

PARTIE 2

Dr Antoine Boden

Université de
Toulouse, Oncopole
Claudius Regaud,
Toulouse, Franceboden.antoine@
iuct-oncopole.frL'auteur déclare
avoir participé à
des interventions
ponctuelles
(expertise et conseil
scientifiques) pour
les laboratoires
Boiron et GSK.Cet article fait partie
d'un supplément
réalisé avec le soutien
institutionnel de Viatrix
sans intervention de
leur part dans
l'élaboration du
sommaire, le choix des
auteurs et la rédaction
des articles.

Prises en charge des douleurs en oncologie

Apport antalgique des traitements oncologiques

Les traitements oncologiques spécifiques ont une place à part entière dans la prise en charge de la douleur, avec, en premier lieu, la radiothérapie mais également la chirurgie ainsi que les traitements systémiques. Ainsi, la radiothérapie est notamment intégrée aux recommandations de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO) comme traitement de choix des douleurs en lien avec les atteintes osseuses¹.

Radiothérapie

Les métastases osseuses constituent la majeure partie des indications de radiothérapie antalgique, avec des schémas d'irradiation pouvant être réalisés en séance unique ou en fractionnement jusqu'à dix séances². Les indications à visée décompressive ainsi que les irradiations antalgiques de localisations viscérales ou cutanées douloureuses sont également courantes.

L'effet antalgique de la radiothérapie repose sur un triple mécanisme : anti-inflammatoire, tumoricide et consolidateur. Celui-ci peut survenir dans un délai d'une à deux semaines suivant le début du traitement, avec une réponse maximale deux à quatre semaines après l'irradiation³. Le taux de réponse global est, selon les études, de 60 à 80 %. Une aggravation transitoire de la douleur après radiothérapie, dénommée phénomène de « flare », est possible. Celui-ci survient généralement dans les vingt-quatre à soixante-douze heures suivant le début d'irradiation et régresse habituellement en deux à quatre jours³. Des douleurs neuropathiques diffé-



© ADRE STOCK - VALERIE APETROAIE

rées peuvent également survenir⁴. Par ailleurs, la radiothérapie interne vectorisée occupe également une place croissante dans la prise en charge des douleurs osseuses diffuses et permet une irradiation systémique ciblée du tissu osseux métastatique⁵. L'effet antalgique, lié à la réduction de l'activité tumorale et ostéoblastique, survient généralement en une à quatre semaines. Cette approche constitue une alternative ou un complément à la radiothérapie externe dans des situations sélectionnées.

Chirurgie

Les gestes chirurgicaux font partie intégrante de la stratégie antalgique, qu'ils soient à visée curative, cytoréductrice ou palliative⁶. Parmi les indications emblématiques, on retrouve les chirurgies d'ostéosynthèse pour fracture pathologique ou instabilité osseuse, de décompression nerveuse et de dérivation digestive ou urinaire, avec un effet antalgique qui est le plus souvent rapide. Outre les complications opératoires, une douleur neuropathique séquellaire est possible.

Traitements systémiques oncologiques

Les traitements oncologiques systémiques ont un effet antalgique indirect corrélé à la réponse tumorale, avec un délai d'efficacité variable selon les traitements¹. Pour les chimiothérapies cytotoxiques, la réponse symptomatique est constatée entre deux et huit semaines. Toutefois, les chimiothérapies peuvent également induire des neuropathies, mucites, arthralgies et myalgies. La réponse aux thérapies ciblées peut être rapide, de quelques jours à quelques semaines. Ce type de traitement peut aussi entraîner des douleurs à type d'arthralgies ainsi que des douleurs liées à une toxicité cutanée ou un syndrome main-pied. Concernant les immunothérapies, la réponse est plus imprévisible, avec une possible pseudoprogression initiale entraînant une majoration transitoire des douleurs. Leur profil de toxicité est varié et peut comporter des arthrites, des myalgies ou encore des tableaux de polyneuropathie. ●