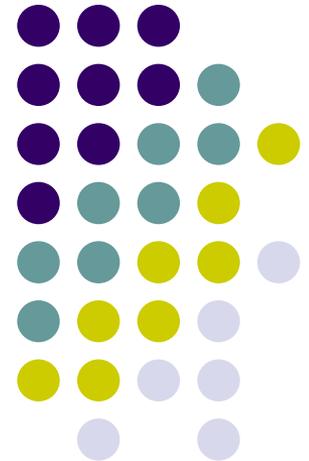
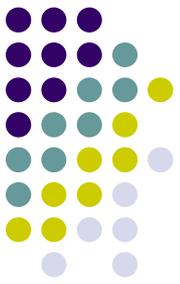


Prise en charge de la douleur cancéreuse en 2010

Dr Gisèle CHVETZOFF
Département de Soins de Support
Centre Léon Bérard, Lyon





Contexte clinique

- 320 000 nouveaux cas par an de cancers en France
 - 50 % souffrent à un moment ou à un autre
 - stades précoces : 30 à 45 % ont mal
 - stades avancés : 75 % ont mal
 - 80 % des patients cancéreux hospitalisés en urgence ont mal
- Etiologie des douleurs en cancérologie
 - Liées à la tumeur, aux métastases
 - Liées aux traitements, aux soins
 - Indépendantes
- Physiopathologie
 - 2/3 douleurs nociceptives
 - 1/3 de douleurs neuropathiques (souvent mixtes)

Prise en charge globale de la douleur en cancérologie



- Traitements spécifiques
 - Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, diphosphonates, etc
- Traitements médicamenteux
- Traitements non médicamenteux
 - Psychologiques : psychothérapie de soutien, comportemento-cognitive, psycho-corporelle (sophrologie, hypnose), etc.
 - Kinésithérapie, appareillage, activité physique adaptée, etc.
 - Acupuncture, ostéopathie, etc

Prise en charge globale de la douleur en cancérologie



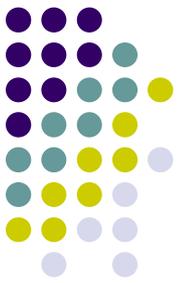
- Techniques interventionnelles
 - Radiologie interventionnelle : cimentoplastie, radiofréquence, blocs
 - Analgésie interventionnelle : blocs périphériques, abords périmédullaires
 - Neurochirurgie : neurostimulation ou neurolyse

Prise en charge globale de la douleur en cancérologie

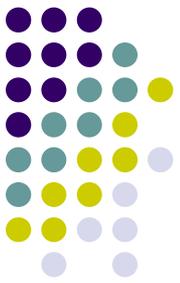


- Oncologue, chirurgien, radiothérapeute, radiologue, algologue, médecin de soins palliatifs, médecin traitant
- Psychologue, psychiatre, infirmières
- Infirmière libérale, pharmacien, kinésithérapeute

→ Concertation et pluridisciplinarité



Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse : quelles nouveautés ?

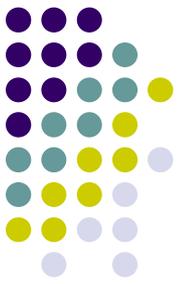


Douleurs nociceptives

Toujours les 3 paliers...

- Palier 1 : paracétamol et AINS
- Palier 2 : opioïdes faibles
 - Disparition annoncée du dextropropoxyphène
 - Paracétamol + codéine
 - Tramadol
 - Associé au paracétamol : doses et toxicité faibles, efficacité aussi ?
 - Seul :
 - meilleure tolérance si LP (intérêt des formes sur 24h)
 - Intérêt des formes LI pour les interdoses
 - Attention dose maximale à 400 mg/j
 - Sevrage difficile quand utilisation prolongée

Douleurs nociceptives



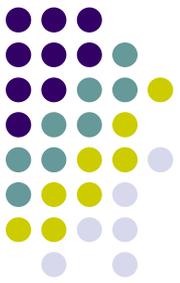
- Palier 3 : opioïdes forts
 - La morphine reste la référence : règles de base
 - Un traitement de fond avec une forme LP/12h
 - Des interdoses avec une forme LI (cp, gélules ou buvables)
 - Une interdose = 10% de la dose journalière
 - Intervalle minimum entre deux interdoses : une heure
 - Maximum 4 en 4h, pas de max/j
 - Adaptation toutes les 48 à 72h en tenant compte des interdoses
 - Un laxatif osmotique systématique, un antiémétique possible au début

Douleurs nociceptives



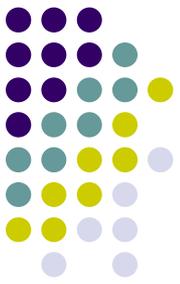
- Morphine injectable
 - Douleurs instables, voie orale impossible, posologies élevées
 - Place quasi exclusive de la forme autocontrôlée par le patient (PCA)
 - Amp à 100, 200, 400 et 500 mg disponibles en ville (réservoirs habituels : 100 ml)
 - Débit de base de 0,5 à 40 mg/h, interdoses 10% dose journalière, intervalle 15 à 20 min en IV, 30 min en S/C
 - Prescription possible pour 28 jours, problème des adaptations de doses

Douleurs nociceptives

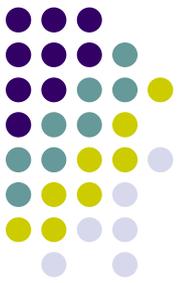


- Quelles places pour les autres opioïdes ?
 - Oxycodone :
 - possible en première intention ou en rotation
 - Profil de tolérance un peu meilleur ? Possible chez sujets âgés, insuffisants rénaux
 - Rôle potentiellement supérieur sur la composante neuropathique ? Pas d'étude comparative disponible
 - Existe en forme LP, LI, LI orodispersible, et injectable
 - 30 mg morphine orale = 15 mg oxycodone orale = 10 à 15 mg oxycodone IV

Douleurs nociceptives

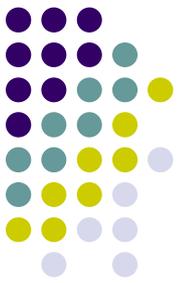


- Quelles places pour les autres opioïdes ?
 - Fentanyl trans dermique :
 - possible en première intention ou en rotation
 - 25 µg/h ttes les 72h = 60 mg morphine orale/j
 - Indication : douleurs cancéreuses stables
 - Intérêt : quand voie orale difficile, insuffisance rénale, moins de constipation
 - Limites : douleurs instables, lenteur d'adaptation et d'élimination, fièvre
 - Plusieurs produits disponibles : éviter de passer de l'un à l'autre (AFSSAPS 2008) ?



Douleurs nociceptives

- Quelles places pour les autres opioïdes ?
 - Fentanyl et traitements des accès douloureux paroxystiques : ADP = accès douloureux bref, prévisible ou non, survenant sur un fond équilibré (≠ titration et ≠ douleur instable)
 - Forme trans-muqueuse
 - Forme sub linguale
 - Forme gingivale
 - Forme spray nasal
 - Pour tous, délai environ 10min, durée 1 à 2h, AMM = 4/j, traitement de fond obligatoire, titration nécessaire, coût très élevé (prix unitaire environ 7 euros)



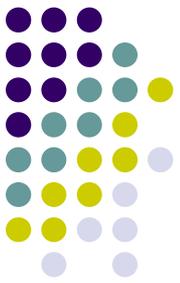
Douleurs nociceptives

- Quelles places pour les autres opioïdes ?
 - Hydromorphone
 - Pas de LI ni injectable
 - Indication : en seconde intention (rotation), en particulier si troubles cognitifs
 - 4 mg hydromorphone = 30 mg morphine orale
 - Il faut quand même des interdoses...

Douleurs nociceptives



- Gestion de la constipation
 - Constipation liée aux opioïdes en soins palliatifs après échec des laxatifs usuels :
 - méthylnaltréxone en S/C, 8 à 12 mg 1j/2
 - Coût élevé (26 euros/seringue)
 - A venir : association oxycodone/naloxone (2/1)



Douleurs neuropathiques

- **Recommandations SFETD 2010**

Échelle DN4 positive si ≥ 4 (Bouhassira 2004)

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants

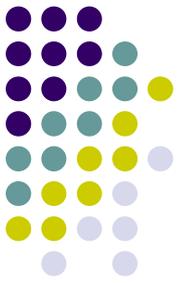
4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissements
7. Démangeaisons

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence

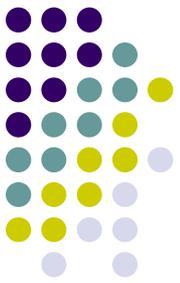
9. Hypoesthésie au tact
10. Hypoesthésie à la piqûre

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par le frottement ?

Douleurs neuropathiques

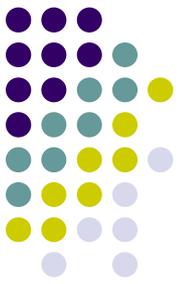


- Recommandations SFETD 2010
 - 1^{ère} intention : anti-épileptiques
 - gabapentine de 900 à 3600 mg/j
 - prégabaline de 150 à 600 mg/j).
 - Délai 4 à 10 jours
 - Effets secondaires au long cours : prise de poids et baisse libido
 - A noter : le clonazepam n'est pas recommandé (sauf certains accès paroxystiques ?)



Douleurs neuropathiques

- Recommandations SFETD 2010
 - 2^{ème} intention : antidépresseurs
 - tricycliques (amytriptyline, clomipramine, 25 à 150 mg)
 - IRS-NA (duloxetine 60 mg/j).
 - Délai d'action 10 à 30 jours, tolérance moyenne
 - Douleurs cancéreuses mixtes : 1^{ère} intention = morphinique, associations possibles
 - Intérêt des emplâtres à la xylocaïne
 - Indication officielle : douleur post zostérienne
 - Application 12h/24
 - Délivrance hospitalière pour l'instant



En somme,

- Evaluation et ré-évaluation rigoureuse
- Nombreux produits à disposition
- Privilégier l'utilisation fine et maîtrisée d'un produit (adaptation au cas par cas)
- Limiter les associations
- Penser à arrêter quand inutile ou inefficace
- Pluridisciplinarité

Et du point de vue du patient...



- Observance souvent difficile
 - Efficacité parfois insuffisante
 - Effets secondaires multiples
 - Croyances nombreuses
 - Je prendrai plus tard, quand j'aurai vraiment mal...
 - Si j'en prends trop, ça marchera plus
 - Je dois pouvoir lutter sans les médicaments
 - La guérison, c'est dans la tête
 - Je veux savoir où j'en suis, et aussi ce que je peux supporter

Et du point de vue du patient...



- Les antalgiques, un des rares espaces de liberté et de reprise de contrôle au cours de la maladie cancéreuse.
- Place de la négociation et de la confiance.

Merci de votre attention...