# Recommandations HAS douleurs réfractaires en Soins palliatifs

**28/11/2024 - 08:00-08:45**

**Modératrice : Christine VILLATTE DE FIGUEIREDO**

**Recommandations HAS douleurs réfractaires en Soins palliatifs - Erwan TREILLET**

**Recommandations HAS douleurs réfractaires en Soins palliatifs**

E. Treillet 1

1 Hopital Lariboisière - Paris (France)

La prise en charge de la douleur en situation palliative a bénéficié d'un dépoussiérage des anciennes recommandations de l'AFSSAPS. En 2020, des recommandations sur des molécules en usage hors AMM ont été réalisées sous l'égide de l'HAS. Les projecteurs de la santé étaient focalisés à l'époque sur la pandémie COVID. Nous redonnons ici la mise en lumière actualisée de ces recommandations.
Une évaluation minutieuse de la douleur est primordiale et doit prendre en compte
toutes les composantes de la douleur : cognitivo-comportementale, affectivo-émotionnelle et sensori-discriminative.
les mécanismes physiopathologiques, notamment neuropathiques.
Le changement d'opioïde est recommandé en cas de douleur non contrôlée malgré un traitement bien conduit, de tolérance, d'effets indésirables importants ou de nécessité médicale. Il est préférable d'utiliser des tables de conversion comme Opioconvert pour calculer les doses.
La méthadone est particulièrement intéressante pour les douleurs rebelles liées au cancer, en deuxième intention après échec d'un traitement opioïde bien conduit. Son instauration nécessite une hospitalisation et une surveillance particulière, notamment en raison du risque de surdosage retardé. La dose initiale et l'ajustement doivent être déterminés par une équipe spécialisée.
Son instauration peut être guidée par un convertisseur en ligne www.metaconvert.eu et accompagné par les outils présent dans la metabox www.sfetd-douleur.org/douleurs-cancer/
La kétamine peut être utilisée comme co-antalgique avec un opioïde pour les douleurs rebelles. Son mécanisme d'action principal est l'antagonisme des récepteurs NMDA, ce qui contribue à réduire l'hyperalgésie induite par les opioïdes. La dose initiale varie de 0,15 à 0,5 mg/kg/j par voie intraveineuse, pouvant être augmentée progressivement. La dose maximale recommandée est de 5 mg/kg/j, au-delà de laquelle l'effet anesthésique devient prédominant et le risque d'effets indésirables augmente.
Les blocs nerveux périphériques sont à envisager pour les douleurs rebelles localisées. Ils agissent en interrompant la transmission des influx nociceptifs vers les centres supérieurs. L'administration de l'anesthésique local peut se faire en bolus, en continu, ou en continu avec bolus.
Pour les douleurs rebelles non contrôlées par une équivalence de 300 mg de morphine orale, l'ntalgie intrathécale permet d'administrer les antalgiques directement dans le liquide céphalorachidien:
- Morphine : 1/100e de la dose IV, maximum 5 mg/j
- Ropivacaïne : 6 à 8 mg/j
- Ziconotide : 0,25 à 0,50 µg/j[1]
Le fentanyl transmuqueux peut être envisagé sans traitement de fond opioïde en l'absence de douleur de fond notamment pour les douleurs induites d'installation rapide et brève (<1h30). Son utilisation doit être soigneusement évaluée et surveillée.
La prise en charge de la douleur en soins palliatifs nécessite une évaluation, une adaptation des traitements et une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé.

Bibliographie
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150631/fr/antalgie-des-douleurs-rebelles-et-pratiques-sedatives-chez-l-adulte-prise-en-charge-medicamenteuse-en-situations-palliatives-jusqu-en-fin-de-vie