



DOULEUR ET CANCER:

« ALLÉGER LA
DETTE »



Le 02 juin 2023

**Nadine PELLET-DOYEN Infirmière Ressource Douleur(IRD)
CHMS Site de Chambéry**

1979: IASP(International Association for the Study of Pain)

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en terme évoquant une telle lésion, »

2020: Nouvelle définition:

« Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle »

- La douleur est toujours une expérience **personnelle**.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes **différents**,
- Les individus apprennent le concept de douleur à travers **leurs expériences de vie**.
- **Le rapport d'un individu à une expérience de douleur doit être respecté.**

Les composantes de la douleur:

Sensori discriminative: souffrir dans sa chair, sentir

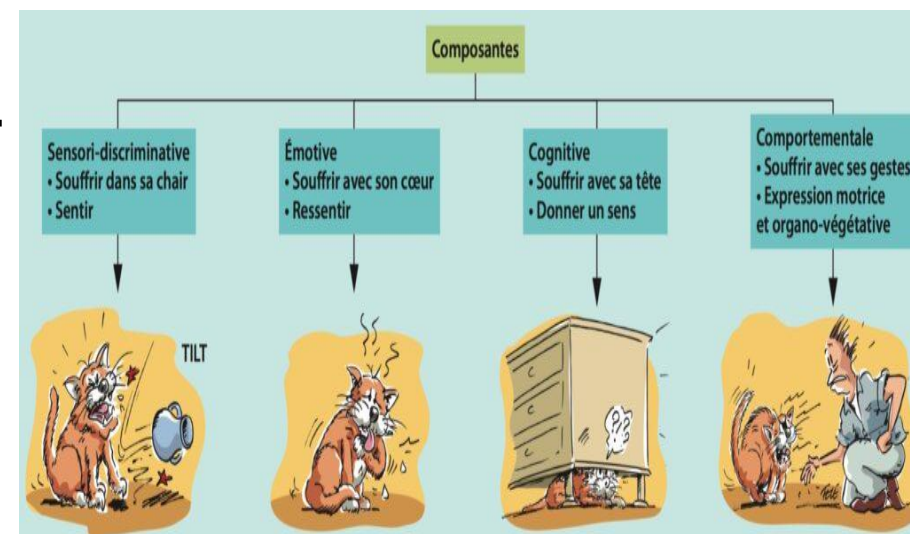
Affective: souffrir dans son cœur

Cognitive: souffrir avec sa tête, donner un sens

->répondre à la douleur de manière de plus en plus efficace.

La nociception:

Ensemble des structures permettant de DETECTER PERCEVOIR et REAGIR à des stimulations potentiellement nocives



Les voies de la douleur:

Périphérie
Moelle épinière
Tronc cérébral
Encéphale
Cerveau

A chaque étage du SNC des contrôles modulateurs qui:

soit *freinent* le passage du message douloureux
soit *favorisent* le passage du message

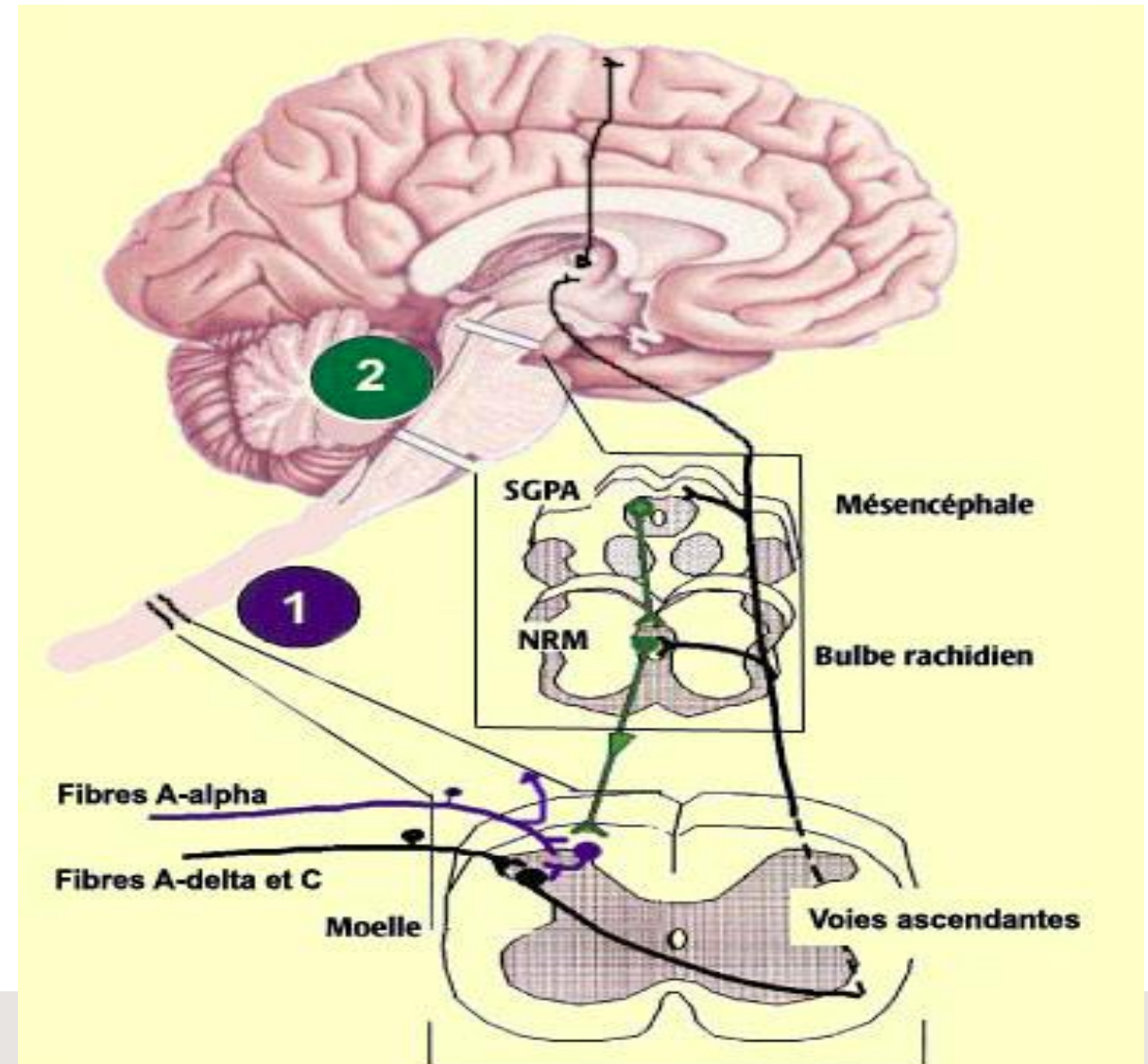
Les voies de la douleur: Modulation

1. Gate Control

2. Contrôle Inhibiteur Descendant:

→CIDN (Nociceptif)

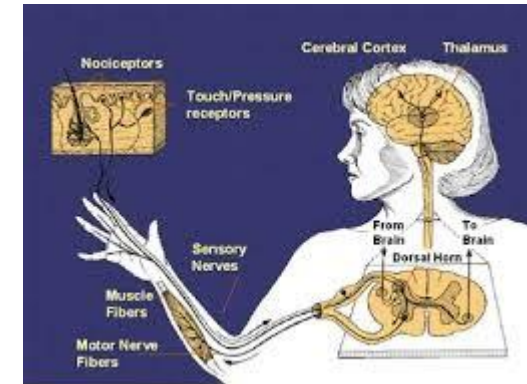
- Stimulation nociceptive autre
- Réduit l'activité des neurones convergents non concernés par la douleur
- Système physiologique permettant l'identification précise de la douleur



Les récepteurs sensitifs:

La peau (les plus riches) => tact et douleur
température
pression

Les fibres périphériques



Classées selon leur diamètre et leur myélinisation comme des câbles électriques
= au plus une fibre a un gros calibre et myélinisée au plus la vitesse de conduction est élevée.

Racine et corne dorsale => les dermatomes: projection cutanée des
métamères: projection cutanée d'une atteinte viscérale à distance.

Les voies de la douleur: Modulation

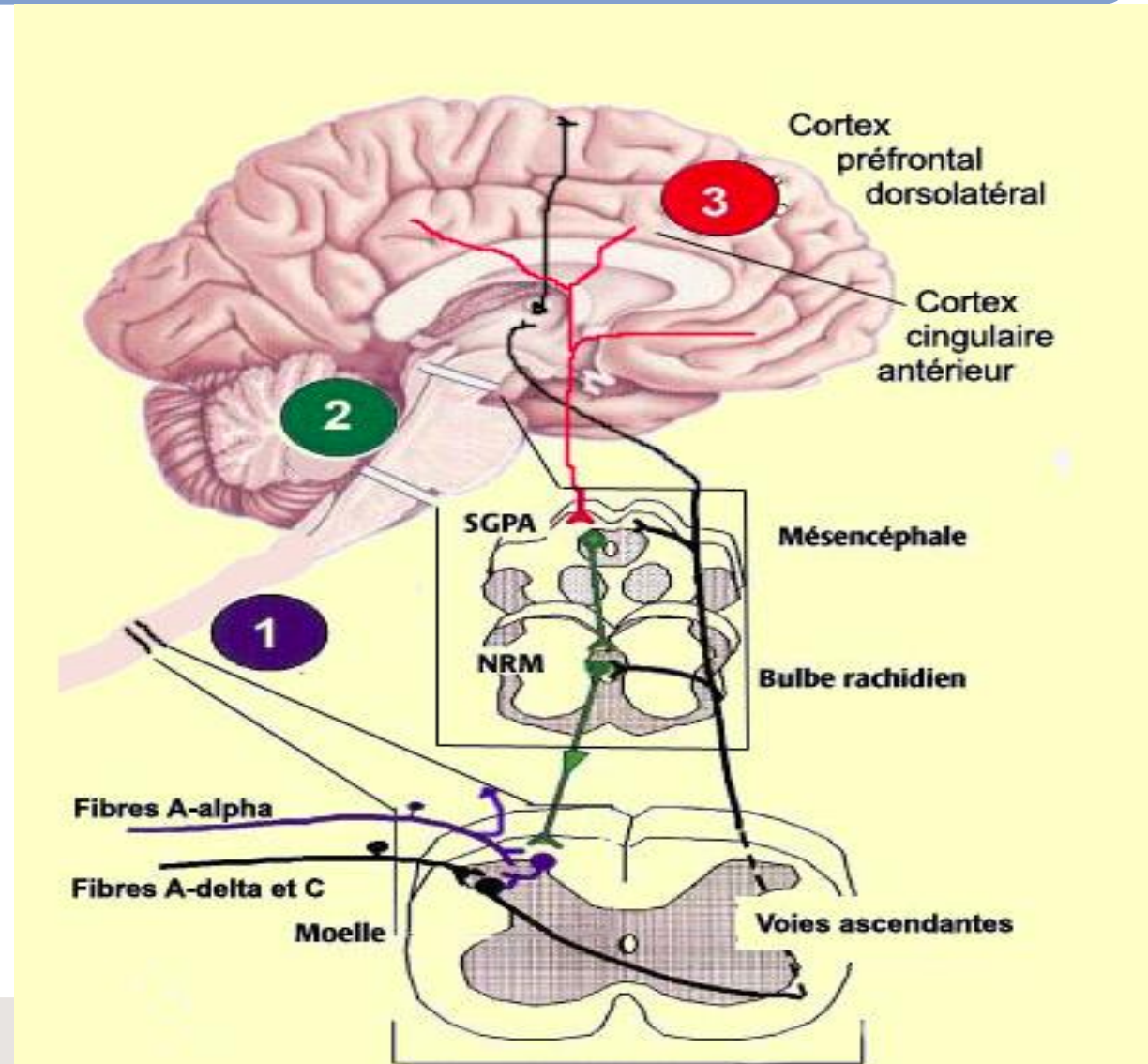
2. Contrôle Inhibiteur Descendant:

→ CIDN (Nociceptif)

→ CID supra spinaux (ou centraux)

- Phénomènes plus complexes
- Zones du cortex préfrontal, cortex cingulaire antérieur....
- Activent la SGPA et NRM
- Neuromédiateurs: endorphines, Noradrénaline, Dopamine...

Faisceau descendant dont les terminaisons vont sur les interneurones inhibiteurs



- **Par excès de nociception** (inflammation au regard du site tumoral, mécanique, viscérale, profonde..) 70%
- **Douleur neuropathique pure ou mixte**
- **Liées au cancer**, la douleur révèle la tumeur ou signe une évolution, progression (abdomen, petit bassin, plexus..)
- **Avec le diagnostic** (harpon, ganglion sentinelle, biopsies, lymphoedème, pose de CIP..)
- **Métastases** (osseuses, cérébrales..)
- **De surinfection** (ORL, rectum..)
- **Liées au traitement** (chimio, radiothérapie, ttt correcteurs des effets secondaires, hormonothérapie, thérapies ciblées..)

Douleurs indépendantes du cancer:

-ATCD de douleur chronique et/ou comorbidités
(diabète, fibromyalgie..)

-toute nouvelle cause possible (métastase costale et embolie pulmonaire -> rester vigilant!!)

-Souffrance psychologique (quand douleur et annonce du diagnostic sont concomitantes = PEC souvent difficile..)

-Intolérable durant la phase évolutive par son caractère persécutif: « je suis obligé(e) d'y penser » retour obligé à la maladie et au corps



Idées reçues et préjugés:

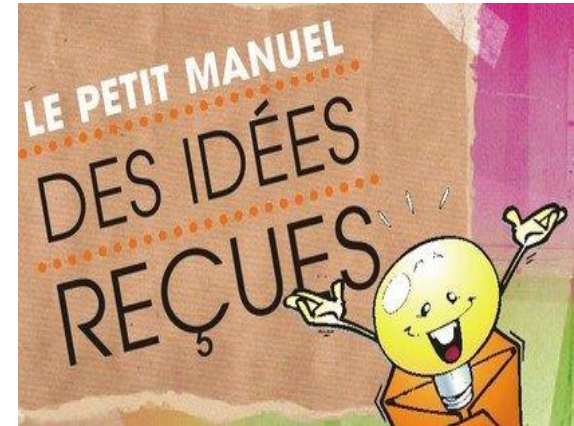
Chez les patients:

- **Douleur** = « grave »
- **Se plaindre** = « le médecin va croire que je suis douillet »
 - « Ne pas déranger »
 - « je ne fais pas preuve de courage dans l'épreuve.. »
 - synonyme de « perte de contrôle »

!! Notion de combat pour guérir

« payer » (baisse des traitements antalgiques pour ne pas « abuser » et anticiper la crainte qu'ils « ne marcheront plus ensuite »)

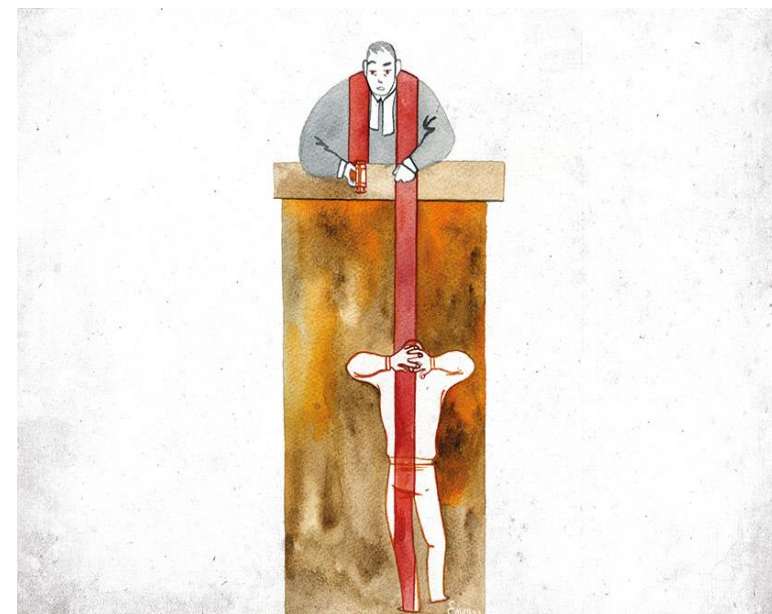
-**Morphine**: peut-être synonyme de « toxico, fin »



Chez les proches:

- « *tu te plains tout le temps* »
- « *Docteur vous donnez trop de choses* »
- « *si tu avais moins bu, moins fumé* »

=>culpabilisation



Chez les soignants:

« il a pas si mal que ça, il marche dans les couloirs, il descend fumer.. »

« avec ce patient il n'y a jamais rien qui marche »

« il prend la PCA pour une game boy! »

=>sentiment d'impuissance vécu par le soignant lorsque
le symptôme de la douleur est nécessaire au patient pour
contenir l'angoisse...



Questionner, écouter..

Rechercher l'étiologie



Adapter le traitement adéquat chaque fois que cela est possible

Exple: alcoolisation cœliaque, ATB quand surinfection, CTC sur œdèmes, AINS sur les douleurs métastatiques osseuses, radiologie interventionnelle, embolisation, cryothérapie..
Mais aussi parler des traitements topiques locaux (Qutenza pour les DN par exemple, Versatis..), de la Morphine (possible en 1^{ère} intention si douleur +++ ,dédramatiser, rassurer)
en suivant les référentiels régionaux

médicamenteux:

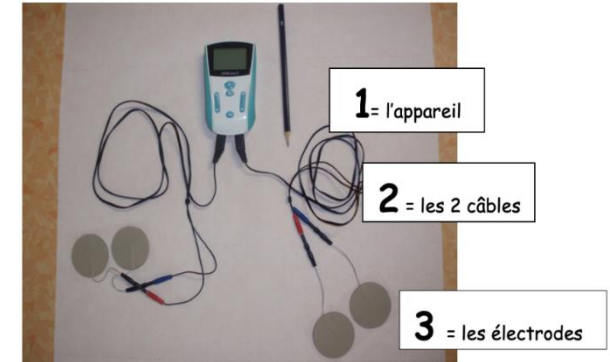
- topiques locaux (Qutenza pour les DN par exemple, Versatis..)
- Opiïdes forts (possible en 1^{ère} intention si douleur + + +, mais dédramatiser, rassurer) en suivant les référentiels régionaux.
- Mais aussi:
 - non opioïdes: Paracétamol-AINS
 - opioïdes faibles: Codéïne-Tramadol
 - opioïdes forts : Morphine
- Paliers II et III : association possible
- !! AINS avec Cisplatine Methotrexate



Non médicamenteux:

Sur prescription

Kiné, NST(TENS) appareillage



Sans prescription

Techniques psycho corporelles (relaxation, hypnose, sophrologie, acupuncture, auriculothérapie, réflexologie plantaire..)

Psychothérapie de soutien

Rôle propre :

Questionner, interroger la présence de « symptôme d'inconfort »

Ecoute de la plainte lorsqu'elle est présente, aider à verbaliser (des maux aux mots..pas toujours si simple..)

En hospitalisation: tous les petits moyens d'installation pour soulager (inconfort, dyspnée.;)

Moyens thermiques chaud ou froid

Moyens physiques (massages, bains de bouche..)

Transmissions aux collègues, internes, médecins..

Surveillance des effets secondaires des ttt antalgiques, **interroger** : troubles du transit/ opioïdes forts et simples ->lien avec la diététicienne par exemple

Pourquoi c'est primordial?

Douleur aiguë -> Douleur chronique

Favorisée par:

- **Des facteurs biologiques:** sensibilisation centrale de la douleur, déconditionnement physique..
- **Des facteurs psychologiques :** émotionnels, anxiété, croyances
- **Des facteurs sociaux:** familiaux, culturels, professionnels..



Et il n'y a pas toujours de proportionnalité entre la sévérité de la lésion somatique et l'intensité de la douleur chronique.

- **Douleur aiguë** : signal d'alarme, vive, immédiate et souvent de courte durée

- **Douleur aiguë : le symptôme**

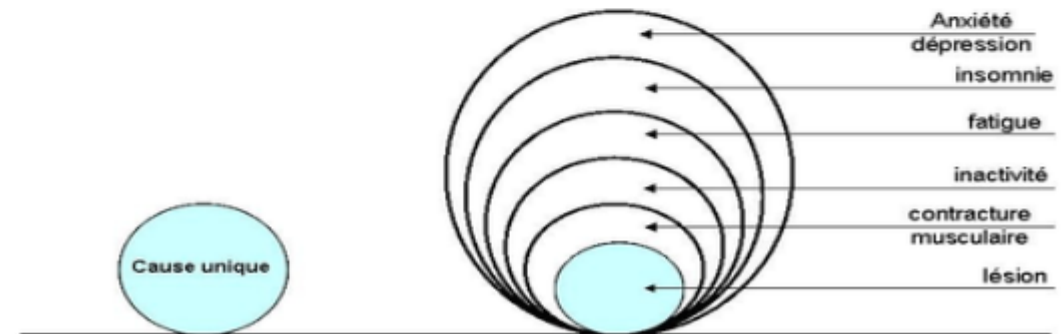
- Installation récente
- « Utile » : fonction protectrice
- Mécanisme unifactoriel
- Objectif thérapeutique curatif

*«La douleur aiguë alarme,
la douleur chronique désarme»*

- **Douleur chronique** : persistante, évolution depuis 3 à 6 mois

- **Douleur chronique : le syndrome**

- Inutile, destructrice
- Mécanisme plurifactoriel
- Objectif thérapeutique ré-adaptatif
- PEC en Centre de la Douleur



Justement le cancer... nouvelle maladie chronique...

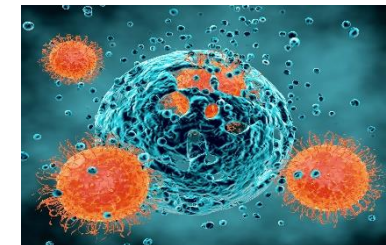
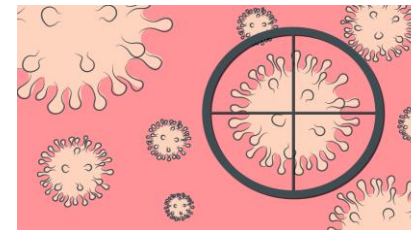
Avec l'émergence des nouvelles thérapies

->thérapies ciblées

Immunothérapie

Chimiothérapies de 2^{ème} ligne, 3^{ème} ligne...

Radiothérapie « antalgique » pour les métastases osseuses(!)



=> **des traitements qui durent dans le temps**, qui permettent la stabilité, le contrôle de la maladie.

MAIS

Qui apportent aussi leur lot d'inconfort....

Donc si en amont...

Le patient a rencontré sur son parcours thérapeutique...

Une écoute active qui témoigne d'une reconnaissance de ce qui est vécu douloureusement dans le corps et le mental.

Une reconnaissance de la part des soignants, au travers de petits gestes simples d'attention, de prise en compte, de légitimisation des émotions....

Un espace possible pour formuler la plainte..



Alors le soignant pourra faire sienne cette citation de David Le Breton..

« La douleur peut être atténuée par une relation d'attention et d'humanité, qui complète la dimension technique des soins et contribue à les rendre acceptables et utiles »

David Le Breton

SOCIOLOGUE

Pourra peut-être enfin sortir de cette fatalité :

« J'ai un cancer, on me soigne, je souffre mais c'est normal... »

« On m'a soigné pour un cancer, j'ai encore des douleurs ici et là mais il ne faut pas se plaindre, je suis guéri.. et vivant.. »



Parce que...



La fatalité nous rend invisibles.

Gabriel Garcia Marquez

ma-citation.com

Merci..

