

Douleurs et plaies chroniques en oncologie adulte et pédiatrique

Isabelle Fromantin – infirmière expert Plaies & Cicatrisation

Institut Curie - Paris

Généralités

Les plaies chroniques en oncologie peuvent être directement liées à la pathologie tumorale (tumeur primitive ulcérée à la peau, récurrence cutanée), indirectement liées à la maladie par une majoration des facteurs de risque d'apparition ou d'aggravation des plaies (ulcère, escarre, plaie du pied diabétique), ou induites par les traitements (ex : effets tardifs de la radiothérapie). Plus globalement, il s'agit de toute plaie, même minime, susceptible de se chroniciser du fait de la maladie cancéreuse et ses traitements.

La douleur de la plaie peut être provoquée par le soin (procédurale), par les mouvements, l'activité ou les déplacements du pansement (incidente) ou consécutive à une chirurgie. Bien entendu, il peut s'agir aussi d'une douleur de fond liée à la plaie, à l'étiologie de la plaie (ex : tumeur, ischémie) ou plus globalement à la maladie cancéreuse.

Les plaies tumorales sont parfois très impressionnantes, mutilantes, voir rebutantes. Ce n'est pas pour autant qu'elles sont obligatoirement douloureuses. Une attention toute particulière sera portée à ne pas laisser sa propre émotion influencer l'évaluation de la douleur.

De la douleur à la souffrance...

La plaie tumorale est un reflet extérieur de la maladie et de l'efficacité des traitements ; L'escarre est souvent ressentie par les patients comme un début de « pourriture » avant la mort ; Les plaies provoquées par les traitements sont le symptôme « de trop » dont les patients se plaignent, ...

Dans le contexte particulier, grave et incertain de l'oncologie, la présence d'une plaie peut faire souffrir, jusqu'à modifier la perception de la douleur dans un sens ou dans l'autre (majoration – déni)

De la souffrance au soin de plaie...

Le soignant va devoir adapter son soin à cette douleur globale par les pratiques d'usage : techniques de soins non douloureuses (ex : pansement non traumatique), techniques non médicamenteuses (ex : distraction de l'attention), administration médicamenteuse (ex: MEOPA), traitement de l'étiologie de la douleur (ex : infection).

Mais aussi par la recherche de collaboration ou l'orientation vers des spécialistes susceptibles d'aider à une meilleure prise en charge: psycho oncologue, anesthésiste (AG), chirurgien (soin au bloc), hypno

thérapeute, unité de soins de supports, clown, chanteur, masseur kinésithérapeute, algologue, radiothérapeute, représentant du culte, ...

Et surtout par des gestes et une compétence propre qui font la différence : une bonne connaissance de l'oncologie et ses traitements (curatifs et palliatifs), des objectifs agréables et réalisables à court terme, l'observance d'une distance soignant - soigné qui permet de ne pas souffrir avec le malade, la capacité de modifier ses habitudes de soin en fonction de l'intensité et de l'expression de la souffrance, ...

Vignette clinique :

Mme H. est en phase palliative d'un angiosarcome. Ses lésions cutanées prennent très rapidement en masse tout son bras gauche. La maladie progresse de jour en jour, formant d'épaisses nécroses sur les mains et l'avant bras. La patiente risque d'avoir des amputations spontanées de ses doigts, souffre durant le soin malgré des prémédications revues chaque jour à la hausse. La seule vue de cette plaie l'affole (patient témoin de la progression), la dégoûte (sensation de pourriture) et l'angoisse terriblement (angoisse de mort imminente).

Nous décidons de mettre en place un pansement aux nano cristaux d'argent bien qu'il soit normalement exclusivement réservé au traitement des plaies infectées, ce qui n'est pas le cas ici.

Le produit étant très souple, nous pouvons facilement l'appliquer sur la main et les doigts. Une fois le protocole en place, nous nous autorisons un espacement du changement primaire tous les 4 jours (puis tous les 5 jours) sans craindre l'apparition d'odeurs, d'infection et réduisant aussi le risque d'amputations spontanées majoré par de trop nombreuses manipulations.

Cette réponse simple, par l'application d'un pansement qui « cache la plaie », contrôle les symptômes et réduit les temps de soins, a apaisé Mme H., décédée à peine 3 semaines après la mise en place de ce protocole.

La recherche clinique infirmière

Faire preuve de l'efficacité de produits, étudier les populations et les processus de cicatrisation permettent de mieux comprendre et mieux connaître les facteurs de risque d'apparition et d'aggravation de plaies spécifiques.

Exemples :

Création d'une échelle de risque d'apparition d'escarre spécifique aux patients suivis en oncologie : « l'échelle de Curie »

Etude de l'efficacité de l'acide hyaluronique versus émollissant simple dans le traitement des radiodermites grade 1,2 et 3

Cette démarche de recherche clinique infirmière participe à l'amélioration de la qualité des prises en charge, de la prévention et des traitements. Et y a-t-il une meilleure façon d'éviter la douleur que de l'empêcher d'apparaître (ou de s'installer) ?

Aussi, au risque de paraître utopique, il me semble important de se mettre au travail et chercher à faire toujours mieux.

Trois hypothèses avant de conclure

Une bonne connaissance globale du patient permet d'adapter au mieux ses gestes et ses choix (de l'outil, du pansement, du moment, ...) afin de ne pas faire mal.

Une aisance technique, une bonne connaissance des produits et du processus de cicatrisation facilitent la prise en charge de la douleur

Répondre à la souffrance se fait avec ce que l'on sait, mais aussi ce que l'on est.

Trois certitudes pour conclure

Lutter contre la douleur nécessite parfois un geste agressif (ex : détersion) et une attitude active afin d'obtenir un bénéfice secondaire efficace et durable

Lors de chaque soin, le soignant anticipe (par ses choix) sur la douleur du soin suivant

Prendre en charge une plaie chronique est un travail interdisciplinaire. Le traitement de la douleur d'une plaie chronique l'est donc aussi, tout naturellement.

Bibliographie :

- SFAP (ouvrage collectif), préface de C. Saunders : L'infirmier(e) et les soins palliatifs : prendre soin. Editions Masson Paris 2005
- Commission de la transparence, AFSSAPS, unité de la transparence
Avis de la commission du 10 juillet 2002, KALINOX 170 bar, gaz pour inhalation en bouteille.
- Cl. Mann. Evaluation et traitement de la douleur des plaies. Plaies et Cicatrisations. Editions Masson 2005, p. 261-267
- S. Meaume, O. Guibon. La douleur au quotidien chez les patients souffrant de plaies chroniques. Journal Plaies et Cicatrisations, déc. 2006 ; 56 : 19-25