

PARTIE 1

Dr Erwan Treillet¹,
 Dre Julie Fulcrand²,
 Dre Aurélie Beneton³,
 Dre Sabrina
 Jubier-Hamon⁴

1. Service de
 médecine de la
 douleur, hôpital
 Lariboisière,
 Paris, France
 Hopitaux Civils de
 Colmar, Colmar,
 France

2. Pharmacienne
 clinicienne, Pôle
 Cancérologie et
 Spécialités
 médicales,
 Centre hospitalier
 de Valenciennes,
 Valenciennes, France

3. Département
 interdisciplinaire
 de soins de support
 pour le patient
 en oncologie,
 CHU Saint-Étienne,
 Saint-Étienne, France

4. Institut de
 cancérologie de
 l'Ouest Pays de la
 Loire, Angers, France

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

Antalgiques en cancérologie : repères pour une prise en charge adaptée

La prise en charge de la douleur en oncologie demeure un enjeu majeur de santé publique. Malgré les avancées thérapeutiques, plus d'un tiers des patients continuent de recevoir un traitement antalgique jugé insuffisant¹. Cette problématique dépasse largement le cadre des structures spécialisées en cancérologie. En effet, la prévalence des douleurs chroniques chez les patients ayant survécu à un cancer est estimée à 41 % (IC à 95 % : 34-49 %)². La gestion de la douleur s'inscrit donc pleinement dans le champ de la médecine générale. Les douleurs en oncologie sont souvent multimorphes, mêlant plusieurs mécanismes : nociceptif, neuropathique et nociplastique.

Douleur neuropathique

La douleur neuropathique, définie comme une douleur en lien avec une lésion du système nerveux somato-sensoriel, demeure encore une entité insuffisamment diagnostiquée et donc sous-traitée³ alors qu'elle concerne 20 % des patients présentant des douleurs chroniques en oncologie⁴. Ses mécanismes sont variés. Elle peut être en lien avec la tumeur, notamment en cas d'envahissement ou de compression nerveuse. La prise en charge de cette douleur repose alors sur le traitement spécifique oncologique et les traitements recommandés ci-après. Elle peut également résulter des traitements du cancer : post-chirurgicale, post-chimiothérapie, désignée sous le terme de neuropathies péri-

DOULEURS NEUROPATHIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

◆ **Pour les douleurs neuropathiques périphériques localisées**, plusieurs options topiques sont accessibles en médecine générale :

– **les patches de lidocaïne** peuvent être utilisés en dehors du cadre de la douleur post-zostérienne. Leur prescription s'effectue dans le cadre d'un accès compassionnel, hors AMM. Elle implique le recueil de données cliniques, un suivi régulier du patient ainsi que la complétion de fiches d'initiation et de suivi à transmettre périodiquement au laboratoire ;

– **les préparations à base de capsaïcine** sont également une option. Leur utilisation repose principalement sur des préparations magistrales à faible concentration.

◆ **Pour les douleurs neuropathiques périphériques étendues ou centrales**, le traitement de première ligne repose sur une prise en charge *per os*. Le choix thérapeutique sera orienté en fonction du terrain clinique.

En présence de **troubles du sommeil**, les antidépresseurs tricycliques sont à privilégier, notamment en prise vespérale.

En présence de **symptômes dépressifs**, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) constituent une option pertinente, sous réserve d'une surveillance de la pression artérielle.

En cas de **troubles de la déglutition**, certaines adaptations galéniques sont possibles, telles que l'ouverture des gélules de gabapentine (selon les recommandations de l'OMÉDIT Normandie) ou le recours à la prégabaline en solution buvable, en deuxième ligne.

phériques induites par la chimiothérapie (CIPN), post-radiothérapie. La prise en charge repose sur les recommandations nationales ou internationales des douleurs neuropathiques générales. Celles-ci sont résumées dans le **tableau 1**⁵⁻⁷.

Douleur nociceptive

Dans la douleur cancéreuse par excès de nociception, le traitement ne doit plus être pensé comme une simple progression mécanique des paliers de l'OMS mais comme une stratégie dynamique fondée sur l'intensité, le contexte clinique et les mécanismes en jeu⁸.

Types de traitement des douleurs nociceptives

Les antalgiques non opioïdes gardent une place dans les douleurs faibles ou comme co-antalgiques, notamment lors d'exacerbations, mais leur utilisation doit tenir compte des risques de toxicité viscérale ou hématologique. Les opioïdes dits faibles ont une place plus limitée en oncologie, car leur effet plafond restreint leur efficacité. Le tramadol conserve toutefois un intérêt dans certaines douleurs mixtes grâce à son double mécanisme opioïde et mono-aminergique (**tableau 2**).

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (1)

TABLEAU 1. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES (2020) ET INTERNATIONALES (NeuPSIG 2025) POUR LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES, INCLUANT LES NEUROPATHIES PÉRIPHÉRIQUES CHIMIO-INDUITES (CIPN)

Situations cliniques	Traitement	Posologie indicative	Recommandations
Douleur neuropathique périphérique localisée	Lidocaïne patch 5 %	■ 1 à 3 patches à poser 12 h/24 h (AMM = douleur post-zostérienne, possible pour DN avec prescription compassionnelle et disponible en rétrocession hospitalière)	■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations françaises ■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations internationales si patients vulnérables, sinon 2 ^e ligne
	TENS (neurostimulation transcutanée)	■ > 30 min/j (prescription par médecin SDC [structure douleur chronique] ou médecin avec DU douleur ou capacité douleur, ou DES avec formation électrothérapie)	■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations françaises
	Patch de capsaïcine 8 %	■ 1 à 4 patches, 30 - 60 min/2 - 3 mois (traitement à réserve hospitalière) ■ AMM = DN périphérique de l'adulte	■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations internationales si patients vulnérables, sinon 2 ^e ligne dans les recommandations françaises
	Crème de capsaïcine 0,075 %	■ 1 application sur la zone douloureuse 3 fois par jour (préparation magistrale)	■ 2 ^e ligne selon les recommandations internationales ■ Non présente dans les recommandations françaises
	Toxine botulinique de type A	■ 50 à 300 unités sur la zone douloureuse/3 mois (traitement à réserve hospitalière hors AMM mais prescription compassionnelle possible)	■ 2 ^e ligne selon les recommandations françaises ■ 3 ^e ligne selon les recommandations internationales
DN périphérique ou centrale	IRSNA	■ duloxétine dose cible : 60-120 mg, une fois par jour (AMM = douleur neuropathique diabétique) ■ venlafaxine : dose cible 150-225 mg/j en 1 ou 2 prises (hors AMM)	■ 1 ^{re} ligne (recommandations françaises ou internationales) ■ Duloxétine = <i>gold standard</i> pour ESMO ou ASCO pour les CIPN
	Antidépresseurs tricycliques	■ Dose cible : 25-150 mg/j en 1 ou 2 prises (diminuée à 10 - 150 mg/j selon les recommandations françaises) ■ amitriptyline : AMM = DN périphérique de l'adulte ; ■ clomipramine : AMM = DN de l'adulte.	■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations françaises ou internationales ■ Attention : non recommandés chez la personne âgée du fait des effets anticholinergiques, sédatifs, avec risque de chutes
	Gabapentinoïdes	■ gabapentine : dose cible 1 200 - 3 600 mg en 2 ou 3 prises (AMM : DN périphériques de l'adulte) ; ■ prégabaline : dose cible 150-600 mg en 2 prises (AMM : DN périphériques ou centrales) ; ordonnance sécurisée.	■ 1 ^{re} ligne selon les recommandations internationales ■ 1 ^{re} ligne pour la gabapentine selon les recommandations françaises ■ 2 ^e ligne pour la prégabaline selon les recommandations françaises
	Opioides	■ < 120 mg EMO (équivalent morphine orale) ; ordonnance sécurisée ■ Tramadol : 200 - 400 mg en 2 ou 3 prises ; ordonnance sécurisée	■ Tramadol rétrogradé de la 2 ^e ligne à la 3 ^e ligne dans les recommandations internationales ■ 3 ^e ligne, après évaluation du risque de mésusage, en l'absence d'alternatives
	rTMS (10 - 20 Hz, cortex moteur primaire)	■ 1 200 - 3 000 pulses/séance	■ 3 ^e ligne

AMM : autorisation de mise sur le marché ; ASCO : American Society of Clinical Oncology ; CIPN : *chemotherapy-induced peripheral neuropathy* ; DES : diplôme d'études spécialisées ; DN : douleur neuropathique ; DU : diplôme d'université ; ESMO : Société européenne d'oncologie médicale ; SDC : structures douleur chronique.

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (1)

TABEAU 2. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES DOULEURS NOCICEPTIVES DANS LE CANCER

Type de traitement	Molécules	Points clés
Non opioïdes	Paracétamol, AINS, néfopam	■ Combinables entre eux ou avec un opioïde ■ AINS réservés à des situations ciblées (risque majoré si insuffisance d'organe, thrombopénie) ■ Douleur faible (EN) < 4/10 surtout utilisés en co-antalgiques lors des exacerbations
Opioïdes dits « faibles »	Codéine, tramadol, dihydrocodéine, poudre d'opium	■ Dose plafond quotidienne ■ Ordonnance sécurisée obligatoire depuis mars 2025 (validité 12 semaines) sauf pour la poudre d'opium actuellement ■ Tramadol privilégié dans les douleurs mixtes (action opioïde + monoaminergique) ■ Douleur avec EN à 4-6/10 ou échec des non-opioïdes ■ En oncologie, les opioïdes forts à faible dose sont souvent préférés d'emblée
Opioïdes dits « forts »	Morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl transdermique, méthadone, sufentanil	■ Équivalents en efficacité, choix selon le profil patient ■ Voie orale privilégiée, formes LP $\times$ 2/j, transdermique/72 heures ■ Pas de dose plafond ■ Objectif : dose minimale efficace ■ Douleur intense > 6/10 ■ Surveillance des effets indésirables et des signes de surdosage ■ En cas d'insuffisance rénale, les molécules à privilégier : fentanyl, méthadone ■ Utilisation possible de la morphine et de l'oxycodone à doses réduites, sous forme LI, puis titrées progressivement, avec une réévaluation quotidienne de l'efficacité et de la tolérance ■ En cas d'insuffisance hépatique : utilisation de la morphine et de l'oxycodone avec réduction des doses et augmentation de l'intervalle entre les prises, ces opioïdes pouvant précipiter ou aggraver une encéphalopathie hépatique ■ Hydromorphone disponible uniquement en LP, fentanyl en LP transdermique, donc pour des douleurs stabilisées ■ Le sufentanil est utilisé en hospitalisation, en intraveineux, par des équipes spécialisées ■ La méthadone est habituellement utilisée seule mais peut être proposée en co-administration d'un autre opioïde

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; EN : échelle numérique ; LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée.

TABEAU 3. DÉLAI ET DURÉE D'ACTION DES PRINCIPALES VOIES D'ADMINISTRATION DES ANTALGIQUES

Administration	Délai d'action	Durée d'action
Per os LP	De 1 à 2 heures	12 heures
Per os LI	De 45 minutes à 1 heure	De 4 à 6 heures
Intraveineux	De 5 à 15 minutes	De 2 à 3 heures
Patch transdermique	12 heures	72 heures

LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée.

Maniement des opioïdes

Pour les douleurs modérées, à faibles doses, ou les douleurs intenses ou très intenses à plus fortes doses, les opioïdes sont utilisés avec des doses à libération prolongée (LP) deux fois par jour, avec un recours à une forme à libération immédiate (LI) en cas d'exacerbation douloureuse (hors ADP ou douleur non contrôlée). La connaissance des

délais d'action et des durées d'action est nécessaire pour un usage sûr et pertinent (**tableau 3**).

Les objectifs à atteindre lors de l'instauration d'un traitement antalgique sont⁹ :

- une douleur de fond absente ou d'intensité faible ;
- le respect du sommeil habituel du patient ;
- moins de quatre accès douloureux par jour ;

OPIOÏDES FORTS EN PRATIQUE

- Les opioïdes dits forts sont souvent introduits plus précocement, à faible dose, pour obtenir un meilleur contrôle⁹.
- Morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl ou méthadone n'ont pas montré de supériorité nette : le choix repose sur le profil du patient.
- Cette approche illustre une analgésie multimécanistique et complémentaire, dépassant la seule logique hiérarchique des paliers.

- une efficacité des traitements prévus pour les accès douloureux supérieure à 50 % ;
 - des activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur ;
 - des effets indésirables des traitements mineurs ou absents.
- Leur maniement est détaillé dans le **tableau 4**.

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (1)

erwan.treillet
@aphp.fr
fulcrand-j@ch-
valenciennes.fr
aurelie.beneton
@chu-st-etienne.fr
sabrina.jubier-
hamon@ico.
unicancer.fr

E. Treillet déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour les entreprises Ethypharm, Eumedica et Leurquin.

J. Fulcrand déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour le laboratoire Ethypharm.

A. Beneton déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (actions de formations) pour l'entreprise Boiron.

S. Jubier-Hamon déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour les entreprises Esteve pharmaceuticals, Grünenthal, Medtronic et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacements pour congrès ou autre manifestation scientifique, par Grünenthal, Leurquin Mediolanum, Mundipharma, et Merz Pharma.

TABLEAU 4. MANIEMENT DES OPIOÏDES

Situation	Conduite pratique	À savoir
Initiation d'un opioïde fort	■ Privilégier la voie orale, forme LP ■ Réévaluation clinique rapprochée ■ Le fentanyl transdermique est non adapté au début de prise en charge si douleur instable	■ À privilégier : morphine ou oxycodone ■ Fentanyl transdermique non adapté au début de la prise en charge si douleur instable
Titration lente (patient non urgent)	■ Augmenter par palier d'environ 25 à 30 % de la dose quotidienne ou intégrer 30 à 50 % des interdosés utilisés dans les 24 h précédentes	■ Même molécule pour le traitement de fond et les interdosés si possible (excepté pour le fentanyl) ■ Prudence accrue chez le sujet âgé, dénutri, fragile, insuffisant rénal ou hépatique
Titration rapide IV/PCA (Patient-Controlled Analgesia) : urgence, besoin d'analgésie rapide	■ En contexte spécialisé : - patient naïf : administration de 2 mg de morphine (patient < 60 kg) à 3 mg (patient ≥ 60 kg) toutes les 5 à 10 min - patient déjà sous opioïdes, s'appuyer sur la dose d'interdose et la réponse clinique	■ Privilégier : morphine IV si fonction rénale correcte ■ Si insuffisance rénale sévère, discuter une alternative spécialisée en milieu hospitalier (sufentanil IV, fentanyl IV)
Administration	■ Per os : traitement de fond LP et interdose LI ■ Interdose : 1/6 à 1/10 de la dose opioïde quotidienne ■ Respecter le délai d'action entre deux prises ■ Maximum équivalent à la dose journalière ■ IV : débit continu et bolus (de 1/24^e à 1/10^e de la dose quotidienne)	■ Ne pas mélanger morphine et oxycodone
Ajustement des doses de fond	■ Si ≥ 3 interdosés/j ou douleur insuffisamment contrôlée : augmenter la dose de fond ■ Si toxicité : réduire la dose, corriger les facteurs favorisants et discuter une rotation d'opioïde ■ Réévaluer la cause de la douleur, l'observance et les effets indésirables	■ Des équivalences sont à calculer en cas d'utilisation de fentanyl transdermique pour des interdosés de morphine/oxycodone LI
Accès douloureux paroxystique (ADP) sur douleur de fond contrôlée	■ Les fentanyl transmuqueux ne sont pas interchangeables, ils doivent être titrés pour chaque ADP et ont différentes formes galéniques	■ ADP = exacerbations douloureuses, transitoires et de courte durée (paroxysme atteint en moins de 3 min) ■ Dans la moitié des cas, la douleur dure plus de 30 min, d'intensité modérée à sévère chez des malades ayant des douleurs persistantes habituellement maîtrisées par un traitement opioïde de fond

IV : intraveineux ; LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée.

Les effets indésirables fréquents des opioïdes sont une constipation quasi constante, à prévenir d'emblée par laxatif, les nausées ou les vomissements initiaux, la somnolence, la sécheresse buccale, les myoclonies, les cauchemars, les hallucinations visuelles ou encore une rétention urinaire. La plupart de ces effets indésirables sont prévisibles et transitoires et certains se traitent symptomatiquement. Il faut les distinguer du surdosage,

marqué par une sédation croissante, puis par une dépression respiratoire. La surveillance repose sur le score RASS (échelle d'agitation-sédation de Richmond) et la fréquence respiratoire (< 8 cycles/min). La SaO₂ peut rester longtemps normale. En cas de surdosage, l'antidote est la naloxone. Le myosis n'est pas un signe de gravité. En cas d'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 mL/min), le fentanyl transdermique, voire la méthadone, sont à privilégier.

Changement d'opioïdes

En cas de douleur insuffisamment contrôlée ou d'effets indésirables importants, le changement d'opioïdes (anciennement rotation) permet une amélioration clinique dans 80 % des cas¹⁰. Il existe des équivalences entre les opioïdes, et un outil d'aide à la conversion est disponible pour calculer des équivalences à faible risque de surdosage : <https://opioconvert.fr/>

La méthadone est particulièrement efficace dans les douleurs rebelles, elle est d'instauration hospitalière mais le renouvellement peut être réalisé en ville : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2025/12/2025-fiche_med_methadone_FI.pdf

L'évaluation répétée, clinique et multidimensionnelle, conditionne une prise en charge antalgique sûre et pertinente. Elle doit s'appuyer sur une bonne connaissance des bénéfices, limites, risques et conditions d'usage des traitements mais aussi sur des outils pratiques partagés. Les boîtes à outils de la commission « Douleur & cancer » de la SFETD, les référentiels AFSOS et les convertisseurs d'opioïdes aident à sécuriser les prescriptions, à guider les changements d'opioïdes et à harmoniser les pratiques entre la ville et l'hôpital. ●

DOULEURS NOCICEPTIVES EN PRATIQUE

- Les opioïdes restent le chef de file des traitements. Plusieurs spécialités sont disponibles, présentant des avantages et des inconvénients. Aucun n'a démontré de supériorité.
- Il est préférable de titrer progressivement avec l'utilisation des formes *per os* et à libération prolongée.
- Les effets secondaires sont fréquents et communs à l'ensemble des opioïdes, souvent à prévenir d'emblée. La méthadone possède des effets secondaires propres (allongement de l'espace QT). Il est indispensable de différencier effets secondaires et signes de surdosage.
- De nombreux outils sont disponibles, notamment des calculateurs en ligne tels que <https://opioconvert.fr/> et www.metaconvert.eu.

Des boîtes à outils de la SFETD proposent également des ressources (sur la méthadone, avec une fiche pour les médecins généralistes, ou sur les douleurs neuropathiques) :

<https://www.sfetd-douleur.org/boite-a-outils/>.

Enfin, des référentiels sont accessibles via l'AFSOS :

<https://www.afsos.org/referentiels-recommandations/decouvrir-tous-les-referentiels/>

MOTS-CLÉS :

multimodalité, interdisciplinarité, douleur multimorphe du cancer.

KEYWORDS:

multimodality, interdisciplinarity, multimorphic cancer pain.

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE.

PARTIE 1. ANTALGIQUES EN CANCÉROLOGIE : REPÈRES POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

La prise en charge de la douleur multimorphe du cancer repose sur des fondamentaux : parmi eux l'interdisciplinarité et la multimodalité. Grâce aux synergies entre les professionnels de santé de différentes spécialités médicales, tous types d'exercice confondus, et à une approche fondée sur le triptyque thérapeutiques médicamenteuses, approches interventionnelles et complémentaires, le multimorphisme douloureux peut être adressé à tout moment du parcours de façon optimisée.

SUMMARY PAIN MANAGEMENT IN ONCOLOGY.

PART 1. PAIN MEDICATIONS IN ONCOLOGY: GUIDELINES FOR APPROPRIATE MANAGEMENT

The management of multimorphic pain experienced by patients with cancer is grounded in several key principles, foremost among them interdisciplinarity and multimodal care. By fostering collaboration among healthcare professionals from diverse medical specialties and across all healthcare settings, and by integrating a therapeutic strategy based on three complementary pillars — pharmacological treatments, interventional pain management techniques, and complementary supportive therapies — the heterogeneous mechanisms underlying cancer-related pain can be addressed in a comprehensive and individualized manner throughout the entire continuum of care.

RÉFÉRENCES

1. Roberto A, Greco MT, Uggeri S, et al. Living systematic review to assess the analgesic undertreatment in cancer patients. *Pain Pract* 2022;22(4):487-96.
2. Wong PK, Wang L, Ho MH, et al. Global prevalence of chronic pain among cancer survivors: A systematic review and proportional meta-analysis of observational studies. *Worldviews Evid Based Nurs* 2026;23(1):e70122.
3. Dupoiron D, Brill S, Eeltink C, Barragán B, et al. Diagnosis, management and impact on patients' lives of cancer-related neuropathic pain (CRNP): A European survey. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2022;31(6):e13728.
4. Bouhassira D, Luporsi E, Krakowski I. Prevalence and incidence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in patients with cancer. *Pain* 2017;158:1118-25.
5. Moisset X, Bouhassira D, Avez Coururie J, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises, *Douleur Analg* 2020;33:101-12.
6. Soliman N, Moisset X, Ferraro M, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurol* 2025 ;24:413-28.
7. Jordan B, Margulies A, Cardoso F, et al. ESMO Guidelines Committee. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow up. *Ann Oncol* 2020;31(10):1306-19.
8. Lussier D, Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. In: Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickenson AH. *Pharmacology of pain*. Seattle (États-Unis): IASP Press; 2010. p. 27-42.
9. Authier N, Bertin C, Chappuy M, et al. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf
10. Treillet E, Laurent S, Hadjiat Y. Practical management opioid rotation and equianalgesia. *J Pain Res* 2018;11:2587-601. <https://doi.org/10.2147/JPR.S170269>