

Douleurs et cancer



Scannez ce QR code pour télécharger la version complète de ce numéro supplément.

La prise en charge de la douleur liée au cancer constitue un élément central des soins oncologiques de support (SOS), dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients dès le diagnostic et tout au long du suivi. Malgré les progrès dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques et l'évolution de l'arsenal thérapeutique, la douleur liée au cancer demeure une cause majeure d'altération de la qualité de vie, de limitation fonctionnelle, de souffrance psychologique et de désinsertion sociale. Son évaluation et son traitement doivent être intégrés de manière systématique à toutes les étapes de la prise en charge oncologique.

Une notion importante mise en évidence dans ce supplément est la reconnaissance du caractère multimorphe de la douleur en cancérologie. Cela signifie que la douleur est dynamique et évolutive dans ses formes tout au long du parcours de soins. Elle résulte de l'interaction de multiples facteurs tels que les modes de présentation de la douleur, le cancer, les traitements, l'évolution de la maladie, les complications ainsi que les facteurs de variabilité liés au patient et à son environnement. La douleur est donc complexe et modulée en continu par de multiples paramètres, ce qui impose une évaluation globale et continue.

L'évaluation de la douleur est primordiale. Elle s'appuie sur l'identification des mécanismes en jeu, du profil temporel et de la localisation de la douleur ainsi que sur le repérage des situations urgentes et des principaux pièges diagnostiques. L'analyse de son retentissement fonctionnel et de son impact sur la qualité de vie est également essentielle et repose sur l'utilisation d'outils standardisés. Elle intègre également les comorbidités, en particulier chez la personne âgée, ainsi que les diagnostics différentiels. Les accès douloureux paroxystiques (ADP) sont fréquents et doivent être systématiquement recherchés et pris en charge. Enfin, l'évaluation du risque de mésusage des opioïdes ainsi que le dépistage d'une éventuelle hyperalgésie induite par les opioïdes sont indispensables.

La prise en charge de la douleur repose sur une approche multimodale associant des traitements médicamenteux, des approches interventionnelles et des interventions complémentaires et de support, en parallèle des traitements oncologiques spécifiques. Concernant les antalgiques, leur choix dépend des mécanismes douloureux (nociceptif,

neuropathique ou mixte), de l'intensité de la douleur et du profil du patient. La prise en charge des douleurs neuropathiques s'appuie, pour les formes localisées, sur des traitements locaux et, pour les formes plus diffuses, sur un traitement oral en première intention. La prise en charge des douleurs nociceptives repose principalement sur les opioïdes, utilisés de manière adaptée et surveillée, les antalgiques non opioïdes gardant une place dans les douleurs faibles ou comme co-antalgiques.

Les traitements oncologiques spécifiques participent également au contrôle de la douleur. La radiothérapie est notamment indiquée dans les métastases osseuses pour son effet antalgique. Elle peut aussi être proposée à visée décompressive ou dans le cadre d'irradiations antalgiques ciblant des localisations viscérales ou cutanées douloureuses. Cependant, elle peut occasionner une aggravation transitoire de la douleur ou des douleurs neuropathiques différées. Les gestes chirurgicaux ont aussi leur place dans la stratégie antalgique, que ceux-ci soient à visée curative, cytoréductrice ou palliative. Enfin, les traitements oncologiques systémiques ont un effet antalgique indirect lié à la réponse tumorale, mais peuvent aussi être à l'origine de douleurs secondaires liées à leurs toxicités.

Les approches non médicamenteuses et non invasives prennent une place croissante dans la prise en charge multimodale des douleurs liées au cancer. La neurostimulation transcutanée (TENS) peut être proposée dans certaines douleurs neuropathiques ou nociceptives liées au cancer ou à ses traitements. La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) est une technique non invasive de neuromodulation pouvant s'intégrer à la prise en charge multimodale des douleurs séquentielles du cancer. Son intérêt est prometteur, mais ses effets restent à approfondir par de nouvelles études. Enfin, la photobiomodulation (PBM), technique de luminothérapie non invasive, dispose d'un niveau de preuve élevé pour certaines indications, notamment la prévention et le traitement de la mucite orale ou de la radiodermite.

Les techniques interventionnelles (radiologie interventionnelle, analgésie intrathécale, stimulation médullaire, neurochirurgie) font partie de la prise en charge antalgique globale. Elles constituent des options à envisager précocement dans une stratégie pluridisciplinaire, après évaluation spécialisée et en lien avec les objectifs du patient.

Enfin, l'oncologie intégrative associe traitements conventionnels et approches complémentaires et de support. Ces dernières sont largement utilisées mais présentent un niveau de preuve et un cadre réglementaire hétérogènes. Elles doivent être distinguées des approches « alternatives », potentiellement dangereuses. Certaines méthodes telles que l'hypnoanalgésie disposent de données favorables, tandis que d'autres (relaxation, sophrologie...) restent encore insuffisamment validées, mais sont souvent perçues comme bénéfiques par les patients. Le recours à ces pratiques nécessite une intégration encadrée et une coordination avec les soins de support.

Ce supplément propose un chapitre particulier sur les métastases osseuses en raison de leur fréquence et de leur fort potentiel algogène. La douleur est le plus souvent nociceptive, parfois mixte, avec un risque de complications graves, comme la compression médullaire, imposant un repérage précoce. La prise en charge est multimodale, associant antalgiques, traitements oncologiques (notamment radiothérapie) et mesures de réadaptation, avec recours à des techniques spécialisées en cas de formes réfractaires.

Enfin, ce supplément introduit la notion d'« après-douleur ». Le soulagement durable d'une douleur chronique ne constitue pas seulement la disparition d'un symptôme ; il s'accompagne fréquemment de modifications profondes du comportement, de l'état émotionnel et des projets de vie. L'apaisement, le bien-être, la reprise de l'autonomie ou la redécouverte de capacités longtemps limitées par la douleur ouvrent une nouvelle phase du suivi. Cette période représente une opportunité pour renforcer les soins de support, accompagner la reprise des activités physiques et sociales, réévaluer les traitements et aider le patient à reconstruire son projet de vie.

La douleur multimorphe du cancer ne doit plus être considérée comme une fatalité. Les outils diagnostiques facilitent l'évaluation de la douleur, et les traitements médicamenteux, les approches non pharmacologiques et les stratégies interventionnelles permettent d'améliorer le contrôle de la douleur chez une grande proportion de patients. L'enjeu n'est plus seulement de réduire l'intensité douloureuse mais de restaurer la qualité de vie, préserver l'autonomie et accompagner durablement la personne dans toutes les dimensions de son parcours de soins, à travers une dynamique de soins de support.