



Prise en charge de la douleur dans le service d'Oncologie-Radiothérapie du CHU d'Antananarivo

Pain management in the Oncology Radiation Service of the University Hospital's Center of Antananarivo

M RAZAKANAIVO ^{(1)*}, N O ANDRIANANDRASANA ⁽¹⁾, N E RANDRIAMANOVONTSOA ⁽¹⁾,
H M ANDRIANTSIORY ⁽¹⁾, L RABARJAONA ⁽¹⁾, F RAFARAMINO ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'Oncologie-Radiothérapie, HU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU Antananarivo, Madagascar

Accepté le 15 mai 2015
Disponible en ligne le 01^{er} mars 2016

RESUME

L'évaluation de la douleur chez le sujet post-opéré immédiat inconscient est particulièrement difficile du fait de la restriction de la communication. Nous avons élaboré une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur pour les patients post-opérés encore intubés. Celle-ci comporte 4 items basés sur le Behavioral Pain Scale : adaptation à la sonde d'intubation, expression du visage, comportement moteur et larmes. Les scores varient de 4 à 13. Nous rapportons nos premières expériences d'utilisation de cette grille sur 40 patients d'orthopédie traumatologie admis en Salle de Surveillance Post Interventionnelle du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo Madagascar. Pour chaque patient, durant leur séjour en Salle de Surveillance Post Interventionnelle, les scores de douleur furent enregistrés au repos et durant une procédure douloureuse telle une aspiration bronchique. Les résultats étaient significativement différents dans les deux situations ($p = 0,008$). Ces résultats nous permettent de conclure que la douleur existe chez les patients inconscients et que l'échelle de Behavioral Pain Scale modifiée permet d'évaluer efficacement cette douleur afin d'adapter le traitement antalgique.

Mots-clés : Douleur ; Evaluation ; Inconscient.

SUMMARY

The evaluation of the pain at the unconscious immediately post-operated patients is particularly difficult because of the restriction of communication. We worked out a behavioral scale of hetero-evaluation of the pain for the post-operated also intubated patients. This one includes 4 items based on Behavioral Pain Scale: adaptation to the probe of intubation, expression of the face, driving behavior and tears. The score vary from 4 to 13. We report our first experiments of use of this schedule on 40 patients of orthopedy traumatology admitted in Post-Operative recovery Room of the University Hospital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo Madagascar. For each patient, during their stay in this room, the scores of pain were recorded at rest and during a painful procedure such as bronchial aspiration. The results were significantly different in the two situations ($p = 0.008$). These results enable us to conclude that the pain exists among unconscious patients and that the modified scale of Behavioral Pain Scale makes it possible to evaluate this pain, effectively in order to adapt the analgic treatment.

Keywords: Evaluation, Pain; Unconsciousness.

INTRODUCTION

La lutte contre la douleur est devenue depuis quelques années un véritable enjeu de santé publique dans les pays développés. Si la douleur est non reconnue et non traitée, elle altère considérablement la qualité de vie des patients et participe à la réduction de leur autonomie, sans parler du retentissement affectif et émotionnel pouvant aller jusqu'à de graves syndromes dépressifs. Pourtant, elle reste insuffisamment prise en considération et mal évaluée. C'est face à cette situation, que s'inscrit cette étude. Les objectifs de notre étude sont triples : identifier les caractéristiques de la douleur chez les patients cancéreux, analyser les antalgiques utilisés au service d'Oncologie, évaluer le soulagement de la douleur après prise d'antalgique.

MATERIELS ET METHODES

L'étude a été réalisée dans l'unique service d'Oncologie-Radiothérapie de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIRA) du CHU d'Antananarivo. Il s'agit d'une étude rétrospective de la douleur des patients cancéreux à partir des fiches dou-

leurs des patients de septembre 2009 à septembre 2011.

Pour la prise en charge de la douleur, le service travaille avec plusieurs structures :

- depuis juillet 2008, avec la « Douleur Sans Frontière » (DSF). Ce dernier a son siège de représentation dans le service d'Oncologie-Radiothérapie de l'HUIRA ;

- et le « Comité de Lutte contre la Douleur » (CLUD), instauré en avril 2010, qui se charge de l'amélioration de la prise en charge de la douleur au sein de tout l'hôpital.

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. RAZAKANAIVO Malala

Adresse: Service d'Oncologie-Radiothérapie
Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy
Andrianavalona, CHU d'Antananarivo
BP 4150, Ampefiloha
101, Antananarivo, Madagascar

E-mail: malalarazaka@yahoo.fr

Téléphone: +261 34 09 187 84

Pour évaluer l'intensité de la douleur, nous avons utilisé l'Echelle Numérique (EN). Ainsi, la douleur est classée en douleur légère si l'EN se trouve entre 1 et 3, en douleur modérée si l'EN se trouve entre 4 et 6 et douleur sévère si l'EN se trouve entre 7 et 10. Cette évaluation est réalisée par le médecin traitant après explication du principe au patient. Les traitements antalgiques (ou à activité antalgique) étaient librement choisis par les médecins du service d'Oncologie-Radiothérapie. Ces médecins ont pu bénéficier de formation sur la douleur et notamment sur l'utilisation de la morphine par les missionnaires de DSF (Douleur Sans Frontière).

Nous avons inclus dans l'étude :

- les patients consultants dans le service d'oncologie et présentant un cancer ;
- les patients communicants, capables sur le plan physique et psychologique de réaliser leur auto-évaluation de la douleur ;
- les patients âgés de 10 ans et plus.

Nous avons considéré que les patients étaient douloureux lors de la consultation ou à l'hospitalisation s'ils avaient une EN strictement supérieure à 1/10. Ont été exclus, les fiches douleurs incomplètes et les dossiers ne répondant pas aux modalités prescrites dans nos critères d'inclusion.

Les données étaient recueillies à partir de la fiche douleur personnelle de chaque patient. Les paramètres analysés étaient le genre, l'âge, la pathologie, les localisations de la douleur (pour les patients avec plusieurs localisations douloureuses, nous avons pris en compte la douleur la plus élevée à l'échelle d'évaluation de l'intensité, l'intensité de la douleur avant et après prescription d'antalgique, les antalgiques reçus et les co-antalgiques reçus).

RESULTATS

En 24 mois, trois-cent trois (303) patients douloureux ont été recrutés. De ces trois-cent trois (303) patients, cent soixante (160) dossiers étaient incomplets. À la fin, cent-quarante trois (143) patients ont été inclus dans l'étude.

L'âge moyen des patients était de 46,18 ans avec des extrêmes allant de 13 à 75 ans. Plus de 70% de nos patients étaient de genre féminine (sex-ratio=0,41). Parmi les 143 patients, 23% et 22% avaient respectivement un cancer du sein et un cancer du col de l'utérus (cf. Tableau I).

Les localisations douloureuses ont été classées selon la région anatomique du site douloureux. Mais pour les douleurs au niveau des membres et du rachis, nous les avons divisées globalement selon leur origine osseuse ou à partir des tissus mous. La douleur osseuse était la plus fréquemment retrouvée (cf. Tableaux II et III). Quarante-vingt et un patients, soit 56,64%, avaient une EN supérieure à 6, soixante (41,95%) avaient une EN entre 4 et 6 et deux seulement avaient une EN égale à 3 avant le traitement de la douleur. L'intensité

moyenne de la douleur initiale était de 7,17±1,91.

Tableau I : Répartition des patients selon les pathologies cancéreuses étudiées.

Pathologies cancéreuses	n	%
Sein	33	23,08
Col de l'utérus	31	21,68
Utérus	4	2,80
Ovaire	4	2,80
ORL	9	6,29
Poumons	3	2,10
Lymphome	7	4,90
Myélome multiple	3	2,10
Syndrome myélo-prolifératif	5	3,50
Vessie	3	2,10
Rein	1	0,70
Prostate	8	5,59
Os	8	5,59
Tissu mou	13	9,01
Tube digestif	4	2,80
Pancréas	3	2,10
Foie	3	2,10
Autres	1	0,70

Tableau II : Répartition des patients selon la localisation de leur douleur.

Localisation de la douleur	n	%
Pelvis	24	16,78
Abdomen	16	11,19
Sein	12	8,39
Tissu mou	19	13,29
Tête	10	6,99
Os	54	37,76
Thorax	8	5,59

Tableau III : Intensité moyenne de la douleur en fonction de la localisation.

Localisation de la douleur	EN moyenne
Pelvis	7,04
Abdomen	6,62
Sein	6,83
Tissu mou	6,94
Tête	7,1
Os	7,48
Thorax	7,75

Après la première consultation, 51,74% des patients ont eu une EN inférieure ou égale à 3. Parmi les patients avec une EN supérieure à 3, nous avons enregistré 38 patients en seconde consultation. Parmi ces 38 patients, 15 ont eu une EN inférieure ou égale à 3. La moyenne d'amélioration de la douleur est de 3,94 points après la première consultation. Au total, 62,23% des patients ont eu une EN ≤ 3 après les deux premières consultations.

Prescription d'antalgique :

Dix patients (6,99%) ont reçu un traitement antalgique de palier 1, soixante douze (50,34%) de palier 2 et cinquante-sept (39,86%) ont reçu d'emblée un antalgique de palier 3.

Pour les antalgiques de palier 2, le paracétamol codéine est prescrit dans 43,35% des cas, le tramadol dans 4,89% des cas. Nous avons noté que 66,66% des patients avec une $EN > 6$ ont bénéficié d'emblée d'un traitement par morphiniques ; 29,62% des patients avec une $EN > 6$ ont eu un antalgique de palier 2 parmi lesquels, 17 patients (70,83%) n'ont pas eu une $EN \leq 3$ après la prescription. Ce qui a motivé une augmentation de palier ou l'adjonction d'un co-antalgique. Dans 8,39% des cas, les patients ont reçu des co-antalgiques.

DISCUSSION

1. Description de la population :

Notre échantillon comprend une large majorité de femme (70,62%) avec un âge moyen de 46,18 ans. Le cancer du sein (23,08%) et du col (21,68%) sont les plus fréquemment vus dans notre étude. Au service d'Oncologie-Radiothérapie, plus de la moitié des cas de cancers sont constitués par celui du col et du sein. Selon les littératures, trois-quarts des patients sont de sexe féminin. L'âge moyen de découverte des cancers du sein est aux alentours de 48 ans, il en est de même pour celui du col utérin [1-3]. Ainsi, l'épidémiologie de la douleur vue au service est superposable à l'épidémiologie de la maladie cancéreuse. Par ailleurs, deux-tiers des patients vus pour la première fois au service présente un stade avancé de cancer et la plupart des publications s'accordent à dire que plus il y a envahissement tumoral, plus il y a présence de douleur.

2. Localisation et intensité de la douleur :

La douleur osseuse (37,76%) est la localisation la plus fréquente. En effet, la douleur osseuse est très fréquente dans la littérature à cause de la forte prévalence des métastases osseuses surtout pour les cancers du sein et de la prostate [4-6]. La douleur pelvienne se trouve en seconde position du fait de la forte prévalence des cancers génitaux dans la population étudiée.

L'intensité de la douleur est une valeur subjective. Néanmoins, notre évaluation sur l'échelle numérique cotée de 0 à 10 est validée sur le plan international [7]. Dans notre étude, plus de la moitié des patients (57,42%) se plaignaient de douleur sévère ($EN > 6$). Dans les littératures occidentales, le pourcentage des douleurs sévères est moins important. Par contre, peu d'études sur la douleur sont réalisées dans les pays en développement. Toutefois, à cause du retard fréquent de prise en charge des patients, il y a probablement aussi un pourcentage élevé de douleurs sévères [8-9].

3. La prescription d'antalgique :

Les antalgiques les plus utilisés sont le paracétamol-codéine (43,35%) et la morphine (39,86%). Le paracétamol-codéine est fréquemment utilisé du fait de sa disponibilité constante à la pharmacie de l'hôpital, contrairement au tramadol qui est souvent en pénurie. En plus, le paracétamol-codéine provoque peu d'effet secondaire, et il est facilement manipulable. Les recommandations préconisent l'utilisation du palier 2 au cours des douleurs modérées à sévères et c'est le cas

de la plupart des douleurs vues en oncologie. La morphine est facilement prescrite par les médecins du service ; ce qui confirme une étude marseillaise de 2005 selon laquelle les oncologues, par rapport aux autres spécialistes, sont moins hostiles à l'utilisation de la morphine [10]. La morphine est indiquée d'emblée dans les douleurs sévères ($EN > 6$), mais seulement 66,66% des patients ayant une $EN > 6$ ont reçu cette prescription. En effet, les médecins du service prescrivent d'abord les paliers 2 en première intention dans certaines douleurs sévères. Cette attitude correspond à la recommandation de l'OMS [11-12].

Pour l'utilisation des co-antalgiques, seulement 20,27% des patients douloureux ont pu bénéficier de co-antalgiques. Selon les recommandations, l'utilisation de co-antalgiques prend une place importante pour la maîtrise de la douleur. Le faible taux apparent d'utilisation des co-antalgiques résulte du fait que certains co-antalgiques ne sont pas répertoriés systématiquement dans les fiches douleurs.

4. Amélioration et sédation de la douleur :

La littérature retrouve une amélioration constante de la douleur ou, du moins, une amélioration très fréquente, car selon l'OMS, 80% des douleurs cancéreuses sont maîtrisables si on suit les recommandations. Notre travail montre que la douleur diminue de 3,24 points en moyenne à l'EN après la première consultation, ce qui est significative pour les patients. La satisfaction des patients n'a pas été demandée. Par contre, l'objectif thérapeutique est atteint dans 62,23% des cas, l'objectif thérapeutique étant une $EN \leq 3$. Ce résultat est supérieur au résultat thérapeutique d'une enquête sur la douleur réalisée en médecine générale par Tajfel P et al en 2002, qui avait montré une amélioration de la douleur de l'ordre de 30% [13].

CONCLUSION

Le développement de la formation continue, l'instauration de protocole analgésique, une évaluation encore plus rigoureuse des pratiques et du respect des recommandations contribueraient à l'amélioration encore plus conséquente de la prise en charge de la douleur. Le développement du CLUD au sein de l'HUJRA contribuera dans l'avenir à la réalisation de ces suggestions.

REFERENCES

1. Raharisolo VCR, Rabarijaona LP, Rajemiarimoelisoa C, Rasendramino M, Migliani R. Bilan des cancers du sein diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Madagascar de 1995 à 2001. Arch Inst Pasteur de Madagascar 2002;68:104-108.
2. Rafaramino F, Rakotobe P, Pignon T. Prise en charge du cancer du sein à Madagascar. Cancer Radiother 2001;5:445-451.
3. Raharisolo VCR, Rabarijaona LP, Soares JL, Migliani R. Bilan des cancers du col utérin diagnostiqués à l'Institut Pasteur de Madagascar de 1992 à 2002. Arch Inst Pasteur de Madagascar 2003;69:77-81.
4. Ferrero G, Percile G. Cancer et métastases osseuses, approche multidisciplinaire de la douleur. Doul Analg 2005;3:99-106.

-
5. Kassamali RH, Ganeshan A, Hoey ETD, Crowe PM, Douis H, Henderson J. Pain management in spinal metastases: the role of percutaneous vertebral augmentation. *Ann Oncol* 2011;22:782-786.
 6. Nancy M, Luger BA, Mach DB, Molly A, Sevcik PW, Manty H. Bone cancer pain: from model to mechanism to therapy. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:S32-S46.
 7. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Stein Kaasa, Poulain P *et al*. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:239-255.
 8. Ger, Shung-Tai Ho, Jhi-Joung Wang, Chen-Hwan Cherng. The prevalence and severity of cancer pain: a study of newly-diagnosed cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 1998;15:285-293.
 9. Mitera, Zeiadi N, Kirou-Mauro A, De Angelis C, Wong J, Sanjeevan T, *et al*. Retrospective assessment of cancer pain management in an outpatient palliative radiotherapy clinic using the pain management index. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:259-267.
 10. Ben Diane MK, Peretti-Watel P, Galinier A, Favre R, Obadia Y. Prescription de morphine en cas de douleur intense en phase terminale de cancer : résultats d'une enquête nationale. *Bull Cancer* 2005;92:733-40.
 11. OMS. 9ème Congrès de prise en charge de la douleur. OMS, 2000.
 12. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stute P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001;93:247-257.
 13. Tajfel R, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale, point de vue du médecin de la douleur. *Doul Analg* 2002;1:71-79.