

La 17^e Rencontre Eveline Markiewicz sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux

J.-P. Sculier

Service des Soins intensifs et Urgences oncologiques & Oncologie thoracique
Institut Jules Bordet, ULB

La 17^e Rencontre Eveline Markiewicz sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux s'est tenue le samedi 22 octobre 2016 à l'Institut Jules Bordet à Bruxelles. La séance thématique a été consacrée à la douleur et soins intensifs oncologiques et était présidée par Anne-Pascale Meert (Institut Jules Bordet, Bruxelles) et Jacques Devriendt (C.H.U. Brugmann, Bruxelles).

Le premier exposé a été donné par Dominique Lossignol (Institut Jules Bordet) à propos des bases du traitement de la douleur en oncologie. L'orateur a rappelé que la loi précisait que toute personne devait recevoir les soins les plus appropriés, visant notamment à soulager la douleur. Le traitement antalgique est basé sur l'échelle de l'OMS, elle-même basée sur l'expérience de spécialistes et non sur des études de haut niveau de preuve. Il a insisté à ne pas avoir peur de prescrire des morphiniques. L'abord du syndrome douloureux a plusieurs facettes. Il faut tenir compte de l'élément causal : les douleurs directement liées au cancer, qu'il s'agisse de la tumeur primitive ou de métastases, les douleurs iatrogènes en rapport avec les différents traitements administrés et l'effet d'autres pathologies. Ce qui est caractéristique du cancer est la survenue d'accès douloureux paroxystiques. Ce sont des douleurs incidentales, d'installation très rapide, atteignant leur pic en moins de trois minutes, survenant 2 à 4 fois par jour habituellement et qualifiées de moyennes à sévères par les patients ; elles sont de courte durée, d'environ une demi-heure et transitoires. Les traitements disponibles (formes galéniques du fentanyl en dehors des dispositifs transcutanés) ne sont pas remboursés en Belgique, ils sont onéreux. Les différents médicaments usuels utilisés dans le traitement de la douleur ont été revus : paracétamol, morphiniques, anti-inflammatoires, co-analgésiques.

La deuxième intervention a été faite par Maurice Sosnowski (Institut Jules Bordet) sur les douleurs post-opératoires. Il a insisté sur l'importance des anti-inflammatoires non stéroïdiens en cas de chirurgie à forte composante inflammatoire, éventuellement en combinaison avec le paracétamol dans le but de réduire les besoins en morphiniques. Une autre approche est

le contrôle par le patient lui-même de ses besoins en analgésiques. L'analgésie contrôlée par le patient a différentes applications : épidurales, plexiques, intraveineuses. Cette technique se pratique avec des opiacés et des pompes. L'analgésie autocontrôlée raccourcit la durée de la douleur. L'orateur a ensuite parlé des différentes techniques d'analgésie loco-régionale : intrathécale (sous-arachnoïdienne), épidurale, plexique, périphérique. Elle se réalise essentiellement avec des anesthésiques locaux en utilisant éventuellement des adjuvants comme la clonidine ou la kétamine. En dernière partie, la douleur chronique post-opératoire a été abordée. C'est un problème qui est souvent non reconnu et on considère que 1% des patients en présente à un an de l'intervention. Il existe une série de facteurs de risque identifiés dont la douleur aiguë post-opératoire. Auparavant, la prévention était basée sur l'analgésie préemptive et actuellement, on recourt à un abord multimodal supporté par une nouvelle classification des antalgiques en distinguant les anti-nociceptifs comme le paracétamol, les anti-nociceptifs hyperalgésiques comme les opiacés et les non-anti-nociceptifs anti-hyperalgésiques comme la gabapentine ou la kétamine. On distingue aussi des anti-nociceptifs anti-hyperalgésiques comme certains anesthésiques locaux et le néfopam.

Le troisième exposé par Maïté Garrouste-Orgéas (Université Paris-Diderot) intitulé " De la souffrance physique à la souffrance morale " a été consacré à d'autres aspects de la douleur. Il existe en Soins intensifs de nombreux inconforts physiques et psychiques, non seulement liés à la douleur post-opératoire ou au site de procédure mais également à la soif, à la faim, au froid, aux lumières, aux odeurs désagréables ainsi qu'à l'incapacité à communiquer, l'insuffisance d'information, l'isolement, l'anxiété, l'angoisse, le non-respect de l'intimité, etc. De nombreuses études récentes ont mis en évidence l'ensemble de phénomènes qu'il conviendrait de contrôler, les principaux étant la dyspnée, la douleur, la soif, l'anxiété et l'insomnie. En effet, ce vécu va avoir des conséquences à distance du séjour en Soins intensifs considérées comme un stress post-

traumatique. On voit apparaître des symptômes d'intrusion (cauchemars, souvenirs répétitifs envahissants, etc.), des symptômes d'évitement et d'éroussement des affects (visant à éviter des situations ou images associées, sources de troubles relationnels) et des symptômes neurovégétatifs (colère, irritabilité, hypervigilance, insomnie, réaction de sursaut). Une réhabilitation précoce pourrait réduire l'importance de ces conséquences. L'idée d'avoir un journal de bord, éventuellement tenu par les proches ou les infirmières, permettrait au patient de pouvoir savoir exactement ce qui s'est passé pendant son séjour. Une évaluation du malade à sa sortie de réanimation devrait être réalisée pour dépister les patients à risque.

Le quatrième exposé a été consacré à une cause fréquente de douleur thoracique aiguë en Soins intensifs oncologiques, l'aspergillose pulmonaire invasive. L'intervenant, Elie Azoulay (Hôpital Saint-Louis, Paris), a expliqué la pathogénie de l'aspergillose invasive en rapport avec l'atteinte des structures pariétales, notamment de la plèvre mais également de la trachée, des bronches, du péricarde et des gros vaisseaux. La douleur est ressentie essentiellement via les nerfs intercostaux par atteinte pleurale, il s'agit d'une pleurodynie. Les autres causes incriminées dans les douleurs thoraciques en Soins intensifs sont l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde, la péricardite, la dissection aortique, des pleurésies et pneumothorax, l'œsophagite de reflux, le zona et l'atteinte de la trachée et des bronches proximales. Rappelons que l'aspergillose invasive est une maladie de l'immunodéprimé et que le champignon a un tropisme particulier pour les patients souffrant d'une neutropénie prolongée. L'auteur a revu les modalités diagnostiques et de traitements de cette maladie sévère. La douleur thoracique de type pleural est un symptôme tout à fait caractéristique dans ce contexte précis de même que le signe du halo à la tomodynamométrie thoracique. L'apparition de nouveaux antifongiques puissants a permis de réduire la mortalité de cette pathologie.

L'avant-dernière présentation a été faite par Julie Gorham (Institut Jules Bordet) sur la douleur aux urgences oncologiques. Une revue systématique a mis en évidence l'importance de la douleur dans cette situation, un quart des patients se présentant avec ce symptôme. Il faut noter que cette plainte se retrouve avec tous les cancers. Les principaux types de douleurs que l'on peut rencontrer sont les douleurs thoraciques, les douleurs abdominales, les douleurs à la colonne et les douleurs aux extrémités. L'oratrice a ensuite revu l'expérience de son service, tout d'abord pour les patients atteints d'un cancer du poumon où la douleur comme motif aigu de consultation se retrouvait dans 8 % des cas dans une étude portant sur l'ensemble des patients s'étant présentés aux urgences en 3 ans, totalisant 4.997 consultations pour 2.430 patients différents. La gestion de la douleur est un problème important, cause d'environ 13 % des consultations.

La dernière conférencière, Christine Peeters Asdourian (Pain Israël Medical Center, Harvard Medical School, Boston), a abordé un problème qu'il convient absolument d'éviter en Europe, l'abus des antalgiques stupéfiants. En effet, si les opiacés sont largement prescrits dans le contexte d'une pathologie cancéreuse, leur utilisation a été encouragée, aux Etats-Unis essentiellement, dans des pathologies non malignes, source d'abus importants. En 2014, environ 2 millions d'Américains de plus de 12 ans étaient devenus dépendants des opiacés. Une personne sur quatre, sous prescription à long terme d'opiacés, devient dépendante. Les principaux médicaments concernés sont l'hydrocodone, l'oxycodone, l'oxymorphone, la méthadone et le fentanyl. L'expérience de l'oratrice est basée sur la Clinique de la Douleur qu'elle dirige dans le cadre d'un Service d'Anesthésie académique. Cette attitude T a débuté au Memorial Sloan Katherine à New York dans les années 1980. Une série publiée de 38 cas a été à la source d'une forte campagne de publicité ayant abouti à une libéralisation du marché des opiacés dans les affections bénignes, notamment ostéo-articulaires. Si les Etats-Unis représentent 4,6 % de la population mondiale, on y concentre 80 % de la consommation globale d'opioïdes et 66 % du trafic de la drogue au niveau mondial est centré sur ce pays. Les autorités sanitaires se sont récemment impliquées dans ce fléau. Des recommandations de pratique clinique ont été faites par le CDC et un Institut national sur l'abus de médicaments a été créé. Les recommandations sont de favoriser l'utilisation de traitement sans médicament ou des médicaments non-opioïdes, d'analyser les facteurs en terme risque/bénéfice pour chaque patient, de ne prescrire d'opioïdes qu'à courte durée d'action et à pas plus de 50 mg/jour de morphine ou équivalent. On recommande également d'utiliser le moins possible d'opioïdes en période post-opératoire ou post-traumatique, de ne prescrire de tels traitements en cas de douleur chronique que pour une semaine. Un programme de monitoring des prescriptions a été mis au point. On offre également un traitement de sevrage et de désintoxication si nécessaire dans un centre de réhabilitation. Chez les survivants du cancer, on note également le risque d'avoir un abus à long terme de consommation d'opiacés. Il faut donc rester très prudent dans toutes ces prescriptions.

La deuxième partie de la Rencontre a été consacrée à une table ronde sur le Comité d'Ethique. En effet, le passage d'un protocole d'étude au Comité d'Ethique, étape obligatoire en Belgique, peut s'avérer difficile. La séance était présidée par Thierry Berghmans (Institut Jules Bordet) et Jean-Jacques Lafitte (Université de Lille 2).

Un exemple vécu a été présenté par Anne-Pascale Meert (Institut Jules Bordet) et Dominique Benoit (UZ, Gand) à propos d'une étude européenne multicentrique observationnelle dont le but était de faire l'état des lieux sur les admissions pour insuffisance respiratoire en Soins intensifs. Pour la Belgique, deux institutions y participaient, l'Hôpital universitaire de

Gand et l'Institut Bordet. L'objectif était d'inclure 25 patients par centre. A la suite de nombreux problèmes administratifs, il a fallu à peu près 6 mois avant d'obtenir l'accord du Comité d'Ethique central, ce qui n'a pas permis aux centres belges d'inclure le nombre requis de patients. Cet exemple a fait l'objet d'un vif débat.

Bernard Hanson (Université de Mons) a développé le point de vue du philosophe des sciences. Ses réflexions ont porté sur la connaissance et le consentement informé. En ce qui concerne le consentement informé, il a rappelé les règles en vigueur en Belgique et le rôle des Comités d'Ethique qui offre l'avantage de constituer un système souple permettant de gérer de façon pragmatique, mais vigilante, les problèmes éthiques soulevés par l'expérimentation sur l'homme tout en restant proche de la réalité clinique. En fait, nous sommes face à une polyphonie normative combinant l'éthique médicale internationale, la déontologie et le droit. Il faut tenir compte des exigences au-delà du droit et de refuser tout formalisme juridique.

Dans l'exposé suivant, André Stoop (association de patients " Vaincre ") a donné sa perception et sa compréhension du problème, ses interrogations et son

opinion. Il trouve que l'on a perdu beaucoup de temps par un rigorisme trop tatillon. Il a insisté pour que le patient soit informé de ce que l'on va faire de ses données.

Ensuite, le professeur Jacques Fierens (Université de Namur) a donné les commentaires du juriste. Il a expliqué qu'il y avait des problèmes avec la loi de 2004 régissant les études cliniques en Belgique car elle a été mal rédigée et mal traduite. Il y a, dans l'exemple donné, un problème de communication, mais également un problème de formulation. Ceci explique les avis divergents que des Comités d'Ethique peuvent avoir, il insiste sur l'importance d'avoir un dialogue soutenu.

Le Docteur Lossignol, donnant l'avis du Comité d'Ethique (Institut Jules Bordet), a expliqué que le Comité d'Ethique doit respecter les règlements et voir si les droits du patient sont respectés. Le patient doit savoir ce que l'on va faire de ses données. Il a insisté sur l'importance du dialogue entre les différents interlocuteurs pour gérer de façon sereine les problèmes liés aux interventions auprès des Comités d'Ethique. Un débat bien animé s'en est suivi.