

PARTIE 4

Dre Sabrina
Jubier-Hamon

Département
d'onco-
réhabilitation,
Institut de
cancérologie de
l'Ouest Pays de la
Loire, Angers,
France

sabrina.jubier-
hamon@ico.
unicancer.fr

L'auteure 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.

Prises en charge des douleurs en oncologie

Approches interventionnelles invasives

Quel rôle pour le médecin généraliste ?

La douleur liée au cancer demeure insuffisamment contrôlée pour une proportion significative de patients, malgré une prise en charge antalgique bien conduite.

En complément des traitements médicamenteux, non pharmacologiques et des thérapeutiques oncologiques spécifiques, les techniques interventionnelles invasives¹ constituent une ressource précieuse. Elles ne se substituent pas aux soins de support et s'inscrivent nécessairement dans une approche globale et coordonnée.

La radiologie interventionnelle permet la réalisation de gestes ciblés (cimentoplasties, thermoablations, infiltrations, blocs neurolytiques), particulièrement pertinents dans les douleurs osseuses localisées ou certaines douleurs neuropathiques périphériques.

L'analgésie intrathécale par pompe implantable représente une alternative en cas de douleurs rebelles malgré des posologies importantes d'opioïdes ou en cas d'effets indésirables à ces derniers, en délivrant les antalgiques au plus près des récepteurs médullaires^{2,3}.

La stimulation médullaire trouve sa place dans certaines douleurs neuropathiques souvent d'origine séquellaire⁴.

Plus rarement, des techniques neurochirurgicales lésionnelles peuvent être discutées dans des situations sélectionnées⁵.

Ces approches nécessitent une expertise spécifique et une orientation précoce. Il ne s'agit plus d'une escalade de dernier recours mais



d'une stratégie anticipée⁶, discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire, fondée sur une analyse fine de la douleur, l'état général, le pronostic, les objectifs de soins et de qualité de vie déterminés avec le patient⁷.

Le rôle du médecin généraliste est important : repérer une douleur insuffisamment contrôlée malgré un traitement bien conduit, identifier une intolérance médicamenteuse ou une douleur localisée potentiellement accessible à un geste ciblé. L'orientation vers une consultation spécialisée douleur, une structure d'algologie oncologique ou, demain, vers des plateformes interventionnelles dédiées

doit être envisagée précocement. **L'adhésion du patient aux propositions interventionnelles dépend également du regard et du soutien de son médecin traitant.** Une réserve ou un manque de conviction peut constituer un frein majeur, voire un facteur d'échec, même en présence d'une indication pertinente. Mieux connaître ces options, sans en maîtriser nécessairement la technicité, permet d'éviter les impasses antalgiques. L'enjeu, pour le médecin généraliste, est d'intégrer ces ressources dans une vision globale du parcours de soins et d'accompagner le patient dans des choix éclairés, au service du maintien de sa qualité de vie. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

- RCP : rapprochez-vous de la cellule qualité opérationnelle, appelée centre de coordination en cancérologie (3C), de votre région pour accéder aux annuaires de votre région ou du CETD (cf. annuaire DGOS).
- Analgésie intrathécale : BOIT SFETD.
- Radiologie interventionnelle et neurochirurgie de la douleur : référentiel AFSOS.
- Métastases osseuses. Référentiels Auvergne-Rhône-Alpes en oncologie thoracique. Mise à jour 2025. p. 41-4.