

La douleur en cancérologie

COLLECTION
Fiches repère

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
EN DATE
DU 1^{ER} JUIN 2010

La prise en charge de la douleur, dont le renforcement constitue un objectif commun du Plan cancer (action 19.1) et du Plan national de lutte contre la douleur, représente un aspect primordial de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Elle est souvent considérée à tort comme une fatalité alors que de nombreux moyens de la soulager existent. Le terme « douleur » recouvre en réalité des situations très différentes qu'il faut bien comprendre (« ce que l'on sait ») pour appréhender toutes les approches possibles (« ce que l'on fait »).

1. CE QUE L'ON SAIT

1.1 La définition de la douleur prend en compte

les composantes organiques et psychologiques

Fondamentalement, la perception d'une douleur est habituellement liée à la prise de conscience d'une agression, externe ou interne, menaçant l'intégrité de l'organisme. Toutefois, la réduire à un simple signal d'alarme, à un système de protection de l'organisme, ne rend pas compte de toutes les dimensions de la douleur. Avec ce concept, il est en effet impossible d'expliquer les douleurs chroniques qui persistent après la guérison de la lésion initiale.

Dès la fin des années 1960, les recherches dans le domaine de la neurobiologie et des sciences humaines ont bouleversé nos connaissances et permis d'élaborer de nouveaux modèles de compréhension.

Depuis 1976, l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage ».

Cette définition a l'avantage de supprimer la dichotomie entre l'organique et le psychologique et invite à la prendre en compte dans toute sa complexité :

- la composante sensorielle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le codage du type, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages douloureux ;
- la composante émotionnelle ou affective correspond au côté désagréable, agressif, pénible, difficilement supportable de la douleur.

1.2 Différents mécanismes et étiologies (causes) sont impliqués dans les douleurs observées en cancérologie

Certains mécanismes sont dits générateurs de douleur. Ils sont le point de départ des messages neurologiques qui vont aboutir à l'élaboration et à la perception de la douleur au niveau cérébral. En cancérologie, la mise en jeu de la nociception et/ou de mécanismes neuropathiques expliquent la majorité des douleurs.

- Les douleurs nociceptives résultent de l'activation du système de la nociception par une lésion interne ou externe de l'organisme. En oncologie, ceci explique plus de 70 % des syndromes douloureux. La lésion peut être causée par le cancer comme par les traitements du cancer (mucite liée à la radiothérapie par exemple). Quand la cause disparaît (traumatisme, inflammation...) ou est traitée, les douleurs nociceptives évoluent vers la guérison. Tant que la cause persiste (comme la présence d'une masse tumorale par exemple), il est habituel que la douleur persiste. Ce type de douleur répond bien aux médicaments antalgiques dont les plus puissants sont les morphiniques forts.
- Les douleurs neuropathiques sont la conséquence d'une lésion du système nerveux : compression d'un nerf par la tumeur, toxicité neurologique d'une chimiothérapie, séquelle d'une chirurgie par exemple. Elles sont déroutantes pour les personnes malades et pour les médecins. Elles sont ressenties de manières inhabituelles (brûlure, fourmillement, décharges électriques...), ce qui rend parfois leur vécu inquiétant. Quand la cause de la souffrance



Mesure 19

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs d'un système de soins.

France neurologique disparaît, la douleur peut persister de manière transitoire ou chronique (séquelle douloureuse). Leur diagnostic est parfois difficile, car ces douleurs peuvent survenir avec un décalage dans le temps (jour, semaines, mois), après la lésion nerveuse. En oncologie, les douleurs neuropathiques sont retrouvées, seules ou en association avec une douleur nociceptive, dans environ 30 % des cas. Ces douleurs sont mal soulagées par les antalgiques habituels et nécessitent des traitements particuliers : certains antidépresseurs et certains antiépileptiques sont les médicaments de référence.

L'analyse des étiologies montre que si le cancer est fréquemment impliqué, il n'est pas la seule cause possible de douleur. Les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) peuvent être à l'origine de douleurs aiguës (quelques jours à quelques semaines) ou chroniques (à partir de 3 mois).

1.3 L'intensité et le retentissement de la douleur sont des éléments importants à analyser qui ne préjugent pas de la gravité de la cause

Quels que soient le mécanisme ou la cause, il n'existe pas de règle permettant de préjuger de l'intensité ou du retentissement de la douleur sur l'individu. Une douleur peut être chronique, avoir très peu de retentissement et ne pas nécessiter de traitement antalgique.

L'intensité de la douleur n'est pas liée à la taille ou à la « gravité » du cancer :

- l'endroit où se situe la tumeur (près d'une zone « riche en nerfs ») est parfois plus important que la taille ;
- les douleurs liées aux traitements sont parfois plus intenses que la douleur liée au cancer ;
- de nombreux facteurs, y compris psychologiques et sociaux, interviennent dans le vécu et donc dans la perception d'une douleur.

L'analyse de l'intensité, du retentissement de la douleur sur le sommeil, le moral, les activités du quotidien, permettent au médecin d'adapter la prise en charge la douleur et de fixer des objectifs pour juger le(s) traitement(s) mis en place.

En considérant, par ailleurs, que toutes les douleurs ne sont pas liées au cancer et qu'une douleur neuropathique peut persister après disparition de la lésion causale, il est aisé de comprendre que l'intensité de la douleur n'est pas un « marqueur » du cancer.

1.4 La douleur est fréquente en cancérologie, y compris lors de la phase de surveillance

TABLEAU N°1 : FRÉQUENCE ET INTENSITÉ DE LA DOULEUR EN FONCTION DES PHASES DE TRAITEMENT

Situation	Patients douloureux	Personnes parmi les patients douloureux avec une douleur d'intensité moyenne à forte
Tous cancers, en phase de traitement du cancer*	40-70 %	30 %
Cancer avancé*	60-70 %	45 %
À distance du traitement curatif (phase de surveillance)**	30-50 %	10-40 %

* VanDenBreuken 2007 (A)

VanDenBreuken 2007 (B)

2. CE QUI SE FAIT

2.1 Les stratégies de traitement des douleurs cancéreuses sont efficaces, mais les traitements doivent être adaptés et personnalisés en tenant compte des réticences et idées fausses

Le traitement de la douleur cancéreuse repose sur les traitements de la cause (ici le cancer) et sur l'utilisation de médicaments antalgiques qui sont une pierre angulaire du traitement.

L'usage des antalgiques est bien codifié depuis 1986 (recommandations de l'Organisation mondiale de la santé - OMS). Il a été prouvé qu'avec les moyens simples, décrits dans la stratégie OMS, applicables en théorie par tout médecin, il était possible de soulager efficacement 75 à 80 % des patients (Ventafrida

1987, Zech 1995). Quand cette stratégie simple est en échec ou insuffisante, un recours aux équipes et structures expertes dans l'évaluation et le traitement de la douleur est possible. D'un point de vue médical, un résultat satisfaisant correspond à la situation d'une personne dont la douleur habituelle est faible ou absente, ne perturbe pas le sommeil, et limite le moins possible les activités du quotidien.

Tant que ce résultat n'est pas obtenu et tant que les effets indésirables n'altèrent pas le quotidien, le médecin proposera d'adapter le traitement. Le traitement est toujours « sur mesure », discuté conjointement avec la personne malade. Si un soulagement est fréquemment obtenu, il faut parfois attendre plusieurs jours et plusieurs adaptations pour arriver à ce résultat.

La gestion pratique des médicaments pour obtenir un soulagement repose sur :

- le recours aux morphiniques forts quand la douleur est intense ou mal soulagée par des traitements moins puissants ;
- le recours aux traitements des douleurs neuropathiques quand cela est nécessaire ;
- la prise en compte des phénomènes anxieux ou dépressifs associés ;
- la prévention et la correction des effets indésirables quand ils existent ;

- une individualisation de la prise en charge par une évaluation régulière (idéalement toutes les 24-48 h) de l'efficacité et des effets indésirables, qui permet l'adaptation du traitement. En tenant compte du fait que différents médecins peuvent intervenir au cours de ce processus, ceci implique une bonne coordination des acteurs.

Il est intéressant de noter que certains échecs ou insuffisances de résultats peuvent être liés, en partie, à des réticences de la personne malade ou de son entourage (Tableau 2).

Il n'y a aucune honte ou anomalie à avoir une crainte vis-à-vis de certains médicaments, mais il est important d'en discuter.

2.2 Les douleurs séquellaires des traitements ne doivent pas être négligées : elles nécessitent parfois une prise en charge pluridisciplinaire

Tous les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie) peuvent être à l'origine de douleurs persistantes. Ces douleurs peuvent altérer la qualité de vie au quotidien et être un obstacle à la réinsertion.

Si ces douleurs sont facilement explicables, elles ne sont pas « normales » et il est souvent difficile de faire le pronostic de leur durée dans le temps, y compris à l'arrêt du traitement jugé responsable. Souvent, il existe une part neuropathique, séquellaire,

TABLEAU N°2 : EXEMPLES D'IDÉES FAUSSES ET RÉSISTANCES À UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE DE LA DOULEUR CANCÉREUSE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Pensées et attitudes possibles	Conséquences possibles
Douleur vécue comme une fatalité.	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne pas alerter, attirer l'attention du médecin sur la douleur. ● Endurer la douleur.
Certitude que la douleur cancéreuse ne peut pas être bien/efficacement soulagée.	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible exigence en termes de résultat : ne pas signaler au médecin, aux soignants que l'on est mal soulagé. ● Arrêt prématuré des traitements sans leur donner le temps d'agir.
Idee qu'il faut « économiser » les antalgiques pour qu'ils ne perdent pas leur effet avec le temps.	Prendre ponctuellement quand la douleur est intense les médicaments prescrits à horaire fixe : diminution de l'efficacité.
Peur des morphiniques : <i>devenir dépendant, devenir différent, « perdre la tête », morphine synonyme de gravité du cancer ou de fin de vie...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Crainte de prendre ces traitements. ● Discours minimisant la douleur, par peur que le médecin majore le dosage.
Peur d'utiliser les médicaments antiépileptiques et/ou antidépresseurs (utilisés dans les douleurs neuropathiques).	<ul style="list-style-type: none"> ● Arrêt prématuré des traitements : <ul style="list-style-type: none"> - sans leur donner le temps d'agir ; - sans laisser le temps que certains effets indésirables disparaissent.

dans le tableau douloureux. Ces douleurs qui sont fréquentes (Tableau 1) ne s'expliquent pas par une faute (traitement qui aurait été mal réalisé) ou une complication.

Ces douleurs sont parfois négligées alors qu'elles peuvent être intenses et/ou durables et/ou retentissant fortement sur le quotidien. À titre d'exemple, une étude récente (Gartner 2009) réalisée au Danemark, a interrogé 2 à 3 ans après le traitement d'un cancer du sein, les femmes qui avaient été traitées pour un cancer du sein. Parmi les 3 754 patientes traitées dans la période choisie par les auteurs, 3 253 femmes ont répondu (recul de 26 mois en moyenne par rapport au traitement). Dans cette population, 201 présentaient des douleurs intenses (6%), 595 des douleurs modérées (18%) et 733 des douleurs légères (22%) dans la région traitée (douleur séquellaire). Pour toutes ces femmes, seules 306 avaient consulté un médecin, dans les 3 mois précédant l'enquête, pour le motif de cette douleur.

Une prise en charge est possible si elle est souhaitée ou nécessaire. La première étape consiste en une évaluation, souvent réalisée par différents professionnels de santé. Avant de proposer une stratégie de traitement, il est important d'avoir :

1. identifié le mécanisme de la douleur ;
2. mesuré le retentissement de la douleur ;
3. exploré les possibles facteurs de modulation de la douleur existante, qu'ils soient d'ordre psychologique, familial ou social.

Cette évaluation permet de comprendre toutes les dimensions de la douleur, de clarifier certains enjeux de réinsertion, de discuter une prise en charge globale et personnalisée, médicamenteuse et/ou non médicamenteuse, comme pour toute douleur chronique.



→ Téléchargez le guide de référence *Douleur et cancer*
<http://www.e-cancer.fr/pendant-les-traitements/la-douleur>

3. LES PROGRÈS ENCORE NÉCESSAIRES

Depuis le premier Plan de lutte contre la douleur (1998), de nombreux progrès ont été réalisés en France, mais tout n'est pas réglé.

- Pour la douleur cancéreuse, il persiste un écart entre les bons résultats attendus et la réalité. Les enquêtes disponibles pour la France (Larue 1995, Bresseur 2007) et des enquêtes récentes réalisées en Europe (Holtan 2007, Breivik 2009) montrent que 14 à 30 % des personnes présentant des douleurs quotidiennes modérées à intenses n'ont aucun traitement antalgique.
- Pour la douleur séquellaire, des progrès et travaux scientifiques restent nécessaires avant la mise en place de stratégies de prévention.

Ceci explique que le Plan cancer 2009-2013 intègre des mesures en terme d'organisation et de moyens, susceptibles d'améliorer la situation actuelle :

- Mieux accompagner la personne pendant et après les traitements du cancer ;
- Amélioration du parcours de soins pendant la phase de traitement du cancer et lors de la période de surveillance
 - en corrigeant le manque de continuité des soins entre l'hôpital et le domicile,
 - en permettant au médecin traitant d'être le référent médical au domicile (accès aux données médicales, travail coordonné des professionnels de santé, mise à disposition de référentiels de traitements...);
- Généraliser la mise en œuvre des mesures qualité lancées par le Plan cancer précédent : renforcer les soins de supports en intégrant mieux la lutte contre la douleur (favoriser l'identification des besoins de prise en charge et l'accès aux équipes spécialisées).

Coordination de la fiche repère « La douleur en cancérologie » de l'INCa : direction soins et vie des malades, département parcours de soins et vie des malades.

Rédacteur : Docteur Thierry Delorme. Groupe de travail : Docteurs Claire Delorme, Jean-Luc Labourey, Agnès Langlade, Jean-Claude Lucien, Malou Navez, Ludmilla Ribière.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Brasseur L. et al.**: EFIC 2007 poster. « Pain prevalence and intensity between cancer patients: a 12 years interval survey in France ».
- **Breivik H. et al.**: Cancer related pain : a pan European survey of prevalence, treatment and patient. *Ann Oncol.* 2009;20:1420-33.
- **Delorme T. et al.** : Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Rapport abrégé. *Bull Cancer* 2004; 91(5):419-30. FNCLCC septembre 2003 (www.sor-cancer.fr rubrique spécialiste/soins support/douleur).
- **Gartner R et al.** : Prevalence of and factor associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009 ; 302 :1985-19920.
- **Holtan et al.**: Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway : A national survey. *Palliative Medicine* 2007;21: 7-13.
- **Larue F et al.**: Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995; 310(6986):1034-7.
- **Van den Beuken-van Everdingen MHJ et al.**(A) : Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 2007;18: 1437-1449.
- **Van den Beuken-van Everdingen MHJ** (B), High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain* 2007; 132: 312-320.
- **Ventafriada V. et al.**: A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59: 850-856.
- **Zech DF et al.**: Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10 years prospective study. *Pain* 1995;63: 65-76.