

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Prise en charge de la douleur dans le cancer bronchique

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

MedWiki-DZ :

Prise en charge de la douleur dans le cancer bronchique

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:traitement_de_la_douleur_dans_le_cancer_bronchique

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:36** - Imprimé le : **2026/02/08 16:15**



Table des matières

Prise en charge de la douleur dans le cancer bronchique	1
Prise en charge de la douleur dans le cancer bronchique	3
1. Introduction	3
2. Physiopathologie	3
3. Évaluation de la douleur cancéreuse	3
3.1. Interrogatoire	4
3.2. Examen clinique	4
4. Traitement	5
4.1. Objectifs	5
4.2. Moyens	5
4.2.1. Traitements médicamenteux	5
4.2.2. Traitements non médicamenteux	7
5. Règles de prescription des antalgiques (OMS)	7
6. Stratégies thérapeutiques	8
6.1. Initiation des traitements antalgiques	8
6.2. Rotation de opioïdes	8
6.3. Situations particulières	9
7. Conclusion	9

Prise en charge de la douleur dans le cancer bronchique

1. Introduction

- Douleur quasi inéluctable au cours du cancer bronchique, constitue souvent le maître symptôme ⇒ elle devient l'essentiel de la maladie pour le patient et l'entourage
1. **Définition :** IASP (Association Internationale de l'Étude de la Douleur) : “expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion”
 2. **Intérêt :**
 - Fréquence : 85% de cancers bronchiques présente ce symptôme
 - Son contrôle est défini comme un soin prioritaire en cancérologie

2. Physiopathologie

Distinction des mécanismes physiopathologiques ⇒ choix du traitement

1. **Douleur par excès de nociception :**
 - Plus répandues des douleurs cancéreuses (60-70%)
 - Stimulation excessive des nocicepteurs
 - Deux types de fibres : A delta (rapides: 30 m/s) et C (lentes 2 m/s) ⇒ moelle ⇒ neurones à convergence ⇒ influx vers le cerveau
 - Les neurones à convergences reçoivent également des influences inhibitrices
2. **Douleur neurogène ou de désafférentation :**
 - Plus rares (30-40%)
 - Liées à une lésion du système nerveux (central ou périphérique)
 - Aucune réponse aux antalgiques périphériques
3. **Douleur mixte :**
 - Dans l'immense majorité des cas, les 2 types de douleurs sont intriquées
 - Les formes “pures” (seulement nociceptive ou seulement neurogène) ne représente que 7-8% des patients

3. Évaluation de la douleur cancéreuse

Étape indispensable à la PEC

3.1. Interrogatoire

1. Histoire de la douleur :

- Date et mode de début
- Traitements pris (efficace?)

2. Douleur actuelle :

- Chronologie : durée des épisodes, permanente/intermittente, variation dans le temps (nycthéméral surtout)
- Topographie : siège et irradiations
- Intensité : plusieurs outils sont utilisés
- Circonstances de déclenchement et facteurs modifiant : stress, anxiété, dépression, détente
- Répercussion comportementales : activités, travail, loisirs, sommeil, comportement
- Contexte familial et social : vie conjugale, familiale, socio-professionnelle
- Contexte psychologique : s'aider d'un psychologue/psychiatre

Outils d'évaluation de la douleur :

1. Outils d'auto-évaluation quantitative : concernent surtout l'intensité

- Échelles d'auto-évaluation visuelle : de "absence" à "maximale imaginable"
- Échelles numérique : de 0 à 10
- Échelles verbales simples : absence, faible, modérée, intense, extrême

2. Outils d'évaluation qualitative :

- Questionnaire Saint-Antoine (version Française adaptée du questionnaire Mc Gill (Melzack)) : très exhaustif
- ECPA (Échelle Comportementale de la douleur de la Personne Âgée) : outil d'hétéro-évaluation, pour les personnes ayant des troubles de communication (observation du patient)
- Échelle DOLOPLUS 2 : pour les personnes ayant des problèmes pour communiquer

3.2. Examen clinique

- Observation : mimique, mobilité spontanée, façon de bouger, attitudes antalgiques
- Inspection : peau de la zone douloureuse (couleur, troubles vasomoteurs)
- Examen neurologique +++ : motricité, sensibilité (anesthésie, hyperesthésie, hyperalgésie)

4. Traitement

4.1. Objectifs

- Soulager et prévenir
- Améliorer la qualité de vie
- Retrouver un cycle nyctémère correcte (dormir la nuit, rester actif le jour)
- Éduquer le patient à une autogestion de sa douleur

4.2. Moyens

4.2.1. Traitements médicamenteux

4.2.1.1. Analgésiques purs

1. Palier I de l'OMS : Antalgiques non opioïdes

- Paracétamol :
 - Molécule de choix
 - Action centrale différente de la morphine ⇒ association possible
 - 500 à 1000 mg /6h (max 4 g/j)
 - Oral, suppositoire, injectable
- Aspirine :
 - Double action : anti-inflammatoire et centrale
 - 500 mg /6h ou 1 g /8h
 - Toxicité gastrique et effets secondaires ⇒ on incite à limiter son utilisation

2. Pallier II de l'OMS : Antalgiques opioïdes faibles

1. IIa : Opioïdes faibles ou morphiniques mineurs

- Codéine :
 - Alcaloïde dérivé de la morphine (même récepteurs, affinité plus faible)
 - Inefficace chez 10% de la population (voie métabolique hépatique)
 - 25-30 mg/6-8h
- Dextropropoxyphène :
 - Opioïde faible, souvent associé au paracétamol
 - Semi-vie variable, durée d'action peu prévisible
 - 25-30 mg 3 à 6x/j (max 180 mg/j)
 - Prudence chez les personnes âgées (trouble neuropsychiques, hypoglycémies)
- Tramadol :
 - Plus efficace des opioïdes faibles
 - Formes LI (immédiate) : 50 mg /4-6h
 - Formes LP : 50, 100, 150, 200 mg /12h (max 400 mg/j)

2. IIb : Morphiniques agonistes antagonistes

▪ Buprénorphine :

- Agoniste partiel et antagoniste
- Jamais associer avec d'autres analgésiques centraux morphiniques
- 0,2-1 mg /8h en sublingual
- 0,3 mg /8h en SC ou IM

3. Pallier III de l'OMS :

◦ Morphine : référence

- Dose initiale : 0,5 mg/kg/24 à répartir chaque 4h
- Effets secondaires nombreux et quasi-constants (constipation +++ ⇒ traitement symptomatique systématique, nausées, vomissements, somnolence, état confusionnel et hallucinations, rétention urinaire, prurit)
- Insuffisance hépatique = peu de problème, insuffisance rénale ⇒ accumulation de métabolites possible ⇒ effets secondaires majorés
- Syndrome de sevrage à l'arrêt ⇒ diminution progressive (20-50% de la dose chaque semaine)
- Phénomène de tolérance : rare et difficile à apprécier (évolution de la maladie)
- Pas de dose maximale, tant qu'on arrive à contrôler les effets secondaires

1. Sulfate de morphine LP (Moscontin®) :

- Prise /12h ; gélules à 10, 30, 60 et 100 mg
- Taux efficaces à partir de 4h (⇒ non adapté aux douleurs aiguës)

2. Morphine retard (Skénan®) :

- Biodisponibilité et concentration plasmatique stables sur 12h (identique à la morphine /4h)
- Gélules à 10, 30, 60 et 100 mg
- Le contenu des granules peut s'ajouter aux aliments, ou être administrer à travers une sonde nasogastrique

3. Morphine en patchs (Fentanyl transdermique, Durogésic®) :

- Concentration sérique augmentant progressivement, atteint un plateau à 12h, se maintient 72h (non adapté aux douleurs aiguës)
- Demi-vie moyenne d'élimination env. 17h (double chez la personne âgée et l'insuffisant rénal ⇒ réduire la dose initiale à 12,5 g/h)

4. Pallier IV : morphine par voie centrale

4.2.1.2. Médicaments spécifiques aux douleurs neurogènes

- Codéine et dextropropoxyphène ⇒ pas d'intérêt démontré ; tramadol ⇒ mieux adapté aux douleurs mixtes
- Ces douleurs nécessitent une prise en charge spécifique
- La place de la morphine fait toujours débat, mais elle est justifiée vu que la majorité des douleurs sont mixtes

1. Antidépresseurs : traitement de première intention

◦ Antidépresseurs tricycliques :

- Deux ont l'AMM : *Amitriptyline (Laroxyl®)* (supérieur de par sa présentation

en goutte $\Rightarrow$ ajustement précis) et *Clomipramine (Anafranil®)*

- Action anti-cholinergiques $\Rightarrow$ explique les effets secondaires (constipation, sécheresse buccale, asthénie), prudence en cas d'obstacle prostatique
- Commencer à doses faibles (10 à 25 mg/j le soir), et chercher la dose minimale efficace (50-150 mg/j)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) :
 - Chef de file : *Fluoxétine (Prozac®)*
 - Alternative moins efficace mais mieux tolérée que les tricycliques

2. Antiépileptiques :

- Carbamazépine (Tegretol®) : LI 200 mg ; LP 200, 400 mg
 - Indiquée dans la névralgie du trijumeaux
 - Nombreux effets secondaires, interactions avec molécules à métabolisme hépatique, et surtout toxicité hématologique $\Rightarrow$ peu pertinent chez le patient cancéreux
- Clonazepam (Rivotril®) : susp. buv. 0,1 mg/goutte ; cp 2 mg
 - Utilisation empirique (surtout en France), aucune étude spécifique

4.2.1.3. Co-antalgiques

1. Corticoïdes : 1 à 2 mg/kg

- Action anti-inflammatoire
- Action surtout sur les infiltrations et les compressions (métastases hépatiques et cérébrales +++)

2. AINS :

- Métastases osseuses +++
 - Ibuprofène (400 mg/4-6h), Indométacine (25 mg/6h), Kétoprofène (200 mg/24h)
 - Autres : Diclofénac, Piroxicam, Célécoxib, éventuellement associations avec le dextropropoxyphène

3. Anxiolytiques : toute douleur prolongée $\Rightarrow$ réaction anxieuse

- *Benzodiazépine +/- Hypnotiques* $\Rightarrow$ peuvent favoriser le sommeil et ainsi la récupération

4.2.2. Traitements non médicamenteux

- **Radiothérapie** : Pancoast-Tobias, envahissement pariétal, métastases osseuses douloureuses
- **Traitements invasifs** : blocs nerveux, neurochirurgie
- **Psychologie** cognitivo-comportementale

5. Règles de prescription des

antalgiques (OMS)

- Priorité au traitement étiologique
- Traitement adapté au mécanisme de la douleur
- Voie d'administration adaptée au patient (privilégier la voie orale ; parentérale d'emblée en cas de douleur intense)
- Choix de la molécule selon le mécanisme de la douleur, mais aussi des effets collatéraux utiles (action sur l'humeur, sédative...)
- Ne pas administrer uniquement à la douleur, mais favoriser une dose de base pour prévenir le retour de la douleur ⇒ insister sur la régularité des prises
- Personnalisé le traitement : dose suffisante pour soulager, interval de prise selon le contrôle ; réévaluer régulièrement
- Avant d'augmenter la dose, introduire un co-analgésique
- Avertir des effets indésirables
- Associer les médicaments, mais pas du même palier
- Morphine : dose de fond + interdoses
- Sujet fragile (âgé +++) : rechercher avec prudence la dose minimale efficace, utiliser de préférence des médicaments à élimination rapide

6. Stratégies thérapeutiques

6.1. Initiation des traitements antalgiques

- Débuter au palier I
- Changement recommandé si : médicament pris correctement + co-analgésiques ne sont plus suffisants
- Douleurs intenses ⇒ opioïdes forts d'emblée
- Ne pas s'attarder plus de 24-48h sur un palier qui s'avère inefficace
- **Palier III** : posologie initiale per os de 60 mg/24 + interdoses de 10 mg ; on peut soit :
 - Commencer par une titration : 10 mg per os/4h ; avec des interdoses de 10 mg au besoin (max 10 mg/h) ; au bout de 24h, on réadapte la posologie selon le nombre d'interdoses nécessaires, et on passe à la forme LP (en gardant les interdoses)
 - Ou bien utiliser d'emblée la forme LP (30 mg 2x/j) ; avec interdoses possibles /4h (10 mg) ; si besoin de plus de 3 interdoses ⇒ augmenter les doses LP ; les augmentations se font par paliers de 50%

6.2. Rotation de opioïdes

- Sensibilités individuelles différentes d'un opioïde à un autre et pas (ou peu/incomplète) de résistance croisée entre les molécules ⇒ justifie le principe de rotation (remplacer

une molécule par une autre)

- Objectifs : réduire les doses et les effets secondaires, tout en gardant un contrôle efficace de la douleur
- Avant de faire une rotation : s'assurer qu'il n'y a pas d'autres causes d'inefficacité, ou d'effet secondaire

6.3. Situations particulières

1. **Syndrome de Pancoast-Tobias** : responsable de :
 - Douleur nociceptive dans le territoire C8-D1 ⇒ antalgiques
 - Douleur de désafférentation dans le territoire D1 ⇒ antidépresseurs et/ou anti-épileptiques
2. **Douleur par envahissement pleuro-pariétal** :
 - ???
3. **Métastases osseuses** : souvent résistantes au traitement médical
 - Radiothérapie : 3 Gy/semaine (10 séances au total)
 - Bisphosphonates
 - Traitement orthopédique chirurgical

7. Conclusion

Si la douleur est un problème qui doit être traité pour lui même, sa prise en charge s'inscrit dans la problématique plus large de la qualité de vie, aux différents stades d'évolution de la maladie cancéreuse