

Traitement de la douleur cancéreuse: au-delà des approches médicamenteuses conventionnelles

Dr ADRIEN MASERI^{a,*}, Dre GISÈLE MONTAVON^{b,c,*}, Dre CAITRIONA GILLECE UNGARELLI-McEVOY^{b,d},
Dr MARC R. SUTER^e et Pre CHANTAL BERNA^{b,e}

Rev Med Suisse 2022; 18: 1264-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.787.1264

La prise en charge de la douleur en oncologie s'enrichit progressivement grâce à une approche intégrative. Celle-ci permet d'élargir la palette des outils thérapeutiques du praticien en combinant, selon les caractéristiques de la douleur et les spécificités du patient, les approches conventionnelles et complémentaires dans une vision holistique du patient. Les recommandations des sociétés internationales et la littérature scientifique s'étaient dans cette direction. Cet article couvre une partie des thérapies interventionnelles et des options complémentaires possibles. Leur pertinence est d'autant plus grande dans l'optique de limiter les effets secondaires des traitements médicamenteux et les opioïdes au long cours, prioritairement chez les patients en rémission ou avec une maladie contrôlée.

Cancer pain therapy: beyond conventional pharmacological approaches

Pain management in oncology is evolving progressively thanks to integrative approaches. In accordance with the type of pain and patient specifics, treatment possibilities are thus multiplied by combining conventional pharmacology, interventional approaches, physical and psychological treatments as well as complementary medicines, in a holistic perspective. International Societies Guidelines and scientific literature lend their support to such treatment plans. This article covers a number of interventional treatments and complementary options that are available. Their relevance is all the more important in view of the necessity to limit secondary effects and long-term opioids, especially in cancer survivors.

INTRODUCTION

La douleur en oncologie peut être de différents types (nociceptive, neuropathique, nociplastique) et due à différentes causes (tumeur, métastases, traitements oncologiques: chirurgicaux, radiothérapeutiques, médicamenteux). Ces caractéristiques, tout comme le pronostic du patient, les comorbidités,

les interactions médicamenteuses et les facteurs pouvant influencer le vécu de la douleur (dépression, anxiété, troubles du sommeil, difficultés socio-économiques, etc.) sont à considérer pour une approche holistique et un traitement antalgique adéquat.

Cet article a été rédigé conjointement par des médecins anesthésistes spécialisés en antalgie et des médecins pratiquant la médecine intégrative,¹ dont une oncologue, pour promouvoir une approche holistique. Il est donc constitué d'une première partie sur des approches interventionnelles (le champ traité ici exclut la radiothérapie antalgique, l'antalgie par voie intrathécale et la neurostimulation) et d'une deuxième partie discutant de l'inclusion de thérapies complémentaires. Ainsi la palette des outils thérapeutiques s'élargit dans une approche intégrative, combinant thérapies conventionnelles et complémentaires, de la douleur en oncologie, au-delà des approches médicamenteuses conventionnelles bien connues.^{2,3}

THÉRAPIES INTERVENTIONNELLES

Lorsque les analgésiques systémiques ne suffisent plus ou que les douleurs sont localisées, les patients peuvent bénéficier de thérapies interventionnelles.

Vertébroplastie et kyphoplastie⁴

La croissance d'une tumeur au sein du corps vertébral augmente la pression sur l'endoste, déclenchant une cascade inflammatoire et activant les voies nociceptives liées aux nerfs basivertébraux. L'affaiblissement du corps vertébral par la croissance tumorale peut occasionner des fractures pathologiques.

La vertébroplastie consiste en l'injection de ciment polyméthylmétaacrylate (PMMA) dans le corps vertébral et permet une stabilisation mécanique d'une fracture pathologique associée à une diminution de la symptomatologie douloureuse. La kyphoplastie est une variante consistant à gonfler un ballon dans la vertèbre avant d'injecter le ciment, dans le but de corriger la hauteur vertébrale.⁴

Il s'agit d'interventions à bas risque, associées à une amélioration de la capacité fonctionnelle, à une diminution des scores de douleur, à une diminution des complications liées à la douleur et à une épargne morphinique dans les cas bien sélectionnés.^{4,5}

^aService d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire UCL Namur, Rue Dr Gaston Therasse 1, 5530 Yvoir, Belgique, ^bCentre de médecine intégrative et complémentaire, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService d'oncologie médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^dService d'anesthésie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^eCentre d'antalgie, Service d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
adrien.maseri@chuucnamur.uclouvain.be | gisele.montavon@chuv.ch
caitriona.ungarelli@chuv.ch | marc.suter@chuv.ch
chantal.berna-renella@chuv.ch

* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Ablation tumorale vertébrale par radiofréquence

L'ablation par radiofréquence percutanée engendre une destruction du tissu neural ainsi que des nocicepteurs périostaux par utilisation d'énergie thermique d'origine électrique. Il s'agit d'un traitement employé lors de douleur dorsale sévère liée aux tumeurs spinales et il est efficace et sûr dans le cadre de métastase/tumeur du squelette axial.⁴

Bloc et neurolyse des plexus sympathiques

L'innervation sensitive de nombreux organes abdominaux est transmise par les systèmes ortho- et parasympathique, via les plexus ganglionnaires. Leur neurolyse réalisée par injection locale d'éthanol ou par radiofréquence peut amener des effets antalgiques bénéfiques chez les patients atteints de tumeurs viscérales.

Plexus coeliaque^{2,4,6}

Le plexus coeliaque participe à l'innervation du tractus gastro-intestinal depuis l'œsophage jusqu'au côlon transverse, du pancréas, du foie, de la rate, des surrénales, des uretères et des vaisseaux abdominaux.

Sa neurolyse peut être effectuée par une approche transgastrique ou percutanée. Sa réalisation permet un meilleur contrôle antalgique des tumeurs abdominales, une diminution de la consommation d'opioïdes et de leurs effets secondaires, d'autant plus si elle est menée de manière précoce.^{4,7} La principale indication concerne le patient atteint de cancer pancréatique, avec une douleur modérée à sévère réfractaire aux antalgiques.⁴

Plexus hypogastrique supérieur

Le plexus hypogastrique supérieur participe à l'innervation de la vessie, de la prostate, des testicules, des vésicules séminales, du côlon descendant et du sigmoïde, de l'utérus, des ovaires, du vagin, de l'infundibulum et du rectum.

L'insertion bilatérale d'aiguilles aux niveaux L5 et S1, sous contrôle radioscopique, en permet le bloc ou la neurolyse. Le bénéfice principal potentiel de la neurolyse de ce plexus est dans le cadre d'une douleur pelvienne d'origine cancéreuse.⁴

Ganglion impar

Le ganglion impar est le ganglion orthosympathique situé sur la face antérieure du sacrum qui participe à l'innervation du périnée, du rectum distal et de l'anus, de l'urètre distal, de la vulve et du tiers distal du vagin.

Sa neurolyse se réalise par une approche transcoccygienne percutanée et peut être considérée chez les patients atteints de douleurs oncologiques pelviennes intraitables.⁴

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

Les recommandations de pratique des sociétés américaines d'oncologie incluent à présent des approches de médecine complémentaire pour la prise en charge de la douleur en oncologie.^{3,6} Les thérapies complémentaires peuvent agir sur la douleur elle-même et également sur des facteurs associés comme la dépression, l'anxiété ou les troubles du sommeil.

En créant un plan de prise en charge intégratif qui inclut des thérapies conventionnelles et complémentaires, on peut réduire la douleur et son impact sur le quotidien, diminuer le besoin de médication et donc les effets secondaires associés, ainsi que redonner un rôle actif au patient.

La construction de ce plan de soins est guidée par la littérature scientifique, les intérêts et les croyances du patient, ses représentations et sensibilités, ainsi que l'expérience de l'intervenant.

L'apparition progressive des thérapies complémentaires dans les recommandations des sociétés savantes est le reflet de la littérature scientifique qui s'étaye dans ce domaine. Néanmoins, il manque encore de grandes études randomisées et contrôlées menées systématiquement pour les différentes techniques. L'hétérogénéité des caractéristiques de la douleur et des patients, la difficulté à constituer des groupes contrôles ainsi que le manque de moyens financiers sont des obstacles à ces études.

Cela étant dit, l'acupuncture fait figure de proue, puisqu'elle est actuellement largement reconnue comme une thérapie utile et efficace pour le traitement de la douleur,⁸ et cela en oncologie également (cf. **tableau 1** pour les indications). Il s'agit d'ailleurs de la seule technique complémentaire figurant dans les directives allemandes sur l'utilisation des médecines complémentaires en oncologie,⁹ et elle se trouve dans de multiples recommandations récentes de sociétés savantes oncologiques (pour les douleurs tumorales: NCCN, ASCO; pour les neuropathies postchimiothérapie: NCCN, HAS, BCA, AFSOS, ACCP; pour les arthralgies sous hormonothérapie: AGO, SEOM, ASCO, AFSOS, ACS).

Dans le cas des patients « survivants » d'un cancer ou vivant avec une maladie contrôlée, il est recommandé de limiter l'utilisation des opioïdes à des patients bien sélectionnés au vu du risque et des effets secondaires qu'implique un tel traitement au long cours. Pour ces patients, la question se pose de suivre les recommandations édictées pour la douleur chronique non cancéreuse. En effet, le nombre d'études publiées sur les thérapies complémentaires antalgiques est plus important pour la douleur non cancéreuse.⁶

En oncologie, lors de traitements anticancéreux actifs, la sécurité du patient est au cœur de la prise en charge afin d'éviter des interactions médicamenteuses ou des effets secondaires favorisés par la situation complexe du patient (pancytopénie, métastases osseuses, anticoagulation, etc.). Il est donc recommandé, lorsqu'on adresse un patient, de choisir des médecins praticiens en médecines complémentaires ou des thérapeutes connaissant les spécificités des maladies oncologiques (**tableau 2**).

Finalement, l'aspect asséculo-logique est à évaluer pour limiter le coût financier parfois entièrement à la charge des patients. Pour rappel, l'assurance de base rembourse les 4 médecines complémentaires suivantes si elles sont pratiquées par un médecin certifié: la médecine traditionnelle chinoise (dont l'acupuncture), l'homéopathie, la médecine anthroposophique, et la phytothérapie. D'autres approches sont soutenues par les assurances complémentaires. Un tableau listant des contacts

TABLEAU 1

Options thérapeutiques de traitement de la douleur liée au cancer

AFC: attestation de formation complémentaire; MBCR: Mindfulness-Based Cancer Recovery; MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction.

Thérapies	Exemples d'indication(s)	Spécialités impliquées dans la réalisation de l'acte
Thérapies interventionnelles		
Radiothérapie antalgique ^{2,4}	Tumeur ou métastase à l'origine de la douleur	Radiothérapie
Vertébroplastie/kyphoplastie ^{4,6,10}	Tumeurs ou métastases osseuses vertébrales	Radiologie interventionnelle
Radiofréquence vertébrale ^{4,6,10}		
Blocs nerveux centraux ou périphériques ^{4,6,10}	Douleur localisée à la zone couverte par le nerf bloqué	Antalgie
Neurolyse des plexus (coeliaque, hypogastrique, ganglion impar) ^{1,4,7}	Tumeurs du tractus digestif et urinaire, de la rate, du pancréas, des organes reproducteurs et du périnée	Antalgie, radiologie interventionnelle ou gastroentérologie endoscopique
<i>Techniques neuraxiales (épidurale, intrathécale, neurostimulation)^{2,4,6,10} et autres techniques chirurgicales (cordotomie, myélotomie, DREZ-otomy, cingulotomie)^{2,4,10} non traitées dans cet article</i>		
Thérapies complémentaires		
Acupuncture ^{3,6,9,11-13}	Devrait être proposée pour: <ul style="list-style-type: none"> • les douleurs tumorales • les arthralgies sur inhibiteurs de l'aromatase Peut être proposée pour: <ul style="list-style-type: none"> • la polyneuropathie périphérique induite par la chimiothérapie • les douleurs postopératoires d'une prostatectomie ou de neurochirurgie • les douleurs musculosquelettiques chez les patients en rémission d'un cancer 	Médecin avec AFC ou thérapeute reconnu en acupuncture/médecine traditionnelle chinoise
Biofeedback ³	Permet d'apprendre à éliciter une réponse de relaxation localisée (par exemple, musculaire) ou plus globale (par exemple, cohérence cardiaque) Thérapie potentiellement limitée lors de la prise de caféine, nicotine, corticostéroïdes ou sédatifs	Psychologue ou autre thérapeute formé
Hypnose ^{3,6,11,12,14,15}	Gestion de la douleur et de ses facteurs contributifs, accompagnement dans certaines procédures douloureuses	Médecin ou thérapeute formé en hypnose
Imagerie guidée ^{3,6,15,16}	Technique apparentée à l'hypnose, peut être associée à des exercices de relaxation musculaire ou de respiration pour soutien à la gestion de la douleur et des facteurs contributifs	Thérapeute formé (rare en Suisse, prédominance de formations en hypnose)
Massage ^{3,6,11,12}	Peut diminuer les douleurs d'origine musculosquelettique, reconnecter positivement le patient avec son corps et améliorer les facteurs contributifs À noter que la réflexologie est une sous-spécialité de massage ne touchant que les pieds ou les mains qui peut être utile en cas de contre-indications à un massage plus étendu	Massothérapeute médical ou personnel soignant formé au massage et capable d'adapter sa technique à la situation médicale du patient (localisation tumeur et métastases, pancytopenie, anticoagulation, complications thromboemboliques, état cutané, matériel implanté)
Méditation de pleine conscience (Mindfulness) ^{3,6,11,15-17}	Bénéfique pour la gestion de la douleur et les facteurs contributifs Une activité physique avec une composante méditative comme le yoga, le qi gong ou le tai-chi peut être envisagée en alternative chez les patients pour lesquels la méditation de pleine conscience en immobilité est difficile	Le programme MBSR est le plus étudié et disponible en Suisse dans différentes communautés ou par des psychologues/psychiatres. Un programme plus spécifique à l'oncologie nommé MBCR existe également
Musicothérapie ^{6,11,12,14,15}	Effet sur la douleur elle-même controversé, peut agir sur les facteurs contributifs Susceptible de faire surgir des émotions fortes, elle doit être pratiquée par un professionnel certifié qui sait évaluer l'indication à référer à un psychiatre	Thérapeute avec formation reconnue, parfois avec une première formation comme psychologue ou psychiatre
TENS (stimulation nerveuse électrique transcutanée) ^{3,6,15}	Douleurs neuropathiques	Certains physiothérapeutes et certains centres d'antalgie comme celui du CHUV proposent une éducation thérapeutique
Approches psychologiques et spirituelles		
Thérapie cognitivo-comportementale ^{3,6,12,15,16}	Permet de mieux gérer le vécu de la douleur, le stress et les facteurs psychologiques associés (anxiété, dépression)	Psychologue ou psychiatre formé en thérapie cognitivo-comportementale
Groupe de soutien ¹²	Quand le patient se sent isolé ou a besoin d'échanger sur son vécu avec des pairs	Ligue contre le cancer, organismes de patients
Éducation thérapeutique ³	Quand le patient ou son entourage manque de connaissance sur le mécanisme de la douleur et des facteurs contributifs, les options thérapeutiques, et cherche des conseils pratiques	Médecin, infirmier, organismes de patients
Besoins spirituels ³	Quand le patient est tourmenté par des questions existentielles	Accompagnant spirituel
Médecine physique et de réhabilitation		
Thérapie physique, ³ elle inclut du travail postural, des mouvements et des activités pour améliorer la fonction et le bien-être	Pour les douleurs liées à: <ul style="list-style-type: none"> • un déséquilibre musculosquelettique • un déconditionnement • une récupération postchirurgie mammaire¹⁸ • des arthralgies sur hormonothérapie par inhibiteur de l'aromatase^{19,20} • une polyneuropathie périphérique induite par la chimiothérapie^{21,22} • des facteurs contributifs tels que fatigue, trouble de l'humeur 	Physiothérapeute en individuel, groupe d'activité physique adaptée, médecin du sport

TABLEAU 2 Critères de qualité de thérapeute en médecine complémentaire

Le tableau ci-dessous indique les critères de qualité vis-à-vis d'un patient oncologique.

Le thérapeute devrait :

- Se renseigner sur les problèmes de santé actuels et passés du patient, ainsi que les traitements en cours
- Pouvoir justifier l'indication à la thérapie qu'il propose, les limitations et les possibles effets secondaires
- Connaître les contre-indications à la thérapie, évaluer les interactions entre la thérapie et les traitements conventionnels, et si besoin adapter sa pratique à la situation particulière du patient
- Fixer des objectifs réalistes basés sur les données probantes et son expérience
- Informer sur le déroulement de la thérapie, la durée, les coûts et les moyens de remboursement
- Laisser le libre choix au patient de suivre ou non la thérapie, sans jugement et en toute bienveillance
- Être capable de décrire la formation spécialisée suivie, la durée de son expérience professionnelle, son expérience à traiter la problématique spécifique du patient et le suivi ou non d'une formation continue

permettant d'identifier des praticiens en fonction de leur métier de base et leur mode de remboursement a été publié antérieurement par notre groupe.¹

CONCLUSION

Le traitement de la douleur en oncologie peut être complexe. Au-delà des traitements médicamenteux, les approches interventionnelles et complémentaires élargissent l'éventail des outils à disposition pour traiter la douleur chez le patient atteint de cancer. Les traitements par vertébroplastie, kyphoplastie, radiofréquence et radiothérapie sont à évaluer dans le cadre de douleur sur atteinte tumorale osseuse. Les blocs et neurolyses des plexus sympathiques sont des options dans

le contexte de douleurs sur atteinte tumorale des organes viscéraux. Les thérapies complémentaires peuvent agir directement sur la douleur mais également sur le vécu et la gestion de la douleur ainsi que sur des facteurs contributifs à l'impact de la douleur tels que l'anxiété, la dépression et les troubles du sommeil. La recherche sur les médecines complémentaires est en plein essor, avec des preuves bien établies à présent, notamment pour l'acupuncture dans la douleur en oncologie. Les sociétés savantes en oncologie recommandent de plus en plus une approche intégrative de la douleur, combinant thérapies conventionnelles et complémentaires.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les traitements par vertébroplastie, kyphoplastie, radiofréquence et radiothérapie sont à évaluer dans le cadre de douleur sur atteinte tumorale osseuse
- Les blocs et neurolyses des plexus sympathiques sont des options dans le contexte de douleurs sur atteinte tumorale des organes viscéraux
- L'acupuncture est validée comme traitement antalgique au même titre que les traitements médicamenteux ou interventionnels
- L'antalgie intégrative permet de réunir les avantages des thérapies conventionnelles et complémentaires dans l'optique d'un meilleur contrôle de la douleur oncologique, d'une diminution de son impact sur le quotidien et d'une autonomisation du patient

1 Zurrón N, Berna C. Antalgie intégrative : une vision holistique du patient souffrant de douleurs chroniques. *Rev Med Suisse* 2019;5:1259-65.
 2 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.
 3 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Adult Cancer Pain. 2022. (Consulté le 28 mars 2022). Disponible sur : www.nccn.org/guidelines/category_1
 4 *Aman MM, Mahmoud A, Deer T, et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Best Practices and Guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. *J Pain Res* 2021;14:2139-64.
 5 Health Quality Ontario. Vertebral Augmentation Involving Vertebroplasty or Kyphoplasty for Cancer-Related Vertebral Compression Fractures: A Systematic Review. *Ont Health Technol Assess Ser* 2016;16:1-202.
 6 Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* 2016;34:3325-45.
 7 Amr YM, Makhariya MY. Neurolytic Sympathectomy in the Management of

Cancer Pain-Time Effect: a Prospective, Randomized Multicenter Study. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:944-56.e2.
 8 **Zurrón N, Lanier C, Berna-Renella C. Acupuncture et douleur chronique : guide pratique à l'usage des médecins généralistes. *Rev Med Suisse* 2020;6:1358-62.
 9 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF). Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen. In: *Fachgesellschaften AdWM*, 2021.
 10 Kurita GP, Sjøgren P, Klepstad P, Mercadante S. Interventional Techniques to Management of Cancer-Related Pain: Clinical and Critical Aspects. *Cancers (Basel)* 2019;11:443.
 11 *Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J* 2019;25:343-8.
 12 Deng GE, Frenkel M, Cohen L, et al. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *J Soc Integr Oncol* 2009;7:85-120.
 13 Mao JJ, Liou KT, Baser RE, et al. Effectiveness of Electroacupuncture or Auricular Acupuncture vs Usual Care for Chronic Musculoskeletal Pain Among Cancer Survivors: The PEACE Randomized

Clinical Trial. *JAMA Oncol* 2021;7:720-7.
 14 Lyman GH, Greenlee H, Bohlke K, et al. Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: ASCO Endorsement of the SIO Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* 2018;36:2647-55.
 15 Strada EA, Portenoy RK. Psychological, Rehabilitative, and Integrative Therapies for Cancer Pain. In: TW P, ed. *Uptodate*. Waltham, MA: UpToDate Inc, 2022.
 16 Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2021;63:e505-20.
 17 Greenlee H, DuPont-Reyes M, Balneaves L, et al. Clinical Practice Guidelines on the Evidence-Based Use of Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment: Integrative Therapies During and After Breast Cancer Treatment. *CA Cancer J Clin* 2017;67:194-232.
 18 De Groef A, Van Kampen M, Diltjens E, et al. Effectiveness of Postoperative Physical Therapy for Upper-Limb Impairments After Breast Cancer Treatment: a Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96:1140-53.

19 Irwin ML, Cartmel B, Gross CP, et al. Randomized exercise trial of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2015;33:1104-11.
 20 Areh H, Sorkin M, Cartmel B, et al. Exercise Adherence in a Randomized Trial of Exercise on Aromatase Inhibitor Arthralgias in Breast Cancer Survivors: the Hormones and Physical Exercise (HOPE) Study. *J Cancer Surviv* 2016;10:654-62.
 21 Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, et al. Effects of Exercise During Chemotherapy on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: a Multicenter, Randomized Controlled Trial. *Support Care Cancer* 2018;26:1019-28.
 22 Dhawan S, Andrews R, Kumar L, Wadhwa S, Shukla G. A Randomized Controlled Trial to Assess the Effectiveness of Muscle Strengthening and Balancing Exercises on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathic Pain and Quality of Life Among Cancer Patients. *Cancer Nurs* 2020;43:269-80.

* à lire

** à lire absolutement