



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE
POPULAIRE MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE



SCIENTIFIQUE
Université Kasdi Merbah Ouargla
Faculté de Médecine
Département de Médecine

Mémoire de fin d'étude

Thème

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS
CANCÉREUSES

ETUDE PROSPECTIVE AU NIVEAU DE
L'UNITÉ D'ONCOLOGIE MÉDICALE DU CAC
OUARGLA DU JANVIER 2023 À MARS 2023.

Réalisé par :

- GUEZIZ Ahmed Oussama. - OUDDANE Mohammed Anis.

Encadré par :

Dr. BENGANA Hanane : Maitre-assistant en anesthésie et réanimation .

Les membres de jury :

Président : Dr. NOUCER Adib : Professeur en chirurgie générale.

Examineur : Dr. FIZI Hanina : Maitre-assistant en oncologie médicale.

Examineur : Dr. AIT AMER Fayçal : Maitre-assistant en anesthésie et réanimation .

Année universitaire 2022-2023

Remerciements

A Dr Bengana Hanane, Directrice de thèse :

Merci pour vos conseils et votre soutien tout au long de ce travail. Vos enseignements et les valeurs que vous avez transmises telles que la rigueur, la curiosité et l'ouverture d'esprit ont été inestimables.

Nous sommes extrêmement reconnaissant de votre disponibilité sans faille. Votre contribution à notre cours est grandement appréciée.

Au Dr Nouicer Adib, Président du jury, Dr Fizi Hanina et Dr Ait Amer Fayçal membres du jury

Pour nous faire l'honneur de juger ce travail et pour votre disponibilité

A Docteur Dr Fizi Hanina, oncologue à EPH - Ouargla

Pour votre aide et vos conseils précieux durant la rédaction de cette thèse et pour nous faire l'honneur d'être membre du jury. Pour nous avoir fait découvrir la réalité des soins en oncologie, par vos connaissances, vous nous avez offert un stage très enrichissant. Votre générosité et votre patience sont très appréciées.

Aux tous les enseignants de Faculté de médecine - Université Kasdi Merbah Ouargla

Pour leur savoir et leur disponibilité, qui nous permettent d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de notre profession.

LISTE DE FIGURES

Figure 1 : Facteurs qui modifient la perception de la douleur par le malade	18
Figure 2: La différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique.	20
Figure 3: Classification selon le mécanisme physiopathologique.....	21
Figure 4 : EVA (Échelle Visuelle Analogique).....	27
Figure 5 : Questionnaire DN4.	28
Figure 6 : Les paliers(P) des antalgiques de l'OMS.	30
Figure 7: Traitement de la douleur nociceptive.....	31
Figure 8: Traitement des douleurs neuropathiques.....	33
Figure 9: Traitement de la douleur neuropathique périphérique.	34
Figure 10: Traitement de la douleur neuropathique centrale.....	35
Figure 11 : Le Meopa (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote).....	36
Figure 12 : Chirurgie du rachis et techniques d'ablation.	40
Figure 13 : La cimentoplastie vertébrale.	41
Figure 14 : L'ablation par radiofréquence.	42
Figure 15 : Cryoablation. Patient placé en procubitus sur la table de scanner, cryosondes (flèches blanches) sont placées au sein de la tumeur sous contrôle de l'imagerie.	42
Figure 16 : Le site anatomique d'administration par voie intrathécale.	43
Figure 17 : La pompe intrathécale.	44
Figure 18 : Le site anatomique d'administration par voie épidurale.	44
Figure 19 : Les analgésiques adjuvants dans le traitement des douleurs cancéreux.	46
Figure 20 : La neurostimulation transcutanée.	47
Figure 21 : L'acupuncture.	49
Figure 22 : La sophrologie.....	50

Figure 23 : Le sexe.	63
Figure 24 : Le sexe selon l'âge.	63
Figure 25 : Lieu de la naissance.	66
Figure : 26 Adresse.	68
Figure 27 : Profession.	70
Figure 28 : Situation familiale.	71
Figure 29 : Situation financière.	72
Figure 30 : Situation professionnelle.	72
Figure 31 : Niveau d'instruction.	73
Figure 32 : La première consultation chez un médecin.	73
Figure 33 : Les antécédents médicaux.	75
Figure 34 : Le type du cancer.	77
Figure 35 : Phase du traitement.	78
Figure 36 : Une douleur en relations avec le cancer.	79
Figure 37 : Une douleur en relations avec les traitements du cancer.	79
Figure 38 : Le traitement antalgique actuellement prescrit.	80
Figure 39 : Le traitement antalgique actuellement prescrit.	80
Figure 40 : La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs.	81
Figure 41 : La prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses.	82
Figure 42 : La prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses.	83
Figure 43 : La présence d'un ou plusieurs douleurs.	83
Figure 44 : Le temps d'existence des douleurs.	84
Figure 45: Le présent des éléments qui soulageant la douleur.	85
Figure 46 : Les éléments qui soulagent la douleur.	85
Figure 47 : La présence des éléments qui aggravent la douleur.	86
Figure 48 : Les éléments qui aggravent la douleur.	86

Figure 49 : Les douleurs inflammatoires.....	87
Figure 50 : Les douleurs neuropathiques.....	87
Figure 51 : Le déficit neurologique.	88
Figure 52 : DN4.....	89
Figure 53 : EVA à la minute actuelle.	90
Figure 54 : EVA la plus intense.....	91
Figure 55 : EVA la plus faible.....	92
Figure 56 : L'activité générale.....	92
Figure 57 : La Capacité à la marche.	93
Figure 58 : La relation avec les autres.	93
Figure 59 : Le trouble du sommeil.	94
Figure 60 : L'humeur.....	94
Figure 61 : Circuit de prise en charge.....	95
Figure 62 : L'efficacité de la prise en charge.....	96
Figure 63 : La consultation chez un psychologue ou psychiatre.....	96
Figure 64 : L'efficacité de la psychothérapie.....	97
Figure 65 : Paracétamol à dose maximale.	98
Figure 66 : L'effet positif de paracétamol.....	99
Figure 67 : Les effet secondaire suite la prise des AINS.....	100
Figure 68 : Palier II à dose maximale.....	101
Figure 69 : Palier III à dose maximale.	102
Figure 70 : Palier III effet positif.....	102
Figure 71 : Les effet secondaire suite la prise d'un traitement de palier III.....	103
Figure 72 :L 'Observance aux antalgiques.....	103

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : L'âge moyenne.	64
Tableau 2 : Lieu de la naissance.	65
Tableau 3 : Adresse.	67
Tableau 4 : Profession.	69
Tableau 5 : Les antécédents médicaux.	74
Tableau 6 : les antécédents Familiaux.	76
Tableau 7 : Les antécédents Chirurgicaux.	76
Tableau 8 : Siège de la douleur.	78
Tableau 9 : Douleur permanent.	84
Tableau 11 : Examen neurologique.	88
Tableau 12 : Score DN4.	89
Tableau 13 : Kinésithérapie.	97
Tableau 14 : L'acupuncture.	97
Tableau 15 : L'électrostimulation transcutanée.	98
Tableau 16 : La prise des AINS.	99
Tableau 17 : Palier II effet positif.	101
Tableau 18 : Crainte des effet secondaires.	104
Tableau 19 : Crainte de la dépendance.	104
Tableau 20 : Conclusion du la douleur.	105

LISTE DES ABBREVIATIONS

5 HT : 5 Hydroxy Tryptamine

ADP : Accès Douloureux Paroxystiques

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de la Santé

COX : Cyclo Oxygénase

CETD : Centre d'Evaluation et du Traitement de la Douleur

CLUD : Comité de Lutte contre le Douleur

DREZ : Dorsal Root Entry Zone (Zone d'entrée de la corne postérieure)

EAPC : European Association for Palliative Care (Association européenne des soins palliatifs).

EPIC : European Pain In Cancer

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GABA : Acide γ -Aminobutyrique

GNDF : Glial Derived Neurotrophic Factor

IASP : International Association for the Study of Pain

INCa : Institut National du Cancer

NMDA : N-Acétyle-D-Aspartate

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PCA : Patient Controlled Pain (Analgésie contrôlée par le patient)

PPS : Projet Personnalisé de Soins

PPAC : Projet Personnalisé d'Après Cancer

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFETD : Société Française d'Evaluation et du Traitement de la Douleur

SOR : Standards Options et Recommandations

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée

TABLE DES MATIERES

<i>LISTE DE FIGURES</i>	1
<i>LISTE DE TABLEAUX</i>	4
<i>LISTE D'ABBREVIATIONS</i>	5
<i>TABLE DES MATIERES</i>	7
<i>INTRODUCTION</i>	9
<i>LES OBJECTIFS</i>	15
L'OBJECTIF PRINCIPAL :	15
LES OBJECTIFS SECONDAIRES :	15
<i>REVUE DE LA LITTERATURE</i>	16
I.Epidémiologie :	17
II.Nature de la douleur cancéreuse	17
III.Type de douleur	20
A.Classification selon sa durée d'évolution	20
B.Classification selon son mécanisme physiopathologique.....	20
IV.Différents types de douleur en cancérologie	22
A.Les douleurs liées à la tumeur.	22
B_Les douleurs provoquées par les traitements du cancer.	23
V.Spécificités de l'évolution de la douleur dans le cancer.	25
VI.Prise en charge de la douleur dans le cancer	26
A.Evaluation de la douleur.....	26

B.La douleur nociceptive :	29
C.La douleur neuropathique :	31
D.Les douleurs liées aux soins :	36
E.Les accès douloureux paroxystiques :	36
F.Les douleurs rebelles :	37
<i>METHODES ET MATERIELS</i>	52
I.Cadre d'étude :	53
II.Type et période d'étude :	53
III.Population d'étude :	53
IV.Modalité de recueil des données :	53
VII.Analyse statistique des données :	61
VIII.Aspect éthique :	61
<i>LES RESULTATS</i>	62
<i>DISCUSSION</i>	106
<i>CONCLUSION</i>	114
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	115

RESUME

La douleur cancéreuse par sa fréquence et sa gravité, représente un vrai problème pour les patients atteints du cancer.

Méthodes : Dans le but de décrire la qualité de la prise en charge des douleurs cancéreuses des patients et analyser le profil épidémiologique, les aspects cliniques, thérapeutiques des douleurs cancéreuses, nous rapportons les résultats d'une étude prospective menée durant la période allant du 01/01/2023 jusqu'à 31/03/2023, concernant la prise en charge des douleurs cancéreuses au niveau 31/03/2023, du service d'oncologie à l'Hôpital Mohamed BOUDIAF d'Ouargla.

Résultats : Au total 50 patients ont été inclus, dont l'âge moyen était 53.2 ans avec un sexe ratio de 1H\2F.

On note que 82% des patients se plaignent de la douleur dont 24% étaient scorés 10/10 à l'échelle EVA la plus intense. La douleur était localisée chez 48% des cas, et une durée plus 6 mois dans 62%.

54% des patients qui présentent la douleur étaient sous un antalgique palier I, suivi par palier II et palier III avec un pourcentage 23% pour chaque palier.

Au cours des accès, plus de la moitié des patients avaient une prescription antalgique à raison de 56 %, avec l'utilisation du palier I à raison de 50 %, suivi du Palier III à raison de 30 %.

On note que l'effet positif, du palier I atteints à 76% ; palier II à 66% ; palier III à 57%.

Le questionnaire DN4 revient positive dans 42% des cas, alors que seulement 02% des patients sont sous antiépileptiques ou antidépresseurs.

En plus, malgré que seulement 20% des patients ont consulté chez un psychiatre, mais la majorité d'entre eux 80% ressentent une amélioration.

Par ailleurs, l'utilisation des traitements antalgiques non médicamenteux était nulle.

Conclusion : Les résultats confirment qu'un nombre considérable des malades souffrent d'une douleur cancéreuse, malheureusement, beaucoup d'entre eux ne reçoivent pas de traitement satisfaisant. Cependant, il existe des méthodes reconnues permettant un traitement efficace de la douleur. Il est crucial qu'un programme éducatif complet soit développé pour enseigner aux personnels soignants, aux médecins et aux autres professionnels de la santé la nécessité de la prise en charge de la douleur cancéreuse.

Mots-Clés : Douleur cancéreuse, Antalgique, Efficacité, Ouargla.

ABSTRACT

Cancer pain, by its frequency and severity, represents a real problem for cancer patients.

Methods: With the aim to describe the quality of the management of patients' cancer pain and analyze the epidemiological profile, the clinical and therapeutic aspects of cancer pain, we report the results of a prospective study carried out during the period from 01/01/2023 until 03/31/2023, concerning the management of cancer pain in the oncology department at the Mohamed BOUDIAF Hospital in Ouargla

Results: A total of 50 patients were included, whose average age was 53.2 years with a sex ratio of 1M\2F.

We note that 82% of patients complained of pain, 24% of whom scored 10/10 on the most intense VAS scale. The pain was localized in 48% of cases and lasted more than 6 months in 62%.

54% of patients with pain were on a level I analgesic, followed by level II and level III at the same rate at 23%.

During attacks, more than half of the patients had an analgesic prescription at a rate of 56%, with the use of level I at a rate of 50%, followed by Level III at a rate of 30%.

We note that the positive effect, of level I reached at 76%; level II at 66%; level III at 57%.

The DN4 questionnaire comes back positive in 42% of cases, while only 02% of patients are on antiepileptics or antidepressants.

In addition, although only 20% of patients have consulted a psychiatrist, the majority at 80% feel an improvement.

Furthermore, the use of non-drug analgesic treatments was zero.

Conclusion: The results confirm that a considerable number of patients suffer from cancer pain, unfortunately, many of them do not receive satisfactory treatment. However, There are recognized methods for effective pain treatment. It is crucial that a comprehensive educational program be developed to teach caregivers, doctors and other healthcare professionals the need for cancer pain management.

Keywords: Cancer pain, Analgesic, Effectiveness, Ouargla.

ملخص

تمثل آلام السرطان بانتشارها وشدتها مشكلة حقيقية لمرضى السرطان.

الطرق: من أجل لوصف جودة علاج آلام السرطان لدى المرضى وتحليل الوضع الوبائي ودراسة الجوانب السريرية والعلاجية لألم السرطان، نقوم بتقديم نتائج دراسة استطلاعية أجريت خلال الفترة من 01/01/2023 إلى فيما يتعلق ، 31/03/2023 بعلاج آلام السرطان في وحدة معالجة السرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة .

النتائج: شمل 50 مريضاً، متوسط أعمارهم 53.2 سنة بمعدل رجل واحد مقابل امرأتين.

نلاحظ أن 82% من المرضى اشتكوا من الألم، وسجل 24% منهم 10/10 على مقياس VAS الأكثر شدة. كان الألم موضعياً في 48% من الحالات واستمر لأكثر من 6 أشهر في 62%.

54% من المرضى الذين يعانون من الألم كانوا يتناولون الصنف الأول من المسكنات، يليهم الصنف الثاني والصنف الثالث بنفس المعدل بنسبة 23%.

خلال نوبات الألم، أكثر من نصف المرضى تلقوا مسكنات ألم بنسبة 56%، مع استخدام المستوى الأول بنسبة 50%، يليه المستوى الثالث بنسبة 30%.

ونلاحظ أن التأثير الإيجابي للمستوى الأول وصل إلى 76%؛ المستوى الثاني بنسبة 66%؛ المستوى الثالث 57%

أتى استبيان DN4 إيجابياً في 42% من الحالات، في حين أن فقط 02% من المرضى تحت مضادات الصرع أو مضادات الاكتئاب.

،بالإضافة إلى ذلك ، على الرغم من أن الأقلية البالغة 20% من المرضى قد استشاروا طبيباً نفسياً فإن غالبيتهم 80% شعروا بالتحسن.

علاوة على ذلك ، كان استخدام العلاجات غير الدوائية معدوماً.

الخلاصة: تؤكد النتائج أن عددا كبيرا من المرضى يعانون من آلام السرطان، وكثير منهم للأسف لا يتلقون العلاج الكافي. ومع ذلك هناك طرق أخرى معترف بها لعلاج الألم بشكل فعال . لذا من المهم أن يتم تطوير برنامج تعليمي شامل لمقدمو الرعاية الصحية والأطباء وغيرهم من المتخصصين عن الحاجة الى علاج آلام السرطان.

كلمات مفتاحية: آلام السرطان ، مسكن ، فاعلية ، ورقلة

INTRODUCTION

Depuis 1986, l'Organisation mondiale de la santé fait de la prise en charge de la douleur cancéreuse un enjeu de santé publique. Il est impératif pour les établissements de santé de donner la priorité au renforcement des compétences de leurs équipes en matière de gestion de la douleur. Ceci peut être réalisé grâce à l'intégration systématique des protocoles d'évaluation et de traitement de la douleur cancéreuse des patients.

Du fait que la base de données manque la présence des études préalables concernant l'évaluation de la prise en charge des douleurs cancéreuses des malades hospitalisés au sein de l'unité d'oncologie médicale au niveau de l'EPH du Ouargla, nous avons mené cette étude pour bien éclairer des lieux des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la douleur cancéreuse. Nous avons souhaité démontrer la complexité de cette prise en charge, déterminer quels facteurs l'influencent, afin d'ouvrir une réflexion pour apporter de meilleurs soins aux patients.

LES OBJECTIFS

L'OBJECTIF PRINCIPAL :

Evaluer la prise en charge des douleurs cancéreuses des patients admis dans le service d'oncologie médical au niveau de l'établissement public hospitalier Mohammed Boudiaf d'Ouargla du Janvier au Mars de l'année 2023.

LES OBJECTIFS SECONDAIRES :

1. Décrire le profil épidémiologique et thérapeutique des patients admis en unité d'oncologie médicale, ainsi que la nature de ses douleurs.
2. Aider le personnel médical à fournir une meilleure prise en charge des douleurs cancéreux.
3. Relever l'intérêt de la création d'une consultation anti douleur au sein de l'établissement.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Epidémiologie :

Le cancer représente une pathologie tout à fait particulière dans le domaine de la santé. Le nombre de patients atteints de cancer continue d'augmenter de manière constante. Dans le monde, on a dénombré 14,1 millions de nouveaux cas durant l'année 2012 avec 8,2 millions de décès déclarés dans la même année. 70% de ces cas sont signalés dans les pays en développement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit que ces chiffres pourraient doubler d'ici 2030. La mortalité baisse de plus en plus, les progrès scientifiques et technologiques ayant permis une meilleure prise en charge des patients. ¹

En Algérie, les données des registres du cancer depuis 2014 et ayant ciblé une population de plus de 20 millions d'habitants, soit 52% de couverture, a révélé que le pays enregistrait 41 870 nouveaux cas de cancer par an, dont 25 122 chez la femme et 16 748 chez l'homme avec 24 000 décès. Une prédominance du cancer du sein est constatée chez la femme, tandis que le cancer de la prostate prévaut chez les hommes. L'étude a également révélé que les projections à 2025 donnaient une augmentation du nombre des cas pouvant atteindre 70 556 nouveaux cas/an. ²

Une revue récente de 40 ans de littérature a révélé que 64 % des patients atteints d'un cancer avancé ou métastatique signalent des douleurs ; 59% des patients recevant actuellement un traitement anticancéreux rapportent des douleurs et un tiers des patients ont des douleurs même après avoir terminé un traitement curatif. ³

II. Nature de la douleur cancéreuse

La définition de la douleur proposée par l'Association internationale pour l'Etude de la douleur peut être un point de départ utile : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou possibles, ou décrite comme si ces lésions existaient. La douleur est toujours subjective. Chaque individu apprend à quoi s'applique le terme en raison d'expériences liées à des blessures du début de la vie. C'est indiscutablement une sensation ressentie dans une ou des parties du corps, toujours désagréable, et qui, de ce fait, est une expérience émotionnelle. »

Dans différentes études, les facteurs psychologiques qui influencent l'intensité de la douleur des cancéreux ont été analysés. Chez les malades dont la maladie est avancée, ce sont eux qui déterminent largement le degré de sévérité de la douleur. Une sensation d'abandon et la crainte de la mort imminente ne font qu'augmenter la souffrance générale du malade et exacerbent sa douleur. Il est essentiel pour prescrire le traitement approprié de rechercher quelles sont les composantes physiques et non physiques de la douleur. Le concept de « douleur totale » est utile si l'on veut appréhender tous les éléments qui entrent en ligne de compte. Ceux-ci comprennent le stimulus physique nocif mais aussi des facteurs psychologiques, spirituels, sociaux et financiers.

Reconnaître la complexité de la douleur cancéreuse permet de mieux comprendre pourquoi certains patients ressentent continuellement une douleur intolérable même lorsque des doses croissantes d'analgésique leur sont administrées. Le fait qu'une douleur sévère ne soit pas calmée est souvent lié à toute une série d'autres symptômes parmi lesquels il faut mentionner des troubles du sommeil, une réduction de l'appétit, une diminution de la concentration, une irritabilité et des symptômes d'ordre dépressif.

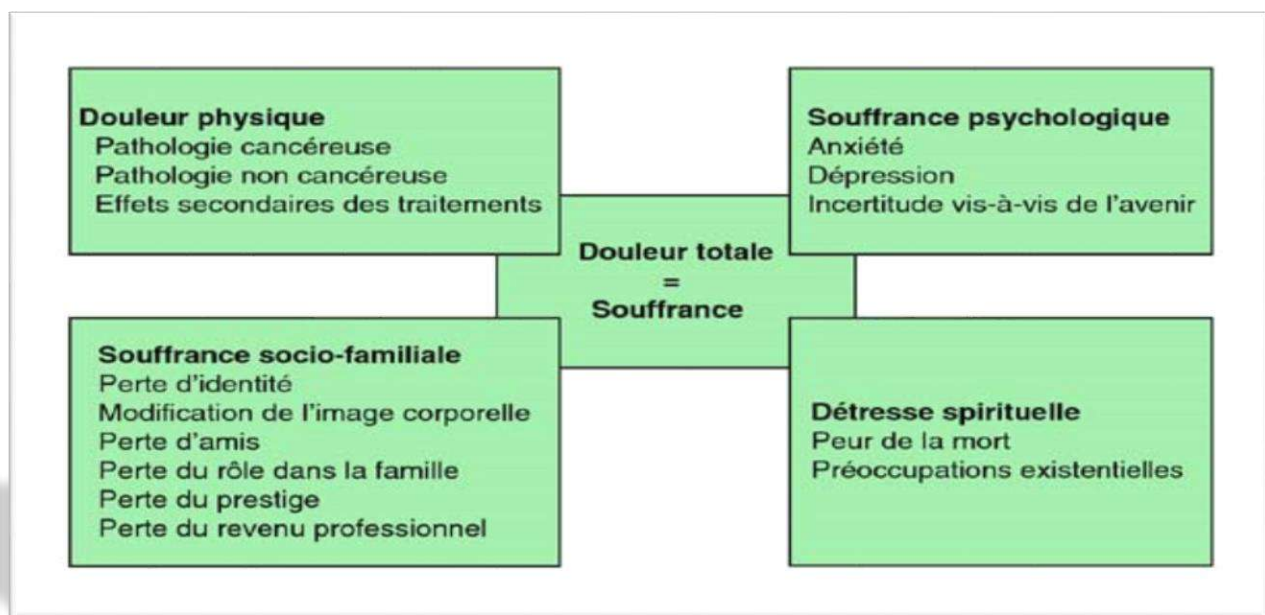


Figure 1 : Facteurs qui modifient la perception de la douleur par le malade

Il est important de souligner qu'il existe une distinction très nette entre malades souffrant d'une douleur chronique d'origine non maligne et ceux qui souffrent d'une douleur due à un cancer en évolution. De très nombreux faits cliniques montrent que si la plupart des

douleurs cancéreuses répondent facilement aux traitements reconnus, ceci n'est pas vrai de nombreux syndromes douloureux, chroniques, d'origine non maligne. La douleur cancéreuse sévère répond en général aux opioïdes forts alors que ceci est l'inverse pour la plupart des formes de douleur chronique non maligne. Lorsque l'espérance de vie d'un malade est courte, des techniques invasives comme la neurolyse sous-arachnoïdienne et la neurochirurgie de section peuvent être utilisées plus largement. Les effets de ces techniques, souvent impossibles à répéter, peuvent ne durer que quelques mois. Suffisants pour un malade au stade terminal, il est évident qu'ils ne sont pas adaptés quand l'espérance de vie est voisine de la normale.

La douleur cancéreuse a été classée en se basant sur une série de syndromes douloureux courants et sur leurs mécanismes physiopathologiques. La cause première, et la plus fréquente, de douleur chez les cancéreux est l'extension de la tumeur- par exemple, des métastases osseuses, des compressions nerveuses et des atteintes des organes creux et rétropéritonéaux. Les syndromes douloureux qui constituent le second groupe, moins fréquentes, sont associés au traitement du cancer. Ils peuvent survenir après la chirurgie, s'observer au cours de la chimiothérapie ou de la radiothérapie, ou en résulter.

Les mécanismes physiologiques des syndromes douloureux d'origine cancéreuse habituels ne sont pas bien connus. On pense généralement qu'une série de modifications neuropharmacologiques et neurophysiologiques se produisent dans les os, les tissus mous, les vaisseaux lymphatiques, les vaisseaux sanguins, les nerfs et les viscères qui activeraient et sensibiliseraient des nocicepteurs et des mécanorécepteurs par l'intermédiaire de stimulus mécaniques (compression tumorale) ou chimiques (métastases osseuses). Il en résulterait une douleur intermittente ou continue. Les analgésiques sont les premiers à être utilisés pour maîtriser ce type de douleur. Chez certains malades, l'infiltration tumorale d'un nerf ou sa compression prolongée entraîne des lésions partielles des axones et des membranes nerveuses qui deviennent très sensibles aux stimulus mécaniques ou chimiques. Il en résulte une douleur superficielle à type de brûlure (dysesthésie ou douleur par déafférentation). Chez d'autres, la douleur peut être également pénétrante (lancinante). La douleur par déafférentation ne répond pas aux opioïdes mais peut-être, dans une certaine mesure, soulagée par des médicaments adjuvants. ⁴

III. Type de douleur

La douleur peut être classée selon sa durée d'évolution et son mécanisme physiopathologique.

A. Classification selon sa durée d'évolution :

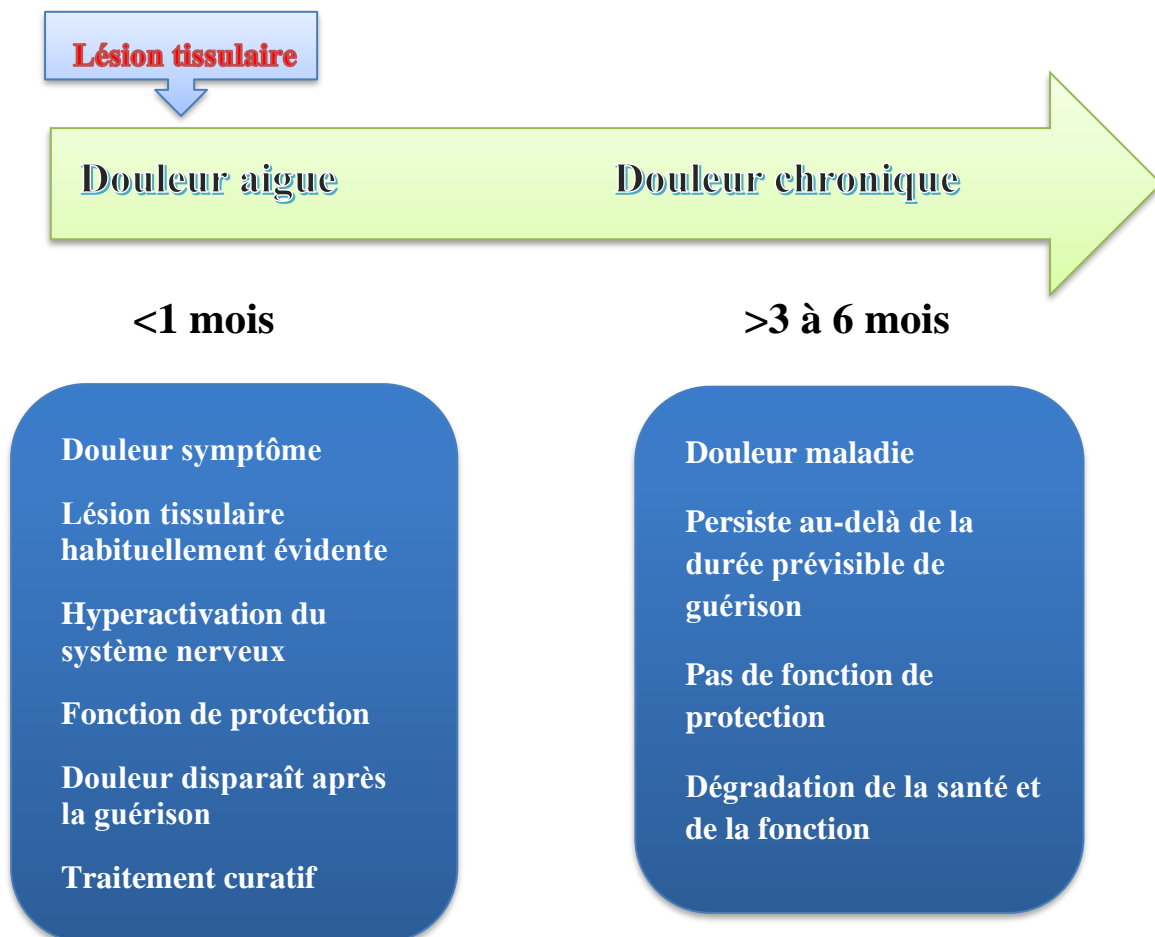


Figure 2: La différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique.

B- Classification selon son mécanisme physiopathologique

a-Douleur nociceptive

Lorsqu'une partie du corps est endommagée, les nocicepteurs envoient des messages de douleur au cerveau le long des nerfs périphériques et de la moelle épinière.

La douleur est ressentie comme constante, localisée et souvent comme persistante ou pulsatile. Elle peut être mécanique (maximum en fin de journée calmée par le repos, ne

réveillant pas la nuit, provoquée par la mobilisation) ou inflammatoire (nocturne, articulaire, raideur matinale, diminuant avec la mobilisation). En général elle disparaît à la cicatrisation.

b-Douleur neuropathique

Elle est causée par une lésion ou une affection du système somato-sensoriel, souvent séquentielle. Topographie évocatrice en territoire déficitaire.

La douleur spontanée ou provoquée avec tests de la sensibilité anormaux (chaud/froid, toucher, piqûre) et elle répond mal aux analgésiques.

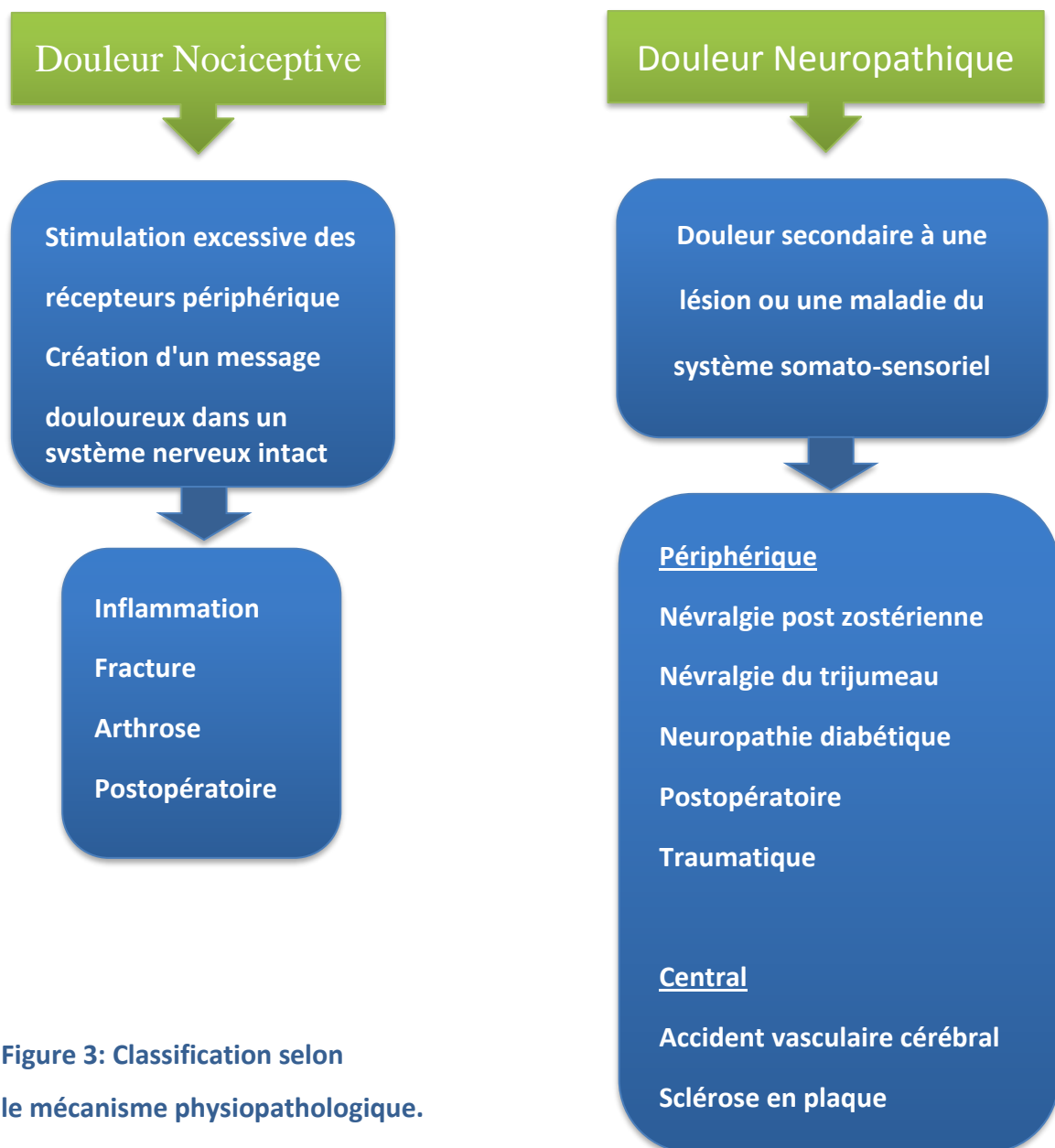


Figure 3: Classification selon le mécanisme physiopathologique.

IV. Différents types de douleur en cancérologie :

Chaque patient et chaque cancer sont différents. Les douleurs rencontrées pendant la maladie sont très variables. Pendant un cancer, une douleur à différentes causes possibles. Elle peut être liée à la tumeur elle-même, aux traitements du cancer (la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie principalement) ou aux soins et examens médicaux nécessaires au diagnostic et au suivi de la maladie (piqûres, pansements, prélèvements).

- A. **Les douleurs liées à la tumeur :** Le plus souvent, le cancer se développe en silence, sans faire mal. C'est ce qui le rend si difficile à diagnostiquer. La tumeur est un amas de cellules sans nerfs ; elle n'a donc aucune sensibilité et n'est pas douloureuse. Pour qu'un cancer fasse mal, il faut que la tumeur ou des métastases touchent, compriment ou envahissent une partie sensible du corps. Ce sont les conséquences de la tumeur et ses effets sur le corps qui produisent des douleurs. L'apparition de douleurs dépend de la localisation de la tumeur. Certains cancers sont douloureux dès le début et d'autres ne provoquent aucune douleur, même à un stade avancé de la maladie. La douleur n'est donc pas systématiquement un signe de gravité.

Les douleurs causées par la tumeur sont mécaniques, inflammatoires ou neuropathiques.

1. **Des douleurs mécaniques :** Des douleurs mécaniques surviennent lorsque la tumeur empêche le fonctionnement normal d'un organe ou d'une partie du corps. Si elle se situe dans l'appareil digestif par exemple, l'alimentation ou la digestion sont bloquées et deviennent sources de douleurs. Si des métastases se développent dans les os, ce sont les mouvements qui deviennent douloureux.
2. **Des douleurs inflammatoires :** Lorsque la tumeur envahit un tissu, comme la paroi d'un organe ou un os, le corps peut la détecter et la considérer comme un corps étranger. Il déclenche alors une réaction de défense appelée inflammation, pour se protéger contre cet intrus. Les douleurs issues de cette réaction s'appellent des douleurs inflammatoires. Elles ont la particularité d'augmenter la nuit, lorsque le corps est au repos. Certaines douleurs sont à la fois mécaniques et inflammatoires. Les douleurs osseuses, par exemple, s'accroissent lors des mouvements, mais aussi la nuit, alors que le corps est immobile.
3. **Des douleurs neuropathiques :** Des douleurs neuropathiques peuvent apparaître lorsque la tumeur ou des métastases compriment ou envahissent une partie du système nerveux : un nerf, la moelle épinière ou le cerveau. Ces douleurs sont très variables

d'une personne à l'autre : sensations de fourmillements, de décharge électrique, de perte ou d'augmentation de la sensibilité.

Les douleurs liées à la tumeur peuvent être soulagées par les traitements spécifiques du cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, antiangiogénèses, etc. Ces traitements visent à éliminer la tumeur ou à diminuer son volume. Ils agissent donc directement sur la cause de la douleur. Si les traitements du cancer soulagent certaines douleurs, il arrive cependant que ces mêmes traitements entraînent des effets indésirables, sous forme d'autres douleurs.

- B. **Les douleurs provoquées par les traitements du cancer :** Les traitements du cancer sont de plus en plus efficaces : ils permettent de guérir plus de la moitié des cancers. Mais cette période peut être éprouvante. Les traitements provoquent des effets indésirables, souvent responsables des premières douleurs. Pour beaucoup de patients, le début des traitements représente l'entrée concrète dans la maladie car, avant cela, ils ne se sentaient pas malades. Chaque personne réagit différemment aux traitements. Les douleurs varient d'une personne à l'autre. Souvent, de simples mesures de prévention permettent de les limiter, voire de les éviter. En cas de douleurs liées aux traitements, les médecins sont parfois amenés à alterner ou à arrêter temporairement ce traitement, le temps que le corps récupère.
1. **Après une intervention chirurgicale :** La chirurgie consiste à enlever ou à réduire la tumeur lors d'une opération. L'objectif est de supprimer le plus possible de cellules cancéreuses. Les douleurs liées à la chirurgie varient selon les personnes, la zone opérée, la technique utilisée et l'importance de l'opération.

1.1 Les douleurs postopératoires : Tout de suite après l'intervention, des douleurs appelées postopératoires sont systématiques. Elles doivent donc être prévenues et traitées. Elles sont dues à plusieurs facteurs : l'incision de la peau, les manipulations réalisées à l'intérieur du corps, l'anxiété, l'immobilisation, le retrait d'un drain ou la pose d'une sonde. Ce sont des douleurs aiguës. Elles disparaissent en quelques jours ou quelques semaines, le temps que la cicatrisation soit complète. Les douleurs postopératoires sont de mieux en mieux maîtrisées. Elles doivent être traitées rapidement. Si elles persistent, elles risquent de ralentir votre rétablissement et de devenir chroniques. Elles sont alors plus difficiles à traiter.

- 1.2 **Les douleurs neuropathiques :** La chirurgie abîme ou sectionne les structures nerveuses. Elle peut alors entraîner des douleurs neuropathiques. Le risque de douleurs neuropathiques concerne en particulier les opérations du sein, du cou et des poumons, ou

une amputation des membres. Dans le cadre d'une chirurgie du sein par exemple, le prélèvement de ganglions peut entraîner des douleurs neuropathiques au bras. Les patientes ressentent un engourdissement, des fourmillements ou d'autres « sensations étranges », au bras, à l'épaule ou à la main. Ces douleurs sont lancinantes ou continues. Le bras devient lourd, très sensible et faible. Les douleurs neuropathiques causées par la chirurgie ne sont pas immédiates. Elles apparaissent quelques semaines, quelques mois, voire des années après l'intervention. Ces douleurs sont imprévisibles : parfois, la section des nerfs n'entraîne aucune douleur. D'autres fois, la simple incision de la peau (qui contient de petits nerfs) suffit à les déclencher. Ces douleurs nécessitent un traitement à long terme.

2. **Après une chimiothérapie :** La chimiothérapie consiste à utiliser des molécules toxiques pour les cellules cancéreuses. Ces molécules empêchent les cellules de se multiplier, jusqu'à ce qu'elles meurent et disparaissent. Ils peuvent être administrés par injection, perfusion, ou parfois sous forme de comprimés. La chimiothérapie est un traitement général, c'est-à-dire qu'elle agit dans l'ensemble du corps. Les molécules utilisées ont parfois un effet toxique sur des cellules saines, surtout celles qui se renouvellent rapidement, comme les cellules du sang, de la peau ou des muqueuses. Ils peuvent alors entraîner des douleurs aiguës, qui apparaissent après deux ou trois semaines de traitement et disparaissent lorsque la chimiothérapie est finie.

2.1 Des douleurs liées à une atteinte des nerfs : Certains médicaments de chimiothérapie ont un effet toxique sur les nerfs (notamment les médicaments dérivés du platine ou les taxanes). Ils peuvent alors entraîner des douleurs de type neuropathique

2.2. Des douleurs au niveau de la bouche : Les muqueuses de la bouche sont particulièrement fragiles. De ce fait, il peut y avoir l'apparition des mucites avec aphtes, picotements, sensation de brûlure..., Ces douleurs peuvent rendre l'alimentation douloureuse, voire impossible. Elles peuvent justifier un traitement à base de morphine.

2.3 Des douleurs sur la peau : Des douleurs et des rougeurs peuvent apparaître au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds (notamment avec des médicaments comme la capécitabine, le fluoro-uracile). On parle de syndrome main-pied. Il faut les signaler dès leur apparition pour qu'elles soient traitées grâce à des soins locaux à base de crème ou une diminution du dosage de la chimiothérapie. La peau est sensible aux médicaments de chimiothérapie. De manière générale, il est déconseillé de s'exposer au soleil pendant le traitement.

3. **Pendant une radiothérapie** : La radiothérapie consiste à utiliser des rayons qui détruisent la tumeur ou réduisent son volume. Les rayons en eux-mêmes sont indolores. On ne les sent pas. Cependant, au fur et à mesure des séances, des douleurs peuvent apparaître. En effet, les rayons traversent des tissus non malades pour atteindre la tumeur. Ils provoquent alors une inflammation, qui se traduit par des sensations d'échauffement ou de brûlure dans la zone irradiée, en particulier à la surface de la peau ou au niveau des muqueuses.

Généralement, les douleurs provoquées par la radiothérapie disparaissent en quelques semaines après la fin du traitement. Il s'agit de douleurs aiguës. Cependant, lorsque la dose totale de rayons utilisée est élevée, des douleurs chroniques peuvent apparaître. Les nerfs et les tissus non malades touchés par les rayons ne parviennent plus à s'autoréparer. Les douleurs, souvent de type neuropathique ou mixte persistent alors, même après l'arrêt du traitement. Ces douleurs peuvent apparaître des mois, voire des années, après la fin du traitement. On parle de séquelles tardives. Il n'existe pas de prévention particulière contre l'apparition de ces douleurs chroniques. Les progrès techniques importants de la radiothérapie (notamment le calcul de plus en plus précis de la trajectoire des rayons) permettent de réduire les risques de séquelles douloureuses.

Si les rayons traversent le tube digestif, ils peuvent provoquer des vomissements, des diarrhées ou des crampes au niveau de l'estomac et de l'intestin. Quelques conseils de prévention limitent l'apparition de ces douleurs.

4. **Autres thérapies anti cancer** : IL existe d'autres traitements médicamenteux contre le cancer, comme l'hormonothérapie (action contre certaines hormones qui stimulent la croissance de la tumeur), l'immunothérapie (stimulation des défenses naturelles de l'organisme contre la tumeur, avec des vaccins notamment) et les anti-angiogénèse (destruction des vaisseaux sanguins qui alimentent la tumeur). Ces traitements génèrent parfois des douleurs : certaines hormonothérapies entraînent des douleurs musculaires et articulaires. Certains vaccins peuvent provoquer des réactions inflammatoires locales. ⁵

V. Spécificités de l'évolution de la douleur dans le cancer : Les douleurs causées par le cancer peuvent être considérées comme potentiellement durables. La douleur en cancérologie peut être de type aigu ou chronique. Elle peut être soulagée voire

disparaître pendant plusieurs mois. Sa réapparition ou sa recrudescence peut être le reflet d'une évolution de la maladie. Le cancer va être à l'origine de douleurs qui lui sont spécifiques comme les accès douloureux paroxystiques ou les douleurs rebelles.

1. Accès douloureux paroxystiques (ADP): Il s'agit d'une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ces accès surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace. Les ADP atteignent un pic maximal en moins de trois minutes et durent en moyenne trente minutes. Ils peuvent être spontanés et imprévisibles, ou prévisibles et provoqués lors de soins ou de mobilisations.

2. Douleurs rebelles : La douleur cancéreuse rebelle ou réfractaire survient lorsque les traitements spécifiques du cancer n'atténuent pas la douleur et que les traitements conventionnels ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de cette dernière, ou des effets indésirables douloureux. Certains cancers sont plus pourvoyeurs de douleurs rebelles. Il s'agit des cancers broncho-pulmonaires avec le syndrome de Pancoast-Tobias, le mésothéliome pleural et les cancers abdomino-pelviens avec la carcinose péritonéale, les cancers ORL envahissant la base du crâne. Depuis quelques années, la fréquence des douleurs rebelles tendrait à diminuer grâce aux progrès des traitements carcinologiques et à l'amélioration des connaissances des traitements de la douleur avec la multiplication des outils thérapeutiques.

VI. Prise en charge de la douleur dans le cancer

A. Evaluation de la douleur

L'évaluation est essentielle tout au long du traitement pour assurer une adaptation réussie. Les échelles d'auto-évaluation (telles que les échelles analogiques numériques et visuelles) et les échelles d'hétéroévaluation (telles que ALGOPLUS et DOLOPLUS) sont des outils d'évaluation de la douleur largement utilisés. De plus, l'outil de diagnostic DN4 s'est avéré efficace dans le dépistage des douleurs neuropathiques.

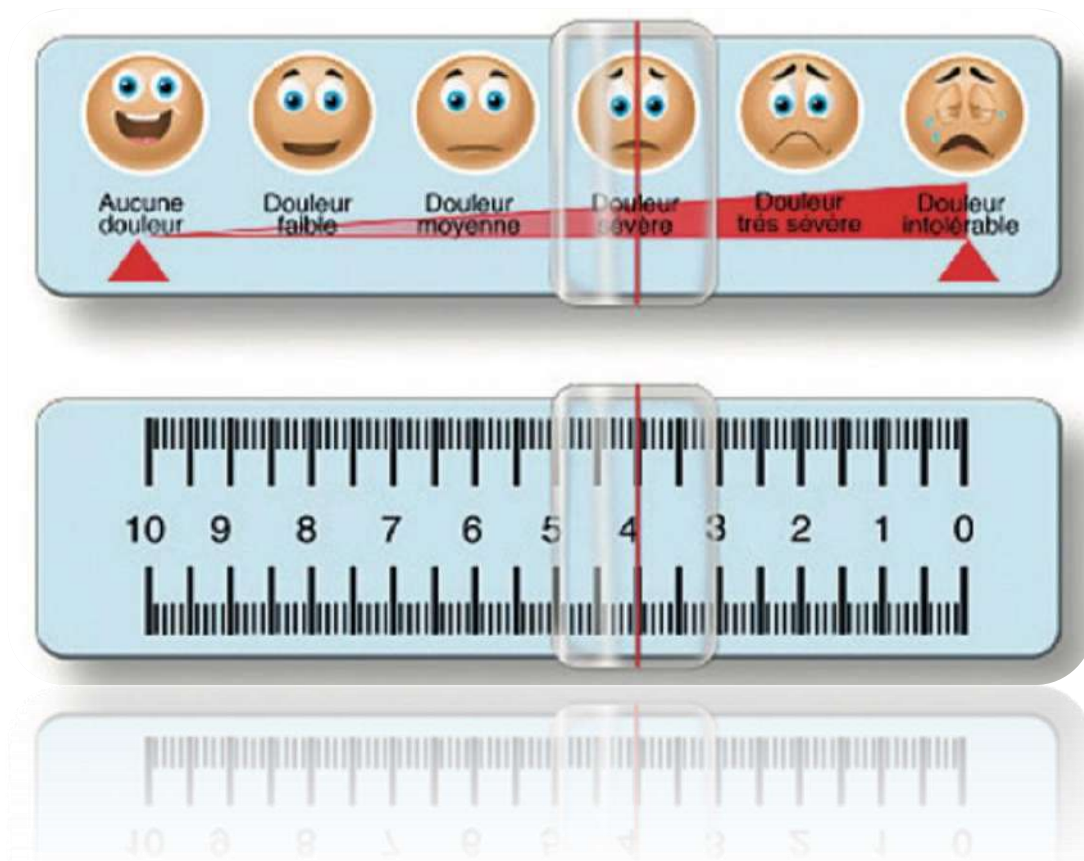


Figure 4 : EVA (Échelle Visuelle Analogique).

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Figure 5 : Questionnaire DN4

B. La douleur nociceptive :

Actuellement, la douleur nociceptive est gérée selon les paliers de l'OMS. Nous avons donc choisi de présenter différents traitements médicamenteux selon cette classification.

- Palier I : Traitements « non opioïdes » :

Les analgésiques non opioïdes consistent d'une gamme de médicaments, notamment le paracétamol, l'aspirine, les AINS, les inhibiteurs de la COX-2 et le néfopam. Ces médicaments sont efficaces pour traiter les douleurs légères à modérées en agissant de manière périphérique, à l'exception du paracétamol, qui a également une action centrale.

- Palier II : Traitements « opioïdes faibles » :

Les opioïdes faibles, tels que le tramadol, la codéine et la poudre d'opium associés au paracétamol, sont efficaces pour traiter les douleurs modérées à sévères en agissant directement sur le système nerveux central.

- Palier III : Traitements « opioïdes forts » :

La morphine et ses dérivés sont les principaux composants des opioïdes forts, qui sont généralement réservés aux douleurs sévères ou liées au cancer qui ne peuvent être soulagées avec des analgésiques moins puissants. Ces opioïdes forts agissent en produisant un effet analgésique dose-dépendant sur le système nerveux central.

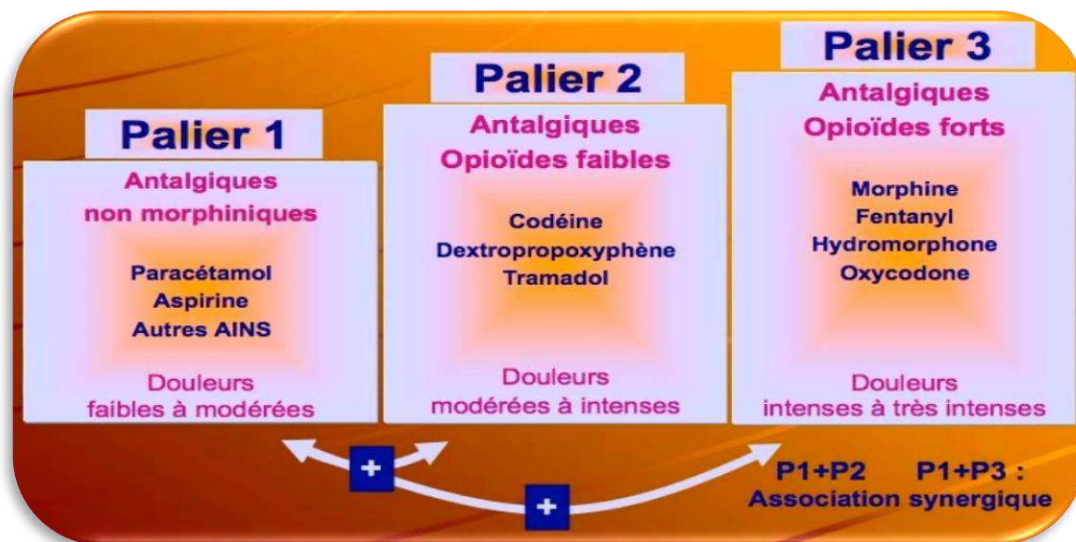


Figure 6 : Les paliers(P) des antalgiques de l'OMS.

- Règles de prescription :

Les classes thérapeutiques sont efficaces pour traiter les douleurs nociceptives, mais elles doivent être utilisées avec prudence et respecter certaines consignes. Il est déconseillé de combiner deux traitements de palier II ou un traitement de palier II avec un traitement de palier III. L'EAPC recommande d'utiliser des opioïdes forts pour soulager la douleur cancéreuse légère à modérée dès le départ, avec des ajustements posologiques en fonction de l'intensité de la douleur. Le passage aux analgésiques de palier II n'a pas besoin d'être obligatoire. Cependant, les effets secondaires potentiels de ces traitements, tels que les nausées et la constipation, doivent être prises en compte, car ils peuvent également entraîner des douleurs pour le patient. ⁶

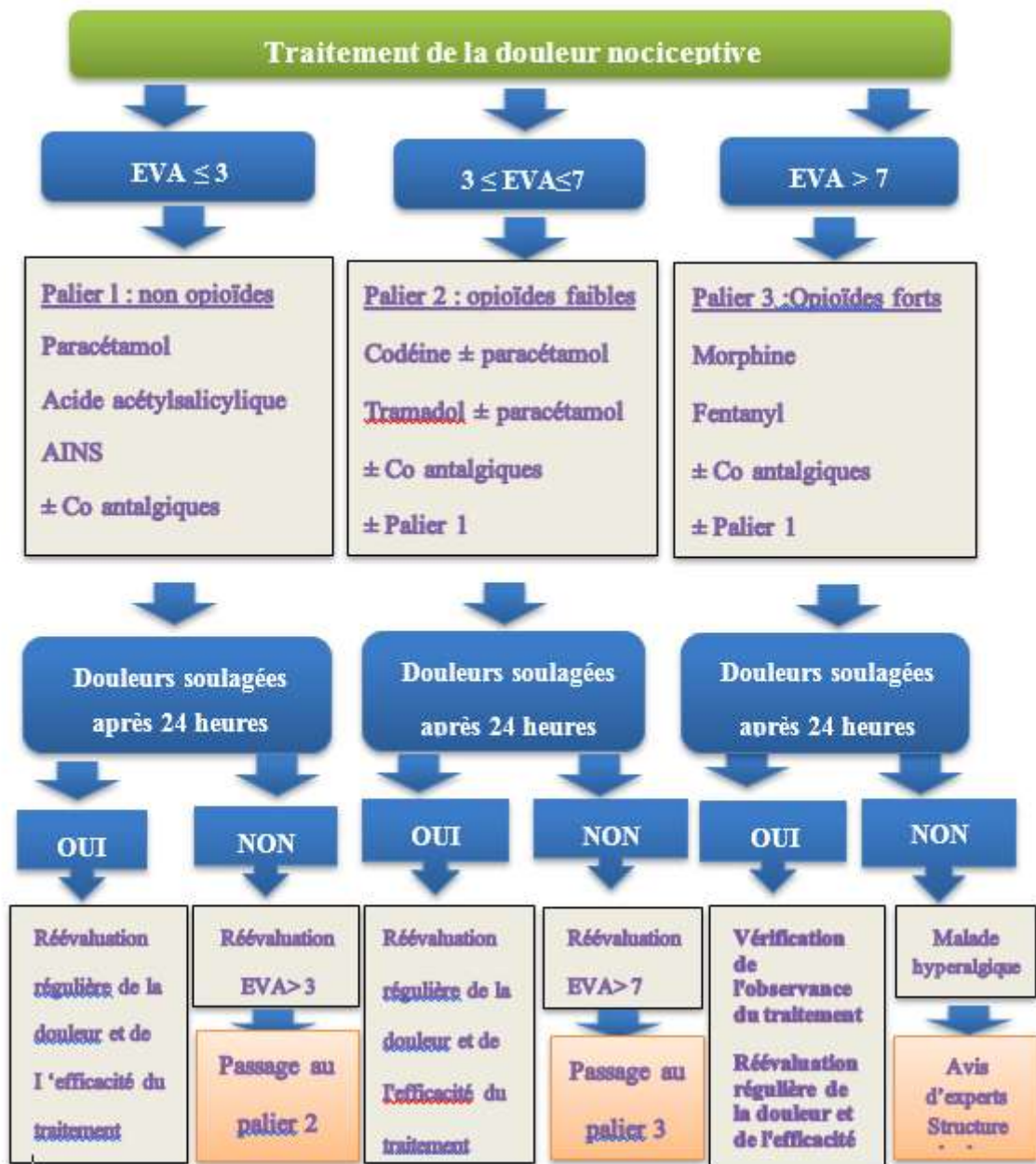


Figure 7: Traitement de la douleur nociceptive.

C. La douleur neuropathique :

Pour la prise en charge de la douleur neuropathique, deux classes médicamenteuses sont utilisées. Il s'agit des antidépresseurs et des antiépileptiques.

- Les antidépresseurs :

Les antidépresseurs tricycliques, y compris l'amitriptyline et l'imipramine, sont parmi les antidépresseurs les plus couramment prescrits. Ces médicaments agissent en bloquant la recapture de la noradrénaline et de la 5HT, et aussi les récepteurs sérotoninergiques ce qui renforce les contrôles inhibiteurs descendants. Certains autres antidépresseurs sans AMM, tels que la duloxétine et la venlafaxine, qui sont des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

- Les antiépileptiques

Les médicaments antiépileptiques peuvent agir en inhibant les canaux calciques ou la transmission glutamatergique, ou en facilitant l'action du GABA. Ces médicaments peuvent traiter efficacement à la fois la douleur type brûlure continue et la douleur paroxystique. La gabapentine et la prégabaline sont parmi les médicaments antiépileptiques les plus couramment prescrits.

- Règles de prescription :

Lorsqu'il s'agit de traiter les douleurs neuropathiques, ces molécules sont prescrites pour leurs propriétés antalgiques et il est important de montrer cette information au patient. Commençant par une faible dose, le traitement est progressivement augmenté jusqu'à ce que la dose minimale efficace soit déterminée. En règle générale, le traitement dure environ six mois et la tolérance et l'efficacité doivent être surveillées régulièrement. Pour sélectionner la molécule la plus appropriée, des facteurs tels que la dépression, l'anxiété ou les troubles du sommeil doivent être pris en compte. En cas de besoin, il est possible d'associer antidépresseurs et antiépileptiques, parfois même avec du tramadol.

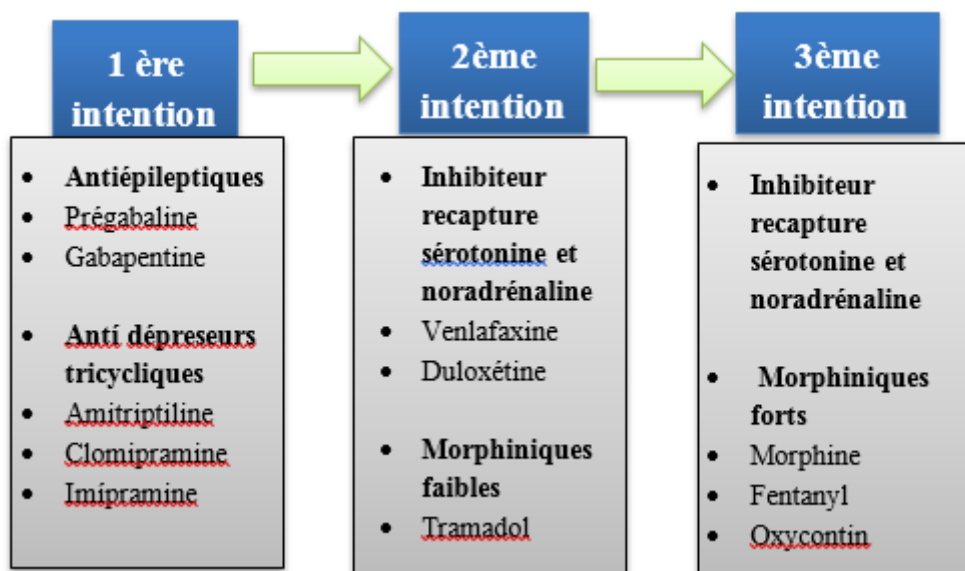


Figure 8: Traitement des douleurs neuropathiques.

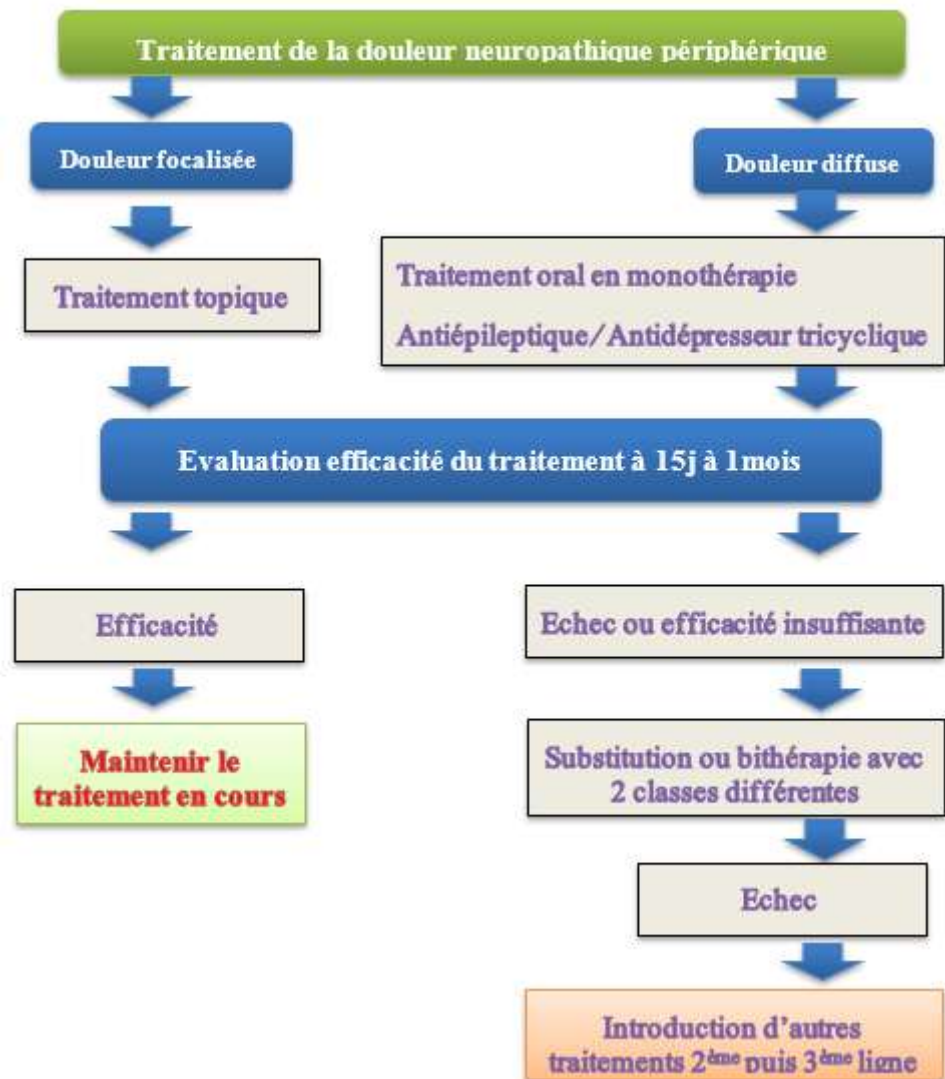


Figure 9: Traitement de la douleur neuropathique périphérique.

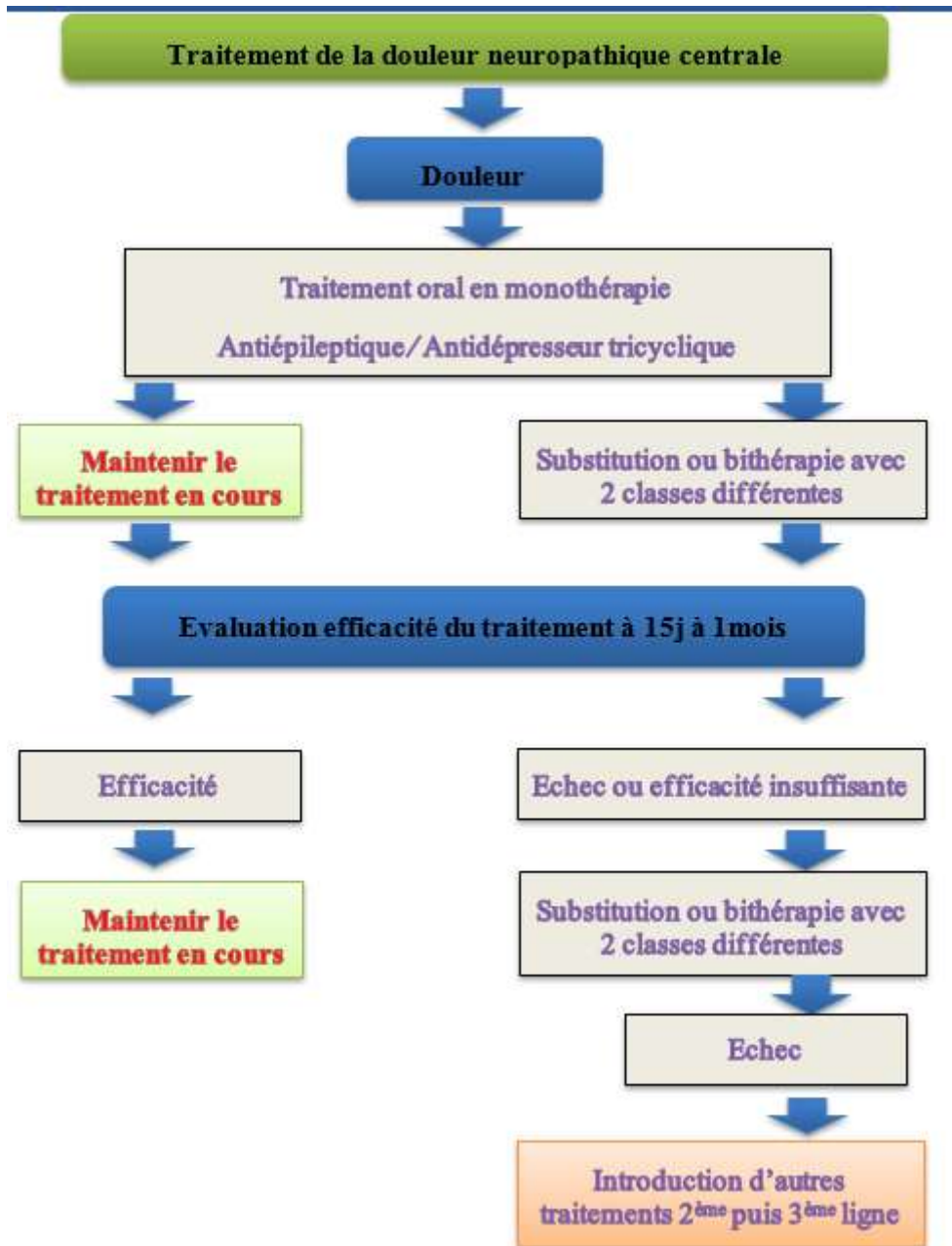


Figure 10: Traitement de la douleur neuropathique centrale.

D. Les douleurs liées aux soins :

Pour traiter efficacement la douleur associée aux soins, il faut tenir compte de plusieurs facteurs, notamment l'intensité de la douleur, la nature et la durée des soins, ainsi que le niveau d'anxiété du patient. Les interventions pharmacologiques seront adaptées au niveau de douleur avant, pendant et après les soins. Méopa joue un rôle essentiel dans la gestion de la douleur causée par ces actes médicaux. Outre la Méopa, il existe plusieurs méthodes non pharmacologiques pour soulager ce type de la douleur, qui seront abordées plus tard. ⁷

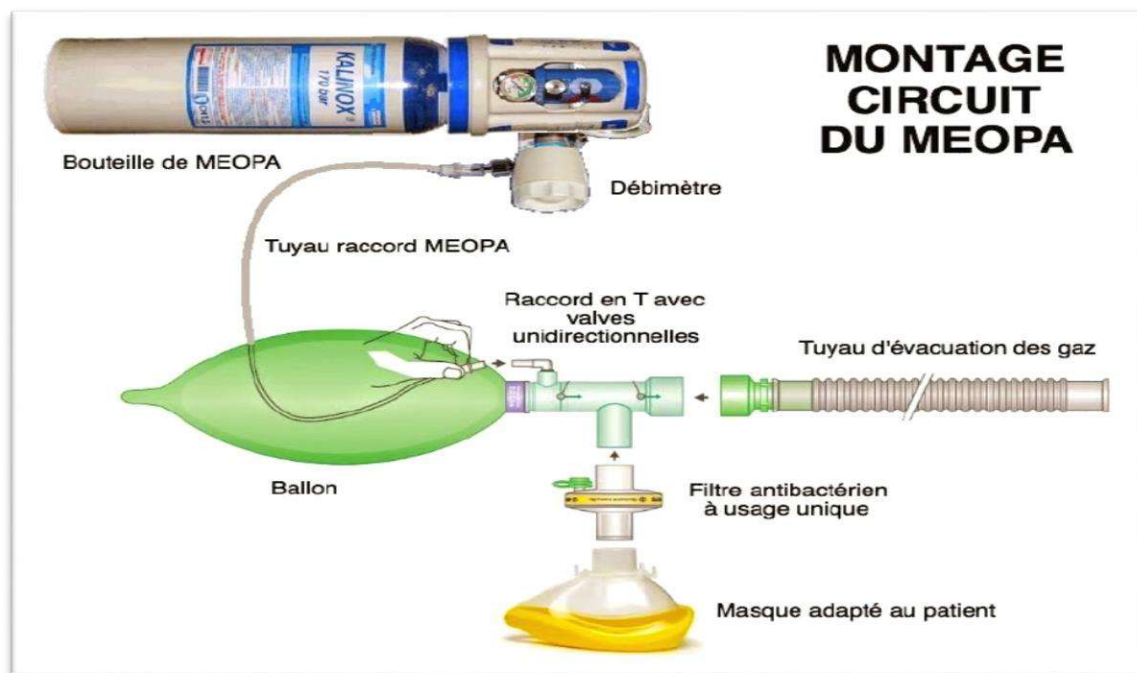


Figure 11 : Le Meopa (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote).

E. Les accès douloureux paroxystiques :

Les ADP sont soutenus par l'utilisation du fentanyl si le patient est déjà traité par un opioïde fort supérieur à 60 mg de morphine et est bien équilibré depuis huit jours. Il existe huit spécialités à base de fentanyl qui peuvent être administrées par différentes voies, soit par voie intraveineuse, sublinguale ou en spray nasal. C'est un analgésique opioïde, un dérivé de la phénypipéridine qui interagit avec les récepteurs μ -morphine dans le cerveau, la moelle épinière et les muscles lisses. Son effet analgésique est environ cent fois plus fort que celui de la morphine. Dans le traitement de l'ADP, la seule forme est la forme

transmuqueuse. L'introduction du Fentanyl se fait par titration en surveillant la tolérance clinique du patient, en particulier sa fonction cardiorespiratoire.

F. Les douleurs rebelles :

- La kétamine :

A des doses sous-anesthésiques, les antagonistes des récepteurs NMDA peuvent bloquer la sensibilisation centrale, qui amplifie les messages de douleur. Cela se traduit par des effets anti-hyperalgésiques et réduit le besoin en morphine, ce qui en fait une forme injectable efficace à la dose initiale de 0,5 mg/kg/j IVSE. Une forme orale sous forme de sirop est également disponible pour les patients en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Il est préconisé dans les douleurs rebelles mixtes en association avec des traitements opioïdes insuffisants ou mal tolérés.

- La méthadone :

La méthadone, un analgésique opioïde aux propriétés agonistes μ , agit comme un antagoniste du NMDA et inhibe la recapture de la noradrénaline. Il doit être réservé à une utilisation en dernière option après la rotation des opioïdes et des traitements adjuvants efficaces. La forme sirop est préférée, mais il n'y a pas de consensus établi pour la conversion. Une initiation hospitalière avec un séjour de 7 jours est recommandée, ainsi qu'une rétrocession hospitalière. Le médicament a un début d'action rapide, prenant effet dans les 15 minutes.

- Les anesthésiques locaux :

La lidocaïne, un anesthésique local administré par voie parentérale, est un dernier recours pour les douleurs persistantes en milieu hospitalier. Un avis cardiologique est recommandé avant utilisation. Le médicament est initié à la dose de 5mg/kg/j, avec un maximum de 8mg/kg/j. Cependant, le traitement doit être interrompu si les patients ressentent des effets indésirables tels qu'un goût métallique, un engourdissement des lèvres et de la langue, des sensations de chaud/froid ou des maux de tête. ⁸

- Les blocs nerveux périphériques et la neurolyse :

Les injections de substances près des nerfs, des plexus nerveux ou des ganglions nerveux sont appelées blocs nerveux. Le but de l'administration de ces blocs est de soulager la douleur ou même d'induire une anesthésie dans la zone des nerfs affectés. Ce traitement est couramment recommandé pour les patients souffrant de douleurs chroniques difficiles à diagnostiquer et ayant un impact négatif sur leur santé mentale et leur comportement.

La recherche indique qu'immédiatement après le bloc, le soulagement de la douleur est apparent. Pourtant, l'impact à long terme varie. Néanmoins, les études concluent à une diminution de l'utilisation de la morphine et de ses effets secondaires associés.⁹

- Chirurgie du rachis et techniques d'ablation :

L'OMS est déterminée à améliorer la gestion de la douleur cancéreuse en surveillant de près les niveaux d'analgésiques et en les ajustant en fonction de l'intensité de la douleur. Ainsi, la chirurgie n'est plus une option de dernier recours, mais peut être administrée plus tôt dans le traitement si nécessaire. Diverses techniques chirurgicales sont disponibles pour cibler les voies de la douleur.

A. La DREZotomie :

Dans certaines douleurs neuropathiques, il existe des foyers neuronaux hyperactifs situés dans des relais sensitifs comme la corne dorsale de la moelle. Il est possible de détruire par microchirurgie ces foyers d'hyperactivité dans la corne dorsale en respectant les autres modalités sensitives. Cette technique chirurgicale dite de DREZotomie (dorsal root entry zone [DREZ]) permet de soulager des patients souffrant de violentes douleurs paroxystiques souvent comparées à des décharges électriques (douleurs après traumatisme des nerfs périphériques, des plexus ou des racines spinales). La DREZotomie est ainsi utilisée tout particulièrement pour les douleurs neuropathiques des avulsions des plexus souvent de type paroxystique. C'est un des rares traitements efficaces dans cette indication,

avec des résultats antalgiques satisfaisants chez la plupart des patients traités, se maintenant à long terme.¹⁰

B. Cordotomie :

Le but de ce geste est d'entraver les influx nociceptifs en ciblant le côté opposé de la zone douloureuse, car la majorité des fibres nociceptives traversent le cordon antéro-latéral controlatéral. Cette technique peut être réalisée par chirurgie inter laminaire postéro-latérale, ou par voie percutanée sous anesthésie locale au niveau C1-C2 avec électrocoagulation, contrôlée par radioscope ou scanner. Typiquement réservé aux douleurs tenaces d'origine cancéreuse de mauvais pronostic, l'effet analgésique est limité à environ douze mois, et il existe une possibilité de dysesthésies secondaires.

C. La tractotomie mésencéphalique :

La tractotomie mésencéphalique stéréotaxique, également connue sous le nom de mésencéphalotomie, est une technique de gestion de la douleur utilisée pour soulager la douleur cancéreuse chronique dans la région de la tête et du cou, comme les cancers ORL, et la région cervico-thoracique qui a déjà répondu au traitement à la morphine. Cette méthode est également recommandée pour les patients atteints du syndrome de Pancoast-Tobias. En bloquant la transmission des signaux de douleur du tractus spinothalamique à la surface du tronc cérébral.

D. La myélotomie :

Au début des années 1900, cette méthode a été introduite qui consiste à couper les voies nociceptives au niveau lombaire. Il s'agissait d'une section médiane de la moelle épinière, séparant les cordons postérieurs. Il a été principalement utilisé pour soulager la douleur du néoplasie pelvienne après l'échec d'autres méthodes telles que la morphinothérapie orale, parentérale et intrathécale. Cette méthode est maintenant devenue rare et a été substituée par des injections intrathécales.¹¹

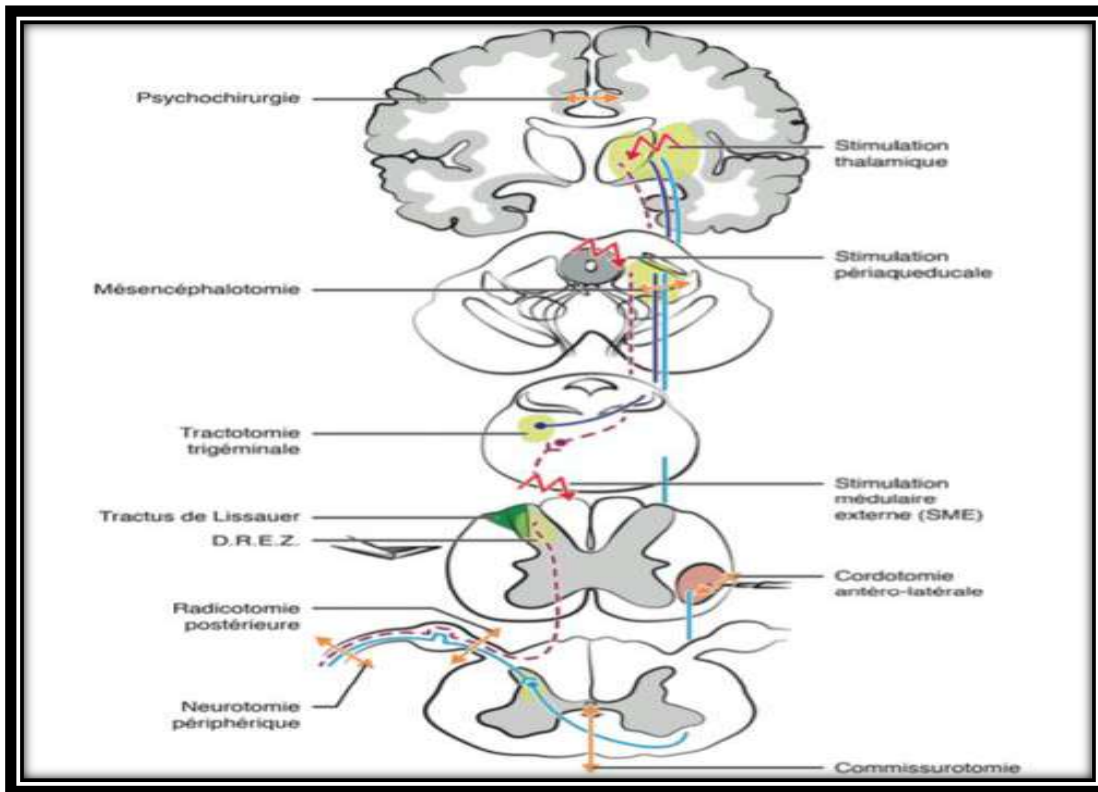


Figure 12 : Chirurgie du rachis et techniques d'ablation.

G. La radiologie interventionnelle :

Le traitement de la douleur cancéreuse est un domaine où la radiologie interventionnelle joue un rôle crucial. L'algoradiologue est un membre essentiel d'une équipe multidisciplinaire, possédant une maîtrise de diverses techniques interventionnelles. Lorsque les traitements traditionnels ne parviennent pas à soulager la douleur, les médecins se tournent vers l'algologie interventionnelle. La technologie d'imagerie moderne a permis aux radiologues d'effectuer des procédures micro-invasives avec une grande précision. Il s'agit notamment de techniques percutanées de destruction ou de consolidation tumorale telles que l'alcoolisation, la radiofréquence, les micro-ondes, la cryothérapie ou encore la cimentoplastie.

- La cimentoplastie :

La cimentoplastie également connue sous le nom de la vertébroplastie est un acte médical qui vise à soulager la douleur et favoriser la consolidation osseuse. Cette procédure implique l'injection de ciment acrylique dans une lésion osseuse pour aider à consolider les

micro fractures, réduire les contraintes mécaniques et détruire par son effet cytotoxique les structures nerveuses péri lésionnelles dans l'os sain. ¹²

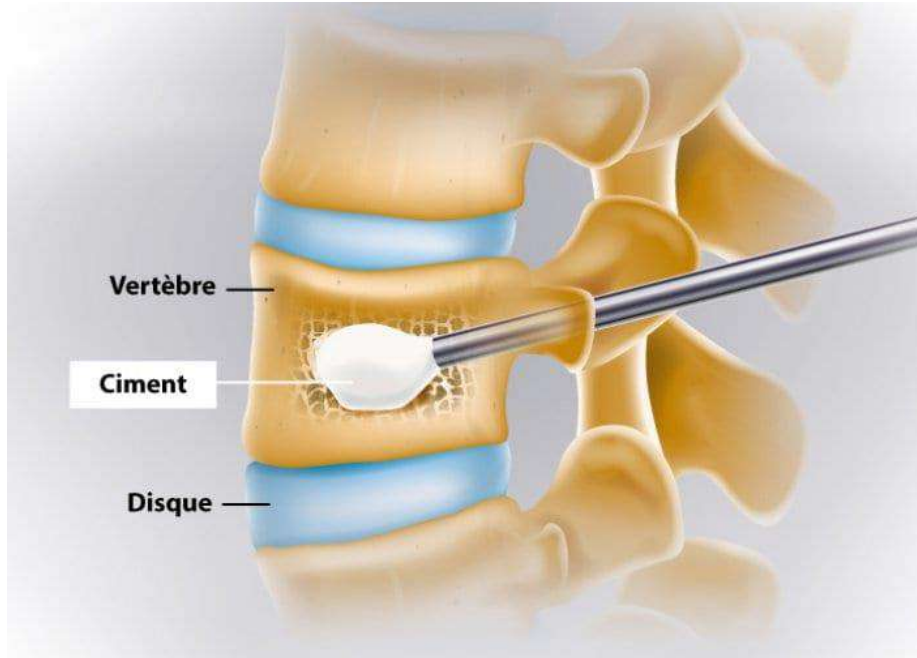


Figure 13 : La cimentoplastie vertébrale.

- L'ablation thermique :

La radiofréquence est une technique fiable qui permet une thermolyse précise sans risque de lésions périphériques. Pour ce faire, une aiguille avec une pointe conductrice est insérée dans la lésion. Par la suite, un courant alternatif à haute fréquence est induit à la pointe de l'aiguille, entraînant un échauffement des tissus par agitation ohmique. Ceci, à son tour, provoque des lésions thermiques. Pendant ce temps, la technologie des micro-ondes permet l'ablation de la tumeur par l'introduction percutanée d'une aiguille qui émet ces micro-ondes à l'intérieur de la lésion. Les micro-ondes génèrent de la chaleur par la vibration ou la friction des molécules d'eau à très haute fréquence. Ces deux techniques sont utiles pour traiter les tumeurs osseuses, rachidiennes ou extra-rachidiennes telles que les métastases qui répondent bien au soulagement de la douleur. L'effet analgésique est immédiat et le soulagement peut durer des semaines à des mois. ¹³

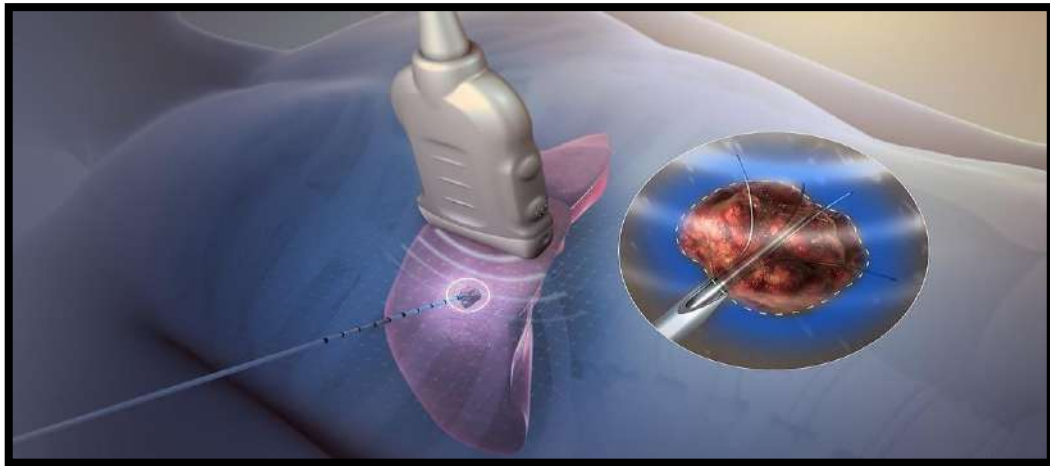


Figure 14 : L'ablation par radiofréquence.

- La cryothérapie :

Cette méthode utilise les propriétés analgésiques du froid, exploitant la sensibilité des nerfs aux basses températures. Le procédé consiste à introduire dans la tumeur des cryo-sondes faites d'un gaz glacial, l'argon, guidées par le scanner. La cryothérapie induit des effets antitumoraux et antalgiques réversibles à des températures proches de 0°C, qui deviennent permanents en dessous de - 15°C. La cryothérapie est le plus souvent utilisée pour traiter les douleurs cancéreuses causées par des métastases osseuses hyperalgiques. ¹⁴



Figure 15 : Cryoablation. Patient placé en procubitus sur la table de scanner, cryosondes (flèches blanches) sont placées au sein de la tumeur sous contrôle de l'imagerie.

- Les injections centrales :
A. Les injections intrathécales :

Dans la prise en charge de la douleur chronique cancéreuse, les injections intrathécales sont l'une des trois voies centrales recommandées, en particulier pour les traitements qui durent plus de deux mois, car le blocage du cathéter est moins probable. Les injections intrathécales sont supposées un palier IV d'antalgiques et sont particulièrement utiles pour les patients souffrant de douleurs réfractaires. Ils sont administrés par l'intermédiaire d'un cathéter relié à un site implanté, d'une pompe externe ou d'une pompe directement implantée, permettant une distribution des antalgiques au plus près des récepteurs médullaires. Cependant, une pompe implantée ne doit être utilisée que lorsque la survie estimée est supérieure à trois mois. L'application précoce d'injections intrathécales sont préconisé pour réduire le dosage systémique et les effets secondaires ultérieurs.

Les molécules injectées sont les morphiniques, les anesthésiques locaux (tels que la ropivacaïne, la bupivacaïne), le ziconotide, la clonidine.

En termes du coût, ce procédé présente un avantage économique pour un traitement antalgique en oncologie plus de 3 mois d'usage. ¹⁵

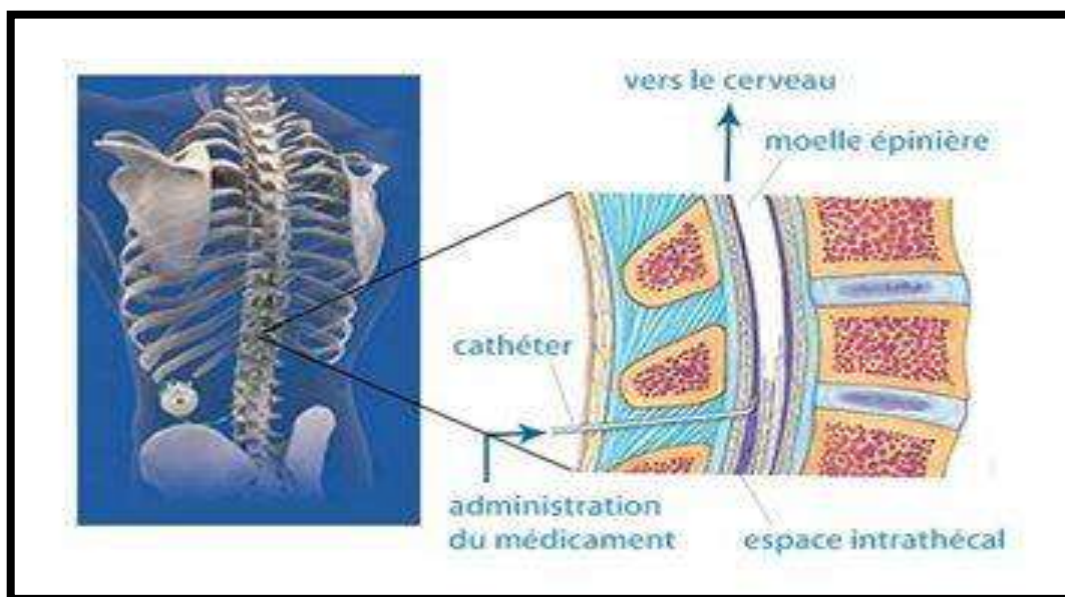


Figure 16 : Le site anatomique d'administration par voie intrathécale.



Figure 17 :La pompe intrathécale.

B. Les injections périurales :

Cette méthode consiste à administrer un anesthésique local dans l'espace épidural en résultant d'un effet analgésique métamérique selon le site d'injection. Bien que l'injection de morphine soit efficace, la dose doit être dix fois plus élevée afin de traverser les méninges qui forment une barrière pharmacologique. Ce traitement n'est recommandé que pour une utilisation de courte durée, car il existe un risque de déplacement du cathéter ou d'apparition de douleurs dues à des réactions fibreuses au site d'injection. ¹⁶

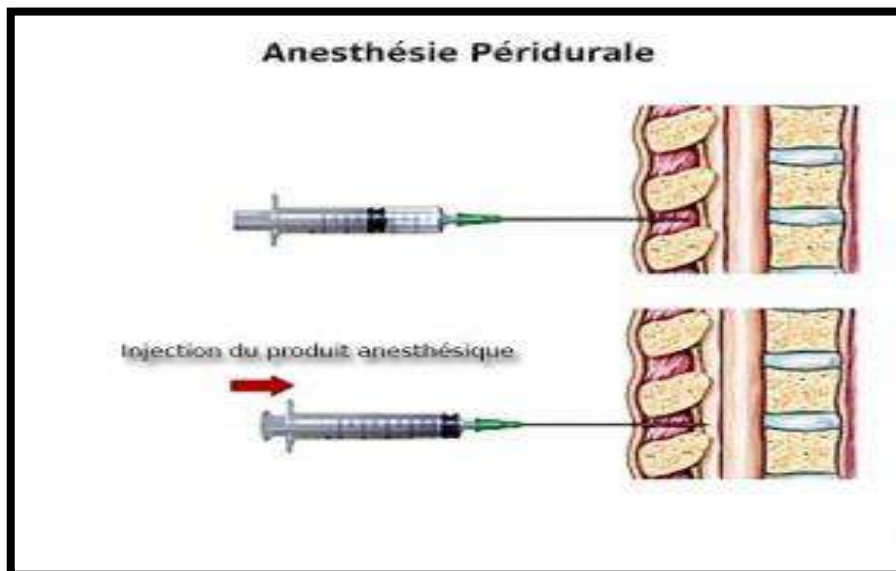


Figure 18 : Le site anatomique d'administration par voie épidurale.

H. La radiothérapie à but antalgique :

La radiothérapie présente de nombreux avantages, notamment le caractère non invasif et la haute tolérance. Elle agit par différents mécanismes, comme son puissant effet antitumoral, qui s'avère particulièrement efficace lorsque la tumeur est radiosensible. Il réduit également la résorption osseuse et le risque de fractures en inhibant l'activité des ostéoclastes et en stimulant les ostéoblastes. De plus, la radiothérapie prévient les fractures vertébrales, améliore la ré ossification et améliore la mobilité. Les patients ressentent également des effets analgésiques rapides en quelques jours de traitement. ¹⁷

Il existe trois types de radiothérapie :

- A. La radiothérapie externe classique est une méthode couramment utilisée aussi bien pour les lésions vertébrales qu'extra-vertébrales.
- B. La radiothérapie stéréotaxique génère une dose élevée de rayonnement visant une cible spécifique, ce qui entraîne une suppression rapide de la douleur et un meilleur contrôle local.
- C. la radiothérapie métabolique qui utilise des radionucléides ; elle aide à soulager la douleur tout en offrant un contrôle tumoral et une survie plus longue ;Généralement réservée aux patients atteints d'un cancer de la prostate.

• Les Co-antalgiques :

A. Cortisone :

La cortisone est un Co-analgésique largement reconnu utilisé pour gérer les douleurs cancéreuses inflammatoires. Lors du traitement des tumeurs cérébrales, les médecins prescrivent une corticothérapie pour soulager les maux de tête et de prévenir l'œdème cérébral. De plus, la cortisone est utilisée pour atténuer l'inflammation et réduire l'œdème péri lésionnel résultant des métastases osseuses. Les corticostéroïdes produisent à la fois des effets secondaires positifs et négatifs. S'ils peuvent stimuler l'appétit et atténuer la fatigue, ils peuvent également entraîner une fragilisation osseuse, une baisse des défenses immunitaires, l'apparition de mycoses buccales et une

instabilité diabétique. A ce titre, toute prescription de corticoïdes doit être étroitement surveillée et limitée dans la durée.

B. Les biphosphonate :

Le pyrophosphate possède des analogues structuraux synthétiques appelés bisphosphonates qui sont efficaces contre les douleurs osseuses. Ils contribuent à ralentir la progression de la destruction osseuse causée par les métastases en inhibant la résorption osseuse et en induisant l'apoptose des ostéoclastes. Parallèlement, ils activent les ostéoblastes tout en réduisant la sécrétion de prostaglandines et d'interleukines. Ils ont également l'avantage supplémentaire de corriger les taux de calcium en cas d'hypercalcémie. En règle générale, les bisphosphonates sont administrés mensuellement, soit par perfusion, soit par comprimés. Des études ont démontré que les patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique présentaient une réponse analgésique modérée et une amélioration de leur qualité de vie globale. Ces molécules ont ainsi un effet analgésique dans le cancer de la prostate métastatique qui affecte l'os. L'administration précoce de ces médicaments est connue pour améliorer les symptômes douloureux et ralentir la progression des métastases osseuses. Cependant, l'ostéonécrose de la mâchoire est le principal effet indésirable lié à leur utilisation. ¹⁸



Figure 19 : Les analgésiques adjuvants dans le traitement des douleurs cancéreux.

- Les techniques non médicamenteuses :

Les thérapies complémentaires ou alternatives sont considérées comme des traitements non médicamenteux, définis comme des interventions thérapeutiques et qui ne sont généralement pas enseignées dans les études médicales ou utilisées en médecine conventionnelle. Cependant, ils sont de plus en plus utilisés dans la prise en charge des douleurs chroniques associées au cancer, servant de techniques complémentaires aux traitements médicamenteux. Certaines de ces techniques prennent en charge également les soins douloureux. Le patient doit participer activement aux méthodes passives et actives pour bénéficier pleinement.

1. La neurostimulation transcutanée :

La neurostimulation transcutanée est une technique qui permet de soulager la douleur sans recours à des médicaments. Cela implique l'application d'électrodes sur la peau, à travers lesquelles un courant électrique est transmis. Cette méthode fonctionne sur le principe de la contre-stimulation. Les paramètres de stimulation pour la thérapie TENS sont variés et dépendent de la fréquence, de l'intensité, de la largeur et du type de courant électrique. Le mode TENS "haute fréquence" ou traditionnel fonctionne sur la théorie du "gate-control" tandis que le mode TENS "endorphinique" ou "acupuncture-like" déclenche la libération d'opioïdes endogènes et/ou active les contrôles inhibiteurs descendants. Après avoir reçu des instructions d'une personne qualifiée, les patients utilisent l'appareil quotidiennement, en ajustant l'intensité en fonction de leurs sensations personnelles.



Figure 20 : La neurostimulation transcutanée.

2. L'hypnose :

L'hypnose est un état de conscience altérée qui augmente la susceptibilité d'un individu à la suggestion. Typiquement décrite comme un état d'éveil modifié, l'hypnose comporte trois étapes : l'induction, la dissociation et la vigilance paradoxale. Il existe une multitude de preuves empiriques soutenant l'efficacité de l'hypnose, qui est capable de modifier les perceptions et les souvenirs de la douleur, et même d'offrir un contrôle direct sur des fonctions psychiques généralement incontrôlables. Les séances d'hypnose peuvent aider les patients atteints de maladies chroniques à s'adapter aux défis qui surviennent en raison de leurs maux physiques.

Diverses études de recherche ont démontré l'impact positif de l'hypnose sur la gestion de la douleur liée au cancer et une diminution des effets secondaires associés à la chimiothérapie.

3. L'acupuncture :

Technique d'origine chinoise, elle est basée sur l'hypothèse de l'existence de courants énergétiques (signaux bioélectriques ou biochimiques) couvrant la surface du corps (points en méridiens) Ces courants sont stimulés par l'insertion d'aiguilles sur des points d'acupuncture. La théorie la plus répandue est que l'effet antalgique serait lié à la libération d'opiacés endogènes, provoquée par les piqûres d'aiguille. L'électro acupuncture combine acupuncture et TENS. Elle est contre-indiquée en cas de stimulateur endocardique et d'épilepsie.

De nombreuses études de recherche ont indiqué que l'acupuncture peut être une méthode efficace pour gérer divers symptômes liés au cancer tels que l'asthénie, les nausées et la douleur.



Figure 21 : L'acupuncture.

4. La kinésithérapie et le massage :

Il a été démontré que la massothérapie améliore la circulation sanguine, le flux sympathique, la synthèse du collagène et le péristaltisme intestinal. De plus, recevoir un massage des cicatrices peut aider à la flexibilité, ce qui peut entraîner une réduction des adhérences et de la douleur associée.

5. La mésothérapie :

La mésothérapie consiste à injecter de petites quantités de substances allopathiques à proximité de la zone touchée pour soulager la douleur. Ces substances comprennent les AINS, les myorelaxants, la calcitonine et les anesthésiques locaux, et sont administrées selon des protocoles spécialisés conçus pour traiter des types spécifiques de douleur.

La mise en œuvre de la mésothérapie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein a montré des résultats positifs, notamment une diminution de l'apport de gabapentine après 60 jours et une amélioration à la fois du lymphœdème et de la flexibilité des cicatrices.

6. L'auriculothérapie :

Le processus d'auriculothérapie implique l'utilisation d'aiguilles stériles, d'aimants ou de projections laser pour stimuler les points réflexes de l'oreille. Plus précisément, cette méthode cible la deuxième branche du nerf trijumeau, et il existe une cartographie détaillée

des points réflexes. Fait intéressant, l'auriculothérapie est maintenant reconnue comme une forme de médecine traditionnelle par OMS.

7. La relaxation :

La douleur chronique peut provoquer des émotions négatives (souffrance, dépression, anxiété) et ces émotions peuvent augmenter la perception de la douleur. La relaxation est une des techniques d'autogestion contre la douleur. Elle apporte une détente ; une sensation de bien-être ; diminue l'anxiété et par conséquent la douleur.

8. La sophrologie :

La sophrologie est un « entraînement du corps et de l'esprit pour développer sérénité et mieux-être basé sur des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit » ; qui consiste à réaliser des exercices centrés sur la respiration, la détente musculaire ou le détournement de la concentration. Un sophrologue propose des séances individuelles et collectives à ses patients. Elle peut apaiser et diminuer les symptômes liés à la douleur chronique en rétablissant progressivement un équilibre physique, émotionnel et mental. En programmant le cerveau de manière positive, il est possible de tenir à distance la peur de la Douleur.



Figure 22 : La sophrologie.

9. La thérapie cognitivo-comportementale :

L'objectif principal de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est de développer des mécanismes d'adaptation qui englobent à la fois les actions et les processus mentaux. Cette approche est conçue pour aider les individus à faire face à des circonstances qui peuvent déclencher du stress ou de l'inconfort. En abordant à la fois les aspects physiques et mentaux de l'anxiété, la TCC facilite le développement de tactiques pouvant être utilisées dans des situations pénibles ou douloureuses.

METHODES ET MATERIELS

I. Cadre d'étude :

L'étude épidémiologique a lieu au centre anticancer (CAC) de Ouargla qui occupe un grand pavillon de l'hôpital Mohamed Boudiaf, spécialisé pour la prise en charge des divers cancers, il est regroupé en 2 pôles :

- Pôle chirurgical
- Pôle médical (chimio-radiothérapie)

Avec une capacité d'hospitalisation environ 82 lits.

II. Type et période d'étude :

Durant l'année 2023 de Janvier jusqu' au Mars, on a mené une étude épidémiologique descriptive transversale prospective pour évaluer la prise en charge des douleurs cancéreuses au niveau de l'établissement public hospitalier MOHAMMED BOUDIAF d'OUARGLA durant la période de 1ers janvier au 31 mars.

III. Population d'étude :

Cette étude s'intéresse à tous les patients admis dans le service d'oncologie médicale.

L'étude a porté sur un échantillon de 50 patients.

1-Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients hospitalisés au niveau du service d'oncologie médicale durant la période de 1^{er}s janvier au 31 mars

2-Critères d'exclusion :

- Les patients admis le service d'oncologie chirurgicale
- Les patients admis à l'hôpital de jour

IV. Modalité de recueil des données :

La collecte des données a été réalisée au niveau du service par le biais d'un questionnaire comprenant toutes les données nécessaires établies à partir de l'interrogatoire et le dossier médicale du patient.

Questionnaire sur la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de cancer

Données relatives au patient :

Nom et prénom : Age :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone : Profession :

Situation familiale: Marié Divorcé Célibataire Veuf

Situation financière : Salaire personnel Salaire du conjoint Retraite
 Pension d'invalidité Assurance Aucune

Situation professionnelle : Activité En arrêt de maladie Sans Invalidité

Niveau d'instruction : Aucun Primaire Moyen Secondaire Universitaire

-Date de la 1ère consultation : / / Médecin :

Antécédents médicaux: Diabète HTA Tabac Éthylique

Antécédents familiaux : OUI NON

Antécédents chirurgicaux:

.....
.....
.....

Renseignements concernant la pathologie tumorale:

De quel type de cancer s'agit-il ?

..... La date du diagnostic / ___ / ___ /

Quelle est la phase de traitement du cancer ? S'agit-il d'un...

-Cancer localisé ou régional avec traitement à visée curative (visant à obtenir une rémission complète) OUI NON

-Cancer localisé ou régional avec traitement à visée palliative (visant à obtenir contrôle partiel du cancer et/ou stabilisation et/ou traitement symptomatique seul) OUI NON

-Cancer métastatique OUI NON

-Cancer en rémission, phase de surveillance OUI NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DOULEUR

Date du début de la douleur :/..../.....

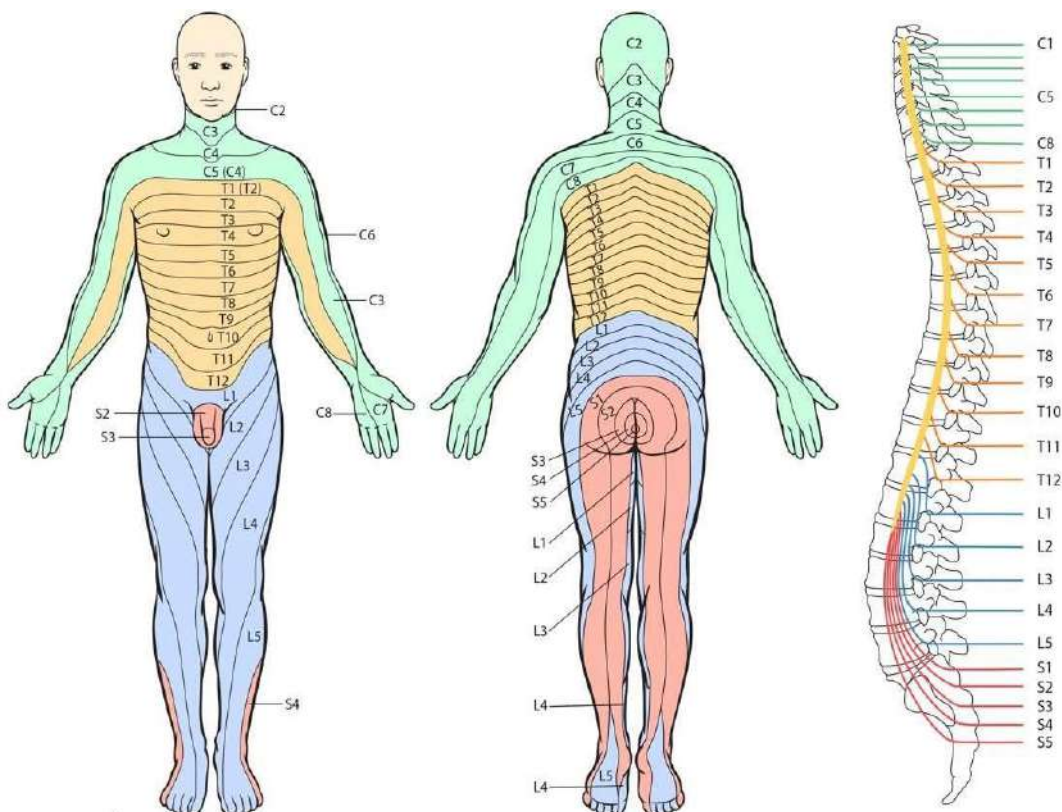
Où siège de la douleur?

.....

.....

.....

.....



Le patient présente-t-il actuellement une douleur en relations avec...?

-Le cancer OUI NON

-Les traitements du cancer OUI NON

De quelle nature est le traitement antalgique actuellement prescrit (hors traitement pour les accès et crises douloureuses) ?

- Aucun traitement prescrit
- Palier I OMS (paracétamol, AINS)
- Palier II OMS (opioïde faible +/- palier I)
- Palier III OMS (opioïde fort +/- palier I)

Existe-t-il une prescription d'anti-épileptique ou d'anti-dépresseur à visée antalgique pour une douleur neuropathique ?

OUI NON

Existe-t-il une prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses ?

OUI NON

De quelle nature est cette prescription d'antalgique de secours ?

- Palier I OMS (paracétamol, AINS)
- Palier II OMS (opioïde faible +/- palier I)
- Palier III OMS (opioïde fort +/- palier I)

Ressentez-vous actuellement un ou plusieurs douleurs ? OUI NON

Depuis combien de temps cette ou ces douleurs existent-t-il?

- Moins de 15 jours
- De 15 jours à 1 mois
- De 1 à 3 mois
- Plus de 6 mois

S'est-elle modifiée avec les temps? OUI NON

La douleur est-elle permanente ? OUI NON

Existe-t-il des éléments qui soulagent votre douleur ? OUI NON

Chaud Froid Changement de position Anxiété Emotion Position
Massage Vibration Position couchée Marche Toux Position debout
Fatigue Effort Concentration Autre

Existe-t-il des éléments qui aggravent votre douleur ? : OUI NON

Chaud Froid Changement de position Anxiété Emotion Position
Massage Vibration Position couchée Marche Toux Position debout
 Fatigue Effort Concentration Autre

Existe-t-il une activité qui déclenche votre douleur quand vous n'avez pas mal?

OUI NON **Citez l'activité** :

Sémiologie de la douleur :

Mécanique : Déclenchée par le mouvement Respecte la nuit Matinale

Inflammatoire : Fin de journée Provoque des réveils nocturnes

Examen des zones douloureuses : Névralgie Hyperesthésie Hyperpathie
 Anesthésie douloureuse Dysesthésie Manifestation sympathique

Examen neurologique : Normal

Déficits Moteurs Sensitifs Atteinte sphinctérienne Troubles trophique

Questionnaire DN 4 :		OUI	NON
Oui = 1 point Non = 0 point			
Interrogatoire	Brûlure		
	Sensation de froid douloureux		
	Décharges électriques		
	Démangeaisons		
	Engourdissement		
	Fourmillements		
	Picotements		
Examen	Hypoesthésie au tact		
	Hypoesthésie à la piqure		
	Le frottement		
Score du patient sur 10			

INTENSITE DE LA DOULEUR :

La Douleur	EVA
A la minute actuelle	/10
La plus intense (la crise)	/10
La plus faible	/10

Répercussion de la douleur sur la qualité de vie:

	Activité générale	Humeur	Capacité à marcher	Relation avec les autres	Sommeil
Pas de gêne					
Faible					
Modérée					
Intense					

CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE :

Traitement étiologique : Médicale Chirurgie Radiothérapie Chimiothérapie

Traitement antérieure :

	Efficace	jour	semaine	mois
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Electrostimulation transcutanée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychothérapie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre (préciser).....				

Produits	Doses utilisées	Effet sur la douleur	Effets secondaires

Prenez-vous les traitements antidouleur tels qu'ils sont prescrits? OUI NON

Si NON merci de préciser pourquoi ?

- Refus par crainte des effet secondaires
- Refus par crainte de devenir dépendant des traitements
- Autre motif de refus

Si vous avez été opérés pour traiter votre douleur quel est le type d'intervention?

.....**Date**/...../.....

Prenez-vous actuellement un traitement antidépresseur ou antiépileptique pour soulager votre douleur?

OUI NON NE SAIS PAS

Avez-vous déjà consulté un psychologue ou psychiatre ? OUI NON

Conclusion sur la douleur : Douleur nociceptive Douleur neuropathique Douleur mixte

La fiche d'enquête est composée de trois parties :

1. **Première partie** : les données relatives au patient en prenant en considération les variables suivantes :
 - Les données personnelles des patients permettant le recueil des données concernant le nom et prénom, l'âge, date et lieu de naissance, l'adresse et la profession.
 - Situation familiale, financière et professionnelle ainsi que le niveau d'instruction.
 - La date de la 1^{ère} consultation et la spécialité du médecin consulté.
 - Les antécédents médicaux, familiaux et chirurgicaux.
2. **Deuxième partie** : les renseignements concernant le cancer, afin de déterminer son type, la date du diagnostic et la phase du traitement.
3. **Troisième partie** : s'intéresse aux renseignements concernant la douleur tel que :
 - Date de début, siège et la durée d'existence de la douleur en précisant son type à l'aide du questionnaire DN4, ainsi les éléments soulageant et aggravants.
 - Evaluation l'intensité de la douleur par l'échelle EVA, et sa répercussion sur la qualité de vie.
 - Les traitements étiologiques ainsi les traitements antalgiques prescrits à la minute actuelle et pour les accès en déterminant leur efficacité et leurs effets secondaires.

VII. Analyse statistique des données :

Pour répondre aux objectifs de notre étude, les données recueillies ont été analysées statistiquement par le logiciel SPSS « Statistical Package for Social Science » version 20 et Word Excel 2016.

On a fait le calcul des fréquences et des pourcentages des variables.

VIII. Aspect éthique :

Notre étude a été réalisée en respectant la vie privée des patients, sans toucher à son traitement ni à ses soins.

LES RESULTATS

Données épidémiologiques des patients

1. le sexe/ âge :

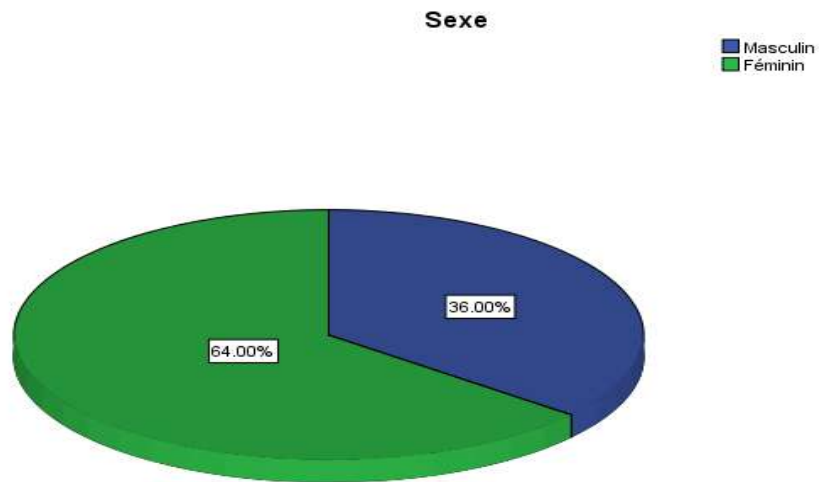


Figure 23 : Le sexe.

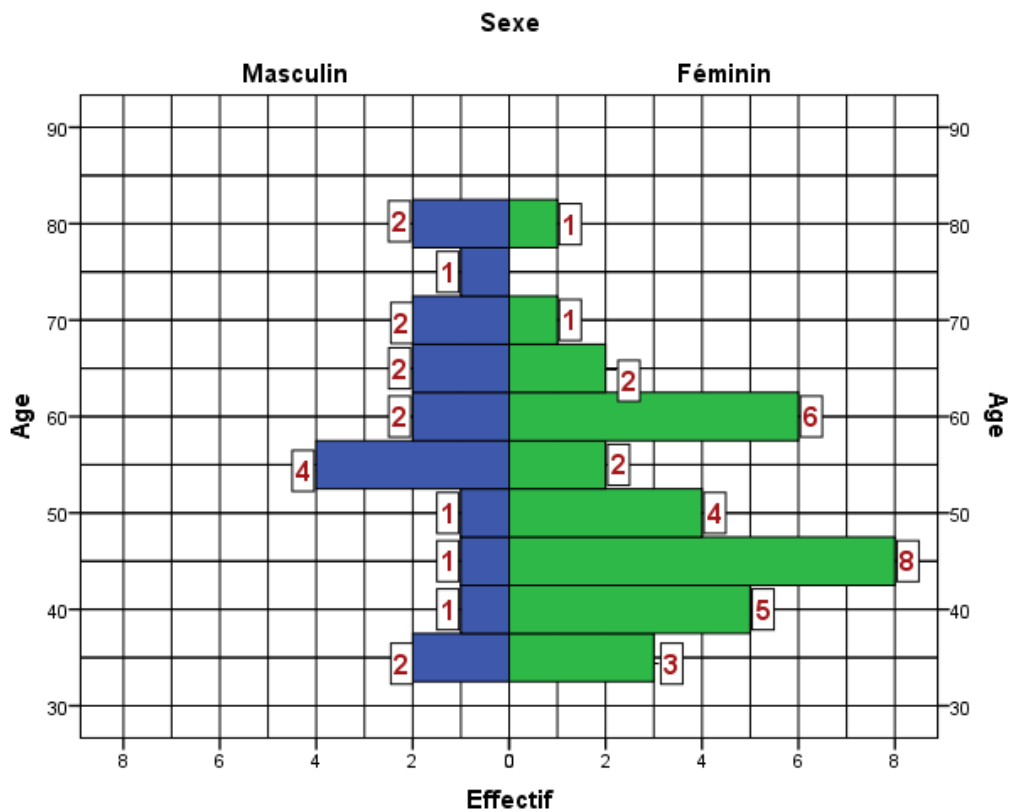


Figure 24 : Le sexe selon l'âge.

Age

Nombre des patients	50
Moyenne d'âge	53.20

Tableau 1 : L'âge moyenne.

Parmi les 50 patient on a 18 Hommes soit 36% et 32 Femme soit 64 % .

Donc l'analyse des résultats montre une prédominance féminine

une sex-ratio = 0.56

2. Origine et Adresse :

Lieu de la naissance

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Adrar	1	2.0	2.0	2.0
Laghouat	3	6.0	6.0	8.0
Biskra	1	2.0	2.0	10.0
Bouira	1	2.0	2.0	12.0
Tamanrasset	2	4.0	4.0	16.0
Valide Tébessa	2	4.0	4.0	20.0
Tiaret	4	8.0	8.0	28.0
Alger	3	6.0	6.0	34.0
Djelfa	1	2.0	2.0	36.0
Médéa	1	2.0	2.0	38.0
Ouargla	5	10.0	10.0	48.0

Oran	1	2.0	2.0	50.0
Illizi	2	4.0	4.0	54.0
Tissemsilt	1	2.0	2.0	56.0
El Oued	1	2.0	2.0	58.0
Tipaza	1	2.0	2.0	60.0
Ghardaïa	9	18.0	18.0	78.0
In Salah	1	2.0	2.0	80.0
Touggourt	4	8.0	8.0	88.0
El M'Ghair	2	4.0	4.0	92.0
'El Meniaa	2	4.0	4.0	96.0
Hors l'Algérie	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 2 : Lieu de la naissance.

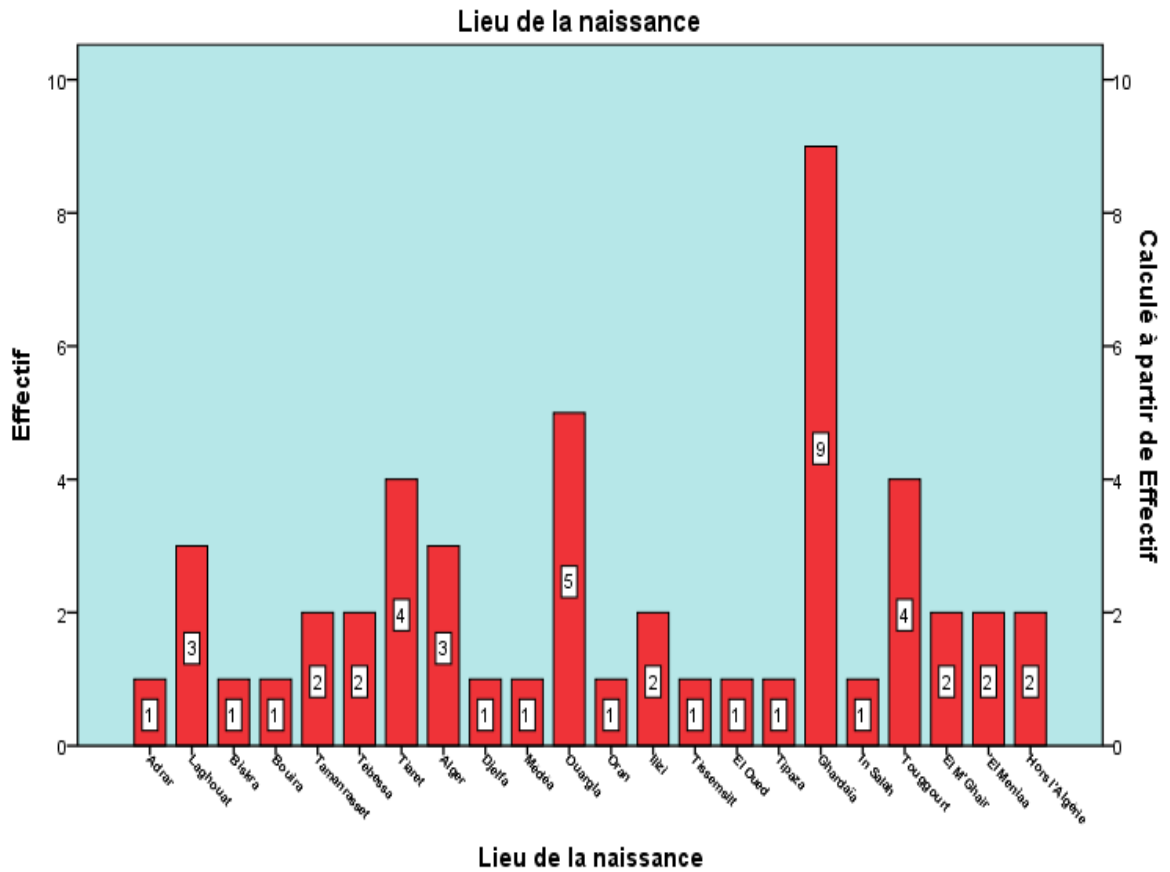


Figure 25 : Lieu de la naissance.

On note que la plupart des patients sont originaires de wilaya de Ghardaïa à raison de 18%, suivi directement par Ouargla à raison de 10% et Tiaret à raison de 8%.

Adresse

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Adrar	2	4.0	4.0	4.0
Laghouat	3	6.0	6.0	10.0
Tamanrasset	4	8.0	8.0	18.0
Tébessa	2	4.0	4.0	22.0
Tiaret	3	6.0	6.0	28.0
Djelfa	1	2.0	2.0	30.0
Médéa	1	2.0	2.0	32.0
Mostaganem	1	2.0	2.0	34.0
Ouargla	15	30.0	30.0	64.0
Valide Illizi	2	4.0	4.0	68.0
Tissemsilt	1	2.0	2.0	70.0
Tipaza	1	2.0	2.0	72.0
Ghardaïa	8	16.0	16.0	88.0
In Salah	1	2.0	2.0	90.0
Touggourt	3	6.0	6.0	96.0
El M'Ghair	1	2.0	2.0	98.0
'El Meniaa	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 3 : Adresse.

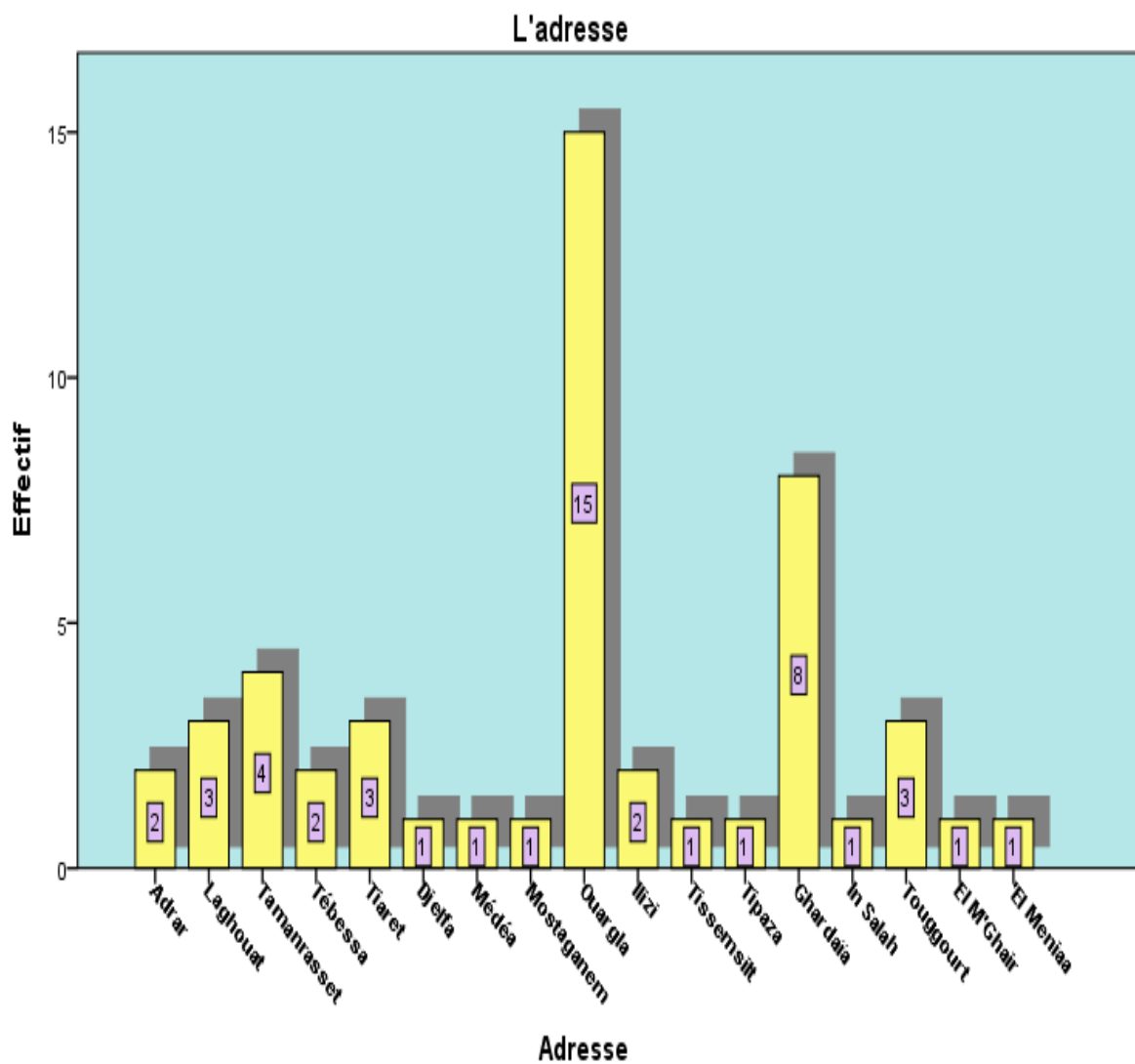


Figure : 26 Adresse.

On constate également que le pourcentage de malades qui habitent à Ouargla est le plus élevé, estimé à 30%, suivi de Ghardaïa avec 16%

3. Profession :

Profession

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Femme au foyer	20	40.0	40.0	40.0
mécanicien	3	6.0	6.0	46.0
Femme du ménage	1	2.0	2.0	48.0
Indépendant	3	6.0	6.0	54.0
Agent de sécurité	1	2.0	2.0	56.0
Enseignant(e)	6	12.0	12.0	68.0
infirmier(e)	2	4.0	4.0	72.0
Validé employé(e)	9	18.0	18.0	90.0
chômeur	1	2.0	2.0	92.0
maçon	1	2.0	2.0	94.0
policier	1	2.0	2.0	96.0
secrétaire	1	2.0	2.0	98.0
chauffeur	1	2.0	2.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 4 : Profession.

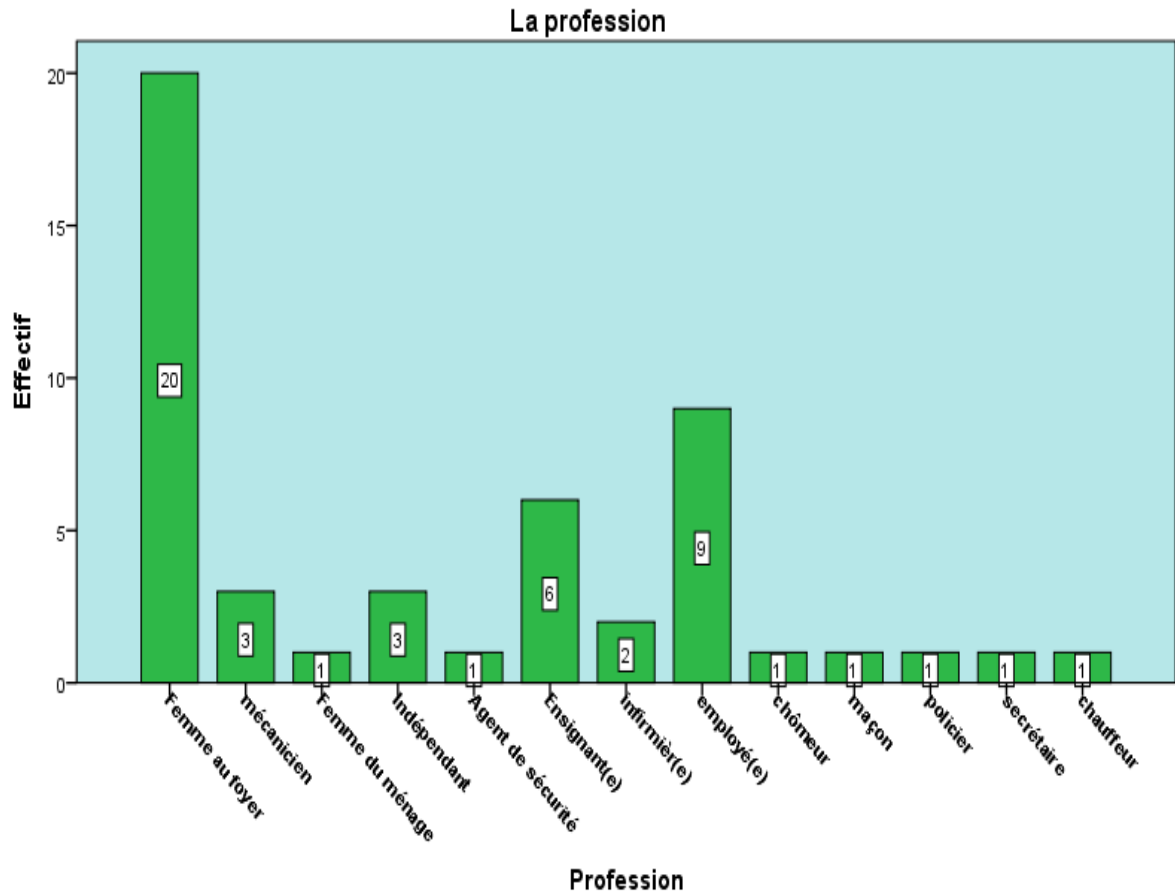


Figure 27 : Profession.

Notre population étudiée se compose de 40% des femmes au foyer, 18% des employés, 12% Enseignants(e), 6% des mécaniciens 5%.

4. Situation familiale

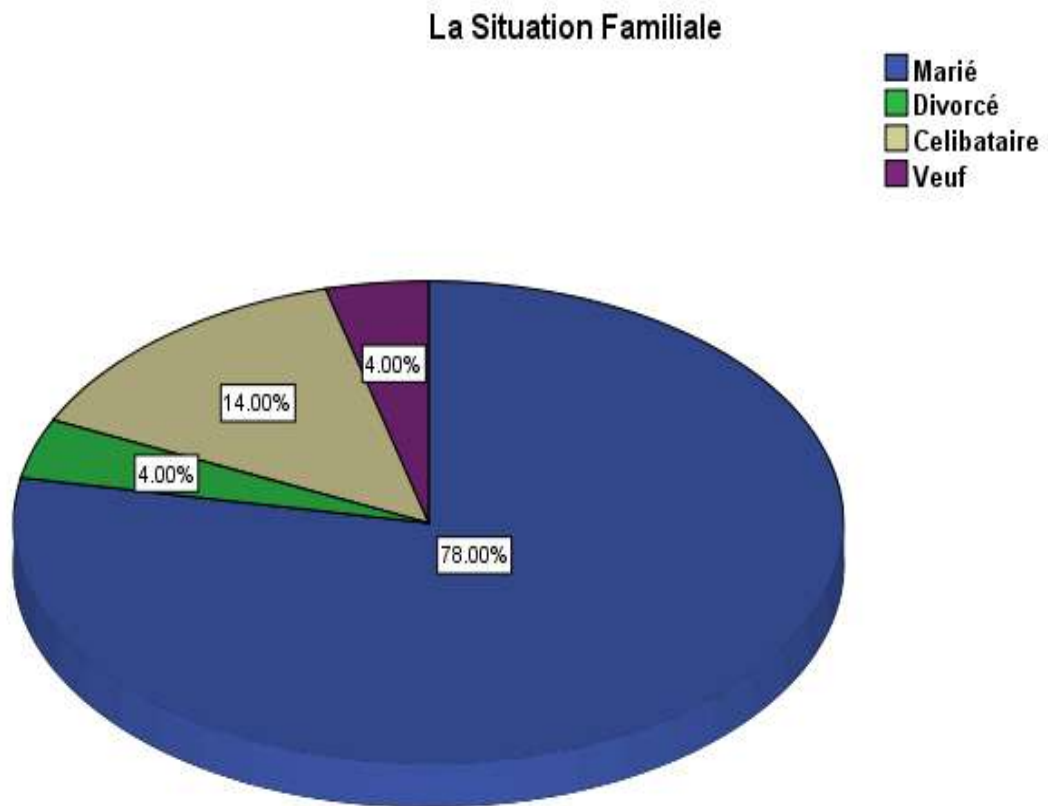


Figure 28 : Situation familiale.

La plupart des patients sont mariés au taux de 78%, tandis que les célibataires sont à un taux de 14%, suivis des divorcés et des veufs au taux de 4%.

5. Situation financière :

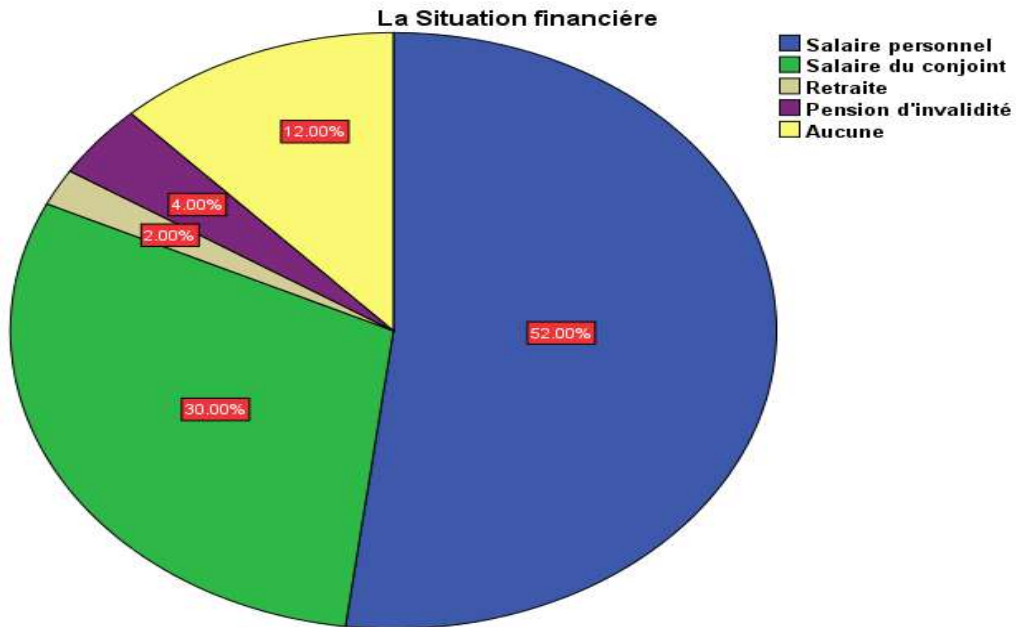


Figure 29 : Situation financière.

52% ont un salaire personnel, 30% dépendent du conjoint, et certains patients n'ont aucun revenu, jusqu'à 12%.

6. Situation professionnelle :

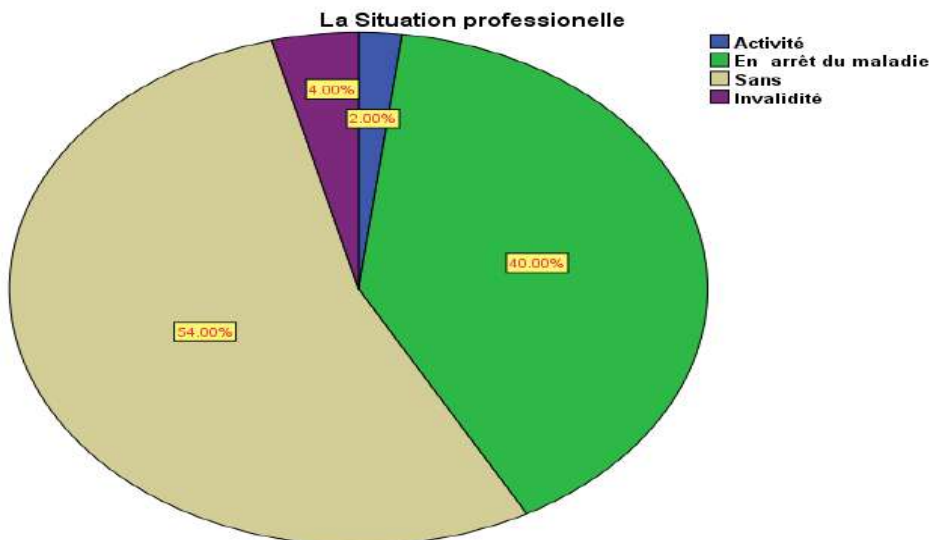


Figure 30 : Situation professionnelle.

Plus de la moitié, 54% des patients sont sans travail ; avec 40 % en arrêt à cause de la maladie.

7. Niveau d'instruction :

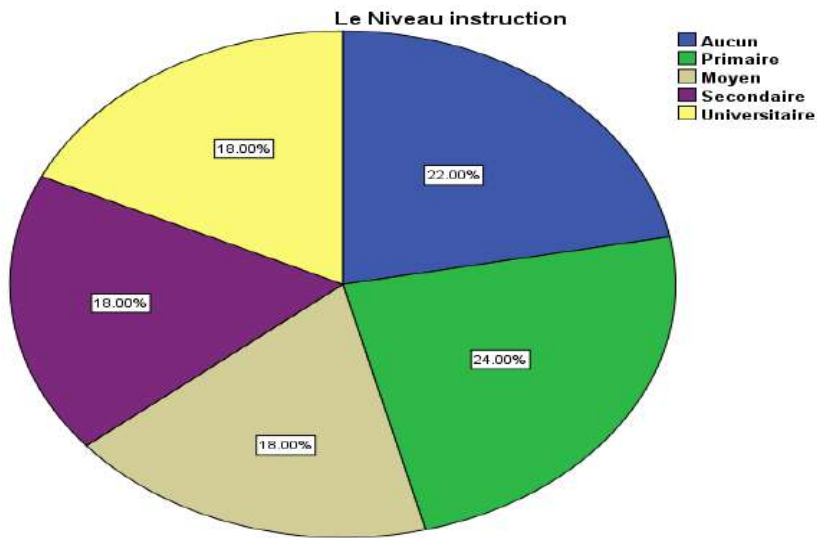


Figure 31 : Niveau d'instruction.

On constate que les pourcentages sont presque proches, allant de 24% dans le niveau primaire à 18% au niveau universitaire.

8. La première consultation chez un médecin :

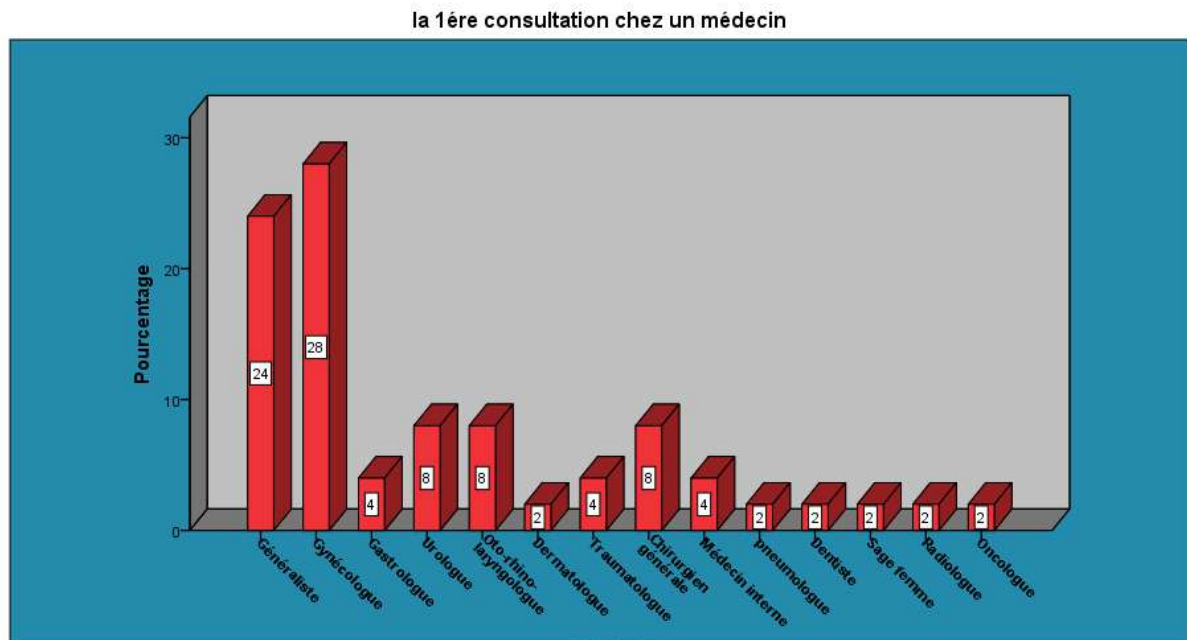


Figure 32 : La première consultation chez un médecin.

Le gynécologue arrive en tête à 28 %, suivi du médecin généraliste à 24 %, puis du reste des spécialités à des taux inférieurs.

9. Les antécédents médicaux :

Récapitulatif des observations

	Observations :				
	Valide		Manquant		Total
	N :	Pourcentage :	N :	Pourcentage :	N :
ATCD MEDICAUX	31	62.0%	19	38.0%	50

Tableau 5 : Les antécédents médicaux.

62 % des patients présentent des antécédents médicaux alors que 38 % n'ont aucun antécédent.

ATCD MEDICAUX :

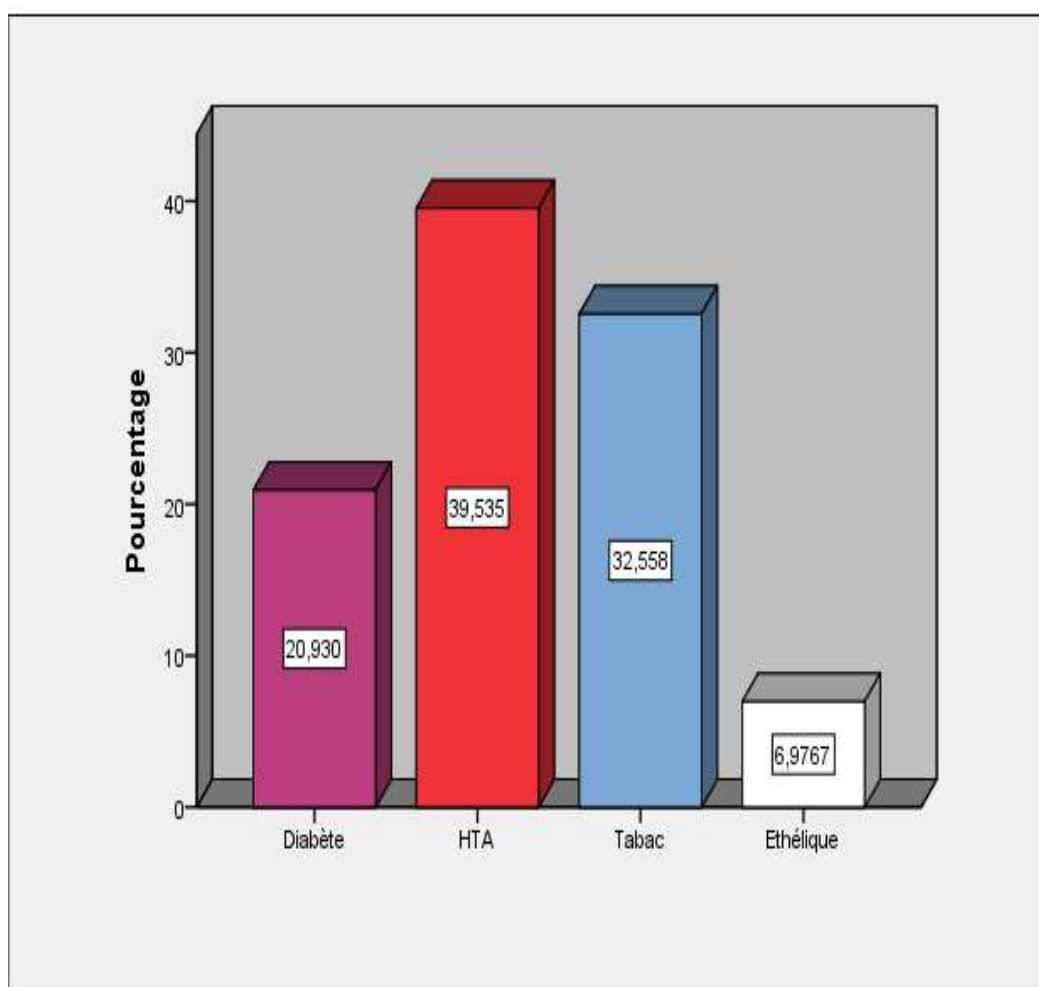


Figure 33 : Les antécédents médicaux.

la majorité des patients présentent une HTA avec un pourcentage de 39 % ainsi que le tabagisme active ou passif de 32 % avec le diabète au taux de 20 %.

10. Les antécédents Familiaux :

Les antécédents Familiaux

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
oui	19	38.0	38.0	38.0
non	31	62.0	62.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 6 : les antécédents Familiaux.

38 % des patients présentent des antécédents familiaux du cancer alors que 62 % n'ont pas d'antécédents.

11. Les antécédents chirurgicaux :

Les antécédents Chirurgicaux

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
oui	36	72.0	72.0	72.0
non	14	28.0	28.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 7 : Les antécédents Chirurgicaux.

De nombreux patients ont des antécédents chirurgicaux au taux de 72 %, tandis que les autres n'ont pas.

12. Le type du cancer :

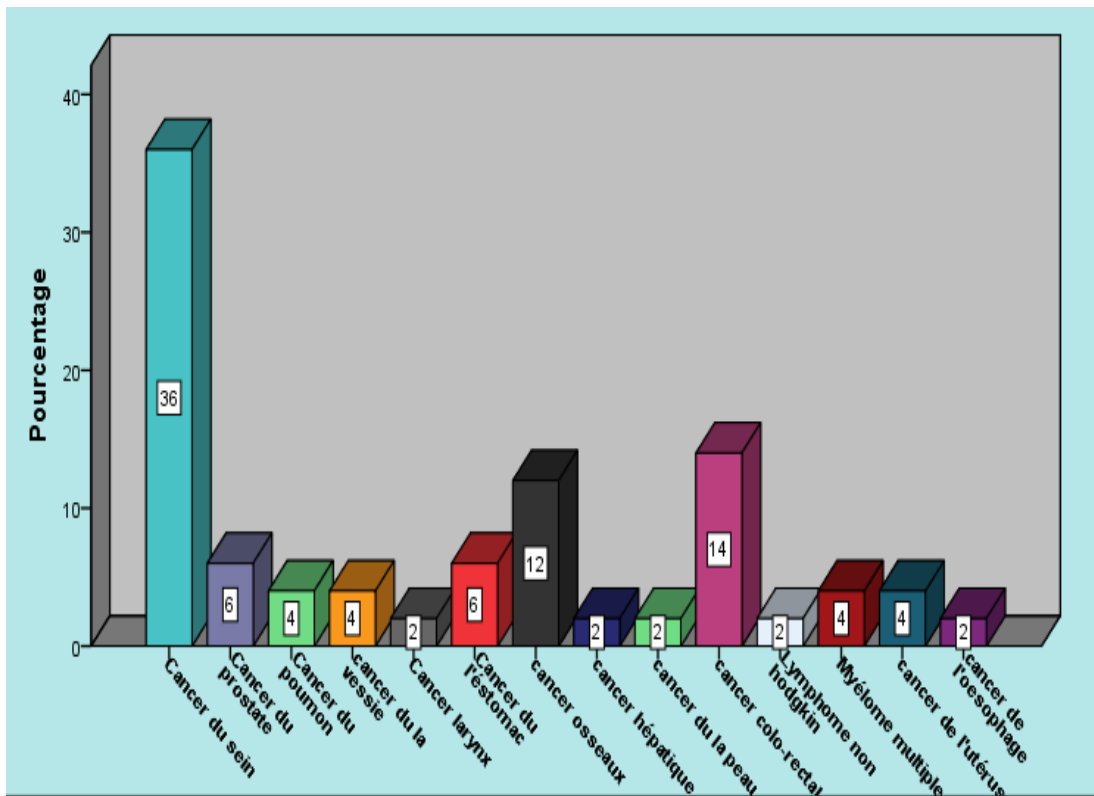


Figure 34 : Le type du cancer.

Le cancer du sein arrive en tête à 36 %, suivi du cancer du côlon à 14 %, puis du cancer osseux à 12 %.

13. Phase du traitement :

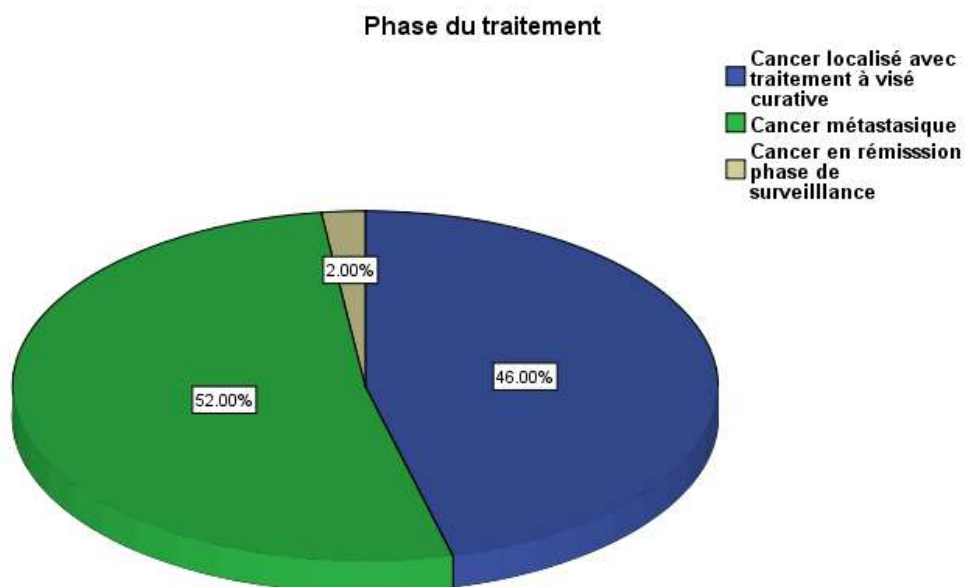


Figure 35 : Phase du traitement.

Plus de la moitié des patients ont un cancer métastatique, avec un taux de 52 %, suivi d'un cancer localisé, avec un taux de 46 %, et enfin d'un cancer en rémission à 2%.

14. Siège de la douleur :

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Localisée	24	48.0	48.0	48.0
irradiée dans le même territoire lésionnel	10	20.0	20.0	68.0
Atypique, mal systématisée	7	14.0	14.0	82.0
Absence	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 8 : Siège de la douleur.

La majorité des malades signal des douleurs localisée avec un taux de 52 % ; des douleurs irradiées dans le même territoire lésionnel avec un taux de 20 % ainsi que des douleurs mal systématisées à 14 % ; les autres patients n'ont pas de douleur 18 %.

15. Une douleur en relations avec le cancer :

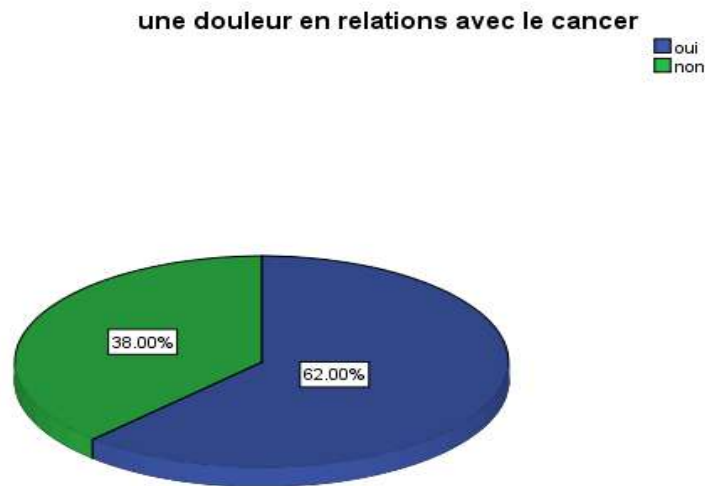


Figure 36 : Une douleur en relations avec le cancer.

62% des patients ont des douleurs liées au cancer, tandis que quelque 38% des autres n'ont présente pas des douleurs.

16. Une douleur en relations avec les traitements du cancer :

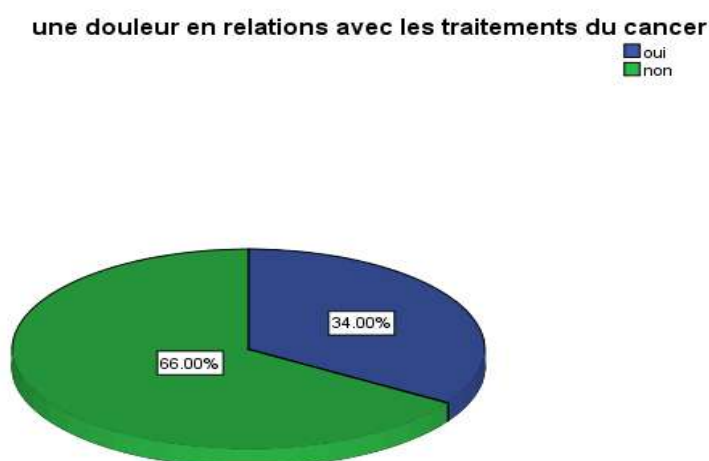


Figure 37 : Une douleur en relations avec les traitements du cancer.

La plupart des patients n'ont pas de douleur liée aux traitements contre le cancer au taux de 66 %, tandis que 34 % des patients ont des douleurs en relation.

17. Le traitement antalgique actuellement prescrit :

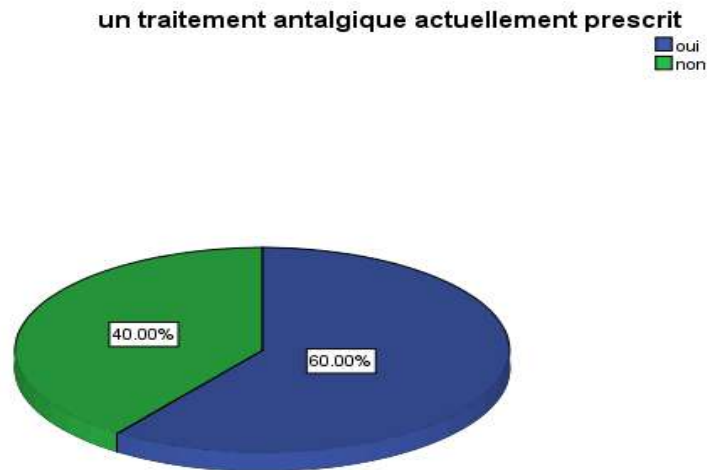


Figure 38 : Le traitement antalgique actuellement prescrit.

Dans 60 % des cas il existe une prescription des traitements antalgiques.

18. Le traitement antalgique actuellement prescrit :

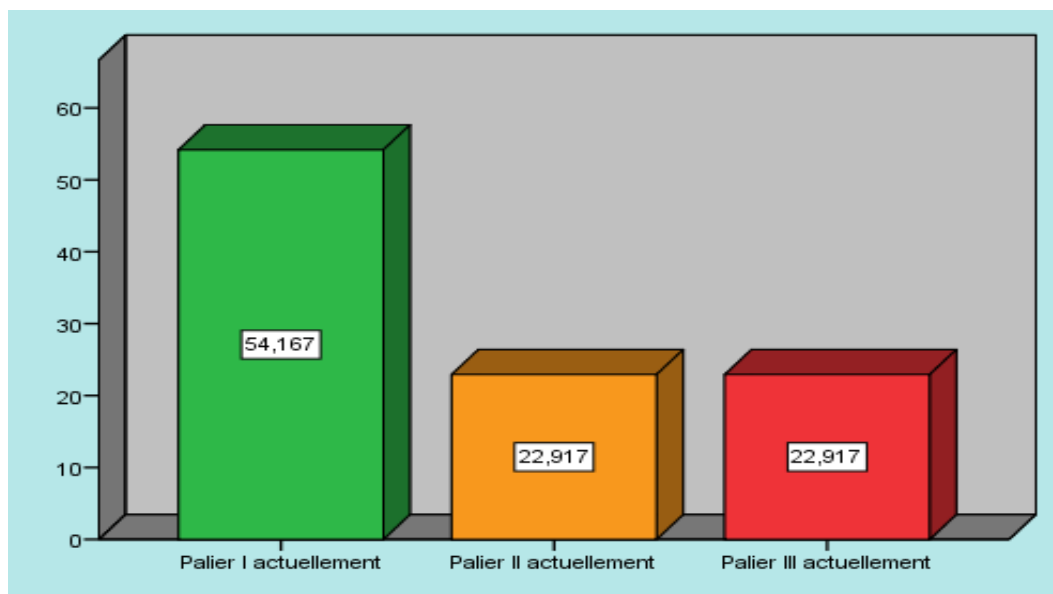


Figure 39 : Le traitement antalgique actuellement prescrit.

L'analyse montre que la prescription des antalgiques du Palier I arrive en tête avec un taux de 54%, suivie des antalgiques du palier II et Palier III, avec un taux quasi égal estimé à 23%.

19. La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs :

une prescription d'anti-épileptique ou d'anti-dépresseur

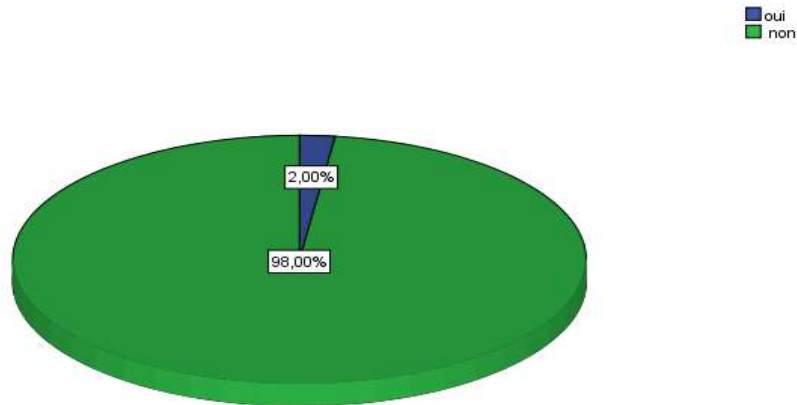


Figure 40 : La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs.

La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs est minime à un taux faible à inexistant de 2 %.

20. La prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses :

une prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses

oui
non

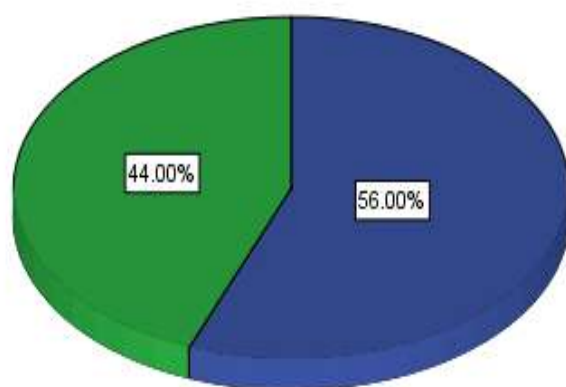


Figure 41 : La prescription d'antalgique de secours pour les accès et les crises douloureuses.

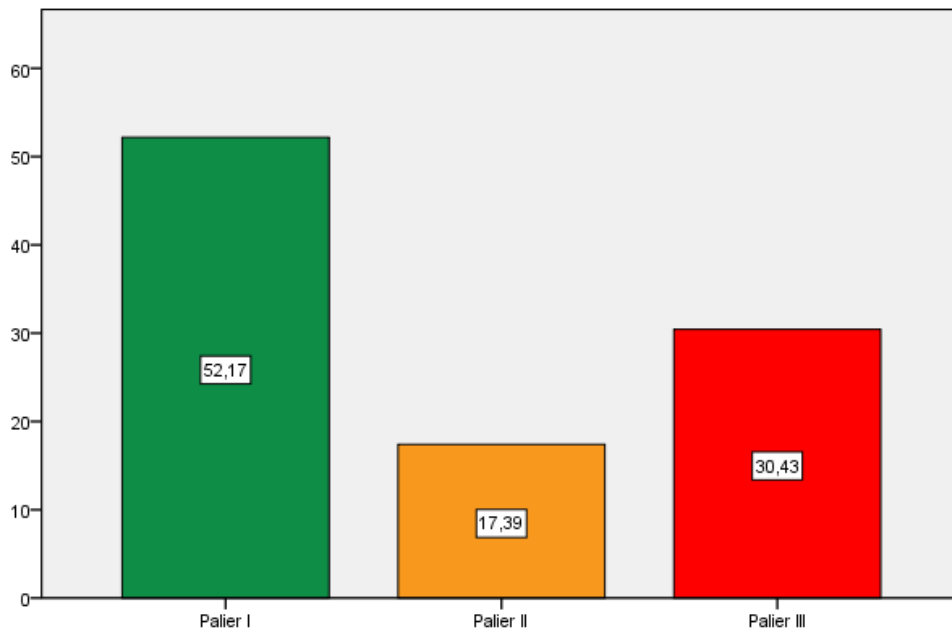


Figure 42 : La prescription d'analgésique de secours pour les accès et les crises douloureuses.

Plus de la moitié des patients avaient une prescription d'analgésiques à raison de 56 %, en tête le Palier I à raison de 50 %, suivi du Palier III à raison de 30 %.

21. La présence d'un ou plusieurs douleurs :

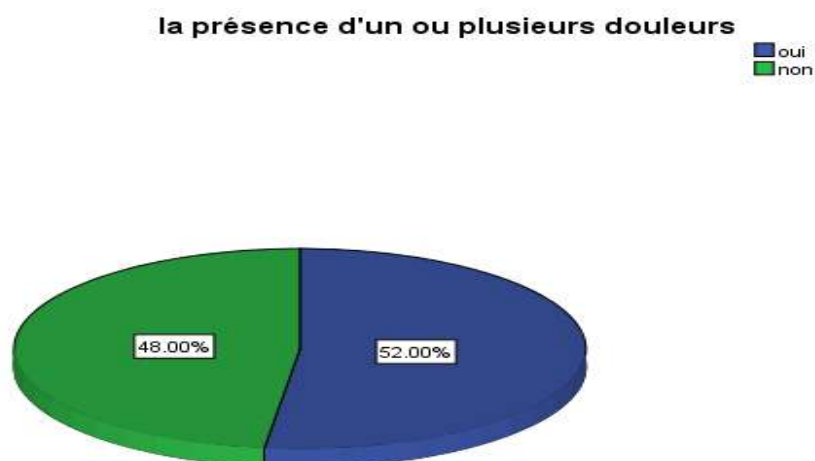


Figure 43 : La présence d'un ou plusieurs douleurs.

Dans un pourcentage proche, certains patients ont de nombreuses douleurs, à raison de 52 %.

22. La durée d'existence des douleurs :

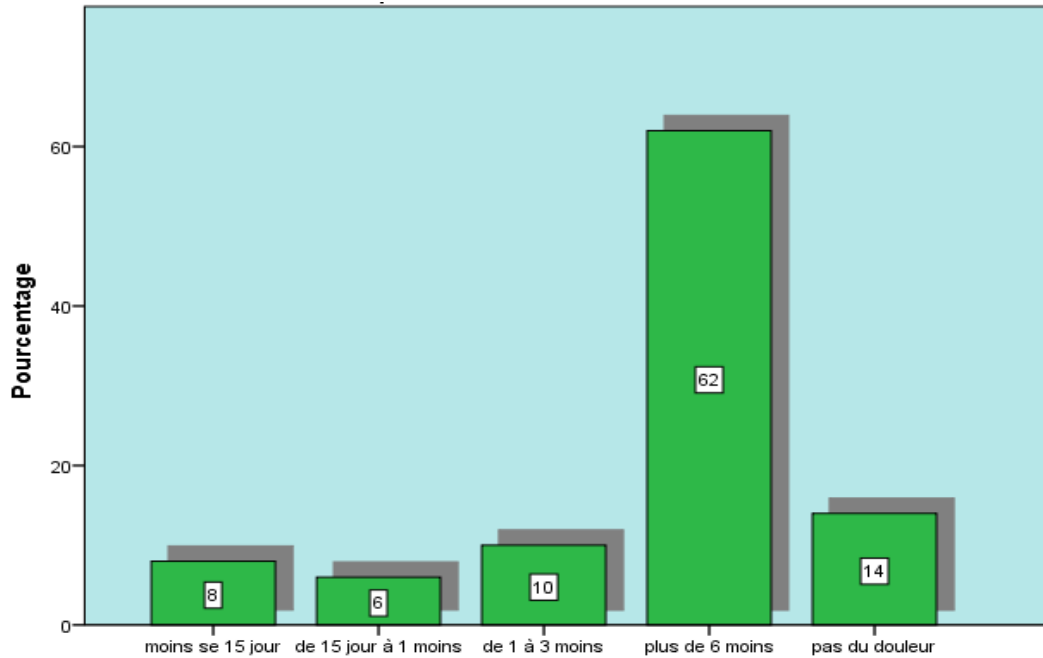


Figure 44 : Le temps d'existence des douleurs.

Les patients se plaignent de douleurs qui ont dépassé six mois, avec un taux de 62 %, soit le pourcentage le plus élevé.

23. Douleur permanent :

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
oui	28	68.0	68.0
non	13	32.0	100.0
Total	41	100.0	

Tableau 9 : Douleur permanent.

Parmi les malades qui présentent des douleurs, 68% signalent des douleurs permanent.

24. La présence des éléments qui soulagent la douleur :

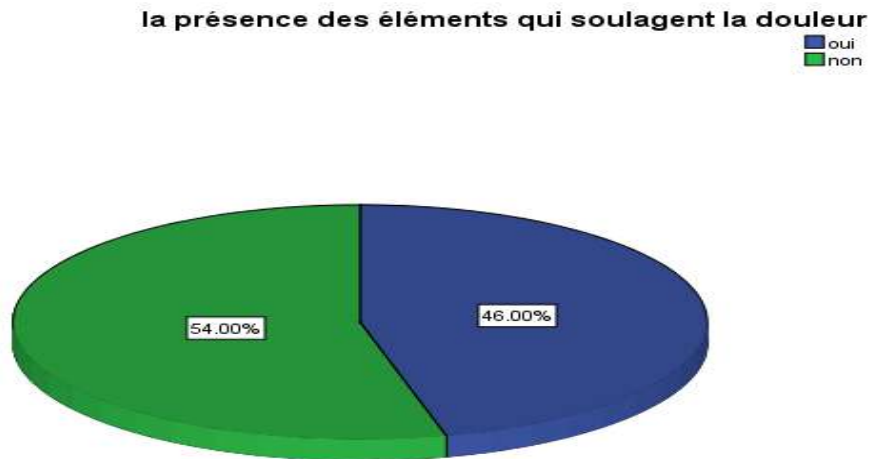


Figure 45: Le présent des éléments qui soulageant la douleur.

Plus de moitié 54% des patients déclarent l'absence des éléments soulageant

25. Les éléments qui soulagent la douleur :

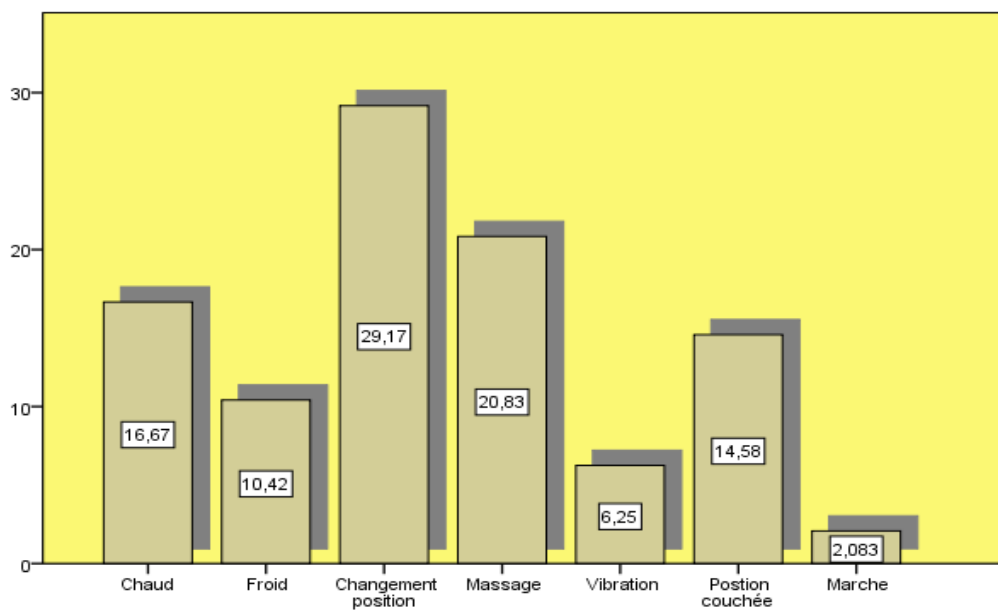


Figure 46 : Les éléments qui soulagent la douleur.

On note que le changement de position représente l'élément le plus soulageant par un taux de 29.17% suivi par le massage puis le chaud par un taux de 20.83% et 16.67% respectivement.

26. La présence des éléments qui aggravent la douleur :

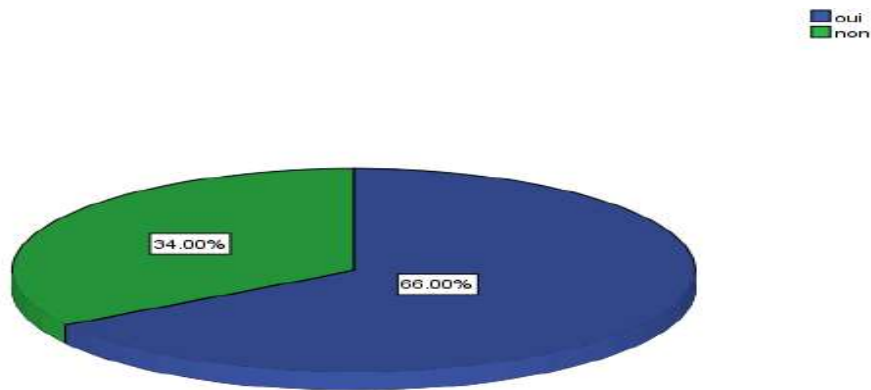


Figure 47 : La présence des éléments qui aggravent la douleur.

Presque deux tiers 66% des patients présentent des éléments aggravants

27. Les éléments qui aggravent la douleur :

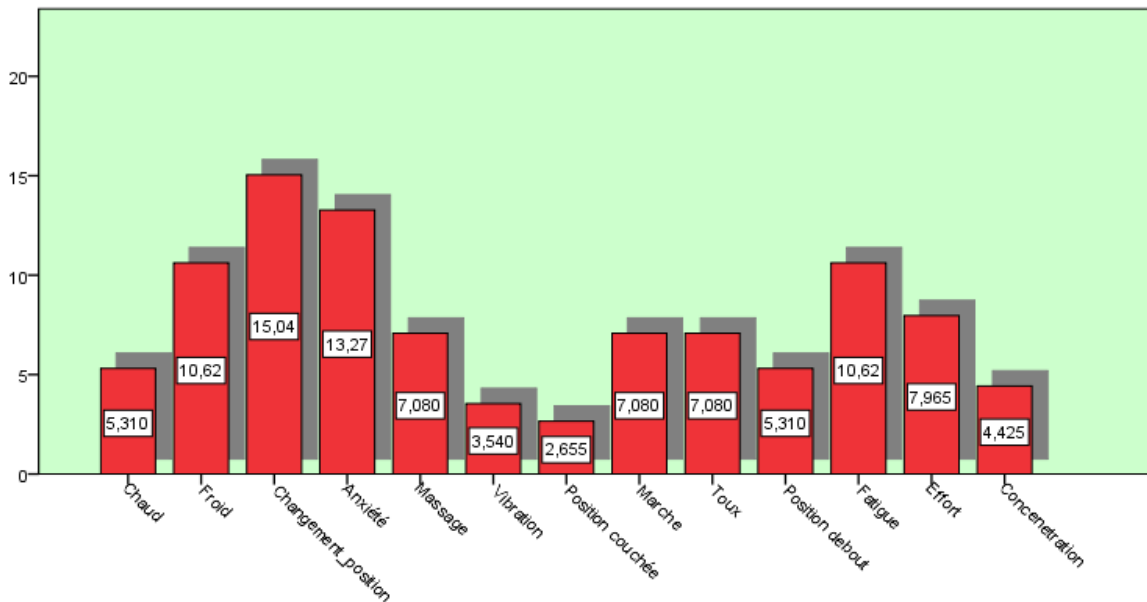


Figure 48 : Les éléments qui aggravent la douleur.

On note que le changement de position représente l'élément le plus aggravants par un taux de 15% suivi par l'anxiété puis le froid et la fatigue avec même pourcentage au taux de 13% et 10% respectivement.

28. Sémiologie de la douleur :

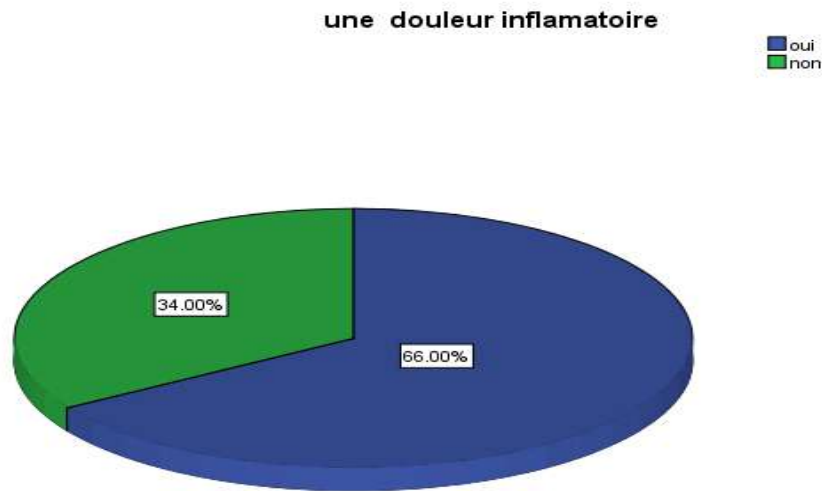


Figure 49 : Les douleurs inflammatoires.

Presque deux tiers 66% des patients présentent des douleurs inflammatoires.

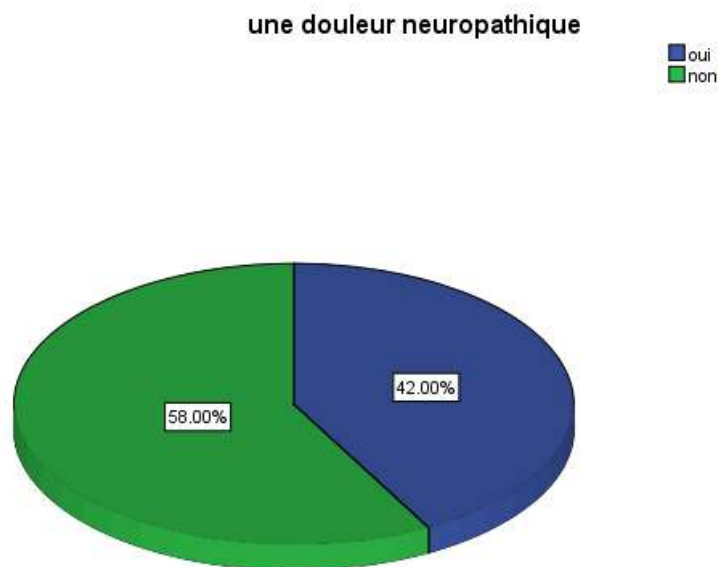


Figure 50 : Les douleurs neuropathiques.

42% des patients présentent des douleurs neuropathiques.

29. Examen neurologique :

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Normale	28	56.0	56.0	56.0
Déficits	22	44.0	44.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 10 : Examen neurologique.

Presque la moitié des patients ont un déficit neurologique par un taux de 56%.

30. Le déficit neurologique :

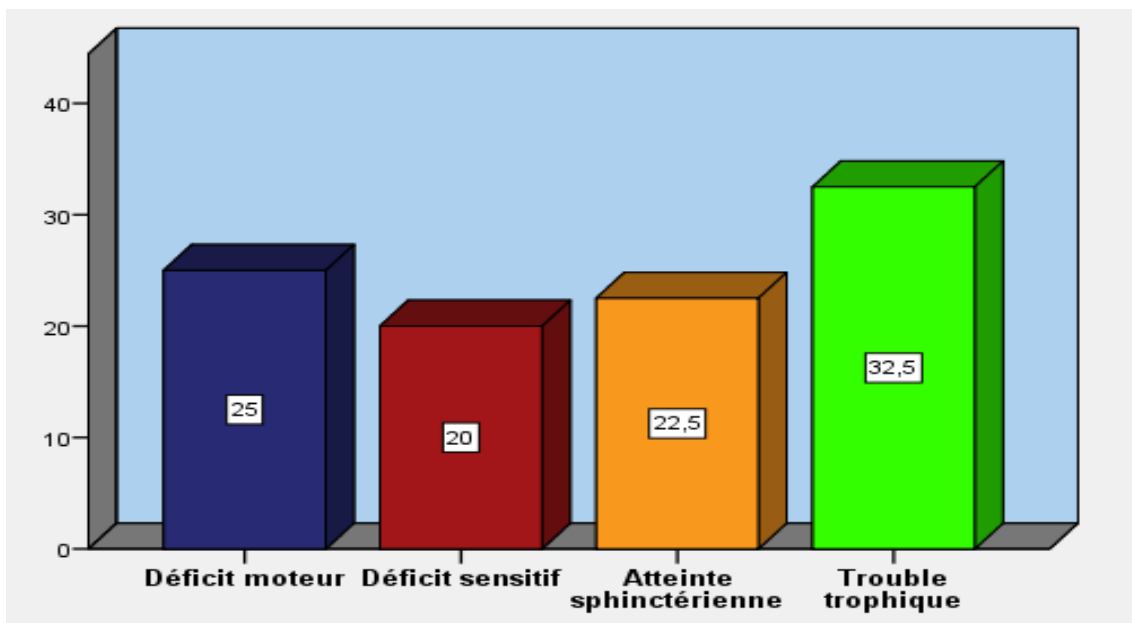


Figure 51 : Le déficit neurologique.

Le trouble trophique est le déficit neurologique le plus marqué au taux de 32% suivi par déficit moteur à 25% puis l'atteinte sphinctérienne à 22% et en dernier au taux de 20% représenté par déficit sensitif.

31. DN4 :

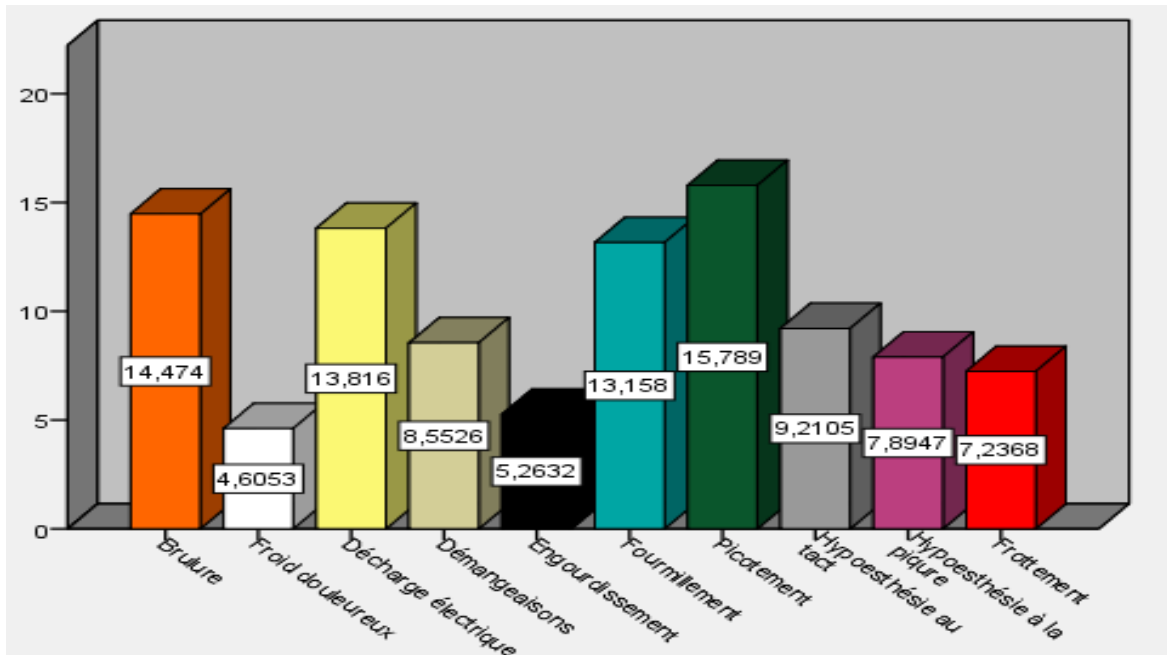


Figure 52 : DN4.

Dans le questionnaire DN4, le picotement était l'élément le plus présent par un taux de 15.7% suivi par la brûlure à 14.5% puis la décharge électrique à 13.8%.

32. Score DN4 :

DN4 Score

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Positive (Score > 4/10)	21	42.0	42.0	42.0
Négative (Score < 4/10)	29	58.0	58.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 11 : Score DN4.

Plus de moitié des patients étaient scorés négative par un taux de 58%.

33. Intensité de la douleur :

EVA à la minute actuelle

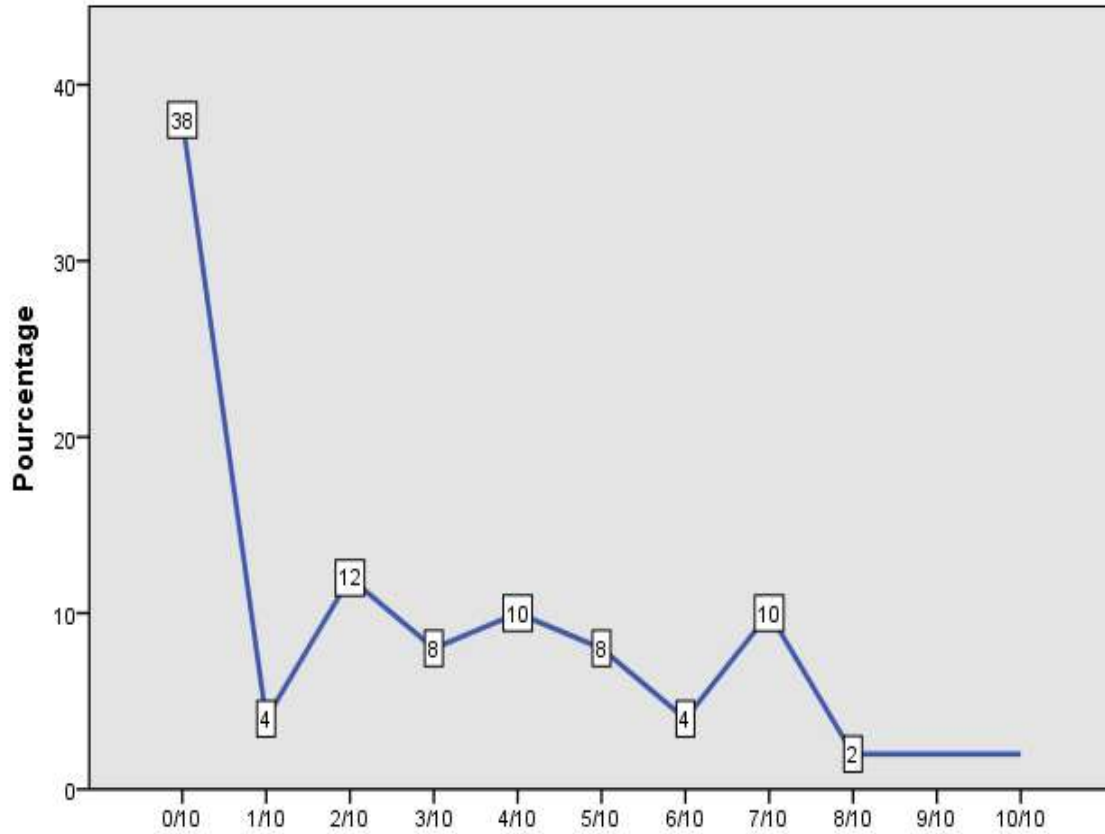


Figure 53 : EVA à la minute actuelle.

Dans l'échelle EVA la majorité des patients 38% déclarent qui ne ressentent aucune douleur à la minute actuelle soit un score du 0/10, suivi par le score 2/10 à 12% puis la puis les scores 4/10 et 7/10 à 10% avec moyenne de 2.8/10.

EVA la plus intense

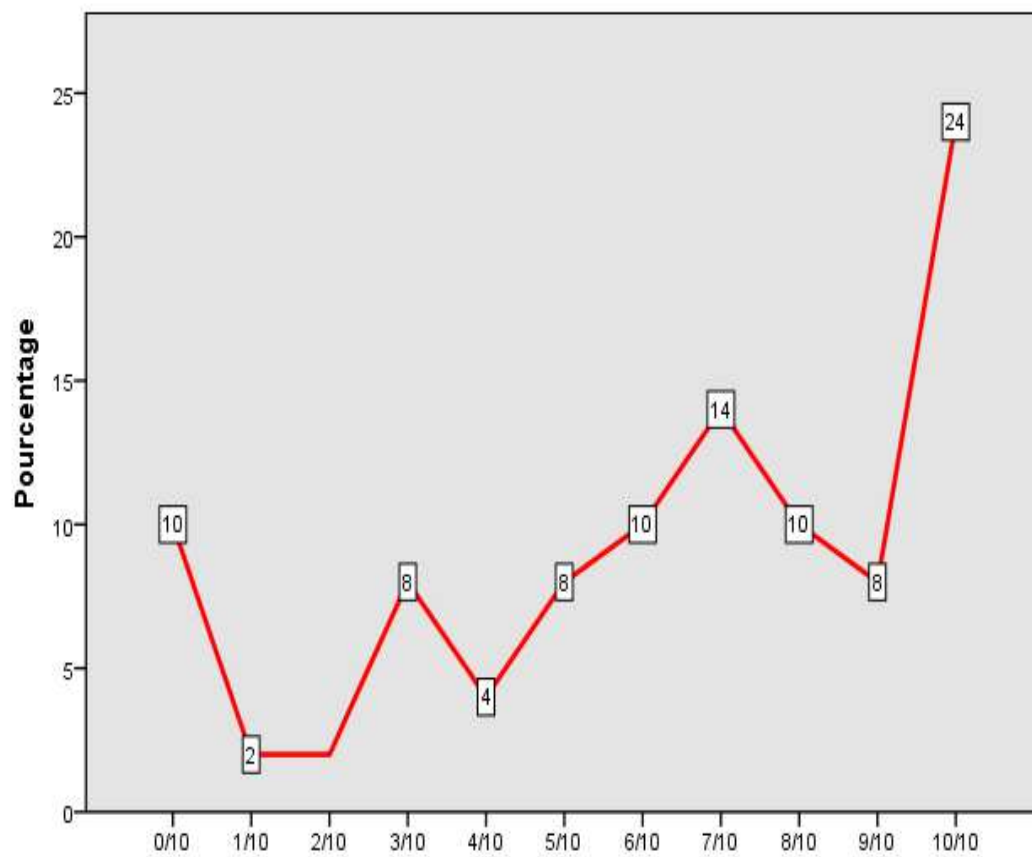


Figure 54 : EVA la plus intense.

Dans l'échelle EVA, la majorité des patients 24% déclarent que la douleur la plus intense était une douleur maximale soit un score 10/10 était, suivi par le score 7/10 à 14% puis la puis les scores 0/10, 6/10 et 8/10 à 10% avec moyenne de 6.36.

EVA la plus faible

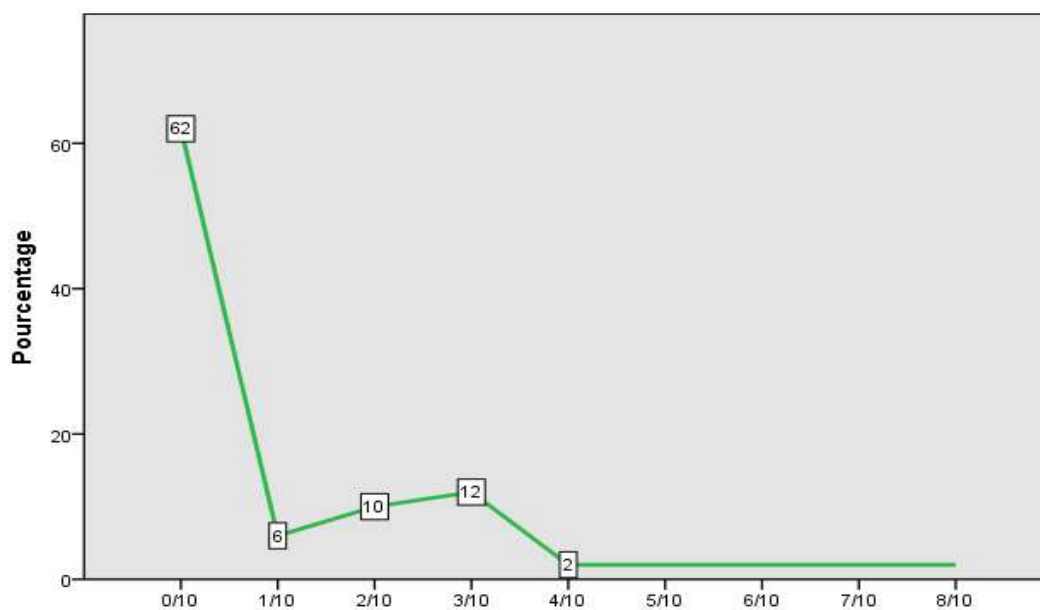


Figure 55 : EVA la plus faible.

Dans l'échelle EVA la majorité des patients 62% déclarent qu'ils ne ressentent aucune douleur pour la douleur la plus faible soit un score de 0/10, suivi par le score 3/10 à 12% puis les scores 2/10 à 10% avec une moyenne de 1.22.

34. Répercussion de la douleur sur la qualité de vie :

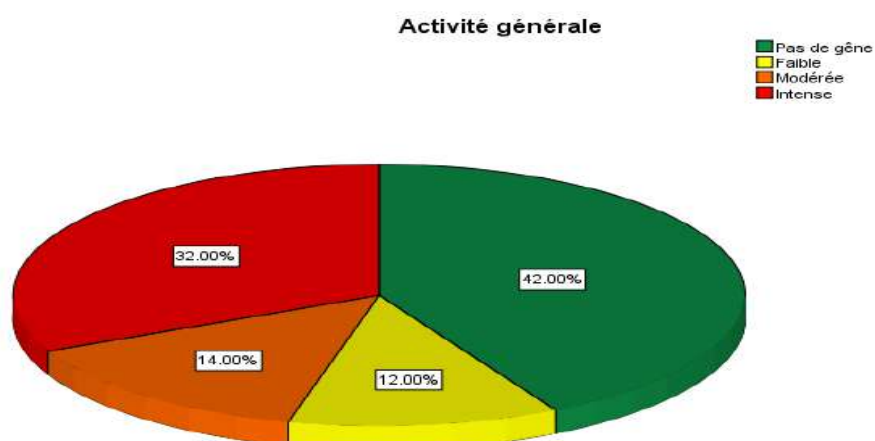


Figure 56 : L'activité générale.

La majorité des patients 42% déclarent qu'ils ne ressentent aucune gêne pendant l'activité générale alors que 32% des patients annoncent une gêne intense à 32%.

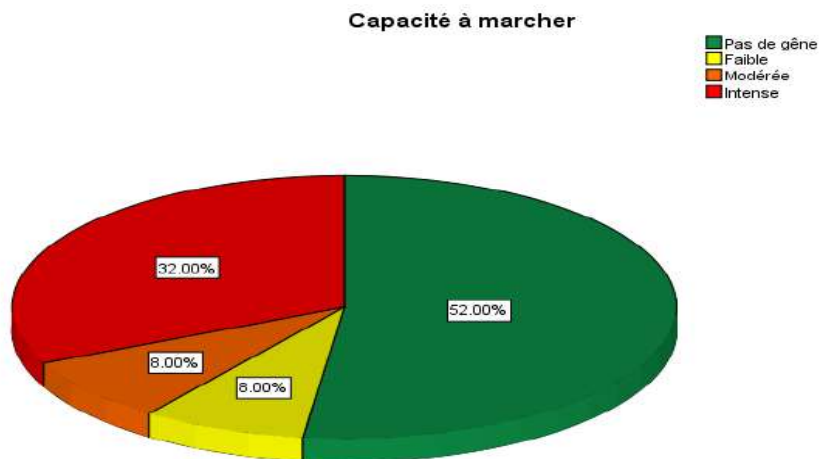


Figure 57 : La Capacité à la marche.

La majorité des patients 52% déclarent aucune gêne à la marche alors que 32% des patients annoncent une gêne intense

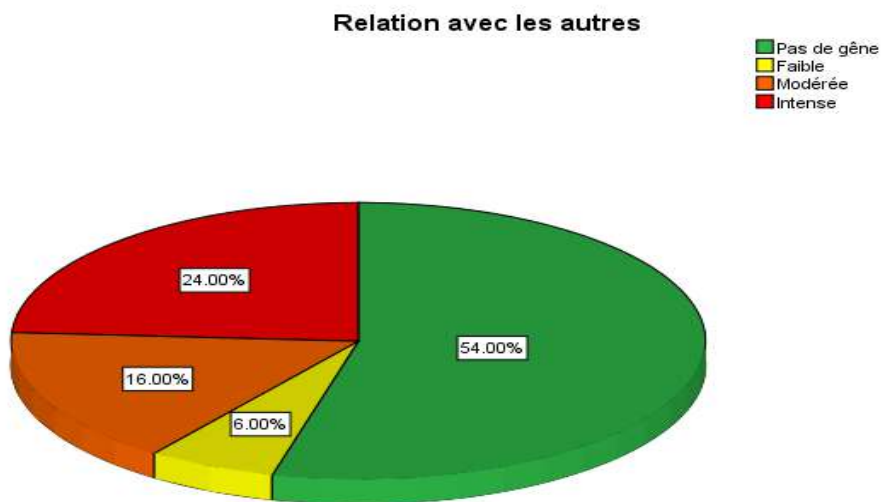


Figure 58 : La relation avec les autres.

La majorité des patients 54% déclarent aucune gêne relationnelle alors que 24% des patients annoncent une gêne intense à 24%.

Sommeil

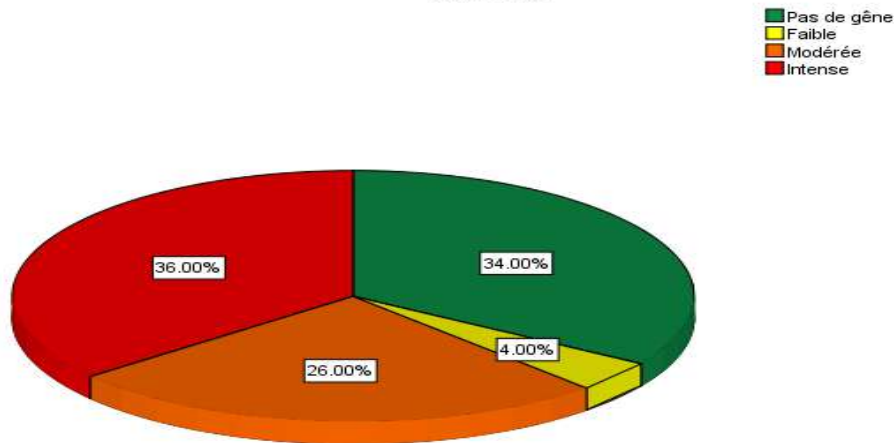


Figure 59 : Le trouble du sommeil.

Presque un tiers des patients 36% ont un trouble intense au sommeil alors que presque de même pourcentage 34% des patients ne présentent aucune trouble.

Humeur

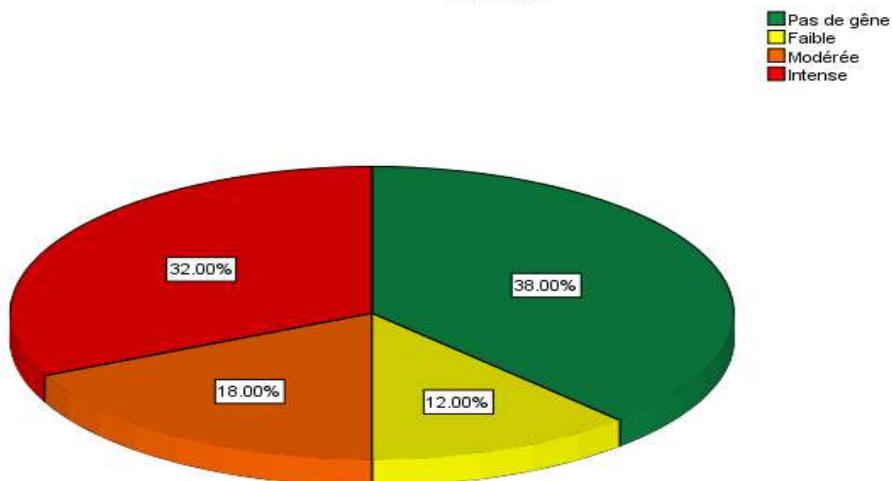


Figure 60 : L'humeur.

Presque un tiers des patients 38% des patients ne présentent aucune trouble d'humeur alors que presque de même pourcentage 32% ont un trouble intense d'humeur.

35. Circuit de prise en charge :

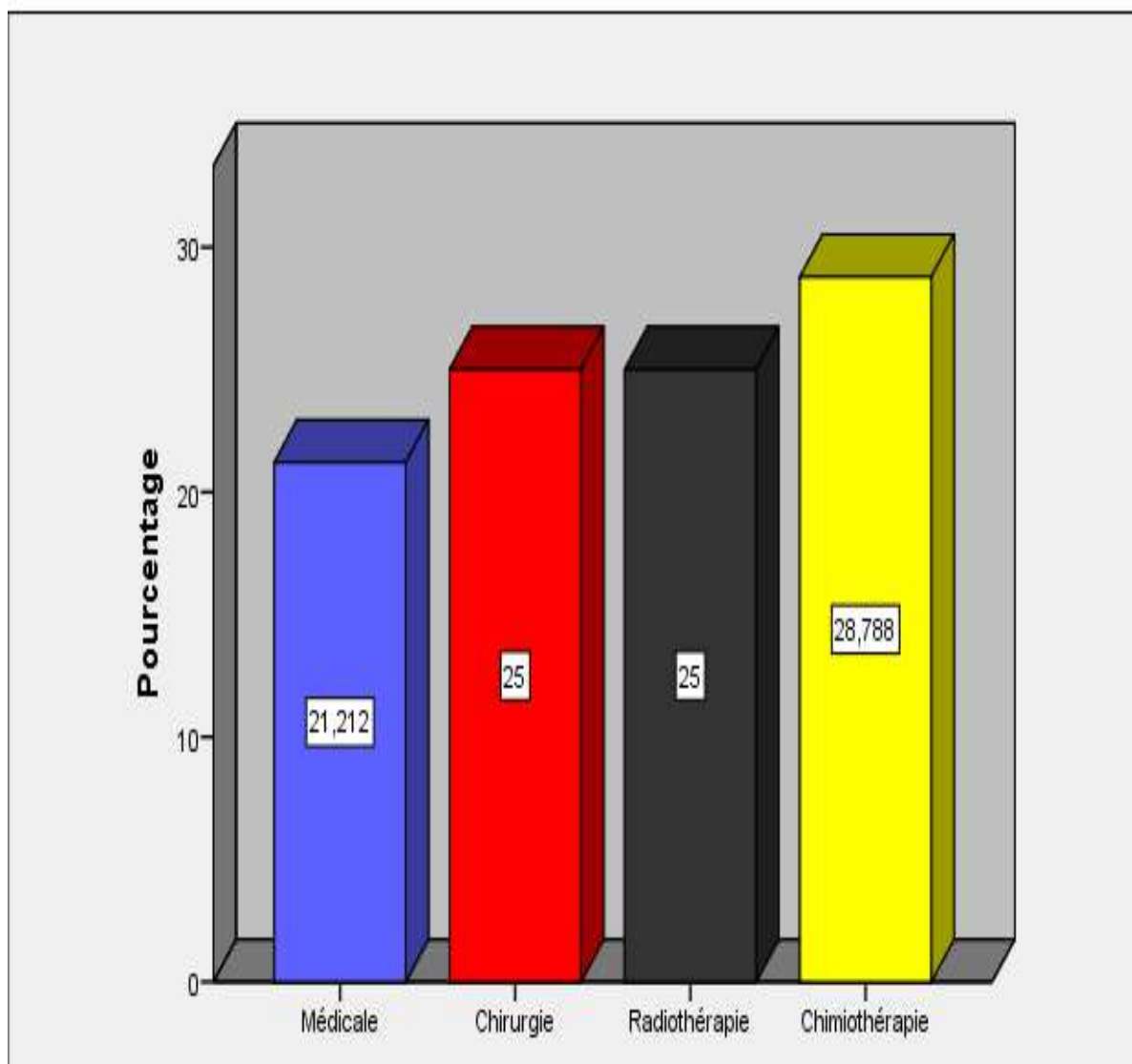


Figure 61 : Circuit de prise en charge.

Les 4 armes thérapeutiques anti-cancéreux ont été utilisées presque de même pourcentage : -
- chimiothérapie à 29% - radiothérapie et chirurgie à 25% - les autres traitements médicaux 21%.

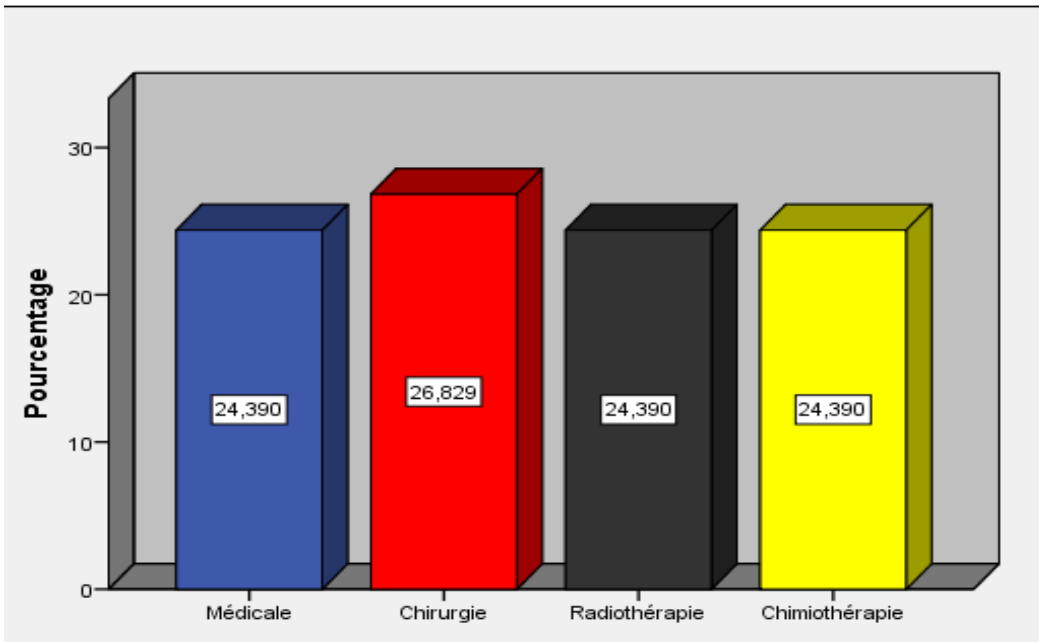


Figure 62 : L'efficacité de la prise en charge.

Les 4 armes thérapeutiques anti-cancéreux ont été efficaces presque de même pourcentage : - chirurgie à 26% - radiothérapie, chimiothérapie et le traitement médical à 24.5%.

36. La consultation chez un psychologue ou psychiatre :

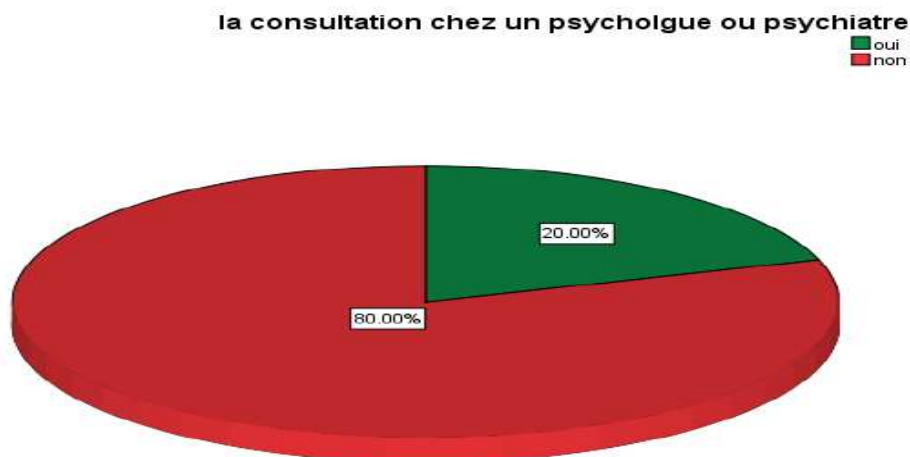


Figure 63 : La consultation chez un psychologue ou psychiatre.

20 % des patients ont consulté chez un psychiatre ou psychologue.

L'efficacité de la psychothérapie

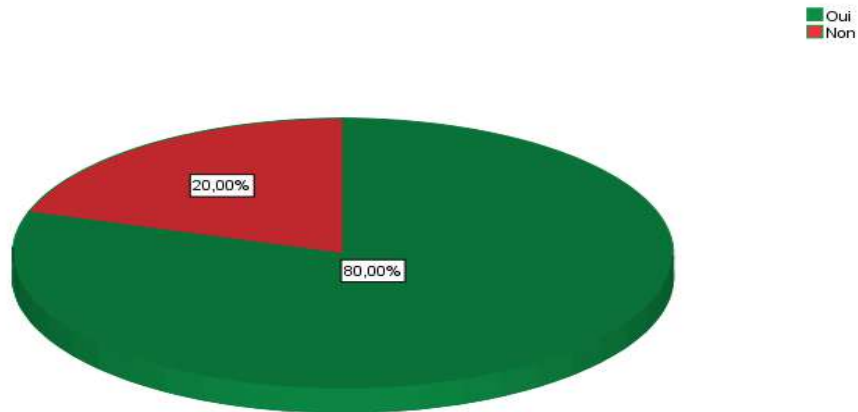


Figure 64 : L'efficacité de la psychothérapie.

La majorité 80 % des patients ont déclaré une amélioration après psychothérapie.

37. Les techniques non médicamenteuses :

Kinésithérapie

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non essayé	50	100.0	100.0	100.0

Tableau 12 : Kinésithérapie.

L'acupuncture

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non essayé	50	100.0	100.0	100.0

Tableau 13 : L'acupuncture.

L'électrostimulation transcutanée

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Non essayé	50	100.0	100.0	100.0

Tableau 14 : L'électrostimulation transcutanée.

Tous les patients n'ont pas essayé ni kinésithérapie ni l'acupuncture ni l'électrostimulation transcutanée.

38. Paracétamol :

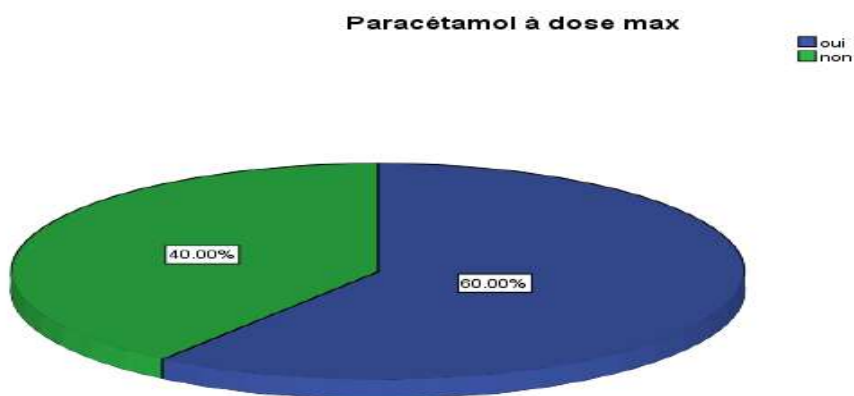


Figure 65 : Paracétamol à dose maximale.

La majorité 60 % des patients prennent le paracétamol à dose maximale.

L'effet positif du paracétamol sur la douleur

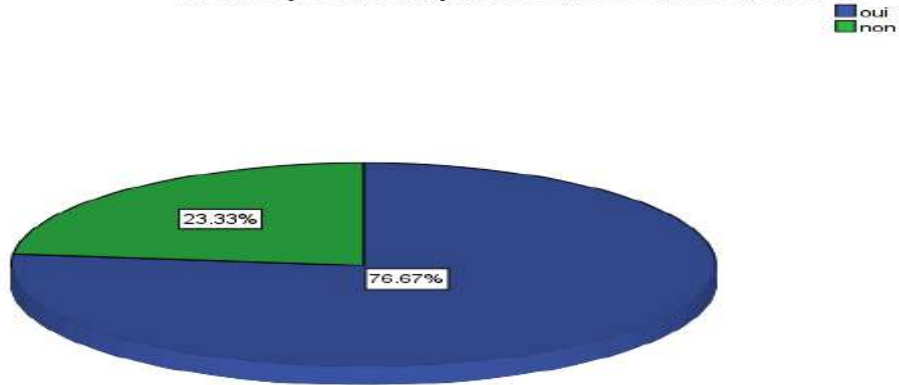


Figure 66 : L'effet positif de paracétamol.

Le paracétamol était efficace dans la majorité des patients à un taux de 76 %.

39. AINS :

La prise des AINS

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	12	24.0	24.0	24.0
Non	38	76.0	76.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 15 : La prise des AINS

La minorité à 24 % des patients prennent les AINS.

L'apparition des effets secondaire d' AINS

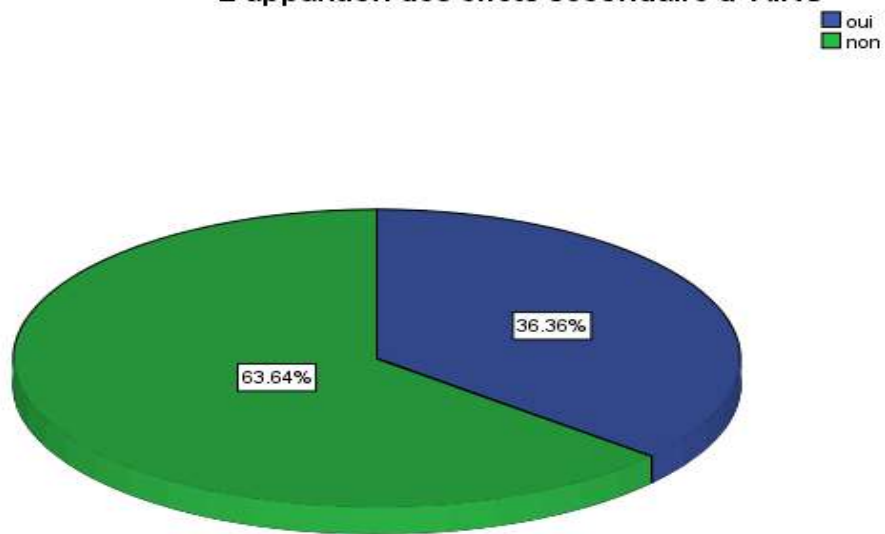


Figure 67 : Les effet secondaire suite la prise des AINS.

Presque un tiers des patients à 36 % signale la présence des effet secondaire suite la prise des AINS.

40. Palier II :

la prescription de palier II à dose max

■ Oui
■ Non

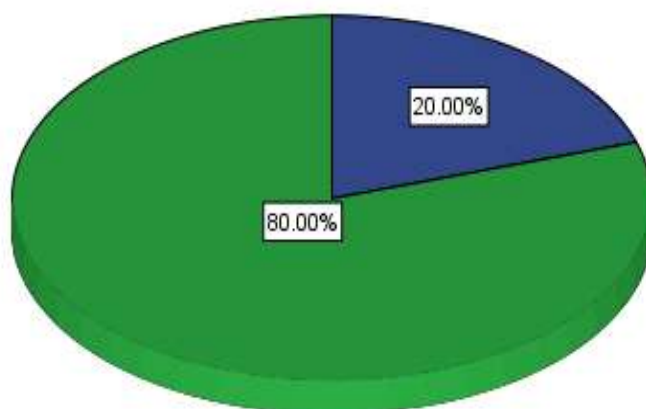


Figure 68 : Palier II à dose maximale.

20 % des patients prennent un traitement de palier II à dose maximale.

Palier deux effet positif

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
oui	6	66.7	66.7	66.7
non	3	33.3	33.3	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 16 : Palier II effet positif.

Palier II était efficace dans deux tiers des patients à un taux de 66 %.

41. Palier III :

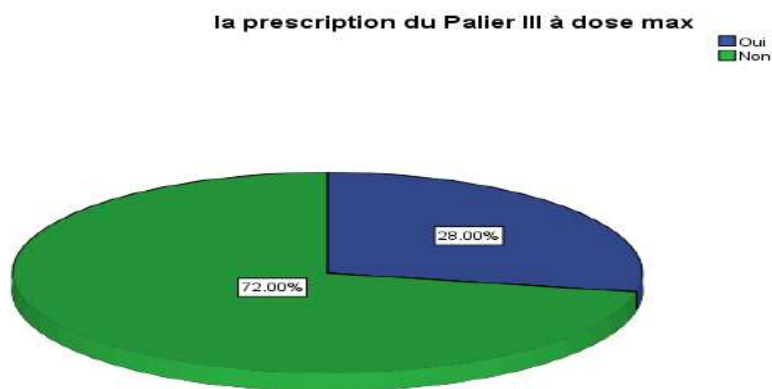


Figure 69 : Palier III à dose maximale.

Presque un quart des patients 28 % prennent un traitement de palier III à dose maximale.

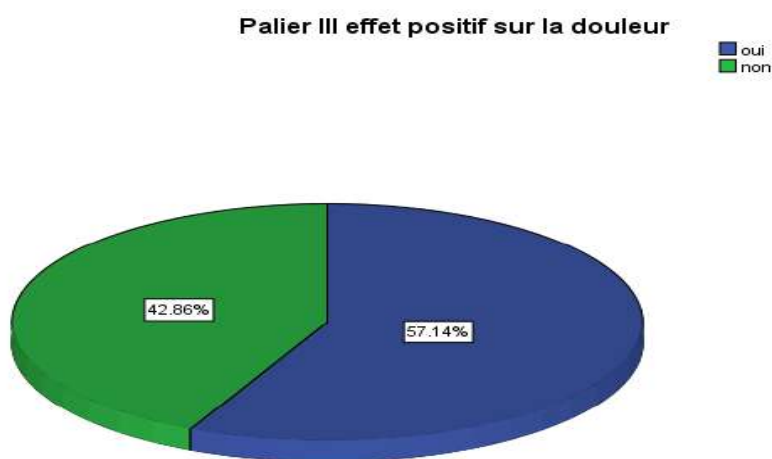


Figure 70 : Palier III effet positif.

Palier III était efficace dans deux tiers des patients à un taux de 57 %.

L'apparition des effets secondaires du Palier III

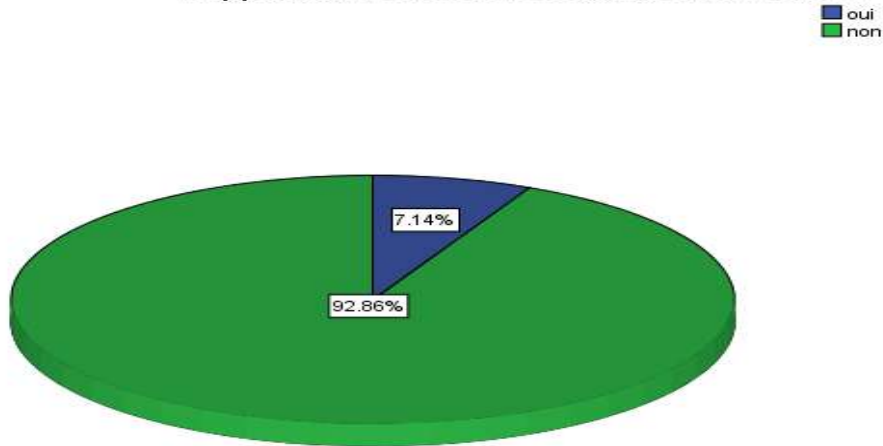


Figure 71 : Les effet secondaire suite la prise d'un traitement de palier III.

La minorité des patients à 7 % signale la présence des effet secondaire suite la prise d'un traitement de palier III.

42. Observance aux antalgiques :

L'observance des antalgiques

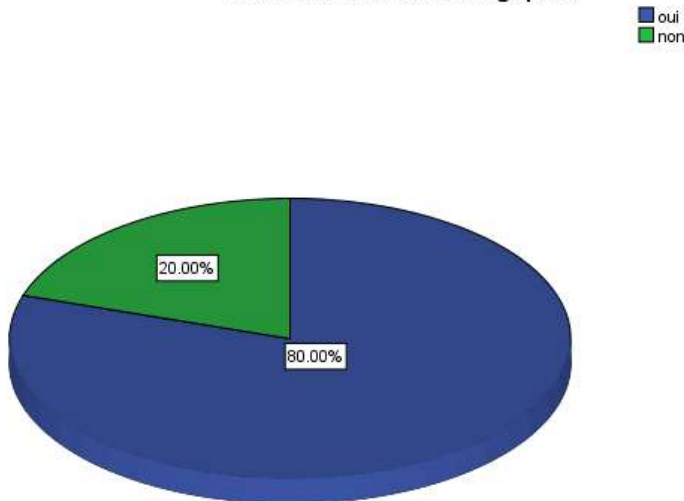


Figure 72 :L 'Observance aux antalgiques.

Presque la majorité des patients prennent les antalgiques comme ils sont prescrits.

43. Crainte des effet secondaires

Crainte des effet secondaires

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
oui	6	60	60.0
non	4	40	100.0
Total	10	100.0	

Tableau 17 : Crainte des effet secondaires.

60% des patients qui ont une mauvaise observance aux antalgiques craignent des effets secondaires.

44. Crainte de la dépendance :

Crainte du dépendance

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
oui	5	50.0	50.0
non	5	50.0	100.0
Total	10	100.0	

Tableau 18 : Crainte de la dépendance.

50 % des patients qui ont une mauvaise observance aux antalgiques craignent de la dépendance aux antalgiques.

45. Conclusion :

Conclusion du la douleur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Douleur nociceptive	19	38.0	38.0	38.0
Douleur neuropathique	10	20.0	20.0	58.0
Douleur mixte	12	24.0	24.0	82.0
Pas du douleur	9	18.0	18.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Tableau 19 : Conclusion du la douleur.

38 % des patient ont des douleurs nociceptives, 20% des patients ont des douleurs neuropathiques, 24% des patient ont des douleurs mixtes, 18% des patients n'ont pas des douleurs.

DISCUSSION

L'analyse des résultats :

I. Caractéristiques des patients cancéreux :

Cette étude réalisée sur une période de 3 mois, concernant une série de 50 patients atteints de cancer et hospitalisés au niveau de l'unité d'oncologie médicale du centre anti cancer d'Ouargla. En comparant notre étude à celle de 3 autres études publiées. ^{1 16 17}

L'analyse temporaire des fichiers d'exploitations permet de mettre en évidence les caractéristiques suivantes :

A. Age :

Notre patient participant était relativement âgé de 53,2 ans. Dans une autre étude était de 63 ans. ¹⁶

B. Le sexe :

Le patient inclus dans notre étude est à prédominance féminine (64%) avec sexe ratio égale à 0,56, et c'était le cas dans une étude avec participation féminine par 58%. ¹⁶

C. Type du cancer :

Le cancer du sein arrive en tête à 36 %, suivi du cancer du côlon au taux de 14 %, c'était le cas dans une étude avec cancer du sein au taux de 31% et le cancer colorectal au taux de 16%. ¹⁶

D. Phase du traitement :

Plus de la moitié des patients ont un cancer métastatique, avec un taux de 52 %, suivi d'un cancer localisé, avec un taux de 46 %, et enfin d'un cancer en rémission à 2%. En comparant avec une autre étude, 28 % patients sont en en phase de traitement curatif, 53 % en situation de cancer avancé, et 18 % en phase de surveillance ou de rémission. ¹

II. Caractéristiques de la douleur :

A- La fréquence de la douleur :

La douleur est présente chez 82 % des patients, d'autre étude montre que 53% des patients se plaignent de la douleur. ¹⁶

B- L'origine de la douleur :

62% des patients ont des douleurs liées au cancer, ainsi que 34 % des patients ont des douleurs douleur liée aux traitements contre le cancer. Dans une autre étude les douleurs liées au cancer étaient dans 65 % des cas, et aux traitements du cancer dans 45 % des cas. ¹⁶

C- La durée d'existence des douleurs :

Les patients se plaignent de douleurs chroniques, avec un taux de 62 %, en comparant avec autre étude, les douleurs chroniques sont estimées à 56%.

¹⁶

D- L'intensité de la douleur :

A l'échelle EVA les scores (0-10) de douleur dans les 7 derniers jours sont en moyenne de 6 pour la douleur la plus intense, de 2 pour la douleur la plus faible, de 4 pour la douleur « habituelle ». Dans notre étude, la moyenne est de 6 pour la douleur la plus intense, de 1 pour la douleur la plus faible, de 3 pour la douleur « habituelle ». ¹⁶

E- Répercussion de la douleur sur la qualité de vie :

Le retentissement sur l'activité générale était chez 58% des patients, gêne la marche était chez 48%, le trouble de sommeil chez 66% et de l'humeur chez 62%. Autre étude montre que Le retentissement sur l'activité générale était chez 48% des patients, gêne la marche était chez 39%, le trouble de sommeil chez 33% et de l'humeur chez 20%.¹⁶

F- Score de questionnaire DN4 :

La douleur présente, d'après l'autoévaluation faite par le patient avec questionnaire de dépistage DN4, les caractéristiques d'une douleur neuropathique dans 42 % des cas. Une étude française menée en 2010 retrouve une prévalence presque similaire de 43%.¹⁶

III. La prise en charge de la douleur :

1. Acteurs de la prise en charge de la douleur :

La douleur peut être prise en charge par plusieurs types de professionnels de santé, dans notre étude, les premiers intervenants, au premier rang sont les gynécologue 28% des cas, suivi par le médecin généraliste à 24 %.

Dans une autre étude, les professionnels de santé intervenants sont les oncologues au taux de 91% des cas, au deuxième rang les médecins généralistes 64%.¹⁶

2. Traitement de fond :

L'analyse montre que dans 60 % des cas sont sous un traitement antalgique, la prescription des antalgiques du Palier I arrive en tête avec un taux de 54%, suivie des antalgiques du palier II et Palier III, avec un taux quasi égal estimé à 23%.

Dans une étude, le palier III (morphine) est prescrit dans 41.0% des cas, et le palier I (paracétamol) dans 28.4%.

Dans notre étude la prise des doses maximales pour palier I était dans 60 % des patients, 20 % pour le palier II et 28 % pour le palier III.

Dans une étude, la prise des doses maximales pour palier I était dans 97% des patients et 10 % pour le palier III. ¹⁷

3. La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs :

La prescription des antiépileptiques et les antidépresseurs est minime à un taux faible à inexistant de 2 %, cela peut être expliquer par la crainte de la dépendance aux ces antalgiques.

4. Traitement de la crise :

Plus de la moitié des patients avaient une prescription d'analgésiques à raison de 56 %, en tête le Palier I à raison de 50 %, suivi du Palier III à raison de 30 %, cela explique que le passage d'un palier à l'autre est guidé selon les règles de prescription.

5. L'observance du traitement antalgique :

Dans notre étude, 80% des patients prennent les antalgiques comme ils sont prescrits, sur l'ensemble des patients douloureux, 67 % des patients indiquent ne pas respecter la prescription des traitements antalgiques. ¹⁶

6. Crainte des effet secondaires et la dépendance :

60% des patients qui ont une mauvaise observance aux antalgiques craignent des effets secondaires ainsi que 50 % des patients craignent de la dépendance aux antalgiques. Une étude montre que, 19 % des patients qui ont une mauvaise observance aux antalgiques craignent des effets secondaires ainsi que 28% des patients craignent de la dépendance aux antalgiques. ¹⁶

7. La psychothérapie et son efficacité :

La minorité à 20% des patients ont consulté chez un psychiatre, mais la majorité d'entre eux à 80% ressentent une amélioration.

Selon la littérature, la psychothérapie ne saurait être la première demande de soins d'un patient atteint d'une pathologie cancéreuse.

IV. Les recommandations :

A. Concernant le traitement antalgique :

- La douleur cancéreuse doit être évaluée et traitée.
- Il faut d'abord obtenir une anamnèse détaillée et le malade doit être examiné attentivement.
- Généralement, un soulagement satisfaisant est obtenu à condition que le médicament voulu soit administré à la dose voulue à intervalles voulus.
- En cas de douleur persistante, les médicaments doivent être pris régulièrement suivant « un horaire fixe » et non pas à « la demande ».
- En cas de douleur légère à modérée, il faut donner au malade un non-opioïde et ajuster la dose jusqu'à obtention de son effet optimal. Si nécessaire, un médicament adjuvant doit être également utilisé.
- Lorsque ce traitement ne soulage plus la douleur, un opioïde faible doit être prescrit en plus du médicament non-opioïde, en association avec un adjuvant si nécessaire.
- Lorsque ces médicaments ne soulagent plus la douleur, le patient doit recevoir un opioïde fort en association avec un adjuvant non-opioïde, si nécessaire.
- Le malade doit être revu aussi souvent que possible afin que le traitement reste adapté à l'intensité de la douleur et pour réduire au minimum les effets secondaires, d'où la nécessité de créer des centres anti douleur.

B. Concernant l'amélioration de la structure de l'offre de soins :

- Diffuser les résultats de cette enquête auprès des professionnels de santé.
- Relayer également cette information auprès des réseaux régionaux de cancérologie.

C. Concernant la formation et la sensibilisation des professionnels de santé :

- Renforcer la formation du personnel soignant, des médecins spécialistes et généralistes, pour les sensibiliser afin que soient intégrés des modules douleur, soins de support et soins palliatifs dans ces formations
- Augmenter le nombre de formations continues sur cette thématique douleur cancéreuse pour les médecins généralistes.

V. Les forces et les contraintes de l'étude :

A- Les forces :

Notre étude est la première étude qui s'intéresse à la santé des patients hospitalisé au niveau de l'unité d'oncologie médicale du CAC Ouargla, en traitant la problématique de prise en charge des douleurs cancéreux.

Elle apporte des lumières sur les problèmes liés à l'évaluation de la douleur. Il serait très intéressant de mener ce même type d'étude qui permettrait d'avoir des prévalences plus significatives et applicables à la population oncologique en Algérie.

B- Les contraintes :

La documentation dans le dossier médical constitue un élément réglementaire néanmoins, certains dossiers ne contiennent pas la documentation nécessaire qui permet la bonne collection des données. De ce fait, nous nous attendons à ce que les données soient saisies avec toute la diligence nécessaire. Concernant la prévalence de la douleur, une mauvaise évaluation de la douleur risque de rendre invisibles les patients douloureux qui auraient dû être inclus, et ainsi risque de sous-estimer la prévalence.

La collecte des données s'est réalisée sur un temps court et déterminé, les conclusions et prévalence ne peuvent donc pas s'appliquer de manière générale à toute la population oncologique.

CONCLUSION

Notre étude a permis l'évaluation de la prise en charge des douleurs cancéreuse. Ambitieuse a le mérite d'exister, elle permettra d'optimiser le diagnostic, l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients atteints de cancer, en tenant compte des particularités épidémiologiques et cliniques de ces patients hospitalisé au niveau de l'unité d'oncologie médicale du CAC Ouargla durant la période allant du 01/01/2023 jusqu'à 31/03/2023.

Les résultats obtenus prouvent que les douleurs cancéreuses représentent un problème de réel pour les patients atteints du cancer, entraînant un retentissement majeur sur la qualité de vie des patients, et qui peuvent mener à des graves complications et ayant un poids psychologique considérable.

Le traitement inadapté est lié à la méconnaissance de l'évaluation et de la prise en charge, de la complexité de la douleur cancéreuse ainsi à la non disponibilité d'une consultation anti douleur proprement dite, et donc le recours à la création d'une structure douleur a été jugé indispensable pour une meilleure prise en charge.

Il est crucial qu'un programme éducatif complet soit développé pour enseigner aux responsables de la santé, aux médecins et aux autres professionnels de la santé comment bien évaluer et bien traiter la douleur cancéreuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ahmedzai, Sam H., Mary Jocelyn Bautista, Kamel Bouzid, Rachel Gibson, Yuddi Gumara, Azza Adel Ibrahim Hassan, Seiji Hattori, et al. « Optimizing cancer pain management in resource-limited settings ». *Supportive Care in Cancer* 27, n° 6 (2019): 2113-24. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4471-z>.
2. « Algérie : Prévalence du cancer en Algérie. » Consulté le 1 avril 2023. <https://www.businessfrance.fr/algerie-prevalence-du-cancer-en-algerie>.
3. Auloge, Pierre. « La cryoablation percutanée des tumeurs osseuses ». Docteur imago, 10 mars 2020. <https://docteurimago.fr/formation/mise-au-point/la-cryoablation-percutanee-des-tumeurs-osseuses/>.
4. Bourgouin, Marie. « Prise en charge de la douleur Rappels et actualités », s. d.
5. « DOUL04_MEOPA.pdf ». Consulté le 3 mai 2023. https://www.rifhop.net/sites/rifhop.net/files/DOUL04_MEOPA.pdf.
6. « DZA_B5_plan_national_cancer.pdf ». Consulté le 20 mai 2023. https://extranet.who.int/ncdccs/Data/DZA_B5_plan_national_cancer.pdf.
7. Fontaine, D., S. Blond, P. Mertens, et M. Lanteri-Minet. « Traitement neurochirurgical de la douleur chronique ». *Neurochirurgie* 61, n° 1 (1 février 2015): 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.neuchi.2014.11.008>.
8. Lakdja, F. « Prise en charge des douleurs aiguës en oncologie ». *Mise au point*, 2005.
9. « L'infusion intrathécale dans le traitement des douleurs cancéreuses rebelles et de la spasticité - Neurochirurgien Marseille Aix-en-Provence ». Consulté le 3 mai 2023. <https://www.chirurgiedeladouleur.fr/interventions/pompe-intrathecale/>.

10. Mertens, Patrick, et Manon Duraffourg. « La DREZotomie microchirurgicale », s. d.
11. Morvan, Maud. « La prise en charge de la douleur dans le cancer: état des lieux auprès des médecins généralistes du Sud-Manche », s. d.
12. « QU'EST-CE QUE LA CIMENTOPLASTIE? | Océan Imagerie », 26 janvier 2020.
<https://www.ocean-imagerie.fr/fiche-conseil/quest-ce-que-la-cimentoplastie/>.
13. Scarborough, Bethann, et Cardinale B. Smith. « Optimal Pain Management for Patients with Cancer in the Modern Era ». *CA: a cancer journal for clinicians* 68, n° 3 (mai 2018): 182-96. <https://doi.org/10.3322/caac.21453>.
14. SFR e-Bulletin. « Ablations tumorales percutanées : le futur est déjà là ! », 15 octobre 2017. <https://ebulletin.radiologie.fr/lundi/ablations-tumorales-percutanees-futur-est-deja>.
15. Weltgesundheitsorganisation, éd. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2004.
16. « ENQDOUL12 (2).pdf », s. d.
17. « mup_severine_chavaillaz_final.pdf ». Consulté le 5 juin 2023.
https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/pha/documents/mup_severine_chavaillaz_final.pdf.

