



Douleurs neuropathiques et cancer

Dr Antoine Lemaire

Equipe Mobile de soins de Support & Palliatifs
Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
Centre Hospitalier de Valenciennes



Introduction

- Les douleurs neuropathiques sont fréquentes en cas de cancer : 43%, dont 36% la considérant au premier plan en termes d'intensité (INCa)
 - Dernières recommandations européennes ESMO : 19 à 39% de prévalence
 - Caractéristiques :
 - Multifactorielles : le cancer et ses traitements (chimio, radio, chirurgie)
 - Les causes peuvent être associées dans le même temps ou successivement
 - Potentiellement variables dans le temps en fonction des évènements du parcours
- ➔ ***Nécessité d'une approche diagnostique dynamique quel que soit le stade du cancer***



Les soins oncologiques de support en France

Le socle de base, constitué de 4 soins de support :

- **la prise en charge de la douleur**
- la prise en charge diététique et nutritionnelle
- la prise en charge psychologique
- la prise en charge sociale, familiale et professionnelle

Dès le diagnostic et tout au long de la maladie : la prise en charge de la douleur n'est donc ni optionnelle ni réservée aux « seules » situations palliatives!

Les 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie :

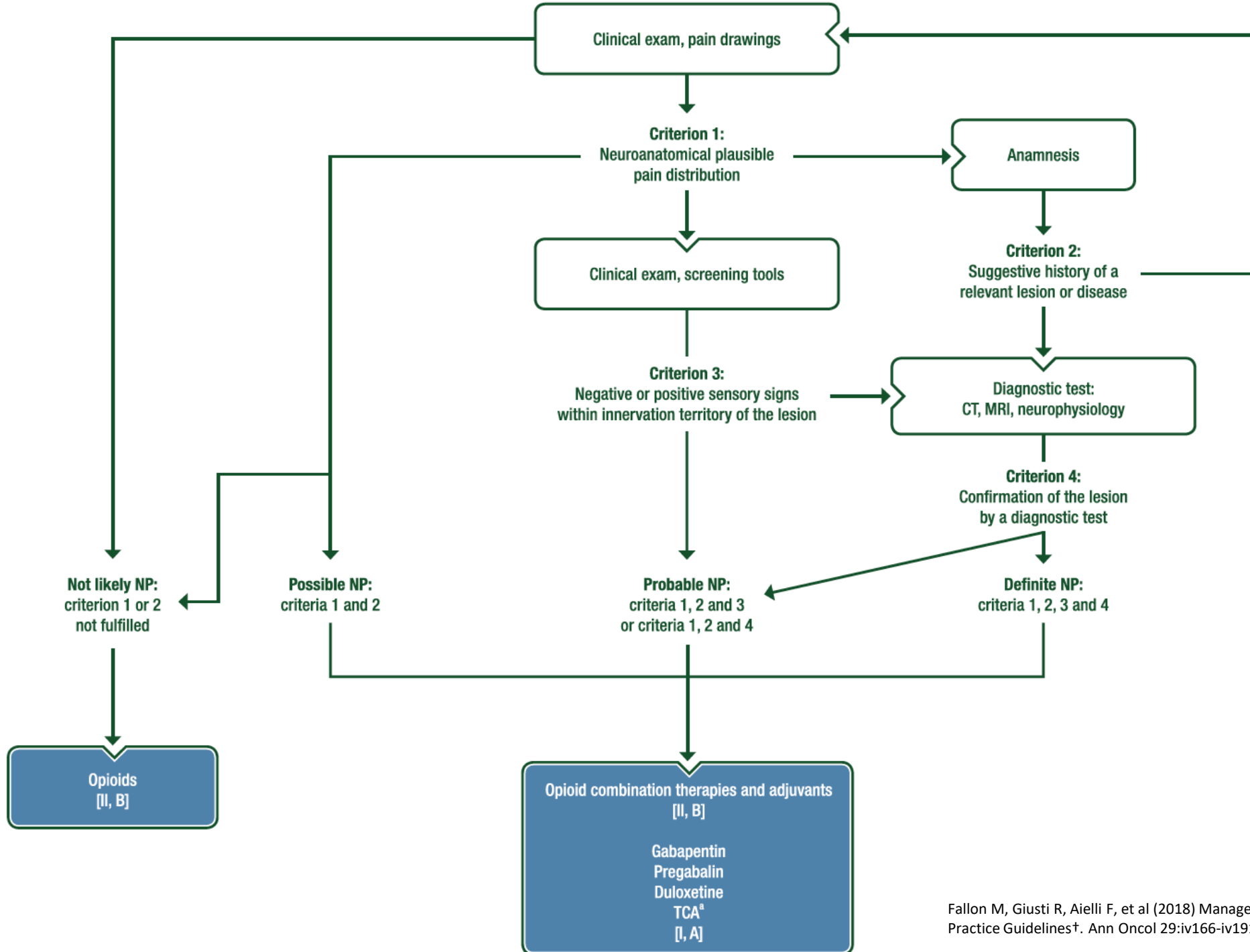
- l'activité physique
- les conseils d'hygiène de vie
- le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
- le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- la prise en charge des troubles de la sexualité
- **l'hypnoanalgésie**
- **l'analgésie intrathécale**



Que disent les dernières recommandations?

- Distinction d'emblée les DN liées à un **envahissement tumoral**, des autres douleurs neuropathiques notamment **séquellaires** des traitements (chimiothérapies, radiothérapie, chirurgie)
- Utilisation des critères diagnostiques GRADE NeuPSIG de l'IASP :
 - Critère 1 : douleurs sur remaniements neuro-anatomiques plausibles
 - Critère 2: histoire clinique suggérant une lésion ou une maladie
 - Critère 3 : signes positifs ou négatifs dans le territoire nerveux concerné
 - Critère 4 : confirmation de la lésion par test diagnostique

➔ DN probable si critères 1, 2, 3 ou 1, 2, 4 ; DN certaine si les 4 sont présents





Que disent les dernières recommandations?

- R1 : Les DN du cancer peuvent être traitées en utilisant une **combinaison d'opioïdes et d'adjuvants antineuropathiques** dosés correctement lorsque les opioïdes seuls ne suffisent pas
- R2 : Les patients peuvent bénéficier soit d'antidépresseurs tricycliques soit d'antiepileptiques sous **surveillance des effets secondaires**
- R3 : La gabapentine, prégabaline, duloxétine et les tricycliques (>75 mg) sont fortement recommandés en première ligne
- R4 : les traitements interventionnels de la douleur neuropathique doivent être limités aux patients atteints de DN sans lien avec le cancer en raison d'un niveau faible de preuves
- R5 : niveau de preuve insuffisant pour recommander la **kétamine** dans les DN du cancer en routine. Intérêt de la **corticothérapie** si mécanisme compressif



Que disent les recommandations ?

- Terme « neuropathique » cité une fois sur le versant diagnostique dans les recommandations EFIC
- Mais davantage centrées sur le management global des douleurs du cancer





Au-delà des recommandations spécifiques du cancer... et en pratique clinique?

- ➔ Stratégie d'analgésie multimodale
- ➔ Recommandations NeuPSIG – IASP non spécifiques
- ➔ Intérêt des actions combinées en cas de cancer (ex : antidépresseur)
- ➔ Intérêt des traitements locaux au vu des comorbidités et interactions médicamenteuses potentielles

Traitements	Doses	Prises
Traitement de 1^{ère} intention		
Antidépresseurs tricycliques	25-150 mg	En 1 ou 2 prises
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline	60-120 mg duloxetine	En 1 prise
	150-225 mg venlafaxine	En 1 prise
Gabapentine	1200-3600 mg	En 3 prises
Pregabaline	300-600 mg	En 2 prises
Traitement de 2^{ème} intention		
Tramadol	200-400 mg	En 2 ou 3 prises
Patch de capsaïcine à haute concentration	1 à 4 patchs de 30 à 60 minutes	Tous les trois mois
Patch de lidocaïne à 5%	1 à 3 patchs sur 12 heures	-
Traitement de 3^{ème} intention		
Opioides forts	Titration individuelle	Prises variables
Toxine botulique	50-200 unités	Tous les trois mois



Autres approches

- Non médicamenteuses : TENS notamment
- Interventionnelles : blocs périmerveux, techniques de neuromodulation ou de neurolyse



En conclusion

- La DN reste souvent sous-diagnostiquée en cas de cancer
- Attention à l'attitude opioïdiste!
- Approche thérapeutique multimodale après analyse clinique fine
- Nécessité d'évaluer et de réévaluer tout au long du parcours et en fonction des évènements



Merci de votre attention