

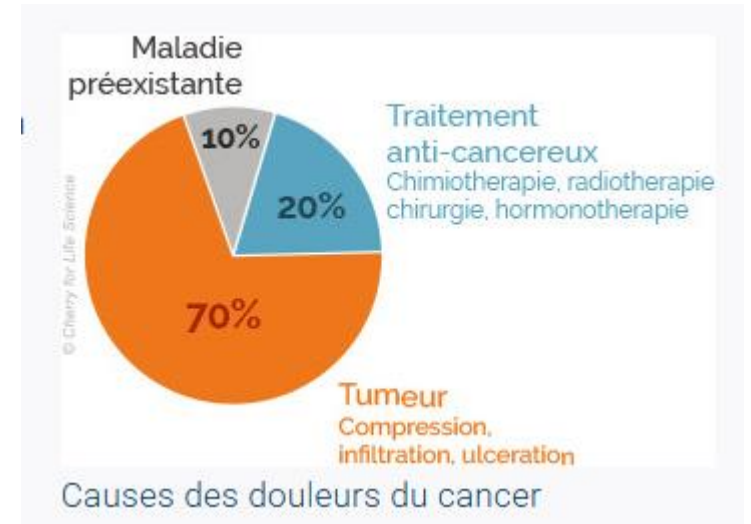
JOURNEE IRD

7 février 2025

Dr Emmanuelle KUHN

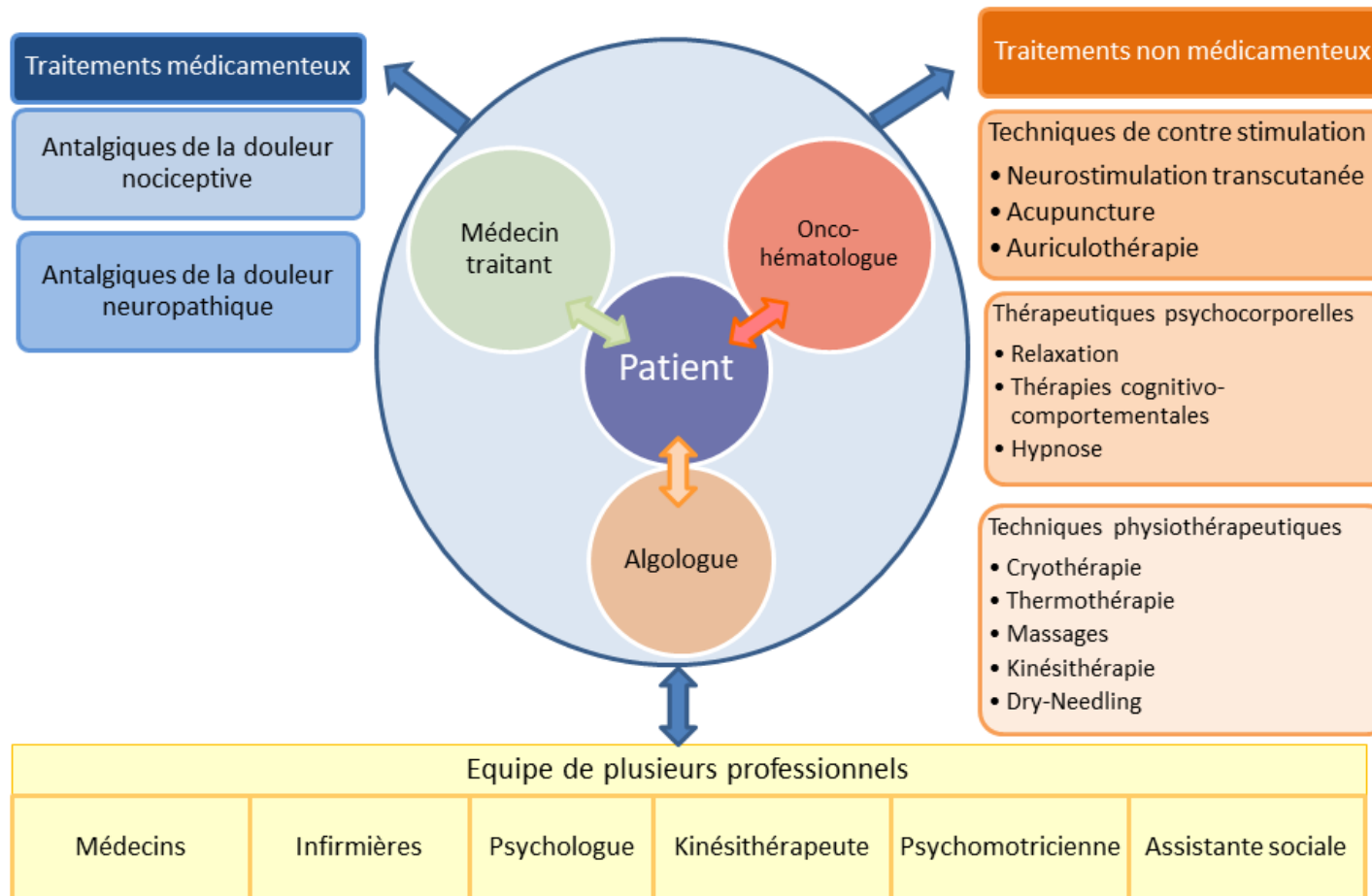
Douleurs en cancérologie

- Douleurs du cancer:
 - libération de médiateurs de l'inflammation, compression d'organes comme l'uretère, compression de structures nerveuses, atteinte osseuse ..
- + csq de la douleur pas troubles de la posture ..
- Douleurs des traitements du cancer:
 - Chimio: mucites, atteinte de la peau et des phanères, neuropathie chimioinduite, atteinte digestive
 - Radiothérapie: inflammation de la zone traitée avec brûlures, démangeaisons
 - Douleurs liées aux soins: pose d'une chambre implantable..
 - Hormothérapie: douleurs musculosquellettiques



Douleurs en cancérologie: ex pour le lymphome

Stratégie en 1^{ère} intention choix des thérapies adaptées au patient



DNCl douleurs neuropathiques chimio induites

Prévalence 35 à 70% (déclarées par les oncologues et tendance à la minimisation par les patients)

- DN4
- CTCAE : tous les effets secondaires des chimiothérapies, avec pour les DNCl 3 types : paresthésie, neuropathique motrice, sensitive

=> Classés et 1 (faible) à 5 (très fort) en lien avec l'impact sur la vie quotidienne

Les molécules impliquée : Taxanes (sein, prostate), Les sels de platine (onco digestive), Les vinca-alcaloïdes (hématologie)

Cotation des neuropathies sensibles périphériques selon la classification CTCAE v5.0

Grade 1	Asymptomatique.
Grade 2	Symptômes modérés limitant les activités instrumentales de la vie courante.
Grade 3	Symptômes sévères affectant la capacité du patient à prendre soin de soi.
Grade 4	Conséquences vitales, intervention urgente nécessaire.

● DNPC

« Monde de la douleur » Vs. « Monde oncologie »

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la présence de douleurs neuropathiques, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous (oui/non/si oui).

QUESTION 1 : Le patient présente-t-il au moins 3 des symptômes suivants ?

	Oui	Non
1. Paresthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleurs électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à au moins 2 des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hyperalgésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

Version 5.0

Published: November 27, 2017

DNCl douleurs neuropathiques chimio induites

- Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update**

Prevention and Management of CIPN in Cancer Survivors

TABLE 3. Summary of Recommendations

Interventions	Strength of Recommendation	Strength of the Evidence	Benefits	Harms*
Prevention				
Acetylcysteine	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Acetyl-L-carnitine	Strong against	High	No evidence of efficacy	High
Acupuncture	No recommendation	Low	Low	Moderate
Amifostine	Moderate against	Intermediate	Low	Moderate
Amitriptyline	Moderate against	Intermediate	No evidence of efficacy	Moderate
Calcium and magnesium	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Cannabinoids	Moderate against	Intermediate		
Calmagafodipir	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Carbamazepine/oxcarbazepine	Moderate against	Intermediate	Low	Low
L-carnosine	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Compression therapy	No recommendation	Low	Low	Low
Cryotherapy	No recommendation	Low	Low	Moderate
DDTC	Moderate against	Intermediate	No evidence of efficacy	High
Exercise	No recommendation	Low	Low	Low
Gabapentin/pregabalin	Moderate against	Intermediate	Low	Low
GM-1	No recommendation	Low	Low	Low
Glutamate/glutamine	Moderate against	Intermediate	Low	Low
GSH	Moderate against	Intermediate	Low	Low
GJG–Kampo medicine	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Metformin	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Minocycline	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Nimodipine	Moderate against	Intermediate	No evidence of efficacy	Moderate
Omega 3	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Org 2766	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Retinoic acid	Moderate against	Intermediate	Low	Moderate
rhuLIF	Moderate against	Intermediate	No evidence of efficacy	Low
Venlafaxine	Moderate against	Intermediate	Moderate	Moderate
Vitamin B	Moderate against	Intermediate	Low	Low
Vitamin E	Moderate against	Intermediate	Low	Low

Treatment				
Acupuncture	No recommendation	Low	Low	Low
Duloxetine	Moderate for	Intermediate	Moderate	Low
Exercise	No recommendation	Low	Low	Low
Gabapentin/pregabalin	No recommendation	Low	Low	Low
BAK	No recommendation	Low	Low	Low
Oral cannabinoids	No recommendation	Low	Low	Low
Tricyclic antidepressants	No recommendation	Low	Low	Low
Scrambler therapy	No recommendation	Low	Low	Low

Topiques ??

Ozonothérapie?

PBM

Recommandations PEC douleur neuropathique

Table 3. CIPN therapy: non-pharmacological interventions

Intervention	Comments	LoE/GoR	References
Acupuncture	Several recent randomised phase II studies are positive, Cochrane review from 2017: insufficient data for/against a recommendation	II, C	38-39,36
Neurofeedback	Pilot study in 71 cancer survivors, potential benefit for EEG-based neurofeedback	II, C	43
Physical exercise	Several strategies are available: supervised medical exercise (sensorimotor function, endurance, strength of flexibility), self-management interventions (e.g. EXCAP**)	II, B	4,20
Scrambler therapy	Noninvasive cutaneous electrostimulation	II, D	35,40
Self-guided online cognitive behavioural strategies	PROSPECT, pilot RCT (n = 60), greater improvements in 'worst' pain than usual care	II, C	41
Spinal cord stimulation	Small number case series, only in truly refractory pain due to CIPN, invasive and expensive procedure: electrode insertion into the dorsal re-entry zone of spinal cord and pulse generator implantation under the skin	V, C	42

Randomized Controlled Trial > Support Care Cancer. 2025 Jan 8;33(2):83.
doi: 10.1007/s00520-025-09145-x.

The effect of hand and foot exercises on peripheral neuropathy and quality of life in women with breast cancer: a randomized controlled trial

Results: The severity of neuropathy decreased significantly in both massage ball and stress ball exercise groups compared to the control group ($p < 0.05$). The group and time interaction was statistically significant in fatigue, pain, and motor symptoms ($p < 0.05$).

Randomized Controlled Trial > Cancer. 2025 Jan 1;131(1):e355599. doi: 10.1002/cncr.355599.
Epub 2024 Oct 5.

Dietary quality and chemotherapy-induced peripheral neuropathy in colon cancer

Results: Seventy-four participants (56.1%) reported moderate-severe CIPN. Higher dietary quality was associated with a significantly decreased risk of moderate-severe CIPN (hazard ratio [HR], 0.96; 95% confidence interval [CI], 0.93-0.99) and severe CIPN (HR, 0.91; 95% CI, 0.85-0.98). Consumption of red and processed meat (HR, 1.78; 95% CI, 1.07-2.83) and sugar-sweetened beverages (HR, 1.33; 95% CI, 1.10-1.59) was associated with an increased risk of moderate-severe CIPN. Consumption of sugar-sweetened beverages also was associated with an increased risk of severe CIPN (HR, 1.57; 95% CI, 1.14-2.18), whereas vegetable consumption was associated with a reduced risk of severe CIPN (HR, 0.29; 95% CI, 0.09-0.73).

> Support Care Cancer. 2025 Feb 3;33(2):142. doi: 10.1007/s00520-025-09190-6.

Patient-reported strategies for prevention and treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy

Results: Most of the 447 survey participants did not use any CIPN prevention strategy (71%), though given options of any strategy the plurality preferred a prescribed medication or supplement (30%). The most common treatment strategy used was exercise (47%), with some patients trying prescription medications including non-guideline recommended gabapentin (33%) or guideline-recommended duloxetine (8%) options. Nearly half of participants (49%) used at least one non-prescribed medication for treating CIPN. Patients often followed suggestions of their medical oncology clinical team, but sometimes relied on the internet or other patients to recommend non-prescription strategies.

Prévention: Projet ELEGANT Centre Léon Bérard LYON

● DNPC- Prévention

Pharmacological prevention

Many pharmacological agents have been studied for their potential to prevent neuropathy. Until now, no effective agent exists to prevent CIPN and, therefore, no positive recommendation can be given for any of the studied agents as shown in Table 1.



Etude paucicentrique prospective évaluant la satisfaction et l'efficacité d'une compression par des gants chirurgicaux sur les neuropathies périphériques induites par les chimiothérapies à base de taxanes ou de dérivés de platine.

Investigateur principal : Dr Thomas BACHELOT
Infirmière coordinatrice : Aurélia JOUREAU CHABERT

- FROID : peu efficace car gants réfrigérés (-22°) difficiles à supporter, doivent être changés 1 fois/traitement
 - OXALIPLATINE : CI au froid (spasme laryngé et neuropathie)
- ⇒ Etude de la vasoconstriction mécanique

Méthodologie et schéma de l'étude

● Méthodologie: 2 sous-populations de patients

Etude prospective, comparative, interventionnelle à risques et contraintes minimales, utilisant le patient comme son propre témoin (2 cohortes indépendantes)

Cohorte 1

Patientes atteintes de **cancer du sein** en situation adjuvante ou métastatique et traitées par **paclitaxel**

- Bras expérimental : gants chirurgicaux sur la main dominante,
- Bras contrôle : gant réfrigéré sur l'autre main.

Cohorte 2

Patients atteints d'un **cancer digestif** en situation adjuvante ou métastatique et traités par **oxaliplatine**

- Bras expérimental : gants chirurgicaux sur la main dominante,
- Bras contrôle : absence de gant sur l'autre main.

- Début des inclusions : 30 septembre 2019
- Décembre 2019: Bourse GIRC AURA - Mars 2020: Bourse RSIC de l'AFIC
- 5 infirmières habilitées à inclure, et faire signer les consentements.
- 30 infirmières impliquées pour les suivies de tous les patients sur l'ensemble des cures.

Objectif principal

Cohorte 1 :

Evaluer pour chaque patiente la satisfaction relative au port de gants chirurgicaux (main dominante) et au port des gants réfrigérés (main non dominante) à la fin de l'administration du paclitaxel.

- Critère de jugement (CJ) principal : Satisfaction globale des patientes évaluée pour chaque bras à l'aide d'une échelle numérique (EN) allant de 0 à 10.

Cohorte 2 :

Evaluer l'efficacité de la compression induite par les gants chirurgicaux contre le développement de NP chez les patients traités par oxaliplatine.

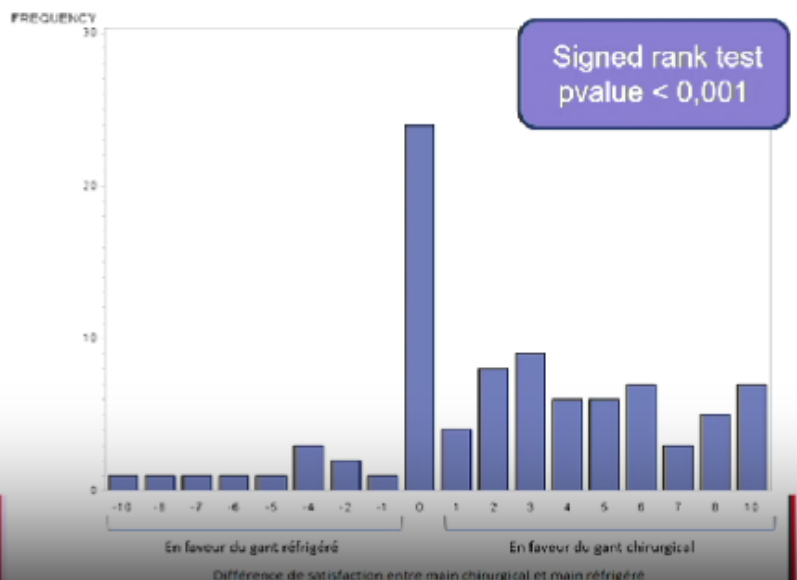
- CJ principal : Taux de NP de grade ≥ 2 après 595 mg/m² de dose cumulée.

Objectif principal

| 12

● Evaluer pour chaque patiente la satisfaction relative au port de gants chirurgicaux (main dominante) et au port des gants réfrigérés (main non dominante) à la fin de l'administration du paclitaxel.

	Gant	
	Gant chirurgical N=94	Gant réfrigéré N=94
Satisfaction globale		
N	90	91
Moyenne (Et)	8,1 (2,3)	5,6 (3,2)
Médiane (min; max)	9,0 (0; 10)	6,0 (0; 10)



➤ Patientes PLUS SATISFAITES du gant chirurgical que du gant réfrigéré

11:58 / 15:27

Objectif secondaire - Evaluation du taux de NP sensitive de grade ≥ 2

| 15

- Pourcentage d'apparition d'au moins une neuropathie sensitive de grade ≥ 2 par patiente significativement différent par gant (Pvalue test McNemar : 0.0067; Pvalue test exact de McNemar : 0.0117)
- Apparition de la 1ère neuropathie de grade ≥ 2 en médiane à la cure 9 pour chacun des dispositifs.

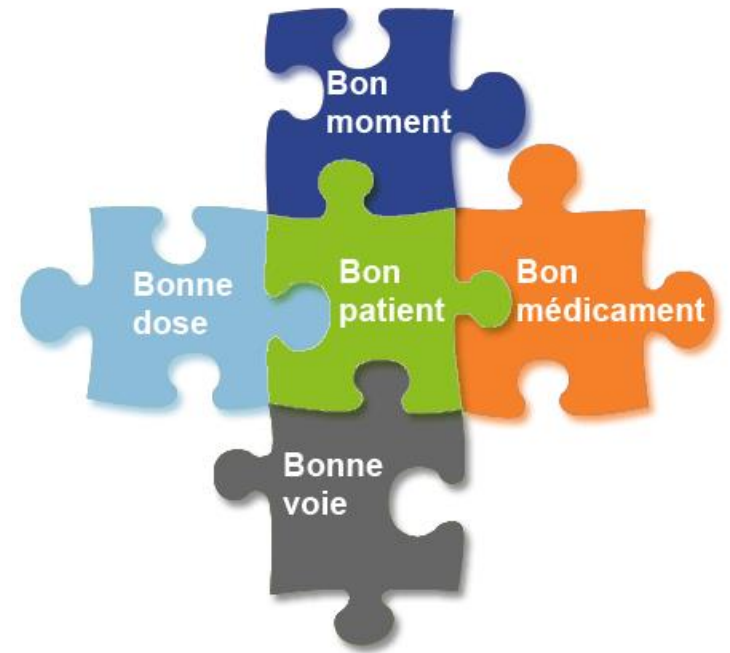
Apparition de la 1ère neuropathie sensitive de grade ≥ 2 (en cures)	Gant Chirurgical N=94	Gant réfrigéré N=94
N (%)	17 (18,1%)	26 (27,7%)
Moyenne (Et)	8,2 (2,4)	8,1 (2,4)
Médiane	9,0 (3;12)	9,0 (3;12)

Objectifs secondaires :

- Meilleur confort du gant chirurgical (4 versus 8 avec le froid)
 - Pas de douleur à la fin de la cure (versus 4 avec le froid)
 - Sur les neuropathies motrices : différence non significative
 - Moins d'onycholyse (x2 avec le froid)
 - Préférences des infirmières en faveur du gant chirurgical +++
-
- En attente des résultats de la cohorte 2

Douleurs en cancérologie

- Place de la technique en cancérologie
 - Pour quels patients?
 - A quel moment envisager une technique interventionnelle?



RCP d'algologie interventionnelle en cancérologie

- Place de la technique en cancérologie
 - **Pour quels patients?**
 - A quel moment envisager une technique interventionnelle





Place de l'algologie interventionnelle: douleurs réfractaires?

• Douleurs réfractaires

- Persistantes malgré un TTT bien conduit
- Respect de l'échelle
- rotation des opioïdes
- Doses > 300mg/j E.M.O.

• Effets indésirables insupportables

- Somnolence
- Nausées, vomissements, Constipation
- Effet cognitif

• Prévalence

- Meuser :2001(1)
- 15 % de douleurs rebelles

• Proposition d'un niveau 4 ?

- Rafael Miguel 2000 (2)
- Antalgie : techniques interventionnelles



(1) Meuser T., et al: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines; a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 2001, 93 247-257

(2) Rafael Miguel : Interventional treatment of cancer pain: The fourth step in the WHO analgesic ladder? *Cancer Control* 7,2 :149-156,2000

Techniques interventionnelles

- **Radiologie**

- Alcoolisations
- Infiltration
- Radiofréquence/cryothérapie
- Cimentoplasties
- Embolisation



- **Radiothérapie**

- Métaboliques
- Ciblées



- **Chirurgie**

- Stabilisation
- Décompression
- Neurochirurgie



- **Analgésie spinale (2%) (1)**

- Péridurales
- Intrathécales

- **Neuromodulation**

- Stimulation magnétique transcrânienne
- Stimulation médullaire



(1) Epidural and Intrathecal Analgesia Is Effective in Treating Refractory Cancer Pain
Allen W. Burton, Arun Rajagopal, Hemant N. Shah, MD,* Tito Mendoza, ,†Charles Cleeland,, Samuel J. Hassenbusch III,,‡ and James F. Arens,
Pain Medicine 2005, 3 , 2004 239 -247

RCP d'algologie interventionnelle en cancérologie



- Place de la technique en cancérologie
 - Pour quels patients?
 - **A quel moment envisager une technique d'algologie interventionnelle?**

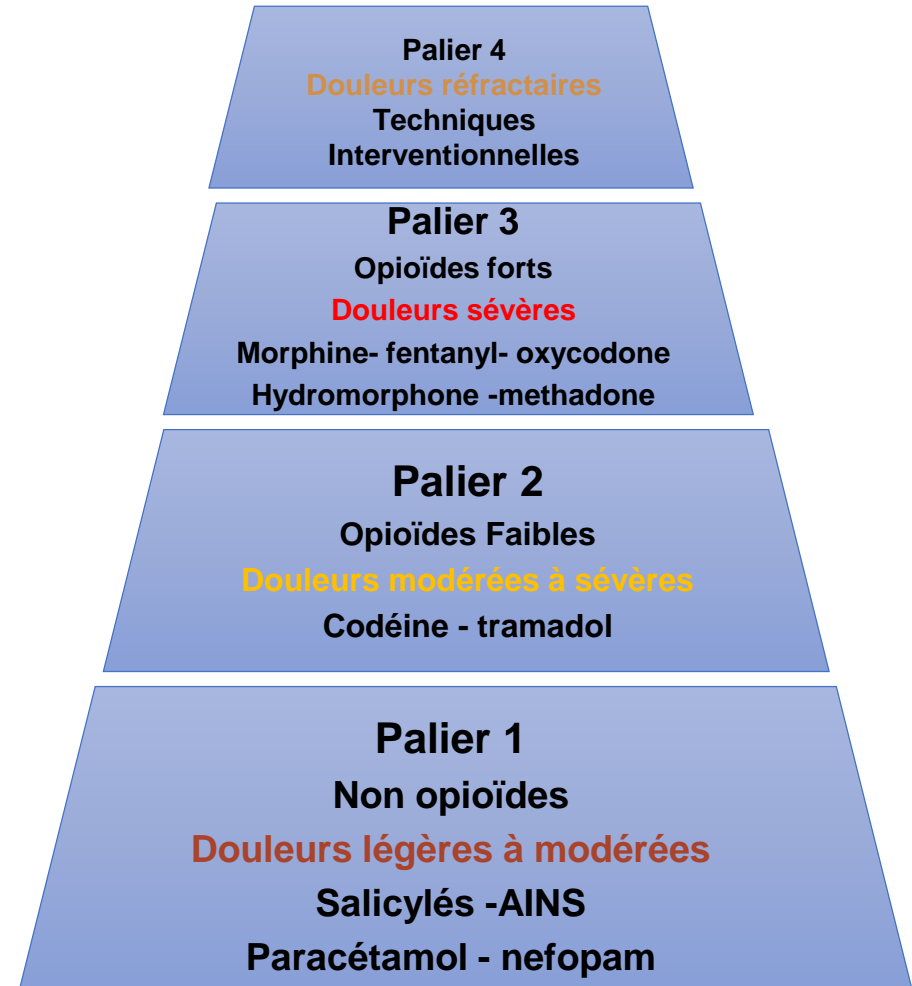


Techniques Interventionnelles

Niveau IV ?

- **Techniques invasives**

- Réservées aux douleurs rebelles
 - « Primum non nocere »
- Difficiles à mettre en œuvre
 - Equipes spécialisées
 - Consommatrices de ressources
 - Formation
 - Accès à la technique
 - Lourdeur du suivi
 - Drogues disponibles
 - Relais à domicile
 - Fin de vie
- Coût / Bénéfice
 - Temps hospitalisation
 - Matériel



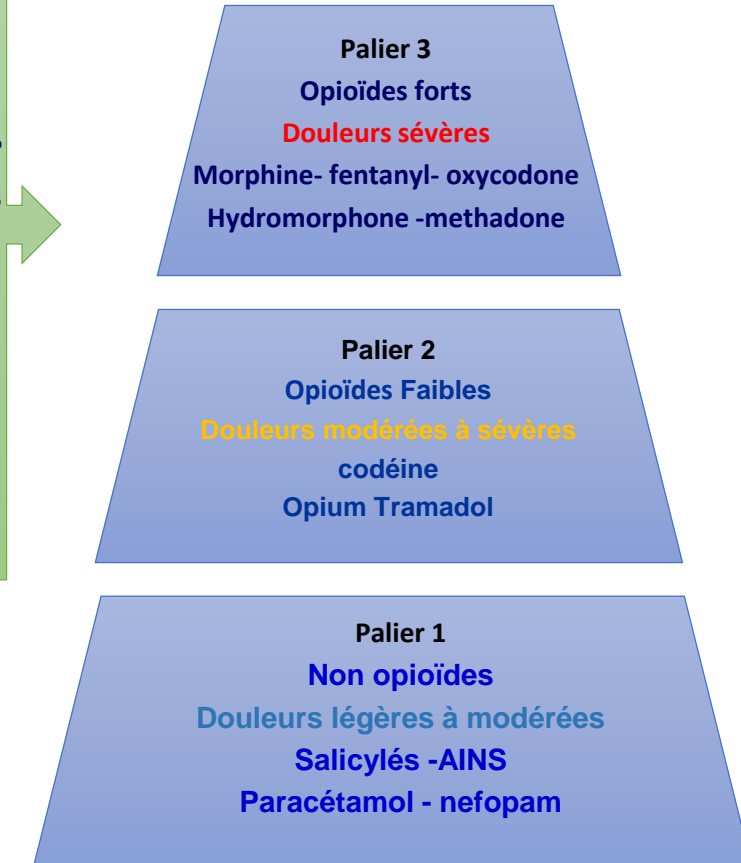
Techniques Interventionnelles

Mise en œuvre Parallèle



- Pourquoi ?
 - Efficacité
 - Compressions
 - Stabilisations
 - Amélioration qualité de vie
 - Diminution des effets secondaires
 - Mobilisation
 - Maintien à domicile

Techniques
Interventionnelles



Nouvelles recommandations 2022

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Bon usage des
médicaments
opioïdes : antalgie,
prévention et prise
en charge du
trouble de l'usage et
des surdoses

Les traitements antalgiques opioïdes

Médicaments opioïdes à visée antalgique ou substitutive

Médicaments antalgiques opioïdes (d'après la classification de Lussier et Beaulieu)	
Antinociceptifs	<p>Codéine : agoniste par voie orale</p> <p>Poudre d'opium : agoniste par voie orale ou rectale</p> <p>Dihydrocodéine : agoniste par voie orale</p> <p>Morphine (chlorhydrate ou sulfate)¹ : agoniste par voie orale (à libération immédiate ou prolongée) ou injectable</p> <p>Nalbuphine : agoniste-antagoniste par voie injectable</p> <p>Hydromorphone¹ : agoniste, voie orale, à libération immédiate ou prolongée</p> <p>Buprénorphine² : agoniste-antagoniste par voie sublinguale, perlinguale, sous-cutanée (à libération prolongée), ou injectable</p> <p>Oxycodone¹ : agoniste par voie orale, à libération immédiate ou prolongée, ou par voie injectable</p> <p>Fentanyl¹ : agoniste par voie transmuqueuse (sublinguale, gingivale, jugale, nasale), transdermique ou injectable</p> <p>Méthadone¹ : agoniste par voie orale</p>
Mixtes (antinociceptifs et modulateurs des voies descendantes)	<p>Tramadol : agoniste par voie orale ou injectable</p>
Médicaments de substitution aux opioïdes	<p>Buprénorphine² : agoniste-antagoniste par voie sublinguale</p> <p>Méthadone¹ : agoniste par voie orale</p>

¹ Stupéfiant ; ² Assimilé stupéfiant

Risques lors de l'utilisation des opioïdes forts dans la PEC de la douleur? TUO Aide au dépistage

Trouble de l'usage d'opioïde (TUO). Trouble de l'usage impliquant des opioïdes comme substance en cause. Ce diagnostic dimensionnel est apparu dans la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Il regroupe les notions catégorielles d'abus et d'addiction (« dépendance » de l'édition précédente, et est caractérisé par l'identification des conséquences personnelles, sociales, professionnelles d'un usage répété à compulsif d'opioïdes.

AVANT

► Échelle ORT « Opioid Risk Tool »

Référence : Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Medicine. 2005;6:432-42

ÉVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE AVANT PRESCRIPTION D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance			Antécédent personnel d'abus d'une substance		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites	2	3	Drogues illicites	4	4
Autre	4	4	Médicaments d'ordonnance	5	5
Âge (sujet de 16 à 45 ans)	1	1	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
			Dépression	1	1
Score	Score

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.

Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modérée à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec, par exemple, les items de l'échelle POMI.



Score <3 faible

4 < Score < 7 modéré

Score > 7 élevé

EN REEVALUATION

► Échelle POMI (Prescription Opioid Misuse Index)

Référence : Knisely JS et coll. 2008. Prescription Opioid Misuse Index: A Brief Questionnaire to Assess Misuse. Journal of Substance Abuse Treatment 35 (4): 380-386.

Cette échelle est utile au dépistage des comportements de mésusage d'un antalgique opioïde en cours de traitement. Elle participe à la réévaluation du bénéfice-risque en cours de traitement.

DÉPISTAGE DU MÉSUSAGE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES

ANTALGIQUE(S) OPIOÏDE(S) CONCERNÉ(S) PAR CES QUESTIONS : codéine, tramadol, poudre d'opium, morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITÉ plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TÔT QUE PRÉVU ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESENTI UN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLÈMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà CONSULTÉ PLUSIEURS MÉDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score	
Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est ≥ 2, il est possible que vous ayez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.		

Lors de l'entretien clinique d'un patient traité par un antalgique opioïde faible ou fort, il semble pertinent de lui poser régulièrement les questions suivantes au sujet de ses modalités d'usage du médicament.

Avez-vous déjà ressenti une ENVIE NON CONTROLABLE de consommer ce/ces médicament(s) anti-douleur dans un contexte NON DOULOUREUX ?

☐ Oui ☐ Non

Cela dans l'objectif d'identifier l'instauration d'un craving (envie irrésistible de consommer) signant l'installation d'une dépendance psychologique.

Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur pour les raisons suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Être moins anxieux
- ☐ Se tranquilliser/S'apaiser
- ☐ Améliorer votre moral/Être moins triste
- ☐ Se stimuler/Se réveiller
- ☐ Se détendre
- ☐ Dormir/S'endormir
- ☐ Euphorie/Plaisir

Cela pour identifier des finalités d'usage différentes du soulagement de la douleur et pouvant traduire l'existence d'une comorbidité notamment psychique mal prise en charge, voire non diagnostiquée.

Avez-vous déjà PRIS PLUS de ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que votre douleur n'était pas assez soulagée ?

☐ Oui ☐ Non

Cela dans l'objectif de mieux adapter la posologie du traitement antalgique en cours et limiter des comportements d'automédication.

Score ≥ 2 RISQUE



Trouble de l'usage d'opioïde DSM-5

Réduction du contrôle

1. Quantité d'opioïdes plus importante ou période plus longue que prévu
2. Désir persistant pour diminuer ou contrôler et multiples efforts infructueux pour diminuer ou arrêter les opioïdes
3. Temps passé pour obtenir, utiliser ou récupérer des effets
4. Envie impérieuse (craving)

Altération du fonctionnement social

5. Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile
6. Persistance de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisir abandonnées ou réduites

Consommation risquée

8. Consommation dans des situations où cela est physiquement dangereux
9. Poursuite de la consommation malgré problème physique ou psychologique causé ou exacerbé par la substance

Critères pharmacologiques

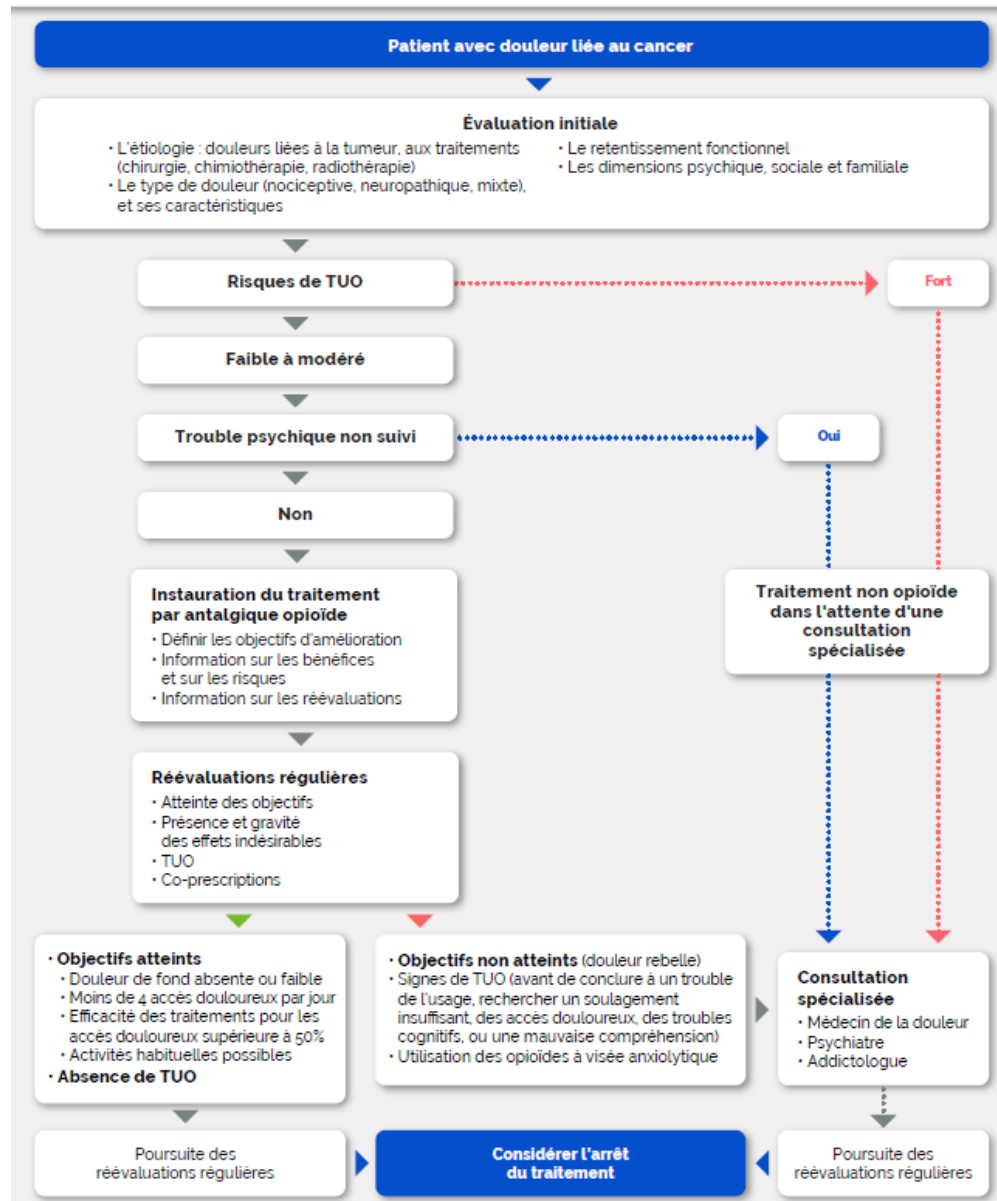
10. Tolérance
11. Sevrage

2 à 3 items: trouble léger

4 à 5 items : moyen

6 ou plus: grave

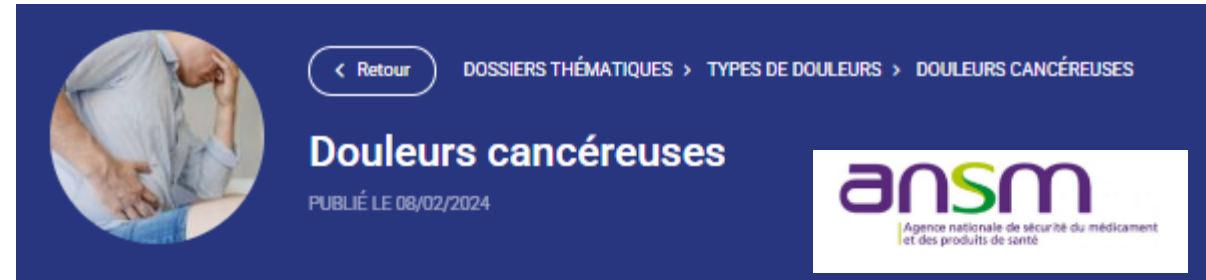
Prise en charge d'une douleur chronique liée au cancer par traitement antalgique opioïde



DC liée au cancer

- Traitement étiologique, analgésie multimodale et ttt symptomatique
- Évaluation psychosociofamilial
- Objectifs
 - Douleur de fond faible ou absente
 - < 4 accès par jour
 - Sommeil conservé
 - Efficacité des interdosages > 50%
 - Activités habituelles peu/pas limitées
 - Effets indésirables des ttt mineurs/absents
- Instauration du ttt
 - ⓧ méthadone ou hydromorphone en 1^{ère} intention
 - Po +++
 - IV PCA si contrôle rapide avec formation de l'équipe
 - Si échec changement d'opioïde ou de voie (opioconvert fourchette basse)
 - IR méthadone, buprénorphine, hydromorphone, fentanyl
 - IH morphine, hydromorphone

Recommandations



<https://www.anses.fr/fr/content/complements-alimentaires-plantes-meilleure-information-des-consommateurs>

Ne pas oublier:

- Les corticoïdes, en cas de douleurs inflammatoires ;
- Les antidépresseurs, en cas de dépression ou d'anxiété liée à la douleur ;
- Les bisphosphonates, en cas de douleurs osseuses ;
- Les antispasmodiques, en cas de douleurs abdominales ;
- Ou encore les myorelaxants pour les douleurs musculaires.

Traitements anticancéreux

Traitement des douleurs cancéreuses rebelles

- La radiologie interventionnelle, qui peut par exemple consister en une injection de ciment orthopédique dans un os fragilisé ou douloureux pour soulager rapidement et longtemps la douleur associée à une tumeur ;
- L'anesthésie régionale par bloc nerveux périphérique : elle permet d'insensibiliser une zone douloureuse du corps en injectant un produit anesthésiant près de nerfs responsables de la transmission de la douleur ;
- Les pompes intrathécales, implantées sous la peau dans l'abdomen, permettent d'administrer directement un médicament antalgique dans la moelle épinière, au plus près des récepteurs de la douleur. La dose nécessaire pour soulager la douleur est alors réduite, ce qui diminue le risque d'effet indésirable lié à l'antalgique.

Commission Douleurs et Cancer

- + Analgésie intrathécale
- + Méthadone
- + Neurochirurgie en douleur cancéreuse
- + Stratégie et communication en douleur du cancer » Enquête « qui fait quoi en SDC ?
- + Formation et Webinaire
- + Douleurs neuropathiques du cancer
- + Mésusage des opioïdes
- + Cannabinoïdes
- + PCA
- + Photo-Bio-Modulation

Depuis 2016



Place de la PEC de la douleur du cancer en SDC

- France 2023: 433 136 nouveaux cas par an
- incidence globale annuelle augmente, le taux de survie augmente
 - Le cancer est une maladie chronique pour un certain nombre de patients

1. Méta-analyse 117 publications 2016: incidence de la douleur du cancer

-39,3% de douleurs après traitement du cancer

-55,0% de douleur pendant le traitement anticancéreux

-66,4% en phase avancée et ou terminale

Marieke H.J. van den Beuken-van Everdingen, et al. Journal of Pain and Symptom Management, 2016

- Freins:
 - Temporalité en SDC
 - Manque de liens avec l'oncologie et les SP
- Comment intégrer la place des SDC définie au sein du plan décennal?

Place de la PEC de la douleur du cancer en SDC

- Plan décennal:
 - Développer des filières d'excellence et coupe-files,
 - une prise en charge anticipée de la douleur,
 - recours aux techniques innovantes telles que l'analgésie IT, les blocs, la cimentoplastie..
- Formation des professionnels