

Le patient douloureux

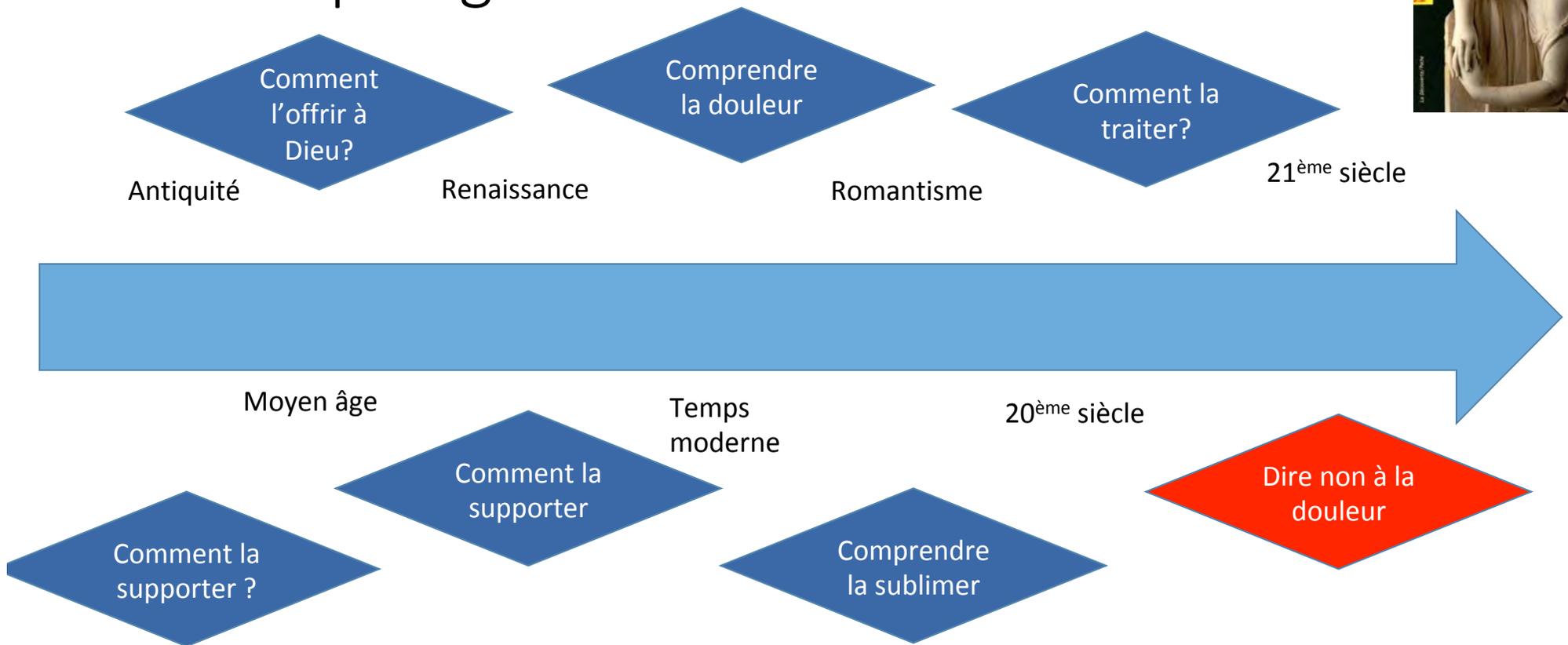
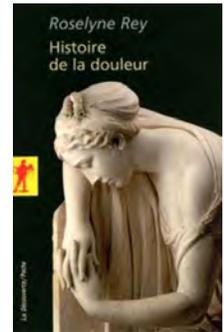


Dr Vincent Fallet

Lien d'intérêt

- **Pas de lien d'intérêt en rapport avec la présentation**
- A bénéficié d'invitation à des congrès médicaux avec hospitalité : Boehringer Ingelheim (EMSO 2018, CPLF 2017), Bristol-Myers Squibb (ESMO 2015), Novartis (ERS 2018, CPLF 2016), SOS Oxygène (CPLF 2014, 2013)
- A bénéficié d'hospitalité lors de réunion : Lilly, Chiesi, BMS, Novartis, AstraZeneca, Takeda, Leo Pharma, InterMune, Boehringer Ingelheim, MSD, Mundi Pharma, Icomed, SOS Oxygène, Roche, Pfizer, Pierre Fabre, LVL médical, GSK, Amgen
- A bénéficié de rémunération pour animation symposium : Lilly (2016)

Anthropologie douleur



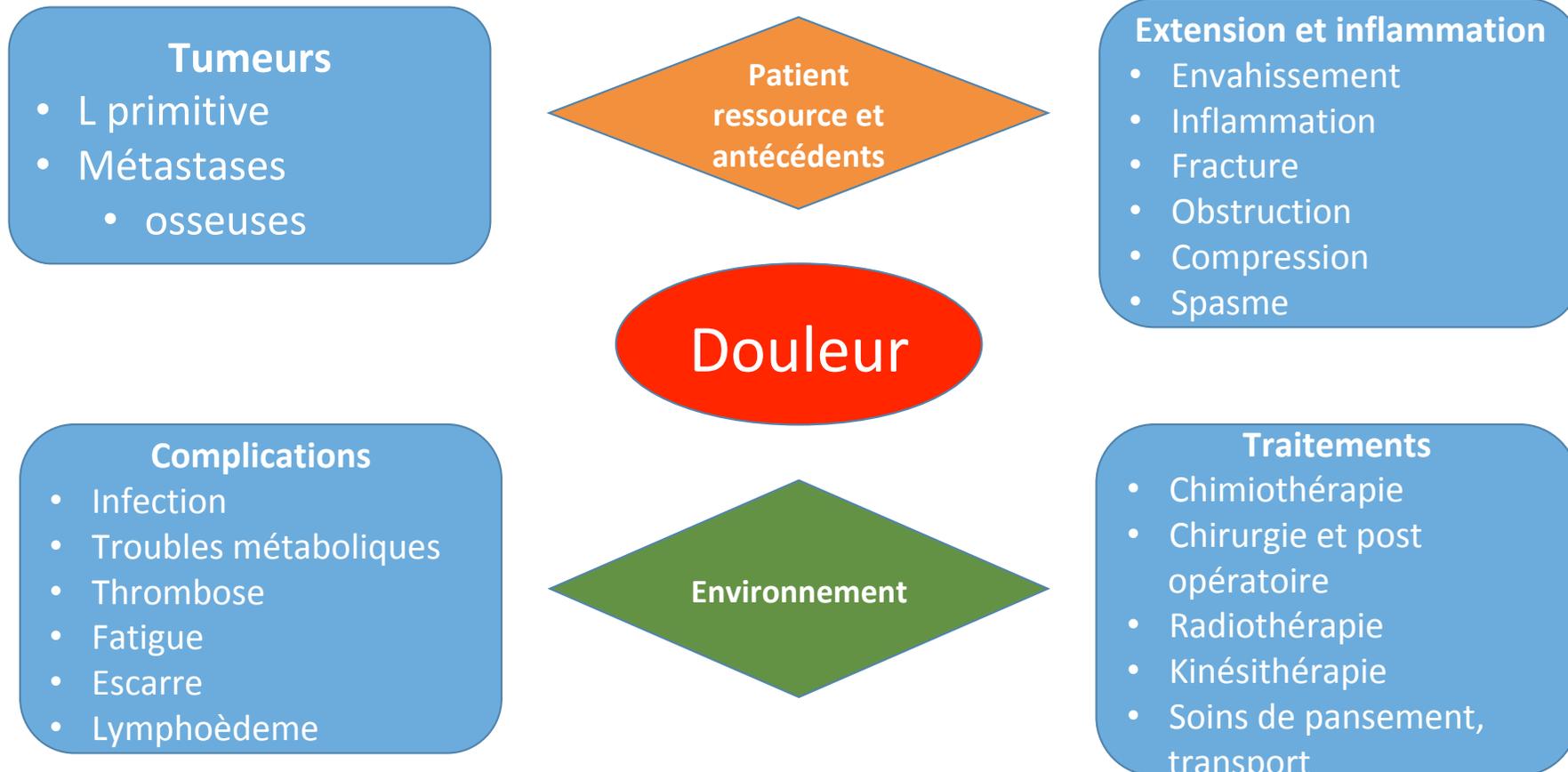
Définition



une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en ces termes.



Causes multifactorielles



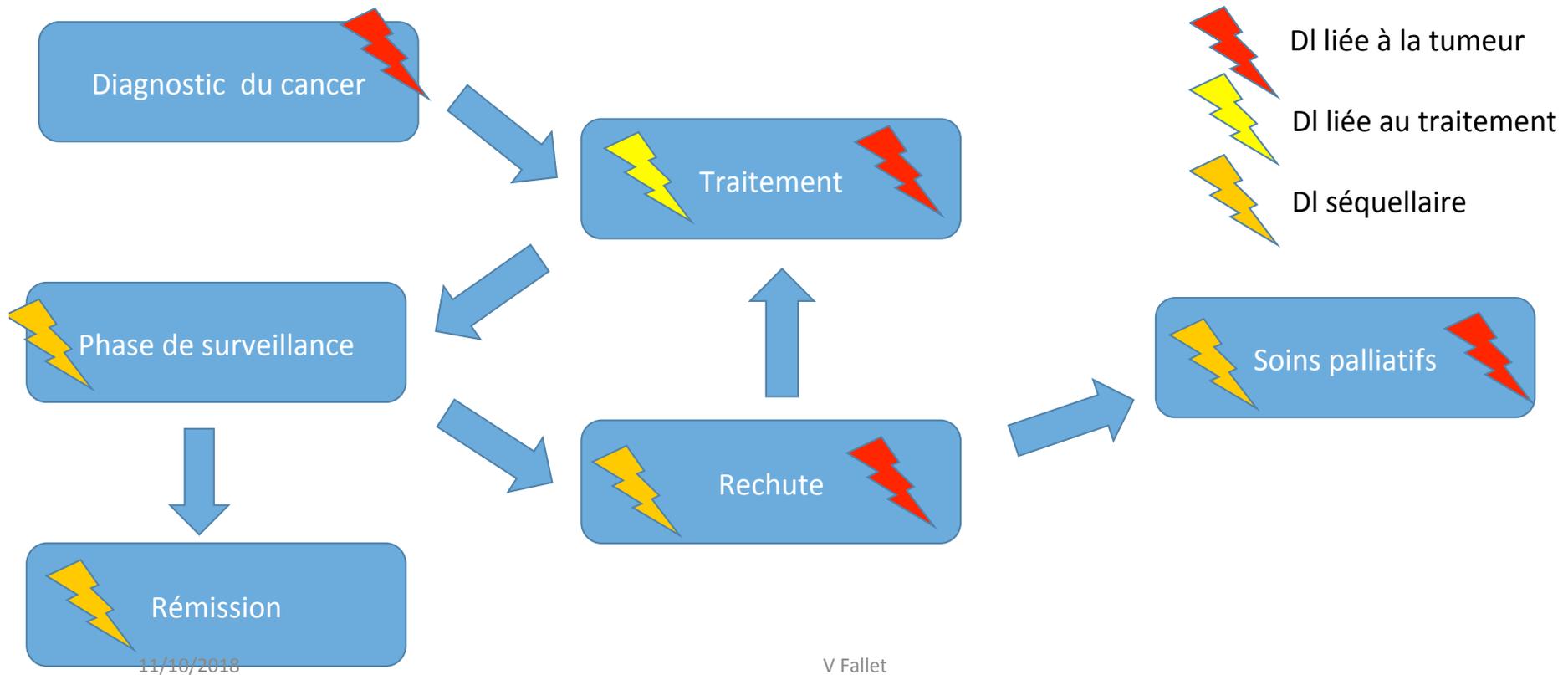
11/10/2018

V Fallet

Mercadante S, Vitrano V. Pain in patients with lung cancer: Pathophysiology and treatment. Lung Cancer. 1 avr 2010;68(1):10-5.

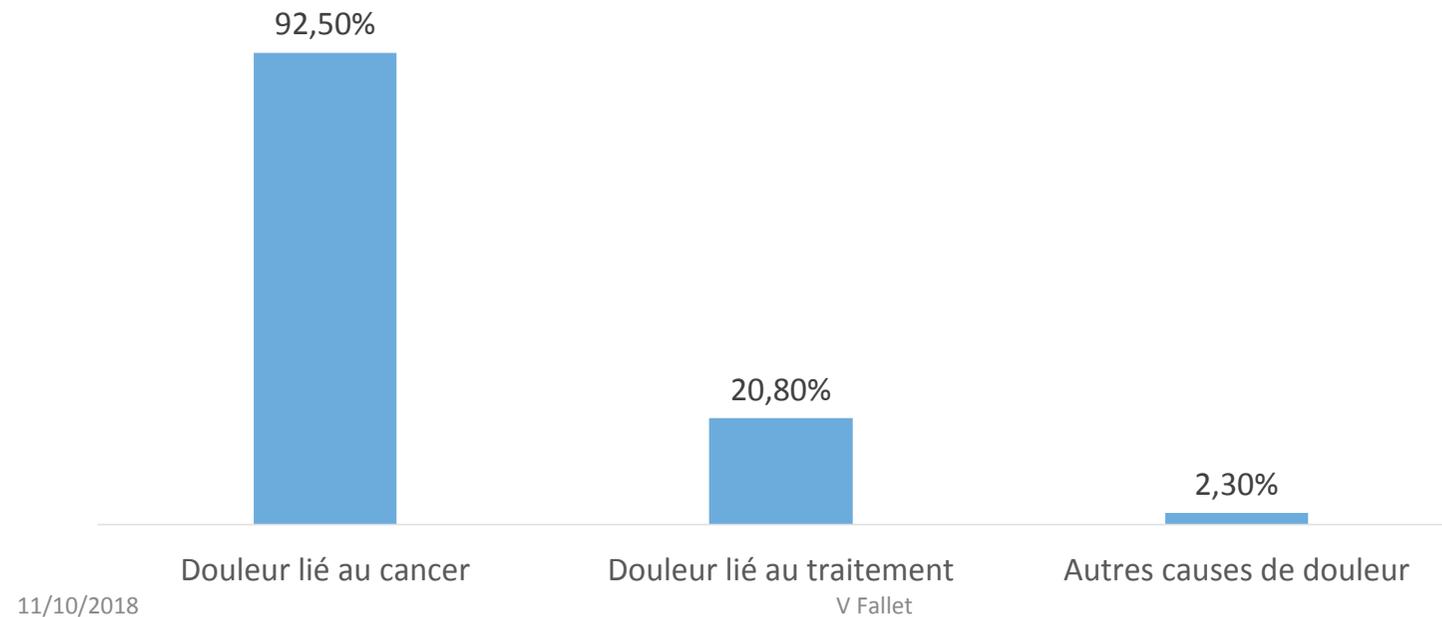
1.

Epidémiologie: complexe et concernant tous les soignants



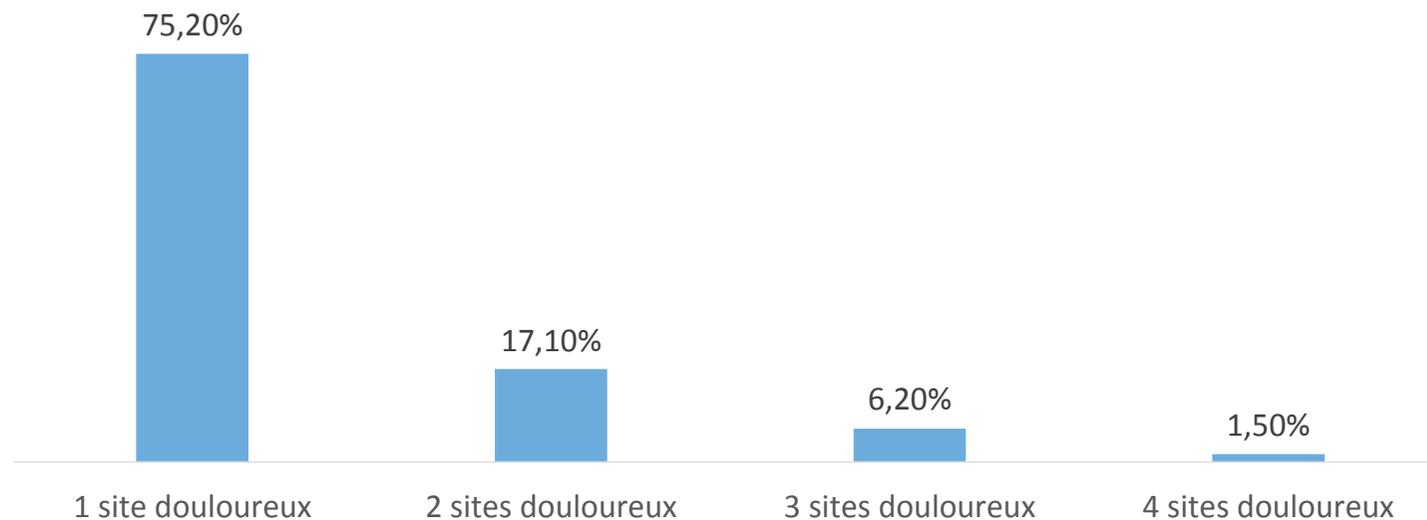
Symptôme fréquent dans les cancers

- Etude multicentrique 1095 patients
(70% de stade métastatique/18% de CBP)



Symptôme fréquent dans les cancers

- Etude multicentrique 1095 patients
(70% de stade métastatique/18% de CBP)



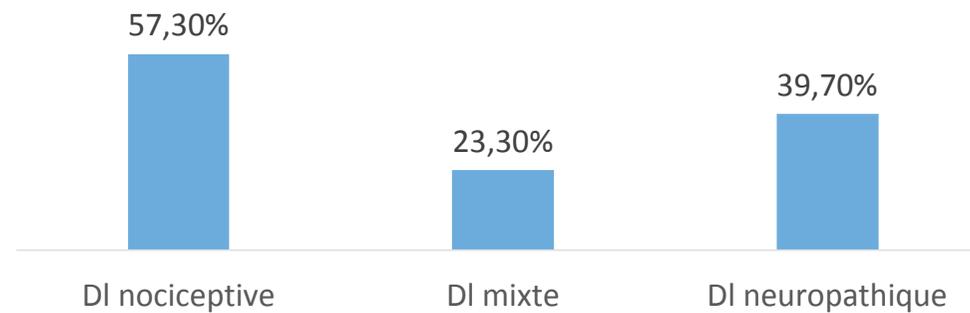
11/10/2018

V Fallet

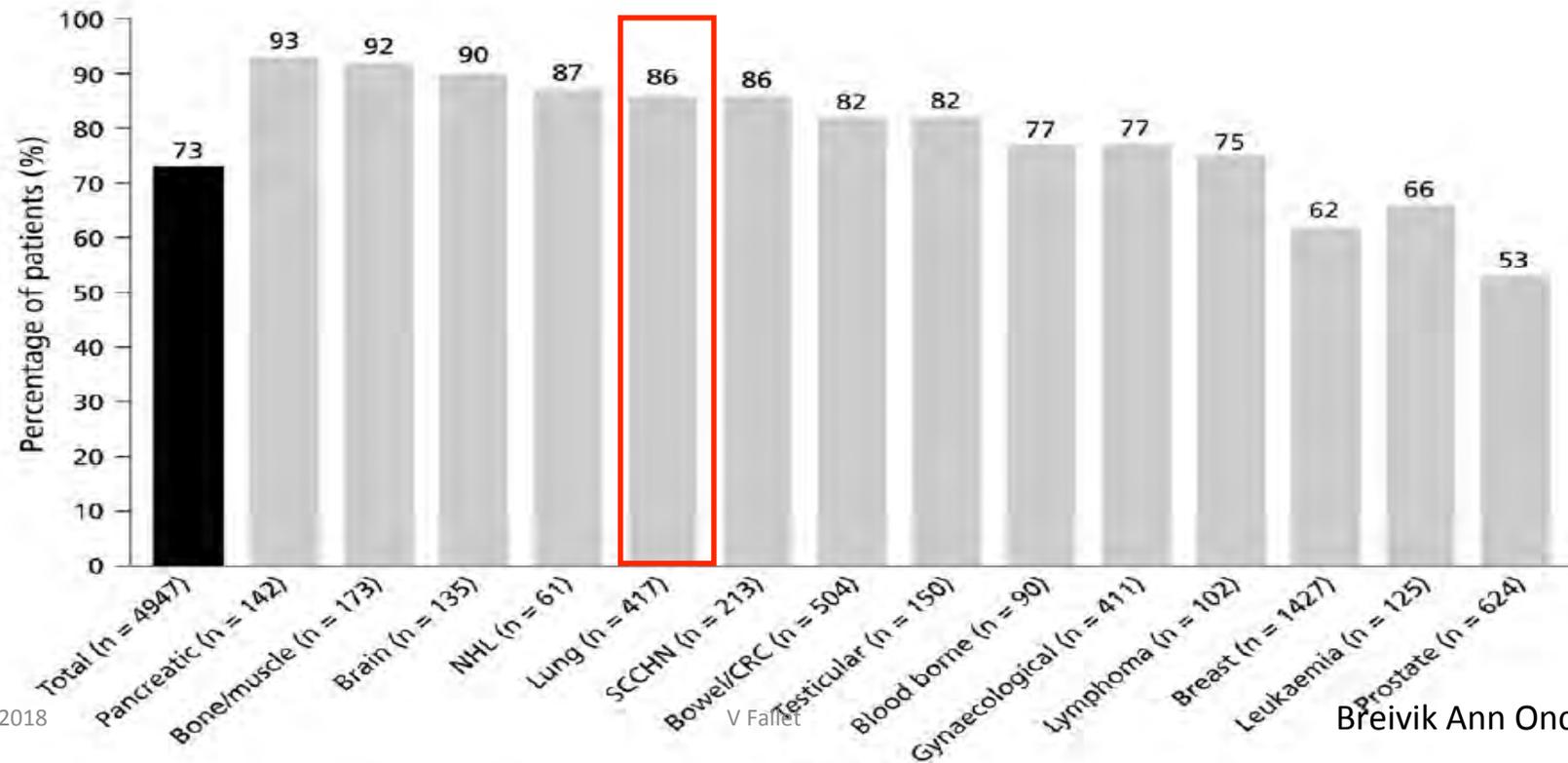
Caraceni A – PAIN - 1999

Symptôme fréquent dans les cancers

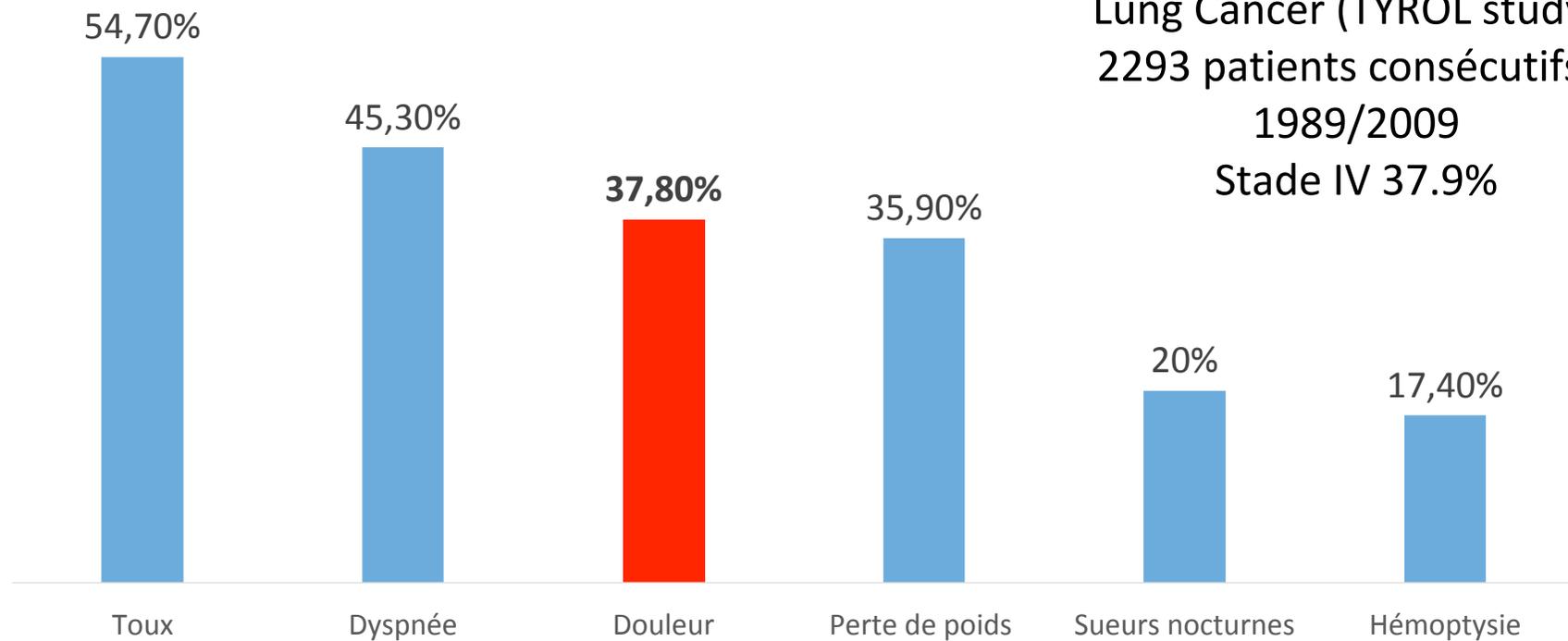
- Etude multicentrique 1095 patients
(70% de stade métastatique/18% de CBP)



Prévalence de la douleur par cancer



Symptômes lors du diagnostic de cancer pulmonaire

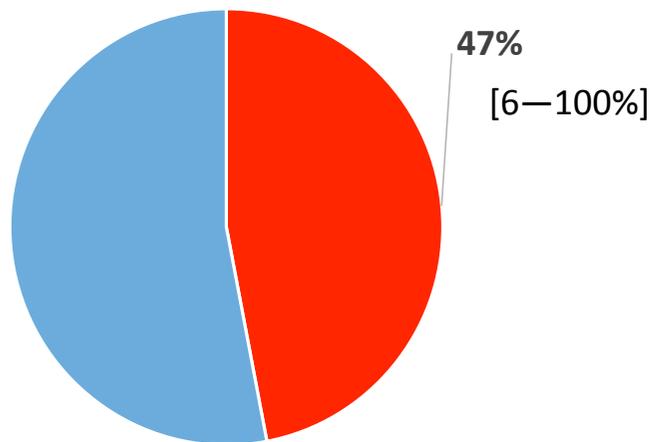


"Twenty-Year Retrospective of Lung Cancer (TYROL study)"
2293 patients consécutifs –
1989/2009
Stade IV 37.9%

Epidémiologie de la douleur - CBP

**Meta analyse
32 études
Prévalence de la douleur**

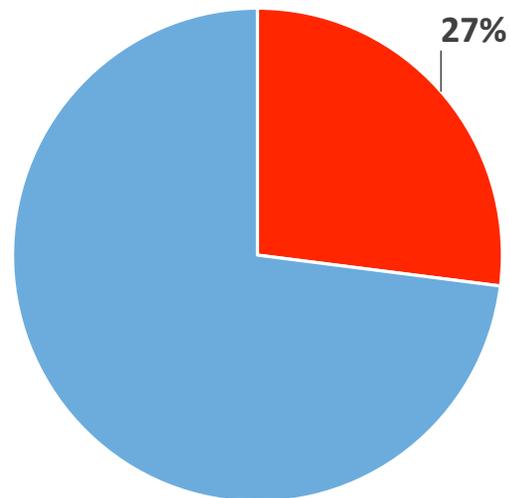
Prévalence globale



■ Douleur ■ Pas de dl

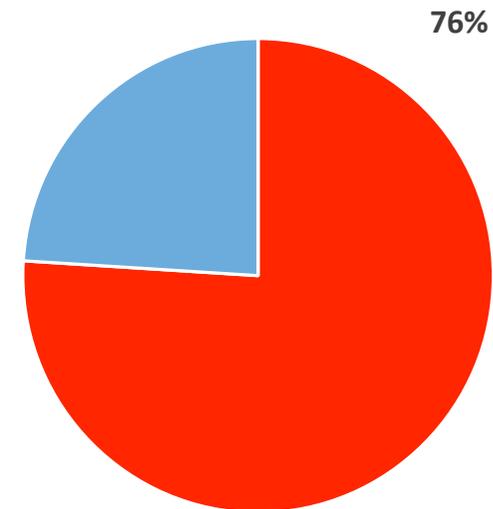
11/10/2018

Ambulatoire



V Fallet

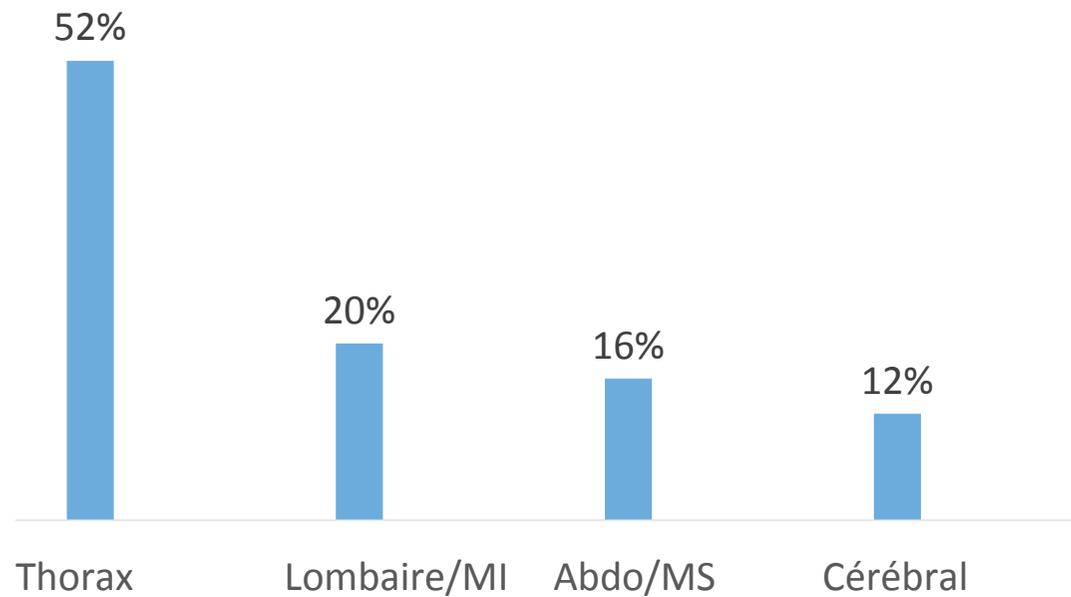
Soins palliatifs



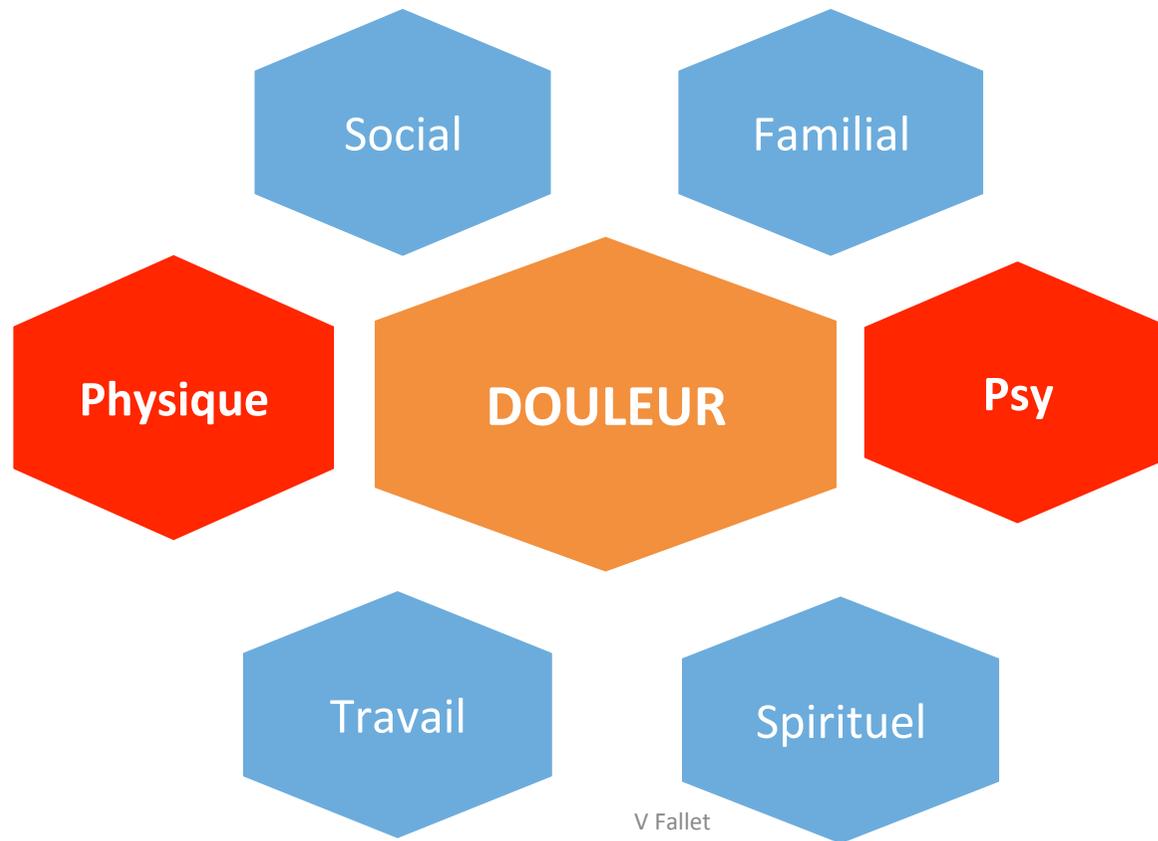
Potter - Lung Cancer - 2004

Localisation des douleurs

- Etude prospective USP 60 patients consécutifs suivi CBP
- 88,4% de patients douloureux



Retentissement de la douleur



11/10/2018

V Fallet

Pergolizzi - Pain Practice

Barrières à un traitement efficace de la douleur

- Connaissances insuffisantes
- Limitation de prescription des opioïdes
- Peur des effets secondaires et du mésusages
- Imaginaire « morphine=fin de vie »

Table 2. Barriers to Pain Management From the Perspective of Patients

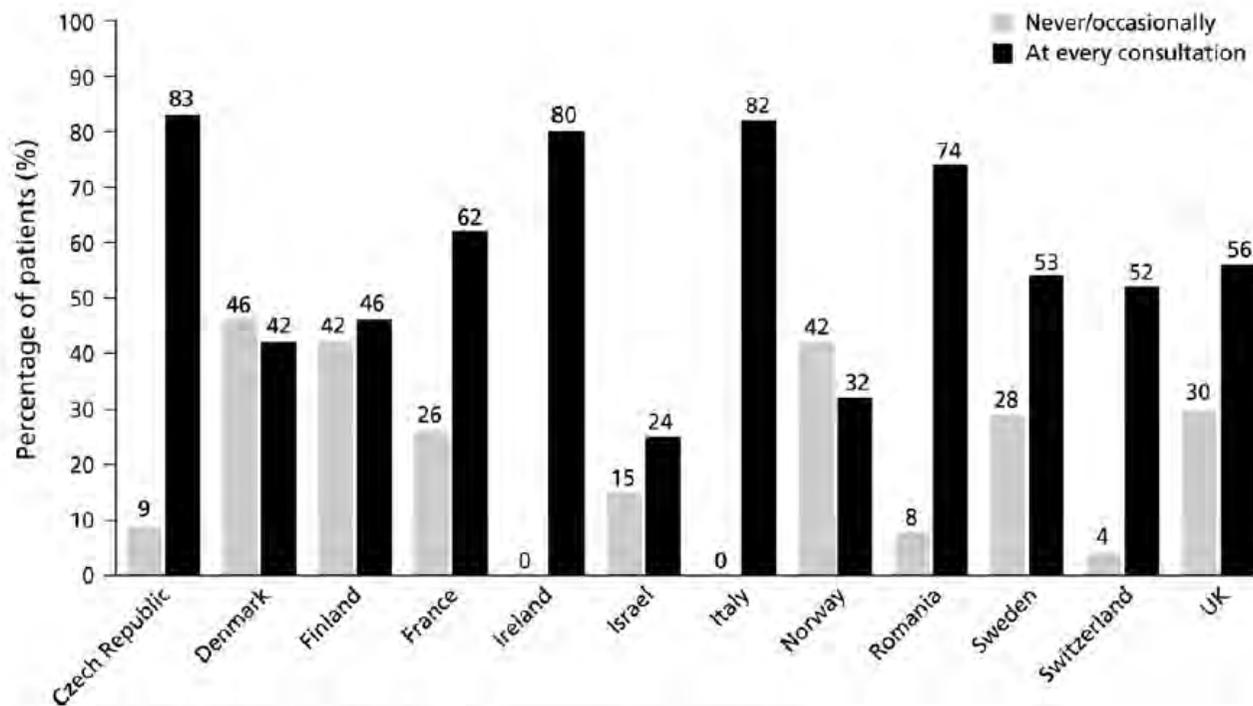
Barrier	
Cognitive	
Concern regarding disease progression	
Concern regarding addiction	
Concern over development of tolerance	
Adverse effects	
Idea of being a good patient	
Fatalistic belief regarding cancer pain	
Concern about distracting physician from cancer care	
Fear of injections	
Harmful for immune system	
Affective	
Adherence to medication	V Fallet

Table 1. Barriers to Cancer Pain Management From the Perspective of Professionals

Barrier	
Related to professional	
Poor pain assessment	
Lack of knowledge	
Reluctance to prescribe opioids	
Fear of adverse effects	
Risk of tolerance	
Fear of drug addiction	
Fear of legal/administrative constraints	
Excessive regulation of opioids at pharmacy	
Perception that nonopioid analgesics have same efficacy as opioid analgesics	
Perception of negative public image of morphine	
Nursing staff reluctance to administer opioids	
Discrepancy between self-evaluation and knowledge	
Lack of specialists	
Related to patient	
Patient reluctance to report pain	
Patient reluctance to take opioids	
Patient inability to pay for analgesics	
Related to health care system	
Lack of neurodestructive procedures	
Lack of psychosocial support services	
Lack of equipment or skills	
Lack of access to wide range of analgesics	
Lack of access to professional methods	
Difficulty in accessing services to enable nonpharmacologic pain management	
Impact of distance on ability to access pain-related services	
Lack of coordination across multiple providers	
Difficulty in accessing interventional pain services	
Lack of support from specialist in pain and palliative care	
Inadequate guidance of pain specialist	
Lack of access to wide range of opioids	
Lack of staff time to attend to pain needs of patient	

Mort Fine

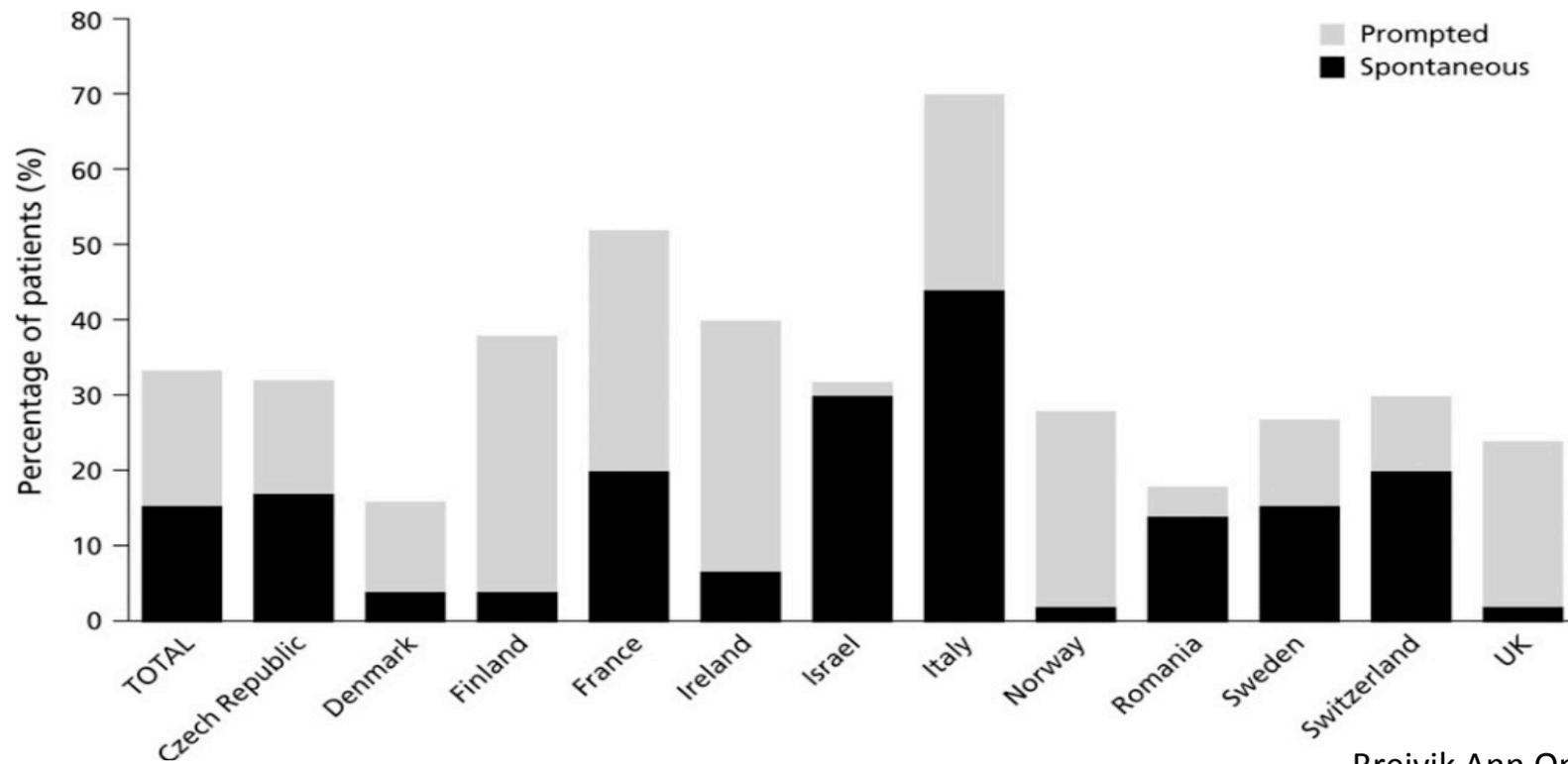
Evaluation traitement de la douleur : évaluation de la douleur



**European Pain in Cancer
survey**
12 pays
2006/2007
5084 patients P1
573 patients P2

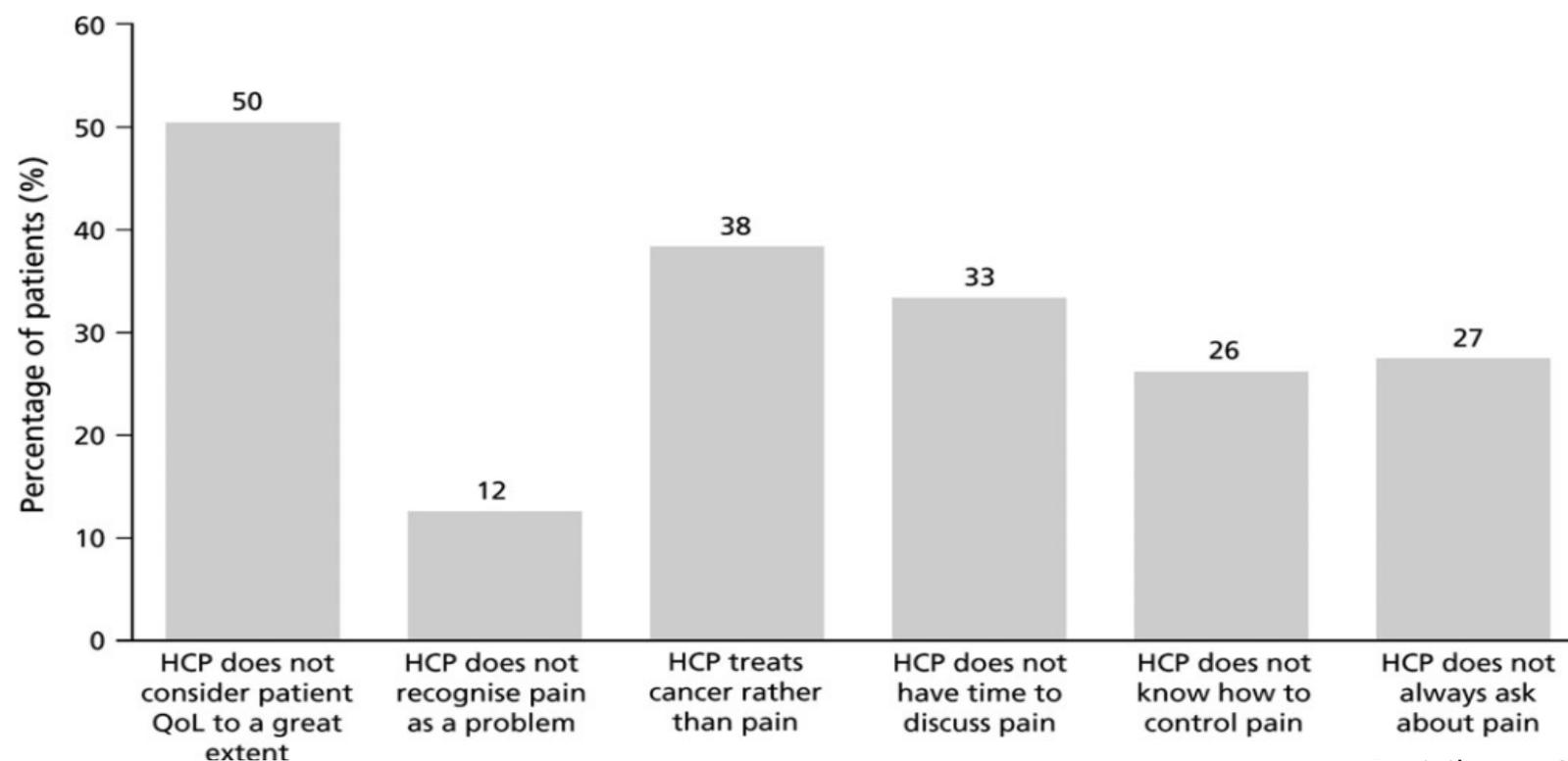
Figure 7. Country comparison of patients who report that their health care professional asked them about their pain.

Evaluation traitement de la douleur : Utilisation d'outils d'évaluation de la douleur



Evaluation traitement de la douleur :

Ressenti du patient face à la gestion de la douleur du clinicien



Prise en soins de la douleur... des obligations

- **Droit des patients à être soulagés de leur douleur (loi du 4 mars 2002)**

CSP-Art.L.1110-5, Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1 : *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés [...] qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire **et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées.***

- **Obligations de moyens des professionnels de santé**

« L'arrêt Mercier » de 1936 a fondé le principe selon lequel : *le médecin avait l'obligation de donner à un malade des soins "consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la science.* Cet arrêt fonde d'une part la formation d'un véritable contrat entre les parties et d'autre part une obligation de moyens à la charge du médecin. Cette obligation de moyens s'applique à tous les professionnels de la santé et à tous les actes médicaux.

- **Déontologie** : Article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique)

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.

- **Formation du médecin**

CSP-Art.R.4127-11 : *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.*

- **Obligations des établissements de santé (loi HPST 2009)**

Art.L.6144-1 : *Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.*

- **Jurisprudence en matière de douleur**

Montre que des fautes relevées, qui concernent le traitement de la douleur et non le traitement de l'affection elle-même, peuvent donner lieu à réparation financière.



Evaluation de la douleur en pratique : 4 questions

Où?

Quand?

**TOUTE
PERSONNE QUI
DIT :
« J'AI MAL »
A MAL.**

Comment?

Combien?

Evaluation du retentissement de la douleur

- L'humeur et les comportements
- Le sommeil.
- L'appétit.
- L'activité.
- L'intérêt du patient.
- Le retentissement de la douleur sur le système neurovégétatif.

Temporalité de la douleur

Douleur aïgue

Douleur chronique

Traitement précoce

Alarme

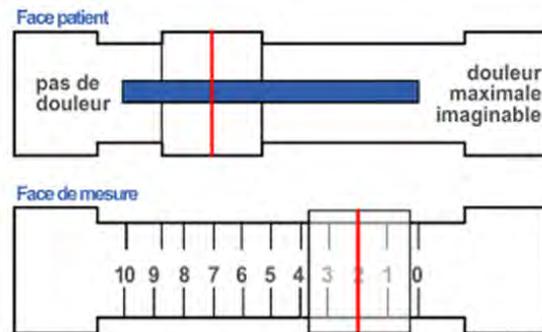
Maladie



Combien ?

- Auto évaluation
 - EVA,EN,EVS

- Hétéro évaluation
 - Algoplus, Doloplus, ECPA



Echelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude ^a	0
Le sujet bouge comme d'habitude ^a mais évite certains mouvements	1
Lentour, rareté des mouvements contrairement à son habitude ^a	2
Immobilité contrairement à son habitude ^a	3
Absence de mouvement ^a ou forte agitation contrairement à son habitude ^a	4

^a se référer au(x) jour(s) précédent(s) ^b ou prostration
NB : les états végétatifs correspondant à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...	
Même type de contact que d'habitude ^b	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude ^b	1
Évite la relation contrairement à l'habitude ^b	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude ^b	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude ^b	4

^a se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

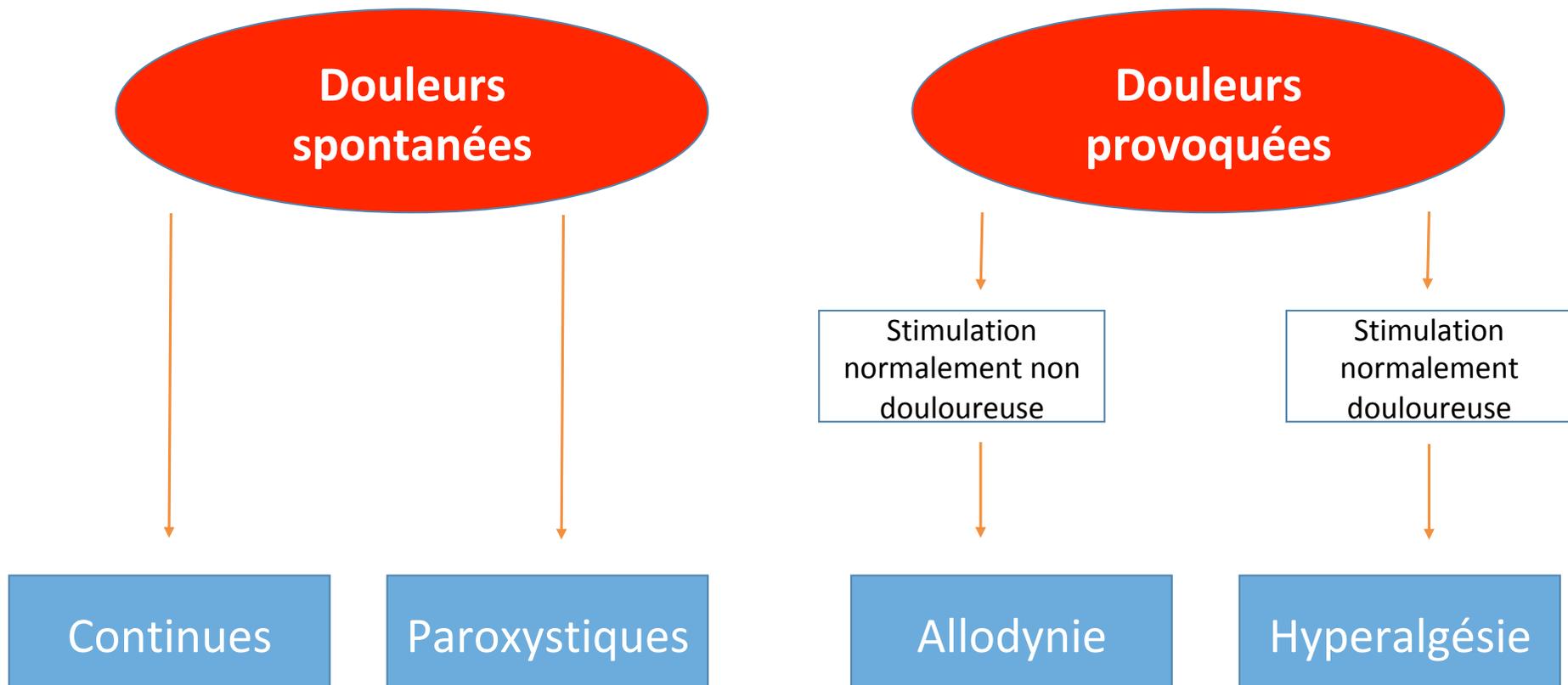
Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint de la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

Douleurs neuropathiques



11/10/2018

V Fallet

Questionnaire DN4

Positif si ≥ 4

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 piqure	<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"/>

Prise en charge de la douleur

Tenir compte:

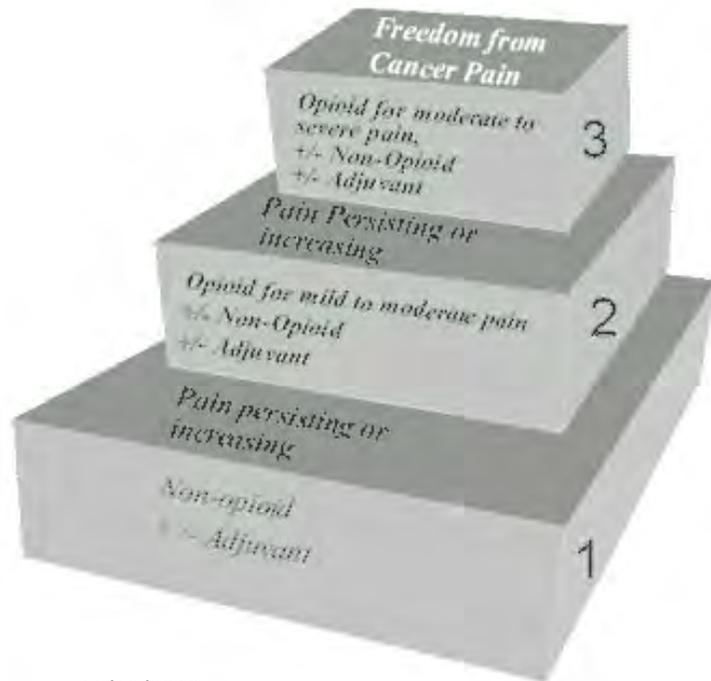
- Des ressources locales
- Des indications de chaque technique
- De l'articulation avec le projet de soin oncologique et le projet de soin global
- Concertation pluridisciplinaire

traitement du cancer

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



Traitement médicamenteux des douleurs par excès de nociception = stratégie OMS



Palier 1 Antalgiques non opioïdes	Palier 2 Opioïdes faibles	Palier 3 Opioïdes forts
Paracétamol – AINS- Néfopam	Codéine – Dihydrocodéine – Tramadol – Opium	Morphine – Oxycodone – Fentanyl – Hydromorphone - Sufentanil

Traitement efficace

Douleur de fond intensité faible (4/10)

Sommeil respecté

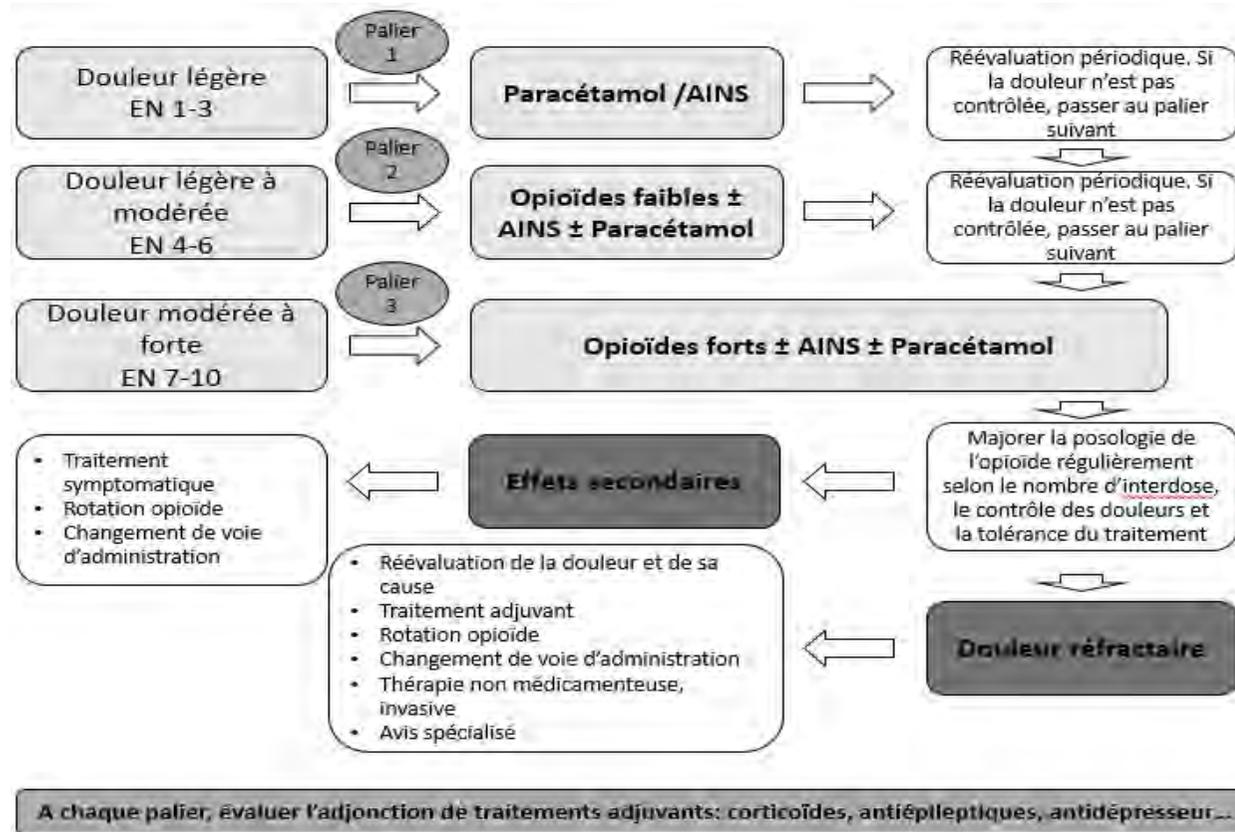
Activités possibles

Accès douloureux (AD) 0 à 4/J

Traitement des AD : soulage au moins 1/3 à ½

Effets indésirables : absents ou minimes

Stratégie de prise en charge de la douleur



Douleurs neuropathiques

Opioides	Tramadol, <i>oxycodone</i> , méthadone
Antidépresseurs tricycliques	Amitryptiline, Clomipramine
Antidépresseurs mixtes	Duloxetine, velafaxine
Antiépileptiques	Gabapentine, prégabaline, clonazepam
Usage local	Lidocaïne en patch
	Kétamine

Traitements multimodaux associés

Radiothérapie

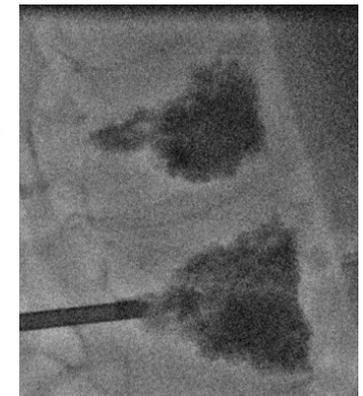
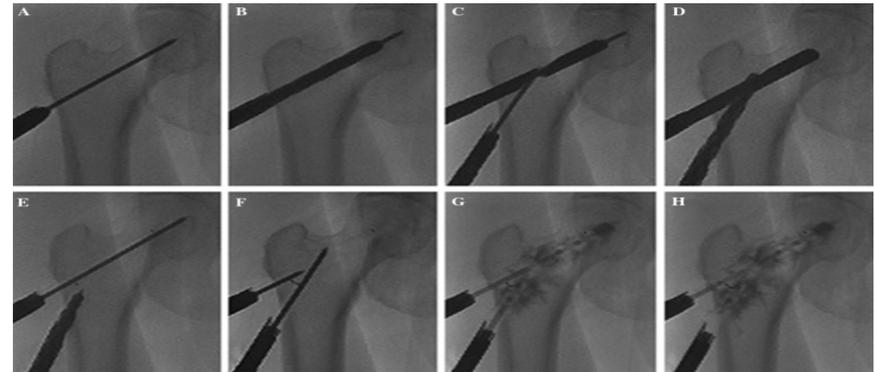
- Prévenir et lutte contre la douleur
- Faciliter la recalcification osseuse
- Limiter le risque fracturaire
- Lutter contre les tassements vertébraux et les complications
- Améliorer la qualité de vie



Traitements multimodaux associés Radio interventionnelle



**Mini invasive,
ambulatoire,
peu morbide**



Alcoolisation, cimentoplastie, radiofréquence,
microondes, cryothérapie, embolisation
d'agents sclérosants par voie percutanée et
embolisation par voie endovasculaire

11/10/2018

V Fallet

Remerciements Pr Cornelis – Hôpital Tenon

Traitements multimodaux associés

Chirurgie



11/10/2018



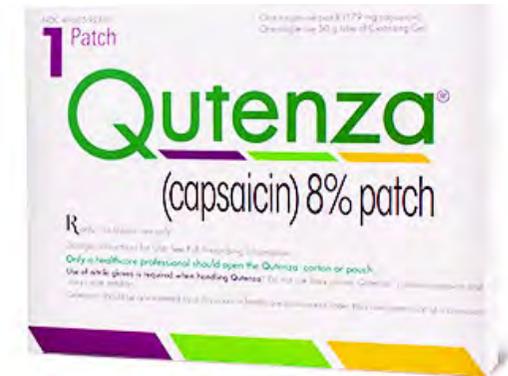
V Fallet



Traitements multimodaux associés

Capsaïcine

- Qutenza (Capsaïcine): extrait de piment rouge
 - **douleurs neuropathiques périphériques localisées, évaluables et délimitées**
 - désensibilisation des nocicepteurs cutanés par l'intermédiaire des récepteurs TRPV1
 - HDJ
 - 2 applications à 3 mois d'intervalle à poursuivre si amélioration tous les 4-5 mois



Non médicamenteux = approche plurimodale

- TENS
- Relaxation
- Hypnose
- Socio esthétique
- Toucher / massage
- Sophrologie
- Musicothérapie



Traitements des douleurs cancéreuses rebelles



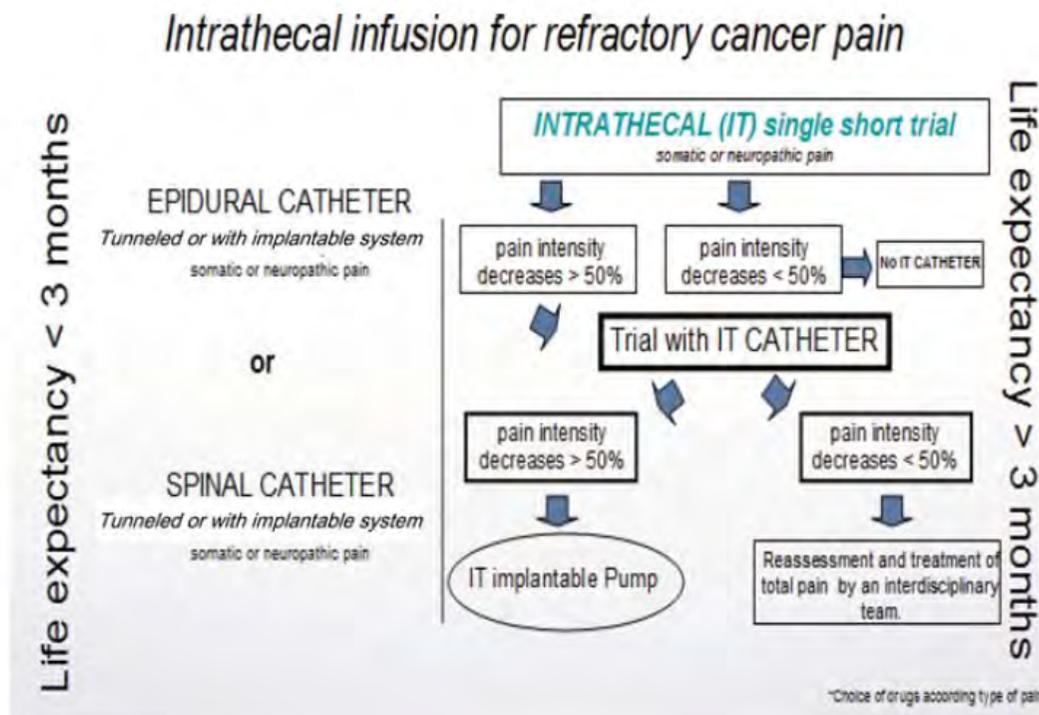
2010

Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte

Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments :

- anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique ;
- fentanyl, sufentanil ;
- kétamine ;
- MEOPA ;
- méthadone ;
- midazolam ;
- morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire ;
- propofol

Analgésie périmédullaire



Equipe hospitalière formée à ces techniques
Minimum 72h de surveillance

Complications: infectieuse, hématome compressif, fuite de LCR, risque de surdosage

Actualités patient douloureux



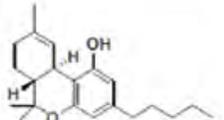
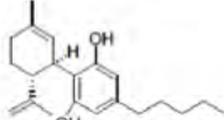
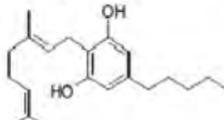
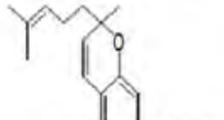
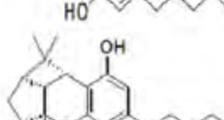
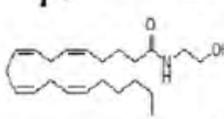
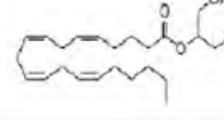
TÉLÉGRAMMES CANNABIS MÉDICAL Bientôt en France ?

Une trentaine de pays ont autorisé le cannabis à usage médical pour ses effets antalgiques, antispasmodiques ou antivomitifs. Il existe d'autres applications potentielles. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a nommé un comité qui évalue l'intérêt thérapeutique de cette drogue et la forme qu'elle doit prendre (gouttes, gélules...). Verdict attendu fin 2018.



Décision DG n° 2018--209 du 10/09/2018 - création CSST
Evaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France

Phyto- and Endocannabinoids with their properties.

Cannabinoid	Properties			
	Type	Structure	Physical properties	Medicinal use
Δ^9 tetrahydrocannabinol (Δ^9 THC)	Phytocannabinoid		Psychoactive, Aromatic terpenoid, Low solubility in water but high in polar organic solvents. (Molar mass: 314.45 g/mol)	Effective against Cancer [170,172,175], anorexia [197,198], chemotherapy induced emesis [198,199] glaucoma [93].
Cannabidiol (CBD)	Phytocannabinoid		Low solubility in water but high in polar organic solvents, (Molar mass: 314.46 g/mol)	Effective against Cancer [163,172] [173], epilepsy [200], neuro-inflammation [201], oxidative injury [202], emesis [203], anxiety [204], schizophrenia [205], neuro-degeneration [206], diabetic retinopathy [177]
Cannabigerol (CBG)	Phytocannabinoid		Non-intoxicating, water insoluble, (Molar mass: 316.49 g/mol)	Effective against Glaucoma [93]. Colitis [77], Schizophrenia [207].
Cannabichromene (CBC)	Phytocannabinoid		Non-psychoactive, Water insoluble, converts in to cannabicyclol upon light exposure. (Molar mass: 314.46 g/mol)	Exhibits Neuron protection [208] [26], pain relief [4], anti-inflammatory-effect [4].
Cannabicyclol (CBL)	Phytocannabinoid		Non psychoactive, water insoluble. (Molar mass: 314.46 g/mol)	Medical relevance yet to be elucidated.
Arachidonylethanolamine or anandamide (AEA)	Endocannabinoid		Lipid like, Arachidonic acid derivatives, (Molar mass: 347.53 g/mol)	Effective against Cancer, Biological role in inflammation, energy and fat metabolism, insulin sensitivity, glaucoma [96,209]
2-arachidonylglycerol (2-AG)	Endocannabinoid		Lipid like, Arachidonic acid derivatives, (Molar mass: 378.3 g/mol)	Effective against Cancer, Biological role in inflammation, energy and fat metabolism, insulin sensitivity [209]

Déjà autorisé en France... mais



11/10/2018

V Fallet

FDA News Release

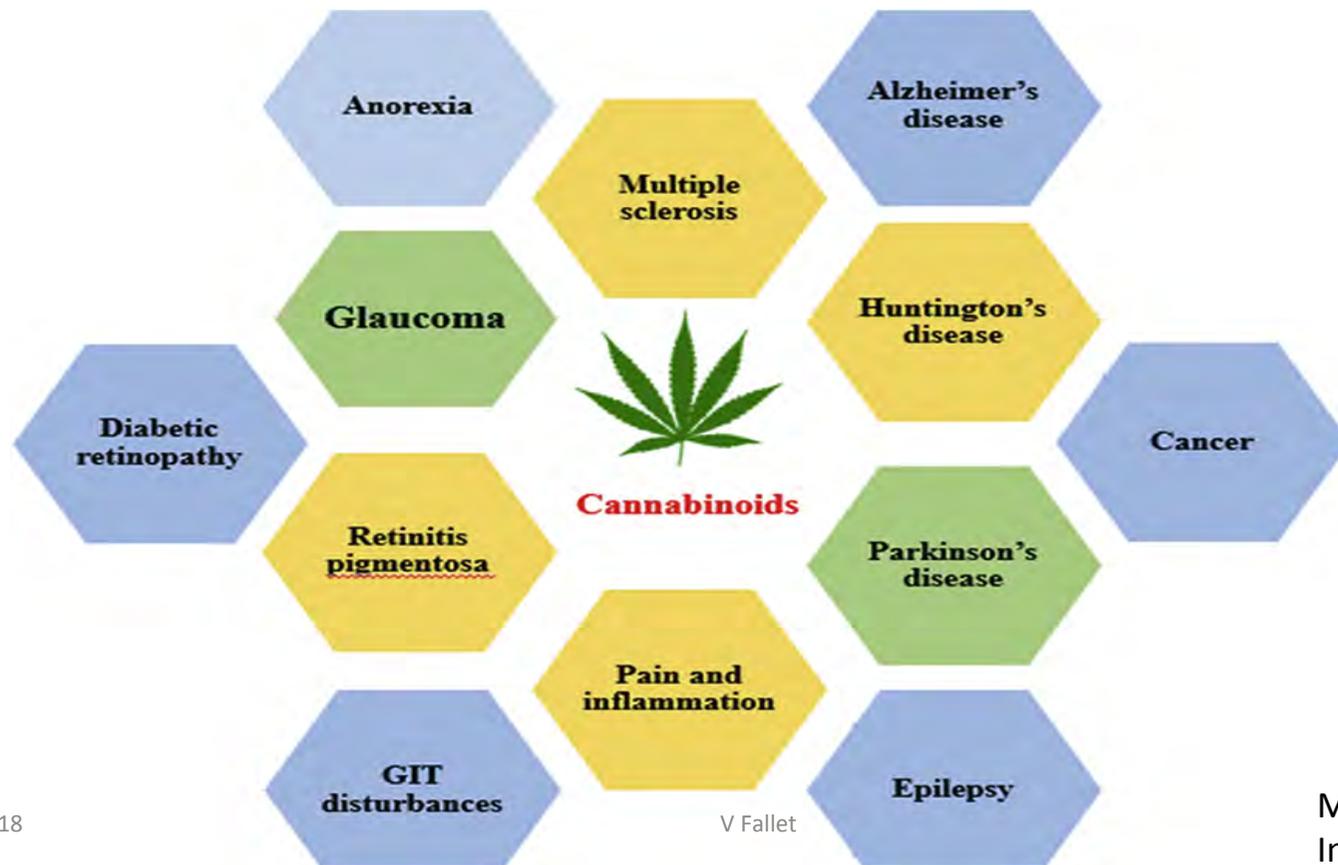
FDA approves first drug comprised of an active ingredient derived from marijuana to treat rare, severe forms of epilepsy



11/10/2018

V Fallet

Potentielles vertus thérapeutiques du cannabis...



11/10/2018

V Fallet

Maurya Chemico-Biological
Interactions 2018

Cannabis : effet anti cancer ?

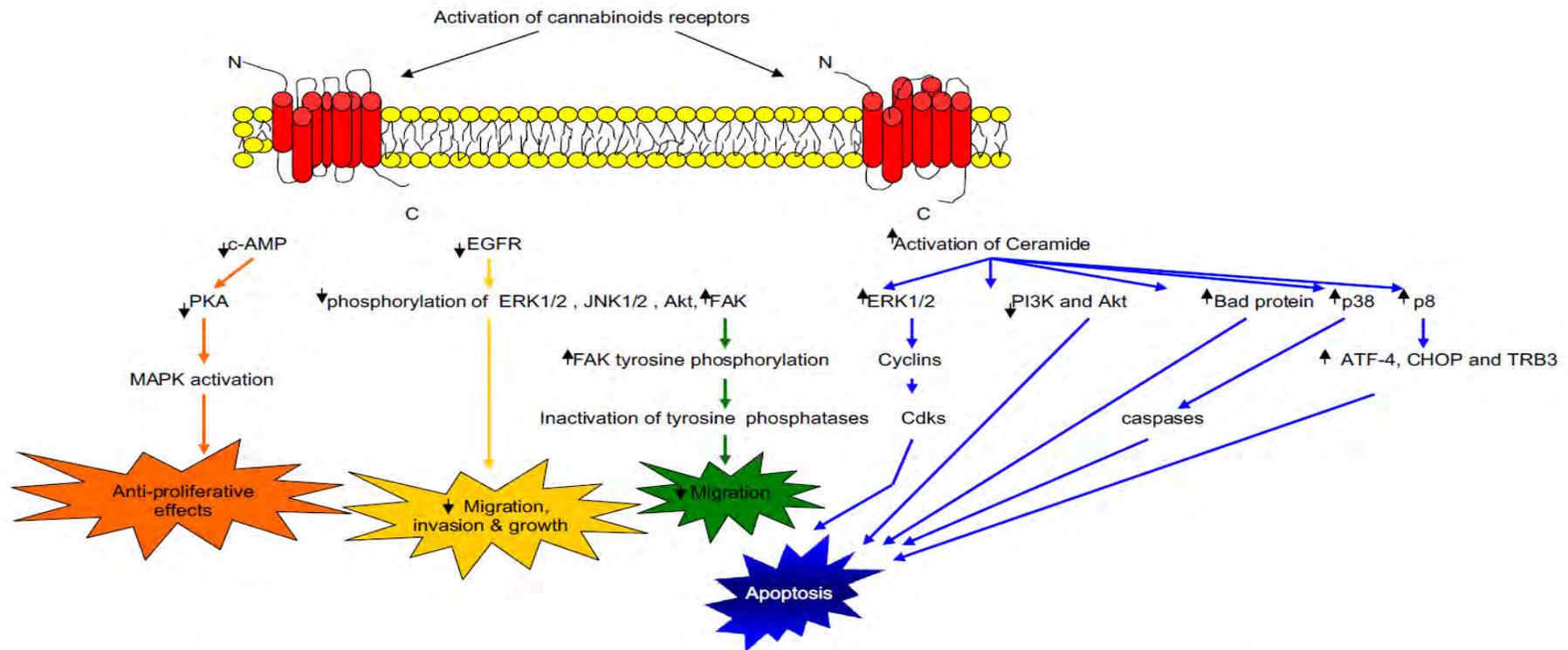


Fig. 2. Schematic representation showing some examples of pathways activated following the activation of cannabinoid receptors.

Sur les douleurs des avis partagés...



Cannabis products for adults with chronic neuropathic pain

There is a lack of good evidence that any cannabis-derived product works for any chronic neuropathic pain.

Authors' conclusions:

The potential benefits of cannabis-based medicine (herbal cannabis, plant-derived or synthetic THC, THC/CBD oromucosal spray) in chronic neuropathic pain might be outweighed by their potential harms. The quality of evidence for pain relief outcomes reflects the exclusion of participants with a history of substance abuse and other significant comorbidities from the studies, together with their small sample sizes.

11/10/2018

V Fallet



Review Article

The therapeutic effects of *Cannabis* and cannabinoids: An update from the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine report

Donald I. Abrams

Hematology-Oncology, Zuckerberg San Francisco General Hospital, Professor of Clinical Medicine, University of California San Francisco Ward 84, 995 Potrero Avenue, San Francisco, CA 94110, USA



1.1. Conclusive or substantial evidence of effect

1.1.1. Chronic pain

1.1.2. Chemotherapy-induced nausea and vomiting

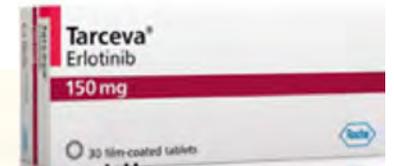
Cannabis et TKI



Cannabis sativa

Cannabinoid cytochrome P450 metabolism

	Metabolizing enzyme	Enzyme inhibition	Enzyme induction
Smoked cannabis	2C9, 2C19, 3A4	3A4, 2B6, 2C9, 2D6	1A2
Tetrahydrocannabinol	2C9, 3A4	3A4	—
Cannabidiol	2C19, 3A4	2B6, 2C9, 2D6, 3A4	—
Nabilone	2C9	—	—
Dronabinol	2C9, 3A4	3A4	—



Comment améliorer notre prise en charge?

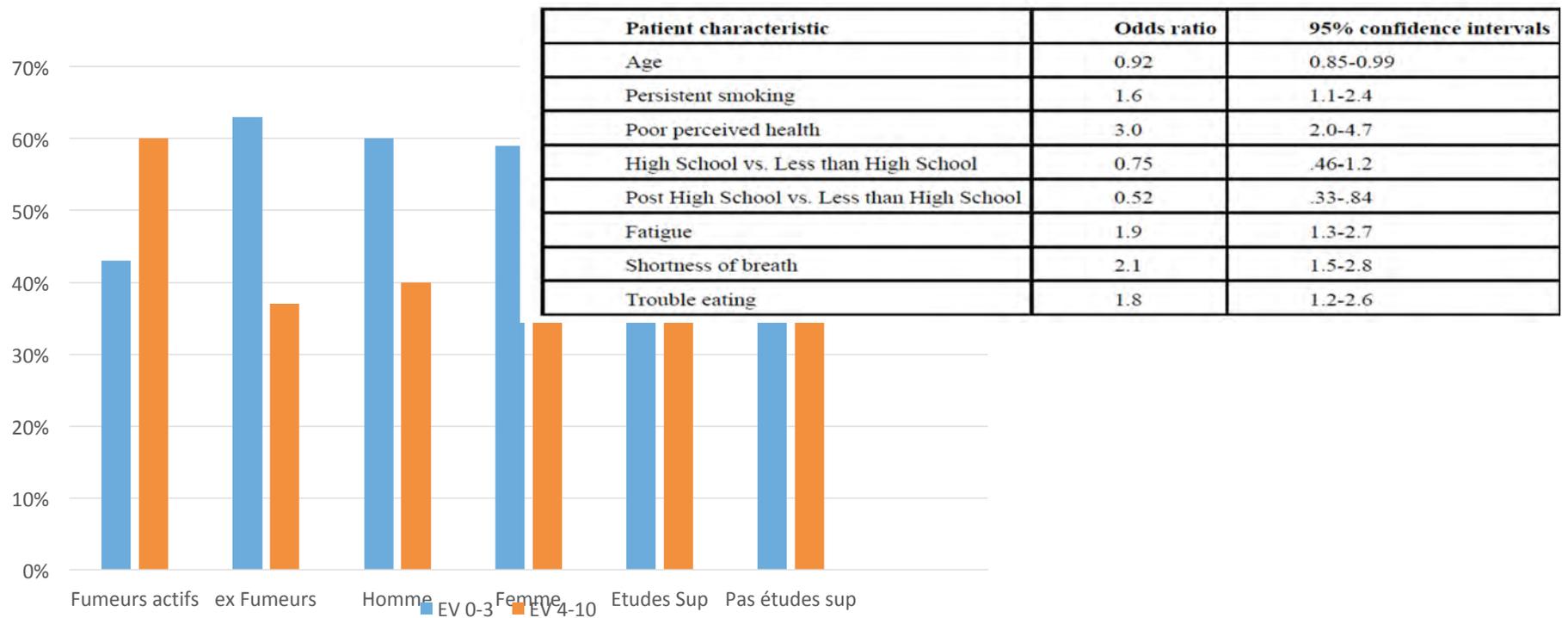
- Prendre en compte la douleur des patients / approche multidimensionnelle
- Douleurs induites par les soins
 - Prévisible
 - Anticiper

Douleurs induites par les soins

- Brancardage
 - 100 patients – 82% avec des douleurs au départ du service - <50% avec antalgique
 - Majoration des douleurs lors des transferts et attente
- Geste
 - MEOPA – mélange Equimolaire d'oxygène et de Protoxyde d'Azote
 - Patch lidocaïne
 - 3 mm de profondeur - durée = 1h
 - 5 mm de profondeur - durée = 2h
 - Hypnose

Autres pistes d'amélioration...

Le sevrage tabagique diminue les douleurs au cours de la prise en soin



Traitement de la douleur = traitement du cancer

- Dépistage pour augmenter les diagnostics précoces

