

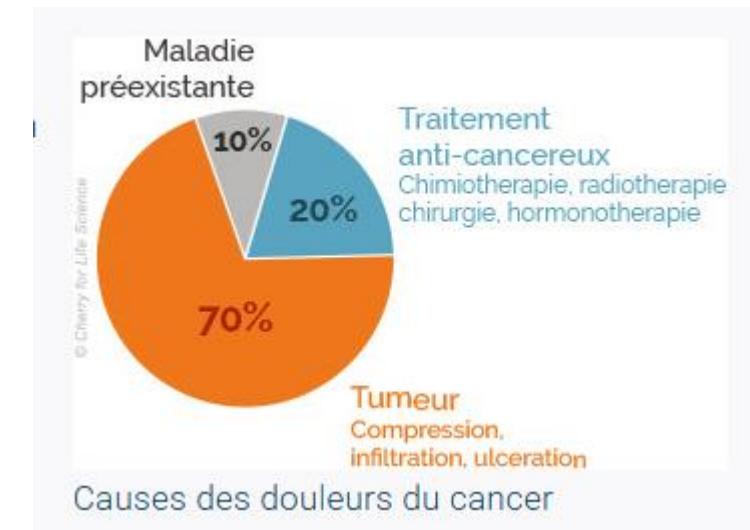
# JOURNÉE IRD

7 février 2025

Dr Emmanuelle KUHN

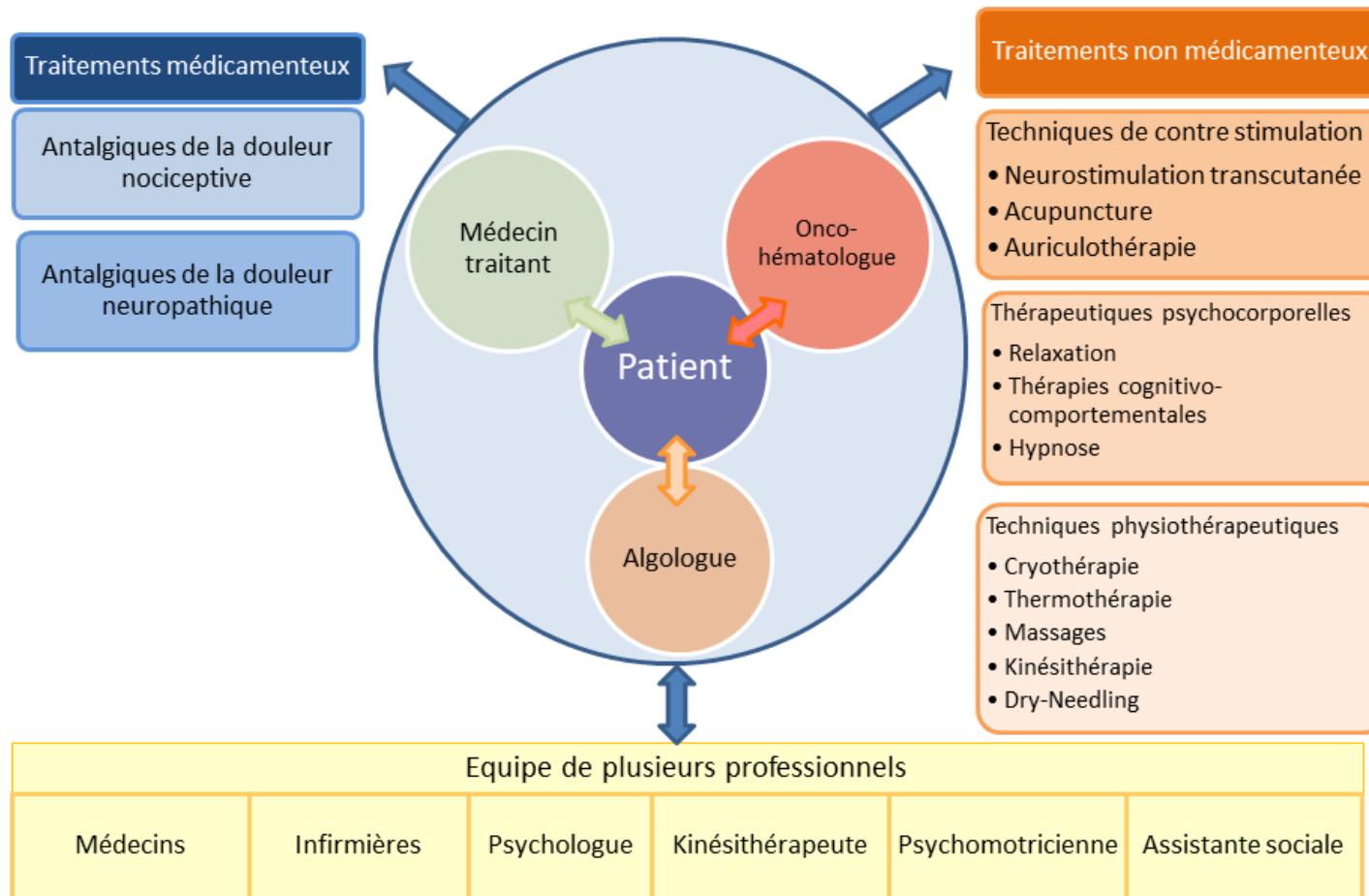
# Douleurs en cancérologie

- 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<sup>ère</sup> intention choix des thérapies adaptées au patient



# DNCI 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 DNCI 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 impliquées : Taxanes (sein, prostate), Les sels de platine (onco digestive), Les vinca-alcaloides (hématologie)

● DNPC

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

## Cotation des neuropathies sensitives 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.                      |

**Questionnaire DN4**

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Permet à un patient de décrire une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item de l'échelle et donner une échelle de 0 à 100.

QUESTION 1: a-t-elle été présente dans les 4 dernières semaines dans les dernières 24h?

|                            | Oui                      | Non                                 |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Douloureuse             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de brûlure    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Douloureuse et brûlante | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

QUESTION 2: a-t-elle été associée dans la même aiguille au ou plusieurs des symptômes suivants?

|                              | Oui                      | Non                                 |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 4. Fourmillement             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Fourrure                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Fourrure et fourmillement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Common Terminology Criteria  
for Adverse Events (CTCAE)

Version 5.0

Published: November 27, 2017

# DNCI 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*   |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|
| <b>Prevention</b>           |                            |                          |                         |          |
| 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             |                         |          |
| Calmangafodipir             | 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      |
| GIG-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        |
| <b>Duloxetine</b>         | <b>Moderate for</b> | <b>Intermediate</b> | <b>Moderate</b> | <b>Low</b> |
| 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/or 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   | 46,20      |
| Scrambler therapy                                   | Noninvasive cutaneous electrostimulation  | II, D   | 39,40      |
| 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):e35599. doi: 10.1002/cncr.35599. 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/traitemen
- 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 minimes, utilisant le patient comme son propre témoin (2 cohortes indépendantes)**

### Cohorte 1

Patiennes 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.

• Début des inclusions : 30 septembre 2019

• Décembre 2019: Bourse GIRCI 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.

### Cohorte 2

Patiens 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.

## 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  $\geq 2$  après  $595 \text{ mg/m}^2$  de dose cumulée.

## Objectif principal

| 12

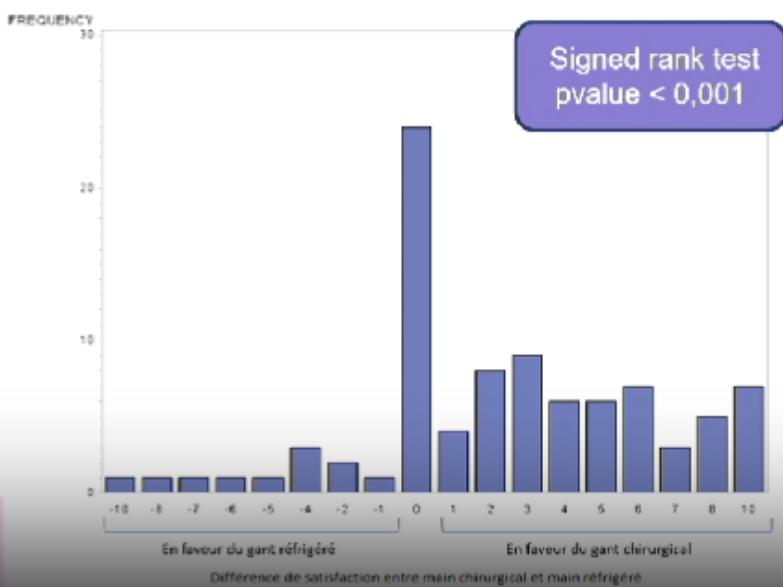
- Evaluer pour chaque patiente la satisfaction relative au port de gants chirurgicaux (main dominante) et au port des gants réfrigérés (main non dominante) à la fin de l'administration du paclitaxel.

|                      | Gant                     |                        |
|----------------------|--------------------------|------------------------|
|                      | Gant chirurgical<br>N=94 | Gant réfrigéré<br>N=94 |
| Satisfaction globale |                          |                        |
| N                    | 90                       | 91                     |
| Moyenne (Et)         | 0,1 (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 $\geq 2$

| 15



- Pourcentage d'apparition d'au moins une neuropathie sensitive de grade  $\geq 2$  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  $\geq 2$  en médiane à la cure 9 pour chacun des dispositifs.

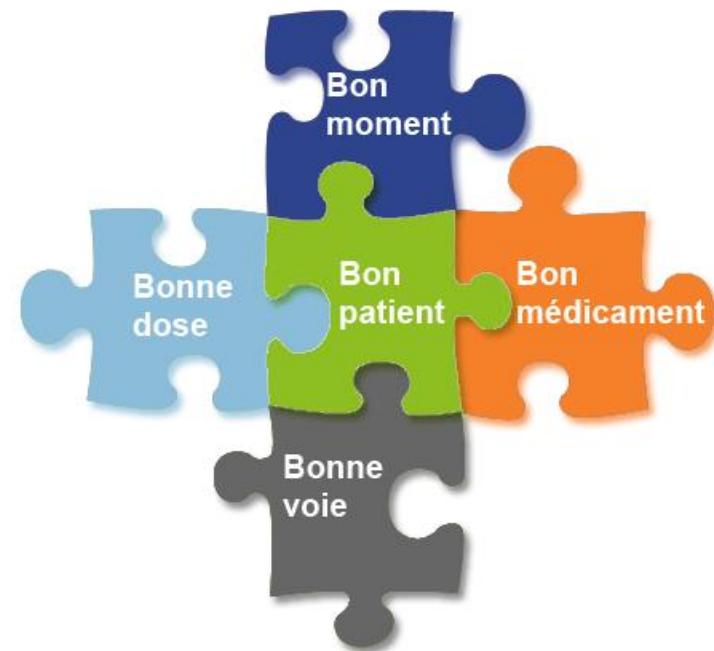
| Apparition de la 1ère neuropathie sensitive de grade $\geq 2$ (en cures) | Gant Chirurgical N=94 | Gant réfrigéré N=94 |
|--|-----------------------|---------------------|
| N (%)  | 17 (18,1%)            | 26 (27,7%)          |
| Moyenne (Et)   | 8,2 (2,4)             | 8,1 (2,4)           |
| Médiane  | 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

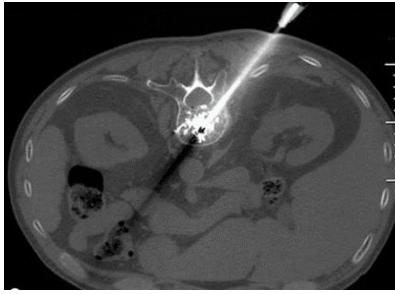


(1) Meuser T., et al: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines; a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain*, 2001, 93 247-257

(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
  - Cementoplasties
  - Embolisation
- **Radiothérapie**
  - Métaboliques
  - Ciblées
- **Chirurgie**
  - Stabilisation
  - Décompression
  - Neurochirurgie
- **Analgésie spinale (2%) (1)**
  - Péridurales
  - Intrathécales
- **Neuromodulation**
  - Stimulation magnétique transcrânienne
  - Stimulation médullaire



# RCP d'algologie interventionnelle en cancérologie



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

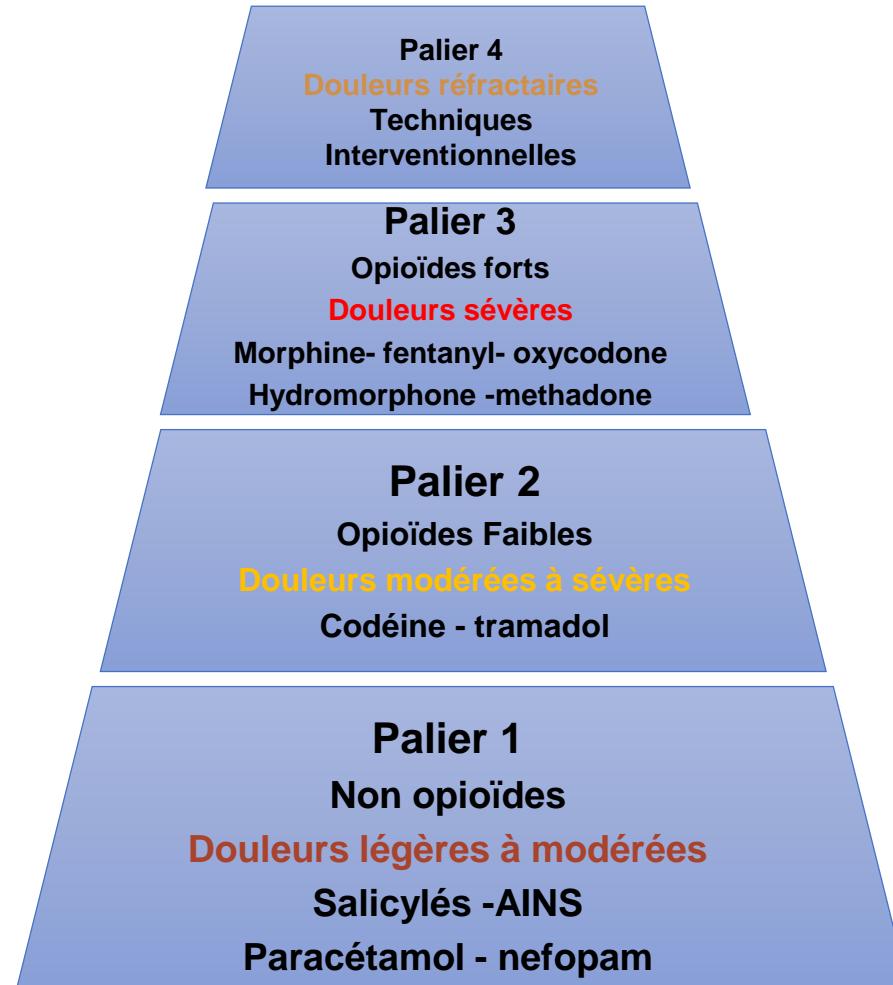


# Techniques Interventionnelles

## 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

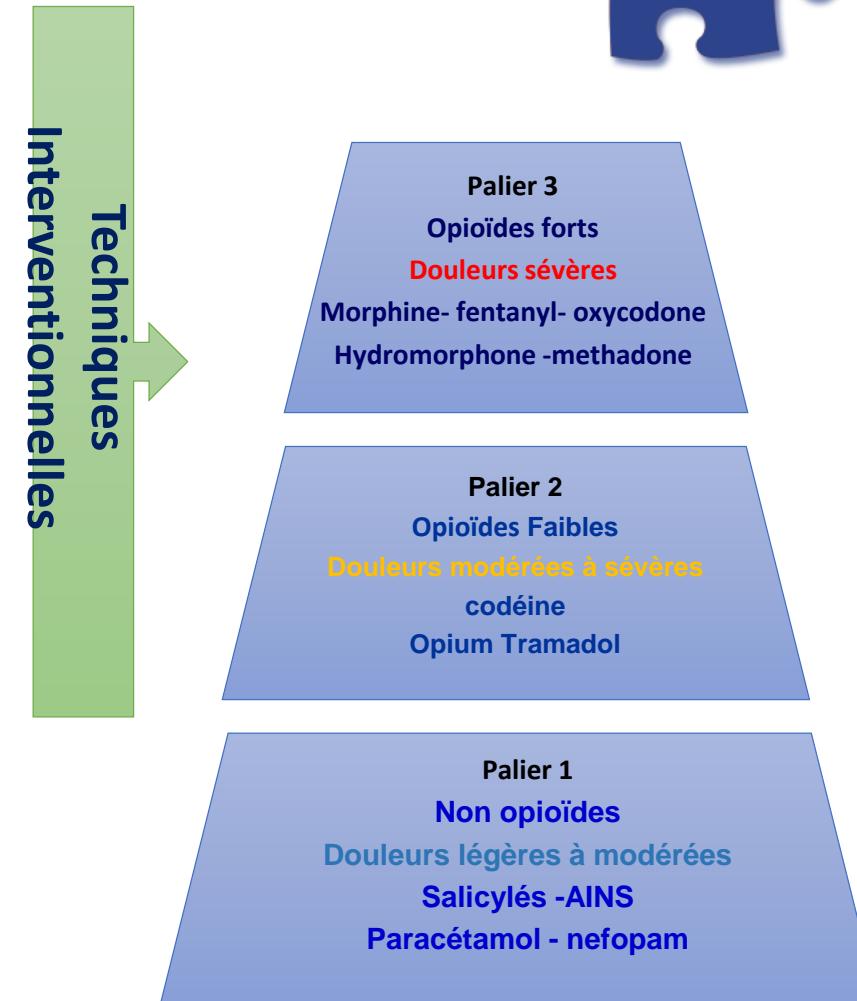


# Techniques Interventionnelles

## Mise en œuvre Parallèle



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



# 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) |  |
|---|--|
| <b>Antinociceptifs</b>  | <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)<sup>1</sup> : agoniste par voie orale (à libération immédiate ou prolongée) ou injectable</p> <p>Nalbuphine : agoniste-antagoniste par voie injectable</p> <p>Hydromorphone<sup>1</sup> : agoniste, voie orale, à libération immédiate ou prolongée</p> <p>Buprénorphine<sup>2</sup> : agoniste-antagoniste par voie sublinguale, perlinguale, sous-cutanée (à libération prolongée), ou injectable</p> <p>Oxycodone<sup>1</sup> : agoniste par voie orale, à libération immédiate ou prolongée, ou par voie injectable</p> <p>Fentanyl<sup>1</sup> : agoniste par voie transmuqueuse (sublinguale, gingivale, jugale, nasale), transdermique ou injectable</p> <p>Méthadone<sup>1</sup> : agoniste par voie orale</p> |
| <b>Mixtes (antinociceptifs et modulateurs des voies descendantes)</b>               | Tramadol : agoniste par voie orale ou injectable   |
| <b>Médicaments de substitution aux opioïdes</b>                                     | Buprénorphine <sup>2</sup> : agoniste-antagoniste par voie sublinguale   |
|   | Méthadone <sup>1</sup> : agoniste par voie orale   |

<sup>1</sup> Stupéfiant ; <sup>2</sup> 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<sup>e</sup> 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

#### EVALUATION 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 ANTALGUES 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 RENOUVELER 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 RESSENTE 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. |  |                          |                          |

Score ≥ 2 RISQUE

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 irrépressible 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.



# 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**

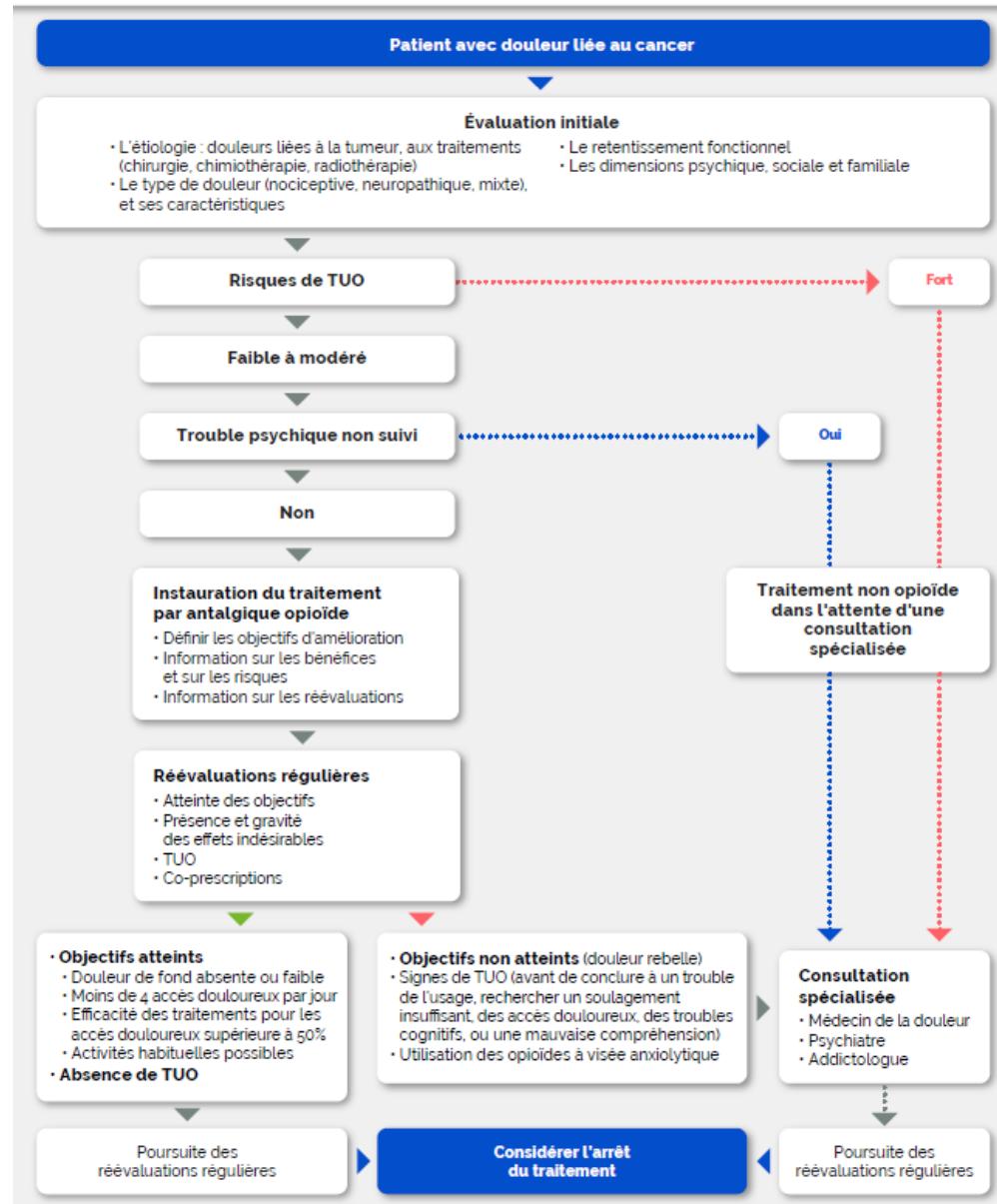
10. Tolérance
11. Sevrage

**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 interdoses > 50%
  - Activités habituelles peu/pas limitées
  - Effets indésirables des ttt mineurs/absents
- Instauration du ttt
  - 🚫 méthadone ou hydromorphone en 1<sup>ère</sup> 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



Retour DOSSIERS THÉMATIQUES > TYPES DE DOULEURS > DOULEURS CANCÉREUSES

## Douleurs cancéreuses

PUBLIÉ LE 08/02/2024

**ansm**  
Agence nationale de sécurité du médicament  
et des produits de santé

<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

Traitements 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-filées,
  - une prise en charge anticipée de la douleur,
  - recours aux techniques innovantes telles que l'analgésie IT, les blocs, la cimentoplastie..
  - Formation des professionnels