

# **THESAURUS DOULEUR ONCO - SUD**

**LES DOULEURS DU CANCER/ INFORMATIONS GENERALES**

**OUTILS ET CONDUITE DE L'EVALUATION**

**PRINCIPES ET GUIDES THERAPEUTIQUES**

**CONDUITES A TENIR ET PROTOCOLES**

**REFERENTS ET ORGANISATION DOULEUR « Onco-Sud »**

# Les Douleurs du Cancer

## Informations générales

- **Douleur: définition & Anatomie**
- **Douleur: concept pluridimensionnel**
- **Les douleurs du Cancer**

# DOULEUR

## DEFINITIONS & ANATOMIE

Définition Consensuelle de l'IASP (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) :

« **Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion** »

*Merskey 1979*

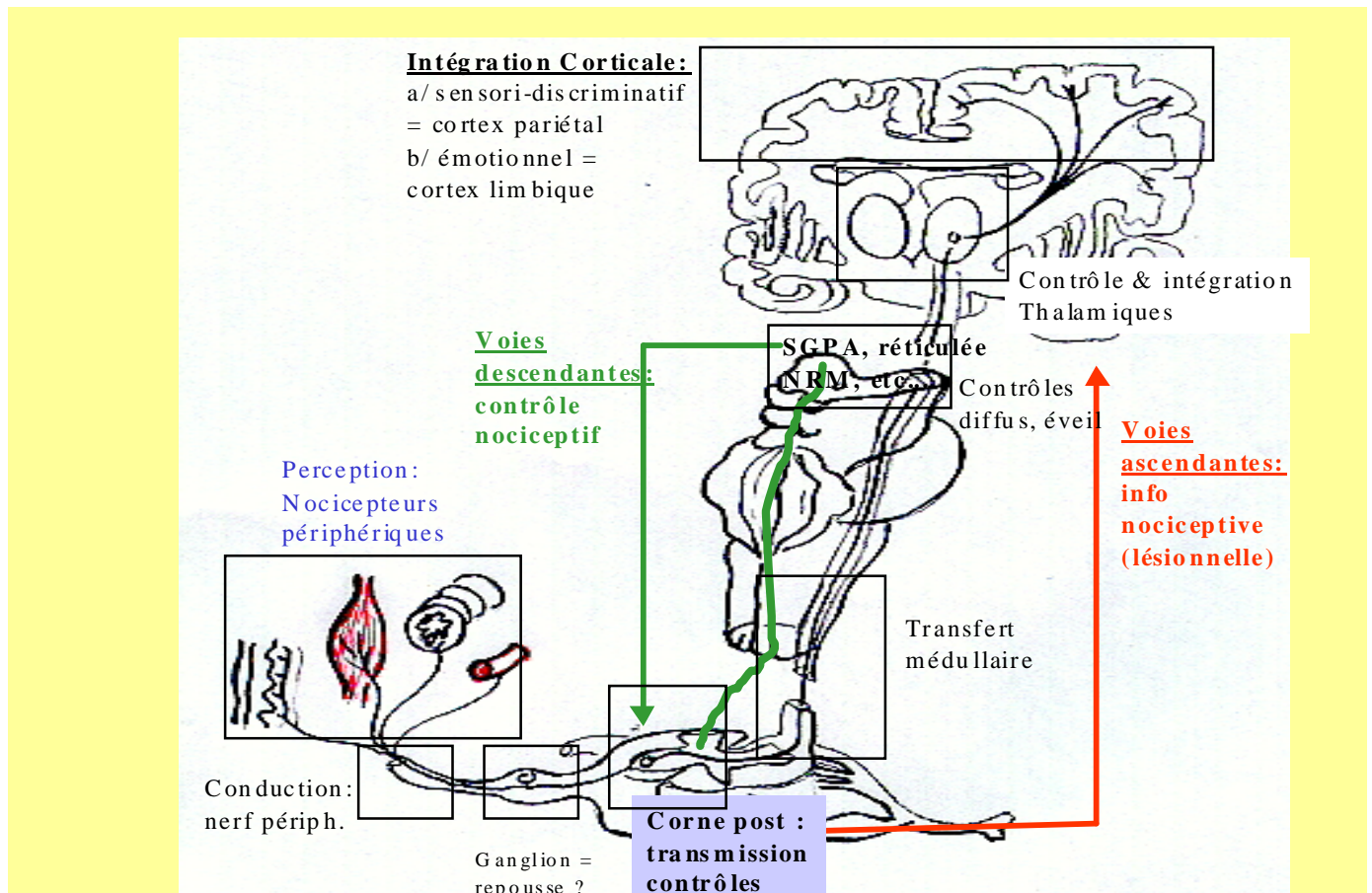
### Commentaires :

- La Douleur est toujours **Subjective** (absence de référentiel absolu / objectif).
- Chaque individu en fait l'**Apprentissage** par des expériences liées à des blessures du début de la Vie.
- C'est une **Expérience Personnelle**, exprimée par un **Comportement** dans un **Contexte** (qualité) de vie.
- C'est une **Communication** qu'il faut savoir déchiffrer (**Evaluer**).
- Ses **traitements** sont **multidimensionnels**, comme ses composantes.
- Une douleur qui dure est toujours délétère (chronicité = gravité): **Prévenir** est toujours plus économique.

L'expression de la Douleur est une résultante complexe. C'est une émotion négative reliée au corps, avec sentiment d'agression et de danger. Elle entraîne une réponse active (combat / agressivité / anxiété) ou / puis passive (fuite / repliement / dépression). Elle dépend in fine uniquement de la **conviction** puis des **représentations** qu'en a le patient. La relation « lésion »-« douleur » de la phase aiguë finit par se perdre avec le temps et les interventions thérapeutiques .

### ANATOMIE: Schéma des Voies de la Douleur

encadrés: principaux sites: initiation, transmission, carrefour d'intégration et contrôles



# DOULEUR CHRONIQUE CONCEPTION MULTIDIMENSIONNELLE

## Dimension Sensori-Discriminative : Sensation

Caractérisations anatomique et sémiologique de la Douleur : localisation, qualité, intensité, durée  
Relève de l'intégration corticale somesthésique (S1, S2) et de son schéma corporel  
Connaissance « intellectuelle » de la stimulation nociceptive

## Dimension Affectivo-Motivationale : Emotion

Tonalité désagréable, dangerosité, agression  
Relève de l'intégration limbique (cortex cingulaire, amygdale, etc..)  
Importantes relations hypothalamiques, végétatives, mnésiques  
Ressenti émotionnel de l'agression nociceptive : anxiété - dépression

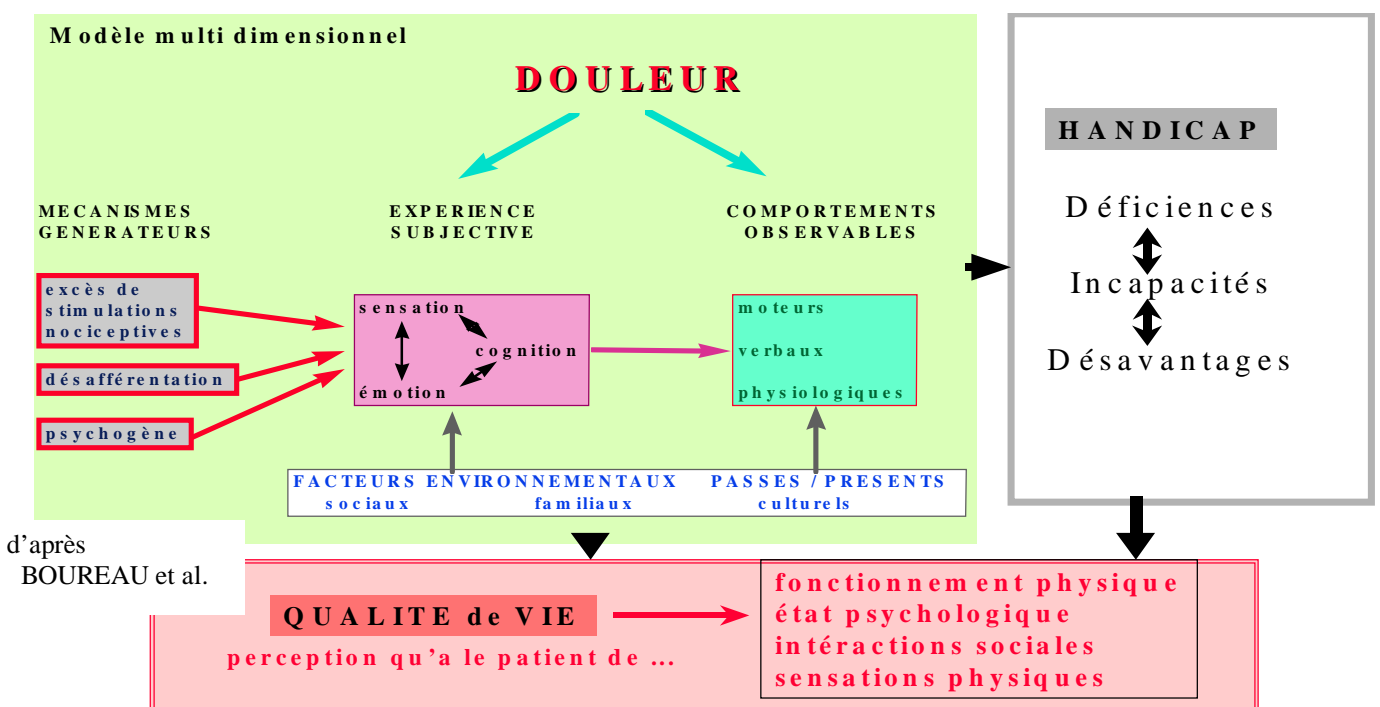
## Dimension Cognitive : Apprentissage

Connaissance / conviction qu'a le patient de son état  
Intégration pré-frontale et frontale ? ? ?  
Interprétations, représentations  
Mise en jeu de processus mnésiques et d'associations / conditionnements  
Intégration de l'environnement (contexte socio-familial, relation médicale, etc..)

## Dimension Comportementale : Réaction

Modifications motrices, physiologiques, et des rythmes de vie (sommeil, alimentation, etc..)  
Systèmes moteurs, hormonaux et végétatifs mis en jeu  
Expressions audibles verbales ou non verbales (plaintes, cris, gémissements)  
Expressions visibles en comportement (hypertonie, protections, évitements, désactivation, prostration)  
Modifications des relations avec l'environnement (troubles du caractère et de la communication, dépression)  
Implication de la culture, après filtrage cognitif

Ces dimensions coexistent en parallèle en série avec des boucles et des résultantes. La chronicisation fait évoluer vers une **régression**, plus ou moins vite selon les sujets . Il en résulte un **Handicap** et une **altération de la Qualité de vie**, en sus de probables phénomènes d'**aggravation vitale** : « *il devient important que les patients douloureux soient traités « agressivement », pas seulement pour des impératifs moraux et éthiques, mais à cause de la probabilité que les douleurs non contrôlées contribuent à un raccourcissement de la vie* » *Staats : Assessment & Tmt of Cancer Pain 1998*



# Les DOULEURS du CANCER

Les douleurs du Cancer sont principalement des **Douleurs Aiguës qui durent**, pouvant se chroniciser  
 Accessibles dans près de 90% aux traitements selon l'échelle classique de l'OMS (*Ventafriidda 1996*)  
 Avant tout « **Excès de Nociception** », mais intriquant variablement les différents composants possibles  
 Secondaires au processus malin originel ou aux métastases  
 Mais aussi aux conséquences directes et indirectes, pathologiques et iatrogènes  
 Associant en toile de fond la souffrance morale insupportable de son propre deuil.

## Composantes d'une Douleur :

### **Excès de Nociception :**

Sur-stimulation des récepteurs : voies et centres de la Douleur sont envahis par des influx en excès. Les traitements amoindrisants et interruptifs sont opérants.

L'association de thérapeutiques agissant aux différents niveaux de transmission / intégration est conseillée.  
 Efficacité des Morphiniques et des antalgiques, des blocs anesthésiques, de la neurochirurgie parfois

### **Composantes Neuropathiques :**

Atteinte directe du système de transmission - intégration  
 Anomalie des signaux (spontanés, anarchiques, absents), de la transmission, de l'intégration  
 Déficit des contrôles

La gestion lutte contre les anomalies des signaux, remplace leur absence, renforce les contrôles, réadapte l'intégration, contrôle l'humeur.

Rôle des tricycliques, anti-épileptiques, psychotropes, stimulations. Peu d'efficacité des Morphiniques et antalgiques.

### **Composante Psychogène :**

Anomalies d'intégration par troubles supérieurs (psychologiques, psychopathiques, psychiatriques)  
 Maladie Psycho-somatique, cercle vicieux douleur – anxio-dépression, etc..  
 Perturbations contextuelles vs structurelles

La gestion ne peut se faire qu'à un niveau très élevé : central.

Implications des antidépresseurs, psychotropes, thérapies, relaxations, actions corporelles, gestion du stress, etc..

### **Composantes Associées :**

Contexte socio-familial, culture, croyances, bénéfices secondaires, revendications, mal vivre global  
 Eléments renforçants, pérennisants, très rarement causes initiales / univoque.

La gestion associée en est indispensable, voire prépondérante.

Rôle des thérapies personnelles, familiales, cognitives, et de l'intervention sociale

## Principales causes de Douleurs en Cancérologie :

### **-Origine Tumorale directe (67 à 78%):**

- Tumeurs osseuses
- Compression, infiltr struct nerveuses
- Capsulites des atteintes viscérales
- Infiltr occlusion vasculaires (ischémies)
- Nécroses infl ulcérations mucites

### **-Conséquences de la maladie cancéreuse :**

- Métastases
- Syndromes paranéoplasiques
- Troubles généraux
- Infections associées (zona, etc..)

### **-Conséquences thérapeutiques (5 à 25%):**

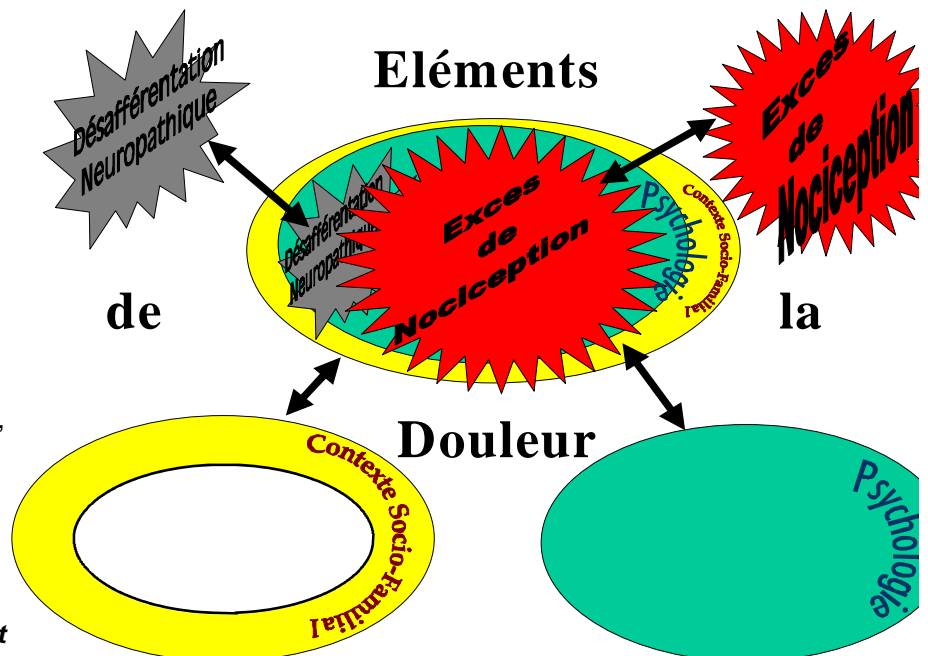
- Neuropathies toxiques & D post chimio
- Maladie post radiothérapique
- Douleurs post chirurgicales (post op, séquelles, fantômes)

### **-Contexte psychologique :**

- Angoisse de mort
- Problématique du deuil
- Relations socio-familiales

### **-Etat Terminal avec «Douleur Globale»:**

- Douleur(s) associée(s), sans rapport direct (6%):



# Outils & conduite de l'Evaluation

## Outils :

- Evaluation du Handicap : Index OMS (*douleur*) / Karnofsky (*soins palliatifs*)
- Quantification de la Douleur : Echelles d'Auto-évaluation
- Qualification de la Douleur : Questionnaire QDSA abrégé
- Hétéro – évaluations de la Douleur : Echelles DOLOPLUS (*sujet âgé non communiquant*) et ECPA (*hétéro-évaluation des soins*)
  
- Evaluation de l'Humeur : Echelle HAD
- Evaluation de la Qualité de Vie : Echelle Wisconsin (BPI)

## Conduite :

- Les 9 règles de l'OMS
- Abord psychologique
- Evaluation globale (Fiche Douleur Onco-Sud ») (*Cf BPI*)
- Evaluations spécialisées

## Notes :

*Certains outils « classiques » n'ont pas été retenus (échelle de BOURRHIS, QDSA forme longue, EORTC, etc...). Ceci procède d'un choix consensuel du groupe de réflexion. La liste des outils n'est pas fermée et sera réévaluée régulièrement. Elle est directement liée aux pratiques de la majorité des participants. Certains autres moins connus (ECPA) sont proposés car semblent particulièrement pertinents dans leur domaine.*

# Evaluation du Handicap

## Index OMS 1979 :

Capacité d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	<b>0</b>
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	<b>1</b>
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi. Incapable de travailler. Alité ou en chaise < 50% temps de veille	<b>2</b>
Capable de n'assurer que quelques soins personnels stricts. Alité ou en chaise > 50% temps de veille	<b>3</b>
Incapable de prendre soin de lui même. Alité ou en chaise la plupart du temps	<b>4</b>

*Cette index OMS est RECOMMANDÉ par « Oncosud Douleur » pour l'évaluation du handicap global lié à la Douleur Cancéreuse.*

## Index de Karnofsky :

<b>Capacités d'activité professionnelle ou physique</b>	Intense sans difficulté	<b>100%</b>
	Normale + gêne modérée	<b>90%</b>
	Réduite	<b>80%</b>
<b>Capacités d'activité domestique</b>	Normale sans aide mais efforts impossibles	<b>70%</b>
	Restreints aux besoins personnels	<b>60%</b>
	Minime + aide occasionnelle	<b>50%</b>
<b>Incapacité pour les besoins élémentaires</b>	Aide permanente	<b>40%</b>
	Alitement fréquent	<b>30%</b>
	Grabataire	<b>20%</b>
	Moribond	<b>10%</b>

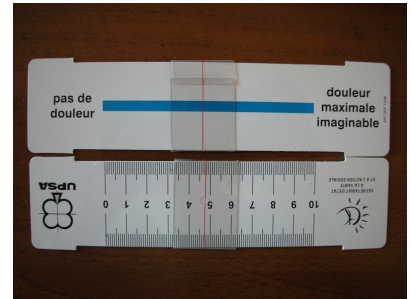
*Cette index N'EST PAS recommandé par « Oncosud Douleur » pour l'évaluation du handicap global lié à la Douleur Cancéreuse. Mais sa fréquente utilisation (Soins Palliatifs) l'a fait mentionner ici ...*

# Auto-évaluation de la Douleur

## Réglette EVA

### Echelle Visuelle Analogique 0 – 100 mm

« mesurez votre Quantité de Douleur »  
entre 0 (= pas de Douleur) et 100 (douleur maximale imaginable)



**La réglette EVA 100mm horizontale est LA SEULE mesure quantitative VALIDÉE chez l'adulte**

## EN

### Echelle Numérique 0 – 10

« donnez une note d'intensité à votre douleur »  
entre 0 (= PAS de Douleur) et 10 (la pire douleur imaginable)

0 - 10

**Employer l'EN lorsque l'EVA n'est pas utilisable. C'est très proche, mais pas exactement équiva-**

## EVS

### Echelle Verbale Simple

- Absente = 0
- Faible = 1 (très supportable)
- Moyenne = 2 (supportable mais...)
- Forte = 3 (très difficile à supporter)
- Extrême = 4 (intolérable)

« dites un mot simple pour coter votre douleur »



**L'EVS s'utilise « à défaut » mais aussi « en complément » de l'EVA (ou l'EN)**

## ES

### Echelle de Soulagement

EVA 0-100mm  
ou % de soulagement      0% \_\_\_\_\_ 100%

« de combien êtes vous soulagés ? »

## IS

### Indice de Satisfaction

EVA 0-100mm, EN 0-10  
ou % de satisfaction

« à combien êtes vous satisfaits ? »

« *Oncosud Douleur* » RECOMMANDE l'emploi SIMULTANE de toutes ces échelles (sauf EVA et EN qui sont -presque- équivalentes).

# Qualifications de la Douleur

## (évaluation multidimensionnelle)

### Questionnaire Douleur Saint Antoine QDSA Forme abrégée & pondérée

« Vous trouverez ci dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix dans la case de la réponse correcte. »

	absent non	faible un peu	modéré modéré- ment	fort beaucoup	extrêm. fort extrêmement
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coup de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Description de la Douleur dans ses dimensions  
Sensorielles ( 9 lignes supérieures)  
et Affectives (7 lignes inférieures)

« *Oncosud Douleur* » RECOMMANDE l'emploi de cette forme « abrégée » du QDSA  
La première version, dérivée du questionnaire Canadien McGill original (MPQ)  
est plutôt à réserver pour une analyse plus fine.  
Le QDSA est un questionnaire VALIDE en Français.

# Hétéro – évaluations Comportementales de la douleur

## Echelle Comportementale de Douleur

Niveau 1 : absence d'expression verbale ou comportementale de douleur

Niveau 2 : expression verbale ou comportementale de douleur

Niveau 3 : manifestations extrêmes de douleur : cris, pleurs, agitation ou immobilité, prostration

*Les échelles d'hétéro-évaluations sont recommandées :*

- *systématiquement en cas de troubles de la communication avec le patient*
- *utilement en association avec les échelles d'auto-évaluation*

*Les deux échelles d'hétéro-évaluation présentées **en pages suivantes** sont RECOMMANDÉES par « Oncosud Douleur » pour l'évaluation de la douleur chez le sujet âgé non communiquant (DOLOPLUS) ou les soins de pansement (ECPA).*

*Il est très important de respecter les modalités d'utilisation préconisées.*

### **Modalités d'utilisation de l'échelle DOLOPLUS-2 :** (0 – 30)

L'utilisation nécessite un apprentissage :

La lourdeur diminue avec l'expérience. Utilité d'un référent

Coter en équipe PLURIDISCIPLINAIRE :

Intérêt d'associer plusieurs soignants, et la famille à domicile

Ne RIEN coter en cas d'item inadapté :

Pas nécessaire d'avoir tous les items

Etablir une cinétique des scores :

Réévaluer (2/j) jusqu'à cédation des douleurs puis adapter la fréquence aux situations

**NE PAS COMPARER** les scores de PATIENTS DIFFERENTS :

Principe fondamental d'évaluation Douleur : seule l'évolution des scores personnels a une pertinence

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique :

On admet qu'un score de 5/30 est signe de douleur, mais ce n'est pas une barre rigide

L'échelle cote la douleur, et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives :

Il existe d'autres outils adaptés à chaque situation

Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2\*

Utiliser l'auto-évaluation dès que possible

## Echelle DOLOPLUS -2\*

*Echelle VALIDEE d'évaluation Douleur chez le sujet âgé non communiquant : RECOM-*

<b>RETENTISSEMENT</b>	<b>SOMATIQUE</b>	
1. Plaintes somatiques	Pas de plainte	0
	Plainte uniquement à la sollicitation	1
	Plaintes spontanées occasionnelles	2
	Plaintes spontanées continues	3
2. Positions antalgiques au repos	Pas de position antalgique	0
	Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1
	Position antalgique permanente et efficace	2
	Position antalgique permanente et inefficace	3
3. Protection des zones douloureuses	Pas de protection	0
	Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2
	Protection au repos en absence de toute sollicitation	3
4. Mimique	Mimique habituelle	0
	Mimique semblant exprimer de la douleur à la sollicitation	1
	Mimique semblant exprimer de la douleur en absence de toute sollicitation	2
	Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
5. Sommeil	Sommeil habituel	0
	Difficultés d'endormissement	1
	Réveils fréquents (agitation motrice)	2
	Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
<b>RETENTISSEMENT</b>	<b>PSYCHOMOTEUR</b>	
6. Toilette et/ou habillage	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1
	Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2
	Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
7. Mouvements	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
<b>RETENTISSEMENT</b>	<b>PSYCHOSOCIAL</b>	
8. Communication	Inchangée	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	Diminuée (la personne s'isole)	2
	Absence ou refus de toute communication	3
9. Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités (repas, animation, ateliers thérapeutiques)	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2
	Refus de toute vie sociale	3
10. Troubles du comportement	Comportement habituel	0
	Troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1
	Troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2
	Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3

## Echelle ECPA

Observation AVANT les soins	II- Observation PENDANT les soins
<p>1/ Expression de visage : REGARD et MIMIQUE</p> <p>0 : visage détendu            1 : visage soucieux            2 : le sujet grimace de temps en temps            3 : regard effrayé et/ou visage crispé            4 : expression complètement figée</p>	<p>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins</p> <p>0 : le sujet ne montre pas d'anxiété            1 : angoisse du regard, impression de peur            2 : sujet agité            3 : sujet agressif            4 : cris, soupirs, gémissements</p>
<p>2/ POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)</p> <p>0 : aucune position antalgique            1 : le sujet évite une position            2 : le sujet choisit une position antalgique            3 : le sujet recherche sans succès une position antalgique            4 : le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p>	<p>6/ Réactions pendant la MOBILISATION</p> <p>0 : le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière            1 : le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins            2 : le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins            3 : le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins            4 : le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p>
<p>3/ MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du PATIENT (hors et/ou dans le lit) [se référer aux jours précédents]</p> <p>0 : le sujet bouge ou ne bouge pas, comme d'habitude            1 : le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements            2 : lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude            3 : immobilité contrairement à son habitude            4 : absence de mouvement (ou prostration) ou forte agitation, contrairement à son habitude</p>	<p>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</p> <p>0 : aucune réaction pendant les soins            1 : réaction pendant les soins, sans plus            2 : réaction au TOUCHER des zones douloureuses            3 : réactions à l' EFFLEUREMENT des zones douloureuses            4 : l'approche des zones est impossible</p>
<p>4/ RELATION à AUTRUI toute relation quel qu'en soit le type : regard, geste expression</p> <p>0 : même type de contact que d'habitude            1 : contact plus difficile à établir que d'habitude            2 : évite la relation, contrairement à l'habitude            3 : absence de tout contact, contrairement à l'habitude            4 : indifférence totale, contrairement à l'habitude</p>	<p>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin</p> <p>0 : le sujet ne se plaint pas            1 : le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui            2 : le sujet se plaint dès la présence du soignant            3 : le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée            4 : le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>

Echelle d'évaluation de la douleur aux soins chez le patient âgé non communicant (0 –

### **Modalités d'utilisation de l'échelle ECPA\* :** (0 – 32)

La cotation douloureuse peut être réalisée par une seule personne

Le temps de cotation varie de 1 à 5mn. La cotation se réalise à n'importe quel moment, mais :

Il est **IMPERATIF** de coter la dimension « Observation AVANT le soin »

**REELLEMENT AVANT et non de mémoire,**

ce qui rejallirait alors inmanquablement lors de la « Cotation PENDANT les soins » +++

*Oncosud Douleur recommande vivement cette échelle qui est VALIDÉE*

# Evaluation de l'Humeur

## Echelle HAD

(échelle du retentissement émotionnel) RECOMMANDÉE par Onco Sud Douleur

Lisez chaque série de question (en gras) et soulignez à chaque fois LA réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu ou énervé : La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : Presque toujours Très souvent Parfois Jamais
Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : Oui, tout autant Pas autant Un peu seulement Presque plus	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : Jamais Parfois Assez souvent Très souvent
J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas grave Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé
Je ris facilement et vois le bon côté des choses : Autant que par le passé Plus autant qu'avant Vraiment moins qu'avant Plus du tout	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout
Je me fais du souci : Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : Autant qu'auparavant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais
Je suis de bonne humeur : Jamais Rarement Assez souvent La plupart du temps	J'éprouve des sensations soudaines de panique : Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais
Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : Oui, quoiqu'il arrive Oui, en général Rarement Jamais	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : Souvent Parfois Rarement Très rarement

## Grille de lecture de l' HAD

<p>A. Je me sens tendu ou énervé :</p> <p>3. La plupart du temps</p> <p>2. Souvent</p> <p>1. De temps en temps</p> <p>0. Jamais</p>	<p>D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3. Presque toujours</p> <p>2. Très souvent</p> <p>1. Parfois</p> <p>0. Jamais</p>
<p>D. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0. Oui, tout autant</p> <p>1. Pas autant</p> <p>2. Un peu seulement</p> <p>3. Presque plus</p>	<p>A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0. Jamais</p> <p>1. Parfois</p> <p>2. Assez souvent</p> <p>3. Très souvent</p>
<p>A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3. Oui, très nettement</p> <p>2. Oui, mais ce n'est pas grave</p> <p>1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas</p> <p>0. Pas du tout</p>	<p>D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3. Plus du tout</p> <p>2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</p> <p>1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention</p> <p>0. J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <p>0. Autant que par le passé</p> <p>1. Plus autant qu'avant</p> <p>2. Vraiment moins qu'avant</p> <p>3. Plus du tout</p>	<p>A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3. Oui, c'est tout à fait le cas</p> <p>2. Un peu</p> <p>1. Pas tellement</p> <p>0. Pas du tout</p>
<p>A. Je me fais du souci :</p> <p>3. Très souvent</p> <p>2. Assez souvent</p> <p>1. Occasionnellement</p> <p>0. Très occasionnellement</p>	<p>D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0. Autant qu'auparavant</p> <p>1. Un peu moins qu'avant</p> <p>2. Bien moins qu'avant</p> <p>3. Presque jamais</p>
<p>D. Je suis de bonne humeur :</p> <p>3. Jamais</p> <p>2. Rarement</p> <p>1. Assez souvent</p> <p>0. La plupart du temps</p>	<p>A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3. Vraiment très souvent</p> <p>2. Assez souvent</p> <p>1. Pas très souvent</p> <p>0. Jamais</p>
<p>A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</p> <p>0. Oui, quoiqu'il arrive</p> <p>1. Oui, en général</p> <p>2. Rarement</p> <p>3. Jamais</p>	<p>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <p>0. Souvent</p> <p>1. Parfois</p> <p>2. Rarement</p> <p>3. Très rarement</p>

A = items « Anxiété »    D = items « Dépression »

A + D > 11 = souffrance psychologique

D > 8 = symptomatologie dépressive

# Evaluation de la Qualité de Vie

## Echelle WISCONSIN (BPI) Gênes occasionnées par la douleur

Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24h, votre douleur a gêné : .....

votre activité générale :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

votre humeur :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

votre capacité à marcher :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

votre travail habituel (domestique et extérieur) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

vos relations avec les autres :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

votre sommeil :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

votre goût de vivre :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

*Publiée par l'université du WISCONSIN au sein d'une « évaluation intégrée »  
(Brief Pain Inventory = BPI)*

*Cette échelle simple est RECOMMANDÉE par Oncosud Douleur  
qui propose cependant de rajouter un item supplémentaire :*

votre activité sexuelle :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ne gêne pas gêne complètement

# Evaluation Sémiologique

Interrogatoire et examen recherchent les signes permettant d'évaluer les composantes de la douleur :



## Douleur Nociceptive :

**Descriptions et analyses précises** (localisation, type, temporalité)

**Signes de douleur inflammatoire, mécanique**

**Provocation / accentuation de la douleur à la stimulation**

**Localisations, irradiations, variations précises et reproductibles**

**Détermination des modes de stimulus en cause** (mécanique, chimique, thermique, inflammatoire) **et liens de causalité faciles à faire**

**Correspondance étroite avec les imageries lésionnelles**

**Amoindrissement / annulation par techniques interruptives**

**Sensibilité habituelle aux dérivés Morphiniques**

## Douleur Neuropathique :

**Description spontanée moins précise, difficultés descriptives**

**Certains caractères sont évocateurs :**

douleur de fond à type de brûlure continue sans aspect inflammatoire local

paroxysmes douloureux spontanés (particulièrement nocturnes) et/ou provoqués

corrélation très importante avec l'humeur du sujet

**Plusieurs composantes sémiologiques souvent intriquées :**

‡ **anomalies sensorielles spontanées**

negatives (hypo/an esthésies)

positives (décharges spontanées, paresthésies)

‡ **anomalies sensorielles provoquées**

paresthésies

allodynies (mécaniques, thermiques, vibratoires) statiques ou dynamiques

hyperalgésie

hyperpathie



**Présence d'une anomalie neurologique systématisée dans le territoire de la douleur, mais pas de relation directe avec une imagerie lésionnelle**

**Anomalie(s) électro-neurophysiologique(s) dans le territoire douloureux** (EMG, PES/PEM, tests psychophysiques)

**Résistance habituelle aux dérivés morphiniques**

## Douleur Psychogène :

**Aucun critère spécifique** : une « vraie » douleur psychogène peut prendre toute forme sémiologique, mais le plus souvent, il s'agit d'évaluer une composante

**Eléments de suspicion de forte composante psychogène :**

Description peu précise, riche, très variable d'un examen à l'autre

Localisations non précises, sans relation lésionnelle ni de territoire neurologique

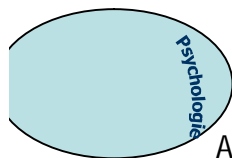
Absence d'anomalie électro-neurophysiologique

Absence de cohérence et de reproductibilité des examens cliniques et complémentaires

Présence d'une psychopathologie avérée

Elimination durable des composantes nociceptive et neuropathique

**Aucun test thérapeutique valable**



## **Conduite de l'Evaluation :**

- Proposition de mode d'utilisation des outils recommandés pour toutes les évaluations
- Proposition d'une fiche d'évaluation « Douleur Onco-Sud »
- Présentation d'outils utilisables en évaluation plus spécialisée

## **Les 9 règles de l'OMS pour la prise en charge de la Douleur du Cancer**

1. croire la plainte du patient
2. évaluer toutes les caractéristiques de la douleur
3. évaluer psychologiquement le patient
4. examiner complètement le patient, surtout neurologiquement
5. demander et analyser soi-même les examens complémentaires
6. traiter la douleur en qualité de symptôme pour faciliter les investigations
7. évaluer l'extension de la maladie cancéreuse
8. envisager toutes les méthodes de traitement alternatif, tant pour la douleur que pour le cancer
9. ré-évaluer le traitement antalgique

# Abord Psychologique

« L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne » ANAES 1999

En effet, s'il est extrêmement rare que des mécanismes psychologiques jouent un rôle primaire dans les douleurs cancéreuses, ils constituent souvent un facteur d'amplification de la douleur physique. Ainsi, l'approche psychologique représente une part importante de l'aspect pluridisciplinaire du traitement.

## **DEVANT TOUTE DOULEUR :**

**ECOUTER LA PLAINTES GLOBALEMENT** : plainte douloureuse proprement dite, mais aussi plaintes affectives et émotionnelles (vécu émotionnel, traits de personnalité, syndromes psycho-pathologiques sous jacents, symptômes psychologiques actuels). Prendre aussi en compte les composantes comportementales (altérations dans l'activité, les rapports aux autres, et les répercussions) et cognitives (idées du patient sur sa maladie, sa douleur, les moyens mis en œuvre pour le soigner).

**CHERCHER** à améliorer l'information sur la douleur et les traitements antalgiques utilisables.

**EVALUER LE NIVEAU ANXIEUX** : utiliser éventuellement l'échelle HADS en comptabilisant le score des items A (anxiété) et D (dépression). Le seuil de « souffrance psychologique » est fixé à :  $A + D > 11$

**PRESCRIRE SI BESOIN DES ANXIOLYTIQUES**, qui seront ainsi des co-antalgiques : prescrire les produits à demi-vie courte (tels le XANAX\* ou le LEXOMIL\*) ou à demi-vie longue (tel le LYSANXIA) selon le type d'anxiété.

**RECHERCHER** l'existence d'une dépression associée (qui est un facteur aggravant majeur de la douleur) : utiliser éventuellement la même échelle HADS, en comptabilisant le score des items D : seuil de symptomatologie dépressive :  $D > 8$ .

**PRESCRIRE SI BESOIN DES ANTIDEPRESSEURS**, qui seront co-antalgiques. En cas de douleurs neuropathiques, utiliser préférentiellement le LAROXYL\*, l'ANAFRANIL\* ou le TOFRANIL\*, qui ont un effet antalgique propre.

## **DEVANT UNE DOULEUR REBELLE :**

**S'ORIENTER VERS UNE CONSULTATION SPECIALISEE SI POSSIBLE, OU DES PRACTICIENS QUALIFIES DANS LE DOMAINE (REFERENTS ALGOLOGUES).**

# Fiche « Evaluation Douleur »

NOM :  
Prénom :  
Date naissance :  
NIP :

Date (heure) :  
Lieu :  
Evalueur :

## I. Où est votre douleur ?

Indiquez sur ces schémas où se trouve votre douleur, en noircissant la zone. Mettez une croix (X) à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense, et des flèches (→) selon les irradiations ou déplacements.

## II. Indiquez l'INTENSITE de votre douleur :

Douleur MAINTENANT	0	10
	pas de douleur	douleur maximale imagina-
	ble	ble
Douleur HABITUELLE depuis 1 Semaine	0	10
	pas de douleur	douleur maximale imagina-
	ble	ble
Douleur LA PLUS INTENSE depuis 1 Semaine	0	10
	pas de douleur	douleur maximale imagina-
	ble	ble
Douleur MINIMALE depuis 1 Semaine	0	10
	pas de douleur	douleur maximale imagina-
	ble	ble
SOULAGEMENT apporté Par les traitements actuels	0	10
	pas de Soulagement	Soulagement Maximum



# Principes et Guides Thérapeutiques

**Règles générales**

**Rappels pharmacologiques**

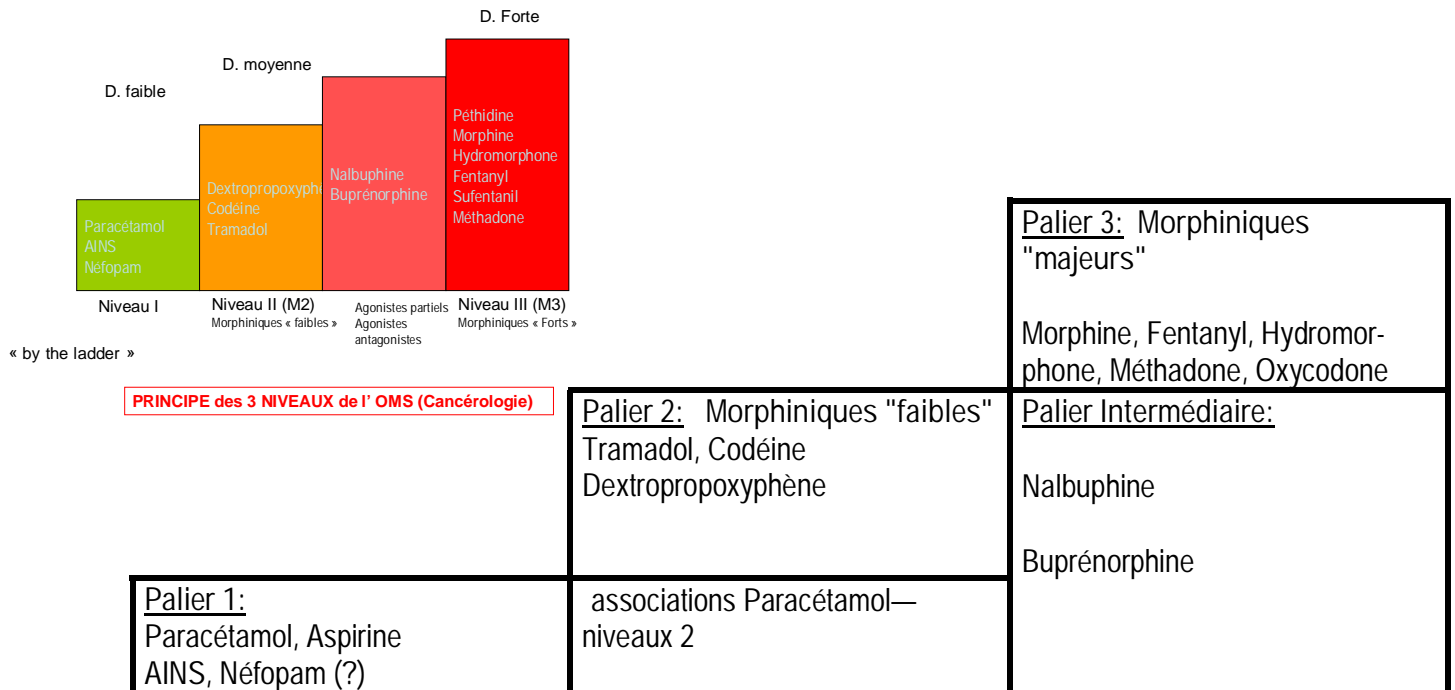
**Conduite d'un traitement Morphinique**

By the ladder  
By the clock  
By the mouth  
By the team

# Règles Générales

## Règles de l'OMS (1987): *revalidées en 1997*

privilégier la voie orale en premier  
administrer les traitements systématiquement et à heures fixes  
regroupement des antalgiques en trois niveaux



**CO-ANALGESIQUES:** Antidépresseurs, Anxiolytiques, Corticoïdes, Clonidine, Kétamine, etc...

- Passer du palier 1 (douleurs faibles) au 2 puis au 3 si le soulagement n'est pas suffisant.
- Savoir démarrer d'emblée en palier 2 voire 3 si l'intensité de la douleur est moyenne ou forte.
- Adjoindre à ces trois paliers des traitements "co-analgésiques" selon les indications.
- Les agonistes partiels (Buprénorphine) et les agonistes-antagonistes (Nalbuphine) se situent en "palier2,5" (entre 2 & 3). Mais leurs effets plafond et secondaires limitent souvent leur emploi.

### **Oncosudoleur NE recommande PAS leur choix**

- Associer paliers 1 avec paliers 2 ou 3 est recommandé.
- Inutile d'associer paliers 2 et 3
- Interdit d'associer agonistes partiels ou antagoniste avec un Morphinique (de niveau 2 ou 3)
- Interdit d'associer paliers 2 entre eux et 3 entre eux (sauf rapide/lent)

## Présentations de Morphine et emploi

**Morphines Orales:** absorption variable selon les sujets (biodisponibilité = 20 à 80%)

### Morphines dites «Rapides» (délais d'action 30 mn):

Titrations & Doses de secours (interdoses)

- ACTISKENAN\* (UPSA): gél 5 - 10 - 15 - 20 mg non sécables
- SEVREDOL\* (SARGET): cp 10 - 20 mg non sécables
- Morphine buvable préparation pharmacie des hôpitaux: amp 5 - 10 mg

### Morphines dites «lentes» (délais d'action: 3h):

Traitement systématique de fond, prises à horaires fixes

action 12 h (2 prises par jour) rares cas de durée limitée à 8h pouvant nécessiter 3 prises / j

- MOSCONTIN\* (SARGET): cp 10 - 30 - 60 - 100 mg ne jamais couper ni écraser !
- SKENAN\* (UPSA): gél 10 - 30 - 60 - 100 mg ouvrables et délayables

action 24 h (prise unique):

- KAPANOL\* 20, 50, 100mg UNE prise par 24h (ne jamais couper ni écraser !)

Toute prescription de Morphine orale doit s'accompagner d'un traitement préventif de la constipation

### **Nausées—Vomissements**

(habituatation)

1. Doses progressives des Morphiniques
2. Dompéridone (MOTILIUM\*) ou Métopimazine (VOGALENE\*) lyoc 30mn AVANT prise
3. Halopéridol (HALDOL\* faible) 15-50 gttes SL 15mn avant
4. Alizapride (PLITICAN\*) inj SC x 2/j
5. Ondansétron (ZOPHREN\*) suppo x 2/j
6. Ondansétron (ZOPHREN\*) injectable
7. ROTATION des Opioides

### **Constipation:**

(PAS d'habituatation)

1. Boissons abondantes: au moins 1500cc de plus que d'habitude !
2. Accélérateur osmotique (prescription PREVENTIVE systématique): Lactulose (DUPHALAC\*) ou macrogol (FORLAX\*) (2 sachets dans jus d'agrumes glacé le matin)
3. Huile de paraffine (LAXAMALT\*, LUBENTYL\*)
4. Pyridostigmine (MESTINON\*60) 1 à 3cp/j INTERDIT si obstacle / fécalome
5. PEG (COLOPEG\*) 200ml INTERDIT si déséquilibre ionique, cardiopathie sévère
6. Lavements pour désobstruction installée suivi de consultation spécialisée

# Schémas de traitement par Morphine

## Formes et utilisations orales

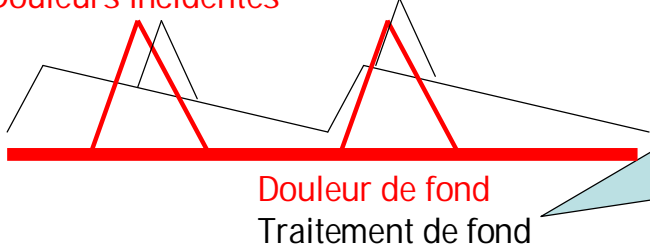
- 1er passage Hépatique
- Biodisponibilité Variable (30%)

**Morphines orales « rapides »**  
**SEVREDOL\* 10, 20**  
**ACTISKENAN\* 5, 10, 20, 30**  
 Prises « à la demande »  
 Délais 15-30mn  
 Durée 3-4h  
 Posologie: 1/6 – 1/10 dose totale

**Complications** **Prévention !**  
**CONSTIPATION**  
 Nausées vomissements (tolérance)  
 Rétention urinaire (tolérance)  
 Sueurs, prurit (tolérance)  
 Sédation (tolérance)  
 Dysphories

**Interdosés**

Douleurs incidentes



**Morphines orales « lentes »**  
**SKENAN\* 10, 30, 60, 100, 200**  
**MOSCONTIN\* idem**  
 Prises systématiques ttes 12h  
 Délais 3h  
 Durée 12h (8h)  
 Posologies: titration par +30%/24h

**Titration**

–KAPANOL\*

**Indicateurs de SECURITE**

**Sédation (échelle S):**

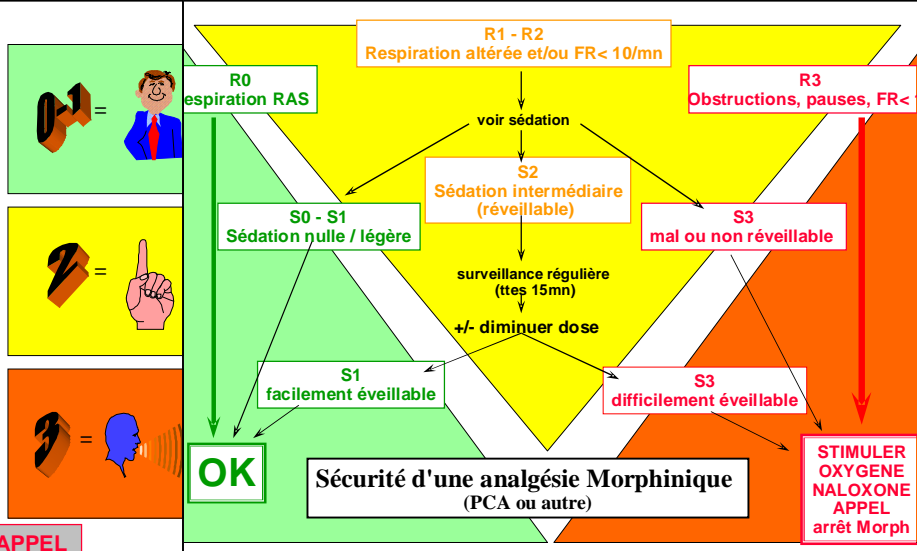
- S0: éveillé
- S1: somnolent par intermittence, aisément réveillable
- S2: somnolent, réveillable à la stimulation verbale ou modérée
- S3: somnolent la plupart du temps, mal réveillable

**Respiration (échelle R): qualité & fréquence**

- R0: régulière ET FR >10
- R1: ronflements ET FR > 10/mn
- R2: irrégulière, obstruction, tirage OU FR < 10/mn
- R3: obstructions sévères, pauses, apnées

**Pouls, Pression Artérielle (échelle H):**

- H0: PA normale
- H1: PA modérément altérée
- H2: hypotension artérielle (PA 8 à 10, ou -30%)
- H3: collapsus (PA < 8 ou >> -30%)



**Sécurité d'une analgésie Morphinique (PCA ou autre)**

**TOUTE COTATION 3 IMPOSE ATTITUDE D'URGENCE et APPEL**

NARCAN\* (Naloxone): 1 amp (0,4mg) dans qsp 10ml: faire 4 ml IVD puis 1ml / 3mn qsp FR > 12/ mn

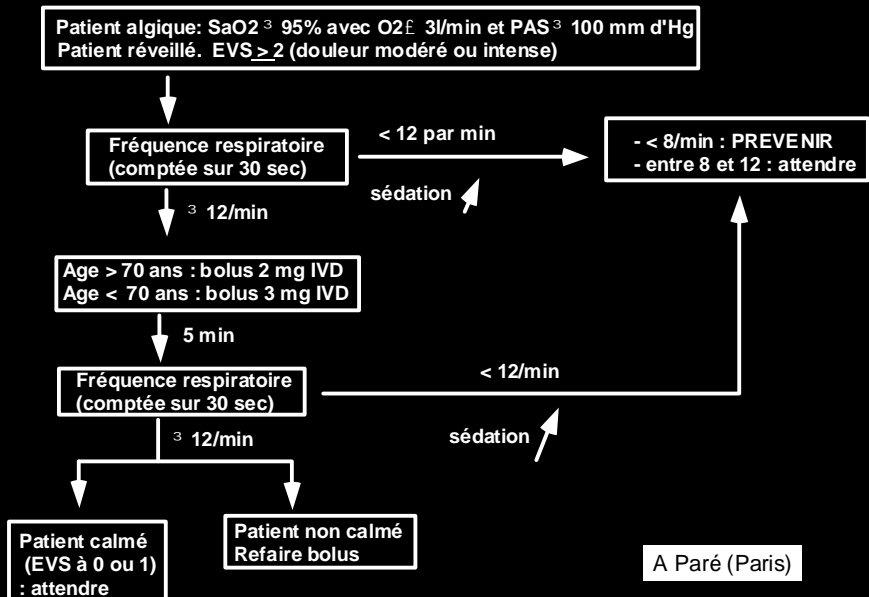
## MORPHINE = Principe de TITRATION

### Titration aiguë (voie IV):

Dose de charge initiale  
(0,1 mg/kg)

Petites doses IV ttes 5mn  
selon  
Respiration  
Sédation  
Efficacité

### Protocole de titration de la morphine en salle de réveil : ADULTE



### Titration Orale: Morphines « rapides »

1/ Morphine rapide orale SYSTEMATIQUE toutes les 4h:

sujet jeune: 10 mg PO x 6 / 24h

sujet âgé / fatigué : 5 mg PO x 6 / 24h

insuffisant rénal: 5 à 10mg PO dès retour de la douleur

doublement possible de la dose du soir pour espacer de 8h et laisser dormir.

2/ Adaptations = 1/6 - 1/10 de la dose de Morphine des 24h pour douleur entre doses systématiques

3/ Ajuster TOUS les jours par somme des doses nécessaires la veille +/- 10% (dose des 24h)

4/ A l'équilibre: total dose des 24h à convertir en Morphine LP en 2 prises (1 prise pour KAPANOL\*)

### Titration Orale: Morphines « Lentes »

1/ Morphine LP orale SYSTEMATIQUE toutes les 12h:

sujet jeune: 30 mg x 2 / 24h

sujet âgé / fatigué : 10 mg x 2 / 24h

insuffisant rénal: 10 à 30mg PO dès retour de la douleur

2/ Ajuster par augmentations de 30% tous les jours qsp soulagement suffisant D. de fond

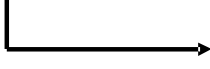
3/ Dose secours =

Morphine RAPIDE 1/6 - 1/10 de la dose de Morphine des 24h si poussée entre les doses systématiques

4/ A l'équilibre: total dose des 24h en Morphine LP en 2 prises (1 prise pour KAPANOL\*)

+ doses secours en Morphine orale RAPIDE (1/6<sup>e</sup> - 1/10<sup>e</sup> dose des 24h)

## Tableaux d'équivalence Morphine—Morphiniques

Morphine selon les voies d'utilisation			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formes et utilisations injectables: 1mg (rachi), 10 (IV/SC), 20, 50mg, 100, 200, 400mg (pompes)</li> <li>• Correspondances de doses (<b>tableau de conversion</b>)</li> </ul> <div style="margin-left: 20px;">  </div>	VOIE	Conversion vs IV	exemple
	<b>PO</b>	<b>3 x</b>	30mg
	<b>SC</b>	<b>2 x</b>	20mg
	<b>IV</b>	<b>1 x</b>	10mg
	<b>APD</b>	<b># 1/10</b>	1mg
	<b>IT (rachi)</b>	<b># 1/100</b>	0,1mg

### Morphiniques « faibles »

Produit	Equivalence Morphine	exemple
TRAMADOL (CONTRAMAL* TOPALGIC*)	1/5	1cp Tramadol 50 # 10mg Morphine PO
CODEINE (EFFERALGAN-CODEINE*) (CODENFAN*)	1/8	30mg Codéine PO # 4mg Morphine PO
DEXTRO-PROPOXYPHENE (DIANTALVIC*)	1/10	1cp DiANTALVIC* / PROPOFAN* # 3mg Morphine PO

**LAMALINE\*:** 10mg opium (PO) # 1mg Morphine

### Morphiniques « forts »

Produits	Equipotence Morphine	exemple
PETHIDINE (DOLOSAL*)	1/8 – 1/10	100mg DOLOSAL* # 10mg Morphine
FENTANYL (DUROGESIC*, ACTIQ*)	50 – 100 x	DUROGESIC* 25 # 60mg/j Morphine PO
OXYCODONE (OXYCONTIN*)	2 x	15mg OXYCONTIN* # 30mg Morphine PO
HYDROMORPHONE (SOPHIDONE*)	7,5 x	4mg SOPHIDONE # 30mg Morphine PO
METHADONE <span style="color: red;">Réservé Désintox.</span>	8 – 10 x	30mg Méthadone # 240mg Morphine
BUPRENORPHINE (TEMGESIC*, SUBUTEX*)	30 x	0,4mg TEMGESIC* # 12mg Morphine
NALBUPHINE (NUBAIN*)	1/2	20mg NUBAIN* # 10mg Morphine

## Règles légales de prescription des Morphiniques en France (2001):

### Règle générale des 28 jours

Les autres durées deviennent des exceptions, sur décrets & arrêtés  
(décret 31/03/99, arrêtés 20/09/99 modifié 25/ 10/00)

7 jours	14 jours
Morphines injectables ( SAUF pour le remplissage des pompes : 28j)	Aucune spécialité mentionnée mais la règle reste valide
Morphiniques inj d'anesthésie (RAPIFEN*, FENTANYL*, SUFENTANIL*, ULTIVA*)	
Formes injectables de Pentazocine (FORTAL*), Péthidine (DOLOSAL*)	
Oxycodone (EUBINE*)	

**TOUS les Morphiniques « douleur » voie ORALE , = 28j !  
y compris Sophidone, Oxycodone LP orale et formes rapides de Morphine**

Ordonnances sécurisées obligatoires (remplacent l'ancien carnet à souches)

Ordonnances accessibles à tout médecin thése.

Principe du fractionnement de la délivrance  
pour les patches Fentanyl (DUROGESIC\*) = 2 x 14j

Le chevauchement reste interdit  
(sauf mention spécifiée : « en complément de l'ordonnance N° ... du ..... »)

#### Prescription hospitalière:

Prescripteur = médecin, chirurgien dentiste, sage femme

Liste au pharmacien hospitalier

Identification de l'établissement, de l'unité de soins

Identification du prescripteur (fonction, contact)

Identification précise du patient (age, sexe, +/- taille poids)

Identification du médicament (dénomination, forme, dosage, posologies, durée, voie)

Indiquer en toutes lettres: nombre d'unités par prise, nombre de prises, dosages (doses ou concentrations, nombre d'unités ou volume pour une préparation magistrale)

Dotations dans les services hospitaliers

Prescription écrite nominative détaillée dans l'unité

Relevé nominatif d'administration faisant office de prescription, daté signé

#### Prescription de ville:

Ordonnances sécurisées obligatoires pour les stupéfiants (liste I et II en 2002)

Prescripteur = médecin, chirurgien dentiste, sage femme

Nombre d'unités par prise, nombre de prises, dosage: en toutes lettres

Stock personnel autorisé (préciser "*usage professionnel*" sur l'ordonnance)

Rayer les espaces libres

#### Cas particulier: Buprénorphine ORALE: (arrêté du 20/09/1999)

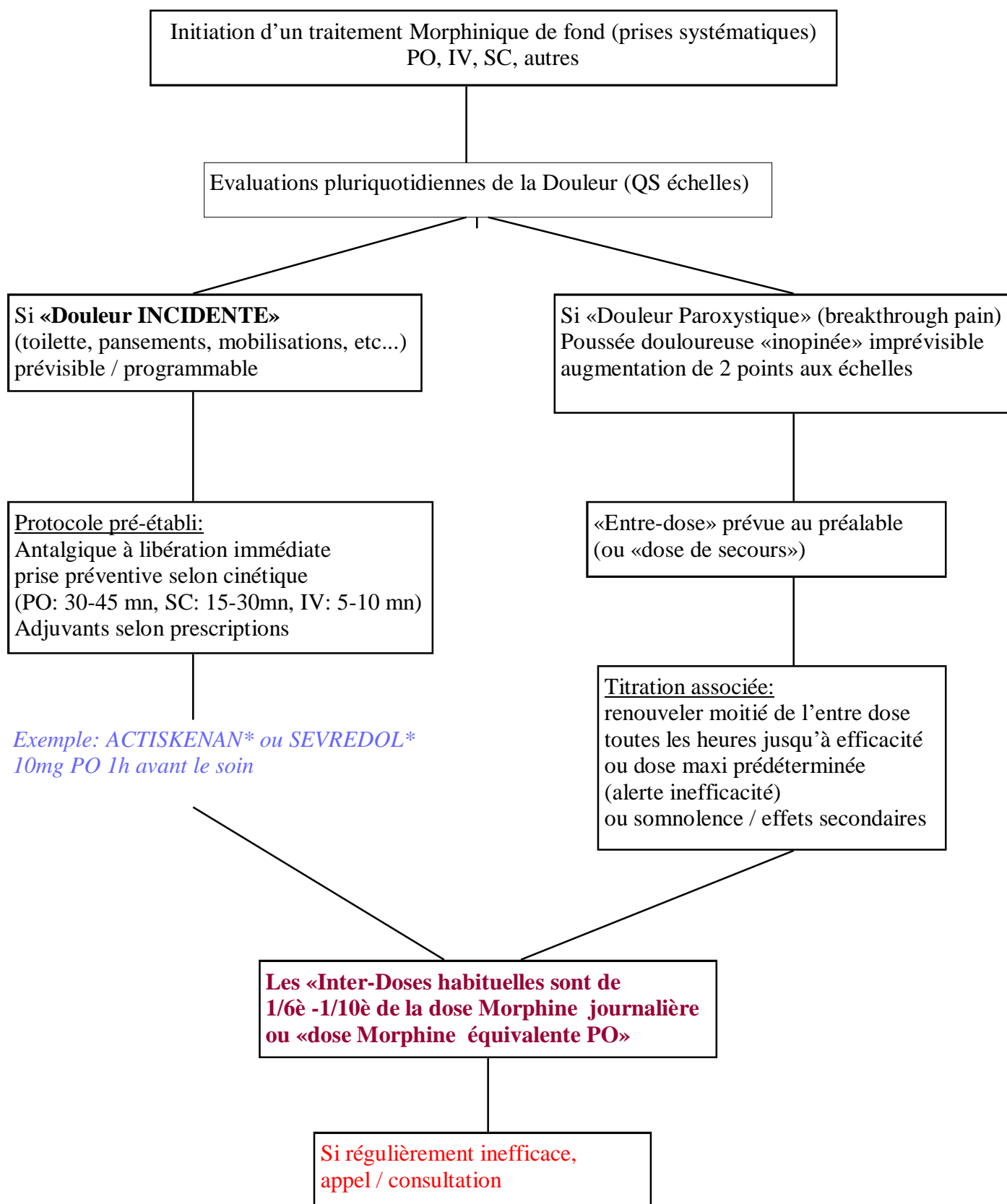
Non inscrit sur la liste des stupéfiants

Mais MEMES REGLES de PRESCRIPTION

Durées et modalités d'approvisionnement comme liste I

## Protocole «Interdoses» de Morphine

Prérequis: système d'évaluation du patient (au mieux: autoévaluation EVA + hétéro comportement)



## Rotation des Opiïdes

### Définition & Théories:

Changement de Morphinique au sein du même palier de l'OMS, à doses équianalgésiques

Buts: pallier à une insuffisance d'antalgie secondaire à une tolérance, ou limiter les effets secondaires

Théories: Spécificités différentes des récepteurs mu, Accumulation de métabolites avec effets adverses

### Indications principales:

Défaut d'analgésie (tolérance):

Effets secondaires:

- 1/ Troubles cognitifs
- 2/ Myoclonies, convulsions
- 3/ Nausées vomissements
- 4/ Prurit

Analgésie Insuffisante

- Réévaluer la posologie, la voie
- Vérifier l'observance
- Traiter les pics douloureux
- Rechercher autre Douleur (neuro)
- Evaluer anxio-dépression, adhésion
- Envisager action antalgique spécifique

Effets indésirables

- Tmt symptomatique adapté
- Eliminer cause autre
- Rechercher interaction médicamenteuse
- Eliminer trouble métabolique
- Eliminer Infection
- Rechercher métabolites (cérébrales)

**Rotation d'Opiïde si toutes ces conditions ont été vérifiées**

## Rotation Pratique

Equivalences Morphine LP (SKENAN, MOSCONTIN) - Méthadone (SOPHIDONE\*):

**7,5 mg Morphine = 1 mg Hydromorphone**

MORPHINE LP	SOPHIDONE LP
30 mg x 2	4 mg x 2
60 mg x 2	8 mg x 2
120 mg x 2	16 mg x 2
180 mg x 2	24 mg x 2

Equivalences Morphine LP (SKENAN, MOSCONTIN) - Fentanyl patches (DUROGESIC\*):

**60 mg / 24h Morphine PO = Fentanyl TTS 25 mcg/h**

MORPHINE LP	FENTANYL TTS
30 mg x 2	TTS 25
60 mg x 2	TTS 50
90 mg x 2	TTS 75
120 mg x 2	TTS 100
180 mg x 2	TTS 100 + TTS 25
etc...	etc...

Gestion des pics douloureux par entre-doses de Morphine «rapide» (Cf protocole «Interdoses»)

# Conduites à Tenir & Protocoles

*Ce chapitre sera complété au fil du temps*

## **Conduites:**

- 1. Evaluation Courte Systématique (dossiers CS Oncosud)**
- 2. Conduite proposée**
- 3. Organisation pratique Oncosud Douleur**
- 4. Schéma synoptique de Conduite à Tenir**
- 5. Propositions de Fiches (dossier) « Oncosudouleur »**

## **Protocoles:**

- 1. Douleurs des Métastases Osseuses**

# Evaluation Douleur systématique

*Onco-Sud Douleur suggère d'insérer les éléments ci-après lors de  
CHAQUE évaluation de patient cancéreux*

ENQUETE Oncosudouleur 2003:

**AVEC Douleur # 1/4**

**SANS Douleur # 3/4**

**Problème # 9%**

de l'ensemble des consultants Oncosud

## 1/ Question DOULEUR:

**« avez vous des douleurs ? »**

- si « NON »: le noter dans le dossier, avec traitement antalgique utilisé
- si « OUI », faire apparaître les éléments suivants:

- Statut OMS (ou KARNOFSKY)
- Localisation (citer ou schéma)
- Intensité (EVA; EN; EVS)
- Traitements antalgiques

## 2/ Demande de consultation Douleur:

Cf schéma (page suivante)

- si douleur résiste au traitement prescrit
- si effet secondaire gênant
- si évaluations d'emblée élevées et/ou distorsion patient / examinateur

# CONDUITE PROPOSEE

## Consultation Cancérologie Evaluation Douleur Initiale

### Evaluation Douleur Initiale:

- Localisations, répertoire des Douleurs
- Typologie, Timing
- Evaluation: Quantific, QDSA abrégé, HAD
- Handicap: OMS (ou Karnofsky)
- Bilan Thérapeutique Douleur

### évaluation simple

*scores modérés  
composante nociceptive prédominante  
adhésion du patient, contexte simple*

### évaluation complexe

*scores élevés, D rebelles, HAD >11  
évaluations distordues patient / examinateur  
Douleur Multifactorielle, revendication  
Problème thérapeutique*

Traitement anti-Douleur initial  
*(en règle: Morphine ou dérivé)*

Consultation Douleur  
Evaluation spécialisée

### Suivi en Consultation Cancérologie

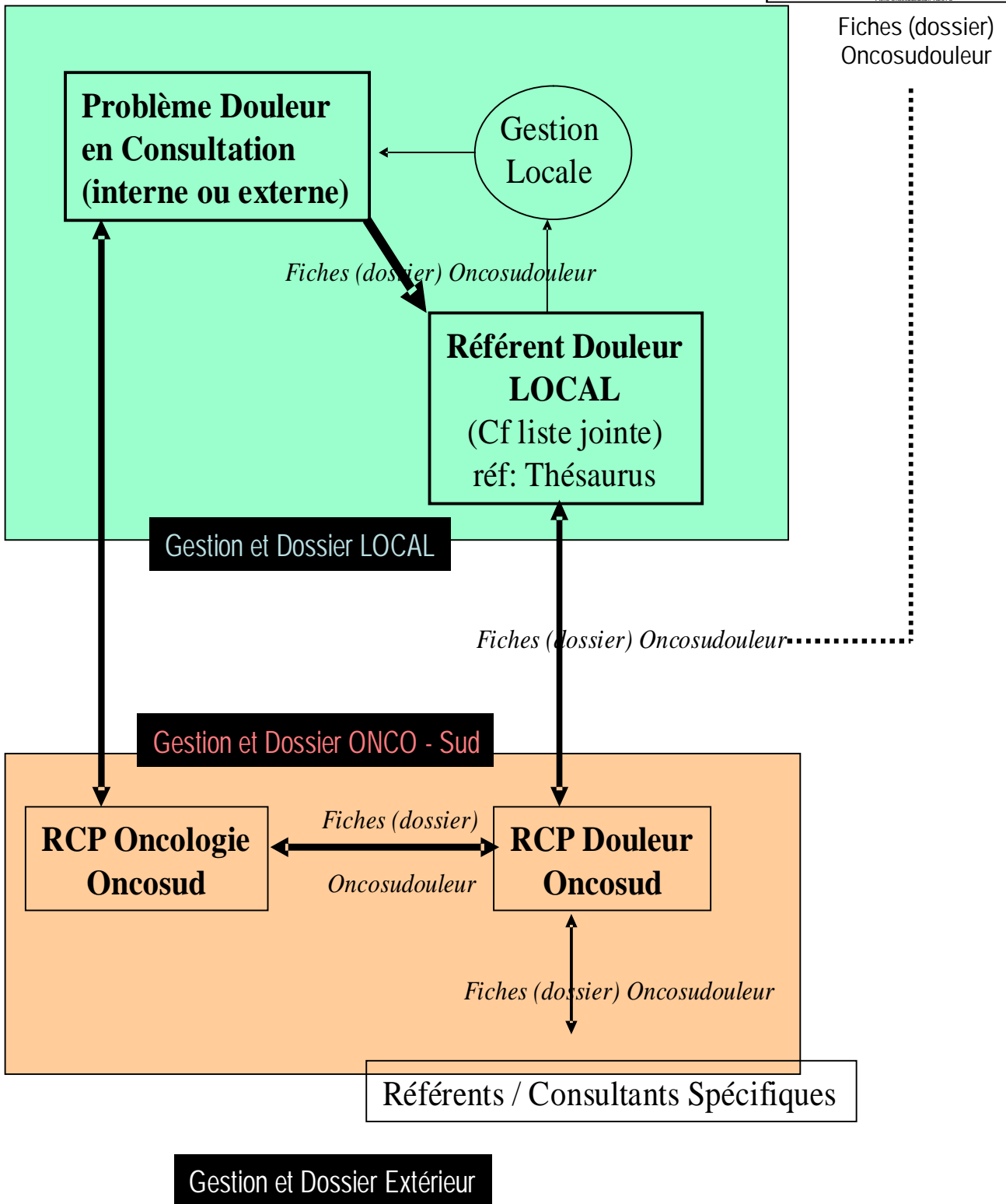
Quantification  
Handicap spécifique  
critère spécifique socio familial  
adaptations thérapeutiques

Prise en charge  
Douleur  
spécialisée

*Avis, compléments  
conseils, réévaluations*

# PRATIQUE Oncosud

Fiche Onco-Douleur			
N° dossier Onco-Sud: Code de localisation: UCP proposant:			
Date de consult.	Lieu de consult.	Consultant:	Onco référé
<b>Identité Patient:</b>			
NOM :	Prénom:	DN:	Poids: Taille: Se
<b>Histoire pathologique:</b> (résumé) Dg principal:			
Traitements Oncologiques : (souligner les traitements en cours )			
Chirurgie:	Radiothérapies:	Chimiothérapies:	Autres:
<b>Histoire Douleur:</b> Durée (date début): Histoire / causes suspectées: Traitements essayés ( souligner Tmt en cours )		<b>Evaluation Douleur (à la CS Or Index OMS ( ou KARNOF SKY ) ):</b> Localisation(s): Quantifications: EVA:EN: EVS: EC: soulagement: HAD: A = D = Gènes principales:	
Autres:			
Fiche-Oncosudouleur RECTO			



# SCHEMA SYNOPTIQUE: Conduite à Tenir

## 1. EVALUATION:

- Interrogatoire, examen et analyse clinique
- Relecture Paraclinique
- Evaluation des traitements antérieurs
- Diagnostic étiologique d'une situation nouvelle
- Echelles d'évaluation (repérage de niveau initial)

## 2a. TRAITEMENTS ETIOLOGIQUES:

Le traitement de la Douleur d'origine Tumorale reste avant tout ETIOLOGIQUE

## 2b. TRAITEMENTS DOULEUR:

Approche Globale Interdisciplinaire

Composante Nociceptive

Composante Neuropathique

Composante Psychogène

### Médicaments Antalgiques:

#### Echelle de l'OMS

- niveau 1: Paracétamol AINS
- niveau 2: Morphiniques « faibles »  
*Codéine, Dextropropoxyphène, Tramadol*
  - niveau « 2bis »:  
agonistes partiels *Buprénorphine*  
agonistes antagonistes *Nubaine*
  - niveau 3: Morphiniques « Forts »  
*Morphine, Fentanyl, Sufentanil, Péthidine, Hydromorphone*

### Co-analgésiques:

- Corticoïdes
- Anxiolytiques
- Myorelaxants
- Anti-émétiques

### Techniques Interruptives:

- Blocs Anesthésiques  
*Péridurale, Intrathécale, infiltrations, blocs périph*
- Neurolyses.
- Neurochirurgie *Cordotomies*

### Physiopathologiques:

- Cimentoplasties
- Diphosphonates
- Radiothérapie antalgique

### Médicaments Antalgiques:

- Anti-épileptiques
- Tricycliques
- Anesthésiques locaux
- Clonidine
- Kétamine (topiques)

### Techniques de Stimulation:

- NSTC / TENS
- Neurostim Médullaire (Neurostim Thalamique)
- Neurostim Corticale

### Autres:

- Médicaments de l'humeur
- Acupuncture
- Physiothérapie
- Méso-, Réflexothérapie
- Neurochirurgie  
*radicellectomies, DREZ*

### Médicaments:

- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Normothymiques (Neuroleptiques)

### Thérapies:

- Cognitives
- Comportementales
- Groupe
- Communication
- Psychanalytiques etc...

### Approche Corporelle:

- Massages
- Physiothérapie
- Chaud froid
- Relaxations
- Sophrologie
- Hypnose, suggestion
- Yoga etc...

# Fiche Onco-Douleur

N° dossier Onco-Sud:  
Code de localisation:  
UCP proposante:

Date de consult.	Lieu de consult.	Consultant:	Onco référent:
------------------	------------------	-------------	----------------

## Identité Patient:

NOM:                      Prénom:                      DN:                      Poids:                      Taille:                      Sexe:

## Histoire pathologie: (résumé)

Dg principal:

## Traitements Oncologiques: (souligner les traitements en cours)

Chirurgies:	Radiothérapies:	Chimiothérapies:	Autres:
-------------	-----------------	------------------	---------

## Histoire Douleur:

Durée (date début):

Histoire / causes suspectées:

Traitements essayés (souligner Tmt en cours)

## Evaluation Douleur (à la CS Onco):

Index OMS (ou KARNOFSKY):

Localisation(s):

Quantifications: EVA/EN:  
EVS:  
EC:  
soulagement:

HAD: A =                      D =

Gênes principales:

Autres:

**Consultation ALGIOLOGIE Oncosudouleur**  
**Consultation(s) initiale(s)**

Date(s) de consult.	Lieu de consult.	Consultant(s):	Algo(s) référent(s):
---------------------	------------------	----------------	----------------------

<p><b><u>Histoire Douleur:</u></b>          Durée (date début):          Histoire / causes suspectées:          Traitements essayés (souligner Ttmt en cours)</p>	<p><b><u>Evaluation Douleur:</u></b>          Index OMS (ou KARNOFSKY):  <u>Localisation(s):</u>    <u>Quantifications:</u> EVA/EN:          EVS:          EC:          soulagement:    <u>Temporalité:</u>    <u>Facteurs +/-:</u>    <u>HAD:</u> A =        D =  <u>Gênes principales:</u>    <u>Autres dimensions:</u></p>
<p><b><u>Examen clinique:</u></b></p>	

<p><b><u>Bilan Diagnostique:</u></b>          Somatique:        Nociceptif :        Neuropath:          Idéation:          Psycho-social:</p>
---

Plan(s) Thérapeutique(s) proposé(s)

Antalgiques:

Adjuvants:

Techniques:

Ttmts non médicamenteux:

Investigations:

**Consultation ALGIOLOGIE Oncosudouleur**  
**Consultation(s) de suivi**

Date(s) de consult.	Lieu de consult.	Consultant(s):	Bilans et Cà T:

# Référents et Organisation

## Douleur Oncosud

**ORGANIGRAMME des  
CONSULTATIONS  
DOULEURS ONCOLOGIQUES**  
*Réseau ONCO-Sud*  
**Année 2000 - 2001**

SITE	NOM	Spécialité / Orientation	Jours de Consulta- tion Doul. Onco	téléphone	Fax /  E-mail
CH Cavaillon	<b>CARRIERE Michèle</b>			<b>04 90 78 85 00 poste 46 80</b>	
CHA Anesthésie	<b>ESTEVE Michel</b>	Anesthésiste <i>Algologie Gale</i>	Jeudi AM 15h30-18h	<b>04 32 75 38 56</b> - 34 84	04 90 87 17 30 MEsteve@ch- avignon.fr
clinique Ste Cathé- rine Hôpital de Jour	<b>KIRSCHER Sylvie</b>	Généraliste Oncologue <i>Chimiothéra- pie</i>  <i>Algologie</i>	<b>Tous les jours</b>  Sauf Vendre- di	<b>04 90 27 62 60</b>	04 90 27 62 71
CHA Soins Pallia- tifs	<b>PERINEAU Mireille</b>	Gérontologue Soins Palliatifs <i>Algologie</i>	Jeudi AM 14h-16h en alter- nance	<b>04 32 75 38 56</b>	04 32 75 38 57
clinique Ste Cathé- rine consulta- tions	<b>PIOLLET Isabelle</b>	<i>Psychiatre</i>  <i>Psycho- Oncologie</i>			04 90 27 62 71
clinique Urbain V CS Douleur	<b>ROUX Alain</b>	Généraliste Algologue			
CHA Soins Pallia- tifs	<b>VIDAL Jean Luc</b>	Généraliste Soins Palliatifs	Jeudi AM 14h-16h en alter- nance	<b>04 32 75 38 56</b>	04 32 75 38 57

Ce tableau recense les Praticiens ayant accepté d'être REFERENTS Algologues dans le cadre du réseau ONCO-Sud, avec leurs spécialités et options respectives, précisant leurs lieux et heures de rendez-vous pour des consultations Douleur Oncologique, ainsi que leurs références téléphoniques. Cette liste est périodiquement remise à jour. Ces référents se proposent également en tant que « conseils » éventuels à la disposition des différentes UCP du réseau Onco-Sud.

**ORGANIGRAMME**  
des  
**REFERENTS DOULEURS**  
*Etablissements du Réseau ONCO-Sud*  
*Année 2000 - 2001*

Etablissement / adresse	NOM	Spécialité / Options	Téléphone / fax / E-mail
<b>APT</b> Centre Hospitalier	<b>Dr AMOUROUX</b>		
<b>CAVAILLON</b> Clinique St ROCH 29 rte de Gordes BP65 84302 CAVAILLON Cedex	<b>Dr BLERY Christian</b>	Anesthésie	
<b>CAVAILLON</b> Centre Hospitalier	<b>Dr CARRIERE Michèle</b>		
<b>GORDES</b> Hôpital local	<b>Dr CHANON</b>		
<b>LAURIS</b> Centre Hospitalier	<b>Dr MALARDEAU</b>		
<b>PUY Ste REPARADE</b> Les Oliviers	<b>Dr VIGNAL Christian</b>		
<b>SALON de Provence</b> Centre Hospitalier	<b>Dr CASTAGNY</b> <b>Dr MACCAGNO</b>		
<b>VAISON la Romaine</b> Hôpital local	<b>Dr DERONZIER Claude</b>	Soins Palliatifs	
<b>AVIGNON</b> Centre Hospitalier Henri Dufaut 305 r Raoul Follereau 84000 AVIGNON	<b>Dr ESTEVE Michel</b> <b>Dr PERINEAU Mireille</b> <b>Dr VIDAL Jean Luc</b>	Anesthésie Géronto Soins Palliatifs MG Soins Palliatifs	04 32 75 38 56 / 34 84 04 32 75 38 56 / 38 57  Fax CHA : 04 90 87 17 30
<b>AVIGNON</b> Clinique de Provence	<b>Dr ROUVIERE</b>		
<b>AVIGNON</b> Clinique Montagard	<b>Dr WAGNER</b>	Anesthésie	
<b>AVIGNON</b> Clinique Rhône-Durance	<b>Dr MAES Anne</b>	Anesthésie	
<b>AVIGNON</b> Polyclinique Saint André	<b>Dr SYLVESTRE</b> <b>Dr NABANNE</b>		
<b>AVIGNON</b> Institut Ste Catherine	<b>Dr KIRSCHER Sylvie</b>	MG Oncologue	04 90 27 62 60 fax : 04 90 27 62 71
<b>AVIGNON</b> Institut Ste Catherine	<b>Dr PIOLLET Isabelle</b>	Psychiatre	fax : 04 90 27 62 71

Liste des praticiens référents Douleur dans les établissements affiliés au réseau ONCO-Sud, ayant accepté la qualité de Référent local « Douleur Oncologique ». Cette liste ne présume pas de l'existence de consultation « Douleur Oncologique » spécifique dans ces établissements, mais seulement de la volonté de « référent » des praticiens cités, engagés par un désir de méthodes, communications et outils communs au Réseau ONCO-Sud en matière de Douleur Oncologique. Cette liste est réactualisée périodiquement.