Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

Bull Cancer 2020; xx: xxx

en ligne sur / *on line on*
www.em-consulte.com/revue/bulcan
www.sciencedirect.com

Synthèse

Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ?

Antoine Lemaire

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, équipe mobile de soins de support & palliatifs, pôle cancérologie & spécialités médicales, Valenciennes, France

lemaire-a@ch-valenciennes.fr

Reçu le 11 mai 2021
Accepté le 29 août 2021
Disponible sur internet le :

Mots clés
Douleur du cancer
Soins de support
Douleur multimorphe
Opioïdes
Soins palliatifs

Résumé

La douleur du cancer reste, aujourd'hui encore, une problématique majeure de santé publique. Malgré les progrès de la médecine de la douleur, à travers l'intérêt démontré scientifiquement des soins de support précoces, plus de la moitié des patients, pris en charge pour un cancer, restent douloureux. La médecine de la douleur connaît, depuis plusieurs années, un lot de changements déterminants, tant en termes de connaissances physiopathologiques, de diagnostic ou d'options thérapeutiques – qu'elles soient médicamenteuses, interventionnelles ou non médicamenteuses – , comme en témoignent de nombreuses recommandations internationales récentes. Prendre en charge la douleur du cancer suppose ces prérequis et ne peut pas reposer sur une équation simpliste qui mènerait de la douleur symptôme à l'unique réponse médicamenteuse, notamment via les opioïdes. À travers le concept innovant de douleur multimorphe, nous abordons les particularités de la douleur du cancer, à la fois en termes de compréhension, d'évaluation et de traitement. Cette modélisation met en avant les spécificités de la douleur du cancer en tant qu'entité nosologique à part entière qui nécessite une approche interdisciplinaire, multimodale, dynamique et un management personnalisé. L'identification d'éléments de rupture ou dirsuptions dans ce modèle dynamique est une clé majeure de compréhension. Les stratégies thérapeutiques qui en découlent, qu'elles soient médicamenteuses, non médicamenteuses ou interventionnelles, sont codifiées par des recommandations basées sur des preuves scientifiques au service des équipes de soin et, in fine, du patient, dans l'objectif d'améliorer sa qualité de vie.

Keywords
Cancer pain
Supportive care
Multimorphic pain
Opioids
Palliative care

Summary

The management of multimorphic cancer pain, from diagnosis to treatment

Cancer pain remains a major public health issue. Despite progress in pain medicine thanks to the interest shown in early and timely supportive care, more than half the patients managed for cancer are in pain. One of the key factors in high quality multidisciplinary management throughout the care pathway is to assess more than just pain: it is necessary to assess the patient as a whole. Understanding the complexity of cancer pain – or the various types of pain –

© 2021 Société Française du Cancer. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ARTICLE IN PRESS
Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

through the innovative multimorphic cancer pain model, effectively opens up new perspectives for a targeted, personalised, and multimodal approach. The subsequent treatment strategies, whether drug-based with opioids, or interventional, are codified by guidelines based on scientific evidence for the healthcare professionals and, ultimately, patients.

Introduction

La douleur du cancer reste, aujourd'hui encore, une problématique majeure de santé publique à l'échelle internationale, avec de nombreuses disparités selon les pays. On estime, en effet, que 55 % des patients, sous traitement du cancer, et 66 % des patients ayant un cancer avancé, métastatique ou en phase terminale, souffrent de douleurs [1]. Les douleurs séquellaires du cancer, survenant à distance de la maladie et après traitement curatif concernent, quant à elles, 39 % des patients [1]. Ces données ont peu évolué depuis plus de quarante ans [2], constat interpellant qui souligne, notamment, la complexité de prise en charge des douleurs du cancer. Le cancer est toujours l'une des premières causes de morbi-mortalité au monde, avec une incidence en constante augmentation [3,4].

Malgré les outils dont nous disposons pour un contrôle optimal de la douleur du cancer, alliant la meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques aux traitements médicamenteux, non médicamenteux ou interventionnels, en passant par l'évaluation de la douleur, celle-ci reste toujours sous-diagnostiquée, insuffisamment évaluée et sous-traitée, y compris pour les cas les plus sévères [5]. L'accès aux opioïdes, notamment thérapeutique antalgique de référence, est malheureusement encore insuffisant dans de nombreux pays [4], et la plupart des patients en France ne sont pas adressés à une équipe interdisciplinaire spécialiste de la douleur [6].

L'amélioration de la survie des patients atteints de cancer – certains cancers oligométastatiques devenant même des maladies chroniques –, et la complexité, ainsi que la multiplicité des mécanismes physiopathologiques et étiologiques intriqués, sont des clés de lecture des douleurs du cancer. Nous décrirons, ici, le concept de douleur multimorphe du cancer qui permet d'envisager la compréhension, l'évaluation et la prise en charge des douleurs du cancer sous un angle exhaustif et innovant, en rupture avec les modèles classiques [7] : la douleur du cancer est une entité complexe à part entière, capable de prendre plusieurs formes simultanément et d'en changer tout au long du parcours de soins. En ce sens, le concept de douleur multimorphe propose une vision dynamique, différente des approches nosologiques classiques qui identifient la douleur aiguë, la douleur chronique du cancer et la douleur chronique séquellaire des traitements du cancer [8]. La prise en charge de la douleur reste l'un des piliers fondamentaux des soins oncologiques de support précoces, dont elle porte les archétypes organisationnels et structurels, avec pour objectif cible l'optimisation de la qualité de vie du patient à travers une approche ciblée, multimodale et personnalisée [7].

Cet article n'est pas un catalogue technique de données déjà publiées : il n'entend pas reprendre, de façon détaillée et minutieuse, les travaux d'auteurs et de sociétés savantes. Cet article est une synthèse qui porte un regard croisé sur la littérature et les récentes recommandations, à travers une clé de lecture originale, afin d'apporter au lecteur une vision exhaustive de la douleur du cancer en 2022, et de faire le lien avec cette littérature de référence pour approfondir ces sujets, le cas échéant.

Évaluation et réévaluation des douleurs du cancer et du patient

L'évaluation de la douleur du cancer et du patient répond à une approche dynamique qui doit sans cesse être renouvelée dans le temps [4,5,7,9], compte tenu du multimorphisme de la douleur du cancer et de ses aptitudes à changer dans le temps, comme nous le verrons plus loin. À tout stade de la maladie et dès le diagnostic [10], chaque consultation médicale ou paramédicale, y compris lors du suivi non oncologique, est ainsi l'occasion de s'assurer de la stabilité des douleurs et d'une approche thérapeutique antalgique optimale, mais aussi d'un environnement, au sens large du terme, des plus adaptés à la prise en soin du patient (équipes de soins, domicile, entourage, etc.).

Évaluation de la douleur du cancer

Le premier temps est l'évaluation de la douleur du cancer, dont découlent les principes d'une prise en charge individualisée, ciblée et multimodale. Les douleurs du cancer ont, en effet, plusieurs spécificités qu'il faudra rechercher. Comme pour d'autres tableaux douloureux chroniques, l'évaluation est multidimensionnelle : sensoridiscriminative, cognitive, émotionnelle et comportementale. La communication avec le patient et son entourage est un élément majeur de l'évaluation de la douleur du cancer, qui se doit d'être qualitatif et nécessite donc du temps [5,9,11]. Il est fondamental d'associer le patient comme acteur – voire expert – de sa prise en charge à travers une dynamique d'éducation thérapeutique, à la fois pour l'évaluation et le suivi ultérieur de la douleur sous traitement antalgique.

Des échelles d'autoévaluation standardisées peuvent être recommandées, comme l'Échelle visuelle analogique (EVA), l'Échelle verbale simple (EVS) ou l'Échelle numérique (EN) [4,5,12]. Dans certains cas spécifiques, comme les troubles cognitifs ou l'impossibilité de communiquer avec le patient

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

Tableau I
Les principales étiologies des douleurs du cancer [5,7]

La tumeur en elle-même et/ou ses métastases (inclut les douleurs liées aux syndromes paranéoplasiques)
Douleurs induites par les soins (dites procédurales) : ponctions et biopsies à visée diagnostique, endoscopies, prélèvements sanguins, voies centrales, injections, plaies, etc.
Douleurs d'origine iatrogène : chirurgie, chimiothérapies, hormonothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie, radiothérapie, chimioembolisations, thermoablations ou cryothérapie, effets secondaires d'autres traitements incluant les traitements de support (constipation ou hyperalgésies induites par les opioïdes, par exemple)
Douleurs liées aux comorbidités : céphalées/migraines, fribromyalgie, postzostériennes, neuropathie diabétique, arthrose, arthrite, etc.
Douleurs séquellaires des traitements du cancer

(coma, polyhandicap, etc.), il est recommandé de pratiquer des échelles d'hétéroévaluation de la douleur basées sur l'observation, qui permettront, en outre, le suivi de la douleur dans le temps et son évaluation sous traitement antalgique [5]. Les douleurs neuropathiques requièrent, quant à elles, des échelles spécifiques de dépistage comme le DN4 ou d'évaluation comme le NPSI [13].

Les causes de la douleur doivent être recherchées de façon minutieuse (*tableau I*) [5,8,9], sachant qu'elles peuvent être multiples en plus du cancer en lui-même et/ou de ses métastases. Et ces causes peuvent s'associer entre elles ou dans le temps, constituant l'un des éléments de compréhension de la nature multimorphe de la douleur, c'est-à-dire son aptitude à changer dans le temps. En termes de sémantique, on peut parler de douleurs liées au cancer lorsque les douleurs sont liées à la maladie tumorale en elle-même (tumeur primitive et/ou métastases), et de douleurs du cancer, de façon plus globale, lorsqu'il s'agit de l'ensemble des douleurs possibles, liées à la tumeur, ou à ses traitements, y compris à distance de la guérison (douleurs dites séquellaires). La douleur du cancer pourra présenter des formes aiguës, subaiguës ou chroniques [5,7,8].

Concernant les douleurs chroniques du cancer, l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) les classifie en deux entités : les douleurs chroniques liées au cancer (viscérales, osseuses ou neuropathiques) et les douleurs chroniques séquellaires des traitements du cancer (post-traitements médicaux, radiothérapie ou chirurgie) [8].

Le mécanisme physiopathologique de la douleur est à préciser, car il permettra de guider au mieux les thérapeutiques antalgiques au sens large. Il peut s'agir de douleurs nociceptives somatiques (ex : atteinte osseuse) ou viscérales (ex : carcinose péritonéale), en lien avec des lésions tissulaires (autres que le système nerveux) et une stimulation des nocicepteurs sur un système nerveux fonctionnel [4]. Une expression neuropathique peut être fréquente, par dysfonctionnement ou atteinte du système nerveux central ou périphérique : compression tumorale directe, neurotoxicité, hypersensibilisation centrale, dysfonctionnement du système sympathique, etc. [4]. Là encore, ces deux mécanismes pourront également coexister et varier dans le temps, constituant ainsi des douleurs mixtes, superposées, combinées ou associées [12], témoignant du caractère multimorphe de la douleur.

Les localisations douloureuses sont souvent multiples, en cas de cancer, et les sites douloureux peuvent présenter des mécanismes physiopathologiques différents, surtout quand la maladie est avancée, avec la plupart du temps au moins deux types de douleurs différentes [14].

Outre l'intensité, il est capital d'évaluer les caractéristiques de la douleur, notamment sa durée, ses facteurs de déclenchements ou de soulagement, les symptômes associés, ainsi que l'efficacité des traitements. Même si leur définition n'a pas toujours été consensuelle, les accès douloureux paroxystiques (ADPc) sont actuellement définis comme un épisode de douleur sévère, survenant chez un patient atteint d'un cancer, et dont la douleur de fond est contrôlée par traitement opioïde [5]. Il s'agit donc d'accès d'installation rapide, avec atteinte d'un paroxysme en quelques minutes, et cédant, en général, en moins d'une heure. Leur physiopathologie peut être complexe, et ils peuvent être nociceptifs, neuropathiques ou mixtes [15]. Ils sont caractéristiques des douleurs du cancer et sont donc à dissocier de la douleur de fond qui est définie comme une douleur présente, au moins, 12 heures par jour durant la précédente semaine (ou qui serait présente en l'absence de traitement antalgique) [16]. Si cette douleur de fond est traitée correctement, c'est-à-dire une douleur absente ou faible – mais pas modérée à sévère – durant au moins douze heures la dernière semaine [16], et que le patient présente des exacerbations transitoires de la douleur, on peut alors parler d'ADPc. Si ce n'est pas le cas, l'évaluation minutieuse de la douleur permettra de rééquilibrer le traitement antalgique de fond.

Cette évaluation de la douleur en elle-même sera toujours effectuée en parallèle de l'évaluation de l'efficacité des

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

thérapeutiques antalgiques, mais également de leur tolérance et de l'observance du patient à son traitement comme nous le verrons plus loin.

Évaluation du patient dans sa globalité

L'évaluation du patient, dans le cadre du suivi de sa symptomatologie douloureuse, ne saurait se limiter pour autant à la douleur en elle-même : il est capital d'avoir une approche du patient dans son ensemble, qui devra être ciblée sur certains facteurs particuliers, qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques, afin de proposer une prise en charge optimale. Cette évaluation est exigeante [5,9,12], mais son exhaustivité est le support d'une prise en charge de qualité, évitant de réduire la prise en charge de la douleur du cancer à une équation simpliste et réductrice : douleur = morphine. Le recours à une équipe interdisciplinaire de soins oncologiques de support est recommandé dans les situations les plus complexes. L'évaluation du patient et de son entourage n'est, en effet, pas exclusivement réservée au médecin : l'apport complémentaire d'autres soignants de l'équipe interdisciplinaire est capital, et certains modèles ont même démontré l'intérêt de déléguer des tâches des médecins vers les soignants [17–20].

Le but de cette évaluation globale interdisciplinaire est de comprendre les besoins multidimensionnels du patient et de son entourage, qu'ils soient physiques (comme les symptômes dont la douleur), émotionnels (ex : anxiété, dépression), socioenvironnementaux, spirituels ou informationnels [20].

La prise en charge de la douleur du cancer est l'un des piliers fondamentaux des soins oncologiques de support, et s'intègre donc dans une approche complémentaire des soins spécifiques du cancer [21–23]. Depuis les études fondatrices des soins palliatifs précoces [24], les premières à démontrer l'impact de l'intervention précoce d'une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs sur la qualité de vie des patients atteints de cancers métastatiques, les concepts de soins de support et soins palliatifs ont souvent fait l'objet de débats, mais les définitions sont claires [21–23,25,26]. Les soins oncologiques de support sont « la prévention et la gestion des effets indésirables du cancer et de ses traitements. Cela inclut la gestion des symptômes physiques et psychologiques, et des effets secondaires tout au long du parcours de soins du cancer, du diagnostic, en passant par les traitements curatifs du cancer, aux soins post-traitement. L'amélioration de la réadaptation, de la prévention secondaire du cancer, de la survie et des soins de fin de vie font partie intégrante des soins de support » [25]. Nous retenons que la prise en charge de la douleur du cancer fait partie intégrante des soins de support dès le diagnostic du cancer, tout comme les soins palliatifs dès l'instant où le cancer du patient n'est pas curable [22,25]. Il est intéressant de mesurer les impacts positifs des différents modèles de soins de support précoces, que ce soit en termes d'optimisation de la gestion des symptômes, d'amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction du patient, d'augmentation de la durée de survie, du niveau de soins à domicile ou de réduction des coûts de santé [20,26]. Les dernières modélisations préconisent davantage une intervention précoce en soins de support de façon ciblée et opportune, à partir d'un *screening* des patients [20], ce qui est tout à fait adapté à l'évaluation et la prise en charge de la douleur du cancer.

Un examen clinique complet et, si besoin, des explorations paracliniques (biologie, imagerie) peuvent être proposés pour comprendre les mécanismes douloureux ou diagnostiquer des comorbidités. De même que pour la douleur, des échelles d'évaluation spécifiques peuvent être utilisées pour évaluer les symptômes, la qualité de vie ou le statut fonctionnel. Il est important de ne pas considérer – de façon stigmatisante – que la douleur doit être systématiquement liée au cancer, et de garder une approche analytique pour écarter d'éventuels diagnostics différentiels potentiellement curables comme des maladies douloureuses n'ayant pas de lien avec le cancer ou ses traitements (ex : arthrose, rhumatismes inflammatoires, migraines, neuropathie diabétique, etc.). Ces pièges diagnostiques sont fréquents dans les situations où la douleur mène à consulter en urgence à l'hôpital ou en ville : des diagnostics d'urgences médicales curables peuvent alors être évoqués après analyse de la situation, comme une embolie pulmonaire ou une péritonite appendiculaire [32]. Une attention particulière sera portée à l'ensemble des traitements du patient et à ses comorbidités au cours de l'évaluation globale.

Le concept de douleur multimorphe du cancer

Présenté, pour la première fois, dans une série d'articles dédiés à la douleur du cancer en 2019 [7,12,27–32], ce concept entend apporter une approche en rupture avec les modèles classiques pour faciliter la compréhension et la prise en charge de la douleur du cancer. D'un point de vue étymologique, 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 cherchée 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 son management [7]. Cette définition révèle la complexité potentielle de la douleur du cancer comme entité nosologique spécifique, en particulier dans les situations de cancers oligométastatiques chroniques ou en cas d'évolution palliative, mais pas exclusivement.

Comme nous l'avons vu plus haut, la douleur du cancer doit donc être analysée, selon un continuum, tout au long du parcours de soins du patient, car elle pourra changer dans le temps en fonction de différents facteurs disruptifs (ou disruptions) décrits ci-dessous et qui vont potentiellement influencer la douleur en fragilisant, voire en rompant, l'équilibre antalgique à tout moment (*tableau II*).

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

Tableau II
Critères définissant le caractère multimorphe de la douleur du cancer [7]

Disruptions	Critères définissant le caractère multimorphe de la douleur du cancer		
Facteurs de complexité de la douleur	Composantes de la douleur : nociceptive ; neuropathique ; nociplastique	Mécanismes étiopathogéniques : le cancer en lui-même ; ses traitements (chimiothérapies, thérapies ciblées, immunothérapies, hormonothérapie, radiothérapie, chirurgie) ; autres causes de douleurs	Présentation de la douleur : intensité ; ancienneté de la douleur (chronique, subaiguë, aiguë) ; fond continu ; exacerbations aiguës/subaiguës ; accès douloureux paroxystiques ; urgences douloureuses
Facteurs intrinsèques de variabilité dans le temps relatifs au cancer	Le type de cancer et son stade au diagnostic	Évolution du cancer « maladie chronique » : guérison ; séquelles ; rechutes ; métastases ; évolution palliative	Traitements du cancer Traitements de support Complications
Facteurs extrinsèques de variabilité dans le temps relatifs à l'état de santé	Facteurs environnementaux : facteurs ethnodémographiques/facteurs culturels et spirituels ; facteurs socioéconomiques/précocité et niveau d'accès aux soins/renoncement ; communication	Facteurs interindividuels : génétique ; facteurs de variabilité des seuils douloureux ; immunité ; métabolisme	Facteurs intra-individuels : motivation ; facteurs de risque ; comorbidités et multimorbidités ; traitements intercurrents ; observance thérapeutique ; éducation thérapeutique

L'évaluation de la douleur multimorphe du cancer et du patient est donc un processus rigoureux et exhaustif, continu tout au long du parcours de soins : du diagnostic à l'après-cancer, en passant par des phases métastatiques chroniques ou des situations palliatives pouvant être complexes à gérer. De cette évaluation interdisciplinaire découlera une approche thérapeutique ciblée, multimodale et personnalisée sans cesse à même de s'adapter au patient pour lui apporter une qualité de vie optimale [7,9]. La *figure 1* reprend une proposition de stratégie antalgique qui découle de cette approche globale, en un objectif et trois recommandations, tout au long du parcours de soin et dès le diagnostic du cancer, en intégrant les situations palliatives et l'après-cancer.

Stratégies thérapeutiques dans la douleur multimorphe du cancer

La stratégie antalgique déployée par l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre des douleurs du cancer a permis dès 1986 (avec révision en 1996) de recommander les antalgiques – en particulier les opioïdes – dans le cadre des douleurs nociceptives du cancer, et selon une gradation par paliers de puissance antalgique proportionnelle à l'intensité douloureuse [33,34]. Plusieurs études estiment que si cette stratégie dite des paliers de l'OMS était appliquée, 75 à 90 % des douleurs du cancer pourraient être soulagées [35,36]. Cette stratégie a même largement dépassé le cadre de la douleur du cancer, pour devenir une référence dans la prise en charge de la douleur nociceptive en général, notamment sur le plan pédagogique. Néanmoins, cette approche est aujourd'hui considérée par l'OMS, elle-même, comme inadaptée à la prise en charge des douleurs du cancer, dans la mesure où les méthodes d'évaluation de la douleur et les thérapeutiques accessibles ont beaucoup évolué, avec une assise scientifique bien plus large [4]. De plus, comme nous venons de le voir, les douleurs multimorphes du cancer sont plus complexes, compte tenu de l'évolution des thérapeutiques anticancer et de l'augmentation de l'espérance de vie en cas de cancer, ainsi que du vieillissement de la population et des comorbidités [4,7,27,28]. Il est capital que les soins de support – et donc la prise en charge de la douleur du cancer – puissent s'intégrer à de réelles politiques de santé avec un minimum de connaissances et de thérapeutiques accessibles dans tous les pays [4,23].

Nous présentons, dans cette partie, les stratégies thérapeutiques antalgiques recommandées et pertinentes, qu'elles soient médicamenteuses, non médicamenteuses ou interventionnelles. Les traitements anticancer, comme la chirurgie, les médicaments (chimiothérapies, thérapies ciblées, immunothérapie, hormonothérapie, etc.) ou la radiothérapie, sont évidemment la première ligne de traitements antalgiques dans la mesure où ils visent à traiter l'étiologie des douleurs, à savoir le cancer ou ses métastases. Ils ne seront pas abordés ici en détail, mais il faut garder à l'esprit qu'ils portent ce paradoxe d'être les premiers antalgiques, tout en étant potentiellement pourvoyeurs de douleurs séquellaires notamment neuropathiques [5,7].

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

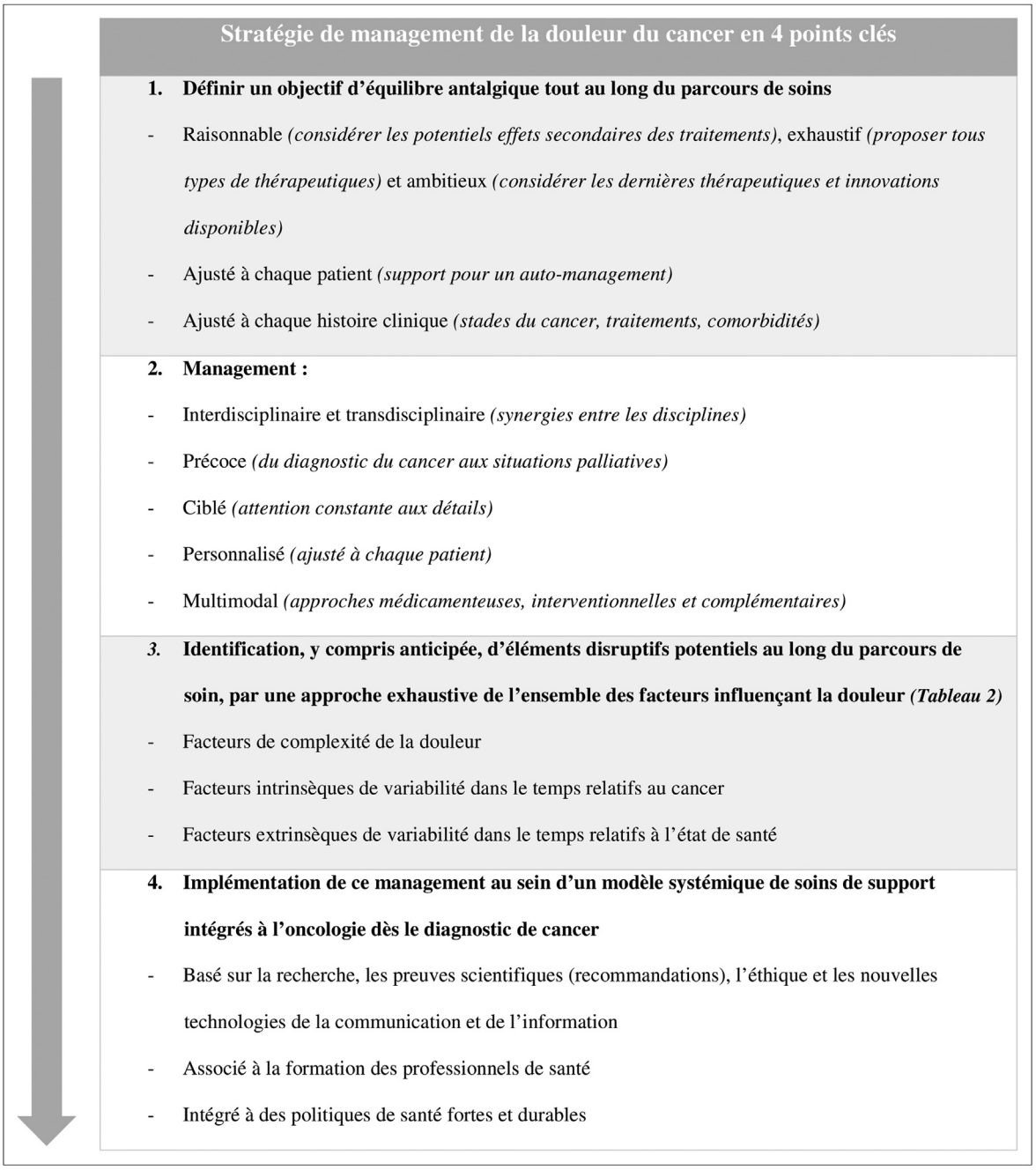

FIGURE 1

Stratégie antalgique de la douleur multimorphe du cancer, basée sur un objectif et trois recommandations [7], tout au long du parcours de soin

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

Prise en charge médicamenteuse des douleurs nociceptives du cancer

Les médicaments antalgiques de la douleur nociceptive du cancer

Les médicaments antalgiques de choix de la douleur nociceptive du cancer restent classés en trois groupes :

- les antalgiques non opiacés : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et paracétamol (ex-palier 1), disponibles par voies orale, rectale ou injectable selon les spécialités ;
- les opioïdes faibles (ex-palier 2), disponibles par voies orale, rectale ou injectable selon les spécialités. Il s'agit pour la France du tramadol, de la codéine, de la poudre d'opium et de la dihydrocodéine ;
- et les opioïdes forts (ex-palier 3) disponibles par voies orale, transmuqueuse, transdermique et injectable. Il s'agit notamment de la morphine, la méthadone, l'oxycodone, l'hydromorphone, le fentanyl, et la buprenorphine.

Ces différentes thérapeutiques étaient précédemment recommandées [33,34] en fonction de l'intensité douloureuse et par paliers successifs (palier 1 puis 2 puis 3, avec association synergique possible entre les paliers 1 et 2 ou les paliers 1 et 3). Cette stratégie progressive a donc été abandonnée, car elle pouvait retarder l'accès à une analgésie satisfaisante par la prescription d'emblée d'opioïdes forts quand la situation le justifiait, avec une analgésie limitée dans le temps concernant le palier 2 [4,29,37].

Initiation de l'analgésie des douleurs du cancer

L'initiation de l'analgésie chez la personne adulte, y compris âgée, peut être réalisée par la prescription d'antalgiques non opiacés ou d'opioïdes – faibles ou forts – seuls ou en association en fonction de l'évaluation clinique initiale et de l'intensité douloureuse. Lorsque la douleur est modérée à sévère, une association est recommandée, afin d'obtenir le soulagement le plus rapidement possible, et de réaliser une épargne en opioïdes. Les associations fixes ne sont, cependant, pas recommandées lorsque les douleurs ne sont pas stabilisées, car elles ne permettent pas une titration fine des médicaments mais, au-delà, il existe aussi un risque de toxicité au long cours lié aux antalgiques non opiacés, en particulier l'insuffisance hépatique pour le paracétamol et la gastro et néphrotoxicité pour les AINS [4].

Maintien de l'équilibre antalgique des douleurs du cancer

Le maintien de l'équilibre antalgique doit répondre à plusieurs impératifs qualitatifs et passe par les opioïdes faibles ou forts. Le choix de la molécule dépend de l'évaluation clinique et de l'intensité douloureuse, dans l'objectif de soulager rapidement le patient, mais également de son profil de comorbidités et intolérances médicamenteuses éventuelles. Lorsque les douleurs sont faibles à modérées, les opioïdes faibles peuvent être utilisés si besoin en association aux antalgiques non opiacés, mais les opioïdes forts à petites doses sont également efficaces et bien tolérés [5].

Quel opioïde fort choisir et selon quelles modalités ?

Les opioïdes forts sont désormais recommandés en première intention d'emblée dans les douleurs modérées à sévères, et il est démontré que leur profil efficacité/tolérance est tout à fait pertinent, en particulier pour la morphine orale [38], mais également pour le fentanyl transdermique [39] (*tableau III*). Par contre, les formulations transdermiques ne sont pas recommandées pour les situations où une titration fine est nécessaire et seront réservées aux douleurs déjà stabilisées [5]. La formulation orale reste la référence, mais il n'est pas rare de devoir utiliser d'autres voies parentérales lorsque la prise orale n'est plus possible (ex : dysphagie, mucite sévère, vomissements, troubles neurologiques, etc.) ou lorsqu'une titration fine et rapide est nécessaire pour soulager le patient dans les plus brefs délais [4,5]. À l'échelle internationale, la voie sous-cutanée est recommandée en première intention en alternative de la voie orale devant la voie veineuse, que l'on peut réserver aux cas où la voie sous-cutanée est contre-indiquée [4,5]. En France, néanmoins, l'accès à la voie veineuse, notamment via chambres implantables, reste généralement privilégié sur la voie sous-cutanée en milieu hospitalier [29,40].

Qu'il s'agisse de la voie orale ou de la voie parentérale, le principe d'une analgésie continue par les opioïdes est la règle : dose continue pour contrôler la douleur de fond (par voie orale, transdermique ou parentérale, y compris via PCA) et doses d'action rapide en cas d'exacerbation aiguë (morphinique oral à libération immédiate, fentanyl d'action rapide ou bolus par injections parentérales), avec ajustement ultérieur de la dose de fond en fonction des doses de secours consommées par le patient. Quelle que soit la voie d'administration, il est nécessaire de procéder à une titration individuelle de l'opioïde choisi afin de trouver la dose minimale efficace pour chaque patient, mais également de le soulager au plus vite sans effet secondaire majeur [5,29].

Le choix de l'opioïde fort est guidé par les molécules et formulations disponibles dans chaque pays, et par les critères suivants [29] :

- âge, comorbidités (notamment rénales et hépatiques) et antécédents (en particulier mésusages et d'addictions) ;
- traitements concomitants et interactions médicamenteuses potentielles ;
- caractéristiques de la douleur multimorphe du cancer, identifiées par une évaluation interdisciplinaire initiale ;
- propriétés pharmacologiques des thérapeutiques antalgiques envisagées ;
- représentations et préférences du patient.

Nous retiendrons que le fentanyl et la buprénorphine sont recommandés en cas d'insuffisance rénale sévère [5]. Les posologies d'opioïdes doivent être réduites pour les personnes âgées

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

Tableau III
Douleurs du cancer et opioïdes forts : synthèse

La stratégie graduelle des paliers de l'OMS n'est plus recommandée
La morphine orale est la molécule de choix pour les douleurs modérées à sévères
En cas d'impossibilité de prise orale, la voie sous-cutanée est recommandée à l'échelle internationale, mais la voie veineuse est plus souvent utilisée en milieu hospitalier en France : elle présente un intérêt pour réaliser une titration fine et rapide, afin de soulager rapidement le patient
Le choix de l'opioïde fort est basé sur l'analyse clinique de la situation, l'intensité de la douleur et le profil du patient
La buprénorphine et le fentanyl sont recommandés en cas d'insuffisance rénale sévère
Les formes transdermiques sont réservées aux douleurs stabilisées
La méthadone présente un intérêt dans les douleurs complexes et rebelles mais de par son maniement complexe, son usage est réservé aux équipes spécialisées hospitalières
Les règles de titration doivent être appliquées pour atteindre la dose minimale efficace sans perdre de temps
Les règles de conversion et d'équianalgésie doivent être appliquées lors des changements d'opioïdes forts

(> 75 ans) ou les patients fragiles (*Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG-PS) > 2) [41]. En cas d'ADPc, et lorsque la douleur de fond est stabilisée, on peut utiliser les opioïdes forts oraux à libération immédiate, notamment lorsque les ADPc sont prévisibles ou lorsqu'ils s'installent lentement [4,5,29]. Lorsque les ADPc sont imprévisibles ou d'installation rapide, les opioïdes d'action très rapide – dont les formulations transmuqueuses de fentanyl d'action rapide – sont pertinentes, car leurs propriétés pharmacocinétiques s'ajustent à la cinétique de l'ADPc [5,29].

Effets secondaires des opioïdes

Enfin, les effets secondaires sont communs à tous les opioïdes, qu'ils soient faibles ou forts. Ils peuvent altérer la qualité de vie et être responsables d'une mauvaise observance thérapeutique et doivent donc faire l'objet d'information, d'une prévention et d'une prise en charge. Il est capital de ne pas stigmatiser les opioïdes comme responsables de tous les symptômes présentés par le patient, et de garder une approche analytique pour éliminer d'autres diagnostics différentiels éventuels, comme des troubles neuropsychiques, métaboliques, une insuffisance rénale ou une extension tumorale [5,41,42]. Les effets secondaires digestifs sont parmi les plus fréquents. Les nausées et vomissements surviennent au début du traitement et cessent en général après la première semaine de traitement ; on peut les traiter par un antiémétique [5,29]. La dysfonction intestinale induite, par les opioïdes, est une entité globale associée à la présence des récepteurs aux opioïdes présents dans le tractus gastro-intestinal. Citons, au sein de cette entité, la constipation induite par les opioïdes (CIO), qui est un effet secondaire fréquent et non-dose dépendant commun à tous les opioïdes, pour lequel les traitements laxatifs standards doivent être proposés en prophylaxie ; les thérapies ciblées type PAMORAs peuvent être proposées en traitement de seconde ligne [43,44]. Les autres effets secondaires des opioïdes peuvent être la somnolence, et plus rarement le prurit, la dépendance psychique ou l'hyperalgésie induite par les opioïdes [29].

Changement d'opioïde [45]

En cas d'efficacité insuffisante d'une stratégie opioïdique bien menée, ou en cas d'effets secondaires persistants qui impactent négativement la qualité de vie du patient, un changement d'opioïde peut être proposé [5,29,42,45–47]. Il s'agit de remplacer un opioïde par un autre, sur la base d'équianalgésies théoriques entre les molécules, en privilégiant la sécurité pour ne pas risquer de surdosage, et en tenant compte des particularités pharmacocinétiques des traitements [5,29,42,45–47]. Il n'existe pas de règle permettant de privilégier un opioïde fort sur un autre, mais la méthadone présente un intérêt en cas de douleur rebelle de par son mécanisme d'action original et différent des autres opioïdes [5] ; cette molécule a désormais l'autorisation de mise sur le marché en France dans le traitement de fond des douleurs modérées à sévères liées à un cancer. Enfin, il peut être nécessaire d'envisager un changement de voie d'administration de l'opioïde, dans certaines situations, toujours selon des règles d'équianalgésie à respecter [5,29,45]. En France, l'application gratuite Opioconvert® facilite et sécurise le passage d'un opioïde à un autre, et d'une voie d'administration à une autre [45].

Arrêt des opioïdes

Lorsque la cause des douleurs a été traitée par les thérapeutiques anticancer, il est important de pouvoir diminuer, voire arrêter, les opioïdes et ne pas les poursuivre au long cours, de façon injustifiée, afin d'éviter toute iatrogénie surajoutée. Ce

ARTICLE IN PRESS
Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

sevrage peut être complexe à réaliser et peut nécessiter l'intervention d'une équipe spécialisée, en particulier lorsque des phénomènes de dépendance ont été objectivés [4].

Traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques du cancer

Il faut d'emblée distinguer les douleurs neuropathiques liées au cancer qui surviennent comme une conséquence directe des lésions du système somatosensoriel par le cancer, des autres douleurs neuropathiques, notamment séquellaires des traitements du cancer (chimiothérapies neurotoxiques, chirurgie, radiothérapie) [8,48,49]. Ces deux entités peuvent, néanmoins, survenir tout au long du parcours de soins, voire coexister simultanément, témoignant du caractère multimorphe de la douleur [7]. Pour les douleurs neuropathiques liées au cancer, une combinaison prudente d'opioïdes et de traitements adjuvants pourra être recommandée lorsque les opioïdes seuls ne suffisent pas [4,5,48]. Citons notamment les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ou certains anticonvulsivants comme les gabapentinoïdes que l'on utilisera aux doses minimales efficaces. Les corticostéroides sont également l'une des thérapeutiques adjuvantes les plus utiles en cas de compression nerveuse par la tumeur, mais ils ne sont pas des antineuropathiques en soi [4].

Quant aux douleurs chroniques neuropathiques séquellaires des traitements du cancer, lorsqu'elles persistent après guérison, elles seront abordées selon les stratégies habituelles recommandées pour toute douleur neuropathique chronique [49]. Les méthodes non médicamenteuses, comme la neurostimulation transcutanée ou les thérapeutiques d'action locale (lidocaïne, capsaïcine et toxine botulique), doivent être considérées afin d'éviter une potentielle iatrogénie ou des interactions médicamenteuses. L'utilisation de la kétamine ou du cannabis thérapeutique n'est actuellement pas recommandée en pratique courante dans cette indication. Néanmoins, leur utilisation par des équipes spécialisées peut s'avérer utile, comme l'emploi de la kétamine dans la prise en charge de l'hyperalgésie induite par les opioïdes dans les situations palliatives [5]. Le cannabis est en cours d'évaluation pour la douleur et différentes indications en soins de support et palliatifs dans le cadre d'une large expérimentation française. Une spécialité de cannabis de synthèse, le dronabinol, est disponible en France dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation en cas de douleurs neuropathiques rebelles.

Prise en charge des douleurs osseuses

Au-delà de la stratégie antalgique par les opioïdes et anti-inflammatoires, les douleurs liées, par exemple, aux métastases osseuses peuvent bénéficier d'un traitement par radiothérapie externe focalisée, radiothérapie métabolique, bisphosphonates ou thérapies ciblées comme certains anticorps monoclonaux [4,5]. Il est capital de pouvoir poser précocement et de façon interdisciplinaire les indications de ces thérapeutiques particulières pour ne pas les introduire trop tardivement dans l'histoire clinique du patient, notamment en cas de métastases osseuses multiples.

Techniques antalgiques interventionnelles et chirurgicales

Lorsque les douleurs persistent, malgré une analgésie multimodale bien menée, ou dans certaines indications spécifiques, les techniques interventionnelles et chirurgicales de la douleur sont indiquées parfois précocement pour améliorer la qualité de vie du patient. Citons notamment les techniques d'antalgie intrathécale, les blocs nerveux périphériques, les blocs neurolytiques, la neurostimulation médullaire pour les douleurs neuropathiques séquellaires, ou encore la cordotomie neurochirurgicale [5,31]. Les indications de ces techniques passeront également par un processus décisionnel interdisciplinaire après évaluation minutieuse de la situation clinique par des équipes spécialisées.

Approches non médicamenteuses et techniques non invasives [30]

Différentes approches non médicamenteuses complémentaires sont largement pratiquées dans le monde dans le cadre des douleurs du cancer, agissant sur différentes composantes de la douleur. Citons de façon non exhaustive : activité physique adaptée, kinésithérapie, yoga, acupuncture, hypnose, réalité virtuelle, musicothérapie, médiation de pleine conscience, thérapies cognitivo-comportementales, neurostimulation transcutanée, photobiomodulation par laser basse intensité. Les preuves d'efficacité de ces techniques sur la douleur sont, néanmoins, souvent insuffisantes et très hétérogènes pour les recommander selon les mêmes méthodologies que les médicaments ou les approches invasives.

Situations palliatives et de fin de vie

En cas de cancer évolué et échappant aux thérapeutiques curatives, ou en situations complexes de fin de vie, si la stratégie antalgique médicamenteuse, non médicamenteuse et interventionnelle bien conduite n'a pas permis de soulager au mieux le patient, on parle alors de douleurs réfractaires. Ces douleurs peuvent justifier d'une sédation proportionnée au symptôme, ou profonde et continue jusqu'au décès après un processus décisionnel interdisciplinaire rigoureux, faisant appel aux compétences d'équipes spécialisées dans un environnement adéquat, et sans négliger les aspects éthiques [5,50].

Conclusion

La prise en charge de la douleur du cancer est l'un des piliers des soins oncologiques de support, dont la finalité est d'améliorer la qualité de vie du patient, en complémentarité des traitements du cancer, et ce sur-mesure dès le diagnostic de la maladie. Ce management est exigeant et requiert une expertise

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

interdisciplinaire pour proposer au patient une prise en charge ciblée, personnalisée, et multimodale. Il passe par la compréhension de la douleur multimorphe du cancer comme entité nosologique à part entière, afin de proposer les stratégies thérapeutiques dynamiques les plus adaptées à chaque patient, à chaque situation, et à chaque moment du parcours de soin.

Déclaration de liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 2016;51:1070–90.

[2] Van Den Beuken-Van Everdingen MHJ, De Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007;18:1437–49. http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdm056.

[3] Frankish H. 15 million new cancer cases per year by 2020, says WHO. Lancet 2003;361:1278.

[4] World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents; 2019 [ISBN 978-92-4-155039-0. https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en].

[5] Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol 2018;29:iv166–91. http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdy152.

[6] Institut national du Cancer (INCA). Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer; 2012 [www.e-cancer.fr/content/download/63502/571325/file/ENQDOUL12.pdf].

[7] Lemaire A, George B, Maindet C, Burnod A, Allano G, Minello C. Opening up disruptive ways of management in cancer pain: the concept of multimorphic pain. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04831-z.

[8] Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD, IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. Pain 2019;160(1):38–44. http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363 [PMID : 30586069].

[9] Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe. A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. Eur J Pain 2018. http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346.

[10] National Institute for Health Care Excellence (NICE). Guidance on cancer services improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual; 2004, https://www.nice.org.uk/guidance/csg4.

[11] Street RL, Tancredi DJ, Slee C, et al. A pathway linking patient participation in cancer consultations to pain control. Psychooncology 2014;23:1111–7. http://dx.doi.org/10.1002/pon.3518.

[12] Minello C, George B, Allano G, Maindet C, Burnod A, Lemaire A. Assessing cancer pain – the first step toward improving patients' quality of life. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04825-x.

[13] Attal N, Bouhassira D, Baron R. Diagnosis and assessment of neuropathic pain through questionnaires. Lancet Neurol 2018;17:456–66. http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30071-1.

[14] Portenoy RK, Koh M. Cancer pain syndromes. In: Bruera E, Portenoy RK, editors. Cancer Pain Assessment and management, 4. Cambridge: Cambridge University Press; 2010p. 53–88.

[15] Krakowski I, Theobald S, Balp L, Groupe de Travail SOR, et al. Standards, options and recommendations for the use of medical analgesics for the treatment of pain arising from excess nociception in adults with cancer (update 2002). Bull Cancer 2002;89:1067–74.

[16] Davies AN, Dickman A, Reid C, et al. The management of cancer related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Eur J Pain 2009;13:331–8.

[17] Ferrell B, Sun V, Hurria A, et al. Interdisciplinary palliative care for patients with lung cancer. J Pain Symptom Manage 2015;50:758–67. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.005.

[18] Higginson IJ, Booth S. The randomized fast-track trial in palliative care: role, utility and ethics in the evaluation of interventions in palliative care? Palliat Med 2011;25:741–7. http://dx.doi.org/10.1177/0269216311421835.

[19] Tuggey EM, Lewin WH. A multidisciplinary approach in providing transitional care for patients with advanced cancer. Ann Palliat Med 2014;3:139–43. http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.02.

[20] Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin 2018;68:356–76.

[21] Hui D. Definition of supportive care. Curr Opin Oncol 2014;26:372–9. http://dx.doi.org/10.1097/CCO.0000000000000086.

[22] Hui D, De La Cruz M, Mori M, et al. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care" and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. Support Care Cancer 2013;21:659–85. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1564-y.

[23] INSTRUCTION N° DGOS/R3/du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer. INCa; 201762.

[24] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363:733–42. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1000678.

[25] Consensus on the Core Ideology of MASCC. Definition of Supportive Care. http://www.mascc.org/index.php?option=com_content&viewarticle&id=493:mascc-strategic-plan&catid=30:navigation.

[26] Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. Ann Palliat Med 2015;4(3):89–98.

[27] Lemaire A, editor. Special Articles: Managing Cancer Pain - Key Issues and Lessons Learned to Optimize Patient Care Support Care Cancer, 27. M.D. Supportive Care in Cancer; 2019p. 3089. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04853-7.

[28] Lemaire A. Modeling cancer pain: the times they are a-changin. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04832-y.

[29] George B, Minello C, Allano G, Maindet C, Burnod A, Lemaire A. Opioids in cancer-related pain: current situation and outlook. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04828-8.

[30] Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain – attaining exhaustive cancer pain management. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04829-7.

[31] Allano G, George B, Minello C, Burnod A, Maindet C, Lemaire A. Strategies for interventional therapies in cancer-related pain – a

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Lemaire A. Prendre en charge la douleur multimorphe du cancer : quelle approche, du diagnostic au traitement ? Bull Cancer (2021), https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.08.013

crossroad in cancer pain management. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04827-9.
[32] Burnod A, Maindet C, George B, Minello C, Allano C, Lemaire A. A clinical approach to the management of cancer-related pain in emergency situations. Support Care Cancer 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-04830-0.
[33] World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization; 1986.
[34] World Health Organization. Cancer Pain Relief. 2nd ed, Geneva: World Health Organization; 1996.
[35] Zech DFJ, Grond S, Lynch J, et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995;63:65–76. http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(95)00017-M.
[36] Grond S, Zech D, Schug SA, et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life. J Pain Symptom Manage 1991;6:411–22. http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924(91)90039-7.
[37] Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987;59:850–6.
[38] Wiffen PJ, Wee B, Moore RA. Oral morphine for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 2016;4:CD003868.
[39] Wiffen PJ, Wee B, Derry S, et al. Opioids for cancer pain – an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD012592.
[40] Delorme T, Wood C, Bartaillard A, et al. 2003 clinical practice guideline: standards, options and recommendations for pain assessment in adult and children with cancer (summary report). Bull Cancer 2004;91:419–30.
[41] Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract 2008;8:287–313. http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x.
[42] National Cancer Institute. Cancer Pain (PDQ®): health professional version; 2015, https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq.
[43] Lemaire A, Pointreau Y, Narciso B, Piloquet FX, Braniste V, Sabaté JM. Effectiveness of naloxegol in patients with cancer pain suffering from opioid-induced constipation. Support Care Cancer 2021. http://dx.doi.org/10.1007/s00520-021-06299-2 [Epub ahead of print. PMID: 34120247].
[44] Lemaire A, Gourcerol G. Prise en charge de la constipation induite par les opioïdes: regards croisés d'un gastroentérologue et d'un médecin de la douleur. Douleur 2020. http://dx.doi.org/10.1016/j.douler.2020.07.001.
[45] Michenot N, Rostaing S, Baron L, Faure S, Jovenin N, Hubault P, et al. La morphine dans le cadre du changement d'opioïdes ou de voie d'administration, chez l'adulte avec une douleur due au cancer. Bull Cancer 2018;105(11):1052–73. http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.06.011 [French. Epub 2018 Sep 29. PMID : 30274680].
[46] Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, et al. Expert working group of the European association of palliative care network. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol 2001;19:2542–54.
[47] Mercadante S. Opioid rotation for cancer pain: rationale and clinical aspects. Cancer 1999;86:1856–66.
[48] Mulvey MR, Rolke R, Klepstad P, et al. Confirming neuropathic pain in cancer patients: applying the NeuPSIG grading system in clinical practice and clinical research. Pain 2014;155:859–63.
[49] Moisset X, et al. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises. Douleur Analg 2020. http://dx.doi.org/10.3166/dea-2020-0113.
[50] Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Recommandations de bonne pratique. France: Haute Autorité de santé; 2020.

ARTICLE IN PRESS

Téléchargé pour Anonymous User (n/a) à Hospital Centre New Caledonia à partir de ClinicalKey.fr par Elsevier sur janvier 30, 2022.
Pour un usage personnel seulement. Aucune autre utilisation n´est autorisée. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Tous droits réservés.