel De Larivière (Médecin coordonnateur du Réseau SCOP), Elisabeth Hardy (Médecin coordonnateur du Réseau OPERA), Dominique Laouenan (Médecin coordonnateur de l'HAD APHP et médecin généraliste libéral), Catherine Nativel (Infirmière coordinatrice de l'HAD APHP), Carole Raso (Médecin coordonnateur du Réseau Osmose), Pascal Rautureau (Infirmier coordinateur du Réseau NEPALE), Marianne Roth (Médecin coordonnateur du Réseau Ensemble).

Relecteurs • Francine Hirszowski (Médecin algologue, Consultation douleur à l'USP de l'Hôpital Paul Brousse), Guillemette Laval (Médecin algologue, Médecin responsable de la clinique de soins palliatifs et de coordination en soins de support du CHU de Grenoble) et Sylvie Rostaing (Médecin algologue, Médecin responsable de l'équipe mobile douleur et soins palliatifs et du centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital de Saint-Antoine).

Équipe éditoriale • Céline Gaudet (réseau Ensemble) et Élisabeth Royet (RESPALIF).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données contenues dans ce document.

1. RESPALIF : Fédération des réseaux de Soins Palliatifs d'Île-de-France

Douleur en ville

Évaluation • Aide à la prescription
pour les patients en situation palliative

SOMMAIRE

I • Cinq Fiches douleur : évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation	4
. Fiche 1 - Intensité de la douleur.....	5
. Fiche 2 - Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4).....	6
. Fiche 3 - Traitement de la douleur, observance et effets indésirables.....	7
. Fiche 4 - Suivi de la douleur.....	8
. Fiche 5 - Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive.....	9
II • Douze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts	10
. Fiche 1 - Initiation du traitement par opioïdes forts.....	11
. Fiche 2 - Médicaments antalgiques.....	12
. Fiche 3 - Équivalences.....	14
. Fiche 4 - Prévention et traitement des accès douloureux.....	15
. Fiche 5 - Effets indésirables des opioïdes.....	16
. Fiche 6 - Fentanyl patch.....	18
. Fiche 7 - Rotation des opioïdes.....	19
. Fiche 8 - Traitement antalgique des métastases osseuses.....	20
. Fiche 9 - Carcinose péritoneale.....	21
. Fiche 10 - Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux.....	22
. Fiche 11 - Médicaments de la douleur neuropathique.....	23
. Fiche 12 - Douleur chez la personne âgée.....	24
III • Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine	26
. Calcul de la quantité de morphine à administrer (en mg).....	27
. Calcul du volume de solution de morphine à perfuser (en ml).....	28
. Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier.....	30
. Adapter les doses.....	32
Bibliographie et références	33

Cinq Fiches douleur : Évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation

Ces outils d'évaluation correspondent à la prise en charge de la douleur pour les patients sans trouble de la communication, au domicile.

L'évaluation de la douleur s'appuie sur les compétences et le rôle propre des soignants.

Ces supports permettent d'objectiver les évaluations effectuées, de faciliter la continuité des soins et les échanges entre le patient, les infirmiers et les médecins. Ils aident à la prise de décision en fonction de l'atteinte ou non des objectifs de traitement.

Les fiches d'évaluation s'utilisent de manière initiale ou en réévaluation quand un signe de souffrance est exprimé par le patient. Le repérage des localisations douloureuses, par le patient, sur un schéma peut être une aide précieuse pour les professionnels. L'évaluation quantitative (intensité) et qualitative (DN4)⁽²⁾ – contribuera à affiner le diagnostic du mécanisme de la douleur (nociceptive ou neuropathique ou mixte). L'évaluation permet aussi d'apprécier les circonstances de déclenchement de la douleur dans la vie quotidienne ou

à l'occasion de soins et l'efficacité et la tolérance du traitement.

La fiche de suivi s'utilise régulièrement; la périodicité s'adapte à l'état clinique du patient. L'utilisation de la fiche permet d'observer l'évolution dans le temps des symptômes et des traitements.

Le tableau « conseils pour l'adaptation du traitement » propose une stratégie en fonction des objectifs cliniques visés en ce qui concerne: l'intensité douloureuse de base, le nombre d'accès douloureux, les réveils nocturnes liés à la douleur, la douleur induite par les soins, l'observance et la tolérance du traitement.

■ **Remarque** > Le patient doit être informé de la nécessité de signaler sa douleur dès son apparition, des modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse, des modalités de prise en charge de sa douleur et de la nécessité de l'observance du traitement antalgique.

À noter: les échelles proposées dans les fiches douleur sont données à titre d'exemple, il en existe d'autres.

2. DN4: douleur neuropathique en 4 questions.



Fiche 1

Intensité de la douleur

Nom du patient..... Date.....

- Médecin traitant
 Infirmier
 Équipe de coordination
 Autre, précisez >>

Intensité de la douleur dans les dernières 24 heures avec E.N ⁽³⁾

→ DOULEUR À L'INSTANT PRÉSENT

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ DOULEUR DE FOND ⁽⁴⁾ DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ NOMBRE D'ACCÈS DOULOUREUX DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE >>

→ INTENSITÉ DES ACCÈS DOULOUREUX ⁽⁵⁾ EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

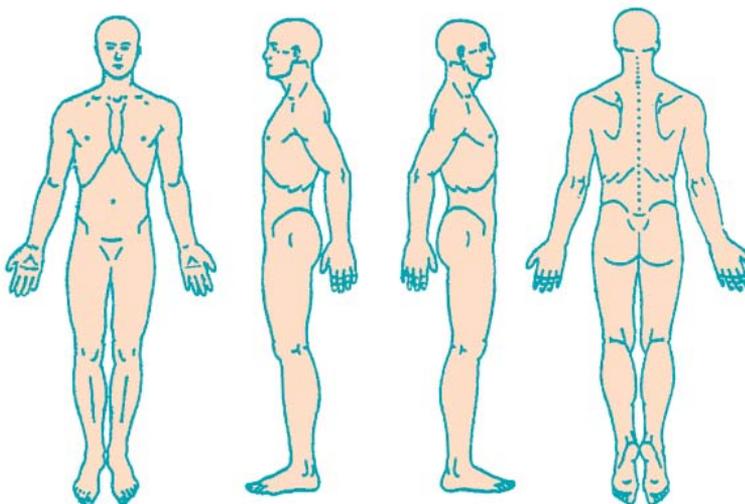
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur >> Douleur maximale imaginable

→ NOMBRE DE RÉVEILS NOCTURNES DUS À LA DOULEUR >>

→ DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS OU LA TOILETTE QUELLE QUE SOIT SON INTENSITÉ >> OUI NON

TOPOGRAPHIE DE LA DOULEUR



3. EN : échelle numérique
 4. Douleur de fond = douleur moyenne dans la journée ou des dernières 24 heures
 5. Accès douloureux = augmentation rapide et marquée de l'intensité douloureuse

Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)

Nom du patient.....Date.....

Répondre aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case par item :

OUI = 1 point NON = 0 point

Interrogatoire du patient

QUESTION 1 • LA DOULEUR PRÉSENTE-T-ELLE UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

- | | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 - Brûlure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 - Sensation de froid douloureux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 - Décharges électriques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUESTION 2 • LA DOULEUR EST-ELLE ASSOCIÉE DANS LA MÊME RÉGION À UN OU PLUSIEURS DES SYMPTÔMES SUIVANTS ?

- | | Oui | Non |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4 - Fourmillements | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 - Picotements | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 - Engourdissement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 - Démangeaisons | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

À l'examen du patient

QUESTION 3 • LA DOULEUR EST-ELLE LOCALISÉE DANS UN TERRITOIRE OÙ L'EXAMEN MET EN ÉVIDENCE ?

- | | Oui | Non |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 8 - Hypoesthésie au tact | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 - Hypoesthésie à la piqûre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

QUESTION 4 • LA DOULEUR EST-ELLE PROVOQUÉE OU AUGMENTÉE PAR :

- | | Oui | Non |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10 - Le frottement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

SCORE DU PATIENT

/ 10

Si le score est ≥ 4 : probable douleur neuropathique
(noter la localisation sur le schéma page précédente)

Traitement de la douleur, observance et effets indésirables

Nom du patient..... Date.....

Antalgiques/coantalgiques ⁽⁶⁾ / psychotropes à visée antalgique Traitements des effets indésirables	Posologie prescrite	Traitement pris	
		Heures	Doses
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TOLÉRANCE DU TRAITEMENT

EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES LIÉS AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR LES OPIOÏDES FORTS : (cf. p 16 - 17)

- Constipation
- Nausées, vomissements
- Somnolence (s'endort au cours de la conversation)
- Confusion/hallucinations
- Rétention aiguë urinaire
- Prurit, sueurs
- Troubles cognitifs (mémoire, concentration...)
- Myoclonies

SIGNES DE SURDOSAGE EN CAS DE TRAITEMENT OPIOÏDE :

- Fréquence respiratoire < 8/mn

Remarque >

Le myosis est un signe d'imprégnation d'un traitement morphinique et non pas un signe de surdosage

6. Coantalgiques = médicaments utilisés pour accroître l'efficacité des antalgiques, leurs indications principales ne sont pas le traitement de la douleur.

Actions recherchées :

- Corticoïdes : action anti œdémateuse et ou anti-tumorale
- Bisphosphonates : action antiostéoclastique
- Benzodiazépines : action anxiolytique
- Antidépresseurs : action antidépressive

Suivi de la douleur

Nom du patient.....

Dates >>							
Infirmiers >>							
Évaluation (7) des dernières 24 heures	Douleur de fond (de 0 à 10)						
	Nombre d'accès douloureux						
	Intensité des accès douloureux en dehors des soins de la toilette et des mobilisations (de 0 à 10)						
	Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur						
	Douleur induite par les soins, la toilette, les mobilisations (O/N)						
	Le patient a-t-il des effets indésirables liés au traitement contre la douleur ?						
	Actions (cf. p 9)	Appel vers le médecin traitant					
Appel vers l'équipe de coordination du réseau, équipe mobile, référent douleur, autres...							
Autres							
Date de la dernière ordonnance							
Traitement pris par le patient (8)							

7. Évaluation à l'aide d'une échelle numérique (EN) ou échelle verbale analogique (EVA).
D'autres outils adaptés aux situations particulières sont à votre disposition.

8. Pour l'administration des traitements, se référer à l'ordonnance en cours.

Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive

Dimensions évaluées	Objectifs	Recommandations
Intensité de la douleur de fond dans la journée en dehors des soins et de la toilette	$\leq 4/10$	Si intensité > 4: reconsidérer le traitement de fond (médecin traitant).
Accès douloureux dans la journée en dehors des soins et de la toilette et des mobilisations	Intensité des accès $\leq 4/10$	Si intensité > 4 et nombre d'accès > 4: reconsidérer le traitement de fond (médecin traitant). Si intensité > 4 et nombre d'accès ≤ 4 : reconsidérer la posologie des interdoses (médecin traitant).
	Nombre d'accès ≤ 4	Si intensité ≤ 4 , quelque soit le nombre d'accès: il n'y a pas d'indication pour reconsidérer le traitement sauf demande du patient.
Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur	0	S'il y a un réveil nocturne lié à la douleur reconsidérer le traitement en fonction de la demande du patient (médecin traitant).
Existence d'une douleur induite par les soins ou la toilette ou les mobilisations (quelle que soit son intensité)	Non	Si oui: envisager l'administration anticipée d'interdoses si elles sont prévues dans la prescription.
Existence d'effets indésirables liés au traitement de la douleur	Mineurs ou absents	Si importants : cf. p 16 - 17

Douze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts

Rappel des 3 niveaux de paliers

Palier	Traitements indiqués
1	Non morphiniques
2	Opiïdes faibles
3	Opiïdes forts

Remarque >

- Voie orale à privilégier
- Opiïdes forts à utiliser après échec du palier 2 bien conduit ou d'emblée en cas de douleurs intenses (cotée > 7 sur une échelle numérique)
- Possibilité d'associer les paliers 1 et 3
- Intérêt des coantalgiques (antispasmodiques, myorelaxants, AINS, corticoïdes, anxiolytiques, antidépresseurs...) dans certaines situations cliniques

Rédaction de l'ordonnance

- Utiliser des ordonnances sécurisées (bizones si ALD)
- Indiquer nom prénom âge du patient
- Rédiger la prescription en toutes lettres
- Respecter la règle des 28 jours pour les opioïdes forts PO et morphine injectable sur système actif continu
- Respecter la règle des 7 jours pour la morphine injectable en discontinu
- Préciser la date de la précédente ordonnance (en cours de validité) et inscrire « chevauchement d'ordonnance » en cas de chevauchement (nouvelle ordonnance pendant la période couverte par la précédente ordonnance d'opioïdes forts)



RESPALIF

Initiation du traitement par opioïdes forts

TITRATION	EXEMPLE DE PRESCRIPTION
<p>Il existe plusieurs méthodes, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> → celle issue de l'EAPC⁽⁹⁾ version 2012 : <ul style="list-style-type: none"> • Oxycodone LI ou Morphine LI réparti toutes les 4 h sur 24 h. En cas de douleur persistante, prendre une dose de secours en respectant un intervalle libre entre 2 prises de 1h minimum. → celle préconisée par les experts membres du groupe de travail de mise à jour du SOR 2002 : <ul style="list-style-type: none"> • Oxycodone LI ou Morphine LI : au maximum 6 prises par jour en fonction des douleurs ressenties, avec un intervalle libre minimum de 1 heure entre les prises, sans dépasser 4 prises successives en 4 h avant d'en référer au médecin. <p>Si le malade n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h, alors une réévaluation, éventuellement en hospitalisation, est nécessaire (SOR 2002)</p>	<p>→ <i>Cinq milligrammes de morphine à libération immédiate, six doses par jour possibles en fonction des douleurs ressenties en respectant un intervalle libre d'1 heure minimum entre deux prises soit trente milligrammes par jour pendant 48 h.</i></p> <p><i>Prévenir le médecin si 4 prises successives en 4 h.</i></p>
<p>----- REEVALUATION -----</p> <p>→ le jour même si le patient n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h → dans les 24 à 48 h dans les autres cas</p>	
ADAPTATION	EXEMPLES DE PRESCRIPTION
<p>→ si le nombre de doses LI est \geq 4 doses/24 h :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégration des doses de Morphine LI ou Oxycodone LI à la Morphine LP ou Oxycodone LP • soit relais par patch Fentanyl transdermique (cf. p 18) Prévoir systématiquement des interdoses LI pour les accès douloureux. <p>Posologie de l'interdose = 1/10 à 1/6 de la dose LP par 24 h</p>	<p>→ J1 et J2: 6 x 5 mg = 30 mg consommés par jour</p> <p>→ Prescription à J3: Quinze milligrammes de morphine à libération prolongée matin et soir à 12 h d'intervalle et six interdoses par jour possibles de cinq milligrammes à forme libération immédiate, en respectant un intervalle d'1 heure minimum entre deux prises d'une interdose</p>
<p>→ si le nombre de doses LI est $<$ 4 doses/24 h :</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuer avec la forme LI à la même posologie 	<p>→ J1 et J2: 3 x 5 mg = 15 mg consommés par jour</p> <p>→ Prescription à J3: Continuer avec la forme LI à la même posologie = renouveler l'ordonnance précédente</p>



Patient dit fragile

Adulte > 70 ans, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale, troubles métaboliques (hypercalcémie, hypoalbuminémie sévère) : privilégier la forme à LI et initier les traitements à des doses réduites et espacer les prises (toutes les 6 à 8 heures).

9. EAPC : European Association for Palliative Care

Médicaments antalgiques

	MOLÉCULE	GALÉNIQUE	DOSAGE	PIC D'ACTION	DURÉE	INFOS (effets indésirables cf. p 16 - 17)
PALIER 1	Paracétamol	gél, cp, poudre	500 mg-1 g	30 à 60 mn	4 à 6 h	Effet additif avec la morphine Délivrance hospitalière
		eff, suppo		15 à 60 mn		
		inj				
	AINS					
	Ibuprofène	cp, gél, susp	200 mg, 400 mg	60 mn	6 h à 8 h	Synergie avec la morphine
Ketoprofène	cp, gél, suppo, inj	50 mg, 100 mg 100 mg	60 mn 30 mn	8 à 12 h		
Nefopam Acupan®	amp inj	20 mg	30 à 60 mn	4 h	Voie orale (hors AMM) ou IVL (1H) ou perfusion continue (SE). 1 ampoule/4h x 6/j max	
PALIER 2	Tramadol					Baisse du seuil épiléptogène Délivrance hospitalière pour la forme injectable IVL (30 mn) toutes les 4 h ou IV continu Dose max PO = 400 mg, IV = 600 mg (320 mg de Sodium/cp eff)
	Topalgic®, Contramal®	gél, cp	LI: 50 mg LP: 100, 150, 200 mg	LI: 60 mn	4 à 6 h 12 h	
		buvable	100 mg/ml (10 mg = 4 gtes)			
		injectable	100 mg/2 ml			
	Takadol®	cp eff	LI: 100 mg			
	Orozamudol®	orodispersible	LI: 50 mg			
	Paracétamol + Codéine					Attention aux doses totales de paracétamol 4 g/j max
	Dafalgan codéine®	cp, eff	500 mg/30 mg	60 mn	4 à 6 h	
	Klipal codéiné®	cp	600 mg/50 mg			
	Codoliprane®	cp	400 mg/20 mg			
Paracétamol + Tramadol Ixprim®Zaldiar®	cp	325 mg/37,5 mg	60 mn	4 à 6 h		
Dihydrocodéine Dicodin®	cp	LP 60 mg	2 h	12 h		
Paracétamol + Opium + Caféine Lamaline®	suppo	500 mg/15 mg/50 mg	1h	4 h		
	Gél	300 mg/10 mg/30 mg				

**PALIER
3**

Morphine LP						
Skénan®	gél	10, 30, 60, 100, 200 mg	2 h	12 h	Possibilité d'ouvrir la gélule	
Moscontin®	cp	10, 30, 60, 100, 200 mg		12 h	Ne pas écraser	
Morphine LI						
Actiskénan®	gél	5, 10, 20, 30 mg			Possibilité d'ouvrir la gélule	
Sévrédol®	cp	10, 20 mg sécable				
Oramorph®	buvable	10, 30, 100 mg/5 ml (unidose) 20 mg/ml flacon	30 à 45 mn	4 h	Moins d'erreur de dosage avec le flacon d'Oramorph® 20 mg/ml (4 gtes = 5 mg) par rapport aux unidoses	
Chlorydrate de Morphine	SC IV	1, 10, 20, 40, 50 mg/ml	20 à 40 mn 10 à 20 mn	4 h	Possibilité de PCA (cf. p 26)	
Oxycodone						
Oxynorm®	gél sol buv	5, 10, 20 mg 10 mg/ml	30 à 45 mn	4 à 6 h	Délivrance hospitalière	
Oxynormo® LI	cp orodispersible	5, 10, 20 mg	30 à 45 mn	4 à 6 h		
Oxycontin®LP	cp	10, 20, 40, 80, 120 mg		12 h	Ne pas écraser	
Chlorydrate d'oxycodone	IV SC	10 mg/ml, 50 mg/ml	10 à 15 mn 20 à 30 mn	4 h	Délivrance hospitalière, PCA possible	
Hydromorphone Sophidone®	gél	4, 8, 16, 24 mg	2 h	12 h		
Fentanyl Transdermique Durogésic®, Matrifen®, Fentanyl Sandoz®, Fentanyl Winthrop®, Fentanyl Ratiopharm®	patch	12, 25, 50, 75, 100 µg/h	12 à 18 h (pour le 1er patch)	72 h	Ne pas changer de marque de patch en cours de traitement. Ne pas utiliser pour des douleurs instables	
Fentanyl Transmuqueux						
Abstral®	cp sublingual	100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	10 à 15 mn	2 h à 4 h	Muqueuse buccale bien hydratée	
Effentora®	cp gingival	100, 200, 400, 600, 800 µg	10 mn	2 h		
Instanyl®	pulvérisation nasale	50, 100, 200 µg	10 à 15 mn	2 h à 4 h	Auto administration (non adaptée pour un patient dépendant)	
Pecfent®	pulvérisation nasale	200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg	15 à 30 mn	2 h à 4 h		
Fentanyl Sufentanil	amp injectable IV	100, 500 µg	30 s à 1 min	20 à 30 mn	Délivrance hospitalière PCA possible	

La liste des médicaments cités n'est pas exhaustive

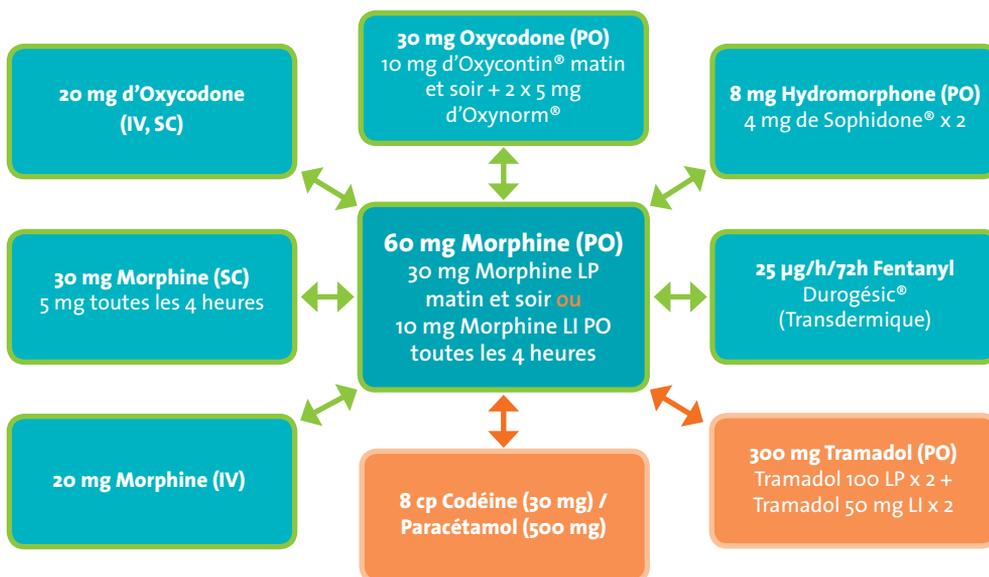
Équivalences

Morphine PO Dose/24 h	Morphine SC Dose/24 h	Morphine IV Dose/24 h	Oxycodone PO Dose/24 h	Oxycodone SC OU IV	Hydro-morphone PO	Fentanyl Trans-dermique
	1/2 dose morphine PO	1/3 dose morphine PO	1/2 dose morphine PO	1 dose de morphine IV		
60 mg	30 mg	20 mg	30 mg	20 mg	8 mg	25 µg/h/72 h
120 mg	60 mg	40 mg	60 mg	40 mg	16 mg	50 µg/h/72 h
240 mg	120 mg	80 mg	120 mg	80 mg	32 mg	100 µg/h/72 h

À noter >

- En cas de conversion du patch de Fentanyl vers la morphine préférer des doses minorées.
- Pour plus de détails, se référer par exemple à la table pratique d'équianalgésie (réf. p 33)

EXEMPLE D'ÉQUIANALGÉSIE



↔ Conversion validée par les études (cf. tables d'équianalgésie) sachant que certains calculs peuvent varier d'une source bibliographique à l'autre.

↔ Conversion empirique, pas d'étude validée

Prévention et traitement des accès douloureux

Principe >

- Identifier la nature de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation reproductibles (cf. pages 5-6)
- Prévoir des doses de secours et les définir (médicament, dose, intervalle, durée de prescription)

Recommandations >

Molécules antalgiques d'action rapide et de durée d'action courte: le premier choix est la morphine ou oxycodone orale LI.

Ex: Pour un patient avec patch de Fentanyl 25 µg/h/72 h (Équivalence morphine PO: 60 mg/24 h): Interdose 1/10^e. On peut choisir une interdose de 5 mg de morphine PO par accès avec un intervalle minimal entre deux interdoses de 1h sans dépasser 4 prises en 4 h (SOR 2002).

PRÉVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS ET MOBILISATIONS

- Vérifier la bonne installation du patient
- Identifier les soins techniques ou les gestes potentiellement douloureux

Ex: ponction veineuse ou artérielle, injection intramusculaire ou sous cutanée, ponction d'ascite, pansements, retrait d'adhésifs, aspiration nasopharyngée, pose et retrait de sonde (gastrique, urinaire), extraction de fécalome, mobilisations (toilettes, changes, transferts, etc.), actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire...

- Réévaluer l'indication des soins techniques ou du geste
- Expliquer aux soignants, au patient et à son entourage les modalités pratiques du geste et les modalités du traitement antalgique préventif, en tenant compte du rythme et de l'expression du vécu douloureux du patient
- Proposer une thérapeutique antalgique
 - Traitement local:
 - Lidocaïne, Prilocaine: EMLA® patch délai 1 h 30 à 2 h sur peau saine (ponction d'ascite,...)
 - Xylocaïne visqueuse (sur des zones peu étendues)

- PO: morphine ou oxycodone orale LI 45 minutes à 1 heure avant le soin
- injectable: administration d'un bolus (15 mn en IV et 30 mn en SC avant le soin)
- MEOPA: possible en ville depuis novembre 2010 (sortie de la réserve hospitalière), actuellement uniquement possible avec une HAD
- Anxiolyse si besoin ⁽¹⁰⁾:
- Privilégier une molécule d'action rapide, de demi-vie courte, sublinguale si possible, 1h avant le soin:
 - Alprazolam 0,25 mg (demi-vie entre 10 et 20 h),
 - Midazolam 2,5 mg SC ⁽¹¹⁾ (demi-vie de 4 h)

Focus sur le MEOPA >

- Mélange équimoléculaire d'oxygène et protoxyde d'azote
- Administration sur prescription médicale par du personnel médical et paramédical formé
- Action anxiolytique et antalgique rapide et réversible
- Durée du traitement de 45 minutes à une heure
- Attention à la potentialisation avec les psychotropes et morphiniques

ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUE: ADP



Le traitement des ADP ne concerne que les patients qui ont une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace.

Focus sur l'ADP > exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère.

Les ADP peuvent être spontanés et imprévisibles.

Ils peuvent aussi être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient ou être provoqués par des soins ou des actes médicaux. Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée il ne s'agit pas d'ADP: il peut s'agir d'un traitement inadapté, de l'évolution de la maladie ou d'un échappement thérapeutique.

Traitement > Fentanyl Transmuqueux (cf. p 13)

10. Utilisation de l'effet amnésiant des benzodiazépines
11. Délivrance hospitalière

Effets indésirables des opioïdes

Principe >

Certains effets indésirables sont transitoires en début de traitement et ne justifient pas l'arrêt des opioïdes

Recommandations ⁽¹²⁾ >

- Différencier « effets indésirables » et « surdosage »
 - Prévenir les effets indésirables et les corriger quand la douleur est contrôlée
 - Anticiper les situations d'insuffisance rénale
 - Tenir compte des interactions médicamenteuses
- Ex: paracétamol potentialise les opioïdes et les opioïdes potentialisent les benzodiazépines.*
- Toujours rechercher d'autres étiologies (organique, métabolique, autre pathologie: hypothyroïdie, médicamenteuse, autre).
 - Surveiller régulièrement les effets indésirables sur un support en lien avec l'évaluation de la douleur et le traitement pris (cf. p 7)

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES RENCONTRÉS.....

••• Constipation

Très fréquente, non dose-dépendante, liée à la diminution des sécrétions et des mouvements péristaltiques et activation des sphincters.

! Prévenir la constipation en prescrivant systématiquement un laxatif dès l'initiation du traitement par opioïdes:

- Laxatifs osmotiques, effet à 48 heures: Forlax[®], Movicol[®], Importal[®], Transipeg[®]: 2 sachets le matin, Duphalac[®], Lactulose[®] 1 à 2 sachets x 3/j
- Laxatifs stimulants, effet à 12 h: Peristaltine[®]: 1 à 2 cp le soir
- Lavement si pas de selles depuis plus de 5 jours: Microlax[®], puis Normacol[®] si inefficace TR au moindre doute (risque de fécalome)
- Si la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante: Bromure de Méthylaltréxone (Relistor[®]):
Administration par voie SC de 8 mg (0,4 ml) à 12 mg (0,6 ml) selon le poids:
> 1 dose unique un jour sur deux ou à intervalles plus long selon le besoin clinique
> 2 doses consécutives à 24 heures d'intervalle seulement si aucun effet (reprise du transit) n'a été observé avec la dose de la veille.

Focus sur Bromure de Méthylaltréxone>

Antagoniste sélectif périphérique des récepteurs μ aux opioïdes indiqué dans le traitement de la constipation liée aux opioïdes chez les patients présentant une pathologie à un stade avancé et relevant de soins palliatifs, lorsque la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante. Effet indésirable fréquent: douleur abdominale.

••• Nausées - Vomissements

Dans 1/3 des cas en début de traitement ou d'augmentation de dose.

- Prescription d'agonistes de la dopamine: Metoclopramide (Pimpéran[®]), Metopimazine (Vogalène[®]), Dompéridone (Motilium[®]): à prendre systématiquement avant les repas pendant 5 jours, privilégier la forme suppo ou Lyoc
- Si vomissement rebelle: Neuroleptiques 1 à 10 mg/j

Ex: Halopéridol (Haldol[®]) 2 mg/ml (10 gouttes = 1 mg): 5 gouttes x 4/j pour débiter, puis ajuster la dose ou démarrer de 2 mg à 5 mg en SC ou IVL (hors AMM).

12. Pas d'attitude consensuelle sur la conduite à tenir

••• Somnolence et baisse de la vigilance

Fréquente en début de traitement (1^{re} semaine) puis s'estompe. Elle peut traduire une dette de sommeil ou une tendance à la sieste lorsque le patient est inactif. Si persistance mesurer la FR (sans stimuler le patient) car c'est peut-être le premier signe de surdosage (cf. ci-dessous)

••• Baisse de la fréquence respiratoire

FR = 10 à 15/minutes = fréquence normale sous opioïdes (N = 15 à 20)

Fréquence respiratoire < 8: possibilité exceptionnelle de surdosage, protocole Naloxone - Narcan® (cf. p 32): 1 ampoule de 0,4 mg dans 10 ml Na Cl puis injecter IV 1 ml/2 mn jusqu'à FR > 10

••• Hallucinations / Agitations / Cauchemars / Angoisse

- Informer le patient et son entourage
- Rechercher les manifestations car le patient en parle rarement spontanément
- Vérifier les doses de traitement, l'état d'hydratation et la calcémie
- Traitement : Halopéridol 0,5 à 10 mg 1 à 3/j

Ex: Halopéridol 2 mg/ml : 5 gouttes / prise (10 gouttes = 1 mg)

> En cas d'agitation, éliminer un fécalome et/ou rétention aiguë d'urine

••• Rétention aiguë d'urine

Dose dépendante. Plus fréquente chez les personnes âgées, y penser devant une agitation inexplicée.

Risque majoré par fécalome, adénome prostatique ou par prise conjointe d'anticholinergiques.

Traitement :

- Sondage urinaire transitoire,
- Possibilité de prescription d'alphabloquant.

Recommandation > Prévoir la prescription anticipée du matériel nécessaire pour un sondage urinaire.

••• Prurit

Rarement rencontré, peut survenir en début de traitement. Si invalidant: effectuer une rotation des opioïdes (cf. p 19).

Fentanyl Patch

Dosages : patch de 12, 25, 50, 75 et 100 µg/h/72 h

Principes >

- Réservé à l'adulte, lors des douleurs stables et chroniques d'origine cancéreuse, en relais d'un traitement antalgique
- Utilisation initiale possible dans les situations de douleur stable et si recours à la voie orale difficile
- Délai d'action (pour le 1^{er} patch et lors des augmentations de doses) 12 h à 18 h et persistance d'action 12 h après le retrait du patch



- Contre-indications : dépression respiratoire
- Pas d'initiation avec le Fentanyl transdermique :
 - chez la personne très âgée (cf. p 24 - 25)
 - chez le patient ayant un poids < 50 kg et naïf de morphine
- Risque de surdosage chez le cirrhotique, l'insuffisant hépatique
- Dispositif matriciel transparent : attention aux oublis sur le patient
- Changer de site lors des changements de patch
- Ne pas appliquer le patch sur des zones œdématisées
- En cas de fièvre risque d'inefficacité au 3^e jour

POSOLOGIE

- Déterminer la dose d'équivalent morphinique oral en fonction de l'opioïde fort utilisé au préalable (cf. p 14)
- Déterminer la dose du patch à utiliser, en fonction de la dose d'équivalent morphinique oral/24 heures préalable (cf. p 14)
- Principe du relais :
 - Si antalgique de palier II à la dose maximale : commencer par un patch de 12 ou 25 µg/h en continuant l'antalgique de palier II pendant 12 h
 - Si opioïde fort SC ou IV : arrêter l'opioïde fort 6 h après la pose du patch, laisser les interdoses
 - Si opioïde fort oral : donner la dernière dose LP en même temps que la pose du patch

ADAPTATION DE LA POSOLOGIE ET TRAITEMENT D'ENTRETIEN

Prescription anticipée d'interdoses d'opioïdes forts à libération immédiate en cas de douleur (1/10 de la dose journalière d'équivalent de morphine orale). Réévaluation du patch à J3

Fentanyl Dose (µg/h)	Interdose en équivalent morphine orale en mg		Si ≥ 4 interdoses passer à une dose de Fentanyl (µg/h) à J 3 de la pose précédente
	1/10 de la dose par 24 h	1/6 de la dose par 24 h	
12		5	25
25	5	10	50
50	10	20	75
75	15	30	100
100	20	40	150
150	35	60	225

Recommandation > Si les douleurs récidivent systématiquement entre la 48^e et 72^e heure : augmenter le patch au dosage supérieur et si persistance du phénomène et/ou effet secondaire, alors retourner au dosage initial, mais en changeant le patch toutes les 48 h (exceptionnel).

ARRÊT DU TRAITEMENT

2 cas de figures :

- En cas d'inefficacité du traitement : rotation opioïde (cf. p 19)
- En cas de surdosage : retrait du patch et utiliser uniquement des interdoses d'opioïdes forts à Libération Immédiate à la demande avec réévaluation fréquente

Rotation des opioïdes

Définition >

Changement empirique d'un opioïde fort par un autre à dose équianalgésique après un délai d'environ 7 à 10 jours.

QUAND?

- effets indésirables persistants malgré l'ajustement du traitement : troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies, nausées, constipation opiniâtre.
- résistance à l'opioïde utilisé : absence d'efficacité malgré une augmentation régulière des doses.



À vérifier en cas de résistance ou d'intolérance

- Horaires des prises respectés ?
- Doses respectées ?
- Interdoses respectées ?
- Confusion de forme galénique LI/LP ?
- Association à un antagoniste ? (Nubain®, Subutex®, Temgésic®)
- Composante neuropathique ?
- Dysphagie ?
- Dysperméabilité de sonde gastrique ?
- Autre problème d'absorption (vomissements, etc..) ?
- Réticence psychologique ?
- A-t-on utilisé les ressources des coantalgiques ?
- Existe-t-il une autre cause d'effets indésirables (vomissements dans hypercalcémie par exemple) ?
- Y a-t-il une anxiété sous-jacente importante qui gêne l'évaluation ?
- Les effets secondaires sont-ils traités ?

COMMENT⁽¹³⁾?

- soit en changeant de produit (morphine, fentanyl, hydromorphone et oxycodone)
- soit en changeant de voie d'administration : orale, transdermique, sous-cutanée ou intraveineuse (PCA, avec ou sans bolus).



- Privilégier la sécurité à la rapidité d'action en préférant la valeur faible des coefficients de conversion.
- Attention aux délais d'action de chaque molécule.

Règles de rotation Fentanyl patch/opioïde fort LP :

- Opioïde fort LP → fentanyl patch : pose de patch lors de la dernière prise d'opioïde fort LP
- Fentanyl patch → opioïde fort LP : première prise de l'opioïde fort LP 12 h après le retrait du patch avec interdoses d'opioïde fort à libération immédiate de 1/10e de la dose des 24 h par prise

Focus sur la Kétamine et la Méthadone⁽¹⁴⁾>

- Ces traitements peuvent être envisagés dans le cas de douleurs rebelles, après évaluation par une équipe hospitalière spécialisée qui les initiera.
- Ces traitements ne doivent être prescrits qu'en dernier recours après rotation des opioïdes et traitement adjuvant bien conduits.

13. Pas de critère de choix validé permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes
14. Il n'existe pas de consensus concernant les protocoles de conversion d'un traitement opioïde vers la kétamine et la méthadone.

Traitement antalgique des métastases osseuses

Définition >

C'est une douleur nociceptive qui peut s'accompagner de douleur neuropathique en cas de compression des structures nerveuses.

TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES

- Radiothérapie externe :
 - action antalgique dans 85 à 90 % des cas dans les 3 semaines qui suivent les séances.
 - Possibilité de recrudescence douloureuse juste après la séance → Prévoir une prescription anticipée avec une augmentation des doses de médicaments antalgiques pendant 24 à 48 h.
- Chirurgie :
 - en urgence à visée décompressive si compression médullaire
 - préventive d'une lésion ostéolytique d'un os porteur (enclouage) suivie d'une irradiation postopératoire systématique
 - injection de ciment chirurgical en intra-osseux (lyse isolée des corps vertébraux)
- Chimiothérapie palliative possible, à visée antalgique et dans l'objectif du ralentissement de l'ostéolyse.

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES

En monothérapie ou en association :

- Morphine ou Oxycodone d'emblée, si la douleur est très intense (EN > 7) :
 - PO : opioïdes forts avec prescription d'une dose de base (cf. p 11) et d'interdoses notamment avant la mobilisation, les déplacements, les soins, et les situations algogènes remarquées par le patient.
 - voie SC ou IV continue si PO impossible : opioïdes forts avec pompe PCA et autogestion par le patient possible.
- Paracétamol : action synergique avec les opioïdes forts
- Corticoïdes :
 - PO : Prednisone ou Prednisolone à 1 mg/kg/j
 - Par voie parentérale : la méthylprednisolone peut être administrée jusqu'à des doses élevées de 2 à 3 mg/kg/j
- AINS :
 - Prescrire une protection gastrique systématique par un IPP et des pansements gastriques si besoin
 - Disposer d'une clairance de la créatinine avant traitement et la surveiller.
 - Éviter l'association avec les anticoagulants.
 - Possibilité de bolus IV de Kétoprofène si métastases hyperalgiques
- Bisphosphonates : Clodronate et Acide zolédronique
 - Indication dans le traitement palliatif des ostéolyses néoplasiques avec ou sans hypercalcémie, en association à un traitement antalgique conventionnel.
 - Préférer la voie I.V, compte tenu de la faible absorption par voie digestive.
 - Instaurer le traitement en tenant compte de l'espérance de vie, de la localisation des métastases osseuses, de l'importance du risque fracturaire et en connaissant le risque induit possible d'ostéonécrose de la mâchoire.
 - Posologie :
 - Clodronate (Clastoban®) : 1040 mg à 2080 mg/j PO
 - Acide zolédronique (Zometa®) : 4 mg en IV toutes les 4 semaines



- La douleur des métastases osseuses est souvent résistante à la morphine seule.
- Les morphiniques sont le traitement de choix en association avec les anti-inflammatoires (stéroïdiens ou non).
- Les douleurs nocturnes sont fréquentes.

Traitement de la composante neuropathique éventuellement associée (cf. p 23).

Carcinose péritonéale

Remarque >

- Entraîne une douleur nociceptive associée à un syndrome subocclusif ou occlusif.

MÉDICAMENTS ANTALGIQUES



Ne pas utiliser la voie orale (car nausées ou vomissements).

- En cas de douleurs instables → Privilégier une analgésie par PCA IV ou à défaut SC
Traitement: Chlorhydrate de morphine: voie SC avec utilisation d'un infuseur type Baxter sur site fixe ou avec une PCA; voie IV avec PCA après titration (cf p. 11)
- En cas de douleurs stables → Privilégier la voie transdermique en relais d'une titration de morphine, avec respect des équivalences (cf. p 14). Moins d'effet constipant.

MÉDICAMENTS ANTISÉCRÉTOIRES

Intérêts >

- Diminution des sécrétions digestives et donc des nausées et vomissements
- Effet antalgique par effet antispasmodique.

Traitements >

- Première intention: Scoburen (butylbromure de scopolamine)
 - Ne passe pas la barrière hématoencéphalique
 - Posologie: 4 ampoules à 20 mg soit 80 mg/24 h dans les flacons de perfusions ou en PSE en IV ou SC, à adapter selon fonction rénale.
 - Réévaluer après 3 jours
 - Effets indésirables: ceux des atropiniques.
- Deuxième intention (coût élevé): Octreotide (Sandostatine - analogue de la somatostatine)
 - Posologie: 150 µg matin et soir à 12 h d'intervalle en SC (l'injection peut être douloureuse) ou 300 µg en continue en IV ou en PSE⁽¹⁵⁾ sur 24 heures (maximum 600 µg/jour).
 - Ne pas mélanger avec d'autres produits.
 - Relais possible par voie LP en cas de stabilité clinique.
- Troisième intention (effets indésirables plus importants): Scopolamine (hydrobromure de scopolamine);
 - risque d'effets centraux car passage facile de la barrière hématoencéphalique.
 - Posologie: 0,5 mg/8 h ou IV continue ou IV lente.

CORTICOTHÉRAPIE

Traitement >

- Solumedrol® (méthylprednisolone):
- Posologie: 1 à 4 mg/kg/jour en SC (le volume injecté ne peut dépasser 2 ml) ou IVL, en 1 injection le matin, en fonction de la tolérance psychique.
 - Efficacité à juger au bout de 8 jours et à arrêter si inefficace.

MÉDICAMENTS ANTIÉMÉTIQUES



Éviter de prescrire les antiémétiques qui augmentent le péristaltisme

Ex: Metoclopramide, Metopimazine, Domperidone

→ Préférer les antiémétiques d'action centrale:

- Halopéridol: 3 à 15 mg/24 h en SC (hors AMM) directe ou en perf SC continue ou discontinue ou IV continue.
- Chlorpromazine (Largactil®): 12,5 à 50 mg/24 h par voie IV

SOINS DE BOUCHE

→ Prescription systématique - ex: solution Bicarbonate de sodium 14%

TRAITEMENT DU SYNDROME OCCLUSIF OU SUB-OCCLUSIF

- En cas d'occlusion basse incomplète: utiliser des laxatifs osmotiques, lubrifiants ou lavements et éviter les laxatifs qui augmentent la motricité intestinale
- Limiter les apports hydriques pour réduire les sécrétions, laisser au patient le choix de garder ou non des prises alimentaires PO même en cas d'occlusion complète (importance symbolique, aliments qui font encore plaisir mais informer sur les risques de vomissements)
- En cas de vomissements fécaloïdes répétés ou des vomissements fréquents sur une occlusion haute: poser une sonde naso-gastrique en aspiration (à discuter avec le patient et en équipe)
- Prescrire un Inhibiteur de la pompe à proton (IPP)

15. Pousse Seringue Electrique

Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux

Définition >

Toute douleur pouvant être mise en rapport avec une lésion du système nerveux central ou périphérique.

Les douleurs neuropathiques répondent à des caractéristiques cliniques (hypoesthésie, anesthésie, allodynie...) permettant de les différencier des douleurs par excès de nociception. Toutes les caractéristiques ne sont pas nécessairement réunies chez un même patient.

Elles peuvent être associées aux douleurs par excès de nociception comme dans les douleurs chroniques d'origine cancéreuse, appelées alors douleurs mixtes.

Le délai entre la lésion neurologique et l'apparition de la douleur est très variable : de quelques jours à plusieurs mois.

Diagnostic >

Utiliser le questionnaire DN4 : outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques (cf. p 6). Pour estimer la probabilité de l'existence d'une douleur neuropathique concernant un même territoire neurologique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions par « oui » ou « non » c'est-à-dire présence ou non d'un symptôme dans la zone douloureuse.

L'examen clinique reste simple.

Si score du patient $\geq 4/10$: test positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %) donc probabilité d'une composante neuropathique dans la douleur.

Règles générales >

- Se fixer des objectifs réalistes compte tenu de l'efficacité souvent partielle des traitements.
- Les traitements spécifiques des douleurs neuropathiques sont les antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques.
- Adapter de manière progressive les traitements antidépresseurs et antiépileptiques : effet antalgique retardé (une dizaine de jours).
- En première intention : préférer la monothérapie car aucune étude n'a montré à ce jour l'intérêt d'associer d'emblée deux médicaments dans les douleurs neuropathiques.
- En cas d'efficacité partielle d'un traitement : proposer des associations médicamenteuses aux mécanismes d'action complémentaires.
- En cas de douleurs cancéreuses mixtes, préférer le Tramadol et l'Oxycodone pour le choix de l'antalgique.
- Prendre en compte et traiter les conséquences psychoaffectives de la douleur : le traitement médicamenteux doit toujours se concevoir dans le contexte d'une prise en charge globale.

Médicaments de la douleur neuropathique

Principe >

- Utiliser une seule molécule jusqu'à la dose efficace

LES ANTIÉPILEPTIQUES

Molécules	Dose quotidienne	Surveillance	Commentaires
Pregabaline Lyrica®	1 à 2 prises /jour J1-J2 : 1 à 2 x 25 mg Augmenter progressivement (intervalle minimum de 4 à 7 jours) par palier de 25 mg Dose maximale : 600 mg/j	À adapter selon la fonction rénale (cf. Vidal)	Si mauvaise tolérance (sommolence, impression vertigineuse, confusion...) : repasser au palier précédent Effet anxiolytique
Gabapentine Neurontin®	J1 à J3 : 1 x 300 mg J4 à J6 : 2 x 300 mg J7 à J13 : 3 x 300 mg J14 et + : 3 x 400 mg	À adapter selon la fonction rénale (cf. Vidal)	Sommolence surtout en début de traitement. Peu d'effets indésirables Arrêt progressif Effet anxiolytique

LES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES



- Dose à visée antalgique < dose à visée antidépressive.
- Efficaces lorsqu'il existe une lésion neurologique.
- Risque glaucome, rétention urinaire

Molécule	Posologie	Commentaires
Amitriptyline Laroxyl®	Une prise le soir, début 5 à 10 mg/jour (1 goutte = 1 mg), en augmentant progressivement de 1 à 2 mg/jour ou par palier de 5 mg tous les 4 jours jusqu'à maximum toléré par le malade ou dose efficace. Dose maximale : 100 mg /jour	Efficace si douleur, continue, notamment à type de brûlure.
Clomipramine Anafranil®	Débuter à 10 mg/jour pendant une semaine. Augmenter progressivement par paliers de 10 à 25 mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (10 à 150 mg par jour)	Donner de préférence le matin
Imipramine Tofranil®	Débuter 10 à 25 mg /jour, pendant une semaine. Progressivement augmenter par paliers de 10 à 25 mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (25 à 300 mg/jour).	

EMPLÂTRES DE LIDOCAÏNE 5 % : VERSATIS®

- Indication dans l'allodynie (AMM actuelle pour le Zona). Peu de passage systémique
- Un emplâtre pendant 12 h sur peau saine (3 compresses simultanées max)

Douleur chez la personne âgée

Évaluation de la douleur >

- Évaluer de manière systématique même quand le patient ne se plaint pas de douleur
- Utiliser une échelle d'évaluation adaptée à la personne non communicante (Algoplus, ECPA)
- Recueillir si possible l'avis de la famille et des soignants présents lors de l'évaluation
- Agitation isolée = douleur jusqu'à preuve du contraire : rechercher une étiologie (rétention aiguë d'urine, constipation, troubles ioniques...) et prescrire de manière systématique un traitement antalgique avant tout neuroleptique.

Focus échelles d'évaluation de la douleur >

- Algoplus (douleur aiguë):
 1. Visage : froncement de sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
 2. Regard : regard inattentif, fixe, lointain, ou suppliant, pleurs, yeux fermés
 3. Plaintes orales : « Aië », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris
 4. Corps : retraits ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées
 5. Comportements : agitation ou agressivité inhabituelle, agrippement
- ECPA : Échelle Comportementale de la Personne Âgée
Cette échelle est divisée en deux parties : une partie en dehors de soins et une partie pendant les soins, ces deux parties sont à coter bien distinctement. Le score varie de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). Elle est utilisée préférentiellement pour les patients ayant des soins potentiellement douloureux.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE NOCICEPTION

Principe >

- Surveiller l'albuminémie et la fonction rénale.
- Le choix de la molécule se fera en fonction des co-morbidités de la personne âgée.
- Il est possible de passer du palier 1 au palier 3 du fait de la mauvaise tolérance des médicaments de palier 2 chez les personnes âgées démentes.
- Penser à la Kinésithérapie et psychomotricité à visée antalgique.

Palier 1 : Paracétamol toujours utile

Palier 2 : (souvent mal toléré et risques d'interactions médicamenteuses)

- Codéine : risque de constipation (laxatifs à prescrire)
- Tramadol LI : à tester à très petite dose (penser à la forme buvable pédiatrique) puis augmenter progressivement. Moins bien toléré sur le plan digestif et cognitif.

Palier 3 : Opioides forts

- Initiation du traitement par morphine orale au domicile (cf. p 11)
Titration fine possible avec Oramorph® forme buvable, flacon de 20 ml/mg (1 goutte = 1,25 mg de morphine PO). Possibilité de donner sur un sucre en raison du goût amer.



Le Fentanyl transdermique (Durogesic®):

- ne doit pas être utilisé pour initier le traitement
- Intérêt en relais d'un traitement morphinique d'au moins 30 mg/24 heures dans les douleurs cancéreuses stables.

- Prévention et traitement des effets indésirables:
 - Nausées (fréquentes) et vomissements (rares) se manifestant chez le sujet non communiquant par un arrêt de l'alimentation
 - Vérifier la natrémie et la calcémie pour éliminer une étiologie métabolique

Traitement >

- Métoclopramide PO ou suppo
- Si inefficace Halopéridol PO 2 mg/ml, 5 gouttes 1 à 3 x/jour ou Halopéridol SC (hors AMM) 2,5 mg x 2/24 h. Tenir compte de l'effet sédatif.
- Constipation: (cf. p 16). TR au moindre doute pour éliminer fécalome, surtout si agitation inhabituelle ou rétention d'urine
- Rétention urinaire
 - Risque accru si association à des traitements à effet anticholinergique (antidépresseur tricyclique, scopolamine)
 - Prescription anticipée de matériel de sondage: kit et sonde (16 CH par exemple)
 - Sondage à demeure à discuter si sujet grabataire
- Réévaluation de l'efficacité et des effets indésirables dans les 12 à 24 h
- Ne débiter le traitement que sous contrôle d'une tierce personne prévenue des éventuelles hallucinations qui peuvent survenir.
- En début de traitement, faire la différence entre troubles de la vigilance et récupération d'une dette de sommeil.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE (cf. p 22 - 23)

- Pregabaline (Lyrica®): adapter la posologie selon la fonction rénale.
- Gabapentine (Neurontin®): adapter la posologie selon la fonction rénale. Une somnolence, un œdème périphérique et une asthénie sont plus fréquents chez le sujet âgé.

TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ

- Fréquente et souvent masquée. Participe au syndrome douloureux.

Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine

La PCA (Patient Controlled Analgesia: analgésie autocontrôlée par le patient) est un mode d'administration de la morphine qui permet au patient de recevoir un débit continu de morphine et, par auto-administration, des doses unitaires supplémentaires de morphine (bolus ou interdosés).

A l'aide d'une pompe portable la morphine est administrée par voie sous-cutanée ou intraveineuse si le patient est porteur d'une chambre implantable ou d'un cathéter veineux central.

Principales indications chez un patient douloureux et atteint de cancer:

- accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des doses d'antalgiques rapidement efficaces
- voie orale impossible ou difficile à maintenir: dysphagie ou difficulté de déglutition, nausées et vomissements non contrôlés par un traitement symptomatique, malabsorption digestive, subocclusion ou occlusion digestive
- voie transdermique difficile ou contre-indiquée: nombre de patch accru, décollement par hypersudation, fièvre, peau lésée

Principales contre-indications:

- patient ou famille refusant la technique, non coopérant ou incapable de comprendre la technique

- patient ayant des troubles des fonctions supérieures
- absence de formation préalable du personnel médical et paramédical

 L'utilisation d'une pompe PCA à domicile requiert la coopération étroite entre les professionnels, médecin, infirmier, pharmacien ou/et prestataire, en accord avec le patient.

Remarque >

La PCA peut être utilisée avec les autres opioïdes forts (oxycodone et fentanyl). Le raisonnement est le même mais les dosages sont différents. Ce chapitre traite uniquement la pompe à morphine.

L'aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une PCA permet de suivre pas à pas les étapes de la prescription de morphine:

- calcul de la quantité de morphine à administrer en mg
- calcul du volume de solution de morphine à perfuser en ml
- rédaction des ordonnances pour l'infirmier et le pharmacien
- adaptation des doses



Calcul de la quantité de morphine à administrer (en mg)

1^{re} étape : calculer le débit continu par heure (mg/h) et la dose journalière par 24 h (mg/h x 24 h)

Dans le cas où le patient prend déjà un traitement antalgique :

→ convertir la dose d'opiacé en équivalent morphine orale

Opioides	Coeff. (16)	Equivalent morphine orale
Oxycodone PO (17)	2	30 mg d'oxycodone PO = 60 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	8 mg d'hydromorphone = 60 mg de morphine orale
Fentanyl Patch (Transdermique)		1 patch 25 µg/h de fentanyl tous les 3 jours = 60 mg de morphine orale /24 heures

Puis → convertir en fonction de la voie choisie (IV ou SC) en utilisant le tableau

Opioides	Coeff.	Equivalent morphine SC ou IV
Morphine orale	1/2	60 mg morphine orale = 30 mg morphine sous-cutanée
	1/3 ou 1/2	60 mg morphine orale = 20 mg ou 30 mg morphine intraveineuse

2^e étape : définir les trois caractéristiques des bolus et calculer la quantité de morphine nécessaire par 24 heures si le patient effectue tous les bolus possibles.

- La dose du bolus (quantité de morphine par bolus) (18)

En pratique, deux modalités de calcul sont possibles. Elles n'ont pas fait l'objet d'une comparaison méthodologiquement rigoureuse :

- soit des bolus de 1/10e (10 %) de la dose journalière,
- soit des bolus de 1/24e de la dose journalière (= dose du débit horaire)

- La durée de la période réfractaire entre deux bolus

La période réfractaire est la période pendant laquelle la pompe ne permet pas au patient de s'administrer de bolus.

Sa durée est fonction de la voie d'administration et de la posologie du bolus choisie :

- soit 20 à 30 mn pour la voie IV (ou 30 à 40 mn pour la voie SC) si la dose du bolus est de 1/10e de la dose journalière.
- soit 10 à 20 mn pour la voie IV (ou 30 à 40 mn pour la voie SC) si la dose du bolus est de 1/24^e de la dose journalière.

- Le nombre maximum de bolus par heure
La machine requiert un nombre maximum de bolus par heure. Il n'est pas strictement lié à la durée de la période réfractaire.

Ex. en IV on peut choisir un bolus toutes les 20 mn avec un maximum de 2 bolus par heure et non 3.

- calculer la dose totale de bolus de morphine par 24 heures que pourra recevoir le patient s'il effectue tous les bolus possibles

3^e étape : calculer la quantité totale de morphine (en mg) que le patient peut recevoir par 24 h (dose journalière par 24 heures + dose totale des bolus autorisées par 24 heures)

16. Coefficient de conversion approximatif des principaux opioïdes en équivalent morphine (source SFAP)

17. 10mg d'oxycodone PO = 6,5mg d'oxycodone IV ou SC

18. Recommandations de la SFAP de mars 2006 ; consulter <http://www.sfap.org>

Calcul du volume de solution de morphine à perfuser (en ml)



- N'utiliser qu'une seule concentration d'ampoules
- Ne pas effectuer de dilution, sauf pour des doses très faibles de morphine (débit 3mg/h)

1^{re} étape: Calculer les volumes possibles de solution (débit continu et bolus) pour chaque concentration d'ampoule disponible en ville (à l'aide de la « règle de 3 »).

Exemple avec une ampoule de concentration 10 mg/ml:

- 10 mg de morphine sont contenus dans un volume de 1 ml de solution
- 1 mg de morphine sera donc contenu dans un volume de 1/10 ml de solution de cette ampoule
- N mg de morphine seront contenus dans un volume de $N \times 1/10$ ml de solution de cette ampoule

Concentrations des ampoules en mg/ml	Volume en ml d'un débit continu par heure de N = - - mg	Volume en ml d'un bolus de N' = - - mg
10	---	---
20	---	---
40	---	---
50	---	---

2^e étape: Choisir la concentration des ampoules compatibles avec les limites ci-dessous :

- volume minimum identifiable et injectable par la pompe 0,1 ml
- volume minimum injectable par heure par voie IV 0,3 ml
- volume maximum injectable en 1 fois (bolus) par voie SC 2,0 ml

3^e étape: Choisir le volume du réservoir (cassette) pour une durée optimale de perfusion de 7 jours (en fonction du type de pompe et d'une durée maximum de stabilité de 7 j de la morphine en solution).

Volume des cassettes disponibles en fonction du modèle de pompe	
Cadd Legacy	50, 100 250 ml
Cadd Solis	50, 100 250 ml
Gemstar	poches sérum physio de 50, 100, 125, 250 poches souples à remplir
Rythmic Plus	poche de 160 ml

4^e étape: Choisir le volume des ampoules de morphine de concentration déterminée ci-dessus pour remplir complètement le réservoir puis calculer le nombre d'ampoules nécessaires.

Choix des ampoules de morphine injectable disponibles en ville

Concentration (mg/ml)	Volumes disponibles en ml	Quantité de morphine par ampoule en mg
10	5	50
	10	100
20	5	100
	10	200
40	10	400
50	10	500

Pour information en cas de PCA à oxycodone

Choix des ampoules d'oxycodone disponibles par rétrocession hospitalière

Concentration (mg/ml)	Volumes disponibles en ml	Quantité d'oxycodone par ampoule en mg
10	1	10
	2	20
	20	200
50	1	50

Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier



- Ordonnance sécurisée, généralement bizona

ORDONNANCE DE MORPHINE (POUR LE PHARMACIEN)

Nom et prénom du patient Date

- Perfuser..... milligrammes de chlorhydrate de morphine par 24 h en continu avec bolus de milligrammes possibles par 24 heures
- Soit la quantité totale de milligrammes de morphine par 24 heures en continu à l'aide d'un système actif ambulatoire par voie QSP jours
- Soit ampoules de milligrammes par millilitre*.
- Soit la quantité totale de milligrammes de morphine à délivrer en fois

**Il est recommandé d'inscrire la quantité totale de morphine contenue dans une ampoule et le volume de l'ampoule*

ORDONNANCES DE LA PCA POUR LE PHARMACIEN OU LE PRESTATAIRE

- Forfait de mise à disposition d'un système actif ambulatoire à domicile
- Location de la pompe type pour une durée de (6 mois maximum)
- Accessoires de remplissage et de perfusion :
 - > réservoir(s) de millilitres ou poche(s) souple(s) de millilitres,
 - > prolongateur et seringue à verrou de 50 millilitres tous les jours
 - > deux sets de pose par semaine (si voie sous-cutanée)
- ou
- > un set pour cathéter central tunnelisé tous les 3 jours (pour réfection du pansement)
- ou
- > aiguille de Huber, un set de pose pour chambre implantable tous les 7 jours (si chambre implantable)
- tubulure anti-reflux avec valve anti-siphon (utilisation obligatoire en cas de perfusion concomitante)
- Consommables
 - Bétadine dermique flacons
 - Compresses stériles 7,5 x 7,5 par 100 paquets
 - Pansements adhésifs transparents boîtes

ORDONNANCE POUR L'ACTE INFIRMIER

- Faire pratiquer par un(e) IDE, à domicile, tous les jours y compris les week-ends et jours fériés pendant jours, la pose, l'organisation et la surveillance quotidienne d'une perfusion continue de morphine par système actif ambulatoire (PCA) par voie selon la prescription suivante :

- > Quantité totale de morphine du réservoir mg
- > Volume du réservoir ml
- > Concentration de morphine mg/ml
- > Débit continu par heure mg/h
- > Dose des bolus mg
- > Intervalle de temps entre deux bolus minutes
- > Nombre maximal de bolus par heure

Selon la voie, ajouter (fréquence variable selon les protocoles) :

- changement de site tous les 4 jours (si voie sous-cutanée)
- pansement du cathéter tous les 3 jours (si cathéter central)
- changement d'aiguille de Huber tous les 7 jours (si chambre implantable)

- Évaluation de la douleur et surveillance du traitement

Adapter les doses

- Lorsque le débit continu se révèle insuffisant, il est conseillé d'intégrer dans le débit continu seulement 50 % des bolus utilisés, par souci de sécurité à domicile (pratique fréquente sans consensus actuel).

REPÉRER LE SURDOSAGE

- La surveillance du surdosage s'impose même si les règles de prescription sont bien suivies. On reconnaît un surdosage devant l'apparition d'une somnolence qui précède toujours la survenue d'une bradypnée pouvant aller jusqu'à une dépression respiratoire avec une fréquence respiratoire inférieure à 8 inspirations par minute (cf. p 17)
- La somnolence doit être évaluée régulièrement avec l'utilisation de l'échelle de sédation de Rudkin :
 - Score de sédation :
 - 1: patient complètement éveillé et orienté
 - 2: patient somnolent
 - 3: patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel
 - 4: patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction lobe de l'oreille)
 - 5: patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère

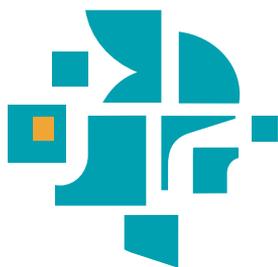
L'apparition d'une somnolence ≥ 2 sur l'échelle de la sédation nécessite l'arrêt et/ou l'ajustement des doses de morphine.

TRAITER LE SURDOSAGE

- Le traitement de la dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire < 8 /min) est assuré principalement par l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du malade et l'injection de Naloxone®.
- La clinique et le contexte feront poser ou non l'indication de la Naloxone® car les conséquences peuvent être pénibles pour le patient avec risque de reprise brutale des douleurs et d'agitation par syndrome de sevrage.
- Il est conseillé en cas de protocole naloxone d'envisager une hospitalisation de quelques jours pour le patient.
- En l'absence de protocole validé dans la littérature, le « protocole Naloxone® » suivant est recommandé :
 - Préparation d'une ampoule de Naloxone® soit 0,4 mg ramené à 10 ml avec 9 ml de sérum physiologique ou Na Cl à 0,9 %.
 - Injection intraveineuse de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10/minute. Cette titration vise à faire disparaître la dépression respiratoire mais pas l'antalgie.
 - Puis perfusion de la dose de titration de Naloxone® dans 250 ml sur 3 à 4 heures qui sera renouvelée selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.
 - Dans l'impossibilité d'accès à une voie veineuse, la Naloxone® peut être administrée par voie sous cutanée en débutant par une demi ampoule soit 0,2 mg qui sera renouvelée si nécessaire.

Bibliographie et références

- Bouhassira D. et al. *Pain*, 2004; 108 (3) : 248-257
- Centre national de ressources de lutte contre la douleur (www.cnrdr.fr)
- Dictionnaire Vidal
- Donner B., Zenz M., Tryba M., Strumpf.: Direct conversion from oral morphine to transdermal Fentanyl: a multicenter study in patients with cancer pain. *Pain*, 1996, 64, 527-534.
- Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, traitement et évaluation en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la SFETD ; Martinez Valéria and Co, *Douleurs* (2010)11 ; 3-21.
- Médecine palliative, janvier 2009, vol. 8, supplément1 : Recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs.
- Recommandations de l'European Association for Palliative Care (www.eapcnet.eu)
- La revue Prescrire (www.prescrire.org)
- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP - www.sfap.org)
- Standards Options Recommandations : Traitement antalgique médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, 2002, et mises à jour 2003
- Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception- version 5 (janvier 2010) : Dr N. Beziaud Dr G. Laval, Clinique de soins de Palliatifs et de coordination en soins de support CHU de Grenoble. (téléchargeable sur le site de la SFAP - www.sfap.org)



RESPALIF

Les données présentes dans cet ouvrage sont reprises et complétées sur le site de la RESPALIF :

www.respalif.com/livretdouleurenvilles
ou en utilisant le flashcode ci-contre →



Fédération RESPALIF
10-18, rue des Terres au curé - 75013 Paris
Tél. : 01 53 61 41 95 - federation.respalif@orange.fr

Le livret de la douleur en ville a été réalisé grâce au soutien de :

