

Ensemble face à la douleur : prévention, traitement et prise en charge
United against pain: prevention, treatment and management of pain
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés

Les douleurs cancéreuses

Lucien Israël

Professeur émérite de cancérologie à l'université Paris XIII

Les proliférations cancéreuses sont génératrices de douleurs souvent sévères, qui ajoutent considérablement à l'inconfort et à l'angoisse suscités par la maladie et contribuent à l'altération de l'état général.

C'est l'un des impératifs majeurs des spécialistes en oncologie que de contrôler au mieux ces symptômes afin d'éviter le mal-être, l'inconfort et l'angoisse qu'ils suscitent. Des progrès importants ont été accomplis et sont en cours dans ce domaine, qu'il convient d'inclure dans la formation et la pratique de tous les personnels médicaux appelés à soigner des cancéreux.

GÉNÉRALITÉS ET ÉLÉMENTS STATISTIQUES

La fréquence des douleurs aiguës ou chroniques dans les diverses formes de cancer est encore très mal appréciée, faute d'études précises du problème sur de larges échantillons. Ces douleurs peuvent être provoquées par la tumeur primitive et par ses diverses métastases.

On ne dispose pas de données en relation avec le type des tumeurs, l'âge, ni avec la phase de la maladie. Il a été rapporté qu'environ 35 % des patients souffrent de divers épisodes douloureux à un moment quelconque, et qu'en fin d'évolution, ce chiffre passerait à 70 %, voire 100 % des cas, toutes causes locales confondues, ce qui souligne la lourdeur de la tâche qui attend la médecine dans ce domaine.

DOULEURS ABDOMINALES ET PELVIENNES

Aiguës ou persistantes, elles sont dues à la dysphagie des tumeurs gastriques ou œsophagiennes, aux occlusions des tumeurs colorectales, mais aussi aux tumeurs primitives ou secondaires du foie, aux lésions pancréatiques, rénales ou vésicales, aux cancers gynécologiques, aux atteintes péritonéales ou aux envahissements ganglionnaires qui peuvent les accompagner et aux compressions qu'ils provoquent.

Lucien Israël

DOULEURS THORACIQUES

Elles peuvent être provoquées par des tumeurs pulmonaires avec compression ou occlusion bronchique, par une invasion ganglionnaire, par des atteintes pleurales primitives ou secondaires, ainsi que par des métastases osseuses.

DOULEURS DU VISAGE ET DU COU

Elles sont quasiment l'apanage des cancers de la cavité buccale et de la sphère otorhino-laryngologique.

MÉTASTASES OSSEUSES

Elles peuvent se situer en tous points du squelette. Souvent multiples, elles sont responsables de la plupart des douleurs cancéreuses, tant par leurs effets locaux que dans les territoires contrôlés par les nerfs dont la racine ou un autre segment se trouve comprimé par une localisation cancéreuse. Ces douleurs, souvent très sévères au repos, s'exacerbent au moindre mouvement.

RETENTISSEMENT DES DOULEURS CANCÉREUSES SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL

De telles douleurs, qui heureusement n'atteignent pas la totalité des patients, ont des conséquences sévères sur l'état général : crainte, angoisse, désespoir, découragement, insomnie, asthénie profonde, renoncement à la lutte. Elles impliquent une détermination totale de l'équipe soignante à les contrôler par tous les moyens possibles, analysés ci-après, mais aussi une présence sans défaillance, une démonstration de la volonté de tout faire, de tout associer pour contrôler, ou à tout le moins atténuer au maximum de tels états.

CAUSES LOCALES DES DOULEURS

Elles sont généralement liées à la compression de fibres nerveuses par la tumeur ou par son entourage. Elles peuvent être nociceptives, neuropathiques ou mixtes, et induites soit par la pénétration de cellules dans la gaine, soit le plus souvent par l'inflammation suscitée par la tumeur avec son cortège de diverses agressions par les cellules inflammatoires et les différentes molécules qu'elles suscitent, molécules auxquelles les cellules tumorales résistent. S'ajoutent à ces troubles les destructions osseuses et leurs conséquences sur les fibres nerveuses, mais aussi sur la calcémie et les microfractures.

TRAITEMENTS

Traitements antitumoraux chirurgicaux

Ce sont souvent les premiers à mettre en œuvre, qu'il s'agisse d'exérèse de la tumeur principale ou de ses métastases hépatiques, ganglionnaires, voire cérébrales, de chirurgie de consolidation osseuse, de dérivation d'organes creux sténosés ou comprimés. De telles interventions sont souvent la solution la meilleure et la plus rapide à certains problèmes de douleur.

Radiothérapie

Ils peuvent viser la tumeur principale ou les métastases impliquées dans la douleur. On mentionnera simplement ici qu'à côté des méthodes de radiothérapie conventionnelle, qui gardent toute leur place dans les situations où la cause de la douleur est bien localisée, viennent de s'ajouter depuis peu des techniques encore en développement et qui consistent en l'injection de produits, souvent des anticorps, auxquels on a relié des agents radioactifs qui iront se fixer sur les sites tumoraux, ou bien des hormones telle la somatostatine, qui iront se fixer sur les récepteurs que la tumeur surexprime et en inhiberont la croissance. Parmi les molécules radioactives sont actuellement à l'étude le strontium 89 et le samarium 153, en hématologie l'iode 131 et l'yttrium 90, qui ont déjà fait l'objet de quelques publications.

Chimiothérapies anticancéreuses

Ces dernières ne doivent pas, de toute évidence, être ici oubliées. Elles peuvent avoir selon les cas une réelle efficacité et doivent être associées aux irradiations, ou succéder aux interventions chirurgicales.

Traitements hormonaux

Les anti-androgènes sont par exemple indiqués dans les tumeurs de la prostate, les anti-œstrogènes dans les tumeurs hormono-dépendantes du sein, sans oublier selon les cas les anti-prolactines ou les anti-IGF.

Biphosphonates

Ces molécules ont fait leur preuve dans le traitement des métastases osseuses et de leurs conséquences sur la calcémie, et doivent être systématiquement associées dans ces cas aux traitements précédents

Traitements anti-inflammatoires

Ils ont également un rôle très important à jouer dans le contrôle des douleurs, car l'inflammation intratumorale et péri-tumorale est presque toujours présente et joue un rôle capital dans l'agression des fibres nerveuses. On peut utiliser les corticoïdes, mais aussi les anti-inflammatoires non stéroïdiens, très efficaces dans de tels cas, en

Lucien Israël

tenant compte des effets négatifs qui viennent d'être signalés à propos de certains anti-Cox 2.

Traitements antalgiques

Ils font partie intégrante de la thérapeutique de toutes les situations jusqu'ici mentionnées, qu'il s'agisse de l'administration de morphine par voie buccale, ou par perfusion à vitesse contrôlable par le patient ou les soignants, mais aussi d'antalgiques plus légers comme le paracétamol, qui peut être donné en permanence.

« Petits moyens »

Enfin, on mentionnera deux procédés trop peu employés, la vessie de glace sur une zone douloureuse localisée et l'infiltration locale de novocaïne, si utile dans les douleurs d'origine osseuse, qui obtient un résultat immédiat que les autres traitements consolident.

ATTITUDE DES SOIGNANTS

On rappellera en terminant que l'attitude des médecins et des infirmières est capitale. Elle doit redonner au patient la force morale de faire face, l'espoir que tout est fait pour contrôler la situation, qu'on veut et qu'on peut y parvenir. Il est aussi indispensable de traiter par les médicaments appropriés l'angoisse, la dépression et la peur, et de faire appel s'il y a lieu à un soutien psychologique spécialisé.

CONCLUSION

Les traitements de la douleur cancéreuse ne manquent pas, et ils se perfectionnent, mais on est bien obligé de constater qu'encore trop de malades souffrent. Il est indispensable de rappeler à tous les personnels impliqués qu'on peut toujours mieux faire et qu'il est indispensable d'accorder au moins cela aux patients qu'on ne peut guérir.

On terminera par deux conclusions fort différentes l'une de l'autre.

La première est liée à l'espoir que comporte le développement des études génétiques concernant les traitements, mais aussi aux efforts en cours concernant la précocité des dépistages.

La seconde, plus pessimiste, porte sur la constatation que le risque vital pris en augmentant, s'il y a lieu, les doses d'antalgiques n'a rien à voir avec une euthanasie active, et qu'il faut le prendre plutôt que de laisser livré à des douleurs incontrôlables un frère humain.

Références

- Beck SL. Symptom clusters : impediments and suggestions for solutions. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 137-8.
- Carr DB, Goudas LC, Balk EM, Bloch R, Ioannidis JP, Lau J. Evidence report on the treatment of pain in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 23-31.
- Dahl JL. Pain : impediments and suggestions for solutions. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 124-6.
- Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 76-8.
- Douleur et Cancer. In : Boiron M, Marty M, Bugat R, Aapro MS, eds. Eurocancer 2004. Compte rendu du XVII^e congrès, 29–30 juin, 1^{er} juillet 2004. Paris : John Libbey Eurotext ; 2004.
- Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 105-11.
- Fleishman SB. Treatment of symptom clusters : pain, depression, and fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 119-23.
- Foley KM. Treatment of cancer-related pain. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004 ; 32 : 103-4.
- Greenberg DB. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 127-35.
- Harris MB. Palliative care in children with cancer : which child and when ? *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 144-9.
- Jacobsen PB. Assessment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 93-7.
- Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 40-50.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 57-71.
- McGuire DB. Occurrence of cancer pain. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 51-6.
- Miaskowski C, Dodd M, Lee K. Symptom clusters : the new frontier in symptom management research. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 17-21.
- Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 139-43.
- Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 112-8.
- Nail LM. My get up and go got up and went : fatigue in people with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004 ; 32 : 72-5.
- Paice JA. Assessment of symptom clusters in people with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 98-102.
- Passik SD. Impediments and solutions to improving the management of cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 136.
- Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, Harris JJ, Hendricks CB, Levin B, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement : Symptom management in cancer : pain, depression, and fatigue, July 15–17, 2002. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 9-16.
- Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 32-9.
- Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient : fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 150-7.
- Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004 ; 32 : 80-92.