

Nouveaux paradigmes des principes OMS. (Résumé)

Dr Thierry Delorme. Médecin Spécialiste (douleur) des CLCC
Département Anesthésie Réanimation Douleur
Institut Curie 26 rue Ulm 75005 Paris

Depuis 1986, les principes de l'OMS restent la référence en terme de prise en charge de la douleur cancéreuse. Ces principes qui reposent sur l'utilisation rationnelle des antalgiques, l'expertise clinique et le bon sens, ont largement fait la preuve de leur efficacité. La stratégie repose essentiellement sur une escalade thérapeutique dont la clé de voûte est l'échelle OMS qui classe les antalgiques en 3 paliers croissants. Ceci permet le soulagement de 76-90% des patients tous stades confondus [Ventafrida 1990, Zech 1995], de 76 % des patients en fin de vie [Grond 1991], de 84 % des patients présentant une douleur mixte [Grond 1999]. Avec 20 ans de recul, le modèle a été aménagé et à l'heure actuelle, certains experts proposent de le modifier.

Aménagements du modèle :

Depuis, de nombreuses années, la stratégie initiale a été modifiée que ce soit par les experts Oms en 1997 ou par les pratiques. Toutefois, ces modifications sont restées pour la plupart dans le cadre des principes OMS. Les principes initiaux étaient volontairement simples pour être largement appliqués. En 2006 le modèle a été optimisé : identification des douleurs neuropathiques, traitement tenant compte de la douleur de fond et des différents types d'accès douloureux, titration morphine par les interdoses, tentative de rationalisation des changements d'opioïdes forts [SOR : Krakowski 2003].

Critiques sur les paliers OMS:

La définition des paliers, qui suppose qu'une molécule d'un palier supérieur possède une puissance antalgique supérieure peut être remise en cause. En particulier les AINS semblent souvent égaux aux paliers 2 [Eisenberg 1994] pour le soulagement de la douleur du cancer. Ceci pose le problème du rationnel du passage au palier 2 après échec des AINS. Comme il est possible de titrer avec de faibles posologies d'opioïdes forts les douleurs « modérées » en première intention, la place du palier 2 est très discutée. Pourtant, de nombreux arguments plaident pour son maintien. Remplacer ces molécules par le palier 3 à faible posologie pose le problème de la continuité du traitement antalgique, des effets indésirables. Par ailleurs, le palier 2, a fait la preuve de son intérêt, compris pour contrôler la douleur jusqu'au décès [Mercadante 1999, Zech 1995]. En terme de puissance antalgique, le tramadol équivaut parfois au palier 3 à dose efficace (une étude croisée contrôlée [Wilder-Smith 1994]). Il est également actif sur la composante neuropathique avec un NNT estimé à 3,5 [Dumhke 2004]. Au quotidien, les AINS sont limités dans leur emploi (risques ou contre indications) y compris pour les anti Cox 2. Il semble donc difficile de supprimer le palier 2, de proposer d'emblée un AINS pour les douleurs « faibles à modérées » avec passage aux opioïdes forts en cas d'échec.

Au palier 3, la place de la morphine comme étalon se discute au vu de la mise à disposition d'autres molécules sous forme LI et LP.

Critiques sur la stratégie OMS :

La stricte application des règles de l'OMS donne parfois l'impression au clinicien de perdre du temps. Si pour les douleurs par excès de nociception, il semble logique de pousser au maximum la logique d'escalade jusqu'à l'échec avant d'envisager une autre stratégie, pour les douleurs très intenses, en particulier avec composante neuropathique associée, le délai

d'obtention d'un soulagement satisfaisant est parfois trop long. Dans ces circonstances, il faudrait envisager une escalade thérapeutique initiale rapide associant des techniques médicamenteuses et non médicamenteuse, visant à « casser » la douleur, avec désescalade dans un second temps si elle est possible.

Pour les insuffisants rénaux et les personnes âgées, l'application des principes OMS n'est pas totalement satisfaisante. Le problème est plus lié aux molécules disponibles avec leurs effets indésirables, leurs risques graves, qui décalent l'obtention du soulagement. Ici une réflexion sur les techniques non médicamenteuses, les stratégies médicamenteuses adaptées, reste nécessaire.

Conclusion.

Du fait de leur robustesse à l'épreuve de la réalité, de leur simplicité, les principes OMS restent adaptés tels qu'ils sont décrits et utilisés à l'heure actuelle. Toutefois, il est nécessaire de définir la place des stratégies médicamenteuses multimodales ou des techniques interventionnelles en dehors des situations d'échec de l'application du modèle. Ceci permettrait dans l'idéal de clarifier, les prises en charge simples (principes OMS) et celles relevant des équipes d'experts. Seule l'apparition d'une nouvelle classe thérapeutique bouleverserait les stratégies de prise en charge de la douleur cancéreuse.

Duhmke RM, Cornblath DD, Holligshead JR
Tramadol for neuropathic pain.
Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003726. Review

Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, Mosteller F, Chalmers TC
Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis.
J Clin Oncol. 1994 Dec;12(12):2756-65.

Grond S, Radbruch L, Meuser T, Sabatowski R, Loic G, Lehmann KA
Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines.
Pain. 1999 Jan;79(1):15-20.

Grond S, Zech DF, Schug GA, Lynch J, Lehmann KA:
Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief during the last days and hours of life.
J Pain Symptom Manage. 1991 Oct;6(7):411-22.

Krakowski et al (2003).
Standards, Options et Recommandations sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour [online]. juillet 2003

Mercadante S, Maddaloni S, Rocella S, Salvaggio L
Predictive factors in advanced cancer pain treated only by analgesics.
Pain. 1992 Aug;50(2):151-5.

Ventafridda 1990 : Proceedings of the second international congress on cancer pain. New York: Raven Press Ltd; 1990. p. 451-464. Advances in pain research and therapy, vol 16.

Wilder Smith CH, Schimke J, Osterwalder B, Senn HJ
Oral tramadol, a mu-opioid agonist and monoamine reuptake-blocker, and morphine for strong cancer-related pain.
Ann Oncol. 1994 Feb;5(2):141-6.

Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA
Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study.
Pain. 1995 Oct;63(1):65-76.