

# Douleur et médecine palliative

Expert : Prof Sophie Pautex, service de médecine palliative

Animation: Dre Anne-Claire Bréchet, service de médecine pénitentiaire

# Objectifs:

---

1. Savoir identifier les facteurs prédictifs des difficultés potentielles à assurer une prise en charge optimale de la douleur
2. Connaitre les principales particularités des opiacés les plus courants, leurs effets secondaires et les indications à faire une rotation d'opiacés

# Mme D, 68 ans

---

- Elle se rend à votre cabinet, accompagnée de son mari en urgence pour des douleurs.
- Elle évalue l'intensité de sa douleur à 9/10 à la mobilisation et à 5/10 au repos (3/10 est jugé supportable).
- Les douleurs sont aggravées par la moindre mobilisation, la respiration profonde ou la toux
- Les symptômes associés sont une dyspnée (7/10), une anxiété (8/10) et une dépression (9/10).
- Comme conséquence, elle ne sort presque plus de chez elle, hormis pour se rendre aux différentes consultations médicales.

# Mme D, 68 ans

---

- Elle vit à domicile avec son époux.
- Elle est connue pour:
  - un diabète de type 2 non insulino-requérant
  - une BPCO Gold IV très sévère
  - Une ostéoporose sévère.....
- Elle présente des douleurs vertébrales sur des tassements TH10-12 et au niveau du bassin, insuffisamment soulagées sous tramadol 3x50mg/J et 25mg en R 3x et paracétamol 3x1gr/J.

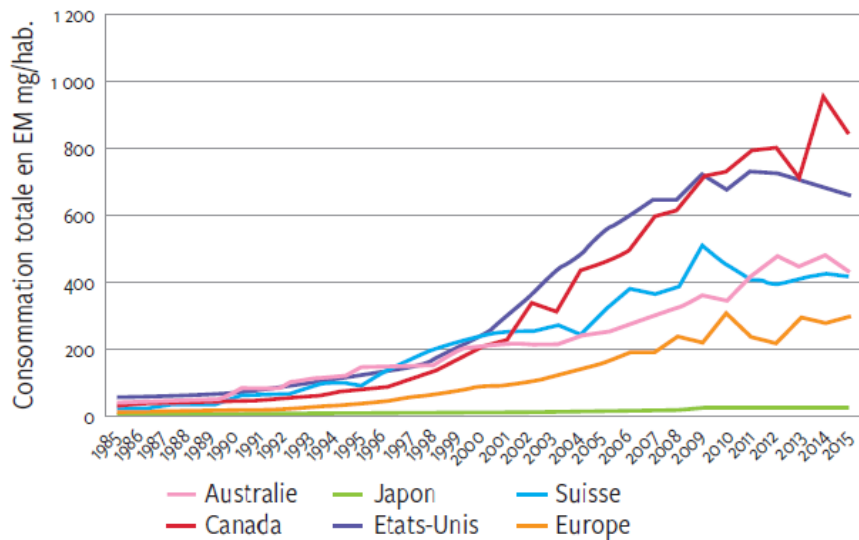
# Questions

---

1. Faut-il introduire des opiacés chez Mme D malgré le risque de dépendance?

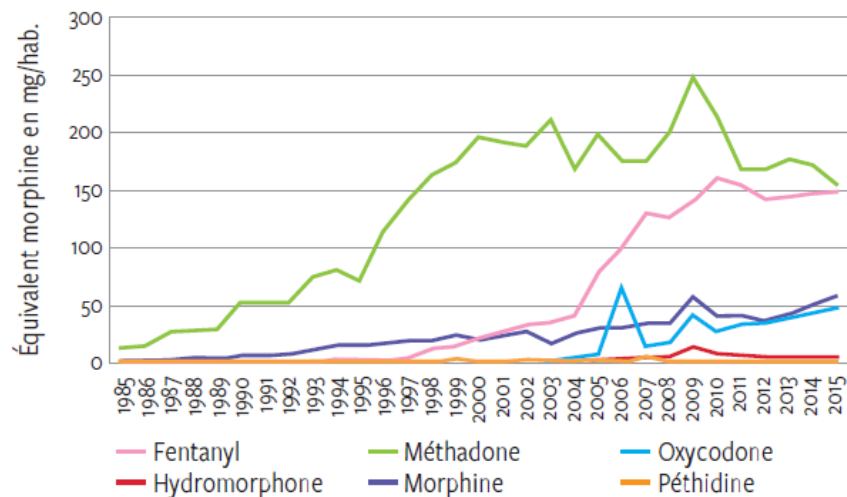
**FIG 1**

**Consommation totale d'opioïdes en équivalent morphinique de 1985 à 2015**



**FIG 3**

**Consommation en Suisse, entre 1985 et 2015, par opioïde en équivalent morphinique**



# Opioid risk tool

*Opioid Risk Tool (ORT)* [40]. Outil permettant la catégorisation rapide d'un patient en niveaux de risque de développement ultérieur d'un mésusage au moment de l'initiation du traitement antalgique.

	Score si femme	Score si homme
<i>Antécédents familiaux de troubles d'usage de substance(s)</i>		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments prescrits	4	4
<i>Antécédents personnels de troubles d'usage de substance(s)</i>		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments prescrits	5	5
Âge entre 16 et 45 ans	1	1
Antécédent d'abus sexuel dans l'enfance	3	
<i>Trouble psychique</i>		
TDAH, TOC, trouble bipolaire, ou schizophrénie		2
Dépression	1	1
<i>Score total</i>		

1 seul prescripteur  
Longue durée action  
Réévaluation

Catégorie de risque de mésusage en fonction du score total : 0-3 : risque faible ; 4-7 : risque modéré ;  $\geq 8$  : risque élevé ; TDAH : trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; TOC : trouble obsessionnel compulsif.

# Questions

---

1. Introduire des opiacés chez D malgré le risque de dépendance? **OUI**
2. Comment choisir l'opiacé le plus adapté pour D?

# Est-ce que ce sont des douleurs qui vont être difficiles à soulager?

## *Edmonton Classification System for Cancer Pain*

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient ID No: \_\_\_\_\_

For each of the following features, circle the response that is most appropriate, based on your clinical assessment of the patient.

1. **Mechanism of Pain**

- No No pain syndrome
- Nc Any nociceptive combination of visceral and/or bone or soft tissue pain
- Ne Neuropathic pain syndrome with or without any combination of nociceptive pain
- Nx Insufficient information to classify

2. **Incident Pain**

- Io No incident pain
- Ii Incident pain present
- Ix Insufficient information to classify

3. **Psychological Distress**

- Po No psychological distress
- Pp Psychological distress present
- Px Insufficient information to classify

4. **Addictive Behavior**

- Ao No addictive behavior
- Aa Addictive behavior present
- Ax Insufficient information to classify

5. **Cognitive Function**

- Co No impairment. Patient able to provide accurate present and past pain history unimpaired
- Ci Partial impairment. Sufficient impairment to affect patient's ability to provide accurate present and/or past pain history
- Cu Total impairment. Patient unresponsive, delirious or demented to the stage of being unable to provide any present and past pain history
- Cx Insufficient information to classify.



Douleur neuropathique  
Douleur incidente  
Dépendance  
Troubles cognitifs

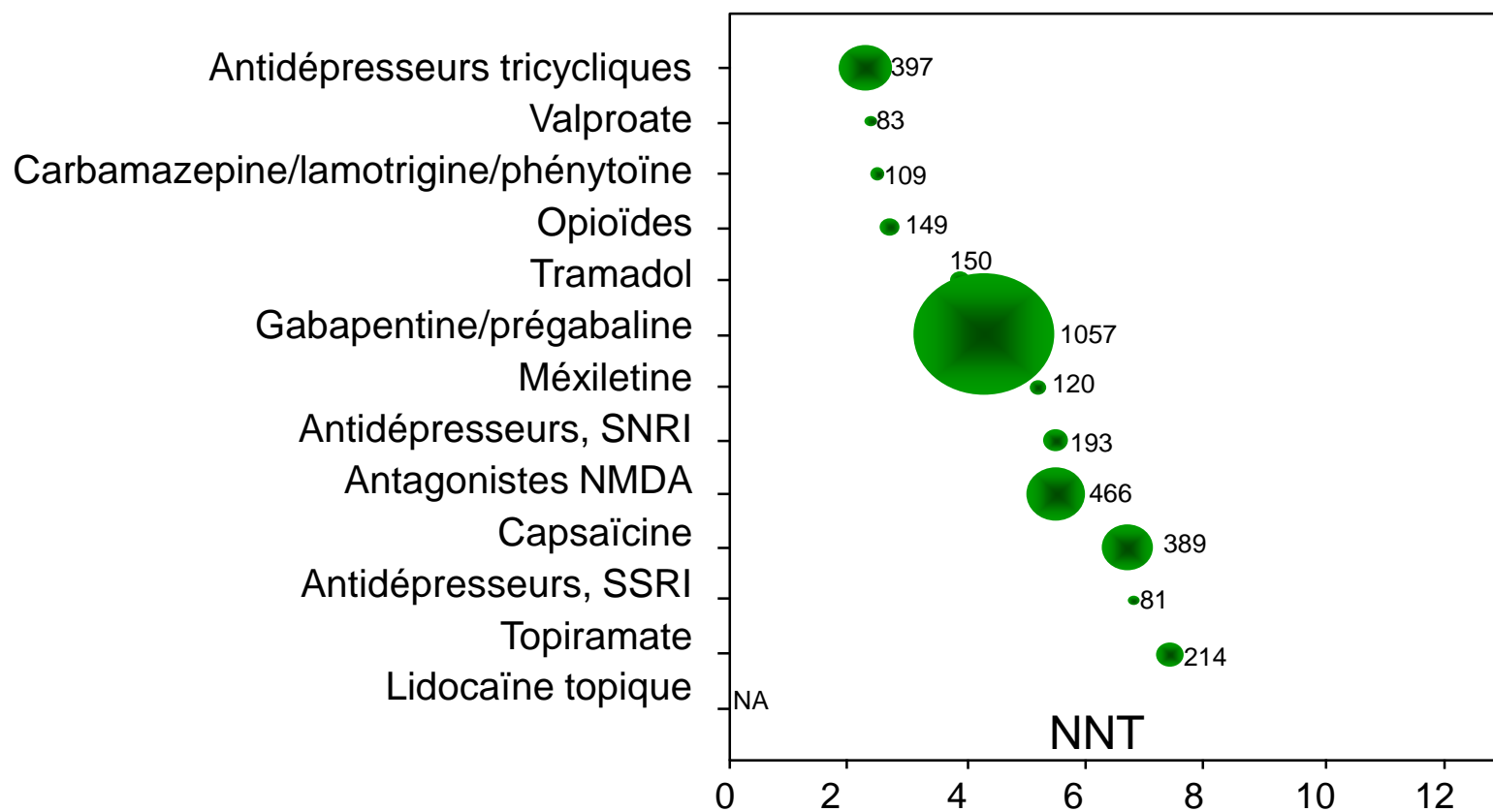
*ECS-CP profile: N I P A C (combination of the five responses, one for each category)*

Assessed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Douleurs neuropathiques

## Douleurs neuropathiques périphériques



# Douleurs neuropathiques (2)

## QUESTIONNAIRE DN4 DOULEUR NEUROPATHIQUE

Nom – Prénom :

Date :

**QUESTION 1** : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 2** : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3** : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4** : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du patient =  
..... / 10

# Douleur incidente

---

- Exacerbation transitoire de la douleur qui se manifeste soit spontanément, soit en lien avec une stimulation qui est prédictable, ou non , malgré une douleur basale bien contrôlée.
- Elle peut être spontanée ou induite (marche; physiothérapie, les soins, les examens....)
- Dure environ 15 min, maximum 60 minutes

# En résumé

- Facteurs de mauvais «pronostic»:

- Douleurs neuropathiques
- Douleurs incidentes
- Dépendance
- Troubles cognitifs

- Douleur totale ou les autres symptômes

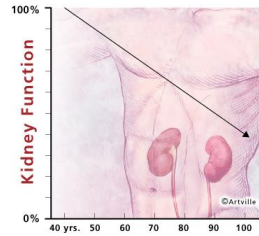
## ECHELLE D'EVALUATION DES SYMPTÔMES EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM - ESAS

Date :                      Heure :                      Nom - Prénom :

REPLIR PAR : <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> FAMILLE <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> PATIENT AIDÉ PAR SOIGNANT		
TRACER SUR LES LIGNES CI-DESSOUS UNE BARRE VERTICALE (OU UNE CROIX) CORRESPONDANT LE MEILLEU À CE QUE VOUS PENSEZ ÊTRE ACTUELLEMENT :		
Pas de douleur		Douleur maximale
Pas de fatigue		Fatigue maximale
Pas de nausée		Nausées maximales
Pas de déprime		Déprime maximale
Pas d'anxiété		Anxiété maximale
Pas de somnolence		Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit		Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement		Essoufflement maximal
Je me sens bien		Je me sens mal
Autres symptômes (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.):		
_____		
_____		

# Les autres éléments à intégrer

- La fonction rénale

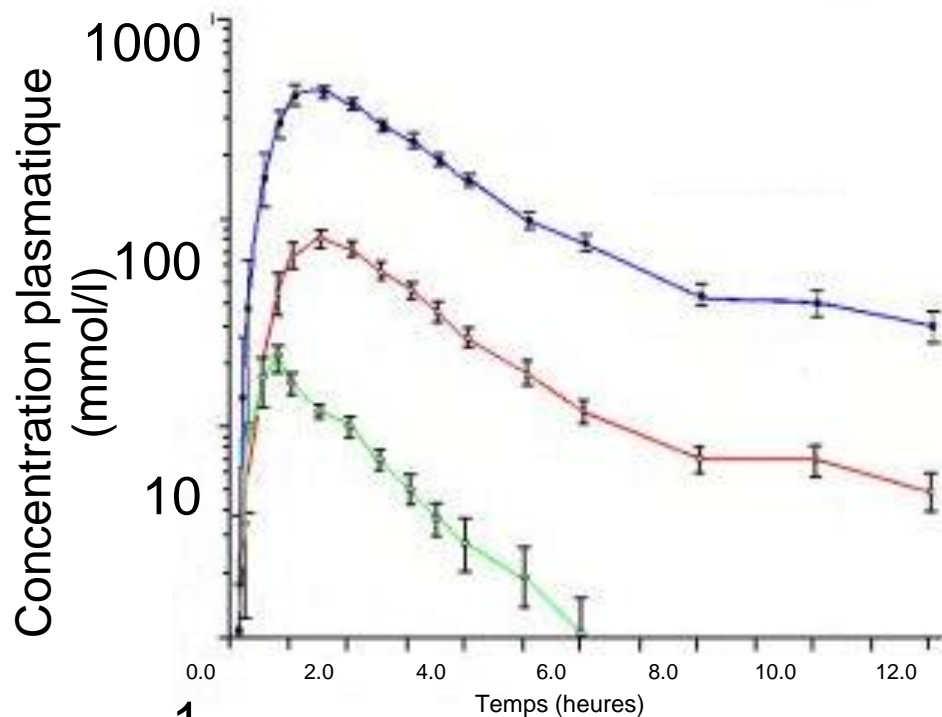


# FONCTION RENALE

Opioïde	Insuffisance rénale
Tramadol	Accumulation
Buprénorphine	
Tapentadol	Accumulation
Morphine	Accumulation
Hydromorphone	Accumulation
Oxycodone	Accumulation
Fentanyl	
Méthadone	

# FONCTION RENALE

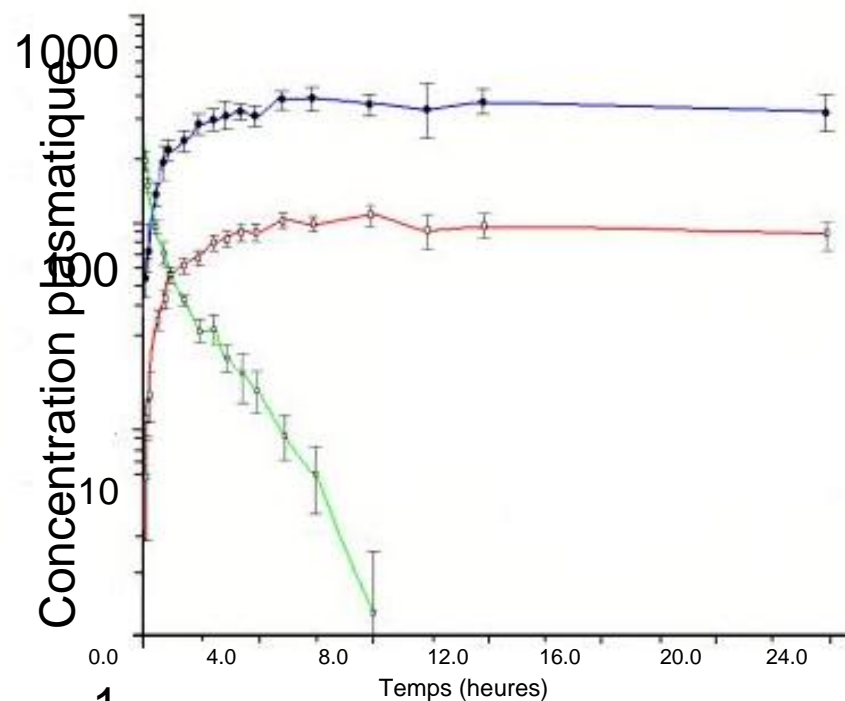
Sujets sains Morphine PO



1

Morphine Morphine-6-G Morphine-3-G

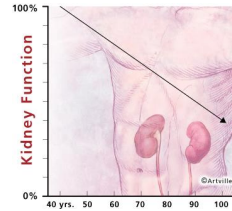
Insuffisants rénaux Morphine IV



1

# Les autres éléments à intégrer

- La fonction rénale



- Les interactions médicamenteuses



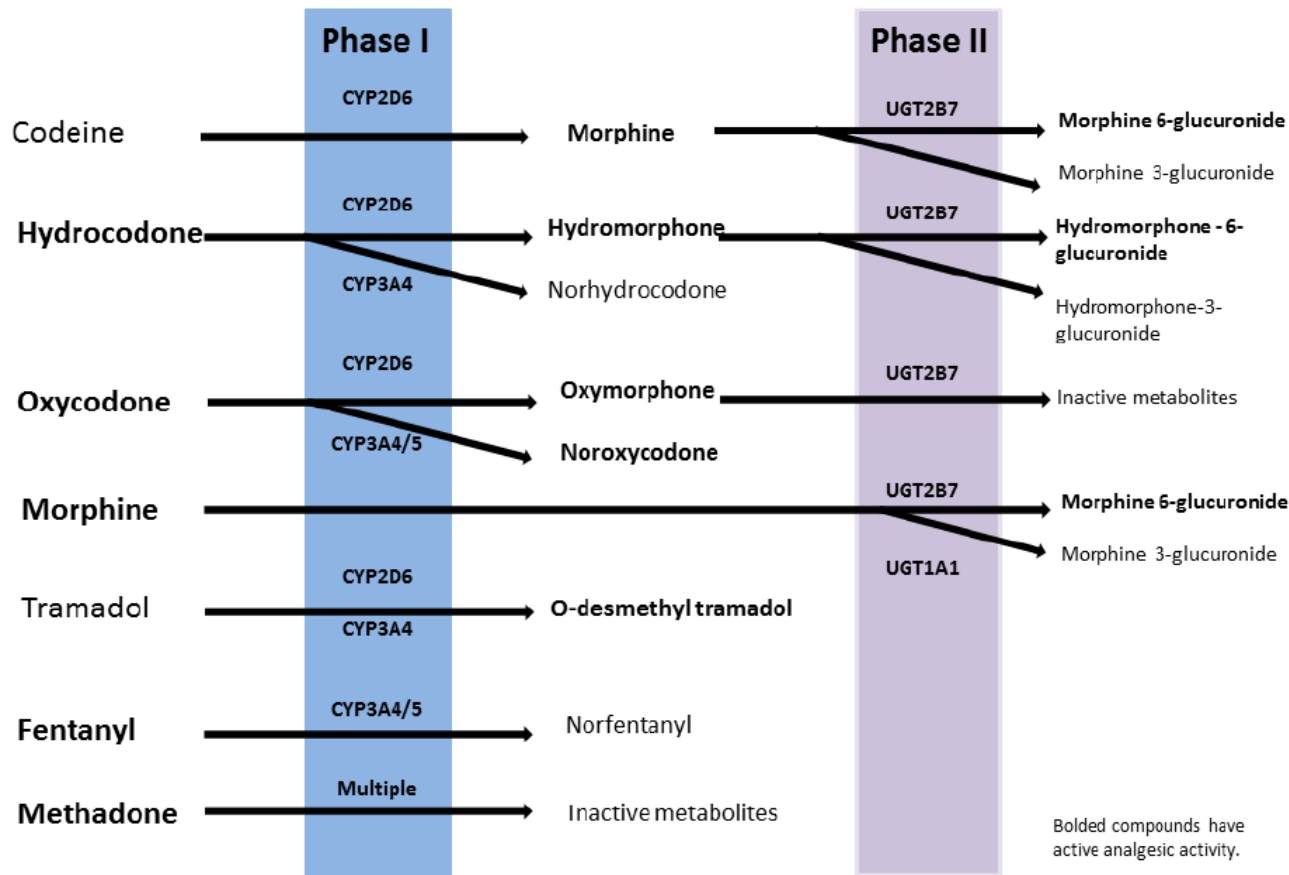
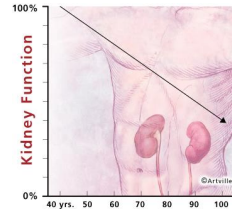


Figure 1. Metabolic pathways of opioid analgesics in the liver. CYP = cytochrome P450; UGT = uridine diphosphoglucuronosyltransferase.

Opioïde	Interactions médicamenteuses
Tramadol	IMAO, sérotoninergiques, inducteurs/inhibiteurs CYP2B6, 2D6,3A4
Buprénorphine	μ opioid antagonist      Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4
Tapentadol	IMAO
Morphine	
Hydromorphone	
Oxycodone	Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4 (2D6)
Fentanyl	Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4
Méthadone	Inducteurs/inhibiteurs CYT3A4 (2D6, 1A2)

# Les autres éléments à intégrer

- La fonction rénale



- Les interactions médicamenteuses



- Les effets indésirables

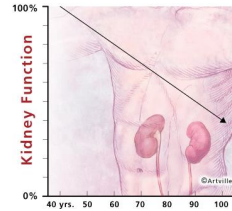
# Effets indésirables

Effet secondaire	%	Dose dépendant	Tolérance	Traitement
Constipation	40-70	Oui	Non	Prophylaxie
Nausées				Antémide, rotation
Sédation				Antémide, rotation, antiémétique
Neurotoxicité				Hydratation
Delirium	?	?	Non	Halopéridol si delirium
Hyperalgésie, allodynie				
Myoclonies				
Sédation sévère				
Dépression respiratoire		Oui	Oui	Naloxone si sévère

19 patients atteints d'un cancer / 20 qui ont des opiacés prescrits et les tolèrent vont avoir leur douleur soulagée (modérée à 0) en 14 jours  
 La plupart vont être atteints de constipation ± nausées  
 1-2 /10 vont nécessiter un changement de traitement en raison d'effets indésirables intolérables  
 La morphine reste l'opiacé de référence pour les patients avec douleurs modérées à sévères

# Les autres éléments à intégrer

- La fonction rénale



- Les interactions médicamenteuses



- Les effets indésirables

- La dyspnée

# Opiacés-dyspnée



Cochrane Database of Systematic Reviews

## Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness (Review)

Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R

### Background

People with lung disease may experience breathlessness. Initial treatments should focus on the underlying causes of breathlessness. However, as the disease progresses, it may be better to focus on treating the symptoms. As well as standard care, opioids (e.g. morphine, given either by mouth, by nebuliser, or injected) may help relieve these symptoms. However, opioids also have side effects, such as drowsiness, constipation, nausea (feeling sick), and vomiting.

### Review question

We wanted to know if opioid drugs reduced breathlessness in people with lung disease. We also looked at whether opioids improved their ability to exercise, and what side effects people had. We also wanted to know if opioid drugs improved their quality of life.

### Study characteristics

We searched for studies up to 19 October 2015, and we included 26 studies with 526 people. These people had breathlessness from different types of lung disease. Some were given opioid drugs and some were given other drugs or a placebo, and studies compared the reporting of breathlessness to see if there was any difference. Some studies also looked at the amount of time people could exercise to see if there were any differences. Some people came from home, and some came from the hospital setting.

### Key findings

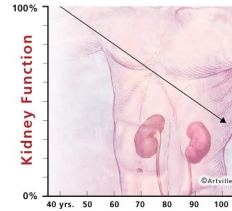
There was some low quality evidence that showed a benefit of using oral or injectable opioid drugs for the treatment of the symptoms of breathlessness. There was no evidence for opioids by nebuliser. Some people experienced drowsiness, nausea, and vomiting. More research is needed using more people, and looking at effects on quality of life.



Morphine  
Hydromorphone

# Les autres éléments à intégrer

- La fonction rénale



- Les interactions médicamenteuses



- Les effets indésirables

- La dyspnée

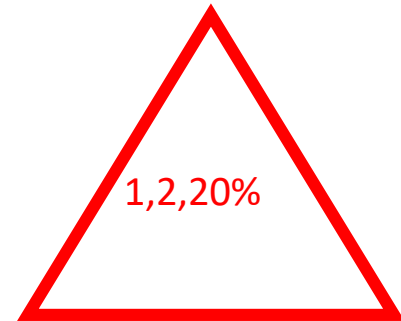
- Voies administration

# Mme D

- ✓ Intensité douleur 6/10 constante
- ✓ Pas d'évidence douleurs neuropathiques (DN4=0)
- ✓ Fonction rénale clear creat calculée: 54ml/min
- ✓ Citalopram prescrit pour un état dépressif associé
- ✓ Pas d'expérience opiacés autre que le tramadol
- ✓ Dyspnée stade 4
- ✓ Qu'introduisez-vous?

# P.EX LA MORPHINE

- ✓ Commencer par la morphine en libération immédiate p.o si possible
- ✓ Dose initiale:
  - ✓ 6 x 2.5mg sol p.o si âgé et malade
  - ✓ 6 x 5mg sol.p.o si âgé et en « bonne santé »
  - ✓ 6 x 10mg sol. p.o si jeune
- ✓ Doses de réserves: 10% dose totale
- ✓ Augmentation: paliers de 30%
- ✓ Morphine parentérale:
  - ✓ Passage p.o -sc : diviser la dose/2
  - ✓ Passage p.o - iv : diviser la dose/3
- ✓ MST
  - ✓ Durée action 8-12h
  - ✓ Ne pas cliver
  - ✓ Donner doses de réserves de forme courte durée action
- ✓ Anticipation des effets secondaires: constipation-nausées en R



# Mme D

- ✓ Reçoit de la morphine orale depuis 7 jours, elle présente des nausées avec vomissements, malgré la prise systématique d'anti-émétique
- ✓ Que faire?

# INDICATION ROTATION

## **Tableau 2. Situations cliniques justifiant le recours à la rotation d'opioïdes**

(Adapté de réf.<sup>11</sup>).

### **Survenue d'effets indésirables intolérables (que la douleur soit contrôlée ou non)**

- Effets neurologiques (somnolence, vertiges, euphorie, agressivité, tolérance, dépendance, hyperalgésie)
- Effets respiratoires (bradypnée, dépression respiratoire)
- Effets gastro-intestinaux (constipation, nausées, vomissements)

### **Compliance inadéquate**

- Difficulté à avaler les comprimés/capsules
- Difficultés de prise liées à un trouble de la vue ou de la préhension
- Représentations du patient

### **Difficultés pharmacologiques ou galéniques**

- Introduction d'un nouveau traitement à l'origine d'une interaction médicamenteuse
- Apparition d'un syndrome de malabsorption
- Pose d'une sonde nasogastrique à but de nutrition

# OPIACES A DISPOSITION

Cinétique des opiacés (correspond à une dose unique hors insuffisance rénale ou hépatique)				
		Délai action	Durée action	Demi-vie
Codéine	PO	30-60 min	4-6h	3h
Tramadol	PO-LI	45 min	2.30h	6h
Tapentadol	PO-LI	45 min	4-6h	4h
	PO-LR		12h	4-6h
Buprénorphine	PO	30-90 min	6-8h	5h
	patch	11-21h	72-96h	26h
	iv	15 min	4-8h	2-3h
	scut	30-60 min	6-8h	-
Morphine	PO-LI+	30-90 min	4-7h	2-3h
	PO-LP	1-3h	12-24h	4-15h
	iv	10-20 min	Env 4h	Env 2h
	scut	30-60 min	Env 4h	1-5h
Hydromorphone	PO-LI	30-60 min	3-4h	2-3h
	PO-LP	3h	12-24h	8-15h
	iv	15 min	4-5h	-
	scut	15 min	4-6h	-
Fentanyl	patch	12-24h	72h	20-27h

# Questions

1. Introduire des opiacés chez D malgré le risque de dépendance ? **OUI**

2. Comment choisir l'opiacé le plus adapté pour D?

- Facteurs mauvais pronostic
- Fonction rénale
- Interactions médicamenteuses
- Expériences précédentes
- Dyspnée
- Voies administration

Et surtout fixer des objectifs mesurables et réévaluer régulièrement les traitements introduits

# Mme D (fin)

- ✓ 3 mois plus tard, Mme D est grabataire au fond de son lit, tachypnéique, n'arrive plus à déglutir, quelques marbrures
- ✓ Que faites vous?

# fin de vie

- Stopper tous les traitements p.o
- Évaluer la douleur
- Soutenir les proches



Réseau douleur

## Echelle CPOT : observation comportementale de la douleur des adultes en soins aigus Critical-Care pain Observation Tool

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Expression faciale						
0	Détendue, neutre	Aucune tension musculaire observable au niveau du visage				
1	Tendue	Front plissé, sourcils abaissés, légers plis nasolabiaux, yeux serrés, ou tout autre changement de l'expression faciale (ouvre soudainement les yeux, larmes lors de la mobilisation)				
2	Grimace	Front plissé, sourcils abaissés, plis nasolabiaux, yeux fermés et serrés, bouche peut être ouverte, patient peut mordre le tube endotrachéal				
Mouvements corporels						
0	Absence de mouvements ou position normale	Immobile, ne bouge pas (ne signifie pas nécessairement une absence de douleur) ; position normale (mouvements non dirigés vers la douleur ou non réalisés dans le but de se protéger de la douleur)				
1	Mouvements de protection	Mouvements lents, prudents ; touche ou frotte le site de douleur ; se dirige vers le site de douleur, les tubes ; touche les tubes ; attire l'attention en tapant du pied ou des mains ; décortication, décébration				
2	Agitation	Tire sur ses tubes, essaie de s'asseoir dans son lit, bouge constamment, ne collabore pas, repousse le personnel, tente de passer les barreaux du lit				
Interaction avec le ventilateur (patient intubé ou trachéotomisé soins intensifs)						
0	Tolère la ventilation ou les mouvements	Alarmes non actives, se laisse ventiler				
1	Tousse mais tolère	Tousse mais se laisse ventiler, alarmes peuvent s'activer mais cessent spontanément				
2	Combat	Asynchrone : bloque sa respiration, déclenche constamment les alarmes				
OU Vocalisation						
0	S'exprime normalement, silencieux	S'exprime normalement ou demeure silencieux				
1	Gémit, soupire	Gémit, soupire				
2	Crie, pleure	Crie, pleure				
Tension musculaire (lors de mouvements passifs ou de mobilisation)						
0	Détendu	Absence de résistance aux mouvements, tonus normal				
1	Tendu, rigide ou crispé	Résistance aux mouvements				
2	Très tendu, rigide ou crispé	Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements, serre les poings				
			Score			



# Rotation des opioïdes: de la théorie à la pratique

## Recommandations interdisciplinaires du réseau douleur des HUG



Les opioïdes sont largement utilisés pour traiter les douleurs modérées à sévères d'origine cancéreuse ou non cancéreuse. Si leur emploi permet d'obtenir une antalgie adéquate chez de nombreux patients, une inefficacité et/ou des effets indésirables intolérables limitent parfois leur utilisation. La rotation des opioïdes est une stratégie proposée pour pallier ces limitations. Cet article revoit le concept de rotation des opioïdes, du rationnel pharmacologique aux modalités pratiques.

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

**DES QUESTIONS???**

sophie.pautex@hcuge.ch