



Douleur & Cancer en 2019 : vers une approche ciblée

Dr Antoine Lemaire

Centre d'Evaluation & de Traitement de la Douleur

Equipe Mobile de Soins de Support & Palliatifs

Centre Hospitalier de Valenciennes



Liens d'intérêt

Boards d'experts : Mundi Pharma, Grunenthal, Kyowa Kirin



Douleur & Cancer : mise à jour des recommandations européennes (2018-2019)



Annals of Oncology 29 (Supplement 4): iv149–iv174, 2018
doi:10.1093/annonc/mdy152

Received: 20 June 2018 | Revised: 26 September 2018 | Accepted: 23 November 2018
DOI: 10.1002/ejp.1346

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[†]

M. Fallon¹, R. Giusti², F. Aielli³, P. Hoskin⁴, R. Rolke⁵, M. Sharma⁶ & C. I. Ripamonti⁷, on behalf of the ESMO Guidelines Committee*

REVIEW ARTICLE

WILEY **EJP**
European Journal of Pain

Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain

Michael I. Bennett^{1*} | Elon Eisenberg^{2*} | Sam H. Ahmedzai³ | Arun Bhaskar⁴ |
Tony O'Brien^{5,6,7} | Sebastiano Mercadante⁸ | Nevenka Krčevski Škvarč⁹ |
Kris Vissers¹⁰ | Stefan Wirz¹¹ | Chris Wells¹² | Bart Morlion¹³



Données épidémiologiques

- **Cancer dans le monde** : 14M de nouveaux cas/an et 8,2M de décès
→ 2020 : >15M
- **Prévalence des douleurs** : 33% après traitement curatif, 59% sous traitement du cancer, et 64% en situation palliative
- En raison des progrès des traitements, et de l'augmentation de la durée de survie, **le nombre de patients douloureux augmente**, toutes causes confondues
- 5 à 10% des patients survivants ont des **douleurs chroniques sévères**
- Selon les études, traitements antalgiques **inadéquats** dans 56 à 82% des cas, tous stades confondus
- Dans 1/3 : traitement antalgique **insuffisant** reporté à l'intensité de la douleur



Douleur & Cancer : étiologies

- Le cancer
- Soins et actes médicaux
- Les douleurs iatrogènes (dont chirurgie, chimiothérapies, hormonothérapie, thérapies ciblées)
- Les comorbidités reliées ou non au cancer (10 à 20% des douleurs)
- Les douleurs séquellaires

Acute procedural pain	Iatrogenic pain causes	Comorbidity-related pain	Pain in cancer survivors
Adjuvant setting <ul style="list-style-type: none"> – Diagnostic intervention – Lumbar puncture ± headache – Transthoracic needle biopsy – Endoscopy ± visceral dilatation – Bone marrow aspiration/biopsy – Blood sampling – Central line position – Arterial line injections – Medication of skin ulcers – Myelography and lumbar puncture 	<ul style="list-style-type: none"> – Surgery – Chemotherapy – Hormonal therapy – Targeted therapy – Osteonecrosis of the jaw – RT – Steroids (pain due to skin lesions, peripheral neuropathy, mucositis, aseptic femoral head necrosis, infections) 	<ul style="list-style-type: none"> – Cardiovascular – Pulmonary – Diabetic neuropathy – Vasomotor headache – Fibromyalgia – May be worsened by anticancer treatments and/or cancer-related pain – Postherpetic neuralgia – Acute thrombosis pain 	<ul style="list-style-type: none"> – Follow-up procedures – Persisting postsurgical pain – Persisting anticancer drug-related pain – Persisting RT-related pain – Postherpetic neuralgia



Evaluations, réévaluations et communication : facteurs clés du management des douleurs du cancer



- 1. Evaluer et réévaluer la douleur** : causes, type (nociceptive, neuropathique, viscérale), durée, intensité (échelles : EVA, EN), temporalité, ADP, facteurs déclenchant/soulageant...
- 2. Evaluer et réévaluer la douleur** : conséquences et impact de la douleur, comorbidités, statut fonctionnel etc.
- 3. Evaluer et réévaluer votre aptitude à informer et communiquer avec le patient** : passer du temps avec le patient et sa famille pour évaluer leurs besoins (patient acteur)

Standard 1 : chaque patient atteint d'un cancer doit bénéficier d'un screening systématique à chaque consultation par un professionnel de santé

Standard 2 : identifier les causes de la douleur selon la classification ICD 11, mesurer son intensité et établir l'impact sur la qualité de vie

Standard 3 : Rendre le patient acteur en l'informant notamment les causes de sa douleur,



Principes de traitement



- Voie orale de préférence
- Distinguer les traitements de fond et traitement des exacerbations douloureuses (ADP) en tenant compte des propriétés pharmacologiques des molécules

Les antalgiques font partie d'une stratégie thérapeutique incluant les traitements anti-tumoraux, les approches interventionnelles (réadaptatives et psychologiques par exemple)



Standard 4 : Management antalgique multimodal sur mesure associant : traitements médicamenteux, mesures non médicamenteuses, approches interventionnelles et réadaptatives, et support psychosocial et spirituel

Standard 5 : fournir le support pour une autogestion de la douleur

Standard 6 : inscrire la prise en charge de la douleur dans un parcours de soins au long cours



Stratégies thérapeutiques



Traitement des douleurs d'intensité faible à modérée :

➤ *Stratégie « standard » des paliers de l'OMS*

➔ Paracétamol et AINS : pas de preuve pour favoriser ou réfuter leur utilisation seuls ou en association aux opioïdes dans la douleur faible à modérée. Considérer la iatrogénie potentielle des AINS au long cours

➔ Tramadol, codéine, dihydrocodéine en association ou non aux paliers 1. Considérer la iatrogénie potentielle

➤ *Alternative : utiliser des petites doses d'opioïdes forts, pour lesquels il n'y a pas de preuve scientifique d'une éventuelle iatrogénie surajoutée*



Stratégies thérapeutiques



Traitement de la douleur modérée à sévère

- **Morphine orale** : opioïde de choix, mais si besoin passer par période de titration IV ou SC
- **Alternatives** : oxycodone, hydromorphone et methadone
- Réserver les **formulations transdermiques** de fentanyl et buprenorphine aux patients stabilisés ; intérêt dans l'insuffisance rénale
- Stratégie de **changements d'opioïdes** en cas d'inefficacité et/ou effets secondaires persistants
- Voie **SC** en alternative aux voies orales et transdermiques, et voie **IV** si contre-indication à la SC ou pour titration **rapide**
- **Titration individuelle recommandée, quelle que soit la voie d'administration**



Management des effets secondaires des opioïdes

- La réduction de doses d'opioïdes peut permettre la meilleure gestion des effets secondaires, et nécessiter une co-analgésie ou des techniques interventionnelles. Si besoin **changer d'opioïde**.
- **Somnolence et effets cognitifs** : methylphenydate (*peu de preuves*)
- **Prurit** : anti H1 et 5HT3 (*peu de preuves*)
- **Dysfonction intestinale induite par les opioïdes (OIBD)** :
 - **nausées/vomissements** : métoprololamide et antidopaminergiques
 - **Constipation induite par les opioïdes (CIO)** : laxatifs standards en prévention et traitement de première intention, puis naloxegol, association oxycodone/naloxone, et methylnaltrexone
 - **Détresse respiratoire aigue** : naloxone



Stratégies thérapeutiques



- **Cannabis médical** : non recommandés, besoin de davantage d'essais cliniques (France : Marinol/Sativex)
- **ADP** :
 - Utilisation des **Fentanyl d'Action Rapide** (FAR) sur traitement de fond optimisé, notamment dans les accès imprévisibles d'installation très rapide
 - Place pour la morphine à libération normale en cas d'installation plus lente ou d'accès prévisible (ex : soins douloureux)
- **Douleurs osseuses** : radiothérapie, thérapies ciblées (denosumab), radiothérapie métabolique



Douleurs neuropathiques et cancer

- Si les opioïdes seuls ne suffisent pas à soulager la douleur, proposer une association avec des antineuropathiques
- **Antidépresseurs tricycliques, anticonvulsivants** (gabapentinoïdes), ou **IRSNa** (duloxetine) recommandés en première intention
- Surveillance effets secondaires
- Manque de preuves cliniques pour l'utilisation de la **kétamine** dans les douleurs neuropathiques du cancer



Douleurs réfractaires et approches invasives



Standard 7 : adressage à des équipes spécialisées en cas de douleur réfractaire et/ou d'effets secondaires



- **Antalgie intrathécale** : indications quand inefficacité d'une stratégie antalgique bien menée incluant les ajustements de doses, les co-analgésies, les changements d'opioïdes, et si effets secondaires majeurs dus aux augmentations de doses. Doit faire partie de la stratégie antalgique (espérance de vie >6 mois pompe IT)
- **Blocs périnerveux, neurolyses, neuromodulations, cordotomies...**



Cancers en situations palliatives



- Approche **multimodale** intégrant les aspects **éthiques**
- Attention à l'**hyperalgésie induite par opioïdes** (OIH)
- **Sédation** possible en cas de douleurs **réfractaires** (y compris aux techniques interventionnelles)



Sans oublier...



- **Standard 8** : formation à la douleur des professionnels de santé prenant en charge les patients atteints de cancer (évaluation et traitement initiaux et indications de l'adressage aux équipes spécialisées)
- **Standard 9** : favoriser les reports d'événements par les patients (PRO)
- **Standard 10** : adapter les recommandations internationales aux spécificités de chaque pays



Conclusion

Les douleurs du cancer nécessitent une **approche ciblée** :

- **Interdisciplinaire**
- **Dynamique** : tout au long de la maladie
- **Personnalisée** : intégrer l'ensemble des dimensions propres au patient et à son environnement
- **Multimodale** : considérer les approches médicamenteuses, non médicamenteuses, et interventionnelles