

DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENT (Module 6)

Dossier Clinique n° 1

Une de vos malades, Mme M, 73 ans, a été traitée pour une tumeur du sein gauche (quadrant supéro-externe) - T2 N0M0 SBR11 RO+ Rp - par tumorectomie (+ curage axillaire) et radiothérapie. Les traitements se sont bien passés. Elle est suivie régulièrement à l'hôpital. Vous la voyez de temps en temps et 6 mois environ après la fin des traitements, vous la trouvez abattue, triste, ce qui contraste avec son dynamisme lors des traitements. Elle se plaint d'une douleur au niveau du sein, du creux axillaire et de la face interne du bras gauche. Elle ne supporte plus son soutien-gorge ni l'effleurement de la zone douloureuse. Elle dort mal et vous paraît inquiète.

1. Comment procédez-vous pour évaluer la douleur ?

2. Quelles données de l'entretien et de l'examen clinique pouvez-vous recueillir pour préciser le mécanisme physiopathologique de la douleur ?

3. Quel diagnostic devez-vous éliminer ?

4. Quel(s) examen(s) demandez-vous ?

5. Quel(s) traitement(s) allez-vous initier dès la première consultation ?

6. Comment expliquez-vous le traitement à la malade ?

7. Comment organisez-vous le suivi du traitement ? Au bout de combien de temps pensez-vous évaluer l'efficacité du traitement ?

8. Finalement, le bilan est totalement rassurant ; quelle est votre conclusion concernant l'étiologie de cette douleur ?

Dix ans après le diagnostic initial, la malade se plaint à votre cabinet de douleurs médio-dorsales et lombaires basses, qui la gênent dans ses activités quotidiennes et, depuis quelques semaines, la réveillent la nuit. Elles évoluent progressivement depuis environ 3 mois. Elle prend au coup par coup des antalgiques de niveau 2. A l'examen, il existe une douleur à la percussion de D4 et L5. L'examen clinique est normal par ailleurs.

9. Comment caractérisez-vous ces douleurs ?

10. Quel(s) bilan(s) demandez-vous et quels vont être les différents éléments de votre prise en charge immédiate ?

Elle revient vous voir 3 jours plus tard. Elle a été partiellement soulagée par votre traitement, mais à présent l'intensité des douleurs augmente à nouveau, la mobilisation devient de plus en plus douloureuse, les nuits sont toujours mauvaises. Le bilan révèle une destruction quasi complète de D4 sans recul du mur postérieur ni de signe d'épidurite et une atteinte partielle de L5.

Parallèlement, l'inefficacité du traitement antalgique précédent vous incite à mettre en place un traitement avec la morphine. Vous faites part de ce choix à votre malade. Elle vous exprime alors ses réticences par quelques questions : "quand j'aurai encore plus mal, que vais-je pouvoir prendre ?", "est-ce qu'on pourra l'arrêter ?", ne vais-je pas devenir droguée ?"

- 11. Quels sont les 3 phénomènes auxquels font référence les questions de votre malade ?
Pouvez-vous en donner les définitions ?
Qu'expliquez-vous à votre malade concernant ces 3 phénomènes ?**

Finalement, elle accepte votre traitement antalgique.

12. Rédiger l'ordonnance du (des) traitement(s) que vous proposez.

13. Comment organisez-vous le suivi du traitement antalgique ?

Parallèlement, vous l'avez adressée en urgence au cancérologue qui la suit et le bilan fait à l'hôpital permet d'affirmer qu'il s'agit de métastases osseuses d'origine mammaire.

14. Y a-t-il des traitements spécifiques de la maladie cancéreuse à envisager ? Lesquels ?

Quelques mois plus tard, son mari vous appelle car sa femme n'est pas du tout douloureuse, mais est somnolente, a quelques hallucinations. Il vous dit que depuis 2 jours, elle se sent fatiguée, fébrile et est restée dans son lit. Vous savez qu'elle reçoit un traitement spécifique pour sa maladie qui est très bien toléré et efficace.

L'examen clinique met en évidence : Pression artérielle : 100/70mmHg, Fréquence cardiaque 100/min, T° 38,5 °C, un pli cutané. Le reste de votre examen est normal. Elle est somnolente, mais répond correctement aux questions que vous lui posez lorsque vous la stimulez légèrement.

15. Quelle est l'hypothèse la plus probable et que faites-vous sur un plan symptomatique ?

DOULEUR - SOINS PALLIATIFS - ACCOMPAGNEMENT (Module 6)

Dossier Clinique n° 2

[Il est vivement conseillé de lire l'ensemble du texte avant de répondre aux questions.]

Un homme de 33 ans vous consulte en raison de l'apparition depuis la veille, après un effort de soulèvement à son domicile, de douleurs lombaires basses.

1. Comment conduisez-vous l'entretien clinique chez ce patient pour caractériser cette douleur ?

2. Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

3. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quel en est le mécanisme ?

4. Quel traitement mettez-vous en place ? Quelle surveillance instituez-vous ?

5. Quels conseils lui prodiguez-vous ?

6. Quelle mesure sociale mettez-vous en place sachant que ce patient est conducteur de poids lourds ? Pour combien de temps ?

Plusieurs mois après ce deuxième épisode de lombalgie aiguë, ayant eu à faire face à un dégât des eaux, le patient se plaint de l'apparition d'une douleur lombaire basse associée à une douleur de la face antéro-externe de jambe gauche et de la face dorsale du pied.

7. Quel diagnostic évoquez-vous ?

8. Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Quels sont les signes de gravité de cette atteinte ?

9. Comment définissez-vous une paresthésie, une allodynie ? Comment caractérisez-vous la douleur du membre inférieur ?

10. Quel traitement mettez-vous en place ? Quel suivi instituez-vous ?

11. Quels conseils lui prodiguez-vous ?

12. Quelle mesure sociale mettez-vous en place ?

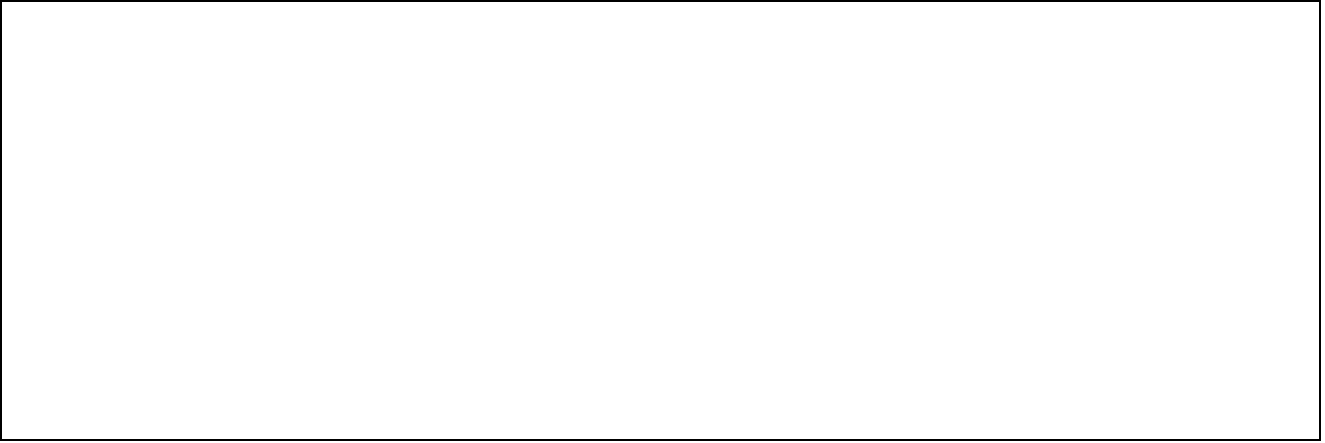
Trois semaines plus tard, le patient se plaint de la persistance d'une douleur lombaire et d'une irradiation identique. Les radiographies du rachis lombaire et du bassin sont rassurantes. Vous adressez votre patient à un confrère rhumatologue qui pratique alors 2 infiltrations de corticoïde retard. On ne note pas d'amélioration, votre patient ne peut toujours pas reprendre son travail.

Les douleurs s'intensifient progressivement. Un scanner n'apporte pas d'élément nouveau. Il existe un débord discal paramédian L4-L5 gauche concordant avec la clinique.

Lors d'un nouvel examen clinique, il existe des signes discordants qui n'incitent pas à envisager une intervention chirurgicale. Le patient peut se tenir assis jambe tendue, mais le Lasègue radiculaire n'excède pas 20°. La pression sur la tête aggrave les douleurs lombaires. Le patient est dans l'incapacité de reprendre son travail.

13. Quelle interprétation faites-vous de ces signes ?

14. Quels éléments cliniques et sociaux recherchez-vous pour tenter de les expliquer ?



15. Quelle prise en charge instituez-vous ?

