

PARTIE 5

Dre Christine Villatte-De Figueiredo¹,
Dre Julie Fulcrand²,

1. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CLCC Auvergne Jean-Perrin, Clermont-Ferrand, France

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

fcvillatte@clermont.unicancer.fr

fulcrand-j@ch-valenciennes.fr

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

Approches complémentaires et de support

Pour introduire le propos des approches complémentaires, une réflexion sur le *care* et le *cure* peut être proposée : *care* et *cure* seraient-ils aussi antinomiques que cela ? Le terme *cure* se traduit en français par « guérir », « traiter », « remédier » ou « soigner » et *care* par « se soucier », « aimer », « faire attention à ». Rien ne semble s'opposer à « se soucier » et « faire attention à » pendant un traitement visant à remédier à la maladie et à favoriser la guérison. Bien au contraire...

Définir l'oncologie intégrative

Il semble également essentiel de pouvoir définir une notion, l'oncologie intégrative, qui peut faire débat si la définition n'est pas respectée. Selon l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), l'oncologie intégrative regroupe plusieurs composantes : d'une part, la cancérologie conventionnelle, comprenant les soins spécifiques et les soins oncologiques de support (SOS), et, d'autre part, les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT), terme officiel des médecines alternatives et complémentaires (MAC). L'objectif principal de ces médecines non conventionnelles, dites « complémentaires », est la prise en charge des symptômes liés aux traitements et à la maladie, notamment la douleur, afin d'améliorer la qualité de vie des patients, la tolérance et l'efficacité des traitements. Les soins oncologiques de support permettent d'assurer le lien entre

DÉFINITION DE LA SOCIÉTÉ D'ONCOLOGIE INTÉGRATIVE (SIO pour *Society for Integrative Oncology*)

- L'oncologie intégrative est un domaine de soins du cancer axé sur le patient et fondé sur des données probantes. Elle associe, en complément des traitements anticancéreux conventionnels, les pratiques de l'esprit et du corps, les produits naturels et les modifications du mode de vie issues de différentes traditions. L'oncologie intégrative vise à optimiser la santé, la qualité de vie et les résultats cliniques dans le continuum des soins contre le cancer, ainsi qu'à permettre aux patients de prévenir le cancer et de devenir des participants actifs avant, pendant et après le traitement du cancer.
- La SIO est créée en 2003 devant l'émergence des médecines alternatives et complémentaires aux États-Unis afin de promouvoir la recherche clinique et limiter les abus en proposant des recommandations standardisées. Elle définit la médecine intégrative comme une science et une philosophie qui intègrent l'utilisation des traitements non conventionnels en complément des traitements spécifiques du cancer.

les traitements spécifiques de la maladie cancéreuse et ces pratiques non conventionnelles, sous réserve de conditions spécifiques à définir et à respecter afin que cette alliance soit constructive et bénéfique pour les patients^{1,2}.

Pratiques complémentaires et pratiques alternatives : une distinction essentielle

Les PNCAVT constituent la terminologie utilisée par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES). Elles peuvent être pratiquées en complément du traitement de cancérologie conventionnelle (spécifique et soins de support). Elles sont qualifiées de pratiques « complémentaires ». À l'inverse, certaines pratiques sont dites « alternatives », c'est-à-dire utilisées en remplacement de la cancérologie et de

la médecine conventionnelle, et dont les objectifs seraient de lutter contre le cancer et/ou les symptômes dus à la maladie ou à ses traitements. Ces pratiques dites alternatives sont dangereuses et condamnables. Cette nuance entre « alternative » et « complémentaire » est donc essentielle²⁻⁵.

Place des approches complémentaires dans les soins oncologiques de support

Le recours aux pratiques non conventionnelles chez les patients atteints de cancer est fréquent, avec une prévalence en Europe de 36 % et en augmentation constante depuis les années 1980. Leur utilisation se retrouve à tous les stades de la maladie cancéreuse, en phase curative, en phase avancée et dans l'après-cancer².

Ces pratiques complémentaires (les seules abordées dans cet article) peuvent être exercées par des professionnels de santé ou non. Elles sont enseignées dans certaines universités ou dans des organismes privés, avec des niveaux de formation très hétérogènes. Pour la plupart de ces approches complémentaires, il n'existe à ce jour aucun cadre réglementaire, ni en matière de pratique professionnelle ni concernant l'enseignement. Il paraît donc important de collaborer avec des praticiens de médecines complémentaires titulaires d'une formation reconnue, inscrites au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), garantissant les compétences requises à l'exercice du métier, et de s'assurer de leur niveau de connaissances en cancérologie². Dans le cadre d'une approche coordonnée et sous réserve de ces précautions, ces pratiques complémentaires ont leur place dans la prise en charge de la douleur au cours du cancer, que ce soit pour des douleurs chroniques séquentielles ou des douleurs induites par la maladie, quel que soit le stade (curatif, palliatif, après-cancer)²⁻⁵. Parmi ces pratiques, certaines reposent sur des données scientifiques, avec des niveaux de preuve variables, ou sont évaluées dans le cadre d'études contrôlées ayant mis en évidence leur efficacité et leur innocuité. C'est notamment le cas de l'hypnoanalgésie, qui fait partie des deux techniques particulières d'analgésie reconnues, avec l'antalgie intrathécale, dans le Référentiel organisationnel national Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer/avis d'experts (Recommandations et référentiels), publié par l'Institut national du cancer (INCa) en octobre 2021. Elle occupe une place en cancérologie en association ou non avec les autres traitements, que ce soit pour les douleurs séquellaires ou pour les douleurs en lien avec la maladie^{5,7}. En revanche, pour d'autres ap-

EN PRATIQUE

Il est important d'explorer l'usage des pratiques complémentaires chez les patients atteints de cancer, d'en préciser la nature (complémentaire *versus* alternative) et d'envisager, lorsque cela est pertinent, une intégration encadrée et coordonnée avec les soins oncologiques de support.

proches telles que l'onco-esthétique, la relaxation ou la sophrologie, les preuves scientifiques restent encore insuffisantes, même si elles sont considérées comme étant efficaces par la plupart des patients^{5,7}.

Les méthodes non médicamenteuses regroupent des techniques validées et d'autres encore non validées. On peut distinguer quatre catégories : les traitements biologiques naturels (plantes, certains compléments alimentaires), les traitements psychocorporels (hypnose, yoga, méditation, sophrologie), les traitements physiques manuels (ostéopathie/chiropraxie, massages, toucher-massages) et les médecines énergétiques (médecine traditionnelle chinoise, médecine traditionnelle indienne ayurvédica)⁶.

Focus : phytothérapie et cancer, quels points de vigilance en médecine générale ?

La phytothérapie peut être définie comme une modalité de soins reposant sur l'usage des plantes à des fins préventives ou thérapeutiques. Elle recouvre un ensemble de pratiques incluant notamment l'aromathérapie, la gemmothérapie, l'herboristerie, la phytothérapie traditionnelle (notamment chinoise) ainsi que la phytothérapie pharmaceutique¹⁰.

Le recours aux produits à base de plantes est fréquent chez les patients atteints de cancer. Une revue systématique avec méta-analyse incluant 155 études et plus de 800 000 participants estime à environ 22 % la prévalence mondiale d'utilisation de médicaments à base de plantes chez les patients atteints de cancer du sein ou de la prostate⁸. Cette consommation reste toutefois largement sous-déclarée : peu de patients en informent spontanément leur oncologue⁹.

D'un point de vue réglementaire, la phytothérapie ne correspond pas à une catégorie unique. Un produit à base de plantes peut relever du statut de médicament, de complément alimentaire, de cosmétique ou d'un autre cadre réglementaire, selon sa composition, sa présentation, son usage et les allégations revendiquées. Cette distinction est essentielle en pratique, car le niveau d'évaluation, de contrôle de qualité, de sécurité et d'information du patient varie fortement selon le statut du produit. La complexité de la réglementation des produits à base de plantes est en partie résumée dans un tableau de synthèse¹¹ (tableau).

C. Villatte-De Figueiredo déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Comm Santé, Viatrix, Leurquin Mediolanum, Grünenthal et avoir été prise en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par Boiron, Novartis, Esteve, Grünenthal, Medtronic.

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

TABLEAU. PHYTOTHÉRAPIE : CAS DE LA LAVANDE OFFICINALE

Présentation	Statut
■ en l'état, sans allégation	■ denrée alimentaire
■ antiseptique et cicatrisante	■ médicament (interdit à la vente en dehors des officines)
■ apaisante, qui contribue à la qualité du sommeil	■ complément alimentaire
■ adoucit les irritations légères ou les démangeaisons sur une peau saine non lésée	■ produit cosmétique
■ parfum d'ambiance	■ substance chimique
■ répulsive contre les insectes du jardin	■ préparation naturelle peu préoccupante

Compléments alimentaires : des exigences différentes de celles du médicament

Les compléments alimentaires ne relèvent pas du statut de médicament¹²⁻¹⁴. Ils ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont réglementés, au sein de l'Union européenne, comme des denrées alimentaires. À ce titre, ils doivent respecter des exigences en matière de composition, de sécurité, d'étiquetage et d'allégations, et font l'objet, en France, d'une déclaration préalable à leur commercialisation. Ils sont donc soumis à des exigences de qualité relevant du domaine alimentaire, et non aux standards pharmaceutiques. Cela entraîne plusieurs limites : variabilité possible de la composition ; standardisation insuffisante en principes actifs, expression parfois imprécise des dosages, manque d'information sur l'origine botanique ou le type d'extrait. S'ajoutent à cela des données souvent insuffisantes concernant les populations à risque, les contre-indications et les précautions d'emploi, ainsi qu'une absence ou une très faible documentation sur les interactions médicamenteuses.

Huiles essentielles

Les huiles essentielles sont considérées comme des préparations à base de plantes. Leur statut dépend de leur usage et des allégations associées : elles peuvent relever de la réglementation des cosmétiques, des biocides ou des médicaments à base de plantes. Leur composition en molécules actives, définie par le chémotype, conditionne leurs propriétés et leurs usages. Lorsque les huiles essentielles sont utilisées comme médicaments, elles doivent répondre aux exigences de qualité pharmaceutique définies par les pharmacopées européennes ou françaises.



Interactions et risques

La question des interactions entre les produits à base de plantes et les traitements anticancéreux (chimiothérapies, thérapies ciblées, hormonothérapies, immunothérapies) constitue un enjeu majeur en pratique clinique¹⁶⁻¹⁸. À ce jour, les données validées restent limitées et reposent principalement sur des analyses pharmacologiques ou pré-cliniques, avec peu d'études cliniques chez l'homme. Néanmoins, cette incertitude ne doit pas conduire à banaliser leur usage mais, au contraire, à renforcer leur repérage systématique.

Plusieurs travaux suggèrent un sur-risque d'interactions médicamenteuses potentiellement cliniquement significatives chez les utilisateurs de plantes et de compléments alimentaires. Ainsi, dans une étude menée chez des patients atteints de cancer du sein ou de la prostate, le risque d'interactions médicamenteuses potentielles majeures était significativement plus élevé chez les utilisateurs de produits à base de plantes que chez les non-utilisateurs¹⁹.

Les recommandations américaines du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) rappellent que les compléments alimentaires exposent à des risques de toxicité et d'interactions médicamenteuses. Elles préconisent d'éviter ou d'interrompre les compléments à visée antioxydante chez les patients recevant une chimiothérapie, une radiothérapie ou une thérapie photodynamique, en raison d'un risque d'interférence avec l'efficacité des

traitements²⁰. Dans ce contexte, la Société française de pharmacie oncologique (SFPO) a publié des recommandations visant à améliorer la détection et la prise en compte du risque lié à l'utilisation des médecines complémentaires chez les patients atteints de cancer²¹.

Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a mis en place un dispositif de nutrivigilance, permettant de déclarer les effets indésirables liés notamment aux compléments alimentaires, aux aliments enrichis ou aux nouveaux ingrédients²².

Comment s'y retrouver ?

Plusieurs outils sont à notre disposition et, comme dans toute recherche, il est nécessaire de croiser les sources. On retrouve ci-dessous une liste non exhaustive de ressources gratuites, fiables et rapides :

- le tableau de l'ANSES mentionnant des précautions d'emploi, recommandations, contre-indications et interactions médicamenteuses potentielles de certaines plantes²³ ;
- le livret de l'AFSOS consacré à la phytothérapie, qui propose des fiches pratiques sur vingt phytothérapies²⁴ ;
- le site WikiPhyto, qui permet d'accéder rapidement aux informations générales sur les plantes (noms latins, anglais, indications, principaux risques)²⁵ ;
- l'analyse des interactions à partir de données pharmacologiques pré-cliniques et cliniques, qui peut notamment se réaliser via la plateforme Hedrine (*Herb Drug Interaction Database*)¹⁶ (France et Belgique), avec l'application CLIC-Interact (outil français gratuit sur smartphone) ;
- la base du Memorial Sloan Kettering Cancer Center (« About Herbs, Botanicals & Other Products »), également disponible sous forme d'application, qui constitue une ressource particulièrement utile, notamment en cancérologie²⁶.

EN PRATIQUE

- L'identification systématique de la consommation de produits à base de plantes doit faire partie du suivi des patients atteints de cancer.
- L'enjeu n'est pas d'interdire leur usage de manière systématique mais de mieux le documenter, l'évaluer et le sécuriser.

Lorsque le temps le permet, il ne faut pas hésiter à solliciter le pharmacien pour une recherche plus exhaustive ou à contacter le centre régional de pharmacovigilance, qui dispose souvent de ressources complémentaires (*Stockley's Herbal Medicines Interactions, Natural Medicines Comprehensive Database*²⁷). Une recherche bibliographique complémentaire peut être également réalisée²⁸⁻³⁰.

Le raisonnement clinique doit intégrer les mécanismes pharmacocinétiques, notamment ceux impliquant les cytochromes CYP et la glycoprotéine P, ainsi que les effets pharmacodynamiques additifs. Certaines interactions fréquentes doivent être connues, comme celles impliquant le millepertuis (inducteur enzymatique), le ginkgo biloba (augmentation du risque hémorragique) ou le pamplemousse (inhibiteur enzymatique). ●

RÉFÉRENTIEL INCA



Publication par l'INCa (Institut national du cancer) en octobre 2021,
Référentiel organisationnel national, Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer/avis d'experts (recommandations et référentiels)

- Le présent référentiel définit au niveau national les principes organisationnels du parcours de soins de support du patient atteint de cancer. Les soins de support correspondent au panier défini par l'INCa en 2016 : il regroupe les soins ayant démontré un impact positif sur l'état de santé des patients ainsi que ceux contribuant à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être, sans autre amélioration démontrée de l'état de santé ou dont le niveau de preuve dans le domaine est faible.
- Le rapport de l'INCa redéfinit le panier SOS, qui comprend désormais :
 - quatre soins « socles » : prise en charge de la douleur, prise en charge diététique et nutritionnelle, prise en charge psychologique et prise en charge sociale, familiale et professionnelle ;
 - cinq soins de support « complémentaires » : APA (activité physique adaptée), soutien psychologique des proches et aidants, préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité, conseils d'hygiène de vie ;
 - deux techniques particulières d'analgésie : l'hypnoanalgésie et l'analgésie intrathécale.
- Ce rapport souligne l'importance d'une évaluation particulière des besoins en SOS, notamment en ce qui concerne l'image de soi, comme l'onco-esthétique, l'art-thérapie, et également la stomathérapie, l'odontologie, l'orthophonie, la sophrologie, l'hypnose, la méditation de pleine conscience et l'acupuncture (niveau de preuve encore insuffisant).
- Les soins palliatifs font partie des SOS et jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des cancers de mauvais pronostic.

RÉFÉRENTIELS AFSOS



Publications par l'AFSOS (Association francophone des soins oncologiques de support)

- | | |
|--|------------------------------|
| ● Pratiques complémentaires et cancer | ● Ostéopathie et cancer |
| ● APA et cancer | ● Socio-esthétique et cancer |
| ● Acupuncture et cancer | ● Mucites |
| ● Hypnose thérapeutique et cancer | ● Photobiomodulation |
| ● Méditation dite de pleine conscience en onco-hématologie | |