

L'après-douleur, une conséquence de l'antalgie efficace en oncologie

Dr Laurent Labrèze¹,
Marie Daspas²,
Dre Christine
Villatte-De
Figueiredo³

1. Centre
d'évaluation et de
traitement de la
douleur (CETD),
Institut Bergonié,
Bordeaux, France

2. Ligue contre le
cancer, comité
Gironde, France

3. Centre
d'évaluation
et de traitement
de la douleur,
CLCC Auvergne
Jean Perrin,
Clermont-Ferrand,
France

l.labreze@bordeaux.unicancer.fr

marie.daspas@ligue-cancer.net

cvillatte@clermont.unicancer.fr

Cet article fait partie
d'un supplément
réalisé avec le soutien
institutionnel de Viatris
sans intervention de
leur part dans
l'élaboration du
sommaire, le choix des
auteurs et la rédaction
des articles.

Le soulagement d'une douleur constitue l'une des sensations positives les plus intenses et les plus agréables que l'on puisse ressentir. Nous avons tous fait l'expérience d'une douleur qui s'arrête, plus ou moins rapidement, comme une rage de dent, une colique ou une migraine. Après cette résolution s'ensuit une phase d'« après-douleur », plus ou moins longue et euphorique, qui modifie complètement le schéma physiologique mais aussi psychosocial dont nous allons illustrer les conséquences. Ce soulagement obtenu (partiel ou complet) peut résulter des effets nociceptifs, avec arrêt du stimulus nociceptif, mais aussi de la modulation de l'effet antalgique, de la souffrance immédiate et retardée. Le corollaire est notable puisqu'en cancérologie, cette phase peut alors entraîner une amélioration de plusieurs paramètres importants et, par ricochet, une amélioration de la prise en charge, bien qu'elle puisse parfois s'accompagner d'effets paradoxaux. L'amélioration des schémas de prise en charge de la douleur chronique constitue une source de satisfaction pour les soignants, certes, mais surtout pour les patients puisque l'on peut constater de plus en plus de résolutions (complètes ou partielles) des symptômes douloureux, qu'ils soient nociceptifs et/ou neuropathiques.

Concept de douleur multimorphe : modèle important pour les douleurs du cancer

Chez les patients atteints de cancer, les douleurs chroniques présentent

un caractère multimorphe désormais bien identifié.¹ Elles peuvent associer de manière isolée ou intriquée des douleurs ayant des étiologies différentes, des mécanismes physiopathologiques variés, avec des localisations et des durées distinctes. Leur expression peut également évoluer au cours de la maladie cancéreuse, y compris après rémission ou guérison.

Situations douloureuses chez les patients cancéreux

Les accès douloureux fréquents chez les patients cancéreux douloureux comprennent² :

- les accès douloureux transitoires, imprévisibles, instantanés, à intensité croissante plus ou moins rapide et avec une résolution lente, laissant une anxiété de reprise ;
- les accès douloureux paroxystiques (ADP), qui correspondent à une augmentation très rapide et transitoire de la douleur, survenant sur un fond de douleur chronique stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. Ils peuvent être prévisibles (le patient évite le déclenchement) ou plus souvent imprévisibles, anxiogènes, augmentant le ressenti douloureux. On peut également évoquer deux définitions complémentaires² :

- le concept de **douleur chronique** : en 1999, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) proposait une définition plus large que celle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) de 1994 : « *Expérience sensorielle et émotionnelle*

désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient » ;

- le **syndrome douloureux chronique** ; il s'agit d'un concept plus complexe, défini plutôt comme une maladie à part entière et comme une entité multidimensionnelle intégrée dans un modèle biopsychosocial ou multimorphe avec quatre composantes en interaction : la composante sensori-discriminative (aspect physiologique), la composante affectivo-émotionnelle, la composante cognitive et la composante comportementale.

Proposition de définitions

La résolution douloureuse peut être définie comme l'intervalle de temps qui sépare le début d'une procédure antalgique à son maximum utile. Ce maximum peut être complet (résolution totale) ou incomplet (traduit par une baisse variable de l'intensité douloureuse).

L'après-douleur pourrait être définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle agréable associée au soulagement de la douleur due à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion* », définition qui fait écho à celle de la douleur proposée par l'IASP³, comme pour préciser que la douleur n'est pas inéluctable et qu'elle peut être réversible.

Le « plaisir » ressenti, différent de la « satisfaction », fait suite à la résolution et constitue une phase peu

étudiée et le plus souvent seulement en termes de récompense physiologique. L'intensité de ce plaisir, sa rapidité entraînent des conséquences importantes d'un point de vue cognitif, affectif, émotionnel et comportemental.

Conséquences de l'après-douleur

Conséquences biopsychosociales

Quatre phénomènes de qualité de vie se dégagent dès la résolution, avec plus ou moins d'importance, suivant les patients :

- **apaisement** : retour à la paix, au calme, suivi d'une sérénité de perception et de jugement ; diminution de l'anxiété ;
- **euphorie** : par le sentiment de bien-être général ; percevoir ce sentiment (souvent oublié) est d'autant plus fort que la douleur était chronique ; état opposé à l'anxiété préalable ;
- **désinhibition (ou levée des inhibitions)** : par libération émotionnelle et amélioration des conséquences psychosomatiques ;
- **autonomisation** : volonté de réaliser des actes ou des actions non envisageables avant tels que marcher, dormir en décubitus, porter ses enfants...

Conséquences pour la prise en charge

La résolution, partielle ou complète, d'une douleur ne veut pas dire abandon du patient. N'oublions pas que l'arrêt de la plainte douloureuse modifie aussi le regard de l'entourage familial proche et/ou de l'entourage professionnel. Médicalement aussi, ce patient soulagé n'est plus « prioritaire » pour l'équipe soignante. Certes, il a moins besoin de nous, et l'éloignement peut faire partie du plan de soins, mais pour certains patients toutefois, le maintien de l'accompagnement en consultation douleur peut être indispensable. Les besoins sont différents, les demandes et attentes également. Ce suivi peut s'avérer

indispensable pour éviter le sentiment d'abandon, dont les conséquences psychologiques, comportementales, sociales et familiales pourraient éventuellement conduire à « regretter » que la douleur ne soit plus là ! Pour ceux qui ne souhaitent pas la poursuite d'un suivi en consultation et qui ont besoin de s'éloigner du milieu médical, il faut pouvoir les rassurer en s'engageant à une prise en charge rapide en cas de besoin. Cette phase peut et doit être mise à profit pour accentuer, optimiser ou consolider les soins de support, pour permettre une amélioration de l'hygiène de vie (conseils nutritionnels, activité physique régulière, prise en charge émotionnelle...) et pour accompagner sur le plan socioprofessionnel si besoin.

Constatant des fonctions auparavant gelées ou contraintes, certains patients souhaitent rapidement, dans l'euphorie, retrouver des sensations articulaires antérieures et reprendre des activités physiques comme la marche, le jardinage, la cuisine, les activités sportives ou d'autres loisirs. Ils auront alors tendance à reprendre trop rapidement et trop intensément des activités, ce qui peut entraîner des crampes, une raideur et une fatigabilité et être responsable d'un rebond de déception. L'accompagnement doit pouvoir proposer une reprise d'activités progressive et douce. La proposition d'une prise en charge en activité physique adaptée (APA) constitue une alternative, pour une remise en mouvement progressive et pour éviter l'échec d'une reprise d'activités physiques trop intenses, non adaptées à la situation encore fragile.

Selon l'évaluation des besoins en soins de support que nous ferons à ce moment de la prise en charge, nous pourrions proposer une orientation vers une prise en charge psychologique, une prise en charge nutritionnelle, l'APA, la kinésithérapie, le service social (le patient pouvant envisager alors une reprise d'activité professionnelle, par

exemple). Mais également vers des médecines complémentaires, comme la sophrologie, l'hypnose, la méditation de pleine conscience ou encore l'acupuncture.

Par ailleurs, la prise en charge médicamenteuse, lorsqu'elle existe, doit également être revue et discutée. En général, un délai de quelques jours à quelques semaines est laissé, avant d'envisager une diminution progressive, voire un arrêt, des antalgiques, pour éviter à la fois un syndrome de sevrage et une reprise des douleurs. Cet accompagnement est essentiel, tout en laissant aux patients qui le peuvent et/ou qui le veulent une certaine liberté dans la gestion du traitement antalgique. Cette autonomie peut faire partie de la prise en charge, redonnant au patient concerné le sentiment de contrôle, de liberté et de choix.

Cette phase d'après-douleur peut donc être accompagnée, et elle le doit, pour les patients qui le souhaitent. Dans certaines situations, on peut observer que les patients éprouvent des difficultés à se détacher de leur douleur (même s'ils expriment le souhait de s'en séparer), malgré les différentes stratégies thérapeutiques mises en place. La douleur semble alors occuper une place particulière, parfois identitaire, rendant son abandon complexe. Un accompagnement psychologique parallèle à la prise en charge médicale prend dans ces cas-là tout son sens, à condition qu'il soit accepté et souhaité par le patient.

Le point de vue des accompagnants et des associations

Aussi handicapante, voire insupportable, que puisse être la douleur d'une personne que l'on accompagne (professionnel ou aidant), elle ne sera jamais la nôtre. Ce d'autant que la douleur chronique constitue un handicap invisible⁴. Elle nous amène à nous mettre « à la place de », c'est-à-dire à écouter, entendre, essayer d'agir. Mais en réalité c'est un peu comme l'« anal-

L. Labrèze et M. Daspas déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

C. Villatte-De Figueiredo déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Comm Santé, Viatris, Leurquin Mediolanum, Grünenthal et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par Boiron, Novartis, Esteve, Grünenthal, Medtronic.

DOULEURS ET CANCER

L'APRÈS-DOULEUR

MOTS-CLÉS :

douleur du cancer, après-douleur, soulagement, antalgie, soin de support.

KEYWORDS:

cancer pain, after-pain, pain relief, analgesia, supportive care.

gésie congénitale »... cette douleur que l'on ne connaît qu'à travers l'autre, et qu'il s'agit de s'approprier pour trouver la bonne distance, nous incite à élaborer la relation la plus adaptée puisqu'elle en fixe les limites lorsqu'elle disparaît.

En se dissipant, la douleur se déjoue de la réalité, de la souffrance vécue par celui qui en était alors victime et c'est tout un pan de la relation accompagnant-soigné qui s'en trouve bouleversé.

La douleur ayant fait faux bond, le risque n'est-il pas que cette nouvelle « insensibilité », peut-être que momentanée, ne modifie notre lien à l'autre et à sa maladie ? La satisfaction qu'il ait enfin la capacité de « souffler », de gagner en autonomie et de retrouver le plaisir de vivre pleinement s'oppose au fait de de-

voir se repositionner dans une forme d'exigence. « *Tu vas mieux, tu as moins besoin de moi...* » nous pousse à réfléchir et à donner du sens au « prendre soin », à la place que l'on s'octroie dans ce trio malade-douleur-accompagnant mais à la place que tient finalement cette douleur qui, quelque part, nous relie...

Conclusion

L'après-douleur a été très peu explorée. Elle procure apaisement, euphorie, désinhibition et autonomisation. L'intensité positive de cette phase est liée à la différence d'intensité douloureuse, au délai de mise en œuvre et au type de douleur. Cette phase serait une forme d'addiction positive, donc valorisable. Ne plus avoir mal serait addictif.

Comme toute récompense, elle réactive les circuits de motivation, permettant au patient de se projeter dans un nouvel espace du projet de vie qui doit être construit avec sa famille, le monde professionnel, et un accompagnement soignant réajusté. Cet accompagnement peut également impliquer les associations de patients. Cette phase ne sonne pas l'arrêt du suivi. Au contraire, elle doit être mise à profit pour renforcer le rôle des accompagnants et des soins de support.

Au-delà de l'aspect éthique et déontologique de la prise en charge de la douleur et du soulagement, les caractéristiques très positives de l'après-douleur sont un motif supplémentaire de prise en charge correcte de la douleur chronique chez nos patients souffrant de cancer. ●

RÉSUMÉ L'APRÈS-DOULEUR, UNE CONSÉQUENCE DE L'ANTALGIE EFFICACE EN ONCOLOGIE

Le soulagement, voire l'arrêt, d'une douleur est l'une des sensations positives les plus intenses et les plus agréables que l'on puisse ressentir. La résolution de la douleur est suivie d'une phase de plaisir, appelée l'après-douleur, qui peut modifier profondément les conséquences comportementales et psychosociales du patient. Cette phase peut expliquer l'intensité de l'apaisement, l'euphorie, la désinhibition et l'autonomisation constatées. Le ou les circuits du plaisir sont étroitement liés à la boucle de motivation, qui se remet en marche. Ne plus avoir

mal serait une forme d'addiction. Malgré cette phase bénéfique, le patient ne doit pas être laissé à l'abandon, cette période pouvant, au contraire, être mise à profit pour améliorer ou consolider les soins de support proposés. L'après-douleur est un motif de plus pour prendre en charge correctement les douleurs chroniques de nos patients souffrant de cancer. Accompagnants et associations ont un rôle à jouer dans cet après-douleur, qui n'est pas une fin de parcours mais le début d'une nouvelle prise en charge.

SUMMARY AFTER-PAIN, A CONSEQUENCE OF EFFECTIVE PAIN MANAGEMENT IN ONCOLOGY

The relief and/or cessation of pain is one of the most intense and pleasant positive sensations one can experience. This resolution is followed by a phase of pleasure, the 'After-Pain' phase, which can profoundly alter behavioural and psychosocial outcomes. This phase may explain the intensity of the relief, euphoria, disinhibition and empowerment observed. The pleasure circuits are closely linked to the motivation loop, which is reactivated. No longer being in pain would

be a form of addiction. Despite this beneficial phase, the patient should not be left without support, as its effects can be used to improve or consolidate the supportive care provided. The 'After-pain' phase is yet another reason to manage the chronic pain of our cancer patients properly. Caregivers and associations have a role to play in this 'post-pain' phase, which is not the end of the journey, but the start of a new phase of care.

RÉFÉRENCES

1. Lemaire A, AFSOS, SFETD 2020 ; MASCC, EAPC, AFSOS 2021.
2. Labreze L. Douleurs et cancers : mécanismes et sémiologie. Éd. Expression Santé, 2018, p 44.
3. Raja S, Carr D, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020;161(9). 1^{er} Forum contre la douleur, ministère de la Santé, octobre 2018.