

La Revue du Praticien

Toute la médecine pour chaque médecin

Douleurs et cancer

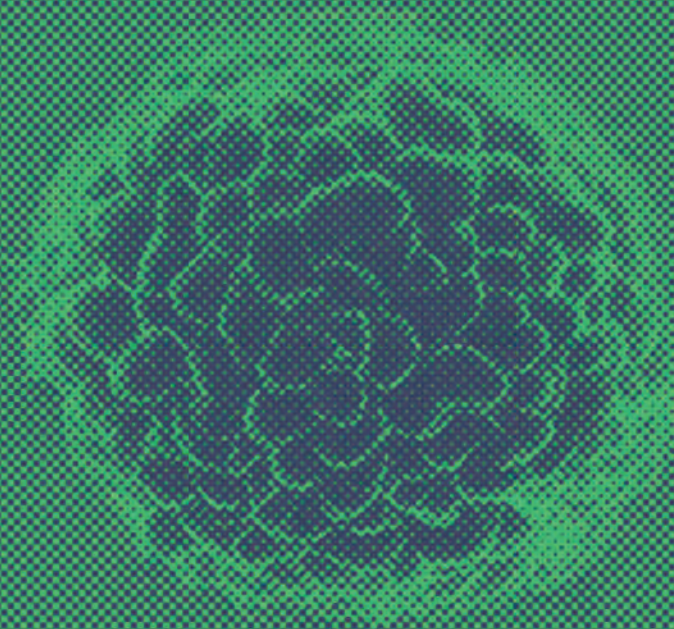
SUPPLÉMENT

© Adobe Stock / Margarita / Œuvre composite par l'A

En collaboration avec



Avec le soutien institutionnel de  VIATRIS



© 2026 Global Média Santé. TOUS DROITS RÉSERVÉS

Tour Voltaire – 1, place des Degrés – CS 80235 – 92059 Paris La Défense Cedex

Les praticiens et chercheurs doivent toujours se baser sur leur propre expérience et connaissances pour évaluer et utiliser toute information, méthodes, composés ou expériences décrits ici. Du fait de l'avancement rapide des sciences médicales, en particulier, une vérification indépendante des diagnostics et dosages des médicaments doit être effectuée. Dans toute la mesure permise par la loi, Global Média Santé décline toute responsabilité pour tout préjudice et/ou dommages aux personnes ou aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation ou de l'application de toutes les méthodes, les produits, les instructions ou les idées contenus dans la présente publication.

Ce numéro a été réalisé en toute indépendance éditoriale et sous la seule responsabilité des auteurs, des coordinateurs et de la directrice de publication qui sont garants de l'objectivité de l'information publiée. L'objectif de cette publication est de fournir des informations sur l'état actuel des connaissances. Certaines données publiées dans ce supplément peuvent ne pas avoir été validées par les autorités françaises. Les liens d'intérêts de l'ensemble des auteurs ayant participé à la rédaction d'articles sont consultables sur la base

«Données publique Transparence - Santé», éditée par le ministère des Solidarités et de la Santé
<https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/>.

Le laboratoire Viatris n'est pas intervenu dans le choix et la rédaction des articles.

Pr Éric Serra

Psychiatre, médecin de la douleur, centre d'étude et de traitement de la douleur, CHU Amiens-Picardie, Amiens, France

Président de la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur)

Dr Didier Mayeur

Oncologue médical, responsable du département transversal de soins de support, centre Georges-François-Leclerc, Dijon, France

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

Dre Ségolène Perruchio

Médecin de soins palliatifs, cheffe du service de soins palliatifs du CH Rives de Seine, Puteaux, France

Présidente de la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)

SFETD

Dire l'engagement de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) pour la prise en considération de la douleur, symptôme majeur, tout au long de la vie et dans toutes les situations de santé, c'est se féliciter des travaux de sa commission consacrée au cancer, la maladie, ses soins et l'après-cancer. C'est souligner les évaluations et les traitements spécifiques des douleurs aux mécanismes complexes, douleurs de mieux en mieux étudiées et enseignées, y compris lors des séquelles de la maladie. C'est accompagner la mise en place nécessaire de plateformes d'analgésie interventionnelle, à partir des compétences déjà existantes et au service de tous. Et ce sont, grâce à *La Revue du Praticien*, des articles rédigés par les meilleurs experts de ce domaine, pour nous éclairer dans la prise en charge de ce que nos concitoyens considèrent comme le pire symptôme, en particulier dans le cancer, au point de vouloir ériger la douleur en priorité nationale de santé.

Pr Éric Serra

AFSOS

Créée en 2008 à l'initiative d'oncologues médicaux et d'hématologues, l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) est la société savante promouvant la connaissance et la mise en œuvre des soins oncologiques de support¹, rendus obligatoires dans le cadre des autorisations d'exercer en cancérologie². Société pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, elle est impliquée, entre autres, dans la prise en charge des douleurs associées au cancer. L'AFSOS participe ainsi, avec la SFETD et la SFAP, au séminaire annuel intersociétés savantes « Douleur & cancer ». L'AFSOS a rédigé plusieurs référentiels concernant ce sujet, régulièrement mis à jour et accessibles gratuitement sur son site internet. La structure de formation AFSOS Form propose des sessions concernant la douleur chez le patient cancéreux, thème auquel le congrès annuel de l'AFSOS consacre presque chaque année une session. Enfin, l'intergroupe Unicancer-AFSOS « Recherche en soins de support » a déjà aussi été sollicité pour des projets de recherche clinique concernant cette thématique.

Dr Didier Mayeur

1. Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

2. Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

SFAP

Association regroupant professionnels de santé et bénévoles d'accompagnement, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) a été créée en 1989, alors qu'en France la philosophie des soins palliatifs était encore naissante.

Société savante, elle a d'emblée eu des missions multiples : développer et diffuser les savoirs en matière de soins palliatifs, diffuser la culture palliative et militer pour le déploiement de l'offre de soins palliatifs. Encore maintenant, alors que la Cour des comptes souligne qu'un patient sur deux qui relève d'une prise en charge palliative n'en bénéficie pas, la SFAP se mobilise pour que tous les patients puissent être accompagnés et soulagés. Évidemment, au cœur des prises en charge palliatives se trouve celle de la douleur.

En lien avec les autres acteurs de la prise en charge de la douleur du cancer, la SFAP s'engage. Participation à des travaux communs en vue d'élaborer des recommandations, webinaires de formation, congrès annuel rassemblant près de 3 000 personnes, journées de formation, dont la désormais fameuse journée « Douleur du cancer » coorganisée par la SFAP, la SFETD et l'AFSOS, etc. Les actions ne manquent pas pour obtenir, un jour, des soins palliatifs partout et pour tous.

Dre Ségolène Perruchio



SOMMAIRE

© ADOBE STOCK - MARGARITA

Douleurs et cancer

3	Préfaces <i>Éric Serra, Didier Mayeur, Ségolène Perruchio</i>	15	Partie 1. Antalgiques en cancérologie : repères pour une prise en charge adaptée <i>Erwan Treillet, Julie Fulcrand, Aurélie Beneton, Sabrina Jubier-Hamon</i>	30	Partie 5. Approches complémentaires et de support <i>Christine Villatte-De Figueiredo, Julie Fulcrand</i>
5	Éditorial. Soigner les douleurs du cancer : yes, we can ! <i>Antoine Lemaire</i>	20	Partie 2. Apport antalgique des traitements oncologiques <i>Antoine Boden</i>	35	Partie 6. Cas de la prise en charge des douleurs des métastases osseuses <i>Christine Villatte-De Figueiredo</i>
7	Comprendre la douleur du cancer aujourd'hui <i>Antoine Lemaire, Erwan Treillet</i>	22	Partie 3. Approches interventionnelles non invasives : TENS, rTMS, PBM <i>Gwladys Fontaine, Antoine Lemaire, Christine Villatte-De Figueiredo</i>	38	L'après-douleur, une conséquence de l'antalgie efficace en oncologie <i>Laurent Labrèze, Marie Daspas, Christine Villatte-De Figueiredo</i>
9	Évaluation des douleurs <i>Flora Tremellat-Falière, Gwladys Fontaine, Laurent Labrèze</i>	28	Partie 4. Approches interventionnelles invasives <i>Sabrina Jubier-Hamon</i>	41	Boîte à outils
15	Prises en charge des douleurs en oncologie			42	Glossaire

CONTENTS

Pain and cancer

3	Forewords <i>Éric Serra, Didier Mayeur, Ségolène Perruchio</i>	15	Part 1. Pain medications in oncology: Guidelines for appropriate management <i>Erwan Treillet, Julie Fulcrand, Aurélie Beneton, Sabrina Jubier-Hamon</i>	30	Part 5. Complementary and supportive approaches <i>Christine Villatte-De Figueiredo, Julie Fulcrand</i>
5	Editorial. Treating cancer pain: Yes, we can! <i>Antoine Lemaire</i>	20	Part 2. Analgesic contribution of oncological treatments <i>Antoine Boden</i>	35	Part 6. Management of pain from bone metastases <i>Christine Villatte-De Figueiredo</i>
7	Cancer pain management <i>Antoine Lemaire, Erwan Treillet</i>	22	Part 3. Non-invasive interventional approaches: TENS, rTMS, PBM <i>Gwladys Fontaine, Antoine Lemaire, Christine Villatte-De Figueiredo</i>	38	After-pain, a consequence of effective pain management in oncology <i>Laurent Labrèze, Marie Daspas, Christine Villatte-De Figueiredo</i>
9	Cancer-related pain assessment <i>Flora Tremellat-Falière, Gwladys Fontaine, Laurent Labrèze</i>	28	Part 4. Invasive interventional approaches <i>Sabrina Jubier-Hamon</i>	41	Toolbox
15	Pain management in oncology			42	Glossary

L'équipe rédactionnelle du mensuel
La Revue du Praticien n'a pas participé
à la rédaction de ce supplément.

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE RÉDACTION

Coordinateur :

Dr Antoine Lemaire
Valenciennes, France

Dr Erwan Treillet
Paris, France

Dre Flora Tremellat-Falière
Nice, France

Dre Gwladys Fontaine
Senlis, France

Dr Laurent Labrèze
Bordeaux, France

Dre Julie Fulcrand
Valenciennes, France

Dre Aurélie Beneton
Saint-Étienne, France

Dre Sabrina Jubier-Hamon
Angers, France

Dr Antoine Boden
Toulouse, France

Dre Christine Villatte-De Figueiredo
Clermont-Ferrand, France

Marie Daspas-Laurent
Bordeaux, France

Directrice générale de Global Média Santé et directrice des publications

Dre Elena Zinovieva (ezinovieva@gmsante.fr)

Coordnatrice médicale

Dre Aurélie Boni Tournier (abonitournier@gmsante.fr)

Réalisation

Directrice artistique :

Cécile Formel (cformel@gmsante.fr)

Rédactrice-graphiste :

Cristina Hoareau (choareau@gmsante.fr)

Rédacteur-réviseur

Jehanne Joly (jjoly@gmsante.fr)

Gestion de projet

Responsable digital :

Minh-Tu Nguyen (mtnguyen@gmsante.fr)

Chefs de projet :

Audrey Tavernier (atavernier@gmsante.fr)

Nicolas Richard (production@gmsante.fr)

Directrice des opérations

Nadia Belhassen (nbelhassen@gmsante.fr)

Directeur des partenariats

Benoît Sibaud (bsibaud@gmsante.fr)

la revuedupraticien est une publication
de GLOBAL MÉDIA SANTÉ SAS
Principal actionnaire : SFP Expansion
www.globalmediasante.fr

Principal actionnaire : groupe medello*

Capital de 4 289 852 euros

Durée de 99 ans à compter du 30.03.99

ISSN : 0035-2640 - Dépôt légal à parution

N° de commission paritaire : 0227 T 81658

Impression : Imprimerie RAS, 6, av. de Tissonvilliers,
95400 Villiers-le-Bel

Soigner les douleurs du cancer : yes, we can !*

Soigner les douleurs du cancer ? Un objectif toujours ambitieux en 2026, qui, s'il n'est pas si simple à atteindre, est pourtant à notre portée en tant que soignants. Et, au-delà, nous le devons à nos patients, dont le parcours de soins en cancérologie est particulièrement complexe. Car, oui, les progrès de la médecine en oncologie et en hématologie sont une réalité vertigineuse quand on repart quelques années en arrière, lorsque la prise en charge des cancers et des hémopathies malignes ne reposait « que » sur quelques protocoles de chimiothérapie, en plus de la radiothérapie et de la chirurgie. De l'immunothérapie aux thérapies ciblées, de la chirurgie de précision mini-invasive à la radiothérapie stéréotaxique, en passant par la radiothérapie interne vectorisée ou les thérapies par cellules CAR-T, jamais les cancers et les hémopathies malignes n'ont été aussi bien soignés. Oui, mais... pour autant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nous alerte sur l'explosion épidémiologique en cours et attendue pour les années à venir à l'échelle internationale : les cancers et les hémopathies malignes sont plus que jamais une réalité de santé publique que nos sociétés doivent prioriser.

À l'heure de l'hyperspécialisation médicale, la médecine de la douleur du cancer a elle-même connu son lot d'évolutions. Quand, il y a précisément quarante ans, l'OMS publiait ses recommandations, les fameux paliers antalgiques faisaient certes leur apparition, mais en toile de fond de cet outil pédagogique, qui a largement dépassé le cadre originel des douleurs du cancer, existait déjà le concept de « douleur totale » nécessitant une approche interdisciplinaire et multimodale. Cette nécessaire multimodalité a permis de proposer d'autres traitements médicamenteux antalgiques adaptés aux mécanismes d'action de la douleur, en plus des opioïdes. Multimoda-

lité qui s'est aujourd'hui étendue à un triptyque d'approches interventionnelles, complémentaires et médicamenteuses, qui constituent la base de l'antalgie. Notre regard de clinicien a changé aussi : nos échanges avec les patients, quelle que soit notre spécialité, nous ont appris à appréhender une caractéristique principale de la douleur du cancer, son multimorphisme. La douleur change sans cesse de visage, évolue de façon dynamique tout au long de leur parcours de soins et nous challenge sur notre propre aptitude, en tant que soignant, à nous adapter pour mieux la combattre.

C'est l'essence même des soins de support : avoir l'objectif inlassable d'améliorer la qualité de vie de nos patients, sans oublier l'éthique et l'humanisme qui, aujourd'hui, encore plus avec l'évolution sociétale, restent des piliers fondamentaux de notre médecine de la douleur, au sens littéral mais aussi philosophique du terme.

Ce numéro spécial de *La Revue du Praticien* est dédié à la douleur en oncologie et en hématologie. De l'évaluation à la prise en charge, notre comité éditorial s'est attaché à vous apporter un corpus de connaissances accessibles, exhaustif et actuel tout en étant un outil dédié à la pratique quotidienne des soignants. Pour que la douleur du cancer ne soit plus une fatalité. Pour que nos patients puissent réellement avoir une qualité de vie optimisée et ne plus souffrir tout au long de leur parcours de soins, et de vie. ●

* « Oui, nous le pouvons » (slogan de campagne de Barack Obama en 2008).

Antoine Lemaire

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur,
CH de Valenciennes, Valenciennes, France

lemaire-a@ch-valenciennes.fr

Comprendre la douleur du cancer aujourd'hui

Dr Antoine Lemaire¹,
Dr Erwan Treillet²

1. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CH de Valenciennes, Valenciennes, France

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

lemaire-a@ch-valenciennes.fr
erwan.treillet@aphp.fr

A. Lemaire déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Grünenthal, Ethypharm, Viatris et Boiron.

E. Treillet déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Ethypharm, Eumédica et Leurquin.

Cet article fait partie d'un supplément réalisé avec le soutien institutionnel de Viatris sans intervention de leur part dans l'élaboration du sommaire, le choix des auteurs et la rédaction des articles.

La douleur du cancer est toujours une problématique majeure de santé publique

Néanmoins malgré son importance clinique épidémiologique, on peut s'étonner que la douleur du cancer soit aujourd'hui moins médiatisée, ce que cette série d'articles dans le supplément Douleurs et cancer de *La Revue du Praticien* essaye de corriger.

Lorsqu'en 1986 l'OMS publiait ses recommandations sur la prise en charge des douleurs du cancer, le constat était malheureusement déjà interpellant¹. Cette prise en charge constituait l'un des quatre piliers prioritaires, avec la prévention, la détection précoce et le traitement des cancers. La douleur était déjà une problématique de santé publique considérée comme majeure mais négligée, y compris dans les pays développés. Ces recommandations sont un élément clé historique de la prise en charge de la douleur du cancer : elles ont introduit la notion de paliers antalgiques, outil pédagogique utilisé très largement dans toutes les douleurs nociceptives au-delà du cancer, tout en rappelant l'importance d'une prise en charge exhaustive de l'ensemble des composantes de la « douleur totale »¹. Quarante ans après ces recommandations, alors même que les paliers antalgiques ont été supprimés des recommandations par l'OMS elle-même, nous sommes toujours face à un paradoxe : si les connaissances scientifiques et les moyens thérapeutiques n'ont jamais été aussi importants, la réalité épidémiologique de la douleur du cancer et de ses conséquences reste alarmante².

La douleur touche, en effet, 55 % des patients sous traitement actif du cancer et 66 % des patients en phase avancée, métastatique ou terminale. Les séquelles douloureuses après traitement curatif concernent 39 % des survivants³. Ces données, stables depuis quarante ans, témoignent de la persistance et de la complexité de cette prise en charge. Le cancer reste l'une des premières causes de morbi-mortalité mondiale, avec une incidence en constante augmentation⁴.

Malgré les progrès dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques et l'élargissement de l'arsenal thérapeutique (médicamenteux, non médicamenteux et interventionnel), la douleur demeure sous-diagnostiquée, insuffisamment évaluée et sous-traitée, y compris dans les cas les plus sévères³. L'accès aux opioïdes, pourtant le traitement antalgique de référence, reste insuffisant dans de nombreux pays. La majorité des patients ne sont pas orientés vers une équipe interdisciplinaire spécialisée dans la douleur. L'amélioration de la survie, la chronicisation de certains cancers oligométastatiques et la multiplicité des mécanismes étiologiques intriqués imposent une lecture renouvelée et plus exhaustive de la douleur en oncologie⁵.

Néanmoins, malgré son importance clinique et ses enjeux tout au long du parcours de soins, on peut s'étonner que la douleur du cancer soit aujourd'hui insuffisamment médiatisée.

Ce numéro spécial de *la Revue du Praticien* entend mettre en avant le soin de support majeur qu'est la prise en charge de la douleur du cancer.

Le concept de douleur multimorphe du cancer

Proposé en 2019 dans une série d'articles dédiés, ce concept offre une approche qui se veut exhaustive, innovante et en rupture avec les modèles classiques⁶⁻¹³. Étymologiquement, le terme « multimorphe » fait référence à la possibilité d'adopter plusieurs formes à la fois et de changer de forme. Ce terme nous semble adapté à la définition dynamique que nous avons cherché à donner à la douleur du cancer : ce type de douleur peut effectivement évoluer dans la façon dont elle se présente, en relation avec différents facteurs, qu'ils soient ou non liés au cancer et à sa gestion⁷. La douleur doit être analysée selon un continuum tout au long du parcours de soins, influencée à tout moment par des facteurs dits « disruptifs ».

Les éléments disruptifs déterminant le caractère multimorphe de la douleur du cancer constituent trois grandes catégories^{7,13}. Il est capital d'analyser l'ensemble de ces facteurs pour optimiser la prise en charge antalgique : autrement dit, la simple analyse de la douleur, même si elle constitue une étape cruciale, ne suffit pas. Nous devons avoir une approche à même d'évaluer la douleur, le patient et le cancer tout au long du parcours de soins, en intégrant l'anticipation et la prévention.

– La première catégorie concerne les **facteurs de complexité de la douleur** et regroupe les composantes nociceptive, neuropathique et nociplastique ainsi que les mécanismes étiopathogéniques. Ces derniers comprennent le cancer lui-même, ses traitements (chimiothérapies, thérapies ci-

blées, immunothérapies, hormonothérapie, radiothérapie, chirurgie), de même que les modes de présentation de la douleur : intensité, ancienneté (chronique, subaiguë, aiguë), douleur de fond continue, exacerbations, accès douloureux paroxystiques et urgences douloureuses.

– La deuxième catégorie intègre les **facteurs intrinsèques de variabilité dans le temps liés au cancer** : le type et le stade tumoral au diagnostic, l'évolution de la maladie (guérison, séquelles, rechutes, métastases, phase palliative), les traitements du cancer et de support ainsi que les complications.

– Enfin, la troisième catégorie rassemble les **facteurs extrinsèques de variabilité dans le temps liés à l'état de santé** : déterminants environnementaux (facteurs ethno-démographiques, culturels et spirituels, socio-économiques, accès aux soins, communication), inter-individuels (génétique, variabilité des seuils douloureux, immunité, métabolisme) et intra-individuels (motivation, facteurs de risque, comorbidités et multimorbidités, traitements intercurrents, observance, éducation thérapeutique).

Prendre en charge la douleur du cancer : un soin de support fondamental

La prise en charge de la douleur du cancer constitue un pilier des soins oncologiques de support, dont la finalité est d'optimiser la qualité de vie du patient dès le diagnostic et tout au long du parcours de soins⁴. Ce management exigeant requiert une expertise interdisciplinaire pour proposer une approche ciblée, multimodale et personnalisée. Le concept de douleur multimorphe du cancer, envisagé comme entité

nosologique à part entière, fournit le cadre conceptuel permettant d'adapter en permanence les stratégies thérapeutiques à chaque patient, à chaque situation et à chaque moment, du diagnostic à l'après-cancer, en passant par les phases métastatiques chroniques et les situations palliatives complexes⁷. ●

MOTS-CLÉS : douleur multimorphe du cancer, soins oncologiques de support, interdisciplinarité, multimodalité.

KEYWORDS : multimorphic cancer pain, supportive care in cancer, interdisciplinarity, multimodality.

RÉSUMÉ COMPRENDRE LA DOULEUR DU CANCER AUJOURD'HUI

La prise en charge de la douleur du cancer constitue un pilier des soins oncologiques de support, dont la finalité est d'optimiser la qualité de vie du patient dès le diagnostic de cancer et tout au long du parcours de soins. C'est encore aujourd'hui une priorité en termes de santé publique, au regard de l'épidémiologie du cancer dans le monde. Le concept de douleur multimorphe du cancer, envisagé comme clé de lecture d'une entité nosologique à part entière, fournit le cadre conceptuel permettant d'adapter en permanence les stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

SUMMARY CANCER PAIN MANAGEMENT

Cancer pain management is an essential aspect of supportive care, aimed at optimizing patients' quality of life from the moment of cancer diagnosis and throughout their care pathway. Given the global prevalence of cancer, it remains a public health priority. The concept of multimorphic cancer pain, viewed as a critical component for understanding this complex condition, serves as a conceptual framework for the ongoing adaptation of both diagnostic and therapeutic strategies.

RÉFÉRENCES

- World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva, 1986.
- World Health Organization. Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva, 2019.
- Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(6):1070-90.
- World Health Organization. WHO report on cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva, 2020.
- Lemaire A, Rodriguez J. Cancer pain is over! (If you want it). *Support Care Cancer* 2022;30(7):5571-5.
- Lemaire A. Modeling cancer pain: "the times they are a-changin". *Support Care Cancer* 2019;27(3):091-3.
- Lemaire A, George B, Maindet C, et al. Opening up disruptive ways of management in cancer pain: The concept of multimorphic pain. *Support Care Cancer* 2019; 27(8):3159-70.
- George B, Minello C, Allano G, et al. Opioids in cancer-related pain: Current situation and outlook. *Support Care Cancer* 2019; 27:3105-18.
- Maindet C, Burnod A, Minello C, et al. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer* 2019;27(8):3119-32.
- Allano G, George B, Minello C, et al. Strategies for interventional therapies in cancer-related pain—a crossroad in cancer pain management. *Support Care Cancer* 2019;27(8):3133-45.
- Burnod A, Maindet C, George B, et al. A clinical approach to the management of cancer-related pain in emergency situations. *Support Care Cancer* 2019;27(8):3147-57.
- Minello C, George B, Allano G, et al. Assessing cancer pain—the first step toward improving patients' quality of life. *Support Care Cancer* 2019;27(8):3095-104.
- Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? The management of multimorphic cancer pain, from diagnosis to treatment. *Bull Cancer* 2021.

Évaluation des douleurs

Dre Flora Tremellat-Falière¹,
Dre Gwladys Fontaine²,
Dr Laurent Labrèze³

1. Unité de soins palliatifs, CHU de Nice, Nice, France

2. Structure douleur chronique, CH de Senlis, Senlis, France

3. Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, Institut Bergonié, Bordeaux, France

tremellat-faliere.f
@chu-nice.fr

gwladys.Fontaine
@ghpsso.fr

l.labreze
@bordeaux.
unicancer.fr

F. Tremellat-Falière déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour l'entreprise Ethypharm.

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.

La douleur liée au cancer est fréquente, évolutive et souvent plurimodale. Elle peut résulter de la maladie elle-même, de ses traitements ou de pathologies intercurrentes. Son évaluation constitue une étape déterminante de la prise en charge, conditionnant l'orientation diagnostique et l'adaptation des traitements antalgiques. **Dans ce contexte, le médecin généraliste occupe une place centrale, en particulier dans le suivi ambulatoire, la réévaluation régulière des symptômes et la coordination avec les équipes d'oncologie et les structures spécialisées de la douleur.**

Ces douleurs ont des caractéristiques qui les différencient des autres douleurs chroniques :

- intensité souvent très élevée, sans relation avec le volume lésionnel ;
- évolution rapide en jours, voire en heures ;
- localisations multiples simultanées ;
- retentissement précoce et toujours présent ;
- accès douloureux paroxystiques destructeurs ;
- composante neuropathique associée.

Évaluer les douleurs

Profil temporel et localisation de la douleur

Au-delà de l'identification du mécanisme physiopathologique, les recommandations récentes insistent sur l'importance de caractériser le profil temporel et la localisation de la douleur, deux éléments déterminants pour l'orientation diagnostique et l'adaptation thérapeutique¹.

La localisation de la douleur constitue souvent un premier indice sur son mécanisme, et cer-

taines localisations orientent vers des causes spécifiques. **Les douleurs osseuses**, profondes et mécaniques, sont fréquentes en présence de métastases osseuses. **Les douleurs rachidiennes** doivent faire évoquer une atteinte vertébrale, en particulier lorsqu'elles sont récentes ou progressives. **Les douleurs neuropathiques**, décrites comme des brûlures, décharges électriques ou fourmillements, suivent souvent un trajet nerveux ou radiculaire. Enfin, **les douleurs viscérales** sont plus diffuses, parfois difficiles à localiser et souvent associées à des signes digestifs ou urinaires.

Chez les patients atteints de cancer, plusieurs douleurs peuvent coexister et relever de mécanismes différents. Il est donc recommandé d'identifier **chaque site douloureux de manière distincte**, en demandant au patient de décrire précisément sa localisation, son irradiation éventuelle et ses circonstances de survenue^{1,2}.

La réalisation d'**une cartographie de la douleur** à l'aide d'un schéma corporel simple peut être particulièrement utile en pratique. Elle permet de suivre l'évolution des différents sites douloureux au fil du temps, de distinguer plusieurs douleurs concomitantes et de faciliter la communication entre les diffé-

rents professionnels impliqués dans la prise en charge (encadré).

Évaluation du retentissement fonctionnel et de la qualité de vie

L'évaluation de la douleur ne se limite pas à son intensité. Il est fondamental d'apprécier le retentissement fonctionnel¹, qui reflète souvent mieux l'impact clinique de la douleur. En pratique, quelques éléments simples permettent une appréciation rapide :

- difficultés à se déplacer ou se mobiliser ;
- limitation des activités quotidiennes ;
- impact sur le sommeil ;
- retentissement sur l'appétit ou l'alimentation ;
- réduction des interactions sociales.

Cette approche permet non seulement de repérer précocement une dégradation de l'état général et d'identifier des douleurs insuffisamment contrôlées malgré une intensité modérée mais aussi de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques réalistes et personnalisés, adaptés à son contexte et ajustables au fil du suivi. Ces objectifs ne visent pas nécessairement une disparition complète de la douleur mais une amélioration de la qualité de vie.

1. ORIENTATION DE L'ÉVALUATION

En pratique de médecine générale, quelques questions simples permettent d'orienter l'évaluation :

- « Votre douleur est-elle constante ou survient-elle par crises ? » ;
- « Combien de crises douloureuses avez-vous par jour ? » ;
- « Combien de temps durent-elles ? » ;
- « Y a-t-il un facteur déclenchant ? » ;
- « Y a-t-il un facteur soulageant ? »

G. Fontaine déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (conférences, colloques, actions de formation) et avoir été prise en charge à l'occasion de déplacements pour congrès par les laboratoires Ethypharm, Grünenthal et Leurquin Mediolanum.

L. Labrèze déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Signaux d'alerte et situations nécessitant une évaluation urgente

Chez un patient atteint de cancer, certaines caractéristiques de la douleur doivent alerter le médecin généraliste et conduire à une évaluation rapide ou à un avis spécialisé (**encadré 2**).

Ces situations peuvent révéler des complications, telles qu'une compression médullaire, une fracture osseuse ou une progression tumorale, nécessitant une prise en charge urgente.

Intégration dans le suivi longitudinal

La douleur cancéreuse est évolutive, ce qui impose une réévaluation régulière, tracée dans le dossier médical^{3,4}. En pratique ambulatoire, il est recommandé d'évaluer la douleur à chaque consultation, de noter systématiquement l'intensité, la localisation et le type de douleur, d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements antalgiques ainsi que de rechercher l'apparition de nouveaux mécanismes douloureux. Cette réévaluation régulière permet d'adapter précocement les traitements et de prévenir la chronicisation de douleurs insuffisamment contrôlées. **Dans ce contexte, le médecin généraliste joue un rôle clé** pour repérer précocement l'apparition ou l'aggravation d'une douleur, adapter les traitements antalgiques de première intention, identifier les douleurs neuropathiques ou les accès douloureux paroxystiques et coordonner la prise en charge avec les équipes d'oncologie et les structures spécialisées de la douleur. Cette coordination est essentielle pour assurer une continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville.

Échelles d'évaluation de la douleur

L'utilisation d'outils standardisés permet d'objectiver l'intensité de la douleur, d'en suivre l'évolution au cours du temps et d'évaluer l'efficacité des traitements antalgiques^{1,3}. En pratique clinique, les échelles doivent

2. SIGNAUX D'ALERTE IMPOSANT UNE ÉVALUATION URGENTE

Les principaux signaux d'alerte sont :

- l'apparition récente d'une douleur rachidienne intense et progressive ;
- une douleur rachidienne associée à des signes neurologiques ;
- une douleur osseuse aiguë évoquant une fracture pathologique ;
- une douleur thoracique ou abdominale inhabituelle ;
- une douleur rapidement croissante malgré un traitement adapté.

être simples, reproductibles et facilement utilisables en consultation.

Échelles d'autoévaluation de l'intensité

Lorsque le patient a la capacité de communiquer, l'autoévaluation constitue la méthode de référence.

L'échelle numérique (EN) est aujourd'hui l'outil le plus utilisé en pratique. Le patient est invité à coter sa douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 correspond à l'absence de douleur et 10 à une douleur maximale imaginable). Simple et rapide, elle est bien adaptée au suivi longitudinal en médecine générale.

L'échelle visuelle analogique (EVA) repose sur une règle graduée de 0 à 10 cm sur laquelle le patient positionne l'intensité de sa douleur. Outil validé, elle est largement utilisée dans les études cliniques mais peut être moins pratique en consultation, notamment chez les patients âgés ou présentant des troubles visuels ou moteurs.

L'échelle verbale simple (EVS) propose plusieurs qualificatifs d'intensité croissante (absence de douleur, douleur faible, modérée, intense, très intense). Elle est particulièrement utile chez les patients âgés ou lorsque l'utilisation d'une échelle numérique est difficile. Ces outils permettent également de classer la douleur selon son intensité :
– douleur légère : EN/EVA 1 à 3 ;
– douleur modérée : EN/EVA 4 à 6 ;
– douleur sévère : EN/EVA ≥ 7.
Cette classification peut guider la stratégie antalgique.

Échelles d'évaluation multidimensionnelle

Certaines échelles^{5,6} permettent d'explorer simultanément l'intensité de la douleur et son retentissement fonctionnel. Le **Brief Pain Inventory (BPI)** est l'un des outils les plus utilisés en cancérologie⁵. Il évalue l'intensité de la douleur (actuelle, moyenne, maximale), la localisation des douleurs ainsi que le retentissement sur différentes dimensions de la vie quotidienne (activité générale, humeur, sommeil, relations sociales, travail). Plus long que les échelles unidimensionnelles, il peut être utile lors d'une évaluation initiale ou d'une situation complexe, notamment lorsque plusieurs douleurs coexistent.

Échelles d'hétéroévaluation

Lorsque l'autoévaluation n'est pas possible, notamment en cas de troubles cognitifs ou de difficultés de communication, l'évaluation repose sur l'observation du comportement du patient.

L'échelle Algoplus est conçue pour le dépistage rapide de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante. Elle repose sur cinq items d'observation : l'expression faciale, le regard, les plaintes, la position antalgique et le comportement inhabituel.

L'échelle Doloplus est plus adaptée à l'évaluation des douleurs chroniques. Elle explore plusieurs dimensions comportementales, somatiques et psychosociales.

Outils de dépistage de la douleur neuropathique⁷

L'identification d'une composante neuropathique est importante car elle conditionne le choix du traitement antalgique.

Le questionnaire DN4 (Douleur neuropathique en 4 questions) est un outil simple et validé, utilisable en pratique de ville. Il associe des items portant sur les caractéristiques de la douleur (brûlures, décharges électriques, fourmillements) et sur l'examen clinique (hypoesthésie, allodynie). Un score égal ou supérieur à 4 suggère une douleur neuropathique.

Pièges diagnostiques

Chez un patient atteint de cancer, toute douleur n'est pas nécessairement liée à la maladie tumorale ou à ses traitements⁸. Les études montrent qu'une proportion non négligeable de douleurs observées en cancérologie est liée à des pathologies intercurrentes.

Plusieurs situations doivent être évoquées, notamment les douleurs musculosquelettiques dégénératives, fréquentes chez les patients âgés (arthrose rachidienne ou périphérique), les douleurs radiculaires communes liées à une pathologie discale, les douleurs viscérales non tumorales (lithiase biliaire, pathologie digestive, colique néphrétique), les neuropathies périphériques non cancéreuses, notamment diabétiques, ainsi que les douleurs liées à l'immobilisation ou à la dénutrition chez les patients fragiles. À l'inverse, certaines douleurs peuvent révéler une évolution de la maladie ou une complication nécessitant une évaluation rapide. C'est notamment le cas lorsqu'apparaît une douleur rachidienne récente et progressivement croissante, une douleur osseuse intense évoquant une fracture pathologique ou encore une douleur associée à des signes neurologiques.

Dans ces situations, l'évolution récente de la douleur, sa progression rapide ou sa résistance inhabituelle aux traitements doivent conduire à réévaluer le diagnostic.

Particularités de l'évaluation chez la personne âgée

La majorité des cancers survient après 65 ans, et l'évaluation de la douleur chez la personne âgée présente des spécificités importantes. Les travaux d'algogériatrie soulignent que la douleur du sujet âgé s'inscrit dans un contexte de **vulnérabilité globale**, associant fragilité physiologique, comorbidités multiples, polymédication et parfois troubles cognitifs. Cette situation rend souvent l'expression et l'identification de la douleur plus complexes. Chez les personnes âgées atteintes de cancer, plusieurs douleurs peuvent coexister (douleur tumorale, douleurs dégénératives, neuropathies, douleurs liées aux soins).

Cette pluralité des douleurs peut rendre leur interprétation difficile et conduire à une sous-estimation de leur intensité ou de leur retentissement. L'expression de la douleur peut également être modifiée. Elle est parfois sous-déclarée, en raison de représentations culturelles (« la douleur est normale avec l'âge »), d'une crainte de déranger les soignants ou d'une difficulté à verbaliser les symptômes. Chez certains patients, notamment en présence de troubles neurocognitifs, la douleur peut s'exprimer de manière indirecte ou comportementale : agitation, repli, troubles du sommeil, refus de mobilisation ou altération de l'appétit.

Dans cette population, les recommandations insistent sur la nécessité de toujours privilégier l'autoévaluation lorsque cela est possible, même chez des patients présentant des troubles cognitifs légers à modérés. Lorsque la communication est altérée, le recours à des échelles d'hétéroévaluation validées, telles qu'Algoplus pour les douleurs aiguës ou Doloplus pour les douleurs chroniques, devient essentiel. Ces outils permettent d'objectiver des modifications comportementales évocatrices de douleur. L'évaluation doit également intégrer l'environnement global du patient. L'approche algogériatrique décrite par Capriz souligne l'importance d'une

évaluation multidimensionnelle intégrant la fragilité et le niveau d'autonomie, les comorbidités et la polymédication, l'état cognitif et émotionnel ainsi que le contexte social et le rôle des aidants.

Les proches et les soignants jouent souvent un rôle déterminant pour repérer des changements comportementaux subtils suggérant l'apparition d'une douleur.

Chez les patients âgés atteints de cancer, l'évaluation de la douleur ne peut donc se limiter à la mesure de son intensité. Elle doit s'inscrire dans une approche globale et multidimensionnelle, intégrant les dimensions fonctionnelles, cognitives et psychosociales afin d'adapter au mieux la prise en charge antalgique.

Évaluer les accès douloureux paroxystiques

Les accès douloureux paroxystiques (ADP) sont l'une des composantes spécifiques des douleurs en cancérologie. Définis comme des exacerbations transitoires des douleurs de fond, ces accès peuvent être destructeurs lorsqu'ils sont répétés et non pris en charge. En 2012, l'étude multicentrique ADEPI⁹ a démontré que 85 % des patients cancéreux douloureux présentaient des ADP. Il est donc essentiel de les rechercher par l'interrogatoire, de les évaluer et de proposer une prise en charge. Les traitements actuels (fentanyl d'action rapide) sont très efficaces.

L'interrogatoire est capital pour dépister ces ADP¹⁰. Ils peuvent prendre des formes variées mais ont en commun une mise en place rapide en quelques minutes, un pic très intense (EVA > 7), une durée entre vingt et quarante minutes et une résolution au bout d'une heure, voire plus. Leur fréquence varie d'un patient à l'autre, d'un ADP par semaine à plus d'une trentaine par jour. La moyenne est de quatre crises par vingt-quatre heures. Les ADP peuvent être spontanés, non prévisibles, entraînant progressivement chez le patient une anxiété d'anticipation. Ils peuvent également être prévisibles, souvent

volontaires (mécanique par positionnement ou mouvement, à la marche, à l'effort ou à l'alimentation) ou involontaires et non contrôlables (toux, déglutition, miction, défécation). Enfin, certains ADP peuvent être déclenchés par des soins ou par des positions d'acte thérapeutique (IRM ou radiothérapie, par exemple). L'incidence varie suivant le type de cancer primitif, elle est plus élevée dans les cancers avec métastases osseuses (jusqu'à 70-80 %) et souvent comprise entre 50 et 60 % dans les cancers de la tête et du cou ainsi que dans les cancers digestifs avancés.

Les facteurs de risque identifiés sont la douleur de fond mal contrôlée, les métastases osseuses ou l'envahissement nerveux, l'utilisation insuffisante d'antalgiques à action rapide ainsi que les tumeurs localisées dans les zones mobiles ou sollicitées par la déglutition, la marche ou encore la toux.

À noter l'existence d'accès douloureux de type neuropathique très brutaux et très fugaces. Ces derniers nécessitent un avis spécialisé et un traitement spécifique. Ces accès douloureux sont à différencier des douleurs de fin de dose, qui sont des réactivations des douleurs de fond avant la prise d'opioïdes suivante (donc le matin tôt ou en fin d'après-midi). Dans ce cas-là, ces accès douloureux se mettent en place lentement. La répercussion immédiate de ces ADP peut aller jusqu'à la sidération, avec un essai de position antalgique, une hyperventilation et une attente anxieuse. La répercussion à long terme des ADP non pris en charge est essentiellement une détérioration de la qualité de vie, qui peut prendre une tournure majeure, pouvant aller jusqu'au suicide.

En général, la localisation d'un ADP est corrélée avec une lésion de type métastatique, inflammatoire et évolutive. Néanmoins, dans certains cas, il n'est pas évident de retrouver une lésion cible, certaines étant trop petites ou invisibles à l'imagerie, comme c'est le cas pour la carcinose péritonéale, par exemple. Quoi qu'il en soit, l'existence docu-

mentée à l'interrogatoire de ces ADP impose une prise en charge spécifique et individualisée¹¹.

L'évaluation des ADP est fondamentale et indispensable pour envisager une qualité de vie améliorée. L'écoute et les explications sont importantes pour mettre en confiance le patient. Il faut savoir prendre le temps pour qu'il accepte, d'une part, le diagnostic et, d'autre part, le traitement, qui aujourd'hui est extrêmement efficace s'il est bien prescrit et bien délivré.

Ces patients doivent être suivis et surveillés très régulièrement.

Sans oublier d'évaluer...

La qualité de vie quotidienne personnelle et professionnelle

Cette évaluation doit avoir lieu tout au long du parcours de soins mais également dans la période de « l'après-cancer ». Il existe des échelles d'évaluation de l'état thy-mique et de la qualité de vie :

- échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale¹² ;

- EORTC QLQ-C30 : questionnaire de qualité de vie de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer^{13,14} ;

- SF-36 : Medical Outcomes Study Short Forms 36 ; il s'agit d'un questionnaire PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) pour évaluer la qualité de vie des patients dans divers contextes cliniques. C'est un questionnaire générique de qualité de vie largement utilisé pour évaluer l'impact de la santé sur la vie quotidienne. Il permet de recueillir des informations sur les dimensions physiques, psychiques, l'impact des douleurs, les limitations, l'activité physique et les relations sociales. Il est possible que le patient ne remplisse pas intégralement un questionnaire. Ces données manquantes sont un facteur limitant pour le calcul des scores de qualité de vie et doivent être prises en compte de manière adéquate. Généralement, un pourcentage de données manquantes est toléré pour estimer un score. Pour l'EORTC, il est nécessaire de remplir

au moins 50 % des items pour pouvoir estimer le score de la dimension concernée. Le score est calculé en considérant que l'item manquant ne diffère pas des items renseignés, c'est-à-dire qu'une imputation par la moyenne des éléments répondus est appliquée par patient ; le score est calculé par rapport au nombre d'items répondus et non par rapport au nombre d'items mesurant la dimension. Cependant, pour l'échelle HAD ou le questionnaire DN4, aucune donnée manquante n'est tolérée pour pouvoir calculer le score.

Évaluation du risque de mésusage et du risque d'addiction

Dans le cadre de l'évaluation de la douleur, il est important de déterminer le risque de mésusage et le risque d'addiction lié aux opioïdes dits faibles, comme la codéine et le tramadol, aux opioïdes dits forts, à la prégabaline, aux benzodiazépines ainsi qu'aux substances illicites.

- Intérêt de l'Opioid Risk Tool (ORT)^{15,16} et du Prescription Opioid Misuse Index (POMI)^{17,18}.

L'ORT est un outil de dépistage rapide (dix questions) permettant aux professionnels de santé d'identifier les patients à haut risque de dépendance aux opioïdes. L'ORT est un questionnaire d'autoévaluation déterminant le risque d'usage problématique d'opioïdes chez les patients à qui ces médicaments sont prescrits pour la gestion de la douleur chronique. Les personnes à haut risque sont plus susceptibles d'adopter des comportements aberrants liés aux opioïdes, comme se procurer des opioïdes auprès de plusieurs professionnels de santé ou augmenter leur dose sans l'autorisation du prescripteur. L'ORT est particulièrement utile lorsqu'il est rempli avant le début du traitement par opioïdes. Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère.

Le POMI permet une surveillance régulière à chaque consultation.

Cinq questions permettent de dépister un probable mésusage à partir de deux réponses positives. Cela nécessite alors d'explorer plus en détail les modalités et finalités d'usage du traitement antalgique opioïde concerné. Il est utilisé chez un patient en cours de traitement par un antalgique opioïde pour rechercher un comportement de mésusage.

Le recours à un second avis ou à une évaluation pluridisciplinaire peut permettre d'apporter une analyse complémentaire de la situation clinique faisant émerger le mésusage éventuel ou une addiction.

Parallèlement, l'alliance évaluative et thérapeutique entre le patient et l'équipe de soins doit permettre de rassurer le patient par rapport aux différents traitements, notamment morphiniques.

Dépistage d'une hyperalgésie induite par les morphiniques

L'hyperalgésie induite par les morphiniques est peu connue et sous-diagnostiquée¹⁹. Il s'agit d'une réponse exagérée à un stimulus normalement douloureux. Une exposition prolongée aux opioïdes peut se traduire par une augmentation de la sensibilité à la douleur. Il peut s'agir d'une hyperalgésie primaire, dite périphérique, liée à la lésion tissulaire. L'hyperalgésie secondaire dite centrale est liée à un dysfonctionnement des contrôles du message nociceptif : les mécanismes favorisant la transmission douloureuse devenant prédominants sur ceux qui l'inhibent. L'hyperalgésie aux morphiniques est dose- et durée-dépendante (doses importantes et durée d'administration longue). L'hyperalgésie induite par les opioïdes est à différencier de l'augmentation des douleurs liée à l'évolutivité oncologique.

En général, au-delà de 300 mg/j d'équivalent morphine orale (EMO), une réévaluation du diagnostic des différentes douleurs ainsi que de leur prise en charge est nécessaire. Cette réévaluation doit notamment rechercher :

- des douleurs nociceptives ;
- des douleurs neuropathiques ;

3. LA RÉUNION DE SYNTHÈSE PLURIPROFESSIONNELLE (RSP)

En plaçant le patient au centre de la prise en charge, la RSP permet la mise en commun des idées, des compétences et des réseaux. Elle favorise une prise en charge la plus adaptée tout en apportant un soutien et une réassurance à l'équipe de la structure douleur chronique (SDC) ainsi qu'au médecin généraliste. Elle constitue également un facteur d'amélioration de la qualité de vie au travail.

La RSP constitue une démarche participative et un modèle d'organisation du travail en équipe, permettant de définir un projet de prise en charge via les regards croisés des professionnels. Elle représente une instance de réflexion, de délibération collective et de propositions d'une décision partagée en cohérence avec les principes éthiques que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Cet outil répond à deux objectifs : l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et l'optimisation de la qualité de vie au travail.

Sur le plan organisationnel, tous les professionnels impliqués auprès du patient y participent, avec recueil préalable des informations des professionnels absents ou extérieurs afin d'assurer une vision globale. Les rôles sont répartis entre le recueil et le partage des informations par les professionnels ayant vu le patient, l'animation de la réunion, la traçabilité assurée dans le dossier patient et la mise en œuvre par les soignants référents, avec un éventuel suivi par une nouvelle réunion. Elle peut se réaliser en présentiel ou en visioconférence, dans le respect de la confidentialité et des conditions de bon déroulement, selon un rythme régulier défini en amont et accepté par l'équipe. Elle concerne des situations complexes nécessitant un avis spécialisé, en intégrant à la fois les données médicales, les avis professionnels et les préférences du patient, dans le respect de ses droits.

Avant la RSP : recueil des souhaits du patient et information du processus de RSP.

Après la RSP : retour des options discutées, de la décision collégiale et recueil du consentement du patient pour la mise en œuvre.

Une fois la problématique clairement explicitée (et non assimilable à de simples transmissions), la RSP permet une évaluation des besoins par les regards croisés des professionnels, l'élaboration de propositions de réponses argumentées ainsi qu'une délibération collégiale visant la recherche d'un consensus. Que ce dernier soit ou non obtenu, le médecin référent assume la prise de décision et explicite les motifs de son choix. La décision est intégrée au compte rendu de consultation, d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation complète et transmise au médecin traitant ainsi qu'aux différents médecins prenant en charge le patient.

La RSP est évaluée régulièrement sur deux paramètres :

- qualitatif : critères et indicateurs définis par les professionnels en cohérence avec les objectifs ;
- quantitatif : présence, assiduité, respect du temps imparti, nombre de dossiers traités.

La transversalité facilite le décloisonnement interprofessionnel et l'harmonisation des pratiques intra- et extra-institutionnelles.

La RSP améliore la liberté d'expression, développe la confiance en soi et envers les autres, favorise l'innovation partagée, responsabilise chaque membre de l'équipe, pour une adhésion au projet collectif.

- des douleurs mixtes ;
- des douleurs psychosomatiques ;
- une souffrance psychologique, spirituelle et sociale ;
- des troubles somatoformes : troubles de somatisation, conversion hystérique, hypochondrie...

Le staff pluriprofessionnel (SPP) ou la réunion de synthèse pluriprofessionnelle (RSP)

Ils sont indispensables dans les situations complexes pour évaluer

les souhaits du patient, les possibilités de prise en charge de la douleur, notamment les options invasives, et établir la balance bénéfices/risques²⁰ (**encadré 3**).

L'évaluation de la douleur du cancer doit être systématique, multidimensionnelle et régulière, tout au long du parcours. Elle repose sur l'examen clinique, l'interrogatoire et éventuellement des outils standardisés. Cette approche structurée et pluriprofessionnelle est essentielle pour adapter la prise en charge et améliorer la qualité de vie du patient. ●

DOULEURS ET CANCER

ÉVALUATION DES DOULEURS

MOTS-CLÉS :

évaluation multidimensionnelle, retentissement fonctionnel, échelles d'évaluation, accès douloureux paroxystiques, mésusage, douleur neuropathique.

KEYWORDS:

multidimensional assessment, functional impact, assessment scales, paroxysmal pain episodes (PPE), breakthrough cancer pain (BtCP), misuse, neuropathic pain.

RÉSUMÉ ÉVALUATION DES DOULEURS

La douleur liée au cancer est fréquente, complexe et multifactorielle, nécessitant une évaluation rigoureuse, répétée et intégrée au suivi longitudinal. Celle-ci repose sur l'identification des mécanismes, du profil temporel et de la localisation, le repérage des situations urgentes et des pièges diagnostiques ainsi que sur l'évaluation du retentissement fonctionnel et de la qualité de vie. Des outils standardisés (EN, EVA, DN4, Algoplus, Doloplus, HAD, EORTC QLQ-C30, SF-36) facilitent cette démarche. L'évaluation doit intégrer les comorbidités, notamment chez la personne âgée, ainsi que les diagnostics différentiels. Certains signaux d'alerte imposent une prise en charge rapide. Les accès douloureux paroxystiques, très fréquents (environ 85 % des patients cancéreux douloureux), doivent être systématiquement recherchés et traités. L'évaluation du risque de mésusage des opioïdes et le dépistage d'une hyperalgésie induite sont également essentiels. La coordination pluriprofessionnelle est indispensable dans les situations complexes.

SUMMARY CANCER-RELATED PAIN ASSESSMENT

Cancer-related pain is common, complex, and multifactorial, requiring thorough and repeated assessment integrated into long-term follow-up. Such assessment relies on identifying pain mechanisms, temporal patterns, and anatomical locations; recognizing emergency situations and diagnostic pitfalls; and evaluating functional impact and quality of life. Standardized tools (NRS, VAS, DN4, Algoplus, Doloplus, HADS, EORTC QLQ-C30, SF-36) facilitate this process. Assessment should also take into account comorbidities, particularly in older adults, as well as differential diagnoses. Certain warning signs require prompt intervention. Breakthrough cancer pain (BtCP), which is very common (approximately 85 % of cancer patients experiencing pain), should be systematically assessed and appropriately managed. Evaluating the risk of opioid misuse and screening for opioid-induced hyperalgesia are also essential components of care. Multidisciplinary coordination and teamwork are indispensable in complex situations.

RÉFÉRENCES

1. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards, options & recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer, 2003.
2. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers 2010;3(102):102.
3. Plans et programme de lutte contre la douleur. SFETD 2017. <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les structures de prise en charge de la douleur chronique.
5. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. Pain 1983;17(2):197-210.
6. Boureau F, Luu M, Doubre JF. Comparative study of the validity of four french McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. Pain 1992;50(1):59-65.
7. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2004;108(3):248-57.
8. Brasseur L. Traitement de la douleur. Paris: Doin Éditeurs, 1997.
9. Poulain P, Filbet M, Ammar D, et al. Caractéristiques et traitements des accès douloureux paroxystiques (ADPc) chez les patients cancéreux : résultats de l'enquête ADEPI Douleurs, 2012;13(4):163-8.
10. Labreze L; groupe de travail pluridisciplinaire des ADP. Données cliniques dans le traitement des accès douloureux paroxystiques (ADP) en cancérologie. Douleurs 2011;1885(2):53-106.
11. Standards, options & recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour. <http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/sorantaliquesadultescomplet.pdf>
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.
13. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1985;365-76.
14. Bascoul-Mollevis C, Castan F, Azria D, et al. EORTC QLQ-C30 descriptive analysis with the QLQ-C30 command. The Stata Journal 2015;15(4):1060-74.
15. Cheatle MD, Compton PA, Dhingra L, et al. Development of the revised opioid risk tool to predict opioid use disorder in patients with chronic nonmalignant pain. J Pain 2019;20(7):842-51.
16. Webster LR, Webster R. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. Pain Med 2005;6(6):432.
17. Cheatle MD. Prescription opioid misuse, abuse, morbidity, and mortality: Balancing effective pain management and safety. Pain Med 2015;16 Suppl 1:S3-8.
18. Delage N, Cantagrel N, Delorme J, et al. Transcultural validation of a French-European version of the prescription opioid misuse index scale (POMI-5F). Can J Anesth 2022.
19. Calvino B. L'hyperalgésie induite par les opioïdes. Douleurs 2013;14(5):226-33.
20. Bauchetet C, Preaubert-Sicaud C, Ceccaldi J, et al. Recommandations pour la mise en place de staffs pluriprofessionnels (SPP) dans les services de soins. Bull Cancer 2020;10:254-61.

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 Viatris
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://opiioconvert.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. Dupoirson 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>

PARTIE 2

Dr Antoine Boden

Université de
Toulouse, Oncopole
Claudius Regaud,
Toulouse, France

boden.antoine@
iuct-oncopole.fr

L'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-



© ADORÉ STOCK - VALÉRIE 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. ●

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (2)

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE. PARTIE 2. APPORT ANTALGIQUE DES TRAITEMENTS ONCOLOGIQUES

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 2. ANALGESIC CONTRIBUTION OF ONCOLOGICAL TREATMENTS

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.

MOTS-CLÉS :
multimodalité,
interdisciplinarité,
douleur multimorphe
du cancer.

KEYWORDS:
multimodality,
interdisciplinarity,
multimorphic
cancer pain.

RÉFÉRENCES

1. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv166-iv191.
2. Lutz S, Balboni T, Jones J, Lo S, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol* 2017;7(1):4-12.
3. Chow E, Ling A, Davis L, et al. Pain flare following external beam radiotherapy and meaningful change in pain scores in the treatment of bone metastases. *Radiother Oncol* 2005;75(1):64-9.
4. Pradat PF, Maisonobe T, Psimaras D, et al. Neuropathies post-radiques: un dommage collatéral chez les patients cancéreux long-survivants [Radiation-induced neuropathies: collateral damage of improved cancer prognosis]. *Rev Neurol (Paris)* 2012;168(12):939-50.
5. Sartor O, Coleman R, Nilsson S, et al. Effect of radium-223 dichloride on symptomatic skeletal events in patients with castration-resistant prostate cancer and bone metastases: results from a phase 3, double-blind, randomised trial. *Lancet Oncol* 2014;15(7):738-46.
6. McCahill L, Ferrell B. Palliative surgery for cancer pain. *West J Med* 2002;176(2):107-10.

PARTIE 3

Prises en charge des douleurs en oncologie

Approches interventionnelles non invasives : TENS, rTMS, PBM

Dre Gwladys Fontaine¹,
Dr Antoine Lemaire²,
Dre Christine Villatte-De Figueiredo³

1. Structure douleur chronique, CH de Senlis, Senlis, France

2. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, CH de Valenciennes, Valenciennes, France

3. Centre anti-douleur, centre de lutte contre le cancer Auvergne Jean-Perrin, Clermont-Ferrand, France

lemaire-a@ch-valenciennes.fr
cvillatte@clermont.unicancer.fr

gwladys.fontaine@ghpsa.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.

Les approches non médicamenteuses, interventionnelles, non invasives ont une place de choix codifiée et de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique des douleurs du cancer, que ce soit pour des douleurs séquellaires ou des douleurs en lien avec le cancer, dans le cadre d'une prise en charge multimodale. La neurostimulation transcutanée (TENS) est utilisée depuis des décennies en douleur chronique et a démontré son efficacité. La stimulation transcrânienne répétitive (rTMS) a déjà une place dans les traitements proposés pour les douleurs neuropathiques (fig. 1). La photobiomodulation (PBM) est une technique non invasive de luminothérapie dont l'utilisation est recommandée à l'échelle internationale dans plusieurs indications en soins de support oncohématologiques, notamment dans la prise en charge préventive et curative des mucites.

La neurostimulation transcutanée

La neurostimulation électrique transcutanée (*transcutaneous electrical nerve stimulation* [TENS]) est une technique d'analgésie non médicamenteuse et non invasive utilisée dans les douleurs chroniques et dans certaines douleurs liées au cancer, qu'elles soient séquellaires ou survenant en cours de traitement oncologique^{1,2}.

Mode d'action

La TENS repose sur l'utilisation d'un stimulateur électrique portable, relié par deux câbles ou connecté à des électrodes autocollantes appliquées sur la peau, au niveau de la zone douloureuse ou sur le trajet nerveux concerné. Le principe est d'appliquer un courant électrique de faible intensité afin de moduler la transmission du message douloureux. La TENS repose principalement sur deux modes de stimulation :

– **le mode *gate control*** (théorie de contrôle du portillon) utilise une stimulation à haute fréquence (80 à 100 Hz) et de faible intensité. Celui-ci entraîne une stimulation des fibres nerveuses de gros diamètre Aα et Aβ, impliquées dans les sensations non douloureuses telles que le toucher ou la pression. Leur activation stimule des interneurons inhibiteurs au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, ce qui ferme la « porte » et limite la transmission des messages nociceptifs véhiculés par les fibres nerveuses de petit calibre Aδ et C vers les centres supérieurs ;

– **le mode *endorphinique*** correspond à une stimulation de basse fréquence (2 à 5 Hz) et d'intensité plus élevée, parfois proche du seuil moteur. Ce mode permet d'augmenter le niveau des endorphines et de leurs précurseurs dans le liquide céphalorachidien, entraînant un effet analgésique diffus. Son délai d'action est généralement plus progressif que celui du mode *gate*

control, mais son effet peut être plus prolongé.

Ces deux formes de stimulation peuvent être utilisées indépendamment, simultanément sur deux canaux différents ou en alternance sur la même zone.

En pratique

Actuellement, on distingue la TENS conventionnelle, disponible sous forme filaire ou sans fil (*wireless*), des dispositifs de neuromodulation transcutanée plus élaborés intégrant plusieurs modalités de stimulation. Les appareils les plus simples sont des stimulateurs portables reliés par des câbles à des électrodes cutanées autocollantes. Ils permettent d'utiliser les principaux programmes antalgiques, notamment à haute ou basse fréquence. Certains dispositifs associent plusieurs modes de stimulation au sein d'un même appareil, combinant par exemple des programmes de TENS conventionnelle (*gate control* et stimulation endorphinique) et des modalités spécifiques de neuromodulation utilisant des sondes dédiées. Selon les technologies employées, ces approches peuvent cibler différents types de fibres nerveuses impliquées dans la modulation de la douleur. Dans le contexte des douleurs liées au cancer, ces modalités spécifiques de neuromodulation peuvent présenter un intérêt particulier dans la prise en charge de certaines douleurs neuropathiques localisées et de syndromes myofasciaux séquellaires.

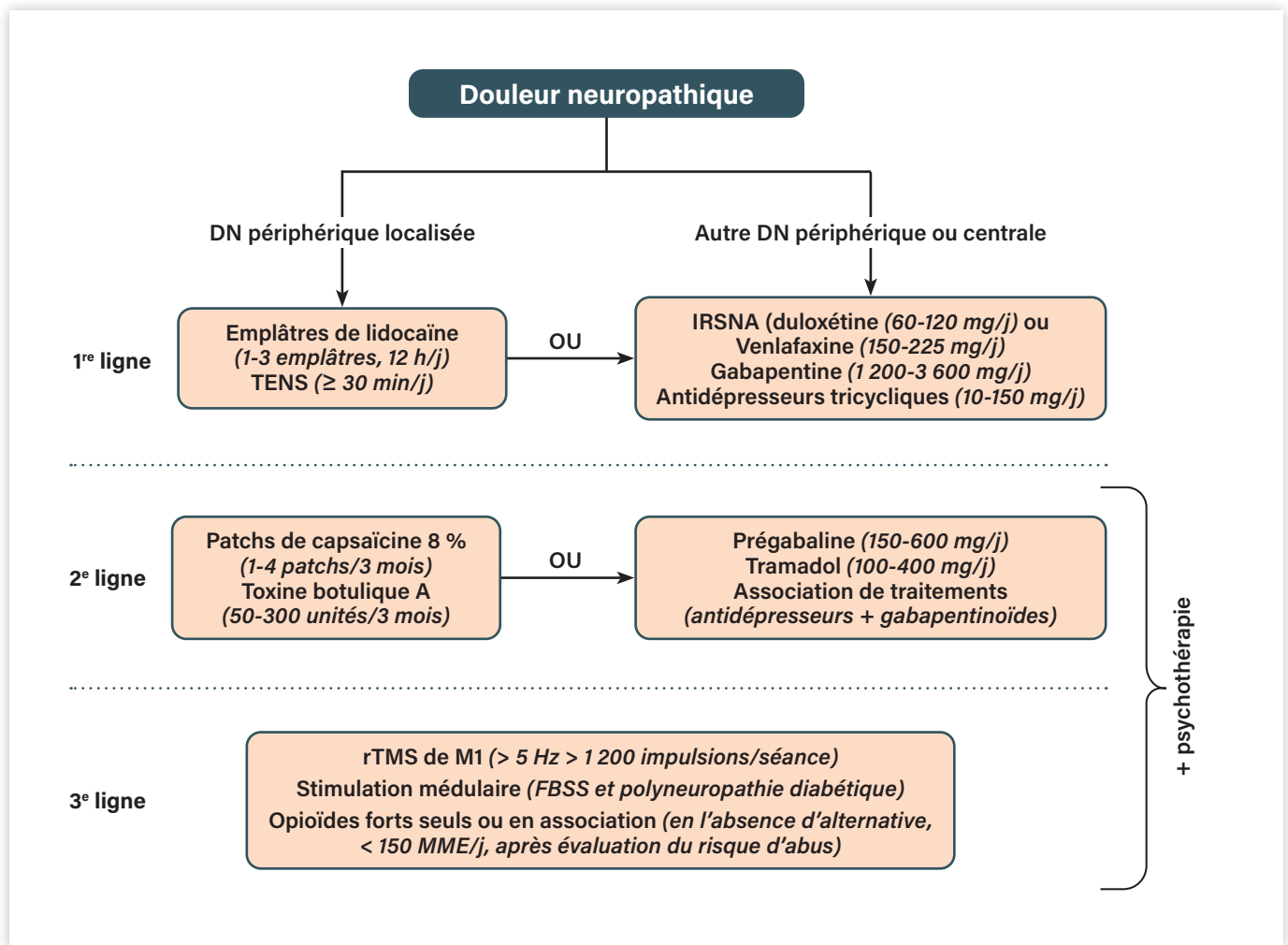


Figure 1. Synthèse des recommandations françaises de prise en charge de la douleur neuropathique. D'après réf. 1.

DN : douleur neuropathique ; FBSS : *failed back surgery syndrome* ; IRSNA : inhibiteur mixte de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; MME : *morphine milligram equivalent* ; rTMS : stimulation transcrânienne répétitive ; TENS : neurostimulation cutanée.

La TENS est compatible avec la plupart des activités quotidiennes, hormis la douche, le bain et la conduite d'un véhicule motorisé pendant la stimulation. Elle peut être proposée en alternative ou en complément d'un traitement médicamenteux antalgique. Un des avantages, outre l'absence d'effet secondaire et d'interaction avec les médicaments, est l'autonomisation du patient dans la prise en charge de la douleur. Son efficacité dépend toutefois d'une indication bien posée, d'une personnalisation des paramètres, d'un apprentissage pratique et d'un suivi régulier.

Indications

Les indications de la TENS dans les douleurs liées au cancer sont multiples³⁻⁹. Elle peut notamment être utilisée dans le traitement des douleurs neuropathiques localisées post-chirurgicales, telles que celles survenant après une tumorectomie mammaire, une mastectomie ou une thoracotomie. Elle est également indiquée dans les douleurs du membre fantôme, la lombosciatalgie, la névralgie cervico-brachiale et la névralgie d'Arnold¹⁰. Enfin, la TENS peut être proposée dans la prise en charge des douleurs nocicep-

tives viscérales abdomino-pelviennes, des neuropathies périphériques chimio-induites^{11,12} ainsi que des douleurs post-zostériennes.

Contre-indications et précautions d'emploi de la TENS conventionnelle

La stimulation est contre-indiquée en regard d'un stimulateur cardiaque, d'un défibrillateur implantable, du sinus carotidien ou d'une zone de thrombose veineuse ou artérielle. Elle ne doit pas être utilisée sur une lésion cutanée ou une muqueuse. Pendant la gros-

G. Fontaine déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (conférences, colloques, actions de formation) et avoir été prise en charge à l'occasion de déplacements pour congrès par les laboratoires Ethypharm, Grünenthal et Leurquin Mediolanum.

A. Lemaire déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Grünenthal, Ethypharm, Viatris, Boiron.

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

sesse, la TENS est contre-indiquée au niveau abdominal ou lombopelvien. La TENS doit être utilisée avec précaution chez les patients présentant des troubles psychiatriques sévères et des troubles neurocognitifs évolués, du fait des difficultés potentielles de compréhension de la technique. Enfin, pour les patients présentant des réactions allergiques aux électrodes, il est possible de prescrire des électrodes hypoallergéniques.

Cas de la stimulation transcutanée du nerf vague par TENS

La stimulation du nerf vague (SNV), en particulier la méthode transcutanée non invasive (tvNS), utilise les appareils de TENS et une électrode auriculaire spécifique. Elle permet d'augmenter le tonus vagal et de moduler plusieurs fonctions^{13,14}. Elle peut notamment contribuer à :

- la régulation du stress et de l'anxiété (activation de l'axe parasympathique), avec une réduction de l'hyperactivité de l'amygdale, impliquée dans la réponse de peur et d'anxiété, favorisant ainsi un état de calme et de résilience émotionnelle¹⁵ ;
- l'immunomodulation et l'amélioration du sommeil réparateur via l'influence du nerf vague sur le système immunitaire par l'intermédiaire de l'axe cholinergique anti-inflammatoire¹⁶ ;
- l'action sur l'axe intestin-cerveau et sur la motricité digestive¹⁷.

En pratique, la tvNS utilise des basses fréquences comprises entre 1 et 10-25 Hz visant une stimulation nerveuse plutôt qu'un blocage. L'intensité est modérée mais confortable, induisant une sensation de picotements au niveau de l'oreille sans douleur ni contraction musculaire.

Les séances durent de vingt à soixante minutes, souvent deux fois par jour, selon les protocoles validés. L'effet est cumulatif et se manifeste au bout de plusieurs semaines.

Prescription, apprentissage et prise en charge

Depuis le 17 avril 2026, les modalités de prise en charge des dispositifs de TENS ont évolué. La TENS peut être remboursée chez les patients présentant des douleurs chroniques lorsque les traitements médicamenteux sont insuffisants, inadaptés ou mal tolérés, sous réserve d'un essai préalable concluant et à condition que le patient soit motivé et capable d'utiliser correctement le dispositif³². La prescription initiale est réalisée par un médecin spécialiste de la douleur ou un médecin ayant validé un DES comprenant une formation à l'électrothérapie¹⁸⁻²⁰. La prescription médicale comporte le type d'appareil, les câbles de stimulation, le type d'électrodes, le positionnement des électrodes avec un schéma corporel, le mode ou les modes de stimulation, la durée et la fréquence de stimulation recommandée. La délivrance se fait en pharmacie ou en magasin de matériel médical.

Les soins éducatifs et l'apprentissage du patient sont réalisés par un(e) infirmier(e) ressource douleur au sein d'une structure douleur chronique (SDC) ou d'un service de soins de support. Ils comprennent l'explication des mécanismes de la douleur, du principe de la TENS, la séance d'essai permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif et l'apprentissage de la pose des électrodes sur une peau saine, propre et sèche. Il est également recommandé de remettre au patient un dépliant d'information, en complément du livret fourni par le fabricant de l'appareil de stimulation.

La prise en charge débute par une période de location, d'une durée maximale de six mois. L'achat de l'appareil n'est pris en charge qu'en cas d'efficacité documentée et d'observance suffisante pendant cette période. En cas de détérioration de l'appareil, le renouvellement pour la prise en charge à l'achat peut se réaliser cinq ans après la précédente prise en charge et sur pres-

cription d'une structure douleur chronique.

Le prescripteur initial réévalue le patient à un ou deux, trois et six mois après la prescription initiale, puis au minimum tous les six mois après l'achat de l'appareil. **Le médecin traitant conserve une place importante dans le suivi** : il repère les difficultés d'utilisation, vérifie la tolérance cutanée, encourage l'observance et coordonne, si besoin, avec l'équipe douleur, l'oncologue ou l'équipe de soins de support. Il peut renouveler la prescription des électrodes, à raison d'un sachet de quatre électrodes tous les quinze jours.

La stimulation transcrânienne répétitive

Le principe de la stimulation transcrânienne répétitive (rTMS) est d'appliquer au contact du scalp une bobine qui émet un champ électromagnétique puissant, focalisé sur une petite surface, de l'ordre de 1 cm². Les impulsions magnétiques sont transformées en impulsions électriques (selon la loi d'induction électromagnétique décrite par Faraday en 1831), permettant, selon la fréquence utilisée, de stimuler ou d'inhiber les circuits neuronaux visés.

Dans les années 1980, un appareil a été développé par Barker *et al.* afin de générer ce courant secondaire dans les circuits excitables que constituent les réseaux neuronaux du cortex cérébral humain. Un courant intense et bref circule dans une bobine conductrice placée au-dessus du scalp. Le champ magnétique ainsi créé traverse les tissus sous-jacents (scalp, os du crâne, méninges et espaces liquidiens) avec une faible atténuation et induit un courant électrique qui dépolarise les neurones corticaux. À partir d'un certain seuil d'intensité, la modification rapide du champ magnétique induit localement une dépolarisation neuronale (potentiel d'action) qui se propage le long des axones, de proche en proche, par l'intermé-

diaire des synapses, en s'atténuant avec la distance^{21,22}.

La rTMS consiste à émettre une série d'impulsions pendant un intervalle de temps donné afin de modifier durablement l'activité de la région visée. Différents paramètres influent sur le résultat obtenu : l'intensité de la stimulation, la région cérébrale à stimuler, la fréquence des trains d'impulsions délivrés et le nombre de trains de stimulation et leur durée. Ainsi, une stimulation rTMS du cortex moteur primaire à une fréquence basse, inférieure à 1 Hz, a un effet inhibiteur sur les neurones visés ; une fréquence élevée, supérieure à 5 Hz, a un effet excitateur sur les neurones visés.

En pratique, l'opérateur délivre des trains d'impulsions de quelques secondes, séparés par des pauses. Ainsi, plusieurs centaines à plusieurs milliers d'impulsions sont délivrées au cours d'une séance. Contrairement à la stimulation cérébrale profonde, dans laquelle l'activité des neurones est directement modulée par les électrodes implantées, la rTMS agit indirectement sur les cellules nerveuses, après avoir traversé avec peu d'atténuation la peau, l'os et les méninges. Les effets se concentrent principalement au niveau de la couche la plus superficielle du cerveau, c'est-à-dire le cortex. Un système de neuronavigation permet de s'orienter à la surface du crâne en repérant les zones du cortex sous-jacent à cibler au cours des différentes séances^{21,22}.

Un traitement type par rTMS consiste à réaliser plusieurs séances de stimulation, qui peuvent s'étaler sur plusieurs semaines, selon le protocole choisi par le médecin. Une séance dure en moyenne de dix à trente minutes et se déroule en ambulatoire, sans anesthésie, le patient restant conscient. Les principaux paramètres du traitement incluent la fréquence de stimulation, le nombre et la durée des trains de stimulation, ainsi que l'intervalle entre deux trains, la cible corticale (zone du cerveau qui est stimulée par le

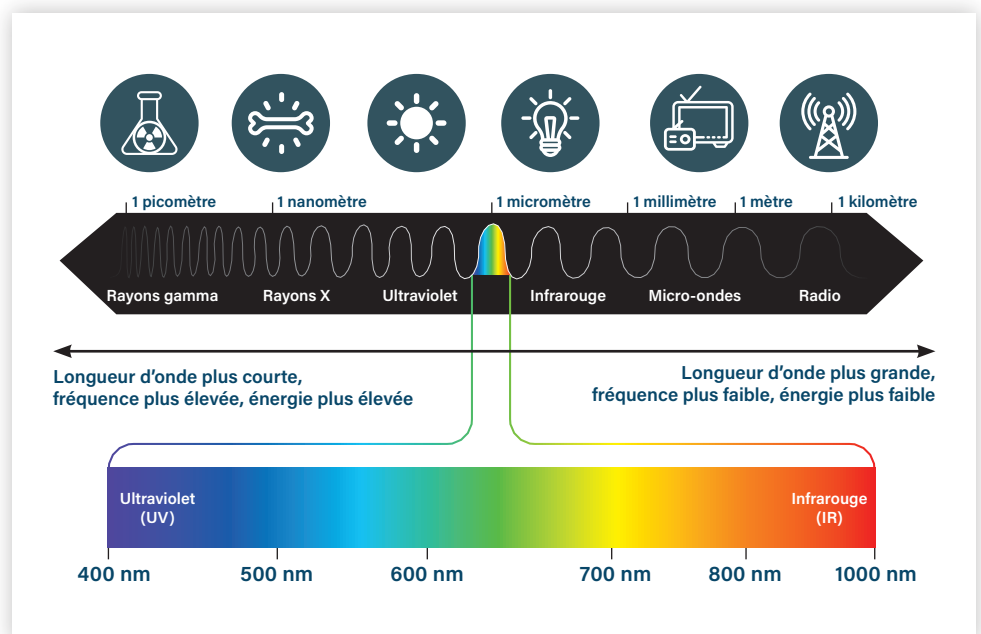


Figure 2. Longueurs d'onde utilisées en PBM.

champ magnétique), le nombre de séances et le positionnement de la bobine de stimulation exactement face à la cible.

La rTMS est une technique médicale non invasive utilisée à visée diagnostique ou thérapeutique^{21,22}. Elle peut être indiquée pour traiter différentes pathologies telles que les douleurs neuropathiques, la fibromyalgie, les acouphènes et des pathologies psychiatriques (dépression, schizophrénie, hallucinations auditives, troubles obsessionnels compulsifs, résistants à la fois aux traitements psychothérapeutiques et médicamenteux)^{21,22}. Des études récentes montrent un intérêt dans l'arsenal thérapeutique des douleurs séquelaires en onco-hématologie. Cependant, les effets de la rTMS sur les douleurs du cancer restent à approfondir par de nouvelles études. Une revue de la littérature portant sur l'utilisation de la rTMS dans le traitement des douleurs liées au cancer, des douleurs induites par les traitements anticancéreux ainsi que d'autres symptômes liés à la maladie cancéreuse a montré une efficacité sur l'asthénie, l'anxiété, la dépression, l'atteinte cognitive, entraînant

de façon indirecte une réduction de la douleur^{23,24}.

La rTMS semble pouvoir s'intégrer aux traitements proposés dans la prise en charge des douleurs du cancer en offrant une technique interventionnelle non invasive, indolore et sans effet secondaire connu à ce jour dans le cadre d'une approche multimodale. L'accessibilité à la rTMS doit être développée sur le territoire afin d'optimiser la prise en charge en soins de support et la qualité de vie des patients en onco-hématologie.

La photobiomodulation dans les douleurs du cancer : l'approche multimodale par excellence

Qu'est-ce que la photobiomodulation ?

La photobiomodulation (PBM) est une technique non invasive de l'uminothérapie qui utilise les propriétés thérapeutiques de certaines longueurs d'onde de lumière non ionisantes, et non thermiques, en particulier le bleu, le rouge et le proche infrarouge (fig.2). Grâce à différents mécanismes cellulaires dé-

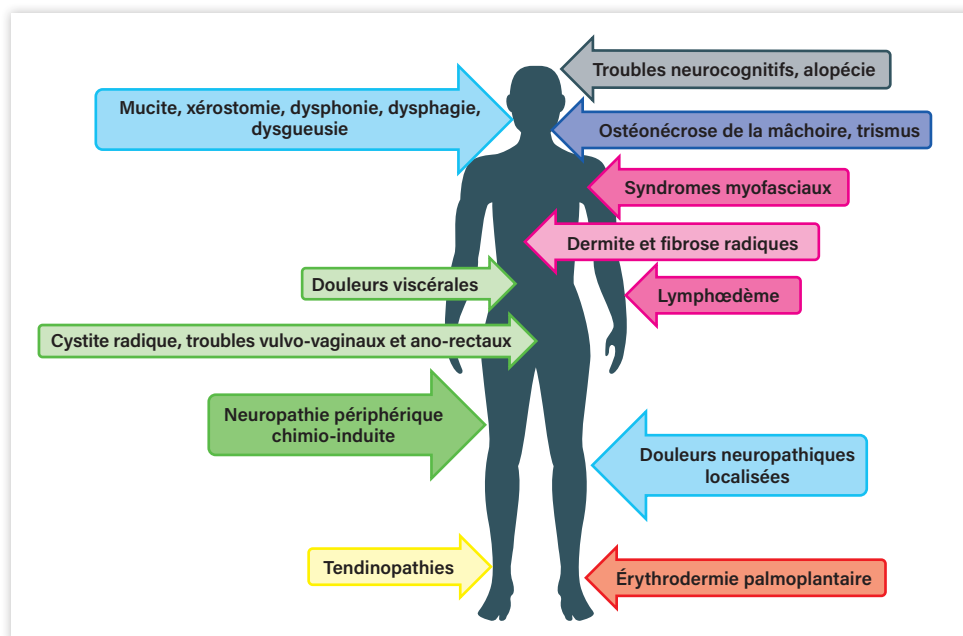


Figure 3. Indications de la PBM en soins oncologiques de support.

MOTS-CLÉS :

multimodalité, interdisciplinarité, douleur multimorphe du cancer.

KEYWORDS:

multimodality, interdisciplinarity, multimorphic cancer pain.

sormais bien élucidés par la science, la lumière générée par des LED ou des lasers de basse intensité provoque une cascade de réactions photophysiques et photochimiques. La PBM permet notamment de booster la production d'énergie par les mitochondries des cellules (l'ATP) et de réguler l'inflammation et le stress oxydatif. Il en découle des propriétés thérapeutiques majeures, notamment un effet antalgique, anti-inflammatoire, immunomodulateur et procicatrisant²⁵. L'efficacité et la sécurité de la PBM dépendent de paramètres dosimétriques et ergonomiques précis.

Utilisée selon les protocoles validés et par des professionnels formés, cette technique est généralement très bien tolérée²⁶.

Indications en soins oncologiques de support : quand la gestion du symptôme permet l'antalgie

Compte tenu de son action multimodale qui cible différents mécanismes cellulaires, la PBM est devenue une technique interventionnelle non invasive incontournable en soins oncologiques de support, tout au long du parcours et même en prévention². Elle bénéficie de recom-

mandations internationales de plusieurs sociétés savantes, avec un niveau de preuve 1, dans la prise en charge de la mucite ainsi que de la radiodermite²⁷⁻³⁰. En favorisant la cicatrisation et la lutte contre l'inflammation, elle est indiquée dans la prévention et le traitement de ces complications. D'autres recommandations scientifiques ont élargi ses indications au traitement de nombreux symptômes et de la douleur qu'ils provoquent, tout au long du parcours de soins en oncohématologie^{26,28,30}. Parmi ces symptômes douloureux figurent la neuropathie périphérique chimio-induite, la dysphagie, le trismus, les sécheresses des muqueuses douloureuses en lien notamment avec les réactions greffons contre hôtes en hématologie, ou les chimiothérapies en général (xérostomie, sécheresse vaginale, xérophtalmie). Sont également concernées l'ostéonécrose de la mâchoire, les lésions parodontales, la fibrose radique et l'érythrodermie palmoplantaire^{28,30,31} (fig. 3). Dans toutes ces indications, la correction du symptôme et l'antalgie sont concomitantes²⁶.

Au-delà de ces symptômes bénéficiant de recommandations scientifiques, de nombreux syndromes douloureux, notamment musculosquelettiques, comme les douleurs musculaires et articulaires sous hormonothérapie, les tendinopathies ou les syndromes myofasciaux, peuvent bénéficier de l'action thérapeutique de la PBM et font actuellement l'objet d'études cliniques²⁶. ●

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE.

PARTIE 3. APPROCHES INTERVENTIONNELLES NON INVASIVES: TENS, rTMS, PBM

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 basée 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 3. NON-INVASIVE INTERVENTIONAL APPROACHES: TENS, rTMS, PBM

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.

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (3)

RÉFÉRENCES

1. Moisset X, Bouhassira D, Avez-Couturier J, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. *Douleur Analg* 2020;33:101-12.
2. Neuropathic Pain Box Cancer. SFETD.
3. Hurlow A, Bennett MI, Robb KA, et al. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2012.
4. Lee JE, Anderson CM, Perkhounkova Y, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation reduces resting pain in head and neck cancer patients. *Cancer Nursing* 2018;001-11.
5. Loh J, Gulati A. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in a major cancer center for the treatment of severe cancer-related pain and associated disability. *Pain Med* 2015;16:1204-10.
6. Robb KA, Bennett MI, Johnson MI, et al. Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults (Review). *The Cochrane Collaboration* 2008.
7. Robb KA, Newham J, Williams JE. Transcutaneous electrical nerve stimulation vs transcutaneous spinal electroanalgesia for chronic pain associated with breast cancer treatments. *J Pain Symptom Manag* 2007;33(4):410-9.
8. Siemens W, Boehlke C, Bennett M, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain in patients in specialist palliative care – A blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. *Support Care Cancer* 2020;28:5323-33.
9. Tahmineh M, Ren Q, Li N, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation in relieving neuropathic pain: Basic mechanisms and clinical applications. *Curr Pain Headache Rep* 2020; 24(4):14
10. Searle RD, Bennett M, Johnson MI, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for cancer bone pain. *J Pain Sympom Manag* 2009;37(3):424-8.
11. Gewandter JS, Chaudari J, Ibegbu C, et al. Wireless transcutaneous electrical nerve stimulation device for chemotherapy-induced peripheral neuropathy: An open-label feasibility study. *Support Care Cancer* 2019;27(5):1765-74.
12. Püsküllüoğlu M, Tomaszewski KA, Grela-Wojewoda A, et al. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain and chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer patients: A systematic review. *Medicina* 2022;58-284.
13. Patel ABU, Bibawwy PPWM, Althonayan JIM, et al. Effect of transauricular nerve stimulation on perioperative pain: A single-blind, analgesic masked, randomised controlled trial. *Br J Anaesthetes* 2023;130(4):468-76.
14. Unal S, Karagözoglu Coskunsu, Hatik SH, et al. Short-term effectiveness of auricular vagus nerve stimulation in patients with myofascial pain syndrome. *Europ Research J* 2022;8(5):573-82.
15. Sun J, Guo C, Ma Y, et al. Immediate modulatory effects of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation on the resting state of major depressive disorder. *J Affect Disord* 2023;325:513-21.
16. Zhang S, Zhao Y, Qin Z, et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation for chronic insomnia disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Network Open* 2024;7(12).
17. Steidel K, Krause K, Menzies K, et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation influences gastric motility: A randomized double-blind trial in healthy individuals. *Brain Stimul* 2021;14:1126-32.
18. Haute Autorité de santé. Avis sur les dispositifs médicaux et autres produits de santé. 17/02/2009. HAS. Évaluations des appareils de neurostimulation électrique transcutanée (TENS). 7 octobre 2009.
19. Haute Autorité de santé 2019. Cadre de mise en œuvre. HAS. Avis de la CNEDIMTS : Dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge de la neurostimulation électrique transcutanée visée à la sous-section 2 de la section 7 du chapitre 1^{er} du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale (CSS), 3 septembre 2019.
20. Arrêté du 17 octobre 2025 de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge de la neurostimulation électrique transcutanée visée à la sous-section 2 de la section 7 du chapitre 1 du titre I de la liste prévue à l'article L.165-1(LPP) du code de la sécurité sociale avec application au 17 avril 2026.
21. Leveque M, Cabut S. La chirurgie de l'âme. Éd. J-C Lattès, 2018.
22. Lefaucheur JP, Andre-Obadia N, Poulet E, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) : règles de sécurité et indications thérapeutiques. *Neurophysiologie clinique* 2011;41: 221-95. Elsevier Masson.
23. Yanyuan Du, Yaoyuan Li, Jieqing Hu, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation: is it an effective treatment for cancer pain? *Pain Ther* 2025;14:47-66.
24. Chien YJ, Chang CY, Wu MY, et al. Noninvasive brain stimulation for cancer pain management in nonbrain malignancy: A meta-analysis. *Hindawi. Europ J Cancer Care*, volume 2023, article ID 5612061, 10 pages.
25. Anders JJ, Arany PR, Baxter GD, et al. Light-emitting diode therapy and low-level light therapy are photobiomodulation therapy. *Photobiomodul Photomed Laser Surg* 2019;37:63-5.
26. Lemaire A, Dewaele H, Godaert L. Photobiomodulation et soins oncologiques de support : la révolution thérapeutique par la lumière. *Actualités Pharmaceutiques* 2026;65(Issue 654):25-9.
27. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, et al. Mucositis guidelines leadership group of the multinational association of supportive care in cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer* 2020;126(19):4423-31. Erratum in: *Cancer* 2021;127(19):3700.
28. Robijns J, Nair RG, Lodewijckx J, et al. Photobiomodulation therapy in management of cancer therapy-induced side effects: WALT position paper 2022. *Front Oncol* 2022;12:927685.
29. Behroozian T, Bonomo P, Patel P, et al. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). Oncodermatology Study Group Radiation Dermatitis Guidelines Working Group. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: international Delphi consensus-based recommendations. *Lancet Oncol* 2023;24(4):e172-e185.
30. Référentiel AFSOS. Photobiomodulation en soins oncologiques de support, 2026. <https://www.afsos.org/referentiels-recommandations>
31. Neuropathic Pain Box K. SFETD, 2025. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2025/02/Neuropathic%20BOX%20K%201022025.pdf>
32. Arrêté du 17 octobre 2025 de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge de la neurostimulation électrique transcutanée. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article-jor/JORFARTI000052404090>

PARTIE 4

Prises en charge des douleurs en oncologie

Approches interventionnelles invasives

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.

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.

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (4)

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE.

PARTIE 4. APPROCHES INTERVENTIONNELLES INVASIVES

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 basée 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 4. INVASIVE INTERVENTIONAL APPROACHES

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.

MOTS-CLÉS :

multimodalité, interdisciplinarité, douleur multimorphe du cancer.

KEYWORDS:

multimodality, interdisciplinarity, multimorphic cancer pain.

RÉFÉRENCES

1. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients : ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2018;29(Suppl 4) :iv166 -iv19.
2. Deer TR, Hayek SM, Grider JS, et al. The Polyanalgesic Consensus Conference (PACC)* : Updates on clinical pharmacology and comorbidity management in Intrathecal drug delivery for cancer pain. Neuromodulation 2025;28(7):1029-53.
3. Mercadante S, Candido K, Staats P, et al. Spinal analgesia in cancer pain management-MASCC general practice recommendations. Support Care Cancer 2025;33(8):674..
4. Altamirano JM, Khalid SI, Slavin KV. Neurosurgical techniques for chronic pain in adult cancer survivors. Stereotact Funct Neurosurg 2025;103(6):566-75.
5. Aman MM, Mahmoud A, Deer T, et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN). Best practices and guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. J Pain Res 2021;14:2139-64.
6. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer pain management : A narrative review of current concepts, strategies, and techniques. Curr Oncol 2023;30(7):6838-58.
7. Allano G, George B, Minello C, et al. Strategies for interventional therapies in cancer-related pain-a crossroad in cancer pain management. Support Care Cancer 2019 ;27(8):3133-45.

PARTIE 5

Prises en charge des douleurs en oncologie

Approches complémentaires et de support

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 Viatris sans intervention de leur part dans l'élaboration du sommaire, le choix des auteurs et la rédaction des articles.

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 séquentielles 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 ayurvéda)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.



© ADOBE STOCK - HRIDAY

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 | |

MOTS-CLÉS :

multimodalité,
interdisciplinarité,
douleur multimorphe
du cancer.

KEYWORDS:

multimodality,
interdisciplinarity,
multimorphic
cancer pain.

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE.**PARTIE 5. APPROCHES COMPLÉMENTAIRES ET DE SUPPORT**

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 5. COMPLEMENTARY AND SUPPORTIVE APPROACHES**

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. Bami C, Jovenin N, Bouche O, et al. La cancérologie intégrative, le modèle du MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center) de New York. *Onko* 2003;5(38).
2. Träger S, et al. Soins oncologiques de support ; pratiques non conventionnelles et cancérologie intégrative : de la nécessité d'une clarification. *Bull Cancer* 2024.
3. Scotte F, Morin S, Gervais C, et al. Des « soins de support » au « cancer toxicity management ». *La Lettre du cancérologue* 2015 ;XXIV(7).
4. Träger S. Intégration des thérapies complémentaires dans la médecine conventionnelle : rôle des soins de support. *Le Nouveau Cancérologue* 2014;07(03).
5. Site AFSOS. Le grand débat national. L'AFSOS propose sa définition de la cancérologie intégrative.
6. Negre I. Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action. *Douleurs* 2013;14(3).
7. INCa, octobre 2021. Référentiel organisationnel national. Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer/ avis d'experts (Recommandations et référentiels).
8. Asimwe JB, Nagendrapa PB, Atukunda EC, et al. Prevalence of the use of herbal medicines among patients with cancer : A systematic review and meta-analysis. *Evid-Based Complement Alternat Med* 2021;9963038.
9. Balneaves LG, Watling CZ, Hayward EN, et al. Addressing complementary and alternative medicine use among individuals with cancer : An integrative review and clinical practice guideline. *J Natl Cancer Inst* 2021;114(1):25-37.
10. AFSOS. Place des pratiques complémentaires dans les soins oncologiques de support. Livret patient, 2021. <https://www.afsos.org/fiche-soin/place-des-pratiques-complementaires-dans-les-soins-oncologiques-de-support/>
11. Sénat. Les plantes médicinales et l'herboristerie : à la croisée de savoirs ancestraux et d'enjeux d'avenir. Rapport d'information. 2018 <https://www.senat.fr/rap/r17-727/r17-727.html>
12. Légifrance. Règlement relatif aux nouveaux aliments. Directive 2002/46/CE ; règlement (CE) 2015/2283.
13. Compléments alimentaires. EFSA. <https://www.efsa.europa.eu/fr/safe2eat/food-supplements>
14. ANSES. <https://www.anses.fr/fr>
15. ANSM. Médicament à base de plantes et huiles essentielles. <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/medicaments-a-base-de-plantes-et-huiles-essentielles#title>
16. Hedrine (Herb Drug Interaction Database). <https://hedrine.ulb.be>
17. Laurent V, Saillard J, Thierry M, et al. Anticancer agents and phytotherapy : Interactions that are often unrecognized. *J Oncol Pharm Pract* 2021;27(2):322-8.
18. Escudero-Vilaplana V, Collado-Borrelli R, Gomez-Martinez-Sagrera P, et al. *J Cancer Res Clin Oncol* 2022;149(7):2855-82.
19. Lee RT, Kwon N, Wu J, et al. Prevalence of potential interactions of medications, including herbs and supplements, before, during, and after chemotherapy in patients with breast and prostate cancer. *Cancer* 2021 ;127(11):1827-35.
20. NCCN. Guidelines version 2, 2026. Survivorship.
21. Recommandations SFPO. Plantes et compléments alimentaires dans la prise en charge du patient atteint de cancer, 2020. <https://sfpo.com/travaux-publications-sfpo/>
22. Anses. La nutrivigilance, 2025. <http://www.anses.fr/fr/content/tout-savoir-sur-le-dispositif-de-nutrivigilance>
23. Anses. Tableau récapitulatif des plantes médicinales de l'EMA, 2023. <https://www.anses.fr/fr/content/complements-alimentaires-base-de-plantes-vers-une-meilleure-information-des-consommateurs>
24. AFSOS. Question phytothérapie. Répondre aux patients atteints d'un cancer. <https://www.afsos.org/ressource-doc/question-phytotherapie-volume-2/>
25. Encyclopédie participative et collaborative en phytothérapie, aromathérapie et gemmothérapie <https://www.wikiophyto.org/wiki/Accueil>
26. Memorial Sloan Kettering Cancer Centre. About Herbs, Botanicals & Other Products. <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>
27. Trchealthcare. Natural Medicines Database. <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/Home/ND>
28. Shanaida M, Oleshchuk O, Schevchuk O, et al. Herbal medicines and drugs interactions : Cytochrome P450 responsibility. *Curr Med Chem* 2026.
29. Pochet S, Lechon AS, Lescrainier C, et al. Herb-anticancer drug interactions in real life based on VigiBase, the WHO global database. *Scientific Reports* 2022;12:14178.
30. Asher GN, Corbett AH, Hawke RL. Common Herbal dietary supplement-drug interactions. *Am Fam Physician* 2017;96:101-7.

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, Viatris, 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 Viatris 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. ●

DOULEURS ET CANCER

PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE (6)

RÉSUMÉ PRISES EN CHARGE DES DOULEURS EN ONCOLOGIE. PARTIE 6. CAS DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DES MÉTASTASES OSSEUSES

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 6. MANAGEMENT OF PAIN FROM BONE METASTASES

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.

MOTS-CLÉS :
multimodalité,
interdisciplinarité,
douleur multimorphe
du cancer.

KEYWORDS:
multimodality,
interdisciplinarity,
multimorphic
cancer pain.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Dixmierias F, Palussiere J. Traitement des douleurs des métastases osseuses. J Radiol 2011 Sept;92(10)9:796-800.
- Delorme T. Douleurs et cancer. 2^e éd., 2022. Épidémiologie de la douleur en oncologie (chapitre 3).
- Labreze L. Douleurs et cancer. 2^e éd., 2022. Mécanismes et sémiologie (chapitre 6).
- Poulain P, Filbet M, Ammar D, et al., Caractéristiques et traitements des accès douloureux paroxystiques ADPC chez les patients cancéreux : résultats de l'enquête ADEPI, Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement 2012;3(4):163-8.
- Fallon M, Guisti R, Alleli F, et al. Management of cancer pain in adult patients : ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2018;29:iv166-iv191.
- Institut national du cancer (INCa). Traitements des métastases osseuses et des douleurs, 2023.
- Mercadante S. Malignant bone pain: Pathophysiology and treatment. Pain 1997;69(1-2):1-18.

L'après-douleur, une conséquence de l'antalgie efficace en oncologie

Dr Laurent Labreze¹,
Marie Daspas²,
Dre Christine
Villatte-De
Figueiredo³

1. Centre
d'évaluation et de
traitement de la
douleur (CETD),
Institut Bergonié,
Bordeaux, France

2. Ligue contre le
cancer, comité
Gironde, France

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

l.labreze@bordeaux.unicancer.fr

marie.daspas@ligue-cancer.net

cvillatte@clermont.unicancer.fr

Cet article fait partie d'un supplément réalisé avec le soutien institutionnel de Viatris sans intervention de leur part dans l'élaboration du sommaire, le choix des auteurs et la rédaction des articles.

Le soulagement d'une douleur constitue l'une des sensations positives les plus intenses et les plus agréables que l'on puisse ressentir. Nous avons tous fait l'expérience d'une douleur qui s'arrête, plus ou moins rapidement, comme une rage de dent, une colique ou une migraine. Après cette résolution s'ensuit une phase d'« après-douleur », plus ou moins longue et euphorique, qui modifie complètement le schéma physiologique mais aussi psychosocial dont nous allons illustrer les conséquences. Ce soulagement obtenu (partiel ou complet) peut résulter des effets nociceptifs, avec arrêt du stimulus nociceptif, mais aussi de la modulation de l'effet antalgique, de la souffrance immédiate et retardée. Le corollaire est notable puisqu'en cancérologie, cette phase peut alors entraîner une amélioration de plusieurs paramètres importants et, par ricochet, une amélioration de la prise en charge, bien qu'elle puisse parfois s'accompagner d'effets paradoxaux. L'amélioration des schémas de prise en charge de la douleur chronique constitue une source de satisfaction pour les soignants, certes, mais surtout pour les patients puisque l'on peut constater de plus en plus de résolutions (complètes ou partielles) des symptômes douloureux, qu'ils soient nociceptifs et/ou neuropathiques.

Concept de douleur multimorphe : modèle important pour les douleurs du cancer

Chez les patients atteints de cancer, les douleurs chroniques présentent

un caractère multimorphe désormais bien identifié.¹ Elles peuvent associer de manière isolée ou intriquée des douleurs ayant des étiologies différentes, des mécanismes physiopathologiques variés, avec des localisations et des durées distinctes. Leur expression peut également évoluer au cours de la maladie cancéreuse, y compris après rémission ou guérison.

Situations douloureuses chez les patients cancéreux

Les accès douloureux fréquents chez les patients cancéreux douloureux comprennent² :

- les accès douloureux transitoires, imprévisibles, instantanés, à intensité croissante plus ou moins rapide et avec une résolution lente, laissant une anxiété de reprise ;
- les accès douloureux paroxystiques (ADP), qui correspondent à une augmentation très rapide et transitoire de la douleur, survenant sur un fond de douleur chronique stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. Ils peuvent être prévisibles (le patient évite le déclenchement) ou plus souvent imprévisibles, anxiogènes, augmentant le ressenti douloureux. On peut également évoquer deux définitions complémentaires² :

- le concept de **douleur chronique** : en 1999, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) proposait une définition plus large que celle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) de 1994 : « *Expérience sensorielle et émotionnelle*

désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient » ;

- le **syndrome douloureux chronique** ; il s'agit d'un concept plus complexe, défini plutôt comme une maladie à part entière et comme une entité multidimensionnelle intégrée dans un modèle biopsychosocial ou multimorphe avec quatre composantes en interaction : la composante sensori-discriminative (aspect physiologique), la composante affectivo-émotionnelle, la composante cognitive et la composante comportementale.

Proposition de définitions

La résolution douloureuse peut être définie comme l'intervalle de temps qui sépare le début d'une procédure antalgique à son maximum utile. Ce maximum peut être complet (résolution totale) ou incomplet (traduit par une baisse variable de l'intensité douloureuse).

L'après-douleur pourrait être définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle agréable associée au soulagement de la douleur due à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes de cette lésion* », définition qui fait écho à celle de la douleur proposée par l'IASP³, comme pour préciser que la douleur n'est pas inéluctable et qu'elle peut être réversible.

Le « plaisir » ressenti, différent de la « satisfaction », fait suite à la résolution et constitue une phase peu

étudiée et le plus souvent seulement en termes de récompense physiologique. L'intensité de ce plaisir, sa rapidité entraînent des conséquences importantes d'un point de vue cognitif, affectif, émotionnel et comportemental.

Conséquences de l'après-douleur

Conséquences biopsychosociales

Quatre phénomènes de qualité de vie se dégagent dès la résolution, avec plus ou moins d'importance, suivant les patients :

- **apaisement** : retour à la paix, au calme, suivi d'une sérénité de perception et de jugement ; diminution de l'anxiété ;
- **euphorie** : par le sentiment de bien-être général ; percevoir ce sentiment (souvent oublié) est d'autant plus fort que la douleur était chronique ; état opposé à l'anxiété préalable ;
- **désinhibition (ou levée des inhibitions)** : par libération émotionnelle et amélioration des conséquences psychosomatiques ;
- **autonomisation** : volonté de réaliser des actes ou des actions non envisageables avant tels que marcher, dormir en décubitus, porter ses enfants...

Conséquences pour la prise en charge

La résolution, partielle ou complète, d'une douleur ne veut pas dire abandon du patient. N'oublions pas que l'arrêt de la plainte douloureuse modifie aussi le regard de l'entourage familial proche et/ou de l'entourage professionnel. Médicalement aussi, ce patient soulagé n'est plus « prioritaire » pour l'équipe soignante. Certes, il a moins besoin de nous, et l'éloignement peut faire partie du plan de soins, mais pour certains patients toutefois, le maintien de l'accompagnement en consultation douleur peut être indispensable. Les besoins sont différents, les demandes et attentes également. Ce suivi peut s'avérer

indispensable pour éviter le sentiment d'abandon, dont les conséquences psychologiques, comportementales, sociales et familiales pourraient éventuellement conduire à « regretter » que la douleur ne soit plus là ! Pour ceux qui ne souhaitent pas la poursuite d'un suivi en consultation et qui ont besoin de s'éloigner du milieu médical, il faut pouvoir les rassurer en s'engageant à une prise en charge rapide en cas de besoin. Cette phase peut et doit être mise à profit pour accentuer, optimiser ou consolider les soins de support, pour permettre une amélioration de l'hygiène de vie (conseils nutritionnels, activité physique régulière, prise en charge émotionnelle...) et pour accompagner sur le plan socioprofessionnel si besoin.

Constatant des fonctions auparavant gelées ou contraintes, certains patients souhaitent rapidement, dans l'euphorie, retrouver des sensations articulaires antérieures et reprendre des activités physiques comme la marche, le jardinage, la cuisine, les activités sportives ou d'autres loisirs. Ils auront alors tendance à reprendre trop rapidement et trop intensément des activités, ce qui peut entraîner des crampes, une raideur et une fatigabilité et être responsable d'un rebond de déception. L'accompagnement doit pouvoir proposer une reprise d'activités progressive et douce. La proposition d'une prise en charge en activité physique adaptée (APA) constitue une alternative, pour une remise en mouvement progressive et pour éviter l'échec d'une reprise d'activités physiques trop intenses, non adaptées à la situation encore fragile.

Selon l'évaluation des besoins en soins de support que nous ferons à ce moment de la prise en charge, nous pourrions proposer une orientation vers une prise en charge psychologique, une prise en charge nutritionnelle, l'APA, la kinésithérapie, le service social (le patient pouvant envisager alors une reprise d'activité professionnelle, par

exemple). Mais également vers des médecines complémentaires, comme la sophrologie, l'hypnose, la méditation de pleine conscience ou encore l'acupuncture.

Par ailleurs, la prise en charge médicamenteuse, lorsqu'elle existe, doit également être revue et discutée. En général, un délai de quelques jours à quelques semaines est laissé, avant d'envisager une diminution progressive, voire un arrêt, des antalgiques, pour éviter à la fois un syndrome de sevrage et une reprise des douleurs. Cet accompagnement est essentiel, tout en laissant aux patients qui le peuvent et/ou qui le veulent une certaine liberté dans la gestion du traitement antalgique. Cette autonomie peut faire partie de la prise en charge, redonnant au patient concerné le sentiment de contrôle, de liberté et de choix.

Cette phase d'après-douleur peut donc être accompagnée, et elle le doit, pour les patients qui le souhaitent. Dans certaines situations, on peut observer que les patients éprouvent des difficultés à se détacher de leur douleur (même s'ils expriment le souhait de s'en séparer), malgré les différentes stratégies thérapeutiques mises en place. La douleur semble alors occuper une place particulière, parfois identitaire, rendant son abandon complexe. Un accompagnement psychologique parallèle à la prise en charge médicale prend dans ces cas-là tout son sens, à condition qu'il soit accepté et souhaité par le patient.

Le point de vue des accompagnants et des associations

Aussi handicapante, voire insupportable, que puisse être la douleur d'une personne que l'on accompagne (professionnel ou aidant), elle ne sera jamais la nôtre. Ce d'autant que la douleur chronique constitue un handicap invisible⁴. Elle nous amène à nous mettre « à la place de », c'est-à-dire à écouter, entendre, essayer d'agir. Mais en réalité c'est un peu comme l'« anal-

L. Labrèze et M. Daspas déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

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

DOULEURS ET CANCER

L'APRÈS-DOULEUR

MOTS-CLÉS :

douleur du cancer, après-douleur, soulagement, antalgie, soin de support.

KEYWORDS:

cancer pain, after-pain, pain relief, analgesia, supportive care.

gésie congénitale »... cette douleur que l'on ne connaît qu'à travers l'autre, et qu'il s'agit de s'approprier pour trouver la bonne distance, nous incite à élaborer la relation la plus adaptée puisqu'elle en fixe les limites lorsqu'elle disparaît.

En se dissipant, la douleur se déjoue de la réalité, de la souffrance vécue par celui qui en était alors victime et c'est tout un pan de la relation accompagnant-soigné qui s'en trouve bouleversé.

La douleur ayant fait faux bond, le risque n'est-il pas que cette nouvelle « insensibilité », peut-être que momentanée, ne modifie notre lien à l'autre et à sa maladie ? La satisfaction qu'il ait enfin la capacité de « souffler », de gagner en autonomie et de retrouver le plaisir de vivre pleinement s'oppose au fait de de-

voir se repositionner dans une forme d'exigence. « *Tu vas mieux, tu as moins besoin de moi...* » nous pousse à réfléchir et à donner du sens au « prendre soin », à la place que l'on s'octroie dans ce trio malade-douleur-accompagnant mais à la place que tient finalement cette douleur qui, quelque part, nous relie...

Conclusion

L'après-douleur a été très peu explorée. Elle procure apaisement, euphorie, désinhibition et autonomisation. L'intensité positive de cette phase est liée à la différence d'intensité douloureuse, au délai de mise en œuvre et au type de douleur. Cette phase serait une forme d'addiction positive, donc valorisable. Ne plus avoir mal serait addictif.

Comme toute récompense, elle réactive les circuits de motivation, permettant au patient de se projeter dans un nouvel espace du projet de vie qui doit être construit avec sa famille, le monde professionnel, et un accompagnement soignant réajusté. Cet accompagnement peut également impliquer les associations de patients. Cette phase ne sonne pas l'arrêt du suivi. Au contraire, elle doit être mise à profit pour renforcer le rôle des accompagnants et des soins de support.

Au-delà de l'aspect éthique et déontologique de la prise en charge de la douleur et du soulagement, les caractéristiques très positives de l'après-douleur sont un motif supplémentaire de prise en charge correcte de la douleur chronique chez nos patients souffrant de cancer. ●

RÉSUMÉ L'APRÈS-DOULEUR, UNE CONSÉQUENCE DE L'ANTALGIE EFFICACE EN ONCOLOGIE

Le soulagement, voire l'arrêt, d'une douleur est l'une des sensations positives les plus intenses et les plus agréables que l'on puisse ressentir. La résolution de la douleur est suivie d'une phase de plaisir, appelée l'après-douleur, qui peut modifier profondément les conséquences comportementales et psychosociales du patient. Cette phase peut expliquer l'intensité de l'apaisement, l'euphorie, la désinhibition et l'autonomisation constatées. Le ou les circuits du plaisir sont étroitement liés à la boucle de motivation, qui se remet en marche. Ne plus avoir

mal serait une forme d'addiction. Malgré cette phase bénéfique, le patient ne doit pas être laissé à l'abandon, cette période pouvant, au contraire, être mise à profit pour améliorer ou consolider les soins de support proposés. L'après-douleur est un motif de plus pour prendre en charge correctement les douleurs chroniques de nos patients souffrant de cancer. Accompagnants et associations ont un rôle à jouer dans cet après-douleur, qui n'est pas une fin de parcours mais le début d'une nouvelle prise en charge.

SUMMARY AFTER-PAIN, A CONSEQUENCE OF EFFECTIVE PAIN MANAGEMENT IN ONCOLOGY

The relief and/or cessation of pain is one of the most intense and pleasant positive sensations one can experience. This resolution is followed by a phase of pleasure, the 'After-Pain' phase, which can profoundly alter behavioural and psychosocial outcomes. This phase may explain the intensity of the relief, euphoria, disinhibition and empowerment observed. The pleasure circuits are closely linked to the motivation loop, which is reactivated. No longer being in pain would

be a form of addiction. Despite this beneficial phase, the patient should not be left without support, as its effects can be used to improve or consolidate the supportive care provided. The 'After-pain' phase is yet another reason to manage the chronic pain of our cancer patients properly. Caregivers and associations have a role to play in this 'post-pain' phase, which is not the end of the journey, but the start of a new phase of care.

RÉFÉRENCES

1. Lemaire A, AFSOS, SFETD 2020 ; MASCC, EAPC, AFSOS 2021.
2. Labreze L. Douleurs et cancers : mécanismes et sémiologie. Éd. Expression Santé, 2018, p 44.
3. Raja S, Carr D, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020;161(9). 1^{er} Forum contre la douleur, ministère de la Santé, octobre 2018.

Boîte à outils

► **Échelle verbale simple (EVS)**

► **Brief Pain Inventory (BPI)**

► **Algoplus**

► **Doloplus**

► **DN4**

► **HAD**

► **ORT**

► **POMI**



Glossaire

- ▶ **3C** : centre de coordination en cancérologie
- ▶ **ADP** : accès douloureux paroxystique
- ▶ **AFSOS** : Association francophone des soins oncologiques de support
- ▶ **AINS** : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- ▶ **AMM** : autorisation de mise sur le marché
- ▶ **ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ▶ **ANSES** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- ▶ **APA** : activité physique adaptée
- ▶ **ASCO** : American Society of Clinical Oncology
- ▶ **ATP** : adénosine triphosphate
- ▶ **CETD** : centre d'évaluation et de traitement de la douleur
- ▶ **CIPN** : *chemotherapy-induced peripheral neuropathy* (neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie)
- ▶ **CSS** : code de la sécurité sociale
- ▶ **CYP** : cytochrome P450
- ▶ **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- ▶ **DN** : douleur neuropathique
- ▶ **DN4** : douleur neuropathique en 4 questions
- ▶ **DU** : diplôme universitaire
- ▶ **EAPC** : European Association for Palliative Care
- ▶ **EMO** : équivalent morphine orale
- ▶ **EN** : échelle numérique
- ▶ **EORTC** : European Organisation for Research and Treatment of Cancer
- ▶ **ESMO** : European Society for Medical Oncology
- ▶ **EVA** : échelle visuelle analogique
- ▶ **EVS** : échelle verbale simple
- ▶ **HAD** : *hospital anxiety and depression scale* (échelle d'anxiété et de dépression hospitalière)
- ▶ **HAS** : Haute Autorité de santé
- ▶ **IASP** : International Association for the Study of Pain
- ▶ **INCa** : Institut national du cancer
- ▶ **IRM** : imagerie par résonance magnétique
- ▶ **IRSNA** : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- ▶ **LI** : libération immédiate
- ▶ **LP** : libération prolongée
- ▶ **MAC** : médecines alternatives et complémentaires
- ▶ **MASCC** : Multinational Association of Supportive Care in Cancer
- ▶ **MIVILUDES** : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
- ▶ **MPQ** : *McGill pain questionnaire* (questionnaire McGill sur la douleur)
- ▶ **NCCN** : National Comprehensive Cancer Network
- ▶ **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ▶ **ORT** : *opioid risk tool* (risque de dépendance aux opioïdes)
- ▶ **PBM** : photobiomodulation
- ▶ **PCA** : *patient-controlled analgesia* (analgésie contrôlée par le patient)
- ▶ **POMI** : *prescription opioid misuse index* (échelle de mésusage des prescriptions d'opioïdes)
- ▶ **PNCAVT** : pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique
- ▶ **PROMs** : *patient-reported outcome measures* (mesures des résultats rapportés par le patient)
- ▶ **QLQ-C30** : *quality of life questionnaire-core 30* (questionnaire de qualité de vie)
- ▶ **RASS** : échelle d'agitation-sédation de Richmond
- ▶ **RCP** : réunion de concertation pluridisciplinaire
- ▶ **RNCP** : Répertoire national des certifications professionnelles
- ▶ **rTMS** : *repetitive transcranial magnetic stimulation* (stimulation magnétique transcrânienne répétitive)
- ▶ **RSP** : réunion de synthèse pluriprofessionnelle
- ▶ **SaO₂** : saturation en oxygène
- ▶ **SDC** : structure douleur chronique
- ▶ **SF36** : *36-item short form health survey* (sondage sur la santé abrégé de 36 questions)
- ▶ **SFAP** : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- ▶ **SFETD** : Société française d'étude et de traitement de la douleur
- ▶ **SFPO** : Société française de pharmacie oncologique
- ▶ **SIO** : Society for Integrative Oncology
- ▶ **SNV** : stimulation du nerf vague
- ▶ **SOS** : soins oncologiques de support
- ▶ **SPP** : staff pluriprofessionnel
- ▶ **TENS** : *transcutaneous electrical nerve stimulation* (neurostimulation électrique transcutanée)
- ▶ **tVNS** : *transcutaneous vagus nerve stimulation* (stimulation transcutanée du nerf vague)

Découvrez la version numérique

de ce supplément de
La Revue du Praticien

Soulager les douleurs du cancer ? Un objectif toujours ambitieux

Téléchargez, partagez, imprimez ou
sauvegardez les articles de ce numéro !

Autant de possibilités pour profiter à votre rythme
du contenu de ce numéro supplément.



• La douleur du cancer
aujourd'hui

• La douleur du cancer
à travers le parcours
de soins



Retrouvez les vidéos du
Dr Antoine Lemaire



Points clés à retenir :
téléchargez la fiche
de synthèse !



<https://www.larevuedupraticien.fr/e-supplements>



L'équipe rédactionnelle du mensuel *La Revue du Praticien*
n'a pas participé à la rédaction de ce supplément

