

PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR CANCEREUSE

Pr Hamouda Boussem* Dr Lotfi Kochbati**
*Services de *carcinologie médicale et **radiothérapie.*
Institut Salah Azaiz. Tunis

Le cancer représente une pathologie tumorale en plein « boum » dans notre pays avec une augmentation rapide et constante de l'incidence qui se rapproche progressivement de celle des pays occidentaux (1). Les tumeurs du sein (1000-1500 /an), gynécologiques /digestives dominent chez la femme et celles du poumon (2 à 3000) et de la sphère ORL (larynx/cavum) sont les plus fréquentes chez l'homme (1). Nous assistons actuellement à une amélioration du pronostic de certains cancers avec plus de guérisons, mais surtout pour la plupart des patients, plus de longues survies sans guérisons. Le cancer est de ce fait devenu une maladie chronique ou le rôle des soins palliatifs plutôt appelés actuellement « soins de support » est devenu essentiel. Ils peuvent être couverts par l'institution spécialisée, mais également les structures secondaires autres hôpitaux généraux ou régionaux, médecins de santé de base, médecins de libre pratique, d'où l'intérêt de constituer un réseau multidisciplinaire pour une prise en charge appropriée des patients cancéreux.

I. Douleur, intensité du problème.

La douleur représente un des motifs les plus fréquents de consultation médicale en général. Ce maître symptôme est présent chez ¼ à 1/3 des patients au Dc, et chez 1/3 de ceux sous traitement et chez plus de 75% en cas de maladie évoluée (2). 75% des patients cancéreux vont recevoir des morphiniques au cours de l'évolution de leur maladie (3). Toute douleur non contrôlée aura fréquemment un impact sur la vie quotidienne, la qualité de vie et l'état psychique. Les symptômes algiques correspondent à une stimulation mécanique ou chimique des nocicepteurs périphériques dans les structures superficielles et profondes et les viscères → excitations afférentes. La transmission des douleurs non-nociceptives se fait par les fibres rapides bêta et celle des douleurs nociceptives par les fibres plus volumineuses A delta et les fibres C afférentes

II. Approche devant un malade algique

Elle doit et être faite par tout praticien quelle que soit sa spécialité et comporte plusieurs étapes

1. Rechercher la ou les étiologies de la ou les douleurs
2. Quelle est l'intensité et la sévérité de la douleur ?
3. Proposer un traitement prenant en compte la situation médicale et psycho-sociale du patient.

Il existe 3 grands types de douleurs sur le plan physiopathologique : nociceptives, neurogènes et viscérales.

Les douleurs nociceptives

L'Excès de nociception correspond à une stimulation des nocicepteurs au niveau cutané ou sous-cutané → Douleur fréquemment constante et bien localisée. Elle est à type d'hyperalgésie primaire au site de la lésion et secondaire autour du site. Exemple = douleurs osseuses (rhumatologie ou métastases), douleurs post-opératoires, douleurs musculo - squelettiques (fracturaire.....)

Les douleurs neurogènes

Elles siègent fréquemment dans une zone d'hypoesthésie/anesthésie avec des manifestations d'allodynie (hypoesthésie douloureuse transitoire au toucher) ou allopathie à type de décharges électriques prolongées au toucher dans la zone douloureuse.

Les douleurs viscérales

Elles correspondent à une activation des nocicepteurs par infiltration, compression, extension ou étirement des viscères thoraciques ou abdomino-pelviens. Exemple : Maladie intrapéritonéale, pancréatique (cancer ou pancréatite), médiastinale (tumeur/médiastinite)

III. Evaluation pratique de la douleur

La méthode quantitative la plus reproductible et relativement fiable est l'échelle visuelle analogique, malgré une relative subjectivité. Elle comporte deux faces, numérique (orientée côté médecin) et une seconde pour le patient concernant sa perception de l'intensité/acuité de la douleur.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

**Pas de douleur
extrême**

Douleur

C'est la méthode la plus utilisée en pratique.

Quelle est l'intensité et la sévérité de la douleur ?

Douleurs et nombre

Pour chaque douleur

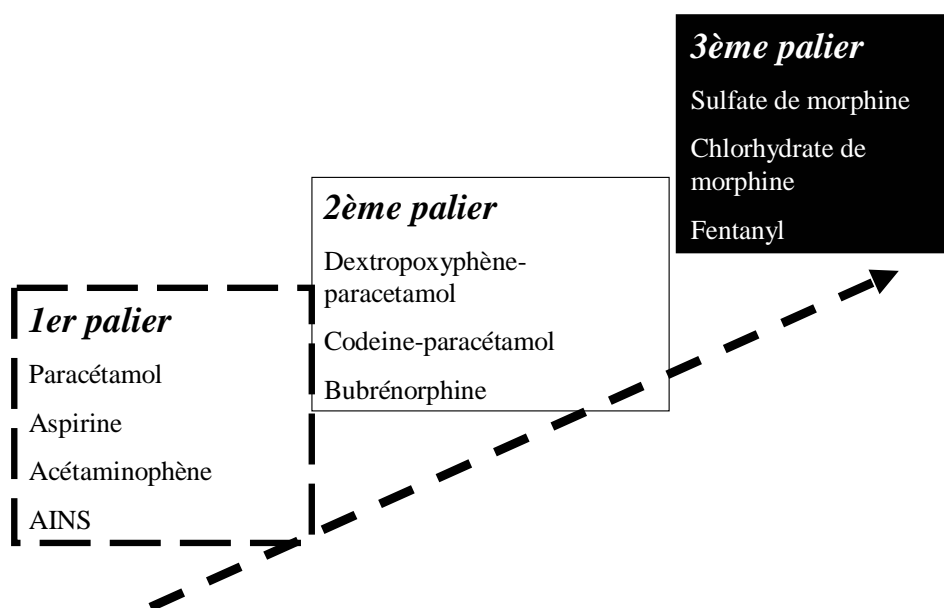
- Intensité de 0 à 10
- Localisation et irradiation
- Début et variation dans le temps
- Type temporel (constant, intermittent) et type (brûlure, pincement, tension ...)
- Facteurs aggravants
- Phénomènes neurologiques/vasomoteurs
- Impact sur la vie du patient
- Traitements actuels et antérieurs.

Les douleurs sont dues à une invasion directe par la tumeur, une atteinte osseuse, une compression nerveuse ou une obstruction d'organes creux ou d'une structure vasculaire. Les actes diagnostiques/thérapeutiques, tel qu'une biopsie médullaire, ponction lombaire, ou biopsie du cavum, mais également des douleurs post-opératoires (curage radical cervical) ou post-chimio (mucite) ou radiothérapie.

Les patients cancéreux ont souvent des causes et sites multiples de douleurs avec dans plus du 1/3 des cas, plus d'une douleur, 81% → 2 ou 3 douleurs différentes, 34% rapportent plus de 3 douleurs différentes (4). La prévalence de la douleur (colon et poumon) est souvent importante avec une durée estimée de 4 semaines et intensité modérée. Douleurs pendant 25% du temps dans 90% des cas (5).

IV. Recommandations de l'OMS

Moyens médicamenteux Recommandations de l'OMS



La conduite du traitement antalgique obéit aux règles de prescription suivantes :

Favoriser la voie orale

Administration régulière et à heures fixes plutôt « qu'au besoin »

Douleurs modérées (< 5) = non opioïdes

Douleurs modérées ou sévères (> 5) = morphiniques.

Dès établissement de la dose → morphine LP

Utiliser les tables de conversion

TRT préventif des Nées/Vts et constipation

Doses maximales tolérées avant passage d'une voie à une autre (SC → PO)

V. Classes médicamenteuses des antalgiques

Les non morphiniques agissent au niveau du système nerveux central, ne comportent pas de risque d'accoutumance et ont une tolérance en général bonne (mais attention chez le sujet âgé). On peut les associer aux opioïdes faibles et les anti-inflammatoires non stéroïdiens présentent un intérêt pour le traitement des douleurs osseuses

Les co-analgésiques sont également utiles et peuvent être de la classe des antidépresseurs tricycliques (Laroxyl, Anafranil) ou des anticonvulsivants (Tégretol, Rivotril, Nozinan), ou également des corticoïdes ou des anxiolytiques.

Les Morphiniques

Il existe plusieurs classes selon le mécanisme d'action, les agonistes qui se fixent compétitivement sur les récepteurs mu et kappa tel que la codéine, le fentanyl, l'hydromorphone, la morphine, l'oxycodone et la méthadone. Le chef de file des antagonistes purs est la naloxone.

Les agonistes-antagonistes sont la pentazocine (Fortal) et la buprénorphine (Temgesic) de moins en moins utilisés actuellement.

Les morphiniques disponibles en Tunisie sont le Chlorhydrate de morphine en ampoules à 10 mg, le sulfate de morphine à libération prolongée (2 prises par jour) de type Moscontin, Skenan, le fentanyl (Durogesic) en patchs (25, 50, 75 et 100 microgrammes) et la péthidine (Dolosal) en ampoules à 100 mg, moins utilisé.

VI. Règles pratiques de prescription des morphiniques

La dose habituelle de départ chez un adulte normal est de 30 mg x 2 per os pour le sulfate de morphine en 2 prises espacées de 12 heures. Des ajustements sont à faire chez le sujet âgé, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique et de déshydratation. L'évaluation de la dose efficace peut être obtenue après une éventuelle titration en utilisant du chlorhydrate de morphine en sous-cutané SC en injections de 10 milligrammes toutes les 4 heures. Chez l'enfant, la dose de morphine est de 1 mg/kg. Il existe également l'option de la voie cutanée par les patchs de Durogesic à raison d'un patch toutes les 72 heures.

L'évaluation de l'effet antalgique se fait habituellement après 36 à 48 heures. En cas de non contrôle des douleurs, on peut envisager une augmentation de 50% par rapport à la dose antérieure. Les doses et tolérances sont très variables selon les patients, la posologie pouvant aller de 20 mg à plusieurs grammes par jour. Le risque d'accoutumance aux morphiniques est minime sauf très rares exceptions (patients prédisposés).

VII. Les règles de bonne pratique clinique de l'usage des morphiniques

sont mieux codifiées actuellement, en France sous forme de standards, options et recommandations ou SOR(6). Les non opioïdes sont indiqués pour les douleurs faibles ou modérées avec association possible aux opioïdes. Les AINS dans les douleurs inflammatoires sont intéressants pour les douleurs musculosquelettiques. Les opioïdes sont indiqués pour les douleurs modérées ou fortes (à partir de 6 sur l'échelle visuelle analogique). La morphine est la drogue de référence avec un TRT d'appoints par des morphiniques à action immédiate. Les patchs peuvent être utilisés en cas de douleurs stables (sans paroxysme). Il n'y a pas de dose limite pour les opioïdes tant que les effets secondaires sont bien contrôlés. Si la douleur reste incomplètement contrôlée, l'interdose est de 10% de celle de la dose de morphine LP journalière. Cette interdose peut être administrée en cas de douleurs très intenses même à des intervalles de moins de 4 heures. Les morphiniques n'ont pas de contre-indication formelle, même en cas d'insuffisance respiratoire. On peut pratiquer la rotation des opioïdes qui correspond au changement d'un morphinique par un autres, indiquée en cas d'effets indésirables ou de résistance à l'opioïde utilisé. Elle peut se faire entre tous les opioïdes purs (fentanyl, morphine, hydromorphone, oxycodone) en tenant compte de la table de conversion. Les douleurs neurogènes sont plus difficiles à contrôler et relèvent des co-analgésiques (antidépresseurs et anticonvulsivants).

L'utilisation au long cours des morphiniques pour les douleurs chroniques a permis de mieux connaître les avantages/inconvénients de ce maniement prolongé (7). Il est acquis que plus de 80% des patients, non en phase terminale sont calmés par un traitement morphinique bien conduit. Dans les études, le suivi de 1 à 6 ans. Les doses moyennes sont de l'ordre de 200 mg/j. La morphinothérapie au long cours ne semble pas

avoir de retentissement sur la vie quotidienne. Les échecs du traitement antalgique sont en rapport avec une tolérance aux opioïdes ou une hypersensibilité à la douleur aux opioïdes. Le longueur du traitement peut avoir un retentissement hormonal ou générer une immunosuppression.

Traitements spécifiques de la douleur cancéreuse

Le traitement le plus efficace reste une thérapeutique spécifique active tel que la chimiothérapie ou la radiothérapie, permettant un meilleur contrôle de la douleur (avec éventuel arrêt des antalgiques), une diminution du risque fracturaire et/ou de compression médullaire et à plus long terme une reminéralisation osseuse. La radiothérapie est utilisée, soit en fractionnement/étalement contracté (30 Gy en 10 séances de 3 Gy) ou « en flash » à raison d'une à deux séances de 6 à 8 Gy (8).

Les diphosphonates per os ou en IV ont également un intérêt dans le contrôle des douleurs et la prévention des complications osseuses métastatiques ou d'origine myélomateuse (9).

Références

1. Registre des cancers du nord de la Tunisie. 1995-98.
2. Cleeland et al. Cancer 1984;54:2635
3. Foley et al. NEJM 1985;313:84
4. Twycross et al. Pain 1982;14:303
5. Portenoy et al. Cancer 1992;70:1616
6. Standards, options et recommandations pour le traitements des douleurs nociceptives . Bull Cancer 2002;89:1067-74.
7. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med 2003;349:1943-53.
8. Falkmer U, Jarhult J, Wersall P et al. A systematic overview of radiation therapy effects in skeletal metastases. Acta Oncol 2003;42:620-33.
9. Lipton A. Toward new horizons : the future of biphosphonates therapy. Oncologist 2004;S4:38-37.