

Prise en charge des plaies douloureuses au stade avancé de la maladie

Romayne Gallagher MD CCFP

K.C. est une femme de 83 ans, atteinte de démence avancée, d'une insuffisance rénale chronique modérée et d'une insuffisance cardiaque congestive, qui vit dans un foyer d'accueil spécialisé. En raison de la progression de ses maladies, elle a perdu sa mobilité et elle développe une sepsie secondaire à la démence. Sa famille indique que K.C. souhaiterait un traitement en soins aigus avec des antibiotiques par voie intraveineuse. La sepsie se révèle difficile à traiter et ce traitement exige un séjour prolongé en soins aigus. À cause de ses multiples comorbidités, d'une mauvaise alimentation et de son immobilité, il se produit chez K.C. une large plaie de pression au sacrum, impliquant les tissus sous-cutanés jusqu'au fascia. Elle semble inconfortable et se plaint lorsqu'on la déplace. Elle résiste quand on la soigne et quand on change chaque jour ses pansements.

Les membres du personnel croient que K.C. éprouve de la douleur et amorcent un traitement avec des doses d'hydromorphone au besoin, puis à intervalles réguliers, le titrage allant jusqu'à des doses de 2 mg aux 4 heures. Si K.C. semble moins en détresse et bouge plus, elle est souvent somnolente ou endormie dans sa chaise; son appétit et ses interactions avec les autres sont aussi considérablement affectés. On change l'hydromorphone pour un timbre de 12-µg de fentanyl aux 72 heures; par contre, il est évident que le timbre de fentanyl ne procure pas assez d'analgésie, parce que les comportements antérieurs de K.C. reviennent. Des timbres de fentanyl à plus fortes doses causent les mêmes effets indésirables que l'hydromorphone.

Maintenant que la sepsie de K.C. a disparu, les membres du personnel croient qu'il vaudrait mieux qu'elle soit prise en charge par des personnes qui la connaissent bien. Elle est donc transférée à son foyer de soins spécialisés.

Les plaies sont des problèmes sérieux chez les patients qui en sont à un stade avancé de la maladie. Elles sont plus fréquentes chez les malades qui ne souffrent pas de cancer que chez les personnes atteintes de cancer. Les plaies de pression sont la catégorie de plaies la plus courante, affectant plus de 60% des patients selon une étude prospective auprès de 664 patients¹. La douleur est le symptôme le plus souvent mentionné en cas de plaie (31%), suivie par l'exsudation (29%), la détresse secondaire à l'apparence cosmétique ou esthétique (18%) et l'odeur (10%)².

La prise en charge optimale est la prévention, dans la mesure du possible, des plaies de pression, car elles causent de la détresse chez les patients, ont un effet négatif sur la survie des patients non cancéreux³ et exigent beaucoup de ressources humaines et financières. Par ailleurs, en raison des comorbidités multiples dues à une incapacité et à une immobilité prolongées, combinées à une mauvaise alimentation, les plaies se développent malgré les stratégies de prévention⁴.

Contrôle de la douleur

Le contrôle de la douleur est une partie importante du plan thérapeutique global pour atténuer la souffrance découlant de ces complications du stade avancé de la maladie⁵. Deux types de douleur sont associés aux plaies ouvertes: la douleur nociceptive venant des dommages aux tissus formant la plaie et la douleur neuropathique provenant des nerfs périphériques endommagés à l'endroit de la plaie.

L'évaluation de la douleur causée par une plaie exige de déterminer si elle est présente tout le temps ou seulement lors du changement de pansement ou de certaines activités. Si la douleur est toujours présente, il faut alors une analgésie continue. Les caractéristiques de la douleur aideront à savoir s'il y a une douleur neuropathique secondaire. Une échelle d'évaluation de la douleur validée peut être utile pour dépister et surveiller d'autres symptômes associés à la plaie, y compris la détresse esthétique².

De nombreux patients ont des sources multiples de douleur et les opioïdes systémiques, administrés par voie orale ou parentérale, soulageront toutes les douleurs. Par contre, si seule la plaie cause de la douleur, l'administration systémique peut entraîner des effets secondaires intolérables pour obtenir une analgésie suffisante.

Il existe des pansements en mousse contenant de l'ibuprofène à libération prolongée qui se sont révélés très efficaces pour soulager la douleur par rapport à un placebo dans les cas de plaies peu profondes qui n'affectent pas le tissu sous-cutané ($P < ,0001$)⁶. Ils sont efficaces pour les plaies de surface pour lesquelles le pansement peut être en contact direct avec la blessure ouverte.

Des récepteurs d'opioïdes sont présents dans les tissus d'une plaie ouverte et l'efficacité de ces agents a

This article is also in English on page 883.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

été démontrée dans les cas de douleurs modérées à graves causées par des plaies ouvertes et des tumeurs d'apparence fongueuse. Le soulagement de la douleur se fait par l'inhibition des neurones sensoriels et de la libération de neuropeptides pro-inflammatoires⁷.

Opioïdes topiques

Une révision systématique de 19 études sur les opioïdes topiques dans la prise en charge des plaies douloureuses démontre les bienfaits cliniques de l'administration topique; par contre, il n'existe pas encore d'études de grande qualité pour recommander la voie topique plutôt que systémique⁸. Cependant, chez les patients qui n'obtiennent pas assez de soulagement ou qui éprouvent des effets indésirables intolérables, il y aurait lieu d'envisager l'essai des opioïdes topiques.

Dans la plupart des études jusqu'à présent, on utilisait de la morphine dans un gel amorphe ou de la méthadone dans une poudre inerte pour les plaies. La morphine, étant hydrophile, est meilleure dans un gel à base d'eau et la méthadone, étant lipophile, convient mieux dans une poudre inerte. La concentration habituelle de l'opioïde est de 1%^{9,10}. L'utilisation d'une poudre ou d'un gel dépend de l'état de la plaie et de la quantité de suintement. Il est recommandé de demander conseil à l'infirmière chargée des soins aux plaies.

La quantité d'opioïdes topiques utilisée dépend de la taille de la plaie ouverte. Le produit devrait être appliqué après une irrigation de la plaie et quand le nouveau pansement est prêt à poser. Il est essentiel d'appliquer assez de produit pour couvrir toute la surface de la plaie ouverte jusqu'aux bords, y compris sur tous les tissus affectés. Voici une ordonnance type: 100 mg de morphine dans 10 g de gel amorphe pour plaies (concentration de 1%). En appliquer 5 g par jour sur les tissus exposés avant de mettre un nouveau pansement.

Le personnel qui connaît bien K.C. au foyer de soins spécialisés croient qu'elle a encore de la douleur, en particulier quand on change son pansement. On lui donne une dose de 25 µg de sufentanil soluble sur la muqueuse buccale, 5 minutes avant le changement du pansement¹¹ et on réchauffe la saline à la température du corps avant de l'utiliser pour irriguer la plaie. De la morphine en gel est appliquée généreusement sur la surface entière de la plaie ouverte, juste avant de placer le nouveau pansement.

Le jour suivant, le personnel est en mesure de relever la tête du lit de K.C. pour qu'elle prenne son petit déjeuner. Elle ne semble pas somnolente et peut s'asseoir dans une chaise. Les préposés remarquent qu'elle est moins stressée quand ils ajustent sa position et qu'elle semble plus confortable durant le changement de ses pansements.

Quelques jours après la première application de morphine topique, K.C. redevient somnolente et se remet à dormir presque toute la journée.

Diverses raisons peuvent expliquer la somnolence après quelques jours d'opioïdes topiques. Il se pourrait que ce soit attribuable à l'absorption considérable d'opioïdes par les tissus endommagés, mais c'est improbable. Ce pourrait être parce que la douleur est maintenant bien contrôlée par l'opioïde topique et que les opioïdes systémiques sont de trop, entraînant la somnolence de la patiente. Troisièmement, d'autres médicaments comme des neuroleptiques, utilisés pour contrôler l'agitation due à la douleur, ne sont peut-être plus nécessaires et causent maintenant des effets indésirables. Le meilleur choix clinique serait de réduire les opioïdes systémiques et les autres neuroleptiques causant de la somnolence qui ne sont plus nécessaires.

On change le timbre de fentanyl pour une dose équivalente d'hydromorphone, dont on réduit le titrage et qu'on discontinue par la suite. K.C. est généralement moins agitée et, éventuellement, la dose de quétiapine donnée en fin d'après-midi et au coucher est aussi réduite. Un matelas anti-escarres et des changements fréquents de positions aident à prévenir que la plaie s'agrandisse. Comme le pansement contrôle le suintement, on réduit la fréquence des changements aux 2 jours pour minimiser l'inconfort et le stress de K.C.

Figure 1. Poudre de méthadone (100 mg de méthadone dans 10 g de poudre inerte pour les plaies) appliquée sur une plaie de pression due à des maladies concomitantes multiples et à la démence: *On saupoudre le produit sur la plaie et on le répartit également jusqu'aux bords de la plaie. S'il y a destruction tissulaire plus large sous la surface, on peut mettre la poudre dans une grande seringue et, en se servant de l'air derrière la poudre, on peut la « souffler » sur les tissus en-dessous des bords de la plaie. .*



On peut traiter de la même manière les plaies d'apparence fongueuse, à l'aide d'opioïdes topiques appliqués directement sur la tumeur. Si la tumeur ou la plaie dégage une odeur, on peut appliquer directement sur les tissus du métronidazole après l'opioïde¹².

D^{re} Gallagher est directrice du Programme de soins palliatifs en établissement au Providence Health Care à Vancouver, en Colombie-Britannique, et professeure clinicienne à la Division des soins palliatifs de l'University of British Columbia.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

- Maida V, Corbo M, Dolzhykov M, Ennis M, Irani S, Trozzolo L. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. *Int Wound J* 2008;5(2):305-14.
- Maida V, Ennis M, Kuziemy C. The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: a new clinical and research tool. *Adv Skin Wound Care* 2009;22(10):468-74.
- Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in noncancer patients. *J Palliat Med* 2010;13(4):453-9.
- Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: skin changes at life's end: final consensus statement: 1 octobre 2009. *Adv Skin Wound Care* 2010;23(5):225-36.
- Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernandez L, Pappous E, Kyriannis C, et collab. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *J Palliat Med* 2007;10(5):1161-89.
- Romanelli M, Dini V, Polignano R, Bonadeo P, Maggio G. Ibuprofen slow-release foam dressing reduces wound pain in painful exuding wounds: preliminary findings from an international real-life study. *J Dermatolog Treat* 2009;20(1):19-26.
- Stein C, Clark JD, Oh U, Vasko MR, Wilcox GL, Overland AC, et collab. Peripheral mechanisms of pain and analgesia. *Brain Res Rev* 2009;60(1):90-113. Cyberpub 31 décembre 2008.
- LeBon B, Zeppetella G, Higginson IJ. Effectiveness of topical administration of opioids in palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(5):913-7. Cyberpub 24 mars 2009.
- Twillman RK, Long TD, Cathers TA, Mueller DW. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage* 1999;17(4):288-92.
- Gallagher RE, Arndt DR, Hunt KL. Analgesic effects of topical methadone: a report of four cases. *Clin J Pain* 2005;21(2):190-2.
- Reisfield GM, Wilson GR. Rational use of sublingual opioids in palliative medicine. *J Palliat Med* 2007;10(2):465-75.
- Finlay IG, Bowszyc J, Ramlau C, Gwiedzinski Z. The effect of topical 0.75% metronidazole gel on malodorous cutaneous ulcers. *J Pain Symptom Manage* 1996;11(3):158-62.

POINTS SAILLANTS

- Les plaies sont fréquentes chez les patients à un stade avancé de la maladie et les plaies de pression sont les plus courantes. Même s'il est important de les prévenir, il n'est pas toujours possible de le faire dans de tels cas.
- La douleur est le symptôme le plus souvent signalé (30% des cas) et il importe de l'évaluer et de la traiter adéquatement.
- Les opioïdes systémiques sont peut-être le moyen le plus efficace de contrôler la douleur en général, mais ils peuvent causer des effets secondaires systémiques; si les plaies sont la cause principale de la douleur, les opioïdes ou l'ibuprofène sous forme topique peuvent être une solution de rechange efficace.

BOTTOM LINE

- Wounds are common in patients with advanced illness, and pressure ulcers are the most common type of wound. Although prevention is important, wounds are not always preventable in such cases.
- Pain is the most common symptom reported in wounds (30% of cases) and should be properly assessed and treated.
- Although systemic opioids might be the most effective way to manage overall pain, they might cause systemic side effects; if wounds are the primary cause of pain, topical opioids or topical ibuprofen might be effective alternatives.

Dossiers en soins palliatifs est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et rédigée par les membres du Comité des soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada. Ces articles explorent des situations courantes vécues par des médecins de famille qui offrent des soins palliatifs dans le contexte de leur pratique en soins primaires. N'hésitez pas à nous suggérer des idées pour de futurs articles à palliative_care@cfpc.ca.

