



Maëlle Donnez  
Infirmière au Centre Georges  
François Leclerc à Dijon,  
1, rue du Professeur Marion  
21000 Dijon, France  
<maelle.donnez@hotmail.fr>

# Douleurs séquellaires du cancer en consultation infirmière

19<sup>e</sup> Congrès national de la SFETD

Grâce à l'Association française des infirmier(e)s de cancérologie (AFIC), j'ai pu assister au 19<sup>e</sup> congrès de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), qui s'est tenu à Strasbourg du 27 au 29 novembre 2019.

J'ai choisi d'aborder ici la présentation relative aux douleurs séquellaires du cancer qui a eu lieu le deuxième jour. En effet, si les douleurs sont fréquentes en période de traitement du cancer, elles restent également très présentes lorsque les patients sont en rémission. Elles sont généralement vécues différemment, mais sont tout aussi néfastes sur le quotidien des patients qui souffrent.

## Epidémiologie de la douleur séquellaire du cancer

La session a débuté avec l'intervention de Véronique Tequi, médecin algologue au centre Léon Bérard à Lyon. Elle explique qu'en moyenne 30 à 40 % des « survivants du cancer » souffrent d'une douleur chronique liée à leur antécédent et voient alors leur qualité de vie altérée ainsi qu'une baisse de leur niveau socio-économique.

Les douleurs chroniques du cancer ne sont pas dépendantes de l'âge du patient, cependant elles sont plus récurrentes chez les femmes ainsi que chez les personnes qui souffraient déjà de douleurs lors

du diagnostic. Les pathologies les favorisant sont le cancer du rein, du sein, du col de l'utérus, du côlon, et ORL. Les causes exactes sont multiples : séquelles post-chirurgicales, séquelles en lien avec les traitements par chimiothérapie (notamment des neuropathies persistantes) ou hormonothérapie, atteintes post-radiques, conséquences de la consommation de corticoïdes ou biphosphonates à long terme (par exemple, ostéoporose précoce ou ostéonécrose), douleurs en lien avec un lymphoedème, ou encore suite à une greffe de moëlle.

Si une douleur aiguë peut avoir une fonction d'alarme bénéfique, une douleur chronique ne fait que laisser des traces du cancer, « *signifier une différence* » aux patients et les empêcher de « *réintégrer le monde des bien-portants* » [1].

Ces douleurs peuvent être traitées par des antalgiques de pallier 1, anti-inflammatoires, morphiniques, anti-épileptiques, ou encore benzodiazépines et hypnotiques. Elles sont prises en charge comme des douleurs chroniques non cancéreuses mais avec des spécificités [2].

## Expérience d'infirmières cliniciennes libérales

Florence Jakovenko et Yseult Arlen, infirmières libérales cliniciennes respectivement dans les départements du Gard et des Pyrénées-Orientales, nous

ont donné une approche psycho-sociale de ces douleurs séquellaires. Elles expliquent qu'elles sont très souvent vécues comme un retour en arrière, lorsque le patient était encore en cours de traitement de sa maladie, et que cela donne alors une vision d'impossibilité de guérison complète. En effet, si les douleurs sont relativement acceptées pendant la période de soins actifs, elles perdent tout sens lorsque cette période curative prend fin.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les douleurs ont un impact négatif sur la qualité de vie (fatigue, troubles du sommeil, anxiété, dépression, perte d'emploi, etc.), et inversement ; des conditions de vie difficiles peuvent exacerber des douleurs déjà en place. C'est pourquoi il est essentiel que les soignants aient une approche systémique pour comprendre et traiter ces douleurs le plus précocement possible, que ce soit à l'aide de traitements médicamenteux ou non-médicamenteux. Au cours d'une consultation infirmière, il est donc important de déterminer le contexte dans lequel la douleur s'installe et d'évaluer la qualité de vie du patient. Pour cela, l'utilisation de plusieurs échelles est possible, notamment le profil de santé de Duke, qui utilise 17 items pour évaluer la santé physique, mentale, sociale, générale et perçue, ainsi que l'estime de soi, l'anxiété, la dépression, la douleur et l'incapacité du patient. Le soignant doit également faire face à de nombreuses croyances exprimées par les patients : la douleur qui est vécue comme une fatalité et est donc minimisée, une « économie » des antalgiques par peur qu'ils soient inefficaces plus tard ou de développer une dépendance, des incompréhensions ou idées erronées concernant l'usage de co-antalgiques, etc. L'éducation thérapeutique fait donc partie intégrante des consultations infirmières douleur. L'objectif à terme pour le patient est de retrouver son autonomie et une qualité de vie acceptable, et ce même si certaines douleurs persistent.

### **Expérience d'une infirmière de CLCC**

Enfin, Julie Berard, infirmière au centre Gustave Roussy à Villejuif, a clôturé cette session en nous parlant des consultations douleur au sein de son

établissement. En effet, l'infirmier(e) est amené(e) à rencontrer les patients à plusieurs occasions au cours de leur parcours : lors de la consultation d'évaluation, lors de consultations de suivi/de réévaluation (possibles par téléphone également), ou lors d'une instauration de traitement particulier (ex : TENS, Qutenza, perfusions de kétamine).

« *L'infirmier(e) formalise une consultation infirmière dans une approche systémique du patient douloureux chronique. Dans ce contexte, l'infirmier(e) ressource douleur (IRD) établit ses diagnostics et possède un rôle thérapeutique dans son champ de compétence autonome, tout en collaborant à l'établissement du diagnostic médical et à l'application des thérapeutiques prescrites* » [3].

Au centre de lutte contre le cancer (CLCC) Gustave Roussy, la première fois que le patient est vu en consultation douleur, une évaluation multidimensionnelle est réalisée afin de déterminer les axes de travail. L'évaluation infirmière comporte ainsi diverses actions :

- l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie à partir de différentes échelles ;
- le recueil de données bio-psycho-sociales avec, entre autres, les différentes répercussions de la douleur sur la vie du patient (vie sociale, vie familiale, travail, etc.) ;
- l'évaluation des stratégies thérapeutiques mises en place (qu'elles soient médicamenteuses ou non) ;
- la réalisation d'un examen clinique infirmier (surveillance des paramètres vitaux, identification et caractérisation des zones douloureuses) ;
- la réalisation d'actions d'éducation thérapeutique (recherche de l'observance et des connaissances du patient sur sa douleur et ses traitements, la gestion et l'anticipation des accès douloureux, etc.) ;
- l'évaluation de l'activité physique (périmètre de marche, activités physiques adaptées, etc.) ;
- la recherche des besoins et des attentes du patient ;
- les transmissions avec le médecin et la prise d'une décision collégiale.

Julie Berard met également l'accent sur la pluriprofessionnalité instaurée autour de la prise en charge de la douleur chronique, donc dans le cadre de soins de support. Ainsi, le patient peut aussi être orienté vers d'autres professionnels si besoin, tels que l'assistant(e) social(e), l'onco-psychologue,

le kinésithérapeute, l'auriculo-thérapeute, le sophrologue, l'addictologue, le diététicien(ne), le spécialiste en activités physiques adaptées, le socio-esthéticien(ne), etc.

### ■ Conclusion

En conclusion, le cancer est une maladie qui touche de plus en plus de personnes et dont les traitements sont de plus en plus efficaces mais également très agressifs. La douleur chronique, qu'elle soit consécutive aux traitements ou à la maladie elle-même, est une séquelle récurrente en période de rémission. Ces patients sont souvent suivis au long cours en consultations douleur, par le biais d'une collaboration médecins algologues et infirmier(e)s ressource douleur. Cette prise en soins des douleurs s'intègre dans une prise en charge

globale du patient et fait partie intégrante du rôle infirmier. Toutefois, il semble nécessaire de toujours garder une vigilance quant au risque de récurrence, dont la douleur peut être le premier signal d'alarme.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

### ■ Références

1. Bonnaud-Antignac A. Psychopathologie de la rémission. « La douleur : ce qu'il reste de mon cancer ». *Psycho-oncologie* 2007 ; 1 : 156-61.
2. American Society of Clinical Oncology. *Recommandations ASCO 2016*. ASCO, 2016.
3. Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Infirmier ressource douleur : référentiel d'activités de consultation clinique infirmière*. SFETD, 2016.