

DOULEURS NEUROPATHIQUES

ACTUALITÉS NEUROPATHIC PAIN BOX K



QUELQUES CHIFFRES :

- 2018 : 382000 nouveaux cas en France, et 157400 décès
- 2023 : 433000 nouveau cas
- Hommes 57% : prostate > poumon > colorectal
Femmes 43% : sein > colorectal > poumon
- 63,5% des patients guéris ou en rémission présentent des séquelles du cancer ou des traitements

Instructions DGOS / INCa 2017

- **4 SOINS DE SUPPORT « SOCLES » :**
 - Douleur – Nutrition – PEC psycho – PEC sociale
- **5 SOINS DE SUPPORT « COMPLÉMENTAIRES »**
 - APA – Hygiène de vie (tabac) – Soutien proches et aidants – Fertilité – Sexualité
- **2 TECHNIQUES SPÉCIALISÉES DANS LA DOULEUR (ARS):**
 - Hypnoalgésie
 - Analgésie Intrathécale => reco régionales et nationales (SFETD) en cours

DOULEURS ET CANCER :

- 40 à 80% des patients ont des douleurs modérées à sévères (EPIC 2007)
- Enquête INCa (2010) :
 - Douleur chez > 50% des personnes interrogées
 - Douleur chronique (plus de 3 mois) > 30%
 - Douleur en rémission 25%
 - Douleur sévère 28%
 - Douleur neuropathique 36%
- Meuser (2001) : 10 à 15% des patients douloureux cancéreux ne sont pas soulagés de manière suffisante ou présentent des EIND +++ aux traitements.



(1) Institut national du Cancer (INCA) (2012) Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer.

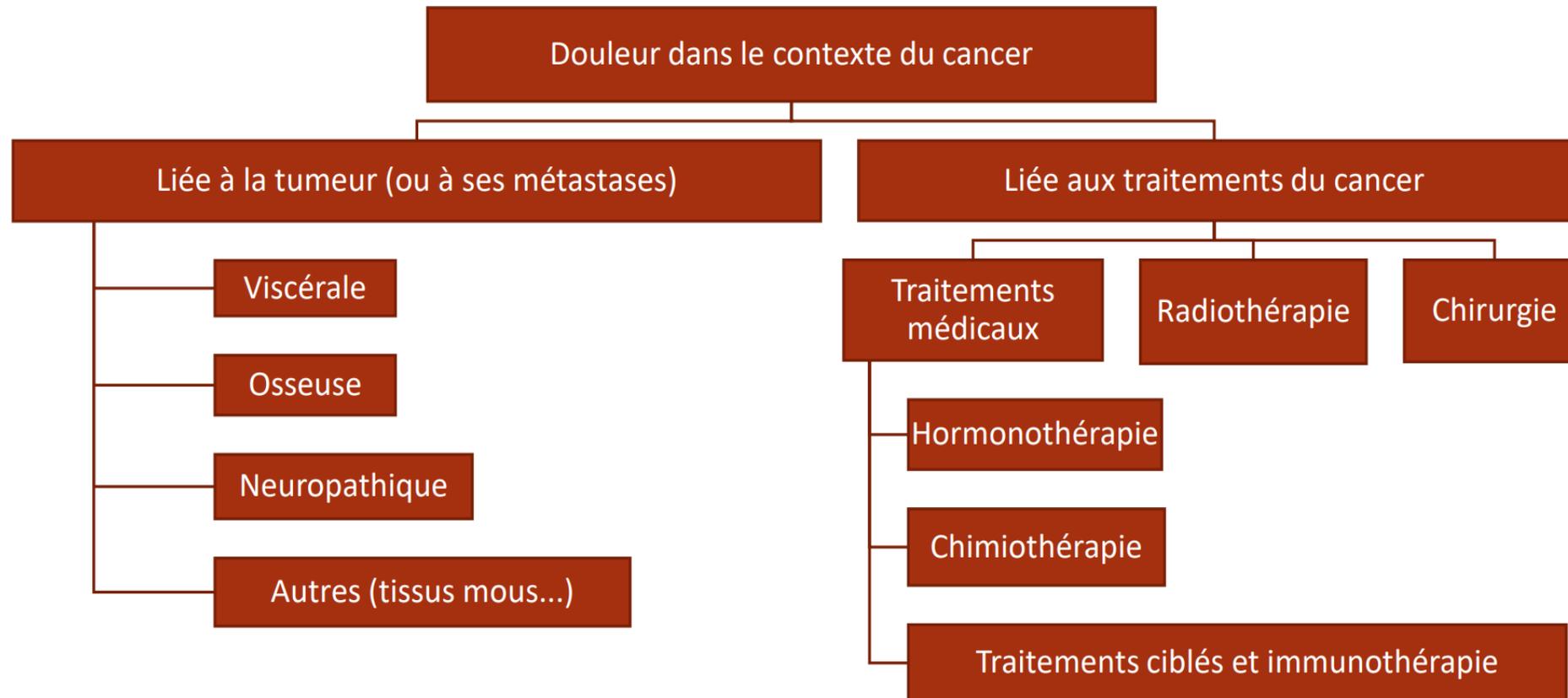
(2) Meuser T, et al: Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines; a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. Pain , 2001, 93 247-257

DOULEURS ET CANCER :

- Symptôme le plus fréquent : phase initiale 30%
- Phase avancée 60 à 90 %
- Prévalence stable dans le temps : 50 à 66%
- Douleur à tous les temps du parcours de soin
- Sous traitée dans 61% des cas

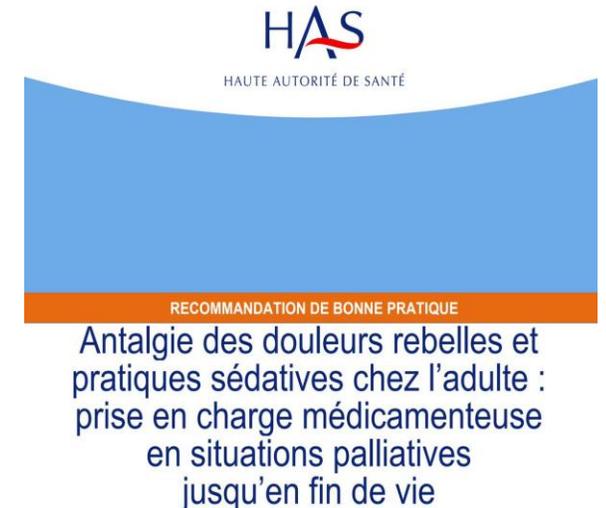


Epidémiologie – Mécanisme :



DERNIÈRES RECOMMANDATIONS :

- SOR (STANDARDS, OPTIONS ET RECOMMANDATIONS) :
Traitement antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte (2002)
- AFFSAPS (ANSM) : RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE :
Douleurs rebelles en situation palliative avancée. Modalité d'utilisation, notamment hors AMM, de certains médicaments (2010)
- AFSOS (ASSOCIATION FRANCOPHONE DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT) :
Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte (2012)
Prise en charge de la douleur cancéreuse : Antalgie intrathécale (2014)
- SFAR / SFETD : RECOMMANDATION FORMALISÉES D'EXPERTS :
Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique (2013)



DOULEUR NEUROPATHIQUE :

- **Douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel (Treede, 2008)**
- Liée à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique et central
- Souvent chroniques et permanentes
- Ne répond pas aux antalgiques classiques
- Phénomènes de contre irritation (frottement, chaleur, pression...)
- Apparaissent parfois à distance de la lésion ou du traumatisme
- Peuvent être intensifiées par émotion, stress, troubles thymiques
- **Prévalence** Cancer actif 19 à 39% (Benett 2012) – 36% à tous les stades (INCA 2010)

DOULEUR NEUROPATHIQUE :

- Recommandations SFETD 2010 (Martinez et al.) => niveaux de preuves, pharmacologie, techniques interventionnelles et neuromodulation
- Référentiel AFSOS – Neuropathie périphérique et cancer (2012)
- Neuropathic pain – pharmacological management 2013 (Nice clinical guideline)
- Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults (Lancet Neurol 2015)
- **Actualisation des recommandations SFETD (Moisset et al., 2020)**

Douleur analg. (2020) 33:101-112
DOI 10.3166/dea-2020-0113

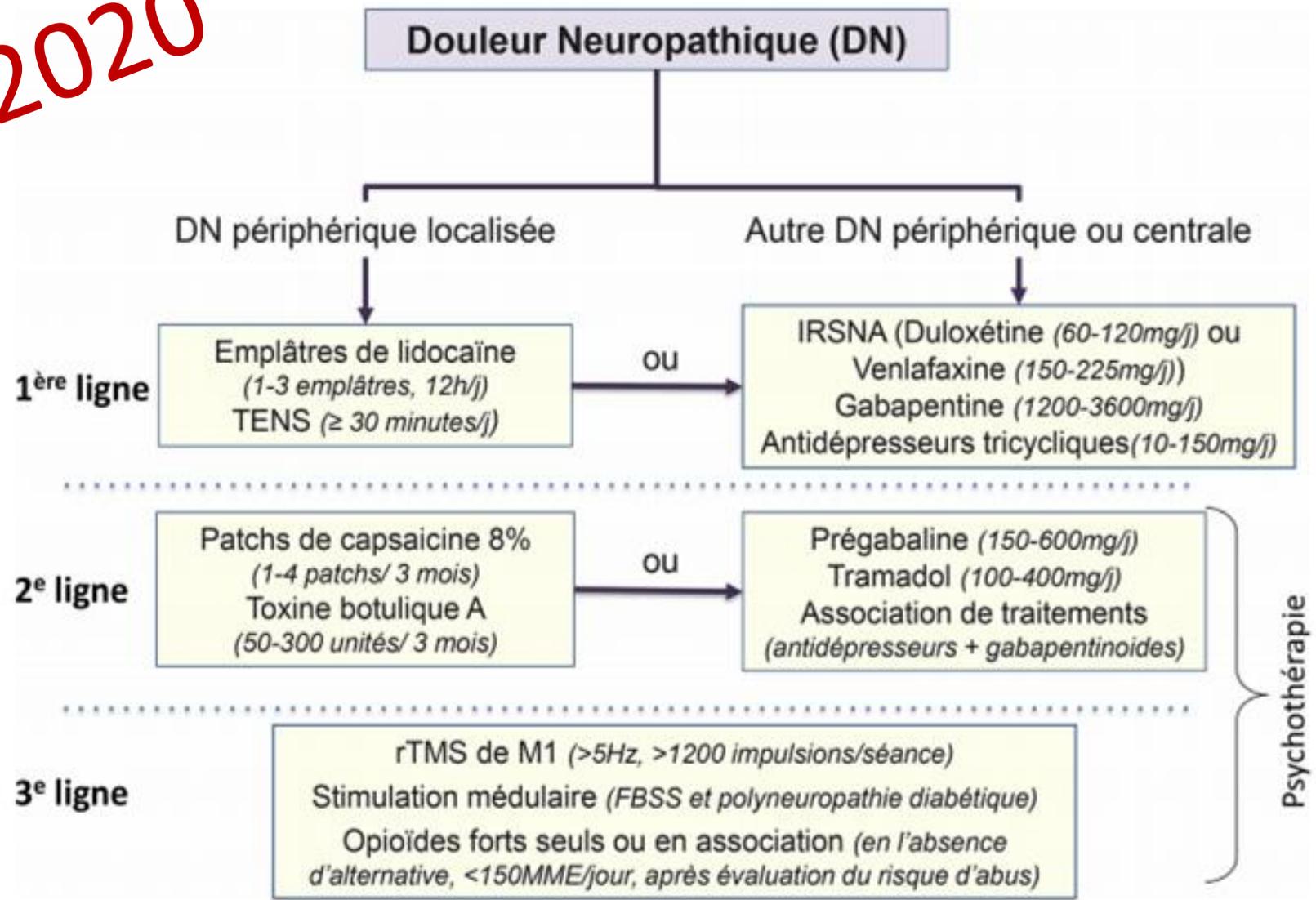
RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

X. Moisset · D. Bouhassira · J. Avez Couturier · H. Alchaar · S. Conradi · M.-H. Delmotte · M. Lantéri-Minet · J.-P. Lefaucheur · G. Mick · V. Piano · G. Pickering · E. Piquet · C. Regis · E. Salvat · N. Attal

Reco 2020



DOULEURS NEUROPATHIQUES et CANCER :

- Douleurs CHRONIQUES : OUI, MAIS... pas comme les autres
 - Peuvent être TRANSITOIRES : pronostic sombre ou guérison
 - À l'inverse PROLONGEES : iatrogénie, thérapies spécifiques
- Evolutives, fréquentes, parfois complexes
- Souvent mixtes
- Séquellaires, impact sur qualité de vie
- SOUS ESTIMEES
- VECU particulièrement difficile : toute douleur en oncologie = suspicion récidive



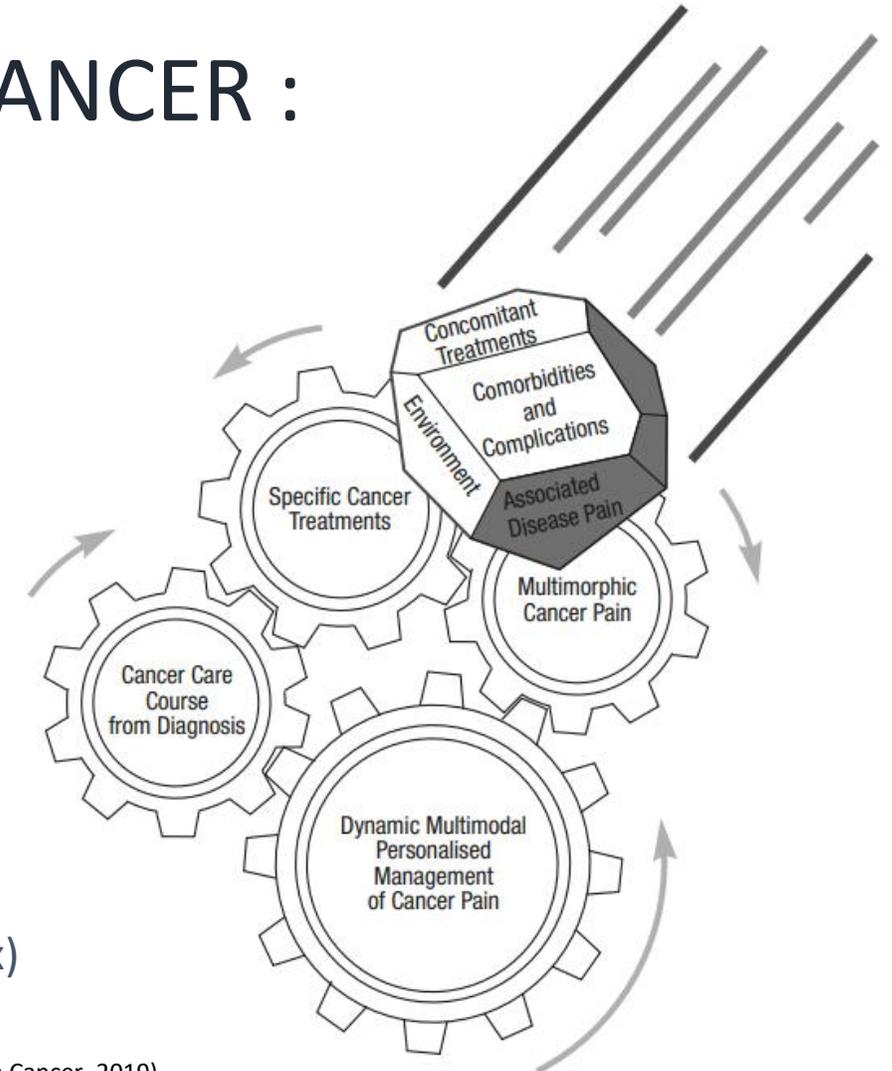
DOULEURS NEUROPATHIQUES et CANCER :

- Concept de DOULEUR MULTIMORPHE

- dès le diagnostic
- durant tout le parcours de soins
- variables dans le temps
- changeant d'aspect

- Changement selon l'évolutivité de la maladie (progression, infection, défaillance d'organe, prothèse, nouveau traitement...)

- Changement selon évènement de vie (socio économique familiaux, psychologiques et environnementaux)



COMMISSION DOULEUR ET CANCER - SFETD

- Groupe « d'experts » médecin, infirmiers, psychologues – env. 50 membres
- Comité de pilotage 12 membres
- Création 2016 (demande SFETD)
- Missions :
 - Améliorer les parcours de soins , pérenniser les structures et les organisations, développer les IPA
 - Améliorer la prise en charge des douleurs du cancer avec l'accès aux médicaments, à l'analgésie interventionnelle, et aux techniques non médicamenteuses
 - Promouvoir la recherche (publications communes) et l'enseignement (FST, DU douleur en oncologie, formations régionales et journée thématiques), congrès, partage d'informations
 - Partages d'informations, partenariats naturels : AFSOS, SFAP, UniCadol, INCA, ESMO, ...
 - Liens ministère, ANSM, lobbying...



COMMISSION DOULEUR ET CANCER - SFETD

- Différents groupes de travail :

- Télémédecine
- Analgésie intrathécale
- Méthadone
- Douleurs neuropathiques
- Neurochirurgie
- Formations Web
- Mésusages des opioïdes
- Cannabinoïdes
- PCA
- Photobiomodulation
- Projets : IA, référentiel douleurs aux soins, toxine botulique



OPIOCONVERT



COMMISSION DOULEUR ET CANCER - SFETD



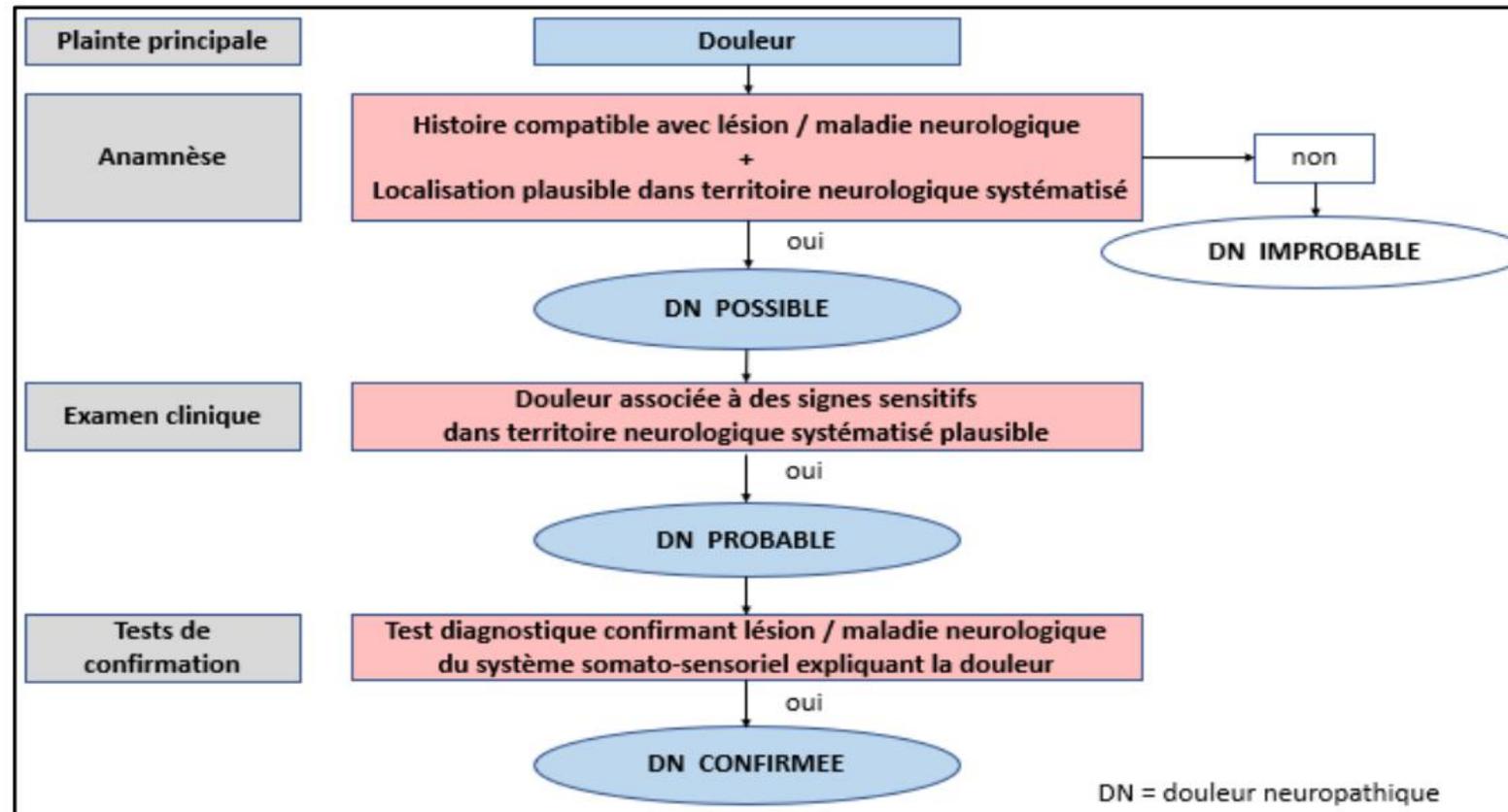
- Comment ?
 - 22 membres des 3 sociétés
 - Plusieurs groupes de travail
 - Bibliographie
 - 2 ans
- Pourquoi ?
 - Douleur neuropathique du cancer : peu de visibilité
 - Mieux considérer les douleurs séquellaires et l'après cancer
 - Outils approfondi pour tout soignant, étudiant
 - Ne remplace pas les recommandations
- Coordination : Dr S. Jubier Hamon

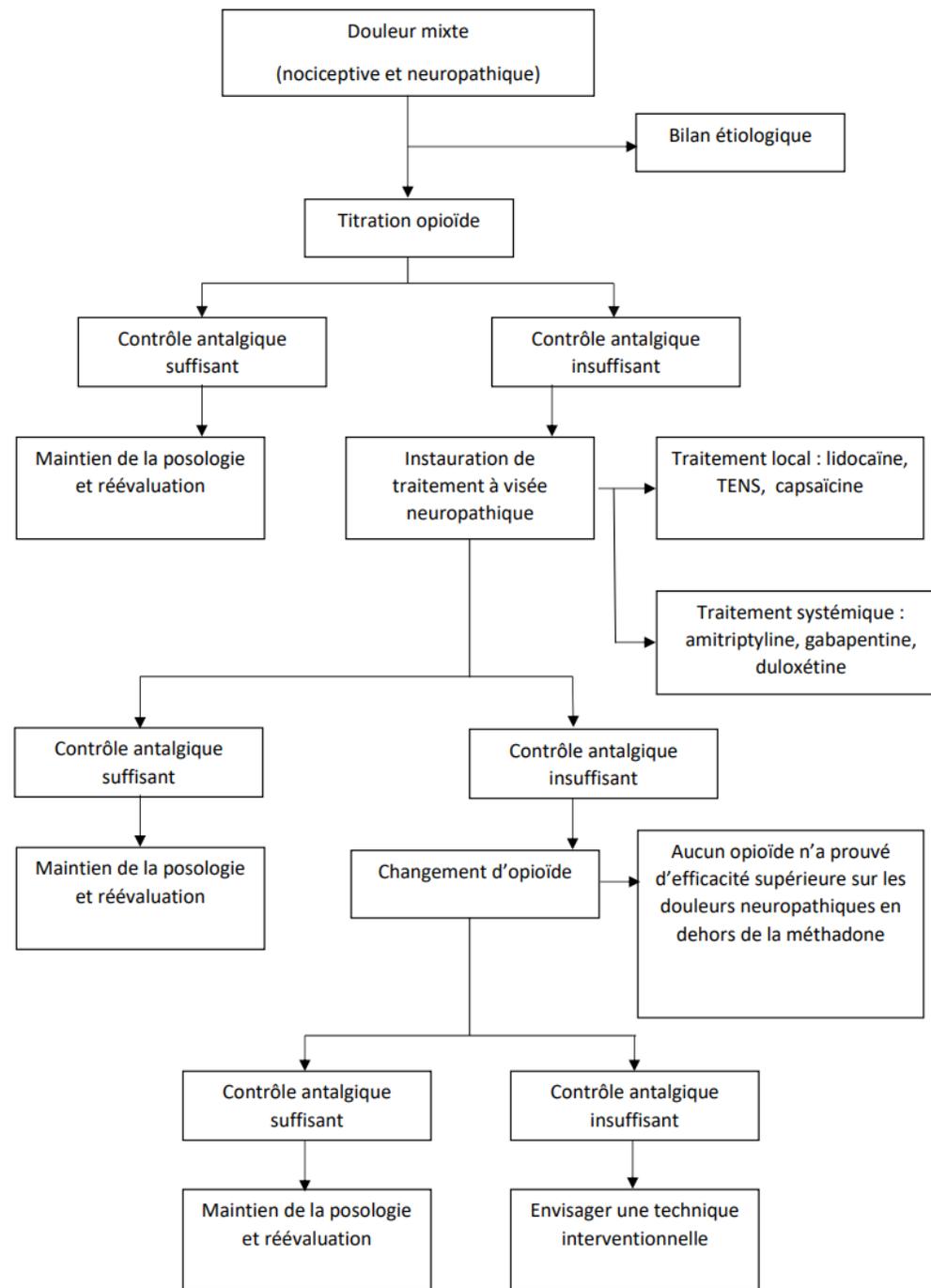
COMMISSION DOULEUR ET CANCER - SFETD



- Livre composé de fiches pratiques en 5 chapitres :
- un chapitre sur les données générales :
épidémiologie ; mécanismes, aspects diagnostiques et focus sur la douleur mixte
- un chapitre sur les douleurs post chirurgicales :
données générales, chirurgie tête et cou, chirurgie thoracique, chirurgie mammaire, chirurgie viscérale, chirurgie pour amputation de membre, chirurgie pour tumeur cutanée, chirurgie des membres et tissus mous
- un chapitre sur les douleurs post radiothérapie :
épidémiologie, physiopathologie, forme topographique, diagnostic et prise en charge
- un chapitre sur les douleurs post chimiothérapie :
épidémiologie et diagnostic, physiopathologie, modèle clinique, prévention et traitements
- un chapitre plus transversal :
place des opioïdes dans les douleurs neuropathiques, la prise en charge psychologique
- nouvelles fiches en projet (objectif : actualiser régulièrement)

DOULEURS NEUROPATHIQUES - DIAGNOSTIC





DOULEURS NEUROPATHIQUES ET CHIRURGIE

- FACTEUR DE RISQUES

- Chirurgicaux : thoracotomie, mastectomie, remaniement cicatriciel, durée, reprise...
- Non chirurgicaux : angoisse, âge jeune, conditions hyperalgiques, douleurs aiguës post opératoires...

- PREVENTION

- ALR, antiNMDA, gabapentinoïdes, lidocaïne, soutien psychologique...

- Exemple de la chirurgie mammaire :

- Prévalence : 27% à 6 mois
- Facteurs de risques : âge jeune, surpoids, tabagisme, douleur préopératoire, radiothérapie, mastite, diabète, douleurs aiguës post opératoires, curage, lymphoœdème...
- Intérêt des traitements topiques et locaux

DOULEURS NEUROPATHIQUES ET RADIOTHÉRAPIE

- Physiopathologie :
 - Phase aiguë : plexopathie transitoire
 - Phase tardive : atteinte structures nerveuses et vasculaires, fibrose, Généralités / prévention / pec / mucite
- Facteurs de risque :
 - Dose utilisée, chimiothérapie associée, cardiovasculaires, diabète, neuropathie sous jacente...
- Exemple de la PLEXOPATHIE DU MEMBRE SUPERIEUR :
 - FdR : zone (creux sus claviculaire), doses (2,5 Gy fractionné ou 40 Gy total), ...
 - Incidence : 2% post curage
 - Symptomatologie : troubles sensitifs puis troubles moteurs jusqu'à atteinte complète
 - Traitements spécifiques : locaux, thérapies manuelles
- Focus sur la mucite : bains de bouche, PBM...

DOULEURS NEUROPATHIQUES ET CHIMIOTHÉRAPIE

- Lesquelles :
 - 6 groupes principaux dont sels de platines, taxanes, alcaloïdes
- Facteurs de risques :
 - Âge, tabagisme, OH, traitements neurotoxiques, neuropathie préexistante, carences vitaminiques, amyotrophie, sédentarité...
 - Diabète, insuffisance rénale, hypothyroïdie, HIV, pathologies rhumato auto-immunes
- Diagnostic :
 - Troubles sensitifs symétriques, longueur dépendante, débutants aux extrémités, ascendante,
 - paresthésies, engourdissement, dysesthésies, allodynie, brulures, altération de la perception vibratoire, thermique et proprioceptive
 - Physiopathologie et modèle clinique spécifiques à chaque traitements
- Prise en charge :
 - rééducation fonctionnelles, baisse des posologies, espacements des cures, traitements locaux...

COMMISSION DOULEUR ET CANCER - SFETD

Neuropathic
Pain BOX K



[Douleurs & cancer - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur](#)