

PARTIE 6

Dre Christine
Villatte-De
Figueiredo

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

cvillatte@
clermont.
unicancer.fr

L'auteure 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.

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

Cas de la prise en charge des douleurs des métastases osseuses

Généralités sur les métastases osseuses

Les métastases osseuses constituent la première cause de douleurs en cancérologie. Cependant, il peut y avoir des extensions métastatiques osseuses asymptomatiques. Les métastases osseuses concernent 20 % des patients atteints d'un cancer et sont retrouvées lors d'autopsies chez 85 % des patients décédés d'un cancer. Elles sont fréquentes au cours de l'évolution de nombreux cancers, en particulier les cancers du sein, du poumon et de la prostate. L'apparition de douleurs chez un patient atteint ou ayant été atteint d'un cancer doit alerter et conduire à la réalisation d'examens complémentaires afin d'éliminer une évolution osseuse de la maladie.

Les localisations osseuses secondaires les plus fréquentes sont, par ordre de fréquence, le rachis, le bassin, les hanches, les os longs ainsi que le crâne.

Comment identifier les douleurs ?

Les métastases osseuses peuvent être responsables de douleurs d'intensité souvent modérée à intense. Il s'agit généralement de douleurs par excès de nociception, avec un caractère mécanique et/ou inflammatoire.

La localisation des douleurs est variable en fonction de la localisation des métastases et il peut y avoir une, quelques ou plusieurs localisations douloureuses. Il peut même s'agir de

douleurs diffuses, avec de multiples localisations douloureuses, d'intensité propre à chacune, en cas de lésions osseuses secondaires diffuses. Certaines localisations peuvent être et même rester asymptomatiques.

Au cours de l'évolution et en fonction de l'atteinte osseuse, il peut y avoir des douleurs mixtes, qui associent une composante nociceptive et une composante neuropathique. C'est notamment le cas d'une épidurite ou d'une compression médullaire lors de lésions osseuses vertébrales, qui sont des urgences en cancérologie. Les premiers signes sont une modification des douleurs, avec une augmentation de l'intensité et une modification de la tonalité ainsi que l'apparition d'une composante neuropathique.

Les accès douloureux paroxystiques sont fréquents en cas de métastases osseuses et sont à identifier pour adapter le traitement antalgique. Ils sont définis comme des exacerbations transitoires et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère, survenant sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort. La survenue est spontanée, brutale et rapide et peut être prévisible (toux, défécation, mobilisation, marche...) ou imprévisible.

Comment traiter en première ligne et comment orienter la prise en charge ?

Dans ce contexte, il est important d'essayer de soulager au mieux les patients douloureux afin de leur

permettre de garder des activités, une autonomie et de maintenir une qualité de vie suffisante, grâce à une prise en charge multimodale.

Des traitements médicamenteux permettent d'obtenir un soulagement, et des traitements non médicamenteux y sont associés, avec une part importante accordée à la kinésithérapie et à la réadaptation fonctionnelle, pour compléter et améliorer l'ensemble de la prise en charge antalgique.

Différents traitements spécifiques du cancer sont utiles et associés au traitement antalgique : la radiothérapie localisée (voire la radiothérapie stéréotaxique), la radiothérapie métabolique, avec la possibilité d'un traitement par lutécium (dans le cancer de la prostate métastatique), les traitements médicamenteux anticancéreux (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). Des traitements spécifiques de certaines métastases osseuses peuvent compléter le traitement antalgique et dans certains cas permettre de diminuer celui-ci. Ils incluent la chirurgie de consolidation (si fracture ou en prévention en cas de risque fracturaire), la chirurgie de décompression en cas d'épidurite ou de compression médullaire, la vertébroplastie, la cimentoplastie, la cryothérapie ou la thermoablation. Dans certains centres experts, on peut également proposer l'électrochimiothérapie, consistant en l'application concomitante d'une électroporation réversible et d'une administration intraveineuse de chimiothérapie, la

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS OSSEUSES EN PRATIQUE

Exemples de traitement antalgique à débiter dans un premier temps

En cas de douleur d'intensité modérée

- Opioïde faible, comme opium, tramadol, codéine, associé ou non au paracétamol, ou opioïde fort, d'emblée ou dans un second temps, avec une forme LP et des interdoses par une forme LI.
- En fonction du nombre de prises d'interdoses et de l'évaluation du soulagement obtenu et du confort, augmentation de la dose de fond au bout de quarante-huit à soixante-douze heures au minimum (période de titration).
- Si le soulagement est insuffisant, et s'il n'y a pas de contre-indication, on peut associer sur une période limitée de sept à vingt et un jours un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).
- De petites doses d'opioïde fort sont souvent mieux tolérées et plus efficaces qu'un traitement par un opioïde faible.

En cas de douleur d'intensité forte

- Opioïde fort d'emblée avec une forme LP et des interdoses par une forme LI. Associé ou non à du paracétamol et/ou un traitement AINS en fonction du soulagement.
- En fonction du nombre de prises d'interdoses et de l'évaluation du soulagement obtenu et du confort, augmentation de la dose de fond au bout de quarante-huit à soixante-douze heures au minimum (période de titration).
- Il n'est pas recommandé de débiter un traitement opioïde fort par du fentanyl transdermique (indication pour des douleurs cancéreuses stables). Il peut être prescrit en équivalence de dose (site OPIOconvert.fr) pour connaître l'équivalence de dose lorsque la phase de titration est terminée et que la dose du traitement antalgique morphinique est stable et permet un soulagement correct convenant au patient.
- Les fentanyl transmuqueux sont indiqués pour le traitement des accès douloureux paroxystiques, fréquents en cas de métastases osseuses. En revanche, ils n'ont aucune indication dans la titration d'un traitement antalgique par opioïdes forts. Ils ne sont pas faciles à manier et il est nécessaire de titrer pour trouver la dose efficace de ces médicaments.
- Si une composante neuropathique est mise en évidence, un traitement antalgique adapté peut être ajouté : gabapentinoïde et/ou antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) comme la venlafaxine ou la duloxétine.
- Depuis le 1^{er} décembre 2024, les opioïdes faibles sont prescrits, comme les opioïdes forts, sur des ordonnances sécurisées, en respectant les mêmes règles. Les médicaments contenant du tramadol, de la codéine et de la dihydrocodéine, seuls ou en association à d'autres substances (paracétamol, ibuprofène...), sont dispensés uniquement sur présentation d'une **ordonnance sécurisée**. Le prescripteur doit inscrire en toutes lettres **le dosage, la posologie et la durée de traitement**. La durée maximale de prescription est réduite à **trois mois**.

Villatte-De Figueiredo C. Les métastases osseuses. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement 2024;25(5-6):304-6.

bléomycine. Enfin, la mise en place d'un traitement antiostéoclastique par bisphosphonates ou dénosumab peut être discutée.

Pour les douleurs rebelles, il est possible de recourir à des techniques invasives réalisées dans des centres experts, telles que le traitement antalgique en intrathécal (par pompe intrathécale ou cathéters externa-

lisés), la neuromodulation et la neurochirurgie lésionnelle (cordotomie antérolatérale, tractotomie pédonculaire stéréotaxique ou mésentocéphalique, et DREZotomie).

Il est important de débiter un traitement médicamenteux antalgique et d'évaluer régulièrement la tolérance et le soulagement obtenu, afin de l'adapter au mieux. Il est égale-

ment essentiel de contacter le médecin spécialiste référent du patient pour une prise en charge spécifique. Des examens complémentaires peuvent être réalisés et le dossier peut être présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire spécifique afin d'améliorer la prise en charge multimodale des métastases osseuses. ●