

Mise au point

## Douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte : mise au point sur les recommandations concernant les traitements antalgiques médicamenteux

### Nociceptive cancer pain in adult patients: statement about guidelines related to the use of antinociceptive medicine

M. Binhas<sup>a,b,\*</sup>, I. Krakowski<sup>c,d</sup>, J. Marty<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service d'anesthésie réanimation chirurgicale, hôpital Henri-Mondor, université Paris-XII, 51, avenue du Maréchal-De-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

<sup>b</sup> Comité de lutte contre la douleur, hôpital Henri-Mondor, université Paris-XII, 51, avenue du Maréchal-De-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

<sup>c</sup> Fédération interhospitalière de soins de support pour maladie grave CHU-CRLCC

<sup>d</sup> Standards Options Recommandations (SOR), douleur FNCLCC-SFETD, centre Alexis-Vautrin, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Reçu le 24 avril 2006 ; accepté le 7 mars 2007

#### Résumé

**Objectif.** – Les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), permettent de soulager la majorité des patients adultes atteints de douleurs par excès de nociception. Néanmoins, elles n'abordent pas les différentes modalités d'introduction de la morphine, la gestion de ses effets indésirables, la prise en charge des cancers hyperalgiques, des douleurs réfractaires, de la douleur postopératoire et des gestes douloureux.

**Source des données.** – Banque de données Pub Med de 2001 à 2006, dernières recommandations de la Fédération nationale de lutte contre le cancer (Standard Options Recommandations-SOR de la FNCLCC) et de la Société européenne de soins palliatifs concernant les douleurs par excès de nociception chez les patients cancéreux. Les mots clés, employés seuls ou en combinaison étaient : opioïdes, cancer, douleur, antalgiques, effets indésirables, clonidine, kétamine, surdosage, rotation des opioïdes, intraspinal, gestion périopératoire.

**Sélection des travaux.** – Les articles cités en plus de ceux utilisés pour les recommandations FNCLCC concernant les traitements médicamenteux commercialisés en France pour des douleurs cancéreuses par excès de nociception, chez l'adulte ont été analysés. Il s'agissait soit d'études cliniques ou expérimentales soit de méta-analyses. Ont été éliminés les articles concernant les douleurs cancéreuses neuropathiques, les articles qui n'étaient pas de langue anglaise ou française, les éditoriaux et les lettres à la rédaction.

**Synthèse des résultats.** – L'initiation de la morphine utilise la morphine à libération immédiate (MLI) chez les sujets fragiles, ou la morphine à libération prolongée (MLP) chez les autres patients. Des accès douloureux paroxystiques spontanés ou déclenchés par des soins ou des mobilisations touchent plus de 50 % des cancéreux et sont soulagés habituellement soit par de la morphine à libération immédiate soit par du fentanyl par voie transmuqueuse. Les cancers hyperalgiques doivent être soulagés en milieu hospitalier par une titration intraveineuse de morphine ou de fentanyl ou sufentanil. L'administration de morphine par voie spinale ou cérébroventriculaire doit être discutée dans les douleurs réfractaires. Les effets indésirables de la morphine sont traités soit par un traitement symptomatique associé, soit par la diminution des doses de morphine, soit par le remplacement de la morphine par un autre opioïde en tenant compte des équivalences antalgiques (rotation des opioïdes) ; la persistance ou la réapparition d'effets indésirables lors de posologies stables de morphine doivent faire écarter d'autres pathologies ou troubles rencontrés dans le contexte du cancer. Les douleurs postopératoires requièrent des doses plus importantes de morphine auxquelles s'ajoute la prescription de morphine aux mêmes doses que dans la période préopératoire. L'analgésie locorégionale doit être préférée. Les douleurs liées aux soins sont prévenues par un mélange topique lidocaïne-prilocaine associée si nécessaire à l'inhalation du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [michele.binhas@hmn.aphp.fr](mailto:michele.binhas@hmn.aphp.fr) (M. Binhas).

**Conclusion.** – Même si l'association de La MLI à la MLP reste le traitement le plus courant chez les patients atteints de douleurs par excès de nociception d'origine cancéreuse, le recours à d'autres voies d'administration (titration i.v. pour les cancers hyperalgiques, voie périmédullaire pour les douleurs réfractaires) et/ou d'autres opioïdes peut être envisagé. La prise en charge de la douleur postopératoire doit tenir compte des besoins accrus en opioïdes.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Abstract

**Objective.** – The World Health Organization (WHO) published guidelines to improve cancer pain control which allow to relieve nociceptive cancer pain in 80% of adult patients. Nevertheless WHO recommendations do not include: various ways to start morphine treatment, how to manage opioids adverse effects, severe cancer pain management, postoperative pain and procedure-related pain. The goal of this review is to discuss these issues.

**Data sources.** – The data were retrieved from PubMed years 2001 to 2006 (keywords used alone or in combination were: opioids, cancer, pain, pain killers, rotation, intraspinal, ketamine, side effects), the "Standard, Options and Recommendations on cancer nociceptive pain treatments for adult patients" published by the French Union of Comprehensive Cancer Centers (FNCLCC; Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer) and the European Association for Palliative Care (EAPC) recommendations on morphine and alternative opioids in cancer pain. Data also include an analysis of studies before 2001 which give information about the pharmacokinetic data of transdermal and transmucosal fentanyl.

**Study selection.** – Studies written in English or French related to the medical treatments (commercialized in France) for nociceptive cancer pain for adult patients were analyzed. Analyzed articles were clinical or experimental studies or metaanalyses. Studies on neuropathic cancer pain, editorials and letters to the editor were discarded.

**Results.** – Nociceptive cancer pain is characterized by its frequent instability. More than 50% of patients have paroxysmic painful accesses (PPA), either spontaneous or induced by care or mobilizations. Morphine is the main treatment but the prescription of controlled-release morphine must be associated with the prescription of immediate-release morphine to treat the PPA or to transmucosal fentanyl which has a faster onset of action than immediate-release morphine. Morphine treatment can be introduced either by immediate-release morphine or by controlled-release morphine. The introduction of immediate-release morphine is recommended for old or fragile patients, patients with denutrition, hepatic or renal failure. For patients suffering unbearable side effects under morphine or morphine resistant pain, opioid rotation or intravenous morphine or fentanyl are recommended. Spinal opioids administration (by epidural or intrathecal routes) is most often indicated in patients with very severe and resistant pain in terminal disease. In the postoperative period, previous pain treatment must be maintained or increased. Pain bounded to care procedures must be prevented with various and associated treatments: for example, mixed topics lidocaïne–prilocaine for venous or arterial punctures; infiltration of local anaesthetics and inhalation of an oxygen - nitrous oxide mixture for medullary biopsies.

**Conclusion.** – Oral immediate or controlled release morphine is the most common and effective pain treatment for most patients with nociceptive cancer pain but rotation with other opioids or alternative routes of administration must be discussed quickly if pain persists or if adverse effects occur.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Cancer ; Douleur ; Antalgiques ; Recommandations ; Opioïdes ; Douleur postopératoire

**Keywords:** Pain; Cancer; Opioids; Analgesic; Recommendation; Morphine; Postoperative pain

## 1. Introduction

La douleur liée à un cancer peut révéler la maladie, apparaître au cours de l'évolution comme signe d'une récurrence locale ou d'une métastase, survenir pendant ou après une procédure diagnostique ou thérapeutique. Près de 80 % des patients cancéreux en évolution présentent des douleurs intenses, en majorité liées directement au cancer avec, le plus souvent, plusieurs localisations douloureuses [1]. Un traitement antalgique bien conduit permet le maintien d'une vie relationnelle de qualité, tant à la période terminale de la maladie que lors des traitements à visée curative. La survenue d'une douleur chez un patient atteint d'un cancer doit entraîner une réponse rapide. Cette réponse débute par une démarche d'évaluation en utilisant différents outils et des procédures bien établis [2]. Les douleurs en cancérologie sont le plus souvent chroniques et instables. Elles peuvent se présenter sous de multiples formes : douleurs par excès de nociception, neuropathiques, ou mixtes le plus souvent. La connaissance du mécanisme physiopathologique de la douleur est un élément fondamental de la

stratégie antalgique. Les douleurs par excès de nociception sont secondaires à la mise en jeu des nocicepteurs périphériques par des processus lésionnels inflammatoires, ischémiques et mécaniques liés à la tumeur ou aux traitements. Les médicaments employés pour les traiter diminuent ou suppriment la transmission du message nociceptif des récepteurs périphériques vers les centres spinaux et supraspinaux. La stratégie antalgique doit aussi prendre en compte l'instabilité des douleurs et notamment la présence d'accès douloureux paroxystiques (ADP) qui existent selon les enquêtes chez 50 à 89 % des patients atteints de cancer. Ces ADP correspondent à des douleurs plus ou moins sévères qui se manifestent sur un fond douloureux contrôlé. Ils surviennent en quelques secondes ou minutes et durent en moyenne 15 minutes bien que, chez certains patients, ils puissent persister plusieurs heures. Le nombre d'ADP est en moyenne de quatre par jour. Ils sont souvent déclenchés par les mouvements. Leur localisation est généralement similaire à celle des douleurs de fond [3]. La plupart des douleurs par excès de nociception sont habituellement sensibles aux médicaments antalgiques par voie orale. Les méthodes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747701>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747701>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)