

ÉVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR

- Evaluer systématiquement la douleur
- Auto-évaluation de l'intensité et du soulagement : *EVA, EN, EVS*
- Hétéro-évaluation (patient non communicant) : *Doloplus, ECPA, Algoplus*
- Retentissement sur la qualité de vie, Score d'anxiété et dépression
- Evaluation du contexte psycho-socio-familial

DÉFINIR LE MÉCANISME DE LA DOULEUR

- Mécanismes multiples (parfois associés)
- Douleur nociceptive : lésion tissulaire, voies nerveuses intactes
- Douleur neuropathique : décharges électriques, brûlures, fourmillements... (Échelle d'évaluation *DN4*)
- Le traitement symptomatique dépend du mécanisme

REGLES DE PRESCRIPTION (Douleurs nociceptives)

La classification OMS étant remise en cause actuellement, une classification basée sur le mode d'action est proposée.
Voie orale si possible - Horaires fixes
Prises supplémentaires pour les accès douloureux paroxystiques (ADP)
Débuter par un antalgique non opioïde
Douleur intense : antalgique opioïde d'emblée
Réévaluation périodique quotidienne

- Antalgiques non opioïdes : douleur légère à modérée :

Paracétamol (4 g max/24 h, per-os)

AINS (Kétoprofène, Ibuprofène, ...)

Nefopam 20 mg IM profonde ou IV lente toutes les 4 à 6 h (dose max 120 mg/j)

- Antalgiques opioïdes : douleur intense ou non soulagée par les non opioïdes :

Opioïdes faibles :

Codéine, Tramadol (max 400 mg/j), *poudre opium, seuls ou en association*

Opioïdes forts :

* Libération immédiate : *Morphine LI* (5-10-20-30 mg)

Oxycodone LI (5-10-20 mg)

* Libération prolongée : *Morphine LP* (10 -30 -60 -100 -200

mg) *Oxycodone LP* (5-10-20-40-80-120 mg)

Fentanyl transdermique (12-25-50-75-100 µg) : 1 patch pour 72 h

Hydromorphone LP (4- 8-16-24 mg) en cas d'échec des autres

EQUI ANALGESIE

Opioïdes faibles – Opioïdes forts (en Morphine orale) :

6 cps de *Paracétamol* + *Codéine* = 30 mg de *morphine* orale

4 gélules de *Tramadol 50 LI* = 40 mg de *morphine* orale

Entre morphiniques :

25 µg de *fentanyl* transdermique = 60 mg de *morphine* orale/24 h

10 mg d'*oxycodone* = 20 mg de *morphine* orale

4 mg d'*hydromorphone* = 30 mg de *morphine* orale

Entre voies d'administration :

Morphine SC = 1/2 morphine orale

Morphine IV = 1/3 morphine orale

TRAITEMENT MORPHINIQUE

Posologie initiale :

- Si substitution à un opioïde faible : Dose équianalgésique + 30-50%
- Si opioïde fort d'emblée : 60 mg/j Morphine orale (6x10 mg

Libération immédiate ou 2 x30 mg libération prolongée) ou *fentanyl*

transdermique 25 µg

- Diminuer de 50% chez le sujet âgé et l'insuffisant rénal

Interdose :

- 1/10 à 1/6 de la dose quotidienne
- Intervalle minimum interdoses : 1h si voie orale
- Possibilité d'une interdose parentérale si voie orale impossible

TRAITEMENT DES ACCES DOULOUREUX PAROXYSITIQUES (ADP)

Les patients concernés sont ceux prenant au moins : 60 mg de *morphine* orale ou 30 mg d'*oxycodone* ou 8 mg d'*hydromorphone* orale par jour, ou 25 µg de *fentanyl* transdermique, ou une dose équianalgésique d'un autre opioïde, et ce, pendant au moins une semaine.

Avant de commencer le traitement d'un ADP, le traitement de fond doit être stabilisé.

Le fentanyl par voie trans-muqueuse est un traitement efficace des ADP

▶ *Abstral*® (100, 200, 300, 400, 600 ou 800 µg) cp sublingual

▶ *Actiq*® (200, 400, 600, 800, 1 200 ou 1 600 µg) applicateur buccal

▶ *Effentora*® (100, 200, 400, 600 ou 800 µg) comprimé gingival

▶ *Instanyl*® (50, 100 ou 200 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale

▶ *Pecfen*® (100 ou 400 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale

Les patients doivent attendre au moins 4 heures avant de traiter un nouvel ADP. La survenue de plus de 4 ADP par jour nécessite une adaptation du traitement de fond.

VOIE INJECTABLE

Titration douleur intense :

2 à 3 mg IVD toutes les 3 à 5 mn (personne âgée: 50% toutes les 5-10 mn)

PCA Adulte (Analgésie contrôlée par le patient) : Bolus 0,5 à 1,5 mg

- Période réfractaire : 7,5 à 10 mn

PCA chez l'enfant : Titration : 0,01 mg/Kg. Bolus 0,02 mg/Kg.

Période réfractaire: 10 à 15 mn

SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS MORPHINE

- Adulte ou enfant > 12 ans : FR > 8 à 10 cycles/mn

- Enfant de 6 à 12 ans : FR > 12 à 15 cycles/mn

- Enfant de 2 à 6 ans : FR > 15 cycles/mn

- Enfant < 2 ans : FR > 20 cycles/mn

ECHELLE DE SEDATION (EDS)

S0 = éveillé

S1 = facilement éveillable

S2 = éveillable par stimulation verbale

S3 = somnolent, éveillable par stimulation tactile

FREQUENCE RESPIRATOIRE (FR)

R0 = régulière, sans problème, FR > 10/mn

R1 = ronflement et FR > 10/mn

R2 = irrégulière, obstruction, tirage ou FR < 10/mn

R3 = pause, apnée

Si S3 + R2 ou R3 : faire 0,2 à 0,4 mg de *naloxone* IVD- (0,1 à 0,2 µg/kg chez

L'enfant) +/- relais par voie intraveineuse lente du fait brièveté demi-vie de la naloxone

PREVENTION DES EFFETS SECONDAIRES

Informez le patient (combattre les idées reçues)

Nausées : *Dompéridone, Méthoclopramide, Ondansétron*

Somnolence : dette de sommeil ; disparaît dans la première semaine

Constipation à prévenir systématiquement dès le premier jour. Mesures

hygiéno-diététiques, laxatifs usuels voire stimulants (*bisacodyl*)

Si insuffisant : *Méthyl naltrexone* (SC 8 mg < 62 kg ; 12 mg > 62

kg)

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

Traitement de la crise : A débiter le plus précocement possible.

AINS. Antalgique non opioïde.

Triptans : Le choix du triptan se fait entre la rapidité et la durée d'action du médicament. Une seconde prise peut être envisagée 2h après.

Traitement de fond : permet d'espacer les crises ou en diminuer l'intensité.

A prendre en continu dès 10 jours de crise par mois : Mesures hygiéno-diététiques,

*β*bloquant, *flunarizine* (entre 10 et 60 ans),
dihydroergotamine, *ergotamine avec caféine* (ne pas associer avec triptan), *methysergide* (fenêtre thérapeutique),
amitriptyline, *acide valproïque*, *oxetorone*, *indoramine*

Techniques non médicamenteuses:

Relaxation, bio-feed-back, Thérapie cognitive-comportementale...

DOULEURS NEUROPATHIQUES

• **Antidépresseurs :**

Amitriptyline : 10 à 25 mg au coucher. Augmenter par paliers de 5 mg tous les 1 à 3 jours, jusqu'à 50 à 75 mg /j (doses max : 150 mg/24h).

Duloxetine : 30-60 mg/j (AMM : neuropathie diabétique)

Venlafaxine : 37.5 à 75 mg/j. Pas d'AMM, niveau de preuve grade A

• **Antiépileptiques :**

Gabapentine : dose croissante (100 mg x 3/j, en augmentant de 300 mg/semaine) Dose efficace 1200-2400 mg. Dose réduite pour la personne âgée.

Prégabaline : 75 mg 2 fois/j par palier d'une semaine jusqu'à 600 mg. Dose réduite pour la personne âgée.

Carbamazépine : névralgie essentielle du trijumeau, de préférence LI de 200 à 800 mg

• **Si échec :**

Tramadol ou *Morphine*

• **Douleurs localisées :**

Emplâtre lidocaïne 5% (douleur post-zostérienne)

Capsaïcine 8% patch (prescription réservée aux structures spécialisées)

MÉDICAMENTS CO-ANALGESIQUES

• **Douleurs viscérales :**

Antispasmodiques : *Phloroglucinol*, *Tiémonium*, *Scopolamine*, ...

• **Compression :**

Corticoïdes

• **Tumeurs :**

Chimiothérapie radiothérapie

DOULEURS CHRONIQUES

• Toute douleur chronique relève d'une approche à la fois somatique et psychosociale.

• On distingue les douleurs cancéreuses et non cancéreuses.

• L'évaluation d'une douleur chronique nécessite une approche globale par une équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Le seul traitement pharmacologique est insuffisant.

• L'objectif du traitement est réadaptatif. L'évaluation et le suivi des scores de retentissement sur la qualité de vie sont primordiaux.

DOULEURS PROVOQUÉES PAR LES SOINS

• Importance de la relation soignant – soigné pour réduire l'anxiété et détourner l'attention.

• Penser aux anesthésiques locaux : diverses présentations de *Lidocaïne* locale, Froid, crème anesthésiante.

• MEOPA

• Analgésie locorégionale (cathéter fémoral, infraclaviculaire, sciatique,...)

• Analgésique opioïde supplémentaire administré avant le soin.

DOULEUR ET FIN DE VIE

En fin de vie, le soulagement de la douleur est une priorité; il est important de préciser les objectifs du traitement : douleurs lors des mobilisations, douleurs de repos, nuits inconfortables...

La douleur rappelle la maladie et atteint la personne tout entière. La douleur en fin de vie est « totale » et ses différentes composantes sont intriquées : physique, psychique, spirituelle (question sur le sens de la vie, de la maladie...) sociale, familiale. L'évaluation doit se faire en multidisciplinarité pour prendre en compte ces différentes composantes et l'effet des traitements entrepris. Pour **soulager** la souffrance de la personne en fin de vie, il est nécessaire d'associer, au traitement antalgique, d'autres traitements (ex : psychotropes) et d'autres actions (soutien, projet quotidien...); appel possible aux Equipes Mobiles de Soins Palliatifs.

Document réalisé avec la participation des EMSP.

Les protocoles thérapeutiques évoluant avec les progrès de la médecine, il est recommandé de se référer aux notices des médicaments et aux notices de l'AFSSAPS.

Janvier 2013

