



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Prise en charge des douleurs osseuses métastatiques



Management of metastatic bone pain

Ivan Krakowski

Département interdisciplinaire de soins de support pour le patient en oncologie (DISSPO), département d'oncologie médicale, institut Bergonié, centre régional de lutte contre le cancer de nouvelle aquitaine, Unicancer, 229, cours de l'Argonne, CS 61283, 33076 Bordeaux cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 1^{er} mars 2017

Disponible sur Internet le 6 mars 2017

Mots clés :

Cancer
Douleur
Os
Métastase
Traitement

RÉSUMÉ

La survenue de métastases osseuses (MO), même uniques, conduit encore aujourd'hui au diagnostic de cancer incurable. D'importants allongements de survie sont observés depuis environ 20 ans pour les tumeurs mammaires par exemple, mais depuis peu, pour certaines tumeurs réputées très chimio-résistantes (mélanome, adénocarcinomes bronchiques...), des rémissions prolongées impressionnent avec des traitements locaux et/ou des traitements médicaux « innovants » (thérapies ciblées, immunothérapies). Les métastases osseuses surviennent chez 20 à 95 % des cancers et varient selon le type histologique. La conjonction des traitements pluridisciplinaires spécifiques et des traitements de support permet d'allonger la survie, et en quantité et en qualité pendant des années pour les tumeurs d'évolution lente ou sensibles aux traitements spécifiques. Le contrôle de la douleur et la préservation de la fonction locomotrice sont les éléments essentiels de la qualité de cette survie. Les caractéristiques de cette douleur sont mécaniques et inflammatoires et sont de mieux en mieux connues ce qui permet de comprendre pourquoi toutes les MO ne sont pas sensibles aux mêmes traitements. La stratégie antalgique fait toujours appel aux mêmes ressources : chirurgicales, radiologiques interventionnelles, oncologiques, radiothérapiques, et parallèlement à toutes les méthodes algologiques. Cette stratégie est encore inégalement appliquée dans le pays et fonction de la disponibilité des ressources locales, l'existence de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) (parfois de « RCP Méta Os ») réunissant les compétences appropriées et de procédures d'urgence inscrites dans des référentiels implémentés par l'ensemble des acteurs appelés à collaborer. L'organisation des soins doit permettre à terme de limiter voire supprimer cette inégalité d'accès aux meilleurs soins. L'approche antalgique à proprement parlé fait appel à l'application « basique » d'une médecine obéissant aux règles de l'art : traitements adaptés selon les recommandations étayées sur les données de la science et concertation pluridisciplinaire. L'utilisation de traitements spécifiques du cancer ne dispense en rien de l'application précoce et parallèle de traitements antalgiques adaptés.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The occurrence of even single bone metastases still leads to the diagnosis of incurable cancer. Extensive prolongations of survival have been observed for about 20 years for mammary tumors, for example, but for some tumors known to be highly chemo-resistant (melanoma, bronchial adenocarcinoma, etc.), prolonged remissions impress with local treatments and/or “innovative” medical treatments (targeted therapies, immunotherapies). Metastatic bone development occurs in 20 to 95 % of cancers and varies according to the histological type. The conjunction of specific multidisciplinary treatments and supportive treatments makes possible best survivals, better lifetime for years for tumors of slow evolution or sensitive to specific treatments. The control of pain and the preservation of locomotor function are the essential elements of the quality of this survival. The characteristics of pain are mechanical and inflammatory and are better known, which makes possible to understand why all bone metastases are not sensitive to the same treatments. The analgesic strategy always uses the same resources: surgery, interventional

Keywords:

Cancer
Pain
Bone
Metastasis
Treatment

Adresse e-mail : i.krakowski@bordeaux.unicancer.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2017.03.002>

1878-6227/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

radiology, medical oncology and radiotherapy, and all the pain treatments. This strategy is unevenly applied in the country and, depending on the availability of local resources, the existence of multidisciplinary meetings, bringing together appropriate expertise and emergency procedures. The organization of care must allow terms to limit or even eliminate this unequal access to the best care. The analgesic approach strictly speaking calls for the application of a medicine obeying the rules of the art: treatments adapted according to the recommendations based on the data of science and multidisciplinary consultations. The use of specific cancer treatments does not dispense with the early and parallel application of suitable analgesic treatments.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Épidémiologie

La proportion de patients atteints de MO est très variable en fonction du cancer primitif [1] : elle est de 20 à 95 % des cancers et varie selon le type histologique pour les tumeurs solides. Les cancers les plus ostéophiles sont les cancers du sein, de la prostate, du poumon, de la thyroïde et du rein [1] et ces métastases pourront obérer la survie pendant plusieurs années. Le rachis est le plus souvent touché, suivi par le pelvis, la hanche, l'extrémité supérieure des os longs, le crâne. Évidemment, ces métastases osseuses seront à un moment ou à une autre source de douleurs sauf exception.

2. Les mécanismes de la douleur

Les douleurs liées aux métastases osseuses constituent un syndrome complexe mettant en jeu plusieurs composantes, inflammatoire, neuropathique, vasculaire. L'os est innervé par un réseau de neurones sensoriels et sympathiques et, bien que le périoste ait longtemps été considéré comme la partie la plus innervée de l'os, lorsque l'on prend en compte le volume total de l'os, le plus grand nombre de fibres est rencontré dans la moelle osseuse. Qui a pratiqué ou subi un myélogramme sait combien l'anesthésie du périoste ne suffit pas à une antalgie correcte. . . Des études sur l'innervation sensorielle et sympathique des tumeurs humaines suggèrent qu'il n'y a qu'une assez faible innervation des tumeurs. Cependant, une réorganisation de la disposition des fibres nerveuses sensorielles et sympathiques, anatomiquement séparées dans l'os sain a été observée sous forme de bourgeonnements et d'entremêlements, induits par la tumeur, susceptibles de conduire à une excitation nociceptive des fibres nerveuses sensorielles de voisinage par les fibres sympathiques. Les connaissances sur la douleur liée aux localisations osseuses se sont accrues de façon significative grâce notamment à la mise au point de modèles animaux [2,3]. Il existe un intérêt croissant dans le milieu cancérologique en raison de l'accroissement des connaissances et de l'augmentation de l'espérance de vie en situation métastatique [4,5]. Concernant le domaine de la douleur, il apparaît par exemple que les modifications neurobiologiques observées pourraient varier en fonction de différents facteurs et notamment de la nature des cellules injectées [6] conduisant à imaginer des traitements plus ciblés sur le type de modification. La douleur des localisations osseuses est la résultante d'un ensemble de phénomènes qui s'installent entre la tumeur, les nerfs avoisinants et l'os lui-même. Les cellules tumorales et celles qui l'entourent (macrophages, lymphocytes T, etc.) secrètent des substances (prostaglandines, endothélines, interleukines 1 et 6, bradykinines, TNF-alpha, bêta [*tumour necrosis factor*]), des facteurs de croissance, etc. qui sensibilisent les nocicepteurs ou les stimulent directement. Ainsi, parmi les facteurs de croissance, le TGF- β (*transforming growth factor* bêta) favorise la multiplication des cellules tumorales du cancer de la prostate, l'activation des ostéoclastes et l'apparition des métastases osseuses [7]. Chacune de ces substances peut donc être impliquée dans les stimuli

douloureux selon des modalités différentes et conduire à tester des thérapeutiques différentes : essentiellement inhibiteurs de COX-1 et COX-2 pour de courtes durées, opioïdes, bisphosphonates, anticorps anti-RANK ligands (*receptor activator of nuclear factor kappa*), demain analogues de l'ostéoprotégérine, ligands NGF (*nerve growth factor*), CGRP (*calcitonin gene-related peptide*). . . Par ailleurs, si la tumeur peut modifier le tissu dans lequel elle se développe, celui-ci semble influencer le phénotype de la cellule maligne [8]. Ceci peut aider à comprendre pourquoi une localisation peut être douloureuse ou non ; qu'il n'y ait pas de relation entre la taille de la tumeur et la douleur associée ; qu'elle soit différente en fonction de l'origine cellulaire de la tumeur primitive. Enfin, comme pour toute douleur, à côté de mécanismes périphériques, les anomalies engendrées sont responsables de phénomènes de sensibilisation centrale, en particulier au niveau de la moelle [9] : celles-ci touchent à la fois les médiateurs et le fonctionnement. On a aussi montré des altérations des systèmes opioïdes endogènes dans les modèles animaux de douleur osseuse [10]. Toutes ces observations sont des pistes prometteuses d'une meilleure compréhension de l'évolution de la douleur osseuse et sont déjà compatibles avec l'observation de douleurs sans lésion encore visible, de baisse d'efficacité des opioïdes avec le temps. . .

3. L'évaluation de la douleur

La douleur osseuse est un des modèles de douleur complexe par la pluralité des mécanismes physiopathologiques impliqués (inflammatoire, mécanique, vasculaire, neuropathique) et de douleur instable par la fréquence et la variabilité des accès douloureux paroxystiques (ADP), prévisibles ou non [11]. L'évaluation de la douleur en est d'autant plus fondamentale. Elle va donner du sens à la plainte, permettre d'en tracer les caractéristiques et l'évolution. Elle doit être systématique, répétée, méthodique, quantitative et qualitative, appréciant les différentes composantes de la douleur, les replaçant dans le contexte. Dans l'idéal, le patient réalise lui-même son autoévaluation, mais le soignant peut être conduit à pratiquer une hétéro-évaluation chez les malades non communicants qui sont particulièrement exposés à vivre de cruelles douleurs masquées et non diagnostiquées. Les échelles d'autoévaluation validées indispensables sont : l'échelle numérique – EV qui cote l'intensité de 0 à 10 plus souvent aujourd'hui que l'échelle visuelle analogique – EVA ou l'échelle verbale simple – EVS ; le Questionnaire Douleur Saint-Antoine – QDSA multidimensionnel qui intègre l'approche physiopathologie et le retentissement sur le vécu ou la version française du Brief Pain Inventory – BPI. Le questionnaire des douleurs neuropathiques DN4 – Annexe 1 [12] est l'échelle validée de référence récente qui permet de repérer plus facilement cette composante souvent associée à la douleur nociceptive liée à l'altération ou la destruction des voies nerveuses de proximité ; son utilisation est facile et doit être généralisée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670295>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670295>

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