

Consensus sur la meilleure pratique en soins palliatifs en Suisse

Groupe d'experts de palliative.ch, Société Suisse de Médecine et de soins Palliatifs

Un projet pour promouvoir la qualité en Soins Palliatifs en Suisse

WHAT – QUEL EST LE PROBLÈME?

Définition

Il s'agit d'une exacerbation de la douleur, transitoire, dans le contexte d'une douleur de base relativement bien contrôlée.

Impact

L'exacerbation douloureuse, quand elle est sévère et non maîtrisée, diminue significativement la qualité de vie du patient et augmente sa détresse psychologique voire même spirituelle. En conséquence, il est indispensable de la prendre rapidement et activement en charge.

Prévalence

L'exacerbation douloureuse est fréquente chez des patients atteints de maladies incurables évolutives (40-80% des patients en phase palliative).

Présentation clinique

Fréquence et durée: variable, allant de rares à de nombreuses fois par jour et d'une durée de quelques secondes à plusieurs heures.

Intensité: Par définition, elle est plus intense que la douleur de base et son intensité peut varier de faible à sévère.

Prédictibilité: L'exacerbation douloureuse est fréquemment imprévisible et peut survenir sans facteur déclenchant. Cependant, dans le cas d'une douleur incidente (un type d'exacerbation douloureuse) des activités bien spécifiques peuvent en précipiter l'apparition et le facteur déclenchant peut ainsi être identifié.

Facteurs déclenchants: Ils peuvent varier en fonction de la pathologie de base et des structures impliquées:

- Des activités telles que marcher, porter, vomir, s'étirer, tousser, avaler et respirer profondément.
- Des mouvements passifs tels qu'être mobilisé dans le lit par un soignant (par exemple des patients avec des métastases osseuses généralisées).

Qualité et nature: douleur simple ou mixte avec des caractéristiques neuropathiques, somatiques ou viscérales (avec ou sans coliques).

Rapidité d'installation

Elle est souvent d'installation rapide et augmentant rapidement (de quelques secondes à quelques minutes). Mais elle peut également survenir progressivement, augmentant lentement sur plusieurs minutes pour atteindre son maximum d'intensité.

WHY – POURQUOI?

Causes et mécanismes sous-jacents

Se référer aux causes de la douleur de base.

- Le mécanisme peut être neuropathique (dommage nerveux), somatique (dommage tissulaire), viscéral (prenant son origine dans les organes et structures viscérales), ou mixte.
- Comme pour tout phénomène douloureux, les facteurs psycho-sociaux et spirituels peuvent venir exacerber l'expression de la douleur.
- La douleur peut être due à la maladie elle-même, à son traitement, à un autre processus de maladie ou à une condition préexistante.
- A noter qu'une douleur chronique et sans répit peut conduire à une sensibilisation du système nerveux central et par là même à une augmentation de la douleur, incluant des exacerbations douloureuses.

La douleur incidente

Elle est définie comme une exacerbation douloureuse déclenchée par une ou plusieurs activités telles que bouger ou tousser. Il est important de l'identifier car elle peut être difficile à contrôler et peut conduire à une augmentation significative de la dose d'opiacés de base (dans le cadre d'une tentative d'adapter la posologie de base pour essayer de contrôler les exacerbations douloureuses), ceci pouvant entraîner des effets secondaires désagréables tels que la somnolence par exemple.

A considérer

- La traiter prophylactiquement avec des doses de réserve avant l'activité (entre 5 et 20 minutes selon le médicament, sa rapidité d'action et la voie d'administration).
- Eviter si possible l'activité qui induit l'exacerbation douloureuse (voir le chapitre sur la prise en charge ci-dessous).

HOW – COMMENT?

A: prise en charge de l'exacerbation douloureuse

Etape 1: Dépister et rester attentif

Rechercher spécifiquement la présence d'exacerbations douloureuses car les patients peuvent ne pas les mentionner spontanément. Réaliser une évaluation complète et exhaustive de la douleur.

Etape 2: Prescrire un antalgique de réserve (dose de réserve)

Selon les recommandations de l'OMS, optimiser le traitement de base de la douleur avec des prises régulières (à heure fixe) d'antalgique et prescrire des doses de réserve pour le cas où une exacerbation douloureuse apparaîtrait. Veiller à prescrire des doses de réserve même si le patient ne connaît pas d'épisodes d'exacerbation douloureuse pour le moment; cela pourrait se produire ultérieurement. (à noter que la dose de réserve peut aussi faire office de mesure transitoire pour contrôler le traitement de base si les douleurs augmentent en attendant qu'il puisse être réadapté et les doses ajustées à la nouvelle donne. Dans ce cas de figure, l'augmentation de la dose se fait souvent en fonction du nombre de doses de réserve utilisées).

Quel analgésique?

En général, prescrire pour les doses de réserve le même analgésique que celui utilisé pour le traitement de base. Si ce dernier comporte de la morphine, utiliser de la morphine à courte durée d'action pour les doses de réserve en cas d'exacerbation douloureuse. Si le traitement de fond est à base de Paracétamol (douleurs légères), utiliser de ce fait également du Paracétamol pour les doses de réserve.

Prise en charge de la douleur avec des antalgiques de palier 1 de l'OMS.

Lors d'utilisation de médicaments tels que le Paracétamol ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens, s'assurer que la dose journalière recommandée n'est pas dépassée (doses de base plus doses de réserve).

Prise en charge de la douleur avec des antalgiques de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Prescrire un opiacé à action rapide identique à celui du traitement de base.

Exceptions:

- Fentanyl transcutané (Durogésic®)

Dans ce cas, utiliser un opiacé d'action rapide tel que la morphine, l'oxycodone ou l'hydromorphone. Le facteur de conversion pour l'Oxycodone ou l'hydromorphone peut être difficile à déterminer. En conséquence, il est

recommandé de prendre contact avec un spécialiste en soins palliatifs pour lui demander conseil.

- Buprénorphine transcutanée (Transtec®)

Une forme sub-linguale de Buprénorphine peut être utilisée (Temgesic). Un intervalle de 6 heures minimum entre les doses est suggéré.

Se référer aux tables de conversion pour calculer le bon dosage des doses de réserve par rapport au traitement de base.

- Méthadone

En cas de traitement par Méthadone, celle-ci peut aussi être utilisée pour les doses de réserve en cas d'exacerbation douloureuse car elle a une excellente biodisponibilité et une relativement bonne rapidité d'action. L'intervalle idéal entre les doses de réserve n'est pas clairement établi. Cependant, un intervalle de 2 à 3 heures entre les doses de réserve est souvent utilisé. Néanmoins, il peut être plus sûr d'avoir recours à un autre opiacé tel que la morphine ou l'hydromorphone en cas d'exacerbation douloureuse chez un patient utilisant de nombreuses doses de réserve par jour (par exemple plus de 5 à 6 par jour) car il y a alors moins de risques d'accumulation du produit qu'avec la méthadone.

- En cas d'exacerbation douloureuse d'apparition subite, d'intensité élevée et d'une durée de seulement quelques minutes, il peut être nécessaire d'avoir recours à un opiacé d'action très rapide et avec une courte demi-vie (voir aussi chapitre C).

Voie d'administration

La voie orale est généralement préférable car elle est pratique et efficace dans la majorité des cas.

Une autre voie d'administration (par exemple s/c, i/v ou sublinguale) peut être nécessaire dans les cas suivants:

- chez un patient pour lequel la voie orale n'est pas possible;
- lorsqu'une action très rapide est indispensable;
- le choix d'une autre voie d'administration dépend de facteurs tels que l'endroit de la prise en charge (ex. la voie i/v n'est généralement pas possible à domicile) et la disponibilité de la forme de l'opiacé choisi.

A noter que l'administration i/m d'un opiacé est toujours considérée comme inadéquate.

Posologie, dosage

Lors d'utilisation d'un non opiacé:

prescrire la moitié ou la dose totale de la dose régulière pour le traitement de base de la douleur.

Lors d'utilisation d'un opiacé:

prescrire une dose représentant 10-15% de la dose totale journalière de base.

Exemple: Si par exemple un patient reçoit 90 mg de morphine à effet retard toutes les 12h par voie orale (dose journalière totale de 180 mg), prescrire en conséquence une dose de réserve d'environ 20-30 mg de morphine per os, toutes les heures si nécessaire.

Adapter les doses de réserve à un dosage facile à gérer.

Exemple: Si 10% de la dose totale journalière correspond à 9 mg d'un opiacé quelconque, et que l'opiacé en question est disponible en dosage de 10 mg, prescrire 10 mg plutôt que 9 mg. (A noter également que des comprimés de morphine à action rapide sont disponibles et peuvent être également utilisés pour des doses de réserve par voie orale, tout particulièrement si des augmentations par pallier de 5 mg sont utilisées).

A noter que 10-15% ne sont qu'un point de départ. Les doses de réserve peuvent nécessiter une titration vers le haut ou vers le bas (fourchette entre 5 et 20% de la dose totale journalière).

Après avoir commencé avec 10%, le patient peut indiquer que la dose est insuffisante, auquel cas elle peut être augmentée à 15% voire 20% de la dose totale journalière. Au contraire, le patient peut expérimenter un bon contrôle de la douleur mais souffrir d'une somnolence accrue après avoir pris une dose de réserve basée sur 10% de la dose totale journalière. Si c'est le cas, envisager de réduire la dose de réserve à 5% de la dose totale journalière.

Fréquence des doses

Lors d'utilisation d'un non opiacé:

En fonction des propriétés pharmacocinétique de l'analgésique utilisé, la dose de réserve est généralement prescrite toutes les 4 heures si nécessaire. S'assurer que la dose maximale journalière n'est pas dépassée. Si c'est le cas, considérer de modifier le traitement de base de la douleur en ayant recours à un antalgique de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Lors d'utilisation d'un opiacé:

Cela dépend des propriétés pharmacocinétiques du type d'opiacé utilisé.

– Oralement ou par voie s/c, la dose de réserve est généralement prescrite toute les heures si nécessaire, en cas

d'utilisation de morphine, d'oxycodone, d'hydromorphone ou de codéine. Lors d'utilisation de méthadone, un intervalle de 3 heures est en principe recommandé. Dans certaines situations cet intervalle peut être réduit, mais il est recommandé de prendre conseil auprès d'un spécialiste en soins palliatifs avant d'avoir recours à cette option.

– Dans certains cas exceptionnels, l'intervalle entre les doses de réserve peut nécessiter d'être réduit. Consulter un spécialiste en soins palliatifs si nécessaire, car l'utilisation d'un opiacé à action très rapide (et à courte demi-vie) tel que le Fentanyl peut être envisagée.

Nombre de doses de réserve

Le nombre de doses de réserve dont le patient peut avoir besoin varie de cas en cas. Quand la douleur de base est bien maîtrisée, le nombre de doses de réserve se situe idéalement aux alentours de 3 ou moins par période de 24 heures.

En d'autres termes, même dans un contexte de douleur bien maîtrisée, un patient peut avoir à utiliser jusqu'à 3 doses de réserve par jour pour des exacerbations douloureuses. Si un patient a besoin de plus de 3 doses de réserve par jour, il est indispensable de réévaluer la douleur. Si le traitement de base de la douleur est sub-optimal, la dose de base fixe peut être augmentée et les doses de réserve adaptées en conséquence. Si la douleur de base est bien couverte (traitement de base optimal), alors les doses de réserve peuvent être adaptées à la hausse sans augmentation du traitement de base.

Les raisons pour lesquelles un patient peut être amené à utiliser plus de 3 doses de réserve par jour sont les suivantes:

1. douleur de base non maîtrisée
2. exacerbations douloureuses non maîtrisées
3. détresse psychologique ou souffrance totale (diagnostic d'exclusion: il est indispensable d'exclure les 2 premières hypothèses avant de considérer la troisième)

A noter:

Réévaluer la stratégie de traitement si:

- 3 voire davantage de doses de réserve sont utilisées par 24 heures pendant plus de 2 jours consécutifs.
- Ne pas oublier d'ajuster les doses de réserve (5-20%) à la nouvelle dose totale journalière si la dose de base est modifiée à la hausse ou à la baisse.

Etape 3: Considérer des mesures autres que pharmacologiques

Plusieurs mesures non pharmacologiques peuvent être envisagées. Certaines sont plus générales pour la prise en charge de la douleur de base (ex. distraction et thérapies de relaxation incluant des massages, de l'art –thérapie, de la musicothérapie). Des mesures plus spécifiques sont listées au chapitre B, étape 4.

Etape 4: Eduquer et informer le patient, l'entourage et les soignants

- Expliquer que des exacerbations douloureuses peuvent se produire et comment les identifier;
- expliquer les traitements et l'usage adéquat des doses de réserve, de même que les mesures non pharmacologiques;
- encourager à utiliser régulièrement un journal de la douleur;
- expliquer comment évaluer l'intensité et la fréquence des exacerbations douloureuses, le nombre de doses de réserve utilisées sur une période de 24 heures, de même que leur efficacité;
- s'assurer que tous les soignants soient informés et que des objectifs communs et des méthodes soient définis.

B: prise en charge des exacerbations douloureuses persistantes

Etape 1: Réévaluer et optimiser le traitement de base

Une des causes fréquentes des exacerbations douloureuses est un mauvais contrôle de la douleur de base. C'est pourquoi:

- il est impératif de toujours réévaluer le traitement de base de la douleur et de l'optimiser;
- d'autres interventions palliatives telles que la radiothérapie peuvent être utiles dans certaines circonstances (voir au chapitre C).

Ne pas oublier d'augmenter les doses de réserve si le traitement de base à été augmenté comme précédemment décrit.

Résurgence douloureuse en fin de période d'action de l'opiacé («end-of-dose pain»)

Ceci est caractérisé par une péjoration de la douleur plusieurs heures avant la prochaine prise régulière de l'an-

algique. Ce phénomène se produit chez environ 5-10% des patients sous opiacés à effet retard.

La cause la plus fréquente de ce phénomène est un traitement de base dosé de manière inadéquate. C'est pourquoi il est important d'exclure en priorité la possibilité d'un traitement de base sous-dosé. Si, en dépit de l'augmentation du dosage de base, la douleur continue de nécessiter des doses de réserve avant l'heure régulière de traitement, il est possible d'avoir véritablement affaire à ce phénomène. Dans ce cas, une réduction de l'intervalle entre les prises d'office est indispensable (par exemple toutes les 8 heures plutôt que toutes les 12 heures dans les cas de formes retard de morphine, d'hydromorphone ou d'oxycodone. En ce qui concerne les formes transdermiques de fentanyl et de buprénorphine, il est nécessaire de les changer à un intervalle de 48 heures plutôt que de 72 heures).

Exemple pour établir la nature de la résurgence douloureuse en fin de période d'action de l'opiacé:

Si un patient reçoit 100 mg de morphine à effet retard toutes les 12 heures, augmenter tout d'abord la dose de fond à 120 ou 130 mg et garder l'intervalle de 12 heures entre les prises. Si le contrôle de la douleur continue d'être insuffisant avant la dose d'office suivante, il est probable qu'il s'agisse véritablement de ce type de phénomène. Ce principe s'applique également au fentanyl et à la buprénorphine transdermiques.

Etape 2: Evaluer les exacerbations douloureuses

- Evaluer les exacerbations douloureuses. Dans le cas de différents types ou localisations de ces dernières, évaluer chacune séparément;
- utiliser des méthodes d'évaluation de la douleur reconnues. Identifier sa localisation, son intensité, son déclenchement, sa fréquence, son irradiation, ses facteurs déclenchants, les traitements précédents et son impact sur la fonctionnalité et l'humeur du patient;
- passer en revue quotidiennement le journal de la douleur;
- former le patient, les proches et les soignants à évaluer et documenter l'efficacité des doses de réserve dans le journal de la douleur ou dans le dossier du patient. L'évaluation de l'efficacité de la dose de réserve devrait être réalisée environ 30-60 minutes après qu'elle ait été donnée.

Etape 3: Adapter le dosage de l'antalgique de réserve

Se référer à l'étape 2 du chapitre A ci-dessus. La dose peut nécessiter une titration comme décrite dans les paragraphes concernant le dosage ou la fréquence des doses de réserve. Avoir recours à un autre opiacé peut être une option lorsque les exacerbations douloureuses restent difficiles à maîtriser (voir chapitre C).

Même si la maîtrise des exacerbations douloureuses réside souvent dans l'ajustement du traitement antalgique, d'autres options telles que la chirurgie palliative, la neurochirurgie, des interventions anesthésiologiques ou radiologiques, peuvent être envisagées.

Etape 4: Traitement prophylactique des douleurs incidentes

Mesures pharmacologiques

Administrer une dose de réserve avant l'activité qui peut déclencher l'exacerbation douloureuse. Dans le cas d'une administration orale, il faut habituellement prévoir un délai de 20 à 30 minutes avant l'activité en question. Dans le cas d'une administration parentérale, ce délai peut être de 10 à 15 minutes.

Si la douleur incidente est importante et que le patient a un traitement de base de palier 1 de l'OMS, considérer un changement de traitement pour une substance de palier 2 ou 3 de l'OMS.

Dans le cas où la douleur de base serait bien contrôlée avec un médicament de palier 1 (non opiacé) mais où les exacerbations douloureuses resteraient problématiques, considérer l'utilisation d'un opiacé uniquement pour les doses de réserve.

Si les douleurs apparaissent à la défécation (passage du contenu fécal), ajuster le traitement laxatif afin de rendre les selles plus molles.

Mesures non-pharmacologiques

Eviter ou limiter les activités qui accentuent la douleur.

Par exemple, utiliser la technique du tourner en bloc pour un patient alité qui a des douleurs incidentes à la mobilisation. Lors de la phase terminale (dernières heures), essayez de limiter les activités qui procurent de l'inconfort.

Lors de douleur incidente à la charge, particulièrement dans les grands os soumis à une forte pression (hanche, fémur), considérer une décharge complète jusqu'à ce que les risques de fractures pathologiques aient été soigneusement évalués et traités de manière appropriée (biphosphonates, radiothérapie palliative, chirurgie, voir au chapitre C).

Planifier les activités du patient. Si la douleur se péjore durant certains moments de la journée, modifier son planning et adapter ses activités afin de générer moins de douleur.

Suivant la situation, considérer des mesures telles que la physiothérapie, des thérapies occupationnelles, de la relaxation, des activités récréatives, un contact avec un nutritionniste ou un logopédiste si le patient a des douleurs en relation avec la déglutition.

Prendre en compte les origines psycho-socio-spirituelles de la détresse qui peuvent avoir une influence sur l'expérience douloureuse et son expression.

Rassurer le patient.

Etape 5: Assurez-vous que le patient adhère au traitement et en suit les principes.

- Négocier une stratégie de traitement qui est réaliste et acceptable pour le patient;
- adapter la stratégie de prise en charge aux spécificités des besoins, des ressources et de la situation du patient et de sa famille/entourage. S'assurer que la stratégie est appropriée, par exemple type de médicament et voie d'administration adaptés;
- encourager l'autonomie du patient autant que possible en lui donnant le maximum de contrôle sur la gestion de ses doses de réserve;
- l'usage de placebo est contraire à l'éthique, à moins qu'il n'existe un contexte de recherche avec le consentement éclairé du patient;
- documenter toutes les interventions, en incluant les doses reçues, les raisons des interventions et les résultats obtenus.

C: prise en charge des exacerbations douloureuses rebelles

Mesures pharmacologiques

Dans une situation d'exacerbation douloureuse très difficile à maîtriser, toujours réévaluer le traitement de base, de même que celui dévolu à traiter les exacerbations douloureuses, dans le but de les adapter si nécessaire. Si ces mesures ne suffisent pas, considérer une ou plusieurs des propositions suivantes. A ce stade, envisager de consulter un spécialiste de la douleur ou en soins palliatifs.

Voie parentérale: (s/c ou i/v)

Dans certains cas, l'exacerbation douloureuse peut atteindre une intensité maximale en quelques minutes (comme décrit précédemment). La voie orale peut prendre trop de temps à agir. Dans ces situations exceptionnelles, la voie parentérale peut être envisagée. A noter que la voie s/c est généralement tout aussi efficace et sûre que la voie i/v, et bien plus facile et pratique d'accès. Le début d'action du médicament peut être plus rapide par voie i/v (quelques minutes) que la voie s/c, mais la différence n'est généralement pas significative du point de vue clinique, à moins que l'installation de l'exacerbation douloureuse soit particulièrement rapide, intense et imprévisible. A noter également qu'un bolus par voie s/c est limité à quelques millilitres (2 - 5ml) et qu'un plus grand volume peut être ressenti par le patient comme inconfortable.

Fentanyl buccal

Une forme de sucette transmuqueuse de fentanyl est disponible sur le marché mais elle est très onéreuse (dosage de 200, 400, 600, 800, 1200 et 1400 µg). La sucette est frottée doucement sur l'intérieur de la joue jusqu'à dissolution complète. L'effet analgésique s'installe après 5-10 minutes. A éviter chez les patients avec une muscité car cela peut être douloureux. Pour calculer la dose de réserve il n'est pas possible d'appliquer la règle usuelle recommandée des 10-15% de la dose journalière totale (cf. ci-dessus). En effet, la dose de réserve efficace n'en dépend pas, mais demande à être titrée à chaque fois

en commençant par le dosage le plus faible (200µg). On peut sans danger les utiliser toutes les 60 minutes. Cet intervalle peut être réduit en cas d'exacerbation douloureuse paroxystique. Une consultation auprès d'un spécialiste en soins palliatifs est nécessaire si cette option est envisagée (voir chapitre D). S'il y a peu de réponse au bout de 2 ou 3 doses, envisager de passer au dosage supérieur (400µg dans cet exemple).

L'usage de cette forme de fentanyl devrait en principe s'adresser aux patients dont la douleur de base est bien maîtrisée.

A noter que le fentanyl ne devrait pas être avalé car il a une très faible absorption par voie orale.

Mesures chirurgicales / interventionnelles

Chirurgie orthopédique palliative

Dans certains cas, la consolidation chirurgicale offre la seule alternative définitive pour contrôler la douleur et permettre la mobilisation (ex. exacerbations douloureuses sévères en lien avec une fracture pathologique). Considérer dans des situations bien précises la consolidation prophylactique s'il y a risque imminent de fracture pathologique.

Chirurgie générale palliative

Dans les cas d'exacerbations douloureuses très sévères en lien avec la défécation (ex. tumeur pelvienne envahissant massivement le rectum), une colostomie peut amener une amélioration acceptable de la douleur pour certains patients ciblés. A noter que si la douleur est liée à un ténésme (sensation de rectum plein et de défécation imminente), une colostomie ne sera pas nécessairement d'une aide quelconque.

Protoxyde d'azote

Il y a quelques mentions d'utilisation de protoxyde d'azote pour des exacerbations douloureuses, particulièrement en lien avec des douleurs causées par la réfection de pansements ou par la mobilisation. Le dosage optimal n'est pas clair.

Opiacés en application locale

Il y a quelques mentions d'utilisation d'opiacé en application locale (ex gel de morphine) autour de plaies douloureuses. Des recherches supplémentaires sont indispensables. Des solutions de 1% à 5% ont été suggérées, mais le dosage optimal n'est pas clair.

Analgesie intrathécale

Les cathéters intra spinaux avec administration d'anesthésiques locaux additionnés ou non d'opiacés peuvent être utiles dans certains cas bien précis (ex. grosses masses pelviennes douloureuses ou fractures pathologiques du bassin ou de la colonne basse).

Interventions neurochirurgicales et radiologiques

Les options les plus communes comprennent les blocs nerveux locaux. Cependant, certains de ceux-ci tels que les blocs intercostaux pour des métastases costales sont souvent d'une efficacité temporaire. Des cas de succès avec un bloc brachial continu grâce à un cathéter implanté pour des douleurs du membre sévère ou des douleurs impliquant le plexus brachial ont été rapportés.

Les blocs du plexus coeliaque peuvent être utiles pour des douleurs sévères provenant d'une maladie de l'abdomen supérieur ou lors de cancer pancréatique. L'hypotension orthostatique et les diarrhées peuvent être des complications potentielles. Les chirurgiens peuvent effec-

tuer le bloc du plexus en per opératoire si le patient subit une laparotomie. Des options moins connues incluent les rhizotomies dorsales (section chirurgicale des nerfs sensitifs à l'endroit où ils entrent dans la moelle épinière), les laminectomies, les vertébroplasties (celles-ci impliquent l'injection d'une petite quantité de ciment orthopédique dans les lésions métastatiques douloureuses de la colonne vertébrale. Ceci sous contrôle d'un CT-scanner), et les cordotomies. La consultation d'un spécialiste dans ces différents domaines d'action est indispensable.

Dans chacune de ces situations, une sélection soignée des candidats est indispensable.

Note: la chirurgie devrait être considérée uniquement pour les patients qui sont suffisamment en forme pour supporter l'intervention et pour qui la chirurgie peut améliorer de manière significative la maîtrise de la douleur et la qualité de vie. Un pronostic de quelques semaines à quelques mois n'est pas nécessairement une contre-indication à la chirurgie. Comme pour toute option thérapeutique, les bénéfices et les risques d'une telle procédure doivent être pesés avec soin.

Interventions non pharmacologiques

Se référer aux interventions non pharmacologiques du chapitre B.

D: prise en charge de l'exacerbation douloureuse paroxystique.

Cette section fait référence à une situation de crise dans laquelle le patient souffre d'une douleur paroxystique comme c'est le cas lors d'une fracture pathologique par exemple.

Interventions pharmacologiques

Le principe de base est d'arriver à maîtriser rapidement la douleur. Cela implique généralement une titration rapide d'un opiacé de réserve par voie parentérale. Cependant, une titration rapide requiert des précautions particulières et de l'expertise dans le procédé afin d'éviter un surdosage. La morphine est souvent utilisée en de tels cas.

D'autre côté, le fentanyl par voie s/c ou i/v peut avoir des atouts dans ces situations d'urgence. Il est puissant, rapide d'action et a une demi-vie plus courte que la morphine, ce qui permet une titration plus rapide pour arriver à un dosage efficace. Il peut être administré même si le patient est déjà traité avec un autre opiacé ou analgésique pour les exacerbations douloureuses. Cependant, il n'est pas toujours disponible, particulièrement à domicile, et il nécessite une expertise et une infrastructure particulières.

Autres interventions

Dans des situations particulièrement difficiles, les équipes spécialisées en soins palliatifs et consultants de la douleur peuvent utiliser d'autres stratégies, y compris

des substances telles que la ketamine. Cependant, des précautions particulières sont indispensables et les dosages utilisés sont sub-anesthésiants.

D'aucuns suggèrent l'utilisation de benzodiazépines comme traitement adjuvant. Il y a controverse autour de cette approche.

Remerciements

Les auteurs de ces recommandations sont:

Beate Augustyn, infirmière; Eva Balmer, médecin; Sylviane Bigler, infirmière; Daniel Büche, médecin; Helen Bühler, infirmière; Sophie Ducret, infirmière; Monica Escher Imhof, médecin; Steffen Eychmüller, médecin; Claudia Gamondi, médecin; Grégoire Grémaud, médecin; Heike Gudat, médecin; Marianne Lang, médecin; Luisella Manzambi, infirmière; Bea Marx, infirmière; Ruth Merk, infirmière; Karine Moynier, médecin; Nathalie Murith, médecin; Jacqueline Pécaut, infirmière; José Pereira, médecin; Patricia Perraudin, infirmière; Claudia Pesenti, infirmière; Jacques-Antoine Pfister, médecin; Daniel Rauch, médecin; Martin Rhyner, médecin; Christine Schmid Pasquier, infirmière; Nathalie Steiner, médecin; Sylvie Wermeille, infirmière.

Responsable pour les recommandations: Steffen Eychmüller

Groupe de rédaction: Claudia Gamondi, Heike Gudat, Nathalie Murith, José Pereira (modérateur), Bea Marx, Patricia Perraudin, Claudia Pesenti, Sylvie Wermeille).

Rédaction finale: Hans Neuenschwander