

Journée régionale des SOS 2021

Prise en charge de la douleur psychique en cancérologie : le point de vue du psychiatre

Dr Reich Georges Michel

Le 15 avril 2021

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE





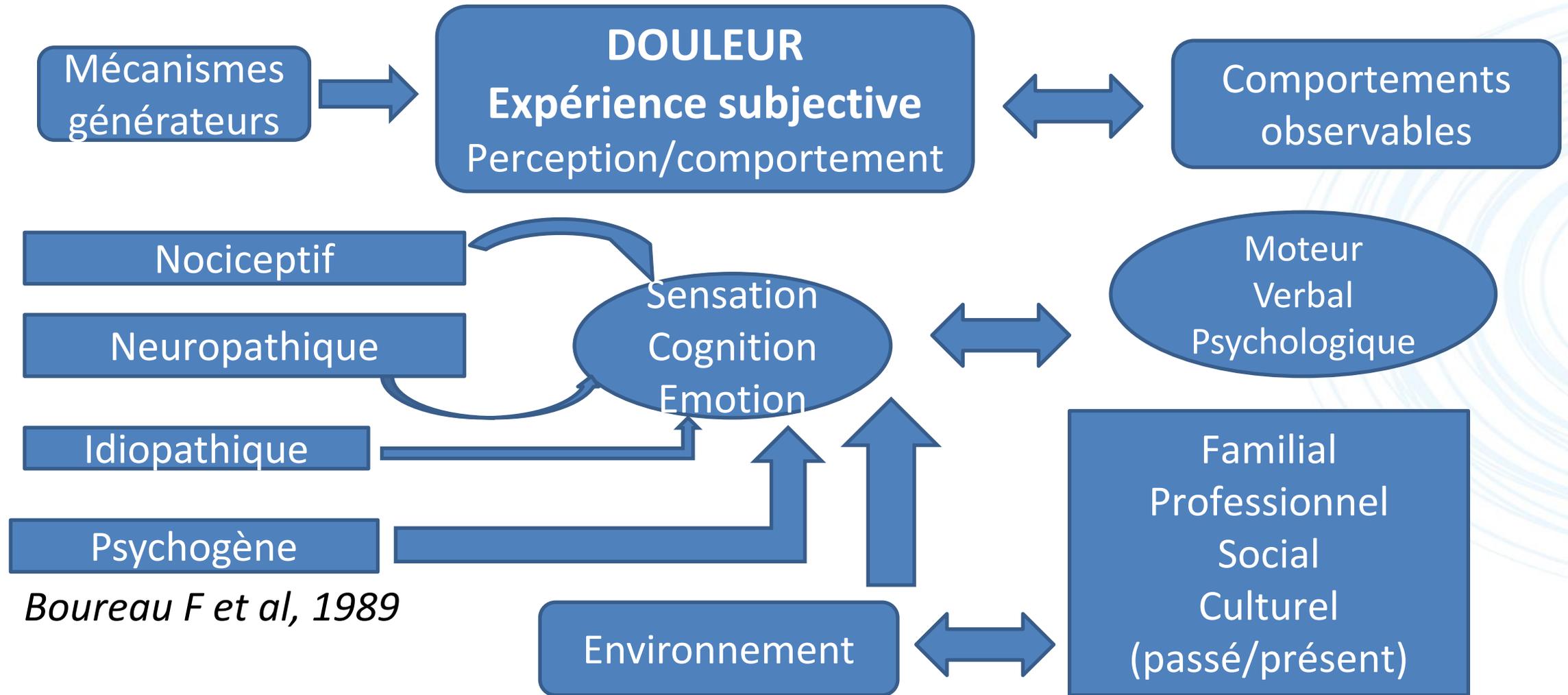
Conflits d'intérêts

- Aucun pour cette présentation
- 
- 

Introduction

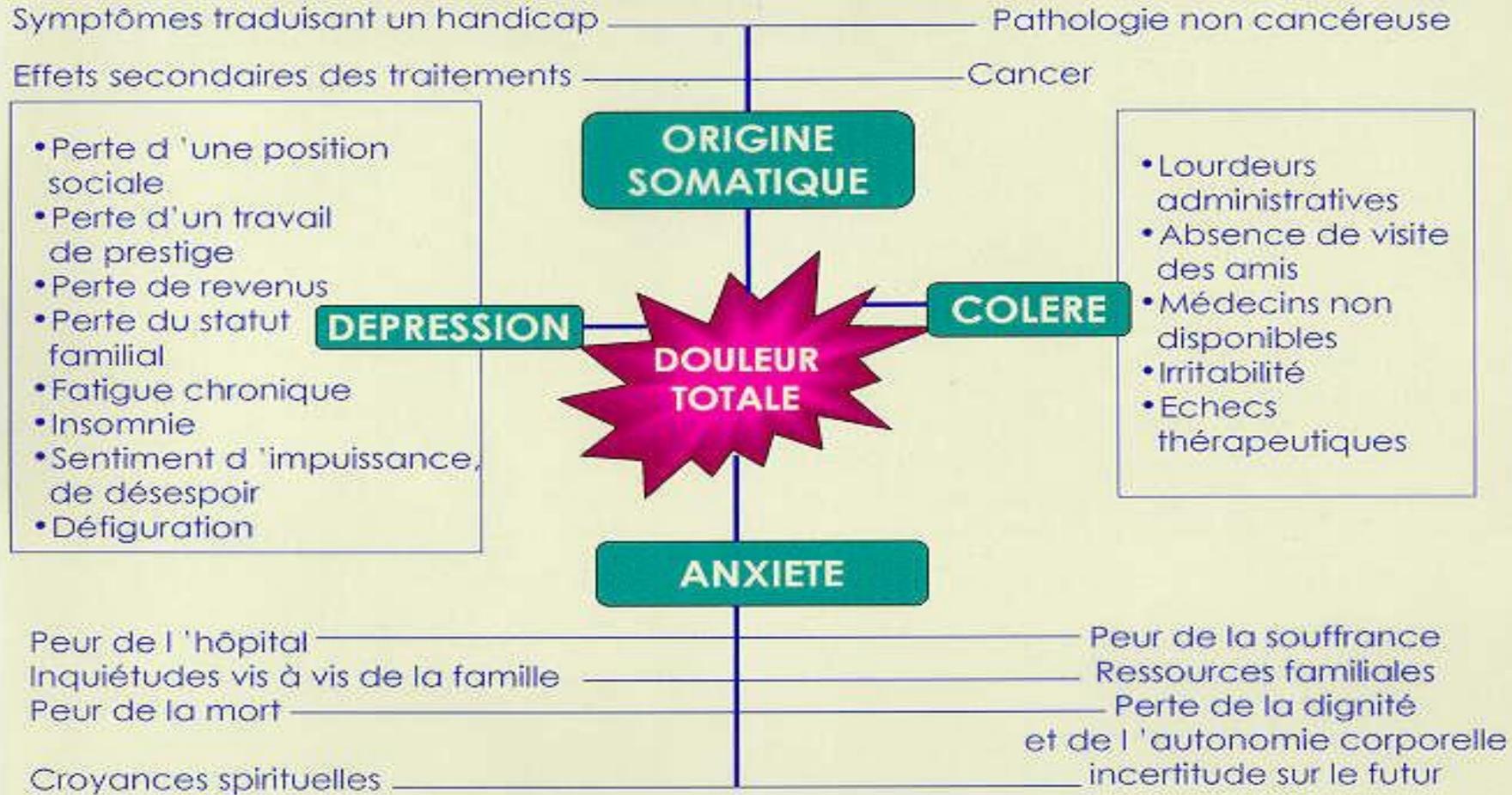
- La douleur est une **plainte fréquente** chez les patients atteints de cancer avec un **impact certain** sur leur **détresse psychologique**
- Prévalence entre 30-45% en début de cancer et > 75 % au stade avancé
Breivik H Ann Oncol 2009
- L'existence d'une détresse psychologique reste un des **facteurs** non négligeables de **prédiction** de la **difficulté du soulagement** de la douleur d'origine cancéreuse
- Contexte de douleur chronique avec un caractère **subjectif**, un phénomène **multidimensionnel** et une origine **plurifactorielle**
- Existence d'une **comorbidité psychiatrique** : dépression, troubles anxieux, fatigue psychique, addiction
- Retentissement certain sur **la qualité de vie, le comportement** et la **vie relationnelle**
- Prise en charge nécessairement **pluridisciplinaire**

Modèle bio psycho social de la douleur



Concept de la douleur totale

(Twyross and Lack, 1983)



Rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur en cancérologie

- Repérer les troubles psychiatriques :
 - **en amont** de la plainte douloureuse physique et donc **préexistant** au cancer et/ou ses thérapeutiques / accès douloureux
 - **en aval** de la plainte douloureuse physique et donc **secondaire** au cancer et/ou ses thérapeutiques et révélés par les accès douloureux
- Troubles psy : troubles de l'humeur (dépression, manie, bipolarité), troubles anxieux, troubles de personnalité, psychoses, addictions

Rôle du psychiatre dans la prise en charge de la douleur en cancérologie

- Repérer les conséquences psychologiques de la douleur chronique :
 - compréhension de la **dynamique psychique** du patient : traits de personnalité, fonctionnement névrotique
 - place de la douleur dans **l'histoire du cancer** mais aussi dans **l'histoire personnelle** du patient et sa culture
 - interprétation éventuelle : douleur somatique masquant une **problématique subjective** « enfouie » dans l'inconscient

Les répercussions psychologiques de la douleur en cancérologie

- **Anxiété d'anticipation**
 - prochaines crises douloureuses
 - évolution de la maladie
 - dégradation de l'état général
- **Représentations effrayantes de la douleur**
 - causes
 - conséquences
- **Traumatismes et deuils (pertes)**
- **Vulnérabilité psychologique**
 - tolérance moindre
 - capacité de résilience ou pas
- **Victime associée**
 - demande de restitution
 - réparation d'un état antérieur idéalisé



Les diverses composantes de la douleur pouvant intéresser le psychiatre

- Composante **sensori-discriminative** : analyse quantitative et qualitative de la douleur (brûlures , décharges électriques, ...)
- Composante **affectivo-émotionnelle**: retentissement émotionnel de la douleur (anxiété, dépression, désagréable, pénible)
- Composante **cognitive** : représentation que se fait le patient de sa douleur (processus mentaux susceptible d'influencer la perception de la douleur et la place accordée par le patient à sa douleur)
- Composante **comportementale** : réactions face à la douleur (manifestation verbale et non verbale [plaintes, mimiques, position antalgique])
- Composante **socio-économique** : impact sur la société et le retentissement économique (perte emploi, repli sociétal, ...)

Douleur et trouble psychiatrique et détresse psychologique

- La présence d'une douleur physique non traitée va **majorer** la détresse psychologique et donc la douleur psychique (anxiété/dépression)
- La présence d'une détresse psychologique (anxiété/dépression) va **majorer** la perception de la douleur physique et diminuer le seuil de tolérance à la douleur
- Vulnérabilité accrue des patients vs complications Ψ
- Douleur aiguë \Rightarrow Anxiété
- Douleur chronique + asthénie \Rightarrow Dépression \Rightarrow Suicide

Anxiété et douleur cancéreuse

- Fréquent dans le cadre de douleurs chroniques
- Liée à l'ignorance tout autant qu'à la connaissance du diagnostic
- Représente l'un des modulateurs les plus puissants de la plainte douloureuse
- Liée aux préoccupations sur la dégradation de l'état général
- Génératrice d'une **anxiété d'anticipation** : crainte de la douleur à venir ou du retour de la douleur par crise
- Développement d'une thématique **hypocondriaque** surtout si douleur non soulagée
- Génératrice d'un **repli sur soi** et d'un **refus de soins** par peur des effets secondaires
- Conviction inébranlable d'une atteinte organique sous-jacente ou d'une évolution inéluctable de la maladie cancéreuse
- Peut favoriser des demandes répétées d'examens

Troubles anxieux et douleur en cancérologie

- Tous les types de troubles anxieux peuvent se rencontrer chez un patient douloureux :
 - anxiété généralisée, anxiété anticipatoire, phobie, stress post-traumatique, attaque de panique
 - une forte douleur peut s'intégrer dans la symptomatologie somatique d'une attaque de panique
- Attention au piège :
 - évocation d'un trouble anxieux chez un patient cancéreux douloureux entendue comme un rejet ou une mise en doute par le médecin de la légitimité des troubles douloureux : « c'est votre stress »

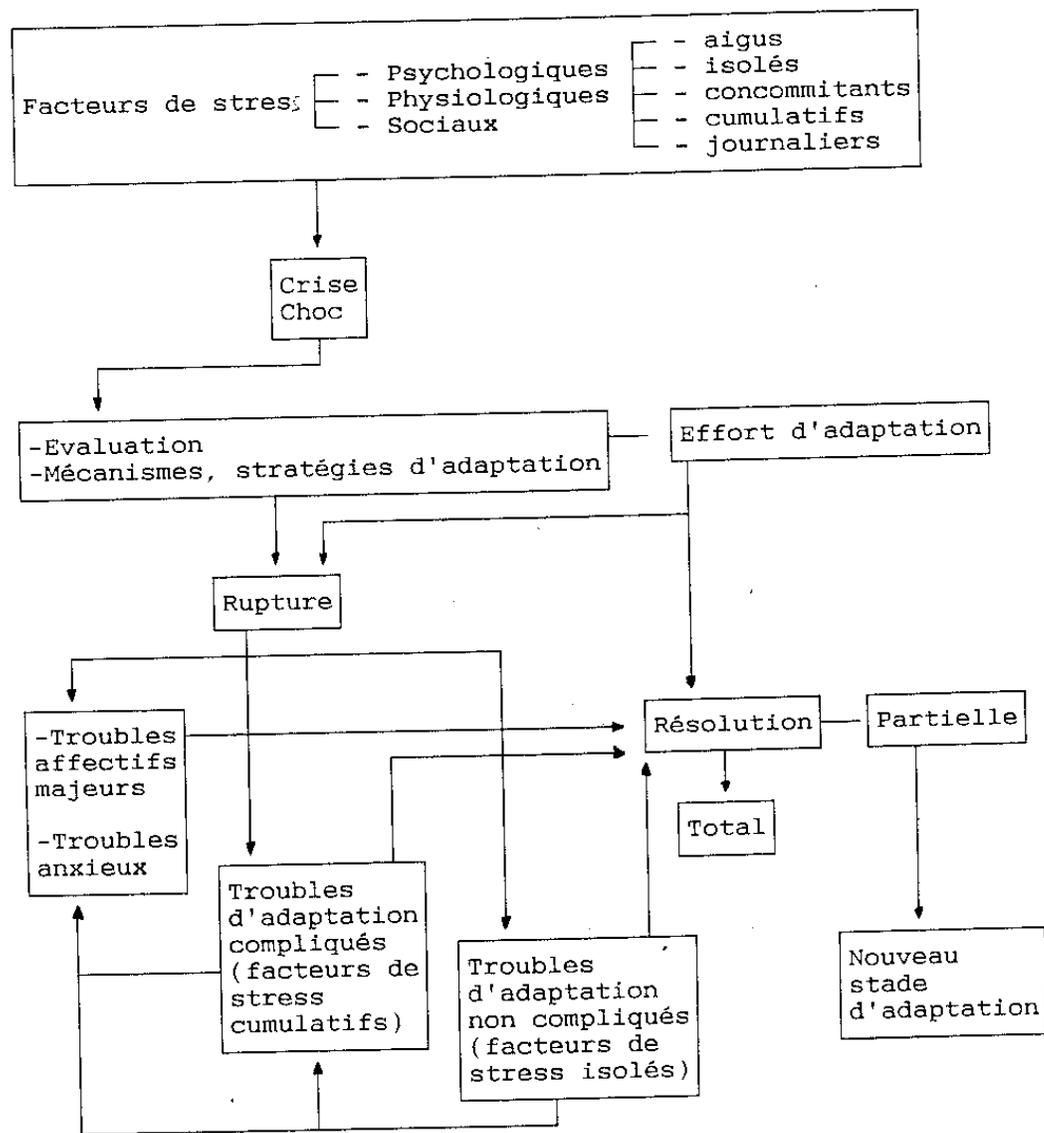
Troubles de l'adaptation et douleur en oncologie

- Troubles réactionnels au stress et à la douleur entraînant une souffrance plus marquée que celle normalement attendue
- État psychologique **intermédiaire** entre réponse normale et trouble psychopathologique majeur : état transitoire
- Génère un **retentissement** sur le plan social, professionnel voir familial mais sans avoir l'intensité d'un trouble affectif majeur ou anxieux caractérisé
- Entraîne une altération de la qualité de vie et une souffrance psychique

Diagnostic d'un trouble de l'adaptation en cancérologie

- Identifier le **facteur de stress déclenchant** : annonce du cancer , douleur physique persistante
- **Réactions inadaptées** à l'événement stressant se traduisant par :
 - symptômes exagérés par rapport à une réaction à ce facteur de stress qu'il soit normal ou imprévisible
 - handicap du fonctionnement social et professionnel habituel
- Symptômes comportementaux ou émotionnels, anxiété, dysphorie
- Détresse psychologique intense, difficultés à mener à bien ses activités sociales et occupationnelles
- Pas d'association concomitante avec un épisode dépressif majeur, un trouble bipolaire ou une situation de deuil

Razavi D et al ,
Précis de Psycho-
oncologie 2008



Douleur morale et cancer

« Rather to make a depression, I would develop a cancer »

Woody Allen in : Crimes et délits 1989

« La dépression c'est le cancer de l'âme »

parole d'un patient atteint d'un ostéosarcome évolutif

- **« Les douleurs physiques sont plus supportables que celles de l'âme »**

Zhang Xianliang in : Mimosa 1985



Melancholia de Albrecht Dürer, 1514

Douleur et dépression

- La prévalence de la dépression :
 - 3-4 fois **plus élevée** chez les douloureux chroniques
Sullivan MJ et al., Pain 1992; Radat F et al Encéphale 2011
- La dépression est un facteur prédicteur :
 - de l'intensité de la douleur
 - du niveau d'altération et de handicap liés à la douleur
Keefe FJ et al., J Consult Clin Psychol 1986; Leino P & Magni G, Pain 1993
- Le risque de développer un syndrome dépressif est **élevé dans les 2 ans** qui suivent l'apparition des épisodes douloureux
Turner JA & Romano JM, J Clin Psychol 1984; Love AW, J Clin Psychol 1987

Douleur et dépression

- Le patient a tendance à **minimiser** ses symptômes dépressifs et le clinicien a tendance à ne pas les repérer ou à les considérer comme symptômes anxieux
- Ceci soutient le principe d'une politique de **dépistage systématique** de la dépression (échelles HADS, GHQ, Beck,...)
- Au-delà du traitement de la dépression se jouent d'autres enjeux dans la prise en charge de la douleur:
 - augmentation du seuil de tolérance à la douleur
 - amélioration de la qualité de vie
 - meilleure adhésion au traitement
 - meilleure hygiène de vie

Obstacles à l'identification de la dépression chez un patient douloureux et atteint d'un cancer

- Formes **masquées** de dépression: plainte somatique centrée sur la douleur domine le tableau clinique
- Humeur dépressive non exprimée comme émotion douloureuse car **alexithymie** (Incapacité à identifier et à exprimer ses émotions et ses sentiments)
- **Recouvrement** de symptômes somatiques et psychiques
- Symptômes pseudo-dépressifs générés par le cancer et la douleur et **non discriminants** : fatigue, perte de poids, troubles de l'appétit, troubles du sommeil
- Facteurs **culturels** où la dépression est déniée car non acceptable et traduction d'une marque de faiblesse psychologique

— Dépression et douleur cancéreuse : les pièges

- **Expression des affects** : pauvre, tristesse à rechercher
- **Expression comportementale** : repli sur soi, régression, refus de soins par désintérêt et désinvestissement personnel, isolement social
- **Expression physique** : troubles du sommeil souvent peu discriminant, au regard du contexte douloureux
- **Mécanismes de défense** :
 - déni plus ou moins marqué des aspects affectifs et émotionnels
 - banalisation de l'état dépressif attribué au problème douloureux
 - réticence à évoquer le vécu émotionnel de tristesse

Dépression et douleur

- Suspecter une dépression masquée chez un patient douloureux devant des **symptômes atypiques** :
 - décalage entre l'expression de la douleur par le patient et la réalité anatomique ou physiopathologique de cette douleur
 - sur le plan topographique devant l'indication de zones incohérentes ou de territoires migrants
 - Une dépression peut \Rightarrow un **échappement** de la douleur à un traitement antalgique jusqu'alors efficace (dimension du désespoir)

Dépression et douleur

- **Douleur physique post mastectomie**

→ corps douloureux
(D+ neuropathique)

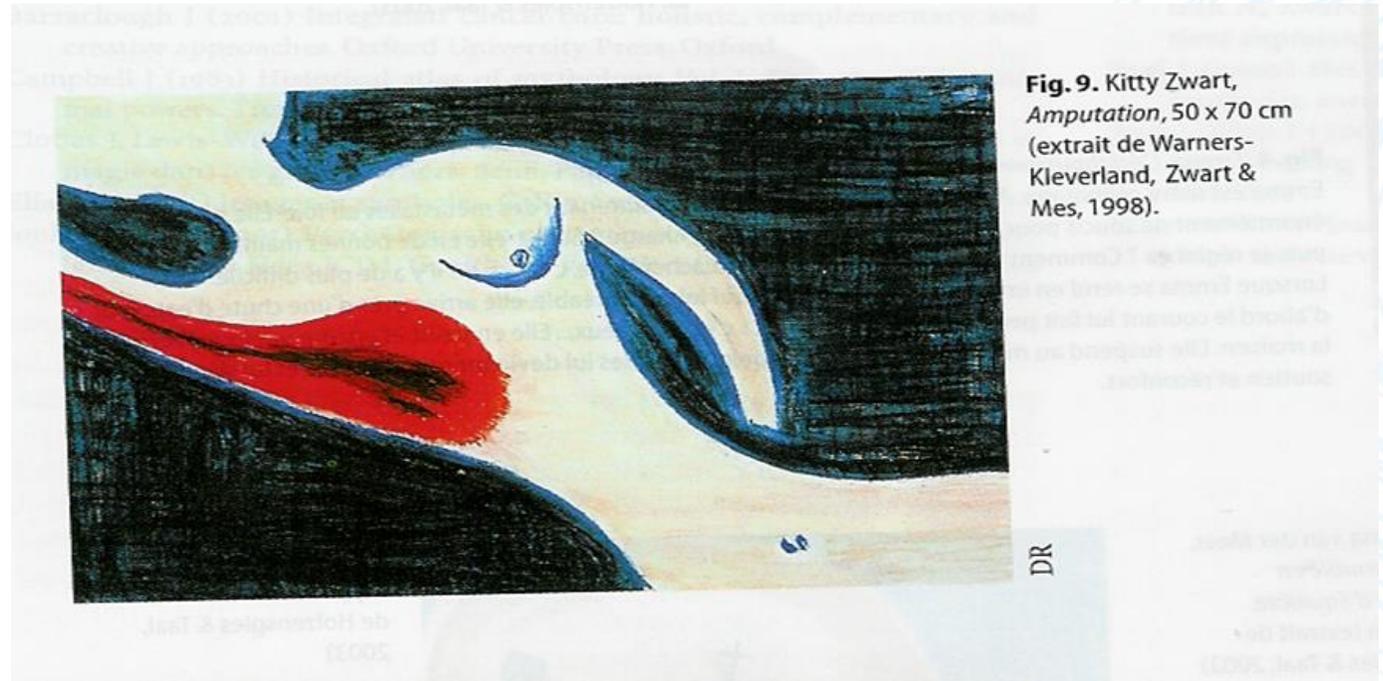
- **Douleur psychique :**

– blessure narcissique

– perte identité féminine

– problématique du deuil

→ âme douloureuse

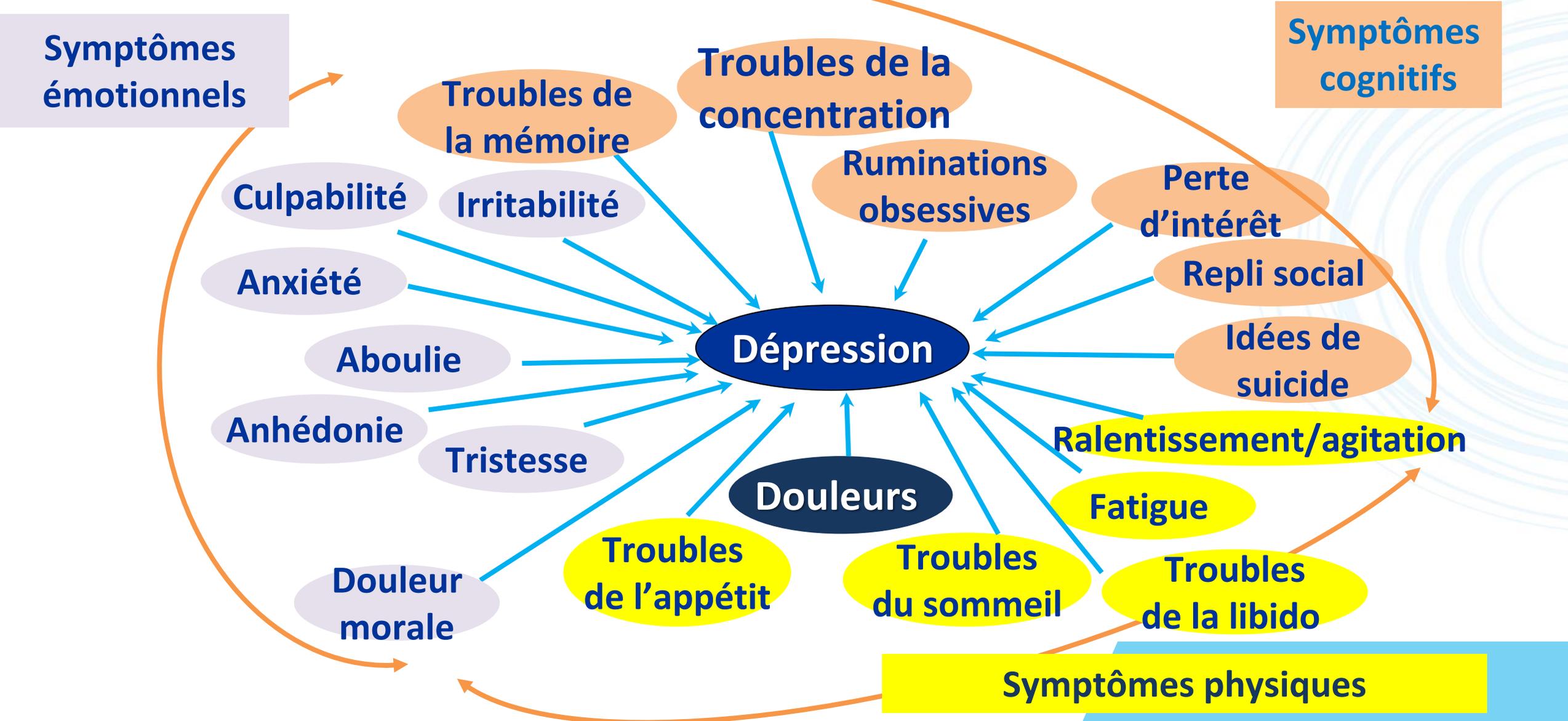


Caractéristiques cliniques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5 (2015)

- Tristesse de l'humeur
- Diminution ou perte des intérêts / plaisir (anhédonie)
- Anorexie / perte ou prise
- Insomnie (réveils nocturnes) / hypersomnie
- Agitation / ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiments d'inutilité ou de culpabilité inappropriée
- Difficultés de concentration
- Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires

Complexité de la symptomatologie dépressive

adapté de Vanelle JM, SFPO 2016



Différencier humeur anxieuse et dépressive

	ANXIETE	DEPRESSION
Humeur	Appréhension, capacité hédonique préservée mais plaisir gâché par l'inquiétude	Tristesse Capacité hédonique abaissée ou absente : anhédonie
Contenus de pensée	Manque de confiance en soi Surestimation des dangers (pessimisme) Diversifiés mais parasités	Autodépréciation, mépris de soi et baisse de l'estime de soi Perte d'espoir, fatalisme appauvrissement
Troubles psychomoteurs	Pas de ralentissement moteur Logorrhée Doute surmontable si conseils	Ralentissement psychomoteur Baisse du débit verbal Indécision et aboulie
Troubles somatiques	Insomnie d'endormissement Fatigue vespérale	Insomnie matinale Fatigue matinale
Comportement social	Crainte de la solitude et de l'abandon	Repli sur soi, retranchement

Evaluation de la dépression en cancérologie

- Utilisation d'échelles de dépistage
- Deux échelles d'**auto-évaluation** :

➤ **HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale

Razavi D et al Br J Psychiatry 1990; Zigmond AS & Snaith RP Acta Psychiatr Scand 1983

➤ **GHQ** : General Health Questionnaire

Härter M et al Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; Bettschart W et al Psychol Med 1991

Ces 2 outils ne comportent pas d'items somatiques

Vulnérabilité suicidaire et douleur en cancérologie

- **Douleurs chroniques** mal contrôlées = **facteur non négligeable** de passage à l'acte suicidaire (x2 /population générale)
Tang NK et al Clin J Pain 2016
- Ce risque va en augmentant si y est associé :
 - autres **symptômes** physiques **handicapants**, situation d'**épuisement**, de fatigue extrême
 - **stade avancé** de la maladie et **pronostic péjoratif**
 - **dépression** ou sentiment de **désespoir**
 - **syndrome confusionnel** avec désinhibition
 - **ATCD personnels** de TS ou **familiaux** de suicide ou TS
 - **soutien social inadéquat** ou déficient

Madeira N et al J Psychosoc 2011, Lefetz C et al Bull cancer 2006

— Confusion mentale et douleur en oncologie

- Confusion mentale induite par les **antalgiques opiacés** (Morphine et apparentés)
- Confusion mentale induite par présence de douleurs physiques mal contrôlées : hallucinations, délire
- La douleur physique **majore** la confusion mentale et ses symptômes : troubles du sommeil, agitation et troubles du comportement
- Risque de **minimisation** de l'expression de la douleur chez le patient confus et donc de sous traiter car incapacité du patient à demander des antalgiques

Douleur et toxicomanie aux antalgiques

- **Addiction ou dépendance psychologique**

- utilisation compulsive de l'antalgique en dépit de ses effets secondaires avec fixation sur un antalgique bien particulier avec incapacité à pouvoir s'en passer
- comportement déviant fait de recherche intempestive pour essayer de se procurer l'antalgique par tous les moyens légaux ou illicites

- **Dépendance physique**

- apparition d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de l'antalgique

- **Tolérance**

- nécessité d'augmenter les doses d'antalgiques afin de conserver le même effet antalgique

Toxicomanie et douleur en oncologie

- Tenir compte de la **personnalité** du toxicomane : psychopathie, manipulateur (douleur feinte), mauvaise adhésion au traitement et aux règles institutionnelles, comportement ou attitude aberrante
- Peut **influer** la prise en charge de la douleur
- Dépendance psychique et prise compulsive de drogues et donc possiblement d'antalgiques
- Attention au syndrome de manque et à l'usage détourné des antalgiques et à l'aggravation de la toxicomanie : mésusages ++
- Posologie des opioïdes plus importante car tolérance élevée (induction enzymatique hépatique)

Douleurs psychogènes

- Douleur **sine materia**

Comprise entre D+ neurogène et D+ par excès de nociception

- Diagnostic **d'élimination**

- Diagnostic **psychiatrique** :

- Trouble anxieux

- Trouble de l'humeur (dépression)

- Trouble somatoforme : trouble neurologique fonctionnel (anciennement trouble de conversion), hypochondrie

- Trouble factice

Douleur psychogène

- C'est la classique réponse du médecin au patient :
« **c'est dans votre tête** »
⇒ incompréhension + culpabilité chez le patient
- C'est le classique « **prise de tête** » pour le médecin face à un symptôme « anguille » et invisible c'est-à-dire qu'il n'arrive pas à comprendre, analyser, mesurer et maîtriser
⇒ agacement, contre-transfert -, abandon du patient
- Le patient est submergé par ses douleurs avec une atteinte de l'humeur : plus de projets, plus d'envies, plus de plaisirs :
« on ne va pas bien mais on ne sait pas expliquer pourquoi »

Messages sur les douleurs psychogènes

- L'origine psychogène **ne se limite pas** à un diagnostic de non organicité. Elle repose sur une **sémiologie psychopathologique** avérée (trouble de conversion, hypochondrie, troubles somatoformes, dépression).
- Les douleurs psychogènes résultent de l'**intrication** de facteurs somatiques et psychologiques.
- Les douleurs psychogènes peuvent survenir seules ou associées aux douleurs neurogènes et/ou par excès de nociception : ex cancer vessie, apex du poumon;
- Il est possible qu'une douleur organique dérive vers une douleur psychogène ou l'inverse
- Ce ne doit **pas être** un diagnostic par défaut pour masquer « l'ignorance » du praticien : « je ne sais pas donc cela n'existe pas ! »

Prise en charge de la douleur en oncologie : le point de vue du psychiatre

- **Approche multidimensionnelle et multidisciplinaire**
- **Pharmacologique**
 - antalgiques opiacés et non opiacés
 - coanalgésiques : antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs (ISRS, IRSNa), anxiolytiques, anticonvulsivants, myorelaxants, antihistaminiques, neuroleptiques
 - psychostimulants (méthylphénidate, modafinil)
- **Psychothérapeutique**
 - de soutien
 - analytique
 - cognitivo-comportementale : sophrologie,
 - thérapie pleine conscience, méditation, hypnose ...

Maindet C et al Support Care Cancer 2019; Syrjala KL et al JCO 2014; Thomas EM et al Cancer Control 2000



Abord psychopharmacologique de la douleur en cancérologie

- Les psychotropes sont utiles pour :
 - **traiter les troubles psychiatriques** générés par la douleur et/ou les effets secondaires des antalgiques
 - leur action **coanalgésique** adjuvante sur la douleur
 - leur **potentialisation** possible de l'action des opioïdes
 - les douleurs de type neuropathique ou de désafférentation
 - Attention au malentendu relatif à l'utilisation à des fins antidépressives sous couvert d'antalgie
- 
- 

— Les antidépresseurs pour les douleurs en oncologie

- **Action adjuvante coanalgésique :**

- douleurs neuropathiques et de désafférentation
- plexopathie, cancer ORL, épidurite métastatique

- **Antidépresseurs tricycliques :** amitriptyline (LAROXYL[®]), clomipramine (ANAFRANIL[®])

Namaka M et al Clin Ther 2004, McCleane G Expert Opin Pharmacother 2004, Mishra S et al. Am J Hosp Palliat Care 2012

- **Antidépresseurs ISRS :** citalopram (SEROPRAM[®]), escitalopram (SEROPLEX[®]), paroxétine (DEROXAT[®], DIVARIUS[®])

Mattia C et al Minerva Anesthesiol 2002, Singh VP et al Brain Res 2001

- **Antidépresseurs IRSNa :** venlafaxine (EFFEXOR[®]), duloxétine (CYMBALTA[®])

Durand JP et al Ann Oncol 2012; Smith EM et al JAMA 2013; Pachman DR et al Curr Treat Options Oncol 2014; Finnerup NB et al Lancet Neurol 2015; Matsuoka H et al JU Pain symptom Manage 2019



Les psychothérapies dans la prise en charge de la douleur en oncologie

- Les thérapies psychanalytiques
 - Les thérapies cognitivo-comportementales
 - Les techniques de sophrologie, relaxation, hypnose, méditation pleine conscience, ...
 - Les approches virtuelles (casque de réalité virtuelle)
- 

Maindet C et al Support Care cancer 2019

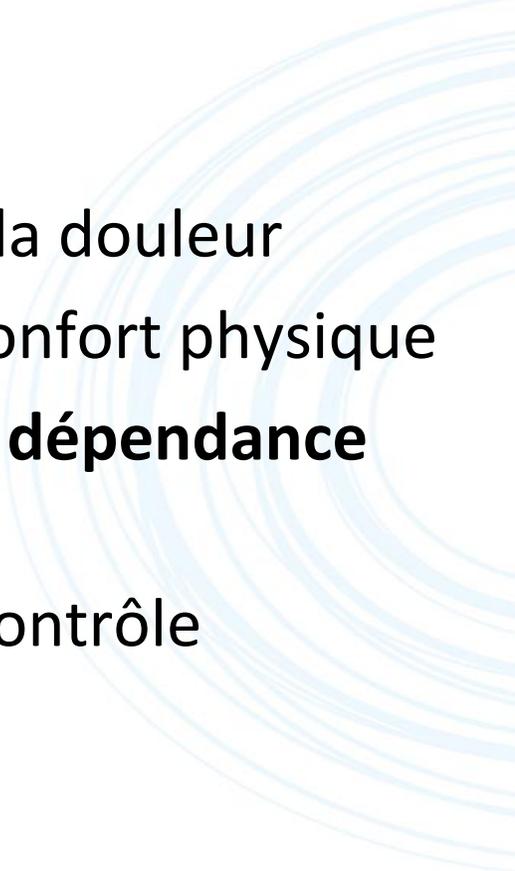


La psychothérapie dans la prise en charge de la douleur en cancérologie

- Elle permet de **diminuer la détresse psychologique** associée à la douleur
- Elle permet parfois de **trouver un sens** au symptôme douleur et de **modifier certaines attitudes** adoptées face à la douleur
- Le but étant de montrer aux patients comment les **pensées** et les **sentiments** peuvent **influencer leur expérience** de la douleur



Les bénéfices de ces traitements

- **Changer l'expérience** et le **vécu** de la douleur
 - **Acquisition** de **compétences** nécessaires pour mieux s'adapter à la douleur
 - **Apprendre à vivre** de manière plus satisfaisante en dépit de l'inconfort physique
 - Obtenir une **diminution** des **besoins** du système de soins et de la **dépendance** aux antalgiques
 - **Diminution** du **sentiment d'impuissance** / Douleur car meilleur contrôle personnel
 - Retrouver un semblant d'**autonomie**
- 
- 

Conclusion

- Le cancer génère à la fois une souffrance physique et psychique
- La prise en charge de la douleur en cancérologie nécessite une **approche multidisciplinaire** où doivent s'intégrer de manière harmonieuse les champs de la médecine, de la psychiatrie et de la psychologie
- C'est à ce prix que l'on peut espérer **accroître la qualité de vie** des patients en abaissant leur niveau de détresse émotionnelle, en limitant les séquelles traumatiques et en leur facilitant une **meilleure adaptation** à la maladie

*« J'ai découvert qu'il y a mieux
que de ne pas avoir mal, c'est
de ne plus avoir mal ! »*

Mme M

MERCI

Centre
Oscar Lambret
unicancer HAUTS-DE-FRANCE