

ECN intensif



Collection sous la direction de
Pierre Seners et Clément Cholet

Douleur et soins palliatifs

Sylvie Rostaing-Rigattieri
Dominique Varin
Barbara Tourniaire
Andréa Passard

Coordination : Sylvie Rostaing-Rigattieri

ENTRAÎNEMENT

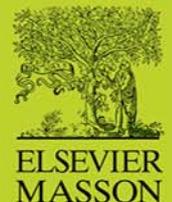
Questions isolées

Dossiers progressifs

TCS et LCA

Fiches de synthèse

+ Dossiers progressifs en ligne



Douleur et soins palliatifs

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Hépatogastro-entérologie, par Louis de Mestier et Cindy Neuzillet, validé par la Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie, 2014, 200 pages.

ORL, par Diane Evrard et Vincent Trevisol, validé par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 2014, 288 pages.

Urologie, par le Collège français des urologues, 2015, 208 pages.

Médecine physique et réadaptation par l'Association des Jeunes en Médecine physique et Réadaptation (AJMER), validé par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2015, 184 pages.

Neurologie, par Pierre Seners et Jean-François Llitjos, validé par le Collège des enseignants de neurologie, 2015, 160 pages.

Dans la collection Les Référentiels des collèges

Anatomie pathologique, par le Collège français des pathologistes (CoPath). 2013, 416 pages.

Cardiologie, par le Collège national des enseignants de cardiologie – Société française de cardiologie (CNEC-SFC). 2^e édition, 2014, 464 pages.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, par le Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. 3^e édition, 2014, 384 pages.

Dermatologie, par le Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF). 6^e édition, 2014, 528 pages.

Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, par le CEEDMM (Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques). 3^e édition, à paraître.

Gériatrie, par le Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG). 3^e édition, 2014, 276 pages.

Gynécologie – Obstétrique, par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). 3^e édition, 2014, 504 pages.

Hématologie, par la Société française d'hématologie. 2^e édition, 2014, 384 pages.

Hépatogastro-entérologie, par la Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie (CDU-HGE). 3^e édition, 2015, 512 pages.

Imagerie médicale - Radiologie et médecine nucléaire, par le CERF (Collège des enseignants de radiologie de France) et le Collège National des Enseignants de Biophysique et de Médecine Nucléaire (CNEBMN). 2^e édition, 2015, 632 pages.

Médecine physique et de réadaptation par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2015, 5^e édition, 312 pages

Neurologie, par le Collège français des enseignants en neurologie (CEN). 3^e édition, 2012, 464 pages.

Nutrition, par le Collège des enseignants de nutrition. 2^e édition, 2015, 256 pages.

Ophthalmologie, par le Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF). 2^e édition, 2013, 304 pages.

ORL, par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. 3^e édition, 2014, 392 pages.

Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales, par l'Association française des enseignants de parasitologie et mycologie (ANOFEL). 3^e édition, 2013, 504 pages.

Pédiatrie, par A. Bourrillon, G. Benoist, le Collège national des professeurs de pédiatrie. 6^e édition, 2014, 1064 pages.

Réanimation et urgences, par le Collège national des enseignants de réanimation (CNER). 4^e édition, 2012, 676 pages.

Rhumatologie, par le Collège français des enseignants en rhumatologie (COFER), 2015, 560 pages

Santé publique, par le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP). 2013, 336 pages.

Urologie, par le Collège universitaire de France (CFU). 3^e édition, 2015, 440 pages.

ECNintensif

Sous la direction de

Clément Cholet

Interne en radiologie et imagerie médicale, Paris

Pierre Seners

Chef de clinique en neurologie, Paris

Douleur et soins palliatifs

Sylvie Rostaing-Rigattieri

Dominique Varin

Barbara Tourniaire

Andréa Passard



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.
Tél. 01 44 07 47 70.

Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire les extraits des pages 164–165; 171–172; 173–174; 198. L'intégralité des textes sont consultables sur le site www.has-sante.fr rubrique Évaluation & Recommandation ».

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74505-8

e-ISBN : 978-2-294-74548-5

L'esprit de la collection *ECNintensif*

Chers étudiants,

Le mode de validation des ECN a changé (BO du 16 mai 2013) : dans ce contexte, cette nouvelle collection *ECNintensif*, que nous sommes heureux de vous présenter, met à votre disposition toute une batterie d'entraînements variés, conformes au programme du DFASM et aux nouvelles épreuves ECNi : dossiers progressifs, également en ligne, pour vous tester dans les conditions réelles, questions isolées QCM ou QROC, et, selon les ouvrages, TCS ou LCA.

Nous avons conçu ces livres comme un outil de travail essentiel et complet pour vos révisions, en nous inspirant de nos attentes lorsque nous étions à votre place. Nous avons voulu créer des ouvrages dont nous rêvions à cette époque.

La préparation aux ECN est une épreuve longue et angoissante. La masse de connaissances à acquérir est énorme et son apprentissage est un défi. Le temps est difficile à gérer, malgré les deux années de préparation dont on dispose, et tout passe toujours trop vite. Enfin, le choix parmi les ouvrages proposés est difficile. Qui n'a pas hésité une heure, voire plus, dans une librairie médicale spécialisée, entre différents ouvrages plus alléchants les uns que les autres, pour au final toujours se demander si l'on a fait le bon choix ? La qualité et la validité de l'information procurée sont au cœur de vos préoccupations, nous le savons.

C'est pourquoi nous avons voulu vous transmettre d'une part l'expérience de jeunes internes brillants, encore formatés au concours et qui ont su s'adapter pour vous aux nouveaux types de questions, et, d'autre part, le point de vue et la caution des collègues de spécialité, afin de vous procurer de solides informations.

Les ouvrages de cette nouvelle collection sont tous relus et validés par les enseignants de la spécialité concernée, vous offrant ainsi des contenus solides et de qualité, afin que vous soyez certains de vous entraîner de façon efficace et utile pour les ECN.

Au-delà des exercices proposés, ces ouvrages allient la précision des corrections aux fiches de synthèse qui vous permettent de revoir rapidement les points essentiels des items abordés au fur et à mesure de votre entraînement.

L'étudiant se préparant au concours est un sportif de haut niveau. Au même titre que l'apprentissage de cours, nous sommes convaincus que l'entraînement répété est une des clés essentielles de la réussite, car il permet d'améliorer son score, son temps, son classement.

Vous serez les premiers à découvrir le nouvel ECN : dans cette collection, comme vous le constaterez, qui se démarque des autres collections d'entraînements existantes par le label des Collèges, gage de la qualité des contenus, et par la diversité des exercices, conformes au programme et aux épreuves des ECN 2016, toutes les conditions sont réunies pour que vous soyez le mieux préparé possible.

Votre succès est l'objectif de notre travail.

Bonne chance.

Clément Cholet, Pierre Seners

This page intentionally left blank

Collaborateurs

Auteurs des cas cliniques :

Juliette Andreu-Gallien, PH, Hôpital Armand Trousseau, Paris.
Nadine Attal, PH, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt.
Florence Behal, Assistant spécialiste, Hôpital André Mignot - Centre Hospitalier de Versailles, le Chesnay.
Anissa Belbachir, PH, Hôpital Cochin, Paris.
Valérie Bellamy, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Michèle Binhas, PH, Hôpital Henri Mondor, Créteil.
Didier Bouhassira, Neurologue PA, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt et directeur de recherche, INSERM.
Mathilde Cohen, interne, Hôpital Beaujon, Clichy.
Elisabeth Collin, PH, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Anne Coutaux, PH, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Bich Dang-Vu, PH, Hôpital Foch, Suresnes.
Thierry Faillot, PH, Hôpital Beaujon, Clichy.
Élise Fertout, PA, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Sandra Frache, Médecin pédiatre, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon.
Edith Gabolde, Médecin pédiatre, PALIPED, Paris.
Michel Galinski, PH, Hôpital Jean Verdier, Bondy.
Edith Gatbois, HAD APHP, Hôpital Armand Trousseau, Paris.
Louise Geoffroy, Infirmière anesthésiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Julien Guérin, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Christian Guy-Coichard, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Malika Larbi, Psychologue clinicienne, CHU de Martinique.
Françoise Laroche, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Sophie Laurent, Médecin, Institut Gustave Roussy, Villejuif.
Anne-Solenn Lebihan, Psychologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Brigitte Lutz, PA, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Stéphanie Mauboussin, infirmière, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Nathalie Michenot, Médecin, Hôpital André Mignot - Centre Hospitalier de Versailles, le Chesnay.
Isabelle Nègre, PH, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.
Andréa Passard, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Philippe Poulain, Médecin, Polyclinique de l'Ormeau, Tarbes.
Petronela Rachieru, Médecin pédiatre, CHU d'Angers.
Sylvie Rostaing, PH, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Djéa Saravane, PH, Etablissement Public de Santé (EPS) Barthélemy Durand, Etampes.
Éric Serra, Responsable du Centre d'Evaluation Traitement de la Douleur, CHU Amiens.
Laure Serresse, PH, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Esther Soyeux, PA, Association Ville-Hôpital Lutter contre la Douleur-Paris et Hôpital Saint-Antoine.
Barbara Tourniaire, PH, Hôpital Armand Trousseau, Paris.
Dominique Valade, PH, Hôpital Lariboisière, Paris.
Dominique Varin, PH, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Lylyana Zivkovic, Psychologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris.

Relectures, conseils et critiques

Gabriel Abitbol, PH, Hôpital Broca, Paris.
Florian Bailly, Chef de clinique, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Hayat Belaid, PA, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Faustine Colin, Assistant spécialiste, Hôpital Saint-Antoine, Paris.
Thierry Delorme, Médecin, Institut de Cancérologie de l'Ouest - Paul Papin, Angers.
Maria-Ximena Garcia, PH, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.
Pascale Fouassier, PH, Hôpital Charles foix, Ivry-sur-seine.
Guillaume Gay, Médecin adjoint, Hôpital Saint-Camille, Bry-Sur-marne.
Audrey Geffroy, Psychologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris.

Collaborateurs

Brigitte George, PH, Hôpital Saint-Louis, Paris.

Michel Lanteri-Minet, Médecin, Hôpital Pasteur, CHU de Nice.

Gaëlle Lenclud, Médecin, Hôpital de Pau.

Valeria Martinez, PUPH, Hôpital Raymond Poincaré, Garches.

Michel Morel-Fatio, PH, Centre de réadaptation, PA, Coubert et Hôpital Saint-Antoine, Paris.

Martine Rusniewski, Psychologue, Institut Curie, Paris.

Pascale Vinant, PH, Hôpital Cochin, Paris.

Préface

Un outil adapté aux nouveaux besoins pour développer nos disciplines émergentes

La médecine de la douleur s'est progressivement développée au cours des années 1950–60 à partir de l'idée que la douleur chronique ne devait pas être considérée comme un symptôme, mais comme une authentique "maladie" nécessitant une prise en charge spécifique, indépendante du traitement de la cause initiale. D'emblée, les promoteurs de cette nouvelle approche de la douleur chronique ont insisté sur le caractère multidimensionnel de la douleur chronique dont la prise en charge pouvait s'intégrer dans le cadre du modèle biopsychosocial proposé pour diverses pathologies chroniques. De fait, le traitement des syndromes douloureux chroniques, du moins les cas les plus complexes, demandait une prise en charge multidisciplinaire et pluri-professionnelle. C'est cette nouvelle conceptualisation qui a présidé à la création des premières structures spécialisées dans l'évaluation et le traitement de la douleur, ainsi qu'à la production d'un gigantesque corpus de données scientifiques et cliniques qui ont constitué les fondements de cette nouvelle discipline. Mais la prise en charge de la douleur, même chronique, ne doit pas être réservée au spécialiste : tout praticien doit en connaître les principes pour instaurer le plus précocement possible une prise en charge adaptée à chaque patient. La médecine palliative, dès 1960, se préoccupait du non-abandon des personnes mourantes. Aujourd'hui, on assure un meilleur contrôle des symptômes, un meilleur confort aux patients qu'on ne peut pas guérir. Compétences, connaissances en thérapeutiques et en accompagnement de l'humain ont évolué. La démarche palliative gagne en efficacité si elle est mise en place très précocement dans l'évolution de la maladie. Elle est compatible et souhaitable dès le diagnostic de pathologies évolutives potentiellement létales et ne concerne pas uniquement la fin de vie.

Médecine palliative et Médecine de la douleur coopèrent pour décliner le juste soin, le juste traitement, la juste prise en compte des besoins globaux de la personne (physiques, psychiques, relationnels, existentiels et sociaux). Beaucoup pensent qu'il faut unir ces deux disciplines émergentes en une seule spécialité tant les compétences sont complémentaires, en tenant compte des spécificités.

Ce livre a vocation d'accompagner les étudiants dans cette préparation, en vue des ECN informatisées, de les amener à réfléchir, à se questionner aux travers de mises en situation clinique. Sylvie Rostaing-Rigattieri, entourée de ses collaborateurs, souhaite transmettre les connaissances indispensables, un savoir-faire et un savoir-être par un questionnement approfondi sur la relation médecin-malade, alliant rigueur scientifique, réflexion éthique, prise en compte de la personne dans sa globalité. Ce livre témoigne de la reconnaissance de nos disciplines émergentes par les instances universitaires et par les autorités de santé, disciplines singulières, dont le sort réciproque est lié à une bonne intelligence de nos complémentarités. Tous ensemble, en mettant en synergie nos spécificités et compétences, nous rendrons les meilleurs services possibles aux patients, à leur entourage, à nos collègues, à la société, en rendant les deux disciplines plus visibles et plus attractives pour les futurs médecins de demain.

Marcel-Louis Viallard MD, PhD

Professeur associé de médecine palliative, EA 4569, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité
UF «Médecine de la douleur et palliative périnatale, pédiatrique et adulte», Hôpital Universitaire Necker
Enfants Malades, APHP, Paris.

Didier Bouhassira MD, PhD

Président de la Société Française d'Etude et de Traitement de la douleur
Directeur de Recherche à l'Inserm, Inserm U987, Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, Hôpital
Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt.

This page intentionally left blank

Table des matières

L'esprit de la collection <i>ECNintensif</i>	V
Collaborateurs	VII
Préface	IX
Note au lecteur sur les barèmes et le principe retenu dans l'ouvrage	XIV
Abréviations	XV

I Énoncés

1 Cas cliniques	3
Douleur chez l'adulte	3
Douleur chez l'enfant	31
Soins palliatifs de l'adulte	36
Soins palliatifs pédiatriques	61
2 QCM	67
Douleur chez l'adulte	67
Douleur chez l'enfant	75
Soins palliatifs de l'adulte	78
Soins palliatifs pédiatriques	85
3 QROC	89
Douleur chez l'adulte	89
Douleur chez l'enfant	90
Soins palliatifs	91
4 Lecture critique d'article (LCA)	95
5 Tests de concordance de script (TCS)	105

II Corrigés

6 Cas cliniques corrigés	117
7 QCM, QRM et QRU corrigés	217
8 QROC corrigés	225
9 Lecture critique d'article : corrigé	229
10 Tests de concordance de script (TCS) : corrigés	231

Annexes

Annexe 1 – Classification des antalgiques	237
Annexe 2 – Questionnaire DN4	239
Annexe 3 – Performance status (OMS)	241

Annexe 4 – Code de déontologie médicale (art. 37)	243
Annexe 5 – Fiche de décision de limitation ou d'arrêt de traitement (LAT)	245

Table des compléments en ligne

Des compléments numériques sont associés à cet ouvrage. Ils sont indiqués dans le texte par un picto et des flashcodes. Pour voir ces compléments, connectez-vous sur <http://www.em-consulte/e-complement/474505> et suivez les instructions.

Vidéo 01

Cas clinique 8 (Douleur)

Vidéo 02

Cas clinique 11 (Douleur)

Vidéo 03

Cas clinique 13 (Douleur)

Vidéo 04

Cas clinique 10 (Soins palliatifs) : 1^{re} partie

Vidéo 05

Cas clinique 10 (Soins palliatifs) : 2^e partie

Vidéo 06

Cas clinique 11 (Soins palliatifs)

Note au lecteur sur les compléments en ligne

Les vidéos ont été mises en scène par les auteurs de cet ouvrage et des professionnels de santé qui en sont les acteurs. Elles accompagnent les cas cliniques de cet ouvrage dont elle souligne la vocation pédagogique et s'inscrivent parfaitement dans l'enseignement par simulation préconisé par la HAS.

Note au lecteur sur les barèmes et le principe retenu dans l'ouvrage

Dossiers cliniques

Questions sous forme de QRM :

Aux ECNi, le score des questions à réponses multiples est fondé sur le nombre de discordances entre les réponses de l'étudiant et la grille de correction — discordance : un item attendu n'a pas été coché ou un item non attendu a été coché. Les questions peuvent proposer de cinq à huit items. Pour une QRM comportant cinq items et notée sur 10 points :

- en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale (donc 10 points);
 - dans le cas d'une discordance, la note est divisée par 2 (elle passe donc de 10 points à 5 points);
 - dans le cas de deux discordances, la note est divisée par 5 (elle passe donc de 10 points à 2 points).
- Dans le cas de trois discordances ou plus, la note est de zéro. En l'absence de réponse, la note est de zéro. Ce barème peut être modifié selon les mêmes principes pour des questions à plus de cinq items. Une réponse peut être indispensable (PMZ) ou inacceptable (SMZ) : en cas d'erreur sur cet item cela entraîne un zéro à la question.

Questions sous forme de QROC :

Le nombre de points fonctionne par mots-clés trouvés. Aux ECNi le nombre de mots attendus aux QROC ne dépassera pas deux ou trois. Dans cet ouvrage, ce nombre est fréquemment dépassé pour des raisons pédagogiques.

Notez que sur un support papier, les dossiers peuvent apparaître moins « progressifs » qu'ils ne le seront le jour des ECNi.

Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif*, nous avons noté chaque dossier progressif sur 100 points. Pour s'autoévaluer, il faut appliquer les règles mentionnées ci-dessus. Les dossiers sont accessibles en ligne également et permettent un calcul automatique des scores aux QRM.

XIV

TCS

Exemples d'établissement des scores à partir d'un panel de dix experts :

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2	Commentaires
Nombre de réponses parmi les membres du panel	0	0	5	4	1	Identifier la réponse la plus choisie (ici la valeur 0)
Mécanisme de création des scores	0	0	5/5	4/5	1/5	Division par le nombre de membres ayant donné la réponse la plus choisie (5 ici)
Crédit pour l'item	0	0	1	0,8	0,2	Points obtenus par l'étudiant pour cet item

Abréviations

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ASP	Abdomen sans préparation
AVC	accident vasculaire cérébral
CETD	Centre d'évaluation et traitement de la douleur
COX	Cyclo-oxygénase
CRP	<i>C-Reactive Protein</i>
DAN	Échelle de douleur aiguë du nouveau-né
DN4	Questionnaire « douleur neuropathique 4 questions »
ECBU	Examen cytbactériologique des urines
ECPA	Échelle comportementale de la personne âgée
EDIN	Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Électromyogramme
EN	Échelle numérique
ERSPP	équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques
EVA	Échelle visuelle analogique
EVENDOL	Échelle Évaluation Enfant Douleur
EVS	Échelle verbale simple
GPE	Gastrostomie percutanée par voie endoscopique
HAD	Hospitalisation à domicile
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HEDEN	Échelle d'hétéroévaluation de la douleur de l'enfant
IMG	Interruption médicale de grossesse
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRA	insuffisance rénale aiguë
LAT	Limitation ou arrêt de traitement
LI	Libération immédiate
LISP	Lits identifiés de soins palliatifs
LP	Libération prolongée
MEOPA	Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote
NCA	<i>Nurse-Controlled Analgesia</i>
PCA	<i>Patient-Controlled Analgesia ou antalgie contrôlée par le patient</i>
PMZ	Pas mis = zéro
QRM	Question à réponses multiples
QROC	Question à réponse ouverte courte
QRU	Question à réponse unique
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SMZ	Si mis = zéro
USP	Unité de soins palliatifs

This page intentionally left blank



Énoncés

This page intentionally left blank

Cas cliniques

Douleur chez l'adulte

Cas clinique 1++

Monsieur R., âgé de 45 ans, sans antécédent particulier, se présente aux urgences pour une douleur lombaire droite, irradiant en antérieur, ainsi que vers la fosse iliaque; il est nauséeux, agité, a même vomi une fois, et présente également une pollakiurie.

Question 1 – QROC

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 – QRM

Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

- A pyélonéphrite aiguë
- B appendicite aiguë
- C anévrisme de l'aorte abdominale fissuré
- D colique biliaire
- E ulcère gastrique

Question 3 – QRU

Quel est le premier traitement à administrer ?

- A paracétamol
- B morphine
- C AINS *per os*
- D AINS intraveineux
- E tramadol

Question 4 – QRM

Si le patient était insuffisant rénal modéré, quel aurait été votre traitement antalgique ?

- A paracétamol
- B morphine
- C AINS *per os*
- D AINS intraveineux
- E tramadol

Question 5 – QRM

Quels sont les examens d'imagerie à demander en urgence ?

- A radiographie abdomen sans préparation (ASP)
- B scanner abdominal
- C échographie rénale et vésicale
- D urographie intraveineuse
- E imagerie par résonance magnétique

Question 6 – QROC

Quel est l'outil principal de mesure de la douleur ?

Question 7 – QROC

Quel est le médicament que vous administrez à ce patient préférentiellement par voie intraveineuse lente (nom, dose) ?

Question 8 – QROC

Quel sera le médicament à administrer en cas de non-efficacité de celui que vous avez choisi en premier ?

Question 9 – QROC

Quel est le principal paramètre clinique à surveiller dans ce cas ?

Question 10 – QRU

Quel est le mode d'administration de ce produit dans le cas de ce patient ?

- A perfusion intraveineuse
- B *per os*
- C voie sous-cutanée
- D titration intraveineuse
- E voie intramusculaire

Question 11 – QRM

Quels éléments du tableau clinique vous feraient suspecter une forme compliquée ?

- A la fièvre
- B la pollakiurie
- C la résistance aux antalgiques
- D l'hématurie
- E l'oligurie

Question 12 – QROC

Quelle sera l'attitude thérapeutique en cas de pathologie compliquée ?

Question 13 – QRU

En cas de forme non compliquée, quel est l'examen complémentaire à réaliser ?

- A numération-formule sanguine
- B *C-Reactive Protein* (CRP)
- C ionogramme sanguin
- D examen cytobactériologique des urines (ECBU)
- E aucun examen biologique

Question 14 – QRM

En salle de soins, en fonction de vos prescriptions, l'infirmière :

- A pose une voie veineuse périphérique
- B évalue la douleur,
- C recueille les urines
- D réalise la bandelette urinaire
- E tamise les urines

Question 15 – QRU

Une fois soulagé, ce patient :

- A** sera surveillé en néphrologie
- B** sera surveillé en urologie
- C** peut rentrer chez lui avec des consignes précises
- D** sera surveillé au moins 8 heures en service d'accueil des urgences
- E** part en radiologie pour avoir un scanner

Cas clinique 2++

Monsieur A.-B., âgé de 19 ans, originaire d'Afrique, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales et des difficultés à respirer ; il aurait « attrapé froid » il y a quelques jours. Il a déjà présenté plusieurs fois dans sa vie des crises douloureuses abdominales et au niveau de différentes articulations. Il pèse 50 kg pour 1,80 m ; plusieurs de ses frères et sœurs sont décédés jeunes.

Question 1 – QROC

Quelle est votre première suspicion de diagnostic ?

Question 2 – QROC

Quel est l'examen complémentaire à demander ?

Question 3 – QROC

Quel est le résultat attendu ?

Question 4 – QRM

Vous suspectez chez Monsieur A.-B., des complications aiguës de sa drépanocytose. Quelles sont les hypothèses diagnostiques ? (À confirmer ou infirmer ensuite, selon évaluation clinique et bilan complémentaire.)

- A** cholécystite
- B** crises vaso-occlusives
- C** ulcère gastrique
- D** poussée d'insuffisance cardiaque
- E** pyélonéphrite
- F** syndrome thoracique aigu

Question 5 – QRM

Parmi les complications aiguës suivantes de la drépanocytose, lesquelles sont des urgences thérapeutiques ?

- A** crises vaso-occlusives
- B** syndrome thoracique aigu
- C** priapisme
- D** infections urinaires
- E** accident vasculaire cérébral

Question 6 – QRM

Quelles sont les étiologies possiblement à l'origine du tableau abdominal aigu de Monsieur A.-B. ?

- A** lithiase vésiculaire compliquée de cholécystite ou angiocholite
- B** pyélonéphrite aiguë
- C** iléus réflexe en réaction à une vaso-occlusion rachidienne
- D** séquestration splénique ou hépatique
- E** ulcère gastroduodénal
- F** pancréatite aiguë
- G** insuffisance cardiaque droite

Question 7 – QRM

Quelles sont les principales lignes du traitement de Monsieur A.-B. ?

- A** traitement antalgique
- B** anticoagulation
- C** hydratation
- D** augmentation de la température corporelle
- E** oxygénothérapie

Question 8 – QROC

Malgré les mesures prises ci-dessus, la douleur abdominale s'aggrave. Quel est votre principal diagnostic différentiel ?

Cas clinique 3++

Monsieur B., 85 ans, est victime d'un accident de la voie publique : piéton renversé par un bus. Il est amené par les pompiers aux urgences. Le bilan lésionnel initial trouve une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, déplacée. Monsieur B. a comme antécédents : un syndrome coronarien aigu, un stent actif au niveau de l'artère interventriculaire antérieure (qui nécessite 6 mois de bithérapie antiagrégante), une insuffisance cardiaque modérée, un diabète non insulino-requérant. Il est alerte, orienté, dit avoir très mal, surtout lors des mobilisations.

Question 1 – QRM

Quelles sont les principales échelles d'évaluation qui permettront d'évaluer sa douleur ?

- A** échelle Doloplus
- B** échelle Algoplus
- C** échelle visuelle analogique (EVA)
- D** échelle verbale simple (EVS)
- E** échelle EVENDOL

Question 2 – QRM

Quelles sont les principales conséquences physiopathologiques d'une douleur non traitée ?

- A** augmentation de la consommation d'oxygène myocardique
- B** augmentation de la ventilation alvéolaire
- C** baisse de la pression artérielle
- D** hyperglycémie
- E** hyperthermie

Question 3 – QRM

Quels antalgiques proposez-vous ?

- A** paracétamol *per os*,
- B** paracétamol intraveineux
- C** AINS *per os*
- D** AINS intraveineux
- E** morphine *per os*
- F** morphine en titration intraveineuse

Question 4 – QROC

En attendant l'intervention orthopédique, le médecin urgentiste tente d'abord une réduction de foyer de la fracture. Que pouvez-vous proposer en plus des médicaments sus-cités ?

Question 5 – QROC

En préparation de l'intervention, quelle technique proposez-vous pour soulager la douleur ?

Question 6 – QRM

Par la suite, le patient appelle car il sent quelque chose d'étrange au niveau de son œil gauche. À l'examen clinique vous trouverez :

- A** une mydriase
- B** un myosis
- C** un ptosis
- D** un œil sec
- E** un œil douloureux

Question 7 – QROC

Quelle atteinte explique ce tableau ?

Question 8 – QROC

Quelle en est l'explication ?

Question 9 – QRM

Le patient vous appelle car il a du mal à respirer : la saturation artérielle en oxygène à l'air ambiant est à 88 %. Il est polypnéique ; sa respiration est superficielle. Quels sont les diagnostics étiologiques possibles ?

- A** un infarctus du myocarde
- B** une fracture costale passée inaperçue
- C** un volet costal
- D** une paralysie phrénique
- E** une conséquence de la douleur

Question 10 – QROC

En postopératoire, malgré toutes les mesures prises, il rappelle pour une douleur transfixiante de l'épaule gauche. Que craignez-vous ?

Question 11 – QRM

Quels seront les principaux examens complémentaires à demander ?

- A** électrocardiogramme (ECG)
- B** dosages de troponine
- C** Holter tensionnel
- D** échographie cardiaque
- E** scintigraphie myocardique
- F** coronarographie

Cas clinique 4++

Madame M., 56 ans, femme de ménage, a été opérée pour un syndrome du canal carpien (maladie professionnelle) en chirurgie programmée de la main droite, sous anesthésie locorégionale. Dès la levée du bloc, Madame M. se plaint de douleurs importantes, d'une sensation de pansement trop serré, d'une sensation de gonflement de la main, les plaintes douloureuses étant plus importantes en postopératoire qu'en préopératoire.

La symptomatologie s'aggrave progressivement : 4 mois après la chirurgie, sa main droite est gonflée, rouge ; elle ne s'en sert plus du tout, les doigts sont fixés en semi-flexion. Elle a également très mal à l'épaule, son bras est en permanence dans une écharpe. Aucun médicament ne la soulage. On lui a prescrit de la kinésithérapie, mais elle a tellement mal lors des séances que

le kinésithérapeute se contente de quelques massages. Elle n'a bien sûr pas repris le travail. Elle en veut au chirurgien qui l'a opérée ainsi qu'à son employeur.

Question 1 – QROC

Quel est votre diagnostic ?

Question 2 – QROC

Connaissez-vous d'autres noms pour ce syndrome ?

Question 3 – QROC

En quelle phase du syndrome est Madame M. ?

Question 4 – QRU

Quel est l'examen complémentaire indispensable pour étayer votre diagnostic ?

- A** radiographies standards
- B** imagerie par résonance magnétique (IRM)
- C** scanner de l'épaule
- D** arthroscanner d'épaule
- E** scintigraphie osseuse
- F** aucun

Question 5 – QRM

Sur quoi repose le traitement ?

- A** kinésithérapie en force
- B** kinésithérapie en douceur
- C** reprise chirurgicale
- D** traitement antalgique
- E** mise au repos complet du membre

Question 6 – QRM

Quels sont les médicaments qui ont montré une efficacité antalgique ces dernières années, même si aucun d'eux n'a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication ?

- A** corticoïdes
- B** calcitonine
- C** bisphosphonates
- D** prégabaline
- E** paracétamol

Question 7 – QRM

Après une absence de quelques mois, Madame M. revient vous voir car l'aspect de sa main a changé depuis quelque temps. Le médecin qui vous l'adresse pense qu'il s'agit de la phase froide : que pensez-vous trouver à l'examen clinique ?

- A** une main encore plus gonflée et rouge
- B** une main plus bleutée, avec les téguments plutôt secs
- C** un enraidissement du coude
- D** un enraidissement du poignet
- E** une force musculaire conservée

Question 8 – QRM

Quelles sont les autres thérapeutiques non médicamenteuses que vous pouvez proposer à Madame M. ?

- A** infiltration articulaire
- B** acupuncture
- C** neurostimulation électrique transcutanée
- D** prise en charge psychologique
- E** travail en miroir

Question 9 – QRM

Après quelques mois, alors que la situation est inchangée au niveau de la main droite, la patiente souhaiterait se faire opérer du canal carpien gauche. Le chirurgien vous demande votre avis. Quelle est votre réponse ?

- A** il est possible d'intervenir rapidement sur le canal carpien gauche
- B** il vaut mieux différer l'intervention chirurgicale sur le canal carpien gauche.
- C** il faut intervenir à gauche si signes électriques de gravité à l'électromyogramme (EMG)
- D** il existe une contre-indication formelle à intervenir à gauche même à distance
- E** une nouvelle algodystrophie est possible si l'on intervient sur le canal carpien gauche.

Question 10 – QRM

Quels sont les principes de prévention de l'algodystrophie si une intervention de chirurgie orthopédique est programmée ?

- A** limiter la durée d'immobilisation plâtrée après intervention orthopédique
- B** s'attacher à soulager la douleur préopératoire
- C** utiliser des traitements à visée antalgique préventivement 10 jours avant la chirurgie
- D** traiter la douleur postopératoire de manière rigoureuse
- E** respecter la règle de non-douleur pour les séances de kinésithérapie postopératoires

Cas clinique 5++

Monsieur Z., âgé de 82 ans, doit subir une intervention programmée : prothèse de genou pour gonarthrose invalidante. Dans ses antécédents, on trouve : un diabète non insulino-requérant, une hypothyroïdie substituée, une obésité (indice de masse corporelle à 35 kg/m²), un adénome de la prostate, un glaucome, une hypercholestérolémie, un tabagisme à 30 paquets-années, une hypertension artérielle équilibrée sous traitement.

L'intensité douloureuse (à l'échelle visuelle analogique) avant l'intervention est à 70/100 au repos et à 90/100 à la marche.

Question 1 – QRM

Quelles doivent être les mesures de prise en charge préopératoire ?

- A** équilibration du diabète
- B** traitement « énergique » de la douleur
- C** équilibration de la tension artérielle
- D** amaigrissement
- E** renforcement musculaire des membres inférieurs (quadriceps)

Question 2 – QRM

Quelles seront les différentes possibilités de prise en charge anesthésique ?

- A** anesthésie générale
- B** rachianesthésie
- C** anesthésie péridurale
- D** bloc fémoral
- E** bloc sciatique et obturateur

Question 3 – QRM

Monsieur Z. a bénéficié d'une rachianesthésie, complétée d'un bloc du nerf fémoral avec un cathéter laissé en place.

Quels médicaments peuvent être utilisés par voie intraveineuse pour la prise en charge de la douleur dans la période postopératoire immédiate (les 48 premières heures postopératoires) ?

- A** paracétamol
- B** néfopam
- C** tramadol
- D** morphine
- E** lidocaïne
- F** kétamine

Question 4 – QROC

Quel est l'intérêt principal d'un cathéter fémoral pour le postopératoire ?

Question 5 – QROC

Une fois la douleur aiguë des premiers jours passée, le patient s'aperçoit qu'il présente une faiblesse musculaire de la cuisse : vous suspectez l'atteinte de quel muscle ?

Question 6 – QROC

Quel serait le mécanisme physiopathologique, compte tenu du contexte ?

Question 7 – QROC

Quel examen doit-on réaliser dans ce contexte péri-opératoire ?

Question 8 – QROC

Une fois la douleur des premiers jours passée, le patient s'aperçoit qu'il présente une zone douloureuse en regard de la partie interne de la cicatrice, superficielle, extrêmement gênante, qu'il décrit comme des fourmillements associés à des coups de « décharge électrique ». Quel est le mécanisme physiopathologique de cette douleur ?

Question 9 – QROC

Il présente des douleurs intenses à cet endroit pour des stimulus qui d'habitude seraient peu douloureux ; comment se nomme ce trouble sensitif ?

Question 10 – QROC

Il présente également des douleurs très intenses pour des stimulations qui devraient être non douloureuses, par exemple l'effleurement de la peau ; comment se nomme ce trouble sensitif ?

Question 11 – QRM

Quels médicaments pourraient le soulager (avec un délai variable) ?

- A** paracétamol
- B** morphine
- C** gabapentine
- D** prégabaline
- E** amitriptyline
- F** clomipramine
- G** lidocaïne patch

Question 12 – QRM

Quels sont, parmi ces médicaments susceptibles d'être efficaces, ceux qui sont aujourd'hui officiellement recommandés en première ou deuxième intention ?

- A** paracétamol
- B** morphine
- C** gabapentine
- D** prégabaline
- E** amitriptyline
- F** clomipramine
- G** lidocaïne patch

Question 13 – QROC

Quel est le facteur de risque préopératoire le plus important qui soit corrélé à la chronicisation de la douleur postopératoire ?

Cas clinique 6++

Monsieur C., âgée de 72 ans, est adressé aux urgences par une ambulance non médicalisée pour une douleur abdominale. Il a comme antécédents, un infarctus du myocarde (10 ans plus tôt) traité par angioplastie et stent, une hypertension artérielle évoluant depuis 25 ans, un tabagisme à 25 paquets-années sévère, une surcharge pondérale avec un index de masse corporelle à 29 kg/m² (1,65 m et 80 kg) et une hypercholestérolémie. Son traitement journalier comprend : acétylsalicylate de lysine (75 mg, antiagrégant plaquettaire), acébutolol (200 mg, bêtabloquant), rilménidine (1 mg, antihypertenseur), rosuvastatine (5 mg, hypolipémiant). Ce patient vit avec son épouse.

À son arrivée aux urgences, le patient se plaint d'une douleur abdominale diffuse. Cette douleur évolue depuis 2 jours ; elle a débuté par la région épigastrique. Puis la douleur est devenue permanente et l'intensité douloureuse a augmenté. Monsieur C. a déjà eu dans le passé des douleurs abdominales qui ont été explorées ; son épouse a la notion d'une échographie montrant des « calculs dans la vésicule biliaire ».

Cliniquement, le patient est spontanément allongé sur le côté ; il est parfaitement conscient et peut communiquer ; la pression artérielle est à 180/100 mm Hg au bras droit et à 170/95 mm Hg au bras gauche ; la fréquence cardiaque est régulière, à 80 battements par minute, la fréquence respiratoire à 22 cycles par minute et la température à 38 °C. Son abdomen est globalement souple, mais sensible au niveau épigastrique, un peu météorisé. Il n'y a pas de défense. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale.

Question 1 – QRM

Devant ce tableau, quels sont les diagnostics étiologiques à envisager en urgence chez ce patient ?

- A** ulcère gastrique
- B** pancréatite aiguë
- C** ischémie mésentérique
- D** syndrome coronaire aigu
- E** fissure d'anévrisme de l'aorte abdominale

Question 2 – QRU

Parmi les examens suivants, quel est celui qui vous semble indispensable immédiatement ?

- A** glycémie capillaire
- B** saturation percutanée en oxygène
- C** bandelette urinaire
- D** électrocardiogramme (ECG)
- E** échographie abdominale

Question 3 – QRM

Quels outils d'évaluation de la douleur vous paraissent adaptés ?

- A** échelle visuelle analogique
- B** échelle Doloplus
- C** échelle numérique
- D** échelle verbale simple
- E** échelle Algoplus

Question 4 – QRU

Que pensez-vous de l'indication d'un traitement antalgique pour Monsieur C. ?

- A** le traitement antalgique risque de retarder la prise en charge
- B** le traitement antalgique peut être débuté immédiatement
- C** le traitement antalgique risque de masquer le diagnostic étiologique
- D** le traitement antalgique est contre-indiqué dans ce contexte
- E** le traitement antalgique nécessite un avis spécialisé préalable

Question 5 – QROC

Le médecin prescrit une analgésie multimodale à Monsieur C.

Une analgésie multimodale est également qualifiée d'analgésie

Question 6 – QRU

Une analgésie multimodale :

- A** repose sur l'association d'antalgiques systémiques et d'antalgiques à action locorégionale
- B** repose sur l'association de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses
- C** repose sur l'association d'antalgiques et de psychotropes à action antalgique
- D** repose sur l'association de médicaments de mécanisme d'action différent
- E** repose sur l'association d'antalgiques opioïdes faibles et opioïdes forts

Question 7 – QRM

L'association d'antalgiques non opioïdes et d'antalgiques opioïdes est souvent utilisée dans le cadre de l'analgesie multimodale. Quels sont les objectifs de ce type d'analgesie multimodale ?

- A** optimiser l'antalgie par interaction médicamenteuse
- B** obtenir une interaction additive ou synergique
- C** diminuer la consommation en opioïdes forts
- D** diminuer les effets indésirables liés aux opioïdes forts
- E** soulager des douleurs mixtes

Question 8 – QRU

On décide d'administrer à Monsieur C. de la morphine : quelles en sont les modalités d'administration ?

- A** titration intraveineuse avec 3 mg toutes les 5 minutes sans dépasser 12 mg
- B** titration intraveineuse avec 3 mg toutes les 5 minutes jusqu'au soulagement
- C** titration intraveineuse avec 1 mg toutes les 3 minutes jusqu'au soulagement
- D** titration intraveineuse avec 3 mg toutes les 10 minutes jusqu'au soulagement
- E** titration intraveineuse avec 5 mg toutes les 30 minutes jusqu'au soulagement

Question 9 – QRM

La surveillance du traitement repose sur :

- A** la saturation du sang artériel en oxygène
- B** la mesure des gaz du sang artériel
- C** l'état de vigilance
- D** la fréquence respiratoire
- E** le diamètre pupillaire

Question 10 – QRU

Vous avez demandé une imagerie pour Monsieur C. Alors que le patient est dans le service de radiologie, on vous appelle en urgence car il ne répond plus lorsque le manipulateur radio lui parle. Il semble inconscient. Vous constatez qu'il a les yeux spontanément fermés et qu'il ne les ouvre pas lorsque vous le lui demandez ou lorsque vous le stimulez fortement ; il émet juste des grognements. Lorsque vous le stimulez douloureusement, il réagit par contre de manière adaptée, amenant les mains vers la zone douloureuse. Il est calme, avec une fréquence cardiaque à 75 battements par minute, une pression artérielle à 100/60 mm Hg et une fréquence respiratoire à 8 par minute.

Quel est le diagnostic le plus probable étant donné les circonstances ?

- A** un accident vasculaire cérébral
- B** un état de choc septique
- C** un surdosage en morphine
- D** une hypoglycémie
- E** une hyperglycémie
- F** une hyponatrémie

Question 11 – QRM

Quels éléments cliniques peuvent vous orienter vers ce diagnostic ?

- A** somnolence
- B** bradypnée
- C** mydriase bilatérale
- D** hypotension artérielle
- E** bradycardie

Question 12 – QRU

Comment peut-on le confirmer ?

- A** amélioration clinique après injection intraveineuse d'atropine
- B** amélioration clinique après un test de remplissage vasculaire
- C** amélioration clinique après injection intraveineuse de glucosé 30 %

D augmentation de la fréquence respiratoire après injection intraveineuse de naloxone

E augmentation de la fréquence respiratoire après injection intraveineuse de flumazénil

Question 13 – QRM

Une titration intraveineuse de naloxone à raison de 40 µg toutes les 3 minutes permet de lever facilement la dépression respiratoire.

Le diagnostic étiologique a été fait : il s'agit d'une pancréatite aiguë qui nécessite d'hospitaliser le patient pour surveillance et de le laisser à jeun.

La douleur de Monsieur C. est stabilisée. On s'oriente vers un traitement médical dans un premier temps. Comment envisagez-vous la poursuite de l'antalgie (après la titration faite aux urgences) ?

- A** il faut attendre la réapparition de la douleur pour prescrire la suite, puisque le patient est soulagé
- B** il faut prescrire de la morphine *via* une pompe d'antalgie autocontrôlée par le patient
- C** il faut éviter un relais par opioïdes forts en dehors des urgences et de la réanimation
- D** il faut administrer la morphine par voie sous-cutanée de façon systématique toutes les 4 heures
- E** il faut adapter les modalités antalgiques aux capacités de surveillance du patient dans son lieu d'hospitalisation

Cas clinique 7+++

Monsieur F., âgée de 35 ans, maçon, est en arrêt de travail depuis 3 mois, suite à un accident du travail : lors du port d'un lot de briques, il a ressenti le 22 janvier 2014 précisément, une violente douleur dans le bas du dos, qui a persisté pendant des semaines. Il est resté allongé pendant 1 mois. Il ne sait plus ce qu'il a pris comme traitements, mais il ne les a pris que 2 ou 3 jours car ils étaient tous inefficaces ou à l'origine d'effets secondaires. Il a arrêté tous les médicaments sauf le paracétamol (4 g par jour).

Chaque tentative de reprise du travail s'est soldée par une reprise des douleurs à la fin de la première ou de la deuxième journée de travail. Les douleurs sont décrites comme une chape de plomb sur le bas de la colonne vertébrale ; elles n'irradient pas vers les membres inférieurs mais toute mobilisation est source de douleurs intenses, « intolérables ». Les positions debout et assise prolongées sont très pénibles et il est impossible à Monsieur F. de porter la moindre charge.

Il vient vous voir pour la première fois en consultation.

Question 1 – QRM

Vous êtes au tout début de la prise en charge. Que faut-il rechercher ?

- A** une cause infectieuse
- B** une cause tumorale
- C** une cause inflammatoire
- D** une cause post-traumatique
- E** une cause disco-radicaire

Question 2 – QROC

L'examen clinique est normal. L'imagerie rachidienne montre une protrusion discale para-médiane droite L4-L5, sans conflit disco-radulaire. Les étiologies citées ci-dessus étant éliminées, comment peut-on qualifier cette lombalgie ?

Question 3 – QRM

Que faites-vous ?

- A** vous lui prescrivez un repos au lit strict de 10 jours
- B** vous lui prescrivez un traitement corticoïde
- C** vous lui prescrivez un antalgique opioïde faible
- D** vous lui prescrivez un anti-inflammatoire non stéroïdien
- E** vous lui prescrivez un corset lombaire à porter en continu
- F** vous lui fixez un autre rendez-vous de consultation

Question 4 – QROC

Monsieur F. revient vous voir 1 semaine plus tard, comme convenu. Sa marche est précautionneuse, son attitude globale très raide. Il n'est pas amélioré par le traitement opioïde faible. Il ne dort plus la nuit et se sent très irritable ; la tension familiale monte et des disputes éclatent fréquemment avec son épouse ; il ne supporte plus leur fils de 5 ans qui fait trop de bruit ! À la maison, il est incapable de réaliser la moindre tâche sans douleur. Il refuse de voir ses amis et a repris le tabac qu'il avait eu tant de mal à arrêter. Il a très peur de perdre son emploi.

Outre le syndrome douloureux chronique, que suspectez-vous chez Monsieur F. ?

Question 5 – QROC

Il formule ses craintes : « Ma colonne est abîmée depuis janvier 2014, personne ne comprend pourquoi j'ai mal ; je vais finir paralysé en fauteuil roulant. » Les peurs et craintes liées à la douleur entraînent souvent un évitement des mobilisations et des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant même aggraver une lésion. Comment appelle-t-on cette peur ou appréhension du mouvement ?

Question 6 – QRM

Vous complétez l'évaluation du syndrome douloureux chronique à l'aide de questionnaires validés qui serviront de référence. Que proposez-vous à Monsieur F. comme stratégie thérapeutique ?

- A** une reprise rapide à son poste de travail
- B** une reconversion professionnelle
- C** une consolidation de l'accident du travail
- D** une prise en charge psychologique
- E** une prise en charge comportementale
- F** un renforcement musculaire par kinésithérapie

Question 7 – QRM

La priorité est à la prise en charge psychologique et au traitement du syndrome anxio-dépressif. Vous expliquez à Monsieur F. :

- A** la nécessité d'avoir une activité physique suffisante
- B** l'importance d'une bonne gestion des médicaments

- C** la nécessité de passer à un traitement opioïde fort
- D** la nécessité d'une reprise d'activités fractionnée
- E** l'intérêt d'une prise en charge psychiatrique

Question 8 – QRM

Monsieur F. accepte de voir le psychiatre, qui lui propose un suivi hebdomadaire pour commencer et qui a jugé utile d'introduire un traitement antidépresseur.

Un mois plus tard, Monsieur F. est globalement moins douloureux et la situation familiale est moins tendue. Il se dit prêt à reprendre le travail et le médecin du travail a donné son aval pour la reprise à son poste de travail habituel. Le médecin-conseil consolide l'accident du travail avec « poursuite des soins ». Quelques semaines après la reprise du travail, Monsieur F. est à nouveau arrêté pour la même symptomatologie.

Quelles sont les alternatives sur un plan socio-professionnel ?

- A** une mise en arrêt maladie
- B** un aménagement du poste de travail
- C** une mise en invalidité 3^e catégorie
- D** un licenciement pour inaptitude
- E** une rechute d'accident du travail

Question 9 – QRM

Quels sont, parmi les éléments suivants, ceux qui sont des facteurs de risque socioprofessionnels de chronicisation d'une lombalgie ?

- A** arrêts de travail itératifs
- B** travail sur poste informatique
- C** conflit médico-légal
- D** haut niveau de responsabilité
- E** insatisfaction au travail
- F** faible qualification professionnelle
- G** inadéquation du salaire

Question 10 – QRM

Quels sont, parmi les éléments suivants, ceux qui sont des facteurs de risque individuels de chronicisation d'une lombalgie ?

- A** jeune âge
- B** sexe masculin
- C** syndrome dépressif
- D** mauvais statut psychologique
- E** sévérité de l'incapacité fonctionnelle

Question 11 – QRM

La reprise du travail après une longue période d'arrêt, se prépare. Une collaboration est nécessaire entre plusieurs médecins : lesquels ?

- A** le médecin psychiatre
- B** le médecin algologue
- C** le médecin généraliste
- D** le médecin du travail
- E** le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie

Question 12 – QROC

Que peut-on proposer aux patients, sur une durée limitée, pour une reprise de travail progressive ?

Question 13 – QRM

La mise en place d'un mi-temps thérapeutique nécessite :

- A** l'accord du psychiatre
- B** l'accord médecin traitant
- C** l'accord du médecin du travail
- D** l'accord de l'employeur
- E** l'accord du médecin-conseil

Question 14 – QRM

Dans la lombalgie commune, quelles sont les stratégies thérapeutiques recommandées parmi celles listées ci-dessous ?

- A** massages
- B** exercices physiques
- C** école du dos
- D** kinésithérapie
- E** balnéothérapie
- F** phytothérapie
- G** traction vertébrale
- H** neurostimulation électrique transcutanée
- I** thérapies cognitives et comportementales

Monsieur F. a bénéficié du programme pluridisciplinaire de l'école du dos avec un bénéfice notable. Il a poursuivi le suivi par son psychiatre et le syndrome dépressif est actuellement bien contrôlé. Son traitement antalgique se limite à du paracétamol en traitement de fond associé à du tramadol « à la demande » en cas d'accès douloureux. Il est actuellement en cours de balnéothérapie. Un reclassement professionnel est finalement proposé à Monsieur F. après un stage de formation.

Cas clinique 8++

Mademoiselle C., âgée de 30 ans, vous est adressée en consultation, 3 mois et demi après une fracture-tassement de la troisième vertèbre lombaire suite à un accident de parapente. Elle n'a pas été opérée mais porte un corset. Elle souffre de douleurs lombaires intenses dès qu'elle met le pied par terre : « C'est comme une chape de plomb dès que je me mets debout. » Sur l'échelle visuelle analogique (EVA), l'intensité douloureuse se situe entre 60 et 70/100 en moyenne sur 8 jours, avec des accès douloureux de plusieurs heures dont l'intensité se situe entre 80 et 100/100. Au repos, la douleur lombaire se calme progressivement. Mademoiselle C. se plaint également de brûlures de la cuisse droite, avec fourmillements, picotements, décharges électriques. Vendeuse dans un grand magasin de sport, elle ne peut toujours pas reprendre le travail à cause des douleurs qui l'épuisent et elle ne peut plus rien faire chez elle à cause des douleurs; son moral est médiocre et la vie familiale s'en ressent.

Vous voyez Mademoiselle C. pour la première fois en consultation au centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD).

Question 1 – QROC

Quel est le mécanisme physiopathologique probable des douleurs lombaires ?

Question 2 – QROC

Quel est le mécanisme physiopathologique probable des douleurs de la cuisse droite ?

Question 3 – QRM

Dans son courrier, le médecin généraliste mentionne que le paracétamol a été arrêté car inefficace et que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) soulageaient Mademoiselle C. au début mais qu'elle a été obligée de les arrêter à cause de gastralgies; elle est depuis ce moment-là sous oméprazole 20 mg le soir. Quels sont les autres effets indésirables fréquents des anti-inflammatoires non stéroïdiens ?

- A** troubles de l'équilibre
- B** œdèmes périphériques
- C** réactions d'hypersensibilité
- D** insuffisance rénale fonctionnelle
- E** convulsions

Question 4 – QRM

Son médecin généraliste lui a prescrit ensuite du tramadol LP à doses progressivement croissantes en 2 prises quotidiennes. Parmi les effets indésirables du tramadol notés ci-dessous, lesquels sont fréquents ?

- A** tachycardie
- B** sensations vertigineuses
- C** somnolence
- D** nausées
- E** dépendance
- F** acouphènes

Question 5 – QROC

Le tramadol ayant occasionné des nausées et des sensations de vertiges, son rhumatologue, à l'occasion d'une visite de contrôle, a décidé de l'arrêter et lui a prescrit de la morphine orale à libération prolongée (LP), en 3 prises quotidiennes, traitement qu'elle a arrêté rapidement car elle était constipée et trop somnolente dans la journée.

Son médecin généraliste vous signale dans son courrier qu'il a introduit de la morphine à libération immédiate (LI). Il a besoin de votre avis pour l'ajustement de ce traitement, mais qui ne semble pas convenir à Mademoiselle C. qui vous dit : « J'ai arrêté car mon mari dit que je vais devenir toxico avec ça ! Vous savez, Docteur, je les prends seulement quand j'ai très mal... J'attends le maximum pour ne pas m'habituer, mais de toute façon ça ne marche pas ! Je souffre encore pendant au moins 1 heure après les avoir pris ! Après oui, je souffle pendant 3 heures et puis ça recommence... » Quel autre opioïde fort aurait pu être prescrit par voie orale en relais des opioïdes faibles ?

Question 6 – QRM

Pour traiter les douleurs neuropathiques radiculaires de la cuisse, Mademoiselle C. vous explique que son médecin généraliste lui a prescrit de la prégabaline en 2 prises systématiques, matin et soir, avec une augmentation progressive des doses par paliers, d'une semaine : 50 mg matin et soir, puis 75 mg matin et soir, puis 100 mg matin et soir, etc. ; elle vient de passer à 150 mg matin et soir. La prégabaline a atténué les brûlures de la cuisse; il persiste quelques décharges électriques qui sont moins fréquentes.

Le film que vous allez voir vous montre la seconde partie de cette première consultation au CETD :  vidéo 1 (<http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm017.mp4/>).

Mademoiselle C. évoque sa crainte de la « toxicomanie ». Vous lui expliquez brièvement dans la vidéo qu'il n'y a pas de risque; mais vous avez prévu de revenir sur ce sujet : comment pensez-vous compléter vos propos pour tenter de la rassurer ?

- A** vous lui dites qu'avec les morphiniques actuels, le risque de « toxicomanie » est nul
- B** vous lui dites que si elle respecte scrupuleusement la prescription, le risque est très faible
- C** vous lui dites qu'une accoutumance est possible mais qu'on va surveiller pour anticiper
- D** vous lui dites que le risque existe uniquement avec de fortes doses de morphiniques
- E** vous lui dites de prévenir si elle ressent un besoin fréquent d'augmenter les doses

Question 7 – QRM

Cette vidéo illustre les grands principes recommandés pour l'entretien avec un patient douloureux chronique : lesquels ?

- A** les modalités de prise des antalgiques
- B** l'alliance thérapeutique permettant l'adhésion de la patiente
- C** la nécessité d'un programme thérapeutique personnalisé
- D** la nécessité d'établir des objectifs partagés avec la patiente
- E** l'importance de n'avoir qu'un seul médecin qui gère la douleur
- F** l'information les effets indésirables des antalgiques

Question 8 – QROC

Comment se nomme la phase de détermination des besoins du patient en opioïdes forts, c'est-à-dire la période où est déterminée la posologie minimale d'opioïde permettant d'obtenir un soulagement significatif ?

Question 9 – QRM

Qu'avez-vous retenu des conseils thérapeutiques à donner aux patients sur le mode de prise des opioïdes forts (LP et LI) ?

- A** les formes LP permettent de soulager la douleur de fond
- B** les formes LP et LI se gèrent globalement de la même façon
- C** les formes LI permettent de traiter les accès douloureux
- D** les formes LI permettent d'anticiper les accès douloureux prévisibles
- E** les formes LI sont indiquées surtout en phase de titration

Question 10 – QRM

Quelles informations et quels conseils allez-vous donner à Mademoiselle C. pour la prévention des effets indésirables sous opioïdes forts ?

- A** certains effets indésirables, comme les nausées, sont transitoires
- B** la constipation est fréquente et nécessitera surveillance et traitement en continu

- C** la survenue d'effets indésirables doit conduire à l'arrêt immédiat du traitement opioïde
- D** la dépression respiratoire est l'effet indésirable le plus fréquemment observé
- E** les mesures hygiéno-diététiques font partie du traitement préventif de la constipation

Question 11 – QROC

Quel est le risque d'un arrêt brutal du traitement morphinique ?

Question 12 – QRM

Cette consultation illustre des éléments recommandés pour la prise en charge du patient douloureux chronique relatifs au parcours de soins : lesquels ?

- A** la nécessité de centraliser le suivi de la douleur par un médecin unique
- B** la nécessité d'une collaboration étroite avec le médecin traitant
- C** la nécessité de procéder par étapes avec des objectifs prédéfinis
- D** la nécessité d'une réévaluation pour adapter le traitement progressivement
- E** la réorientation systématique de la patiente vers le médecin demandeur
- F** la transmission des conclusions de l'évaluation au médecin demandeur

Question 13 – QRM

Une relation médecin-malade de qualité favorise l'alliance thérapeutique. Quel comportement adopter ?

- A** se montrer d'emblée disponible et à l'écoute
- B** établir une relation de confiance
- C** adopter une attitude de réassurance
- D** pointer dès le départ toutes les difficultés prévisibles
- E** utiliser la reformulation pour vérifier la compréhension

Question 14 – QRU

Parmi celles que vous avez désignées à la question 13, une attitude n'est pas observable dans la vidéo ?

- A** se montrer d'emblée disponible et à l'écoute
- B** établir une relation de confiance
- C** adopter une attitude de réassurance
- D** pointer dès le départ toutes les difficultés prévisibles
- E** utiliser la reformulation pour vérifier la compréhension

Question 15 – QROC

Comme se nomme la pratique qui vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ?

Cas clinique 9+

Madame P., 84 ans, veuve, vit seule au 5^e étage avec ascenseur, sans aide. Sa fille unique étant décédée d'une leucémie, il lui reste uniquement des petits-enfants lointains.

On note au niveau de ses antécédents : une dépression réactionnelle au décès de sa fille, un stripping de varices, une cataracte bilatérale opérée, une hypertension artérielle traitée par rilménidine (Hyperium®) et valsartan-hydrochlorothiazide (Cotareg®), une thrombose de l'artère centrale de la rétine gauche traitée par naftidrofuryl (Praxilène®) et acétylsalicylate de DL-lysine (Aspégic®).

Madame P. présente des douleurs lombaires irradiant vers les fesses, de type mécanique, augmentées par la mobilisation et calmées par le repos, sans symptomatologie neuropathique. Elle est suivie par un rhumatologue. Du fait des douleurs, elle réduit son périmètre de marche et ses sorties au strict minimum. Elle est traitée par paracétamol-tramadol (Ixprim®) à raison de 6 comprimés au maximum par jour (si douleur).

Question 1 – QRM

Quel(s) outil(s) d'évaluation de la douleur peut-on utiliser chez cette patiente ?

- A l'échelle numérique (EN)
- B l'échelle Algoplus®
- C l'échelle visuelle analogique (EVA)
- D l'échelle verbale simple (EVS)
- E l'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA)

Question 2 – QRM

Parmi les différents outils d'évaluation de la douleur, l'échelle verbale simple (EVS) :

- A est une échelle d'évaluation fondée sur l'hétéroévaluation
- B demande des capacités d'abstraction et de compréhension moins importantes que l'échelle visuelle analogique
- C quantifie le retentissement de la douleur sur la qualité de vie
- D permet à la patiente de s'autoévaluer avec des adjectifs simples
- E donne un score d'intensité de la douleur de 0 à 10

Question 3 – QROC

Quel outil d'évaluation de la douleur permet d'éliminer une douleur neuropathique ?

Questions 4 – QRM

Quels sont les facteurs favorisants de la douleur chez la personne âgée ?

- A l'isolement social
- B la dénutrition
- C l'existence fréquente de polypathologies
- D la sous-estimation de la douleur
- E la sous-évaluation de la douleur
- F les difficultés d'évaluation de la douleur

Question 5 – QRM

Quelles hypothèses peut-on évoquer pour expliquer la persistance de la douleur chez Madame P. ?

- A les médicaments ne sont pas adaptés à ce type de douleur
- B la patiente limite les prises de paracétamol-tramadol, de peur de « s'habituer »

- C le paracétamol-tramadol est bien pris mais il s'avère insuffisant à la soulager
- D la patiente vomit après la prise des antalgiques
- E l'horaire de prise des médicaments est indépendant de celui des douleurs

Question 6 – QRM

Après l'interrogatoire, on s'aperçoit que la patiente à surtout mal le matin au lever et qu'elle ne prend ces médicaments que lorsqu'elle a très mal, après le petit déjeuner. Quelles stratégies thérapeutiques peut-on alors lui proposer ?

- A un relais vers les opioïdes forts
- B une prise systématique des antalgiques à horaire fixe
- C une prise d'antalgique unique, le matin
- D un antalgique à libération prolongée 2 fois par jour
- E un maintien du traitement en cours, par crainte d'effets indésirables

Question 7 – QRM

La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez Madame P. est :

- A possible
- B recommandée
- C contre-indiquée
- D risquée
- E laissée à l'appréciation du médecin

Question 8 – QRM

Parmi les affirmations suivantes concernant les AINS chez le sujet âgé, lesquelles sont vraies ?

- A les AINS interagissent avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- B les AINS sont faciles à utiliser chez le sujet âgé
- C les AINS peuvent entraîner des hémorragies digestives chez le sujet âgé
- D les AINS demandent une surveillance attentive chez le sujet âgé
- E les AINS peuvent être utilisés au long cours dans l'arthrose du sujet âgé

Question 9 – QRU

Malgré une prise de paracétamol-tramadol à la bonne posologie et aux bons horaires, Madame P. revient en consultation avec une plainte douloureuse importante, expliquant « qu'elle ne veut plus sortir, qu'elle ne sert plus à rien, que la vie est intolérable avec cette douleur et qu'elle serait mieux morte ». Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable pour expliquer la persistance de la douleur chez Madame P. ?

- A une résistance pharmacologique aux antalgiques
- B une interaction médicamenteuse rendant les antalgiques inactifs
- C un manque de volonté de la patiente
- D un syndrome dépressif
- E un facteur organique surajouté

Question 10 – QRM

Quelles actions complémentaires peut-on proposer à Madame P. ?

- A une prise en charge par un kinésithérapeute
- B une aide au domicile pour rompre l'isolement
- C un traitement antidépresseur

- D un soutien psychologique
- E une neurostimulation électrique transcutanée
- F une thérapie cognitive et comportementale

Cas clinique 10++

Madame P., âgée de 55 ans, consulte son médecin traitant pour apparition d'un gonflement douloureux du genou droit après un effort de marche plus prononcé que d'habitude. Depuis, elle est surtout très gênée à la marche. En dehors d'un flexum et d'un choc rotulien du genou droit, l'examen clinique est sans particularité hormis un indice de masse corporelle à 27,2 kg/m². Elle a comme antécédent une ménissectomie interne droite à l'âge de 28 ans, à la suite d'une chute à ski.

Question 1 – QRM

Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

- A poussée de chondrocalcinose
- B début de polyarthrite rhumatoïde
- C poussée congestive d'arthrose
- D arthrite septique
- E pathologie méniscale

Question 2 – QRU

Quel examen complémentaire allez-vous demander en premier lieu pour explorer le genou de Madame P. ?

- A une imagerie par résonance magnétique
- B une scintigraphie osseuse
- C une analyse articulaire du liquide articulaire par ponction
- D une échographie du genou
- E un arthroscanner du genou

Question 3 – QRM

Une analyse du liquide articulaire avec examen cyto-bactériologique et recherche de microcristaux est effectuée. Quelle sera votre stratégie thérapeutique en attendant les résultats de la ponction articulaire ?

- A antibiothérapie
- B mise en décharge du genou
- C traitement antalgique par paracétamol
- D traitement AINS par voie orale
- E immobilisation par attelle

Question 4 – QROC

Vous revoyez votre patiente 8 jours plus tard. Le résultat de l'analyse du liquide montre « un liquide citrin, épais contenant 890 éléments/mm³, et une absence de microcristaux ». Les cultures en bactériologie sont négatives à 48 heures. Quel diagnostic retenez-vous ?

Question 5 – QRU

Quel est le mécanisme physiopathologique habituel des douleurs d'origine arthrosique ?

- A douleur nociceptive
- B douleur neuropathique
- C douleur mixte
- D douleur idiopathique
- E douleur psychogène

Question 6 – QRM

Vous lui proposez un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien local en plus du paracétamol. Madame P. est contente de son traitement ; le gonflement du genou disparaît.

Un an plus tard, Madame P. revient vous voir car elle souffre d'une douleur intense du même genou malgré la prise régulière de paracétamol. Elle prend 1 g de paracétamol le matin et attend le soir pour en reprendre un autre si besoin. Que prescrivez-vous ?

- A vous prescrivez un anti-inflammatoire local
- B vous augmentez la posologie du paracétamol à 4 g par jour
- C vous prescrivez un opioïde fort d'emblée
- D vous prescrivez un emplâtre de lidocaïne
- E vous injectez un anesthésique local en intra-articulaire

Question 7 – QRM

Quels conseils thérapeutiques lui donnez-vous ?

- A faire des exercices de renforcement musculaire réguliers
- B faire un régime alimentaire pour perdre du poids
- C utiliser une canne du côté de la douleur
- D utiliser une canne du côté opposé à la douleur
- E limiter au maximum les déplacements

Question 8 – QRM

Sur les conseils d'une cousine, après 6 mois d'un traitement partiellement efficace, elle consulte un chirurgien qui fait pratiquer des radiographies. Il existe sur les clichés comparatifs un pincement articulaire net de l'interligne fémoro-tibial du genou droit plus important en interne avec ostéosclérose du plateau tibial et ostéophytose marginale. L'indication chirurgicale n'est pas retenue compte tenu de l'âge de la patiente et devant des lésions peu évoluées. Le chirurgien vous l'adresse pour ajustement du traitement antalgique. Que peut-on lui proposer ?

- A un remplacement du paracétamol par un AINS en continu
- B un remplacement du paracétamol par un antalgique opioïde faible
- C une infiltration articulaire de corticoïdes
- D une visco-supplémentation par injection intra-articulaire d'acide hyaluronique
- E une application de capsaïcine 8 % en hôpital de jour

Question 9 – QROC

Sept années se sont écoulées. Le syndrome douloureux chronique de Madame P. devient plus handicapant. Elle ne peut plus faire ses randonnées habituelles ; elle supporte mal les traitements opioïdes faibles. Elle consulte à nouveau son chirurgien qui retient cette fois l'indication chirurgicale. Madame P. est opérée : le chirurgien effectue un remplacement prothétique complet du genou droit. Les suites opératoires sont simples. La rééducation en centre spécialisé se déroule bien, permettant d'obtenir un résultat fonctionnel très satisfaisant avec une flexion de 110° et une absence de flexum.

Six mois plus tard, elle revient vous voir pour des douleurs nouvelles de son genou droit, à type de brûlures, augmentées par la marche qu'elle limite au maximum. Elle supporte mal le contact de son pantalon en regard du genou. Elle revoit son chirurgien qui lui dit que « le matériel est en place et que tout est normal ». À l'examen clinique, le genou est normo-axé, il n'existe pas de choc rotulien, les amplitudes articulaires sont satisfaisantes. La cicatrice est propre. Il existe une douleur dès l'effleurement de la peau, juste en dedans de la cicatrice, associée à une hypoesthésie. La zone douloureuse est relativement limitée. Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 10 – QRM

Quelles classes médicamenteuses par voie générale sont recommandées dans ce type de douleur ?

- A** antiépileptiques
- B** neuroleptiques
- C** antidépresseurs tricycliques
- D** opioïdes agonistes forts
- E** inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine

Question 11 – QRM

Madame P. vous explique que son médecin généraliste a tenté le tramadol qu'elle n'a pas bien toléré. Elle est sur la défensive quand vous parlez d'antidépresseur pour traiter ses douleurs ; vous décidez d'initier un traitement par antiépileptique. Comment instaurez-vous le traitement ?

- A** prescription d'emblée à la dose maximale recommandée
- B** prescription à faibles doses au début de traitement
- C** prescription à doses progressivement croissantes par paliers
- D** prescription augmentée jusqu'à la dose maximale bien tolérée et efficace
- E** prescription par paliers jusqu'à la dose maximale recommandée

Question 12 – QROC

Après l'essai de plusieurs médicaments, Madame P. est soulagée avec le meilleur rapport bénéfices/effets indésirables par la prégabaline à 150 mg matin et soir ; au-dessus de cette posologie, Madame P. se plaint de somnolence diurne. L'allodynie tactile nocturne est partiellement diminuée par de la lidocaïne en traitement local que Madame P. met le soir au coude (un emplâtre).

Madame P. se dit insuffisamment soulagée dans la journée et ne veut toujours pas de traitement antidépresseur.

Quel traitement local pourriez-vous lui proposer, en maintenant son traitement actuel par prégabaline orale ?

Cas clinique 11+++

Madame C. femme jeune, en bon état général, vient pour la première fois en consultation au centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD). Elle souffre

de lombo-sciatalgie chronique persistante à 6 mois d'une discectomie lombaire pour hernie discale. Vous assistez à cette première consultation :  vidéo 2 (<http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm115.mp4/>).

Question 1 – QRM

Madame C. apparaît :

- A** désabusée
- B** battante
- C** déçue
- D** démoralisée
- E** irritable

Question 2 – QRM

Quels sont les facteurs d'entretien potentiels de la douleur chez Madame C. ?

- A** les événements de vie
- B** l'isolement social
- C** l'incompréhension
- D** l'absence d'adhésion au projet
- E** le long passé douloureux

Question 3 – QRM

Madame C. a vu une quinzaine de médecins différents pour ses douleurs. Quelles sont les hypothèses pouvant expliquer cette pratique ?

- A** une dépendance médicamenteuse nécessitant plusieurs prescripteurs
- B** le besoin de prendre l'avis de plusieurs spécialistes pour mieux comprendre
- C** une quête de gestes thérapeutiques invasifs à visée antalgique
- D** une insatisfaction vis-à-vis des prises en charge antérieure de la douleur
- E** un manque de confiance vis-à-vis du corps médical

Question 4 – QRM

Devant toute lombo-sciatalgie chronique, la première étape consiste à vérifier qu'il s'agit bien d'une douleur radiculaire séquellaire. Dans cette optique, il faut, par une démarche diagnostique, clinique et paraclinique, éliminer :

- A** une récurrence de hernie discale
- B** une pathologie rhumatismale
- C** une lésion traumatique
- D** une métastase rachidienne
- E** un tassement ostéoporotique

Question 5 – QRM

L'examen clinique et paraclinique permet de vérifier qu'il s'agit bien d'une lombo-radiculalgie séquellaire. Le questionnaire DN4 à 6/10 confirme le mécanisme neuropathique de la douleur. Quels sont les premiers éléments qui devront faire partie du programme thérapeutique initial ?

- A** l'information de la patiente sur les causes de la douleur
- B** la reprise d'un traitement antidépresseur
- C** l'instauration d'un climat de confiance
- D** l'adhésion à la prise en charge ultérieure
- E** la prise en charge psychiatrique

Question 6 – QRM

Quelles sont les échelles qui permettent d'évaluer spécifiquement un syndrome anxio-dépressif ?

- A** échelle de DALLAS
- B** échelles de Hamilton
- C** échelle de Beck
- D** échelle HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)
- E** échelle SF 36 (*Study Short-Form Health Survey*)

Question 7 – QRM

L'entretien avec Madame C. complété par les échelles d'évaluation confirme l'existence d'un syndrome anxio-dépressif avéré. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses pourraient être indiquées dans le cas de Madame C. ?

- A** la neurostimulation électrique transcutanée
- B** l'acupuncture
- C** la kinésithérapie
- D** la relaxation
- E** l'hypnose

Question 8 – QRM

Un climat de confiance s'est enfin installé entre Madame C. et l'équipe du CETD. Un programme thérapeutique fonctionnel va être mis en place avec l'équipe de rééducation fonctionnelle. Quels sont les objectifs de ce programme ?

- A** la réinsertion socio-professionnelle
- B** la gestion des traitements antalgiques
- C** le suivi psychiatrique personnalisé
- D** la gestion du stress en lien avec la douleur chronique
- E** la reprise d'activités physiques, graduée, quantifiée, intégrée

Question 9 – QRM

Six mois plus tard, Madame C. est à présent suivie par le psychiatre du centre régulièrement. Elle a pu bénéficier d'un programme thérapeutique fonctionnel personnalisé grâce à la collaboration étroite établie avec un centre de rééducation fonctionnelle spécialisée dans la prise en charge des lombo-radicalgies chroniques. Madame C. a ainsi pu reprendre ses activités quotidiennes et réintégrer une vie socio-professionnelle puisqu'elle travaille à présent à mi-temps thérapeutique. Le niveau de douleur ne s'est pas modifié, mais la tolérance à la douleur est meilleure et elle a pu reprendre ses activités antérieures; c'est la réactivation physique et la restauration fonctionnelle qui sont visées avant tout.

Quels sont les médecins partenaires indispensables à la réussite d'un tel projet sur du long terme ?

- A** médecin généraliste
- B** médecin rééducateur
- C** médecin-conseil de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie)
- D** médecin psychiatre
- E** médecin algologue

Question 10 – QROC

Si la douleur et le handicap avaient persisté malgré cette approche multidisciplinaire, l'adaptation des traitements médicamenteux et le programme d'optimisation des capacités fonctionnelles, qu'aurions-nous pu proposer comme thérapeutique à Madame C. ?

Cas clinique 12+

Monsieur M., âgé de 39 ans, consulte au sein d'une structure spécialisée dans la douleur chronique pour des lombalgies chroniques, un an et demi après une arthrolyse L5-S1 postéro-latérale du rachis lombaire avec cages, pour lombalgies invalidantes (sans radicalgie) sur discopathie dégénérative. Les douleurs se seraient accentuées en raison d'une infection du site opératoire (superficielle) qui a nécessité une réintervention, complication infectieuse qui serait survenue, selon lui, à cause d'une négligence dans les soins locaux postopératoires. Les douleurs sont accentuées par la marche, la montée et la descente des escaliers — il habite dans un appartement situé au 5^e étage d'un immeuble sans ascenseur — et le sommeil est de mauvaise qualité. Monsieur M. sort très peu de chez lui. Il dit « vivre un calvaire depuis cette erreur aux conséquences irréversibles sur sa vie privée et professionnelle ». Aucun médicament antérieur n'aurait apporté de soulagement, mais il n'a pas le souvenir d'effets indésirables intolérables. « Mon état est catastrophique et ma vie est un cauchemar, à cause de pansements mal faits ! »

Les derniers bilans pratiqués montrent un matériel d'ostéosynthèse bien en place, sans autre complication lésionnelle.

Dès le début de la prise en charge, Monsieur M. est tendu et communique sur un mode revendicatif et agressif. Vous avez bien pris en compte l'importance du retentissement des douleurs chroniques sur sa qualité de vie, mais quand vous tentez d'aborder avec lui les causes possibles des douleurs rachidiennes, il n'écoute pas les explications et poursuit ses critiques acerbes : ce qu'il sait, c'est qu'il a été mal pris en charge et que les conséquences sont désastreuses pour lui.

Question 1 – QRU

Quel diagnostic vous évoque cette situation clinique dès la première consultation ?

- A** une hystérie de conversion
- B** une névrose obsessionnelle
- C** un trouble hypocondriaque
- D** une personnalité paranoïaque
- E** une psychose maniaco-dépressive

Question 2 – QRM

Face à une telle situation pour une première consultation, il existe plusieurs attitudes thérapeutiques possibles, mais certaines sont à éviter : lesquelles ?

- A** vous tentez de retracer les grandes lignes de son histoire de vie
- B** vous lui expliquez que sa pathologie n'est pas du ressort de votre structure douleur
- C** vous lui proposez de revenir quand il sera dans de meilleures dispositions
- D** vous lui expliquez qu'il doit voir impérativement un psychiatre près de son domicile
- E** vous proposez de le revoir prochainement en consultation pluridisciplinaire
- F** vous lui expliquez que sa douleur est le fruit de son imagination

Question 3 – QRM

Pour affiner l'évaluation du syndrome douloureux chronique et organiser la prise en charge, vous avez besoin :

- A** de recueillir les antécédents personnels et familiaux
- B** de connaître les facteurs d'entretien de la douleur
- C** de contacter les autres intervenants médicaux en charge de Monsieur M.
- D** d'hospitaliser le patient pour bilan complémentaire
- E** du regard du psychiatre de votre équipe

Question 4 – QRM

Monsieur M. accepte de rencontrer le psychiatre de l'équipe.

Son histoire de vie est émaillée de difficultés personnelles et relationnelles multiples. Il vit seul depuis 10 ans après une rupture familiale complète. Il a vécu de nombreuses situations conflictuelles; il en garde des souvenirs précis et beaucoup de rancœur qui génère une méfiance permanente et des procédures multiples. Après une période d'errance où il est sans domicile fixe, il est pris en charge par un éducateur, mais il reste dans l'impossibilité de se fixer dans un lieu de vie ni de se projeter dans l'avenir.

La prise en charge de la douleur d'un patient paranoïaque est toujours difficile. Il est important d'identifier les éléments cliniques sur lesquels il sera possible d'agir, sans être délétère. On peut proposer à Monsieur M., sur plusieurs consultations :

- A** une prescription d'antalgiques opioïdes faibles
- B** une prescription d'opioïdes forts
- C** une psychothérapie
- D** un test de neurostimulation électrique transcutanée
- E** des séances de kinésithérapie ou de balnéothérapie

Question 5 – QRM

Sur quel mode relationnel faut-il aborder les personnalités paranoïaques douloureuses? Il faut :

- A** pratiquer l'écoute empathique active
- B** provoquer la confrontation directe
- C** éviter la confrontation directe
- D** contenir pour éviter les débordements verbaux
- E** conserver une distance polie
- F** conserver une attitude thérapeutique de respect et compréhension
- G** prendre du recul par rapport à la situation personnelle du malade
- H** rester ferme dans ses décisions

Cas clinique 13++

Madame C., âgée de 30 ans, souffre de douleurs chroniques musculaires et articulaires diffuses depuis 2 ans; les douleurs sont apparues dans le mois qui a suivi une période très difficile de stress au travail : cadence de travail infernale et harcèlement moral. Au début, elle parvenait à gérer les douleurs et la fatigue puis des douleurs se sont accentuées et la fatigue est devenue très invalidante; aucun médicament ne la soulage. Elle vient juste de déménager. Son nouveau médecin généraliste vous l'adresse pour avis diagnostique et thérapeutique car il ne sait plus quoi faire. Le diagnostic de fibromyalgie a été évoqué.

Vous voyez Madame C. en consultation pour la première fois :  vidéo 3 (<http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm214.mp4/>).

Madame C. est actuellement en arrêt longue maladie pour dépression. Elle vous dit qu'elle n'en peut plus, que son entourage ne la comprend pas. Le moindre effort la fatigue et elle ne sort pratiquement plus de chez elle; elle dort très mal la nuit, se dit épuisée et ne supporte plus rien. Les troubles du sommeil et la fatigue sont au même plan que les douleurs en termes de handicap ressenti.

Question 1 – QRU

La fibromyalgie est :

- A** un rhumatisme inflammatoire
- B** un trouble somatoforme
- C** une forme de myopathie
- D** une maladie de système
- E** une maladie orpheline

Question 2 – QRM

Tous les examens complémentaires sont normaux. Madame C. aurait déjà consulté une quinzaine de médecins sans aucun bénéfice. On lui aurait dit à maintes reprises : « Vous n'avez rien », « C'est dans votre tête », « Allez voir le psychiatre ». Parallèlement au syndrome douloureux chronique dont les localisations sont erratiques, Madame C. se plaint de symptômes multiples, variés d'un jour à l'autre : des douleurs abdominales, des lombalgies intenses, des céphalées des paresthésies des mains, des troubles mnésiques... Vous confirmez le diagnostic de fibromyalgie sur un faisceau d'arguments cliniques : il s'agit d'un trouble somatoforme avec des comorbidités associées. Parmi les comorbidités suivantes, lesquelles sont fréquemment rencontrées dans la fibromyalgie ?

- A** céphalées
- B** troubles de l'humeur
- C** lombalgies chroniques
- D** troubles du sommeil
- E** colopathie fonctionnelle
- F** troubles urinaires
- G** algies faciales

À partir de la vidéo, qui vous permet de visualiser une partie de la première consultation de Madame C. au centre d'évaluation et traitement de la douleur, répondez aux questions suivantes [questions 3 à 7].

Question 3 – QROC

Devant l'évocation des nombreuses structures dédiées à la prise en charge de la douleur, déjà consultées, quelle attitude de Madame C. suspectez-vous ?

Question 4 – QRM

Quels sont les ressentis de la patiente après un long parcours d'échecs successifs dans sa recherche de soulagement ?

- A** la colère
- B** l'incompréhension
- C** la mauvaise acceptation
- D** l'apathie
- E** la résignation
- F** le manque d'information
- G** la déception

Question 5 – QRM

Quelles sont les techniques de communication qui visent à instaurer une relation médecin-patient adaptée au contexte ?

- A** la reconnaissance de la douleur
- B** l'écoute empathique
- C** l'écoute directive
- D** l'instauration d'un climat de confiance
- E** la réassurance
- F** la fermeté

Question 6 – QRM

Au cours de cet entretien, quels sont les éléments utilisés par le médecin qui vont concourir à établir secondairement des objectifs partagés avec Madame C. ?

- A** la notion de projet thérapeutique à établir
- B** l'annonce de l'inventaire des traitements antérieurs
- C** l'information sur la pathologie douloureuse
- D** l'information sur les médicaments
- E** l'évocation de thérapies complémentaires
- F** le temps de réflexion indispensable

Question 7 – QROC

Comment se nomme cette stratégie de communication, observée dans la vidéo, très utile en consultation médicale ?

Question 8 – QRM

Madame C. revient vous voir en consultation 1 mois plus tard : c'est la deuxième consultation. Vous avez pu récupérer de votre côté tout ce qui lui a été prescrit précédemment. Les symptômes douloureux (identiques en termes de localisation) se sont accentués. Madame C. vous demande une solution antalgique radicale car elle n'en peut plus d'attendre qu'on la soulage. Pour faire face à la douleur de Madame C. et à la pression de la situation, que proposez-vous ?

- A** une escalade médicamenteuse encadrée
- B** une hospitalisation pour bilan complémentaire approfondi
- C** une prise de contact avec le médecin traitant très investi dans le suivi
- D** une hospitalisation pour perfusions d'antidépresseurs tricycliques
- E** une prise en charge psychiatrique en centre médico-psychologique (CMP)
- F** une consultation pluridisciplinaire interne au centre de la douleur

Question 9 – QRM

Vous prévoyez de la revoir en ambulatoire et de programmer une consultation pluridisciplinaire interne au centre de la douleur avec l'ensemble des professionnels. En attendant, quels conseils lui donnez-vous sur le plan comportemental ?

- A** vous lui dites de cesser immédiatement toute activité physique
- B** vous lui dites d'éviter la surconsommation médicamenteuse
- C** vous lui dites de changer d'antalgiques chaque mois pour éviter l'accoutumance
- D** vous lui dites de rester alitée pendant au moins 1 semaine
- E** vous lui dites de reprendre une activité physique graduée à quotas

Question 10 – QRU

Quel doit être l'objectif principal de la prise en charge du patient fibromyalgique ?

- A** l'arrêt de tous les antalgiques
- B** la guérison complète
- C** la reprise du travail
- D** la restauration du sommeil
- E** la réadaptation sociale et familiale
- F** la disparition totale des douleurs

Question 11 – QRM

Quels sont les traitements médicamenteux ou classes médicamenteuses qui ont fait la preuve d'une efficacité partielle dans la fibromyalgie.

- A** le tramadol
- B** les opioïdes forts
- C** les antidépresseurs tricycliques
- D** la prégabaline
- E** la duloxétine
- F** la venlafaxine
- G** les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- H** les corticoïdes

Question 12 – QRM

La prise en charge du syndrome fibromyalgique repose sur une approche psycho-éducative et cognitivo-comportementale. Quels sont les outils à votre disposition pour y parvenir ?

- A** la tenue d'un agenda de la douleur
- B** l'apprentissage la relaxation
- C** les techniques de gestion du stress
- D** l'apprentissage des stratégies de coping
- E** la motivation au changement
- F** la réactivation physique progressive
- G** le repérage des facteurs d'entretien des douleurs

Question 13 – QRM

Comment allez-vous juger de l'efficacité de la stratégie thérapeutique chez Madame C. ?

- A** sur l'intensité de la douleur
- B** sur des indices fonctionnels
- C** sur des échelles de qualité de vie
- D** sur les marqueurs biologiques
- E** sur l'intensité de la fatigue
- F** sur les troubles de l'humeur
- G** sur le nombre de journées travaillées

Cas clinique 14++

Monsieur D., 62 ans, caissier dans un magasin de bricolage, consulte au centre de la douleur à la demande de son médecin généraliste pour des douleurs diffuses très invalidantes depuis 3 ans. Les douleurs sont apparues dans les suites d'un accident de voiture, bien après consolidation de la fracture de clavicule. Il a fait l'objet de bilans approfondis qui n'ont rien retrouvé sur le plan lésionnel.

Il passe la moitié de sa journée en position allongée et vous dit : « C'est de pire en pire ; rien n'améliore mon état, mon médecin ne sait plus quoi faire. » Quand vous lui demandez de bien vouloir préciser les circonstances de l'accident, son regard se trouble ; il

manifeste une réaction émotionnelle vive : il revoit encore très souvent la scène de l'accident. Lors de l'entretien, le patient est plusieurs fois au bord des larmes, il se plaint d'insomnie, vous le trouvez très tendu. Il se plaint d'être devenu craintif et de ne plus parvenir à prendre des décisions. La reprise du travail dans cet état lui semble inenvisageable.

Question 1 – QRM

Quelles sont les hypothèses diagnostiques à ce stade ?

- A** un syndrome dépressif
- B** un syndrome démentiel débutant
- C** un syndrome de stress post-traumatique
- D** un syndrome délirant
- E** un syndrome de conversion hystérique

Question 2 – QRM

Quels autres éléments doit-on rechercher ?

- A** une perte de poids
- B** des cauchemars récurrents
- C** des troubles de l'attention
- D** une asthénie
- E** un évitement de situations stressantes
- F** un ralentissement psychique

Question 3 – QRM

L'examen clinique est sans particularités, en dehors d'une raideur articulaire rachidienne.

Un syndrome de stress post-traumatique chez un patient douloureux chronique :

- A** doit être recherché systématiquement
- B** peut prendre une forme atypique
- C** peut générer un trouble cognitif
- D** peut survenir plus d'un an après un traumatisme
- E** peut majorer les douleurs
- F** peut générer des douleurs

Question 4 – QRM

Malgré les conseils et mises en garde de son médecin généraliste, que vous contactez en présence du patient, Monsieur D. pratique l'automédication, ce qu'il vous confirme : « Quand la douleur est intolérable, je suis prêt à prendre n'importe quoi pour que ça s'arrête, même si je sais que ce n'est pas conseillé ! » Il dit prendre de manière systématique tramadol LP 200 mg matin et soir et paracétamol 1 000 mg 4 fois par jour, et il alterne tramadol LI et paracétamol-codéine en fonction des crises douloureuses, avec une moyenne quotidienne de tramadol LI 50 mg de 3 comprimés par jour et de paracétamol-codéine de 6 comprimés par jour en 3 prises. Monsieur D. a observé par ailleurs que l'effet bénéfique des médicaments est moins marqué qu'au début. Il prend aussi du bromazépam, un bâtonnet au coucher.

Quelle analyse faites-vous de la situation ?

- A** le patient est aux doses maximales de tramadol et paracétamol
- B** le patient dépasse les doses maximales autorisées de tramadol
- C** le patient dépasse les doses maximales autorisées de paracétamol

- D** le patient a un comportement témoignant d'un abus médicamenteux
- E** le patient a développé un phénomène de tolérance pharmacologique
- F** le patient est devenu toxicomane

Question 5 – QROC

Vous décidez, en accord avec le patient, de procéder à une réduction des doses de médicaments. Monsieur D. est d'accord sur le principe mais souhaite arrêter tout de suite tous les médicaments. Quel serait le risque d'un arrêt brutal des médicaments ?

Question 6 – QRM

Lorsque l'on retrouve un événement traumatique dans l'histoire d'un patient douloureux chronique, on doit :

- A** lui expliquer que sa douleur n'est pas vraiment réelle
- B** prescrire systématiquement un antidépresseur
- C** éviter les opioïdes forts comme traitement antalgique
- D** proposer des thérapeutiques non médicamenteuses
- E** proposer une psychothérapie

Question 7 – QRM

Une psychothérapie a été débutée en accord avec Monsieur D.

Vous le revoyez en consultation 1 mois plus tard ; vous décidez alors de lui proposer une diminution très progressive des antalgiques, en maintenant le bromazépam, sans prescription d'antidépresseur pour le moment. Votre prescription doit être accompagnée d'informations et de conseils pour optimiser la prise en charge. Quels sont les points sur lesquels vous allez fonder votre discours ?

- A** effet partiel des médicaments dans ce contexte
- B** réactivation physique progressive encadrée
- C** association de traitements médicamenteux et non médicamenteux
- D** reprise du travail à programmer rapidement
- E** objectifs thérapeutiques partagés entre vous et le patient

Question 8 – QRM

Outre la psychothérapie, quelles thérapeutiques non médicamenteuses pourraient être entreprises chez Monsieur D. parmi les propositions suivantes ?

- A** la neurostimulation électrique transcutanée
- B** la relaxation
- C** l'acupuncture
- D** la balnéothérapie
- E** les massages
- F** l'hypnose
- G** les thérapies cognitives et comportementales

Question 9 – QRM

Un mois plus tard Monsieur D. revient vous voir. L'intensité douloureuse moyenne est globalement inchangée (EN = 6/10) mais Monsieur D. a repris quelques activités et paraît plus détendu ; le temps passé en position allongée a diminué. Vous apprenez qu'il a vu le médecin du travail, qui pense le mettre « en inaptitude à son poste de travail (caissier) », mais il ne lui a pas été proposé de reclassement professionnel. Que pensez-vous de cette situation ?

- A** l'absence de proposition de reclassement peut être délétère sur la stratégie entreprise
- B** le médecin algologue n'a pas le pouvoir d'infléchir la décision du médecin du travail
- C** le médecin algologue a la possibilité d'influencer la décision du médecin du travail
- D** le médecin du travail est dans son droit si la situation clinique ne progresse pas
- E** le médecin algologue ne peut intervenir que si le médecin du travail lui demande avis
- F** l'inaptitude au poste est la seule solution envisageable pour le patient à court terme

Question 10 – QRM

La reprise d'une activité professionnelle est souvent un facteur de renforcement de l'efficacité du traitement entrepris. Quelles démarches pouvez-vous entreprendre ?

- A** discuter précocement de la reprise d'activité professionnelle
- B** évaluer la motivation du patient à une reprise du travail
- C** contacter le médecin du travail pour expliquer les différents aspects du traitement
- D** demander au médecin du travail un délai supplémentaire pour préparer le patient
- E** tenter de faire converger les stratégies avec médecin du travail et médecin-conseil
- F** impliquer le patient dans le choix si un reclassement professionnel est envisagé

Cas clinique 15+

Madame B., âgée de 30 ans, sans antécédent notable, consulte pour des céphalées. Celles-ci ont débuté à la puberté; elles duraient un jour ou deux et survenaient presque toujours la veille des règles. Depuis la naissance de son premier enfant, à l'âge de 24 ans, les céphalées sont devenues plus fréquentes (2 à 3 fois par mois) mais elles ont disparu pendant sa deuxième grossesse, à 27 ans, pour reprendre ensuite au rythme d'une fois par semaine souvent le samedi ou le dimanche.

La céphalée est fronto-occipitale, non latéralisée, battante au rythme du cœur, débutant n'importe quand, mais le plus souvent au réveil; elle atteint son maximum en 2–3 heures pour devenir très sévère et durer environ 48 heures pendant lesquelles la patiente est « une vraie loque », ne supportant ni le bruit ni la lumière, ni les gens autour d'elle. Il s'y associe des nausées sévères et parfois des vomissements.

Le fond d'œil, l'examen neurologique, l'auscultation cranio-cervicale, la pression artérielle sont strictement normaux.

Question 1 – QROC

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 – QRU

Quel est le principal diagnostic différentiel ?

- A** céphalées de tension épisodique
- B** algie vasculaire de la face

- C** névralgie du trijumeau
- D** névralgie d'Arnold
- E** sinusite

Question 3 – QRM

Quels sont les facteurs déclenchants de la crise migraineuse à rechercher ?

- A** stress
- B** changement de vie
- C** menstruation
- D** manque de sommeil
- E** excès de sommeil
- F** alcool
- G** jeûne
- H** effort physique intense
- I** facteurs climatiques

Question 4 – QRM

Quels traitements de crise peut-on prescrire à Madame B. ?

- A** paracétamol
- B** anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)
- C** codéine
- D** triptan
- E** néfopam
- F** morphine

Question 5 – QRU

Si Madame B. était enceinte, qu'auriez-vous prescrit en première intention ?

- A** paracétamol
- B** AINS
- C** codéine
- D** tramadol
- E** triptan

Question 6 – QRU

Si Madame B. était enceinte, qu'auriez-vous prescrit en seconde intention (en cas d'inefficacité du médicament précédent) ?

- A** paracétamol
- B** AINS
- C** codéine
- D** tramadol
- E** triptan

Question 7 – QRU

Devant ce tableau que demandez-vous ?

- A** un examen tomodensitométrie cérébral
- B** une imagerie par résonance magnétique cérébrale
- C** un Doppler transcrânien
- D** un électroencéphalogramme
- E** aucun examen complémentaire

Question 8 – QRU

Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous pour le traitement de crise (en premier), si le médicament est pris en tout début de crise ?

- A** paracétamol
- B** triptan
- C** AINS
- D** codéine
- E** triptan et AINS en même temps

Question 9 – QRU

Quelle stratégie thérapeutique adoptez-vous pour le traitement de crise (en premier), si le médicament est pris avec retard par rapport au début de la crise ?

- A** paracétamol
- B** triptan
- C** AINS
- D** codéine
- E** triptan et AINS en même temps

Question 10 – QRM

Sur quels critères instaurez-vous un traitement de fond ?

- A** si le nombre de crises dépasse 6 par mois
- B** dès le second mois, indépendamment du nombre de crises mensuelles
- C** si la patiente prend des traitements de crise plus de 2 jours par semaine depuis 3 mois
- D** à la demande de la patiente, en cas d'handicap familial, social ou professionnel
- E** si les crises migraineuses durent depuis plus de 6 mois

Question 11 – QRM

Quels sont les traitements de fond de première intention ?

- A** propranolol
- B** pizotifène
- C** topiramate
- D** amitriptyline
- E** oxétorone
- F** flunarizine

Cas clinique 16++

Madame P., âgée de 68 ans consulte pour des douleurs de la pommette et de la gencive supérieure du côté droit, apparues depuis 15 jours. Ces douleurs sont très brèves, fulgurantes, se succédant en accès de quelques secondes à 1 ou 2 minutes. La douleur est décrite comme atroce, effroyable, entraînant une grimace du visage. Elle s'associe parfois à une rougeur de l'œil. Entre les accès, la malade ne souffre pas. Les accès sont tantôt spontanés, tantôt déclenchés par l'alimentation ou la parole; ils sont très nombreux, parfois jusqu'à 50 par jour.

À l'interrogatoire, on retrouve la survenue de douleurs absolument identiques à deux reprises, 1 an et 6 mois plus tôt, ayant duré à chaque fois environ 3 mois et ayant régressé sans traitement particulier. L'examen neurologique est strictement normal ainsi que la pression artérielle.

Question 1 – QRU

Quelle hypothèse diagnostique vous semble la plus vraisemblable ?

- A** crise migraineuse
- B** algie vasculaire de la face
- C** sinusite aiguë
- D** névralgie du trijumeau
- E** infection dentaire

Question 2 – QRM

Quels arguments cliniques ont orienté votre diagnostic ?

- A** l'âge
- B** la brièveté des crises
- C** la rougeur oculaire
- D** la spontanéité des accès
- E** les circonstances déclenchantes
- F** le caractère unilatéral de la douleur

Question 3 – QRU

Quel examen complémentaire demandez-vous ?

- A** un EEG
- B** une IRM cérébrale
- C** un scanner cérébral
- D** un Doppler transcrânien
- E** une ponction lombaire

Question 4 – QRU

Dans quel but avez-vous demandé une IRM ?

- A** pour visualiser la lésion nerveuse
- B** pour rechercher une boucle vasculaire au contact du nerf
- C** pour éliminer un autre diagnostic
- D** pour rechercher une cause secondaire
- E** pour avoir un examen de référence

Question 5 – QRM

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les causes à rechercher devant une névralgie du trijumeau ?

- A** une sclérose en plaques
- B** un méningiome de l'angle ponto-cérébelleux
- C** une méningoencéphalite
- D** une sinusite maxillaire
- E** une tumeur du tronc cérébral

Question 6 – QROC

Comment est qualifiée une névralgie du trijumeau sans cause retrouvée ?

Question 7 – QROC

Comment est qualifiée une névralgie du trijumeau avec cause retrouvée ?

Question 8 – QRM

Quels sont les facteurs déclenchants potentiels de la douleur ?

- A** parler
- B** manger
- C** se raser
- D** se toucher la joue
- E** se brosser les dents

Question 9 – QRM

Quel traitement proposez-vous ?

- A** l'oxygène à haut débit
- B** un triptan
- C** un antiépileptique
- D** un bêtabloquant (propranolol, par exemple)
- E** un inhibiteur calcique (isoptine, par exemple)

Question 10 – QRM

Quel antiépileptique choisirez-vous en première intention ?

- A** le topiramate
- B** l'oxcarbamazépine

- C la lamotrigine
- D la carbamazépine
- E la phénytoïne

Question 11 – QRM

Quels contrôles biologiques devrez-vous faire après instauration de ce traitement ?

- A numération-formule sanguine
- B bilan hépatique
- C bilan rénal
- D bilan thyroïdien
- E ionogramme sanguin

Question 12 – QRU

Quand doit-on passer la main au neurochirurgien ?

- A si le traitement médical est inefficace
- B si la symptomatologie douloureuse s'étend
- C si des signes apparaissent à l'examen neurologique
- D si les crises sont plus fréquentes
- E s'il existe un fond douloureux

Cas clinique 17++

Monsieur T., âgée de 43 ans, marié, père de deux enfants de 1 an et 5 ans, travaille comme technicien audiovisuel. Il est migraineux depuis l'âge de 30 ans, avec des migraines épisodiques accompagnées d'épisodes d'aura visuelle déclenchés par le stress, la prise de vin blanc et les repas gras. Monsieur T. a observé une recrudescence des crises migraineuses depuis le décès de son père il y a 1 an. L'examen clinique est strictement normal. Une imagerie par résonance magnétique est faite par sécurité : l'examen est normal. Depuis 4 mois, il souffre de céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) soulagées par des antalgiques non spécifiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou triptans (en fonction de l'intensité des crises). Dans son courrier, le médecin généraliste vous demande de le voir à votre consultation d'éducation thérapeutique, du réseau douleur ville-hôpital.

Question 1 – QRU

Quelle est la définition des céphalées chroniques quotidiennes (CQC) ?

- A une céphalée survenant quotidiennement depuis 1 mois ou plus
- B une céphalée survenant quotidiennement depuis 3 mois ou plus
- C une céphalée survenant au moins 15 jours par mois depuis 6 mois ou plus
- D une céphalée survenant au moins 15 jours par mois depuis 3 mois ou plus
- E une céphalée survenant plus de 4 heures par jour, depuis au moins 15 jours

Question 2 – QROC

Quel est le principal diagnostic différentiel des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux ?

Question 3 – QRU

Une migraine chronique se définit par :

- A plus de 6 crises migraineuses par mois depuis plus d'1 an

- B plus de 6 crises migraineuses par mois depuis plus de 6 mois
- C plus de 6 crises migraineuses par mois depuis plus de 3 mois
- D plus de 10 jours de céphalées par mois avec 8 jours de migraine au moins, depuis 3 mois et plus
- E plus de 15 jours de céphalées par mois avec 8 jours de migraine au moins, depuis 3 mois et plus
- F plus de 15 jours de crises migraineuses par mois depuis plus de 3 mois

Question 4 – QRM

L'abus médicamenteux est défini par :

- A une prise quotidienne d'antalgiques non opioïdes depuis au moins 1 mois
- B une prise quotidienne d'antimigraineux depuis au moins 1 mois
- C une prise d'antalgiques non opioïdes d'au moins 15 jours par mois depuis 3 mois ou plus
- D une prise d'opioïdes ou d'antimigraineux de crise d'au moins 15 jours par mois depuis 3 mois ou plus
- E une prise d'opioïdes ou d'antimigraineux de crise d'au moins 10 jours par mois depuis 3 mois ou plus
- F une prise combinée d'antalgiques non opioïdes et d'antimigraineux de crise, d'au moins 10 jours par mois depuis 3 mois

Question 5 – QRM

L'objectif d'une consultation d'éducation thérapeutique dans le cadre de céphalées chroniques quotidiennes consiste à :

- A réaliser un diagnostic éducatif
- B identifier les co-morbidités
- C identifier tous les facteurs de risque
- D ajuster le traitement des migraines
- E traiter une éventuelle dépression
- F identifier les représentations du patient
- G analyser le comportement du patient vis-à-vis des médicaments

Question 6 – QROC

Vous demandez à Monsieur T. de vous décrire ses céphalées et vous lui expliquez la différence entre céphalées de tension et céphalées migraineuses. Pour bien analyser les différents types de céphalées et tous les médicaments pris par Monsieur T. (antalgiques non spécifiques et antimigraineux), quel outil allez-vous lui proposer ?

Question 7 – QRM

Indépendamment de l'abus médicamenteux, quels autres facteurs de risque faut-il rechercher devant des céphalées chroniques quotidiennes ?

- A une anxiété généralisée
- B un syndrome dépressif
- C un syndrome d'apnées du sommeil
- D un syndrome de stress post-traumatique
- E des événements de vie stressants
- F des troubles sévères du sommeil

Question 8 – QRM

Vous revoyez Monsieur T. en consultation. Il a tenu un agenda régulièrement : il présente essentiellement

des céphalées de tension avec quelques épisodes migraineux. Vous faites l'inventaire des traitements médicamenteux pris par Monsieur T. (antalgiques non spécifiques et antimigraineux) et vous recherchez d'autres addictions : lesquelles ?

- A** tabac
- B** lait
- C** alcool
- D** benzodiazépines
- E** café
- F** drogues

Question 9 – QRM

Monsieur T. prend 15 comprimés de triptans par mois et 10 comprimés d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ; la CCQ par abus médicamenteux est confirmée. Un sevrage médicamenteux est nécessaire ; il peut se faire en ambulatoire ou en hospitalisation. Vous adoptez une posture éducative pour rendre le patient acteur de sa prise en charge et pour que le sevrage puisse se faire dans les meilleures conditions possibles. Quelle doit être l'attitude du médecin pour favoriser l'adhésion du patient ?

- A** le médecin donne la parole au patient et lui permet de s'exprimer
- B** le médecin explore les représentations et croyances du patient
- C** le médecin adapte sa logique professionnelle scientifique à celle du patient
- D** le médecin vérifie la bonne compréhension en utilisant la reformulation
- E** le médecin recherche le sens à donner à la prise en charge, avec le patient

Question 10 – QRM

En adoptant cette posture éducative, Monsieur T. a pu s'exprimer et vous l'avez aidé à faire émerger ses représentations, ses émotions, ses appréhensions. Il a pris conscience qu'il a besoin d'un soutien et il est à présent motivé pour le sevrage médicamenteux. La démarche éducative doit accompagner également le sevrage, dont les objectifs sont de permettre au patient de :

- A** mieux vivre avec ses céphalées qui feront partie de son quotidien
- B** comprendre l'entretien des céphalées par la prise excessive de médicaments
- C** mieux gérer ses difficultés socio-professionnelles et familiales
- D** contrôler la prise anticipatoire de médicaments par anxiété et appréhension de la crise
- E** distinguer la nature de la céphalée dès le début pour ne traiter que les crises migraineuses

Question 11 – QRM

Quelles sont les thérapeutiques non médicamenteuses pouvant être associées au sevrage médicamenteux ?

- A** la relaxation
- B** l'acupuncture
- C** l'hypnose
- D** la musicothérapie
- E** la kinésithérapie
- F** la prise en charge psycho-comportementale

Cas clinique 18+++

Monsieur D., 55 ans, responsable d'une entreprise (PME), vous consulte pour une douleur chronique apparue progressivement depuis environ 1 an. Ses douleurs intéressent l'hémicorps droit, épargnent la face et sont concomitantes de sensations désagréables de l'hémiface gauche. Le patient se plaint aussi de paresthésies des deux pieds. Les douleurs retentissent sur la qualité de vie et le sommeil. Le patient pèse 98 kg pour 172 cm ; il présente un diabète non insulino-dépendant mal équilibré, une hypertension artérielle traitée, une gonarthrose bilatérale et une anxiété généralisée, sans attaques de panique. Ses antécédents comprennent aussi une chirurgie rachidienne pour hernie discale L5-S1 il y a 18 mois et un accident vasculaire cérébral (AVC) avec vertiges, troubles de la déglutition et troubles de l'équilibre, résolutif en quelques jours, il y a 1 an.

Question 1 – QRU

Quel élément d'anamnèse vous permet le mieux de vous orienter sur l'origine des douleurs de Monsieur D. ?

- A** notion de diabète mal équilibré
- B** notion d'accident vasculaire cérébral il y a 1 an
- C** notion de chirurgie rachidienne il y a 18 mois
- D** notion d'anxiété généralisée sans attaques de panique
- E** surcharge pondérale

Question 2 – QRM

Quelles questions posez-vous au patient pour affiner votre diagnostic sur la nature physiopathologique des douleurs de l'hémicorps droit du patient ?

- A** quelle est l'intensité de vos douleurs ?
- B** présentez-vous des symptômes de type brûlure ou décharges électriques ?
- C** quel est l'impact de vos douleurs sur la qualité de vie, sur le sommeil ?
- D** comment gérez-vous ces douleurs au quotidien ?
- E** présentez-vous des fourmillements ou des picotements dans la zone douloureuse ?

Question 3 – QROC

Les douleurs de l'hémicorps droit sont effectivement décrites comme une brûlure associée à des décharges électriques, à une allodynie au frottement et au froid, ainsi qu'à des dysesthésies de l'hémiface gauche. Ces douleurs sont intenses et ont un impact significatif sur le sommeil et la qualité de vie. Elles sont apparues dans les suites de l'AVC.

Quelle est l'origine exacte des douleurs du patient ?

Question 4 – QRM

Quels éléments d'examen clinique vous permettent d'étayer votre diagnostic de douleur neuropathique chez ce patient ?

- A** déficit sensitif thermoalgique dans la zone douloureuse
- B** abolition des réflexes ostéotendineux (ROT) achilléens
- C** déficit moteur des releveurs des pieds
- D** présence d'une allodynie au frottement dans la zone douloureuse
- E** hypotension orthostatique

Question 5 – QRU

Quelle est la nature des lésions anatomiques le plus fréquemment associées aux douleurs neuropathiques centrales ?

- A** lésion du lemnisque médian
- B** lésion des voies spinothalamiques
- C** lésion du tractus pyramidal
- D** lésion du lobe temporal
- E** lésion de la voie dopaminergique nigro-striée

Question 6 – QRU

Quelle échelle pouvez vous utiliser pour l'aide au diagnostic de douleur neuropathique chez ce patient ?

- A** questionnaire concis sur les douleurs
- B** questionnaire douleur de McGill
- C** questionnaire DN4
- D** questionnaire *Short Form 12*
- E** questionnaire *Medical Outcome Survey*

Question 7 – QRM

Quelle(s) échelle(s) pouvez-vous utiliser pour évaluer précisément l'intensité douloureuse chez ce patient ?

- A** échelle visuelle analogique (EVA)
- B** questionnaire anxiété dépression
- C** échelle verbale simple (EVS)
- D** échelle Algoplus
- E** échelle des visages
- F** échelle numérique de Likert (EN)

Question 8 – QRM

Ce patient a passé récemment un électromyogramme (EMG) qui montre une neuropathie périphérique sensitive des deux membres inférieurs. Que pensez-vous de cet examen et de ses résultats ?

- A** cet examen permet d'expliquer les douleurs de l'hémicorps droit
- B** cet examen est inutile pour le bilan des douleurs de l'hémicorps droit
- C** cet examen est nécessaire pour expliquer les douleurs de l'hémicorps droit
- D** cet examen montre une neuropathie sensitive qui n'explique pas les douleurs de l'hémicorps droit
- E** cet examen permet de définir le mécanisme axonal ou démyélinisant d'une neuropathie des membres inférieurs

Question 9 – QRM

Le patient est traité par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS, diclofénac) et tramadol LP pour ses douleurs depuis 15 jours, sans bénéfice sur les douleurs. En outre, il se plaint de brûlures gastriques sous ce traitement. Que pensez-vous de ce traitement ?

- A** le tramadol est inefficace sur les douleurs neuropathiques
- B** le tramadol est plutôt un traitement de seconde intention des douleurs neuropathiques
- C** les AINS sont inefficaces sur les douleurs neuropathiques
- D** la durée de traitement par AINS-tramadol LP est insuffisante
- E** ces traitements peuvent être efficaces si on augmente les doses par paliers

Question 10 – QRM

Quels traitements pharmacologiques pouvez-vous mettre en route en première intention pour les douleurs neuropathiques centrales du patient ?

- A** prégabaline
- B** amitriptyline
- C** morphine retard
- D** fluoxétine
- E** gabapentine
- F** paracétamol-codéine
- G** autre AINS mieux toléré que diclofénac

Question 11 – QRM

Le patient est traité par amitriptyline à doses modérées (50 mg par jour) pour ses douleurs. Il présente de nombreux effets indésirables sous ce traitement et ne ressent pas de bénéfice antalgique. Il se plaint surtout de sécheresse de la bouche, mais aussi de nausées, somnolence, baisse de la libido, diarrhée ; il a eu par ailleurs à deux reprises des poussées tensionnelles. Quels sont les effets indésirables que l'on peut imputer spécifiquement à ce traitement ?

- A** sécheresse de la bouche
- B** nausées
- C** poussée tensionnelle
- D** somnolence
- E** baisse de la libido
- F** diarrhée

Question 12 – QRU

Quelle attitude thérapeutique proposez-vous en premier lieu pour les douleurs de ce patient ?

- A** maintenir l'amitriptyline aux mêmes doses et corriger la sécheresse de la bouche
- B** diminuer les doses d'amitriptyline à 25 mg par jour
- C** arrêter l'amitriptyline et mettre en route un traitement par opiacés forts
- D** arrêter l'amitriptyline et mettre en place un traitement par gabapentine
- E** ajouter un traitement par paracétamol-codéine car synergie avec l'amitriptyline

Question 13 – QRM

Parmi les traitements suivants utilisés pour les douleurs neuropathiques, lesquels exposent au risque de prise de poids et d'œdèmes périphériques ?

- A** morphine retard
- B** duloxétine
- C** tramadol
- D** amitriptyline
- E** gabapentine

Cas clinique 19+

Monsieur T., retraité âgé de 69 ans, consulte au centre d'évaluation et traitement de la douleur pour des douleurs chroniques présentes depuis presque 6 mois, suite à un zona basithoracique droit qui a été diagnostiqué avec retard car il n'a pas consulté son médecin généraliste dans les premiers jours qui ont suivi l'éruption cutanée.

Question 1 – QROC

Quel médicament aurait-il dû recevoir dans les 72 heures suivant l'éruption.

Question 2 – QROC

Les lésions cutanées sont à présent complètement cicatrisées mais la douleur, au lieu de s'estomper, s'est accentuée depuis quelques semaines. Il s'agit de douleurs continues à type de brûlures associées à des douleurs paroxystiques intolérables à type de décharges électriques ou coups de poignard et à des picotements dans la partie thoracique antérieure droite. Monsieur T. supporte mal le contact des vêtements sur la zone douloureuse. Son moral est médiocre et son sommeil haché : Monsieur T. est réveillé par la douleur et a du mal à supporter le drap.

L'examen clinique retrouve quelques cicatrices cutanées légèrement dépigmentées, une hypoesthésie cutanée tactile basithoracique droite, une douleur à l'effleurement de la peau dans la région de l'éruption antérieure, une exagération de la sensation douloureuse à la piquûre. Il est en bon état général ; il a comme seul antécédent un adénome prostatique.

Quel est le diagnostic étiologique des douleurs ?

Question 3 – QROC

Monsieur T. souffre de douleurs chroniques post-zostériennes chroniques séquellaires. Quel est le mécanisme physiopathologique des douleurs ?

Question 4 – QRM

Quel questionnaire à visée diagnostique pouvez-vous utiliser pour étayer votre réponse précédente ?

Question 5 – QRM

Quels sont parmi les items ci-dessous, contenus dans l'énoncé, ceux qui sont présents dans le questionnaire DN4 ?

- A** brûlures
- B** décharges électriques
- C** picotements
- D** hypoesthésie à la piquûre
- E** douleur provoquée par le frottement

Question 6 – QRM

Quels sont les items manquant dans l'énoncé, qu'il faut rechercher pour compléter le score DN4 ?

- A** sensation de froid douloureux
- B** hypoesthésie au tact
- C** fourmillements
- D** engourdissements
- E** démangeaisons

Question 7 – QROC

Le score DN4 de Monsieur T. est supérieur ou égal à 5/10 (donc en faveur du diagnostic de douleur neuropathique).

Outre la sensation de brûlure, très fréquemment retrouvée à l'interrogatoire, quel est le qualificatif souvent utilisé par les patients pour décrire le fond douloureux permanent dans les douleurs neuropathiques ?

Question 8 – QROC

Face à ce tableau clinique, il faut rechercher un terrain particulier : lequel ?

Question 9 – QROC

Monsieur T. n'a pas de terrain d'immunodépression connu.

Comment se nomme le trouble sensitif reflétant le fait que Monsieur T. supporte mal le contact des vêtements et des draps sur la zone douloureuse ?

Question 10 – QROC

L'examen clinique de Monsieur T. montre une exagération de la sensation douloureuse à la piquûre. Quel est le nom de ce trouble sensitif ?

Question 11 – QRM

Monsieur T. souffre de douleurs neuropathiques chroniques post-zostériennes qui retentissent sur son sommeil. Pour compléter le bilan du retentissement des douleurs sur la qualité de vie de Monsieur T., il faut évaluer le retentissement de la douleur sur :

- A** le temps passé alité
- B** l'humeur
- C** la capacité à marcher
- D** les activités quotidiennes
- E** le nombre de jours travaillés
- F** la relation avec les autres
- G** le goût de vivre

Question 12 – QRM

Monsieur T. est sous tramadol LP à 100 mg matin et soir : ce médicament a une efficacité partielle. Quelles sont les options thérapeutiques pour Monsieur T. ?

- A** augmenter la dose de tramadol
- B** prescrire des patchs de lidocaïne
- C** passer à un traitement opioïde fort
- D** appliquer des patchs de capsaïcine à 8 %
- E** prescrire un antiépileptique
- F** prescrire un antidépresseur tricyclique

Question 13 – QRU

Les antidépresseurs tricycliques sont contre-indiqués chez Monsieur T. : pour quelle raison ?

- A** patient trop âgé pour ce type de traitement
- B** absence de syndrome dépressif
- C** existence d'un adénome prostatique
- D** allodynie trop importante
- E** risque cardiovasculaire majeur

Question 14 – QROC

Les troubles uréthro-prostatiques de Monsieur T. contre-indiquent effectivement cette classe de médicaments. À quel risque aurait été exposé Monsieur T. si un traitement antidépresseur tricyclique avait été prescrit ?

Question 15 – QROC

Le tramadol n'a pas été bien toléré à doses plus fortes ; vous êtes revenu à la posologie antérieure. Les emplâtres de lidocaïne (Versatis®) apportent à Monsieur T. un soulagement partiel sur l'allodynie tactile mais n'ont pas d'effet sur les autres composantes de la douleur neuropathique. Monsieur T. est mis sous prégabaline en 2 prises par jour.

On observe une efficacité partielle à 150 mg matin et soir. Le traitement est pour le moment bien toléré.

Que faut-il vérifier avant de continuer à augmenter les doses ?

Avec l'association de tramadol, prégabaline et Versatis®, Monsieur T. estime avoir un soulagement « modéré » qui rend la douleur « tolérable ». Le sommeil est de meilleure qualité. Une hospitalisation de jour est programmée, en accord avec le patient, pour une application de patches de capsaïcine à 8 % (Qutenza®).

Cas clinique 20+++

Vous voyez en consultation Madame J., âgée de 52 ans, suivie depuis 2007 pour un carcinome canalaire *in situ* étendu du sein gauche, traité par tumorectomie dans un premier temps en février 2007, puis par mastectomie et curage axillaire gauche en mars 2007, en surveillance semestrielle depuis.

Elle vous est adressée par l'équipe oncologique qui la suit pour des douleurs apparues dans les semaines qui ont suivi son intervention.

Dans ses antécédents, on note des migraines cataméniales traitées actuellement par triptan (sans traitement de fond) et un fibrome opéré en 1990, en récurrence depuis 2008, responsable de dysménorrhées. Madame J. est mariée, sans enfants; elle est en arrêt de travail depuis l'intervention de 2007 en raison de ses douleurs chroniques. Elle est professeur en lycée professionnel. Actuellement, Madame J. décrit une douleur de fond à type de compression, à différents niveaux du bras gauche, à laquelle s'associent des accès douloureux paroxystiques à type de décharges électriques et fourmillements. Cette douleur augmente lors des efforts physiques. Elle décrit également une sensation de gêne au niveau de la cicatrice de mastectomie qui rend difficile l'habillement.

À l'examen clinique, on retrouve une douleur à l'effleurement en regard de la cicatrice de mastectomie, qu'on retrouve également, mais de manière moins marquée, en postérieur, sans que la palpation appuyée de la zone soit, quant à elle, désagréable. Le périmètre brachial du bras gauche mesuré 10 cm au-dessus du pli du coude, est supérieur de 4 cm à gauche par rapport au bras droit.

Madame J. n'a pris jusqu'à ce jour que du paracétamol de manière intermittente pour traiter ses douleurs, sans efficacité.

Question 1 – QRM

Quels éléments de l'évaluation du patient douloureux chronique sont absents dans ce cas clinique ?

- A description de la douleur actuelle
- B mode de début
- C ancienneté de la douleur
- D profil évolutif du syndrome douloureux
- E analyse de la demande

Question 2 – QRM

Quels éléments de l'évaluation du patient douloureux chronique sont bien présents dans ce cas clinique ?

- A ancienneté de la douleur
- B facteurs cognitifs
- C traitements effectués et actuels
- D antécédents et pathologies associées
- E facteurs comportementaux
- F contextes familial et psychosocial

Question 3 – QRU

Comment définir en un terme le fait qu'il existe une douleur à l'effleurement en regard de la cicatrice de mastectomie ?

- A dysesthésie
- B hyperpathie
- C hyperesthesia
- D allodynie
- E anesthésie

Question 4 – QRM

Quels sont les types de douleur présentés par cette patiente ?

- A douleur neuropathique
- B douleur nociceptive
- C douleur mixte
- D douleur chronique postopératoire
- E douleur psychogène

Question 5 – QRM

Quels éléments vous permettent de conclure qu'il s'agit d'une douleur neuropathique dans la description de ce cas clinique ?

- A antécédent de migraine
- B douleur de compression du bras gauche
- C accès douloureux paroxystiques à type de décharges et fourmillements
- D augmentation de la douleur lors des efforts physiques
- E gêne au niveau de la cicatrice qui rend l'habillement difficile
- F douleur à l'effleurement en regard de la cicatrice de mastectomie
- G périmètre brachial du bras gauche supérieur de 4 cm au bras droit
- H paracétamol inefficace à soulager les douleurs de la patiente

Question 6 – QROC

Si vous gardiez un doute concernant l'analyse clinique de cette douleur, quelle échelle simple vous permettrait de préciser son type ou son mécanisme ?

Question 7 – QRM

Vous décidez d'instaurer un traitement médicamenteux. À quelles classes thérapeutiques pouvez-vous avoir recours en première intention pour ce type de douleur en traitement de fond ?

- A antiépileptiques
- B antidépresseurs tricycliques
- C opioïdes forts
- D opioïdes faibles
- E benzodiazépines

Question 8 – QRU

Quelle prescription vous paraît la plus adaptée à la situation clinique décrite ?

- A** prégabaline 100 mg × 2 par jour pendant 1 mois
- B** morphine à libération prolongée 30 mg × 2 par jour pendant 1 mois
- C** prégabaline 75 mg × 2, à augmenter par palier tous les 5 à 7 jours
- D** clonazépam 5 gouttes le soir par jour pendant 1 mois
- E** paracétamol 1 000 mg × 4 par jour

Question 9 – QRM

Concernant le périmètre brachial augmenté au niveau du bras gauche, que faites-vous ?

- A** je le note dans le dossier pour lui en reparler à la prochaine consultation
- B** je lui prescris dès maintenant des drainages lymphatiques
- C** je lui dis de limiter le port de charges avec le bras gauche
- D** je lui explique que l'œdème peut aggraver et pérenniser les douleurs neuropathiques
- E** je lui explique que c'est une pathologie séquellaire de la chirurgie du cancer du sein

Question 10 – QRU

Cette patiente revient vous voir avec une nouvelle douleur, à type de sciatique S1 gauche, qui a débuté il y a 2 mois et a été traitée par son médecin traitant par des anti-inflammatoires non stéroïdiens, une augmentation progressive des doses de prégabaline, du tramadol LP et du tramadol LI en interdosés. La douleur s'aggrave régulièrement et commence à la réveiller la nuit, depuis 10 jours, malgré l'augmentation des doses de traitements. La douleur oblige la patiente à utiliser une canne. À l'examen clinique, vous constatez des réflexes ostéotendineux présents et symétriques, un signe de Lasègue unilatéral, l'absence de troubles sphinctériens, l'absence de déficit moteur. Que faites-vous ?

- A** vous passez à un antalgique de palier 3, lui prescrivez un anxiolytique au coucher et lui demandez de revenir vous voir dans 2 mois
- B** vous passez à un antalgique de palier 3, lui prescrivez des soins de kinésithérapie et lui demandez de revenir vous voir dans 2 mois
- C** vous associez un antidépresseur tricyclique, lui prescrivez des soins de kinésithérapie et lui demandez de revenir vous voir dans 2 mois
- D** vous passez à un antalgique de palier 3 et demandez un scanner du bassin et du rachis lombosacré en urgence
- E** vous maintenez le traitement antalgique à l'identique et lui prescrivez un hypnotique en lui demandant de revenir vous voir dans 2 mois

Question 11 – QRM

La TDM montre une atteinte métastatique lytique de S1 envahissant le foramen gauche et comprimant la racine, sans signe d'épidurite associée, et d'autres images lytiques du bassin et du rachis de moindre importance. La patiente a revu son oncologue qui a

débuté une première ligne de chimiothérapie pour ce cancer devenu métastatique osseux. La patiente est sous oxycodone LP 30 mg matin et soir avec des interdosés d'oxycodone à 10 mg, qu'elle prend 6 fois par jour. La douleur reste évaluée à 6/10 sur l'échelle numérique et augmente à 8/10 à la marche.

Parmi les symptômes suivants, lesquels sont des effets indésirables connus et attendus des opioïdes forts ?

- A** hallucinations visuelles
- B** nausées
- C** tremblements
- D** tachycardie
- E** constipation

Question 12 – QRU

La tolérance au traitement est correcte : pas d'hallucinations, pas de constipation, pas de somnolence, pas de nausées ni vomissements. Que faites-vous pour soulager Madame J. ?

- A** j'augmente l'oxycodone LP à 45 mg × 2 par jour avec des interdosés LI de 15 mg
- B** je remplace l'oxycodone LP par de la morphine LP à 60 mg × 2 par jour avec des interdosés de morphine LI de 15 mg
- C** j'augmente les interdosés d'oxycodone LI à 15 mg en laissant les doses de fond (LP) à 30 mg × 2 par jour
- D** j'augmente l'oxycodone LP à 70 mg × 2 par jour avec des interdosés de 15 mg
- E** je remplace l'oxycodone LP par de la morphine LP à 30 mg × 2 par jour avec des interdosés de morphine LI de 10 mg

Question 13 – QRM

Malgré votre adaptation de doses d'oxycodone LP à 45 mg × 2 par jour avec des interdosés d'oxycodone à 15 mg, la douleur s'aggrave et votre patiente ne peut plus se lever seule de son lit ; la douleur est évaluée à 7/10 (EN) et la réveille la nuit ; elle se trouve somnolente et nauséuse depuis votre dernière augmentation de doses d'opioïdes. Quelles sont les options thérapeutiques ?

- A** une rotation d'opioïdes (ou changement d'opioïdes) vers le fentanyl transdermique
- B** une rotation d'opioïdes vers l'hydromorphone orale avec des interdosés de morphine LI
- C** une rotation d'opioïdes vers la morphine orale avec des interdosés de morphine LI
- D** un nouveau palier d'augmentation des doses d'oxycodone LP avec adaptation des interdosés
- E** la mise en place d'une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA de morphine) en hospitalisation pour équilibrer ses douleurs

Question 14 – QRU

Parmi les options thérapeutiques précédentes, quelle est celle que vous proposez en premier à Madame J. ?

Question 15 – QRM

La patiente est toujours au domicile, elle n'a pas voulu de mise en place de pompe PCA et vous avez essayé d'équilibrer sa douleur avec de l'hydromorphone

orale LP et des interdoses de morphine LI. Elle vous appelle et vous dit qu'elle a perdu ses urines cette nuit et qu'elle ressent de nouvelles douleurs dans la jambe gauche, associées à une sensation de dérobement en position debout. Que faites-vous ?

- A** vous lui demandez un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) en lui envoyant l'ordonnance à son domicile
- B** vous lui prescrivez sans attendre des corticoïdes intraveineux et prévenez son médecin généraliste
- C** vous lui demandez de venir en ambulance aux urgences pour réaliser un nouveau bilan radiologique
- D** vous demandez à son mari de prendre rendez-vous en ville pour réaliser un nouveau bilan radiologique
- E** vous demandez un scanner de contrôle dans la semaine à venir en lui envoyant l'ordonnance à son domicile

Question 16 – QROC

Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

Cas clinique 21++

Madame D., 45 ans, mariée, mère de deux enfants adultes, est en phase avancée d'un cancer utérin qui a envahi tout le petit bassin, malgré plusieurs lignes de chimiothérapie (chimiothérapie en cours). Elle se plaint de douleurs pelviennes très intenses et de brûlures périnéales, associées à quelques décharges électriques vulvaires intolérables, avec accentuation des douleurs lors de la toilette, alors qu'il existe une insensibilité partielle du périnée au tact et à la piquûre.

Question 1 – QRU

Quelques éléments cliniques manquent pour affirmer le mécanisme physiopathologique des douleurs de Madame D., mais on peut émettre des hypothèses d'après les informations contenues dans l'énoncé : parmi les hypothèses suivantes, laquelle paraît la plus probable ?

- A** les douleurs pelviennes et périnéales sont de mécanisme nociceptif
- B** les douleurs pelviennes et périnéales sont de mécanisme neuropathique central
- C** les douleurs pelviennes et périnéales sont de mécanisme neuropathique périphérique
- D** les douleurs pelviennes sont de mécanisme nociceptif, les douleurs périnéales de mécanisme neuropathique périphérique
- E** les douleurs pelviennes sont de mécanisme neuropathique périphérique, les douleurs périnéales de mécanisme neuropathique central

Question 2 – QRM

Les douleurs pelviennes sont probablement nociceptives, en rapport avec l'extension tumorale à tout le petit bassin. Les douleurs périnéales sont probablement d'origine neuropathique périphérique, en lien avec une compression ou un envahissement du plexus sacré et de ses branches, par la tumeur.

Le questionnaire DN4 est un outil clinique d'aide au diagnostic de douleur neuropathique. D'après l'énoncé du cas clinique, le score obtenu avec le DN4 est :

- A** $\geq 4/10$
- B** $\geq 6/10$
- C** $< 4/10$
- D** = 4/10
- E** Positif

Question 3 – QRM

Quels sont les éléments manquants à rechercher pour calculer précisément le score DN4 ?

- A** une sensation de froid douloureux
- B** une sensation d'élanements
- C** des démangeaisons
- D** un engourdissement
- E** des fourmillements
- F** des picotements
- G** une hypoesthésie au chaud
- H** une hypoesthésie au froid

Question 4 – QROC

Un autre terme est souvent utilisé par les patients pour décrire la composante continue d'une douleur neuropathique : lequel ?

Question 5 – QRM

Devant l'inefficacité du tramadol LP (200 mg matin et soir), le médecin généraliste de Madame D. lui prescrit de l'oxycodone LP 20 mg matin et soir (en remplacement du tramadol). Le traitement est bien supporté, mais les douleurs ne sont que faiblement soulagées : diminution du score moyen d'intensité douloureuse des 24 heures de 8/10 à 6/10 (échelle numérique de 0 à 10) pendant 3 à 4 heures.

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les deux principales hypothèses pouvant expliquer la persistance des douleurs sous oxycodone ?

- A** les douleurs sont d'origine psychogène
- B** la dose d'oxycodone est insuffisante
- C** il s'agit d'une résistance pharmacologique aux opioïdes
- D** les opioïdes forts ont une efficacité partielle sur la composante neuropathique
- E** les opioïdes forts n'étaient pas une bonne indication chez Madame D.

Question 6 – QROC

Comment se nomme la phase d'adaptation du traitement opioïde permettant de définir les besoins du patient et d'adapter la prescription ?

Question 7 – QRM

Vu l'envahissement tumoral décrit, il n'est pas surprenant qu'une dose faible d'oxycodone soit insuffisamment efficace. On propose dans un premier temps une augmentation des doses d'oxycodone, car le traitement est bien toléré.

Si l'ajustement des doses d'opioïdes forts ne suffit pas à soulager Madame D. ou occasionne des effets indésirables gênants, que proposez-vous (plusieurs options thérapeutiques possibles) ?

- A** arrêt du traitement opioïde fort et prescription d'un antidépresseur tricyclique
- B** arrêt du traitement opioïde fort et prescription d'un antiépileptique ayant l'AMM dans les douleurs neuropathiques
- C** maintien du traitement opioïde fort et prescription d'un antidépresseur tricyclique
- D** maintien du traitement opioïde fort et prescription d'un antiépileptique ayant l'AMM dans les douleurs neuropathiques
- E** maintien du traitement opioïde fort et prescription de clonazépam le soir

Question 8 – QRU

À quelle phase de la maladie se trouve la patiente ?

- A** phase curative
- B** phase palliative symptomatique
- C** phase terminale
- D** phase pré-agonique
- E** aucune de ces réponses

Question 9 – QRM

Madame D. est soulagée par l'association d'oxycodone et amitriptyline mais la maladie continue d'évoluer malgré la chimiothérapie. L'examen tomodensitométrique (TDM) abdomino-pelvien qui vient d'être réalisé témoigne de la progression.

Madame D. demande les résultats de la TDM aux externes du service. Parmi les attitudes suivantes, quelles sont celles qui vous semblent adaptées à la situation ?

- A** les externes proposent à Madame D. de récupérer le compte rendu et de lui transmettre les résultats dès réception
- B** les externes répondent à Madame D. qu'ils vont transmettre sa demande à son médecin référent
- C** avant toute annonce, il faut s'enquérir de savoir si Madame D. a désigné une personne de confiance
- D** le médecin référent est tenu d'informer Madame D. elle-même des résultats de la TDM
- E** le médecin référent n'est tenu d'informer Madame D. des résultats de la TDM que si elle en fait la demande
- F** le médecin référent est tenu d'informer la personne de confiance des résultats de la TDM avant Madame D.
- G** le médecin référent peut décider de ne pas révéler à Madame D. les résultats défavorables de la TDM

Question 10 – QRM

Comment le médecin référent doit-il faire l'annonce du pronostic à sa patiente ?

- A** en s'appuyant sur les résultats des examens récents (TDM)
- B** en remettant à la patiente en mains propres la photocopie du compte rendu
- C** en présence de la personne de confiance que Madame D. aurait désignée, si c'est son souhait
- D** en présence, obligatoirement, de la personne de confiance, si la procédure de désignation est conforme
- E** en présence, obligatoirement, de son époux et/ou de celle ses deux enfants (adultes)

Question 11 – QRM

Une semaine plus tard, l'état général de Madame D. se dégrade; des nausées et vomissements intermittents compromettent l'absorption des médicaments. Devant l'altération marquée de l'état général, une décision d'arrêt de la chimiothérapie est prise, en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) puis est annoncée à Madame D. qui exprime alors son souhait de retourner à domicile rapidement.

Que faut-il faire avant d'envisager la question de la sortie éventuelle du service d'hospitalisation ?

- A** faire un relais parentéral des médicaments administrés *per os* jugés indispensables
- B** faire une évaluation précise des symptômes et du degré d'autonomie
- C** ajuster le traitement médicamenteux symptomatique
- D** mettre en place d'une sonde nasogastrique
- E** faire une estimation de la charge en soins
- F** faire une évaluation précise de la situation psychosocio-familiale de Madame D.
- G** prendre une décision partagée et signée de la patiente concernant le choix de son lieu de vie
- H** demander à la patiente de rédiger des directives anticipées avant sa sortie du service

Question 12 – QRM

Madame D. étant au stade d'occlusion digestive maligne, quelles sont les stratégies thérapeutiques possibles pour continuer à la soulager efficacement? La décision sera prise en concertation avec la patiente, après réflexion collégiale de l'équipe médico-soignante.

- A** relais par perfusion continue d'oxycodone IV ou SC et bolus autoadministrés (en mode *Patient-Controlled Analgesia*, PCA)
- B** relais par fentanyl transdermique si les douleurs étaient bien équilibrées avant la survenue de l'occlusion digestive
- C** relais par fentanyl transdermique si les douleurs étaient mal équilibrées avant la survenue de l'occlusion digestive
- D** arrêt du traitement opioïde *per os*, sans relais par une autre voie d'administration car Madame D. se dit bien soulagée
- E** mise en place d'un cathéter intrathécal pour relais par antalgie intrathécale
- F** décision chirurgicale de levée d'obstacle si persistance des douleurs malgré un traitement symptomatique adapté

Question 13 – QROC

Quel est le risque d'un arrêt brutal du traitement opioïde fort chez Madame D. ?

Question 14 – QRM

Le médecin de Madame D. a pris le temps de s'entretenir avec elle, son mari (qui est également sa personne de confiance), l'équipe soignante, l'équipe mobile de soins palliatifs, le médecin généraliste. Une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA) a été mise en place (sur la chambre implantable intraveineuse) et se

pose la question du retour à domicile, sachant que les proches peuvent se relayer et que le médecin généraliste ne se déplace pas à domicile.

- A** la gestion d'une pompe PCA est possible en ville comme à l'hôpital
- B** le remplissage du réservoir de la pompe se fait obligatoirement en milieu hospitalier
- C** la durée d'antalgie par PCA ne doit pas excéder 7 jours
- D** les paramètres de la pompe sont définis par la prescription médicale
- E** la programmation des paramètres peut être faite par une infirmière ou un médecin
- F** la pompe PCA nécessite une surveillance infirmière quotidienne
- G** le verrouillage de la pompe PCA est facultatif

Question 15 – QRU

Parmi les options suivantes concernant l'orientation de Madame D., quelle est celle qui vous semble la plus appropriée ?

- A** retour à domicile possible avec une infirmière libérale pour les soins et la pompe PCA
- B** retour à domicile possible avec consultations de suivi à l'hôpital chaque semaine
- C** retour à domicile possible avec hospitalisation à domicile et réseau de soins palliatifs
- D** maintien en hospitalisation obligatoire car retour à domicile jugé impossible
- E** transfert en unité de soins palliatifs car retour à domicile jugé impossible

Cas clinique 22++

Monsieur H., âgé de 60 ans, est traité pour des douleurs abdominales instables, liées à un cancer de la tête du pancréas rapidement évolutif. Il est sous morphine LP 100 mg matin et soir et interdosés de morphine LI à 20 mg, jusqu'à 6 fois par jour, si accès douloureux (intervalle minimal de 1 heure entre 2 prises de morphine LI). Monsieur H. prend les six interdosés quotidiennes. Le score moyen d'intensité douloureuse des 24 heures est à 7/10 sur une échelle numérique.

Vous êtes l'interne de l'équipe mobile, appelé au chevet de Monsieur H.

Question 1 – QROC

Le syndrome douloureux lié au cancer du pancréas survient tardivement dans l'évolution de la maladie. L'apparition retardée de la douleur explique que le diagnostic de cancer du pancréas soit fait tardivement, au moment où la maladie est déjà très évoluée. Il s'agit le plus souvent de douleurs épigastriques permanentes intenses, accentuées par les repas, transfixiantes, irradiant vers la région dorsale : ces douleurs sont accentuées en décubitus dorsal et atténuées en flexion thoracique antérieure.

Comment se nomme le syndrome douloureux d'origine pancréatique ci-dessus décrit ?

Question 2 – QRM

Dans la symptomatologie douloureuse propre au cancer du pancréas, les douleurs ressenties au niveau dorsal bas peuvent correspondre :

- A** à des douleurs référées du pancréas
- B** à une extension rétropéritonéale
- C** à une infiltration des muscles paravertébraux
- D** à des métastases du rachis dorsal
- E** à des nodules de carcinose péritonéale

Question 3 – QRM

Vous avez besoin de faire un bilan des douleurs pour ajuster le traitement antalgique. Quels sont les éléments indispensables à recueillir lors du premier entretien semi-structuré ?

- A** localisation précise des douleurs et irradiations
- B** facteurs déclenchant et apaisant les crises douloureuses
- C** profil évolutif des douleurs
- D** intensité et durée des accès douloureux
- E** évaluation de l'efficacité antalgique des interdosés de morphine LI
- F** retentissement de la douleur actuelle sur le sommeil et le moral
- G** antécédents médico-chirurgicaux du patient
- H** comptes rendus opératoires et comptes rendus d'hospitalisation

Question 4 – QRM

Monsieur H. est énervé et en colère, refusant de prendre les interdosés de morphine LI proposées par les infirmières. Quelles sont les hypothèses à évoquer et à vérifier de principe, face à un tel comportement ?

- A** peur des effets indésirables des opioïdes forts
- B** manque d'informations adaptées sur le mode de prise des opioïdes (formes LI et formes LP)
- C** inefficacité antalgique des interdosés de morphine, nulle ou insuffisante
- D** trouble de la compréhension
- E** état confusionnel sous-jacent
- F** décompensation dépressive
- G** lien fait par le patient entre les doses d'opioïdes forts et l'évolution de la maladie (marqueur)

Question 5 – QRU

Le traitement en cours est bien toléré. Un sous-dosage en opioïdes est probablement à l'origine des douleurs persistantes. Dans cette phase de titration, quel ajustement du traitement actuel faut-il faire ? Autrement dit, quelle sera votre nouvelle prescription de morphine LP et morphine LI ?

- A** morphine LP 100 mg systématiquement 3 fois par jour + morphine LI 30 mg, si accès douloureux, au maximum 6 fois par jour
- B** morphine LP 160 mg systématiquement matin et soir + morphine LI 40 mg, si accès douloureux, au maximum 6 fois par jour
- C** morphine LP 130 mg systématiquement matin et soir + morphine LI 20 mg, si accès douloureux, au maximum 6 fois par jour

- D** morphine LP 200 mg systématiquement matin et soir + morphine LI 40 mg, si accès douloureux, au maximum 6 fois par jour
- E** morphine LP 160 mg systématiquement matin et soir + morphine LI 20 mg, si accès douloureux, au maximum 6 fois par jour

Question 6 – QRM

Après équilibration de la douleur liée à des ajustements successifs, Monsieur H. signale des douleurs abdominales plus étendues prédominant au niveau de la région épigastrique et de l'hypochondre droit avec des vomissements intermittents, sans fièvre ni altération de la vigilance. Un bilan biologique est demandé en urgence. Vous suspectez une évolution locorégionale de la maladie cancéreuse.

Quelles sont les hypothèses diagnostiques les plus probables permettant d'expliquer l'accentuation du tableau douloureux ?

- A** obstruction duodénale débutante
- B** obstruction débutante de la voie biliaire principale
- C** métastases hépatiques
- D** métastases ganglionnaires
- E** carcinose péritonéale
- F** péritonite par perforation d'ulcère gastro-duodénal
- G** angiocholite

Question 7 – QRM

Le bilan biologique montrant une cholestase importante, une obstruction de la voie biliaire principale est suspectée. Une écho-endoscopie est décidée en urgence et Monsieur H. va finalement bénéficier d'une endoprothèse biliaire.

De manière plus générale, quels sont, parmi les traitements cités ci-dessous (étiologiques pour certains), ceux qui sont susceptibles d'être discutés dans l'objectif de soulager les douleurs abdominales ?

- A** endoprothèse biliaire par voie endoscopie
- B** alcoolisation coeliaque par repérage écho-endoscopique ou tomодensitométrie
- C** aspiration digestive haute par sonde naso-gastrique
- D** ponction d'ascite carcinomateuse
- E** chirurgie de dérivation bilio-digestive

Question 8 – QROC

Lorsque les traitements spécifiques ne permettent pas d'améliorer le tableau clinique et lorsque les traitements symptomatiques conventionnels ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur cancéreuse ou bien occasionnent des effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables, on parle de

Question 9 – QRM

Face à des douleurs rebelles d'origine pancréatique, quelles seraient les options thérapeutiques invasives à discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire ?

- A** l'alcoolisation coeliaque
- B** l'antalgie intrathécale
- C** la stimulation médullaire
- D** la stimulation corticale
- E** la stimulation magnétique transcrânienne
- F** la phénolisation intrathécale

Cas clinique 23+++

Madame D., âgée de 78 ans, est hospitalisée en rhumatologie pour bilan d'un myélome de découverte récente. Elle est célibataire, retraitée, d'origine malienne, en France depuis 2001. Madame D. vit en maison de retraite depuis 2007. Toute sa famille est au Mali — elle a sept enfants. Un diagnostic de néphropathie d'origine indéterminée a été posé il y a quelques années, responsable d'une insuffisance rénale chronique sévère, stable, qui nécessite une surveillance rapprochée clinique et biologique.

Le bilan du myélome montre une lésion lytique évoluée de la première vertèbre lombaire (L1). Les douleurs sont accentuées par la moindre mobilisation. Madame D. est obligée de rester alitée en position antalgique, c'est-à-dire en trois quarts latéral droit. Elle décrit des douleurs très intenses, insomniantes, qui sont légèrement soulagées par l'oxycodone 5 mg qui vient d'être introduite. L'examen clinique retrouve une douleur de la charnière thoraco-lombaire sans irradiation dans les membres inférieurs, sans signe de lombo-radicalgie ; l'examen neurologique des membres inférieurs est strictement normal.

L'équipe douleur est appelée pour des douleurs difficiles à contrôler.

Question 1 – QROC

Quel est le mécanisme physiopathologique des douleurs ?

Question 2 – QRM

Quelles sont les questions fondamentales à poser à Madame D. pour pouvoir établir la stratégie thérapeutique ?

- A** quelle est l'intensité douloureuse juste avant la prise d'oxycodone ?
- B** quelle est l'intensité douloureuse 1 heure après la prise d'oxycodone ?
- C** quelle est l'intensité douloureuse 15 minutes après la prise d'oxycodone ?
- D** pendant combien de temps la douleur est-elle soulagée après la prise d'oxycodone ?
- E** existe-t-il une douleur lorsqu'elle est au repos, immobile dans son lit ?
- F** la douleur actuelle est-elle jugée tolérable ?

Question 3 – QRM

Face à une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine entre 15 et 30 ml/min), quelles sont les options thérapeutiques par rapport à la prescription initiale d'opioïdes forts ?

- A** diminuer le nombre de prises quotidiennes, autrement dit espacer les prises
- B** utiliser uniquement des opioïdes à libération prolongée ou de durée d'action longue
- C** utiliser uniquement des opioïdes à libération immédiate ou de courte durée d'action
- D** prescrire un opioïde fort injectable en perfusion continue à la seringue électrique

- E** considérer que les opioïdes forts sont totalement contre-indiqués
- F** donner 1 prise unique quotidienne d'opioïde fort à forte dose

Question 4 – QRM

Madame D. se dit légèrement soulagée, de 20–30 %, après la prise de 5 mg d'oxycodone, pendant environ 3 à 4 heures. Compte tenu de ces informations, la posologie d'oxycodone est augmentée de 5 à 10 mg avec une bonne efficacité antalgique puisque la patiente se dit soulagée à 50 % avec une douleur jugée « tolérable » pendant 6 à 8 heures.

Sachant que le traitement opioïde fort est bien toléré par Madame D., comment allez-vous adapter le traitement morphinique ?

- A** prescription de 10 mg d'oxycodone par prise
- B** prescription systématique de 6 prises d'oxycodone par 24 heures
- C** prescription systématique de 3 prises d'oxycodone par 24 heures
- D** prescription supplémentaire d'oxycodone « à la demande », en cas d'accès douloureux
- E** passage à la prescription d'oxycodone à libération prolongée en 2 prises quotidiennes
- F** pas de modification de la prescription

Question 5 – QROC

Madame D. finit par être relativement bien soulagée avec 3 prises d'oxycodone à 10 mg par 24 heures mais elle ne peut toujours pas se mettre en position assise dans son lit. Un contrôle d'imagerie montre qu'il existe une menace fracturaire importante au niveau de la vertèbre L1. Que peut-on proposer à la patiente sur le plan thérapeutique ?

Question 6 – QRU

La chimiothérapie est démarrée pour le traitement du myélome et poursuivie en ambulatoire avec suivi régulier. L'insuffisance rénale s'étant aggravée, Madame D. est à présent dialysée, à raison de trois séances par semaine.

Vous revoyez Madame D. en consultation à distance avec de nouvelles douleurs à type de paresthésies des mains et des pieds. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A** carence vitaminique
- B** maladie neurodégénérative débutante
- C** neuropathie chimio-induite
- D** nouvelles localisations du myélome
- E** compression médullaire cervicale

Question 7 – QRU

Le diagnostic de neuropathie chimio-induite est confirmé et vous décidez de démarrer un traitement par gabapentine. Comment allez-vous initier le traitement ? Quelle est votre prescription initiale ?

- A** 300 mg, 1 fois par jour
- B** 300 mg, 3 fois par jour
- C** 300 mg avant chaque dialyse
- D** 300 mg après chaque dialyse
- E** 300 mg le premier jour, 300 mg 2 fois par jour le 2^e jour, 300 mg 3 fois par jour ensuite

Douleur chez l'enfant

Cas clinique 24++

Aïssatou, 12 ans, 50 kg, drépanocytaire homozygote connue, se présente aux urgences pour une crise vaso-occlusive de la jambe droite. Elle est hyperalgique, recroquevillée sur le brancard, sa douleur est très intense, elle est très crispée, le visage tiré. La douleur a débuté depuis la veille ; Aïssatou a pris du paracétamol, de l'ibuprofène puis de la codéine, sans efficacité et n'a pas dormi depuis la nuit précédente.

Question 1 – QRM

Quelles échelles doivent être utilisées en première intention pour évaluer sa douleur ?

- A** échelle visuelle analogique (EVA)
- B** échelle des visages
- C** échelle numérique (EN)
- D** échelle Évaluation Enfant Douleur (EVENDOL)
- E** échelle d'hétéroévaluation de la douleur de l'enfant (HEDEN)

Question 2 – QROC

Aïssatou évalue l'intensité de sa douleur à 8/10. Quel antalgique prévoyez-vous d'utiliser ?

Question 3 – QRU

Vous décidez d'utiliser un morphinique puissant pour soulager les douleurs d'Aïssatou. Devant cette douleur et cette situation, vous choisirez en première intention :

- A** une titration intraveineuse de morphine
- B** une administration sous-cutanée discontinuée de morphine
- C** de la morphine orale à libération prolongée
- D** de la morphine orale à libération immédiate
- E** un patch de fentanyl transdermique

Question 4 – QRM

Vous choisissez de réaliser une titration de morphine. Quelles sont les propositions exactes ?

- A** la titration devra être réalisée en réanimation ou en soins intensifs
- B** la titration devra être réalisée par un médecin
- C** la titration consiste en l'administration répétée de bolus de morphine
- D** la titration est poursuivie jusqu'à ce qu'Aïssatou s'endorme
- E** la titration peut être réalisée par l'infirmière

Question 5 – QRM

Après la titration intraveineuse, la douleur d'Aïssatou s'est améliorée, mais elle continue à l'évaluer sa douleur à 6/10 (EN) ; elle est cependant un peu plus détendue. Quelles prescriptions faites-vous en première intention ?

- A** prescription d'une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA) de morphine
- B** prescription d'une perfusion intraveineuse continue de morphine à la seringue électrique
- C** prescription de paracétamol et d'ibuprofène

- D prescription de nalbuphine
- E prescription de tramadol

Question 6 – QROC

La perfusion de morphine a diffusé, les veines d'Aïssatou étant très fragiles. Elle est très difficile à piquer et s'inquiète beaucoup de devoir être repiquée, car chaque perfusion lors des crises précédentes a été longue et difficile et Aïssatou a l'expérience lors de chaque crise de plusieurs tentatives pour arriver à mettre en place le cathon intraveineux.

Que proposez-vous, en plus de la crème anesthésiante, pour que la pose de perfusion se passe au mieux ?

Question 7 – QRU

Combien de temps avant le geste faut-il poser la crème ou le patch anesthésiant ?

- A 15 à 20 minutes
- B 30 à 40 minutes
- C 45 minutes
- D 60 minutes
- E au moins 60 minutes

Question 8 – QRU

Aïssatou a pu être reperfusée et la PCA de morphine mise en place, avec un débit de perfusion continue et des bolus. Elle trouve les bolus inefficaces. Que faites-vous en première intention ?

- A vous arrêtez les bolus et augmentez le débit de perfusion continue
- B vous augmentez la dose des bolus
- C vous raccourcissez la période réfractaire entre les bolus
- D vous augmentez la dose des bolus et le débit de perfusion continue
- E vous proposez des bolus de nalbuphine en plus des bolus de morphine

Question 9 – QRM

Le lendemain Aïssatou va un peu mieux ; elle a utilisé 100 mg de morphine en 24 heures. Une infirmière du service se pose la question d'une addiction à la morphine. Que lui répondez-vous ?

- A que cette consommation en morphine est habituelle dans les crises aiguës drépanocytaires
- B qu'effectivement, cette consommation est élevée et que vous allez diminuer les posologies
- C que vous allez associer un placebo pour vérifier si Aïssatou a une conduite addictive
- D que les addictions sont rares mais que les besoins élevés en morphine peuvent souvent, à tort, y faire penser
- E que vous allez discuter avec Aïssatou de cette consommation élevée pour la mettre en garde

Question 10 – QRU

Le lendemain, la perfusion a diffusé et a dû être retirée. Aïssatou est toujours douloureuse. Que proposez-vous ?

- A il faut reperfuser Aïssatou pour continuer la morphine intraveineuse
- B il faut reperfuser Aïssatou car l'hyperhydratation est antalgique

- C il est possible d'arrêter la PCA de morphine et d'effectuer un relais par la morphine orale
- D il est possible d'arrêter la PCA de morphine et d'effectuer un relais par du tramadol
- E il est possible d'arrêter la PCA de morphine et d'effectuer un relais par une association paracétamol-codéine

Cas clinique 25+

Bruno, 2 ans et demi, consulte aux urgences pour brûlure de l'avant-bras droit étendue du poignet au coude, sans atteinte des zones articulaires. Bruno est calme dans les bras de sa mère, un peu apathique, les yeux dans le vague.

Question 1 – QRU

Comment allez-vous évaluer la douleur de Bruno ?

- A Bruno est calme et ne pleure pas, l'évaluation de la douleur est inutile
- B la douleur peut être évaluée avec l'échelle des visages
- C la douleur peut être évaluée avec l'échelle EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né)
- D la douleur peut être évaluée avec l'échelle EVENDOL
- E Bruno est trop jeune pour que l'on puisse évaluer sa douleur

Question 2 – QRM

Concernant les signes potentiels de douleur chez l'enfant, quelles sont les réponses exactes ?

- A les cris sont un bon signe de douleur
- B un enfant calme peut être douloureux
- C un enfant agité peut être douloureux
- D un enfant qui dort peut être douloureux dans son sommeil
- E la tachycardie et un signe pathognomonique de douleur

Question 3 – QROC

Bruno a un score de 9/15 au repos avec l'échelle EVENDOL. Bruno est donc douloureux et pourtant il est calme, apathique. Que vous évoque ce tableau ?

Question 4 – QRM

Le tableau d'atonie ou inertie psychomotrice :

- A correspond à un tableau de dépression de l'enfant
- B correspond à un tableau de douleur installée de l'enfant
- C est décrit chez les enfants dont la douleur est intense
- D se manifeste d'autant plus fréquemment que l'enfant est jeune
- E est réversible quand un traitement adapté est mis en place

Question 5 – QRU

Quelle thérapeutique mettez-vous en place pour Bruno compte tenu de l'évaluation de sa douleur ?

- A paracétamol oral seul
- B association paracétamol oral + morphine orale
- C association paracétamol oral et codéine
- D association paracétamol oral et tramadol
- E paracétamol intrarectal et morphine orale

Question 6 – QRM

Concernant les thérapeutiques antalgiques utilisables chez l'enfant, quelles sont les réponses exactes ?

- A** le tramadol est utilisable chez l'enfant à partir de 3 mois
- B** la codéine est contre-indiquée en dessous de 12 ans
- C** la morphine orale est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 1 an
- D** l'ibuprofène est utilisable à partir de 3 mois chez l'enfant
- E** la morphine intraveineuse est utilisable dès la naissance

Question 7 – QRM

Bruno revient le lendemain pour réalisation de son pansement. Quelles sont les propositions exactes ?

- A** il est préférable que les parents n'assistent pas au pansement
- B** il est préférable que les parents restent avec leur enfant
- C** on peut administrer du MEOPA à Bruno en prévention de la douleur induite
- D** Bruno est trop jeune pour recevoir du MEOPA pendant le pansement
- E** une prémédication par morphine orale est souhaitable avant le pansement

Question 8 – QRM

Le MEOPA :

- A** peut s'administrer en dessous de 3 ans
- B** est contre-indiqué si vomissements lors d'une utilisation précédente
- C** est contre-indiqué en cas de pneumothorax
- D** nécessite la mise en place d'un scope pour surveillance
- E** est contre-indiqué en cas d'antécédent d'asthme

Question 9 – QRU

Vous prescrivez de la morphine orale à Bruno pour prévenir la douleur du geste. Quand faut-il administrer la morphine ?

- A** 5 minutes avant le geste
- B** 10 minutes avant le geste
- C** 15 minutes avant le geste
- D** au début du geste
- E** 1 heure avant le geste

Question 10 – QRM

Le MEOPA :

- A** est ansiolytique
- B** est un antalgique puissant
- C** est un antalgique de surface
- D** modifie l'état de conscience
- E** a une action euphorisante

Cas clinique 26++

Chloé, 9 ans, est hospitalisée pour varicelle sévère avec des lésions étendues sur l'ensemble du corps, des zones nécrotiques et une fièvre élevée. Elle est prostrée dans son lit et geint en permanence. Elle a été mise à son arrivée dans le service sous nalbuphine 0,2 mg/kg. Vous décidez de prescrire de la morphine injectable.

Question 1 – QRU

Au sujet de la prescription de morphine, quelle est la proposition exacte ?

- A** il faut arrêter la nalbuphine 1 heure avant de débiter la morphine
- B** il faut arrêter la nalbuphine 2 heures avant de débiter la morphine
- C** il faut arrêter la nalbuphine 3 heures avant de débiter la morphine
- D** il faut arrêter la nalbuphine 4 heures avant de débiter la morphine
- E** il faut arrêter la nalbuphine et démarrer la morphine sans attendre

Question 2 – QRM

Vous décidez de ne pas attendre et de prescrire de suite la morphine que pensez-vous de la titration intraveineuse ?

- A** la titration permettra de calculer la dose à administrer pour les 24 prochaines heures
- B** la titration consiste des injections régulières jusqu'à une analgésie correcte
- C** la titration consiste des injections régulières jusqu'à une douleur à zéro
- D** la titration permet une amélioration rapide de la douleur
- E** la titration est contre-indiquée chez l'enfant

Question 3 – QRM

Vous décidez de prescrire une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA). Quelles sont les proposition(s) exactes ?

- A** Chloé est trop jeune pour utiliser une pompe PCA, l'âge minimal étant de 10 ans
- B** la pompe PCA comprend toujours des bolus et une perfusion continue de morphine chez l'enfant
- C** la pompe PCA peut être utilisée même si l'enfant est incapable de s'auto-administrer des bolus
- D** dans cette situation, une perfusion continue de morphine à la seringue électrique serait préférable
- E** la prescription d'une perfusion continue en plus des bolus est souhaitable si l'enfant est jeune

Question 4 – QRU

L'infirmière, peu habituée à la pompe PCA, s'inquiète d'un surdosage éventuel. Elle vous demande quel est le premier signe évoquant un surdosage : que lui répondez-vous ?

- A** la désaturation
- B** la bradypnée
- C** les vomissements
- D** la somnolence
- E** le prurit

Question 5 – QRM

Chloé est bien soulagée par votre prescription mais les soins restent très douloureux. Que pouvez-vous proposer ?

- A** faire un bolus de morphine au moment même du soin
- B** faire un bolus de morphine 5–15 minutes avant le soin
- C** administrer du MEOPA en vue des soins

- D** utiliser les techniques de distraction pendant le soin
- E** utiliser l'hypnoalgésie pendant le soin
- F** administrer du paracétamol 30 minutes avant le soin

Question 6 – QRM

Cinq jours après votre prescription initiale de morphine, Chloé va mieux et vous décidez d'arrêter la morphine intraveineuse.

- A** il faut arrêter la morphine progressivement pour éviter un syndrome de sevrage
- B** il faut arrêter d'abord la perfusion continue de morphine et maintenir les bolus
- C** il est préférable de ne pas diminuer la morphine et de débiter la nalbuphine
- D** la décroissance de la morphine doit être rapide pour éviter un phénomène d'addiction
- E** il est possible de prendre un relais de la morphine injectable par la morphine orale

Question 7 – QRM

Chloé s'étant déperfusée, vous décidez de prescrire de la morphine orale.

- A** on calcule la dose de morphine orale à prescrire multipliant par 2 à 3 la dose de morphine injectable des 24 heures
- B** on calcule la dose de morphine orale quotidienne à prescrire en divisant par 2 à 3 la dose de morphine injectable des 24 heures
- C** on prescrit une forme de morphine à libération prolongée seule en 2 prises quotidiennes
- D** on associe dans la prescription de la morphine à libération immédiate à de la morphine à libération prolongée
- E** on prescrit uniquement de la morphine à libération immédiate

Question 8 – QRM

Vous avez prescrit une association de morphine à libération prolongée et de morphine à libération immédiate. Quelles sont les propositions exactes ?

- A** la posologie des interdoses de morphine à libération immédiate doit être de 1/6 à 1/10 de la dose de morphine libération prolongée des 24 heures
- B** l'intervalle minimal à respecter entre deux interdoses de morphine à libération immédiate est de 4 heures
- C** l'intervalle minimal à respecter entre deux interdoses de morphine à libération immédiate est de 1 heure
- D** la morphine à libération immédiate a une durée d'action de 4 heures
- E** la morphine à libération prolongée une durée d'action de 12 heures

Cas clinique 27++

Jessica, 13 ans, consulte pour des épisodes de maux de tête apparus depuis l'âge de 6 ans. Les céphalées de Jessica évoluent par crises qui durent entre 4 et 12 heures. Durant la crise, la céphalée est frontale,

très intense. Jessica se couche dans le noir, très nauséuse, et vomit parfois. Ses parents la décrivent comme très irritable lors de ces épisodes, se plaignant des bruits dans la maison. Elle a parfois des douleurs abdominales associées et des vertiges. En début de crise, Jessica est décrite comme « livide, les yeux cernés ». Les céphalées de Jessica ont entraîné un absentéisme scolaire de 15 jours durant les 12 derniers mois. Pendant les vacances, Jessica fait beaucoup moins de crises sauf quand il fait très chaud ; les crises reprennent à la rentrée de septembre. Actuellement, trois à quatre gros épisodes de céphalées sont observés chaque mois. Mais Jessica décrit aussi, en plus de ces grosses crises, de nombreux épisodes de céphalées modérées lors desquels elle maintient ses activités.

Plusieurs praticiens ont été consultés pour ces céphalées. Scanner cérébral et radiographie des sinus sont normaux. Plus jeune, un examen ophtalmologique avait mis en évidence un léger trouble de la convergence et dix séances de rééducation orthoptique avaient été réalisées sans aucune amélioration. Aucun diagnostic précis n'a été donné. Le pédiatre évoque une maladie « psychosomatique » car Jessica se décrit volontiers comme « stressée » par ses performances scolaires, inquiète de son orientation et soumise cette année à une ambiance familiale difficile.

Le paracétamol et une association paracétamol-codéine ont été prescrits sans réelle efficacité.

Jessica n'a pas d'antécédents particuliers, hormis une scoliose non évolutive.

L'examen clinique complet est strictement normal. Jessica pèse 50 kg et mesure 1,60 m.

Question 1 – QRM

Quels diagnostics portez-vous ?

- A** migraine
- B** céphalées de tension
- C** algie vasculaire
- D** céphalées psychogènes
- E** névralgie d'Arnold

Question 2 – QRU

Quel examen paraclinique est nécessaire pour poser le diagnostic ?

- A** examen ORL
- B** IRM cérébrale
- C** examen ophtalmologique
- D** numération-formule sanguine
- E** aucun examen

Question 3 – QRM

Quels critères sont souvent retrouvés dans la migraine de l'enfant ?

- A** céphalée bilatérale
- B** crises plus longues que chez l'adulte
- C** maintien des activités pendant les crises
- D** absence d'aura
- E** céphalée accompagnée de douleurs abdominales

Question 4 – QROC

À l'interrogatoire, vous apprenez que Jessica a parfois une vision floue et des flashes lumineux quand elle a très mal à la tête. Quel est votre diagnostic ?

Question 5 – QRM

Quels autres signes d'accompagnement sont possibles chez l'enfant ?

- A** des auras sensitives
- B** des auras auditives
- C** des auras motrices
- D** des troubles du langage
- E** des signes végétatifs

Question 6 – QRU

Vous apprenez que Jessica présente depuis 3 mois, en plus des crises de migraine, un fond continu de céphalées, qui ne l'empêchent pas de faire ses activités. Quel diagnostic portez-vous pour ce type de céphalées ?

- A** migraine sans aura
- B** migraine chronique
- C** céphalée de tension chronique
- D** céphalée chronique psychogène
- E** céphalée épisodique

Question 7 – QRU

La mère de Jessica a des migraines avec auras depuis l'adolescence. Certaines crises ont été accompagnées d'une hémiplégié. Elle est la seule de la famille à avoir ce type d'aura. Elle demande si Jessica peut avoir aussi des crises de ce type. Que lui répondez-vous ?

- A** que la migraine hémiplégié est inexistante chez l'enfant
- B** que Jessica aura probablement des migraines hémiplégiés car il s'agit d'une forme familiale
- C** que si Jessica devait avoir des migraines hémiplégiés, elles seraient apparues tôt dans l'enfance
- D** qu'il est impossible de prévoir si Jessica aura ou non des crises hémiplégiés
- E** qu'une IRM fonctionnelle pourra faire ce diagnostic de manière anticipée

Question 8 – QRU

Quel traitement de première intention prescrivez-vous pour les crises de migraine de Jessica ?

- A** du tramadol
- B** de l'ibuprofène
- C** du paracétamol
- D** un triptan
- E** du paracétamol-codéine

Question 9 – QRU

Quel traitement de rattrapage proposez-vous à Jessica en cas de crise résistante à l'ibuprofène ?

- A** aucun traitement de deuxième intention n'est proposé à cet âge-là
- B** le tramadol peut être proposé
- C** un triptan peut être proposé
- D** une deuxième dose d'ibuprofène 2 heures après la précédente peut être proposée
- E** la codéine peut être proposée dans cette situation

Question 10 – QRM

Le sumatriptan en pédiatrie.

- A** est rarement efficace
- B** doit être prescrit en première intention
- C** a une autorisation de mise sur le marché (AMM) à partir de 12 ans

- D** a des effets indésirables rares
- E** existe en pulvérisation par voie intranasale

Question 11 – QRM

Jessica ayant à la fois des crises migraineuses et des céphalées de tension, quelles consignes lui donnez-vous pour les prises médicamenteuses ?

- A** prendre l'AINS dès le début d'une céphalée, quelle qu'elle soit
- B** attendre au moins une demi-heure après le début d'une céphalée, pour prendre l'AINS
- C** prendre l'AINS en début de crise, uniquement en cas de crise migraineuse
- D** prendre l'AINS en début de crise migraineuse sauf si elle est à jeun
- E** prendre l'AINS en début de crise de migraine y compris en milieu scolaire

Question 12 – QRM

Quels facteurs sont probablement en grande partie responsables de l'aggravation de la migraine de Jessica cette année ?

- A** le début de la puberté
- B** le stress scolaire
- C** le stress familial
- D** la baisse d'acuité visuelle
- E** la scoliose associée

Question 13 – QRM

Quels traitements de fond sont recommandés en première intention chez des adolescents dans la situation de Jessica ?

- A** l'hypnose
- B** l'auriculothérapie
- C** la relaxation
- D** les bêtabloqueurs
- E** les neuroleptiques

Cas clinique 28++

Martin, 8 ans, vient aux urgences pour une crise de migraine. C'est un migraineux connu, déjà suivi par un neurologue. Habituellement, le traitement par ibuprofène est efficace mais ce jour-là, Martin a vomi. Il pleure, la céphalée est intense. Ses parents sont très inquiets, la céphalée n'a jamais été aussi intense. Martin se plaint d'avoir des douleurs dans l'hémicorps gauche, des « picotements bizarres », et il a une vision floue. Son examen clinique est normal, mais très difficile à faire car Martin reste couché, refuse de bouger, est très gêné par le bruit et la lumière.

Question 1 – QRU

Quel bilan paraclinique réalisez-vous ?

- A** aucun bilan paraclinique car la migraine est déjà connue
- B** une imagerie par résonance magnétique cérébrale pour éliminer une cause autre que la migraine
- C** une imagerie par résonance magnétique cérébrale pour confirmer le diagnostic de migraine
- D** une ponction lombaire pour éliminer une méningite
- E** un électroencéphalogramme pour éliminer une crise convulsive

Question 2 – QRU

L'ensemble du bilan paraclinique est normal. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A** une migraine avec aura
- B** une migraine avec confusion
- C** une céphalée de tension avec aura
- D** un syndrome dépressif
- E** un syndrome de conversion

Question 3 – QRM

De quels types d'auras s'agit-il ?

- A** aura visuelle
- B** aura auditive
- C** aura du tronc cérébral
- D** aura sensitive
- E** aura du langage

Question 4 – QRM

Quels traitements intraveineux proposez-vous aux urgences pour Martin ?

- A** du paracétamol
- B** du kétoprofène
- C** du tramadol
- D** de la nalbuphine
- E** de la morphine

Question 5 – QROC

À l'interrogatoire, vous apprenez que Martin a débuté ses premières crises de migraine à l'âge de 3 ans, avec une crise mensuelle jusqu'à l'âge de 7 ans. Mais depuis le début de l'année scolaire, il a plusieurs crises par mois et se plaint d'un fond douloureux permanent. Quel diagnostic portez-vous pour ce fond douloureux ?

Question 6 – QRM

Vous avez donc appris que Martin a un mal de tête permanent, présent toute la journée, tous les jours, ne l'empêchant pas d'aller à l'école et de pratiquer ses activités; mais il a aussi une crise de migraine par semaine, lors desquelles la céphalée est différente, devient très intense, pulsatile. Martin distingue très bien la différence. Quels sont donc les diagnostics retenus ?

- A** migraine chronique
- B** céphalée de tension chronique
- C** migraine
- D** céphalée psychogène
- E** migraine de tension

Question 7 – QRM

Quels facteurs déclenchants sont souvent responsables de ce tableau chez l'enfant parmi les suivants ?

- A** bruit intense
- B** effort physique intense
- C** contrariétés
- D** chocolat
- E** concentration scolaire
- F** manque de sommeil
- G** excès de sommeil

Question 8 – QRU

Quel traitement de fond proposerez-vous en première intention à Martin ?

- A** de l'amitriptyline
- B** du propranolol
- C** de la dihydroergotamine
- D** de la relaxation
- E** de l'acupuncture

Question 9 – QRM

Les parents de Martin vous demandent s'il risque de refaire un épisode identique. Que répondez-vous ?

- A** que les enfants font rarement deux épisodes sévères
- B** qu'il en fera probablement d'autres car cette maladie s'arrête tardivement
- C** que la migraine est en train de s'aggraver et que d'autres crises sévères surviendront bientôt
- D** qu'il est impossible de savoir si Martin aura d'autres crises identiques
- E** qu'un traitement pris précocement pourrait permettre d'éviter un épisode identique

Question 10 – QRU

Vous apprenez que Martin a déjà eu d'autres crises sévères à l'école, avec des vomissements car le traitement a été pris de manière retardée, mais sans signes neurologiques d'accompagnement. Martin est bien informé sur sa pathologie. Que proposez-vous à l'établissement scolaire en cas de survenue d'un épisode identique à l'école ?

- A** faire un certificat médical pour 1 prise rapide de traitement dès que Martin le demande
- B** appeler rapidement la famille pour confirmer la nécessité ou non de prendre un traitement
- C** appeler rapidement la famille pour venir chercher Martin à l'école rapidement
- D** appeler rapidement la famille car les prises de traitement sont impossibles à l'école
- E** laisser Martin prendre rapidement ses comprimés qu'il aura sur lui

Soins palliatifs de l'adulte

Cas clinique 29++

Monsieur K., 46 ans, malien, travaille en France depuis 15 ans. Il est suivi dans le service d'oncologie médicale pour un carcinome épidermoïde bronchique pour lequel une chirurgie a été réalisée il y a 4 ans, suivie de deux lignes de chimiothérapie. Après 1 an de rupture dans le suivi, il se présente au service des urgences pour des douleurs thoraciques permanentes, invalidantes et insomniantes, pour lesquelles il prend du tramadol prescrit par un médecin; il se plaint également d'une gêne respiratoire. Ces douleurs évoluent depuis 48 heures. Monsieur K. est apyrétique, son électrocardiogramme est normal et il n'existe pas d'hyperleucocytose.

Question 1 – QRM

Quelle(s) étiologie(s) de ces douleurs peut-on évoquer ?

- A** un infarctus du myocarde
- B** une atteinte pleurale
- C** une métastase costale
- D** une métastase rachidienne
- E** une pneumopathie
- F** une embolie pulmonaire

Question 2 – QROC

Les explorations complémentaires mettent en évidence l'existence d'une métastase de T4 (quatrième vertèbre dorsale). Monsieur K. décrit certains caractères de ses douleurs comme des brûlures accompagnées de décharges électriques. Quel type de douleur peut être évoqué par cette description ?

Question 3 – QRM

Associées aux douleurs neuropathiques, le patient présente également des douleurs par excès de nociception. Le tramadol à posologie adaptée est insuffisamment efficace. Il est hospitalisé pour équilibrer le traitement antalgique.

Parmi celles-ci, quelles thérapeutiques vous semblent adaptées :

- A** une titration par un opiacé de palier 3
- B** une analgésie contrôlée par le patient par pompe (PCA)
- C** une prescription de codéine en remplacement du tramadol
- D** une association d'un antiépileptique antalgique et d'un opiacé de palier 3
- E** aucun des traitements précédents

Question 4 – QRM

Il est décidé de mettre en place une PCA de morphine, ainsi qu'un traitement oral de gabapentine contre les douleurs neuropathiques. Le paramétrage initial de la posologie de la pompe PCA se fait :

- A** en fonction des habitudes du service
- B** en bolus uniquement
- C** en bolus et dose de fond continue
- D** en dose de fond continue uniquement
- E** en tenant compte du rapport d'équianalgie tramadol/morphine

Question 5 – QRM

Après 48 heures, le traitement antalgique de Monsieur K. est mieux équilibré. Il persiste la composante neuropathique de la douleur mais le patient signale que ceci est acceptable pour lui. Vous envisagez les modifications de traitements suivantes :

- A** changement de la gabapentine pour de la prégabaline
- B** association gabapentine et amitriptyline
- C** changement de la gabapentine pour de l'amitriptyline
- D** rotation d'opiacés
- E** augmentation de la posologie de la morphine
- F** aucune des propositions précédentes

Question 6 – QROC

La prise en charge de la douleur est donc satisfaisante pour le patient. Son asthénie persiste et les explorations mettent également en évidence un épanchement pleural de faible abondance et une importante récurrence tumorale. Le scanner est très en faveur d'une lymphangite carcinomateuse. Monsieur K. se plaint d'une aggravation de sa dyspnée jusqu'alors acceptable ; l'épanchement pleural s'est accentué. Quel geste proposez-vous pour soulager le patient ?

Question 7 – QROC

La ponction pleurale améliore l'état respiratoire du patient. Le liquide de ponction est clair et visqueux ; il contient 1 500 hématies par mm³, 42 g/l de protéine pour une protéinémie à 32 g/l et la cytologie retrouve des cellules cancéreuses.

Qu'évoquez-vous sur le plan carcinologique pleural au vu de ces examens biologiques ?

Question 8 – QRM

L'existence de localisations secondaires sur la plèvre, la récurrence tumorale conséquente et la probable lymphangite carcinomateuse grèvent notablement le pronostic de Monsieur K. Après information, il vous interroge sur les possibilités d'autres traitements ou s'il doit dès lors, selon ses propres propos, « retourner au Mali pour y mourir ».

Quelle attitude adoptez-vous ?

- A** vous le rassurez car ce n'est pas grave
- B** vous l'orientez vers le psychologue
- C** vous l'incitez vivement à rentrer au plus tôt au Mali
- D** vous l'écoutez pour mieux connaître ses souhaits
- E** vous vous faites aider par l'équipe mobile de soins palliatifs

Question 9 – QRM

Après avoir écouté Monsieur K., vous lui proposez une rencontre avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital. Cette rencontre a pour objectif(s) :

- A** de faire accepter au patient une nouvelle ligne de chimiothérapie
- B** de faire une évaluation pluridisciplinaire de la situation du patient
- C** de faire accepter au patient son retour au Mali
- D** de faire comprendre au patient sa mort prochaine
- E** de faire avec le patient le projet de soins le mieux adapté

Question 10 – QRM

Après plusieurs entretiens, le patient vous fait part de son désir de rentrer au Mali pour y revoir sa famille et revenir ensuite en France pour commencer une nouvelle chimiothérapie. Vous croisez son épouse dans le couloir, elle vous demande : « Où en est mon mari ? »

- A** vous lui expliquez, dans le couloir, la situation concernant son mari
- B** vous lui faites part dans votre bureau de la situation malgré la demande de confidentialité de son mari
- C** vous vous enquérez, dans votre bureau, de ce qu'elle souhaite savoir

- D** vous répondez à ses questions sachant que son mari ne s'y est pas opposé
- E** vous lui signalez que vous n'avez pas le temps et que vous la verrez plus tard

Question 11 – QRM

Finalement, Monsieur K. et son épouse vous font part de leur désir de vous rencontrer ensemble pour faire le point avec vous et organiser leur départ pour le Mali dans les meilleures conditions :

- A** vous acceptez afin que tous deux disposent des mêmes informations
- B** vous acceptez mais craignez d'enfreindre le secret professionnel
- C** vous acceptez sachant que tous deux le souhaitent
- D** vous acceptez sous réserve de la présence obligatoire de l'équipe mobile de soins palliatifs
- E** vous acceptez en proposant la présence de l'équipe mobile de soins palliatifs

Question 12 – QROC

Après cet entretien conjoint avec l'équipe mobile de soins palliatifs, les deux époux ont décidé un retour au Mali. Monsieur K. peut dans l'immédiat voyager assis mais une oxygénothérapie durant le voyage aérien est à prévoir même si elle ne sera pas nécessairement utilisée.

Quel (quelle) professionnel(le) peut aider à s'enquérir des conditions requises par le transporteur aérien pour cette mise à disposition d'oxygène ?

Question 13 – QROC

Alors que les dispositions ont été prises pour un retour au Mali, l'infirmière de nuit vous signale que Monsieur K. a présenté un état d'agitation accompagné de propos incohérents et des gestes pouvant évoquer des hallucinations. Lors de votre visite du matin, vous constatez une désorientation temporelle minime et une fuite des idées.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 14 – QRM

Quel(s) diagnostic(s) étiologique(s) évoquez-vous pour ce syndrome confusionnel (ou delirium) ?

- A** une déshydratation
- B** une rétention d'urines
- C** une hypercalcémie
- D** un effet indésirable de la morphine
- E** un syndrome infectieux
- F** une anorexie

Question 15 – QRM

Le patient bénéficie d'une prise en charge antalgique par une pompe PCA de morphine. Un effet indésirable de la morphine a pu être écarté quant à l'origine de la confusion, confusion qui persiste. Que pouvez-vous proposer pour le traitement antalgique de ce patient confus dont les douleurs sont stabilisées ?

- A** rotation de molécules opiacées par la pompe PCA
- B** arrêt de tout opiacé pour une autre classe d'antalgiques
- C** maintien du traitement à l'identique

- D** arrêt de la pompe PCA et poursuite de la morphine par seringue électrique
- E** arrêt de tout traitement antalgique
- F** arrêt de la pompe PCA pour un relais oral de morphine

Cas clinique 30++

Madame A., 36 ans vit avec son mari et ses deux enfants de 10 ans et 8 ans. Elle est suivie pour un glioblastome latéralisé à gauche depuis 2 ans pour lequel elle a reçu le traitement habituel associant radiothérapie et chimiothérapie. Après une phase de stabilité de plusieurs mois, son état clinique s'aggrave avec apparition d'une hémiparésie droite, d'un manque du mot et d'importantes céphalées s'accompagnant de vomissements en jet.

Question 1 – QRM

Quels diagnostics sont compatibles avec ces manifestations cliniques ?

- A** une toxicité de la chimiothérapie
- B** une reprise évolutive du processus tumoral
- C** un accident vasculaire cérébral hémorragique
- D** une hémianopsie latérale homonyme droite
- E** une hypertension intracrânienne

Question 2 – QROC

Devant ce tableau évocateur d'une hypertension intracrânienne, l'IRM cérébrale (imagerie par résonance magnétique) réalisée en urgence montre une expansion tumorale associée à un volumineux œdème péri-lésionnel. Quel traitement symptomatique de première intention préconisez-vous ?

Question 3 – QRU

Les céphalées de la patiente s'améliorent sous corticothérapie injectable, les troubles de la parole s'amendent également. La progression tumorale est importante sur l'imagerie. Madame A., en présence de son mari, vous demande, en tant que médecin référent, « ce qu'il en est de la situation ».

- A** vous lui faites immédiatement part de la progression tumorale
- B** vous répondez après avoir demandé au mari de sortir
- C** vous cherchez à préciser sa demande
- D** vous sortez de la chambre et dites que vous viendrez plus tard
- E** vous faites appel au psychologue pour répondre

Question 4 – QROC

Comment nomme-t-on le processus psychique inconscient visant à éviter de répondre ?

Question 5 – QRM

La patiente informée de la reprise évolutive de la tumeur dit qu'elle ne veut pas d'autres chimiothérapies. Son mari, qui est sa personne de confiance, veut qu'elle suive un autre traitement, insistant sur le fait qu'il ne faut pas tenir compte de l'avis de son épouse. Selon la loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) :

- A** vous informez la patiente des conséquences de son choix
- B** vous respectez la volonté de la patiente après information
- C** vous entreprenez une chimiothérapie, sa personne de confiance le demandant
- D** vous laissez à la patiente un délai raisonnable pour réitérer sa décision
- E** vous mettez en œuvre une procédure collégiale de limitation de traitement

Question 6 – QRM

Toute chimiothérapie est arrêtée, respectant ainsi la volonté de la patiente, son mari comprenant et acceptant ce choix. Madame A. souhaite rentrer chez elle pour y finir ses jours. Quels sont les structures ou professionnels nécessaires au domicile de la patiente ?

- A** hospitalisation à domicile (HAD)
- B** médecin se déplaçant au domicile
- C** réseau de soins palliatifs
- D** psychologue se déplaçant au domicile
- E** infirmier ou infirmière se déplaçant au domicile

Question 7 – QRM

Madame A. a retrouvé une certaine autonomie permettant d'envisager un retour à la maison. De quels autres éléments s'enquérir pour ce retour à domicile ?

- A** l'état psychologique du mari
- B** l'existence de relais d'aidants à la maison
- C** l'état psychologique des enfants
- D** l'absence d'opposition du mari
- E** l'existence d'une présence permanente à domicile

Question 8 – QROC

Après 4 semaines à la maison, la patiente est réhospitalisée, inconsciente, à la demande de son mari, la situation étant trop difficile pour les enfants et lui. L'état clinique de Madame A. conduit à envisager des décisions de limitation de traitement. Quel écrit, défini par la loi du 22 avril 2005, est à consulter, s'il existe, dans le cadre de ces limitations de traitement ?

Question 9 – QROC

L'état clinique de la patiente justifie d'une prise en charge palliative terminale. Quel processus légal, défini par la loi du 22 avril 2005, doit être mis en place en vue de limitation de traitement ?

Question 10 – QRU

Madame A., inconsciente, reste réactive aux stimuli nociceptifs. Il a été décidé à l'occasion d'une procédure collégiale de limiter certains traitements. La patiente présente une fréquence respiratoire à 40 par minute et ne reçoit pour le moment pas d'autres traitements que la poursuite d'une corticothérapie. Devant cette polypnée :

- A** vous augmentez la corticothérapie
- B** vous prescrivez une antibiothérapie
- C** vous prescrivez de la morphine
- D** vous faites une sédation par midazolam
- E** vous prescrivez une oxygénothérapie

Question 11 – QROC

Malgré le traitement par opiacé, la polypnée persiste et s'installe un état de détresse respiratoire avec tirage intercostal et encombrement trachéobronchique. La patiente, inconsciente, reste réactive aux stimuli nociceptifs. Quelle mesure thérapeutique peut être envisagée en vue de supprimer la perception de cette détresse respiratoire ?

Cas clinique 31++

Monsieur F. est suivi dans le service d'oncologie digestive pour adénocarcinome colique. Il a bénéficié d'une colectomie partielle suivie d'une chimiothérapie adjuvante en raison de l'extension tumorale locorégionale. Le dernier scanner montre l'existence de localisations secondaires hépatiques. Une nouvelle ligne de chimiothérapie est proposée au patient. Son frère, personne de confiance aux termes de la loi, l'accompagne très souvent.

Question 1 – QROC

D'après cette évolution, à quelle phase de la prise en charge se trouve-t-on concernant le patient ?

Question 2 – QRM

Monsieur F. débute sa nouvelle chimiothérapie (Folfox : fluoro-uracile et oxaliplatine). Il n'avait jusqu'alors aucune plainte. Quelques jours après la quatrième cure apparaissent des douleurs abdominales intenses (échelle numérique 8/10) accompagnées de nausées, vomissements et très peu de selles liquides, « comme de l'eau » signale le patient.

Quelles étiologies peuvent être envisagées devant ce tableau clinique ?

- A** chimiothérapie
- B** syndrome subocclusif
- C** syndrome occlusif
- D** infection à *Clostridium difficile*
- E** hernie hiatale

Question 3 – QRM

Les examens clinique et complémentaires du patient sont en faveur d'un syndrome subocclusif. L'IRM montre l'existence de métastases péritonéales compressives du côlon ainsi qu'une progression des métastases hépatiques.

Quels traitements prescrivez-vous ?

- A** un laxatif augmentant le péristaltisme intestinal
- B** un traitement par morphine intraveineuse
- C** un traitement par morphine orale
- D** un traitement par fentanyl transdermique
- E** un antinauséux prokinétique
- F** une corticothérapie
- G** un traitement antisécrétoire de type ocréotide

Question 4 – QRM

Sous morphine intraveineuse à la seringue électrique, corticothérapie et ocréotide, les signes digestifs disparaissent et la douleur est suffisamment soulagée. Le patient souhaite poursuivre sa chimiothérapie en dépit de l'évolution péjorative du cancer. Une

troisième ligne de chimiothérapie lui est proposée. À l'occasion de la première cure de cette nouvelle ligne, le comportement de Monsieur F. est inhabituel, il est moins présent et s'agite parfois.

Quels éléments cliniques sont à rechercher pour étayer un diagnostic de confusion ?

- A** des hallucinations
- B** une angoisse
- C** une perplexité
- D** une aphasie
- E** une désorientation temporo-spatiale
- F** une variation nyctémérale des symptômes

Question 5 – QRM

Le patient présente un syndrome confusionnel avéré. Les examens biologiques réalisés montrent une calcémie à 2,1 mmol/l, une albuminémie à 30 g/l, une bilirubinémie à 50 mg/l. Quelles étiologies retenir pour ce delirium ?

- A** une hypercalcémie
- B** une encéphalopathie hépatique
- C** une neurotoxicité de la morphine
- D** un mécanisme de défense
- E** une crise comitiale isolée

Question 6 – QRU

L'ictère de Monsieur F. progresse; le patient n'est plus vigilant, ne réagit pas à l'appel de son nom, semble douloureux lors des soins. Son épouse que vous n'aviez jamais réussi à rencontrer vous explique « qu'il souffre, respire difficilement ». « Il faut que ça cesse » ajoute-t-elle.

- A** sa demande est un meilleur soulagement de son mari
- B** sa demande nécessite d'être précisée
- C** sa demande est une euthanasie pour son mari
- D** sa demande est à examiner lors d'une procédure collégiale
- E** sa demande est à rejeter, l'épouse n'est pas la personne de confiance

Question 7 – QRU

Madame F. a pu préciser sa demande; elle souhaite que son mari « ne souffre pas, ni physiquement ni moralement ». Concernant les manifestations de souffrance physique et psychique de son mari, vous lui expliquez que :

- A** la morphine fait disparaître toute souffrance
- B** le coma fait disparaître toute souffrance
- C** l'ictère fait disparaître la souffrance morale
- D** le traitement en cours est suffisant contre la souffrance physique et morale
- E** le traitement sera réadapté en fonction du degré de souffrance
- F** les médecins gèrent parfaitement la situation

Question 8 – QRU

L'aide-soignante signale que Monsieur F. gémit lors de la toilette, lorsqu'il est mobilisé; il reste non vigilant. Pour adapter le traitement antalgique afin de mieux soulager le patient lors de la toilette :

- A** vous changez la morphine à la seringue électrique pour une pompe PCA
- B** vous prescrivez 1 prise de morphine orale 1 heure avant les soins

- C** vous prescrivez une injection de morphine sous-cutanée 10 minutes avant les soins
- D** vous prescrivez une injection de morphine intraveineuse 10 minutes avant les soins
- E** vous prescrivez une augmentation de la dose de fond de morphine intraveineuse à la seringue électrique

Question 9 – QRU

Le patient présente un encombrement trachéobronchique important. Sa fréquence respiratoire est à 16 par minute; il n'existe pas de tirage. Ses apports hydriques sont de 2,5 litres de sérum physiologique par 24 heures. Il reste réactif aux stimuli nociceptifs mais est inconscient.

Afin d'améliorer le confort respiratoire de Monsieur F. :

- A** vous prescrivez de la kinésithérapie respiratoire
- B** vous prescrivez de la scopolamine injectable en première intention
- C** vous prescrivez une réduction des apports hydriques
- D** vous prescrivez de la scopolamine en patch transdermique en première intention
- E** vous prescrivez une augmentation de la posologie de la morphine
- F** vous prescrivez une sédation avec du midazolam

Question 10 – QROC

Monsieur F. est dans un coma aréactif à toute stimulation; les réflexes du tronc cérébral (cornéen et photomoteur notamment) sont abolis; on note une dyspnée de Cheyne-Stokes. Dans quelle phase évolutive de la maladie se trouve le patient ?

Cas clinique 32+

Monsieur L., 58 ans, est suivi par l'urologue et l'oncologue médical pour un cancer prostatique Gleason 8. Il a bénéficié d'une prostatectomie radicale sans aucun traitement adjuvant. Un an après la chirurgie est apparue une métastase de la quatrième vertèbre lombaire (L4), douloureuse, pour laquelle une radiothérapie a été réalisée et une hormonothérapie instituée.

Six mois après la fin de la radiothérapie, il se rend au service des urgences de l'hôpital où il est suivi. Il se plaint de l'apparition récente de « faiblesse », selon ses propres mots, des membres inférieurs, d'une tendance à la chute et de « quelques fuites urinaires ». Par ailleurs est apparue une douleur dorsale rachidienne.

Question 1 – QRM

Quels diagnostics sont à envisager devant ce tableau clinique ?

- A** une myélite post-radique
- B** une compression médullaire
- C** un tassement vertébral
- D** une complication de l'hormonothérapie
- E** un syndrome paranéoplasique

Question 2 – QRM

Le diagnostic de compression médullaire sur tassement vertébral est évoqué et l'examen clinique donne des arguments supplémentaires en ce sens. Quels examens complémentaires doivent être réalisés en urgence pour confirmer ces hypothèses ?

- A** un électromyogramme des membres inférieurs
- B** une ponction lombaire
- C** un scanner du rachis en son entier
- D** un scanner par émission de positons (PET-scan)
- E** une imagerie par résonance magnétique du rachis

Question 3 – QROC

L'IRM et le scanner montrent des localisations métastatiques étagées du rachis ainsi qu'un processus infiltrant le canal médullaire et comprimant la moelle au niveau de la sixième vertèbre dorsale (T6). Son oncologue vient voir Monsieur L. dans le service où il est hospitalisé. Le patient ne pose pas de questions quant à l'origine des troubles qu'il présente ; pourtant son oncologue lui explique en détail que « cette paralysie qui s'installe est due à de très nombreuses métastases et à une tumeur qui comprime la moelle ».

Cette attitude du médecin peut être un processus psychique visant à s'éviter une angoisse intolérable. Quel est le terme générique désignant ce type de mécanisme psychique ?

Question 4 – QROC

L'oncologue met probablement en place un mécanisme de défense involontaire et inconscient. De façon plus précise, comment se nomme ce mécanisme de défense amenant ce médecin à se décharger d'informations, de « vérités » trop lourdes ?

Question 5 – QRU

Cette fuite en avant de l'oncologue ne semble pas perturber Monsieur L., qui parle des métastases du cancer, de la compression médullaire, en toute tranquillité, sans affects, comme si cela ne le concernait pas vraiment. Ce détachement apparent correspond à un mécanisme de défense dénommé « isolation ». Devant le mécanisme de défense du patient, quelle attitude devrait adopter un soignant ?

- A** s'évertuer à faire comprendre la réalité au patient
- B** adresser le patient au psychologue
- C** demander aux proches de faire comprendre au patient la réalité
- D** respecter le mécanisme de défense du patient
- E** combattre le mécanisme de défense du patient

Question 6 – QROC

Le caractère multimétastatique de la tumeur et les facteurs de risque associés (insuffisance cardiaque de classe III en particulier) font récuser un acte chirurgical de décompression médullaire. Monsieur L. reste douloureux malgré le traitement opiacé de palier 3, douleur en rapport avec la métastase osseuse T6. Quel type de traitement non médicamenteux à visée antalgique est envisageable pour ce patient, qui relève d'une prise en charge palliative ?

Question 7 – QRM

Une radiothérapie à visée antalgique est réalisée. Une recrudescence des douleurs dans les suites immédiates de la radiothérapie conduit à une augmentation des opiacés. Monsieur L. devient somnolent puis franchement difficile à réveiller. Un surdosage en opiacés est évoqué. Quels éléments sont en faveur d'un surdosage en opiacés ?

- A** sécheresse buccale
- B** myosis
- C** sueurs
- D** somnolence
- E** bradypnée

Question 8 – QRU

Les troubles de la conscience associés à la bradypnée conduisent à poser le diagnostic de surdosage en opiacés. L'utilisation de la naloxone, antagoniste des opiacés, est envisagée devant ce surdosage. L'antagonisation des effets de l'opiacé par la naloxone est :

- A** justifiée car le patient n'a que 58 ans
- B** injustifiée car le patient relève d'une prise en charge palliative
- C** justifiée car le patient a une espérance de vie de plusieurs mois
- D** injustifiée car le patient a un mauvais pronostic fonctionnel
- E** justifiée car le patient est victime d'une erreur médicale

Question 9 – QRU

Après normalisation de la fréquence respiratoire par la naloxone et retour à une conscience normale, Monsieur L. stipule qu'il ne veut plus de radiothérapie ni aucun autre traitement en dehors de ceux contre les douleurs. Selon la loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti :

- A** il est demandé à la personne de confiance de décider des traitements
- B** il est demandé la tenue une procédure collégiale pour décider des traitements
- C** il est demandé à la famille de décider des traitements
- D** il est demandé à un autre médecin consulté de décider des traitements
- E** aucune des propositions précédentes n'est exacte

Question 10 – QRU

Monsieur L. étant en mesure de donner son avis, le médecin lui explique les conséquences de son refus de traitement. Après un délai jugé raisonnable, le patient réitère ce refus de traitements hors ceux visant à le soulager de ses douleurs. Un retour à la maison est envisagé. Le patient fait part de son désir de ne revenir à l'hôpital que « lorsque le moment sera venu, afin de l'aider à partir dignement ».

- A** ce propos est une demande d'euthanasie
- B** ce propos est une demande à respecter
- C** ce propos est une demande de suicide assisté
- D** ce propos est une demande à faire préciser au patient
- E** ce propos est une demande à négliger

Question 11 – QRM

Un entretien avec le patient permet de lui faire préciser qu'effectivement il souhaiterait « bénéficier d'une euthanasie afin de ne pas souffrir ». Quelles réponses adaptées faire au patient face à cette demande d'euthanasie ?

- A** c'est prématuré, nous en parlerons plus tard
- B** l'euthanasie est interdite en France, vous pouvez aller en Belgique
- C** les traitements seront adaptés pour réduire vos souffrances
- D** une sédation est possible si vous souffrez trop
- E** ce sera à voir avec votre médecin généraliste

Monsieur L. est rassuré par les explications concernant la prise en compte et les traitements de ses éventuelles souffrances, y compris une possible sédation qu'il nomme « *coma artificiel* ». Il rentrera chez lui et finira paisiblement ses jours à la maison, sans sédation.

Cas clinique 33+++

Madame B., 82 ans, est suivie pour une maladie d'Alzheimer très évoluée. Elle est veuve depuis 3 ans. Elle vit en institution et ses deux enfants, un fils et une fille, lui rendent visite très régulièrement, même si elle ne les reconnaît plus. Elle bénéficie d'une protection juridique ; son fils aîné est son tuteur.

La patiente est hospitalisée en urgence dans le service de médecine interne à la suite d'un quatrième épisode de pneumopathie d'inhalation sur fausse route alimentaire. Son fils et sa fille l'accompagnent.

Question 1 – QRU

Selon les lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005, cette hospitalisation justifie que :

- A** la patiente désigne une personne de confiance
- B** le fils tuteur désigne une personne de confiance
- C** un conseil familial désigne une personne de confiance
- D** le juge de tutelle désigne une personne de confiance
- E** aucune de ces réponses n'est exacte

Question 2 – QRM

Devant ce quatrième épisode de pneumopathie chez une patiente présentant une démence évoluée avec des troubles de la déglutition, quelle attitude envisagez-vous ?

- A** une antibiothérapie probabiliste
- B** une abstention de tout traitement
- C** un transfert en réanimation
- D** un traitement symptomatique des troubles respiratoires
- E** une sédation

Question 3 – QRU

Une antibiothérapie probabiliste et un traitement symptomatique sont institués. Un transfert en réanimation ne semble pas adapté pour cette patiente ; pourtant, sa fille vous la demande en cas d'aggravation. Vous expliquez alors à la fille de la patiente que vous comprenez mais :

- A** que sa demande est irrecevable
- B** que vous seul décidez
- C** que c'est à sa mère de décider
- D** que vous lui proposez d'en parler avec son frère
- E** que c'est à un conseil de famille de décider

Question 4 – QROC

La fille de la patiente s'entretient avec son frère du choix ou non d'un transfert de leur mère en réanimation en cas d'aggravation. Qui, selon la loi, prend avec le médecin la décision de ne pas transférer en réanimation Madame B. ?

Question 5 – QRM

Le tuteur prend avec le médecin la décision de ne pas transférer la patiente en réanimation si survenait une aggravation de l'état de celle-ci. La fille, après discussion avec son frère et les médecins, a bien compris que ce transfert ne pourrait être qu'inadapté pour leur mère.

Se pose la question de l'alimentation de Madame B. ; le risque de fausses routes alimentaires et d'une nouvelle pneumopathie est en effet majeur chez cette patiente atteinte de maladie d'Alzheimer évoluée avec des troubles de la déglutition.

- A** une alimentation par sonde nasogastrique est non indiquée en raison du risque de pneumopathie d'inhalation
- B** une alimentation par sonde de gastrostomie est non indiquée en raison du risque de pneumopathie d'inhalation
- C** une alimentation par sonde de gastrostomie est indiquée car supprimant le risque de pneumopathie d'inhalation
- D** une alimentation par sonde de jéjunostomie est non indiquée en raison du risque de pneumopathie d'inhalation
- E** une alimentation par sonde de jéjunostomie est indiquée car supprimant le risque de pneumopathie d'inhalation

Question 6 – QRM

Il est décidé avec le fils, tuteur, de Madame B. de ne pas mettre de sonde d'alimentation car trop invasif et ne permettant pas la réduction du risque de pneumopathie par inhalation comme le montre de nombreuses études. Sur le plan éthique, cette décision doit confronter :

- A** les aspects légaux
- B** l'avis de la fille
- C** les propos de la patiente
- D** l'avis des soignants
- E** les données scientifiques

Question 7 – QRM

L'ensemble de ces éléments ayant été confronté ; la décision est maintenue de ne pas entreprendre d'alimentation entérale.

Madame B. est capable de dire qu'elle a faim. Malgré les risques d'une alimentation orale, celle-ci est maintenue en toute connaissance de cause. Toutefois, elle se fera en fonction des désirs supposés de la patiente et sera assurée par les aides-soignants.

Le contrôle de l'infection respiratoire de la patiente permet d'envisager la sortie du service de médecine interne et le retour de Madame B. dans sa maison de retraite médicalisée. La question se pose de la conduite à adopter en cas de nouvelle pneumopathie. Les décisions thérapeutiques quant à la conduite à adopter en cas de pneumopathie :

- A** impliquent exclusivement le service de médecine interne
- B** impliquent les soignants de la maison de retraite
- C** impliquent le médecin traitant de la patiente
- D** impliquent le fils, tuteur de la patiente
- E** impliquent la fille de la patiente

Question 8 – QROC

La famille, les soignants de la maison de retraite et du service de médecine interne sont d'accord pour ne pas réhospitaliser la patiente en cas de nouvelle infection respiratoire. Les soins seront dispensés dans la maison de retraite. Quelle structure de soins palliatifs se rendant au domicile peut être utile dans la prise en charge de la patiente en maison de retraite ?

Question 9 – QROC

L'équipe référente du réseau local de soins palliatifs est contactée par le médecin traitant avant le retour de la patiente dans la maison de retraite.

Dix jours après, la patiente fait de nouveau une infection respiratoire basse. Les traitements entrepris dans la maison de retraite sous l'égide du réseau de soins palliatifs consistent en morphine, midazolam à faible dose, réduction des apports hydriques et médicament antisécrétoire.

Malgré l'intervention du réseau de soins palliatifs, la situation est trop difficile dans la maison de retraite et l'hospitalisation est demandée par le médecin coordonnateur. La patiente, consciente à son arrivée dans le service, est polypnéique à 34 par minute, présente un tirage sus-claviculaire, intercostal et une respiration paradoxale. Il existe de plus un encombrement trachéobronchique.

Comment désigner ce tableau clinique ?

Question 10 – QROC

Devant cette situation réfractaire, quel type de traitement peut être mis en place pour permettre à la patiente de ne plus en percevoir les symptômes ?

Question 11 – QRM

Une sédation en vue de soulager la patiente peut être réalisée. Il s'agit d'une situation d'urgence palliative. Face à cette détresse respiratoire, le traitement d'urgence que constitue la sédation :

- A** est mis en place après accord du tuteur de la patiente
- B** est mis en place après accord de la fille de la patiente
- C** est mis en place sans attendre l'accord des enfants
- D** est mis en place après information de la patiente
- E** est mis en place après accord du médecin traitant

Question 12 – QRM

Une sédation par midazolam à dose adaptée est réalisée immédiatement; la patiente en est informée même si sa compréhension est très incertaine.

Les enfants viennent au chevet de leur mère et vous demandent d'accélérer la fin de sa vie afin qu'elle cesse de souffrir; cette demande s'apparente à une euthanasie. Devant cette demande :

- A** vous augmentez les doses de midazolam
- B** vous interdisez les visites aux enfants
- C** vous refusez avec véhémence cette demande
- D** vous expliquez le but de la sédation
- E** vous rappelez l'interdiction légale de tuer

Le fils et la fille de Madame B. sont rassurés quant au soulagement de leur mère par la sédation. Ils se relayeront près d'elle jusque survienne sa mort après 2 jours dans le service.

Cas clinique 34+++

Monsieur A., 25 ans, marié depuis presque un an, est suivi depuis 4 mois pour une récurrence d'un cancer rénal à cellules claires pour lequel il avait subi une néphrectomie à l'âge de 3 ans. Le bilan d'extension a montré l'existence de métastases osseuses rachidiennes étagées ainsi que des localisations secondaires hépatiques. Monsieur A. est hospitalisé pour sa troisième cure de chimiothérapie. Lors de cette hospitalisation il évoque avec son oncologue la possibilité d'écrire des directives anticipées.

Question 1 – QRM

Selon la loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti), les directives anticipées répondent à certains critères :

- A** rédaction exclusive en cas de maladie grave
- B** validation par un acte notarié
- C** signature obligatoire de la personne de confiance du patient
- D** expression des souhaits du patient quant à sa fin de vie
- E** révocabilité à tout moment

Question 2 – QRM

Monsieur A. décide d'écrire des directives anticipées et vous demande votre aide car qualifié en tant qu'oncologue pour l'aider. Pour que ces directives anticipées soient les plus pertinentes possible quant aux souhaits du patient :

- A** vous l'orientez vers ce qui est médicalement acceptable
- B** vous l'aidez à préciser ce qu'est le sens de la vie pour lui
- C** vous lui soumettez une liste de propositions à cocher
- D** vous lui proposez un rendez-vous avec l'équipe mobile de soins palliatifs
- E** vous lui proposez de s'adresser à un juriste

Question 3 – QRM

Le patient rencontre l'équipe de soins palliatifs et précise avec elle ce qu'est pour lui le sens de la vie et en découle ce qui serait acceptable ou non quant à des traitements ou investigations, ce qu'il précisera sur ses directives anticipées.

La troisième cure de chimiothérapie se déroule sans complications mais, lors de l'hospitalisation suivante,

Monsieur A. vous signale des difficultés pour uriner avec, parfois, des « fuites urinaires ». Il prend son traitement opiacé pour des douleurs rachidiennes en relation avec des métastases vertébrales, douleurs qui restent bien contrôlées. Devant ces troubles mictionnels, que recherche l'examen clinique du patient ?

- A** des signes en faveur d'une compression médullaire
- B** des signes en faveur d'un globe vésical
- C** des signes en faveur d'un surdosage en opiacés
- D** des signes en faveur d'un fécalome
- E** des signes en faveur d'une infection urinaire

Question 4 – QRM

Une compression médullaire est évoquée à la suite de l'examen clinique. Monsieur A. refuse l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui a été prescrite pour préciser le diagnostic. Devant ce refus qui peut engager le pronostic fonctionnel voire vital du patient :

- A** vous lui expliquez l'intérêt de cet examen
- B** vous respectez son refus sans discussion
- C** vous demandez à son épouse d'intervenir
- D** vous lui faites faire cet examen malgré son refus
- E** vous demandez l'aide d'un confrère

Question 5 – QRU

Avec l'aide d'un confrère, vous lui expliquez l'intérêt de l'IRM, qu'il accepte de faire. Cette imagerie objective une métastase de la huitième vertèbre thoracique (T8) avec un début de compression médullaire. Une intervention de décompression médullaire est posée conjointement par le chirurgien et l'oncologue que vous êtes.

Son épouse demande des informations sur cette intervention chirurgicale.

- A** vous refusez en arguant du secret professionnel
- B** vous acceptez sans accord préalable du patient
- C** vous acceptez mais en présence du patient
- D** vous refusez car le patient n'est pas en fin de vie
- E** vous acceptez sous réserve du maintien du secret par l'épouse

Question 6 – QROC

Une explication quant au but et aux risques de l'intervention est donnée par le chirurgien conjointement aux deux époux. Tous deux aimeraient que celle-ci se fasse après leur anniversaire de mariage qui a lieu dans 10 jours. Le chirurgien leur dit que « dans [son] état, ils ne vont pas trop pouvoir le fêter ». Ce propos peut être un mécanisme de défense du chirurgien. Comment se nomme précisément ce mécanisme de défense ?

Question 7 – QROC

La dérision dont fait preuve le chirurgien est mal ressentie par le couple. Ils vous demandent par la suite s'ils peuvent lui faire confiance. Vous leur expliquez l'urgence de l'intervention et Monsieur A. vous dit que s'il devait être paraplégique il préférerait ne pas vivre et qu'alors vous l'aidiez à mourir. Vous lui dites que l'on peut très bien vivre en étant paraplégique. Cette réponse peut ici encore être un mécanisme de défense. Comment se nomme-t-il ?

Question 8 – QROC

Cette esquive ou cette banalisation, si elle réduit l'anxiété du soignant peut être délétère pour le patient. Monsieur A. semble ne pas réagir à vos propos et vous demande si vous pourriez lui donner « ce qu'il faut pour qu'il puisse lui-même mettre fin à ses jours le moment venu ». Comment est désignée cette demande d'aide à mourir ?

Question 9 – QRM

Vous expliquez au patient que vous ne pouvez pas répondre favorablement à sa demande de suicide assisté, ce qu'il comprend. Il vous demande alors ce que vous pourriez faire s'il souffrait trop. Devant ces propos :

- A** vous cherchez à préciser quelles souffrances il craint
- B** vous lui conseillez de se rendre en Suisse où le suicide assisté est possible
- C** vous lui expliquez que l'on peut supprimer toute souffrance
- D** vous lui parlez de la possibilité de sédation pour des souffrances réfractaires
- E** vous lui adressez le psychologue

Question 10 – QROC

Monsieur A. vous précise qu'il ne veut pas ressentir de douleurs physiques « ni mourir en étouffant comme il a vu sa mère le faire ». Vous lui expliquez les traitements visant à soulager les symptômes respiratoires et lui parlez de la possibilité de réaliser une sédation si cela s'avérait nécessaire, à condition qu'il en soit d'accord ; ceci semble le rassurer.

Le patient a accepté l'intervention chirurgicale ; celle-ci se déroule correctement. Quatre jours après la chirurgie, Monsieur A. présente une fièvre à 40 °C, une pression artérielle systolique à 80 mm Hg, une tachycardie à 140 par minute et des marbrures des membres inférieurs. Il est vigilant mais confus et ses réponses sont totalement inadaptées.

Quel diagnostic évoquez-vous devant ce tableau clinique ?

Question 11 – QRM

La survenue d'un choc septique chez ce patient porteur d'un cancer très évolué conduit à se questionner sur la proportionnalité des traitements à entreprendre. Monsieur A. n'est plus conscient. Après avoir réalisé les actes justifiés par l'urgence de la situation, vous décidez ensuite :

- A** de suspendre tout traitement
- B** d'entreprendre des traitements exclusivement symptomatiques
- C** de consulter les directives anticipées du patient
- D** de susciter une procédure collégiale
- E** de consulter son épouse

Question 12 – QRU

Une procédure collégiale se déroule, tenant compte des directives anticipées de Monsieur A. ainsi que des propos de son épouse. À l'issue de la procédure collégiale, qui prend la décision quant à l'adaptation des traitements (poursuite, arrêt ou limitation) ?

- A l'épouse du patient
- B la collégialité des personnes présentes
- C le responsable médical du service
- D le médecin en charge du patient
- E la majorité des personnes présentes

Question 13 – QRM

La décision prise par le médecin en charge du patient, après confrontation de tous les éléments apportés par la procédure collégiale, est de poursuivre les traitements en salle, sans transfert dans un service de réanimation.

L'état clinique de Monsieur A. s'améliore progressivement; il retrouve autonomie et indépendance, il peut se lever et la motricité de ses membres inférieurs est bonne. Il a encore quelques soins simples, pansements essentiellement, à faire. Un retour à domicile est envisagé et son épouse se propose pour l'aider à faire sa toilette à laquelle il participe de plus en plus.

Pour ce retour à domicile, quels éléments paraissent nécessaires :

- A un service d'hospitalisation à domicile
- B une surveillance médicale par le médecin généraliste
- C une intervention d'un réseau de soins palliatifs
- D un passage d'infirmiers de ville pour les soins
- E un rendez-vous de consultation avec l'oncologue

Cas clinique 35++

Monsieur K., 70 ans, a subi une prostatectomie radicale pour un cancer avec un score de Gleason à 9. Sont apparues secondairement, il y a 1 an, des métastases vertébrales L1 et L3 pour lesquelles il a bénéficié d'une radiothérapie. Il est actuellement traité par hormonothérapie. Il se plaint de douleurs de la hanche droite, en particulier lors de la marche, ce qui l'a conduit à ne plus sortir de chez lui à la grande inquiétude de son épouse et de ses deux enfants. Cette hanche est également à l'origine de douleurs nocturnes mais il n'existe pas de syndrome inflammatoire.

Question 1 – QRM

Dans ce contexte clinique, quels diagnostics étiologiques sont à évoquer quant à cette douleur de hanche ?

- A une arthrose de la hanche
- B une hernie crurale
- C une arthrite septique de la hanche
- D une métastase osseuse fémorale
- E une tendinopathie du moyen fessier

Question 2 – QRM

Les examens cliniques et complémentaires ont éliminé une coxarthrose et une tendinite et ont mis en évidence une métastase du col fémoral. Il existe un risque de fracture. Devant ce risque fracturaire, plusieurs attitudes sont envisageables :

- A abstention thérapeutique en raison du caractère évolué du cancer
- B radiothérapie de la hanche à visée antalgique
- C abstention thérapeutique en raison de la résistance à l'hormonothérapie

- D chirurgie prothétique de la hanche pour conserver la mobilité du patient
- E cimentoplastie de consolidation de la hanche

Question 3 – QROC

La cimentoplastie bien qu'envisageable n'est pas retenue et il est proposé à Monsieur K. une radiothérapie précédée d'une intervention chirurgicale pour mise en place d'une prothèse de hanche. Le patient demande à réfléchir car il est « fatigué de tous ces traitements et examens complémentaires ». Une tomographie par émission de positons (PET-scan) montre l'existence de localisations secondaires multiples : os, foie et poumons.

À quelle phase évolutive de la maladie se situe le patient ?

Question 4 – QRM

Monsieur K. est donc en phase palliative de son cancer prostatique polymétastaté. L'information de cette dissémination métastatique lui est donnée par son oncologue. Il refuse alors toute intervention chirurgicale; la radiothérapie lui paraît acceptable si elle lui permet d'être soulagé de ses douleurs.

La radiothérapie antalgique est réalisée et il est proposé au patient de participer à un essai clinique à visée carcinologique de phase 1 :

- A cet essai est justifié car il n'y a plus d'espoir de guérison
- B cet essai a pour finalité de traiter le patient de son cancer prostatique
- C cet essai nécessite une explication claire de ses objectifs et modalités
- D cet essai n'est possible qu'après consentement familial signé
- E cet essai n'est possible qu'après consentement signé du patient

Question 5 – QROC

Après les explications claires fournies au patient, celui-ci refuse de participer à cet essai clinique de phase 1. Durant l'hospitalisation pour sa radiothérapie, Monsieur K. se renferme, s'alimente moins et fuit la communication avec les soignants. Il dit pourtant à l'infirmière avec laquelle s'est nouée une relation confiante qu'il en a assez et qu'il veut mourir. En effet, malgré la radiothérapie, il a toujours mal; de plus, il se sent inutile et en dehors de sa famille il n'a plus aucune vie relationnelle : « Tout ceci n'a aucun sens » dit-il.

Quel nom porte ce tableau clinique associant douleur physique, souffrances sociale, psychique et spirituelle ?

Question 6 – QRM

Cette présentation clinique très évocatrice d'une souffrance globale fait envisager le recours à d'autres personnes que l'oncologue ou l'urologue. Quelles sont ces autres personnes ?

- A un psychiatre de l'hôpital
- B un aumônier de l'hôpital
- C une équipe mobile de soins palliatifs
- D un psychologue du service
- E une bénévole du service

Question 7 – QRM

Monsieur K. refuse de rencontrer psychiatre, psychologue, aumônier et bénévole mais souhaite voir l'équipe mobile de soins palliatifs car « eux au moins ils pourront m'aider à mourir ». Une équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée pour :

- A** le conseil dans l'adaptation de traitements symptomatiques
- B** la pratique d'une euthanasie
- C** la réalisation d'une éventuelle sédation
- D** la réalisation d'un suicide assisté
- E** le soutien d'une équipe soignante

Question 8 – QROC

L'équipe mobile de soins palliatifs, qui n'a pas pour fonction la pratique d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, rencontre le patient afin d'évaluer sa situation et ses demandes. En l'occurrence, Monsieur K. rencontre le médecin et la psychologue de l'équipe qui se présentent à lui. Des modifications du traitement antalgique sont proposées et le patient accepte de revoir la psychologue. Sa demande de mourir persiste et il réclame, tranquillement, qu'on lui administre un traitement en vue de mettre fin à ses jours. Comment peut-on appeler cette demande de mort provoquée ?

Question 9 – QRU

Devant cette demande d'euthanasie :

- A** vous proposez au patient une sédation continue
- B** vous proposez au patient une assistance au suicide
- C** vous proposez au patient l'arrêt de tout traitement
- D** vous proposez au patient l'arrêt de toute alimentation
- E** aucune de ces propositions n'est satisfaisante

Question 10 – QROC

Cette demande d'euthanasie n'accepte pas de réponses satisfaisantes mais justifie de poursuivre l'accompagnement du patient et de ses proches. Monsieur K. s'affaiblit. Il présente une toux avec des expectorations hémoptoïques. Le scanner thoracique a montré une métastase à proximité d'un gros vaisseau faisant craindre la survenue d'une hémoptysie. Quel traitement médical est envisageable en cas d'hémoptysie massive ?

Question 11 – QRM

Une hémoptysie massive est à craindre et, dès lors, une sédation peut être proposée si ceci s'avérait nécessaire. Conformément aux recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) quant à la sédation, lorsque celle-ci peut être anticipée :

- A** ses objectifs sont à préciser au patient et aux soignants
- B** ses modalités sont à préciser au patient et aux soignants
- C** ses risques sont à préciser au patient et aux soignants
- D** ses implications sur les traitements sont à préciser au patient et aux soignants
- E** ses moyens d'évaluation sont à préciser aux soignants

Question 12 – QROC

Toutes ces recommandations sont à respecter, les informations compréhensibles sont bien sûr adaptées à l'interlocuteur.

La toux avec expectorations hémoptoïques de Monsieur K. persiste mais les saignements restent peu abondants. Toutefois le patient est angoissé. Il réitère son souhait d'être soulagé mais ne veut pas « d'acharnement thérapeutique », selon ses propres termes. Quelle autre expression, utilisée dans les textes de loi, désigne l'acharnement thérapeutique ?

Question 13 – QRU

Dans cette situation, quel traitement paraît le mieux adapté pour soulager Monsieur K. ?

- A** une sédation
- B** une embolisation vasculaire
- C** une radiothérapie hémostatique
- D** un anxiolytique
- E** une abstention thérapeutique

Question 14 – QROC

Un traitement anxiolytique est proposé à Monsieur K. mais l'hémoptysie s'aggrave et il est décidé de réaliser une sédation. Quel produit est préconisé en première intention pour la réalisation d'une sédation ?

Cas clinique 36++

Monsieur R., 46 ans, est suivi pour un adénocarcinome pancréatique diagnostiqué il y a 9 mois, pour lequel la chirurgie a été refusée en raison de la présence de multiples métastases hépatiques. Il bénéficie actuellement d'une seconde ligne de chimiothérapie, après une progression locale et hépatique sous une première ligne. Ce patient, marié, avec trois enfants d'âge scolaire, vit à domicile. Les douleurs abdominales en ceinture étaient bien contrôlées depuis 4 mois par un traitement antalgique composé de tramadol LP 200 mg *per os* matin et soir. Monsieur R. est hospitalisé en urgence pour l'apparition brusque de vomissements et douleurs abdominales. Il est apyrétique. Il a reçu sa précédente cure de chimiothérapie il y a 5 jours. Le traitement antalgique n'a pas été modifié par son médecin généraliste avant l'hospitalisation.

Question 1 – QRM

À l'examen clinique, vous recherchez :

- A** une défense abdominale
- B** des bruits hydroaériques
- C** une splénomégalie
- D** une hépatomégalie
- E** une épigastralgie

Question 2 – QRM

Les douleurs et vomissements peuvent être liés à :

- A** un effet indésirable de la chimiothérapie
- B** un effet indésirable du traitement antalgique
- C** une occlusion digestive
- D** une progression tumorale
- E** une gastro-entérite

Question 3 – QRU

Vous retrouvez à l'examen clinique une absence de bruits hydroaériques et une douleur abdominale diffuse sans défense. Quel examen d'imagerie demandez-vous en urgence ?

- A** une radiographie d'abdomen sans préparation
- B** un scanner abdomino-pelvien
- C** une échographie abdominale
- D** une rectosigmoidoscopie
- E** une fibroscopie œsogastroduodénale

Question 4 – QRM

Le patient cote l'intensité de ses douleurs à 8 sur 10 sur l'échelle numérique. Quelles sont les options thérapeutiques antalgiques ?

- A** vous augmentez la dose de tramadol LP quotidienne *per os*
- B** vous ajoutez du tramadol 50 mg *per os* en cas d'accès douloureux
- C** vous conservez le même traitement antalgique jusqu'au résultat du scanner
- D** vous arrêtez le tramadol LP et passez aux antalgiques de palier 3
- E** vous prescrivez une titration de morphine intraveineuse

Question 5 – QRM

Vous avez finalement prescrit une titration de chlorhydrate de morphine par voie intraveineuse qui soulage Monsieur R. Le scanner montre une occlusion digestive haute et des lésions évoquant une carcinose péritonéale. Vous débutez le traitement médical de l'occlusion (corticothérapie, sonde nasogastrique, repos digestif) et vous prescrivez une alimentation et une hydratation artificielles.

Plusieurs options thérapeutiques antalgiques sont possibles : lesquelles ?

- A** des injections intraveineuses discontinues de morphine en fonction des douleurs
- B** des injections sous-cutanées discontinues de morphine en fonction des douleurs
- C** un arrêt de la morphine pour éviter d'accroître l'occlusion digestive
- D** une pompe PCA de morphine intraveineuse en mode bolus seuls
- E** des injections intraveineuses systématiques préventives de morphine à heures fixes

Question 6 – QRU

Vous avez choisi d'administrer la morphine par voie intraveineuse à l'aide d'une pompe PCA en mode bolus autoadministrés par le patient (sans perfusion continue). Le lendemain, les douleurs sont bien contrôlées, avec une consommation de 15 bolus sur 24 heures. Les signes d'occlusion persistent, en particulier les nausées. La vigilance est normale. Que faites-vous ?

- A** vous ajoutez une perfusion continue de morphine aux bolus autoadministrés
- B** vous conservez le mode bolus seuls de morphine sans changement de dose
- C** vous conservez le mode bolus seuls avec augmentation de la dose des bolus de morphine

- D** vous arrêtez la pompe PCA de morphine intraveineuse et repassez à la morphine orale
- E** vous conservez la pompe PCA avec un relais vers l'oxycodone intraveineuse

Question 7 – QRM

Les douleurs sont bien contrôlées avec la morphine, *a priori* sans effets indésirables. La fonction rénale est normale. Il n'y a pas d'indication à effectuer un relais vers l'oxycodone qui a les mêmes effets indésirables que la morphine. Le nombre de bolus administrés étant conséquent, on a intérêt à mettre une perfusion continue. La période de titration permet de déterminer les besoins du patient et d'ajuster les paramètres de la pompe qui sont prescrits par le médecin (débit de perfusion continue, dose du bolus, période réfractaire...). Malgré un traitement médical bien conduit, l'occlusion digestive ne se lève pas et l'état général du patient s'altère rapidement avec une asthénie croissante. Monsieur R., bien informé de ses droits, désigne par écrit son frère jumeau comme personne de confiance. Le document est placé dans son dossier médical. Cette personne de confiance :

- A** assiste le patient à sa demande tout au long de son parcours médical
- B** est désignée pour une durée maximale de 2 ans
- C** est seule habilitée à détenir les directives anticipées du patient
- D** est consultée si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté
- E** a accès au dossier médical du patient sans restrictions

Question 8 – QRM

La fonction hépatique du patient se dégrade rapidement, avec apparition d'un ictère et d'une encéphalopathie hépatique. Le patient est désormais confus et vous le jugez difficilement capable de communiquer. Concernant le traitement antalgique, quelles sont les options thérapeutiques au regard de l'aggravation clinique ?

- A** vous laissez la pompe PCA de morphine en mode perfusion continue sans bolus
- B** vous prescrivez des interdoses de morphine intraveineuse en cas d'accès douloureux
- C** vous remplacez la pompe PCA de morphine par du fentanyl transdermique
- D** vous laissez la pompe PCA en diminuant les doses de morphine de moitié
- E** vous arrêtez tout traitement morphinique jugé délétère dans cette situation
- F** vous arrêtez tout traitement morphinique car le patient ne ressent plus la douleur

Question 9 – QRM

Vous décidez d'engager une procédure collégiale. La procédure collégiale de limitation de traitement, prévue par la loi, peut être mise en œuvre dans les situations suivantes :

- A** refus d'un traitement par le patient
- B** demande d'arrêt d'un traitement par la famille
- C** demande de limitation de traitement par la personne de confiance

D demande d'euthanasie formulée par le patient
E patient hors d'état d'exprimer sa volonté
 Une décision d'arrêt de l'alimentation artificielle est prise. Monsieur R. est à présent inconscient; il paraît confortable sous morphine en perfusion continue. Les doses de morphine n'ont pas été modifiées. Il est entouré par son épouse et son frère qui se relaient en permanence à son chevet. Il décède 4 jours plus tard.

Cas clinique 37++

Madame H., âgée de 85 ans, résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), est suivie pour une démence à corps de Lewy très évoluée. Madame H. est grabataire. La communication est difficile — quelques mots pas toujours appropriés — et il existe des troubles de la déglutition. La rigidité extrapyramidale rend les soins difficiles. Depuis quelques semaines, les troubles de la déglutition se majorent avec des fausses routes de plus en plus fréquentes. La réduction progressive de la prise alimentaire a conduit à une dénutrition. Dans ce contexte survient une pneumopathie d'inhalation qui compromet les apports par voie orale.

Vous êtes le médecin généraliste de Madame H.

Question 1 – QRU

Pour initier la prise en charge vous proposez :

- A** le transfert de Madame H. vers le service d'accueil des urgences
- B** le maintien de Madame H. en EHPAD
- C** l'hospitalisation de Madame H. en gériatrie aiguë
- D** l'appel du service d'aide médicale urgente
- E** l'hospitalisation à domicile

Question 2 – QRM

Madame H. est traitée dans son lieu de vie habituel. Les apports par voie orale sont suspendus. Vous proposez :

- A** la pose d'une sonde nasogastrique pour antibiothérapie et hydratation *per os*
- B** la contention de Madame H. pour faciliter les soins
- C** la pose d'un cathéter veineux central pour antibiothérapie et hydratation intraveineuse
- D** la mise en place d'une antibiothérapie et hydratation par voie sous-cutanée
- E** la kinésithérapie respiratoire en parallèle du traitement médicamenteux

Question 3 – QRM

Une hydratation par voie sous-cutanée et un traitement par ceftriaxone sont commencés. Des aérosols aident la patiente à expectorer lors de ses efforts de toux et la kinésithérapie respiratoire associée s'avère bénéfique.

L'état de Madame H. s'améliore et se pose la question de l'alimentation qui reste impossible par voie orale : faut-il mettre en place une nutrition et hydratation artificielles ?

- A** vous recueillez l'avis des soignants
- B** vous décidez de poser une sonde de gastrostomie

C vous recueillez l'avis de la personne de confiance et des proches

D vous vous abstenez d'interroger la patiente qui présente des troubles cognitifs

E vous décidez de poser une perfusion intraveineuse pour l'alimentation parentérale

F vous évitez de démarrer une nutrition et hydratation artificielles

Question 4 – QROC

Cette question doit être débattue conformément à

Question 5 – QRM

Quatre jours après l'épisode aigu, la patiente reste encombrée, présente un visage crispé et une rétraction des membres supérieurs et inférieurs rendant difficile la réalisation des soins de nursing. Vous décidez de :

- A** faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs pour une évaluation globale
- B** mettre en place une évaluation de la douleur par une échelle d'hétéroévaluation
- C** réduire les apports hydriques par voie sous-cutanée
- D** d'introduire de faibles doses de morphine par voie sous-cutanée
- E** de mettre en place une sédation par midazolam

Question 6 – QRM

Une semaine plus tard, la patiente est souriante, beaucoup plus présente avec quelques échanges; l'encombrement a disparu et elle est totalement détendue, y compris pendant les soins. Elle recommence à manifester quelques souhaits.

La patiente « réclame son plateau repas » mais la reprise d'apports par voie orale reste impossible. Quand on lui demande si elle a faim, elle dit non de façon catégorique. En revanche, les échanges lui manquent : elle ne partage plus le café avec sa famille tous les midis (comme avant); les soignants ne sont plus avec elle au moment des repas pour lui donner à manger. Vous décidez :

- A** de la pose d'une sonde de gastrostomie pour passer l'alimentation et le café
- B** de la reprise des transferts en fauteuil-coquille au salon, pour des temps de relation
- C** de soins de bouche imbibés de café pour partager le moment du café avec sa famille
- D** la pose d'une sonde nasogastrique pour passer l'alimentation et le café
- E** de la réévaluation régulière de la situation pour adapter les soins

Seront surveillés : l'état clinique de la patiente, la possibilité d'une reprise d'apports par voie orale, ce que la patiente en dit (son ressenti).

Cas clinique 38++

Madame D. est hospitalisée, en attente du diagnostic. Son médecin vient d'entrer dans sa chambre pour lui annoncer les résultats de ses examens :  vidéo 4 (<http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm312.mp4/>).

Question 1 – QRM

Dans ce film, le médecin :

- A** crée un climat empathique avec la patiente
- B** donne des informations à la patiente
- C** respecte le droit de la patiente de ne pas savoir
- D** prend le temps nécessaire pour écouter la patiente
- E** répond aux questions de la patiente
- F** utilise des questions fermées dans son entretien

Question 2 – QROC

Dans ce film, le médecin met en place des processus psychiques involontaires et inconscients visant à se protéger d'une angoisse potentiellement intolérable. Comment appelle-t-on ces processus psychiques ?

Question 3 – QRM

Quels mécanismes de défense du médecin sont illustrés dans cette vidéo ?

- A** le déni
- B** la rationalisation
- C** la dérision
- D** l'évitement
- E** le mensonge
- F** la fuite en avant

Question 4 – QRM

Les retombées de l'annonce seront fonction de la personnalité de la patiente et de ses capacités d'adaptation psychiques à la situation. La manière dont l'entretien d'annonce a été mené dans cette vidéo est susceptible d'induire quelle(s) réaction(s) psychologique(s) ?

- A** une intégration de la gravité
- B** une alliance thérapeutique
- C** une adhésion au traitement
- D** une angoisse réactionnelle
- E** une sidération psychique

Question 5 – QRM

Les mois se sont écoulés. Les traitements carcinologiques n'ont malheureusement pas empêché la progression de la maladie cancéreuse (extension locorégionale et métastatique multiple).

Madame D. est hospitalisée pour traitement symptomatique. Compte tenu de l'échappement thérapeutique après plusieurs lignes de chimiothérapie et de l'altération de l'état général, une décision médicale d'arrêt de la chimiothérapie est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire. Un transfert en unité de soins palliatifs (USP) est envisagé. Vous assistez à la consultation d'annonce :  vidéo 5 (<http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm416.mp4>). Pour expliquer l'attitude du médecin durant cette consultation d'annonce, quelles sont vos hypothèses ?

- A** les mécanismes psychiques de défense du médecin sont à l'œuvre
- B** le médecin n'est pas formé à l'annonce de mauvaises nouvelles
- C** les contraintes budgétaires incitent le médecin à proposer un transfert à la patiente
- D** le service n'a pas les moyens adaptés à un accompagnement de qualité
- E** le médecin manque d'informations sur les soins palliatifs pour transmettre

Question 6 – QRM

Quels mécanismes de défense du médecin sont illustrés dans cette vidéo ?

- A** la banalisation
- B** l'évitement
- C** la rationalisation
- D** l'identification projective
- E** la fausse réassurance

Question 7 – QRU

Dans cette vidéo, le médecin :

- A** cherche à savoir ce que la patiente veut savoir
- B** résume la situation pour préparer à l'annonce
- C** manifeste une attitude empathique
- D** annonce graduellement pas à pas
- E** laisse au patient un espace de parole
- F** prend en compte l'avis de la patiente
- G** permet à la patiente d'exprimer son ressenti

Question 8 – QRM

En quoi l'attitude du médecin peut-elle être délétère pour la patiente ?

- A** brutalité de l'annonce faite à la patiente
- B** absence d'informations claires sur les soins palliatifs
- C** informations erronées sur les missions de l'USP
- D** rapidité du transfert en USP
- E** absence de prise en compte de l'avis de la patiente
- F** attitude médicale anxigène

Question 9 – QRM

Une telle annonce peut avoir des conséquences immédiates d'ordre psychologique sur la patiente ; elle peut induire :

- A** un sentiment d'angoisse
- B** un sentiment d'abandon
- C** un sentiment de réassurance
- D** un sentiment de tristesse
- E** un sentiment d'incompréhension

Question 10 – QROC

Que peut engendrer la brutalité d'une telle annonce ?

Question 11 – QRM

Quelles étapes aurait-il fallu respecter avant d'annoncer le transfert en unité de soins palliatifs ?

- A** demander l'avis de la famille sur l'orientation la plus adaptée pour la patiente
- B** recueillir les souhaits de la patiente sur son lieu de vie, au regard de la situation actuelle
- C** préparer la patiente à l'éventualité d'un transfert en USP en cas de place disponible
- D** évaluer les différentes possibilités de maintien à l'hôpital, de transfert ou de sortie à domicile
- E** prendre en compte les réactions émotionnelles de la patiente à chaque temps d'annonce
- F** donner à la patiente une note d'information écrite sur les missions et fonctionnement des USP

Cas clinique 39+

Le patient que vous suivez, Monsieur R., est en phase très avancée d'un cancer bronchique. Vous avez fait un point avec lui récemment sur son état de santé et

sur la suite de la prise en charge, au vu des derniers résultats d'examen. Son épouse demande à vous voir en urgence. Vous avez juste le temps de prévenir le patient de cet entretien imminent; il n'est pas opposé à ce que vous abordiez avec son épouse son état de santé actuel et les possibilités thérapeutiques limitées. Vous assistez à l'entretien du médecin avec l'épouse de Monsieur R. :  [vidéo 6 \(http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm519.mp4\)](http://www.em-consulte.com/emmflash/474505/emm519.mp4).

Question 1 – QRM

Quelles sont les réactions psychiques de l'épouse observées dans la vidéo ?

- A** la révolte
- B** la sidération
- C** l'agressivité
- D** la rationalisation
- E** le déni

Question 2 – QROC

Quelle est la première étape de ce travail de deuil, bien illustrée dans la vidéo ?

Question 3 – QROC

Quelle est la seconde étape de ce travail de deuil, illustrée dans la vidéo ?

Question 4 – QRM

Quelles sont les techniques de communication utilisées par le médecin confronté à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ?

- A** le mode coopératif
- B** les temps de silence
- C** l'écoute empathique
- D** l'écoute directive
- E** la communication non verbale
- F** la sollicitude

Question 5 – QRM

Pourquoi est-ce important que le médecin prenne le temps de recevoir l'épouse du patient ?

- A** pour lui manifester que c'est vous seul médecin qui décidez
- B** pour établir une relation de confiance
- C** pour contenir au mieux son angoisse
- D** pour l'informer des bénéfices/risques des traitements
- E** pour replacer le patient au centre des décisions le concernant

Question 6 – QRM

Concernant le dossier médical du patient, réclamé par l'épouse du patient, quelles sont les propositions justes ?

- A** l'épouse a le droit d'accéder au dossier de son époux si elle est la personne de confiance
- B** l'épouse ne dispose d'aucun droit d'accès au dossier médical de son époux
- C** l'épouse doit être mandatée par le patient pour accéder à son dossier médical
- D** l'épouse peut accéder au dossier médical si le motif est mentionné sur la demande
- E** le patient peut s'opposer à toute transmission de son dossier médical
- F** le médecin doit informer l'épouse de la procédure d'accès au dossier médical de son mari

Cas clinique 40+++

Madame D., veuve de 67 ans, droitrière, est renversée par une voiture alors qu'elle revient de ses courses à pied. Elle a trois fils qui habitent près de chez elle en banlieue parisienne. À l'arrivée du SAMU sur les lieux de l'accident, Madame D. est dans le coma. Elle est intubée et ventilée en urgence sur les lieux de l'accident, puis amenée dans le service de neurochirurgie de grande garde. Le bilan lésionnel révèle un hématorne pariéto-temporal droit et un hématorax gauche par volet costal, rapidement drainé. L'état hémodynamique est stabilisé; le pronostic neurologique paraît sombre mais il est trop tôt pour se prononcer.

Vous devez recevoir l'un des fils qui vient d'arriver; il sait que sa mère a été renversée par une voiture mais n'a aucune information sur son état clinique; il est paniqué et ne tient pas en place en salle d'attente.

Question 1 – QRM

Quelle attitude adoptez-vous avec le fils de Madame D. ?

- A** vous lui expliquez que sa mère est dans le coma et que la situation est préoccupante
- B** vous lui expliquez qu'il faudra plusieurs jours pour se prononcer sur le pronostic vital
- C** vous lui faites un exposé précis du bilan lésionnel par organe et attendez ses questions
- D** vous lui expliquez que sa mère peut mourir à tout instant, que tout sera fait pour la sauver
- E** vous restez silencieux et attendez ses questions qui ne viennent pas facilement

Question 2 – QRM

Madame D. passe le cap aigu. Après 2 mois en réanimation où elle a été trachéotomisée, Madame D. peut enfin être sevrée du respirateur. Elle est alors transférée en neurologie où une sonde de gastrostomie est mise en place pour l'alimentation, en relais de la sonde nasogastrique.

À ce stade, quelles sont les évaluations prioritaires pour établir le projet thérapeutique ?

- A** évaluation des signes neurologiques
- B** évaluation des progrès neurologiques
- C** évaluation des comorbidités associées
- D** évaluation des symptômes d'inconfort
- E** évaluation de la charge en soins

Question 3 – QRM

Madame D. ne communique toujours pas; elle a les yeux ouverts spontanément ou au moment des soins; elle ne manifeste aucun signe de compréhension de son environnement.

Comment peut-on définir son état neurologique ? Quelles sont les hypothèses les plus probables ?

- A** Madame D. est mutique
- B** Madame D. est aphasique
- C** Madame D. est dans le coma
- D** Madame D. est en état végétatif
- E** Madame D. est en état pauci-relationnel

Question 4 – QRU

Sur le plan neurologique, aucune amélioration clinique n'est observée, à 3 mois de l'accident la voie publique. Madame D. est en état végétatif, sans suivi oculaire, sans réflexes de déglutition, avec une hémiparésie gauche complète, des réflexes archaïques, un *grasping* de la main droite.

Madame D. a des infections urinaires à répétition, une escarre sacrée stade 4, des sécrétions bronchiques épaisses et purulentes nécessitant des aspirations trachéales répétées. Elle a déjà bénéficié d'antibiotérapies multiples pour infections à répétition. Elle est alimentée par sonde de gastrostomie. Il existe néanmoins une dénutrition protéino-énergétique sévère avec albuminémie à 20 g/l.

Une réunion de réflexion éthique est programmée avec l'équipe médico-soignante en charge de Madame D. pour discuter du projet thérapeutique. À ce stade de l'évolution clinique, la problématique de la limitation thérapeutique se pose au regard du pronostic neurologique sombre en termes de récupération.

Quelle est la proposition juste à propos de la personne de confiance dans ce contexte ?

- A** la désignation d'une personne de confiance n'a aucun intérêt pour les patients souffrant de lésions neurologiques
- B** la désignation de la personne de confiance peut être faite par les fils à partir de discussions antérieures avec leur mère
- C** la désignation de la personne de confiance peut résulter d'une concertation familiale dont les fils seraient les porte-parole
- D** la désignation d'une personne de confiance est impossible car Madame D. est hors d'état de s'exprimer
- E** la désignation de la personne de confiance est assimilée à celle de la personne à prévenir car Madame D. est hors d'état d'exprimer sa volonté

Question 5 – QROC

Madame D. n'a pas pu désigner de personne de confiance dans ce contexte d'urgence et aucune extrapolation ne peut être faite. L'équipe se demande quelle aurait été la volonté de Madame D. face à la question de la limitation thérapeutique. Pour tenter de savoir quelle serait la volonté de Madame D. sur cette question au cas où elle serait éventuellement un jour hors d'exprimer sa volonté, que faut-il rechercher ?

Question 6 – QRM

Madame D. n'a pas rédigé de directives anticipées. Les médecins vont continuer à mener leur réflexion sur la question de la limitation thérapeutique, malgré l'absence de personne de confiance et de directives anticipées. Avant de débattre du projet thérapeutique en réunion d'équipe :

- A** les médecins peuvent prendre l'avis des fils sur ce que serait la volonté de leur mère aujourd'hui
- B** les médecins peuvent prendre l'avis du médecin traitant sur ce que serait la volonté de Madame D. aujourd'hui

- C** les médecins peuvent prendre l'avis de l'équipe en charge de Madame D. sur ce que pourrait être sa volonté aujourd'hui
- D** les médecins peuvent prendre des avis mais il leur sera difficile de trancher ce que serait la volonté de Madame D. aujourd'hui
- E** les médecins peuvent prendre l'avis du fils aîné qui prévaut sur celui des frères, sur ce que serait la volonté de sa mère aujourd'hui

Question 7 – QRM

Madame D. étant hors d'état d'exprimer sa volonté, une procédure collégiale concernant l'arrêt ou la limitation de certains traitements est engagée. Certains membres de l'équipe parlent d'obstination thérapeutique déraisonnable dans la prise en charge de Madame D. Quels sont les critères d'une obstination thérapeutique déraisonnable ?

- A** maintien artificiel de la vie
- B** assistance ventilatoire prolongée
- C** traitements médicaux jugés inutiles ou disproportionnés
- D** qualité de vie jugée inacceptable
- E** balance bénéfices/risques des traitements inacceptables
- F** absence de vie relationnelle

Question 8 – QRM

Le médecin référent de Madame D. soulève la délicate question du bien-fondé de la poursuite de l'alimentation entérale par sonde de gastrostomie. Pour quelle(s) raison(s) est-il licite de se poser la question ?

- A** inconfort potentiel généré par la sonde de gastrostomie
- B** pneumopathies d'inhalation favorisées par la sonde de gastrostomie
- C** majoration de l'encombrement bronchique par la nutrition artificielle
- D** antibiothérapies successives d'efficacité douteuse
- E** absence d'amélioration du statut nutritionnel

Question 9 – QRM

Les fils viennent régulièrement voir leur mère en neurologie. Leurs avis et réactions divergent face à l'état clinique de leur mère. Le plus jeune des enfants demande de manière itérative à l'équipe soignante : « Quand va-t-elle se réveiller ? Quand va-t-on commencer la rééducation ? Elle m'a pris la main tout à l'heure : c'est un signe d'amélioration n'est-ce pas ? ». Que préconiserez-vous si vous étiez le neurologue référent ? Plusieurs options sont acceptables :

- A** vous convoquez personnellement le jeune fils pour lui parler du pronostic de sa mère
- B** vous passez au moment où le jeune fils est présent pour répondre à ses questions
- C** vous attendez que le jeune fils prenne rendez-vous pour formuler ses questions
- D** vous proposez une nouvelle réunion avec les trois fils
- E** vous préférez ne pas donner suite car la question est trop délicate

Question 10 – QRM

Vous discutez en équipe de la décision à prendre face à cette problématique. Vous proposez finalement de rencontrer à nouveau les trois fils, s'ils le souhaitent, ce qu'ils acceptent de concert :

- A** vous leur expliquez à nouveau le pronostic neurologique sombre de leur mère
- B** vous leur expliquez que le serrement de main est un phénomène réflexe inconscient
- C** vous leur expliquez que le serrement de main peut être effectivement très troublant
- D** vous leur expliquez que la rééducation pourra démarrer lorsque leur mère ira mieux
- E** vous leur expliquez qu'il serait souhaitable qu'il y ait un seul porte-parole pour la fratrie

Question 11 – QRM

Conformément à la loi d'avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie, que peut-on proposer ?

- A** une limitation des examens complémentaires invasifs
- B** une optimisation des traitements symptomatiques
- C** un accompagnement de la famille et des proches
- D** une procédure collégiale concernant la décision d'arrêt de traitement
- E** un retour à domicile avec organisation coordonnée des soins

Question 12 – QRM

Dans le cadre de la procédure collégiale de limitation ou arrêt de traitement (LAT), quels sont ceux qui peuvent faire l'objet d'un arrêt de prescription parmi les suivants ?

- A** la nutrition artificielle et l'hydratation
- B** l'antibiothérapie
- C** les traitements à visée antalgique
- D** le traitement anticoagulant
- E** le traitement protecteur gastrique

Question 13 – QRM

Selon la loi du 22 avril 2005, quelles sont les conditions légales de cette procédure collégiale ?

- A** la décision de LAT tient compte des souhaits éventuellement exprimés par Madame D.
- B** la décision de LAT est prise par le médecin en charge de Madame D.
- C** la décision de LAT est prise par l'ensemble des médecins du service
- D** la décision de LAT implique les soignants en charge de Madame D. qui participent à la réunion
- E** la décision de LAT nécessite l'avis d'un médecin consultant sans lien hiérarchique avec le médecin en charge du patient

Cas clinique 41+++

Monsieur S., âgé de 68 ans, est atteint d'une forme bulbaire de sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie neuromusculaire évolutive avec dégénérescence des motoneurones. Il est isolé en France. Toute sa famille vit en Algérie, notamment le plus jeune de ses frères dont il est proche. Monsieur S. a informé son frère de sa maladie, par téléphone, mais on ne sait pas ce qu'il lui a dit précisément. Alors que Monsieur S. est encore à

domicile, son neurologue lui propose d'être inclus dans un Réseau SLA. Monsieur S. refuse l'inclusion dans le réseau à chaque consultation ainsi que toute aide à domicile; il refuse également de voir une psychologue. En cours de suivi, le neurologue de Monsieur S. suspecte des troubles de la déglutition et une aggravation de la maladie; il lui propose alors une sonde de gastrostomie percutanée par voie endoscopique (GPE). Monsieur S. refuse; il semble être indifférent à son état.

Question 1 – QRM

Quelles sont les hypothèses pouvant expliquer le refus d'aide de Monsieur S. à domicile ?

- A** syndrome dépressif
- B** démence fronto-temporale
- C** espoir d'aide familiale
- D** refus de la perte d'autonomie
- E** déni de la gravité de la maladie

Question 2 – QRM

Lors des consultations suivantes, les troubles de la déglutition sont confirmés. Son neurologue propose alors à Monsieur S. de limiter l'alimentation orale et de mettre en place une sonde de GPE; Monsieur S. qui n'a apparemment pas de trouble de la compréhension, continue de refuser la sonde de nutrition entérale. Quelles sont les hypothèses qui peuvent expliquer le refus de la sonde de GPE par Monsieur S. ?

- A** déni de la gravité de la maladie
- B** plaisir de l'alimentation orale
- C** informations médicales insuffisantes
- D** informations médicales anxiogènes
- E** peur des complications liées au geste
- F** refus de tout geste invasif
- G** crainte de l'hospitalisation

Question 3 – QRM

Face à un refus de traitement, quels sont les devoirs du médecin vis-à-vis de Monsieur S. ?

- A** le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter ce traitement
- B** le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix
- C** le médecin lui demande de signer une décharge si son refus de traitement persiste
- D** le médecin peut refuser de poursuivre la prise en charge s'il s'assure de la continuité des soins par un autre médecin
- E** le médecin doit inscrire sa décision de refus de traitement dans son dossier médical

Question 4 – QRM

Par rapport au refus de traitement, quels sont les droits de Monsieur S. et ses obligations ?

- A** Monsieur S. a le droit de refuser un traitement qu'il estime déraisonnable au vu des bénéfices attendus
- B** Monsieur S. doit signer un document attestant de l'information délivrée par son médecin
- C** Monsieur S. doit formuler son refus de traitement 3 fois de suite pour une prise en compte
- D** Monsieur S. doit obligatoirement attester de son refus de traitement par écrit
- E** Monsieur S. a le droit de changer d'avis à tout moment concernant son refus de traitement

Question 5 – QROC

À domicile, la situation clinique de Monsieur S. s'aggrave rapidement du fait de troubles respiratoires en rapport avec une pneumopathie d'inhalation. Les signes cliniques liés à la maladie se sont majorés : dysphonie, troubles de la déglutition et de l'élocution, troubles moteurs (déficit axial avec tête tombante, parésie des quatre membres). Une hospitalisation en neurologie est proposée à Monsieur S., qui finalement l'accepte.

La sonde de gastrostomie n'est plus indiquée. Une alimentation parentérale est initiée à l'hôpital. Sous antibiothérapie, la situation respiratoire s'améliore progressivement. Monsieur S. demande alors à retourner à domicile. Il ne peut plus communiquer autrement que par le biais d'une ardoise sur laquelle il écrit. À l'occasion de l'hospitalisation, le médecin référent informe à nouveau le patient de la progression de la maladie, de la disparition des possibilités de déglutition et donc d'alimentation orale (avec risque de fausses routes itératives) et des possibilités limitées de retour à domicile dans la situation actuelle.

À quelle phase de la maladie se trouve Monsieur S. ?

Question 6 – QRM

Les jours qui suivent sont marqués par un changement de comportement de Monsieur S. : il critique les soins nocturnes, le manque d'attention des infirmières, le refus d'alimentation orale, alors qu'il a la certitude de pouvoir avaler ; il devient suspicieux et surveille qu'aucun traitement n'ait été oublié. Quelles sont les hypothèses diagnostiques à l'origine du changement de comportement ?

- A** syndrome dépressif
- B** syndrome anxieux
- C** démence débutante liée à la maladie
- D** mécanismes psychiques de défense
- E** encéphalopathie débutante

Question 7 – QROC

Devant l'attitude de Monsieur S. décrite ci-dessus, quel est le mécanisme de défense le plus évident ?

Question 8 – QRM

Face à l'évolution rapide de la maladie, les mécanismes psychiques de défense sont évidents. Des troubles cognitifs liés à l'évolution de la maladie sont également possibles. Monsieur S. n'a aucune visite. Il existe à l'évidence une grande anxiété, à l'origine de troubles du sommeil. L'agressivité de Monsieur S. se majore. Il ne veut plus voir la kinésithérapeute ni l'orthophoniste, ni l'équipe mobile de soins palliatifs qui a été contactée et le suit depuis plusieurs jours. Silences et phases d'agressivité cohabitent. Face à la difficulté de prise en charge, il convient de :

- A** respecter les temps de silence
- B** respecter les mécanismes de défense
- C** éviter de rentrer dans sa chambre
- D** appeler son neurologue référent
- E** adopter une attitude empathique
- F** contacter son frère en Algérie
- G** contacter l'association de bénévoles

Question 9 – QRM

Son médecin neurologue référent est la seule personne qu'il accepte de voir ; ce dernier passe le voir presque quotidiennement : il s'assoit à ses côtés et respecte les temps de silence. Il n'est pas question d'appeler l'association de bénévoles sans l'accord de Monsieur S. : sa réponse est négative et sa décision doit être respectée. Les moments d'écriture sur l'ardoise sont de plus en plus difficiles. Il est très anxieux, surtout le soir et la nuit. À la surprise de l'équipe, Monsieur S. parvient néanmoins à réitérer sa demande d'alimentation orale et de retour à domicile.

Une réflexion éthique s'impose en réunion d'équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Quelles sont les questions qui méritent d'être débattues dans ce contexte ?

- A** faut-il statuer sur une limitation ou un arrêt de l'alimentation parentérale ?
- B** faut-il discuter des moyens anxiolytiques disponibles ?
- C** faut-il discuter de mise en route d'une sédation ?
- D** faut-il refaire une information à Monsieur S. sur le pronostic sombre ?
- E** faut-il anticiper la conduite à tenir en cas de détresse respiratoire ?

Question 10 – QROC

La situation clinique de Monsieur S. va s'aggraver en quelques jours vers un tableau de détresse respiratoire, avec angoisse et confusion, malgré un traitement symptomatique ajusté quotidiennement (opioïdes forts et anxiolytiques). Les demandes de participation et consentement du patient s'avèrent impossibles. Les symptômes devenant insupportables pour le patient, quelle procédure thérapeutique mettez-vous en place ?

Cas clinique 42++

Madame M., âgée de 79 ans, est hospitalisée à la demande de son neurologue référent, au stade grave d'une démence cortico-basale diagnostiquée 5 ans plus tôt.

L'équipe mobile de soins palliatifs qui ne connaît pas encore la patiente, hospitalisée depuis 3 jours, est appelée par l'équipe médicale du service de neurologie, pour un « avis sur l'indication éventuelle d'une sédation, chez une patiente non communicante, en phase terminale d'une démence cortico-basale », pour reprendre les termes exacts figurant sur la demande d'intervention.

Question 1 – QRM

La question posée à l'équipe mobile est-elle :

- A** compréhensible ?
- B** inappropriée ?
- C** incomplète ?
- D** prématurée ?
- E** urgente ?

Question 2 – QRM

Compte tenu du contexte, la question posée à l'équipe mobile est compréhensible, mais prématurée. La demande est incomplète : il manque des données cliniques importantes concernant la patiente et des informations sur la situation familiale.

Il n'y a aucune urgence à répondre à la question posée, ce qui ne dispense pas de débiter une évaluation approfondie, de réfléchir aux traitements symptomatiques à mettre en place et à la démarche éthique à adopter, à la lumière des informations cliniques complémentaires que l'équipe mobile aura obtenues en rencontrant l'équipe médico-soignante de neurologie. Madame M. est mariée, mère de trois filles. Elle était jusque-là prise en charge à domicile mais l'apparition de troubles de la déglutition avec fausses routes itératives, y compris avec de l'eau gélifiée, a conduit à l'arrêt de toute alimentation et hydratation orales juste avant l'hospitalisation. Madame M. ne communique plus à présent. Ses quatre membres sont en rétraction avec une flexion irréductible des membres supérieurs. Il existe un encombrement bronchique modéré sans tachypnée (fréquence respiratoire normale) ni tirage inspiratoire. Son traitement à domicile, lorsqu'elle était en mesure de déglutir, était le suivant : paracétamol 1 g 3 fois par jour, baclofène 10 mg 3 fois par jour, enoxaparine 0,4 ml une fois par jour par voie sous-cutanée.

La question de la sédation, mentionnée sur la demande initiale, en appelle d'autres : lesquelles ?

- A** cette question de la sédation a-t-elle été discutée au sein de l'équipe de neurologie ?
- B** cette question de la sédation émane-t-elle du neurologue référent lui-même ?
- C** cette question de la sédation émane-t-elle de la patiente avant son aggravation ?
- D** cette question de la sédation émane-t-elle de la famille proche ?
- E** cette question de la sédation a-t-elle été discutée avec la personne de confiance ?

Question 3 – QRM

Madame M. est très entourée par son mari et ses trois filles. Son mari a été désigné « personne à prévenir » et aussi « personne de confiance » ; le formulaire de désignation — rédigé par Madame M. quand elle était en état de le faire — a été introduit dans le dossier médical. Madame M. n'a pas rédigé de directives anticipées. Son mari informe les médecins dès le début de l'hospitalisation : son épouse a toujours été constante dans son discours quand elle était en mesure de communiquer : « Ne pas être une charge pour sa famille et arrêter tous les traitements quand il n'y aura plus rien à faire. » Que peut-on dire concernant les souhaits éventuellement exprimés par la patiente (avant son aggravation) sur les conditions de sa fin de vie ?

- A** seules les directives anticipées permettent de connaître les souhaits de la patiente sur les conditions de sa fin de vie
- B** il faut recueillir l'avis des filles concernant les souhaits exprimés par leur mère sur les conditions de sa fin de vie

- C** l'avis du mari, personne de confiance, prévaut sur celui des filles concernant les souhaits de son épouse sur les conditions de sa fin de vie
- D** les neurologues doivent tenir compte des souhaits de la patiente sur les conditions de sa fin de vie lors de la procédure collégiale
- E** les neurologues ont obligation absolue de respecter les souhaits de la patiente sur les conditions de sa fin de vie, compte tenu du dispositif légal

Question 4 – QRM

L'équipe mobile de soins palliatifs propose d'évaluer les symptômes d'inconfort de Madame M., notamment la douleur lors des soins. Parmi les suivants, quels sont les signes potentiellement évocateurs de douleur chez Madame M. ?

- A** un score supérieur à 2 sur l'échelle Algoplus
- B** un score supérieur à 5 sur l'échelle ECPA
- C** une hyperventilation concomitante des soins
- D** une tachycardie concomitante des soins
- E** une majoration des rétractions musculo-tendineuses

Question 5 – QRM

Les aides-soignantes signalent que le visage de Madame M. se crispe lors des soins (toilette, réfection du lit) et que la rétraction en flexion du membre supérieur gauche s'accroît dans le même temps. Quelles sont vos conclusions sur l'évaluation symptomatique de Madame M. ?

- A** des symptômes d'inconfort sont hautement probables
- B** la perception d'un inconfort est impossible vu son état
- C** l'évaluation des symptômes est impossible
- D** les réactions motrices observées sont purement réflexes
- E** les soins sont possiblement source de douleur

Question 6 – QROC

On ne peut émettre que des hypothèses concernant le ressenti de Madame M. Un traitement antalgique par de petites doses de morphine administrées avant les soins est instauré, à visée de « test thérapeutique ».

L'équipe mobile de soins palliatifs propose finalement de rencontrer la famille qui accepte. L'époux de Madame M. et ses trois filles sont unanimes : ils souhaitent « éviter tout acharnement thérapeutique ». Quels sont les termes qui remplacent « acharnement thérapeutique » dans la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients et à la fin de vie ?

Question 7 – QRM

Sur quels arguments est-il légitime d'engager une procédure collégiale ?

- A** l'existence de facteurs pronostiques hautement défavorables
- B** la situation vécue comme insupportable pour l'équipe soignante
- C** la situation vécue comme insupportable pour la famille
- D** le fait que la patiente soit incapable d'exprimer sa volonté
- E** le fait d'être au seuil d'une décision de maintien artificiel de la vie

Question 8 – QROC

Quel traitement peut ou pourrait concourir ici au maintien artificiel de la vie ?

Question 9 – QRM

Une procédure collégiale est proposée à l'équipe médico-soignante, en présence de l'équipe mobile. La décision de « non-initiation » de la nutrition et de l'hydratation artificielles est prise. La décision est notifiée par écrit. Concernant la décision d'arrêt de traitement, quelles sont les propositions justes ?

- A** une décision d'arrêt de traitement est synonyme d'arrêt des soins
- B** une décision d'arrêt de traitement est prise en situation d'obstination jugée déraisonnable
- C** un arrêt de traitement s'accompagne obligatoirement d'une sédation par midazolam
- D** un arrêt de traitement s'accompagne de sédation si la personne de confiance le demande
- E** un arrêt de traitement s'accompagne de sédation si l'évaluation fait état d'un inconfort réfractaire

Question 10 – QRM

Quelles sont les propositions justes concernant la sédation, si l'on se réfère aux recommandations de la Société française d'accompagnement et soins palliatifs (SFAP) de 2009 sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS) ?

- A** la sédation a pour objectif une diminution de la vigilance
- B** la sédation a pour objectif d'induire une anxiolyse
- C** la sédation vise à soulager un patient d'un symptôme qu'il juge réfractaire, insupportable
- D** la sédation continue jusqu'au décès est un droit légal de tout patient en fin de vie
- E** la sédation pour détresse en phase terminale est synonyme de sédation profonde terminale

Question 11 – QROC

La sédation peut avoir pour conséquence d'abrèger la vie. Comment désigne-t-on cet effet inattendu et non désiré ?

Question 12 – QRM

L'époux et les filles se relaient au chevet de Madame M. ; ils paraissent calmes et sereins. Comment expliquez-vous cette sérénité ? Quelles sont les hypothèses les plus probables dans la situation décrite ?

- A** cheminement progressif lié à une maladie d'évolution longue
- B** sentiment d'indifférence engendré par la maladie au fil du temps
- C** épuisement familial et fausse sérénité
- D** absence de conflits intrafamiliaux
- E** valeurs partagées sur la fin de vie d'un proche
- F** confiance installée avec l'équipe de neurologie
- G** temps d'acceptation progressif d'une limitation thérapeutique

Chez Madame M., aucune sédation ne s'avère nécessaire ; par contre, les doses de morphine seront ajustées à visée antalgique et pour soulager Madame M. d'une dyspnée inconfortable. Le décès survient 6 jours plus tard.

Cas clinique 43+++

Madame A., âgée de 79 ans, ancienne fumeuse (à 40 paquets-année), est hospitalisée en gériatrie pour altération de l'état général. Les explorations conduisent au diagnostic de tumeur du cardia localement évoluée, sans métastases. Le pronostic est sombre. L'âge de la patiente, le stade évolutif du cancer et l'altération de l'état général contre-indiquent toute chirurgie. Une endoprothèse œsophagienne à visée palliative est indiquée pour éviter l'occlusion digestive.

Madame A. est célibataire ; elle a une fille unique de 50 ans, mariée, qui a trois enfants de 24, 26 et 28 ans. À l'admission, elle désigne sa fille comme personne de confiance, après avoir reçu les informations orales s'y rapportant.

Question 1 – QRM

Quels sont les critères pour être en conformité avec la procédure de désignation d'une personne de confiance ?

- A** la personne de confiance doit être désignée par le patient par écrit
- B** la personne de confiance peut être désignée oralement chez le sujet âgé
- C** la personne de confiance est désignée pour la durée d'hospitalisation du patient
- D** la personne de confiance doit donner son consentement écrit, signé
- E** la personne de confiance doit confirmer oralement son accord au médecin référent

Question 2 – QRU

Vous devez annoncer le diagnostic de cancer du cardia à Madame A. et lui parler de l'endoprothèse œsophagienne. Madame A. ne questionne pas sur les résultats des examens complémentaires. Comment allez-vous procéder pour l'annonce ?

- A** vous programmez une consultation avec l'infirmière d'annonce sans prévenir sa fille
- B** vous attendez que Madame A. vous pose des questions sur les résultats des examens
- C** vous jugez qu'à son âge, Madame A. est inapte à décider pour elle-même
- D** vous faites savoir à sa fille que vous aimeriez la rencontrer avec sa mère
- E** vous jugez par vous-même que l'endoprothèse est un acte invasif à récuser d'emblée

Question 3 – QROC

Alors que vous entrez dans sa chambre un matin pour prendre de ses nouvelles, Madame A. vous accueille avec le sourire ; elle engage d'emblée la conversation sur ses trois petits-enfants qui ont tous fait des études brillantes mais qui ont du mal à trouver du travail, c'est tellement difficile actuellement ; elle se tracasse beaucoup pour leur avenir. Quand vous lui demandez si les douleurs et les nausées sont toujours aussi gênantes, elle vous répond qu'elle sait à présent ce qui s'est passé et c'est l'essentiel : elle a changé de magasin d'alimentation et elle a sans doute souffert d'une intoxication alimentaire et il paraît que ça peut durer longtemps. Comment se nomme ce mécanisme psychique de défense ?

Question 4 – QRM

Madame A. refuse de s'alimenter; elle boit quand même un peu et continue à prendre ses médicaments par voie orale. Elle n'a ni nausées, ni vomissements, ni dyspnée. Que faut-il rechercher de principe devant ce refus alimentaire ?

- A** une anorexie liée au cancer
- B** un syndrome dépressif avéré
- C** un trouble de la déglutition
- D** des douleurs après prise alimentaire
- E** une crainte de vomissements alimentaires
- F** une alimentation jugée futile par la patiente

Question 5 – QRM

Cette situation génère une souffrance de l'équipe soignante; les avis divergent. L'équipe mobile de soins palliatifs est appelée pour une réflexion commune sur la question de l'alimentation, pour la patiente elle-même, dans un objectif des soins et pour répondre à l'inquiétude de sa fille.

Quelles sont les alternatives thérapeutiques concernant l'alimentation et l'hydratation sur lesquelles réfléchir, face à ce refus alimentaire ?

- A** mise en place d'une sonde nasogastrique
- B** mise en place d'une sonde de gastrostomie
- C** mise en place d'une alimentation parentérale
- D** maintien isolé de l'hydratation orale
- E** hydratation intraveineuse

Question 6 – QRM

Il n'existe pas encore de sténose digestive complète. La réflexion aboutit au maintien de l'hydratation orale au rythme des besoins de la patiente, conformément à ses souhaits.

La consultation d'annonce a lieu finalement à la demande de Madame A, en présence de sa fille., personne de confiance. Madame A. ne manifeste aucune réaction et ne pose aucune question. Lorsque le médecin aborde la question de l'endoprothèse œsophagienne, Madame A. ne répond pas. D'après sa fille, Madame A. avait plaisir à manger : « Elle était un fin gourmet ! » À la question réitérée de sa fille « Es-tu d'accord pour qu'on mette en place cette prothèse qui te permettra de manger ? », Madame A. continue à garder le silence. En tant que médecin, que faites-vous ?

- A** vous considérez que le silence équivaut à un refus de soins
- B** vous considérez que son attitude va de pair avec une résignation
- C** vous insistez en posant la question de l'endoprothèse à chaque visite
- D** vous programmez l'intervention chirurgicale sans plus attendre
- E** vous respectez la position de la patiente de ne pas donner suite
- F** vous décidez d'espacer les visites compte tenu de sa position

Question 7 – QRM

Les soignants rapportent un épisode d'agitation la nuit passée, spontanément résolutif, dont la patiente

n'a pas le souvenir. Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

- A** un trouble anxieux
- B** un épisode de démence
- C** un état confusionnel
- D** un état dépressif
- E** une sidération psychique

Question 8 – QROC

La situation clinique évolue et Madame A. oscille à présent, selon les moments, entre un refus de soins et une demande insistante de prise en charge. De quel mécanisme psychique réactionnel s'agit-il ?

Question 9 – QRM

Concernant l'endoprothèse, l'absence de réponse de Madame A. est considérée comme une réponse négative. Madame A. refuse également toute perfusion pour hydratation intraveineuse et alimentation parentérale. Dans l'équipe de gériatrie, les avis divergent quant à l'intérêt de l'endoprothèse pour Madame A.

Pour quelles raisons certains membres y sont plutôt favorables et aimeraient parvenir à convaincre rapidement Madame A. ?

- A** pour permettre une reprise alimentaire rapide
- B** pour limiter les vomissements alimentaires
- C** pour éviter l'occlusion digestive
- D** pour prolonger la vie de Madame A.
- E** pour améliorer la qualité de vie restante

Question 10 – QRM

Pour quelles raisons certains membres de l'équipe de gériatrie sont plutôt défavorables à l'endoprothèse ?

- A** geste invasif
- B** geste disproportionné
- C** opposition supposée de la patiente
- D** altération rapide de l'état général
- E** temps de vie trop court
- F** prolongation artificielle de la vie

Question 11 – QRM

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient auprès des soignants de gériatrie. Quels sont les points qui peuvent mettre l'équipe médico-soignante en difficultés face à cette patiente qui ne s'alimente plus ?

- A** méconnaissance du temps restant à vivre
- B** méconnaissance de la qualité de vie
- C** situation d'impuissance thérapeutique
- D** non-alimentation vécue comme un abandon
- E** difficultés de communication avec la patiente

Question 12 – QROC

Quels processus psychiques involontaires et inconscients peuvent être mis en place par les soignants devant cette situation angoissante ?

Question 13 – QROC

À quel professionnel de santé pouvez-vous faire appel dans pareille situation ?

Cas clinique 44++

Monsieur V., âgé de 54 ans, droitier, est traité depuis 8 mois pour un glioblastome hémisphérique droit (tumeur cancéreuse cérébrale agressive). Monsieur V. a été traité par radiothérapie et chimiothérapie concomitantes, puis par cures mensuelles de chimiothérapie, relativement bien tolérées. Il vit seul; il est divorcé, père d'un fils de 26 ans et grand-père d'une petite fille de 3 ans. Son état général reste satisfaisant. Le *performance status* de l'OMS est à 2.

Question 1 – QRU

À quoi correspond le *performance status* de l'OMS ?

- A** le *performance status* de l'OMS est tiré d'une échelle de mesure de la fatigue
- B** le *performance status* de l'OMS est tiré d'une échelle de mesure de l'autonomie
- C** le *performance status* de l'OMS est tiré d'une échelle de quantification des symptômes
- D** le *performance status* de l'OMS est tiré d'une échelle de mesure de la qualité de vie
- E** le *performance status* de l'OMS est tiré d'une échelle d'extension de la maladie

Question 2 – QRU

Un « score OMS » ou « indice de performance OMS » de 2, correspond à un malade :

- A** capable seulement de quelques activités; alité ou en chaise plus de 50 % du temps
- B** capable d'une activité physique identique à celle précédant la maladie
- C** incapable de prendre soin de lui-même; alité ou en chaise en permanence
- D** ambulatoire et capable de prendre soin de lui-même; incapable de travailler et alité moins de 50 % du temps
- E** activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail

Question 3 – QROC

Monsieur V. est bien entouré sur le plan familial. Il connaît le diagnostic et le pronostic réservé; des informations lui ont été données en plusieurs étapes par son médecin référent, en présence de son fils désigné comme personne de confiance.

Les céphalées initiales ont été bien soulagées par le traitement corticoïde. Son moral est en amélioration; il est convaincu que le traitement de la maladie est efficace et envisage de reprendre prochainement les travaux de rénovation de son appartement qu'il avait dû interrompre à cause du traitement. Monsieur V. n'évoque jamais le pronostic réservé annoncé au départ. Pour lui, comme il n'a jamais été malade auparavant, il a toutes les chances de guérir.

Comment nomme-t-on ce processus psychique involontaire et inconscient ?

Question 4 – QRU

De façon plus précise, comment se nomme ce mécanisme de défense ?

- A** le déni
- B** le clivage du moi

- C** l'isolation
- D** la dénégation
- E** l'annulation
- F** la combativité

Question 5 – QRM

Vous êtes le médecin généraliste de Monsieur V. Quelles attitudes semblent adaptées à la situation ?

- A** vous vous réjouissez de le voir faire des projets et le questionner sur ce sujet
- B** vous freinez son enthousiasme en l'informant sur la gravité de sa pathologie
- C** vous émettez une réserve sur son interprétation « prématurée »
- D** vous le mettez en garde sur les risques encourus à reprendre ses activités
- E** vous lui demandez s'il a revu son neurochirurgien récemment
- F** vous abondez dans son sens en partageant son optimisme sans réserve

Question 6 – QROC

Malheureusement, l'amélioration du moral sera de courte durée; les symptômes neurologiques déficitaires vont s'aggraver progressivement sur quelques semaines : hémiplégie gauche, perte d'autonomie, altération de la qualité de vie. L'échappement thérapeutique est confirmé par l'imagerie cérébrale.

Devant l'inefficacité de la chimiothérapie, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a lieu : un arrêt de la chimiothérapie est proposé.

À quelle phase de la maladie se trouve Monsieur V. ?

Question 7 – QRM

Monsieur V. est informé de l'arrêt de la chimiothérapie en consultation, par son neurochirurgien référent, en présence de son fils. Il est effondré par cette annonce. Son médecin traitant qui est contacté rapidement lui propose de mettre en place un réseau de soins palliatifs et lui demande d'y réfléchir.

Quelles sont les propositions justes concernant le réseau de soins palliatifs ?

- A** l'inclusion dans un réseau de soins palliatifs peut être proposée par le médecin généraliste
- B** l'inclusion dans un réseau de soins palliatifs est décidée par le médecin coordonnateur du réseau
- C** l'inclusion dans un réseau de soins palliatifs nécessite l'accord du médecin généraliste et du patient
- D** le réseau de soins palliatifs a pour objectif unique de favoriser le maintien à domicile du patient
- E** le réseau de soins palliatifs élabore le plan personnalisé d'intervention pour chaque personne incluse
- F** l'équipe de coordination du réseau aide les soignants à élaborer le projet personnalisé de soins

Question 8 – QRM

La prise en charge à domicile par le médecin généraliste et le réseau de soins palliatifs conduit Monsieur V. à rédiger des directives anticipées dans lesquelles il exprime son souhait de finir sa vie à domicile, entouré de ses proches, son refus d'acharnement thérapeutique et son souhait d'être endormi en cas d'asphyxie.

À propos des directives anticipées rédigées par Monsieur V., quelles sont les propositions justes au regard de la loi du 22 avril 2005 ?

- A** les directives anticipées de Monsieur V. sont consultées s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté
- B** les directives anticipées de Monsieur V. doivent être obligatoirement insérées dans son dossier médical
- C** les directives anticipées sont inutiles dans le cas de Monsieur V. qui a désigné une personne de confiance
- D** les directives anticipées de Monsieur V. peuvent être confiées à la personne de confiance
- E** les directives anticipées ont une valeur indicative sur les souhaits de Monsieur V. quant à sa fin de vie

Question 9 – QRM

Les membres du réseau de soins palliatifs passent quotidiennement, de même que l'infirmière libérale. Les symptômes d'inconfort se majorent : somnolence intermittente, douleurs, ankyloses articulaires multiples, épisodes d'angoisse, dyspnée modérée avec encombrement bronchique important, mais sans détresse respiratoire. Les prises orales de médicaments deviennent très difficiles, avec une suspicion de fausse route par moments.

Quelles sont les actions prioritaires à entreprendre ?

- A** pratiquer un nouveau bilan d'extension du glioblastome
- B** optimiser le traitement antalgique symptomatique
- C** optimiser le traitement symptomatique de la dyspnée
- D** mesurer la saturation artérielle en oxygène
- E** débiter une oxygénothérapie au masque
- F** sédaté Monsieur V. en urgence

Question 10 – QRM

Conformément à ses souhaits, Monsieur V. n'est pas hospitalisé. Il est sous traitement corticoïde par voie orale le matin, paracétamol par voie orale (1 g, 3 fois par jour), fentanyl transdermique à faibles doses (12 µg par heure pour 3 jours), alprazolam 0,25 mg, 2 fois par jour (benzodiazépine anxiolytique), scopolamine transdermique, ésoméprazole. La chambre implantable n'est plus fonctionnelle car thrombosée.

Quels médicaments faut-il suspendre pour éviter les fausses routes ?

- A** corticoïde
- B** paracétamol
- C** alprazolam
- D** fentanyl
- E** ésoméprazole

Question 11 – QRM

Le fils de Monsieur V. a pris un congé de solidarité familiale pour accompagner son père : il est bien soutenu par le réseau de soins palliatifs.

Si la situation clinique continue à se dégrader, quelle stratégie thérapeutique vous semble raisonnable au regard de la situation de Monsieur V. ?

- A** les soins seront poursuivis à domicile conformément aux souhaits du patient
- B** les soins seront poursuivis en hospitalisation dans un lit identifié de soins palliatifs

C la poursuite des soins à domicile peut nécessiter l'aide d'une hospitalisation à domicile

D les soins, pour être maintenus à domicile, nécessitent l'avis du SAMU (service d'aide médicale urgente)

E les soins seront poursuivis en unité de soins palliatifs du fait de l'aggravation rapide

Monsieur V. est maintenu à domicile conformément à ses souhaits clairement mentionnés dans ses directives anticipées, entouré de son fils et d'un ami proche. Les symptômes respiratoires, bien contrôlés au départ par opioïdes forts et scopolamine transdermique, ont nécessité l'ajout de midazolam en perfusion par voie sous-cutanée dans les deux derniers jours de vie.

Cas clinique 45++

Monsieur L., 64 ans, est hospitalisé dans votre service pour une douleur lombaire invalidante apparue il y a 3 semaines. Il a comme antécédents une toxicomanie à l'héroïne sevrée depuis 30 ans, un syndrome dépressif et une hypertension artérielle. Il ne prenait aucun traitement jusque-là. Il est marié et a une fille de 30 ans. Les douleurs sont apparues de façon rapidement progressive, sans traumatisme initial ni facteur déclenchant identifié. Il n'a jamais eu de lombalgies dans ses antécédents. Son médecin généraliste lui a prescrit des antalgiques (paracétamol, tramadol) avec une efficacité insuffisante, ce qui a conduit à une hospitalisation dans votre service. Les douleurs sont plus importantes le matin que le soir et Monsieur L. a l'impression qu'elles s'accroissent de jour en jour. Elles sont responsables de réveils nocturnes. Il n'y a pas d'irradiation aux membres inférieurs. Il se sent très fatigué et a perdu 5 kg ce mois-ci, de façon non volontaire.

Vous lui faites préciser les caractéristiques des douleurs. Il vous dit qu'elles sont surtout présentes au réveil, avec une sensation de raideur et qu'après 30 minutes de mouvements, il se sent mieux ; il évalue ses douleurs à 7/10 en moyenne (échelle numérique, EN).

Question 1 – QROC

Quel est le rythme des douleurs présentées par le patient ?

Question 2 – QRM

Son traitement actuel comprend du paracétamol 1 g toutes les 6 heures et du tramadol 150 mg à libération prolongée le matin et le soir ainsi que du tramadol 50 mg en cas de douleurs qu'il prend à raison de 2 fois par jour. Vous avez prévu un bilan complémentaire mais vous décidez d'ajuster le traitement antalgique rapidement.

Quelles propositions de modification de traitement vous semblent adaptées ?

- A** augmentation du paracétamol
- B** augmentation du tramadol à libération prolongée
- C** prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdien
- D** relais du tramadol par un opiacé de palier 3
- E** relais du paracétamol par du paracétamol codéiné

Question 3 – QRU

Vous décidez de prescrire du kétoprofène *per os* à la posologie de 50 mg toutes les 8 heures pour une durée de 7 jours et faites un relais du tramadol par de la morphine orale à libération prolongée (LP) 30 mg matin et soir.

Comment prescrivez-vous les interdoses de morphine à libération immédiate ?

- A** 10 mg *per os* en systématique toutes les 4 heures, 6 prises par jour maximum
- B** 10 mg *per os* en cas de douleur toutes les 4 heures, 6 prises par jour maximum
- C** 5 mg *per os* en cas de douleur toutes les 4 heures, 6 prises par jour maximum
- D** 5 mg par voie sous-cutanée en cas de douleur toutes les heures, 6 prises par jour maximum
- E** 10 mg *per os* en cas de douleur, toutes les heures, 6 prises par jour maximum

Question 4 – QRU

Le patient se sent correctement soulagé par le traitement ajusté. Il vous dit qu'il est rassuré car ce n'est qu'un « banal mal de dos et non pas un "cancer des os" comme un de ses amis ». Il vous demande ce que vous en pensez. Parmi les propositions de réponses suivantes, laquelle vous semble adaptée ?

- A** vous lui dites qu'il a effectivement une lombalgie commune et qu'il n'y a rien de plus à faire
- B** vous lui dites qu'il faut faire des examens pour chercher une cause mais qu'il n'a aucune raison de s'inquiéter
- C** vous lui dites qu'il y a peut-être une cause à cette douleur et que des examens sont nécessaires
- D** vous lui dites que ce n'est pas normal, que la douleur est sûrement liée à une protrusion discale qui comprime son ligament postérieur
- E** vous lui dites qu'il a des signes inquiétants et que vous craignez effectivement un cancer

Question 5 – QRM

Vous craignez une lombalgie aiguë symptomatique plutôt qu'une lombalgie commune. Parmi les caractéristiques présentées par le patient, lesquelles sont en faveur de ce diagnostic ?

- A** l'âge du patient à l'apparition des douleurs lombaires
- B** le caractère inflammatoire des douleurs
- C** la perte de poids involontaire
- D** l'absence d'irradiation aux membres inférieurs
- E** l'absence de facteur déclenchant

Question 6 – QROC

Quel examen d'imagerie demandez-vous pour confirmer votre hypothèse ?

Question 7 – QRM

Le scanner rachidien met en évidence une lésion osseuse ostéolytique au niveau de la troisième vertèbre lombaire sans épidurite. Le scanner thoraco-abdominal montre une volumineuse masse pulmonaire développée aux dépens du lobe supérieur droit, de multiples adénopathies médiastinales et des lésions nodulaires hépatiques d'allure secondaire. Le

diagnostic le plus probable est donc celui d'un cancer pulmonaire métastatique au niveau osseux, ganglionnaire et hépatique.

Vous vous entretenez avec le patient et sa femme. Vous leur annoncez que les résultats du scanner ne sont pas rassurants et qu'il faut faire d'autres examens complémentaires notamment une fibroscopie bronchique avec biopsies. Le patient vous dit que si c'est un cancer il ne veut pas de chimiothérapie.

Quelle attitude adoptez-vous ?

- A** vous explorez ses ressentis et ses raisons
- B** vous annulez la demande de fibroscopie
- C** vous lui proposez de rencontrer la psychologue
- D** vous vous faites aider de l'équipe mobile de soins palliatifs
- E** vous organisez une procédure collégiale pour limitation de traitements

Question 8 – QRM

Le patient vous exprime ses raisons, il vous dit qu'il ne veut pas de chimiothérapie si c'est pour être encore plus malade. Vous convenez donc ensemble de choisir de toujours privilégier la qualité de vie dans le choix des traitements.

La fibroscopie bronchique avec biopsies confirme le diagnostic de cancer pulmonaire. Les douleurs sont assez bien contrôlées mais le patient consomme beaucoup d'interdoses de morphine. Que pourriez-vous lui proposer pour améliorer la prise en charge de la douleur ?

- A** une cimentoplastie
- B** une radiothérapie antalgique
- C** des bisphosphonates
- D** de la kétamine
- E** une analgésie locorégionale

Question 9 – QRM

Le patient bénéficie d'une cimentoplastie en L3 qui est efficace sur les douleurs mais Monsieur L. prend toujours autant d'interdoses de morphine, avec cependant une intensité douloureuse abaissée à 3/10 en moyenne (EN). Quelles sont vos hypothèses pour cette consommation de morphine ?

- A** une nouvelle localisation douloureuse
- B** une anxiété importante
- C** une toxicomanie à la morphine
- D** une accoutumance à la morphine
- E** une dose de morphine LP insuffisante à couvrir les besoins

Question 10 – QROC

Le patient est effectivement angoissé par sa maladie mais surtout par l'apparition brutale d'une gêne respiratoire importante et d'une douleur basithoracique. Quel diagnostic cherchez-vous à éliminer en urgence ?

Question 11 – QROC

Le diagnostic d'embolie pulmonaire est posé; le patient est traité par anticoagulants. Son état clinique se stabilise et un retour à la maison peut être organisé. Il accepte finalement de recevoir une chimiothérapie ciblée par voie orale.

Il est réadressé 3 mois après en urgence par son médecin généraliste devant l'apparition de troubles de la marche, de céphalées et de diplopie. Au décours de votre évaluation clinique, vous suspectez une méningite carcinomateuse. Quel type d'imagerie par résonance magnétique demandez-vous pour confirmer votre hypothèse ?

Question 12 – QROC

Le diagnostic de méningite carcinomateuse est confirmé. Malgré les traitements symptomatiques adéquats, l'état général du patient s'est beaucoup dégradé et il n'est plus vigilant. La prise des traitements *per os* est devenue impossible et vous avez fait un relais des médicaments par voie intraveineuse. Vous vous posez la question des limitations et arrêts de traitements. La communication avec le patient étant devenue impossible, quel document recherchez-vous pour vous faire une idée de ce qu'aurait souhaité le patient ?

Question 13 – QRM

Le patient n'a pas rédigé de directives anticipées mais il a désigné sa sœur comme personne de confiance. Celle-ci ainsi que l'épouse et la fille de Monsieur L. vous informent qu'il n'aurait pas souhaité « être prolongé » dans cet état. Vous décidez de mettre en place une procédure collégiale. Qui peut participer à cette réunion selon le décret d'application relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005 ?

- A** une des infirmières du service
- B** l'oncologue référent
- C** la personne de confiance
- D** la cadre du service
- E** un médecin de soins palliatifs

Question 14 – QROC

Il est décidé par le médecin en charge du patient, à l'issue de cette procédure, de ne pas mettre en place d'alimentation ni d'hydratation artificielles. La fille du patient vous dit qu'elle aimerait pouvoir cesser temporairement son travail pour pouvoir être aux côtés de son père. Quel type de congés pouvez-vous lui proposer ?

Question 15 – QROC

Monsieur L. décède une semaine après en présence de sa femme et de sa fille. Vous croisez sa femme 1 mois après : elle vous dit qu'elle se sent très triste, qu'elle a des troubles du sommeil et qu'elle a parfois l'impression d'entendre ou de voir son mari. Comment qualifiez-vous son deuil ?

Cas clinique 46+

Madame B., âgée de 48 ans, est suivie pour un adénocarcinome de la jonction œsogastrique diagnostiqué 1 an plus tôt et traité par chimiothérapie et gastrectomie totale avec anastomose œsojéjunale. Les suites opératoires sont émaillées de complications multiples nécessitant plusieurs réinterventions chirurgicales : collection pleurale avec fistule anastomotique, péritonite avec désunion de l'anastomose conduisant à une

cholécystectomie et à une jéjunostomie. La continuité digestive rétablie 3 mois plus tard se solde par une nouvelle fistule anastomotique.

La situation clinique se stabilise pendant quelques mois puis réapparaissent des douleurs abdominales difficilement contrôlables, maximales au niveau épigastrique avec irradiation dorsale. Madame B. est à nouveau hospitalisée.

Devant la difficulté à soulager la patiente par un traitement antalgique oral, une pompe d'antalgie autocontrôlée de morphine est mise en place. L'équilibre antalgique s'avère difficile à obtenir, entre un état hyperalgique de la patiente bien éveillée et un état de somnolence inquiétant, situation inhabituelle avec l'antalgie autocontrôlée.

Le dossier est alors discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Question 1 – QRM

La réunion de concertation pluridisciplinaire :

- A** est une réunion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle interne au service
- B** est une réunion qui vise à confronter les avis de l'équipe médico-soignante face à des symptômes difficiles à contrôler
- C** est une réunion qui vise à examiner la demande de limitation de traitement formulé par le patient s'il est en état d'exprimer sa volonté
- D** est une réunion collégiale entre médecins de spécialités différentes qui vise à analyser la situation du patient
- E** est une réunion visant à établir des propositions de traitements au regard des référentiels disponibles

Question 2 – QROC

Un nouveau bilan de la maladie apparaît nécessaire pour comprendre les mécanismes des douleurs et les difficultés de soulagement actuel, avant toute proposition thérapeutique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien montre une évolution de la maladie avec probable carcinose péritonéale, épanchement pleural bilatéral et atélectasie du poumon droit ; une paralysie diaphragmatique bilatérale est également suspectée.

Avant même que les résultats aient pu être discutés, l'état de Madame B. s'aggrave brutalement sur le plan respiratoire. Elle est transférée en réanimation où elle est intubée et ventilée dès son arrivée.

Dans ce contexte de cancer récidivant évolutif avec infections multiples, fistules, insuffisance rénale et insuffisance respiratoire, l'annonce de pronostic sombre à court terme est faite à son époux.

Compte tenu de l'abondance de la carcinose péritonéale et de l'ascite avec apparition d'une dilatation majeure des cavités pyélocalicielles et urétérale droite, une sonde urétérale (JJ) est mise en place ; elle n'empêchera pas l'apparition d'une insuffisance rénale aiguë rapidement anurique.

Quelle est la situation qui a autorisé le réanimateur à procéder à l'intubation de la patiente sans avoir consulté les proches ?

Question 3 – QRM

L'état général de Madame B. s'aggrave rapidement en réanimation, avec apparition de troubles de la conscience. Le lendemain de son admission, la patiente est dans le coma avec un score de Glasgow à 6/15. Une procédure collégiale de limitation ou arrêt de traitement est prévue par le réanimateur en charge de Madame B. Conformément au décret du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005 et modifiant le Code de la santé publique, « le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ».

Le concept d'obstination déraisonnable dans la situation de Madame B. fait référence :

- A** à la prise en charge en réanimation à un stade évolué de la maladie cancéreuse
- B** à la ventilation assistée en situation de défaillance multiviscérale
- C** à la poursuite d'une stratégie jugée disproportionnée au regard du pronostic défavorable
- D** à la poursuite de la prise en charge malgré la récurrence carcinologique
- E** aux techniques de suppléance d'organes assurant un maintien artificiel de la vie

Question 4 – QRM

Dans le cas de Madame B., les techniques de suppléance d'organes qui assurent un maintien artificiel de la vie font référence à :

- A** la ventilation assistée
- B** la dialyse
- C** l'alimentation parentérale
- D** l'hydratation
- E** l'antibiothérapie

Question 5 – QRM

Madame B. avait désigné son époux comme personne de confiance et avait clairement manifesté (à plusieurs reprises) son souhait d'éviter tout acharnement thérapeutique.

La procédure collégiale peut se mettre en place :

- A** si le patient conscient et apte à consentir, le demande
- B** si le patient est inconscient
- C** si le patient est inapte à exprimer sa volonté
- D** si le patient est sédaté en vue de l'adaptation au respirateur
- E** si le patient est en désaccord avec l'équipe médico-soignante

Question 6 – QRM

La procédure collégiale de limitation ou d'arrêt de traitement prévue par la loi d'avril 2005, prévoit :

- A** la consultation de la personne de confiance
- B** l'implication de la personne de confiance
- C** la consultation des proches
- D** l'implication des proches à la décision
- E** la consultation des soignants en charge de la patiente
- F** la consignation par écrit des intervenants présents et des décisions prises

Question 7 – QRM

La procédure collégiale de limitation ou d'arrêt de traitement nécessite un médecin consultant : de quel médecin peut-il s'agir ?

- A** du médecin traitant de la patiente
- B** d'un médecin de l'équipe de réanimation, autre que le médecin référent
- C** d'un médecin sans lien hiérarchique avec le réanimateur référent
- D** d'un des médecins spécialistes en charge de la patiente
- E** d'un médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs

À l'issue de la procédure collégiale, un sevrage de la ventilation mécanique avec extubation et relais par une ventilation non invasive est décidé pour Madame B. ; la décision est mentionnée par écrit dans le dossier médical. Le décès surviendra en présence de ses proches 2 jours plus tard.

Soins palliatifs pédiatriques

Cas clinique 47+++

Paul, âgé de 17 ans, est suivi depuis 2 ans en oncologie pédiatrique pour une tumeur de type sarcome d'Ewing de l'aile iliaque gauche, en deuxième rémission complète. Paul a un frère de 10 ans, les deux parents travaillent. Depuis 10 jours, il présente une tuméfaction inflammatoire de la cuisse gauche et une toux sèche. Le bilan d'extension tumorale révèle une deuxième rechute métastatique (cuisse gauche et poumon). Il n'y a plus de possibilité de traitement à visée curative.

Question 1 – QRM

L'information concernant le caractère extensif et grave de la récurrence doit être transmise à Paul et sa famille.

Concernant la prise de décision thérapeutique et l'information délivrée à Paul et à ses parents :

- A** le médecin référent décide seul de la stratégie thérapeutique au vu de l'évaluation clinique et paraclinique puis en informe les parents
- B** le médecin référent décide seul de la stratégie thérapeutique au vu de l'évaluation clinique et paraclinique puis en informe Paul
- C** la stratégie thérapeutique la plus adaptée est discutée au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, au cours de laquelle l'oncologue référent est présent
- D** l'interne du service communique l'information aux parents qui sont chargés de la transmettre à leur fils
- E** les résultats de l'évaluation clinique et paraclinique sont donnés et discutés avec Paul et ses parents lors d'une consultation avec l'oncologue référent

Question 2 – QRM

L'annonce de la récurrence multifocale et la proposition d'une prise en charge palliative sont faites à Paul et ses parents. À cette occasion, les parents demandent la poursuite des traitements spécifiques. Dans un entretien en tête-à-tête avec Paul sont envisagées de manière très précise la gravité de cette situation ainsi que les possibilités thérapeutiques curatives extrêmement limitées. Paul exprime son souhait de ne plus prendre de chimiothérapie, de « ne pas finir en réanimation avec un tuyau dans la gorge » et de « ne pas être pris pour un cobaye ».

Devant ces divergences de position entre Paul et ses parents, que préconisez-vous ?

- A** Paul étant mineur, seul le choix des parents est pris en considération : un traitement intensif associant chimiothérapie et radiothérapie est entrepris
- B** Paul et ses parents n'ayant pas les mêmes souhaits, aucune décision n'est prise
- C** les souhaits du patient mineur doivent être entendus quel que soit son âge
- D** la situation étant complexe, le transfert en unité de soins palliatifs doit être vite organisé
- E** la décision concernant le traitement est prise par le médecin référent quel que soit l'avis de Paul et de ses parents
- F** la proposition thérapeutique du médecin référent tient compte de l'avis de Paul et de ses parents

Question 3 – QRM

Après une nouvelle discussion entre le médecin, Paul et ses parents, durant laquelle Paul s'en remet à la décision de son médecin référent, une chimiothérapie orale par cyclophosphamide, pour ralentir l'évolution tumorale, est mise en place.

En ce qui concerne l'évaluation des symptômes, Paul décrit au niveau de la tuméfaction de la cuisse gauche des douleurs permanentes et insomniantes, qu'il cote en intensité à 8/10 sur l'échelle numérique, avec des accès paroxystiques à type de décharges électriques et de fourmillements descendant jusqu'au pied. Le médecin généraliste a mis en place un traitement par paracétamol codéiné à une posologie standard, inefficace.

À l'examen clinique, on note une hypoesthésie à la face latérale externe de la cuisse gauche, du mollet et du pied gauches, et l'effleurement de ce territoire est insupportable. La cuisse gauche est douloureuse en regard de la tumeur. Paul exprime la crainte que sa cuisse n'« explose ».

Les caractéristiques de la douleur décrite signent :

- A** un excès de nociception au premier plan
- B** la présence de douleurs neuropathiques
- C** la présence de douleur psychogène dans ce contexte de soins palliatifs chez un adolescent
- D** des douleurs neuropathiques associées à de probables douleurs nociceptives
- E** des douleurs viscérales avec projection au niveau de la cuisse gauche

Question 4 – QRM

Afin de mieux contrôler la symptomatologie douloureuse, vous proposez :

- A** le même traitement en ajoutant un anti-inflammatoire non stéroïdien
- B** le même traitement en ajoutant une prise en charge psychologique
- C** un traitement par sulfate de morphine à libération prolongée et immédiate en cas d'accès douloureux avec arrêt du paracétamol codéiné
- D** un traitement des douleurs neuropathiques, en plus des morphiniques, avec arrêt du paracétamol codéiné
- E** des séances de kinésithérapie motrice

Question 5 – QRU

Afin de mieux contrôler la symptomatologie douloureuse neuropathique, vous proposez :

- A** d'attendre l'effet des morphiniques, probablement efficaces sur les douleurs neuropathiques
- B** d'ajouter aux morphiniques un traitement par un antiépileptique de type valproate de sodium
- C** d'ajouter aux morphiniques un traitement antidépresseur par amitriptyline
- D** d'arrêter les morphiniques et de mettre en place un traitement par neurostimulation stimulation transcutanée (TENS)
- E** d'arrêter les morphiniques avant de débiter l'amitriptyline pour éviter les effets sédatifs cumulés

Question 6 – QRM

Après l'équilibration de son traitement antalgique, Paul souhaite rentrer chez lui au plus vite. Les parents ne souhaitent pas d'intervention de soignants à domicile et déclinent la proposition d'une hospitalisation à domicile (HAD). L'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) est proposée à la famille. Les deux parents travaillent; la mère a déjà épuisé son congé parental sur les deux dernières années : elle vous interroge quant aux possibilités de rester à domicile pour accompagner son fils.

- A** vous demandez aux parents de contacter leur médecin traitant pour cette question
- B** vous évoquez la possibilité d'un congé et d'une l'allocation journalière pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie
- C** vous facilitez la rencontre avec l'assistante sociale pour la mise en place des aides adaptées
- D** vous contactez l'employeur de la mère pour l'informer de la situation
- E** vous demandez à la mère de gérer ses priorités et d'assurer son rôle de mère

Question 7 – QRM

Paul est vu en hôpital de jour une fois par semaine par son oncologue référent.

Devant l'apparition d'une dyspnée quasi permanente une radiographie thoracique est prescrite mettant en évidence un épanchement pleural droit, jusqu'à mi-champ. Compte tenu d'un projet très investi de vacances dans le sud de la France dans les 15 jours, vous proposez une ponction évacuatrice, qui permet une nette amélioration clinique. Le geste est renou-

velé une fois par semaine pendant 4 semaines, avec une reconstitution cependant de plus en plus rapide de l'épanchement. Des difficultés de ponction surviennent : ponction blanche répétée, nécessitant de ponctionner plusieurs fois de suite, angoisse majeure avant le geste. Parallèlement, l'état général de Paul se dégrade de façon importante et le bénéfice symptomatique après ponction pleurale n'est plus perceptible.

Que proposez-vous en termes de stratégie thérapeutique ?

- A** mettre en place un drain pleural
- B** continuer les ponctions à un rythme plus rapproché si besoin, toute remise en question de ce geste pouvant être trop violente pour Paul
- C** discuter avec Paul et ses parents de l'intérêt de ces ponctions pleurales et aborder les limites de leur efficacité et la possibilité de les interrompre
- D** proposer une prise en charge symptomatique de la dyspnée si besoin
- E** mettre en place une sédation terminale en raison de la souffrance de Paul et de sa famille

Question 8 – QRM

Les douleurs sont initialement contrôlées par le traitement mis en place (morphine, paracétamol, amitriptyline) mais Paul est de plus en plus gêné sur le plan respiratoire, sa fréquence respiratoire est à 20/min ; il tousse dès qu'il s'allonge, ne dort que par intermittence, en position assise, et présente des douleurs thoraciques. Il a du mal à prendre ses médicaments *per os*, refuse certaines prises médicamenteuses car il tousse au décours, ce qui provoque une recrudescence douloureuse. Il ne souhaite pas rester hospitalisé ; les parents sont épuisés car ils ne dorment que par alternance, Paul ayant peur de rester seul la nuit.

- A** vous proposez une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) devant l'épuisement parental et le souhait de Paul
- B** vous hospitalisez Paul car ses parents ont déjà refusé l'HAD et vous ne trouvez pas pertinent de réinsister
- C** vous demandez aux parents de voir le médecin traitant pour gérer la situation car ils ont refusé il y a quelques semaines vos propositions (HAD, équipe ressource)
- D** vous proposez l'accompagnement par l'équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques afin de coordonner la prise en charge et soutenir la famille ainsi que les différents intervenants
- E** vous proposez une brève hospitalisation d'ajustement thérapeutique et de répit parental, le temps que l'HAD puisse éventuellement se mettre en place

Question 9 – QRM

Paul et sa famille acceptent une brève hospitalisation d'ajustement thérapeutique et de répit parental. Lors de celle-ci, Paul exprime sa peur de finir ses jours à l'hôpital, et tout particulièrement en réanimation. Les parents font part de leur inquiétude de ne pas savoir

qui appeler si Paul n'est pas bien à la maison et d'être obligés d'appeler le SAMU, avec le risque que leur fils soit intubé et hospitalisé en réanimation.

- A** vous rassurez les parents en leur disant que cela ne pourra pas arriver, Paul « va s'en sortir »
- B** vous évoquez avec les parents les prescriptions anticipées personnalisées et leur précisez les numéros d'appel en cas de problème ou d'urgence
- C** vous informez les parents de la transmission de ces informations, avec leur accord, entre professionnels, y compris au SAMU
- D** vous élaborez, en accord avec Paul et ses parents, un document prévoyant la limitation et/ou l'arrêt des thérapeutiques, afin d'éviter une réanimation déraisonnable
- E** vous ne vous sentez pas concerné par ces questions

Question 10 – QRM

Lors de cette brève hospitalisation est mis en place un traitement anxiolytique par midazolam via une pompe d'analgésie autocontrôlée, avec un petit débit de base dans la journée et une posologie plus importante la nuit. Des bolus sont possibles en fonction de l'anxiété et de la gêne respiratoire de Paul. Les doses de chlorhydrate de morphine intraveineuse (en relais du traitement *per os*) sont également augmentées compte tenu de la dyspnée et des douleurs thoraciques. Comment justifiez-vous auprès de la famille le traitement par midazolam ?

- A** vous expliquez que ce traitement permettra à Paul de mieux se reposer, tout en diminuant son anxiété
- B** vous expliquez que ce traitement est rendu nécessaire par la progression de la maladie et l'impossibilité de contrôler autrement la dyspnée et l'anxiété
- C** vous évoquez le double effet possible de la sédation par midazolam : diminution du contact avec Paul et risque de précipitation du décès
- D** vous rassurez la famille en ce qui concerne la prise en charge, en leur expliquant que « rien ne peut arriver »
- E** vous pensez que vous n'avez pas à donner ces explications, le médecin traitant les donnera si la famille le souhaite

Cas clinique 48+++

Lors de la troisième grossesse d'un couple jeune en bonne santé, le diagnostic de valves de l'urètre postérieur avec complications sur les voies urinaires a été posé chez un fœtus lors de l'échographie du deuxième trimestre. Plusieurs réunions multidisciplinaires ont eu lieu en anténatal avec les obstétriciens et les néphrologues.

Question 1 – QRM

Devant la gravité de l'atteinte du fœtus, une interruption médicale de grossesse (IMG) est envisagée.

- A** l'IMG ne peut être réalisée que lorsque la santé de la femme enceinte ou celle de son enfant est gravement menacée

- B** l'obstétricien référent prescrit et pratique l'IMG devant la gravité et l'incurabilité de l'affection fœtale
- C** l'obstétricien référent encourage les parents à prendre la décision d'une IMG pour permettre un deuil moins douloureux
- D** la femme enceinte demande l'IMG, réalisée après avis du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal attestant du caractère grave et incurable de l'affection fœtale
- E** l'IMG peut se réaliser à n'importe quel terme de la grossesse en cas d'affection grave et incurable du fœtus

Question 2 – QRU

Les parents n'ont pas souhaité interrompre la grossesse et plusieurs interventions chirurgicales anténatales ont été tentées (intervention par voie cystoscopique avec pose d'un drain, drain vésico-amniotique, amnio-infusions...) pour préserver la fonction rénale.

Louis est né eutrophe à terme et a été transféré en réanimation suite à une détresse respiratoire aiguë (intubé, ventilé) avec insuffisance rénale. Louis a petit à petit acquis une autonomie alimentaire et respiratoire, mais l'évolution a été défavorable sur le plan métabolique avec majoration de l'insuffisance rénale néonatale.

- A** un programme de dialyse doit être systématique au vu de l'autonomie alimentaire et respiratoire de Louis
- B** une transplantation rénale doit être envisagée en urgence en raison de l'insuffisance rénale néonatale
- C** une sédation doit être décidée devant le caractère incurable de l'insuffisance rénale
- D** les traitements à mettre en place sont de la seule responsabilité du médecin référent
- E** la décision sur la suite des soins est de la responsabilité du médecin référent qui doit la prendre après concertation avec les professionnels concernés et les parents

Question 3 – QRU

La décision de ne pas entreprendre de mesures invasives dont la dialyse a été prise avec l'équipe de réanimation, les néphrologues, la psychologue, l'équipe mobile de soins palliatifs, en accord avec les parents. Une prise en charge symptomatique a été décidée. Louis a été transféré dans le service de néphrologie dans une chambre mère-enfant personnalisée par les parents (photos, cadeaux...).

Étant donné le projet palliatif, la surveillance de Louis devrait comprendre :

- A** la prise des constantes : pouls, tension artérielle, température toutes les 8 heures
- B** une prise de sang pour suivre la dégradation de la fonction rénale toutes les semaines
- C** une évaluation de la douleur et de l'inconfort par l'échelle EDIN (évaluation douleur et inconfort du nouveau-né) à chaque équipe
- D** une surveillance de la diurèse
- E** une surveillance stricte des apports alimentaires

Question 4 – QRM

En concertation avec les équipes et la famille, la surveillance biologique et les prises de constantes ont été arrêtées. Louis est somnolent, eupnéique, cachectique, hypotonique mais réactif aux caresses de ses parents. Le traitement symptomatique a été ajusté selon les signes cliniques observés. Les parents ont souhaité rentrer chez eux avec Louis pour la fin de sa vie.

- A** un nouveau-né en insuffisance rénale terminale doit rester hospitalisé
- B** un nouveau-né en insuffisance rénale terminale peut rentrer au domicile sous réserve d'une préparation du retour en lien étroit avec les professionnels concernés et les parents
- C** l'organisation de la fin de vie au domicile d'un nouveau-né n'est pas raisonnable s'il y a des frères et sœurs
- D** l'organisation de la fin de vie d'un nouveau-né au domicile est possible si les parents le souhaitent
- E** l'organisation de la fin de vie d'un nouveau-né au domicile nécessite de prévenir les équipes du SAMU, avec l'accord des parents

Question 5 – QRM

Au cours des différents entretiens, les parents ont cheminé et se sont appropriés le projet de retour à domicile avec l'HAD (hospitalisation à domicile). Quels sont les interlocuteurs concernés par l'organisation du retour au domicile ?

- A** le médecin néphrologue référent
- B** les parents
- C** le pédiatre de l'HAD
- D** le directeur de l'hôpital
- E** l'équipe mobile de soins palliatifs

Question 6 – QRM

Ce retour à la maison a été préparé lors d'une rencontre préalable entre l'équipe de l'HAD (puéricultrice et pédiatre), le service de néphrologie (médecins et équipe soignante, assistante sociale et pédopsychiatre) et l'équipe mobile de soins palliatifs. Les parents ont rencontré la puéricultrice et le pédiatre de l'HAD dans le service de néphrologie pour poser leurs questions concernant le projet de vie, les soins de confort pour Louis, la prise en charge des symptômes de fin de vie et l'accompagnement de la famille. Les parents ont souhaité que Louis décède à la maison entouré de sa famille. Louis a pu rentrer à domicile ; il reçoit une alimentation maternelle à la demande, du paracétamol ainsi que de la morphine à 0,05 mg/kg par la bouche toutes les 12 heures en raison d'un inconfort évalué par l'échelle EDIN à 6/15.

Concernant la morphine chez le nouveau-né :

- A** l'AMM (autorisation de mise sur le marché) pour le sulfate de morphine (voie orale) est à 6 mois
- B** la morphine par voie orale ou parentérale est largement utilisée dès la naissance même chez le prématuré par les équipes hospitalières
- C** la morphine est donnée toutes les 12 heures du fait de l'insuffisance rénale

- D** la morphine est donnée toutes les 12 heures du fait de l'âge de Louis
- E** la morphine est contre-indiquée dans cette situation car Louis est trop jeune pour en recevoir

Question 7 – QRM

Des prescriptions anticipées de midazolam (Hypnovel®) intrarectal en cas de convulsions ou de symptômes réfractaires ont été faites. Le SAMU a été prévenu de la situation palliative de Louis et des prescriptions anticipées.

- A** le signalement aux équipes du SAMU peut être utile pour les enfants porteurs d'une maladie chronique grave en phase avancée avec risque vital potentiel
- B** l'objectif est de transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée à l'état de l'enfant
- C** la fiche reprenant la situation de l'enfant et le niveau de soin destinée au SAMU doit être élaborée de toute urgence avant le retour au domicile sans l'avis des parents
- D** les décisions consignées doivent être appliquées même si les parents changent d'avis au dernier moment
- E** l'objectif de la transmission de l'information médicale est une aide à la décision pour le médecin intervenant en urgence qui reste responsable de ces décisions

Question 8 – QRM

La fiche de transmission médicale remise au SAMU détaille le projet de soins raisonnables; les gestes invasifs ou de réanimation sont considérés comme de l'obstination déraisonnable en cas de détresse vitale. Initialement, la puéricultrice de l'HAD venait au domicile une fois par jour pour l'évaluation clinique et l'adaptation des traitements en lien étroit avec le pédiatre de l'HAD; ce rythme a été adapté à 2 fois par jour; les visites étaient conjointes avec le pédiatre de l'HAD. Le médecin de l'équipe mobile de soins palliatif était en lien quotidiennement avec les parents et l'équipe HAD. Louis réagissait aux paroles réconfortantes de ses parents, de son frère et sa sœur.

Parmi les surveillances suivantes, lesquelles sont nécessaires à domicile et s'inscrivent dans ce projet de soins « raisonnables » ?

- A** surveillance par scope lors des phases de sommeil
- B** surveillance de pouls, tension et température à chaque passage de la puéricultrice

- C** surveillance des scores de douleur
- D** surveillance de la diurèse par 24 heures
- E** surveillance de l'intégrité cutanée

Question 9 – QRU

Le traitement a été réajusté avec une augmentation progressive des doses et de la fréquence des administrations de morphine et introduction d'amitriptyline (hors AMM) devant des geignements et une augmentation du score de douleur.

L'évaluation de la douleur de fond d'un nouveau-né est une :

- A** hétéroévaluation par l'échelle d'EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né)
- B** hétéroévaluation par l'échelle DAN (douleur aiguë du nouveau-né)
- C** hétéroévaluation par l'échelle HEDEN (hétéroévaluation de la douleur de l'enfant)
- D** hétéroévaluation par l'échelle des visages
- E** autoévaluation par l'EVA (échelle visuelle analogique)

Question 10 – QRM

Dans un second temps, devant l'apparition de geignements, du midazolam à visée anxiolytique a été débuté en intrarectal à faible posologie. Ainsi, Louis a pu être paisible, serein et confortable. Il est décédé 48 heures après l'ajustement du traitement, la nuit, dans son sommeil, entouré de ses parents qui dormaient à ses côtés.

Pendant ces 8 jours au domicile, le frère et la sœur ont vécu leur vie d'enfant, les parents ont préparé l'après (choix des habits, cercueil et préparation de la cérémonie), les grands-parents étaient très présents. La famille était soutenue par son entourage proche dont la communauté de leur paroisse. Les rites religieux ont pu être commencés au domicile en présence de la fratrie.

L'accompagnement de la famille :

- A** est indispensable dans un projet d'accompagnement d'un enfant en fin de vie
- B** comprend la fratrie, les parents et les grands-parents
- C** est indispensable mais ne relève pas du travail des soignants
- D** est indispensable et relève uniquement de l'expertise psychologique
- E** peut se poursuivre au-delà du décès de l'enfant

This page intentionally left blank

Douleur chez l'adulte

QRM 1

La douleur est :

- A un ressenti neuropsychologique superposable à la souffrance
- B un phénomène subjectif qui peut se mesurer à l'aide d'outils validés
- C est un phénomène subjectif bien corrélé aux lésions d'imagerie
- D une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable
- E un processus modulable par des facteurs somatiques et psychosociaux

QRM 2

Une douleur aiguë est :

- A une douleur intense
- B une douleur de durée courte
- C une douleur de moins de 3 mois
- D une douleur à type d'élançements ou coups de poignard forts
- E une douleur paroxystique

QRM 3

La mesure de l'intensité douloureuse :

- A permet de suivre l'efficacité d'un traitement antalgique
- B précise le mécanisme physiopathologique de la douleur
- C aide à se représenter la part émotionnelle de la douleur
- D est un moyen de communication entre patients et soignants
- E permet des comparaisons fiables entre les patients
- F permet un suivi thérapeutique antalgique

QRU 4

Une douleur chronique est :

- A une douleur présente en continu
- B une douleur existant jour et nuit

- C une douleur résistant au traitement
- D une douleur due à une pathologie évolutive
- E une douleur existant depuis au moins 3 mois

QRM 5

Concernant la consultation pluridisciplinaire de la douleur, quelles sont les propositions justes ?

- A elle fait appel à des médecins de spécialités différentes consultés le même jour
- B elle bénéficie d'une unité de lieu dans une structure spécialisée de prise en charge de la douleur
- C elle inclut obligatoirement l'avis du psychiatre ou du psychologue
- D elle aboutit à une évaluation d'équipe et à une décision thérapeutique collégiale
- E elle existe aujourd'hui dans tous les établissements de santé du territoire français

QRM 6

Face à une douleur chronique, quelles sont les propositions justes ?

- A il n'existe pas de corrélation anatomo-clinique stricte entre la douleur ressentie et les lésions observées
- B le score d'intensité douloureuse recueilli est la résultante des composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur
- C un score à 100/100 sur une échelle visuelle analogique relève d'un traitement antalgique de palier 3 de l'OMS
- D la prise en charge d'une douleur chronique nécessite obligatoirement l'avis d'une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur
- E la prise en charge d'une douleur chronique nécessite une approche pluridimensionnelle

QRM 7

Quels sont les principes généraux de la « relation médecin-malade » avec un patient douloureux chronique ?

- A faire preuve d'empathie
- B être disponible pour écouter
- C ne pas mettre sa parole en doute
- D établir une relation de vérité, un climat de confiance
- E l'informer sur la maladie et sur le projet thérapeutique

QRM 8

Quelles sont les propositions justes concernant les douleurs dites « nociceptives » ou « par excès de nociception » ?

- A** elles sont liées à une surexpression de nocicepteurs
- B** elles peuvent être induites par un processus tumoral
- C** elles constituent le mécanisme principal des douleurs aiguës
- D** elles sont liées à une lésion des voies de transmission nociceptive
- E** elles sont liées à une stimulation des voies de transmission nociceptive

QRM 9

Chez un patient souffrant de schizophrénie stabilisée mais déficitaire, à la communication perturbée :

- A** la douleur est sous-évaluée du fait des troubles de la communication
- B** la douleur est ressentie de manière moindre
- C** la douleur peut s'exprimer par une modification du comportement
- D** la douleur peut être évaluée au moyen d'une échelle d'hétéroévaluation
- E** la douleur peut être évaluée au moyen d'une échelle visuelle analogique

QRM 10

Si on classe les douleurs selon leurs mécanismes physiopathologiques, on retient :

- A** les douleurs nociceptives
- B** les douleurs neuropathiques
- C** les douleurs psychogènes
- D** les douleurs alternatives
- E** les douleurs idiopathiques
- F** les douleurs dissociatives

QRM 11

Lorsque la douleur est de mécanisme nociceptif, on retrouve les caractéristiques suivantes :

- A** une localisation douloureuse métamérique segmentaire
- B** une localisation douloureuse dans un territoire neurologique systématisé
- C** un rythme de la douleur mécanique ou inflammatoire
- D** une bonne efficacité des antalgiques usuels
- E** une chronicisation de la douleur exceptionnelle

QRM 12

Parmi les diagnostics suivants, lesquels exposent à une douleur de type nociceptif ?

- A** les rhumatismes inflammatoires
- B** les entorses post-traumatiques
- C** les crises vaso-occlusives
- D** les coliques néphrétiques
- E** les tumeurs de la moelle spinale

QRM 13

Sont adaptés à l'évaluation de la douleur postopératoire les outils suivants :

- A** l'échelle visuelle analogique (EVA)
- B** l'échelle numérique (EN)
- C** le questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)
- D** l'échelle verbale simple (EVS)
- E** l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)

QRU 14

Face à une douleur aiguë chez une personne de plus de 70 ans ayant des troubles de la communication, quelles sont les échelles validées vous permettant d'évaluer l'intensité de sa douleur ?

- A** l'échelle visuelle analogique
- B** l'échelle verbale simple
- C** l'échelle numérique
- D** l'échelle Doloplus
- E** l'échelle Algoplus

QRU 15

Un accès douloureux paroxystique :

- A** est une crise douloureuse très intense et très brève, de quelques secondes à quelques minutes, de survenue spontanée
- B** est une exacerbation transitoire de la douleur qui survient sur une douleur de fond bien contrôlée par un traitement opioïde fort
- C** est un déséquilibre de la douleur de fond, mal contrôlée par le traitement opioïde fort qui doit être ajusté
- D** est une douleur de fin de dose qui survient toujours à la même heure, avant la prise d'opioïde fort
- E** est une crise douloureuse fulgurante de type neuropathique qui survient dans le cadre d'une douleur de fond mal équilibrée

QRM 16

Quelles sont les parties du système nerveux potentiellement lésées dans les douleurs neuropathiques centrales ?

- A** nerf
- B** racine nerveuse
- C** moelle spinale
- D** tronc cérébral
- E** thalamus
- F** cortex somesthésique

QRM 17

Quels sont les facteurs de renforcement d'une douleur chronique ?

- A** un entourage compréhensif
- B** le déni des facteurs psychologiques
- C** un trouble dépressif majeur
- D** un état psychotique
- E** l'évitement des facteurs de stress
- F** la recherche d'un bénéfice secondaire de type financier

QRM 18

Madame S., 53 ans, est suivie pour un diabète non insulino-dépendant de type 2. Elle ne prend plus ses médicaments antidiabétiques. Depuis plusieurs semaines, elle se plaint d'avoir des douleurs de la plante des pieds. Elle a l'impression de « marcher sur des charbons ardents ». L'interrogatoire et l'examen clinique vous amènent à suspecter des douleurs neuropathiques périphériques d'origine diabétique. Outre la nécessité d'équilibrer la glycémie, vous allez proposer à Madame S. une monothérapie à visée antalgique. Quelles sont les prescriptions initiales possibles parmi les suivantes ?

- A** duloxétine 30 mg en 1 prise pendant 3 à 7 jours puis 60 mg par jour en 1 prise
- B** duloxétine 90 mg en 1 prise pendant 3 à 7 jours, puis 120 mg par jour en 1 prise
- C** prégabaline 100 mg matin et soir à augmenter de 50 mg par prise tous les 3 à 7 jours
- D** prégabaline 25 mg matin et soir à augmenter de 25 mg tous les 3 à 7 jours
- E** amitriptyline 25 mg le soir à augmenter de 10 mg tous les 2 à 3 jours jusqu'à 100 mg

QRM 19

Concernant les douleurs neuropathiques, quelles sont les propositions justes ?

- A** les douleurs neuropathiques ont une composante continue et une composante paroxystique
- B** les douleurs neuropathiques sont associées à un déficit moteur dans le territoire douloureux
- C** les douleurs neuropathiques sont associées à un déficit sensitif dans le territoire douloureux
- D** le diagnostic de douleur neuropathique repose sur les données de l'électromyogramme
- E** le diagnostic de douleur neuropathique est essentiellement clinique

QRM 20

Concernant la névralgie essentielle du trijumeau, quelles sont les propositions exactes ?

- A** la douleur est unilatérale
- B** la douleur est associée à une hypoesthésie
- C** la douleur est soulagée par le paracétamol
- D** la douleur est améliorée par la carbamazépine
- E** la douleur est déclenchée par stimulation d'une zone gâchette

QRM 21

Que peut-on dire des médicaments spécifiques des douleurs neuropathiques ?

- A** ils sont prescrits en prises systématiques pour plusieurs mois
- B** ils sont efficaces uniquement sur la douleur de fond
- C** ils sont efficaces sur la douleur de fond et les accès douloureux

- D** ils peuvent être prescrits de manière discontinue en fonction des accès douloureux
- E** ils permettent une suppression de la douleur chez les patients répondeurs

QRM 22

Parmi les médicaments suivants, quels sont ceux qui peuvent être proposés en première intention pour traiter une douleur neuropathique ?

- A** paracétamol
- B** kétoprofène
- C** prégabaline
- D** gabapentine
- E** amitriptyline
- F** clonazépam

QRM 23

Parmi les classes médicamenteuses ci-dessous, quelles sont celles qui sont aujourd'hui recommandées dans les douleurs neuropathiques ?

- A** les antidépresseurs tricycliques
- B** les antiépileptiques
- C** les opioïdes forts
- D** les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- E** les inhibiteurs de la capture de la sérotonine et de la noradrénaline
- F** les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine.

QRM 24

Lors de l'introduction d'un traitement psychotrope spécifique des douleurs neuropathiques, quelles informations donnez-vous à votre patient ?

- A** le traitement nécessite d'être pris régulièrement pendant plusieurs mois
- B** le traitement a une efficacité antalgique démontrée dans les douleurs neuropathiques
- C** les effets indésirables sont minimisés par l'augmentation progressive des doses
- D** il existe un risque de dépendance avec ce traitement
- E** le traitement a généralement un délai d'action retardé

QRM 25

Parmi les propositions suivantes concernant les antidépresseurs tricycliques, lesquelles sont exactes ?

- A** ils sont contre-indiqués en cas de troubles du rythme cardiaque non traités
- B** ils sont contre-indiqués en cas d'infarctus récent du myocarde
- C** ils ont un délai d'action de 5 à 7 jours en moyenne
- D** ils ont des effets indésirables dose-dépendants
- E** ils peuvent induire une hypotension orthostatique

QRM 26

Dans le cadre de douleurs neuropathiques :

- A** la neurostimulation électrique transcutanée peut accentuer la douleur en cas d'allodynie
- B** la compression franche de la zone douloureuse soulage parfois le patient
- C** les situations de stress peuvent majorer la douleur
- D** la chaleur apporte parfois un soulagement soulage partiel
- E** le froid apporte parfois un soulagement soulage partiel

QRM 27

Parmi les propositions suivantes concernant les emplâtres de lidocaïne 5 % dans le traitement de la douleur neuropathique, lesquelles sont justes ?

- A** ils peuvent être appliqués sur les lésions cutanées à la phase aiguë du zona
- B** ils sont recommandés dans la douleur chronique post-zostérienne
- C** ils sont disponibles en pharmacie de ville et en pharmacie hospitalière
- D** ils doivent être appliqués pendant une période maximale de 12 heures par 24 heures
- E** ils peuvent être découpés à la taille requise et appliqués sur la surface douloureuse
- F** ils sont changés tous les 3 jours

QRM 28

Madame F. a été opérée d'une prothèse totale de genou droit il y a 6 mois. Les suites opératoires ont été simples, la cicatrisation sans problème, mais 1 mois après l'intervention, elle a commencé à se plaindre de brûlures permanentes du genou, bien circonscrites autour de la cicatrice, associées à des décharges électriques et à une allodynie tactile. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A** une infection du matériel prothétique
- B** un descellement de la prothèse
- C** un dysfonctionnement de la prothèse
- D** une douleur neuropathique séquellaire de cicatrice
- E** une algodystrophie postopératoire

QRM 29

Parmi les propositions suivantes concernant la prégabaline, lesquelles sont justes ?

- A** la prégabaline a un délai d'action d'au moins 4 semaines
- B** la prégabaline est efficace à partir de 25 mg matin et soir
- C** la posologie maximale de prégabaline est de 600 mg par jour
- D** la posologie de la prégabaline doit être adaptée à la fonction rénale
- E** la prégabaline a l'AMM dans la douleur neuropathique et l'anxiété généralisée

QRM 30

Quels sont les effets indésirables observés après application de capsaïcine 8 % ?

- A** prurit
- B** érythème cutané
- C** sensation de brûlure transitoire
- D** réaction allergique
- E** somnolence

QRM 31

Les patches de capsaïcine 8 % :

- A** sont de délivrance hospitalière
- B** nécessitent d'être appliqués en hôpital de jour
- C** sont posés par du personnel spécifiquement formé
- D** peuvent être délivrés en ville
- E** s'appliquent 1 fois par mois
- F** s'appliquent tous les 3 mois

QRM 32

Monsieur T., âgé de 44 ans, vient d'être amené au service d'accueil des urgences pour prise en charge d'une fracture ouverte du fémur droit suite à un accident de la voie publique. Il se plaint d'une douleur aiguë très intense, responsable d'une agitation aux urgences. Dans ce contexte, quels risques peut-on faire courir à Monsieur T. en ne traitant pas rapidement sa douleur ?

- A** une hypertension artérielle
- B** une tachycardie
- C** une ischémie myocardique
- D** une instabilité du foyer de fracture avec risques vasculo-nerveux
- E** une chronicisation de la douleur.

QRM 33

Mademoiselle R., âgée de 20 ans, vient d'arriver aux urgences pour un accident de ski, responsable d'une fracture du tibia droit qui doit être traitée chirurgicalement. Elle évalue son intensité douloureuse à 8/10 avec l'échelle visuelle analogique. Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

- A** lui prescrire du paracétamol par voie orale
- B** lui prescrire un anti-inflammatoire non stéroïdien
- C** immobiliser la fracture en attendant l'intervention chirurgicale
- D** réaliser une titration morphinique par voie intraveineuse pour la soulager
- E** éviter toute prescription morphinique pour ne pas modifier l'examen clinique

QRM 34

Quels sont les éléments cliniques à surveiller lors d'une titration morphinique intraveineuse ?

- A** le niveau de sédation
- B** la température

- C le score d'intensité douloureuse
- D la fréquence respiratoire
- E la sensibilité cutanée

QRM 35

De manière générale, quel est l'objectif de soulagement visé par le traitement d'une douleur aiguë chez un patient communiquant ?

- A score d'intensité douloureuse à l'EN $\leq 3/10$ (échelle numérique)
- B score d'intensité douloureuse à l'EVA $\leq 50/100$ (échelle visuelle analogique)
- C score d'intensité douloureuse à l'EVA $\leq 30/100$
- D score d'intensité douloureuse à l'EVS ≤ 2 (échelle verbale simple)
- E score d'intensité douloureuse à l'EVS ≤ 1

QRM 36

Monsieur G. vient d'avoir un accident de la voie publique. Pour faire le bilan lésionnel, on lui propose du MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote). Quelles sont les propositions justes ?

- A le MEOPA nécessite la présence d'un anesthésiste pour son administration
- B le MEOPA peut être utilisé pour des gestes invasifs de moins d'une heure
- C le MEOPA est efficace après 3 minutes d'administration par inhalation
- D le MEOPA nécessite de maintenir le contact verbal pendant toute l'administration.
- E le MEOPA est toujours associé à une prescription de morphine injectable
- F le MEOPA peut être administré par un personnel médical ou paramédical préalablement formé

QRM 37

Quelles sont les personnes habilitées à délivrer le MEOPA (mélange oxygène protoxyde d'azote) ?

- A les médecins
- B les aides-soignants
- C les infirmier(e)s
- D les kinésithérapeutes
- E les manipulateurs en radiologie

QRM 38

Quels sont les objectifs de l'analgésie multimodale postopératoire ou analgésie balancée qui consistent à associer plusieurs antalgiques ?

- A réduire l'incidence de douleurs neuropathiques
- B diminuer les doses d'agents anesthésiques
- C réduire la consommation de morphiniques
- D obtenir une analgésie de meilleure qualité
- E limiter les effets indésirables

QRM 39

Quels sont les facteurs prédictifs de douleur postopératoire ?

- A l'existence d'une douleur préopératoire
- B la prise d'opioïdes forts préopératoires
- C l'âge avancé du patient
- D un état anxiodépressif préexistant
- E les co-morbidités cardiovasculaire ou respiratoire

QRM 40

Quels sont parmi les suivants les médicaments antihyperalgésiants ?

- A lidocaïne
- B néfopam
- C codéine
- D kétamine
- E morphine

QRM 41

Le fentanyl transdermique :

- A est un opioïde fort de longue durée d'action
- B est indiqué dans le traitement des douleurs cancéreuses instables
- C peut être associé à des interdoses d'oxycodone orale
- D nécessite une ordonnance sécurisée
- E peut-être prescrit pour une durée maximale de 28 jours
- F est délivré en pharmacie par période de 14 jours

QRM 42

Quels sont les moyens médicamenteux disponibles chez l'adulte pour prévenir les douleurs induites par les soins ?

- A le mélange oxygène protoxyde d'azote (MEOPA)
- B la morphine LP à libération prolongée
- C le fentanyl transmuqueux
- D l'oxycodone injectable
- E la morphine injectable
- F la crème EMLA

QRM 43

Vous devez encadrer un soin fait par une élève infirmière : quels conseils lui donnez-vous avant d'entrer dans la chambre ?

- A expliquer au patient toutes les étapes du soin et ses objectifs
- B prévoir une tierce personne pour détournement d'attention pendant le soin
- C éviter de parler au patient de la douleur qu'il va ressentir pour ne pas l'inquiéter
- D vérifier l'installation de manière à ce que le patient soit confortable pendant le soin
- E évaluer l'intensité douloureuse douleur avant, pendant et après le soin au moyen d'une échelle validée

QRU 44

Monsieur P. est traité pour un cancer des voies aériennes supérieures. La douleur était stabilisée sous morphine orale à libération prolongée (LP), mais la voie orale est compromise en raison de troubles de la déglutition qui se majorent. Vous décidez d'effectuer un relais vers le fentanyl transdermique : à quel moment faut-il poser le patch de fentanyl par rapport à la dernière prise de morphine LP ?

- A** en même temps
- B** 2 heures après
- C** 12 heures après
- D** 6 heures avant
- E** 6 heures après

QRM 45

Madame C., 48 ans, est traitée pour un cancer de l'ovaire diagnostiqué au stade métastatique qui est responsable de douleurs pelviennes intenses sans douleurs périnéales associées. Le traitement par tramadol LP 200 mg matin et soir a un effet antalgique minime et insuffisant. Quelles sont vos propositions thérapeutiques ?

- A** augmentation de la dose de tramadol LP
- B** arrêt du tramadol LP
- C** titration par morphine orale LI ou oxycodone orale LI
- D** relais par fentanyl transdermique
- E** introduction d'amitriptyline

QRM 46

Une ordonnance d'opiacés chez un adulte :

- A** doit comporter le poids du patient
- B** doit comporter l'adresse du patient
- C** doit préciser les coordonnées de la pharmacie qui devra délivrer le traitement
- D** doit être rédigée en toutes lettres sur ordonnance sécurisée
- E** doit être sécurisée par l'inscription du nombre de médicaments prescrits, dans le carré en bas et à droite de l'ordonnance

QRM 47

Un traitement opioïde fort chez un patient cancéreux sans antécédents particulier expose :

- A** à une dépendance physique
- B** à un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal du traitement
- C** à un risque de toxicomanie
- D** à une altération progressive de la fonction hépatique
- E** à un risque d'allergie cutanée

QRM 48

Face à une douleur d'origine cancéreuse, un traitement antalgique est jugé efficace s'il permet d'obtenir conjointement :

- A** une douleur de fond absente ou d'intensité faible
- B** des effets indésirables minimes ou modérés
- C** un sommeil de bonne qualité
- D** une reprise des activités quotidiennes
- E** une disparition complète des accès douloureux

QRM 49

Quelles sont les indications potentielles des pompes d'antalgie autocontrôlée (pompes PCA) de morphine ou oxycodone ?

- A** la douleur cancéreuse instable ou mal contrôlée
- B** les effets indésirables incontrôlables avec les opioïdes par les autres voies d'administration
- C** une douleur intense chez un patient non communicant
- D** les troubles digestifs (dysphagie, nausées, vomissements, malabsorption)
- E** la nécessité d'une gestion des accès douloureux par les proches ou les soignants

QRM 50

Quels sont les signes cliniques éventuellement évocateurs de surdosage morphinique ?

- A** une bradycardie
- B** une bradypnée
- C** une sédation excessive
- D** une mydriase
- E** une hypotension artérielle

QRU 51

Madame S., âgée de 50 ans (70 kg, 1,70 m), a été renversée par un automobiliste en état d'ivresse, alors qu'elle traversait la rue sur le passage pour piétons. Elle est amenée aux urgences pour une plaie délabrante de la jambe droite. Elle est très agitée ; sa douleur est jugée « très intense » sur une échelle verbale simple. Aux urgences, vous décidez de faire une titration morphinique pour la soulager et l'examiner. Quelle est votre prescription pour cette titration ?

- A** administration de 10 mg de morphine par voie sous-cutanée toutes les heures si besoin
- B** administration de 10 mg de morphine en perfusion intraveineuse sur 15 minutes
- C** administration de 3 mg de morphine par voie intraveineuse toutes les 5 minutes, jusqu'au soulagement de Madame S.
- D** administration de 1 mg de morphine toutes les 3 minutes, jusqu'à calmer l'agitation de Madame S.
- E** mise en place d'une pompe d'antalgie autocontrôlée aux urgences (PCA)

QRM 52

Madame B., 25 ans, se présente à votre consultation spécialisée pour des crises de migraine typiques. Elle vous dit avoir pris d'elle-même un médicament antalgique de sa pharmacie personnelle. Quelles sont les questions à lui poser pour évaluer l'efficacité de ce médicament ?

- A** êtes-vous soulagée de manière conséquente 2 heures après la prise de ce médicament ?
- B** utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
- C** ce médicament fait-il régresser les troubles visuels ?
- D** la prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales et professionnelles ?
- E** ce médicament est-il bien toléré ?

QRM 53

On dit classiquement que si les réponses sont positives à l'ensemble des questions sélectionnées ci-dessus, il ne faut pas modifier le traitement et que si une seule réponse est négative, il faut utiliser les traitements spécifiques de la crise de migraine. Quels sont, parmi les traitements listés ci-dessous, ceux qui sont spécifiquement recommandés pour une crise de migraine ?

- A** les triptans
- B** les antidépresseurs tricycliques
- C** le tartrate d'ergotamine
- D** le kétoprofène
- E** le tramadol

QRM 54

Font partie des contre-indications des AINS :

- A** la douleur en traumatologie
- B** les antécédents d'ulcère gastrique
- C** les antécédents de diabète
- D** l'âge supérieur à 75 ans
- E** les antécédents d'hypertension artérielle
- F** l'insuffisance rénale

QRM 55

Font partie des effets indésirables des opioïdes :

- A** la somnolence
- B** la mydriase
- C** la rétention urinaire
- D** la diarrhée
- E** la toux
- F** le prurit

QRM 56

La surveillance d'un traitement par pompe PCA de morphine repose sur :

- A** une échelle d'évaluation de la respiration
- B** une échelle d'évaluation de la diurèse
- C** une échelle d'évaluation du diamètre pupillaire
- D** une échelle d'évaluation de la sédation
- E** une échelle d'évaluation de la douleur

QRM 57

Sont des agonistes opioïdes purs :

- A** la buprénorphine
- B** la naloxone
- C** le fentanyl
- D** la nalbuphine
- E** le sufentanil

QRM 58

Quels sont les effets indésirables potentiels d'un traitement par AINS ?

- A** douleurs abdominales
- B** rash cutané
- C** bouffée délirante aiguë
- D** insuffisance rénale aiguë
- E** thrombocytopénie

QRM 59

Quelles associations médicamenteuses sont possibles chez le patient cancéreux douloureux ?

- A** paracétamol et néfopam
- B** nalbuphine et oxycodone
- C** tramadol et morphine
- D** fentanyl transmuqueux et morphine libération prolongée
- E** fentanyl transdermique et morphine libération prolongée
- F** tramadol et buprénorphine

QRM 60

Concernant les blocs périphériques tronculaires utilisés dans la chirurgie du genou, quelles sont les propositions justes ?

- A** les blocs périphériques sont plus efficaces que l'antalgie autocontrôlée par le patient
- B** la réalisation des blocs périphériques est facilitée par la neurostimulation
- C** la réalisation des blocs périphériques est facilitée par le repérage échographique
- D** la toxicité des anesthésiques locaux est rénale
- E** la toxicité des anesthésiques locaux est cardiaque et neurologique

QRM 61

L'acupuncture :

- A** fait partie des médecines complémentaires
- B** est une thérapeutique issue de la médecine chinoise
- C** peut s'intégrer dans une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique
- D** peut s'appliquer quel que soit l'âge du patient
- E** peut se pratiquer en milieu hospitalier
- F** est proposée dans tous les centres de la douleur

QRM 62

La prise en charge d'un patient par acupuncture implique :

- A** d'arrêter tout autre traitement médicamenteux
- B** d'arrêter toute autre thérapeutique complémentaire
- C** de faire une information préalable éclairée du patient
- D** d'obtenir la signature par le patient d'un consentement éclairé
- E** de réaliser un bilan préalable à la recherche de contre-indication

QRM 63

L'acupuncture :

- A** est pratiquée uniquement avec des aiguilles
- B** peut faire appel à des techniques de moxibustion
- C** peut faire appel à des techniques de massage
- D** peut faire appel à des techniques utilisant des ventouses
- E** peut faire appel à plusieurs techniques en même temps

QRM 64

L'acupuncture :

- A** peut être utilisée en cas de dépression
- B** peut être utilisée chez la femme enceinte
- C** peut être utilisée chez le jeune enfant
- D** peut être utilisée chez le sujet âgé
- E** peut être utilisée en situation de fin de vie

QRM 65

L'acupuncture :

- A** peut avoir un effet immédiat sur les douleurs
- B** peut engendrer une recrudescence douloureuse initiale
- C** peut être efficace sur des douleurs aiguës ou chroniques
- D** peut être bénéfique sur le syndrome anxieux
- E** peut être bénéfique sur le syndrome dépressif

QRM 66

Madame S., 45 ans, professeur, souffre d'une lombo-radicalgie L5 droite depuis 8 mois suite à un accident de travail. La douleur, évaluée à 8/10 avec une échelle numérique, est à la fois nociceptive et neuropathique. Elle entraîne un évitement de certains mouvements, des troubles du sommeil et un arrêt de travail prolongé. La douleur a aussi des répercussions sur son humeur, sa qualité de vie, ses relations avec son entourage. La patiente sort de moins en moins. Elle a l'impression que ses douleurs s'intensifient, que son dos est de plus en plus contracté et elle est persuadée de l'inefficacité des traitements actuels.

Afin d'éviter l'augmentation de ses traitements médicamenteux, vous décidez de prescrire des méthodes antalgiques non médicamenteuses, à savoir la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) et l'hypnose. Quels sont les modes d'action possibles de la neurostimulation électrique transcutanée sur les douleurs de Madame S. (différents programmes) ?

- A** inhibition de la transmission nociceptive par stimulation périphérique des grosses fibres myélinisées du tact
- B** inhibition segmentaire de la transmission nociceptive au niveau de la corne dorsale de la moelle spinale (théorie du *gate control* ou « du portillon »)
- C** inhibition de la transmission nociceptive en périphérie par des contacts périphériques entre fibres du tact et fibres nociceptives
- D** relargage d'endorphines endogènes dans le liquide cébrospinal lors de la stimulation
- E** stimulation du système d'inhibition descendant issu de la substance grise périaqueducule et du noyau raphé magnus

QRU 67

Sur quelle composante de la douleur va agir l'hypnose ?

- A** sur la composante cognitive
- B** sur la composante anatomo-physiologique
- C** sur la composante affective et émotionnelle
- D** sur la composante sensori-discriminative
- E** sur la composante comportementale

QRU 68

L'hypnose est un état modifié de conscience ayant certaines caractéristiques. Parmi les caractéristiques suivantes, laquelle est vraie ?

- A** c'est un état proche de l'état de sommeil
- B** c'est un état permettant de retrouver des souvenirs anciens
- C** c'est un état naturel que tout être humain a expérimenté
- D** c'est un état qui n'est pas accessible à tous
- E** c'est un état qui induit une amnésie

QRU 69

Concernant les actions thérapeutiques de l'hypnose citées ci-dessous, indiquez laquelle est juste ?

- A** l'hypnose est assimilable à un effet placebo
- B** l'hypnose accentue l'anxiété associée à différentes pathologies
- C** l'hypnose induit le sommeil paradoxal
- D** l'hypnose peut se substituer à l'anesthésie générale
- E** l'hypnose est contre-indiquée classiquement chez les patients psychotiques

Douleur chez l'enfant

QRM 70

La douleur :

- A** est présente chez les nouveau-nés à terme
- B** est absente chez les prématurés
- C** est plus intense chez les nouveau-nés que chez les enfants plus grands
- D** peut entraîner une morbidité
- E** est évaluable par des échelles adaptées

QRM 71

Chez l'enfant, une douleur très intense peut se manifester par :

- A** des pleurs
- B** une immobilité ou prostration
- C** des geignements
- D** une absence de contact possible
- E** une agitation

QRM 72

Les enfants atteints de polyhandicap :

- A** ressentent moins la douleur que les autres du fait d'une altération cognitive
- B** nécessitent une évaluation de la douleur à l'aide d'échelles spécifiques
- C** ont fréquemment des douleurs neuropathiques
- D** ont des douleurs parfois intenses qui relèvent de la morphine
- E** ont très souvent des douleurs chroniques

QRM 73

Parmi les échelles suivantes, quelles sont les échelles d'hétéroévaluation utilisables chez l'enfant de moins de 6 ans ?

- A** l'échelle EVA (échelle visuelle analogique)
- B** l'échelle EVENDOL (Évaluation ENfant DOuLeur)
- C** l'échelle FLACC (*Face Legs Activity Cry Consolability*)
- D** l'échelle des visages
- E** l'échelle EDIN (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né)

QRM 74

Parmi les échelles suivantes, quelles sont celles qui peuvent être utilisées en autoévaluation par les enfants de plus de 6 ans ?

- A** l'échelle numérique (EN)
- B** l'échelle DAN (douleur aiguë du nouveau-né)
- C** l'échelle des visages
- D** l'échelle verbale simple (EVS)
- E** l'échelle visuelle analogique (EVA)

QRU 75

Vous recevez Lucas, 3 ans, qui est tombé, pour des points de suture cutanée; vous proposez d'utiliser le MEOPA pour le soin. Quelles sont les propositions justes ?

- A** Lucas peut bénéficier du MEOPA seulement s'il est à jeun
- B** il est préférable de faire sortir les parents pendant le soin sous MEOPA
- C** l'inhalation de MEOPA nécessite la présence d'un pédiatre
- D** on peut commencer à suturer la plaie dès le début de l'inhalation de MEOPA
- E** si des nausées surviennent, l'inhalation de MEOPA peut être poursuivie

QRM 76

Quelles sont les propositions justes concernant le MEOPA chez l'enfant ?

- A** le MEOPA est contre-indiqué en cas d'asthme
- B** le MEOPA est antalgique et anxiolytique
- C** l'inhalation du MEOPA doit durer pendant toute la durée du geste
- D** le MEOPA peut entraîner une amnésie et des paresthésies
- E** le MEOPA nécessite que l'enfant soit scopé pendant l'inhalation

QRM 77

Concernant la crise de migraine chez l'enfant, quelles sont les propositions justes ?

- A** la crise de migraine est rare chez l'enfant
- B** la céphalée est le plus souvent unilatérale
- C** une pâleur et des douleurs abdominales sont souvent associées
- D** la crise de migraine est souvent plus courte que celle de l'adulte
- E** la crise de migraine empêche la poursuite des activités en cours

QRM 78

Concernant le traitement de la crise de migraine chez l'enfant, quelles sont les propositions justes ?

- A** le traitement de crise de première intention est le paracétamol chez l'enfant
- B** le seul triptan ayant une AMM chez l'enfant est le sumatriptan
- C** le traitement de crise doit être pris au moins 1 heure après le début de la crise
- D** la mise en place d'un protocole d'accueil individualisé pour les prises médicamenteuses est nécessaire en cas de crise à l'école
- E** les AINS sont à éviter dans la crise migraineuse de l'enfant du fait de leurs effets indésirables

QRM 79

Concernant le traitement de fond de la migraine chez l'enfant, quelles sont les propositions justes ?

- A** les méthodes psychocorporelles telles que la relaxation sont indiquées en première intention chez l'enfant migraineux
- B** les méthodes psychocorporelles nécessitent des études complémentaires pour être appliquées chez l'enfant migraineux
- C** les traitements de fond médicamenteux sont rarement indiqués chez l'enfant migraineux
- D** des médicaments en traitement de fond ne sont indiqués que si l'enfant présente des crises migraineuses nombreuses et résistantes au traitement de crise
- E** pour être efficace, un traitement de fond médicamenteux doit être prescrit au minimum pour 6 mois chez l'enfant migraineux

QRM 80

Zoé, 8 ans, se plaint depuis 2 ans de mal de ventre et de très forts maux de tête « comme un marteau qui tape sur le front », 1 à 2 fois par semaine. Lors de ces épisodes, elle a des nausées et vomit même parfois. Elle n'est soulagée qu'après une sieste dans sa chambre, volets baissés. C'est une petite fille en pleine forme entre ces crises douloureuses, sans aucun autre problème de santé. Elle travaille très bien à l'école, où elle est dans les premières de sa classe. Quelles sont les propositions justes ?

- A** il faut effectuer un bilan neurologique exhaustif pour poser le diagnostic de migraine sans aura
- B** c'est une migraine sans aura typique qui peut être soulagée par un traitement médicamenteux
- C** l'identification des facteurs déclenchants est importante dans la prise en charge de la migraine
- D** le traitement de la migraine de l'enfant peut être exclusivement de type non médicamenteux
- E** Zoé doit apprendre à gérer son traitement car elle sera sûrement migraineuse toute sa vie

QRM 81

Le paracétamol chez l'enfant :

- A** est l'antalgique le plus prescrit
- B** peut avoir des effets indésirables
- C** a une autorisation de mise sur le marché (AMM) dès la naissance
- D** est bien absorbé par voie intrarectale
- E** est contre-indiqué par voie intraveineuse

QRM 82

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez l'enfant :

- A** entraînent des effets indésirables fréquents
- B** peuvent être prescrits dès la naissance

- C** doivent être pris au moment des repas
- D** peuvent être associés au paracétamol
- E** sont prescrits par voie orale

QRM 83

L'ibuprofène chez l'enfant :

- A** a une AMM à partir de 6 ans
- B** existe seulement en comprimés
- C** est souvent plus efficace que le paracétamol
- D** est très efficace en traumatologie
- E** nécessite une prescription concomitante de médicament anti-reflux gastro-œsophagien

QRM 84

En cas de douleur intense chez l'enfant, quelles sont les propositions justes ?

- A** les associations médicamenteuses sont recommandées
- B** le paracétamol peut être associé à la morphine
- C** le paracétamol peut être associé à l'ibuprofène
- D** le paracétamol peut être associé à la nalbuphine
- E** le paracétamol peut être associé à la codéine

QRM 85

Quelles sont les propositions justes concernant les antalgiques par voie intrarectale chez l'enfant ?

- A** les antalgiques par voie intrarectale sont à privilégier pour éviter les vomissements
- B** le paracétamol intrarectal agit plus rapidement que par voie orale
- C** l'ibuprofène intrarectal est commercialisé en France
- D** l'acide niflumique intrarectal a une mauvaise absorption
- E** la nalbuphine peut être administrée en intrarectal

QRM 86

La codéine chez l'enfant :

- A** est autorisée dès l'âge de 1 an
- B** a une efficacité variable selon les enfants
- C** peut être associée au paracétamol
- D** peut entraîner des nausées
- E** entraîne fréquemment une insuffisance respiratoire

QRM 87

Actuellement en France, les antalgiques autorisés pour un enfant de 1 an sont :

- A** l'ibuprofène
- B** la codéine
- C** le tramadol
- D** la morphine
- E** le fentanyl

QRM 88

Concernant la morphine en intraveineux chez l'enfant, quelles sont les propositions exactes ?

- A** elle peut être utilisée chez le nouveau-né à terme
- B** elle peut être utilisée chez le prématuré
- C** elle sera augmentée progressivement jusqu'à obtention d'une antalgie suffisante
- D** elle a une dose plafond fonction du poids de l'enfant
- E** elle est utilisée à posologies réduites chez un nouveau-né lors des premières prises

QRM 89

Le tramadol chez l'enfant :

- A** est autorisé en France à partir de 3 ans
- B** Entraîne très rarement des nausées, vomissements
- C** est disponible sous forme de gouttes
- D** peut être associé aux antalgiques de palier 1
- E** peut être associé à la codéine

QRM 90

La nalbuphine chez l'enfant :

- A** est un antalgique très utilisé
- B** peut être administrée par voie intraveineuse
- C** peut être administrée par voie intrarectale
- D** peut être associée à de la morphine
- E** peut être associée à de la codéine

QRM 91

Le MEOPA chez l'enfant (mélange oxygène protoxyde d'azote) :

- A** a une AMM à partir de 4 ans
- B** a un effet antalgique
- C** a un effet anxiolytique
- D** Permet de réaliser des soins douloureux
- E** Reste efficace au moins 10 minutes après l'arrêt de l'inhalation

QRM 92

À propos de la morphine orale chez l'enfant, quelles sont les propositions justes ?

- A** la forme à libération prolongée (LP) peut être utilisée
- B** la forme à libération immédiate (LI) peut être utilisée
- C** la forme LI est disponible sous forme de gouttes
- D** les formes LI et LP seront toujours associées
- E** les formes LP sont efficaces en 30 minutes

QRM 93

Les patchs de fentanyl transdermiques en pédiatrie :

- A** ont une AMM dès la naissance
- B** peuvent être prescrits en relais de la morphine
- C** sont prescrits préférentiellement à la morphine
- D** sont réservés aux enfants atteints de cancers
- E** ont une durée d'efficacité de 3 jours

QRM 94

Les pompes PCA en pédiatrie :

- A** peuvent être prescrites dès que l'enfant peut comprendre les consignes
- B** sont autorisées uniquement à partir de 8 ans
- C** l'intervalle minimum entre deux bolus sera de 30 minutes au moins
- D** peuvent être activées par l'infirmière si l'enfant ne peut appuyer lui-même
- E** sont utilisées essentiellement en fin de vie

QRM 95

Une titration intraveineuse de morphine chez l'enfant :

- A** est possible chez les enfants à partir de 6 ans
- B** est réservée à des médecins ayant une habilitation de prescription
- C** consiste en des injections répétées jusqu'à obtention d'une analgésie suffisante
- D** consiste à administrer deux bolus de morphine rapprochés
- E** peut être réalisée par une infirmière après prescription médicale

QRM 96

À propos du MEOPA chez l'enfant, quelles sont les réponses justes ?

- A** l'inhalation de MEOPA doit débuter en même temps que le soin
- B** l'inhalation de MEOPA doit durer tout le temps du soin
- C** l'inhalation de MEOPA doit être surveillée par un électrocardioscope
- D** l'inhalation de MEOPA peut être proposée à de très jeunes enfants
- E** l'inhalation de MEOPA doit durer au maximum 20 minutes

QRM 97

À propos du MEOPA chez l'enfant, quelles sont les réponses justes ?

- A** le MEOPA est réservé aux soins les plus douloureux
- B** pendant l'administration de MEOPA, l'enfant doit être capable de tenir lui-même le masque
- C** des effets indésirables gênants sont rarement observés avec le MEOPA
- D** le MEOPA peut être associé aux antalgiques de paliers 1, 2 et 3 de l'OMS
- E** les parents peuvent être présents pendant l'administration

QRM 98

L'hypnoanalgésie en pédiatrie :

- A** peut être réalisée par tout soignant formé
- B** peut être associée à l'utilisation de MEOPA

- C peut être réalisée en présence des parents
- D est plus difficile à appliquer que chez l'adulte
- E est impossible avant l'âge de 8 ans

QRM 99

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes pour un nouveau-né qui a une ponction veineuse ?

- A le saccharose à 25 % a une action antalgique
- B le lait maternel a une action antalgique
- C le glucose à 30 % a une action antalgique
- D l'allaitement maternel a une action antalgique
- E le portage maternel a une action antalgique

QRM 100

Quelles sont les propositions justes concernant la migraine chez l'enfant ?

- A le diagnostic de migraine se fait à l'interrogatoire de l'enfant
- B l'examen clinique d'un enfant migraineux est normal en dehors des crises
- C le diagnostic de migraine nécessite un bilan paraclinique complémentaire
- D le diagnostic de migraine sera posé après élimination d'une tumeur cérébrale à l'imagerie
- E le diagnostic de migraine est le plus fréquent devant des céphalées intenses récurrentes

QRM 101

À propos des céphalées de tension chez l'enfant, quelles sont les réponses justes ?

- A les céphalées de tension sont exceptionnelles chez l'enfant
- B les céphalées de tension de l'enfant peuvent débuter avant 5 ans
- C les céphalées de tension nécessitent un traitement médicamenteux
- D les céphalées de tension sont souvent associées à la migraine
- E les céphalées de tension sont souvent liées à une hypertension artérielle

QRM 102

La prévalence des migraines chez l'enfant :

- A a fait l'objet de rares études
- B augmente avec l'âge
- C est plus élevée dans les pays développés
- D est très faible avant l'âge de 10 ans
- E est peu différente selon le sexe jusqu'à l'adolescence

QRM 103

Dans la migraine de l'enfant, la céphalée est volontiers :

- A intense
- B pulsatile

- C bilatérale
- D améliorée par le repos
- E associée à des douleurs abdominales

QRU 104

Quel est le traitement de crise de migraine recommandé chez un adolescent de 15 ans en première intention ?

- A paracétamol
- B ibuprofène
- C paracétamol-codéine
- D tramadol
- E triptan

QRM 105

Quelles sont les réponses justes à propos de la migraine de l'enfant ? La migraine :

- A existe chez les nourrissons
- B commence en principe à la puberté
- C s'améliore souvent à l'âge adulte
- D est indétectable avant l'âge de 4 ans
- E est diagnostiquée seulement en cas d'antécédents familiaux

Soins palliatifs de l'adulte

QRU 106

Monsieur H., 75 ans, célibataire sans enfant, est hospitalisé pour altération marquée de l'état général liée à la progression de sa leucémie aiguë myéloïde. L'annonce évolutive puis l'annonce d'arrêt de la chimiothérapie ont été faites à Monsieur H. par son hématologue, en présence de son frère désigné comme personne de confiance et de l'infirmière d'annonce. Monsieur H. est conscient, mais de plus en plus asthénique. Son score OMS est à 4. À quelle phase de la maladie se trouve le patient ?

- A phase curative
- B phase palliative active
- C phase palliative symptomatique
- D phase terminale
- E phase pré-agonique

QRM 107

En phase palliative avancée, pour qu'une sortie à domicile soit envisageable, quels sont les critères requis ?

- A souhait de retour à domicile exprimé par le patient
- B symptômes complètement contrôlés par les médicaments

- C capacité des proches à assumer psychologiquement l'accompagnement
- D absence de déni de la maladie de la part du patient
- E médecin généraliste d'accord pour la prise en charge à domicile.

QRM 108

Les soins palliatifs sont définis par l'Organisation mondiale de la Santé et par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs comme des soins visant à :

- A préserver la qualité de vie du patient
- B accompagner les proches du patient
- C hâter la mort du patient
- D soulager les symptômes du patient
- E interrompre toute investigation complémentaire
- F retarder la mort du patient

QRU 109

Monsieur C. est atteint d'un cancer vésical à un stade terminal. L'arrêt des traitements spécifiques du cancer a été posé et une prise en charge palliative exclusive décidée par l'oncologue avec l'accord du patient. Cette prise en charge :

- A se déroule obligatoirement dans le service d'oncologie
- B se déroule obligatoirement au domicile du patient
- C se déroule obligatoirement dans un service avec lit(s) identifié(s) de soins palliatifs
- D se déroule obligatoirement dans une unité de soins palliatifs
- E aucune de ces réponses n'est exacte

QRM 110

La prise en charge palliative concerne :

- A les patients en fin de vie de façon exclusive
- B les patients atteints d'une maladie grave évolutive
- C les patients atteints d'une maladie létale
- D les patients et leur famille
- E les patients symptomatiques

QRM 111

Monsieur B. est suivi pour un cancer bronchique à petites cellules en première ligne de chimiothérapie dont les résultats sont favorables. Il présente des douleurs thoraciques mal contrôlées. Il est fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs. Cet appel est motivé car :

- A le patient est atteint d'une maladie potentiellement létale
- B le patient est symptomatique
- C le patient est en fin de vie
- D le patient ne justifie plus d'une chimiothérapie
- E le patient est dans un lit identifié de soins palliatifs

QRM 112

Une circulaire ministérielle (de 2008) définit les missions des unités de soins palliatifs. L'hospitalisation d'un patient dans une telle structure se justifie en raison :

- A de l'absence de lits identifiés de soins palliatifs dans l'hôpital
- B de l'impossibilité du maintien à domicile du patient
- C d'un symptôme non contrôlé
- D du besoin de lit dans le service d'origine
- E d'une souffrance sociofamiliale complexe

QRM 113

Madame H. est traitée pour un adénocarcinome mammaire en quatrième ligne de chimiothérapie. Le cancer est compliqué de métastases osseuses et cérébrales. La patiente est hospitalisée pour une altération de l'état général dans votre service. Dans le cadre d'une démarche palliative, il convient de :

- A évaluer les symptômes de la patiente
- B gérer seul la situation actuelle de la patiente
- C réaliser une évaluation globale de la patiente
- D déterminer un projet de prise en charge de la patiente
- E avoir une approche pluriprofessionnelle de la situation

QRM 114

La circulaire ministérielle de 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs définit missions et organisations des lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Ceux-ci justifient :

- A leur intégration dans une unité de soins palliatifs (USP)
- B l'identification d'un référent « soins palliatifs » médecin dans le service
- C l'identification d'un référent « soins palliatifs » soignant dans le service
- D l'existence d'une pièce d'accueil et/ou de repos pour les proches
- E l'intervention de bénévoles selon le souhait du patient

QRM 115

Lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), il est convenu qu'il sera fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs concernant la situation de Madame H. L'équipe mobile de soins palliatifs intervient, selon la circulaire de 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs :

- A à la demande d'un professionnel de santé
- B sur initiative du patient ou de ses proches
- C après accord du médecin responsable
- D à la demande de la personne de confiance
- E après concertation avec le cadre de santé

QRM 116

Madame A., 58 ans, est suivie pour un adénocarcinome polymétastatique qui évolue sous une troisième ligne de chimiothérapie. Elle se plaint de douleurs permanentes, source d'insomnie, non contrôlées par le traitement opiacé actuel. Elle dit qu'«elle en a assez et préfère mourir». Devant cette demande :

- A** vous l'adressez au psychologue pour prise en charge
- B** vous évaluez ses symptômes, en particulier la douleur
- C** vous lui parlez de la Belgique où l'euthanasie est légalisée
- D** vous êtes d'accord mais vous lui dites que l'euthanasie est interdite en France
- E** vous réévaluez sa demande après prise en charge de la douleur

QRU 117

Madame B., 68 ans, est hospitalisée à l'occasion de son deuxième accident vasculaire cérébral, initialement ischémique avec saignement secondaire. L'époux de Madame B., par ailleurs personne de confiance de celle-ci, ne comprend pas l'aggravation de l'état clinique de son épouse (maintenant inconsciente) et vous demande de consulter son dossier médical :

- A** la consultation du dossier par le mari nécessite l'accord du chef de service
- B** la consultation du dossier par le mari est possible car il est la personne de confiance
- C** la consultation du dossier est possible car il est le mari de la patiente
- D** la consultation du dossier par le mari est possible car la patiente n'est plus en mesure de s'y opposer
- E** la consultation du dossier par le mari est impossible sans l'accord de la patiente

QRM 118

Monsieur K., 76 ans, présente une maladie d'Alzheimer évoluant depuis 6 ans. Il est résidant d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit de son quatrième épisode d'infection respiratoire basse sur fausse route et inhalation. Il présente une apraxie majeure de la déglutition. La situation clinique du patient entraîne :

- A** une contre-indication médicale à une alimentation parentérale
- B** une contre-indication médicale à une alimentation orale
- C** une contre-indication médicale à une alimentation par sonde nasogastrique
- D** une contre-indication médicale à une alimentation par sonde de gastrostomie
- E** une contre-indication médicale à une alimentation par sonde de jéjunostomie

QRM 119

Madame A., 62 ans, a été opérée d'un gliome de bas grade ; elle garde quelques séquelles cognitives mais elle est parfaitement autonome et indépendante. Deux ans plus tard, elle est victime d'un accident de la voie publique responsable d'un hématome sous-dural et de 2 semaines d'hospitalisation en réanimation. À l'issue de celle-ci, la patiente alterne troubles cognitifs et somnolence. Les imageries cérébrales avant et après l'accident n'ont pas pu être comparées. Elle a laissé des directives anticipées stipulant une demande de limitation de traitements en cas de risques de dépendance. Madame A. est adressée en unité de soins palliatifs pour prise en charge de sa fin de vie. Cette décision vous semble :

- A** adaptée en raison des antécédents tumoraux de la patiente
- B** adaptée malgré l'incertitude pronostique de la patiente
- C** adaptée en raison de l'état neurologique actuel de la patiente
- D** adaptée malgré une évaluation insuffisante de la patiente
- E** adaptée en raison des directives anticipées écrites par la patiente
- F** toutes ces propositions sont fausses
- G** toutes ces propositions sont exactes

QRM 120

Lors d'une procédure collégiale en vue d'une limitation de traitement chez un patient, la loi du 22 avril 2005 fait obligation de données indispensables. Retrouvez-les parmi celles-ci :

- A** les directives anticipées si elles existent
- B** l'avis du médecin généraliste traitant s'il existe
- C** l'avis de la personne de confiance si elle existe
- D** l'incapacité du patient à exprimer sa volonté
- E** la décision collégiale de la conduite à tenir

QRU 121

Monsieur Z., 82 ans, est en phase terminale d'un cancer prostatique polymétastaté (os, adénopathies abdominales, pancréas). Le dosage de sa créatinine plasmatique montre un taux de 220 $\mu\text{mol/l}$. Il se plaint de douleurs abdominales et lombaires, évaluées à 8 sur 10 par une échelle numérique, en rapport avec ses métastases. Quel type de traitement à visée antalgique immédiate proposez-vous pour ce patient ?

- A** un patch de fentanyl transdermique
- B** une radiothérapie antalgique
- C** une sédation car la morphine est contre-indiquée par l'insuffisance rénale
- D** du sulfate de morphine à libération prolongée
- E** une sédation car le patient est en phase terminale
- F** aucune de ces propositions n'est acceptable

QRM 122

Monsieur J., 30 ans, est le fils de cette patiente hospitalisée à la suite d'un accident vasculaire cérébral hémorragique et dont l'état s'aggrave au-delà de toute ressource thérapeutique hormis une prise en charge symptomatique. Vous le croisez dans le couloir du service ; il vous demande, sachant que vous êtes le médecin référent, si sa mère va mourir.

- A** vous lui expliquez rapidement dans le couloir que c'est au mieux une question d'heures
- B** vous lui expliquez, dans un lieu tranquille, que nous allons tous mourir mais que personne ne sait quand ceci arrivera
- C** vous lui expliquez que vous ne pouvez pas lui répondre car il n'est pas la personne de confiance
- D** vous lui expliquez, dans un lieu tranquille, la gravité de la situation et de l'évolution de l'état sa mère
- E** vous lui expliquez, dans votre bureau, que comme il n'y a plus rien à faire on va la débrancher
- F** vous lui expliquez, dans votre bureau, que sa mère est solide et qu'on ne sait jamais
- G** vous lui expliquez, dans un lieu tranquille, que vous aimeriez aussi en parler avec les autres membres de la famille

QRM 123

Vous devez passer voir une patiente dans sa chambre pour lui annoncer que sa maladie cancéreuse continue de progresser. Comment allez-vous procéder ?

- A** prendre un temps d'échange suffisant
- B** vous asseoir à côté de la patiente
- C** utiliser un langage médical scientifique
- D** devancer la patiente dans ses demandes
- E** informer la patiente graduellement par étapes
- F** laisser le temps à la patiente de poser des questions

QRM 124

Madame F., âgée de 48 ans, a été hospitalisée pour bilan étiologique suite à une altération de l'état général avec perte de poids importante. Le bilan pratiqué révèle un cancer déjà très évolué de la tête du pancréas. Quelques jours plus tard, son oncologue passe la voir pour lui annoncer le diagnostic et le projet thérapeutique. Cette visite est mentionnée dans le dossier de soins.

Vous êtes l'interne du service. Le lendemain de l'annonce à laquelle vous n'avez pas assisté, Madame B. vous accueille dans sa chambre avec le sourire. Elle vous explique qu'elle a vu son médecin référent : « On sait enfin ce que j'ai ! Rien de grave heureusement ! Je vais pouvoir rentrer chez moi et je reviens dans 10 jours pour le traitement. » Quel comportement allez-vous adopter ?

- A** vous écoutez ce qu'elle vous dit en gardant le silence, puis vous sortez rapidement de la chambre
- B** vous la questionnez sur l'entretien qu'elle a eu hier : « Que vous a dit précisément votre médecin hier ? »

- C** vous abondez dans son sens en vous montrant rassurant et confiant : « Ah, tant mieux, je suis content pour vous... »
- D** vous montrez votre étonnement et lui proposez de revoir le médecin : « Ah bon ? Souhaitez-vous revoir votre médecin pour qu'il vous explique la maladie dont vous souffrez ? »
- E** vous l'écoutez avec attention puis vous lui demandez si elle a des questions à vous poser sur le traitement à venir

QRM 125

Les mécanismes de défense observés dans le cadre de maladie grave ?

- A** sont des processus psychiques involontaires et inconscients
- B** sont des processus psychiques observés à l'approche de la mort
- C** sont des processus psychiques observables chez les patients
- D** sont des processus psychiques observables chez les soignants
- E** sont des processus psychiques générés par une réalité intolérable
- F** sont des processus psychiques qui ont une fonction adaptative
- G** sont des processus psychiques délétères qu'il faut absolument corriger
- H** sont des processus psychiques à repérer et à respecter dans la relation

QRM 126

Le clivage observé dans les situations de soins palliatifs :

- A** est un déni continu de la réalité vécue comme trop douloureuse par le patient
- B** est une oscillation du patient entre déni de la réalité et clairvoyance
- C** est un va-et-vient entre deux phases pouvant parfois s'exprimer simultanément
- D** nécessite de faire entendre au patient qu'il doit absolument accepter le pronostic
- E** nécessite de tenir au patient un discours clair et répété sur la réalité pronostique

QRM 127

La fausse réassurance :

- A** est une attitude défensive souvent rencontrée chez les soignants
- B** consiste à entretenir de faux espoirs en dissimulant la vérité au malade
- C** consiste à prétexter, par exemple, qu'il existe toujours d'autres traitements curatifs
- D** est une attitude adaptée permettant de protéger le patient d'une souffrance intolérable
- E** permet au patient de s'adapter progressivement au processus évolutif de la maladie

QRM 128

La sidération psychique observée dans le cadre d'une maladie grave :

- A** est un état psychique de décompensation paranoïaque aiguë
- B** est un état témoignant de la faillite des processus de pensée du patient
- C** est un état psychique pouvant être évité par une annonce rapide et efficace
- D** est un état psychique résultant d'un événement traumatisant pour le patient
- E** est un état souvent transitoire pouvant survenir à l'annonce d'une maladie grave

QRM 129

Vous êtes praticien hospitalier et vous devez rencontrer un patient hospitalisé qui est non communicant du fait d'une chirurgie ORL délabrante, mais qui est tout à fait vigilant et à qui vous devez annoncer une mauvaise nouvelle. Quels sont parmi les moyens de communication proposés ci-dessous, ceux qui vous paraissent adaptés ?

- A** vous n'avez pas le temps et vous envoyez un confrère à votre place
- B** vous le rencontrez accompagné d'une personne soignante connue de lui
- C** vous le rencontrez avec sa personne de confiance ou un proche s'il est d'accord
- D** vous lui annoncez la mauvaise nouvelle à l'occasion de la grande visite hebdomadaire
- E** vous le rencontrez seul et vous lui annoncez rapidement tout ce qu'il doit savoir
- F** vous le rencontrez en vous souciant des moyens mis à sa disposition pour échanger (papier, crayon, ardoise...)

QRM 130

Vous êtes médecin praticien hospitalier et vous devez annoncer un diagnostic de cancer métastatique à une patiente âgée de 47 ans que vous rencontrez pour la première fois en consultation. Cette dame souffrait depuis plus d'un an de symptômes en lien avec sa pathologie sans avoir jamais consulté. Comment procédez-vous ?

- A** vous lui annoncez le diagnostic, puis vous enchaînez sur les étapes du traitement
- B** vous la prenez dans vos bras car elle s'effondre d'emblée et vous lui annoncez le diagnostic
- C** vous prenez le temps de comprendre les raisons qui l'ont amené à ne pas consulter
- D** vous avancez vers le moment de l'annonce pas à pas en étant attentif à ses réactions
- E** vous passez directement aux traitements car elle semble avoir saisi le diagnostic
- F** vous annoncez le diagnostic puis lui faites part de votre étonnement devant son silence
- G** vous lui faites savoir clairement qu'elle aurait dû consulter au début des symptômes
- H** vous lui dites qu'elle a réduit ses chances de survie en se mobilisant tardivement

QRU 131

Un patient souffrant d'un cancer du côlon depuis 2 ans est hospitalisé en oncologie pour une altération importante de son état général. Vous savez qu'un pronostic sombre a été annoncé la veille en raison d'un échappement thérapeutique à tout traitement par un collègue. Pourtant, le lendemain, lors de votre visite, ce patient vous fait part avec enthousiasme des différents projets qu'il veut réaliser dans les années qui arrivent. De quel processus psychique s'agit-il ?

- A** l'isolation
- B** le déni
- C** la sublimation
- D** la maîtrise
- E** la banalisation

QRM 132

Comment réagissez-vous ?

- A** vous lui répondez avec enthousiasme qu'il a bien raison, vous-même convaincu qu'il faut rester positif en toute situation
- B** vous lui donnez à entendre que ses projets sont irréalistes et revenez sur le pronostic en tentant de lui faire entendre raison
- C** vous êtes attentif à ce qui se passe pour le patient et vous décidez de l'écouter sans contrevenir à ce qu'il vous dit
- D** vous respectez ce qu'il vous donne à voir de sa difficulté et vous décidez de reprendre un temps avec lui plus tard
- E** vous lui signifiez votre étonnement et vous lui expliquez qu'il n'a pas vraiment compris la situation

QRM 133

Dans les situations où l'on observe des attitudes relevant de la « maîtrise » :

- A** le patient tente de regagner un certain contrôle sur ce qui lui arrive
- B** le patient trouve les règles de prescription trop rigides et gère ses traitements de façon aléatoire
- C** le patient a recours à des conduites ritualisées et obsessionnelles, sécurisantes pour lui
- D** le patient se laisse porter par les soignants auxquels il s'en remet complètement
- E** le patient se montre parfois agressif avec les soignants ou l'entourage si le respect méticuleux des prescriptions est perturbé par des aléas extérieurs.

QRM 134

Quels effets indésirables peuvent survenir sous scopolamine ?

- A** épaississement des sécrétions bronchiques
- B** hallucinations
- C** insomnie
- D** somnolence
- E** troubles de l'accommodation
- F** confusion
- G** agitation

QRM 135

Parmi les soins suivants, lesquels font partie des soins de nursing ?

- A** soins de bouche
- B** soins d'escarres
- C** soins d'hygiène
- D** alimentation
- E** protection des points d'appui
- F** mobilisation

QRM 136

Monsieur X., 90 ans, a fait un accident vasculaire cérébral hémorragique massif (AVC) avec hémiparésie gauche, sans récupération motrice à 1 mois; il est aphasique avec des troubles de la déglutition qui rendent une alimentation per os impossible. La famille vous interroge sur le fait qu'il ne soit pas alimenté : « Il va mourir de faim ou de soif. » Qu'en pensez-vous ?

- A** la perception de faim et de soif est peu probable vue la situation clinique
- B** l'hydratation intraveineuse n'améliorera pas la sensation de soif
- C** l'alimentation ne prolongera pas la durée de vie
- D** les soins de bouche et l'humidification buccale peuvent diminuer la sensation de soif
- E** l'hydratation comporte des risques de majoration de l'encombrement bronchique

QRU 137

Quel est le principal traitement d'une dyspnée en fin de vie ?

- A** l'oxygénothérapie
- B** la morphine
- C** la scopolamine
- D** les antibiotiques
- E** les corticoïdes

QRM 138

Quels sont les traitements susceptibles de limiter l'encombrement bronchique en fin de vie ?

- A** les diurétiques
- B** la scopolamine
- C** les corticoïdes
- D** la réduction des apports hydriques
- E** les aspirations bronchiques

QRU 139

Dans la loi du 22 avril 2005, la procédure collégiale fait référence :

- A** aux réunions de concertation pluridisciplinaire proposées lors du diagnostic de maladie grave évolutive où est discuté le projet thérapeutique
- B** à la réflexion éthique du processus décisionnel de limitation ou arrêt de traitement pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté

- C** à la réflexion éthique du processus décisionnel de limitation ou arrêt de traitement pour les patients conscients, en refus de traitement
- D** à la réflexion éthique du processus décisionnel de limitation ou arrêt de traitement pour les patients de réanimation quels qu'ils soient
- E** à la décision thérapeutique établie conformément aux recommandations, pour les patients de réanimation

QRM 140

Un patient en phase palliative d'un cancer n'est plus en état de communiquer. Son fils demande l'arrêt de la nutrition parentérale. La décision prend en compte :

- A** les directives anticipées du patient si elles existent
- B** l'avis des membres de la famille
- C** l'avis de la personne de confiance désignée par le patient
- D** les souhaits antérieurement exprimés par le patient
- E** l'avis de l'équipe paramédicale

QRM 141

Chez un patient hospitalisé en phase terminale d'une maladie neurodégénérative, un arrêt de la nutrition parentérale et de l'hydratation est envisagé. La procédure collégiale de limitation ou arrêt de traitement peut être demandée par :

- A** un membre de la famille
- B** une association de patients
- C** une infirmière en charge du patient
- D** le médecin traitant
- E** un responsable de la qualité des soins

QRM 142

Madame Ab., suivie pour un cancer bronchique à petites cellules avec lymphangite carcinomateuse, présente une polypnée à 36 par minute, un tirage sus-claviculaire et intercostal ainsi qu'un encombrement trachéobronchique. Les traitements entrepris s'avèrent insuffisants pour la soulager et une sédation est envisagée. Selon les recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) pour la réalisation d'une sédation en phase palliative terminale, quelles conditions de bonne pratique sont à respecter ?

- A** la compétence en soins palliatifs du personnel référent
- B** l'administration d'une dose prédéterminée du produit sédatif
- C** la surveillance médicale régulière
- D** le suivi infirmier régulier
- E** le maintien de la même dose du sédatif au long cours

QRM 143

Selon les recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), la décision d'une sédation pour détresse terminale chez un patient conscient se fait :

- A** après concertation pluriprofessionnelle
- B** dans le cadre d'une procédure collégiale
- C** après information de la famille
- D** sans l'accord du patient
- E** avec une position consensuelle des soignants

QRM 144

Monsieur W. présente une hémoptysie importante et très angoissante. Il demande à être endormi. Après l'avoir informé, une titration de midazolam est réalisée jusqu'à un score 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée. Monsieur W. meurt 2 heures après la mise en place de ce traitement. Le traitement ainsi réalisé est :

- A** un suicide assisté
- B** une sédation
- C** une euthanasie
- D** un acte illégal
- E** un acte compassionnel

QRM 145

Quelles sont les propositions justes concernant les réseaux de soins palliatifs ?

- A** l'inclusion dans un réseau nécessite l'accord du patient
- B** l'inclusion dans un réseau nécessite l'accord du médecin traitant
- C** l'inclusion dans un réseau est décidée par le médecin coordonnateur du réseau
- D** l'inclusion dans un réseau favorise le maintien à domicile des patients
- E** l'inclusion dans un réseau a pour but d'éviter les hospitalisations inutiles

QRM 146

Monsieur D., 80 ans, marié, est en phase terminale d'une leucémie aiguë myéloïde. Il bénéficie à domicile d'un suivi rapproché par son médecin généraliste aidé d'un réseau de soins palliatifs et d'une hospitalisation à domicile. Depuis 2 jours, l'état général se dégrade avec une dyspnée qui se majore dans un contexte fébrile. Il n'est pas en situation de détresse respiratoire mais son épouse, qui est aussi malade, est en proie à une grande angoisse. Son fils unique vit au Canada ; il devrait arriver prochainement. Monsieur D. demande à être hospitalisé. Que faites-vous ?

- A** vous lui dites qu'il ne peut pas être hospitalisé, étant déjà inclus dans un réseau ville-hôpital

- B** vous l'adressez au service d'accueil des urgences (SAU) de son hôpital par ambulance
- C** vous demandez, par l'intermédiaire du réseau, une admission en unité de soins palliatifs
- D** vous appelez le service d'aide médicale urgente (SAMU) pour le transfert hospitalier
- E** vous demandez une hospitalisation directe sans faire passer Monsieur D par les urgences
- F** vous demandez *via* le réseau, une hospitalisation en hématologie ou en infectiologie

QRM 147

Parmi les caractéristiques suivantes présentées par une personne au décours de la perte d'un proche, lesquelles vous font craindre un deuil compliqué ou pathologique ?

- A** tristesse de l'humeur
- B** colère envers le défunt
- C** impression d'entendre la voix du défunt
- D** idées suicidaires
- E** déni de la réalité du décès

QRM 148

Parmi les caractéristiques suivantes concernant l'endeuillé, lesquelles sont reconnues comme des facteurs de risque de deuil compliqué ou pathologique ?

- A** sujet jeune
- B** sexe féminin
- C** sujet âgé
- D** première expérience de deuil
- E** antécédents de syndrome dépressif

QRM 149

Quels sont les facteurs de risque de deuil pathologique parmi les suivants concernant les circonstances du décès ?

- A** décès par suicide
- B** décès brutal
- C** décès après agression
- D** décès après longue maladie
- E** décès en postopératoire

QRM 150

Parmi les caractéristiques suivantes concernant l'endeuillé, lesquelles peuvent faire partie d'un processus de deuil considéré comme normal ?

- A** illusions du défunt
- B** idéalisation du défunt
- C** ambivalence envers le défunt
- D** désorientation spatio-temporelle
- E** idées suicidaires

QRM 151

Parmi les caractéristiques suivantes concernant les circonstances de la mort, lesquelles sont reconnues comme des facteurs de risque de deuil compliqué ou pathologique chez les proches ?

- A suicide
- B mort collective
- C survenue brutale
- D mort à domicile
- E disparition du corps

QRM 152

En cas de difficultés de prise en charge, face à un patient hospitalisé en phase palliative avancée d'une maladie grave, on peut :

- A faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs
- B susciter une réunion d'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle
- C transférer le patient en unité de soins intensifs (USI)
- D faire une inclusion en lit identifié de soins palliatifs (LISP)
- E remplir une demande d'admission en unité de soins palliatifs (USP)

QRM 153

Quelles sont les propositions exactes pour définir la sédation en phase terminale ?

- A la sédation est une anxiolyse
- B la sédation est une diminution de la vigilance
- C la sédation est une analgésie profonde
- D la sédation peut être assimilée à une anesthésie générale
- E la sédation peut être transitoire ou intermittente

Soins palliatifs pédiatriques

QRM 154

Les soins palliatifs :

- A peuvent concerner des enfants atteints de maladies graves évolutives échappant au traitement
- B peuvent concerner les enfants atteints de maladies graves pour lesquelles un traitement intense permet de prolonger une vie de bonne qualité
- C peuvent concerner les enfants atteints de maladies sévèrement invalidantes prédisposant à des complications parfois mortelles

- D doivent être suspendus lorsqu'un traitement curatif est instauré à l'occasion de complications intercurrentes
- E peuvent concerner les nouveau-nés dont la durée de vie est très limitée ou imprévisible

QRM 155

Dans la démarche médicale en soins palliatifs pédiatriques :

- A le passage quotidien auprès de l'enfant et ses parents est nécessaire
- B l'évaluation des symptômes d'inconfort est nécessaire pour proposer un traitement adapté
- C la rédaction de prescriptions anticipées (traitement de la douleur, sédation...) est impossible du fait des difficultés à prévoir l'apparition de certains symptômes
- D l'absence de démarche diagnostique devant un symptôme particulier car l'enfant est en soins palliatifs
- E le lien avec les équipes du service d'aide médicale urgente (SAMU) est souvent utile si l'enfant est au domicile

QRM 156

Léo, âgé de 5 ans, est atteint d'un neuroblastome en rechute multimétastatique.

- A la poursuite des activités ludiques et éducatives doit autant que possible être placée au cœur de la prise en charge
- B les propos sur la gravité de sa maladie et sur la possibilité de décès doivent être évités car il faut favoriser les activités ludiques, essentielles au développement de l'enfant
- C les enfants, à cet âge, ont rarement intégré le caractère définitif de la mort
- D les propos sur la gravité de sa maladie et sur la possibilité de décès, inutilement anxiogènes, doivent être évités à cet âge
- E les propos sur la gravité de sa maladie et le risque de décès doivent être évités car ils risqueraient d'alimenter la crainte de Léo d'être oublié après sa mort

QRM 157

Les soins palliatifs néonataux :

- A peuvent être anticipés en période anténatale
- B peuvent se faire en salle de naissance
- C peuvent concerner des nouveau-nés atteints de malformation sévère et potentiellement létale
- D excluent les enfants extrêmement prématurés (âge gestationnel inférieur à 24 semaines d'aménorrhée)
- E nécessitent la pose d'un cathéter veineux ombilical pour l'administration des traitements

QRM 158

Un couple parental consulte au 6^e mois de grossesse suite au diagnostic anténatal d'une cardiopathie incurable et létale chez son bébé. Il souhaite poursuivre la grossesse et accueillir son enfant avec des soins palliatifs.

- A** le projet de soins palliatifs est élaboré entre l'équipe médicale et les parents en période anténatale
- B** le projet de soins palliatifs à la naissance reste soumis à l'évaluation du pédiatre présent auprès du nouveau-né.
- C** le projet de soins palliatifs peut éventuellement être remis en question en période postnatale si le diagnostic n'est pas aussi péjoratif qu'annoncé en période anténatale
- D** le projet de soins palliatifs sera écrit et validé par l'administration hospitalière
- E** le projet de soins palliatifs maintenu à la naissance de l'enfant, les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire seront alors considérées comme de l'obstination déraisonnable

QRM 159

Le deuil périnatal se caractérise par :

- A** une résolution plus simple que les autres deuils en raison de la durée (courte) de la vie du bébé
- B** une résolution facilitée lorsqu'une grossesse normale succède rapidement au décès périnatal
- C** une résolution plus complexe que les autres deuils quand le couple a déjà d'autres enfants
- D** un besoin de reconnaissance sociale de ce bébé (inscription sur le livret de famille, funérailles...)
- E** une possibilité de suivi spécialisé par des professionnels (psychologue ou pédopsychiatre) ayant une bonne connaissance des spécificités du deuil périnatal

QRM 160

Léo est un garçon de 5 ans atteint d'un neuroblastome surrenalien métastatique au niveau médullaire, osseux et pulmonaire. Il est en cours de traitement par chimiothérapie dans l'objectif de stabiliser l'évolution de cette pathologie cancéreuse.

- A** la poursuite d'une chimiothérapie chez Léo est incompatible avec une prise en charge palliative
- B** un des objectifs de prise en charge palliative de cet enfant est le maintien d'une scolarisation si Léo le souhaite
- C** la survenue d'une symptomatologie douloureuse liée à l'évolution tumorale justifie la prescription d'un traitement morphinique
- D** le risque d'évolution tumorale au niveau pulmonaire sera abordé avec ses parents (et Léo de façon adaptée à son âge) en raison du risque asphyxique
- E** le risque de dyspnée asphyxique contre-indique sur le plan médical l'organisation de la prise en charge au domicile en phase terminale de la maladie

QRM 161

Dans les situations de grand polyhandicap dans lesquelles une espérance de vie de plusieurs années voire dizaines d'années peut être envisagée :

- A** les soins palliatifs se déclineront sur un long terme qui peut s'étendre sur plusieurs années voire dizaines d'années
- B** les soins palliatifs seront discutés seulement à partir du moment où surviendra une acutisation de la pathologie
- C** les soins palliatifs démarreront uniquement lors d'une complication intercurrente menaçant la vie
- D** la réanimation cardiovasculaire sera possible même si les soins palliatifs sont en place
- E** l'épuisement professionnel des équipes pourra être évité en ne parlant pas trop précocement de soins palliatifs avec les soignants prenant en charge l'enfant

QRM 162

Léa est un nourrisson de 3 mois atteint d'une amyotrophie spinale infantile. Il s'agit d'une pathologie neuromusculaire d'origine génétique évoluant vers l'insuffisance respiratoire terminale au cours de la première année de vie.

- A** la situation clinique de ce nourrisson relève d'une démarche palliative car il s'agit d'une pathologie neuro-évolutive (groupe 3 de la classification québécoise)
- B** la situation clinique de ce nourrisson relève d'une démarche curative car l'évolution clinique attendue est une insuffisance respiratoire
- C** la consultation médicale de ce nourrisson a comme objectifs l'évaluation des symptômes de l'enfant et leurs traitements
- D** la consultation médicale de cet enfant a comme objectif la prescription d'antalgiques car cette enfant est en soins palliatifs
- E** la consultation médicale a comme objectif la prescription d'un suivi psychologique aux parents du fait de la gravité de la pathologie de leur enfant

QRM 163

Concernant l'organisation des soins palliatifs en pédiatrie :

- A** les services de pédiatrie restent les équipes référentes des patients pédiatriques, jusqu'à la fin de vie
- B** les spécificités propres à l'enfant et l'adolescent rendent impossible leur hospitalisation en unité de soins palliatifs (USP)
- C** les équipes mobiles de soins palliatifs et réseaux de soins palliatifs sont compétentes pour les soins palliatifs pédiatriques
- D** les soins palliatifs de l'enfant peuvent être organisés au domicile avec l'aide de l'HAD et/ou de l'équipe régionale ressource de soins palliatifs pédiatriques
- E** l'organisation de la toute fin de vie de l'enfant prévoit une hospitalisation systématique dans le service référent

QRM 164

Les équipes régionales ressources de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) ont pour missions :

- A** le conseil et le soutien auprès des équipes référentes des enfants en soins palliatifs
- B** la sensibilisation des équipes de soins palliatifs adultes aux spécificités pédiatriques
- C** la formation des professionnels impliqués dans les prises en charge palliatives pédiatriques
- D** l'organisation du suivi de deuil pour l'ensemble des familles endeuillées
- E** la contribution à la recherche clinique en matière de soins palliatifs pédiatriques

This page intentionally left blank

QROC

Douleur chez l'adulte

QROC 1

On décrit quatre mécanismes physiopathologiques de la douleur : nociceptif, neuropathique, psychogène... Quel est le quatrième ?

QROC 2

Quelle échelle d'évaluation est particulièrement adaptée à l'évaluation de la douleur induite chez la personne âgée ou la personne dyscommunicante ?

QROC 3

L'anxiété et la peur sont rencontrées dans le syndrome douloureux chronique. Quelle autre composante affective y est souvent associée ?

QROC 4

Quel est le risque qui doit être obligatoirement évalué en cas de dépression caractérisée chez un patient douloureux chronique ?

QROC 5

Dans la douleur aiguë, quelle est l'émotion la plus classiquement associée et qui confine parfois à un trouble psychiatrique ?

QROC 6

Pour des patients adultes suivis en psychiatrie et présentant des perturbations dans la communication, quel est l'outil d'hétéroévaluation de la douleur utilisable en dehors des outils développés pour la personne âgée ?

QROC 7

Quel est le comportement souvent rencontré dans la douleur chronique qui s'accompagne d'un déconditionnement à l'activité et pour la prise en charge duquel on favorise la reprise d'activités physiques adaptées ?

QROC 8

Quel terme désigne la dimension cognitive de la douleur faite de dramatisation et de pessimisme ?

QROC 9

Comment se nomme la pathologie douloureuse caractérisée par une douleur chronique diffuse de mécanisme dysfonctionnel avec sensibilisation à la douleur et fatigue ?

QROC 10

Dans les traitements non médicamenteux de la douleur, on utilise quatre types de traitements : des traitements sociaux, des traitements psychologiques, des traitements corporels... Quel est le quatrième type ?

QROC 11

À côté de la psychanalyse et des psychothérapies dérivées, quelle est l'autre grande classe de thérapies psycho-comportementales ?

QROC 12

Quand un patient souffrant de douleur chronique adopte de bons comportements de santé, par exemple une activité physique adaptée quotidienne, quelle doit être l'attitude du médecin et des autres professionnels de santé ?

QROC 13

Comment s'appelle l'effet thérapeutique négatif induit par un professionnel de santé qui met en doute devant le patient un diagnostic médical ou une indication thérapeutique, soit par ses propos soit par son attitude, sans proposer d'alternative ?

QROC 14

Comment qualifiez-vous la douleur lorsque les traitements symptomatiques conventionnels ne permettent pas un soulagement satisfaisant et durable de la douleur ou bien occasionnent des effets indésirables intolérables et/ou incontrôlables ?

QROC 15

Comment se nomme le trouble de la sensibilité caractérisé par une douleur à l'effleurement de la peau dans les douleurs de type neuropathique ?

QROC 16

Comment se nomme le trouble de la sensibilité caractérisé par une douleur à pression de la peau dans les douleurs de type neuropathique ?

QROC 17

Quels sont les antiépileptiques qui sont indiqués dans les douleurs neuropathiques ?

QROC 18

Citez deux traitements pharmacologiques locaux (ou topiques locaux) utilisables dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées ?

QROC 19

Quel nombre maximal de patchs de lidocaïne peut-on appliquer simultanément ?

QROC 20

Quelle est la durée d'application des patchs de lidocaïne ?

QROC 21

Quelle est la durée d'application des patchs de capsaïcine 8 % ?

QROC 22

Quel est le rythme d'application des patchs de capsaïcine 8 % (en moyenne) ?

QROC 23

Quel nombre maximal de patchs de capsaïcine 8 % est-on autorisé à appliquer simultanément ?

QROC 24

L'association de tramadol et d'inhibiteurs de la recapture sélective de la sérotonine (IRSS) ou de triptans

(traitement de la crise migraineuse) expose au risque de [Deux mots.]

QROC 25

Madame G. est traitée par morphine LP pour des douleurs ostéoarticulaires intenses. Après une courte période d'amélioration, les douleurs sont à nouveau invalidantes et Madame G. commence à augmenter elle-même les doses avec un soulagement peu significatif. Que faut-il craindre ?

Douleur chez l'enfant**QROC 26**

Quel est l'AINS le plus souvent prescrit chez l'enfant ?

QROC 27

Émilie, 5 ans, vient consulter pour des épisodes récurrents de céphalées frontales intenses, entraînant des pleurs, des vomissements. Lors des épisodes douloureux, elle refuse de quitter son lit. Quel est le diagnostic le plus probable ?

QROC 28

Jonas, 8 ans, se plaint tous les jours d'avoir mal à la tête, mais il mène toutes ses activités normalement malgré tout; la plainte est fréquente et chaque fois que ses parents lui demandent s'il a mal, il répond positivement. L'IRM est normale. Quel est le diagnostic le plus probable ?

QROC 29

Quel est le traitement de la crise de migraine recommandé en première intention chez l'enfant ?

QROC 30

Quel bilan paraclinique est nécessaire au diagnostic de migraine chez l'enfant ?

QROC 31

Simon, 8 ans, a des crises de migraine typiques, il vomit le plus souvent 4 heures environ après le début des crises. Quel traitement oral prescrivez-vous en première intention ?

Soins palliatifs

QROC 32

Le gynécologue reçoit Madame J., 42 ans, qui lui montre les résultats d'un scanner thoracique où existent des images faisant suspecter un cancer du sein et des métastases pulmonaires, ce que stipule le compte rendu du radiologue. Le médecin explique à la patiente que les images sont petites, que les comptes rendus se trompent parfois, qu'elle se sente rassurée. Les propos du médecin peuvent correspondre à un mécanisme de défense psychique. Comment se nomme-t-il ?

QROC 33

Le diagnostic de glioblastome vient d'être porté chez Monsieur A., 32 ans. Le neuro-oncologue le reçoit et l'écoute longuement ; il comprend les sentiments et les besoins du patient, sans être submergé par ses propres émotions. Comment appelle-t-on cette indispensable qualité de compréhension des besoins et sentiments du patient (improprement qualifiée de « savoir se mettre à la place de l'autre ») ?

QROC 34

Monsieur S. a écrit des directives anticipées comme le lui permet la loi du 22 avril 2005. Quelle est la durée de validité de celles-ci ?

QROC 35

Madame Av. est hospitalisée dans le service d'oncologie, en phase terminale d'un cancer bronchique à petites cellules. Elle est inconsciente et présente un encombrement trachéobronchique important. Son traitement actuel consiste en une hydratation parentérale à raison de 2 litres de sérum physiologique par 24 heures, une oxygénothérapie avec un débit de 3 litres par minute et de la morphine intraveineuse à la posologie de 30 mg par 24 heures. Quel traitement interrompre ou réduire devant cet encombrement ?

QROC 36

Monsieur K., 24 ans, est hospitalisé en réanimation en raison d'une encéphalite dont l'étiologie est indéterminée. Il est dépendant d'une ventilation assistée, son score de Glasgow est de 4. Les imageries cérébrales, anatomiques et fonctionnelles, tout comme la clinique ne laissent pas d'espoir de récupération. Une limitation voire un arrêt de traitement sont envisagés. À quelle obligation légale (loi du 22 avril 2005) sont soumises ces procédures d'arrêt ou limitation de traitement ?

QROC 37

Madame A., 45 ans, est en phase terminale d'un léiomyosarcome utérin. Elle n'est plus consciente. Son médecin référent décide seul d'arrêter son alimentation et son hydratation parentérales. Quelle disposition légale aurait dû être respectée pour ces arrêts de traitement ?

QROC 38

Un processus psychique involontaire et inconscient a pour fonction de protéger patients, proches ou soignants d'une angoisse, d'une effraction psychique effroyables. Comment se nomme ce processus psychique ?

QROC 39

Monsieur V. est suivi pour un adénocarcinome colique avec métastases hépatiques et péritonéales. Lorsqu'il pose des questions à son médecin référent sur ses symptômes actuels, celui-ci élude la question, lui parle de son traitement. Bientôt il n'entre plus dans la chambre du patient. Comment se nomme ce mécanisme de défense du médecin ?

QROC 40

Madame S., 25 ans, est traitée pour une leucémie aiguë. Son médecin référent est en difficulté : il la suit depuis longtemps et a du mal à admettre qu'elle soit en échappement thérapeutique. Il finit par ne plus entrer dans sa chambre. Comment se nomme ce mécanisme de défense du médecin ?

QROC 41

Comment se nomme le mécanisme de défense où le patient se laisse porter par ses proches et les soignants auxquels il s'en remet complètement ?

QROC 42

Madame R., âgée de 40 ans, est suivie pour une leucémie qui n'a pas pu être mise en rémission malgré plusieurs lignes de chimiothérapie. Elle bénéficie de transfusion sanguine pour corriger son anémie. Son état général est très altéré. Elle est mariée et mère de deux enfants de 7 et 12 ans. Elle souhaite retourner à la maison parmi les siens le plus vite possible, persuadée qu'elle ira mieux entourée des siens, que son appétit reviendra avec les petits plats « maison ». À certains moments en cours d'hospitalisation, elle évoque ses projets lorsqu'elle sera guérie. À d'autres moments, elle est effondrée dans son lit, prostrée, et plusieurs infirmières l'ont vue pleurer silencieusement. Il s'agit de mécanismes psychiques de défense face à la maladie grave évolutive. Quel est le mécanisme de défense le plus probable ici ?

QROC 43

Quel médicament peut être utilisé pour soulager l'inconfort occasionné par une dyspnée ?

QROC 44

Quel médicament peut diminuer les râles agoniques liés à l'encombrement des voies aériennes supérieures ?

QROC 45

Madame A. est suivie pour un adénocarcinome pancréatique depuis 2 ans et demi. Malgré les traitements anticancéreux, la maladie progresse et il est décidé, en accord avec elle, de les interrompre. De quel type de prise en charge relève Madame A. ?

QROC 46

Les services hospitaliers non exclusivement consacrés aux soins palliatifs mais fréquemment confrontés à des fins de vie peuvent bénéficier d'un dispositif particulier quant à certains lits. Quel est ce dispositif ?

QROC 47

Monsieur Z. est en phase terminale d'un cancer bronchique non à petites cellules. Il est hospitalisé depuis 4 jours pour dyspnée avec polypnée et encombrement trachéobronchique. Malgré un traitement bien conduit, il est en détresse respiratoire. Quelle est la mesure thérapeutique à proposer ?

QROC 48

La prise en charge palliative d'un patient est définie par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Quel qualificatif est associé à cette prise en charge ?

QROC 49

Les soins palliatifs visent à une prise en charge globale d'un patient atteint d'une maladie grave, chronique ou létale. L'accompagnement du patient est partie intégrante de cette prise en charge. Quelles autres personnes peuvent bénéficier de cet accompagnement ?

QROC 50

Monsieur B., traité pour un cancer colique métastasé aux poumons, se plaint d'une dyspnée. L'examen clinique montre une fréquence respiratoire à 30 par minute. En dehors d'une recherche et d'un traitement

étiologiques, quel type de traitement proposer pour réduire cette polypnée ?

QROC 51

Madame J. est suivie pour un glioblastome, en cours de chimiothérapie. Elle bénéficie d'une corticothérapie. Elle présente un hoquet incoercible en dépit de la prise de métoprolol à posologie adaptée. Quel type de traitement peut-on introduire en première intention pour réduire ce hoquet ?

QROC 52

Dans un service d'hospitalisation traditionnelle, devant la prise en charge symptomatique difficile d'un patient relevant de soins palliatifs, à quelle équipe de recours en soins palliatifs peut-on faire appel ?

QROC 53

Lorsqu'un « médecin ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie », on parle de

QROC 54

Les proches disposent d'une possibilité de congé pour assister un malade en situation de fin de vie. Il s'agit d'un congé de

QROC 55

Les proches qui souhaitent accompagner un malade en fin de vie, à domicile, disposent alors d'une allocation dite

QROC 56

Madame H., 42 ans, est en phase terminale d'un léiomyosarcome utérin polymétastasé. Elle présente une détresse respiratoire. Un traitement par midazolam à 20 mg par heure est mis en place sans titration initiale. Comment peut-on appeler cette pratique ?

QROC 57

Monsieur D., 66 ans, est suivi pour un adénocarcinome colique avec métastases osseuses et hépatiques. Il se plaint de douleurs évaluées à 9/10 sur l'échelle numérique pour lesquelles il ne reçoit aucun traitement. Dans ces conditions, il vous demande de l'aider à mourir. Que proposez-vous ?

QROC 58

Monsieur R., suivi pour un cancer épidermoïde bronchique, vous dit qu'il « en a assez de souffrir » et qu'il va se rendre en Suisse où il pourra obtenir un aide pour « accéder à un produit lui permettant de se tuer ». Comment se nomme cette pratique non légale en France ?

QROC 59

Comment est dénommé l'ensemble des remaniements psychiques qui découlent de la perte d'un être cher et qui comporte classiquement trois étapes principales que sont le choc, la dépression, le rétablissement ?

QROC 60

Comment est qualifié un deuil lorsque la souffrance provoquée par la perte de l'être cher est augmentée en intensité et/ou en durée de façon à entraver le déroulement du processus sans toutefois conduire à une pathologie psychiatrique caractérisée ?

QROC 61

Madame R., 21 ans, a perdu brutalement ses parents dans un accident de voiture. Vous la voyez 6 mois après. Elle a arrêté ses études. Elle présente des symptômes dépressifs importants et vous dit qu'elle veut rejoindre ses parents. Quel diagnostic évoquez-vous ?

This page intentionally left blank

Lecture critique d'article (LCA)

Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuro-pathic characteristics in the general population. *Pain* 2008; 136 : 380–7.

L'article est reproduit aux pages suivantes.

Questions

Question 1 – QRM

L'objectif principal de cette étude était :

- A** décrire la prévalence de la douleur chronique en France
- B** confirmer les propriétés diagnostiques de l'outil diagnostique DN4 en population générale
- C** décrire l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie
- D** décrire l'incidence de la douleur chronique neuropathique en France
- E** décrire les stratégies thérapeutiques devant une douleur chronique neuropathique en France
- F** décrire la prévalence de la douleur chronique avec ou sans caractéristiques neuropathiques en France

Question 2 – QRM

Il s'agissait d'une étude :

- A** descriptive observationnelle
- B** en double aveugle
- C** prospective
- D** rétrospective cas-témoins
- E** transversale
- F** en cross-over
- G** de phase II
- H** longitudinale

Question 3 – QRM

Les efforts déployés pour limiter les biais dans la représentativité de l'échantillon comportaient :

- A** la réalisation de l'étude sur une cohorte de patients issue d'institut de sondage
- B** la randomisation de l'échantillon
- C** l'utilisation d'un questionnaire court et simple permettant d'assurer un taux de réponse maximal
- D** la sélection de multiples façons (face à face, courrier, appels téléphoniques)
- E** l'utilisation de lettre de relances

F la vérification de la représentativité par la méthode des quotas

Question 4 – QROC

Dans cette étude, quelle était la proportion de questionnaires retournés et exploitables sur les questionnaires envoyés ?

Question 5 – QRM

Les statistiques descriptives appropriées pour les taux de prévalence incluent :

- A** la variance
- B** la médiane
- C** le pourcentage
- D** le test du χ^2
- E** l'odds ratio ajusté
- F** la moyenne
- G** l'écart type
- H** l'odds ratio non ajusté

Question 6 – QRM

Dans cette étude, le questionnaire de screening a été appliqué :

- A** à toute la population interrogée
- B** aux patients ayant des douleurs depuis au moins 3 mois
- C** aux patients ayant des douleurs tous les jours
- D** aux patients ayant des douleurs intermittentes et quotidiennes
- E** aux patients répondants à l'enquête
- F** aux patients répondants et à un échantillon randomisé de patients non répondants
- G** à un échantillon représentatif de patients douloureux
- H** aux patients présentant un score d'au moins 3/7 au questionnaire de screening

Question 7 – QRU

Dans cette étude, la prévalence de la douleur neuropathique était déterminée de la façon suivante :

- A** un score d'au moins 3/7 au questionnaire DN4
- B** localisation de la douleur
- C** intensité douloureuse d'au moins 3/10
- D** une intensité douloureuse d'au moins 7/10
- E** durée de la douleur d'au moins 3 mois
- F** un score d'au moins 4/10 au questionnaire DN4

Question 8 – QRU

Les caractéristiques socio-démographiques de la population ont été analysées de la façon suivante :

- A** modèle de régression logistique
- B** méthode des quotas
- C** analyses de variance
- D** test *t* de Student
- E** analyse en composante principale
- F** analyse de covariance

Question 9 – QRM

Dans cette étude, la prévalence de la douleur chronique neuropathique était :

- A** 31,7 %
- B** 6,9 %
- C** 5,1 %
- D** 21,7 % de la douleur chronique
- E** 8,0 % chez la femme
- F** plus importante chez l'homme que chez la femme
- G** plus importante chez les patients âgés de moins de 34 ans
- H** plus importante au niveau du thorax

Question 10 – QRM

La comparaison des caractéristiques cliniques entre patients neuropathiques et patients non neuropathiques permet d'indiquer :

- A** des différences en termes d'intensité douloureuse
- B** des différences en termes de topographie
- C** des caractéristiques sémiologiques similaires
- D** une douleur moins sévère dans la population neuropathique
- E** moins de céphalées

Question 11 – QRU

Quelle information supplémentaire aurait permis d'affiner ces chiffres de prévalence ?

- A** connaissance des traitements utilisés par le patient
- B** connaissance de l'impact sur la qualité de vie
- C** meilleure connaissance de l'étiologie douloureuse
- D** utilisation d'un autre questionnaire de screening
- E** utilisation d'une échelle multidimensionnelle de douleur

Question 12 – QRM

Les limites de cette étude sont :

- A** l'absence de critères diagnostiques validés de douleur neuropathique
- B** l'absence de représentativité de l'échantillon
- C** un taux de réponse faible
- D** l'absence de validation formelle du questionnaire DN4 en population générale
- E** l'absence d'examen neurologique complet



Pain 136 (2008) 380–387

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population

Didier Bouhassira^{a,b,c,*}, Michel Lantéri-Minet^d, Nadine Attal^{a,b,c},
Bernard Laurent^e, Chantal Touboul^f

^a INSERM U-792, Centre de Traitement et d'Évaluation de la Douleur, CHU Ambroise Paré, 9, avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt cedex F-92100, France

^b CHU Ambroise Paré, APHP, Boulogne-Billancourt F-92100, France

^c Université Versailles-Saint-Quentin, Versailles F-78035, France

^d CHU Pasteur, Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Nice F-06000, France

^e CHU de Bellevue, Service de Neurologie, Saint-Etienne F-42055, France

^f TNS Healthcare SOFRES, Montrouge F-92129, France

Received 11 December 2006; received in revised form 18 July 2007; accepted 13 August 2007

Abstract

We conducted a large nationwide postal survey to estimate the prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in the French general population. A questionnaire aimed at identifying chronic pain (defined as daily pain for at least 3 months), evaluating its intensity, duration and body locations, was sent to a representative sample of 30,155 subjects. The DN4 questionnaire was used to identify neuropathic characteristics. Of the questionnaires, 24,497 (81.2%) were returned and 23,712 (96.8%) could be assessed. Seven thousand five hundred and twenty-two respondents reported chronic pain (prevalence = 31.7%; [95%CI: 31.1–32.3]) and 4709 said the pain intensity was moderate to severe (prevalence = 19.9%; [95%CI: 19.5–20.4]). Neuropathic characteristics were reported by 1631 respondents with chronic pain (prevalence = 6.9%; [95%CI: 6.6–7.2]), which was moderate to severe in 1209 (prevalence = 5.1% [95%CI: 4.8–5.4]). A higher prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics was associated with middle age (50–64 years), manual professions and those living in rural areas. It was more frequently located in the lower limbs and its intensity and duration were higher in comparison with chronic pain without neuropathic characteristics. This large national population-based study indicates that a significant proportion of chronic pain patients report neuropathic characteristics. We identified distinctive socio-demographic profile and clinical features indicating that chronic pain with neuropathic characteristics is a specific health problem. © 2007 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Keywords: Chronic pain; Neuropathic pain; Epidemiology

1. Introduction

Neuropathic pain is caused by a lesion or dysfunction of the peripheral or central nervous system (Merskey

and Bogduk, 1994). It is generally chronic and disabling, and is among the most challenging to treat (Dworkin et al., 2003; Finnerup et al., 2005; Attal et al., 2006). This may be related to the specificities of its pathophysiological mechanisms (Woolf and Mannion, 1999; Baron, 2006), but also to its being underestimated, particularly in patients having no definite neurological condition (Harden and Cohen, 2003). There have been considerable advances in the understanding of neuropathic pain syndromes over the last decade (Jensen

* Corresponding author. Address: INSERM U-792, Centre de Traitement et d'Évaluation de la Douleur, CHU Ambroise Paré, 9, avenue Charles de Gaulle, Boulogne-Billancourt F-92100, France. Tel.: +33 1 49 094556; fax: +33 1 49 094435.

E-mail address: didier.bouhassira@apr.aphp.fr (D. Bouhassira).

and Baron, 2003; Woolf, 2004). However, there is a lack of general epidemiological information.

Major causes of neuropathic pain include: diabetes, shingles, spinal cord injury, stroke, multiple sclerosis, cancer, and HIV infection, as well as common conditions, such as lumbar or cervical radiculopathies, and traumatic or postsurgical nerve injuries. The large range of etiologies indicates that the prevalence of neuropathic pain may be high in the general population. This has also been suggested by studies based on cohorts seen in specialized referral centers, which showed that considerable proportions of patients with herpes zoster (Jung et al., 2004), diabetic polyneuropathy (Daoussi et al., 2004; Davies et al., 2006), multiple sclerosis (Osterberg et al., 2005), spinal cord injury (Siddall et al., 2003), stroke (Andersen et al., 1995), HIV infection (Hewitt et al., 1997), cancer (Caraceni and Portenoy, 1999) and persistent postsurgical pain (Kehlet et al., 2006) suffer neuropathic pain. These studies did not allow estimation of the overall prevalence of neuropathic pain in the general population, but crude estimates in the 1–3% range have been proposed (Bowsher, 1991; Dworkin et al., 2003; Irving, 2005).

One major reason for the absence of population-based epidemiologic data on neuropathic pain was the lack of a validated, reliable and simple clinical instrument that can identify the characteristics of neuropathic pain. Recently, we developed and validated the DN4 questionnaire based only on the analysis of the semiological characteristics of pain (i.e. pain descriptors). We demonstrated that a relatively small number of items was sufficient to discriminate pain due to a definite neurological lesion (Bouhassira et al., 2005). Like other symptom-based screening tools validated recently (Bennett, 2001; Krause and Backonja, 2003; Portenoy, 2006; Freynhagen et al., 2006a), the DN4 questionnaire has very good discriminative properties for the identification of neuropathic pain characteristics. One of the chief research applications of these questionnaires is epidemiological studies (Bennett et al., 2007). A first population-based survey using the Leeds Assessment of Neuropathic Symptom and Signs score (S-LANSS) estimated the prevalence of chronic pain of predominantly neuropathic origin in six family practices in 3 UK cities (Torrance et al., 2006).

Here, we present the results of STOPNEP (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain), a postal survey carried out to estimate the prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in a large representative sample of the French general population.

2. Methods

The STOPNEP population-based survey was carried out from August to November 2004 by the poll institute TNS Healthcare Sofres. Although no nominative data were

recorded, the study was notified to the French personal data processing surveillance authorities (Commission Nationale Informatique et Libertés, CNIL) and was conducted according to the relevant national and European laws and consensus professional guidelines.

2.1. Subjects

The survey was conducted among the “Access Santé” permanent polling base representative of the French population. Individuals entered into this polling base are recruited in several ways (face-to-face interviews, mailings, phone calls) to reduce possible risk of selection bias associated with a particular methodology.

A questionnaire was sent to a randomly selected representative sample of 30,155 panellists aged 18 years and over. The representativeness of the sample with respect to the French national population (INSEE, 2002) was checked for sex (2 categories), age (6 categories), socio-professional status (8 categories), region (5 categories) and community size (5 categories). Reminder letters were sent to non-respondents to increase the response rate.

2.2. Survey questionnaire

To ensure maximal response rate, the questionnaire was deliberately simple and short. As well as socio-demographic information, there were only 11 questions concerning pain. The first two questions were used to identify chronic daily pain (question 1: Do you currently suffer with pain every day?; if yes, question 2: Have you had this daily pain for at least three months?). The remainder of the questionnaire only applied to participants who responded positively to these two questions; participants responding negatively to the first question represented the control group.

Participants with chronic pain then located their pain from a list of body sites grouped into seven categories (question 3 [several answers possible]) and, if they mentioned several locations, reported the single location of the most troublesome pain (question 4). The remaining seven questions related to the duration, intensity and characteristics of the most troublesome pain. The subjects reported its duration (less than 6 months, between 6 and 12 months, between 1 and 3 years, or more than 3 years). They then specified whether the pain varied in intensity during the day and reported the highest, lowest, and average intensity of pain during the past 24 hours, on three numerical rating scales (0 = no pain, 10 = worst pain imaginable) from the Brief Pain Inventory (Cleeland and Ryan, 1994). Finally, the subjects answered the two questions (including seven items) from the DN4-interview questionnaire (Bouhassira et al., 2005) regarding the characteristics of their pain. A score of 1 was given to each positive item and a score of 0 to each negative item. The total score was calculated as the sum of the seven items. Respondents with a total score ≥ 3 were considered to have neuropathic pain characteristics, based on our previous study (Bouhassira et al., 2005).

Initially, the DN4-interview questionnaire was validated as a clinician-administered questionnaire. Before starting the present survey, we performed a complementary validation with a group of 84 consecutive patients with chronic neuropathic ($n = 49$) or non-neuropathic ($n = 35$) pain to compare self-

administered and clinician-administered forms of the seven-item DN4 questionnaire. The results of the self-reported and clinician-administered questions for each of the seven items showed excellent consistency (kappa coefficients of 0.82–0.95; $p < 0.001$). We also verified the diagnostic properties of the self-administered DN4 questionnaire by calculating its sensitivity and specificity for the independent diagnosis made by expert clinicians. We confirmed the high discriminant values of the self-administered seven-item DN4 questionnaire, in which the sensitivity (81.6%) and specificity (85.7%) for a cut-off score of 3 of 7 were similar to those observed in our initial study using a clinician-administered version of the questionnaire (Bouhassira et al., 2005).

2.3. Statistical analysis

The representativeness of the sample was assessed by using the quota method (Ardilly, 1994). In order to reduce the bias due to the non respondents and present estimations for the French general population, the sociodemographic characteristics of the respondents were adjusted to the structure of the French general population (INSEE, 2002). Computerised weighting was used in our analyses, according to the Raking Adjusted Statistic method, in order to compensate for any stratum under- or over-representation (Deville et al., 1993). The observed and weighted sociodemographic characteristics of survey respondents are presented in Table 1. Odds ratios and 95% confidence intervals (CI) were calculated and a forward stepwise logistic regression, with all sociodemographic variables entered in the model, was used to assess the association between chronic pain with or without neuropathic characteristics and the sociodemographic characteristics.

Pain intensity scores of 1–3 were considered to indicate mild pain intensity, scores of 4–6 moderate pain intensity, and scores of 7–10 severe pain intensity. Categorical variables were described by the relative percentages in the relevant subject groups, 95% confidence intervals (95%CI) and differences in proportions were compared with the z -test. Continuous variables were described by the mean and standard deviation (SD). All analyses were carried out using SAS software, version 8.2 (SAS Institute). Statistical significance was considered at $p < 0.05$.

3. Results

Of the 30,155 questionnaires sent, 24,497 (81.2%) were returned (69.3% after the first mailing and 11.9% after the reminder) and 23,712 (i.e. 96.8%) could be assessed.

3.1. Prevalence of chronic pain in the general population

A total of 7522 subjects, that is a prevalence of 31.7% [95%CI: 31.1–32.3], reported chronic daily pain for more than 3 months.

The prevalence of chronic pain according to the sociodemographic characteristics of the population is presented in Table 2. The prevalence of chronic pain was

Table 1
Sociodemographic characteristics of the survey respondents before (unweighted) and after (weighted) adjustment to the structure of the French general population

	Survey respondents	
	Unweighted (% , N)	Weighted (% , N)
Gender		
Male	46.0 (10,912)	48.0 (11,382)
Female	54.0 (12,800)	52.0 (12,330)
Age (years)		
<25	9.5 (2245)	15.7 (3723)
25–34	17.9 (4232)	16.6 (3937)
35–49	25.7 (6106)	26.6 (6308)
50–64	22.1 (5240)	21.1 (5003)
65–74	15.7 (3725)	12.6 (2988)
≥75	9.1 (2164)	7.4 (1753)
Work status		
Farmers	0.6 (145)	1.3 (308)
Shopkeepers	2.0 (475)	3.1 (735)
Managers	8.4 (1978)	7.7 (1826)
Middle Executive	14.8 (3512)	11.4 (2703)
Clerks	18.5 (4389)	16.4 (3889)
Workers	10.3 (2450)	14.7 (3486)
Retired	28.6 (6792)	22.2 (5264)
Other non-working	16.8 (3981)	23.2 (5501)
Place of residence		
North	6.6 (1563)	6.8 (1614)
East	9.5 (2264)	9.1 (2160)
Center	35.1 (8332)	36.0 (8545)
West	13.2 (3140)	13.2 (3133)
South	35.4 (8413)	34.9 (3989)
Community size		
Rural (≤2000)	22.9 (5428)	25.2 (5974)
Cities <20,000	17.3 (4114)	17.2 (4078)
Cities <100,000	14.0 (3329)	12.6 (2987)
Cities >100,000	29.8 (7057)	28.2 (6685)
Paris (10 million)	16.0 (3784)	16.8 (3989)

higher in women than in men and increased significantly with age. People reporting chronic pain were equally distributed among the geographical areas, although they were slightly fewer in Paris (a large urban community). More retired subjects but fewer managers, middle executives and employees suffered chronic pain.

The mean pain intensity was 4.5 ± 2.1 of 10. About one-third (i.e. 33.9%) of respondents reported mild pain intensity (i.e. mean intensity = 1–3), 46.5% reported moderate pain intensity (i.e. mean intensity = 4–6) and 16.1% severe pain (i.e. mean intensity = 7–10). Thus, the prevalence of moderate to severe chronic pain in the general population was 19.9% [95%CI: 19.5–20.4].

3.2. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics

The distribution of the DN4 scores in the study population is presented in Fig. 1. A total of 1631 respondents with chronic pain, being a prevalence of 6.9%

Table 2
Prevalence of chronic pain according to socio-demographic characteristics

	Prevalence of chronic pain % [95%CI]	Unadjusted odds ratio [95%CI]	Adjusted odds ratio [95%CI]	P
Gender				
Male ^r	28.2 [27.6–28.7]	1.0	1.0	
Female	35.0 [34.4–35.6]	1.37 [1.30–1.45]	1.41 [1.33–1.50]	<0.001
Age (years)				
<25	21.0 [20.4–21.5]	0.40 [0.36–0.44]	0.39 [0.35–0.43]	<0.001
25–34	20.9 [20.3–21.4]	0.40 [0.36–0.43]	0.40 [0.36–0.44]	<0.001
35–49	25.5 [24.9–26.0]	0.51 [0.47–0.55]	0.52 [0.48–0.57]	<0.001
50–64 ^r	40.1 [39.4–40.7]	1.0	1.0	
65–74	46.3 [45.6–46.9]	1.29 [1.18–1.42]	1.20 [1.07–1.34]	0.0016
≥75	52.4 [51.6–53.0]	1.64 [1.47–1.83]	1.52 [1.34–1.73]	<0.001
Work status				
Farmers	30.8 [30.2–31.4]	1.74 [1.33–2.27]	1.67 [1.27–2.19]	<0.001
Shopkeepers	31.3 [30.7–31.9]	1.77 [1.46–2.15]	1.51 [1.24–1.83]	<0.001
Managers ^r	20.4 [19.9–20.9]	1.0	1.0	
Middle executive	24.8 [24.2–25.3]	1.29 [1.11–1.48]	1.27 [1.10–1.47]	<0.001
Clerks	27.6 [27.0–28.1]	1.48 [1.30–1.70]	1.37 [1.19–1.57]	<0.001
Workers	29.5 [28.9–30.0]	1.63 [1.43–1.87]	1.84 [1.61–2.12]	<0.001
Retired	46.3 [45.6–46.9]	3.36 [2.96–3.81]	1.54 [1.32–1.80]	<0.001
Other non-working	29.3 [28.7–29.9]	1.61 [1.42–1.83]	1.45 [1.26–1.68]	<0.001
Place of residence				
North	33.8 [33.2–34.4]	1.05 [0.94–1.18]	1.07 [0.95–1.20]	0.2
East	31.2 [30.6–31.8]	0.93 [0.84–1.03]	1.02 [0.95–1.13]	0.7
Center	31.1 [30.5–31.7]	0.93 [0.87–1.00]	0.95 [0.88–1.01]	0.1
West	30.3 [29.7–30.9]	0.90 [0.82–1.01]	0.91 [0.83–1.00]	0.4
South ^r	32.6 [31.1–33.2]	1.0	1.0	
Community size				
Rural (≤2000)	31.7 [31.1–32.2]	0.90 [0.82–0.99]	–	–
Cities <20,000	31.9 [31.3–32.5]	0.92 [0.83–1.01]	–	–
Cities <100,000 ^r	33.9 [33.2–34.5]	1.0	–	–
Cities >100,000	32.1 [31.5–32.7]	0.93 [0.84–1.01]	–	–
Paris (10 million)	29.3 [28.7–29.9]	0.81 [0.73–0.90]	–	–

Unadjusted odds ratio and adjusted odds ratio based on stepwise forward logistic regression. ^r = reference category.

[95%CI: 6.6–7.2], had a DN4 score ≥ 3 and were considered to have chronic pain with neuropathic characteristics (NC). Pain intensity was moderate to severe in almost three-quarters (74.1%) of these participants ($n = 1209$), representing a prevalence of 5.1% [95%CI:

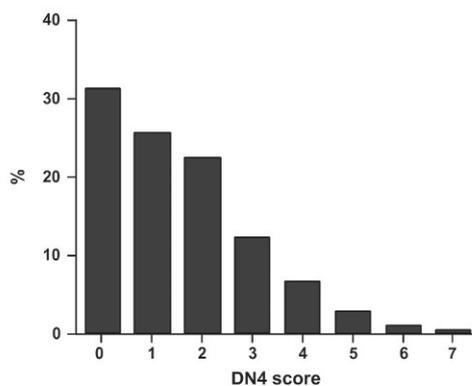


Fig. 1. Distribution of the mean DN4 score in the survey respondents.

4.8–5.4] in the general population. Thus, NC were reported by 21.7% of respondents with chronic pain of any intensity and 25.6% of respondents with chronic pain of moderate to severe pain intensity.

3.2.1. Socio-demographic profile of respondents with chronic pain with or without NC (Table 3)

Chronic pain with NC was more prevalent in women than in men: 60.5% of respondents with NC were women and increased with age, peaking at 50–64 years. It was more than twice as prevalent in manual workers or farmers than in managers and was more prevalent in rural areas than in large urban communities.

3.2.2. Comparison of clinical characteristics between pain with or without NC

Not only pain description, but also its intensity, duration and location differed significantly between people with chronic pain with NC and those without NC.

All seven sensory descriptors of the DN4 occurred significantly more frequently in the chronic pain with NC group (Table 4).

Table 3
Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics according to socio-demographic characteristics

	Chronic pain with neuropathic characteristics (%) [95%CI]	Odds ratio [95%CI]	Adjusted odds ratio [95%CI]	P
Gender				
Male	5.7 [5.4–6.0]	1.0	1.0	
Female	8.0 [7.7–8.3]	1.21 [1.08–1.35]	1.23 [1.11–1.43]	<0.001
Age (years)				
<25	4.9 [4.6–5.2]	0.80 [0.64–0.90]	0.78 [0.63–0.7]	0.02
25–34	4.2 [3.9–4.5]	0.6 [0.5–0.8]	0.6 [0.5–0.8]	0.004
35–49	6.4 [6.1–6.7]	1.01 [0.86–1.18]	1.01 [0.85–1.19]	0.94
50–64 ^r	9.3 [8.9–9.7]	1.0	1.0	
65–74	8.4 [7.9–8.7]	0.78 [0.65–0.93]	0.78 [0.63–0.96]	0.02
≥75	9.0 [8.5–9.3]	0.80 [0.65–0.98]	0.80 [0.63–1.02]	0.07
Work status				
Farmers	8.7 [8.3–9.1]	2.21 [1.30–3.76]	1.88 [1.09–3.23]	0.02
Shopkeepers	6.6 [6.3–6.9]	1.65 [1.08–2.53]	1.46 [0.95–2.25]	0.08
Managers ^r	3.2 [3.0–3.4]	1.0	1.0	
Middle executive	5.3 [5.0–5.6]	1.47 [1.05–2.06]	1.36 [1.00–1.91]	0.07
Clerks	6.0 [5.7–6.3]	1.60 [1.17–2.19]	1.37 [1.00–1.89]	0.06
Workers	8.0 [7.7–8.3]	2.23 [1.63–3.05]	2.08 [1.51–2.87]	<0.001
Retired	8.4 [8.0–8.8]	1.50 [1.11–2.03]	1.51 [1.07–2.12]	0.018
Other non-working	7.2 [6.9–7.5]	2.05 [1.51–2.78]	1.85 [1.34–2.56]	<0.001
Place of residence				
North	8.8 [8.4–9.2]	1.32 [1.04–1.64]	1.30 [1.00–1.62]	0.07
East	6.3 [6.0–6.6]	0.92 [0.75–1.15]	0.90 [0.73–1.12]	0.35
Center	6.6 [6.3–6.9]	1.00 [0.88–1.15]	1.00 [0.92–1.19]	0.15
West	7.1 [6.8–7.4]	1.17 [0.98–1.41]	1.13 [0.94–1.36]	0.19
South ^r	6.9 [6.6–7.2]	1.0	1.0	
Community size				
Rural (≤2000)	7.6 [7.3–7.9]	1.15 [0.95–1.38]	1.09 [0.89–1.34]	0.21
Cities <20,000	7.3 [7.0–7.6]	1.08 [0.89–1.33]	1.13 [0.93–1.37]	0.40
Cities <100,000 ^r	7.3 [7.0–7.6]	1.0	1.0	
Cities >100,000	6.9 [6.6–7.2]	1.00 [0.83–1.20]	1.03 [0.85–1.24]	0.76
Paris (10 millions)	5.0 [4.7–5.3]	0.72 [0.58–0.90]	0.72 [0.57–0.93]	0.01

Unadjusted odds ratio and adjusted odds ratio based on forward stepwise logistic regression. ^r = reference category.

The mean pain intensity during the last 24 hours was slightly but significantly ($p < 0.01$) higher in participants with chronic pain with NC (5.1 ± 2.1) than in those without NC (4.2 ± 2.0), suggesting that chronic pain with NC was more severe. This was also supported by significantly more participants with chronic pain with NC reporting a severe mean pain intensity (≥ 7 out of 10) and a duration ≥ 3 years (Table 4). Variations in pain intensity over the last 24 hours were reported by a significantly higher proportion ($p < 0.01$) of respondents with NC (40.5%) than respondents without NC (31.6%).

The location of pain differed significantly between the pain groups. In both groups, the most frequent locations were the lower and upper limbs, the back and the neck. However, 42.0% of respondents with chronic pain without NC reported only one pain location, mostly in the back (40.3%). This contrasted with the minority (20.8%) of respondents with chronic pain with NC who reported only one location, mostly in the lower limbs (40.3%). Only 5% of these respondents reported pain only in the back. Most respondents with NC

(78.4%) reported two (38%) or three (30%) pain locations. The most common combinations were the back with at least one lower limb (46.8%) and the neck with at least one upper limb (29.0%).

4. Discussion

STOPNEP is one of the largest surveys specifically devoted to chronic pain reported in the literature and the first national population-based study on chronic pain prevalence carried out in France.

The strengths of this postal survey were the large size of the sample, its representativeness in terms of sex, age, profession and place of residence and the high return rate of the questionnaire. Our observed point prevalence for chronic pain, defined as daily pain lasting over more than 3 months, is consistent with previous epidemiological studies. Early studies reported a relatively large range of prevalence rates (i.e. 7–50%) that could be explained by methodological disparities (e.g. differences in data collection and/or differences in the definition of chronic

Table 4
Comparison of the clinical characteristics of chronic pain with or without neuropathic characteristics

	Chronic pain with neuropathic characteristics (%)	Chronic pain without neuropathic characteristics (%)
Mean DN4 score	3.8 ± 0.9**	0.8 ± 0.7
Pain descriptors		
Burning	67.2***	17.3
Painful cold	22.6***	3.7
Electric shock	63.8***	18.1
Tingling	54.3***	7.6
Pins and Needles	73.4***	5.5
Itching	20.7***	2.0
Numbness	74.3***	24.9
Mean pain intensity		
Mild (1–3)	22.7***	39.8
Moderate (4–6)	48.7	46.4
Severe (7–10)	25.4***	11.9
Pain duration		
<6 months	9.8**	14.6
6–12 months	15.3	18.2
12–36 months	25.9	25.4
>36 months	48.7**	41.4
Pain locations		
Head	8.9	5.6
Neck/shoulder	42.9	31.9
Upper limb	46.9***	25.8
Thorax	8.6	3.5
Abomen	2.3	4.1
Back	62.7	58.3
Lower limb	71.1***	46.6

** $p < 0.01$.

*** $p < 0.001$.

pain) (Verhaak et al., 1998; Elliott et al., 1999). However, a series of more recent surveys using similar criteria have consistently reported prevalence rates of between 15% and 25% for chronic pain of at least a moderate intensity (Andersson et al., 1993; Buskila et al., 2000; Blyth et al., 2001; Eriksen et al., 2003; Rustoen et al., 2004; Breivik et al., 2006). Therefore, the prevalence of 19.9% for chronic pain of at least moderate intensity in this study is probably clinically relevant. Our results also indicated that chronic pain is more prevalent in women, older people and those with a lower professional status, which is consistent with previous studies. Thus, our data confirm that chronic pain is highly prevalent in the French general population, as it is in other developed countries.

Our results based on the DN4 questionnaire show a prevalence of neuropathic characteristics of 6.9% in subjects with chronic pain of any intensity and 5.1% in those with chronic pain of moderate to severe intensity. A higher prevalence of neuropathic characteristics was associated with sex (women), place of residence (rural areas), age (middle-age) and profession (farmers and workers).

Our estimation of the overall prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics is close, although slightly lower, to that reported in the only comparable survey carried out in UK (i.e. prevalence rate 8.2%) (Torrance et al., 2006). A higher prevalence of chronic pain was reported in the British study (i.e. 48%), which may be explained by a different definition of chronic pain (including intermittent pain or discomfort) and/or a bias due to the relatively low return rate of the questionnaire (i.e. 52.4%). However, the proportion of chronic pain with neuropathic characteristics was similar in the two studies. In addition, both studies concluded that neuropathic characteristics were more frequently located in the limbs and were more severe (i.e. higher intensity and longer duration) than pain without neuropathic characteristics. These two population-based surveys carried out in parallel in two different countries indicate that, together with differences in clinical expression, chronic pain with neuropathic characteristics has a specific sociodemographic profile. Thus, it should be considered as a distinct clinical entity that deserves particular attention.

One general limitation of our study is related to the difficulties associated with the definition and diagnosis of neuropathic pain (Hansson, 2002; Max, 2002; Backonja, 2003; Bennett, 2003; Rasmussen et al., 2004). In principle, because of the lack of validated diagnostic criteria, one cannot equate the neuropathic characteristics identified in the present study with neuropathic pain. However, the present data indicate that the neuropathic characteristics identified in the general population are similar to those of patients with chronic pain due to an identified neurological lesion (Bouhassira et al., 2005), corresponding to the newly proposed category of “definite neuropathic pain” (Rasmussen et al., 2004). Consistent with our previous results (Bouhassira et al., 2005), we found that all the DN4 items were significantly more frequent in the group of respondents with neuropathic characteristics. Importantly, the seven descriptors had frequencies almost identical to those reported in our original validation study. Thus, although the DN4 questionnaire was not formally validated in the general population, the present results strongly suggest that the neuropathic characteristics identified in patients referred to multidisciplinary pain centers are representative of those in the general population. This is also supported by our estimated proportion of chronic pain sufferers with neuropathic characteristics in the general population (25% of sufferers of chronic pain of at least moderate intensity), which agrees with previous studies showing that 20–30% of patients seen in pain clinics have neuropathic pain (Bowsher, 1991; Davies et al., 1992; Grond et al., 1996). More generally, the present data suggest that the differences in terms of chronic pain characteristics between patients referred to specialized centers and the general population might

be more quantitative (e.g. intensity, duration) than qualitative.

Another limitation of our study is the lack of direct information regarding the aetiology of pain. Like the other recently validated screening tools based on symptoms (Bennett et al., 2007), the DN4 questionnaire allows identification of chronic pain with neuropathic characteristics with a very good specificity and sensitivity, but does not allow identification of its cause. Determining the cause of a neurological lesion requires a complete physical examination, often including electrophysiological testing, laboratory tests, and/or imaging, which are incompatible with large epidemiological studies. Nonetheless, despite the lack of questions specifically related to the pain aetiology in the present survey, analysis of the pain locations reported by the participants revealed some interesting results. We found that most respondents with neuropathic characteristics reported more than one pain location. Because pain located in different areas of the body may involve distinct mechanisms, one cannot exclude that a proportion of these participants had a combination of pain with and without neuropathic characteristics (i.e. the so-called “mixed pain”). In the present study we analysed only the characteristics in one location corresponding to the most troublesome pain. Therefore, one can conclude that respondents with several pain locations presented with at least one chronic pain with neuropathic characteristics, but one cannot conclude regarding the characteristics (neuropathic or not) of pain in the other locations. In any case, our results indicate that the neuropathic characteristics reported by patients with several pain locations are similar to those of patients with definite neuropathic pain in only one location (Bouhassira et al., 2005). Interestingly, this is consistent with the recent results of Freynhagen et al. (2006b) showing that radiculopathies associated with mixed pain syndromes have clinical characteristics similar to those of definite neuropathic pain syndromes. In the present study, the most frequent combinations in participants with neuropathic characteristics were pain in the lower limbs and the back or in the upper limbs and the neck. These specific distributions might indicate that the neuropathic characteristics we identified in the general population corresponded primarily to lumbar or cervical radiculopathies. This hypothesis, which has to be confirmed in future studies, is consistent with data showing that chronic back and neck pain, which are highly prevalent in the general population (e.g. Andersson, 1999; Deyo and Weinstein, 2001; Webb et al., 2003), are very frequently associated (up to 40–50% of patients) with neuropathic radiculopathies (Hillman et al., 1996; Kaki et al., 2005; Freynhagen et al., 2006b).

In conclusion, the present study is an important step towards a general epidemiology of neuropathic pain.

Studies are now underway to analyse further the aetiologies of chronic pain with neuropathic characteristics and to determine its natural history, risk factors, comorbidities (e.g. depression, anxiety, sleep disorders) and its impact on the quality of life and to estimate its cost for the health services.

Acknowledgement

This study was supported by Pfizer France.

References

- Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen M, Jensen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain* 1995;61:187–93.
- Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581–5.
- Ardilly P. Les techniques des sondages. Technip editors, Paris, France: 1994; p. 154–64.
- Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS Task Force. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1153–69.
- Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993;9:174–82.
- Backonja MM. Defining neuropathic pain. *Anesth Analg* 2003;97:785–90.
- Baron R. Mechanisms of disease: neuropathic pain – a clinical perspective. *Nature Clin Pract Neurol* 2006;2:95–106.
- Bennett GJ. Neuropathic pain: a crisis of definition? *Anesth Analg* 2003;97:619–20.
- Bennett M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bouhassira D, Freynhagen R, et al. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007;127:199–203.
- Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001;92:147–57.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127–34.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29–36.
- Bowsher D. Neurogenic pain syndromes and their management. *Br Med Bull* 1991;47:644–66.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
- Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol* 2000;27:1521–5.
- Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain* 1999;82:263–74.
- Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:129–38.
- Daoui C, MacFarlane IA, Woodward A, Nurmikko TJ, Bundred PE, Benbow SJ. Chronic painful peripheral neuropathy in an urban community: a controlled comparison of people with and without diabetes. *Diabet Med* 2004;21:976–82.

- Davies HTO, Crombie IK, Macrae WA, Rogers KM. Pain clinic patients in northern Britain. *Pain Clinic* 1992;5:129–35.
- Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:1518–22.
- Deville JC, Sarndal CE, Sautory O. Generalized raking procedures in survey sampling. *J Am Statist Assoc* 1993;88:1013–20.
- Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363–70.
- Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003;60:1524–34.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354:1248–52.
- Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221–8.
- Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. *Pain* 2005;118:289–305.
- Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006a;22:1911–20.
- Freyenhagen R, Baron R, Tolle T, Stemmler E, Gockel U, Stevens M, et al. Screening of neuropathic pain components in patients with chronic back pain associated with nerve root compression: a prospective observational pilot study (MIPORT). *Curr Med Res Opin* 2006b;22:529–37.
- Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbruch L, Lehmann KA. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. *Pain* 1996;64:107–14.
- Hansson P. Neuropathic pain: clinical characteristics and diagnostic workup. *Eur J Pain* 2002;6:47–50.
- Harden N, Cohen M. Unmet needs in the management of neuropathic pain. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:S12–7.
- Hewitt DJ, McDonald M, Portenoy RK, Rosenfeld B, Passik S, Breitbart W. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1997;70:117–23.
- Hillman M, Wright A, Rajaratnam G, Tennant A, Chamberlain MA. Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:347–52.
- Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Enquête sur l'emploi, March 2002. Society Detailed Results; 2002, vol. 5, p. 1–50.
- Irving GA. Contemporary assessment and management of neuropathic pain. *Neurology* 2005;64:S21–7.
- Jensen TS, Baron R. Translation of symptoms and signs into mechanisms in neuropathic pain. *Pain* 2003;102:1–8.
- Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, Dworkin RH. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. *Neurology* 2004;62:1545–55.
- Kaki AM, El-Yaski AZ, Youseif E. Identifying neuropathic pain among patients with chronic low-back pain: use of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs pain scale. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30:422–8.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- Krause SJ, Backonja MM. Development of a neuropathic pain questionnaire. *Clin J Pain* 2003;19:306–14.
- Max MB. Clarifying the definition of neuropathic pain. *Pain* 2002;96:406–7.
- Merskey H, Bogduk N, editors. Classification of Chronic Pain. IASP Press, Seattle: 1994.
- Osterberg A, Boivie J, Thuomas KA. Central pain in multiple sclerosis—prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain* 2005;9:531–42.
- Portenoy RK. Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain. *Curr Med Res Opin* 2006;8:1555–65.
- Rasmussen PV, Sindrup SH, Jensen TS, Bach FW. Symptoms and signs in patients with suspected neuropathic pain. *Pain* 2004;110:461–9.
- Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004;8:555–65.
- Siddall PJ, McClelland JM, Rutkowski SB, Cousins MJ. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain* 2003;103:249–57.
- Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain* 2006;7:281–9.
- Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77:231–9.
- Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine* 2003;28:1195–202.
- Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet* 1999;353:1959–64.
- Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med* 2004;140:441–51.

Tests de concordance de script (TCS)

TCS 1

Madame C. est suivie pour un diabète de type 1. Elle se plaint de brûlures continues de la plante des pieds majorés à la marche.

Questions

Si vous pensez à...	Et que...	Votre hypothèse diagnostique devient...
1. Une neuropathie sensitive d'origine diabétique	Vous apprenez que le diabète a été diagnostiqué tardivement et qu'il est difficile à équilibrer	-2 -1 0 +1 +2
2. Une neuropathie sensitive d'origine diabétique	Le questionnaire DN4 est à 6/10	-2 -1 0 +1 +2
3. Une neuropathie sensitive d'origine diabétique	Le questionnaire DN4 est à 3/10	-2 -1 0 +1 +2
4. Une neuropathie sensitive d'origine diabétique	L'électromyogramme des membres inférieurs est normal	-2 -1 0 +1 +2
5. Une neuropathie sensitive d'origine diabétique	Il n'existe pas d'hypoesthésie cutanée de la plante des pieds	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 quasi improbable
- 1 moins probable
- 0 ni plus ni moins probable
- +1 plus probable
- +2 quasi certaine

TCS 2

Monsieur B., âgé de 63 ans, a un liposarcome de la jambe gauche très évolué. Les douleurs sont devenues intolérables et insomniantes.

Questions

Si vous pensez...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
1. Débuter de l'oxycodone orale	Vous apprenez que Monsieur B. n'a pas eu d'antalgique opioïde faible auparavant	-2 -1 0 +1 +2
2. Débuter de l'oxycodone orale	Vous apprenez que Monsieur B. a mal toléré les opioïdes forts en postopératoire d'une intervention chirurgicale antérieure	-2 -1 0 +1 +2
3. Débuter de l'oxycodone orale	Monsieur B. refuse tout traitement morphinique malgré les informations données	-2 -1 0 +1 +2

Si vous pensez...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
Entourez la proposition qui vous semble adéquate :		
-2 inutile		
-1 moins utile, moins pertinent		
0 ni plus ni moins utile		
+1 plus utile, plus pertinent		
+2 indispensable, très pertinent		

TCS 3

Monsieur G., âgé de 64 ans, est traité par chimiothérapie pour un cancer de la tête du pancréas. Les douleurs abdominales ont conduit à une augmentation quotidienne des doses d'opioïdes forts par voie orale. L'équipe mobile de soins palliatifs est appelée car Monsieur G. a des nausées et des vomissements épisodiques, sans arrêt des matières et des gaz.

Question 1

Si vous pensez à...	Et que...	Votre hypothèse diagnostique devient...
1A. Une subocclusion digestive maligne	Le transit intestinal est ralenti depuis une dizaine de jours	-2 -1 0 +1 +2
1B. Une subocclusion digestive maligne	Le dernier scanner abdomino-pelvien montrait une carcinose péritonéale avec ascite	-2 -1 0 +1 +2
1C. Une obstruction de la voie biliaire principale par la masse tumorale	Le bilan biologique est en faveur d'une cholestase biologique	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate :		
-2 quasi improbable		
-1 moins probable		
0 ni plus ni moins probable		
+1 plus probable		
+2 quasi certaine		

Question 2

L'état clinique de Monsieur G. s'altère avec majoration des douleurs de l'hypocondre droit, ce qui conduit à pratiquer une écho-endoscopie.

Si vous pensez à...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement/geste proposé...
2A. Une endoprothèse biliaire	La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique montre une obstruction biliaire tumorale	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une endoprothèse biliaire	Monsieur G. devient ictérique	-2 -1 0 +1 +2
2C. Des opioïdes injectables par pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA)	L'état général de Monsieur G. se dégrade avec asthénie, difficultés de concentration et somnolence	-2 -1 0 +1 +2
2D. Des opioïdes injectables par pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA)	Monsieur G. vomit de plus en plus avec des douleurs devenues intolérables	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate :		
-2 inutile		
-1 moins utile, moins pertinent		
0 ni plus ni moins utile		
+1 plus utile, plus pertinent		
+2 indispensable, très pertinent		

TCS 4

Madame A., âgée de 45 ans, a été traitée pour un cancer du sein par radiothérapie, chirurgie et chimiothérapie. Elle se plaint de douleurs lombaires d'intensité croissante. Des examens complémentaires sont envisagés prochainement.

Question 1

Si vous pensez à...	Et que...	Votre hypothèse diagnostique devient...
1A. Des métastases lombaires	Madame A. vous dit souffrir de lombalgies chroniques sur rachis arthrosique	-2 -1 0 +1 +2
1B. Des métastases lombaires	Les douleurs sont maximales au repos et qu'elles diminuent à la marche	-2 -1 0 +1 +2
1C. Des métastases lombaires	Les douleurs sont de type nociceptif mécanique	-2 -1 0 +1 +2
1D. Des métastases lombaires	Le dosage biologique de CA 15.3 est en hausse	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 quasi improbable
- 1 moins probable
- 0 ni plus ni moins probable
- +1 plus probable
- +2 quasi certaine

Question 2

Si vous pensez réaliser...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend l'examen proposé...
2A. Des radiographies du rachis lombaire	La scintigraphie osseuse est strictement normale	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une scintigraphie osseuse	La consultation fait le constat de douleurs osseuses multiples, prédominant dans la région lombaire	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombaire	La radiographie du rachis montre un tassement du corps de plusieurs vertèbres lombaires	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 inutile
- 1 moins utile, moins pertinent
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 plus utile, plus pertinent
- +2 indispensable, très pertinent

TCS 5

Monsieur D. est traité pour un cancer du côlon. Il est sous traitement opioïde oral à libération prolongée (LP) matin et soir et il a arrêté les interdoses d'opioïdes à libération immédiate (LI), jugées inefficaces. Son médecin généraliste vous l'adresse en consultation d'algologie pour prise en charge de douleurs abdominales. Le compte rendu évoque des accès douloureux spontanés que le patient évalue à 8 sur une échelle numérique de 0 à 10.

Monsieur D. est accompagné de son épouse.

Question 1

Si vous pensez...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
1A. Augmenter la posologie des opioïdes par une nouvelle titration orale	Son épouse vous signale la réticence de son époux vis-à-vis du traitement en cours	-2 -1 0 +1 +2
1B. Augmenter la posologie des opioïdes par une nouvelle titration orale	Les accès douloureux durent 30 à 45 minutes	-2 -1 0 +1 +2
1C. Augmenter la posologie des opioïdes par une nouvelle titration orale	Monsieur D. présente une somnolence et quelques troubles cognitifs	-2 -1 0 +1 +2
1D. Augmenter la posologie des opioïdes par une nouvelle titration orale	La douleur de fond est à 6/10 et le traitement opioïde en cours bien toléré	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate :		
-2 inutile		
-1 moins utile, moins pertinent		
0 ni plus ni moins utile		
+1 plus utile, plus pertinent		
+2 indispensable, très pertinent		

Question 2

Après quelques mois de stabilité des douleurs, Monsieur D. est à nouveau très algique. Les doses d'opioïde fort *per os* sont augmentées progressivement pour faire face aux besoins. Un bilan carcinologique est programmé.

Si vous pensez proposer...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
2A. Une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA) en remplacement du traitement par voie orale	Les nouvelles doses d'opioïdes par voie orale apportent un soulagement supplémentaire, sans effets indésirables	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA) en remplacement du traitement par voie orale	La douleur de Monsieur D. est instable, avec des accès douloureux fréquents et intenses	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA) en remplacement du traitement par voie orale	Monsieur D. a des troubles cognitifs depuis l'augmentation des doses d'opioïde par voie orale	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate :		
-2 inutile		
-1 moins utile, moins pertinent		
0 ni plus ni moins utile		
+1 plus utile, plus pertinent		
+2 indispensable, très pertinent		

TCS 6

Madame N., âgée de 40 ans, souffre de douleurs viscérales liées à un cancer gastrique. Elle est traitée depuis 2 mois par du fentanyl transdermique, en traitement de fond des douleurs, associé à des interdoses d'oxycodone orale à libération immédiate (LI) pour les accès douloureux. Comme elle est à nouveau très douloureuse depuis quelques jours, son médecin généraliste vous téléphone pour avoir des conseils sur l'adaptation du traitement antalgique.

Question 1

Si vous pensez proposer...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
1A. Le maintien du fentanyl transdermique avec augmentation progressive des doses	Madame N. a besoin des 6 interdoses d'oxycodone orale prescrites par son médecin généraliste pour être soulagée	-2 -1 0 +1 +2
1B. Le maintien du fentanyl transdermique avec augmentation progressive des doses	Madame N. se plaint de nausées et vomissements d'apparition récente	-2 -1 0 +1 +2
1C. Le maintien du fentanyl transdermique avec augmentation progressive des doses	Madame N. a des douleurs d'intensité croissante, jugées « intolérables »	-2 -1 0 +1 +2
1D. Un arrêt du fentanyl transdermique et un relais par pompe PCA de morphine injectable	La clairance de la créatinine est à 30 ml/min	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 inutile -1 moins utile, moins pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable, très pertinent		

Question 2

Vous optez collégialement pour un changement d'opioïde : ablation des patchs de fentanyl transdermique et mise en place d'une pompe PCA d'oxycodone par voie intraveineuse : bolus auto-administrés seuls, au départ, puis perfusion continue + bolus, 12 heures après l'ablation des patchs de fentanyl.

Quelques jours plus tard, Madame N. souhaite rentrer à domicile, entourée de ses proches.

Si vous pensez...	Et que vous apprenez que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
2A. Enlever la pompe PCA et repasser au fentanyl transdermique	Madame N. a besoin de 20 bolus d'oxycodone IV par jour pour être soulagée	-2 -1 0 +1 +2
2B. Enlever la pompe PCA et repasser au fentanyl transdermique	Le scanner abdomino-pelvien montre une extension locorégionale importante	-2 -1 0 +1 +2
2C. Faire un relais vers l'oxycodone <i>per os</i> (LP + LI)	Madame N. est soulagée par la pompe PCA et qu'elle utilise 3 à 4 bolus par jour	-2 -1 0 +1 +2
2D. Faire un relais vers l'oxycodone <i>per os</i> (LP + LI)	Madame N. fait une trentaine de bolus par jour et qu'elle se dit mal soulagée par la pompe	-2 -1 0 +1 +2
2E. Maintenir la pompe PCA pour le retour à domicile	Madame N. souhaite une simplification du dispositif antalgique avant le retour à domicile	-2 -1 0 +1 +2
2 F. Maintenir la pompe PCA pour le retour à domicile	Madame N. se dit bien soulagée avec 10 à 12 bolus par jour.	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 inutile -1 moins utile, moins pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable, très pertinent		

TCS 7

Vous êtes médecin algologue dans une équipe mobile. Vous êtes appelé au chevet de Monsieur B., patient de 70 ans hospitalisé en hématologie pour bilan de myélome ; il serait somnolent depuis l'introduction d'un traitement opioïde fort pour des douleurs rachidiennes liées à sa maladie.

Question 1

Si vous pensez à...	Et que...	Votre hypothèse diagnostique devient...
1A. Un surdosage en opioïde	La fréquence respiratoire est normale et Monsieur B. est éveillable par stimulation verbale	-2 -1 0 +1 +2
1B. Un surdosage en opioïde	La fréquence respiratoire est à 8 par minute et Monsieur B. est éveillable par stimulation tactile	-2 -1 0 +1 +2
1C. Un surdosage en opioïde	Les douleurs rachidiennes à l'origine du traitement opioïde survenaient uniquement à la marche	-2 -1 0 +1 +2
1D. Un surdosage en opioïde	Les pupilles ne sont pas en myosis, mais intermédiaires.	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 quasi improbable
- 1 moins probable
- 0 ni plus ni moins probable
- +1 plus probable
- +2 quasi certaine

Question 2

Si vous pensez à...	Et que vous apprenez que...	Votre hypothèse diagnostique devient...
2A. Une dette en sommeil (récupération après soulagement de la douleur)	Monsieur B. a une majoration de son insuffisance rénale	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une dette en sommeil (récupération après soulagement de la douleur)	Monsieur B. a très mal dormi les dernières nuits à cause de la douleur	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une dette en sommeil (récupération après soulagement de la douleur)	La fréquence respiratoire est normale et le patient éveillable par stimulation verbale	-2 -1 0 +1 +2
2D. Une dette en sommeil (récupération après soulagement de la douleur)	Le début du traitement remonte à 10 jours	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 quasi improbable
- 1 moins probable
- 0 ni plus ni moins probable
- +1 plus probable
- +2 quasi certaine

TCS 8

Monsieur D. vous est adressé pour une douleur cancéreuse mixte intense (nociceptive et neuropathique) liée à un cancer rectal envahissant le petit bassin (échappement thérapeutique). Monsieur D. est déjà sous opioïde fort par voie orale.

Question 1

Si vous pensez...	Et que vous apprenez que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
1A. Augmenter, dans un premier temps, les posologies du traitement opioïde fort	Les interdoses d'opioïde à libération immédiate (LI) en cours sont efficaces	-2 -1 0 +1 +2
1B. Augmenter, dans un premier temps, les posologies du traitement opioïde fort	Le patient a une intolérance et/ou des contre-indications aux antiépileptiques et aux antidépresseurs	-2 -1 0 +1 +2
1C. Augmenter, dans un premier temps, les posologies du traitement opioïde fort	Le patient a une somnolence ou des troubles cognitifs avec le traitement opioïde en cours	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 inutile
- 1 moins utile, moins pertinent
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 plus utile, plus pertinent
- +2 indispensable, très pertinent

Question 2

Si vous pensez...	Et que vous apprenez que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
2A. Instaurer un traitement par antidépresseurs tricycliques	Le patient a dans ses antécédents un glaucome à angle fermé	-2 -1 0 +1 +2
2B. Instaurer un traitement par antidépresseurs tricycliques	Le patient n'arrive plus à dormir depuis l'aggravation des douleurs	-2 -1 0 +1 +2
2C. Instaurer un traitement par antidépresseur tricyclique	Le patient a débuté la prégabaline depuis 10 jours	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 inutile
- 1 moins utile, moins pertinent
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 plus utile, plus pertinent
- +2 indispensable, très pertinent

Question 3

Si vous pensez...	Et que vous apprenez que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement/geste proposé...
3A. Débuter une antalgie intrathécale	Le patient n'a jamais eu de traitement antidépresseur ni antiépileptique	-2 -1 0 +1 +2
3B. Débuter une antalgie intrathécale	Le traitement antérieur par gabapentine était prescrit à la posologie de 900 mg par jour (fonction rénale normale)	-2 -1 0 +1 +2
3C. Débuter une antalgie intrathécale	Le patient a testé sans résultats tous les traitements spécifiques des douleurs neuropathiques (ordonnances et courriers à l'appui)	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 inutile
- 1 moins utile, moins pertinent
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 plus utile, plus pertinent
- +2 indispensable, très pertinent

TCS 9

Madame H., 56 ans, est traitée pour un adénocarcinome mammaire avec métastases pulmonaires et rachidiennes. Elle a bénéficié d'une chirurgie, d'une radiothérapie et poursuit sa troisième ligne de chimiothérapie.

Questions

Si vous envisagez...	Et que vous mettez en évidence...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
1. Une nouvelle ligne de chimiothérapie	Une méningite carcinomateuse	-2 -1 0 +1 +2
2. Une nouvelle ligne de chimiothérapie	Un indice de Karnofsky à 20 %	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 inutile
- 1 moins utile, moins pertinent
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 plus utile, plus pertinent
- +2 indispensable, très pertinent

TCS 10

Madame H., 58 ans, est en phase terminale d'un cancer épidermoïde bronchique. Elle n'est plus consciente. Il est envisagé pour elle une limitation de traitement. Son mari est informé de cette possibilité.

Questions

Si le mari vous demande...	Et que vous apprenez...	Cette nouvelle information sur la possibilité de consulter le dossier est...
1. La consultation du dossier de la patiente	Qu'il est sa personne de confiance	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 totalement inutile
- 1 inutile
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 utile
- +2 très utile

TCS 11

Monsieur Ba., 64 ans, hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral hémorragique, présente une détresse respiratoire. Son état est jugé critique et les traitements mis en place ne permettent pas l'amélioration de la détresse respiratoire.

Questions

Si vous envisagez...	Et que le patient en mesure de s'exprimer...	Cette nouvelle information sur la décision de la conduite à tenir est...
1. Une sédation pour symptômes réfractaires	Veut rester éveillé	-2 -1 0 +1 +2
2. Des mesures de réanimation respiratoire en réanimation	S'y oppose	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 totalement inutile
- 1 inutile
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 utile
- +2 très utile

TCS 12

Madame S., 62 ans, présente une douleur rachidienne non contrôlée et évaluée à 9/10 sur l'échelle numérique (EN). Cette douleur est en rapport avec une métastase d'un cancer du sein en quatrième ligne de chimiothérapie.

Questions

Si vous envisagez...	Et que la patiente vous fait part...	Cette nouvelle information sur la décision quant à la conduite à tenir est...
1. Une sédation pour symptômes réfractaires	D'un traitement antalgique reposant sur un palier 2 de la classification de l'OMS	-2 -1 0 +1 +2
2. Une sédation pour symptômes réfractaires	De sa volonté de bénéficier d'une euthanasie	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 totalement inutile
- 1 inutile
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 utile
- +2 très utile

TCS 13

Monsieur L., 46 ans, présente une polypnée avec une fréquence respiratoire à 30 par minute associée à un tirage sus-claviculaire ainsi qu'un encombrement bronchique. Le traitement actuel de ces manifestations repose uniquement sur des opiacés. Vous évoquez une détresse respiratoire.

Questions

Si vous envisagez...	Et que le patient vous fait part...	Cette nouvelle information sur la décision quant à la conduite à tenir est...
1. Une sédation pour symptômes réfractaires	D'une bonne tolérance de sa respiration	-2 -1 0 +1 +2
2. Une sédation pour symptômes réfractaires	Du désir de sa famille qu'il reste éveillé	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 totalement inutile
- 1 inutile
- 0 ni plus ni moins utile
- +1 utile
- +2 très utile

This page intentionally left blank



Corrigés

This page intentionally left blank

CHAPITRE 6

Cas cliniques corrigés

Cas clinique 1

Colique néphrétique

Question 1 – QROC

Réponse : colique néphrétique droite.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 3 – QRU

Réponse : D.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B.

Question 5 – QRM

Réponse : A, C.

Question 6 – QROC

Réponse : échelle visuelle analogique.
Réponse alternative possible : EVA.

Question 7 – QROC

Réponse : kétoprofène 100 mg.

Question 8 – QROC

Réponse : morphine.

Question 9 – QROC

Réponse : fréquence respiratoire.

Question 10 – QRU

Réponse : D.

Question 11 – QRM

Réponse : A, C, E.

Question 12 – QROC

Réponse : drainage urinaire.
Réponse alternative possible : dérivation urinaire.

Question 13 – QRU

Réponse : E.

Question 14 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 15 – QRU

Réponse : C.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Colique néphrétique droite	7
2	A, B, C, D, E	7
3	D	6
4	A, B	7
5	A, C	7
6	Échelle visuelle analogique, ou EVA	6
7	Kétoprofène 100 mg, intraveineux lent	7
8	Morphine	7
9	Fréquence respiratoire	7
10	D	6
11	A, C, E	7
12	Drainage urinaire, ou dérivation urinaire	7
13	E	6
14	A, B, C, D, E	7
15	C	6
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 262 : Lithiase urinaire

Références :

Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. Actualisation 2008 de la 8^e Conférence de consensus



de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C, et al., sous-commission de veille scientifique de la SFMU. Progrès en urologie 2009; 19 : 462–73 (<http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2009/v19i7/S1166708709000979/main.pdf>). Classification des antalgiques : cf. Annexe 1.

Fiche de synthèse : voir p. 161 et 163.

Cas clinique 2

Douleur aiguë, drépanocytose

Question 1 – QROC

Réponse : drépanocytose homozygote.

Question 2 – QROC

Réponse : électrophorèse de l'hémoglobine.

Question 3 – QROC

Réponse : hémoglobine S (85–90 %).
Réponse alternative possible : hémoglobine anormale.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, E, F.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire : Le diagnostic retenu pour Monsieur A.-B. est celui de crises vaso-occlusives :

- crises drépanocytaires douloureuses ou accidents vaso-occlusifs d'allure paroxystique et de survenue brutale, migratrices, souvent déclenchées par une infection, une hypoxie (altitude, avion), le froid, la déshydratation ;
- chez un sujet noir (mais des formes existent aussi dans le bassin méditerranéen et aux Indes) ;
- pouvant toucher tous les territoires : abdominal (douleurs pseudo-chirurgicales), ostéoarticulaire, thoracique, splénique, rénal, etc.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Question 8 – QROC

Réponse : abdomen chirurgical.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Drépanocytose homozygote	13
2	Électrophorèse de l'hémoglobine	12
3	Hémoglobine S (85-90%), ou hémoglobine anormale	12
4	A, B, E, F	13
5	A, B, C, E	12
6	A, B, C, D, E, F, G	13

7	A, C, D, E	13
8	Abdomen chirurgical	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

Références :

Syndromes drépanocytaires majeurs de l'adulte. HAS, janvier 2010 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/ald_10_guide_drepano_adulte_web.pdf).

Classification des antalgiques : cf. Annexe 1.

Fiche de synthèse : voir p. 164.

Cas clinique 3

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus

Question 1 – QRM

Réponse : C, D.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 3 – QRM

Réponse : B, F.

Commentaire : Chez ce patient présentant deux contre-indications (âge et traitement antiagrégant), on ne proposera pas d'AINS. La douleur étant sévère et le patient devant rester à jeun en vue de l'intervention, il pourra avoir du paracétamol et la morphine en parentéral. La meilleure méthode d'administration de la morphine est en titration intraveineuse.

Question 4 – QROC

Réponse : MEOPA.

Réponse alternative possible : mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

Question 5 – QROC

Réponse : bloc interscalénique.

Commentaire : Un bloc interscalénique est une anesthésie locorégionale, sous échographie, du plexus brachial haut, permettant une bonne analgésie de l'épaule et de l'extrémité supérieure de l'humérus, insuffisante pour réaliser une intervention, mais très utile pour le préopératoire mais aussi, et surtout, en postopératoire. Un cathéter pourra être laissé en place.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C.

Question 7 – QROC

Réponse : sympathique cervical.

Question 8 – QROC

Réponse : le bloc interscalénique.

Réponse alternative possible : anesthésie locorégionale, analgésie locorégionale, bloc analgésique.

Commentaire : Il s'agit d'un syndrome de Claude Bernard-Horner (myosis, énophtalmie, ptosis ou chute palpébrale) due à l'atteinte du sympathique cervical, complication classique du bloc interscalénique par diffusion du produit. Il faut surtout craindre une atteinte du nerf phrénique (C4), autre complication possible du bloc interscalénique.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 10 – QROC

Réponse : infarctus du myocarde.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	C, D	9
2	A, B, D	9
3	B, F	9
4	MEOPA, ou mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote	10
5	Bloc interscalénique	9
6	B, C	9
7	Sympathique cervical	9
8	Bloc interscalénique, ou anesthésie locorégionale, analgésie locorégionale, bloc analgésique	9
9	B, C, D, E	9
10	Infarctus du myocarde	9
11	A, B	9
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 133 : Anesthésie locale, locorégionale et générale
item 359 : Fractures fréquentes de l'adulte et du sujet âgé

Références :

Classification des antalgiques : cf. Annexe 1.

Fiche de synthèse : voir p. 163 et 166.**Cas clinique 4****Algodystrophie****Question 1 – QROC**

Réponse : algodystrophie.

Réponse alternative possible : algoneurodystrophie, algodystrophie sympathique réflexe, syndrome épaule-main, syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC 1).

Question 2 – QROC

Réponse : syndrome épaule-main.

Réponse alternative possible ; syndrome douloureux régional complexe (type 1), SDRC 1.

Question 3 – QROC

Réponse : chaude.

Question 4 – QRM

Réponse : F, car aucun de ces examens n'est indispensable.

Commentaire : En pratique, le diagnostic est souvent évident lorsque l'anamnèse et le tableau clinique sont typiques. On pourra, au titre du diagnostic différentiel, s'assurer de l'absence de syndrome inflammatoire biologique et faire des radiographies simples. En cas de doute persistant à l'issue de cette étape, une scintigraphie osseuse, une IRM (en particulier pour la hanche) pourront être effectuées. Il existe des faux négatifs dans les examens d'imagerie et aucun de ces examens n'a d'intérêt dans le suivi de l'algodystrophie.

Question 5 – QRM

Réponse : B, D.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : B, D.

Question 8 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Algodystrophie, ou algoneurodystrophie, algodystrophie sympathique réflexe, syndrome épaule-main, syndrome douloureux régional complexe type 1 (SDRC 1)	10
2	Syndrôme épaule-main, ou syndrome douloureux régional complexe de type 1, SDRC 1	10
3	Chaude	10
4	F	10
5	B, D	10
6	B, C, D, E	10
7	B, D	10
8	B, C, D, E	10
9	B, C, E	10
10	A, B, D, E	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 133 : Anesthésie locale, locorégionale et générale

item 195 : Syndrome douloureux régional complexe (ex-algodystrophie)

Références :

Viel E, Péliissier J, Ripart J, Eledjam J-J. Prise en charge des algodystrophies en urgence. (http://www.copacamu.org/IMG/pdf/VIEL_Texte_-_Algodystrophies_et_urgences.pdf).

Péliissier J, Viel E, Chauvineau V et al. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I. Encycl Méd Chir (Elsevier Paris). Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 26-293-A-10, 2003.

Viel E, Bredeau O, Dattiez C, Dupeyron A. Le traitement des algodystrophies en 2012 : Concept général et principes thérapeutiques. Congrès MAPAR 2012.

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Cas clinique 5

Intervention programmée, prothèse de genou

Question 1 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : Pré-habilitation avant chirurgie : la préparation des patients à la chirurgie s'inscrit dans un continuum avec la réhabilitation postopératoire. Elle comprend un ensemble de mesures comme l'information au patient, l'arrêt du tabac, l'équilibration du diabète, la correction de la dénutrition, de l'anémie et de l'amaigrissement, le renforcement musculaire et la gestion des traitements chroniques pris par le patient. Beaucoup de ces mesures ont, séparément ou ensemble, un effet démontré sur la morbidité et la durée de séjour postopératoire dans différents modes de chirurgie. Il faut prendre le temps nécessaire pour atteindre les objectifs ci-dessus, mais sans perdre de vue que le patient est très algique et le handicap important ; l'intervention ne doit pas être trop retardée.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : La technique anesthésique peut être une rachianesthésie ou une anesthésie générale. S'y associent des techniques d'analgésie, devant comprendre les territoires fémoral et sciatique. Le nerf fémoral étant principalement impliqué, on effectue volontiers un bloc fémoral, de préférence avec un cathéter laissé en place pour faciliter la mobilisation précoce et le début précoce de la kinésithérapie. Les autres territoires (sciatique et obturateur) pourront être pris en charge soit par un bloc haut des nerfs respectifs, soit par une infiltration périopératoire de la capsule par le chirurgien avec des anesthésiques locaux.

Question 3 – QRM

Réponse : A, C, D, F.

Commentaire : Pour l'analgésie postopératoire pourront être prescrits la morphine (titration en salle de surveillance post-interventionnelle, puis pompe d'antalgie autocontrôlée par le patient, PCA), les antalgiques des classes 1 et 2 de l'OMS. Le néfopam (Acupan®) est contre-indiqué dans cette situation clinique en raison de son effet anticholinergique (adénome de prostate et glaucome). La lidocaïne (Xylocaïne®) IV n'est pas efficace dans la chirurgie lourde orthopédique — elle l'est en revanche dans la chirurgie lourde abdominale.

Question 4 – QROC

Réponse : mobilisation rapide.

Réponse alternative possible : mobilisation précoce, début précoce de la kinésithérapie, Kinetec®.

Commentaire : Le cathéter fémoral permet une analgésie locorégionale qui vise à faciliter la mobilisation rapide par une attelle motorisée Kinetec®.

Question 5 – QROC

Réponse : quadriceps.



Question 6 – QROC

Réponse : lésion nerveuse périphérique.
Réponse alternative possible : lésion du nerf fémoral.

Question 7 – QROC

Réponse : électromyogramme.
Réponse alternative possible : EMG.
Commentaire : L'atteinte du quadriceps peut correspondre à une atteinte du nerf fémoral (lors du bloc fémoral), malgré le taux très faible de ce type de complication depuis les techniques d'anesthésie locorégionale sous échographie. Dans ce cas, il faut réaliser au minimum un électromyogramme, éventuellement une imagerie lombaire, selon le contexte.

Question 8 – QROC

Réponse : neuropathique périphérique.
Réponse alternative possible : douleur neuropathique périphérique.
Commentaire : Il s'agit d'une douleur neuropathique typique de cicatrice.

Question 9 – QROC

Réponse : hyperalgésie.

Question 10 – QROC

Réponse : allodynie.
Réponse alternative possible : allodynie dynamique

Question 11 – QRM

Réponse : B, C, D, E, F, G.

Question 12 – QRM

Réponse : C, D, E, F, G.

Question 13 – QROC

Réponse : douleur.
Réponse alternative possible : douleur préopératoire.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, E	8
2	A, B, C, D, E	8
3	A, C, D, F	8
4	Mobilisation rapide, ou mobilisation précoce, début précoce de la kinésithérapie, Kinetec®	8
5	Quadriceps	7
6	Lésion nerveuse périphérique, ou lésion du nerf fémoral	8
7	Électromyogramme, ou EMG	7
8	neuropathique périphérique ou douleur neuropathique périphérique	8
9	Hyperalgésie	7
10	Allodynie ou allodynie dynamique	8
11	B, C, D, E, F, G	8
12	C, D, E, F, G	8
13	Douleur, ou douleur préopératoire	7
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique
item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses
item 133 : Anesthésie locale, locorégionale et générale
item 358 : Prothèses et ostéosynthèses

Fiche de synthèse : voir p. 163.

Cas clinique 6**Service d'accueil des urgences, douleurs abdominales aiguës****Question 1 – QRM**

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 2 – QRU

Réponse : D.

Question 3 – QRM

Réponse : A, C, D.

Commentaire : Monsieur C. étant en mesure de communiquer, on choisit une échelle d'autoévaluation ; parmi ces outils, l'échelle choisie sera adaptée à l'état cognitif du patient.

Question 4 – QRU

Réponse : B.

Commentaire : Il est fortement recommandé de soulager le patient sans tarder car une douleur aiguë non traitée peut avoir des conséquences néfastes, notamment cardiovasculaires chez ce patient qui a des antécédents d'infarctus du myocarde.

Question 5 – QROC

Réponse : balancée.

Question 6 – QRU

Réponse : D.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D.
Réponse indispensable : A.

Question 8 – QRU

Réponse : B.

Question 9 – QRM

Réponse : C, D.

Question 10 – QRU

Réponse : C.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B.

Commentaire : Le surdosage en morphine induit une dépression respiratoire précédée par un trouble de la vigilance.

Question 12 – QRU

Réponse : D.

Question 13 – QRM

Réponse : B, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, E	8
2	D	7
3	A, C, D	8
4	B	8
5	Balancée	8
6	D	8
7	A, B, C, D	8
	A	PMZ
8	B	7
9	C, D	8
10	C	7
11	A, B	8
12	D	7
13	B, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

Références :

Marret E, Beloeil H, Lejus C. Recommandations formalisées d'experts. Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des analgésiques non morphiniques en association aux morphiniques? Douleurs Évaluation-Diagnostic-Traitement 2011; 12: 279–98. Vivien B, Adnet F, Bounes V, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010. Sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Société française d'anesthésie et de réanimation, Société française de médecine d'urgence. Ann Fr Méd Urgence 2011; 1 : 57–71 (http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 163 et 169.

Cas clinique 7**Lombalgie chronique****Question 1 – QRM**

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 2 – QROC

Réponse : commune.

Réponse alternative possible : lombalgie commune.

Question 3 – QRM

Réponse : C, F.

Question 4 – QROC

Réponse : syndrome dépressif.

Réponse alternative possible : dépression, syndrome anxiodépressif.

Question 5 – QROC

Réponse : kinésiophobie.

Question 6 – QRM

Réponse : D, E, F.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 9 – QRM

Réponse : A, C, E, F, G.

Question 10 – QRM

Réponse : C, D, E.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 12 – QROC

Réponse : mi-temps thérapeutique.

Question 13 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 14 – QRM

Réponse : B, C, D, E, H, I.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, E	6
2	Commune, ou lombalgie commune	6
3	C, F	7
4	Syndrome dépressif, ou dépression, syndrome anxiodépressif	7
5	Kinésiophobie	7
6	D, E, F	8
7	A, B, D, E	8
8	A, B, D	8
9	A, C, E, F, G	8
10	C, D, E	8
11	A, B, C, D, E	8



12	Mi-temps thérapeutique	6
13	B, C, D, E	6
14	B, C, D, E, H, I	7
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 135 : Douleur en santé mentale

item 92 : Rachialgie

Références :

Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. ANAES, décembre 2000 (<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>).

Duquesnoy B, Duplan B, Avouac B, Legrand E. Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire Revue du Rhumatisme 2001; 68 : 192-4.

Nguyen Ch, Poiraud S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 2009; 76 : 537-442.

Fiche de synthèse : voir p. 171.

Cas clinique 8

Lombalgie chronique

Question 1 – QROC

Réponse : nociceptif.

Réponse alternative possible : douleur nociceptive, excès de nociception.

Question 2 – QROC

Réponse : neuropathique.

Réponse alternative possible : douleur neuropathique, neurogène.

Question 3 – QRM

Réponse : B, C, D.

Commentaire : Les effets indésirables le plus fréquemment observés avec les AINS sont de nature gastro-intestinale : ulcères peptiques, perforations ou hémorragies gastro-intestinales, parfois fatales, en particulier chez le sujet âgé. Mais il faut penser aussi

aux manifestations rénales : rétention hydrosodée, hyperkaliémie avec possibilité d'œdèmes, insuffisance rénale aiguë (IRA) fonctionnelle chez les patients présentant des facteurs de risque, atteintes rénales organiques pouvant se traduire par une IRA.

Question 4 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 5 – QROC

Réponse : oxycodone.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C, E.

Commentaire : Le terme d'addiction est plus approprié et doit être préféré à celui de toxicomanie. Le terme « opioïdes forts » remplace le terme « morphiniques » mais n'est pas compris de tous les patients.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D, F.

Réponse indispensable : B, D.

Commentaire : Il est donc fondamental de prendre en charge les douleurs le plus précocement possible, si possible avant que ne s'installe la douleur-maladie ou syndrome douloureux chronique, aux répercussions considérables. L'évaluation de la douleur doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale du malade, par des médecins bien informés ; elle nécessite une relation de vérité et de confiance entre le médecin et le malade, fondée sur l'écoute, l'examen clinique attentif et sur un travail de collaboration réciproque, avec des objectifs partagés réalistes.

Question 8 – QROC

Réponse : Titration.

Question 9 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : Il est recommandé de privilégier les formes à libération prolongée dans les douleurs chroniques non cancéreuses.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, E.

Réponse inacceptable : D.

Question 11 – QROC

Réponse : syndrome de sevrage.

Question 12 – QRM

Réponse : B, C, D, F.

Question 13 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Question 14 – QRU

Réponse : utiliser la reformulation pour vérifier la compréhension (E).

Question 15 – QRU

Réponse : éducation thérapeutique.

Commentaire : Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie





intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Nociceptif, ou douleur nociceptive, excès de nociception	6
2	Neuropathique	6
3	B, C, D	7
4	B, C, D	7
5	Oxycodone	7
6	B, C, E	7
7	A, B, C, D, F	7
	B, D	PMZ
8	Titration	6
9	A, C, D, E	7
10	A, B, E	7
	D	SMZ
11	Syndrome de sevrage	6
12	B, C, D, F	7
13	A, B, C, E	7
14	E	6
15	Éducation thérapeutique	7
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 92 : Rachialgie

Références :

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, 1999 (<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>).

Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS, décembre 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf).

Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS par voie générale). ANSM, juillet 2013 (http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf).

Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 173.

Cas clinique 9

Douleur du sujet âgé

Question 1 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 2 – QRM

Réponse : B, D.

Question 3 – QROC

Réponse : questionnaire DN4.

Réponse alternative possible : questionnaire douleur neuropathique 4 questions.

Questions 4 – QRM

Réponse : A, C, D, E, F.

Question 5 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 6 – QRM

Réponse : B, D.

Question 7 – QRM

Réponse : C, D.

Question 8 – QRM

Réponse : A, C, D.

Question 9 – QRU

Réponse : D.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, D	10
2	B, D	10
3	Le questionnaire DN4, ou questionnaire douleur neuropathique 4 questions	10
4	A, C, D, E, F	10
5	B, C, D, E	10
6	B, D	10
7	C, D	10
8	A, C, D	10
9	D	10
10	A, B, C, D	10
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 126 : La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques

Références :

Une aide à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. Principes généraux de la prise en charge de la douleur. Société française de gériatrie et gérontologie en collaboration avec la SFETD.

Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS par voie générale). ANSM, juillet 2013 (http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf).

Douleur et personne âgée. Institut UPSA de la douleur (www.institut-upsa-douleur.org).

Outils MobiQual (www.mobiquail.org/portail).

Questionnaire DN4 : cf. Annexe 2.

Fiche de synthèse : voir p. 175.

Cas clinique 10**Arthrose du genou****Question 1 – QRM**

Réponse : A, C, D.

Question 2 – QRU

Réponse : C.

Question 3 – QRM

Réponse : B, C.

Question 4 – QROC

Réponse : poussée congestive d'arthrose ou poussée d'arthrose.

Question 5 – QRU

Réponse : A.

Commentaire : Il s'agit d'une douleur nociceptive (ou par excès de nociception) mécanique, majorée par la marche ou la mobilisation ou les changements de positions.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 8 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 9 – QROC

Réponse : douleur neuropathique périphérique.

Réponse alternative possible : douleur neuropathique séquellaire, neuropathie séquellaire.

Commentaire : Il s'agit d'une douleur neuropathique du genou séquellaire de la chirurgie de remplacement prothétique, liées à la lésion peropératoire de petites fibres nerveuses.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C.

Question 11 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 12 – QROC

Réponse : patch de capsaïcine.

Réponse alternative possible : capsaïcine haute concentration, patch de Qutenza® capsaïcine 8 %.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C, D	9
2	C	8
3	B, C	9
4	Poussée congestive d'arthrose ou poussée d'arthrose	8
5	A	8
6	A, B	8
7	A, B, D	9
8	B, C, D	9
9	Douleur neuropathique périphérique, ou douleur neuropathique séquellaire, neuropathie séquellaire	8
10	A, C	8
11	B, C, D	8
12	Patch de capsaïcine, ou capsaïcine haute concentration, patch de Qutenza® capsaïcine 8 %	8
	Total	100



Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 125 : Arthrose

Références :

Recommandations de l'EULAR (European League Against Rheumatism) pour le traitement de la gonarthrose 2003. Jordan K et al. EULAR recommendations 2003 : an evidence-based approach to the management of knee osteoarthritis : report of Task Force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Therapeutic Trials (ESCSIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62 : 1145–55 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1753053/>).

Fiche de synthèse : voir p. 177.

**Cas clinique 11****Lombo-sciatalgie chronique****Question 1 – QRM**

Réponse : A, C, D, E.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 3 – QRM

Réponse : B, D, E.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 5 – QRM

Réponse : A, C, D.

Commentaire : La seconde étape évaluera l'intérêt ou non de lui prescrire un traitement antidépresseur. Pour l'instant, la patiente est hostile à ce type de traitement (mauvaises expériences antérieures, mauvaise compréhension...). Il en est de même pour la consultation chez un psychiatre : mieux vaut attendre et procéder par étapes. Si un traitement antidépresseur ou antiépileptique est prescrit ensuite pour ses douleurs neuropathiques, il sera capital de bien lui expliquer pourquoi ces médicaments sont proposés et quel est leur mécanisme d'action.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : Il n'est pas question de tout commencer en même temps, mais de voir avec la patiente les

thérapeutiques auxquelles elle adhère; dans son cas, une approche corporelle serait plus adaptée au départ.

Question 8 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : L'objectif visé est l'appropriation des moyens médicamenteux, physiques, psychologiques et fonctionnels au sein d'un programme dit « programme thérapeutique fonctionnel » qui sera adapté à Madame C. au fur et à mesure.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 10 – QROC

Réponse : une stimulation médullaire.

Réponse alternative possible : une stimulation cordonale postérieure.

Commentaire : À l'issue du programme thérapeutique fonctionnel, la situation du patient sera appréciée non seulement par rapport au niveau de douleur, mais également par rapport au niveau d'incapacité dans les actes de la vie quotidienne :

- soit la douleur n'est plus un handicap : le programme fonctionnel est alors jugé « équilibré » et il sera autoentretenu pour maintenir le bénéfice acquis;
- soit le handicap persiste : le programme fonctionnel n'ayant pas permis le retour à cet équilibre, l'indication d'implantation d'un stimulateur médullaire doit alors être discutée.

Toutes les thérapeutiques antalgiques conventionnelles et les programmes d'optimisation des capacités fonctionnelles doivent donc être tentés avant décision neurochirurgicale. Une fois la décision chirurgicale prise, il sera important d'évoquer avec le patient ses attentes vis-à-vis de l'implantation du stimulateur médullaire et de fixer avec lui des objectifs concrets et réalistes.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C, D, E	10
2	A, B, C, D, E	10
3	B, D, E	10
4	A, B, C, D	10
5	A, C, D	10
6	B, C, D	10
7	A, B, C, D, E	10
8	B, C, D, E	10
9	A, B, C, D, E	10
10	Une stimulation médullaire, ou une stimulation cordonale postérieure	10
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 135 : Douleur en santé mentale

item 92 : Rachialgie

Références :

Questionnaire DN4 : cf. Annexe 2.

Fiche de synthèse : voir p. 178 et 180.

Cas clinique 12**Douleur psychogène****Question 1 – QRU**

Réponse : D.

Question 2 – QRM

Réponse : B, C, D, F.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Question 4 – QRM

Réponse : A, D, E.

Question 5 – QRM

Réponse : A, C, D, E, F, G, H.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	16
2	B, C, D, F	20
3	A, B, C, E	20
4	A, D, E	20
5	A, C, D, E, F, G, H	24
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 135 : Douleur en santé mentale

Cas clinique 13**Fibromyalgie****Question 1 – QRU**

Réponse : B.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Commentaire : Dans la fibromyalgie, les facteurs favorisants sont nombreux (traumatismes physiques, événements de vie stressante, infections...), point qui se vérifie pour Madame C. : apparition du syndrome fibromyalgique après une période de harcèlement au travail.

Question 3 – QROC

Réponse : nomadisme médical.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, F, G.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 7 – QROC

Réponse : alliance thérapeutique.

Question 8 – QRM

Réponse : C, F.

Réponse inacceptable : A.

Question 9 – QRM

Réponse : B, E.

Réponse inacceptable : A.

Question 10 – QRU

Réponse : E.

Question 11 – QRM

Réponse : A, C, D, E, F.

Question 12 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Commentaire : Il est important d'analyser les croyances du patient souvent à l'origine de comportements inadaptés, de favoriser l'observance thérapeutique et d'établir avec le patient des objectifs réalistes partagés, pour l'aider à s'adapter, à faire face.

Question 13 – QRM

Réponse : A, B, C.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	7
2	A, B, C, D, E, F	8
3	Nomadisme médical	7
4	A, B, C, F, G	8
5	A, B, D, E	8

6	A, B, C, D, E, F	8
7	Alliance thérapeutique	7
8	C, F	8
	A	SMZ
9	B, E	8
	A	SMZ
10	E	7
11	A, C, D, E, F	8
12	A, B, C, D, E, F, G	8
13	A, B, C	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 135 : Douleur en santé mentale

Références :

Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation. HAS, juillet 2010 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf).

Laroche F. Actualités de la fibromyalgie. Revue du Rhumatisme 2009; 76 : 529–36.

Laroche F, Guérin J. Fibromyalgie : où en est-on en 2015? Douleur et Analgésie 2015; 28 : 31–9.

Fiche de synthèse : voir p. 180.

Cas clinique 14

Syndrome de stress post-traumatique

Question 1 – QRM

Réponse : A, C.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 4 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 5 – QROC

Réponse : syndrome de sevrage.

Réponse alternative possible : syndrome de manque.

Question 6 – QRM

Réponse : C, D, E.

Réponse inacceptable : A.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Question 8 – QRM

Réponse : B, C, D, F, G.

Question 9 – QRM

Réponse : A, C, D.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C	10
2	A, B, C, D, E, F	10
3	A, B, C, D, E, F	10
4	B, C, D, E	10
5	Syndrome de sevrage, ou syndrome de manque	10
6	C, D, E	10
	A	SMZ
7	A, B, C, E	10
8	B, C, D, F, G	10
9	A, C, D	10
10	A, B, C, D, E, F	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 135 : Douleur en santé mentale

item 64 : Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de la personnalité

Fiche de synthèse : voir p. 180.



Cas clinique 15

Migraine

Question 1 – QROC

Réponse : Migraine sans aura.

Question 2 – QRU

Réponse : A.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G, H, I.

Question 4 – QRM

Réponse : B, D.

Question 5 – QRU

Réponse : A.

Question 6 – QRU

Réponse : C.

Question 7 – QRU

Réponse : E.

Question 8 – QRU

Réponse : B.

Question 9 – QRU

Réponse : E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C, D.

Question 11 – QRM

Réponse : A, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Migraine sans aura	10
2	A	9
3	A, B, C, D, E, F, G, H, I	9
4	B, D	9
5	A	9
6	C	9
7	E	9
8	B	9
9	E	9
10	A, C, D	9
11	A, D, E	9
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 97 : Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face

Références :

Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol (Paris) 2013; 169 : 14–29 (<http://www.sfn-neuro.org/sites/sfn.prod.saegir.cyim.com/files/files/Recommandations%20sur%20la%20prise%20en%20charge%20diagnostique%20et%20th%C3%A9rapeutique%20de%20la%20migraine%20chez%20l%2527adulte%20et%20chez%20l%2527enfant%20%281%29.pdf>).

Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, pour la SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs 2010; 11 : 3–21 (<http://www.em-consulte.com/en/article/245051>).

Site de la Société française d'études des migraines et céphalées (SFEMC) (<http://sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-chronique-quotidienne>).

Centre de références sur les agents tératogènes (CRAT) (<http://www.lecrat.org/medicament.php3>).

Fiche de synthèse : voir p. 182 et 187.

Cas clinique 16

Névralgie du trijumeau

Question 1 – QRU

Réponse : D.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, E, F.

Question 3 – QRU

Réponse : B.

Question 4 – QRU

Réponse : B.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, E.

Question 6 – QROC

Réponse : essentielle.

Réponse alternative possible : primaire.

Question 7 – QROC

Réponse : symptomatique.

Réponse alternative possible : secondaire.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.



Question 9 – QRM

Réponse : C.

Question 10 – QRM

Réponse : D.

Question 11 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Question 12 – QRU

Réponse : A.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	8
2	A, B, E, F	9
3	B	8
4	B	8
5	A, B, E	9
6	Essentielle, ou primaire	8
7	Symptomatique, ou secondaire	8
8	A, B, C, D, E	9
9	C	8
10	D	8
11	A, C, D, E	9
12	A	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 97 : Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face

Fiche de synthèse : voir p. 187.

Cas clinique 17

Céphalées chroniques quotidiennes

Question 1 – QRU

Réponse : D.

Commentaire : Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique (migraine ou céphalée de tension) qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et de facteurs psychopathologiques.

Question 2 – QROC

Réponse : migraine chronique.

Question 3 – QRU

Réponse : E.

Question 4 – QRM

Réponse : C, E, F.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, F, G.

Question 6 – QROC

Réponse : un agenda.

Réponse alternative possible : tenue d'un agenda.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 8 – QRM

Réponse : A, C, D, E, F.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, D, F.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	9
2	Migraine chronique	10
3	E	9
4	C, E, F	9
5	A, B, C, F, G	9
6	Un agenda, tenue d'un agenda	9
7	A, B, C, D, E, F	9
8	A, C, D, E, F	9
9	A, B, C, D, E	9
10	A, B, C, D, E	9
11	A, B, C, D, F	9
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 135 : Douleur en santé mentale

item 98 : Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant

item 318 : Principe du bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses

Références :

Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. ANAES, septembre 2004 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf).

Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CQC). Prise en charge d'une CQC chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique. Recommandations de la SFMEC, ANLLF et SFETD. Revue Neurologique 2014 ; 170 : 162-6 (http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahiers/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf).

Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. HAS, juin 2007 (http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf).

Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques – Guide méthodologique. HAS, juin 2007 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf).

Éducation thérapeutique – Comment la proposer et la réaliser? HAS, juin 2007 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf).

Éducation thérapeutique du patient et douleur chronique. Douleur et analgésie 2011 ; 24, n° 4.

Fiche de synthèse : voir p. 187 et 188.

Cas clinique 18**Douleur neuropathique centrale****Question 1 – QRU**

Réponse : B.

Question 2 – QRM

Réponse : B, E.

Question 3 – QROC

Réponse : syndrome de Wallenberg.

Réponse alternative possible : AVC du tronc cérébral (accident vasculaire du tronc cérébral).

Question 4 – QRM

Réponse : A, D.

Question 5 – QRU

Réponse : B.

Question 6 – QRU

Réponse : C.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, F.

Réponse indispensable : A, F.

Réponse inacceptable : B, D.

Question 8 – QRM

Réponse : B, D, E.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, E.

Réponse inacceptable : C, G.

Question 11 – QRM

Réponse : A, D, E.

Question 12 – QRU

Réponse : D.

Question 13 – QRM

Réponse : D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	7
2	B, E	8
3	Syndrome de Wallenberg, ou AVC du tronc cérébral (accident vasculaire du tronc cérébral)	8
4	A, D	8
5	B	7
6	C	7
7	A, C, F	8
	A, F	PMZ
	B, D	SMZ
8	B, D, E	8
9	B, C	8
10	A, B, E	8
	C, G	SMZ
11	A, D, E	8
12	D	7
13	D, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 335 : Accidents vasculaires cérébraux





Références :

Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, pour la SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs 2010; 11 : 3–21 (<http://www.em-consulte.com/en/article/245051>).

Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology 2015; 14 : 162–73.

Questionnaire DN4 : cf. Annexe 2.

Fiche de synthèse : voir p. 190.

Cas clinique 19

Douleur post-zostérienne

Question 1 – QROC

Réponse : valaciclovir ou aciclovir.

Réponse alternative possible : Zelitrex® ou Zovirax®.

Question 2 – QROC

Réponse : douleurs post-zostériennes.

Réponse alternative possible : complication du zona.

Commentaire : Les facteurs de risque principaux de constituer des douleurs post-zostériennes sont :

- l'importance des troubles sensitifs initiaux;
- la survenue d'un déficit sensitif avant l'apparition de l'éruption cutanée;
- la sévérité des lésions cutanées et l'intensité de la douleur aiguë;
- l'âge (sujet âgé, au-delà de la sixième ou septième décennie).

Question 3 – QROC

Réponse : neuropathique périphérique.

Réponse alternative possible : neuropathique, neurogène.

Commentaire : Destruction par le virus (VZV, virus de la varicelle et du zona) des corps cellulaires du ganglion rachidien correspondant au métamère concerné, avec lésion des grosses fibres sensitives et des petites fibres nociceptives.

Question 4 – QROC

Réponse : questionnaire « douleur neuropathique 4 questions ».

Réponse alternative possible : DN4.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : compression.

Réponse alternative possible : étai, serrement.

Commentaire : Les douleurs neuropathiques sont dues à une lésion du système nerveux périphérique (tronc nerveux, racine, plexus) ou central (moelle spinale, thalamus, cortex pariétal). La douleur neuropathique a une composante continue (à type de brûlure, étai, froid intense...) et une composante fulgurante (décharges électriques, coups de poignard). On retrouve fréquemment des paresthésies (fourmillements, engourdissements) et/ou des dysesthésies (fourmillements, engourdissements ou picotements perçus comme désagréables). La douleur a une topographie neurologique systématisée, fonction de la lésion anatomique causale. L'examen clinique neurologique objective un trouble de la sensibilité superficielle dans la région douloureuse (hypoesthésie cutanée au tact ou à la piqûre, voire anesthésie complète localisée), éventuellement associé à une allodynie, une hyperalgésie, une hyperpathie. Le diagnostic de douleur neuropathique est essentiellement clinique. Le questionnaire DN4 est un outil diagnostique essentiel, simple d'utilisation : validé en 2005, il est fondé sur des caractéristiques douloureuses recueillies à l'interrogatoire et sur des données d'examen clinique. La cotation obtenue au DN4 établit une forte probabilité de douleur neuropathique si un score supérieur ou égal à 4/10 est retrouvé.

Question 8 – QROC

Réponse : immunodéprimé.

Réponse alternative possible : immunodépression.

Commentaire : Comme par exemple chez les patients atteints de sida, de maladie cancéreuse, les patients greffés (sous traitement immunosuppresseur), les patients sous chimiothérapie, sous corticothérapie.

Question 9 – QROC

Réponse : allodynie.

Réponse alternative possible : allodynie tactile ou allodynie mécanique ou allodynie dynamique.

Question 10 – QROC

Réponse : hyperalgésie.

Question 11 – QRM

Réponse : B, C, D, F, G.

Question 12 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire : En première intention, la prescription en monothérapie d'un antidépresseur tricyclique (exemple, amitriptyline ou clomipramine) ou d'un antiépileptique gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline) est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique. Le choix entre ces classes thérapeutiques et fonction du contexte, des co-morbidités associées, de leur sécurité d'emploi et de leur coût (moindre pour les tricycliques).

La duloxétine a l'AMM dans la polyneuropathie douloureuse du diabète.

La duloxétine et la venlafaxine sont recommandées depuis peu en première intention mais la venlafaxine n'a pas encore l'AMM en France.

Le tramadol était recommandé en 2010 en première intention dans les douleurs neuropathiques associées une forte composante nociceptive et en cas d'accès douloureux; il est à présent recommandé en seconde intention.

Les emplâtres de lidocaïne sont recommandés en première intention dans la douleur post-zostérienne chez les sujets âgés souffrant d'allodynie au frottement et chez qui les traitements systémiques sont déconseillés ou contre-indiqués; dans les autres indications, plutôt en seconde intention.

Le Qutenza® (patchs de capsaïcine à 8 %), qui a l'AMM dans «le traitement des douleurs neuropathiques chez les adultes non diabétiques seul ou en association avec d'autres antalgiques», est pour l'instant recommandé en seconde intention.

La prescription d'opiacés forts est recommandée dans le traitement de la douleur neuropathique chronique (non cancéreuse) après échec des traitements de première intention utilisée en monothérapie et le cas échéant en association. Cette prescription doit s'entourer des précautions d'emploi usuel des opiacés au long cours.

Question 13 – QRU

Réponse : C.

Question 14 – QROC

Réponse : rétention urinaire.

Réponse alternative possible : rétention aiguë d'urines.

Question 15 – QROC

Réponse : la fonction rénale.

Réponse alternative possible : la clairance de la créatinine.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Valaciclovir ou aciclovir (Zelitrex® ou Zovirax®)	6
2	Douleurs post-zostériennes, ou complication du zona	7
3	Neuropathique périphérique, ou neuropathique ou neurogène	7
4	Questionnaire « douleur neuropathique en 4 questions », ou DN4	7
5	A, B, C, D, E	7
6	A, B, C, D, E	7
7	Compression, ou étai, serrement	7
8	Immunodéprimé, ou immunodépression	6
9	Allodynie, ou allodynie tactile, allodynie mécanique, allodynie dynamique	7
10	Hyperalgésie	6
11	B, C, D, F, G	7
12	A, B, D, E	7

13	C	6
14	Rétention urinaire, rétention aiguë d'urines	6
15	La fonction rénale, ou la clairance de la créatinine	7
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 164 : Infections à herpès virus du sujet immunocompétent

Références :

Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, pour la SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs 2010; 11 : 3–21 (<http://www.em-consulte.com/en/article/245051>).

Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology 2015; 14 : 162–73.

Questionnaire DN4 : cf. Annexe 2.

Fiche de synthèse : voir p. 190.



Cas clinique 20

Douleur du cancer

Question 1 – QRM

Réponse : D, E.

Question 2 – QRM

Réponse : A, C, D, F.

Question 3 – QRU

Réponse : D.

Question 4 – QRM

Réponse : A, D.

Question 5 – QRM

Réponse : C, E, F, H.

Question 6 – QROC

Réponse : DN4.

Réponse alternative possible : questionnaire DN4 ou échelle douleur neuropathique 4 questions.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B.

Question 8 – QRU

Réponse : C.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 10 – QRU

Réponse : D.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Question 12 – QRU

Réponse : A.

Question 13 – QRM

Réponse : B, C, E.

Question 14 – QRU

Réponse : pompe PCA (E).

Question 15 – QRM

Réponse : B, C.

Question 16 – QROC

Réponse : compression médullaire ou compression de moelle.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D, E	6
2	A, C, D, F	6
3	D	6
4	A, D	7
5	C, E, F, H	6
6	DN4, ou questionnaire DN4 ou douleur neuropathique 4 questions	7
7	A, B	6
8	C	6
9	B, C, D, E	6
10	D	6
11	A, B, E	6
12	A	6
13	B, C, E	6
14	E	7
15	B, C	6
16	Compression médullaire, ou compression de moelle	7
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (rapport intégral). Krakowski I, Theobald S, Collin E, et al. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Site FNCLCC. (http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgiques_adultesabrege.pdf).

Recommandations de bonne pratique sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique; fentanyl, sufentanil; kétamine; MEOPA; méthadone; midazolam; morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire; propofol. Groupe de travail de l'AFSSAPS, juin 2010 (http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8e d3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf).

Mise au point sur l'utilisation du Fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse. Poulain Ph, Michenot N, Ammar D, et al. Douleurs Évaluation Traitement 2012; 13 : 34–9. Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Douleurs cancéreuses : bonnes pratiques cliniques de prise en charge, gestions des opioïdes forts. La Presse médicale 2014; 43 : 252–62.

Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques. Médecine Palliative, Soins de Support - Accompagnement - Éthique, 2014; 13 : 312–22.

Richard A, Morisson S, Béziaud N, Laval G. Bengrine-Lefèvre L, Tournigand C. Indication et utilisation de la PCA. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 42. Classification des antalgiques : cf. Annexe 1.

Questionnaire DN4 : cf. Annexe 2.

Fiche de synthèse : voir p. 194 et 197.



Cas clinique 21

Douleur du cancer

Question 1 – QRU

Réponse : D.

Question 2 – QRM

Réponse : A, E.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 4 – QROC

Réponse : étau.

Réponse alternative possible : compression, serrement.

Question 5 – QRM

Réponse : B, D.

Question 6 – QROC

Réponse : la titration.

Question 7 – QRM

Réponse : C, D.

Question 8 – QRU

Réponse : B.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, E, F.

Question 12 – QRM

Réponse : A, B.

Question 13 – QROC

Réponse : syndrome de sevrage.

Question 14 – QRM

Réponse : A, D, E, F.

Question 15 – QRU

Réponse : C.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	6
2	A, E	7
3	A, B, C, D, E, F	7
4	Étau, ou compression, serrement	6
5	B, D	7
6	La titration	6
7	C, D	7
8	B	6
9	B, C, D	7
10	A, C	7
11	A, B, C, E, F	7

12	A, B	7
13	Syndrome de sevrage	7
14	A, D, E, F	7
15	C	6
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en en ambulatoire

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (rapport intégral). Krakowski I, Theobald S, Collin E, et al. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Site FNCLCC. (📄 http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgieques_adultesabrege.pdf).

Recommandations de bonne pratique sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique; fentanyl, sufentanil; kétamine; MEOPA; méthadone; midazolam; morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire; propofol. Groupe de travail de l'AFSSAPS, juin 2010 (📄 http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8ed3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf).

Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Douleurs cancéreuses : bonnes pratiques cliniques de prise en charge, gestions des opioïdes forts. La Presse médicale 2014; 43 : 252–62.



- ▶ Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques. *Médecine Palliative, Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 2014; 13 : 312–22.
- Richard A, Morisson S, Béziaud N, Laval G, Bengrine-Lefèvre L, Tournigand C. Indication et utilisation de la PCA. In : *Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative*. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 42.
- Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : recommandations de bonnes pratiques cliniques : groupe de travail pluriprofessionnel et membres de différentes Sociétés savantes, septembre 2012. *Médecine Palliative – Soins de Support – Accompagnement – Éthique* 2012; 11 : S5-S24.

Fiche de synthèse : voir p. 197 et 198.

Cas clinique 22

Douleur du cancer

Question 1 – QROC

Réponse : syndrome solaire.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Question 5 – QRU

Réponse : B.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 8 – QROC

Réponse : douleur rebelle.

Réponse alternative possible : douleur réfractaire.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Syndrome solaire	11
2	A, B, C, D	11
3	A, B, C, D, E, F, G	11
4	A, B, C, D, E, F, G	11
5	B	11

6	A, B, C, D, E	11
7	A, B, D	11
8	Douleur rebelle, ou douleur réfractaire	12
9	A, B	11
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en en ambulatoire

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

item 305 : Tumeurs du pancréas

Références :

Standards, Options et Recommandations 2002 pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour (rapport intégral). Krakowski I, Theobald S, Collin E, et al. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Site FNCLCC. (http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantalgiques_adultesabrege.pdf).

Recommandations de bonne pratique sur les douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalités d'utilisation, notamment hors-AMM, de certains médicaments : anesthésiques locaux par voie périmédullaire, parentérale et topique; fentanyl, sufentanil; kétamine; MEOPA; méthadone; midazolam; morphine par voie périmédullaire et intracérébroventriculaire; propofol. Groupe de travail de l'AFSSAPS, juin 2010 (http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0f8e3d3dd2a116934a6fe38cf56367eb8.pdf).

Mise au point sur l'utilisation du Fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse. Poulain Ph, Michenot N, Ammar D, et al. *Douleurs Évaluation Traitement* 2012; 13 : 34–9.



Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Douleurs cancéreuses : bonnes pratiques cliniques de prise en charge, gestions des opioïdes forts. La Presse médicale 2014; 43 : 252–62.

Rostaing-Rigattieri S, Guérin J. Prise en charge des douleurs cancéreuses rebelles : stratégies pratiques. Médecine Palliative, Soins de Support - Accompagnement - Éthique, 2014; 13 : 312–22.

Cas clinique 23

Myélome

Question 1 – QROC

Réponse : nociceptif.

Réponse alternative possible : douleurs nociceptives ou par excès de nociception.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, D, E, F.

Question 3 – QRM

Réponse : A, C.

Réponse indispensable : C.

Réponse inacceptable : D, E.

Question 4 – QRM

Réponse : A, C, D.

Réponse inacceptable : B, E.

Commentaire : Le risque de surdosage est réel avec la forme à libération prolongée et peut se manifester au 2^e ou 3^e jour.

Question 5 – QROC

Réponse : vertébroplastie.

Réponse alternative possible : cimentoplastie.

Commentaire : La vertébroplastie va permettre à la patiente de se mobiliser davantage et peut avoir un effet antalgique.

Question 6 – QRU

Réponse : C.

Question 7 – QRU

Réponse : D.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Nociceptif, ou douleurs nociceptives ou par excès de nociception	14
2	A, B, D, E, F	15
3	A, C	14
	C	PMZ
	D, E	SMZ
4	A, C, D	15
	B, E	SMZ
5	Vertébroplastie, ou cimentoplastie	14

6	C	14
7	D	14
	Total	100

Cas clinique 24

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 131 : Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique

item 132 : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

item 261 : Insuffisance rénale chronique chez l'adulte et l'enfant

item 317 : Myélome multiple des os

Références :

Fuzier R, Richez A-S, Ribes D, Durrieu G, Maguès J-P. Analgésie postopératoire en situation particulière : l'insuffisant rénal. In : Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Évaluation et traitement de la douleur. Elsevier; 2007, 677–83. (http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/dou07/html/d07_04/dou07_04.htm).

Fiche de synthèse : voir p. 199.

Douleur de l'enfant

Question 1 – QRM

Réponse : A, B, C.

Question 2 – QROC

Réponse : morphine.

Réponse alternative possible : morphinique ou opioïde fort.

Question 3 – QRU

Réponse : A.

Commentaire : Devant une douleur très intense telle qu'une crise vaso-occlusive, la titration de morphine est recommandée en première intention, pour obtenir une analgésie rapide.

Question 4 – QRM

Réponse : C, E.

Commentaire : Une titration est prescrite par le médecin, mais peut tout à fait être réalisée par l'infirmière,



si celle-ci est formée à cette méthode. La surveillance est essentiellement clinique : vigilance et fréquence respiratoire; le principal critère de surveillance de l'efficacité antalgique est la douleur. La sédation n'est pas recherchée, c'est un effet indésirable : si elle survient, elle est le premier signe d'un surdosage et la titration sera alors arrêtée.

Question 5 – QRM

Réponse : A, C.

Commentaire : Les recommandations pour la crise douloureuse drépanocytaire reposent sur l'association de plusieurs antalgiques (analgésie multimodale), en particulier les antalgiques non opioïdes (palier 1 de l'OMS) et la morphine. À cet âge, le meilleur moyen d'administrer de la morphine est l'utilisation de pompe d'antalgie autocontrôlée (PCA).

Question 6 – QROC

Réponse : MEOPA.

Réponse alternative possible : mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

Commentaire : Le MEOPA est le meilleur antalgique dans ces situations; la crème anesthésiante seule sera insuffisante probablement, comme c'est souvent le cas dans les situations difficiles avec probablement plusieurs tentatives de ponction, des ponctions de veines un peu profondes, en dehors de la zone d'anesthésie de la crème.

Question 7 – QRU

Réponse : E.

Question 8 – QRU

Réponse : B.

Question 9 – QRM

Réponse : A, D.

Question 10 – QRU

Réponse : C.

Commentaire : Aïssatou étant toujours douloureuse, un relais par un antalgique moins puissant n'est pas logique. Passé la période de titration intraveineuse et en cas de problème d'abord veineux, l'analgésie par la morphine orale est tout à fait possible.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C	10
2	Morphine, ou morphinique ou opioïde fort	10
3	A	10
4	C, E	10
5	A, C	10
6	MEOPA, ou mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote	10
7	E	10
8	B	10

9	A, D	10
10	C	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 134 : Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques

Références :

Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent. HAS, juin 2010 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_938890/ald-n-10-syndromes-drepanocytaires-majeurs-de-l-enfant-et-de-l-adolescent).

Traitement médicamenteux de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Afssaps, juin 2009 (http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Afssaps_reco.pdf).

Recommandations du groupe d'experts PEDIADOL. Prise en charge de la douleur d'une crise drépanocytaire sévère en urgence. Protocole Pédiadol, juillet 2012 (<http://www.pediadol.org/Protocole-de-prise-en-charge-en.html>).

Guitton C, Fournier-Charrière E. La crise drépanocytaire : une urgence douloureuse. Archives de Pédiatrie 2012; 19 : 47–9.

Fiche de synthèse : voir p. 201.

Cas clinique 25

Douleur de l'enfant

Question 1 – QRU

Réponse : D.

Commentaire : L'EDIN, validée pour la période néonatale, est une échelle qui a longtemps été utilisée, (faute d'échelle existante, chez les nourrissons plus âgés), parfois même jusqu'à 18 mois. Elle n'est plus recommandée au-delà de 3 à 6 mois maximum. Actuellement, il faut lui préférer l'échelle EVENDOL, validée de la naissance à 7 ans.

Question 2 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 3 – QROC

Réponse : atonie psychomotrice.

Réponse alternative possible : inertie psychomotrice.



Question 4 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 5 – QRU

Réponse : B.

Question 6 – QRM

Réponse : B, D, E.

Commentaire : La codéine a longtemps été utilisée chez l'enfant à partir de 1 an. Depuis août 2013, suite à une alerte de la FDA, de l'EMA et de l'ANSM, la codéine n'est plus recommandée avant 12 ans, après amygdaléctomie, chez la femme allaitant.

Question 7 – QRM

Réponse : B, C, E.

Commentaire : Le pansement de brûlure est un acte douloureux. Une bonne antalgie lors du premier pansement est souhaitable afin d'éviter des soins difficiles par la suite voire une phobie des soins. L'administration de morphine en prémédication est donc souhaitable. Les études ont montré que parents et enfants souhaitent la présence parentale lors des soins, et que cette présence ne gêne pas les soins. Même anxieux, les parents peuvent rester; il est utile de leur expliquer comment le soin va se dérouler et le rôle qu'ils peuvent jouer (distraction, chanson, câlins...).

Question 8 – QRM

Réponse : A, C.

Question 9 – QRU

Réponse : E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : Le MEOPA est un gaz anxiolytique et provoque une analgésie modérée; la conscience est maintenue pendant l'inhalation de même que la respiration spontanée. L'enfant respire librement dans le masque pendant toute la durée du soin. Le contact avec lui peut être maintenu librement.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	10
2	B, C, D	10
3	Atonie psychomotrice, ou inertie psychomotrice	10
4	B, C, D, E	10
5	B	10
6	B, D, E	10
7	B, C, E	10
8	A, C	10
9	E	10
10	A, C, D, E	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 134 : Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques

item 164 : Infections à herpès virus du sujet immunocompétent

Références :

Fournier-Charrière E, Tourniaire B, et le groupe Pédiadol. Douleur de l'enfant. L'essentiel. Paris; 2015.

Fiche de synthèse : voir p. 203.

Cas clinique 26**Douleur de l'enfant****Question 1 – QRU**

Réponse : E.

Commentaire : Le relais nalbuphine (agoniste-antagoniste) morphine doit se faire sans délai. Le mieux est de débiter la morphine par une titration pour obtenir une analgésie rapide. Ceci permettrait aussi, en théorie, de « chasser » la nalbuphine des récepteurs pour un relais plus rapide par la morphine.

Question 2 – QRM

Réponse : B, D.

Question 3 – QRM

Réponse : C, E.

Commentaire : Il n'y a pas vraiment d'âge limite inférieur pour utiliser une pompe PCA. Dès que l'enfant comprend les consignes, il pourra appuyer lui-même pour déclencher les bolus. S'il est trop jeune ou incapable d'appuyer, les soignants pourront le faire (NCA, *Nurse-Controlled Analgesia*), voire les parents s'ils sont formés (*Parents-Controlled Analgesia* ou « PCA by proxy »). En pédiatrie, il peut être utile de mettre en débit continu au moins initialement si l'enfant est jeune ou fatigué car il risque alors d'attendre trop longtemps pour demander un bolus (avant que la douleur ne soit trop élevée).

Question 4 – QRU

Réponse : D.

Question 5 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : Le paracétamol n'est pas un antalgique efficace pour la douleur des soins. Donner du paracétamol avant le soin ne sera donc pas utile pour la douleur induite par le soin. Ceci dit, cette prise peut permettre de traiter la douleur ultérieure.

Question 6 – QRM

Réponse : B, D.

Commentaire : Avoir eu une pompe PCA pendant 5 jours est une durée trop courte pour exposer au

syndrome de sevrage. Une fois la perfusion continue arrêtée, la décroissance des bolus sera gérée par l'enfant lui-même qui va demander de moins en moins de bolus.

Question 7 – QRM

Réponse : A, D.

Question 8 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	E	12
2	B, D	13
3	C, E	13
4	D	12
5	B, C, D, E	13
6	B, D	12
7	A, D	12
8	A, C, D, E	13
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 134 : Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques

item 329 : Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez un brûlé (...)

Références :

Fournier-Charrière E, Tourniaire B, et le groupe Pédiadol. Douleur de l'enfant. L'essentiel. Paris; 2015.

Fiche de synthèse : voir p. 203.

Cas clinique 27

Céphalées de l'enfant

Question 1 – QRM

Réponse : A, B.

Commentaire : Le tableau clinique décrit bien des migraines typiques (céphalée très intense, entraînant un arrêt des activités, des nausées, une phonophobie, une pâleur) et des épisodes de céphalées de tension (céphalées modérées lors desquelles elle maintient ses activités).

Question 2 – QRU

Réponse : E.

Commentaire : Lorsque le tableau clinique est typique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour faire le diagnostic.

Question 3 – QRM

Réponse : A, E.

Réponse inacceptable : C.

Commentaire : Contrairement aux migraines de l'adulte, la céphalée est le plus souvent bilatérale, frontale ou bitemporale ; les douleurs abdominales sont fréquentes, et parfois même au premier plan chez les plus petits, faisant errer le diagnostic. En cas de crises répétées de douleurs abdominales, l'existence d'une céphalée doit d'ailleurs être recherchée.

Question 4 – QROC

Réponse : migraine avec aura visuelle, ou migraine avec aura, ou aura visuelle.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C.

Commentaire : Comme chez l'adulte, toutes les auras sont possibles ; elles sont même fréquentes et souvent découvertes lors de l'interrogatoire car les enfants ne pensent pas forcément à les signaler spontanément.

Question 6 – QRU

Réponse : C.

Commentaire : Ces termes sont définis par la classification internationale de l'*International Headache Society* (IHS), selon la fréquence des épisodes de céphalées. S'il existe en tout plus de quinze épisodes de douleur par mois (durant plus de 4 heures par jour), le terme de céphalée chronique sera utilisé : céphalée de tension chronique ici car fond douloureux ; le terme migraine chronique correspond à des céphalées chroniques dont au moins huit crises de migraine par mois.

Question 7 – QRU

Réponse : D.

Question 8 – QRU

Réponse : B.

Commentaire : Le traitement de crise de migraine recommandé (recommandations HAS) en première intention est l'utilisation d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de manière précoce en début de crise. De plus, Jessica a déjà reçu auparavant du paracétamol sans efficacité.

Question 9 – QRU

Réponse : C.

Commentaire : D'après les recommandations HAS, le traitement de 2^e intention consiste en l'administration d'un triptan, si l'âge le permet.

Question 10 – QRM

Réponse : C, D, E.

Commentaire : Le sumatriptan est le seul triptan à avoir une AMM en pédiatrie, pour la forme intranasale à la dose de 10 mg, pour les enfants à partir de 12 ans et 35 kg.

En deçà de cet âge, les médecins connaissant bien la migraine de l'enfant prescrivent bien souvent de l'imigrane hors AMM, à partir d'environ 30 kg, voire 25 kg dans les formes migraineuses sévères.

Pour les enfants encore plus jeunes, en l'absence d'une forme galénique disponible pour un triptan et d'AMM, un traitement de rattrapage par le paracétamol est prescrit, 30 à 60 minutes après 1 prise d'ibuprofène inefficace.

Question 11 – QRM

Réponse : C, E.

Commentaire : Lorsque les enfants ont des tableaux mixtes avec des céphalées de tension et des migraines, il est primordial de bien leur faire faire la différence en consultation et de leur dire de réserver les prises médicamenteuses aux seules migraines.

Les céphalées de tension doivent être traitées par le repos, la distraction, la relaxation...; on évitera les traitements médicamenteux.

Si cette distinction n'est pas bien faite, l'enfant prendra des médicaments à chaque début de céphalée, ce qui pourrait conduire à un abus médicamenteux.

Un certificat médical sera réalisé pour tous les enfants pour qu'ils puissent prendre rapidement leur traitement à tout moment dès le début des crises de migraine.

Question 12 – QRM

Réponse : B, C.

Commentaire : Les troubles visuels d'accommodation, les troubles de la statique n'ont aucun rapport avec la migraine. En revanche, les facteurs psychologiques (stress, contrariétés...) sont très largement responsables de l'aggravation d'une migraine. Bien souvent d'ailleurs, les migraines de l'enfant s'améliorent pendant les vacances scolaires. La puberté aggrave rarement la migraine chez les adolescentes, contrairement à une idée reçue tenace.

Question 13 – QRM

Réponse : D, E.

Commentaire : Les traitements de fond médicamenteux ne sont pas recommandés en première intention chez l'enfant; ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans cette population. En revanche, des études mettent en évidence l'effet bénéfique des traitements non médicamenteux : relaxation, hypnose.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B	8
2	E	7
3	A, E	8
	C	SMZ
4	Migraine avec aura visuelle, ou migraine avec aura, aura visuelle	8
5	A, B, C	8
6	C	8
7	D	7
8	B	7

9	C	7
10	C, D, E	8
11	C, E	8
12	B, C	8
13	D, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 134 : Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques

item 98 : Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant

Références :

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Partie 1 : Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville. Afssaps, juin 2009 (http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/AFSSAPS_RBP-Douleur-enfant.pdf).

Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al. Recommandations françaises de la Société française d'étude et de traitement de la migraine. Rev Neurol 2014; 170 : 653–70.

Annequin D, Tourniaire B, Amouroux R. Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent. Springer; 2014.

Fiche de synthèse : voir p. 205.



Cas clinique 28

Céphalées de l'enfant

Question 1 – QRU

Réponse : B.

Question 2 – QRU

Réponse : A.

Question 3 – QRM

Réponse : A, D.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B.

Commentaire : Les morphiniques ne sont pas indiqués dans la migraine de l'enfant; les traitements possibles et recommandés en cas de crise de migraine sévère avec vomissements sont l'administration de paracétamol et de kétoprofène par voie intraveineuse. Ce dernier n'a pas d'AMM en pédiatrie, mais en l'absence d'AINS ayant une AMM en intraveineuse chez l'enfant, le kétoprofène est largement utilisé dans les services de pédiatrie.

Question 5 – QROC

Réponse : céphalée de tension chronique.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C.

Commentaire : Les céphalées permanentes de fond sont appelées céphalées de tension chroniques; en plus, cet enfant présente une crise de migraine par semaine; le diagnostic retenu est donc l'association des deux. Si Martin avait plus de 15 jours de céphalées par mois, dont huit crises de migraine au moins par mois, le diagnostic serait celui de migraine chronique. Ces définitions sont fixées par l'IHS (*International Headache Society*): la dernière mise à jour de la classification date de juin 2013.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, E, F, G.

Question 8 – QRU

Réponse : D.

Commentaire : Les méthodes de relaxation ont fait la preuve de leur efficacité dans des études dans les céphalées et migraines de l'enfant; elles sont recommandées en première intention. Les traitements de fond, au contraire, n'ont pas été prouvés efficaces. L'acupuncture n'a pas encore fait l'objet de travaux permettant de la recommander chez l'enfant.

Question 9 – QRM

Réponse : D, E.

Question 10 – QRU

Réponse : A.

Commentaire : Les enfants savent très bien distinguer les migraines des céphalées de tension, lorsqu'on leur donne des explications claires. Un certificat médical doit donc être remis à la famille; il permettra la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) indiquant la prise précoce de traitement sans attendre les parents.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	10
2	A	10
3	A, D	10
4	A, B	10
5	Céphalée de tension chronique	10
6	B, C	10
7	A, B, C, E, F, G	10
8	D	10
9	D, E	10
10	A	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 134 : Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques

item 98 : Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant

Références :

International Headache Society (ISH). International Classification of Headache Disorders (3rd edition, 2013) (http://www.ihs-headache.org/binary_data/1437_ichd-iii-beta-cephalalgia-issue-9-2013.pdf).

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Partie 1 : Prise en charge de la douleur en milieu hospitalier et situations particulières en ville. Afssaps, juin 2009 (http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/AFSSAPS_RBP-Douleur-enfant.pdf).

Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al. Recommandations françaises de la Société française d'étude et de traitement de la migraine. Rev Neurol 2014; 170 : 653–70.

Annequin D, Tournaire B, Amouroux R. Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent. Springer; 2014.

Fiche de synthèse : voir p. 205.

Cas clinique 29

Question 1 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 2 – QROC

Réponse : douleur neuropathique.

Réponse alternative possible : douleur neurogène.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, D.

Réponse inacceptable : C.

Question 4 – QRM

Réponse : C, E.

Réponse inacceptable : A.

Question 5 – QRU

Réponse : F.

Question 6 – QROC

Réponse : ponction pleurale.

Question 7 – QROC

Réponse : métastase pleurale.

Réponse alternative possible : envahissement pleural, atteinte pleurale, localisation pleurale.

Question 8 – QRM

Réponse : D, E.

Réponse inacceptable : A, B.

Question 9 – QRM

Réponse : B, E.

Réponse inacceptable : A, C, D.

Question 10 – QRM

Réponse : C, D.

Réponse inacceptable : A, B, E.

Question 11 – QRM

Réponse : A, C, E.

Question 12 – QROC

Réponse : assistante sociale.

Réponse alternative possible : assistant social.

Question 13 – QROC

Réponse : confusion.

Réponse alternative possible : delirium, état ou syndrome confusionnel.

Question 14 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Réponse indispensable : B, C.

Question 15 – QRM

Réponse : D, F.

Réponse inacceptable : A, B, C, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C, D, F	7
2	Douleur neuropathique, ou douleur neurogène	7
	C	SMZ
3	A, B, D	7
	C	SMZ
4	C, E	7
	A	SMZ
5	F	
6	Ponction pleurale	6
7	Métastase pleurale, ou envahissement pleural, atteinte pleurale, localisation pleurale	6
8	D, E	7
	A, B	SMZ
9	B, E	7
	A, C, D	SMZ
10	C, D	7
	A, B, E	SMZ
11	A, C, E	7
12	Assistant(e) social(e)	6
13	Confusion, ou delirium	7
14	A, B, C, D, E	7
	B, C	PMZ

15	D, F	7
	A, B, C, E	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Richard A, Morisson S, Béziaud N, Laval G, Bengrine-Lefèvre L, Tournigand C. Indication et utilisation de la PCA. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 42. Classification des antalgiques : cf. Annexe 1.

Fiche de synthèse : voir p. 197 et 206.

Cas clinique 30**Question 1 – QRM**

Réponse : B, C, E.

Réponse indispensable : E.

Question 2 – QROC

Réponse : corticothérapie.

Réponse alternative possible : corticoïdes, prednisolone, méthylprednisolone.

Question 3 – QRU

Réponse : C.

Commentaire : Sortir de la chambre et ne pas répondre peut être décrit comme un processus involontaire du médecin visant à s'éviter une souffrance psychique.

Question 4 – QROC

Réponse : mécanisme de défense.

Réponse alternative possible : évitement, mécanisme psychique de défense.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, D.

Réponse indispensable : A, B.

Réponse inacceptable : C.

Question 6 – QRM

Réponse : B, E.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 8 – QROC

Réponse : directives anticipées.

Question 9 – QROC

Réponse : procédure collégiale.

Question 10 – QRU

Réponse : C.

Question 11 – QROC

Réponse : sédation.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C, E	9
	E	PMZ
2	Corticothérapie, ou corticoïdes, prednisolone, méthylprednisolone	9
3	C	9
4	Mécanisme de défense, ou évitement	9
5	A, B, D	9
	A, B	PMZ
	C	SMZ
6	B, E	9
7	A, B, C, D	9
8	Directives anticipées	9
9	Procédure collégiale	10
10	C	9
11	Sédation	9
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>). Bengrine-Lefèvre L, Tournigand C. Annonce du diagnostic et du pronostic. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 35. Larbi M, Zivkovic L, Ruszniewski M. Aspects psychologiques. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 43. Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod; 2015. Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.

Fiche de synthèse : voir p. 207.

Cas clinique 31**Question 1 – QROC**

Réponse : palliative active.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, D.

Réponse inacceptable : E.

Question 3 – QRM

Réponse : B, F, G.

Réponse inacceptable : A, E.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, E, F.



Question 5 – QRM

Réponse : B, C, D.

Question 6 – QRU

Réponse : B.

Question 7 – QRU

Réponse : E.

Question 8 – QRU

Réponse : D.

Question 9 – QRU

Réponse : C.

Question 10 – QROC

Réponse : agonique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Palliative active	10
2	A, B, D	10
	E	SMZ
3	B, F, G	10
	A, E	SMZ
4	A, B, C, E, F	10
5	B, C, D	10
6	B	10
7	E	10
8	D	10
9	C	10
10	Agonique	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Fiche de synthèse : voir p. 210.

Cas clinique 32**Question 1 – QRM**

Réponse : B, C.

Réponse indispensable : B.

Question 2 – QRM

Réponse : C, E.

Réponse indispensable : E.

Question 3 – QROC

Réponse : mécanisme de défense.

Question 4 – QROC

Réponse : fuite en avant.

Question 5 – QRU

Réponse : D.

Commentaire : Ce mécanisme de défense du patient est bien sûr à respecter en raison du risque de provoquer un effondrement psychique s'il ne l'est pas.

Question 6 – QROC

Réponse : radiothérapie.

Question 7 – QRM

Réponse : D, E.

Réponse indispensable : E.

Question 8 – QRU

Réponse : C.

Question 9 – QRU

Réponse : E.

Question 10 – QRU

Réponse : D.

Question 11 – QRM

Réponse : C, D.

Réponse inacceptable : B, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C	9
	B	PMZ
2	C, E	
	E	PMZ
3	Mécanisme de défense	9
4	Fuite en avant	9

5	D	10
6	Radiothérapie	9
7	D, E	9
	E	PMZ
8	C	9
9	E	9
10	D	9
11	C, D	9
	B, E	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>).
 Ruzniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod; 2015.
 Larbi M, Zivkovic L, Ruzniewski M. Aspects psychologiques. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 43.

Fiche de synthèse : voir p. 207.

Cas clinique 33

Question 1 – QRU

Réponse : E.

Commentaire : La patiente étant sous tutelle, la désignation d'une personne de confiance, non obligatoire par ailleurs, n'est pas conforme à la loi.

Question 2 – QRM

Réponse : A, D.

Réponse indispensable : D.
 Réponse inacceptable : E.

Question 3 – QRU

Réponse : D.

Question 4 – QROC

Réponse : tuteur.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Réponse inacceptable : A.

Question 8 – QROC

Réponse : réseau.

Réponse alternative possible : réseau de soins palliatifs.

Question 9 – QROC

Réponse : détresse respiratoire.

Question 10 – QROC

Réponse : sédation.

Question 11 – QRM

Réponse : C, D.

Question 12 – QRM

Réponse : D, E.

Réponse inacceptable : A, B.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	E	8
2	A, D	8
	D	PMZ
	E	SMZ
3	D	8
4	Tuteur	8
5	A, B, D	9
6	A, B, C, D, E	8
7	B, C, D, E	9
	A	SMZ



8	Réseau, ou réseau de soins palliatifs	8
9	Détresse respiratoire	8
10	Sédation	8
11	C, D	9
12	D, E	9
	A, B	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 106 : Confusion, démences

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>).

Desfosses G, Picard S. Structures de soins palliatifs. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 32

Langlade A, Rostaing-Rigattieri S, Guy-Coichard C. Modalités et critères décisionnels. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 34.

Fiche de synthèse : voir p. 211.

Cas clinique 34

Question 1 – QRM

Réponse : D, E.

Réponse indispensable : D.

Commentaire : Les directives anticipées qui expriment les souhaits du patient quant à sa fin de vie, s'il n'était plus en mesure de s'exprimer, sont révocables à tout moment.

Question 2 – QRM

Réponse : B, D.

Réponse inacceptable : A.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Réponse indispensable : A.

Question 4 – QRM

Réponse : A, E.

Réponse inacceptable : B, D.

Question 5 – QRU

Réponse : C.

Question 6 – QROC

Réponse : dérision.

Question 7 – QROC

Réponse : esquive.

Réponse alternative possible : banalisation.

Question 8 – QROC

Réponse : suicide assisté.

Réponse alternative possible : assistance au suicide.

Question 9 – QRM

Réponse : A, D.

Question 10 – QROC

Réponse : choc septique.

Réponse alternative possible : choc infectieux.

Question 11 – QRM

Réponse : C, D, E.

Question 12 – QRU

Réponse : D.

Question 13 – QRM

Réponse : B, D, E.

Commentaire : Le patient rentrera chez lui avec une surveillance médicale et des soins assurés par les infirmiers de ville. Il reviendra à la consultation de l'oncologue.





Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D, E	8
	D	PMZ
2	B, D	8
	A	SMZ
3	A, B, D, E	8
	A	PMZ
4	A, E	8
	B D	SMZ
5	C	7
6	Dérision	7
7	Esquive, Banalisation	7
8	Suicide assisté, ou assistance au suicide	8
9	A, D	8
10	Choc septique, ou choc infectieux	8
11	C, D, E	8
12	D	7
13	B, D, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>). Ruzniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod; 2015.

Larbi M, Zivkovic L, Ruzniewski M. Aspects psychologiques. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 43.

Desfosses G, Picard S. Structures de soins palliatifs. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 32

Langlade A, Rostaing-Rigattieri S, Guy-Coichard C. Modalités et critères décisionnels. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 34.

Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.

Fiche de synthèse : voir p. 207 et 212.

Cas clinique 35

Question 1 – QRM

Réponse : A, D, E.
Réponse indispensable : D.

Question 2 – QRM

Réponse : B, D, E.
Réponse indispensable : B.
Réponse inacceptable : A.

Question 3 – QROC

Réponse : palliative.

Question 4 – QRM

Réponse : C, E.
Réponse indispensable : C, E.
Réponse inacceptable : A.

Question 5 – QROC

Réponse : souffrance globale.
Réponse alternative possible : douleur totale, souffrance totale, *total pain*.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, E.
Réponse inacceptable : B, D.

Question 8 – QROC

Réponse : euthanasie.

Commentaire : La demande de Monsieur K. est une euthanasie. L'euthanasie est considérée en France comme un homicide.

Question 9 – QRU

Réponse : E.

Question 10 – QROC

Réponse : sédation.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 12 – QROC

Réponse : obstination thérapeutique déraisonnable.

Réponse alternative possible : obstination déraisonnable.

Question 13 – QRU

Réponse : D.

Question 14 – QROC

Réponse : midazolam.

Réponse alternative possible : Hypnovel®.

Commentaire : Une sédation est réalisée en utilisant du midazolam en titration.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D, E	7
	D	PMZ
2	B, D, E	7
	B	PMZ
	A	SMZ
3	Palliative	7
4	C, E	7
	C, E	PMZ
	A	SMZ
5	Souffrance globale, ou douleur totale, souffrance totale, <i>total pain</i>	7
6	A, B, C, D, E	7
7	A, C, E	7
	B, D	SMZ
8	Euthanasie	7
9	E	7
10	Sédation	8
11	A, B, C, D, E	7
12	Obstination thérapeutique déraisonnable, ou obstination déraisonnable	8
13	D	7
14	Midazolam, ou Hypnovel®	7
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (e) <http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>.

**Cas clinique 36****Question 1 – QRM**

Réponse : A, B, D, E.

Question 2 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Question 3 – QRU

Réponse : B.

Question 4 – QRM

Réponse : D, E.

Question 5 – QRM

Réponse : A, D.

Réponse inacceptable : C.

Question 6 – QRU

Réponse : A.

Question 7 – QRM

Réponse : A, D.

Réponse inacceptable : C, E.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B.

Réponse inacceptable : E, F.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, E.

Réponse indispensable : E.

Réponse inacceptable : D.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, D, E	11
2	A, C, D, E	11
3	B	11
4	D, E	11
5	A, B, D	11
	C	SMZ
6	A	11
7	A, D	11
	C, E	SMZ
8	A, B	11
	E, F	SMZ
9	B, E	12
	E	PMZ
	D	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles,

sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Richard A, Morisson S, Béziaud N, Laval G. Bengrine-Lefèvre L, Tournigand C. Indication et utilisation de la PCA. In : Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2015, chapitre 42.

Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : recommandations de bonnes pratiques cliniques : groupe de travail pluriprofessionnel et membres de différentes Sociétés savantes, septembre 2012. Médecine Palliative – Soins de Support – Accompagnement – Éthique 2012; 11 : S5-S24.

Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.

Fiche de synthèse : voir p. 197.

Cas clinique 37

Question 1 – QRU

Réponse : B.

Question 2 – QRM

Réponse : D, E.

Question 3 – QRM

Réponse : A, C, D, F.

Question 4 – QROC

Réponse : procédure collégiale.

Commentaire : Chez les patients âgés, dénutris, atteints de maladie d'Alzheimer sévère, une nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications mettant en jeu le pronostic vital et en l'absence de bénéfice démontré (recommandation HAS 2007). Chez cette patiente, compte tenu de sa démence très évoluée et de la dénutrition déjà installée par réduction progressive des apports, le neurologue et le médecin généraliste, en accord avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD, l'équipe soignante et la famille, décident de ne pas mettre en route une nutrition artificielle. La communication limitée de la patiente n'a pas permis de connaître ses souhaits en matière d'alimentation; l'impossibilité actuelle d'administration orale lui a cependant été expliquée.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	16
2	D, E	17
3	A, C, D, F	17
4	Procédure collégiale	16
5	A, B, C, D	17
6	B, C, E	17
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 106 : Confusion, démences

Références :

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS, avril 2007 ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf).

Cas clinique 38**Question 1 – QRM**

Réponse : B, F.

Question 2 – QROC

Réponse : mécanismes de défense.

Question 3 – QRM

Réponse : B, D, F.

Question 4 – QRM

Réponse : A, D, E.

Commentaires : La relation de soins est un élément fondamental du soin; la qualité de cette relation doit permettre d'inscrire la relation de soins dans une action thérapeutique. Un comportement inadapté des soignants peut avoir des conséquences délétères sur la prise en charge du patient, comme la

non-adhésion au traitement, voire le refus de soins. L'annonce d'une maladie grave peut provoquer une sidération psychique. L'intégration de la gravité de la maladie et de la nécessité d'un traitement doit se faire en plusieurs étapes.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : Le médecin développe nécessairement lui aussi des stratégies défensives qui l'aideront à se protéger d'une réalité angoissante. Confronté aux limites de la médecine, le soignant (le médecin en particulier) peut avoir du mal à accepter l'échec des thérapeutiques et avoir un sentiment d'impuissance face à celui qu'il ne peut plus aider à guérir. Ces situations éprouvantes vécues au quotidien provoquent malaise et déstabilisation.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, E.

Question 7 – QRU

Réponse : B.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Question 10 – QROC

Réponse : sidération psychique.

Question 11 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : L'information doit être donnée initialement par le médecin référent, même si elle peut être reprise secondairement par l'équipe soignante. C'est un travail d'équipe demandant une bonne communication entre tous les intervenants. Le patient a le droit à l'information pour lui permettre de s'adapter à la nouvelle situation. Il ne doit pas découvrir seul qu'il va en unité de soins palliatifs.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, F	9
2	Mécanismes de défense	9
3	B, D, F	9
4	A, D, E,	9
5	A, B, C, D, E	9
6	A, B, E	9
7	B	9
8	A, B, C, D, E, F	9
9	A, B, D, E	9
10	Sidération psychique	9
11	B, C, D, E	10
	Total	100



Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod ; 2015.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C, E, F.

Commentaire : Dans la situation présente, l'évocation d'un second avis médical avec le dossier médical est probablement le reflet d'un mécanisme de défense de l'épouse du patient ; il n'était pas utile de réagir immédiatement, mais plus opportun de faire la démarche d'information sur l'accès au dossier médical dans un second temps, d'autant qu'il n'est pas certain que le patient en fasse la demande. L'urgence de la situation était la délivrance de l'information concernant l'état de santé de son époux, conformément à l'accord entre le médecin référent et son patient.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C	17
2	Colère	16
3	Marchandage	16
4	A, B, C, E, F	17
5	B, C, D, E	17
6	B, C, E, F	17
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod ; 2015.

Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient. Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), 2011 (http://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012_ENTIER.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 213.

Cas clinique 39**Question 1 – QRM**

Réponse : A, C.

Commentaire : L'annonce de l'arrêt des traitements carcinologiques pour son époux induit une réaction psychique chez son épouse. Après ce type d'annonce, les patients et leurs proches peuvent passer les mêmes phases intrapsychiques que lors du travail de deuil.

Question 2 – QROC

Réponse : colère.

Question 3 – QROC

Réponse : marchandage.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, E, F.

Question 5 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : Lutter contre l'angoisse de la famille est essentiel, car l'angoisse de la famille aggrave celle du malade. L'annonce d'un pronostic défavorable ou l'annonce d'un arrêt des traitements carcinologiques n'est pas chose aisée. Il faut savoir se comporter de façon appropriée, en tenant compte et en respectant les mécanismes de défense de chacun, sans se laisser envahir par le champ émotionnel.



Cas clinique 40

Question 1 – QRM

Réponse : A, B.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 3 – QRM

Réponse : D, E.

Question 4 – QRU

Réponse : D.

Question 5 – QROC

Réponse : directives anticipées.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, D.

Réponse inacceptable : E.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, E.

Réponse inacceptable : D.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Question 9 – QRM

Réponse : B, D.

Réponse inacceptable : E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C.

Réponse inacceptable : D.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 12 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire : Les soins de nursing seront quant à eux poursuivis.

Question 13 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B	7
2	A, B, C, D	8
3	D, E	8
4	D	7
5	Directives anticipées	7
6	A, B, D	7
	E	SMZ
7	A, C, E	8
	D	SMZ
8	A, B, C, E	8

9	B, D	8
	E	SMZ
10	A, B, C	8
	D	SMZ
11	A, B, C, D	8
12	A, B, D, E	8
13	A, B, D, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 329 : Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez (...) un polytraumatisé (...)

Références :

Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.

Fiche de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) : cf. Annexe 5.

Cas clinique 41

Question 1 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Réponse indispensable : A, B, E.

Question 4 – QRM

Réponse : A, E.

Question 5 – QROC

Réponse : palliative terminale.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C, D.

Question 7 – QROC

Réponse : projection agressive, agressivité.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Réponse inacceptable : C.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, D, E.

Question 10 – QROC

Réponse : sédation.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, E	10
2	A, B, C, D, E, F, G	10
3	A, B, D, E	10
	A, B, E	PMZ
4	A, E	10
5	Palliative terminale	10
6	A, B, C, D	10
7	Projection agressive, ou agressivité	10
8	A, B, D, E	10
	C	SMZ
9	A, B, D, E	10
10	Sédation	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La séda-

tion pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 94 : Neuropathies périphériques

Références :

Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod; 2015.

Cas clinique 42

Question 1 – QRM

Réponse : A, C, D.

Réponse inacceptable : E.

Question 2 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 3 – QRM

Réponse : B, C, D.

Commentaire : Selon la loi du 22 avril d'avril 2005 : « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance (...), l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 5 – QRM

Réponse : A, E.

Réponse inacceptable : B.

Question 6 – QROC

Réponse : obstination déraisonnable.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Question 8 – QROC

Réponse : nutrition artificielle, ou nutrition et hydratation artificielles.

Question 9 – QRM

Réponse : B, E.

Réponse inacceptable : A.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C.

Réponse inacceptable : E, D.

Commentaire : La proposition D (aujourd'hui fausse) peut devenir vraie si la proposition de loi Claeys-Léonetti du 17 mars 2015 est adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat.

Question 11 – QROC

Réponse : double effet.

Question 12 – QRM

Réponse : A, D, E, F, G.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C, D	8
	E	SMZ
2	A, B, C, D, E	9
3	B, C, D	8
4	A, B, C, D, E	8
5	A, E	8
	B	SMZ
6	Obstination déraisonnable	8
7	A, C, D, E	9
8	Nutrition artificielle, ou nutrition et hydratation artificielles	8
9	B, E	8
	A	SMZ
10	A, C	9
	E, D	SMZ
11	Double effet	8
12	A, D, E, F, G	9
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie.

Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 106 : Confusion, démences

Références :

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), 2009 (<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>).

Marin I. Traitement de la dyspnée en fin de vie. *Revue Mal Respir* 2004; 21 : 465–72.

Masanès M-J. Symptômes respiratoires. In : *Le livre de l'interne – Médecine de la douleur et médecine palliative*. Rostaing-Rigattieri S, Bonnet F. Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2009, chapitre 42.

Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.

Fiche de synthèse : voir p. 214.

**Cas clinique 43****Question 1 – QRM**

Réponse : A, C.

Commentaire : La personne de confiance est désignée pour la durée d'hospitalisation du patient, mais le patient peut en désigner une autre à tout moment.

Question 2 – QRU

Réponse : D.

Question 3 – QROC

Réponse : déplacement.

Question 4 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F.

Question 5 – QRM

Réponse : B, C, D, E.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, E.

Réponse inacceptable : D.

Question 7 – QRM

Réponse : A, C, D, E.

Question 8 – QROC

Réponse : clivage.

Réponse alternative possible : ambivalence.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, C, D, E, F.

Question 11 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 12 – QROC

Réponse : mécanismes de défense.

Question 13 – QROC

Réponse : psychologue.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C	8
2	D	7
3	Déplacement	8
4	A, B, C, D, E, F	7
5	B, C, D, E	8
6	A, B, E	8
	D	SMZ
7	A, C, D, E	8
8	Clivage, ou ambivalence	8
9	A, B, C, D, E	8
10	A, C, D, E, F	8
11	A, B, C, D, E	7
12	Mécanismes de défense	7
13	Psychologue	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod; 2015.

Cas clinique 44

Question 1 – QRU

Réponse : B.

Commentaire : Le *performance status* de l'OMS donne une appréciation globale de l'autonomie du malade.

Question 2 – QRU

Réponse : D.

Question 3 – QROC

Réponse : mécanisme de défense.

Question 4 – QRU

Réponse : D.

Question 5 – QRM

Réponse : A, D, E.

Réponse inacceptable : F.

Question 6 – QROC

Réponse : terminale.

Réponse alternative possible : palliative terminale, palliative symptomatique.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, E, F.

Question 8 – QRM

Réponse : A, D, E.

Réponse indispensable : A.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C.

Réponse inacceptable : F.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire : Le risque de fausses routes lors de la prise de médicaments par voie orale est important. La posologie de fentanyl transdermique sera adaptée aux besoins de Monsieur V.

Question 11 – QRM

Réponse : A, C.

Réponse inacceptable : D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	9
2	D	9
3	Mécanisme de défense	9
4	D	9
5	A, D, E	10
	F	SMZ
6	Terminale, ou palliative terminale	9
7	A, B, C, E, F	9
8	A, D, E	9
	A	PMZ
9	B, C	9

10	A, B, C, E	9
11	A, C	9
	D, E	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

item 138 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

Références :

Ruszniewski M, Rabier G. L'Annonce – Dire la maladie grave. Paris : Dunod ; 2015.
Performance status (OMS) : cf. Annexe 3.

Fiche de synthèse : voir p. 215.

Cas clinique 45

Question 1 – QROC

Réponse exacte : inflammatoire.

Question 2 – QRM

Réponse : C, D.
Réponse inacceptable : A, E.

Question 3 – QRU

Réponse : E.

Question 4 – QRU

Réponse : C.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, E.
Réponse inacceptable : D.

Question 6 – QROC

Réponse exacte : scanner rachidien.

Réponse alternatives possible : TDM rachidienne, scanner lombaire.

Question 7 – QRM

Réponse : A, D.
Réponse inacceptable : B, E.

Question 8 – QRM

Réponse : A, B, C.

Question 9 – QRM

Réponse : A, B, D.

Question 10 – QROC

Réponse exacte : embolie pulmonaire.

Question 11 – QROC

Réponse exacte : cérébrospinale.
Réponse alternative possible : cérébrale, cérébrale avec injection

Question 12 – QROC

Réponse exacte : directives anticipées.

Question 13 – QRM

Réponse : A, B, D, E.
Réponse inacceptable : C.

Question 14 – QROC

Réponse exacte : congés d'accompagnement.

Question 15 – QROC

Réponse exacte : normal.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Inflammatoire	6
2	C, D	7
	A, E	SMZ
3	E	6
4	C	6
5	A, B, C, E	7
	D	SMZ
6	Scanner rachidien, ou TDM rachidienne, scanner lombaire	7
7	A, D	7
	B, E	SMZ
8	A, B, C	7
9	A, B, D	7
10	Embolie pulmonaire	7
11	Cérébrospinale, ou cérébrale, ou cérébrale avec injection	6
12	Directives anticipées	7
13	A, B, D, E	7
	C	SMZ
14	Congés d'accompagnement	7
15	Normal	6
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 136 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire

item 137 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques

Références : Code de déontologie médicale (art.37) : cf. Annexe 4.

Cas clinique 46**Question 1 – QRM**

Réponse : D, E.

Commentaire : La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est une réunion entre médecins de différentes spécialités, pendant laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des référentiels disponibles, l'analyse de la balance entre les bénéfices attendus et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les RCP rassemblent au minimum trois médecins de spécialités différentes. Sur la base des recommandations de bonne pratique et compte tenu de la situation personnelle et globale du patient, ils établissent une proposition de traitements.

Question 2 – QROC

Réponse exacte : situation d'urgence.

Réponse alternatives possible : urgence, détresse respiratoire.

Question 3 – QRM

Réponse : C, E.

Commentaire : La prise en charge de Madame B. en réanimation à un stade évolué de sa maladie cancéreuse, n'est pas considérée comme une obstination déraisonnable (proposition A non retenue) du fait de la situation d'urgence (aggravation brutale inattendue).

Question 4 – QRM

Réponse : A, B.

Question 5 – QRM

Réponse : B, C.

Réponse inacceptable : D.

Question 6 – QRM

Réponse : A, C, E, F.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. La loi ne précise pas que le médecin consultant doit être extérieur au service mais une bonne pratique irait dans ce sens. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La loi laisse la possibilité au médecin en charge du malade de prendre une décision qui ne soit pas partagée avec la personne de confiance, les proches ou les membres de l'équipe médicale et paramédicale; néanmoins la recherche d'un assentiment ou au moins d'une « non-opposition » est importante lors des discussions avec la personne de confiance ou les proches du malade, de même que la prise en compte de l'avis de l'équipe soignante, de manière à ce qu'un consensus puisse être trouvé au niveau de l'équipe médicale et paramédicale.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D, E	14
2	Situation d'urgence, ou urgence, détresse respiratoire, asphyxie	15
3	C, E	14
4	C, E	14
5	B, C	14
	D	SMZ
6	A, C, E, F	15
7	A, B, C, D, E	14
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 140 : Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en réanimation

Références :

Réunion de concertation pluridisciplinaire. Évaluation et amélioration des pratiques. HAS, mai 2014 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf).

Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations



de la Société de réanimation de langue française. Réanimation 2010; 19 : 679–98 (http://www.srlf.org/rc/org/srlf/html/Article/2011/20110805-113918-616/src/html_fullText/fr/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679_698.pdf).

Code de déontologie médicale (art. 37) : cf. Annexe 4.
Fiche de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) : cf. Annexe 5.

Cas clinique 47

Question 1 – QRM

Réponse : C, E.
Réponse indispensable : C, E.
Réponse inacceptable : A, B, D.

Question 2 – QRM

Réponse : C, F.
Réponse inacceptable : B.

Question 3 – QRM

Réponse : B, D.
Réponse indispensable : B.
Réponse inacceptable : E.

Question 4 – QRM

Réponse : C, D.
Réponse indispensable : D.
Réponse inacceptable : B, E.

Question 5 – QRU

Réponse : C.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C.
Réponse indispensable : C.
Réponse inacceptable : D, E.

Question 7 – QRM

Réponse : C, D.
Réponse indispensable : C.
Réponse inacceptable : E.

Question 8 – QRM

Réponse : A, D, E.
Réponse indispensable : E.
Réponse inacceptable : B, C.

Question 9 – QRM

Réponse : B, C, D.
Réponse indispensable : B.
Réponse inacceptable : A, E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, C.
Réponse indispensable : B.
Réponse inacceptable : D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	C, E	10
	C, E	PMZ
	A, B, D	SMZ
2	C, F	10
	B	SMZ
3	B D	10
	B	PMZ
	E	SMZ
4	C, D	10
	D	PMZ
	B, E	SMZ
5	C	10
6	B, C	10
	C	PMZ
	D, E	SMZ
7	C, D	10
	C	PMZ
	E	SMZ
8	A, D, E	10
	E	PMZ
	B, C	SMZ
9	B, C, D	10
	B	PMZ
	A, E	SMZ
10	A, B, C	10
	B	PMZ
	D, E	SMZ
	Total	100



Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 139 : Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en pédiatrie

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance

item 294 : Cancer de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

**Références :**

Viallard M-L, Suc A, De Broca A, et al. Indication d'une sédation en phase terminale ou en fin de vie chez l'enfant : propositions à partir d'une synthèse de la littérature. *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique* 2010; 9 : 80–6.

Gatbois E, Gabolde M, Edda Messi B, Orbach D. Douleur en fin de vie chez l'enfant et l'adolescent. In : *La douleur chez l'enfant*. Ecoffey CI, Annequin D. 2^e édition. Éditions Lavoisier; 2011, chapitre 17.

Petit A, Aerts I, Lobut J B, et al. Fin de vie en oncologie pédiatrique : une période active de traitement. *Médecine thérapeutique - Pédiatrie* 2009; 12:127-33.

IMPACCT : des recommandations pour les soins palliatifs pédiatriques en Europe. Groupe de travail sur les soins palliatifs pédiatriques de l'Association Européenne pour les Soins Palliatifs (EAPC) (<http://www.sfap.org/pdf/VIII-19c-pdf.pdf>).

De Broca A. Douleurs en fin de vie en situation de soins palliatifs (hors périnatalogie). *Encycl Méd Chir* (Elsevier Paris). 2013, 4-170-C-20.

Fiche de synthèse : voir p. XXXX.

Cas clinique 48

Question 1 – QRM

Réponse : A, D, E.
Réponse indispensable : D.
Réponse inacceptable : B, C.

Question 2 – QRU

Réponse : E.

Question 3 – QRU

Réponse : C.

Question 4 – QRM

Réponse : B, D, E.
Réponse indispensable : B.
Réponse inacceptable : A, C.

Question 5 – QRM

Réponse : A, B, C, E.
Réponse indispensable : A, B, C.
Réponse inacceptable : D.

Question 6 – QRM

Réponse : A, B, C.
Réponse indispensable : C.
Réponse inacceptable : E.

Question 7 – QRM

Réponse : A, B, E.
Réponse indispensable : E.
Réponse inacceptable : C, D.

Question 8 – QRM

Réponse : C, E.

Question 9 – QRU

Réponse : A.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B, E.
Réponse indispensable : A.
Réponse inacceptable : C.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D, E	10
	D	PMZ
	B, C	SMZ
2	E	10
3	C	10
4	B, D, E	10
	B	PMZ
	A, C	SMZ
5	A, B, C, E	10
	A, B, C	PMZ
	D	SMZ
6	A, B, C	10
	C	PMZ
	E	SMZ
7	A, B, E	10
	E	PMZ
	C, D	SMZ
8	C E	10
9	A	10
10	A, B, E	10
	A	PMZ
	C	SMZ
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 139 : Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en pédiatrie

Références :

Viallard M-L, Suc A, De Broca A, et al. Indication d'une sédation en phase terminale ou en fin de vie chez l'enfant : propositions à partir d'une synthèse de la littérature. *Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique* 2010; 9 : 80–6.

Gatbois E, Gabolde M, Edda Messi B, Orbach D. Douleur en fin de vie chez l'enfant et l'adolescent. In : *La douleur chez l'enfant*. Ecoffey CI, Annequin D. 2^e édition. Éditions Lavoisier; 2011, chapitre 17.

Fiche de synthèse : voir p. XXXX.

Fiche de synthèse du cas clinique 1

Colique néphrétique (SFMU, 2009)

Formes

Colique néphrétique simple

Forme fréquente, caractérisée par une douleur brutale et intense, unilatérale lombaire ou lombodorsale et d'irradiation le plus souvent antérieure et descendante vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes. Il existe des signes digestifs fréquents (nausées, vomissements et constipation), des signes urinaires (dysurie, pollakiurie et impériosité) et des signes généraux (agitation, anxiété). Il n'y a pas de fièvre.

Colique néphrétique compliquée

Signes d'infection (fièvre > 38 °C), oligo-anurie, persistance d'une intensité douloureuse élevée malgré un traitement antalgique bien conduit (crise hyperalgique).

Colique néphrétique sur terrain particulier

Femme enceinte, insuffisance rénale chronique, rein transplanté, rein unique, uropathie connue, patient VIH.

Pièges

Facile dans la forme typique, le diagnostic différentiel de la colique néphrétique est parfois difficile avec toutes les causes de douleurs abdominales et gynécologiques, en particulier la rupture d'anévrisme aortique, la GEU et la pyélonéphrite aiguë.

La prise de la température est systématique.

Le traitement initial de la colique néphrétique est antalgique

La mise en route et la conduite de ce traitement à visée antalgique sont guidées par la réalisation, répétée, autant que nécessaire, d'une mesure de l'intensité douloureuse par l'échelle visuelle analogique (EVA).

Le traitement est prescrit en injection intraveineuse de préférence :

- anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en absence de contre-indications : seul ou associé à un antalgique ;
 - dans le cas de douleur intense : AINS et opioïde fort.
- Éviter la déshydratation et laisser les boissons libres.

Détails du traitement médicamenteux

- Le **kétoprofène intraveineux** à la dose de 100 mg, au maximum 3 fois par 24 heures : le kétoprofène est le seul à avoir obtenu l'AMM par voie intraveineuse pour l'indication colique néphrétique. Ses principales contre-indications sont :
 - une grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée ;
 - des antécédents d'asthme déclenché par la prise de kétoprofène ou de substances d'activité proche telles qu'autres AINS, aspirine ;
 - une hémorragie en évolution ;
 - un ulcère gastrique ou intestinal en évolution ;
 - une insuffisance hépatique sévère ;
 - une insuffisance rénale sévère ;
 - une insuffisance cardiaque sévère non contrôlée.
- Le **paracétamol injectable** : en perfusion intraveineuse.
- La **morphine injectable** : en titration intraveineuse.

Chez la femme enceinte

- Le paracétamol peut être prescrit.
- Les AINS sont contre-indiqués pendant le 3^e trimestre.
- La morphine peut être prescrite en dehors du travail.

Chez l'insuffisant rénal

- Les AINS sont contre-indiqués.
- La morphine à dose adaptée.
- Le paracétamol peut être prescrit.

Recours à un avis urologique

Le recours à un avis urologique est nécessaire dans trois circonstances :

- colique néphrétique compliquée : fièvre > 38 °C, insuffisance rénale aiguë obstructive, crise hyperalgique (par définition : ne répondant pas au traitement bien conduit et à dose suffisante);
- colique néphrétique sur terrain particulier : insuffisance rénale préexistante, rein unique, grossesse, rein transplanté;
- existence de facteurs de gravité liés au calcul : diamètre \geq 6 mm, calculs bilatéraux, empièchement après lithotripsie extracorporelle;
- modalités de dérivations urinaires :
 - le plus souvent, en première intention, traitement endoscopique rétrograde sous anesthésie générale ou locorégionale par mise en place d'une sonde urétérale ou d'une endoprothèse urétérale type double J;
 - mise en place d'une sonde de néphrostomie percutanée permettant un drainage des urines rénales par voie percutanée, possible aussi en urgence, sauf en cas de troubles de la coagulation.

Imagerie

En urgence, l'imagerie n'est pas nécessaire lorsque la clinique est évidente.

Il faut demander une radiographie de l'abdomen (ASP) couplée avec une échographie abdominale.

Hospitalisation

L'hospitalisation est indiquée :

- en service d'urologie en cas de complications;
- en service de gynécologie-obstétrique en cas de grossesse;
- en unité d'urgence porte en cas de colique néphrétique simple.

Retour à domicile

Le patient peut quitter le service d'urgence en cas de disparition de douleur et après 4 heures du traitement par la morphine.

Lorsque le calcul n'est pas éliminé, un traitement ambulatoire est indiqué : AINS par voie orale ou des antalgiques (niveau 2) en cas de contre-indications.

Il est recommandé au patient de boire normalement. Il a pour consigne de filtrer ses urines et de revenir aux urgences en cas de récurrence de la douleur, de fièvre, d'hématurie, d'oligo-anurie, de frissons, de malaise ou de vomissements.

(**Source** : Extrait de El Khebir M, Fougeras O, Le Gall C, et al. Sous-commission de veille scientifique de la SFMU. Actualisation 2008 de la 8^e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. Progrès en Urologie 2009; 19 : 462–73.)

Fiche de synthèse des cas cliniques 1, 3, 5 et 6

Titration morphinique intraveineuse chez l'adulte

Il s'agit de l'administration intraveineuse répétée de doses relativement faibles de morphine toutes les 5 minutes. Cette modalité permet d'obtenir une analgésie adaptée au patient (car grandes variabilités interindividuelles) et de limiter la survenue d'effets indésirables.

On peut utiliser aussi de l'oxycodone injectable : les doses (en mg) seront les mêmes que celles de la morphine (équianalgie 1:1).

Administer 3 mg IV (2 mg si poids corporel < 60 kg) toutes les 5 minutes jusqu'à l'atteinte de l'objectif thérapeutique (EN \leq 3 ou EVA \leq 30 mm ou EVS \leq 1).

Le respect de la posologie et du délai entre les injections améliore l'efficacité du traitement.

Surveillance

Surveillance pendant la titration intraveineuse

Toutes les 5 minutes, avant tout nouveau bolus :

- intensité douloureuse sur une échelle validée : EVA, EN ou EVS ;
- fréquence respiratoire (échelle respiratoire) ;
- niveau de sédation (échelle de sédation).

Surveillance après la titration

Pendant 2 heures au moins après le dernier bolus.

Toutes les 15 minutes :

- intensité douloureuse sur une échelle validée : EVA, EN ou EVS ;
- fréquence respiratoire ;
- niveau de sédation ;
- autres effets indésirables ;
- satisfaction du patient.

Échelles utilisées

- Échelle de sédation (EDS) :
 - S0 : patient éveillé ;
 - S1 : somnolent, éveillable facilement ;
 - S2 : éveillable par stimulation verbale ;
 - S3 : éveillable par stimulation tactile.
- Échelle respiratoire :
 - R0 : normale et FR > 10 ;
 - R1 : ronflements et FR > 10 ;
 - R2 : irrégulière et/ou FR < 10 ;
 - R3 : pauses ou apnée.

La titration devra être interrompue en présence d'une sédation et/ou une fréquence respiratoire altérée : EDS \geq 2 + R2 ou R3.

NB : la sédation précède toujours la dépression respiratoire.

Fiche de synthèse du cas clinique 2

Crise vaso-occlusive chez l'adulte drépanocytaire (HAS, 2010)

La drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique autosomique récessive par mutation du gène de la β -globine. Cette mutation induit la synthèse d'une hémoglobine (Hb) anormale, l'HbS, principalement responsable de l'ensemble des manifestations cliniques vaso-occlusives et d'une hémolyse chronique avec anémie de degré variable.

Les syndromes drépanocytaires majeurs regroupent trois formes génétiques principales : homozygoties S/S, hétérozygoties composites S/C et S/ β (ou S/ β -thalassémies). Les formes les plus sévères sont les homozygoties S/S ainsi que les S/ β -thalassémies. Ces syndromes affectent principalement les populations d'Afrique subsaharienne, des Antilles et d'Afrique du Nord.

La confirmation du diagnostic de la drépanocytose repose sur l'étude de l'hémoglobine. Celle-ci doit être pratiquée à distance d'une transfusion et selon les recommandations de la Société française de biologie clinique (SFBC). Elle confirme la présence d'HbS (90 % chez les homozygotes). Le taux d'HbF résiduelle a une incidence sur la fréquence des crises.

Les sujets hétérozygotes AS, porteurs d'un trait drépanocytaire, sont en règle générale asymptomatiques. Ils doivent être dépistés pour leur donner accès à une information génétique. Un dépistage néonatal ciblé a été mis en place en France depuis l'année 2000. Un conseil génétique est utile et doit être proposé aux couples à risque. Son principal objectif est de donner aux parents toutes les informations leur permettant d'exercer un libre choix éclairé et le cas échéant, de recourir au diagnostic prénatal.

La drépanocytose de l'adulte est une maladie complexe, de prise en charge nécessairement multidisciplinaire.

Le diagnostic et l'annonce de la maladie, la prescription des traitements spécifiques, l'organisation du suivi pluridisciplinaire clinique et paraclinique reviennent au médecin spécialisé dans la prise en charge de la drépanocytose. Ce dernier intervient en coordination avec le médecin traitant qui joue un rôle essentiel, notamment pour la prise en charge des aspects psychologiques, la surveillance thérapeutique, la conduite du programme vaccinal et la reconnaissance des situations d'urgence.

Des complications aiguës, telles notamment que crises vaso-occlusives, syndromes thoraciques aigus, priapisme et accidents vasculaires cérébraux, constituent des urgences thérapeutiques.

Prise en charge de la crise vaso-occlusive chez l'adulte : caractéristiques générales

- La crise douloureuse constitue la manifestation clinique la plus fréquemment rencontrée chez l'adulte drépanocytaire. C'est la première cause d'hospitalisation des patients adultes drépanocytaires.
- Elle se manifeste par l'apparition soudaine de douleurs articulaires ou osseuses très intenses dépassant les capacités d'endurance des patients et les possibilités thérapeutiques disponibles en ville.
- Elle doit toujours être considérée comme source ou résultante possible de problèmes graves. Elle représente dans tous les cas pour le patient une situation d'échec, source d'anxiété majeure et parfois de syndrome dépressif.

Plusieurs points sont essentiels :

- La recherche d'un point d'appel infectieux et de facteurs favorisants est systématique.
- En cas d'hospitalisation, la surveillance doit être rigoureuse car l'évolution rapide vers un syndrome thoracique aigu n'est pas rare et peut mettre en jeu le pronostic vital en l'absence de traitement adapté.
- Il faut instaurer un traitement antalgique rapide et efficace. La douleur chez le patient drépanocytaire peut être révélatrice d'une autre complication. Ainsi, toute douleur abdominale doit faire rechercher une autre cause qu'une crise vaso-occlusive, en particulier une cholécystite ou une pyélonéphrite.

Prise en charge d'un patient douloureux, non soulagé par son traitement antalgique habituel En premier lieu

S'assurer qu'il s'agit bien d'une crise vaso-occlusive simple sans signe de gravité et rechercher une infection intercurrente.

Signes de gravité chez un patient adulte drépanocytaire :

- tout signe de gravité respiratoire ;
- tout signe neurologique ou altération de la conscience ;
- fièvre élevée $> 39^{\circ}\text{C}$;
- signes d'intolérance d'une anémie aiguë ;

- signes de défaillance hémodynamique;
- défaillance viscérale connue (insuffisance rénale, HTAP);
- description par le patient du caractère inhabituel de la crise.

NB : la grossesse constitue une situation à risque.

Traitement de la crise douloureuse à domicile

- Hydratation orale, 2 à 3 litres d'eau et 0,5 litre d'eau de Vichy par jour, éviter les sodas.
- Repos dans un lieu calme et chaud.
- Antalgiques opioïdes faibles.
- Arrêt de l'activité et réévaluation à 24 heures : évaluation de la douleur et des signes de gravité éventuels.

Indications d'hospitalisation pour un patient adulte drépanocytaire :

- tout facteur de gravité;
- échec des antalgiques de niveau 2 à posologie optimale;
- tout signe inhabituel dans une crise vaso-occlusive simple;
- tout signe fonctionnel pulmonaire;
- douleur abdominale aiguë;
- malade isolé, sans aide ni surveillance extérieure;
- impossibilité d'assurer une hydratation correcte (vomissements, diarrhée...).

Cas particulier des douleurs abdominales chez l'adulte

La crise vaso-occlusive est rarement la cause de douleurs abdominales, contrairement à la situation chez l'enfant. La constipation est très fréquente en raison de la prise d'antalgiques de palier 2 et de l'immobilisation. Les autres causes de douleur abdominale doivent être systématiquement recherchées.

Causes des douleurs abdominales chez un patient adulte drépanocytaire :

- lithiase vésiculaire compliquée (cholécystite, angiocholite...);
- pyélonéphrite aiguë;
- iléus réflexe en réaction à une vaso-occlusion rachidienne (ou à la prise d'opioïdes);
- séquestration splénique ou hépatique;
- ulcère gastroduodénal (prise fréquente d'AINS);
- pancréatite aiguë;
- insuffisance cardiaque droite;
- infections (virales, paludisme...);
- autres causes de douleur abdominale non imputables à la drépanocytose notamment gynéco-obstétricales chez la femme.

Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_938882/fr/ald-n-10-pnds-sur-syndromes-drepanocytaires-majeurs-de-l-adulte



Fiche de synthèse du cas clinique 3

Douleur aiguë postopératoire

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus

Il s'agit d'une douleur en traumatologie, modèle de douleur aiguë. Les échelles adaptées seront EVA, EVS, ENS chez le patient qui peut communiquer.

Conséquences physiopathologiques de la douleur postopératoire

La douleur aiguë induit plusieurs types de modifications physiologiques et physiopathologiques, potentiellement délétères :

- métaboliques : mobilisation des substrats, catabolisme accéléré, ayant comme résultat une balance azotée négative et une hyperglycémie. Il s'agit de la réaction neuroendocrinienne au stress, caractérisée par l'augmentation des hormones cataboliques (cortisol, glucagon catécholamines) et l'inhibition des hormones anaboliques (insuline, testostérone);
- cardiovasculaires : hypertension, tachycardie, ischémie myocardique (par augmentation de la consommation d'oxygène du myocarde, en présence d'une pathologie coronarienne), seuil abaissé de fibrillation;
- hypercoagulabilité : risque augmenté de maladie thromboembolique par l'immobilisation, les lésions tissulaires et l'action hormonale;
- respiratoires : la douleur inhibe la toux et les mouvements respiratoires amples, pouvant contribuer à l'apparition de complications respiratoires;
- digestives : ralentissement du transit induit par la douleur ou les antalgiques;
- détresse psychologique, perturbations cognitives, anxiété;
- modifications neuroendocrines au niveau des tissus lésés et modifications de la transmission nociceptive, pouvant favoriser la chronicisation de la douleur.

Fiche de synthèse du cas clinique 4

Syndrome douloureux régional complexe de type 1, ou algodystrophie

L'algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe de type 1) est définie comme un syndrome douloureux articulaire et péri-articulaire lié à des perturbations vasomotrices, déclenché par des agressions diverses. Le système nerveux sympathique peut jouer un rôle prédominant dans sa genèse. Elle évolue d'une phase aiguë dite « chaude », fluxionnaire, douloureuse, vers une phase dystrophique dite « froide », avec raideur et rétractions. La phase séquellaire avec troubles trophiques, ankyloses articulaires et attitudes vicieuses, est devenue exceptionnelle. L'algodystrophie est fréquemment rencontrée en pathologie locomotrice ou neurologique. Seule une identification clinique à un stade précoce, confirmée par l'existence d'une hyperfixation régionale à la scintigraphie osseuse, autorise un traitement associant rééducation fonctionnelle et thérapeutiques médicamenteuses.

Il n'y a pas de traitement consensuel spécifique de l'algodystrophie. Le traitement associe le repos, la kinésithérapie respectant la règle de la non-douleur et la prescription de médicaments dont l'efficacité reste aléatoire (calcitonine, bisphosphonates). La kinésithérapie doit être progressive et indolore lors de la phase chaude, associant physiothérapie à visée antalgique, balnéothérapie et drainage circulatoire. Au cours de la phase froide, la kinésithérapie vise à limiter les rétractions capsulo-ligamentaires et à lutter contre l'enraidissement articulaire. Une prise en charge précoce, dès la phase initiale chaude, a donc pour objectif de limiter les douleurs et de préserver la mobilité articulaire, de drainer l'œdème des parties molles, donc de préserver la fonction et d'éviter l'exclusion fonctionnelle du membre.

Généralités sur la prise en charge du SDRC type 1

- Objectif de prise en charge : raccourcir l'évolution.
- Aucun consensus thérapeutique spécifique.
- Expliquer au patient et le rassurer :
 - caractère transitoire des douleurs ;
 - évolution longue, souvent favorable.
- Préserver la fonction : la rééducation.
- Soulager le patient : traitement antalgique.
- Évaluation du contexte psychosocial.
- Prise en charge psychologique.
- Relaxation et gestion du stress.
- Intérêt des équipes spécialisées.

Rééducation

- **Règle de la non-douleur** : ne pas produire de stimulus nociceptifs.
- Précocité de la prise en charge, dès les premiers signes.
- L'immobilisation stricte est proscrite.
- Objectifs de la rééducation :
 - mobiliser et prévenir rétractions et adhérences ;
 - drainer l'œdème des parties molles ;
 - préserver la fonction et éviter l'exclusion fonctionnelle du membre.
- ± Mise en décharge précoce du membre atteint pendant 3 à 4 semaines.
- Bains écossais alternés chaud-froid : 3 à 4 fois par jour (alternance toutes les 15–20 secondes, séances de 15 minutes, avec augmentation du gradient de température) : action sur les troubles vasomoteurs.
- Rééducation **passive** : non douloureuse.
- Rééducation **active** dans l'eau, puis au sec :
 - balnéothérapie ;
 - mobilisation active infradouloureuse (travail isométrique, puis isotonique) ;
 - mise en charge progressive ;
 - puis mobilisation passive douce et progressive.

Traitement médicamenteux

Traitements des douleurs nociceptives

Les antalgiques non opioïdes et opioïdes faibles (classes 1 et 2 de l'OMS) sont souvent peu efficaces dans les douleurs algodystrophiques, tout comme les anti-inflammatoires (AINS ou corticoïdes), mais les antalgiques non opioïdes peuvent avoir un intérêt ne serait-ce qu'en prévention de la douleur induite par la rééducation.

Traitements spécifiques des douleurs neuropathiques

Aucun des médicaments spécifiques des douleurs neuropathiques n'a l'AMM dans cette indication ; mais, en pratique, certains apportent un bénéfice antalgique dans ces douleurs dont la description clinique est assez proche de celle des douleurs neuropathiques. L'effet observé est peut-être lié à un effet indirect, *via* les composantes émotionnelle et cognitive de la douleur.

- Antiépileptiques :
 - gabapentine ;
 - prégabaline.
- Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine :
 - duloxétine ;
 - venlafaxine.
- Antidépresseurs tricycliques :
 - amitriptyline ;
 - clomipramine.

Bisphosphonates, calcitonine, blocs régionaux

Les bisphosphonates intraveineux (pamidronate, en particulier) sont utilisés hors AMM dans les algodystrophies sévères, sur la base de résultats positifs, essentiellement sur la douleur, lors d'études essentiellement ouvertes (en perfusions intraveineuses discontinues).

La réévaluation de l'efficacité des calcitonines dans l'algodystrophie en 2004 par l'Agence européenne du médicament leur a retiré l'AMM dans cette indication, compte tenu du faible niveau de preuve.

Les « blocs » régionaux aux anesthésiques ou au buflomédil sont parfois utilisés, mais sans résultats probants lors d'études contrôlées contre placebo.

Autres thérapeutiques

- La neurostimulation transcutanée (TENS) pourrait avoir un intérêt sur les phénomènes douloureux.
- La thérapie miroir permet de rétablir la relation normale et non douloureuse entre les afférences sensorielles et les efférences motrices. (réorganisation corticale, plasticité neuronale).
- Les vibrations de basse amplitude sur un tendon, engendrant l'illusion d'un mouvement dans le sens de l'étirement ; cette technique s'apparente à celle du miroir en exerçant un feedback proprioceptif.
- Les thérapies cognitives et comportementales.
- La relaxation, la sophrologie.
- La psychothérapie, les techniques de coping.
- Les groupes thérapeutiques (éducation thérapeutique).

(**Source d'après** : Viel E, Bredeau O, Dattiez C, Dupeyron A. Le traitement des algodystrophies en 2012 : Concept général et principes thérapeutiques. Congrès MAPAR 2012 ; d'après : Van Eijs F, Stanton-Hicks M, Van Zundert J et al. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. 16. Complex regional pain syndrome. Pain Pract 2011 ; 11 : 70–87.)

Traitement préventif

En milieu orthopédique et traumatologique, la limitation de l'immobilisation plâtrée, une meilleure prise en charge de la douleur postopératoire et une rééducation douce permettraient de limiter le risque de développer une algodystrophie.

La douleur préopératoire est un des principaux facteurs de risque de chronicisation de la douleur postopératoire.

En postopératoire, l'analgésie obtenue par morphine ou par technique d'injections locorégionale d'anesthésiques locaux est un rempart efficace contre la survenue secondaire d'un syndrome algodystrophique. Si une réintervention est indiquée, il est conseillé d'attendre la diminution ou la disparition des signes pour toute nouvelle intervention programmée.

Fiche de synthèse du cas clinique 6

Associations d'antalgiques dans le traitement de la douleur

Les règles découlent des recommandations formalisées d'experts sur l'utilisation d'antalgiques non opioïdes en association avec des opioïdes forts en postopératoire.

L'association d'antalgiques repose sur le concept de l'**analgésie multimodale**, ou balancée, bien connue des anesthésistes, qui permet d'optimiser l'antalgie tout en limitant les effets indésirables de chacun des antalgiques. L'association d'antalgiques a pour but d'obtenir une synergie antalgique, qui soit au moins additive forte voire potentialisatrice, permettant une épargne morphinique postopératoire, c'est-à-dire une diminution des besoins et donc de la consommation en opioïdes forts, avec pour conséquence une diminution des effets indésirables liés aux opioïdes forts.

L'analgésie multimodale associe des médicaments de mécanisme d'action différent pour limiter les effets indésirables.

Par exemple :

- l'association d'un AINS (réduction de la production de prostaglandines principalement en périphérie) à un opioïde fort (agissant sur des récepteurs centraux);
- l'association d'un opioïde fort à un dérivé monoaminergique agissant au niveau central, mais par un mode d'action différent.

Mécanisme d'action des principaux antalgiques utilisés en pratique courante

Médicaments	Mécanismes d'action
Morphiniques	Récepteurs spécifiques cérébraux, médullaires et périphériques (lors de processus d'inflammation, des récepteurs qui n'existent pas à l'état basal vont apparaître)
AINS	Inhibition de COX-1 et/ou COX-2 en périphérie Action centrale suggérée
Anesthésiques locaux	Blocage de la conduction nerveuse par inhibition des canaux sodiques Action anti-inflammatoire et anti-NMDA
Paracétamol	Mal connu Action centrale : inhibition sérotoninergique ? inhibition de COX-3 ?
Néfopam	Action centrale : inhibition de la recapture de la sérotonine, noradrénaline et dopamine
Tramadol	Action centrale : agoniste mu et augmente le tonus inhibiteur des voies descendantes sérotoninergiques et noradrénergiques au niveau supra-spinal et spinal
Kétamine	Antagoniste des récepteurs NMDA
Clonidine	Agoniste des récepteurs α_2 -centraux
Gabapentine	Inhibition des canaux calciques voltage-dépendants

« L'analgésie balancée est la règle, aujourd'hui, afin d'optimiser l'analgésie tout en limitant les effets indésirables de chacun des antalgiques. Les associations d'antalgiques peuvent être favorables ou défavorables et doivent être justifiées sur le plan physiopathologique.

La morphine, analgésique de référence, a montré ses limites : efficacité moindre sur les douleurs au mouvement, effets secondaires invalidants, retard de la réhabilitation postopératoire, source d'hyperalgésie et de chronicisation de la douleur.

Il est recommandé d'associer au moins un analgésique non morphinique lorsque la morphine est utilisée en postopératoire.

Il n'est pas recommandé d'associer le paracétamol seul avec la morphine en postopératoire de chirurgie à douleur modérée à sévère.

L'association morphine-AINS est très synergique et permet une réduction significative des effets secondaires de la morphine.

L'association kétamine-opiacés est antihyperalgésiante, limite la tolérance aiguë aux opiacés et la chronicisation de la douleur postopératoire.

Les associations multiples (plus de deux antalgiques) sont probablement recommandées, mais la littérature est très pauvre sur le sujet. L'association des deux médicaments agissant sur les mêmes voies de signalisation expose au risque d'inefficacité et de majoration des effets secondaires (par exemple, médicaments agissant sur les voies sérotoninergiques comme le tramadol, néfopam, les antidépresseurs et les sétrons...). »

(**Source** : Beloeil H. Les associations médicamenteuses antalgiques. 53^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Évaluation et traitement de la douleur. SFAR, 2010. – Marret E, Beloeil H, Lejus C. Recommandations formalisées d'experts. Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des analgésiques non morphiniques en association aux morphiniques? Ann Fr Aneth Réanim 2009 ; 28 : e 135–51.)

Surveillance d'un patient sous opioïdes forts, gestion d'une dépression respiratoire

Éléments de surveillance

- Scores d'intensité de la douleur sur une échelle validée : EVA, EN, ou EVS.
- Échelle de sédation, EDS :
 - EDS : 0 : patient éveillé;
 - EDS : 1 : patient somnolent, facilement éveillable;
 - EDS : 2 : très somnolent, éveillable par stimulation verbale;
 - EDS : 3 : très somnolent, éveillable par stimulation tactile.
- Échelle respiratoire :
 - R0 : respiration normale, régulière et FR > 10;
 - R1 : ronflements et FR > 10;
 - R2 : respiration irrégulière et/ou FR < 10;
 - R3 : pauses ou apnée.
- Autres effets indésirables d'un traitement opioïde.
- Satisfaction du patient par rapport au traitement antalgique.

Conduite à tenir en urgence lors d'une dépression respiratoire

Reconnaître une dépression respiratoire secondaire aux opioïdes

EDS ≥ 2 + R2 ou R3.

Prise en charge

- **Arrêter l'opioïde + Stimuler le patient + Appeler médecin + Préparer l'ampoule de naloxone.**
- + **si R3** → Ventilation au masque avec O₂.
- **Naloxone** : 0,4 mg (1 ampoule) dilué dans 10 ml de sérum physiologique. Titration par administration IV : 1 ml (0,04 mg)/2 minutes, jusqu'à FR > 10/min et R1 ou R0.
- Relais par perfusion sur 4 heures de la dose titrée (en mg) diluée dans 250 ml de sérum physiologique.
- Surveillance toutes les heures (en USI ou réanimation, si besoin), pendant le temps correspondant à l'élimination de l'opioïde à l'origine du surdosage (de 4 heures à 24 heures, selon la pharmacocinétique du produit).

(**Source** : d'après Livret Douleur de l'AP-HP (travail du CLUD-SP central) : 1^{re} édition en 2011 (appelé « Livret douleur de l'interne »), 2^e édition sous presse).

Fiche de synthèse du cas clinique 7

Lombalgie chronique

La définition de la lombalgie chronique pour la section Rachis de la Société française de rhumatologie est la suivante : « Douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée pendant au moins 3 mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration. »

La lombalgie commune ne peut être liée à un processus pathologique évolutif d'ordre tumoral, infectieux, inflammatoire, traumatique sévère, dystrophique, intéressant le rachis ou des organes voisins. Elle est en rapport avec des phénomènes microtraumatiques ou des troubles posturaux, souvent associés à des phénomènes dégénératifs (intéressant le disque intervertébral ou les articulaires postérieures ou les structures ligamentaires péri-vertébrales). Elle témoigne de la souffrance des constituants du segment rachidien mobile.

Facteurs de risque de chronicisation

Facteurs individuels	Facteurs socio-professionnels
Âge élevé	Bas niveau d'éducation et de ressources
Antécédent de lombalgie	Insatisfaction au travail
Présence d'une sciatique	Indemnisation
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	Arrêt de travail > 8 jours
Durée de la lombalgie	Mauvaise posture au travail
Sexe féminin	Durée de port des charges
Antécédents de chirurgie lombaire	Absence de poste aménagé
Mauvais état général avec arrêt maladie	Faible qualification professionnelle
Autre douleur musculo-squelettique	Inadéquation du salaire
Sévérité de la douleur	Conflit médico-légal
Mauvais statut psychologique global	Statut familial défavorable
Dépression	
Stratégies adaptatives (<i>coping</i>) inadaptées	

Éducation thérapeutique dans le cadre de la lombalgie

- Information.
- Reformulation des croyances sur la maladie.
- Apprentissage des moyens de gestion de la douleur.
- Réassurance (augmenter la confiance en ses propres capacités).
- Efficacité personnelle.
- Entretien d'une activité physique.
- Connaissance des différentes classes thérapeutiques et de leurs objectifs.
- Exécution de gestes appropriés.
- Utilisation adaptée des aides techniques.
- Apprentissage des techniques de relaxation.
- Gestion du stress, du sommeil, de la fatigue.

Dans la lombalgie, le but des consultations est toujours de rendre le patient davantage actif.

Le travail en groupes des patients, par ateliers ciblés, est justifié par un objectif en particulier (neurostimulation électrique transcutanée, relaxation, réentraînement à l'effort, gestion des médicaments).

Temps partiel thérapeutique

Il s'agit d'une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique.

L'arrêt de travail à temps partiel thérapeutique doit être prescrit par le médecin traitant, accepté par le médecin-conseil, qui a vocation de permettre à l'assuré de réintégrer son emploi à temps complet le plus rapidement possible.

Le médecin traitant prescrit sur le formulaire d'arrêt de travail, en indiquant la mention « temps partiel thérapeutique », le point de départ ainsi que la durée. La reprise à temps partiel thérapeutique doit faire suite à un arrêt à temps complet indemnisé par la caisse.

Le médecin-conseil donne son avis sur la durée de la reprise à temps partiel thérapeutique.

Le médecin du travail intervient pour la mise en place du temps partiel thérapeutique : il vérifie que le salarié est bien apte à son poste, détermine concrètement quels aménagements doivent être apportés, notamment au niveau du temps de travail.

Les modalités de la reprise à temps partiel thérapeutique doivent être négociées avec l'employeur.

Invalidité

Invalidité 1^{re} catégorie

Le salarié a perdu 2/3 de ses capacités de travail ou de gain, mais peut néanmoins exercer une activité professionnelle.

Ce salarié n'est donc pas inapte au travail, mais il peut être inapte à certains postes.

Le salarié travaille à temps partiel.

La caisse de Sécurité sociale complète partiellement le salaire.

Invalidité 2^e catégorie

Le salarié a perdu 2/3 de ses capacités de travail ou de gain et ne peut normalement pas exercer un travail quel qu'il soit.

Malgré cette définition, le salarié peut éventuellement travailler de façon réduite.

Il perçoit une pension d'invalidité de la Sécurité sociale.

Un salarié en invalidité 2^e catégorie :

- peut continuer à travailler à temps réduit dans son entreprise ;
- peut rester à l'effectif de son entreprise, sans travailler ;
- peut être licencié pour inaptitude, après avis du médecin du travail ;
- peut être licencié pour gêne au fonctionnement du service (à prouver).

L'invalidité 2^e catégorie n'est pas considérée comme suspension du contrat de travail : le salarié doit donc continuer à envoyer des arrêts de travail à son employeur, sinon l'employeur peut le licencier pour absence injustifiée.

Invalidité 3^e catégorie

Le salarié est incapable de travailler, il est assisté d'une tierce personne pour les actes de la vie ordinaire. Malgré cette définition pour l'invalidité 3^e catégorie, une personne reconnue en invalidité 3^e catégorie peut conserver une activité professionnelle à temps réduit, dès l'instant que le médecin de santé au travail donne son accord ; en effet, l'invalidité est accordée par le médecin-conseil, or c'est le médecin de santé au travail qui délivre un avis d'aptitude pour un poste de travail : leurs avis sont parfois différents.

L'invalidité n'est jamais imposée à un salarié.

Un salarié peut toujours refuser une mise en invalidité ou l'interrompre à tout moment.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240403/fr/lombalgie-chronique-rpc-2000-rapport-complet-pdf



Fiche de synthèse du cas clinique 8

Douleur chronique : évaluation et orientation

Grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux chronique (ANAES, 1999)

Ancienneté de la douleur, mode de début

- Circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...).
- Description de la douleur initiale.
- Modalités de prise en charge immédiate.
- Événements de vie concomitants.
- Diagnostic initial, explications données.
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...).

Profil évolutif du syndrome douloureux

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale ?
- Profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...).
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...).

Traitements effectués et actuels

- Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels.
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées.
- Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon.
- Attitudes vis-à-vis des traitements.

Antécédents et pathologies associées

- Familiaux.
- Personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité.
- Expériences douloureuses antérieures.

Description de la douleur actuelle

- Topographie.
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique...).
- Intensité.
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...).
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur.

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- Situation familiale.
- Situation sociale.
- Statut professionnel et satisfaction au travail.
- Indemnités perçues, attendues ; implications financières.
- Procédures.

Facteurs cognitifs

- Représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...).
- Interprétation des avis médicaux.

Facteurs comportementaux

- Attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...).
- Modalités de prise des médicaments.
- Observance des prescriptions.

Analyse de la demande

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation).
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin.

(Source : Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, 1999.)

Reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (HAS, 2008)

Orienter le patient vers une structure spécialisée

- La demande de prise en charge spécialisée n'est jamais un abandon de la prise en charge ambulatoire.
- Elle répond à des objectifs discutés entre le patient et le médecin prescripteur.
- Elle ne peut être envisagée qu'une fois le bilan initial réalisé, avec pour indications prioritaires :
 - un avis diagnostique complémentaire ;
 - un avis thérapeutique complémentaire ;

- une mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient, facilitée par la structure spécialisée de la douleur chronique.
- Le courrier d'accompagnement transmet les données de l'évaluation de première intention.

Évaluer une douleur chronique en structure spécialisée

- Avant la première consultation, autoquestionnaire permettant d'anticiper au mieux l'organisation de la première consultation.
- Il est recommandé que l'évaluation soit réalisée par plusieurs professionnels, simultanément ou non, et soit suivie d'une réunion interdisciplinaire, comprenant au moins un médecin somaticien et un psychiatre ou un psychologue, afin de :
 - faire la synthèse des données antérieures transmises en s'assurant que les traitements en cours ont pris en compte les recommandations actuelles et ont été suivis par le patient ;
 - compléter l'évaluation antérieure de la douleur notamment à partir d'échelles, scores ou outils validés adaptés à la situation clinique du patient ;
 - préciser le contexte scolaire ou professionnel de la douleur ;
 - formuler des propositions ou assurer les compléments nécessaires : valider ou modifier la prise en charge en cours, le cas échéant proposer d'autres examens, expliciter la stratégie thérapeutique proposée et si nécessaire un programme de prise en charge multidisciplinaire, proposer les démarches sociales à entreprendre.
- Les conclusions de cette évaluation sont adressées au médecin demandeur, ainsi qu'aux autres professionnels intervenant auprès du patient, notamment au médecin traitant si ce dernier n'est pas le demandeur, sous réserve de l'accord explicite du patient.
- Les conclusions doivent :
 - répondre au motif de recours, et notamment donner un avis argumenté sur le traitement en cours (et les modifications à envisager, le cas échéant) ;
 - préciser les conclusions de l'évaluation de la douleur et les propositions thérapeutiques sur lesquelles il y a accord explicite de l'équipe de la structure spécialisée et du patient ;
 - proposer les critères sur lesquels les différents intervenants pourront évaluer l'atteinte de ces objectifs.

À l'issue de cette évaluation trois possibilités

Réorienter le patient vers le médecin demandeur quand :

- la prise en charge en cours est adéquate ;
- la demande faite à la structure était inappropriée, en informant le patient et le médecin demandeur sur les structures existantes adaptées ;
- la prise en charge est possible en ambulatoire après simple vérification d'une hypothèse diagnostique ou thérapeutique en externe ;
- la prise en charge coordonnée médecin demandeur/structure est possible.

Assurer la prise en charge au sein de la structure spécialisée quand :

- la situation clinique du patient l'exige :
 - diagnostic nécessitant des évaluations répétées ;
 - traitement difficile à équilibrer ;
 - syndrome douloureux chronique sévère et complexe, nécessitant un suivi spécialisé au sein de la structure ;
 - difficultés d'acceptation ou échec de mise en œuvre du projet thérapeutique ambulatoire envisagé au préalable ;
 - retentissement scolaire ou conséquences socio-professionnelles prévisibles nécessitant une coordination au plus vite avec les médecins scolaires, médecins de santé au travail ou une prise en charge médico-sociale, en accord avec le médecin traitant ;
 - au cas par cas, de manière exceptionnelle ;
- la structure spécialisée offre des possibilités spécifiques :
 - traitements ou modes de prise en charge qui ne peuvent être assurés ailleurs ;
 - non-remboursement de certains actes indispensables au projet thérapeutique dans un contexte autre que celui de la structure ;
 - dossiers complexes nécessitant une discussion interdisciplinaire ;
 - souhait du patient de participer à un programme de recherche ayant reçu les autorisations réglementaires.

Orienter le patient vers une autre structure spécialisée quand :

- l'intervention préconisée peut être assurée par une autre structure disponible acceptant de prendre en charge le patient, en concertation avec le médecin traitant ou demandeur et le patient ;
- par exemple : réseau de santé, équipe pluridisciplinaire de réadaptation fonctionnelle, autres structures interdisciplinaires proposant une prise en charge plus spécifique au vu de la situation clinique du patient.

(Source : d'après Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS, décembre 2008.)

Fiche de synthèse du cas clinique 9

Aide à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée (SFGG*, SFETD**)

Principes généraux de la prise en charge de la douleur

- La douleur concerne la personne dans son unicité.
- Différencier douleur et souffrance.
- Attention aux douleurs induites.
- L'objectif de la prise en charge est d'aboutir à un niveau de douleur toléré par le patient.
- Penser à évaluer systématiquement la douleur, dans les 48 premières heures suivant l'admission.
- Privilégier l'autoévaluation; si elle est impossible, non fiable ou discordante, pratiquer une hétéroévaluation.
- Autoévaluation :
 - rôle actif du patient;
 - s'assurer de la bonne compréhension de l'outil par le patient : exemples, prendre son temps, ne pas coter le handicap, la gêne, l'angoisse ni la qualité de vie.
- Hétéroévaluation : la bonne échelle est celle que l'équipe a choisie et pratique régulièrement.
- Toutes les échelles d'évaluation ont leurs limites. En cas de doute, le recours à un test thérapeutique antalgique doit être envisagé.
- La douleur est un symptôme, dont la cause et les mécanismes doivent être recherchés.
- Ne pas attendre pour traiter.
- Pas de traitement sans évaluation et réévaluations : évaluation systématique des effets de toutes les démarches thérapeutiques engagées, médicamenteuses et non médicamenteuses.
- Les traitements doivent être raisonnés, adaptés :
 - traitement spécifique de la cause;
 - traitement adapté au(x) mécanisme(s) de la douleur (douleur nociceptive, neurogène, psychogène, mixte).

Particularités de la douleur chez le sujet âgé

Clinique atypique

- Perte d'autonomie.
- Troubles du comportement : agitation, agressivité, repli sur soi, dépression, confusion.

Évaluation de la douleur

Si une autoévaluation est impossible, faire une hétéroévaluation : Doloplus®, Algoplus®, ECPA.

Traitement

- Adaptation des posologies en fonction de la fonction rénale et de l'état nutritionnel.
- Attention aux médicaments confusiogènes.
- Ne pas hésiter à utiliser les morphiniques si besoin à dose adaptées et progressives.
- Attention à l'utilisation des AINS.
- Compte tenu des modifications pharmacocinétiques qui surviennent chez la personne âgée — modification de la distribution (diminution de la masse maigre, diminution de l'eau totale et hypoalbuminémie) et de l'élimination (diminution de la fonction rénale surtout, et de la fonction hépatique à un moindre degré) —, **il est indispensable d'avoir une estimation de la fonction rénale avant de prescrire un traitement antalgique chez le sujet âgé.**
- Il faut aussi tenir compte de la polymédication importante (avec risque d'interactions médicamenteuses), et des difficultés d'administration, impliquant la prescription d'une forme galénique adaptée.
- Si la prescription d'un opioïde fort est indiquée, il est recommandé de commencer par une titration à l'aide d'une forme de durée d'action courte, à demi-doses par rapport au sujet plus jeune. Pour une clairance inférieure à 30 ml/min, on espacera les doses (par exemple, toutes les 8 à 12 heures) et l'intervalle entre les prises sera ajusté en fonction de l'évaluation rapprochée de la douleur (prescription « à la demande »).
- Les effets indésirables des opioïdes sont les mêmes que chez le sujet jeune, mais certains effets indésirables nécessitent une grande vigilance, car ils peuvent être plus marqués :
 - la constipation induite par les opioïdes (et favorisée par la sédentarité et la déshydratation), qui justifie d'une prévention systématique en raison du risque de fécalome;
 - la confusion, qui nécessite une diminution de posologie, mais qui nécessitera d'éliminer d'autres causes potentielles (déshydratation, hypercalcémie, causes neurologiques...).

La revue de gériatrie, tome 30 - Supplément C au N° 6 - Juin 2005 - Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24 mars 2005 - A l'initiative de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) en collaboration avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). En partenariat et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), en lien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) - Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité - Colloque du 24 mars 2005, Etat des connaissances.

Règles de bon usage des AINS par voie générale (ANSM, 2013)

- Comme tous les médicaments, les AINS exposent à des effets indésirables pouvant être graves, en particulier gastro-intestinaux, cardiovasculaires et rénaux.
- Le choix d'un AINS repose sur la prise en considération :
 - des facteurs de risque individuels du patient ;
 - du profil de sécurité d'emploi propre à chaque AINS ;
 - des préférences personnelles du patient.
- Il est recommandé de :
 - utiliser les AINS à la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte possible ;
 - en cas de douleur chronique, réévaluer régulièrement la nécessité et l'efficacité du traitement par AINS, qui n'est que symptomatique ;
 - ne pas associer deux AINS.
- Tous les AINS sont contre-indiqués en particulier en cas de :
 - ulcère gastroduodéal évolutif ;
 - antécédents d'ulcère peptique ou d'hémorragie récurrente (au moins deux épisodes objectivés) ;
 - insuffisance hépatocellulaire sévère ;
 - antécédents de saignement ou de perforation digestifs survenus sous AINS ;
 - insuffisance cardiaque sévère ;
 - insuffisance rénale sévère ;
 - grossesse.
- Certains AINS ont par ailleurs des contre-indications spécifiques en raison de leur profil de risque particulier :
 - les coxibs et le diclofénac sont contre-indiqués en cas de : cardiopathie ischémique avérée, artériopathie périphérique, antécédent d'accident vasculaire cérébral (dont accident ischémique transitoire) ;
 - l'étoricoxib est également contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle non contrôlée.
- **Femme enceinte** :
 - tous les AINS sont contre-indiqués dès le début du 6^e mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée) ;
 - les coxibs (célécoxib, étoricoxib, parécoxib) sont contre-indiqués pendant toute la grossesse.
- **Sujet âgé** : il est recommandé de prendre en compte le risque accru d'effets indésirables graves du fait des comorbidités fréquentes, de la polymédication qui expose à des risques d'interactions médicamenteuses et d'un terrain fragilisé.

(Source : Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS par voie générale). ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, juillet 2013.)

* Société française de gériatrie et de gérontologie

** Société française d'étude et de traitement de la douleur

Fiche de synthèse du cas clinique 10

Gonarthrose (recommandations de l'Eular, 2003)

- La prise en charge optimale de la gonarthrose nécessite l'association de modalités thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques.
- Le traitement de la gonarthrose doit être individualisé en fonction :
 - des facteurs de risque pour le genou (obésité, contraintes mécaniques, activité physique);
 - des facteurs de risque généraux (âge, comorbidités, polymédication);
 - du niveau de l'intensité de la douleur et du handicap;
 - des signes d'inflammations (épanchement...);
 - de la situation et des degrés de la situation structurelle.
- Le traitement non pharmacologique doit comporter les éléments suivants : information régulière du patient, exercice physique, appareillage (cannes, semelles orthopédiques, orthèse) et réduction pondérale.
- Le paracétamol est l'analgésique par voie orale de première intention : en cas de succès, on lui accordera la préférence comme analgésique au long cours.
- Les applications locales d'AINS sont cliniquement efficaces et sans effets nocifs.
- Les AINS doivent être envisagés en l'absence de réponse au paracétamol. Chez les patients présentant un risque gastro-intestinal élevé, il convient d'utiliser des AINS non sélectifs associés à des agents gastroprotecteurs efficaces, ou des inhibiteurs de la COX-2.
- Les analgésiques opiacés, associés ou non au paracétamol, sont des alternatives utiles chez des patients présentant une contre-indication aux AINS, y compris les inhibiteurs sélectifs de la COX-2, ou chez lesquels ils sont inefficaces et/ou mal tolérés.
- Le traitement de fond (SYSADAO) (sulfate de glucosamine, chondroïtine sulfate, extraits insaponifiables d'avocat ou de soja, diacérhéine, acide hyaluronique) a des effets symptomatiques et est susceptible d'entraîner des modifications structurelles.
- L'injection intra-articulaire de corticoïdes retard est indiquée pour les poussées douloureuses, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent d'un épanchement.
- Une prothèse totale doit être envisagée chez les patients ayant des signes radiographiques de gonarthrose avec douleurs réfractaires et handicap.

(Source : Jordan K et al. Eular recommandations 2003; an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis : report of Task Force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003 ; 62 : 1145.)

Fiche de synthèse du cas clinique 11

Programme thérapeutique fonctionnel

C'est un programme d'éducation thérapeutique centré sur le gain fonctionnel. Il repose sur l'optimisation des capacités d'adaptation vis-à-vis de la douleur chronique.

Il est fondé sur l'appropriation des moyens médicamenteux physiques, psychologiques et fonctionnels avec notamment :

- appropriation de la gestion des traitements antalgiques ;
- appropriation des techniques de gestion du stress lié à la douleur chronique ;
- appropriation du programme de reprise d'activités physiques graduée, quantifiée, intégré.

Le programme fonctionnel est un processus permettant au médecin de sélectionner la thérapeutique appropriée et de définir le moment adéquat pour une éventuelle implantation chirurgicale.

Il faudra évaluer précisément le retentissement de la douleur, c'est-à-dire l'impact fonctionnel, socio-professionnel, psychologique de la lombo-radicalgie séquellaire :

- mesures fonctionnelles chiffrées : il est important de situer avec le patient le niveau fonctionnel grâce à des indicateurs simples et significatifs : le périmètre de marche (en temps), la tolérance à la position assise (en temps), la tolérance au piétinement (en temps), la tolérance au port de charge (en kg). Ces données chiffrées contribuent à décrire et quantifier le handicap subjectif, et seront un moyen pour le patient d'objectiver l'évolution de ses capacités fonctionnelles sur les fiches de suivi quotidiennes ;
- mesures d'impact de la douleur : retentissement sur la vie domestique, retentissement sur la vie de loisir, retentissement sur la vie professionnelle, retentissement sur la vie affective (sur une échelle de 0 à 10 par exemple).

Règles du programme thérapeutique fonctionnel

- Règle 1 – Le patient doit sélectionner les activités par des tests préalables, dont les réglages augmentent la douleur dans des limites jugées acceptables.
- Règle 2 – Débuter, choisir des activités standardisées et reproductibles (par exemple, les appareils fixes de la salle de musculation).
- Règle 3 – Adapter l'intensité de l'activité en fonction de l'augmentation d'intensité de la douleur qui lui est associée.
- Règle 4 – Suivre la progression et renforcer le sentiment de maîtrise des activités grâce à l'évolution des mesures chiffrées (temps, nombre de répétitions...), source de motivation importante pour le patient.

La règle des activités à quotas répond à cette nécessité d'obtenir, par des adaptations progressives, un lien entre le niveau d'activité « quantifiée » et le niveau attendu d'augmentation et quantifiée de la douleur.

L'objectif fixé au patient est de maintenir cette balance en équilibre, c'est-à-dire de maîtriser dans le temps, le lien activité-douleur. Ainsi pourra se mettre en place une reprise d'activités réalisée par étapes, permettant d'optimiser les ressources physiques, fonctionnelles et psychologiques existantes.

Devant une lombo-radicalgie séquellaire rebelle

- Le parcours de soins doit être connu de tous les professionnels de santé assurant la prise en charge du patient, et optimisé.
- Le patient douloureux chronique est au centre du dispositif.
- Les objectifs doivent être partagés et explicités.
- Une approche multidisciplinaire et pluriprofessionnelle est indispensable pour coordonner les différentes approches et renforcer leur efficacité, ainsi qu'une coopération entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers.

(Michel Morel Fatio, Sylvie Rostaing.)

Neurochirurgie de la douleur

Les progrès réalisés dans la connaissance des mécanismes physiopathologiques de la douleur et en pharmacologie ont considérablement réduit la place des interventions neurochirurgicales à visée antalgique, tout en permettant de les proposer de façon plus raisonnée et plus sûre, grâce à l'évolution des techniques.

Les interventions neurochirurgicales de section ou de lésion des structures impliquées dans la nociception ont vu leurs indications se restreindre au profit des techniques de « neuromodulation » électrique ou chimique (par administration intrathécale de médicaments à visée antalgique).

Techniques de neuromodulation

Elles visent à renforcer des contrôles inhibiteurs et peuvent être proposées au niveau médullaire ou cérébral pour le traitement des douleurs neuropathiques.

Neurostimulation médullaire

La neurostimulation médullaire s'inspire de la théorie du « *gate control* » et vise à renforcer l'inhibition par les fibres myélinisées de gros calibre de la transmission douloureuse au niveau de la corne dorsale de la moelle spinale. Elle consiste à insérer, par voie chirurgicale ou percutanée, une électrode placée au contact de la face postérieure du fourreau dural. Après une phase test de quelques jours, au cours desquels elle est reliée à un stimulateur externe, cette électrode est connectée à un générateur implanté dans une logette sous-cutanée au niveau de la paroi abdominale ou de la fesse, dont les réglages peuvent être modifiés par voie percutanée à l'aide d'une télécommande.

Les **principales indications de la stimulation médullaire** sont les douleurs neuropathiques d'origine périphérique résultant d'une atteinte préganglionnaire (les cordons postérieurs de la moelle spinale doivent être intacts). Il s'agit essentiellement :

- des douleurs séquellaires du membre inférieur après échec de chirurgie lombaire ;
- des douleurs rebelles lors des syndromes douloureux régionaux complexes ;
- de douleurs survenant après une amputation ou une lésion de nerf périphérique ;
- des douleurs de polyneuropathies.

Les indications vasculaires de la méthode, proposées dans certains pays en cas d'artériopathie des membres inférieurs voire d'insuffisance coronarienne, ne sont pas reconnues en France.

Stimulation du nerf grand occipital

Encore au stade de l'évaluation, elle est proposée dans le traitement de l'algie vasculaire de la face et des céphalées cervicogéniques. Sa pratique est soumise à autorisation et est réservée à certains centres.

Stimulation du cortex prémoteur

La stimulation du cortex prémoteur, d'introduction plus récente et dont la pratique est réservée à certains centres, a fait la preuve de son efficacité dans les douleurs neuropathiques de la face (douleurs iatrogènes après thermocoagulation excessive) ou dans les douleurs centrales séquellaires d'accident vasculaire cérébral (syndrome thalamique, syndrome de Wallenberg) ou séquellaires de traumatisme crânien ou médullaire.

Techniques de section/destruction (techniques ablatives)

Au niveau médullaire, la section sélective des afférences nociceptives est possible soit au niveau de la zone d'entrée de la racine dorsale (DREZ), soit au niveau du cordon antérolatéral de la moelle spinale :

- la lésion de la DREZ consiste à interrompre, par voie chirurgicale ou percutanée, les fibres A delta et C (regroupées juste avant leur entrée dans la moelle spinale sur la face ventrale de la racine) et à coaguler les couches les plus superficielles de la corne postérieure ; elle est particulièrement indiquée dans les douleurs neuropathiques survenant après un traumatisme plexique, une amputation ou dans les douleurs segmentaires séquellaires d'un traumatisme rachidien ;
- la cordotomie antéro-latérale n'a plus que de rares indications dans les douleurs d'origine cancéreuse ; son efficacité est réelle mais transitoire.

Place de la chirurgie dans le traitement de la névralgie du trijumeau

Décompression microchirurgicale

L'hypothèse physiopathologique d'un conflit vasculonerveux au niveau de la zone d'entrée du trijumeau dans la protubérance a conduit à proposer une décompression microchirurgicale du nerf au niveau de la fosse postérieure. Il s'agit d'une intervention relativement lourde, réservée à des patients relativement jeunes et en bon état général.

Procédures percutanées

Les procédures percutanées, dont la plus pratiquée est la thermocoagulation percutanée par radiofréquence du ganglion de Gasser, permettent la lésion sélective des fibres A delta et C en épargnant — au moins théoriquement — les fibres de gros calibre. Son efficacité est immédiate mais les récives sont fréquentes. La principale complication est une hypoesthésie, peu gênante dans la majorité des cas.

Fiche de synthèse des cas cliniques 11, 13, 14 et 17

Thérapeutiques non médicamenteuses de la douleur chronique

Une prise en charge globale du patient avec approche thérapeutique non médicamenteuse est recommandée dans toutes les situations de douleur chronique, parallèlement au traitement médicamenteux symptomatique de la douleur et au traitement étiologique. Ce type de prise en charge doit être adapté au contexte et à la situation clinique du patient. Ces thérapeutiques sont donc complémentaires des traitements médicamenteux et peuvent également s'associer entre elles.

- **La TENS** (neurostimulation électrique transcutanée) : elle peut être utilisée dans les douleurs neuropathiques bien systématisées, en association avec les thérapeutiques médicamenteuses habituelles. Elle agit par renforcement des contrôles segmentaires de la douleur au niveau de la corne postérieure de la moelle spinale (inhibition de la transmission nociceptive, théorie du *gate control*) et aussi par augmentation de substances opioïdes endogènes.
- **Les thérapies cognitives et comportementales de la douleur chronique** :
 - objectifs : rendre le patient actif de son traitement, transformer les comportements douloureux en comportements bien portants ;
 - thérapies cognitives : éducation, information, reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, stratégies de *coping*, réassurance ;
 - thérapies comportementales : la réactivation physique, l'apprentissage de la relaxation, la gestion du stress, l'exposition progressive graduée.
- **La relaxation** contribue à apaiser la douleur en diminuant les tensions musculaires.
- **L'accompagnement et le soutien psychologique** du patient, de sa famille et des soignants, surtout en cas de syndrome anxiodépressif associé.
- **L'hypnose** : elle permet au patient, par l'usage de suggestions, métaphores ou autres techniques, d'accéder à des ressources internes qu'il peut mobiliser pour soulager une partie de sa souffrance et de sa douleur.
- **L'acupuncture** : le nombre de médecins acupuncteurs est croissant dans les consultations d'algologie. L'acupuncture fait partie de l'arsenal de la médecine traditionnelle chinoise. Elle aurait une action antalgique par augmentation des taux d'endorphines et de sérotonine (voire d'autres substances), mais elle se présente avant tout un régulateur de l'organisme d'un point de vue énergétique.
- **L'auriculothérapie** : au cours du développement fœtal, une cartographie du corps, identique à celle qui existe au niveau du cortex, s'affiche au niveau de l'oreille ; cette correspondance neurophysiologique permettrait l'envoi de requêtes thérapeutiques au cerveau à l'aide d'aiguilles stériles ou autres outils thérapeutiques (rayonnements laser, infrarouges, électriques ou magnétiques).
- **L'aide à la réinsertion socio-professionnelle** : aide des assistantes sociales, capitale dans les syndromes douloureux chroniques.
- **La prise en compte du handicap physique** : réactivation physique, rééducation fonctionnelle.
- **La kinésithérapie** : elle peut lever des contractures, corriger des limitations articulaires, renforcer la force musculaire et diminuer les douleurs, par des mobilisations articulaires et/ou musculaires, des exercices d'étirements passifs puis actifs, ou des contractions isométriques et/ou dynamiques.
- **L'ergothérapie** : les aides techniques proposées par l'ergothérapeute (orthèses, contentions d'immobilisation...) peuvent diminuer la douleur occasionnée par la gestuelle quotidienne. L'ergothérapie participe aussi au traitement de la douleur chronique des personnes âgées par une installation adéquate au lit et au fauteuil, et par une diminution de la composante psychogène des douleurs (activités artisanales, ludiques, adaptation des activités de la vie quotidienne, adaptation du lieu de vie).
- **La fasciathérapie** : cette thérapie manuelle agit sur les fascias, tissu conjonctif qui soutient et protège les os, les muscles et autres viscères. La fasciathérapie libère les zones de raideur. Les fasciathérapeutes sont souvent des kinésithérapeutes ou ostéopathes.
- **L'approche corporelle** comprend le « toucher relationnel » ou « toucher thérapeutique », soin à part entière qui a pour objectif :
 - d'améliorer la qualité des soins ;
 - d'instaurer un climat de confiance ;
 - d'améliorer le confort et le bien-être du patient.

- **La physiothérapie :**
 - application de chaud (coussin thermique type *hot pack*, couverture chauffante);
 - application de froid (vessie de glace, coussin thermique type *cold pack*);
 - application cutanée de menthol (Sarnol, baume du Tigre).
- **La podologie :** la podologie concerne la prise en charge des pathologies du membre inférieur, pied et cheville inclus. Soins de premier recours, elle prend en compte les douleurs, les manifestations locales et systémiques liées à cette partie du corps. La prise en charge podologique peut être éducative, préventive, curative : orthèses, semelles, chaussage, traitements unguéaux, etc.
- **La musicothérapie :** l'écoute favorise la détente et constitue un espace d'apaisement qui peut diminuer la composante émotionnelle et anxieuse de la douleur chronique, avec diminution de la sensation de douleur, définie sous le terme d'analgésie sonore.

Fiche de synthèse du cas clinique 15

Traitement de la migraine de l'adulte

Traitement de crise

- Triptans :
 - almotriptan ;
 - élétriptan ;
 - frovatriptan ;
 - naratriptan ;
 - rizatriptan ;
 - sumatriptan ;
 - zolmitriptan.
- AINS ayant l'AMM « migraine » : ibuprofène 400 mg, kétoprofène 150 mg.

Recours à un avis neurologique

- Si contre-indications ou effets secondaires avec triptans et AINS.
- Si traitements de fond de première intention inefficaces.
- Chez un migraineux connu :
 - modification du mode d'installation (par exemple, céphalée « en coup de tonnerre ») ;
 - modification de l'évolution (par exemple, perte de l'évolution par crises récurrentes séparées par un intervalle libre de toute douleur) ;
 - abus médicamenteux (prise de traitement de crise plus de 15 jours par mois) ;
 - durée des crises supérieure à 72 heures (état de mal migraineux).

Éducation thérapeutique

- Expliquer le diagnostic : cause, facteurs déclenchants...
- La cause est génétique.
- Les facteurs déclenchant sont très variés et, du fait de l'existence d'un seuil migrainogène, la crise se déclenche lorsque le seuil propre au patient passe en dessous de ce seuil commun.
- L'évaluation du handicap et de l'altération de qualité de vie est essentielle pour guider le traitement et mesurer objectivement son efficacité.
- Utiliser un agenda de crises.
- Conseiller au patient de consulter un médecin ou de se rendre aux urgences en cas de mal de tête inhabituel ou ne cédant pas au traitement habituel.
- Le patient prend d'abord l'AINS, puis le triptan s'il n'est pas soulagé au bout de 2 heures. On peut ensuite discuter avec lui la possibilité de prendre le triptan d'emblée, en fonction de l'intensité des crises.
- Le traitement de fond ne supprime pas les crises, mais réduit leur fréquence, leur intensité et leur durée au bout de 3 à 4 mois d'utilisation.

Examens complémentaires

Scanner et IRM cérébrale :

- il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale :
 - devant une migraine définie selon les critères sans ou avec aura (cf. *infra*) ;
 - pour différencier une migraine d'une céphalée de tension ;
- chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant :
 - une céphalée d'apparition brutale (dite « en coup de tonnerre ») ;
 - une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle ;
 - une anomalie à l'examen clinique ;
 - un âge de début tardif (supérieur à 50 ans) ;
 - une modification du profil évolutif (crises devenant résistantes au traitement, plus fréquentes ou dont la séméiologie se modifie).

Il n'y a pas d'indication à réaliser un EEG, des radiographies de sinus ou de rachis cervical, un examen ophtalmologique ou orthoptique, une échographie abdominale dans le bilan d'une migraine.

Devenir et orientation

- Patient chez qui le diagnostic de migraine correspond aux critères IHS de migraine et qui a répondu au traitement de crise en passant d'une douleur sévère ou modérée à une douleur faible ou nulle.

- Ordonnance :
 - en première intention, prescription d'un AINS suivi d'un triptan à la 2^e heure en cas d'échec, sur la même ordonnance ;
 - ou : triptan d'emblée en cas d'intolérance ou inefficacité à l'AINS.
- Recommandations :
 - à court terme : apprendre au patient à traiter récurrence ou récidence avec un traitement d'urgence ;
 - à long terme : faire réduire la fréquence et la durée des crises par un traitement de fond → adresser à son généraliste ou à un neurologue.
- Prise en charge thérapeutique complémentaire pour améliorer le handicap et la qualité de vie.
- Éviter l'escalade thérapeutique.
- Apprendre au patient à se prendre en charge :
 - expliquer qu'il s'agit d'une maladie bénigne ne nécessitant pas d'examens complémentaires ;
 - que le médecin comprend parfaitement l'importance du handicap et l'altération de la qualité de vie ;
 - qu'il ne sera pas nécessaire de revenir en urgence sauf : crise de migraine bien traitée et ne cédant pas aux traitements habituels ; apparition de manifestations neurologiques anormales.

Critères de la migraine sans aura (adaptés des critères IHS)

A	Au moins cinq crises répondant aux critères B à D
B	Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)
C	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> – unilatérale – pulsatile – modérée ou sévère – aggravation par les activités physiques de routine, telle que la montée ou la descente d'escaliers
D	Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants : <ul style="list-style-type: none"> – nausée et/ou vomissement – photophobie et phonophobie
E	L'examen clinique doit être normal entre les crises En cas de doute, une céphalée secondaire doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées

Critères de la migraine avec aura (adaptés des critères IHS)

A	Au moins deux crises répondant aux critères B et C
B	Aura consistant en au moins l'un des caractères suivants, mais sans déficit moteur : <ul style="list-style-type: none"> – symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (lumières scintillantes, taches ou lignes) et/ou négatifs (perte de la vision)* – symptômes sensitifs totalement réversibles, incluant des phénomènes positifs (sensation de piqûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement) – troubles phasiques totalement réversibles
C	Au moins deux des caractères suivants : <ul style="list-style-type: none"> – symptômes visuels homonymes* et/ou symptômes sensitifs unilatéraux – au moins un des symptômes se développant progressivement sur ≥ 5 minutes et/ou plusieurs des symptômes survenant successivement sur ≥ 5 minutes – durée de chaque symptôme ≥ 5 et ≤ 60 minutes
D	L'examen clinique doit être normal entre les crises En cas de doute, une autre étiologie doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées

L'aura peut être :

- suivie d'une céphalée ayant les caractéristiques de la migraine sans aura
- suivie d'une céphalée n'ayant pas ces caractéristiques
- isolée (aura sans céphalée)

* Une perte de la vision centrale ou une vision centrale floue sont possibles.

Stratégie thérapeutique de la crise de migraine

La stratégie recommandée est la suivante. Lors de la première consultation, on interroge le patient sur son traitement habituel et sur le soulagement que lui apporte ce traitement. Tous les traitements de crises seuls ou en association doivent être évalués par les réponses aux quatre questions suivantes :

« Lors de la prise de votre traitement habituel :

- Êtes-vous suffisamment soulagé 1 à 2 heures après la prise de ce traitement ?
- Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
- Ce traitement est-il efficace sur au moins deux crises sur trois ?
- Ce traitement est-il bien toléré ? »

Si le patient répond « oui » aux quatre questions, il est recommandé de ne pas modifier le traitement de crise.

Si le patient répond « non » à au moins une des quatre questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan.

Le patient prendra d'abord l'AINS et gardera le triptan en traitement de secours s'il n'est pas soulagé 1 à 2 heures après la prise de l'AINS. Cette séquence thérapeutique sera évaluée après trois crises. Si l'AINS est efficace sur au moins deux des trois crises et s'il est bien toléré, cette séquence thérapeutique sera reproduite. Si l'AINS est inefficace sur au moins deux des trois crises ou s'il est mal toléré, le triptan sera pris en première intention pour traiter les crises suivantes et le traitement sera réévalué à nouveau sur trois crises.

Si le triptan utilisé d'emblée est inefficace sur au moins deux des trois crises et bien toléré, il faudra successivement dans un premier temps vérifier que la prise du triptan a été faite précocement (dans l'heure qui suit le début de la crise) et, si ce n'est pas le cas, recommander au patient de ressayer ce triptan en prise précoce sur trois crises consécutives. Si la prise précoce de ce triptan est inefficace ou s'il est mal toléré, il faudra changer de triptan et l'essayer en prise précoce sur trois crises consécutives.

Enfin, si cette stratégie est inefficace, il faudra demander au patient d'utiliser l'association d'un AINS et d'un triptan en prise simultanée.

Il convient d'adapter la galénique à la sévérité des signes digestifs. Les antiémétiques sont recommandés chez les patients ayant des nausées invalidantes ou des vomissements.

Pour tous les patients, il est recommandé de comptabiliser le nombre de jours avec prise de traitement de crise par mois, afin de repérer une utilisation abusive, fréquente chez les migraineux et susceptible d'entraîner des céphalées chroniques par abus médicamenteux. Il convient de recommander au patient de consulter dès lors qu'il utilise un traitement de crise régulièrement 2 jours ou plus par semaine depuis plus de 3 mois en vue de la prescription éventuelle d'un traitement de fond.

Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité pour réduire la durée de l'aura et les triptans ne sont pas efficaces pour prévenir la céphalée lorsqu'ils sont pris au moment de l'aura. En cas de crise avec aura, il est recommandé de prendre un AINS dès le début de l'aura pour prévenir ou limiter l'intensité de la céphalée ultérieure et d'attendre le début de la céphalée pour prendre un triptan.

Stratégie thérapeutique du traitement de fond

Cette stratégie repose sur les réponses à un certain nombre de questions auxquelles est confronté le prescripteur.

Quand mettre en place un traitement de fond ?

Il est recommandé de mettre en place un traitement de fond :

- en fonction de la fréquence, de l'intensité des crises mais aussi du handicap familial, social et professionnel généré par les crises ;
- dès que le patient consomme, depuis 3 mois, le ou les traitements de crise plus de 2 jours chaque semaine et cela même en cas d'efficacité, afin d'éviter l'abus médicamenteux.

L'instauration d'un traitement de fond doit s'associer à une démarche éducative du patient, à qui il faut expliquer que le traitement de fond ne supprime pas les crises mais réduit leur fréquence et leur intensité. La tenue d'un agenda des crises permettra de mieux apprécier l'efficacité du traitement de fond.

Quelles molécules utiliser lors du traitement de fond ?

Considérant le niveau de preuves d'efficacité, la balance bénéfiques/risques et l'existence d'une AMM, les molécules à privilégier en première intention sont le propranolol et le métoprolol, en l'absence de contre-indication à l'utilisation des bêtabloquants.

En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité de ces bêtabloquants, le choix de la molécule repose sur le terrain, la comorbidité et la sévérité de la migraine en considérant toujours la balance bénéfiques/risques (poids, sédation, asthénie et risque tératogène) et l'existence d'une AMM.

Comment débiter le traitement de fond ?

Il est recommandé de débiter en monothérapie, à faible dose, progressivement croissante en tenant compte des effets indésirables pour atteindre une posologie optimale.

Comment évaluer le traitement de fond ?

Le traitement est jugé efficace lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50 %. Il est important de tenir compte également de la diminution de la consommation des traitements de la crise, de l'intensité et de la durée des crises. L'évaluation se fait au terme de 3 mois. En cas d'échec, deux possibilités peuvent être envisagées :

- la posologie peut être augmentée, en l'absence d'effets indésirables ;
- un autre traitement de fond peut être proposé.

L'association de deux traitements de fond à plus faible dose peut être envisagée dans le but de réduire les effets indésirables respectifs de chaque molécule, après les avoir testés séparément. En cas d'échecs répétitifs, il faut évaluer l'observance ou rechercher un abus médicamenteux.

Quand et comment arrêter le traitement de fond ?

En cas de succès, le traitement à dose efficace sera poursuivi pendant 6 mois à 1 an, adapté aussi étroitement que possible à l'évolution spontanée de la migraine puis diminué très lentement avant d'être arrêté. Le même traitement pourra être repris si la fréquence des crises augmente de nouveau.

Contre-indications des triptans

- Infarctus du myocarde ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien (angor de Prinzmetal).
- Pathologie vasculaire périphérique.
- Accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire.
- Patients ayant une insuffisance hépatique sévère.
- Hypertension modérée ou sévère et chez les patients ayant une hypertension légère non contrôlée.
- Association avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).
- Allergie croisée aux sulfamides (sauf rizatriptan et zolmitriptan).

Grossesse**Prise en charge de la migraine chez une migraineuse désirant une grossesse**

- La rassurer quant au fait qu'en l'état des connaissances, la migraine n'est pas associée à une mauvaise évolution de la grossesse.
- La rassurer en lui indiquant que pour une large majorité de migraineuses la grossesse est associée à une rémission partielle voire complète des crises.
- Ne pas débiter de traitement prophylactique.
- Lui proposer un traitement de crise selon les recommandations en privilégiant le paracétamol, mais en ne limitant pas l'utilisation de l'aspirine, des AINS et des triptans (idéalement en privilégiant les triptans dans les deux premières semaines du cycle et l'aspirine ou les AINS le reste du cycle).
- Lui indiquer les médicaments antimigraineux formellement contre-indiqués en cas de grossesse (dérivés de l'ergot de seigle, valproate et divalproate de sodium, aspirine et AINS dès le 5^e mois de grossesse révolu).
- Lui rappeler le risque des médicaments (ibuprofène notamment) et des préparations phytothérapeutiques disponibles en pharmacie ou parapharmacie sans prescription.
- Lui indiquer que si cela est nécessaire sa maladie migraineuse pourrait être traitée pendant sa grossesse et que l'allaitement (qui est conseillé) sera possible.

Antimigraineux et grossesse**Traitement de la crise :**

- **l'utilisation ponctuelle ou chronique de tous les AINS** (y compris l'aspirine \geq 500 mg par jour et les inhibiteurs de COX-2) **est formellement contre-indiquée à partir du début du 6^e mois de grossesse** (24 SA) ;
- les antalgiques de palier 1 :
 - on préférera le paracétamol, quel que soit le terme de la grossesse ;
 - l'aspirine peut être utilisée ponctuellement pendant les 5 premiers mois de grossesse (24 SA). Au-delà de 24 SA, l'aspirine \geq 500 mg par jour est formellement contre-indiquée jusqu'à l'accouchement ;
 - tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de 24 SA (5 mois de grossesse révolus). Avant 24 SA, on les évitera si possible, même en traitement ponctuel ;

- en cas d'inefficacité des antalgiques de palier 1, on pourra avoir recours quel que soit le terme de la grossesse :
 - aux antalgiques de palier 2 : codéine (Codoliprane®) ou tramadol en 2^e intention (Contramal®, Ixprim®...);
 - ou au sumatriptan (Imigrane®);
- en cas d'inefficacité des options précédentes, l'utilisation d'un autre triptan pourra être envisagée quel que soit le terme de la grossesse;
- si un traitement de la nausée et des vomissements est nécessaire, on préférera la doxylamine (Donormyl®) ou le métoclopramide (Primpéran®).

Traitement de fond :

- le plus souvent la migraine s'améliore en cours de grossesse;
 - si l'instauration ou la poursuite d'un traitement de fond est nécessaire, on préférera l'amitriptyline (Laroxyl®), le propranolol (Avlocardyl®) ou le métoprolol (Seloken® LP);
 - en cas d'inefficacité ou d'intolérance de ces options, l'utilisation d'un autre traitement pourra être envisagée en cours de grossesse au cas par cas : pizotifène (Sanmigran®), oxétorone (Nocertone®), indoramine (Vidora®);
 - on évitera la flunarizine (Sibélium®), le méthysergide (Désernil®) et le topiramate (Epitomax®).
- (Source : d'après Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol (Paris) 2013 ; 169 : 14–29.)

Fiche de synthèse des cas cliniques 15, 16 et 17

Migraine, céphalée de tension, algie vasculaire de la face, névralgie essentielle du trijumeau

Migraine	Céphalée de tension épisodique	Algie vasculaire de la face	Névralgie essentielle du trijumeau	
Sex ratio	3 F / 1 H	F = H	1 F / 5 H	F > H
Durée des crises	4 à 72 heures	CTE : 1 heure à 7 jours	15 à 180 minutes	2-3 secondes à 2 minutes
Fréquence des crises	0 à 6 par mois Irrégulière	Variable Irrégulière	1 à 8 par jour Tous les jours	5 à 100 par jour Tous les jours
Latéralité de la douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale	Bilatérale	Strictement unilatérale	Strictement unilatérale
Topographie de la douleur	Fronto-orbito-temporale	En casque, bandeau	Orbito-temporale	V2/V3 > V1
Type de la douleur	Pulsatile ou continue	Pression, poids	Broisement, arrachement	Décharge électrique
Sévérité	Modérée à sévère	Faible à modérée	Très sévère	Très sévère
Signes vasomoteurs	Très rares	0	Présents	0
Nausées ou vomissements	Fréquents	0	Possibles	0
Photophobie, phonophobie	Fréquents et importants	Absents ou modérés	Possible	0
Conséquence de la crise sur les activités	Activité difficile ou impossible (se couche au calme)	Activité conservée mais plainte importante	Activité impossible et agitation	Sidération brève
Facteurs déclenchant des crises	Multiples	Stress, contrariété, surmenage	Rien ou prise d'alcool	Zones gâchettes, parler, mastiquer...

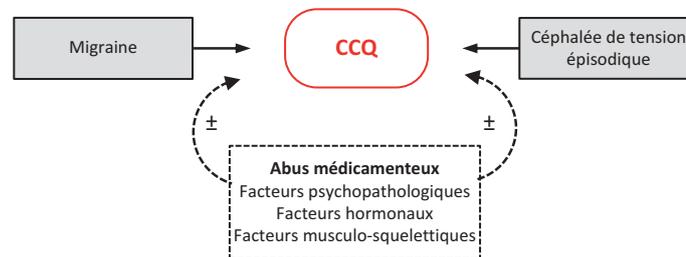
Fiche de synthèse du cas clinique 17

Céphalée chronique quotidienne

Définition

Il s'agit d'un terme inapproprié, puisqu'il n'y a pas besoin que la céphalée soit quotidienne pour que l'on puisse employer ce terme : **c'est la présence d'une céphalée survenant au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois.**

Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique (migraine ou céphalée de tension) qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un **abus médicamenteux** et de facteurs psychopathologiques.



Cet abus repose sur le nombre mensuel de jours avec au moins une prise d'antalgique et/ou d'antimigraineux de crise, évalué sur une période de 3 mois.

L'abus est défini par une prise *régulière et fréquente* :

- d'au moins 15 jours par mois pour une prise d'antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS);
- et d'au moins 10 jours par mois pour une prise d'opioïdes, de dérivés de l'ergot de seigle, de triptans ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs ou en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient.

Indépendamment de cet abus médicamenteux, d'autres facteurs de risque doivent être recherchés, tels que :

- l'anxiété généralisée pouvant entraîner une prise anticipatoire de médicaments;
- des épisodes dépressifs avérés;
- des événements biographiques stressants;
- des troubles ventilatoires du sommeil, tels que le ronflement;
- ainsi qu'un excès pondéral.

Le plus souvent, le patient est un migraineux qui présente des crises épisodiques, qui deviennent de plus en plus fréquentes, aboutissant à une céphalée chronique quotidienne.

Deux situations peuvent se rencontrer :

- une, relativement rare, où le patient n'a pas d'abus médicamenteux lorsqu'il se présente à la consultation : il s'agit d'une migraine chronique;
- dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un patient migraineux en CCQ se présentant avec un abus médicamenteux.

Une **migraine chronique** est une céphalée chronique quotidienne primaire, qui se définit par la survenue depuis plus de 3 mois d'une céphalée plus de 15 jours par mois avec au moins de 8 jours de migraines. Elle peut être d'emblée diagnostiquée quand le migraineux ne présente pas d'abus médicamenteux. Elle peut être également diagnostiquée *a posteriori* quand elle est associée à un abus médicamenteux, lorsque le sevrage médicamenteux n'a pas permis de revenir à une migraine épisodique.

Sevrage médicamenteux : en antalgiques et/ou en antimigraineux spécifique

La plupart des spécialistes s'accordent sur le fait que l'abus médicamenteux devra faire l'objet d'un sevrage en antalgiques et/ou en antimigraineux spécifique.

Le sevrage permettra de déterminer le diagnostic final, à savoir :

- migraine chronique en cas de persistance de la CCQ 2 mois après le sevrage;
- ou céphalée par abus médicamenteux si la CCQ a disparu 2 mois après le sevrage.

En pratique, le sevrage peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation sans qu'aucun des deux n'ait montré une supériorité. Il en est de même pour le sevrage brutal ou le sevrage progressif, ainsi que pour le choix d'une approche pharmacologique ou non pharmacologique.

Ce sevrage doit être accompagné d'une démarche éducative avec trois objectifs essentiels :

- permettre au patient de comprendre l'entretien de la CCQ par la prise excessive de médicaments ;
- permettre au patient de contrôler la prise anticipatoire de médicaments du fait d'une anxiété lui faisant redouter la survenue d'une crise ;
- permettre au patient de mieux distinguer la nature de la céphalée lorsqu'elle débute, afin de ne traiter que les crises migraineuses et non les céphalées de tension.

Le sevrage médicamenteux, surtout quand il est brutal, peut s'accompagner d'une céphalée de rebond, qui peut durer entre 2 et 10 jours et dont les caractéristiques dépendent de la nature du médicament impliqué dans l'abus. Ce phénomène de rebond est précoce et peu sévère pour les triptans, tardif et plus sévère pour les opioïdes. Le rebond se traduit également par des nausées ou des vomissements, une hyperesthésie sensorielle importante témoignant de la nature migraineuse, mais parfois peut aussi s'associer à une augmentation de l'anxiété avec irritabilité.

(Sources : d'après Céphalées chroniques quotidiennes : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. ANAES, septembre 2004. – Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CQC). Prise en charge d'une CQC chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique. Recommandations de la SFMEC, ANLLF et SFETD. *Revue Neurologique* 2014 ; 170 : 162–76. – Site de la Société française d'études des migraines et céphalées (SFEMC) : <http://sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-chronique-quotidienne>.)

Éducation thérapeutique du patient

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a introduit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par son article 84 au sein du Code de la santé publique. L'éducation thérapeutique est devenue une priorité de santé publique nationale. L'inscription de l'ETP dans la loi marque la volonté du législateur de développer l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques. La loi HPST vise à favoriser la prise en charge préventive et l'accompagnement plus précoce des malades chroniques. Elle distingue l'éducation thérapeutique du patient et les actions d'accompagnement :

Contrairement aux idées reçues, l'éducation thérapeutique ne se résume pas à la délivrance d'une information. Une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (par exemple, lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement de soins, de l'installation d'un matériel de soins, etc.), mais cette information n'est pas synonyme d'éducation thérapeutique. Il en est de même de l'information sur les médicaments, en vue d'une participation du patient à la prise de décision concernant son traitement.

« L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. (...) Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage dans la prise en charge de la maladie. »

Le professionnel (issu du monde médical, infirmier ou paramédical) est formé à :

- adopter une posture éducative ;
- favoriser l'expression, comme l'écoute, du malade souffrant ;
- animer des programmes éducatifs individuels, mais aussi des séances de groupe ;
- réaliser un diagnostic éducatif, un bilan éducatif partagé ;
- gérer les temps individuels ou collectifs.

(Source :

– d'après Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C. Éducation thérapeutique du patient et douleur chronique. *Douleur et analgésie* 2011 ; 24 : 9–17.)

Fiche de synthèse des cas cliniques 18 et 19

Douleur neuropathique : diagnostic, étiologie

Principaux éléments cliniques orientant vers le diagnostic d'une douleur neuropathique

Contexte de survenue	Lésion ou maladie connue ou suspectée du système nerveux Contexte non neurologique (postopératoire, traumatique) pouvant s'accompagner d'une lésion nerveuse Décours temporel plausible entre la lésion et l'apparition de la douleur. Il peut exister un intervalle libre de plusieurs semaines ou mois entre la lésion et l'apparition des douleurs
Description des douleurs	Caractéristiques particulières des douleurs spontanées continues (brûlure, froid douloureux) ou paroxystiques (décharges électriques) Association à des douleurs provoquées (notamment par le frottement, le froid)
Sensations positives non douloureuses associées	Engourdissement, fourmillements, picotements, démangeaisons
Signes neurologiques négatifs dans la zone douloureuse	Déficit thermoalgique (piqûre, chaud, froid) Autre déficit sensitif (tact, proprioception) Déficit moteur Autres (anomalies de réflexes...)
Signes neurologiques positifs	Allodynie au frottement, au froid, au chaud
Aire douloureuse	La douleur siège dans un territoire déficitaire systématisé compatible avec une lésion neurologique périphérique ou centrale

Principales étiologies des douleurs neuropathiques chez l'adulte dans la population générale classées par ordre de fréquence

Causes fréquentes

Étiologies périphériques :

- Radiculopathies (hernie discale, canal rachidien étroit, post-chirurgie du rachis...)
- Douleurs neuropathiques postopératoires ou post-traumatiques
- Syndromes canaux (canal carpien notamment)
- Neuropathies diabétiques

Étiologies centrales :

- Accident vasculaire cérébral

Causes moins fréquentes

Étiologies périphériques :

- Douleurs post-zostériennes
- Douleurs neuropathiques post-radiques
- Neuropathies toxiques et chimio-induites
- Douleurs neuropathiques associées au cancer (par compression ou envahissement nerveux)

Étiologies centrales :

- Lésions médullaires traumatiques
- Sclérose en plaques

Causes plus rares

Étiologies périphériques :

- Neuropathies du VIH
- Maladies systémiques
- Carences vitaminiques
- Neuropathies médicamenteuses
- Maladies génétiques (maladie de Fabry...)

Étiologies centrales :

- Syringomyélie
- Autres lésions médullaires (tumeurs, lésions vasculaires...)
- Lésions cérébrales (autres que les AVC)

Règles de prescription des médicaments dans la douleur neuropathique

- Mise en route du traitement : initiation à doses faibles puis augmentation des posologies par paliers selon la tolérance et l'efficacité pour les traitements systémiques (titration).
- Durée du traitement :
 - traitement pendant plusieurs mois (≥ 6 mois);
 - réévaluation de la tolérance et de l'efficacité à la fin de la titration puis de façon régulière;
 - réduction progressive possible des posologies au bout de 6 à 8 mois de traitement efficace à doses stables.
- Prise en charge des troubles associés :
 - traitement spécifique de l'anxiété, de la dépression ou des troubles du sommeil si le traitement des douleurs est insuffisant ou si ces troubles associés sont jugés suffisamment intenses;
 - traitement des autres types de douleurs souvent associées aux douleurs neuropathiques selon l'étiologie.

Informations à donner aux patients

- Les symptômes douloureux présents sont causés par une lésion des fibres nerveuses.
- Les antalgiques usuels (paracétamol, AINS) sont peu ou pas efficaces dans ce type de douleur.
- Les molécules prescrites sont souvent utilisées dans d'autres indications mais ont une activité analgésique propre (antidépresseurs, antiépileptiques).
- Elles sont prescrites pour leur activité analgésique.
- Les traitements proposés ont une efficacité souvent partielle sur la douleur.
- Informer du bénéfice attendu et des effets indésirables les plus fréquents et/ou les plus graves.
- Le délai d'action peut être retardé (plusieurs jours à plusieurs semaines).
- L'efficacité peut être variable sur les divers symptômes douloureux.
- Le traitement ne doit pas être interrompu trop tôt en cas d'efficacité.
- Les traitements administrés par voie orale doivent impérativement être arrêtés progressivement pour éviter un risque de sevrage brutal à l'arrêt.
- La plupart des effets indésirables surviennent au cours de l'augmentation des doses mais beaucoup sont réversibles.
- Les traitements sont à prendre de façon systématique.
- Plusieurs traitements successifs peuvent être nécessaires avant d'aboutir à un résultat satisfaisant.

(Source : Extrait de Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, pour la SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Douleurs 2010; 11 : 3–21.) © 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Douleur neuropathique : traitements médicamenteux et non médicamenteux

Synthèse des traitements médicamenteux de niveau de preuve A ou B commercialisés en France pour le traitement des douleurs neuropathiques et libellé des AMM

Traitements	Ndp	Grade de recommandation	AMM en analgésie chez l'adulte	Recommandation
Antidépresseurs tricycliques				
Amitriptyline	1	A	AMM Douleur neuropathique périphérique de l'adulte	Recommandé
Imipramine	1	A	AMM Douleur neuropathique	Recommandé
Clomipramine	1	A	AMM Douleur neuropathique	Recommandé
Maprotiline	2	B	Pas d'AMM	Peut être proposée
Antidépresseurs ISRNA				
Duloxetine	1	A (dans la polyneuropathie diabétique)	AMM Douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte	Recommandé (Polyneuropathie douloureuse du diabète)
Venlafaxine	2	B (dans la polyneuropathie sensitive)	Pas d'AMM	Peut être proposée
Antiépileptiques				
Gabapentine	1	A	AMM Douleur neuropathique périphérique de l'adulte	Recommandée
Prégabaline	1	A	AMM Douleur neuropathique périphérique et centrale de l'adulte	Recommandée
Opiacés				
Tramadol	1	A (dans la polyneuropathie diabétique)	AMM Douleur modérée à intense	Recommandé
Sulfate de morphine	1	A	AMM Douleurs persistantes intenses ou rebelles aux autres antalgiques, en particulier douleur d'origine cancéreuse	Recommandé *
Oxycodone	1	A	AMM Douleur chronique d'origine cancéreuse intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible	Recommandé*
Topique				
Lidocaïne	1	A (dans la douleur post-zostérienne)	AMM Douleur neuropathique post-zostérienne	Recommandée (DPZ)

* Les opiacés forts ne constituent pas un traitement de première intention de la douleur chronique non cancéreuse.

Ndp : Niveau de preuve. A : preuve scientifique d'efficacité ; B : présomption d'efficacité.

Synthèse des arguments scientifiques de niveau de preuve B pour les traitements non médicamenteux évalués dans les douleurs neuropathiques

Traitements	Ndp	Grade de recommandation	Recommandation
Neurostimulation transcutané	2	B	Recommandée dans douleur neuropathique périphérique localisée
Neurostimulation médullaire	2	B	Recommandée dans les lombosciatiques chroniques postopératoires avec radiculalgie prédominante
Thérapie cognitivo-comportementale	2	B	Peut être proposée
Acupuncture	2	B	Non recommandée

Ndp : Niveau de preuve. A : preuve scientifique d'efficacité ; B : présomption d'efficacité.

(Source : Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M, pour la SFETD. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Douleurs 2010 ; 11 : 3–21.)

Recommandations de première, deuxième et troisième lignes

Recommandations de première ligne	
Antiépileptiques	
Gabapentine	1 200–3 600 mg, en 2 ou 3 prises par jour
Prégabaline	300–600 mg, en 2 prises par jour
Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine	
Duloxétine	60-120 mg, une fois par jour
Venlafaxine	150–225 mg, une fois par jour
Antidépresseurs tricycliques	
Amitriptyline	25-150 mg, en 1 à 2 prises par jour
Clomipramine	25–150 mg, en 1 prise par jour
Recommandations de deuxième ligne	
Capsaïcine 8 %	Patch(s) dans la région douloureuse, pendant 30–60 min
Lidocaïne	1 à 3 patchs dans la région douloureuse, une fois par jour, au maximum pendant 12 heures
Tramadol	200-400 mg, en 2 prises (pour la forme LP)
Recommandations de troisième ligne	
Toxine botulique A	50–200 unités dans la région douloureuse, tous les 3 mois
Opioides forts	Titration individuelle

(Source : Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology 2015 ; 14 : 162–73.)

Fiche de synthèse du cas clinique 20

Trois sociétés savantes, l'AFSOS (Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support), la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) et la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur), ont été à l'initiative de la création d'un groupe de travail dans le cadre de la réactualisation des Standards Options and Recommandations pour la prise en charge de la Douleur due au Cancer. Ce groupe de travail conduit sous la présidence du Dr P Poulain et composé d'experts issus de ces sociétés (Didier Ammar, Laurent Baron, Gisèle Chvetzoff, Elisabeth Collin, Claire Delorme, Thierry Delorme, Marilène Filbet, Philippe Hubault, Ivan Krakowski, Marc Magnet, Nathalie Michenot, Christian Minello, Sylvie Rostaing), a établi des recommandations concernant les ratio de changement d'opioïde à partir de la morphine.

Les opioïdes forts dans le traitement des douleurs du cancer

Messages clés relatifs à l'utilisation des opioïdes forts (pour les prescripteurs)

- Les opioïdes partagent tous globalement les mêmes effets indésirables.
- Il n'existe pas de dose « limite » à ne pas dépasser pour les opioïdes forts agonistes purs : la dose « limite » pour un patient donné correspond à celle qui induit des effets indésirables gênants et incontrôlables.
- Les formes LP et les formes LI ne répondent pas aux mêmes besoins.
- Il existe une grande variabilité inter- et intra-individuelle de survenue des effets indésirables.
- La survenue d'effets indésirables n'est pas synonyme de surdosage.
- Le myosis est un signe d'imprégnation morphinique ; ce n'est pas un signe de surdosage.
- Les risques de surdosage sont très faibles chez un malade atteint de douleurs cancéreuses, régulièrement suivi et évalué et recevant des opioïdes forts au long cours.
- La dépendance psychique est exceptionnelle chez les malades cancéreux traités par des opioïdes.
- La tolérance ou accoutumance et la dépendance physique ne posent pas de problème particulier chez les malades traités par opioïdes forts pour une douleur cancéreuse. La dépendance physique nécessite d'assurer la continuité de la prescription et d'éviter la coprescription agoniste-antagoniste des récepteurs opioïdes.
- Mis à part la constipation, les autres effets indésirables tendent à disparaître dans les premiers jours du traitement.
- La somnolence survient essentiellement lors de la phase de titration du traitement et disparaît en quelques jours.
- Il faut réévaluer rapidement la douleur pour adapter le traitement antalgique et corriger les effets indésirables éventuels.

Les effets indésirables des opioïdes forts

- Nausées (très fréquentes, en début de traitement).
- Vomissements (rares, en début de traitement).
- Constipation (très fréquente et constante, durable).
- Effets psychiques et troubles cognitifs (hallucinations ou hallucinoses, confusion...) (peu fréquent).
- Somnolence (peu fréquente).
- Prurit (peu fréquent).
- Dysurie, rétention urinaire (rare).
- Dépression respiratoire (rare).
- Dépendance physique entraînant un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du médicament (très fréquente).
- Accoutumance ou tolérance pharmacologique (peu fréquente, souvent confondue avec une augmentation des besoins en opioïdes liée à l'évolution de la maladie).
- Dépendance psychique ou addiction iatrogène (exceptionnelle en cancérologie).

Conduite à tenir

- **En cas de somnolence chez un patient traité par traitement opioïde fort** pour une douleur d'origine cancéreuse, il faut évoquer plusieurs hypothèses :
 - effet indésirable directement lié au traitement opioïde : si le traitement opioïde semble en cause, les options thérapeutiques sont une diminution de la posologie de l'opioïde ou un changement d'opioïde ;
 - début du traitement opioïde (somnolence transitoire) ;
 - dette en sommeil après soulagement ;
 - augmentation rapide ou importante des doses ;

- associations médicamenteuses (psychotropes, par exemple);
- surdosage : erreur de prescription, insuffisance rénale. Un surdosage est annoncé et révélé par une somnolence croissante, accompagnée d'une insuffisance respiratoire à type de bradypnée. Les risques de surdosage sous traitement opioïde sont faibles chez les malades souffrant de douleurs cancéreuses. Ils sont le plus souvent dus à une erreur de prescription ou à une mauvaise estimation du métabolisme hépatique ou rénal (surtout rénal);
- autres causes : métaboliques (hypercalcémie, déshydratation, hyponatrémie, encéphalopathie hépatique...), cérébrales (métastases avec hypertension intracrânienne, méningite carcinomateuse...).
- **En cas de constipation opioïdo-induite :**
 - prévention systématique;
 - prescription pendant toute la durée du traitement opioïde;
 - mesures hygiéno-diététiques;
 - laxatifs osmotiques en première intention;
 - pour les patients en phase palliative : traitement pour la constipation opioïdo-induite par antagonistes opioïdes périphériques : méthylaltréxone (Rélistor®) par injection sous-cutanée (dose fonction du poids et après échec d'une bithérapie associant des laxatifs stimulants).
- **En cas d'apparition de nausées et vomissements :**
 - en début de traitement opioïde fort, les nausées et vomissements sont fréquents et transitoires;
 - en cours de traitement, il faut avant tout éliminer d'autres causes et prescrire un traitement antiémétique pendant quelques jours.

Informations à donner aux patients à l'introduction d'un traitement opioïde fort

Des explications doivent être données au patient : les nausées sont fréquentes en début de traitement, mais transitoires; une somnolence est également possible dans les premiers jours, transitoire en général; la constipation est quasi constante et durable (traitement associé quasi obligatoire). Il faut dire au patient qu'on peut traiter les effets indésirables (prescription concomitante), qu'on ne devient pas toxicomane avec ce traitement, mais qu'il ne faut jamais arrêter brutalement un traitement morphinique (risque de syndrome de sevrage); il faut donc anticiper les rendez-vous chez le médecin pour éviter toute interruption brutale de traitement. Il faut également dire au patient qu'il n'existe pas de dose limite de morphine à ne pas dépasser, qu'il faudra probablement quelques jours pour trouver la posologie efficace, qu'il ne doit pas hésiter à recontacter son médecin traitant s'il a des questions à poser.

Il faut demander au patient de revenir en consultation dans les 24 à 48 heures qui suivent la prescription d'opioïdes (réévaluation rapide) pour adapter le traitement antalgique et corriger les effets indésirables éventuels.

(Sylvie Rostaing.)

Changement d'opioïdes (Recommandations SFAP, SFETD, AFSOS, 2015)

Les modalités d'administration du nouvel opioïde doivent prendre en compte le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et des éventuelles interactions médicamenteuses.

Par sécurité, le groupe d'experts recommande d'utiliser des ratios de changement qui utilisent la fourchette basse des ratios publiés dans la littérature, puis de procéder à une nouvelle titration pour atteindre la dose antalgique efficace (recommandation issue d'un accord professionnel).

Dans les études retenues après lecture critique de la littérature, que ce soit pour un changement de molécule ou pour un changement de voie d'administration, les modalités recommandées sont de type «*stop and go*» pour le traitement de fond et en tenant compte de la cinétique des opioïdes utilisés, c'est-à-dire arrêt avec relai immédiat (recommandation basée sur une présomption scientifique).

Changement d'opioïde fort

Morphine orale/Oxycodone orale

- Dans le sens morphine orale → oxycodone orale : ratio morphine/oxycodone de 1:0,5 (multiplier la dose de morphine par 0,5 pour obtenir la dose d'oxycodone) (AMM).
- Dans le sens oxycodone orale → morphine orale : ratio oxycodone/morphine de 1:1,5 (multiplier la dose d'oxycodone par 1,5 pour obtenir la dose de morphine) (recommandation basée sur un faible niveau de preuve scientifique).

Morphine orale/Hydromorphone orale

- Dans le sens morphine orale → hydromorphone orale : ratio morphine/hydromorphone de 7,5:1 (diviser la dose de morphine par 7,5 pour obtenir la dose d'hydromorphone) (AMM).
- Dans le sens hydromorphone orale → morphine orale : ratio hydromorphone/morphine de 1:5 (multiplier la dose d'hydromorphone par 5 pour obtenir la dose de morphine) (recommandation issue d'un accord professionnel).
- En absence d'hydromorphone à libération normale en France, l'adaptation de la posologie sera conduite selon la technique classique d'une titration par des interdoses de morphine ou d'oxycodone à libération normale du 1/10^e au 1/6^e de la dose d'équianalgie de morphine ou d'oxycodone correspondante des 24 heures.

Morphine IV ou SC/Oxycodone IV ou SC

- L'AMM recommande un ratio morphine (IV ou SC)/oxycodone (IV ou SC) de 1:1 dans les deux sens. (AMM).

Changement de voie d'administration

Morphine orale ou parentérale/Fentanyl transdermique

- Dans les deux sens morphine orale ↔ fentanyl transdermique : ratio de 100:1 semblant sécurisant (par exemple 60 mg/j de morphine orale ≈ 25 µg/h de fentanyl transdermique) (recommandation basée sur un faible niveau de preuve scientifique).
- On pourrait utiliser le moyen mnémotechnique suivant, utilisable dans les deux sens : 25 µg/h de fentanyl transdermique = 25 mg/j de morphine IV ou ≈ 1 mg/h de morphine IV.

Morphine orale/Morphine IV ou SC

- Ratio de changement de morphine orale vers morphine parentérale :
 - le ratio de changement entre morphine orale et morphine intraveineuse varie entre 3:1 et 2:1 ; compte tenu de la variabilité interindividuelle, il est nécessaire de privilégier la dose d'équivalence la plus basse et ensuite de titrer jusqu'à obtention de la posologie appropriée et d'utiliser le ratio 3:1 (recommandation issue d'un accord professionnel) ;
 - le ratio de changement entre morphine orale et morphine sous-cutanée est de 2:1 (recommandation issue d'un accord professionnel).
- Ratio de changement de morphine parentérale vers morphine orale :
 - le ratio de changement entre morphine parentérale et morphine orale est de 1:2 pour les deux voies d'administration parentérales (recommandation issue d'un accord professionnel).

Morphine orale/Oxycodone IV ou SC

Le groupe d'expert a privilégié la sécurité, aucune donnée n'étant disponible à ce jour.

- Dans le sens morphine orale → oxycodone IV ou SC : le groupe de travail recommande le ratio morphine orale/oxycodone IV ou SC de 3:1 (diviser la dose de morphine orale des 24 heures par 3 pour obtenir la dose d'oxycodone IV ou SC quotidienne) (recommandation issue d'un accord professionnel).
- Dans le sens oxycodone IV ou SC → morphine orale : le groupe de travail recommande le ratio oxycodone IV ou SC/morphine orale de 1:2 (multiplier la dose d'oxycodone IV ou SC des 24 heures par 2 pour obtenir la dose quotidienne de morphine orale) (recommandation issue d'un accord professionnel).

Dans tous les cas, l'adaptation de la posologie sera conduite selon la technique classique d'une titration, par des interdoses de 1/10^e à 1/6^e de la dose des 24 heures.

Fiche de synthèse des cas cliniques 20 et 21, 29 et 36

Antalgie autocontrôlée par le patient (ACP ou PCA) pour le traitement de la douleur cancéreuse

On peut proposer l'utilisation des opioïdes forts par voie parentérale (IV ou SC), IV de préférence, pour un ajustement plus fin de l'antalgie en fonction des besoins du patient, en utilisant un mode de perfusion IV continue associé à des bolus (interdoses) grâce à une pompe. C'est le principe de la PCA (*Patient-Controlled Analgesia*) ou antalgie contrôlée par le patient (ACP). La voie SC peut être utilisée en l'absence de voie veineuse correcte (absence de chambre implantable). Sont utilisés en mode PCA : morphine ou oxycodone injectable.

Indications d'une pompe PCA

- Douleurs cancéreuses mal contrôlées.
- Douleurs cancéreuses instables : accès douloureux fréquents spontanés ou provoqués.
- Anorexie, alimentation difficile (pour réduire les prises médicamenteuses orales).

Contre-indications à la PCA

- Malade ou famille non coopérants ou incapables de comprendre.
- Troubles psychiques du malade.
- Absence de formation préalable du personnel médical et paramédical.
- La toxicomanie est une contre-indication relative.

Principes généraux

- Pompe programmable portable : système informatisé (programme prédéterminé).
- Opioïde prescrit : morphine injectable ou Oxynorm® injectable.
- Administration IV (chambre implantable ou cathéter veineux central) ou voie SC.
- Voie IV : changement d'aiguille de Huber tous les 7 jours ; voie SC : tous les 3 à 5 jours.
- Changement de réservoir : selon la consommation de morphine du patient (tous les 2 à 7 jours en moyenne).
- Réservoir : cassettes ou poches souples (de 50 à 250 ml).
- Pompe verrouillable.
- Prescription des paramètres par le médecin.
- Programmation de la pompe et remplissage des réservoirs par l'infirmière ou par le médecin.
- Suivi possible à domicile : collaboration avec la ville (médecin, infirmière, pharmacien, prestataire de service, HAD, réseaux ville-hôpital).
- Coopération et éducation du malade et de son entourage nécessaires.
- Prescription des paramètres par le médecin :
 - débit de base (en mg par heure) ;
 - valeur des interdoses ou bolus (en mg) : égale au débit horaire en général ;
 - période réfractaire entre 2 bolus : 10 à 20 minutes ;
 - facultatif : limitation du nombre de bolus par heure (3 bolus par heure par exemple) ;
 - on peut préciser aussi : la quantité totale de morphine ou Oxynorm® (en mg), le volume du réservoir (en ml), la concentration de morphine ou Oxynorm® (en mg/ml).

Ordonnances de sortie

- Ordonnance du matériel : pour le prestataire de service ou le pharmacien.
- Ordonnance de morphine : pour le pharmacien d'officine ou d'HAD.
- Ordonnance des actes : pour l'infirmière.

Fiche de synthèse du cas clinique 21

Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer (HAS, 2010, 2014)

Les accès douloureux paroxystiques (ADP) du cancer justifient l'utilisation de morphiniques d'action rapide par voie transmuqueuse. Six médicaments sont actuellement disponibles dans cette indication. Tous ont le fentanyl pour principe actif, mais les formes galéniques diffèrent.

- Chez un patient ayant des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, **des accès douloureux transitoires et spontanés peuvent survenir malgré un traitement de fond par opioïdes à posologie stable**. Les patients concernés sont ceux prenant au moins : soit 60 mg par jour de morphine orale, soit 30 mg par jour d'oxycodone, soit 8 mg par jour d'hydromorphone orale, soit 25 µg par heure de fentanyl transdermique, soit une dose équianalgésique d'un autre opioïde, et ce pendant au moins une semaine.
- **Les accès douloureux paroxystiques** surviennent sans lien ni avec la dose ni avec le rythme d'administration du traitement de fond. Le paroxysme est atteint en moins de 3 minutes. Dans la moitié des cas, la douleur dure plus de 30 minutes. Les ADP doivent être distingués des accès douloureux survenant en fin de dose et qui justifient une augmentation de la dose ou du nombre d'interdoses de morphiniques.
- Avant de commencer le traitement d'un ADP, le traitement de fond doit être stabilisé.
- **Le fentanyl par voie transmuqueuse est un traitement efficace des ADP** chez les patients déjà sous traitement de fond optimal par opioïdes. Cependant, il ne remplace pas le traitement de fond, mais doit lui être associé. Les patients doivent attendre au moins 4 heures avant de traiter un nouvel accès paroxystique. La survenue de plus de 4 accès par jour nécessite une adaptation du traitement de fond. L'utilisation dans cette indication des formes orales à libération immédiate de morphine est moins adaptée (délai d'action trop long).
- **Six spécialités à base de fentanyl** sont actuellement indiquées dans le traitement des ADP liés au cancer :
 - Abstral® (100, 200, 300, 400, 600 ou 800 µg) comprimé sublingual à dissolution rapide ;
 - Actiq® (200, 400, 600, 800, 1 200 ou 1 600 µg) comprimé avec applicateur buccal ;
 - Breakyl® (200, 400, 600, 800, 1 200 µg) film orodispersible ;
 - Effentora® (100, 200, 400, 600 ou 800 µg) comprimé gingival utilisant la technique de diffusion de principe actif Oravescent® ;
 - Instanyl® (50, 100 ou 200 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale ;
 - Pecfent® (100 ou 400 µg/dose) solution pour pulvérisation nasale ;
 - Recivit® (67, 133, 267, 400, 533 ou 800 µg) comprimé sublingual.
- Aucun de ces médicaments n'a démontré d'avantage clinique par rapport aux autres. Le choix se fait en fonction du mode d'administration, en accord avec le patient et en tenant compte des affections éventuellement associées.

(Source : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fbum_adp_maj_juillet2014.pdf)



Fiche de synthèse du cas clinique 23

Insuffisance rénale

Définitions

- Phase de latence clinique : clairance de la créatinine > 60 ml/min.
- Phase d'insuffisance rénale modérée : clairance de la créatinine \geq 30 ml/min.
- Phase d'insuffisance rénale sévère : clairance de la créatinine \geq 15 ml/min.
- Phase d'insuffisance rénale chronique terminale : clairance de la créatinine < 15 ml/min.

Douleur postopératoire chez l'insuffisant rénal

Recommandations en fonction de la clairance de la créatinine

30–60 ml/min	10–30 ml/min	< 10 ml/min	Dialyse	
Paracétamol	OK	OK	Intervalle entre 2 prises = 8 h ; maxi 3 g/24 h	Après séance
Codéine	OK	OK	Intervalle entre 2 prises = 8 h	–
Néfopam	OK	OK	OK	Après séance
AINS*	↓ 30 à 50 %	CI	CI	CI
Tramadol	OK	Intervalle entre 2 prises = 12 h	CI	CI
Morphine	OK (titration)	↓ 75 %	Fentanyl +++**	Fentanyl+++**
Kétamine	OK	OK	OK	OK

* Anti-COX-1 et anti-COX-2.

** Sufentanil ou rémifentanil comme alternatives.

CI, contre-indiqué.

(Source : d'après Fuzier R, Richez A-S, Ribes D et al. Analgésie postopératoire en situation particulière : l'insuffisant rénal. In : Congrès national d'anesthésie et de réanimation, 2007. Évaluation et traitement de la douleur. Elsevier, 2007 : 677–83.)

Utilisation de l'hydromorphone chez l'insuffisant rénal

L'hydromorphone doit être utilisée avec précaution chez l'insuffisant rénal et chez l'insuffisant hépatique ; sa posologie doit être adaptée car son métabolisme et son élimination sont mal connus.

Utilisation de la méthadone chez l'insuffisant rénal

La méthadone n'ayant pas de métabolites actifs, elle peut être utilisée (hors AMM) chez l'insuffisant rénal et le dialysé chronique.

Utilisation de la gabapentine chez l'insuffisant rénal

Un ajustement de la posologie est recommandé chez les patients présentant une altération de la fonction rénale et/ou chez les patients hémodialysés.

Gabapentine EG 100 mg gélules peut être utilisé pour respecter les recommandations posologiques chez les insuffisants rénaux.

Posologie de gabapentine chez l'adulte selon la fonction rénale

Clairance de la créatinine	Dose quotidienne totale de gabapentine en mg/j*
≥ 80 ml/min	900–3 600
50–79 ml/min	600–1 800
30–49 ml/min	300–900
15–29 ml/min	150** - 600
< 15 ml/min***	150** - 300

* La dose quotidienne totale doit être administrée en trois doses séparées. Les posologies réduites concernent les insuffisants rénaux (clairance de la créatinine < 79 ml/min).

** À administrer à la dose de 300 mg un jour sur deux.

*** Pour les patients dont la clairance de la créatinine est < 15 ml/min, la dose quotidienne doit être réduite proportionnellement à la clairance de la créatinine (par exemple, les patients ayant une clairance de la créatinine de 7,5 ml/min doivent recevoir la moitié de la dose quotidienne reçue par les patients dont la clairance de la créatinine est de 15 ml/min).

Utilisation chez les patients hémodialysés

Pour les patients anuriques hémodialysés qui n'ont jamais été traités par la gabapentine, il est recommandé de commencer par une dose de charge de 300 à 400 mg, puis d'administrer 200 à 300 mg de gabapentine après chaque hémodialyse de 4 heures. Les jours sans dialyse, la gabapentine ne devra pas être administrée.

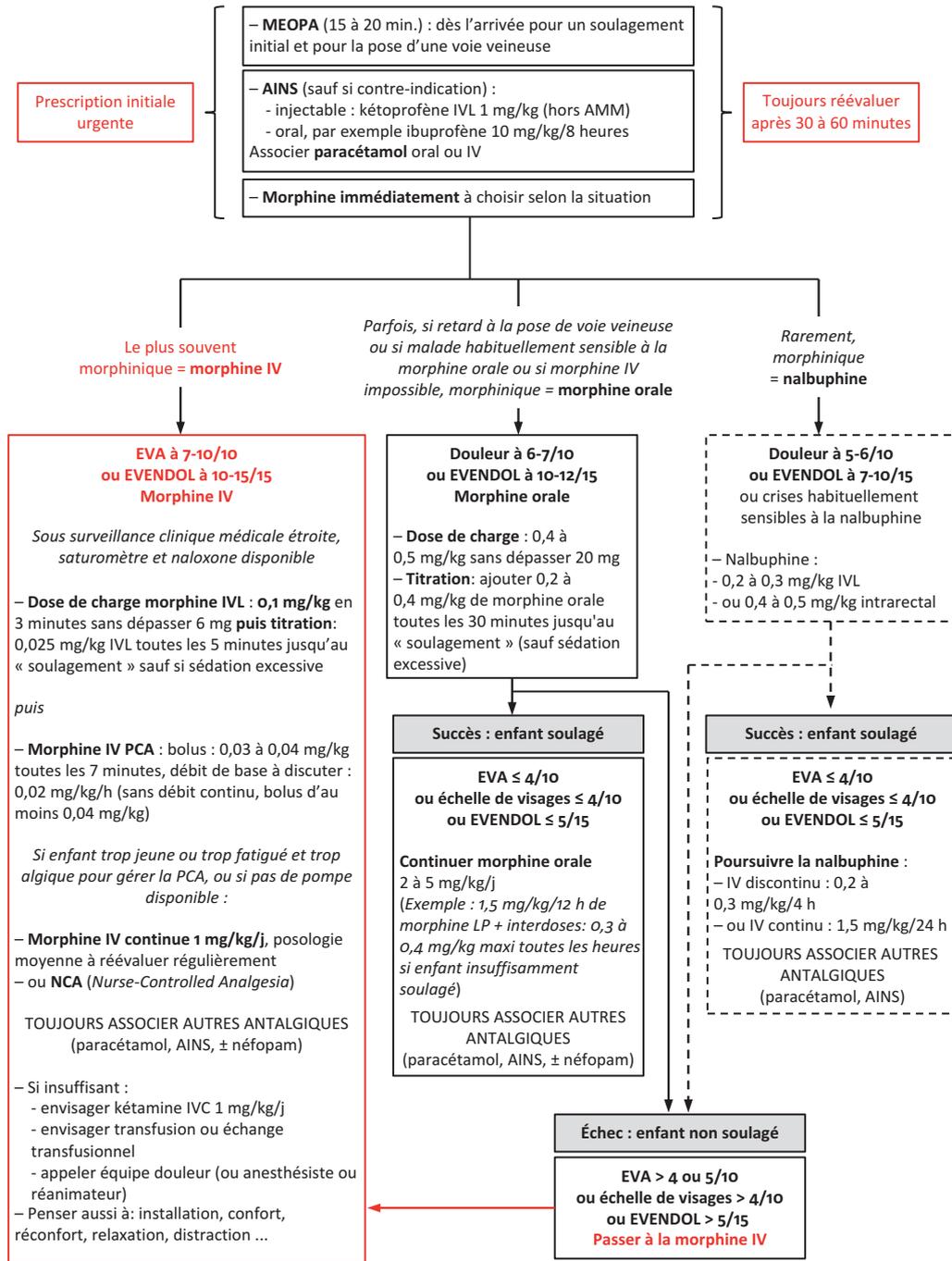
Pour les insuffisants rénaux hémodialysés, la dose d'entretien de gabapentine doit être fondée sur les recommandations posologiques du tableau. En plus de la dose d'entretien, une dose supplémentaire de 200 à 300 mg après chaque hémodialyse de 4 heures est recommandée.

(**Source** : d'après Dictionnaire Vidal – Résumé des caractéristiques du produit, ANSM (RCP).)

Fiche de synthèse du cas clinique 24

Drépanocytose : prise en charge antalgique d'une crise vaso-occlusive chez l'enfant

Traitement des crises drépanocytaires sévères chez l'enfant



Au domicile

- Association paracétamol et anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène en première intention).
- Si insuffisant, association avec un morphinique faible : en pratique tramadol (AMM à 3 ans), codéine (AMM à 12 ans).
- La morphine orale pourrait être prescrite à domicile mais c'est rarement le cas en pratique et une douleur sévère chez un enfant drépanocytaire nécessite de toute façon un examen clinique pour éliminer une complication.

À l'hôpital

- Accueil prioritaire.
- Installation confortable, au chaud.
- Évaluation de chaque site douloureux avec une échelle validée et adaptée à l'âge.
- Recenser les traitements reçus.
- Débuter un traitement antalgique, le plus souvent morphine IV. Si la nalbuphine est choisie en première intention, son efficacité devra être rapidement évaluée et un passage à la morphine doit être effectué sans délai en cas d'analgésie insuffisante.
- Les douleurs des crises vaso-occlusives font partie des douleurs médicales les plus intenses. Les études ont montré que les besoins morphiniques sont très souvent supérieurs aux situations plus simples (douleurs postopératoires, par exemple).
- Un certain nombre d'enfants présentent, en dehors des crises aiguës motivant leur hospitalisation, des douleurs récurrentes voire quasi quotidiennes. Ces enfants sont donc des « douloureux chroniques » nécessitant une prise en charge adaptée reposant sur une approche globale avec prise en charge des facteurs psychosociaux associés.

(**Sources** : Recommandations du groupe d'experts PEDIADOL. Prise en charge de la douleur d'une crise drépanocytaire sévère en urgence. Protocole Pédiadol, juillet 2012. – Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent. HAS, juin 2010. – Guittou C, Fournier-Charrière E. La crise drépanocytaire : une urgence douloureuse. Archives de Pédiatrie 2012 ; 19 : 47–9.)

Fiche de synthèse des cas cliniques 25 et 26

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant (Afssaps/ANSM, 2009)

La douleur provoquée (soins, actes, chirurgie, explorations...) est fréquente chez l'enfant. Faute de couverture antalgique efficace, l'enfant est immobilisé de force, ce qui peut créer chez certains un traumatisme psychique et générer des comportements phobiques, avec pour conséquence, retards et difficultés pour accéder aux soins.

Il est recommandé que toute prescription d'antalgique soit accompagnée d'une évaluation de la douleur au moyen d'une échelle validée, adaptée à l'âge. L'autoévaluation (échelle de visages...) est possible à partir de 4 ans. Entre 0 et 4 ans, on utilise une échelle d'observation comportementale.

L'anxiété majorant la perception de la douleur, des moyens non médicamenteux peuvent contribuer à sa diminution : information, préparation de l'enfant (et de sa famille), détournement de l'attention, distraction...

Douleur postopératoire

L'analgésie locorégionale (blocs périphériques, infiltration cicatricielle...) doit être privilégiée. Le paracétamol mal absorbé par voie rectale (biodisponibilité faible et imprévisible) doit être évité au profit de la voie orale.

Soins douloureux

Solutions sucrées orales chez le nouveau-né.

Avant l'âge de 5 mois, l'utilisation systématique des solutions sucrées (1 à 2 ml de G30) associée à la succion est recommandée pour diminuer la douleur provoquée par les effractions cutanées (ponctions veineuses, capillaires...).

Un délai de 2 minutes entre le début de la succion sucrée et le geste douloureux doit être respecté.

Anesthésiques locaux transcutanés

L'application topique sous pansement occlusif (pendant au moins 60 minutes) du mélange lidocaïne-prilocaine est efficace lors d'effractions cutanées (prélèvement sanguin, ponction lombaire...).

Mélange oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA)

Le MEOPA est le produit de référence pour les actes et les soins douloureux chez l'enfant car il possède un ensemble de caractéristiques originales : rapidité et réversibilité d'action, effet antalgique/anxiolytique et un excellent profil « bénéfique/risque ». Toutefois, son efficacité ne permet pas de couvrir tous les actes et soins douloureux il faut alors recourir à la kétamine à faible dose. Les enfants de moins de 2 ans ont des effets moins marqués.

Kétamine

Lorsque le MEOPA n'est pas efficace, la kétamine IV à faible dose (0,5 mg/kg sans dépasser 2 mg/kg) apparaît le seul médicament utilisable par un médecin ayant des compétences spécifiques notamment pour la détection et le traitement des effets indésirables.

Douleur neuropathique

La monothérapie doit être la règle en première intention : soit gabapentine (10 à 30 mg/kg 3 x/jour), soit amitriptyline (0,3 à 1 mg/kg/jour 1 x/jour).

Les morphiniques sont réservés aux douleurs mixtes.

Migraine

5 à 10 % des enfants présentent d'authentiques crises migraineuses. Le traitement de la crise doit être donné précocement. L'ibuprofène 10 mg/kg est recommandé car son efficacité est supérieure à celle du paracétamol 15 mg/kg. En cas de vomissements, le diclofénac rectal ou le sumatriptan nasal (à partir de 12 ans) doivent être utilisés.

On ne doit pas donner d'opioïdes (faibles et forts) en traitement de crise.

En traitement de fond, aucun médicament ne peut être recommandé ; en revanche, l'apprentissage des méthodes psychocorporelles (relaxation, auto-hypnose...) peuvent être recommandées.

Dysménorrhée

La prescription d'un AINS est recommandée pour les dysménorrhées primaires.

Situations cliniques particulières à l'hôpital

Brûlures

La douleur de la brûlure est parfois assez forte pour justifier le recours à la morphine. Pour les brûlures étendues, la dose efficace doit être atteinte par paliers selon le principe de titration. L'analgésie est entretenue par une perfusion continue (20–50 µg/kg/heure) supplémentée par des bolus (20–50 µg/kg) injectés par les patients (PCA) ou les infirmières (avant 6 ans, brûlures et pansements entravant l'utilisation du bouton-poussoir).

L'association au paracétamol ou à un d'AINS est utile pour réduire la consommation de morphine et/ou l'incidence des effets indésirables.

Pour les brûlures peu étendues, la morphine est utilisée d'emblée par voie orale. La posologie nécessaire est habituellement d'au moins 1 mg/kg/jour, réparti en 6 prises. Des interdoses permettent de contrôler les épisodes douloureux intercurrents.

Fractures aux urgences et en pré-hospitalier

Au vu de l'intensité des douleurs, il est habituellement nécessaire d'associer un AINS, du paracétamol et un antalgique de palier 3. La voie orale est possible et efficace en attendant la mise en place potentielle d'une voie veineuse périphérique.

En cas de fracture du fémur, il est recommandé de pratiquer un bloc ilio-fascial.

Douleur abdominale aiguë de la fosse iliaque droite aux urgences et en pré-hospitalier

Devant un enfant consultant aux urgences pour un « abdomen aigu » du quadrant inférieur droit, chez qui on suspecte une appendicite, une injection de morphine (0,1 mg/kg IV) diminue la douleur et n'entrave pas la conduite diagnostique, concernant notamment un retard de décision ou un risque supplémentaire d'erreur de décision.

En ville, l'utilisation d'un antalgique de palier 3 par voie orale peut être envisagée dans l'attente d'un avis chirurgical ; le paracétamol et les antispasmodiques n'ont pas d'efficacité prouvée.

Amygdalectomie

La morphine doit être utilisée en salle de réveil. Au domicile, paracétamol et opioïdes faibles doivent être donnés systématiquement pendant plusieurs jours.

(Source : http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Afssaps_reco.pdf)



Fiche de synthèse des cas cliniques 27 et 28

Migraine de l'enfant

Caractéristiques pédiatriques de la migraine

Les critères diagnostiques retenus par la nouvelle classification IHS IHCD-3 sont les mêmes que ceux de l'adulte (cf. Fiche du cas clinique 15), sauf la durée plus courte de la crise (2 heures au lieu de 4 heures). En pratique, d'autres caractéristiques sont fréquemment retrouvées chez les enfants : céphalées bitemporales ou frontales majoritaires, douleurs abdominales associées fréquentes, pâleur et cernes, auras survenant pendant les céphalées et plus rarement avant.

Prise en charge thérapeutique de la crise de migraine

Ibuprofène 10 mg/kg par voie orale en première intention.

En cas d'inefficacité, on peut associer 45 minutes après un triptan (AMM en France pour un seul triptan en pédiatrie, le sumatriptan à partir de 12 ans). Pour les plus jeunes, en l'absence d'AMM, d'études et de forme galénique de triptan disponible, on peut proposer l'association avec du paracétamol.

Un certificat médical doit être rédigé pour permettre une prise rapide en milieu scolaire.

Traitement de fond

Chez l'enfant, les traitements de fond médicamenteux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. En revanche, plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité des méthodes psychologiques non médicamenteuses, en particulier la relaxation et l'hypnose. Ces méthodes doivent donc être proposées en première intention. Plus rarement, un traitement de fond médicamenteux pourra être associé, en pratique l'amitriptyline le plus souvent.

(Sources : d'après Donnet A, Demarquay G, Ducros A, et al. Recommandations françaises de la Société française d'étude et de traitement de la migraine. Rev Neurol 2014; 170 :653-70. – Annequin D, Tourniaire B, Amouroux R. Migraine, céphalées de l'enfant et de l'adolescent. Springer; 2014.)

Fiche de synthèse du cas clinique 29

Définition des soins palliatifs (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Fiche de synthèse des cas cliniques 30, 32 et 34

Pour une annonce (diagnostique ou pronostique) dans de bonnes conditions relationnelles

- Temps suffisant.
- Lieu et moment appropriés.
- Information dans un langage clair et compréhensible pour le patient.
- Annonce graduelle, par étapes, permettant une intégration progressive du diagnostic, de la nécessité du traitement et des étapes de la prise en charge.
- Annonce de la situation clinique actuelle et du plan de prise en charge thérapeutique.
- Pratique de l'écoute active avec utilisation de questions ouvertes.
- Prise en compte des capacités d'adaptation psychologique du patient.
- Temps de pause si nécessaire pour évaluer la réaction émotionnelle du patient.
- Alliance thérapeutique qui favorise les échanges.
- Attitude empathique qui permet au patient d'exprimer son ressenti, ses questionnements, ses doutes, ses attentes, ses craintes...
- Disponibilité après l'annonce.
- Importance du travail d'équipe.

(Sylvie Rostaing.)

Mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave

Les patients, l'entourage des malades et le milieu soignant sont souvent très angoissés par cette perspective. Ainsi, les médecins, conscients de leur responsabilité au moment d'annoncer aux malades une réalité médicale, savent que la façon dont ils vont la formuler déterminera par la suite les relations entre le malade, ses proches et l'équipe médicale.

Dans la relation qui s'instaure entre le soigné et le soignant, chacune des parties éprouve des difficultés quant aux dires. Ainsi, le médecin craint de trop en dire et/ou choisit de ne rien dire, alors que le soigné peut être convaincu qu'on ne lui dit rien. Les relations risquent perpétuellement d'être biaisées par les non-dits, par ce qu'il est impossible de dire tout en sachant qu'il faut faire la distinction entre la vérité et la réalité médicale.

De fait, la réalité médicale est objectivée par la médecine et le pronostic est déterminé en fonction de statistiques.

Par opposition, la relation à la vérité est fondée sur des mécanismes psychiques, tant de la part des malades que de celle des bien-portants. Chacune de ces parties peut adopter, dans leur relation à la vérité, différents mécanismes de défense.

Mécanismes de défense des soignants

Les soignants adoptent fréquemment des mécanismes de défense, de l'ordre de la fuite mais aussi plus massifs ou plus subtils, leur permettant d'atténuer l'impact de la souffrance dans sa relation avec le malade. Ces comportements de fuite sont d'autant plus exacerbés en situation de crise aiguë ou d'appréhension extrême. En tant que mécanismes inconscients, ils ne doivent pas être jugés. On ne reconnaît pas suffisamment l'angoisse qui étreint le médecin au moment de dévoiler la réalité à un malade qu'il ne connaît pas sur le plan psychologique. Il semble d'ailleurs nécessaire de donner davantage de crédit aux volontés de la famille, certainement la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour son proche.

Les différents mécanismes de défense des soignants sont les suivants.

Le mensonge

Le mensonge, « mécanisme de défense de l'urgence », s'avère être, de par son caractère entier et radical, le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade. Dans ce cas, la violence de l'impact de la vérité, dévoilée sans préalable le moment venu, engendrera toujours par sa soudaineté, un effet de traumatisme insoutenable pour le patient. En voulant « apaiser » le malade par le mensonge, le soignant neutralisera chez le patient la montée progressive de l'angoisse, alors protectrice par le biais des contre tensions qu'elle génère ; car l'angoisse, en protégeant le malade de l'effet de sidération, lui permet alors de s'ajuster progressivement à la menace qui se profile. Le soignant lui, dans une situation d'angoisse extrême, ne peut décrypter les mécanismes psychiques du patient et ne se préoccupe en fait que de sa propre angoisse.

La fausse réassurance

En optimisant des résultats alors que le patient lui-même n'y croit plus, le soignant va chercher à se protéger encore un peu en conservant la maîtrise de ce savoir sur lequel lui seul a encore prise ; en tentant d'enrayer le processus psychique du patient, le soignant parvient ainsi à suspendre, encore un temps, l'accès du malade à l'inéluctable certitude.

La fuite en avant

Surestimant parfois la maturation psychique du patient, certains soignants ne parviennent pas à s'adapter au rythme du malade ni à suivre les bouleversements de son cheminement intérieur : devançant toutes les questions et brûlant sans cesse les étapes, ils s'empresseront de tout dire, comme opprésés par le poids d'un secret non partagé dont ils voudraient se libérer sur-le-champ.

Les conséquences de cette action sont dramatiques car elle génère par la suite une effraction psychique. L'effet de surprise agit en effet comme un traumatisme.

L'identification projective

Elle consiste à prêter à l'Autre ses propres sentiments en fonction de son histoire, de sa culture.

On peut également citer : la banalisation et l'esquive.

Mécanismes de défense des malades

Les réactions des malades sont souvent fluctuantes, imprévisibles et déconcertantes. Elles s'opposent ainsi à l'organisation quasi obsessionnelle de l'hôpital.

Les mécanismes de défense sont les suivants.

La dénégation

Le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité traumatisante, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir encore trop douloureux. En dépit de l'évidence et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, certains patients s'acharneront à récuser la menace pour tenter, le plus longtemps possible, d'assourdir le choc de l'inconcevable certitude.

Dans le *déni apparent*, le malade fait semblant de ne pas savoir ; il peut adopter deux attitudes :

- la sérénité constitue un mécanisme opérant dans la mesure où le patient a le sentiment de rester vivant à part entière ;
- par opposition, l'angoisse, véritable bouclier contre le désespoir, est une forme de déni inopérant. Elle se traduit, soit par une projection agressive sur l'entourage — il s'agit alors de temporiser avant d'affronter l'inéluctable réalité —, soit par une régression, c'est-à-dire une demande de protection et de prise en charge.

La sublimation et la combativité

Le malade essaie de rendre constructive son épreuve en maintenant un continuum de vie. Il adapte son psychisme à la maladie. Ce sont évidemment ces malades qui sont les plus faciles à traiter dans le système hospitalier.

Le déplacement

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité en transférant l'angoisse inhérente à sa maladie sur un élément substitutif, souvent sans rapport apparent avec sa maladie, en procédant par associations directes — ne parler que de sa peur de l'alopecie sans jamais évoquer son cancer — ou parfois plus lointaines et complexes. Le malade « choisit » ainsi une cible plus accommodante et, de ce fait, moins douloureuse.

Les rites obsessionnels

Le malade se sentira moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre son mal et en maîtriser le processus, lui restituer — dans le présent — une certaine cohérence. Il s'attachera ainsi à certains rites, précis et obsessionnels, respectant scrupuleusement toutes les prescriptions, suivant rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette hantise d'une surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison : les manquements de l'entourage ou de certains soignants aux mesures d'hygiène préconisées par le corps médical constitueront pour ces patients une souffrance telle que leurs réactions seront souvent d'une extrême violence.

Conclusion

Il semble important d'accepter qu'il ne soit pas toujours possible d'accéder à une « belle mort ». La mort est parfois un processus violent. Les familles ne doivent pas se sentir coupable de ce fait. L'obligation de sérénité peut être aussi préjudiciable pour le patient que l'obligation de guérir. Il semble également nécessaire d'accepter de considérer les mécanismes de défense comme légitimes face à l'angoisse de la mort, sans négliger le fait qu'interpréter ces mécanismes de défense ne permet pas de les lever.

Au contraire, si un patient est violenté dans ses défenses psychiques, celles-ci peuvent s'en trouver renforcées.

Ainsi, ce travail auprès de patients atteints de maladie grave, ce difficile cheminement dans un pas à pas au quotidien, requiert une immense énergie aux soignants, souvent usés par les trop-pleins de tensions émotionnelles inexprimées. Mieux se comprendre permet alors aux soignants d'affronter cette usure pour pouvoir tenir et composer avec leur propre angoisse et celle du malade. Pour parvenir à côtoyer la mort et tenter d'accompagner cet être en souffrance, peut-être faut-il aussi accepter l'imprévu en se laissant surprendre, admettre de n'être, dans le silence, que le dépositaire impuissant de la détresse du malade ; le laisser cheminer tout en l'assurant de son soutien et de son écoute et tenter de l'aider à vivre au cœur de ce présent, en restituant à ce temps sa valeur, son amplitude et son intensité ; réinventer enfin, jour après jour, ces liens complexes qui se tissent au travers d'une relation faite de souffrance et d'authenticité pour permettre au malade de demeurer, jusqu'au bout, un sujet aimant et aimé, un être encore vivant malgré la mort qui se profile.

(Martine Ruzniewski, Psychologue, Institut Curie-Paris.)

Fiche de synthèse du cas clinique 31

Définitions des différentes phases d'évolution des maladies graves

Est dénommée **curative**, la phase durant laquelle les soins et les traitements sont délivrés avec un objectif de guérison et de qualité de vie.

Est dénommée **palliative**, la phase durant laquelle les objectifs des soins et des traitements sont la prise en compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie, si l'obtention d'une réponse tumorale est encore possible malgré l'impossibilité d'une guérison.

Est dénommée **terminale**, la phase durant laquelle le décès est inévitable et proche. L'objectif des soins et des traitements est alors uniquement centré sur la qualité de la vie.

(**Source** : Annexe à la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.)

Fiche de synthèse du cas clinique 33

La sédation, en soins palliatifs, a pour but de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient et rebelle aux traitements disponibles et bien conduits.

L'indication d'une sédation est exceptionnelle, dans des situations de détresse ou de symptômes réfractaires, en phase terminale.

Les recommandations de la **S**ociété **F**rançaise d'**A**ccompagnement et de soins **P**alliatifs préconisent pour ce faire, l'utilisation du MIDAZOLAM, benzodiazépine à demi-vie courte, par une méthode d'administration en titration individuelle, par voie intraveineuse ou sous cutanée.

La sédation peut être continue, temporaire ou intermittente et doit toujours être réévaluée. Les traitements à maintenir, interrompre ou ne pas entreprendre en accompagnement de cette sédation doivent être discutés dans le cadre d'une procédure collégiale telle que décrite dans l'article 37 du code de déontologie médicale.

L'anticipation, l'information et l'accord du patient sont importants mais pas toujours possibles. L'information de la famille ou des proches est nécessaire.

La décision de la pratique d'une sédation en phase palliative se prend en collégialité et est inscrite dans le dossier du patient.

Source : d'après La sédation d'après les recommandations de la SFAP : « **Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes** : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie »

<http://www.sfap.org/system/files/sedation-phase-terminale.pdf>



Fiche de synthèse du cas clinique 34

Orientation du patient en situation palliative avancée (chez l'adulte)

Évaluer la situation clinique du patient

- Quels sont les symptômes cliniques ?
- Sont-ils contrôlés par les traitements mis en place ?
- Y a-t-il un moyen supplémentaire d'améliorer les résultats du traitement ?
- Les soins et traitements sont-ils applicables facilement au domicile ?
 - Charge de soins à domicile (par exemple) : toilette, surveillance des constantes vitales, oxygénothérapie, pompe PCA morphine, soins locaux, pansements de cathéters, alimentation entérale ou parentérale...
- Des structures d'aide sont-elles nécessaires pour la poursuite de ces soins et traitements à domicile (et sont-elles accessibles dans le secteur du malade) ?
 - HAD, prestataires privés (pour la location de matériel médicalisé, comme un lit médicalisé, une pompe PCA...), soignants (infirmières libérales, SSIAD, aides-soignantes, psychologues, auxiliaires de vie...), réseau de soins palliatifs ville-hôpital ?
- Le patient a-t-il une autonomie réduite ?
 - Échelle de Karnovsky, échelle de l'OMS ?
 - Quelles sont ses possibilités de communication, de déplacement, d'alimentation, de réalisation de sa toilette, de prise correcte des traitements ? Quel est le temps passé allongé au lit ?

Évaluer le contexte psychologique de la situation

- Le patient a-t-il été informé de sa situation et du projet thérapeutique mis en place ?
- Le patient a-t-il compris et intégré toutes ces données ?
- Le patient exprime-t-il un souhait particulier quant à son avenir proche : retour à domicile, retour éventuel dans son pays ou au plus près de ses proches ?
- Le patient présente-t-il des troubles réactionnels vis-à-vis de l'évolution de sa maladie et du projet thérapeutique élaboré : est-il anxieux, dépressif ? La famille est-elle en état de contenir l'état psychologique du patient ?
- Le patient a-t-il encore des questionnements supplémentaires ?

Conditions de vie à domicile

- Le logement est-il adapté à la mise en place d'éventuels dispositifs matériels comme un lit médicalisé ?
- Y a-t-il un ascenseur quand le logement se situe en étage ? Si non, cette condition est-elle adaptée à la situation clinique du patient ?
- Y a-t-il une place suffisante pour assurer les soins ?
- L'intimité du patient pourra-t-elle être respectée ?
- Y a-t-il dans son entourage proche des personnes susceptibles de pouvoir aider le patient et ses proches (surtout si ceux-ci sont âgés) ?
- Le logement est-il proche d'un établissement de santé pouvant accueillir en urgence le patient si besoin ?
- Existe-t-il une pharmacie proche du domicile ?
- Le médecin traitant est-il proche du domicile et accepte-t-il de prendre en charge ce patient à domicile dans ce contexte ?

L'entourage proche

- Recueillir des informations sur la structure familiale afin d'évaluer leur possibilité d'aide auprès du patient.
- Évaluer la disponibilité des proches : identification des personnes présentes au domicile ; sont-elles en activité professionnelle et, si oui, quelles peuvent être leurs horaires de présence à domicile ? Détiennent-elles la capacité à assumer physiquement psychologiquement cet accompagnement à domicile ?
- Informer les proches sur l'état de santé du patient, des exigences du suivi à domicile en décrivant précisément les modalités de ce suivi, de jour comme de nuit.
- Recueillir les souhaits des proches afin d'évaluer leur compatibilité avec ceux du patient.
- Recueillir les questionnements et/ ou les difficultés exprimées par les proches.
- Identifier les personnes « ressource » éventuelles, autres que les proches, dans l'entourage du malade (famille, amis).

Fiche de synthèse du cas clinique 39

Accès au dossier médical

Qui peut demander l'accès au dossier médical ?

Tout patient peut demander à accéder à son dossier médical auprès d'un professionnel de santé ou d'un l'établissement de santé. En dehors du patient lui-même, cette demande peut être effectuée par son ayant droit (en cas de décès de l'intéressé), par le titulaire de l'autorité parentale (pour les mineurs), par le tuteur (pour les personnes sous tutelle) ou par toute personne (comme son médecin traitant, par exemple) désignée comme intermédiaire par l'usager. La communication du dossier médical doit intervenir au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt dans les 48 heures.

Dossier d'un patient décédé

Les héritiers d'un patient décédé peuvent consulter son dossier, sauf volonté contraire exprimée par le patient de son vivant. Les héritiers doivent indiquer le motif de leur demande. Le droit d'accès des héritiers est limité aux informations nécessaires à l'établissement de la cause du décès, à la défense de la mémoire du défunt ou pour faire valoir leurs droits.

Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient (Centre national de l'expertise hospitalière, CNEH, 2011)

Dispositif juridique

La loi précise que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé. (...) Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un praticien qu'elle désigne et en obtenir la communication.

Toutefois, la loi permet à certaines personnes autres que le patient lui-même d'accéder aux informations concernant la santé de ce patient.

Les détenteurs du droit d'accès sont :

- le patient ;
- les titulaires de l'autorité parentale ;
- le tuteur ;
- les ayants droits ;
- le médecin éventuellement désigné ;
- le médecin prescripteur de la prise en charge ;
- le mandataire.

Définition du mandat

Le mandat est l'aptitude conventionnelle donnée par une personne (le mandant) à une autre (le mandataire), à exercer ses droits et à agir pour son compte dans les limites de l'investiture reçue.

Le mandataire est la personne qui a reçu mandat d'une personne le mandant.

La définition de « mandataire » d'un patient est large et de nature à préserver la liberté de choix du patient, puisqu'elle renvoie aux membres de sa famille, à ses proches ou à des personnes en qui il a confiance (à savoir le médecin traitant).

Mais l'HAS, par ses recommandations de bonnes pratiques, ne limite pas cette notion à ces trois catégories de personnes.

Le patient peut désigner la personne de son choix. (Pour les mineurs et les majeurs sous tutelle, la désignation du mandataire incombe cependant aux représentants légaux du patient. Si le patient est décédé, elle incombe à ses ayants droit.)

Le recours au mandat a été entouré de garanties inscrites dans les recommandations et réaffirmées par le juge :

- le mandataire doit disposer d'un *mandat exprès* ;
- le mandataire doit justifier de son identité ;
- absence de conflit d'intérêts et défense des intérêts entre le mandant et le mandataire.

(Source : http://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012_ENTIER.pdf.)



Fiche de synthèse du cas clinique 42

Traitement de la dyspnée en fin de vie (Marin I., 2004)

La première ligne du traitement médicamenteux d'une dyspnée, y compris en fin de vie, est le traitement d'un mécanisme physiopathologique identifié. Par exemple, les bronchodilatateurs doivent être prescrits *larga manu* dans toutes les pathologies où ils sont habituellement indiqués, dont évidemment l'insuffisance respiratoire chronique obstructive. Les corticoïdes peuvent être utiles s'il y a une composante inflammatoire à l'obstruction bronchique. Les anticoagulants sont indiqués en cas de thrombose avérée ou de tumeurs médiastinales pouvant entraîner des compressions évidentes (syndrome cave) ou méconnues (thrombose des veines pulmonaires, lymphangite...). Les antibiotiques ne doivent être employés que sur les arguments infectieux habituels, sans excès en raison de leur mauvaise tolérance en fin de vie, en particulier digestive.

Les morphiniques, étudiés depuis plusieurs décennies dans cette indication, sont les seuls à avoir démontré leur efficacité pour soulager la dyspnée, que ce soit dans les populations d'insuffisants respiratoires aussi bien dans celles de malades cancéreux. Cette donnée est confirmée par les études sur les endorphines et la dyspnée. Une méta-analyse récente confirme leur efficacité sur la sensation de la dyspnée, qu'ils soient administrés par voie orale ou par voie parentérale. La voie inhalée ne s'est avérée efficace que dans une étude. Du point de vue de la dose, doubler la dose horaire de morphine indiquée et administrée à visée antalgique permet de soulager la dyspnée.

En pratique, la prescription va dépendre du stade de la maladie et du pronostic. Chez les malades très polypnéiques, le ralentissement de la fréquence respiratoire peut améliorer l'hématose (en améliorant le rapport espace mort sur volume courant, et donc la ventilation alvéolaire) et donc l'état objectif respiratoire. Il faut trouver le bon compromis entre cet effet et la dépression ventilatoire. Pour atteindre cet objectif, il est habituel en soins palliatifs de se fonder sur la fréquence respiratoire qui doit rester « suffisante » (au moins supérieure à 10 par minute). L'amélioration subjective de la dyspnée par la morphine ne s'accompagne donc habituellement pas d'effets délétères majeurs chez les patients les plus polypnéiques. Autant les morphiniques sont-ils, en pratique, redoutés et « économisés » chez les malades dyspnéiques, autant les anxiolytiques sont-ils, quant à eux, proposés très largement, généralement sans tenir grand compte de leurs effets déresseurs sur la commande ventilatoire, et souvent sans chercher véritablement à évaluer la réalité et l'intensité de l'angoisse du malade. En effet, si un malade dyspnéique est une forte source d'angoisse pour son entourage familial et pour l'équipe soignante, médecin compris, qui le prend en charge, il n'éprouve pas pour autant toujours une angoisse majeure, et parfois pas du tout.

Il faut faire attention à ne pas recourir à l'administration de benzodiazépines dans le but de « séder » le patient pour que son entourage n'ait plus à supporter l'angoisse qu'il transmet. À cet égard, il convient de souligner que leur efficacité intrinsèque éventuelle sur la sensation même de la dyspnée a été étudiée et réfutée : les anxiolytiques n'ont pas d'effet propre sur la gêne respiratoire. Ils doivent être proposés en traitement associé quand l'angoisse est avérée.

Aux molécules classiques (diazépam, Valium®; clorazépate dipotassique, Tranxene®), de relative longue durée d'action, s'est désormais substitué le midazolam (Hypnovel®), de plus courte durée d'action, et qui permet aussi bien une anxiolyse adaptée. Ce médicament utilisé en perfusion continue peut s'administrer aussi bien par voie sous-cutanée que par voie intraveineuse. Une titration soigneuse tous les quarts d'heure, avec évaluation de la conscience, de la fréquence respiratoire et de l'angoisse par EVA ou EN, permet ainsi une sédation des symptômes sans perte de conscience. Pour la nuit les doses peuvent être augmentées (par exemple de 50 %), pour offrir un repos apprécié par les malades.

Ceci ramène à un principe constant et fondamental en soins palliatifs et en fin de vie : il faut s'attacher à traiter le symptôme, c'est-à-dire la gêne respiratoire, et non l'hématose, et à croire le malade dans son évaluation : si l'oxygène l'améliore, il faut le lui administrer ; s'il le gêne, il faut le lui retirer.

Les traitements non médicamenteux ont été beaucoup moins étudiés que les médicaments, alors qu'ils sont probablement au moins aussi importants, voire plus importants. De nombreux facteurs, de nature variée, sont susceptibles de majorer la dyspnée, comme la douleur, la solitude, l'angoisse, le bruit... À l'inverse, la gêne respiratoire peut être améliorée par de multiples techniques appartenant au rôle propre infirmier ou au rôle de kinésithérapeutes : le massage, la relaxation, la sophrologie, la relation d'aide, la présence... Toutes ces techniques sont cependant bien difficiles à prescrire en pratique.

Les manuels de soins palliatifs insistent sur l'installation du malade, demi-assis dans une chambre calme, bien aérée, avec sonnette à portée de main. Ils insistent aussi sur la nécessité d'interventions, aussi banales soient elles, sans agitation ni panique et l'intérêt de la présence auprès du patient d'une personne calme. (Source : Marin I. Traitement de la dyspnée en fin de vie. *Revue Mal Respir* 2004 ; 21 : 465-72.)

Fiche de synthèse du cas clinique 44

Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Réseaux de soins palliatifs

Les réseaux de soins palliatifs jouent un rôle central dans l'organisation de l'offre en soins palliatifs, en établissements de santé, au domicile et en structures médico-sociales. Ils permettent notamment de coordonner les acteurs, qu'il s'agisse des établissements de santé (dont l'hospitalisation à domicile), des intervenants libéraux ou des associations. Ces réseaux facilitent le passage entre les différents niveaux dans un objectif de continuité et à de qualité des prises en charges pour permettre, le cas échéant, des hospitalisations de repli, ou de répit, en fonction des besoins des patients et de leur entourage.

L'inclusion des patients dans le réseau nécessite préalablement une évaluation des besoins de la personne et de ses proches, réalisée par l'équipe de coordination. L'inclusion des patients dans le réseau est décidée par le médecin coordonnateur du réseau après accord du médecin traitant et du patient lui-même.

Pour chaque personne incluse dans le réseau, un plan personnalisé d'intervention est établi : il comprend un projet personnalisé de soins, un plan d'aide et un projet de vie, en lien avec le médecin traitant.

Le plan personnalisé d'intervention permet :

- d'élaborer un projet personnalisé de soins avec le patient (et de veiller à sa mise en œuvre) ;
- de mettre en place un plan d'aide (et de veiller à sa mise en œuvre) ;
- d'organiser les soins, dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence ;
- de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires :
 - entre acteurs du domicile ;
 - avec les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales ;
 - avec l'équipe opérationnelle de coordination.

Rôle des réseaux :

- favoriser le maintien à domicile ;
- éviter les hospitalisations inutiles ;
- faciliter les hospitalisations sans passage aux urgences ;
- organiser la permanence de l'accès à une expertise en soins palliatifs ;
- proposer un soutien psychologique au patient.

Unités de soins palliatifs (USP)

Les USP contribuent à la permanence des soins palliatifs.

Un patient est admis en USP lorsque :

- la prise en charge ne peut plus être effectuée par l'équipe ayant en charge les soins et l'accompagnement soit à domicile soit dans une structure médico-sociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP ;
- la charge en soins est trop lourde ou ne permet pas le maintien soit dans une institution médicosociale, soit dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP, soit dans le lieu de vie habituel ou souhaité ;
- l'équipe prenant en charge le patient a besoin de prendre du recul, du temps et de discuter avec l'équipe de l'USP avant de poursuivre la prise en charge (hospitalisation de répit) ;
- la personne malade présente une détérioration majeure de sa qualité de vie personnelle ou familiale liée à l'intensité ou l'instabilité des symptômes, à une souffrance morale intense et réfractaire, à une situation sociofamiliale rendant le maintien difficile dans le lieu de vie souhaité ;
- il existe un questionnement difficile dans le champ de l'éthique.

Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.

Les LISP permettent d'assurer une prise en charge de proximité. Les soins sont prodigués, le cas échéant, par les mêmes équipes ayant pris en charge les soins curatifs des patients assurant ainsi la continuité entre ces différentes formes de prise en charge.



Les LISP ont des missions de soins et d'accompagnement des proches. En dehors des activités dévolues aux référents soins palliatifs des LISP, ces missions se déclinent dans la pratique de l'ensemble des soignants du service par :

- la prise en charge de malades relevant de la spécialité du service; cette prise en charge intègre la démarche palliative;
- l'écoute et l'accompagnement des proches;
- la participation éventuelle aux groupes d'analyse des pratiques et/ou groupes de parole;
- le soutien des proches avant, pendant et après le décès.

CHAPITRE 7

QCM, QRM et QRU corrigés

QRM 1

Réponse : B, D, E.

QRM 2

Réponse : C.

QRM 3

Réponse : A, D.

QRU 4

Réponse : E.

QRM 5

Réponse : A, B, C, D.

QRM 6

Réponse : A, B, E.

QRM 7

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 8

Réponse : B, C, E.

QRM 9

Réponse : A, C, D.

QRM 10

Réponse : A, B, C, E.

QRM 11

Réponse : C, D.

QRM 12

Réponse : A, B, C, D.

QRM 13

Réponse : A, B, D.

QRU 14

Réponse : E.

QRU 15

Réponse : B.

Commentaire : définition des accès douloureux paroxystiques (ADP) :

- les ADP sont une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Ils surviennent sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace ;
- les ADP sont d'installation rapide, entre 3 et 5 minutes. Selon la littérature, la durée médiane des ADP est voisine de 30 minutes, avec des ADP variant entre 15 minutes et 1 heure ou 1 heure 30 (environ 50 % des ADP durent moins de 30 minutes, et 50 % plus de 30 minutes) ;
- les ADP peuvent être spontanés et imprévisibles, survenant sans facteurs déclenchant identifiés ou avec des facteurs identifiés mais imprévisibles comme la toux, l'éternuement, les spasmes digestifs, vésicaux, les douleurs solaires, les céphalées... Ils peuvent aussi être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient (mouvement, alimentation, défécation, miction, déglutition...), ou être provoqués par des soins (mobilisation, toilette...) ou des actes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- les mécanismes physiopathologiques des ADP (nociceptifs, neuropathiques, mixtes) doivent être évalués pour adapter au mieux le traitement de fond.

Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée, on ne parle pas d'ADP : il peut s'agir alors d'un traitement inadapté, de l'évolution de la maladie, d'un échappement thérapeutique. Les accès douloureux de fin de dose ne sont pas non plus des ADP et inciteront à réévaluer le traitement de fond (augmentation de dose notamment).

QRM 16

Réponse : C, D, E, F.

QRM 17

Réponse : B, C, E, F.

QRM 18

Réponse : A, D.

QRM 19

Réponse : A, C, E.

QRM 20

Réponse : A, D, E.

QRM 21

Réponse : A, C.

QRM 22

Réponse : C, D, E.

QRM 23

Réponse : A, B, E.

QRM 24

Réponse : A, B, C, E.

QRM 25

Réponse : A, B, D, E.

QRM 26

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 27

Réponse : B, C, D, E.

QRM 28

Réponse : D.

QRM 29

Réponse : C, D, E.

QRM 30

Réponse : B, C.

QRM 31

Réponse : A, B, C, F.

QRM 32

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 33

Réponse : C, D.

Réponse inacceptable : E.

QRM 34

Réponse : A, C, D.

QRM 35

Réponse : A, C, E.

QRM 36

Réponse : B, C, D, F.

QRM 37

Réponse : A, C, D, E.

QRM 38

Réponse : C, D, E.

QRM 39

Réponse : A, D.

QRM 40

Réponse : B, D.

QRM 41

Réponse : A, C, D, E, F.

QRM 42

Réponse : A, D, E, F.

QRM 43

Réponse : A, B, D, E.

QRU 44

Réponse : A.

QRM 58

Réponse : A, B, D, E.

QRM 45

Réponse : B, C.

QRM 59

Réponse : A, C, D.

QRM 46

Réponse : D, E.

QRM 60

Réponse : A, B, C, E.

QRM 47

Réponse : A, B.

QRM 61

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 48

Réponse : A, B, C, D.

QRM 62

Réponse : C, E.

QRM 49

Réponse : A, B, D.

QRM 63

Réponse : B, C, D, E.

QRM 50

Réponse : B, C.

QRM 64

Réponse : A, B, C, D, E.

QRU 51

Réponse : C.

QRM 65

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 52

Réponse : A, B, D, E.

QRM 66

Réponse : A, B, D.

QRM 53

Réponse : A, C, D.

QRU 67

Réponse : C.

QRM 54

Réponse : B, D, F.

QRU 68

Réponse : D.

QRM 55

Réponse : A, C, F.

QRU 69

Réponse : E.

QRM 56

Réponse : A, D, E.

QRM 70

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : Les voies ascendantes de la douleur sont matures chez les nouveau-nés et les prématurés, mais les contrôles inhibiteurs descendants ne le sont pas ; de ce fait, la douleur est probablement plus intense chez le nouveau-né.

QRM 57

Réponse : C, E.
Réponse inacceptable : B.

QRM 71

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : Une douleur intense peut se manifester par des signes classiques (pleurs...) mais, assez rapidement, les enfants présentant des douleurs intenses présentent un tableau d'atonie ou inertie psychomotrice avec un regard dans le vide, une absence d'intérêt et de communication avec l'entourage, une immobilité; ce tableau décrit initialement dans le cancer de l'enfant s'installe en fait dans de nombreuses situations de douleur intense.

QRM 72

Réponse : B, C, D, E.

QRM 73

Réponse : B, C, E.

Réponse inacceptable : A, D.

QRM 74

Réponse : A, C, D, E.

Réponse inacceptable : B.

QRU 75

Réponse : E.

QRM 76

Réponse : B, C, D.

QRM 77

Réponse : C, D, E.

QRM 78

Réponse : B, D.

QRM 79

Réponse : A, C, D.

QRM 80

Réponse : B, C, D.

QRM 81

Réponse : A, B, C.

Commentaire : Le paracétamol, comme toute molécule active, a des effets indésirables; même si sa tolé-

rance est globalement très bonne, son utilisation ne doit pas être banalisée. De très rares cas de réactions d'hypersensibilité, allant de la simple éruption cutanée ou de l'urticaire au choc anaphylactique, ont été signalés et nécessitent l'arrêt du traitement. En cas de surdosage, il existe un risque important de toxicité hépatique (cytolyse hépatique) chez l'enfant à partir d'une prise unique de 140 mg/kg.

QRM 82

Réponse : D, E.

QRM 83

Réponse : C, D.

QRM 84

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 85

Réponse : D, E.

QRM 86

Réponse : B, C, D.

Commentaire : Chez l'enfant comme chez l'adulte, le métabolisme de la codéine est soumis au cytochrome P450, avec une variabilité interindividuelle importante; l'effet de la codéine est donc très variable, avec des risques de moindre efficacité chez de nombreux enfants et, beaucoup plus rarement, des risques de surdosage.

QRM 87

Réponse : A, D.

QRM 88

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire : Chez les nourrissons de moins de 6 mois, les premières doses de morphine seront réduites à la moitié voire au tiers, car le métabolisme de la morphine est immature; les doses suivantes seront adaptées à l'analgésie, comme chez les plus grands, sans dose plafond.

QRM 89

Réponse : A, C, D.

QRM 90

Réponse : A, B, C.

QRM 91

Réponse : B, C, D.

QRM 92

Réponse : A, B, C.

Commentaire : Les délais et durée d'efficacité de la morphine orale sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte.

QRM 93

Réponse : B, E.

Commentaire : Comme chez l'adulte, les patchs de fentanyl seront utilisés en relais de la morphine une fois la douleur stabilisée.

QRM 94

Réponse : A, D.

Commentaire : Lorsque les enfants sont trop jeunes pour se servir eux-mêmes de la PCA ou ont un polyhandicap, la morphine sera quand même administrée dans une pompe PCA et l'entourage pourra administrer des bolus si nécessaire : l'équipe infirmière (NCA, *Nurse-Controlled Analgesia*) voire les parents après des explications.

QRM 95

Réponse : C, E.

QRM 96

Réponse : B, D.

QRM 97

Réponse : C, D, E.

Commentaire : Le MEOPA peut être administré pour tous les soins, même s'ils ne sont pas très douloureux, car l'effet anxiolytique est précieux en pédiatrie. Il peut être administré quels que soient les antalgiques associés; la surveillance sera rapprochée en cas de morphiniques associés et une présence médicale sera alors nécessaire lors de la première prise. La présence des parents doit toujours être favorisée quelle que soit la sédation/analgesie.

QRM 98

Réponse : A, B, C.

QRM 99

Réponse : A, C, D.

QRM 100

Réponse : A, B, E.

QRM 101

Réponse : B, D.

QRM 102

Réponse : B, E.

QRM 103

Réponse : A, B, C, D, E.

QRU 104

Réponse : B.

QRM 105

Réponse : A, C.

QRU 106

Réponse : D.

QRM 107

Réponse : A, C, E.

Réponse inacceptable : D.

QRM 108

Réponse : A, B, D.

Réponse indispensable : A, D.

Réponse inacceptable : C, E, F.

QRU 109

Réponse : E.

QRM 110

Réponse : B, C, D, E.

Réponse inacceptable : A.

QRM 111

Réponse : A, B.

Réponse inacceptable : C, D.

QRM 112

Réponse : B, C, E.

Réponse inacceptable : D.

QRM 113

Réponse : A, C, D, E.
Réponse indispensable : C, E.
Réponse inacceptable : B.

QRM 114

Réponse : B, C, D, E.
Réponse inacceptable : A.

QRM 115

Réponse : A, B, C, E.

QRM 116

Réponse : B, E.
Réponse inacceptable : C, D.

QRU 117

Réponse : E.

QRM 118

Réponse : B, C, D, E.

QRM 119

Réponse : F.

QRM 120

Réponse : A, C, D.
Réponse inacceptable : E.

QRU 121

Réponse : F.
Réponse inacceptable : C, E.

QRM 122

Réponse : D, G.
Réponse inacceptable : A, B, C, E, F.

QRM 123

Réponse : A, B, E, F.
Réponse indispensable : A, F.

QRM 124

Réponse : B, E.

QRM 125

Réponse : A, B, C, D, E, F, H.
Réponse inacceptable : G.

QRM 126

Réponse : B, C.

QRM 127

Réponse : A, B, C.
Commentaire : Cette attitude revient à entretenir de faux espoirs en dissimulant la vérité au malade. En feignant l'espoir, auquel le patient ne croit plus, le soignant empêche la progression du malade dans le cheminement psychique vers la réalité qu'il aura à affronter. Cette attitude introduit le doute chez le patient à un moment où celui-ci a besoin de sentir qu'il peut avoir confiance en celui à qui il s'en remet pour le soigner.

QRM 128

Réponse : B, D, E.
Réponse inacceptable : C.

QRM 129

Réponse : B, C, F.
Réponse inacceptable : A, D.
Commentaire : Vous le rencontrez en vous souciant des moyens qu'il aura d'être dans l'échange avec vous et de vous répondre intelligiblement (carnet de papier et stylo, par exemple) et vous prenez le temps de vous enquérir de ses nouvelles avant d'amorcer l'échange en étant attentif à ses réactions.

QRM 130

Réponse : C, D.
Réponse inacceptable : F, G, H.
Commentaire : Vous prenez le temps de comprendre qui est la personne en face de vous, en évoquant avec elle les symptômes et, sans aucun jugement, les raisons qui l'ont amenée à ne pas consulter. Vous tentez de percevoir ce qu'elle pressent ou pas de la maladie. Vous avancez vers le moment de l'annonce en étant attentif à ses réactions.

QRU 131

Réponse : B.

QRM 132

Réponse : C, D.
Réponse inacceptable : E.

Commentaire : Vous êtes attentif à ce qui se passe pour le patient et vous comprenez qu'il a besoin d'échapper à une réalité trop insupportable. Vous écoutez le patient et respectez ce qu'il vous donne à voir de sa difficulté à appréhender une situation, pour lui éminemment violente.

QRM 133

Réponse : A, C, E.

Commentaire : Le malade cherche, en rationalisant, à comprendre sa maladie pour trouver une justification logique qui lui permettrait de la contrôler.

QRM 134

Réponse : A, B, E, F, G.

QRM 135

Réponse : A, B, C, E, F.

QRM 136

Réponse : A, B, C, D, E.
Réponse indispensable : D.

Commentaire : « L'arrêt de l'alimentation ne signifie pas l'arrêt des soins. La perception de la soif diminue avec l'âge. La sensation de soif en fin de vie est soulagée par la prise orale de petites quantités de boissons, de glaçons et par les soins de bouche qui doivent être fréquents et réguliers pour éviter la bouche sèche ; l'hydratation intraveineuse n'améliore pas la sensation de soif en fin de vie et les effets secondaires potentiels ne sont pas négligeables : augmentation de l'encombrement bronchique, des œdèmes périphériques, des vomissements. Dans la majorité des cas, la phase terminale d'une maladie grave s'accompagne d'une anorexie. Le jeûne induirait une production de corps cétoniques ayant un effet anorexique central. La mort est liée à la maladie arrivée en phase terminale ; l'alimentation et l'hydratation n'influent que peu sur la durée de vie. La dénutrition observée en phase terminale est due à la diminution des apports (dénutrition exogène) mais aussi à la maladie qui est à l'origine d'une dénutrition endogène. L'alimentation entérale par sonde nasogastrique ou par sonde de gastrostomie expose à des complications, dont la principale est la pneumopathie d'inhalation. Les perfusions sous-cutanées ont des limites : la perfusion sera arrêtée si des œdèmes, un encombrement bronchique, des douleurs au point de ponction apparaissent. La gestion raisonnée de ces deux éléments influe par contre de façon importante sur la qualité de vie et de confort des derniers jours de vie. » (Groupe SFAP/SFGG, Soins palliatifs et gériatrie. Aide à la prise en charge – Fiche pratique, juin 2007).

Les décisions sont prises au cas par cas en évaluant la balance bénéfices/risques.

QRU 137

Réponse : B.

QRM 138

Réponse : B, D.

QRU 139

Réponse : B.

QRM 140

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 141

Réponse : A, D.

Réponse inacceptable : B, E.

QRM 142

Réponse : A, C, D.

Réponse indispensable : C, D.

Réponse inacceptable : B, E.

QRM 143

Réponse : A, B, C.

QRM 144

Réponse : B, E.

Réponse inacceptable : A, C.

QRM 145

Réponse : A, B, C, D, E.

QRM 146

Réponse : E, F.

QRM 147

Réponse : D, E.

QRM 148

Réponse : A, C, E.

QRM 149

Réponse : A, B, C.

QRM 150

Réponse : A, B, C.

QRM 151

Réponse : A, B, C, E.

QRM 152

Réponse : A, B, D, E.

QRM 153

Réponse : B, E.

QRM 154

Réponse : A, B, C, E.

QRM 155

Réponse : B, E.

QRM 156

Réponse : A, C.

QRM 157

Réponse : A, B, C.

QRM 158

Réponse : A, B, C, E.

QRM 159

Réponse : D, E.

QRM 160

Réponse : B, C, D.

QRM 161

Réponse : A, D.

QRM 162

Réponse : A, C.

QRM 163

Réponse : A, D.

QRM 164

Réponse : A, B, C, E.

QROC corrigés

QROC 1

Réponse : idiopathique.
Réponse alternative possible : dysfonctionnel.

QROC 2

Réponse : échelle comportementale personne âgée (ECPA).

QROC 3

Réponse : dépression.
Réponse alternative possible : syndrome dépressif ou trouble dépressif.

QROC 4

Réponse : suicide.

QROC 5

Réponse : anxiété.
Réponse alternative possible : trouble anxieux.

QROC 6

Réponse : EDAAP.
Réponse alternative possible : échelle d'hétéroévaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent et l'adulte polyhandicapé.

QROC 7

Réponse : évitement.

QROC 8

Réponse : catastrophisme.

QROC 9

Réponse : fibromyalgie.

QROC 10

Réponse : psycho-corporel.

QROC 11

Réponse : thérapies cognitivo-comportementales.
Réponse alternative possible : thérapies cognitives et comportementales ou TCC.

QROC 12

Réponse : renforcement.
Réponse alternative possible : renforcer ou encourager.

QROC 13

Réponse : effet nocebo.

QROC 14

Réponse : rebelle.
Réponse alternative possible : réfractaire.

QROC 15

Réponse : allodynie tactile dynamique.

QROC 16

Réponse : allodynie tactile statique.

QROC 17

Réponse : prégabaline, gabapentine.
Réponse alternative possible : Lyrica®, Neurontin®.

QROC 18

Réponse : lidocaïne, capsaïcine.
Réponse alternative possible : Versatis®, Qutenza®.

QROC 19

Réponse : 3.

QROC 20

Réponse : 2 heures.

Réponse alternative possible : 120 minutes, 1 heure 30 ou 90 minutes.

QROC 21

Réponse : 30 minutes (pour les pieds), 60 minutes (pour le reste du corps).

QROC 22

Réponse : tous les 3 mois.

QROC 23

Réponse : 4.

QROC 24

Réponse : syndrome sérotoninergique.

QROC 25

Réponse : addiction.

Réponse alternative possible : addiction opioïdo-induite, conduite addictive, mésusage.

Commentaire : Le risque d'abus, de mésusage ou d'addiction véritable existe dans les douleurs chroniques non cancéreuses. La prévention est capitale. Il faut aussi savoir les dépister par une surveillance régulière des malades sous opioïdes forts.

QROC 26

Réponse : ibuprofène.

QROC 27

Réponse : migraine.

Réponse alternative possible : céphalée migraineuse.

QROC 28

Réponse : céphalée de tension chronique.

Réponse alternative possible : céphalée chronique quotidienne.

QROC 29

Réponse : ibuprofène.

Réponse alternative possible : AINS.

QROC 30

Réponse : aucun.

Réponse alternative possible : pas de bilan.

QROC 31

Réponse : ibuprofène.

Réponse alternative possible : AINS.

QROC 32

Réponse : fausse réassurance.

Réponse alternative possible : banalisation.

QROC 33

Réponse : empathie.

QROC 34

Réponse : 3 ans.

QROC 35

Réponse : hydratation.

Réponse alternative possible : apport hydrique, hydratation parentérale.

QROC 36

Réponse : procédure collégiale.

QROC 37

Réponse : procédure collégiale.

QROC 38

Réponse : mécanisme de défense.

QROC 39

Réponse : esquivé.

Commentaire : Dans l'esquive, le soignant répond en permanence hors sujet, hors de la réalité environnante. Il élude le sujet en égarant le patient sur une autre voie. Le soignant crée ainsi un décalage qui lui évite de s'exposer à sa propre angoisse de la situation.

QROC 40

Réponse : évitement.

Commentaire : Le médecin évite de se retrouver dans une situation qui déclenche chez lui de l'anxiété, comme entrer dans la chambre de sa jeune patiente, éviter de croiser son regard chargé de souffrances ou de lassitude, regarder par la fenêtre en donnant les médicaments, etc.

QROC 41

Réponse : la régression.

Commentaire : Le patient n'existe qu'à travers la maladie. Il se laisse porter par ses proches et les soignants auxquels il s'en remet complètement. Le mouvement régressif est souvent temporaire et se caractérise par l'abandon de toute initiative, d'autonomie voire de volonté. Cette attitude est souvent difficile à supporter par les proches et les soignants.

QROC 42

Réponse : clivage.

QROC 43

Réponse : morphine.

Réponse alternative possible : opioïdes forts, opiacés, morphiniques.

QROC 44

Réponse : scopolamine.

QROC 45

Réponse : palliative.

Réponse alternative possible : soins palliatifs.

QROC 46

Réponse : lit identifié.

Réponse alternative possible : lits identifiés de soins palliatifs, LISP.

QROC 47

Réponse : sédation.

QROC 48

Réponse : globale.

Réponse alternative possible : holistique.

QROC 49

Réponse : famille.

Réponse alternative possible : proches, soignants.

QROC 50

Réponse : opiacé.

Réponse alternative possible : morphinique, morphine, opioïde.

QROC 51

Réponse : neuroleptique.

Réponse alternative possible : Halopéridol, chlorpromazine.

QROC 52

Réponse : équipe mobile.

Réponse alternative possible : EMSP, UMASP.

QROC 53

Réponse : double effet.

QROC 54

Réponse : solidarité familiale.

QROC 55

Réponse : journalière d'accompagnement.

Réponse alternative possible : allocation journalière d'accompagnement.

QROC 56

Réponse : euthanasie.

QROC 57

Réponse : traitement antalgique.

Réponse alternative possible : traitement opiacé, traitement morphinique, opiacés, morphiniques, morphinique, opioïde.

QROC 58

Réponse : suicide assisté.

Réponse alternative possible : assistance au suicide.

QROC 59

Réponse : deuil.

QROC 60

Réponse : compliqué.

Réponse alternative possible : deuil compliqué.

QROC 61

Réponse : deuil pathologique.

This page intentionally left blank

Lecture critique d'article : corrigé

Question 1 – QRM

Réponse : B, G.

Question 2 – QRM

Réponse : B, D, F.

Question 3 – QRM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G.

Question 4 – QROC

Réponse : 78,6 %

Réponse alternatives possible : 23 712/30 155 soit 78,6 %.

Question 5 – QRM

Réponse : D, F, I.

Question 6 – QRM

Réponse : B, C.

Question 7 – QRU

Réponse : A.

Question 8 – QRU

Réponse : A.

Question 9 – QRM

Réponse : B, D, E.

Question 10 – QRM

Réponse : A, B.

Question 11 – QRU

Réponse : C.

Question 12 – QRM

Réponse : A, D, E.

This page intentionally left blank

CHAPITRE 10

Tests de concordance de script (TCS) : corrigés

TCS 1

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1			3	7	
Question 2			4	6	
Question 3	2	5	3		
Question 4		1	9		
Question 5		8	2		

TCS 2

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1		6	4		
Question 2		1	9		
Question 3	8	2			

TCS 3

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1A			6	4	
Question 1B				7	3
Question 1C			1	6	3
Question 2A				6	4
Question 2B				5	5
Question 2C	1	5	4		
Question 2D				4	6

TCS 4

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1A		3	7		
Question 1B	2	8			
Question 1C			7	3	
Question 1D			1	8	1

Question 2A	2	5	3		
Question 2B			2	4	4
Question 2C				2	8

TCS 5

	- 2	- 1	0	+1	+2
Question 1A		4	4	2	
Question 1B		7	3		
Question 1C	6	4			
Question 1D				1	9
Question 2A	1	9			
Question 2B				2	8
Question 2C		4	3	3	

TCS 6

	- 2	- 1	0	+1	+2
Question 1A				7	3
Question 1B			3	7	
Question 1C	5	5			
Question 1D	7	2	1		
Question 2A	5	5			
Question 2B		3	7		
Question 2C				9	1
Question 2D	5	5			
Question 2E		9	1		
Question 2 F				5	5

TCS 7

	- 2	- 1	0	+1	+2
Question 1A		9	1		
Question 1B				2	8
Question 1C			3	7	
Question 1D	9	1			
Question 2A	2	7	1		
Question 2B				7	3
Question 2C				8	2
Question 2D	3	7			

TCS 8

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1A				7	3
Question 1B			1	6	3
Question 1C	9	1			
Question 2A	8	2			
Question 2B			1	9	
Question 2C		8	2		

TCS 9

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1		7	3		
Question 2	6	4			

TCS 10

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1	7	3			

TCS 11

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1				1	9
Question 2				1	9

TCS 12

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1				2	8
Question 2	4	6			

TCS 13

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1				2	8
Question 2		2	8		

This page intentionally left blank

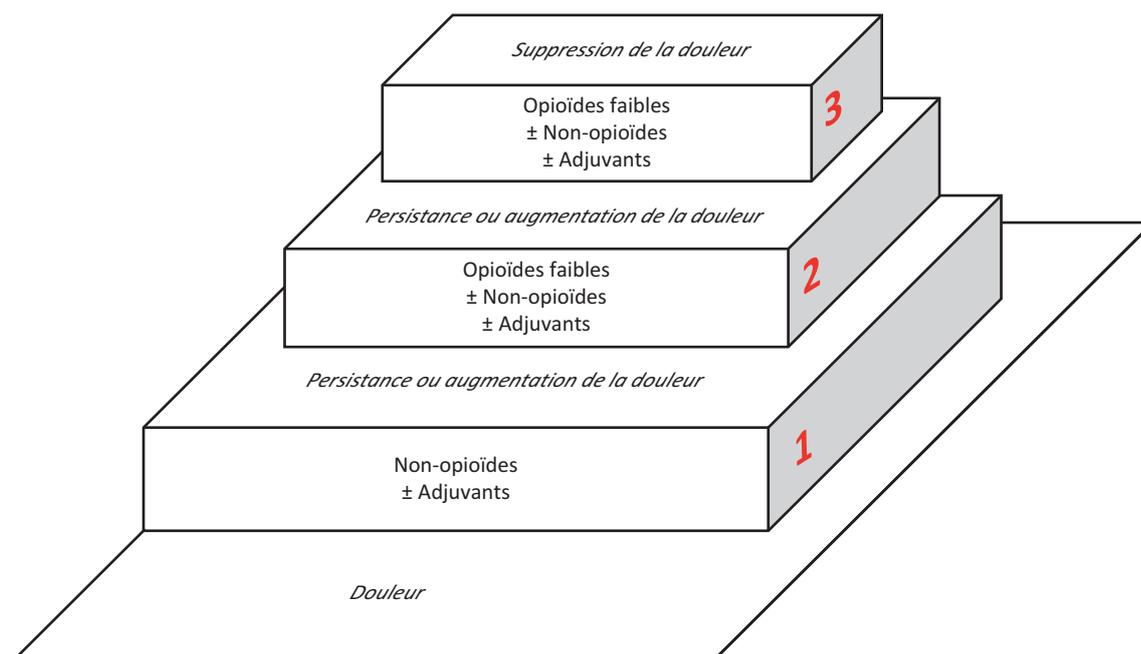
Annexes

This page intentionally left blank

Annexe 1 – Classification des antalgiques

Les trois niveaux ou paliers de l'OMS

Les paliers 1, 2, 3 de l'Organisation mondiale de la Santé, créés en 1986 pour améliorer la prise en charge de la douleur, sont aujourd'hui contestés. Ce concept dédié aux douleurs cancéreuses permettait de recommander des niveaux ou paliers antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur. Ces paliers ont été transposés aux douleurs non cancéreuses mais ne répondent plus aujourd'hui aux besoins des cliniciens et surtout ne permettent pas de classer tous les médicaments qui font partie de l'arsenal thérapeutique des douleurs aux mécanismes multiples (nociceptif, neuropathique ou mixte).



Classification de Pierre Beaulieu et al.

Une nouvelle classification a été proposée par l'Association internationale d'études de la douleur (IASP) en 2010 par l'équipe de Pierre Beaulieu et David Lussier¹ : cette nouvelle classification est en adéquation avec nos connaissances actuelles sur les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent les douleurs et avec nos connaissances pharmacologiques des médicaments utilisés à visée antalgique.

- **Antalgiques anti-nociceptifs**
 - Non-opioides
 - Paracétamol
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens
 - Opioides
 - Cannabinoïdes
- **Anti-hyperalgésiques**
 - Antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine)
 - Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline, lamotrigine
 - Néfopam
- **Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs**
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- **Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques**
 - Anesthésiques locaux
 - Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate
 - Capsaïcine
- **Mixtes** : antalgiques anti-nociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants
 - Tramadol
 - Tapentadol
- **Autres**
 - Bisphosphonates

¹ Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickenson A. Pharmacology of pain. Washington, DC : IASP Press; 2010.

Annexe 2 – Questionnaire DN4

Le questionnaire DN4 (« Douleur neuropathique en quatre questions ») est un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des quatre questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

Question 1

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 3

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui = 1 point ; Non = 0 point.

Score du patient = .../10.

This page intentionally left blank

Annexe 3 – Performance status (OMS)

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler, alité moins de 50 % de son temps
3	Capable de seulement quelques soins personnels, alité ou en chaise plus de 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de soi-même, alité ou en chaise en permanence

This page intentionally left blank

Annexe 4 – Code de déontologie médicale (art. 37)

[Article R. 4127–37 du Code de la santé publique.]

I. – En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. – Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111–4 et au premier alinéa de l'article L. 1111–13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111–19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale :

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III. – Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110–5 et des articles L. 1111–4 ou L. 1111–13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127–38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

This page intentionally left blank

Annexe 5 – Fiche de décision de limitation ou d'arrêt de traitement (LAT)

DÉLIBÉRATION

(Quelles options de soins ? Qu'est-ce qui fait sens pour le patient ?)

DÉCISIONS**STATUT REANIMATOIRE EN CAS D'AGGRAVATION**

Réanimation d'un arrêt cardiorespiratoire Oui Non
 Transfert en unité de soins intensifs Oui Non
 Intubation Oui Non
 Cardiotoniques Oui Non
 Épuration extra-rénale Oui Non

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES	Non abordé	Ne pas introduire	Arrêter	Limiter à :
Solutés de remplissage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde JJ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre endoprothèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acte chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masque haute concentration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion CGR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation parentérale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation entérale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apports hydriques/perfusion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTICS ET SURVEILLANCE

Examens biologiques Arrêter Limiter à :

Examens radiologiques Arrêter Limiter à :

Surveillance des constantes (FC, TA, T°) Rythme habituel Adaptation (si oui, laquelle :.....)

Surveillance de la SaO₂ Rythme habituel Adaptation (si oui, laquelle :.....)

DÉMARCHE PALLIATIVE

Avis EMSP..... Oui Non

Prescriptions anticipées (selon les risques identifiés)..... Oui Non

Si oui : morphine Oui Non

benzodiazépine Oui Non

scopolamine Oui Non

Projet de transfert en USP Oui Non

MODALITÉS D'APPLICATION DES DÉCISIONS

– Facteurs de vulnérabilité du patient ne permettant pas une information exhaustive ? Oui Non

– Information des décisions prises donnée au patient à la famille au tuteur : le ___/___/___ par

Quelles ont été les réactions (famille et patient) ?

This page intentionally left blank

474505 - (I) - (3) - CSB90 – SPI

Elsevier Masson SAS
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Dépôt légal : novembre 2015

Imprimé en Pologne par Dimograf

This page intentionally left blank