

Lorsque les douleurs sont incontrôlables – thérapie antalgique intrathécale dans le traitement de la douleur réfractaire des tumeurs cancéreuses

Monika Kirsch, Tobias Ries Gisler, Wilhelm Ruppen

Lorsque les douleurs du cancer deviennent absolument insupportables malgré des mesures de soutien et de fortes doses d'antalgiques, le traitement de la douleur par voie intrathécale fournit une option de traitement. Dans cet article, seront illustrés les applications possibles et les aspects importants de la gestion de la douleur intrathécale.

La douleur est l'un des symptômes les plus courants et les plus pénibles pour les patients ayant une maladie tumorale (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007). Le schéma de gestion de la douleur à 3 niveaux mis en place par l'OMS depuis des décennies, recommande une adaptation progressive du traitement médicamenteux, selon le degré de douleur. Cette règle d'or du traitement de la douleur obtient 70 à 90% de satisfaction pour le contrôle de la douleur chez tous les patients atteints de cancer (Zech, Grond, Lynch, Hertel, et Lehmann, 1995). Cependant, cela signifie également, que 10 à 30% des patients souffrent de douleurs réfractaires qui ne peuvent pas être contrôlées par une antalgie classique. Si une douleur est réfractaire – ce qui signifie que le traitement conventionnel n'est pas efficace – il faudrait penser à une antalgie interventionnelle. Pour cette raison, l'OMS a publié un système de niveaux révisé en 1996, qui met l'accent sur «la douleur interventionnelle» en tant que quatrième niveau (Vargas-Schaffer, 2010). (Figure 1).

Dans le traitement intrathécal de la douleur, les médicaments sont injectés directement dans l'espace sous-arachnoïdien via un cathéter. Mais ce processus est-il efficace et quels patients en profitent? Une étude récente montre que dans



Figure 1: Schéma des niveaux

le traitement de la douleur, 42 des 44 études, au total, arrivent à de meilleurs résultats thérapeutiques avec la thérapie antalgique intrathécale ou péri-durale qu'avec un traitement de la douleur classique (Kurita, Kaasa, Sjogren, et European Palliative Care Research, 2011). Un autre ouvrage de référence, qui comprend 12 essais contrôlés randomisés soutient ce résultat (Myers, Chan, Jarvis, et Walker-Dilks, 2010).

Cependant, seule une fraction de l'ensemble de tout les patients avec des dou-

leurs réfractaires dues au cancer a accès à un tel procédé (Bhatnagar et Gupta, 2015). Les raisons de cette rare application sont complexes (Stearns et al., 2005). D'une part, le processus n'est pas familier à beaucoup de médecins généralistes et d'oncologues, de sorte que ces patients, qui pourraient bénéficier de ce type de thérapie, ne sont pas détectés. De plus, seuls quelques centres possèdent les compétences nécessaires pour ce faire. Le plus souvent, la formation d'équipes multidisciplinaires ou la mise en réseau

entre les institutions manquent, de sorte que le suivi dans les centres de soins collectifs (p.ex. Soins palliatifs ou EMS) ou chez les patients à domicile ne peut pas être assuré.

Pose et indication pour un cathéter intrathécal

L'indication, la mise en place et le dosage des médicaments utilisés sont effectués par un médecin spécialiste en anesthésiologie expérimenté dans cette technique. Dans le cas d'un cathéter intrathécal, le cathéter est placé dans l'espace sous-arachnoïdien. Le site de ponction se situe habituellement dans la région lombaire. Le cathéter est alors avancé direction crâniale jusqu'à la position souhaitée (lombaire, thoracique ou cervicale). A titre exceptionnel, on peut piquer dans la région thoracique voire même cervicale, mais c'est beaucoup plus difficile.

On distingue les cathéters intrathécaux dérivés vers l'extérieur et ceux implantés (avec Porth et pompe externe ou pompe implantée). À l'hôpital universitaire de Bâle (USB), par exemple, il n'est pas utilisé de cathéters intrathécaux implantés, mais seulement des cathéters dérivés vers l'extérieur. Afin de minimiser le risque d'infection et d'empêcher le cathéter de bouger, on «tunnelise» un cathéter 5

Présentation de cas

Chez Madame Blum (Nom d'emprunt), âgée de 73 ans, il a été diagnostiqué un cancer du rectum avancé fin 2016. Jusque là, Mme Blum a vécu avec son mari. Trois mois après le diagnostic, les pressions et les restrictions imposées par la maladie étaient si fortes qu'elle a opté pour une entrée en clinique palliative. La situation de la douleur, en particulier, était problématique. En dépit de la radiothérapie palliative et de patch de fentanyl à haute dose (200 mcg / h), les douleurs abdominales persistantes et une sensation de brûlure lors de l'évacuation des selles et de sang étaient insupportables. À la clinique, on est passé du Fentanyl TTS à la dose équivalente de morphine i. v., qui a augmenté de façon continue. Malheureusement, cela n'a pas montré d'effet analgésique sur la douleur. Au lieu de cela, elle a encore développé un délire hyperactif. Les médecins en soins palliatifs ont fait appel

à des spécialistes de la douleur avec titre de médecin spécialisé en anesthésie et la décision commune pour la pose d'un cathéter intrathécal tunnelisé est tombée. Comme un transport à l'hôpital dans cette situation de soins très palliatifs aurait signifié une trop grande torture pour la patiente, le cathéter a été posé avec un plateau technique très simple directement à la clinique. Après la pose sans problème, Mme Blum a reçu 3,6 mg / jour de morphine, 28,8 mg / j de bupivacaïne et 0-4 bolus de bupivacaïne 3 mg par jour par voie intrathécale. Le délire a complètement disparu, la douleur a été écartée. Il s'ensuivit une période de temps importante dans laquelle Mme Blum était éveillée et orientée. Elle avait du temps pour les discussions importantes et a pu prendre congé de ses proches. Trois semaines plus tard, elle est décédée tranquillement en présence de son mari.

10 cm latéralement par rapport au site de ponction du cathéter intrathécal à travers le tissu sous-cutané (Figure 2). Il convient de rappeler que, en général, chez les patients cancéreux dont la durée prévue du traitement est de moins de trois mois, il faudrait préférer un cathéter intrathécal «tunnelisé» avec un système de pompe externe à un système implanté fixe, en outre aussi pour des raisons de coût.

Les indications pour un traitement de la douleur intrathécal sont des douleurs dues à des tumeurs avec un très fort besoin en opiacés, qui, malgré de fortes doses, ne peuvent pas être traitées de manière adéquate et / ou avec des effets secondaires intolérables en raison de la thérapie systémique aux opiacés. C'est justement quand de très fortes doses par voie orale, intraveineuse ou transcutanée ont été atteintes, qu'un changement pour la thérapie intrathécale peut apporter des avantages évidents. C'est ce que montre très bien le cas présenté ici (voir encadré 1). En changeant la voie d'administration,

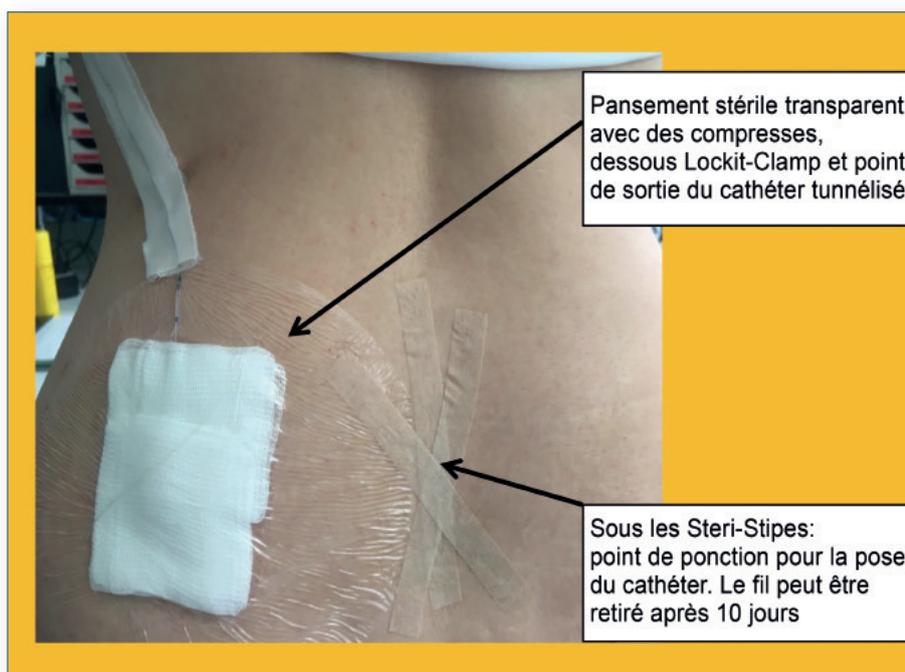


Figure 2: Pansement d'un cathéter intrathécal tunnelisé

la dose quotidienne d'opiacés peut être massivement réduite et donc également les effets secondaires potentiels. Par rapport à l'application systémique des opiacés, le traitement de la douleur intrathécal a des risques plus faibles d'effets secondaires. En effet, la majeure partie du médicament est concentrée dans un centimètre autour de la pointe du cathéter et les récepteurs périphériques, qui sont responsables de la plupart des effets secondaires dus aux opiacés, peuvent être évités (Miljanich, Rauck, & Saulino, 2013).

Contre-indications, effets secondaires et complications

Les contre-indications générales pour le traitement de la douleur intrathécal sont des infections locales ou systémiques, les troubles de la coagulation et des anomalies pathologiques de la colonne vertébrale.

La décision doit être prise avec précaution et les indications strictement posées. Cela exige la participation des patients et de leurs familles. Les patients et leurs proches doivent, lors d'une consultation d'information, prendre connaissance du processus de la maladie et du pronostic. De plus, les patients ainsi que leurs familles, comme pour tout traitement, doivent être informés exactement sur les complications possibles. La motivation et la capacité à faire face à une telle thérapie de la douleur doivent se dégager clairement chez les patients ainsi que leurs familles.

Des effets secondaires et des complications peuvent survenir en raison des médicaments utilisés ou du cathéter. Les nausées, les vomissements, la sédation et la rétention urinaire comptent parmi les effets secondaires des opiacés. Lors de l'utilisation d'anesthésiques locaux, il faut également mentionner la perte de la sensibilité et de la fonction motrice des membres inférieurs ainsi qu'une possible incontinence urinaire et fécale. En ce qui concerne les complications liées au cathéter, il y a le changement de position et la déconnexions. Les infections se produisent chez environ 2 % des patients (Aprili, Bandschapp, Rochlitz, Urwyler, et Ruppen, 2009). Celles-ci peuvent avec des complications neurologiques graves

telles qu'une méningite. Des granulomes inflammatoires peuvent rarement se former dans l'espace proche de la pointe du cathéter. La probabilité de l'apparition d'un granulome augmente avec la durée du traitement et la concentration croissante du médicament (Vayne-Bossert, Afsharimani, Good, Gray, et Hardy, 2016).

Médicaments utilisés

Selon le centre de traitement, la palette des médicaments utilisés est très variable (Vayne-Bossert et al., 2016). Souvent, les anesthésiques locaux sont administrés en raison de l'effet synergique positif en association avec des opiacés. Par l'emplacement direct dans l'espace sous-arachnoïdien, il ne faut que de petites doses de médicaments pour obtenir un effet analgésique. Ainsi, le taux d'équipotence des opioïdes par voie intrathécale est beaucoup plus bas par rapport aux autres modalités d'administration. Si un patient, par exemple, recevait 100 mg de morphine par voie intraveineuse, par voie intrathécale, seul 1 mg de morphine sera nécessaire (Taux d'équipotence i.v. intrathécal = environ 100: 1). D'autres médicaments sont utilisés dans le traitement intrathécal de la douleur tumorale : la clonidine et le ziconotide. La clonidine, récepteur agoniste 2-adrénergique, est souvent combinée avec de la morphine dont elle potentialise l'action. Le ziconotide (antagoniste des canaux calciques) est principalement utilisé dans le traitement de la douleur neuropathique. Il a l'autorisation pour être utilisé en monothérapie intrathécale et peut aussi être combiné avec les opiacés, les anesthésiques locaux et les relaxants à action centrale.

Aspects des soins du cathéter intrathécal tunnelisé

Le personnel soignant joue un rôle clé dans le traitement et le suivi des patients avec une antalgie intrathécale. Parce que souvent, une décision de traitement est subordonnée à savoir si le personnel suivant le patient à l'hôpital, dans un centre de soins longue durée ou à domicile a les compétences techniques requises. Il n'existe que peu de littérature de recherche appuyant l'Evidence Best Practice dans les soins infirmiers. Au contraire, les

centres doivent compter sur l'expérience interne. Les aspects suivants sont particulièrement importants dans les soins (Hanssen Textor, 2016):

Information du patient et de ses proches

Des informations complètes concernant les contrôles, les manipulations et les changements de pansement sont essentielles. En fonction du degré d'autonomie, le patient et son entourage devraient être instruits par rapport à la manipulation de la pompe dans la vie quotidienne. Il faut les rendre attentifs aux complications possibles et aux comportements requis.

Évaluation de la douleur et paramètres de surveillance

Une évaluation complète de la douleur et un suivi régulier des paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température) est importante. En outre, en cas d'utilisation des anesthésiques locaux, il faut penser au contrôle sensoriel et moteur des membres inférieurs et à celui de la vessie.

Selon la situation de la prise en charge, il faudrait faire des analyses de laboratoire des paramètres infectieux à des intervalles de temps définis.

Contrôle et changement du pansement

Un contrôle visuel quotidien du pansement et de l'intégrité du système de perfusion doit être effectué par le personnel soignant ou un patient bien informé et / ou ses proches. Lors du changement de pansement, il faut utiliser la technique Non-touch pour appliquer le film stérile. Pour la fixation du cathéter, un système Lockit-Clamp a fait ses preuves. Un pansement humide ou décollé (par exemple, à cause de la douche ou de la transpiration) doit être immédiatement remplacé (Morin et al., 2006).

Conclusion et perspectives

Le traitement intrathécal de la douleur devrait avoir une place permanente dans le cadre d'une gestion complète de la douleur et dans les soins palliatifs pour les patients atteints de cancer. Les principaux avantages de la thérapie intrathécale sont la possibilité d'un contrôle adéquat de la douleur et avec moins d'effets

secondaires que dans une thérapie systémique conventionnelle. Les inconvénients sont la mise en place délicate sur le plan technique et le suivi exigeant, ce qui peut nécessiter une utilisation élevée de personnel spécialisé pour l'encadrement. Grâce à une prise de décision minutieuse, une coopération étroite entre les différents groupes professionnels et les institutions, on peut toutefois atteindre une qualité de vie nettement plus élevée dans le traitement des patients avec une antalgie complexe.

Littérature

- Aprili, D., Bandschapp, O., Rochlitz, C., Urwyler, A., & Ruppen, W. (2009). Serious Complications Associated with External Intrathecal Catheters Used in Cancer Pain Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology*, 111(6), 1346–1355. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181bfab9a
- Bhatnagar, S., & Gupta, M. (2015). Evidence-based Clinical Practice Guidelines for Interventional Pain Management in Cancer Pain. *Indian J Palliat Care*, 21(2), 137–147. doi: 10.4103/0973-1075.156466
- Hanssen Textor, L. (2016). Intrathecal Pumps for Managing Cancer Pain. *American Journal of Nursing*, 116(5), 36–44.
- Kurita, G. P., Kaasa, S., Sjogren, P., & European Palliative Care Research, C. (2011). Spinal Opioids in Adult Patients with Cancer Pain: a Systematic Review: a European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) Opioid Guidelines Project. *Palliat Med*, 25(5), 560–577. doi: 10.1177/0269216310386279
- Miljanich, G., Rauck, R., & Saulino, M. (2013). Spinal Mechanisms of Pain and Analgesia. *Pain Pract*, 13(2), 114–130. doi: 10.1111/j.1533-2500.2012.00564.x
- Morin, A., Kerwat, K., Büttner, J., Litz, R. J., Koch, T., Mutters, R., ... Wulf, H. (2006). Hygieneempfehlungen für die Anlage und weiterführende Versorgung von Regionalanästhesie-Verfahren. *Anästhesie Intensivmedizin*, 47, 372–379.
- Myers, J., Chan, V., Jarvis, V., & Walker-Dilks, C. (2010). Intraspinal techniques for pain management in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*, 18(2), 137–149. doi: 10.1007/s00520-009-0784-2
- Stearns, L., Boortz-Marx, R., Du Pen, S., Friehs, G., Gordon, M., Halyard, M., ... Kiser, J. (2005). Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: a multidisciplinary consensus of best clinical practices. *J Support Oncol*, 3(6), 399–408.
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, 18(9), 1437–1449. doi: 10.1093/annonc/mdm056
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*, 56(6), 514–517. e202–515.
- Vayne-Bossert, P., Afsharimani, B., Good, P., Gray, P., & Hardy, J. (2016). Interventional options for the management of refractory cancer pain—what is the evidence? *Support Care Cancer*, 24(3), 1429–1438. doi: 10.1007/s00520-015-3047-4
- Zech, D. F., Grond, S., Lynch, J., Hertel, D., & Lehmann, K. A. (1995). Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*, 63(1), 65–76.

Contact:

Monika Kirsch, Dr sc. méd., RN
Experte en soins d'anesthésie
Membre du centre de la tumeur
Hôpital Universitaire, Bâle
monika.kirsch@usb.ch

Tobias Ries Gisler, MScN RN
PExpert en soins d'anesthésie
Responsable de processus
perfectionnement
Hôpital Universitaire, Zürich
tobias.ries@sigafsia.ch

Wilhelm Ruppen, PD Dr
Médecin chef, antalgie
Membre du centre de la tumeur
Hôpital Universitaire, Bâle
wilhelm.ruppen@usb.ch