



L'exacerbation douloureuse

L'exacerbation douloureuse sévère et non maîtrisée diminue significativement la qualité de vie et augmente la détresse du patient. Sa prévalence atteint 40-80% des patients en phase palliative.

Prise en charge

Prescrire un antalgique de réserve

Même si le patient ne connaît pas d'épisodes d'exacerbation pour le moment; cela pourrait se produire ultérieurement.

Prescrire le même analgésique que celui utilisé pour le traitement de base.

- **Antalgiques de palier 1 selon l'OMS**

Prescrire la moitié ou la dose totale de la dose régulière du traitement de base.

- **Antalgiques de palier 2 ou 3**

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

Ceci est un point de départ; une titration vers le haut ou vers le bas est ensuite possible (fourchette entre 5 et 20%).

- **Exceptions**

- **Fentanyl transcutané**

Dans ce cas, utiliser un opiacé d'action rapide tel que la morphine, l'oxycodone ou l'hydromorphone.

- **Buprénorphine transcutanée**

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

- **Méthadone**

Un intervalle de 2-3 heures entre les doses de réserve est souvent utilisé. Il peut être plus sûr d'avoir recours à un autre opiacé tel que la morphine ou l'hydromorphone chez un patient utilisant de nombreuses doses de réserve par jour, car il y a moins de risque d'accumulation du produit qu'avec la méthadone.

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

! l'administration i.m. d'un opiacé est toujours considérée comme inadéquate

Fréquence des doses

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 la modification du traitement de base.

Lors de l'utilisation d'un opiacé

La dose de réserve est généralement prescrite toutes les heures si nécessaire.

Nombre de doses de réserve

Le nombre de doses de réserve se situe idéalement aux alentours de 3 ou moins par période de 24 heures. Si un patient a besoin de plus de 3 doses de réserve par jour, il est indispensable de réévaluer la douleur.

Mesures non pharmacologiques

Distraction et thérapies de relaxation incluant des massages, de l'art-thérapie et de la musicothérapie.

Lors d'exacerbations douloureuses persistantes

- Réévaluer le traitement de base de la douleur et l'optimiser
- D'autres interventions palliatives telles que la radiothérapie peuvent être utiles
- Ne pas oublier d'augmenter les doses de réserve si le traitement de base à été augmenté !

« End-of-dose pain » ou résurgence douloureuse en fin de période d'action de l'opiacé: dans ce cas, une réduction de l'intervalle entre les prises est indispensable.

Autres mesures

- Chirurgie palliative, neurochirurgie, interventions anesthésiologiques ou radiologiques
- Prophylaxie en administrant une dose de réserve avant l'activité qui peut déclencher l'exacerbation douloureuse
- Eviter ou limiter les activités qui accentuent la douleur, modifier le planning et adapter les activités afin de générer moins de douleur
- Physiothérapie, relaxation, thérapies occupationnelles, activités récréatives, etc.

Rassurer le patient !

Références

Résumé tiré de *L'exacerbation douloureuse*, Consensus « on best practice in palliative care » en Suisse - Groupe d'experts de la Société Suisse de Médecine et de Soins palliatifs, BIGORIO 2006, réalisé par Yves Gremion, infirmier et psychologue, membre du comité de Palliative Fribourg/Freiburg.