



Douleurs en soins palliatifs

Dr Angélique Ayon

CHT Le Médipôle

Congrès Douleur NC 22/04/2022

Les soins palliatifs

- ▶ Ont pour but premier **d'améliorer la qualité de vie d'un patient et de sa famille**, lorsque ce dernier doit affronter une **maladie menaçant sa vie**
- ▶ Ils procurent le **soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants**, **soutiennent la vie** et **considèrent la mort comme un processus normal**. La démarche de soins palliatifs **visent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort**
Évaluation de la douleur et des soins palliatifs - Haute Autorité de Santé
- ▶ La spiritualité concerne la personne hospitalisée, en particulier en soins palliatifs, où **l'annonce d'une maladie grave peut mettre en question non seulement l'identité annoncée mais également et surtout la démarche elle-même**. A l'inverse, elle peut entraîner un approfondissement de cette démarche, poussant le patient à continuer son développement, à ouvrir ses frontières personnelles et « grandir encore » Guide soins palliatifs, n°5-2008, la spiritualité



Les soins palliatifs

- Ils s'adressent à tous les malades porteurs de maladies inguérissables : neurologiques, cardiaques, pulmonaires, digestives, rénales, auto-immunes, etc....



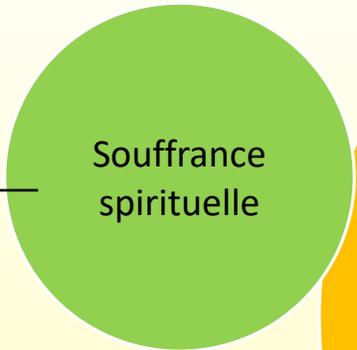
La douleur en soins palliatifs

- Selon **Cicely Saunders** (1918-2005) : 4 dimensions de la douleur qui constitue la douleur totale ou souffrance
 - Douleur physique et/ou d'autres symptômes physiques
 - Douleur psychologique ou émotionnelle (symptôme d'anxiété ou de dépression)
 - Douleur sociale (crainte d'être séparé des gens aimés par exemple)
 - Douleur spirituelle, à l'extrême la détresse spirituelle : quand la quête de sens devient plus aiguë, impérative, ou au contraire totalement laissée pour compte

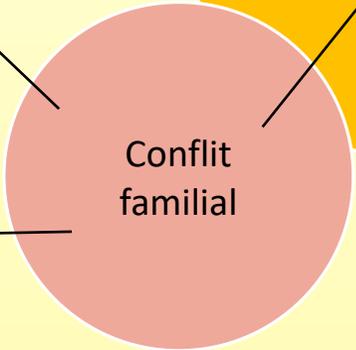


Soutien religieux

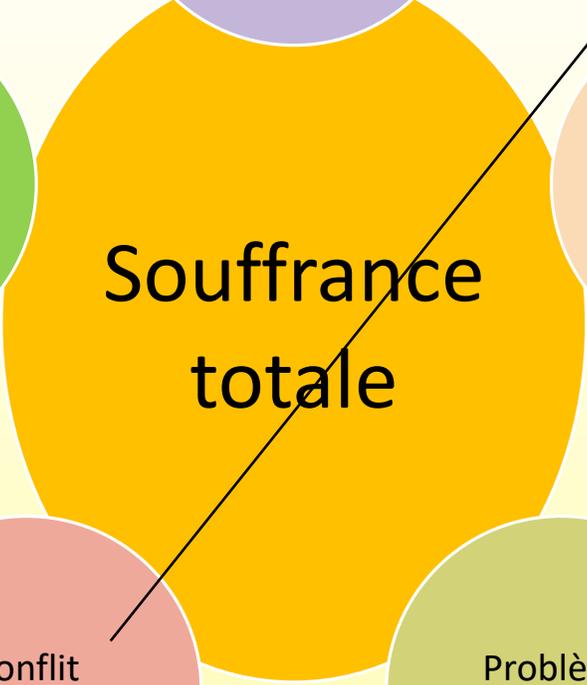
Coutume



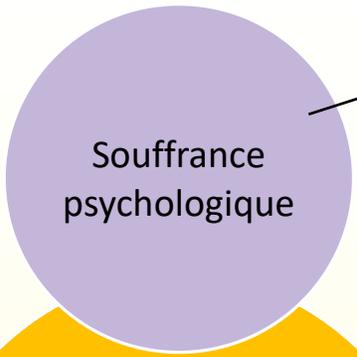
Souffrance spirituelle



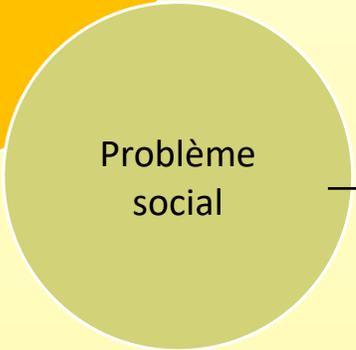
Conflit familial



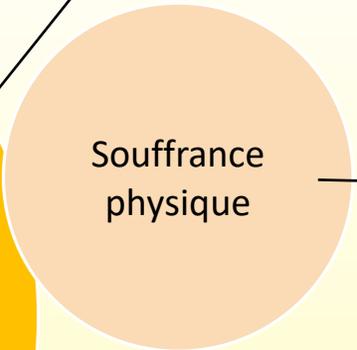
Souffrance totale



Souffrance psychologique



Problème social

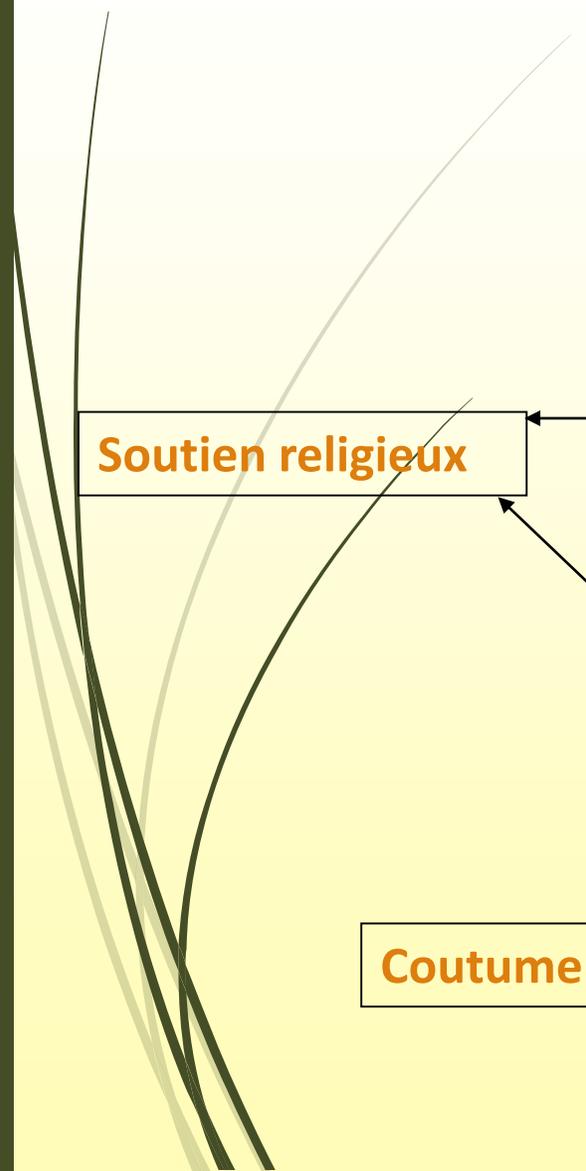


Souffrance physique

Prise en charge psychologique

Prise en charge des symptômes

**Assistant social
CRHD
Provinces
CAFAT**





Loi du 9 juillet 1999

Les soins palliatifs visent à:

- soulager la douleur
- apaiser la souffrance psychique
- sauvegarder la dignité de la personne malade
- soutenir son entourage



Quelles douleurs?

- De toutes pathologies incurables en soins palliatifs spécifiques et en soins palliatifs exclusifs : oncologiques le plus souvent, vasculaires comme la maladie artéritique, neurologique,
- Douleurs le plus souvent mixtes
- Aigües ou sub-aigües, < à 3 mois
- Réfractaires au traitement classique

Traitement classique médicamenteux

➤ **Nociceptives**

- Niveau 1 : paracétamol
- Niveau 2: tramadol, nefopam
- Niveau 3 : morphiniques per os jusqu'à la PCA (Patient Controlled Analgesia) (analgésie autocontrôlée par le patient), IV, SC

➤ **Neuropathiques**

- Gabapentine / prégabaline
- Amitriptyline
- Topiques analgésiques locaux : patch de Lidocaïne 5% Versatis
- Kétamine

➤ **Sur une part inflammatoire** : corticothérapie

➤ **Sur la part anxieuse** : anxiolytique de type benzodiazépine

➤ **Douleurs provoquées /induites**

- MEOPA (Melange equimolaire oxygène et protoxyde d'azote)
- Opioides en interdose, aussi dans les accès douloureux paroxystiques
- Kétamine en interdose (IV)

Traitement non médicamenteux

- **Musicothérapie / thérapie miroir /TENS** Dr Brun
- **Kinésithérapie palliative** MKDE du CHT
- **Hypnothérapie** Mme Leloutre et Mme Course Psychologues de l'EMASP
- **A venir :**
 - Médecine traditionnelle kanak
 - Ostéopathie
 - Acupuncture
 - Mésothérapie
 - Socio-esthéticienne ...
- **Prise en charge spirituelle**
 - Religion Âumônerie du CHT ...
 - Biographe

Prise en charge spécifique

- **Douleurs rebelles**
 - Méthadone
 - Rotation des opioïdes : cf application OPIOCONVERT
- **Lésions osseuses**
 - Biphosphonates / corticoïdes
 - Radiothérapie à visée antalgique
 - Radiologie interventionnelle par cimentoplastie (+ radiothérapie)
- **Ischémie aigüe d'un membre / lésion oncologique compressive d'un membre/ Syndrome de Pancoast Tobias**
 - Analgésie par bloc périnerveux
 - Analgésie par péridurale
- **Douleurs pelviennes oncologiques réfractaires au traitement classique**
 - Analgésie par péridurale
 - Bloc neurolytique : alcoolisation (plexus coeliaque dans le cancer du pancréas), phénolisation



Bloc analgésique périphérique

- Interruption de la transmission de la douleur au sein du système nerveux périphérique, vers les voies centrales de la douleur
- Geste simple, en salle de réveil, sous asepsie stricte, par anesthésiste
- Injection d'un anesthésique local
 - Lidocaïne, ropivacaïne, bupivacaïne,
 - en continu et/ou en bolus,
 - au niveau périnerveux,
 - via un cathéter, qui peut être tunnélisé ou relié à un site implanté sous cutané

Blocage de l'influx nerveux vers les centres de la douleur

Blocage des canaux sodiques et donc de la formation du potentiel d'action

- Efficacité temporaire

Bloc analgésique périphérique

TABLEAU 1 RECAPITULATIF CHOIX EMLACEMENT CATHETER EN FONCTION LOCALISATION PROCESSUS DOULOUREUX.

TERRITOIRE DOULOUREUX	ZONE D'INSERTION DU CATHETER
Epaule ou tiers supérieur du bras	Interscalénique (BIS)
2/3 inférieur du bras, coude, avant-bras, main	supra claviculaire, axillaire
Sein, thorax, abdomen	Paravertébral
Hanche	Plexus lombaire postérieur, fascia iliaca, nerf femoral
Cuisse et Genou	Fascia iliaca, nerf femoral
Jambe, cheville et pied	Sciatique poplité

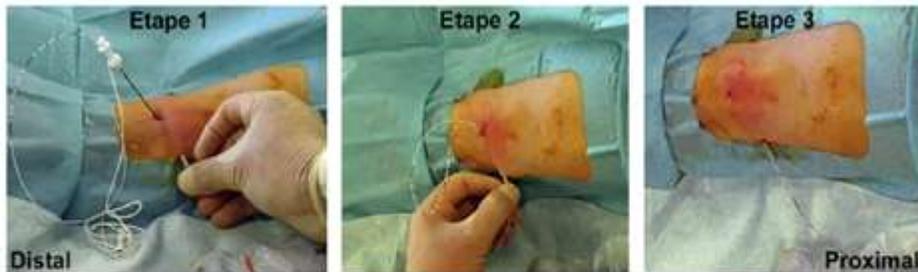
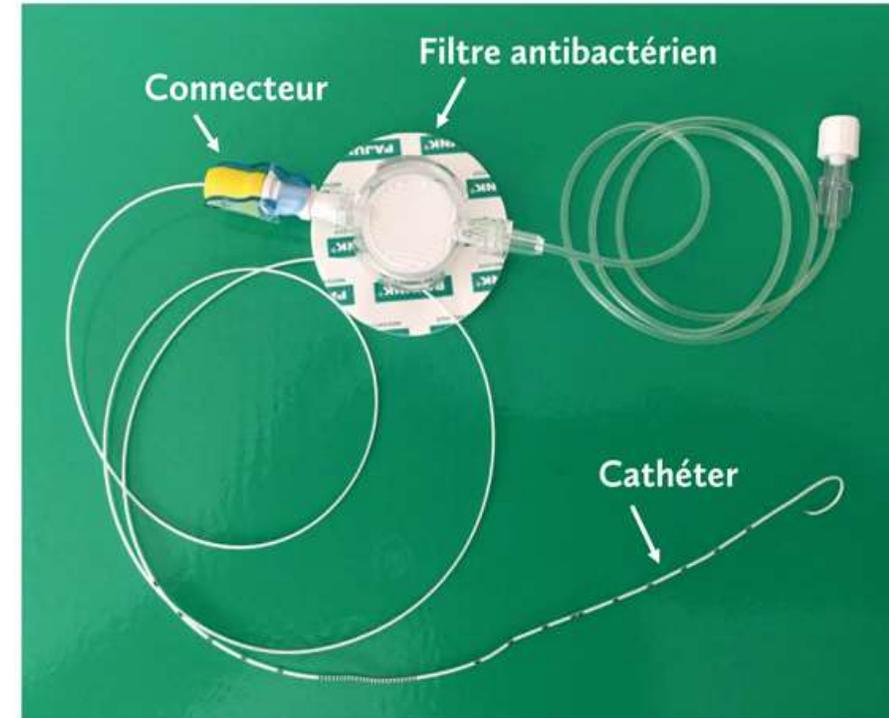
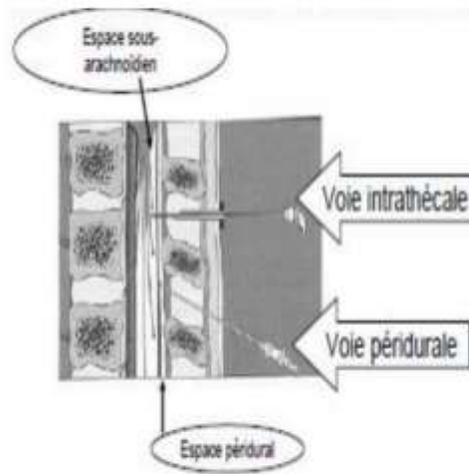


Figure 4. Tunnellisation d'un cathéter sciatique poplité (patient en décubitus ventral). Étape 1 : introduction d'une aiguille 18G de 4 cm (protection du cathéter par l'aiguille de ponction laissée en place) ; étape 2 : une fois l'aiguille de ponction retirée, le cathéter est introduit dans l'aiguille de tunnellation ; étape 3 : le cathéter ressort du côté latéral après tunnellation sur quelques centimètres.



Matériel d'un cathéter périmerveux.

Analgesie péri médullaire



Doses équianalgésiques de Morphine

Per os : 300 mg

Intra veineux : 100mg

Péridural : 10mg

Intrathécal : 1mg





Analgésie péri médullaire

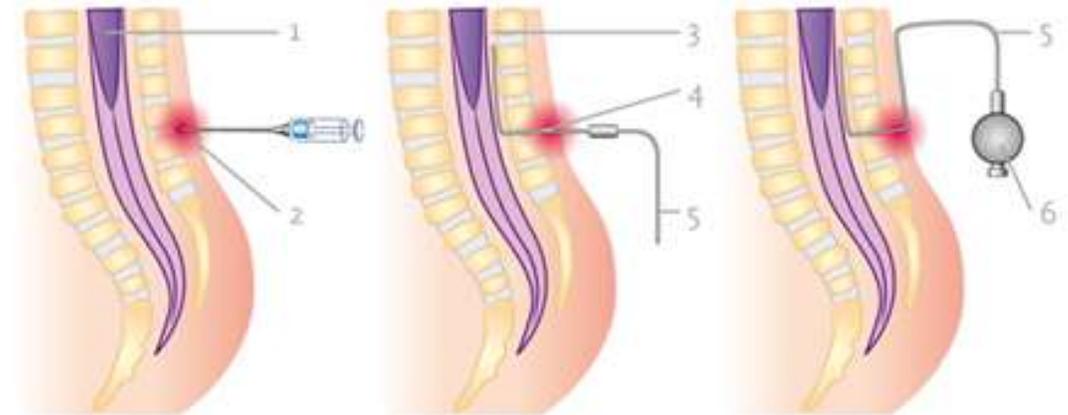
- Administration des traitements antalgiques et anesthésiques au contact de l'espace péri-dural ou intrathécal
- Recommandations :
 - Y penser quand le patient n'est plus soulagé à partir de 300 mg d'EMO
 - Ou EIND incontrôlés malgré changement d'opioïdes
 - Précocité ++ dans certains cancers : pelviens, pancréas, Sd PT, sarcomes, membres inférieurs
 - Espérance de vie estimée à au moins 3 mois (intrathécale)
 - Indication posée suite à RCP orientée douleur / cancer et/ou de manière collégiale

H. Beloeil, É. Viel, M.-L. Navez, D. Fletcher, D. Peronnet. Recommandations formalisées d'experts Sfar-SFETD. Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique. Douleur Analg, 26 (2013),

Analgesie péridurale

- Injection dans l'espace épidural = entre le canal rachidien et la dure-mère
- Matériel :
 - Cathéter ou chambre implantable
 - Relié à une pompe externe
 - Tunnellisation
- Avantages:
 - Sous AL
 - Rapide, faible coût
 - Envisageable en phase terminale
- Inconvénients:
 - Pas de pompe interne
 - Perte d'autonomie
 - Risque infectieux
 - Fibrose et perte de diffusion

Analgésie péri médullaire



- 1 - Moelle épinière
- 2 - Anesthésie locale
- 3 - Espace péridural

- 4 - Aiguille pour repérer l'espace péridural
- 5 - Cathéter mis dans l'espace péridural
- 6 - Filtre antibactérien

Fig. 55.1. Mise en place d'un cathéter de péridurale.

Analgesie intrathecale

- Administration des traitements antalgiques et anesthésiques dans l'espace intrathécal (=sous arachnoïdien, dans le LCR) directement au contact des récepteurs médullaires (corne dorsale de la moelle)
- Geste anesthésique ou neurochirurgical
- Technique: cathéter mis en place par PL, tunnélisé sous la peau, et relié à un réservoir (pompe interne) situé en sous-cutané (flanc droit)

Baylot D, Pellat JM. Oplace de l'analgesie spinale dans le traitement de la douleur du cancer. Douleur analg. 2013; 26:81-85.

Molécules disponibles

- Morphine (1/100ème de la dose IV)
 - Première fois en 1977 (récepteurs médullaires)
 - Diffusion : Péridurale : structure lipidique, très vascularisée
 - LCR : structure aqueuse, peu de mouvements
- Ropivacaïne (hors AMM, seul anesthésique dispo en France), bupivacaïne :
 - Blocage des canaux sodiques et synergie avec morphiniques
 - Action rapide (péridurale => 15 min, LCR => 3 min) - Stabilité du produit > 40 jours
- Ziconotide PRIALT® (recommandé dans les douleurs neuropathiques) :
 - Blocage des canaux calciques voltages dépendants et diminution sécrétion du glutamate
 - Découvert dans venin d'escargot marin (Conus Magnus)
- Association recommandées
- Administration en continu, possibilités de bolus déclenchés par le patient (télécommande)



Patients ayant bénéficiés d'une analgésie par périodurale, par bloc périmerveux

- Sur une période de 3 ans : 2019-2021
- Patients hospitalisés dans le service de soins palliatifs : 10 - 7 femmes - 3 hommes
- Agés entre 17 et 99 ans
- Espérance de vie estimée \geq 1 semaine
- Pathologie incurable : 8 avec une néoplasie et 2 patients vasculaires
- Critères d'efficacité: échelle Algoplus, EVA au repos et à la mobilisation, autonomie/mobilisation, relation avec les proches
- Travail effectué avec le Dr Ryckwaert / Dr Beaufils médecins anesthésistes

Résultats

- 6 périduraux tunnellisés , 1 intrathécal tunnellisé, 4 périnerveux
- Délai entre la pose du KT et le décès : de 2 jours à 3 mois et 5 jours / Moyenne:27 jours
- Tous les patients avaient un traitement antalgique systémique IV, anxiolytique IV et à visée neuropathique. Pour un patient: réfection des pansements se faisait sous Méopa
- OMS 3-4
- Efficacité : amélioration dès la pose mais incomplète : 4 avaient transitoirement des EVA à 0 sinon les douleurs étaient fluctuantes et nécessitaient une majoration/ un ajustement des posologies
- Autonomie : 2 ont pu maintenir une petite autonomie avec RAD, 1 a pu sortir en permission (le domicile et l'entourage ne permettant pas le RAD)
- Echange avec l'entourage : 9 ont pu avoir un échange verbal avec leur entourage
- Complications: 5 ont eu un changement de KT car occlusion, sepsis, fuite, tombé
- 1 patient a fini sa vie accompagné par une sédation profonde



Conclusions

- Nécessité de protocoliser la prise en charge par analgésie périmédullaire et périnerveuse au CHT
- Nécessité de prise en charge par l'EMASP précoce des patients
- Au stade palliatif terminal, à la douleur : se surajoute l'angoisse de mort
- Parfois cette douleur devient rebelle à toute thérapeutique possible, le patient peut alors bénéficier d'une sédation (après concertation éthique pluridisciplinaire)
- Limitation de la prise en charge à domicile : absence d'HAD mais projet d'EMEH SP



merci pour votre attention