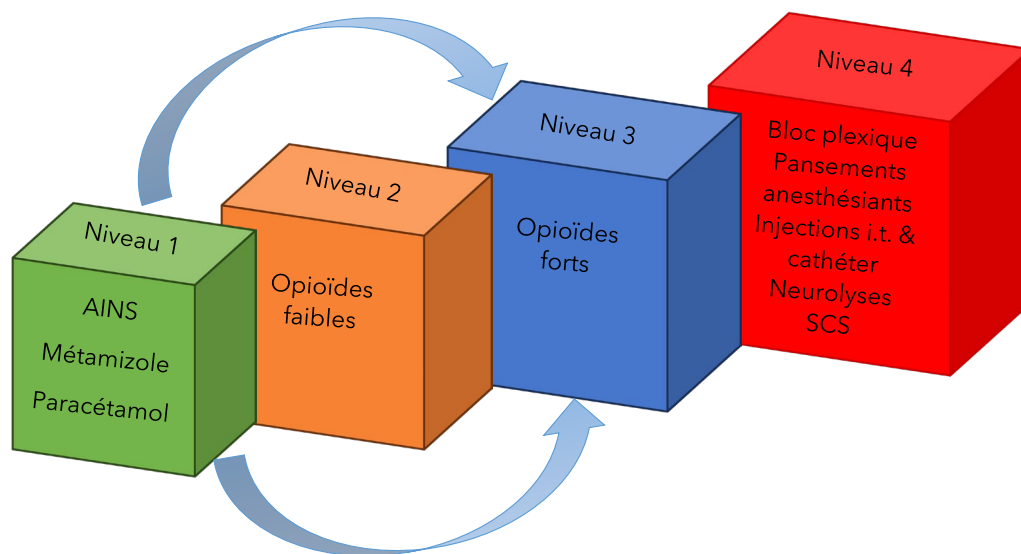


L'échelle analgésique de l'OMS adaptée d'après W. Ruppen

Lignes directrices standards pour le traitement des douleurs tumorales

Adjuvants : antidépresseurs, gabapentinoïdes, kétamine, stéroïdes, anxiolytiques
(recours possible à chaque niveau)



Suivi psychosomatique & psycho-oncologique / Physiothérapie
Radiothérapie / évtl. interventions chirurgicales
(recours possible à chaque niveau)
Copyright W. Ruppen

L'échelle analgésique de l'OMS adaptée d'après W. Ruppen

Lignes directrices standards pour le traitement des douleurs tumorales

Adjuvants : antidépresseurs, gabapentinoïdes, kétamine, stéroïdes, anxiolytiques (recours possible à chaque niveau)			
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
AINS Métamizole Paracétamol	Opioïdes faibles	Opioïdes forts	Bloc plexique Pansements anesthésiants Injections i.t. & cathéter Neurolyses SCS
Suivi psychosomatique & psycho-oncologique / physiothérapie Radiothérapie / évtl. interventions chirurgicales (recours possible à chaque niveau) Copyright W. Ruppen			



Premier niveau : paracétamol, AINS et métamizole

En cas de douleurs légères, le paracétamol peut être proposé comme mono-analgésique. Si les douleurs sont plus intenses, le métamizole et un AINS doivent être envisagés, en fonction des éventuelles contre-indications. Ces derniers peuvent être combinés ; il semble exister un effet additif en matière de puissance d'action, du moins dans le cadre de la prise en charge des douleurs aiguës.

Deuxième niveau : opioïdes faiblement actifs

Dans la littérature spécialisée, le fait de sauter le deuxième niveau (opioïdes faiblement actifs) fait l'objet de discussions, pour deux raisons : d'une part le profil d'effets secondaires défavorable du tramadol et d'autre part sa faible puissance analgésique par rapport aux opioïdes puissants. Ainsi, en le prescrivant, il faut s'attendre à ce qu'environ 37 % des personnes traitées souffrent de nausées et de vomissements, soit nettement plus que lors de l'utilisation d'opioïdes puissants.

Troisième niveau : opioïdes puissants

Les opioïdes puissants sont considérés comme la référence absolue en matière de traitement des fortes douleurs tumorales, mais ils doivent être utilisés avec la prudence qui s'impose. Les douleurs loco-régionales peuvent être traitées plus efficacement et avec moins d'effets secondaires par des mesures locales. De plus, toutes les douleurs ne sont pas sensibles aux opioïdes, notamment les douleurs neuropathiques. Il est essentiel de faire la distinction entre des douleurs aiguës (par exemple dans le cadre d'une fracture pathologique) et des douleurs chroniques associées à la thérapie tumorale. Les douleurs aiguës, par exemple dans le cadre d'une fracture pathologique, répondent souvent très bien à un traitement opioïde qui peut parfois même être fortement dosé, mais qui doit toujours rester de courte durée. En cas de douleurs chroniques, généralement associées à une thérapie tumorale, les mêmes approches que pour les douleurs non associées à une tumeur s'appliquent. Un traitement à long terme par opioïdes, et surtout à des doses élevées, est rarement efficace et indiqué. Il ne faut pas oublier qu'une personne atteinte d'une tumeur peut également souffrir de douleurs chroniques « bénignes » non associées à la tumeur.

Quatrième niveau : options thérapeutiques mini-invasives

Les méthodes thérapeutiques mini-invasives ont gagné en importance dans le domaine du traitement de la douleur tumorale. Il est souvent possible d'aider efficacement, par exemple à l'aide d'un cathéter intrathécal, les patient-e-s en situation de palliation avancée souffrant de douleurs intenses qui ne peuvent être soulagées autrement ; dans le meilleur des cas, ces patient-e-s ne ressentent plus, voire beaucoup moins, de douleurs. Ce sont généralement des anesthésiques locaux ainsi que des opioïdes qui sont administrés par le cathéter, en continu et/ou si nécessaire sur simple pression d'un bouton par la personne concernée. Ici aussi, l'indication doit être posée par un expert en médecine de la douleur mini-invasive.

Les patient-e-s souffrant de douleurs régionales d'origine tumorale peuvent être soulagé-e-s efficacement par des blocs nerveux périphériques échoguidés. Cette méthode présente nettement moins d'effets secondaires systémiques qu'un traitement systémique.

Co-analgésiques, anxiolytiques, kétamine et gabapentinoïdes

Les co-analgésiques tels que les antidépresseurs tricycliques, la duloxétine et les gabapentinoïdes sont surtout utilisés en cas de douleurs neuropathiques et de troubles du sommeil liés à la douleur. Ainsi, l'administration de doses faibles de trimipramine sous forme de gouttes (5-25 mg) permet d'obtenir une nette amélioration du sommeil et donc de la qualité de vie. Il convient cependant d'exclure au préalable un syndrome du long QT en effectuant un ECG.

Les anxiolytiques peuvent être très utiles dans une situation de douleur diffuse « totale ». En cas de douleurs sévères à très sévères, l'administration de kétamine (par voie intraveineuse ou nasale) peut également être efficace ; toutefois, seuls les spécialistes avérés devraient être habilités à administrer ce médicament.

Recours à d'autres spécialistes

Dans certains cas de figure, il est possible de faire appel à des confrères d'autres domaines, qui, selon la situation, peuvent également contribuer à l'analgésie. Par exemple :

- Physiothérapeutes et ergothérapeutes
- Radio-oncologues
- Psycho-oncologues
- Psychiatres
- Médecins en soins palliatifs
- Médecins spécialistes de la douleur
- Oncologues
- Chirurgiens
- Addictologues