

Les douleurs en cancérologie digestive : regarder au-delà pour réussir à les traiter

MODULE 1

David GUIGOU

Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, Hôpital Beaujon, 100, Bd du général Leclerc, 92110 Clichy sur Seine.

TABLE DES MATIÈRES

LES DIFFÉRENTES DOULEURS

EXPRESSION DES DOULEURS

LA SOUFFRANCE

TRAITEMENTS

LES CO-ANALGÉSQUES

CONCLUSION

CONTENTS

Pains in abdominal cancers: looking beyond the pain in order to reach a successful treatment

David GUIGOU

(Gastroenterol Clin Biol 2004;28:D11-D16)

DIFFERENT PAINS

PAINS EXPRESSION

SUFFERING

TREATMENTS

THE CO-ANALGESICS

CONCLUSION

La douleur est le symptôme le plus fréquemment rencontré en cancérologie. Elle précède le diagnostic et témoigne de l'évolution de la tumeur. Elle repose sur des mécanismes étiopathogéniques souvent complexes et en partie connus. Il existe plusieurs types de douleur qui dépendent de la structure atteinte, récepteurs ou nerf. De plus, la douleur digestive peut provenir de l'atteinte des viscères creux ou des viscères pleins, ce qui est une différenciation supplémentaire à faire. Il peut également s'agir d'une douleur « projetée ». La douleur digestive dans le cadre du cancer génère puis s'inclut dans la problématique bien plus globale qu'est la souffrance du patient, ce d'autant que la douleur s'installe dans la chronicité (durée supérieure à trois mois). Douleur et souffrance sont variables entre les individus. Les liens qui les unissent sont particuliers à chaque patient. Analyser et traiter la douleur chronique en dehors de son contexte de souffrance n'a donc aucun sens. Pour répondre à ce symptôme, nous disposons d'un arsenal thérapeutique riche dont les indications, les posologies, les adaptations et la surveillance des effets secondaires sont parfaitement connus. Son maniement rigoureux est une condition de sécurité et d'efficacité. Cet article n'a donc pour autre prétention que de proposer des bases d'analyse de la douleur, de tenter d'approcher la difficile notion de souffrance, puis d'aborder les bases du traitement de la douleur digestive en cancérologie avec un regard palliatif.

Les différentes douleurs

La particularité de la douleur digestive est sa difficulté d'évaluation en raison d'un manque de précision attendant à son support physiopathologique. Il existe trois types de douleurs fondés sur des mécanismes étiopathogéniques différents. Ces mécanismes sont volontairement simplifiés dans le but d'aider à l'appréhension de la douleur :

La douleur par excès de nociception (70 % des douleurs) correspond à une hyper-stimulation des nocicepteurs, récepteurs périphériques situés dans les tissus, qui perçoivent les stimuli

mécaniques, thermiques ou chimiques. Ils transforment l'information nociceptive en information électrique (potentiel d'action) conduite par les neurones A δ et C jusqu'au neurone à convergence situé sur la couche V de la corne postérieure de la moelle épinière. De là partent des efférences vers le cerveau.

La douleur neurogène est secondaire à la lésion d'une structure nerveuse sensitive située en aval de ces nocicepteurs et conduisant l'information. Le nerf génère des dépolarisations spontanées par perturbation des canaux sodiques.

La douleur projetée ou référée correspond à la projection de la douleur perçue par un viscère sur un autre organe, viscère, muscle ou peau. Elle est due au fait que les informations arrivant de la périphérie se projettent non pas sur un mais sur plusieurs neurones à convergence situés sur des niveaux métamériques juxtaposés. Chacun reçoit des afférences nociceptives émanant de plusieurs viscères parfois distants.

La douleur digestive est d'évaluation peu précise [1] en raison à la fois de cette diffusion spatiale étagée, et du faible nombre de fibres sensibles n'aidant pas à la discrimination. Ces différentes douleurs peuvent être associées chez un même patient, pour une même cause. On parle de douleurs mixtes.

Expression des douleurs

La douleur par excès de nociception et la douleur neurogène sont d'expression différente, chacune correspondant à un traitement particulier. Le tableau I permet de les comparer.

Les douleurs par excès de nociception apparaissent ainsi de caractère plus floride, localisées à la partie atteinte. Elles sont décrites comme une pesanteur, une distension, un coup, une contusion, souvent profondes lorsqu'il s'agit de l'envahissement d'un viscère plein. Une carcinose péritonéale est décrite comme un hématome profond, comme une pointe, un coup de lance. L'atteinte d'un viscère creux est rapportée comme un spasme, une réplétion, une dilatation, un gonflement interne. À ces douleurs

Tableau I. – Principales différences entre les douleurs par excès de nociception et les douleurs neurogènes.
Main differences between nociceptive and neurogenic pain.

		Excès de nociception	Neurogène
Topographie		Loco-régionale	Dermatome : racine plexus, tronc
Irradiation			Trajet du nerf lésé
Caractère	Fond	Coup, hématome, pesanteur, distension, dilatation, poinçon, dague, contusion, écrasement, déchirure +/- permanente	Brûlures Strictions Arrachement Paresthésies +/- permanente
	Surajoutées	Description : idem Croissance et décroissance progressive	Décharge électrique, piqûre d'aiguille Fulgurance brutale, brève, très intense
Signes cliniques		Hyperalgésie inflammatoire loco-régionale	Allodynie Hyperalgésie neurogène hyperesthésie douloureuse Hypo-anesthésie Parésie, trouble des réflexes
Traitement		Antalgiques : classes de l'OMS	Anti-convulsivants, antidépresseurs, TENS, neurochirurgie

de fond se surajoutent des pics douloureux paroxystiques de même type, d'installation et de décroissance progressives plus ou moins rapide. Ces douleurs sont sensibles aux antalgiques classiques répartis en trois classes par l'OMS (cf. infra). L'examen clinique palpe une structure douloureuse. Il peut exister une hyperesthésie cutanée superposée due à une inflammation secondaire.

Les douleurs neurogènes sont localisées à un territoire neurologique précis (racines, plexus, tronc). Elles correspondent à l'envahissement des structures nerveuses par la tumeur. Elles sont relativement stéréotypées, pouvant associer des paresthésies (sensations gênantes ou désagréables hors de toute stimulation) et un fond douloureux perçu comme des brûlures, des strictions ou des arrachements, à des pics douloureux paroxystiques, intenses, fulgurants, de survenue et disparition soudaines et décrits comme des arcs électriques ou des piqûres d'aiguille [2]. L'examen en revanche est riche en allodynies (perception douloureuse de stimuli non douloureux), hyperalgésies (perceptions anormalement exagérées de stimuli nociceptifs), hypo- ou anesthésie cutanée voire troubles moteurs ou troubles des réflexes [3]. Ces signes sont localisés sur le territoire du nerf lésé. Ces douleurs sont réputées non sensibles à la morphine, bien que des études récentes montrent que des doses importantes semblent être antalgiques [4].

Les douleurs projetées ressemblent aux douleurs par excès de nociception dans la description qu'en font les patients et ont des projections bien répertoriées. Ainsi, la douleur pancréatique irradie dans le dos et dans l'épaule gauche, la douleur biliaire et l'irritation diaphragmatique droite se projettent dans l'épaule droite.

Souvent des contractures musculaires sont associées, parfois plus intenses que la douleur initiale. Il s'agit de douleurs pariétales abdominales ou dorsales pouvant être confondues avec des douleurs projetées. La palpation des masses musculaires perçoit alors des segments de muscles durcis, bombant et roulant sous les doigts et reproduisant la direction du muscle.

Il existe des pièges à éviter tels le dérangement intervertébral mineur projetant une douleur dans l'aîne avec une cellulalgie à l'examen, et le syndrome de Cyriax dû à une subluxation de l'articulation costo-sternale se manifestant par des épigastralgies à type de brûlure [5]. Des myalgies surviennent parfois à l'arrêt d'une corticothérapie.

Toute recrudescence inhabituelle d'une douleur bien calmée doit faire chercher une récurrence de la maladie, une accoutumance

[6] ou une autre cause aiguë, en particulier un abcès intestinal ou une péritonite dont l'expression est masquée par les antalgiques.

Le paradigme de la douleur abdominale est la douleur due au cancer du pancréas [2, 6, 8] où l'on retrouve les pesanteurs des distensions capsulaires, les douleurs spasmodiques de l'obstruction du canal de Wirsung — de survenue post prandiale dans 15 % des cas pour Costamagna [7] —, les douleurs de colique hépatique par envahissement des voies biliaires, les douleurs de spasme abdominal par iléus réflexe ou par envahissement des parois intestinales, les douleurs d'irritation diaphragmatique en barres sous-costales bloquant la respiration et provoquant des hoquets, les douleurs neurogènes par envahissement plexique, les douleurs projetées dorsales, scapulaires et pariétales, les douleurs de contraction musculaire, projetées ou par infiltration tumorale, les douleurs d'inflammation péritonéale (enzymes ou carcinose péritonéale) associées à une défense, et enfin les douleurs à type d'hématome des carcinoses péritonéales.

La douleur d'occlusion intestinale est fréquente en fin de vie. Elle fait l'objet d'un article à part et ne sera pas traitée ici.

Il est à noter que le seuil algique (perception de la douleur) et le seuil de tolérance de la douleur sont deux notions différentes, variables en fonction de la susceptibilité individuelle et du passé de chacun.

L'International Association for Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Il apparaît dès lors clairement que la douleur est une expérience subjective que vit le seul patient et aucunement le soignant. En conséquence, toute douleur est véritable, y compris lorsque les examens ne permettent pas d'objectiver une lésion. « Le patient a raison et mérite d'être cru » doit donc être un postulat de base en matière d'évaluation de la douleur. L'évaluation s'attache à préciser le caractère, la topographie et l'irradiation — reportées sur un dessin —, l'intensité par une échelle de la douleur, les horaires, les facteurs calmants et déclenchants et la durée tant du fond douloureux que des recrudescences. Elle doit également apprécier son ancienneté, l'influence des traitements appliqués, ainsi que le passé douloureux en dehors de la douleur présente. L'analyse de la douleur doit ainsi permettre un diagnostic de la cause ainsi que des mécanismes mis en jeu.

L'interrogatoire doit également évaluer les retentissements de la douleur sur la vie quotidienne qui conduisent à la souffrance globale expérimentée par le patient [9].

La souffrance

L'analyse de la douleur chronique, *a fortiori* dans le cadre d'un cancer, n'a pas de sens si l'on n'a pas commencé par appréhender la personne en souffrance. La douleur est amenée par le cancer, elle lui est intimement liée, au point de pouvoir le représenter ; elle l'annonce, témoigne de son évolution, de ses récurrences. Le cancer est inacceptable. Il en est de même de la douleur. Elle peut être le support de la révolte, voire le symbole de la mort. Certains patients qualifient la douleur de désespérante, d'exaspérante, de déprimante, termes repris dans le questionnaire de la douleur de Saint Antoine. La douleur peut être l'expression de l'angoisse existentielle générée par la réalité de la finitude de l'être atteint d'une maladie de pronostic fatal, de l'angoisse liée à l'image que l'on laissera de soi à ses proches — image d'un être diminué. En mettant en cause le sens de la vie, la douleur amène à une fracture dans le cours de la vie psychique de la personne.

La douleur induit une rupture des relations humaines que la personne a nouées. La rupture avec le milieu professionnel marque souvent le début du retrait social, l'arrêt de travail étant indiqué autant pour la douleur que pour la maladie cancéreuse. La douleur participe à un repli de la personne sur elle-même, à la déconsidération du monde environnant tant elle mobilise l'esprit et l'énergie dans une lutte contre la douleur. Le malade peut ainsi être tout entier à ses douleurs, s'excluant des relations avec son entourage social puis affectif. La douleur a pour conséquence une rupture du monde relationnel de l'être.

La douleur retentit sur le comportement. Elle fait modifier l'activité quotidienne, les habitudes, les sorties extérieures et l'exposition aux événements potentiellement traumatisants et incontrôlables (telles que bousculade dans la rue). Elle fait adopter des positions antalgiques et de protection de la zone concernée. Elle entraîne une diminution globale de l'activité physique, une limitation du périmètre de vie du malade, une diminution des capacités. Elle conduit ainsi à la notion de perte d'autonomie physique et à la dépendance envers un tiers, tout aussi difficile à accepter pour le malade que pour le tiers.

Est ainsi défini le concept de souffrance globale décrit par Cicely Saunders mêlant les souffrances physiques, psychologiques, sociales, morales et spirituelles. Une notion approchée de la souffrance peut être évoquée en terme de rupture du cours de la vie antérieure touchant tous les champs de la personne.

Cette souffrance est majorée par la perte d'autonomie tant motrice que psychique et mentale, souvent très nettement surestimée par le patient. Enfin, la souffrance affecte la dignité de la personne, inaliénable vérité du fait même de notre humaine essence. Vérité fragile qui a sans cesse besoin d'être nourrie du regard considérant de l'autre pour être affermie.

Pour C. Jasmin, « la souffrance a une autre dimension que la douleur, elle conteste l'homme et lui montre sa fragilité ». La souffrance contrarie l'homme dans le sens qu'il donne à sa vie, dans les chemins de vie explorés qu'il a marqué de ses jalons, qui apparaissent comme autant de marques ostentatoires de son existence. Cette image de soi est mise à mal aux yeux de l'autre, auquel le patient laisse tout percevoir de ses faiblesses. Jasmin ajoute que cette souffrance « ne peut être partagée par les autres », que cette contestation renvoie l'être à la solitude du soi en renforçant le caractère excessif de la relation entre soi et sa souffrance. Le rôle du soignant n'est bien évidemment pas de partager la souffrance du malade. Il peut néanmoins contribuer à l'ouverture du champ de vie rétréci, par l'empathie et l'écoute dont il peut faire preuve. Par là, il authentifie la notion de dignité chez cet autre en souffrance et signifie que la solitude n'est pas abandon.

La souffrance, de même que l'angoisse et la dépression, majorent nettement la perception de la douleur.

Traitements

Les soins palliatifs proposent des soins résolument et exclusivement orientés vers le confort du malade, considéré dans sa dimension globale. Ils sont guidés par une réflexion éthique centrée sur le malade et sur ses désirs de vie. Ils recherchent une optimisation des conditions de vie auxquelles il peut prétendre. Il s'agit donc avant tout de considérer la personne avant de voir le patient, d'analyser les champs de la souffrance, le retentissement de la douleur et de la maladie.

Cette approche première a une qualité thérapeutique exceptionnelle. Elle pose les bases d'une relation dans la confiance, dans la considération globale de la personne qui se saura soutenue dans tous les aspects de son être. La prise en considération et le traitement de la douleur peuvent apparaître comme la première nécessité à laquelle on répond, mais doivent laisser transparaître cette exigence d'approche holistique. Le malade doit sentir qu'il fait partie d'une équipe de soins dont il est au cœur en tant qu'objet et acteur. Cette équipe implique l'ensemble des soignants (ville et hôpital) et les proches, œuvrant en collaboration et partageant une même réflexion éthique [9]. L'arsenal thérapeutique classique est important et permet de répondre favorablement à la grande majorité des douleurs.

Les douleurs neurogènes sont les plus difficiles à traiter. On dispose principalement des psychotropes, au premier rang desquels les antidépresseurs imipraminiques (amitriptyline, 15-50 mg/j). La trop faible expérience avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ne permet pas à ce jour de confirmer l'action thérapeutique dans cette indication. Ils n'ont pas l'AMM [10]. Les antidépresseurs ont une indication dans la douleur de fond. La composante fulgurante requiert des antiépileptiques. L'habitude française tend à utiliser le clonazepam (Rivotril) aux doses de 1 à 3 mg/j. Une place particulière doit être accordée à la gabapentine (Neurontin) dont le mode d'action diffère et qui a prouvé son efficacité dans les douleurs neurogènes post-zostériennes. Elle agit en effet sur les deux composantes (fond et fulgurances) et a en outre moins d'effets secondaires que le clonazepam. Sa posologie efficace se situe entre 900 et 3 600 mg/j (1 600 mg/j en moyenne) en trois prises à atteindre par paliers progressifs. La neurostimulation électrique par voie transcutanée (TENS) peut être intéressante. Les méthodes neurochirurgicales ont un intérêt extrêmement limité en soins palliatifs en raison du pronostic fatal à très court terme, de la logique de confort et de l'état souvent précaire des malades.

Les douleurs par excès de nociception répondent aux antalgiques classiques que l'OMS divise en trois classes (tableau II). Le bon usage veut que l'on passe à la classe supérieure après avoir administré sans succès les antalgiques d'une classe donnée à dose maximale préconisée et tolérée.

L'utilisation de la morphine est soumise aux recommandations d'utilisation de l'OMS auxquelles souscrit l'IASP :

- 1) privilégier l'administration per os,
- 2) proposer en premier lieu la morphine,
- 3) traiter la douleur le plus précocement possible ; la douleur de fond par un traitement de fond de morphiniques à libération prolongée, les recrudescences par une interdose de morphine à libération immédiate,
- 4) évaluer les besoins quotidiens en morphine soit par une titration en morphine à libération immédiate, soit en se référant aux traitements antalgiques déjà reçus (conversion équivalents : tableau III),

Tableau II. – Classification OMS des antalgiques.
WHO classification of analgesics.

Classe	Molécule antalgique	Durée d'action
Classe I	Paracétamol AINS Aspirine	6 heures (variable selon l'AINS)
Classe II Morphiniques mineurs	Codéine Néfopam Noramidopyrine Dextropropoxyphène	6 heures
Classe III Morphiniques majeurs	Morphine	Libération immédiate : 4 heures Libération prolongée : 12 heures
	Fentanyl	Patch pour 72 heures
	Hydromorphone	Libération prolongée : 12 heures
	Oxycodone	Libération prolongée : 12 heures

5) une fois les besoins quotidiens en morphiniques établis, proposer un traitement de fond. Il s'agit de répartir la quantité de morphine quotidienne nécessaire en un minimum de prises en fonction de la durée d'action du morphinique à libération prolongée utilisé (tableau II),

6) respecter les horaires fixes de prise des traitements de fond correspondant à la durée d'action de la spécialité (tableau II),

7) toujours associer au traitement de fond des interdosés. Il s'agit d'une dose de recours utilisable toutes les quatre heures en cas de recrudescence douloureuse. Elle correspond au 1/6 de la dose quotidienne utilisée en traitement de fond (en respectant la conversion équi-analgésique),

8) personnaliser le traitement pour chaque malade,

9) respecter les conversions équi-analgésiques entre les différents molécules et entre les voies d'administrations (tableau III),

10) prévenir les effets secondaires et surveiller leur apparition (tableau IV).

L'adaptation du traitement morphinique répond également à des règles précises :

Lorsque les douleurs de fond sont insuffisamment calmées amenant le malade à recourir à plusieurs interdosés par 24 h, la posologie de fond doit être augmentée. Pour cela, on calcule la quantité de morphine consommée en 24 h (morphines à libération immédiate et prolongée) que l'on répartit en deux prises égales de morphine à libération prolongée, distantes de 12 h.

Tableau III. – Les équivalences analgésiques entre opioïdes agonistes purs.
Analgesic equivalences between pure opioid agonists.

Equivalences analgésiques : la référence est la morphine intraveineuse		Exemple : 30 mg de morphine IV équivalent
Morphine sous cutanée	1	30 mg
Morphine per os		60 mg
Oxycodone per os	1	30 mg
Hydromorphone	4	8 mg
Fentanyl	50	600 µg
Codéine	1/12	360 mg

Nous retenons l'attention sur le fait que le fentanyl est plus communément utilisé en patch à 25, 50, 75 et 100 ng de débit horaire. Le patch à 25 ng/h (dosage le plus faible) équivaut à 30 mg/j par voie parentérale.

Tableau IV. – Les effets secondaires des morphiniques et leur prévention.
Adverse effects of opioids and prevention.

Effets secondaires	Traitement préventif ou curatif
Constipation (100 % des cas)	Régime Laxatifs osmotiques +/- Prokinétiques (pyridostigmine)
Nausées, vomissements : transitoire à l'introduction	Métoclopramide, Halopéridol Hyoscine butylbromide, Rotation des opioïdes
Allergie et prurit	Cétirizine Rotation des opioïdes
Rétention urinaire	Sondage vésical Diminution de posologie
Psychodyslepsie : transitoire à l'introduction	Hydratation Halopéridol Rotation d'opioïde si persistance
Myoclonies, myosis, sommolence peu stimulable	Prudence, risque de surdosage : surveillance accrue et diminution des posologies si persistance
Bradypnée < 8/min	Naloxone par titration progressive basée sur la clinique : une dose trop importante provoque un syndrome de manque et une recrudescence de douleurs intolérables

Lorsque seuls les pics de douleur font recourir à l'interdose (douleur de fond bien calmée), l'augmentation de la posologie de fond est guidée par la fréquence et le nombre de pics. Si ce nombre est élevé et a nécessité le recours à plusieurs interdosés, il faut augmenter la posologie de fond comme précédemment. Si ce nombre est faible, il convient de garder l'association présente.

Lorsque la décompensation d'une douleur jusque là équilibrée entraîne une escalade thérapeutique, trois questions se posent :

1) La réponse par morphine est-elle adaptée au mécanisme douloureux ?

2) Y a-t-il une reprise évolutive de la maladie ?

3) N'est-on pas face à un phénomène d'accoutumance ?
Une rotation des opioïdes est alors indiquée, en reprenant à l'équivalence de la posologie de décrochement (début de l'escalade).

La rotation des opioïdes correspond au remplacement d'un opioïde par un autre de la même classe en respectant les équivalences analgésiques. Elle est indiquée en cas de survenue d'effets secondaires non contrôlables ou d'accoutumance.

Le fentanyl administré par patch transdermique (Durogésic®) doit retenir l'attention pour plusieurs raisons :

1) Il s'agit d'un traitement de fond proposé pour les douleurs stabilisées dont les doses sont importantes (tableau III).

2) Par sa lipophilie, il est stocké dans les tissus graisseux cutanés et passe dans la circulation sanguine dans un délai compris entre 12 et 18 h. Son action pleine est retardée d'autant après la pose du patch et se poursuit de même façon après le retrait du patch. Il convient de poser le patch au moment de la dernière prise de morphinique à libération prolongée (pour couvrir le délai d'action) et de ne reprendre les morphiniques à libération prolongée que 12 h après le retrait du patch. Les douleurs survenant dans l'intervalle de temps seront apaisées par la morphine à libération immédiate à prévoir dans les prescriptions.

3) Le patch agit comme une pompe à diffusion continue sous-cutanée, efficace pendant trois jours. Il est à appliquer sur peau glabre en changeant de site à chaque pose.

En cas de chaleur cutanée (fièvre, exposition solaire), la pénétration est accélérée. Il faut être vigilant au surdosage et prévenir le malade (bains de soleil peu indiqués).

Lors d'un traitement curatif concomitant, la douleur peut diminuer parallèlement à la maladie, témoignant de l'efficacité de ce traitement spécifique [9]. On doit régulièrement proposer une diminution de la posologie de morphine pour évaluer cliniquement l'évolution de la maladie et éviter le surdosage.

Il convient de maîtriser les peurs et les tabous. Il n'y a aucune contre indication à la morphine en dehors des exceptionnelles allergies. L'emploi de la morphine n'est pas conseillé en cas de traumatisme crânien (surveillance difficile) ou de syndrome abdominal aigu d'étiologie inconnue dont elle gêne la surveillance. La morphine, active naturellement, est transformée par le foie en deux métabolites, l'un plus actif, l'autre peu actif. Leur élimination est rénale. Ainsi, l'insuffisance rénale doit faire adapter la dose de morphine et renforcer la surveillance pour prévenir tout surdosage. Il faut toujours se méfier de la survenue d'un globe vésical, à rechercher au moindre trouble neuropsychique.

Le seuil de dépression respiratoire est plus élevé que le seuil d'altération de la vigilance, lui-même plus élevé que le seuil d'antalgie. Il n'y a donc pas de risque d'arrêt respiratoire lors d'une utilisation bien conduite et d'une surveillance adaptée et rigoureuse. L'insuffisance respiratoire majeure amène à utiliser la morphine avec une plus grande vigilance car la zone thérapeutique est plus faible. La douleur perturbe la fonction respiratoire par diminution de l'ampliation thoracique. Cette fonction se trouve améliorée par la morphine, qui permet une meilleure ventilation en diminuant la douleur induite par les efforts respiratoires sur la paroi thoracique. Par ailleurs, tant que la douleur persiste, le risque de survenue d'une dépression respiratoire est infime, comme si la douleur empêchait cet effet secondaire [4].

Les co-analgésiques

On répertorie ainsi les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et le paracétamol (tous deux antalgiques de classe I), ainsi que le néfopam (Acupan®) (antalgique de classe II). Ils potentialisent l'action de la morphine, raison pour laquelle les anesthésistes les y associent. La posologie de la morphine peut ainsi être diminuée, permettant d'en réduire les effets secondaires. Leur utilisation en traitement de fond est intéressante. Les posologies sont celles habituellement utilisées. L'association des AINS et de la morphine est conseillée pour les douleurs musculosquelettiques, telles que les métastases osseuses, les fractures pathologiques, et les contractures [4]. Ils agissent également en s'opposant à la formation de substances pro-inflammatoires algogènes consécutives aux phénomènes douloureux. La place du tramadol est très controversée dans le traitement des douleurs chroniques.

Les douleurs spasmodiques rencontrées dans les envahissements de la paroi intestinale voire dans les occlusions doivent faire proposer l'association de morphine et d'antispasmodiques, et notamment des sels de tiémonium (Viscéralgine®) ou de phloroglucinol (Spasfon®), 6 ampoules par jour. En cas d'inefficacité, la hyoscine butylbromide (Scoburen®), 60 à 380 mg/j par voie sous-cutanée ou intraveineuse, est recommandée [11]. En cas de sédation induite inacceptable, elle peut être remplacée par l'atropine [12].

Les douleurs de contractures musculaires pariétales abdominales ou lombaires doivent faire rechercher leur cause (envahissement de voisinage, induction par une position antalgique, douleurs osseuses) et sont sensibles aux applications de chaleur et aux traitements morphiniques associés ou non aux AINS et au paracétamol.

Ces traitements suffisent le plus fréquemment à contrôler les douleurs liées aux cancers digestifs. Certains auteurs préconisent le bloc coélique dans les douleurs des cancers du pancréas, de l'estomac, du colon transverse et descendant, de l'extrémité inférieure de l'œsophage ainsi que dans le cholangiocarcinome, dans les métastases hépatiques et dans la carcinose péritonéale [13, 14]. Cette technique consiste en l'injection de produits neurotoxiques (éthanol le plus fréquemment) au contact du plexus coélique. L'interruption de l'information douloureuse n'est pas définitive. La voie d'abord antérieure guidée par échographie semble être la plus rapide, la plus confortable selon les patients, la moins risquée (en particulier sur le plan neurologique) et donne le contrôle le plus durable [14, 15]. Ce mode opératoire est donc à préférer aux techniques guidées par scanner ou IRM ainsi qu'à l'abord par voie postérieure. La réussite du geste et la faible incidence d'effets secondaires sérieux requièrent un opérateur expérimenté. Les auteurs conseillent sa réalisation précoce en raison d'une plus grande probabilité de succès et de la facilité d'exécution. Les échecs de la procédure seraient à mettre en relation avec une mauvaise indication : l'importance de l'envahissement des tissus graisseux périplexiques voir l'envahissement du plexus lui-même (para aortique et para cave entre les origines des artères coélique et mésentérique supérieure) [16]. Il est nécessaire d'associer une antalgie médicamenteuse [17]. Il nous paraît cependant que les antalgiques existants, bien utilisés, suffisent au contrôle satisfaisant des douleurs, sans avoir recours à cette technique non dénuée de risques.

Quelques auteurs mentionnent également la pose de prothèse pancréatique dans le canal principal. Elle serait utile pour soulager partiellement les douleurs pancréatiques spasmodiques d'obstruction canalaire [7, 18].

Conclusion

La douleur digestive chronique en cancérologie est un symptôme dont le mécanisme est complexe et associe la participation concomitante de plusieurs structures tissulaires et cellulaires. Elle s'évalue suivant un schéma relativement standardisé qui permet l'analyse de toutes ses composantes. Chacune relève d'un traitement spécifique qu'il importe de maîtriser parfaitement pour améliorer le confort du malade, notamment en fin de vie. Bien conduits, ces antalgiques suffisent à donner un confort satisfaisant. Certains auteurs proposent de nouveaux traitements plus invasifs dont le bénéfice supplémentaire apporté reste à évaluer. La difficulté principale réside certainement dans l'accompagnement de cet être en souffrance qu'est le malade atteint d'un cancer. Accompagnement qui demande à tous de s'impliquer dans des soins relationnels, lesquels sont moins standardisés que ne peuvent l'être les traitements de la douleur que nous connaissons et dont la technicité importante est validée. Accompagnement qui, pour être optimal, suppose de faire équipe ; une équipe associant le malade, ses proches et les soignants.

Rigueur et connaissance, disponibilité et humanité des soignants permettent aux patients d'accéder à une qualité de vie la plus acceptable possible, y compris en fin d'évolution de cette maladie généralement létale qu'est le cancer.

RÉFÉRENCES

1. Queneau P, Navez ML, Peyron R, Laurent B. La douleur en gastro-entérologie introduction à la physiopathologie. *Gastroenterol clin biol* 2003;27:1s59-1s67.
2. Serrie A. Nosologie des douleurs cancéreuses. *Oncologie* 2000;2(4): 132-41.

3. Ollat H. Examen neurologique : données sémiologiques cliniques et paracliniques. In : Brasseur L, Chauvin M., Guilbaud G. Douleurs. Paris : Maloine, 1997:409-16.
4. Brasseur L. Douleurs du cancer : principes de traitement. In : Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. Douleurs. Paris : Maloine, 1997:629-52.
5. Ducrotté M. La Douleur abdominale : le point de vue du gastroentérologue. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:1S68-1S72.
6. Pichard-Leandri E. Douleurs et rechute. Valeur diagnostique de l'évolution d'un état douloureux. *Oncologie* 2000;2:163-19.
7. Costamagna G, Alevras P, Palladino F. Endoscopic pancreatic stenting in pancreatic cancer. *Can J Gastroenterol* 1999;13:481-6.
8. Lakdja F, et al. Les douleurs des cancers du pancréas *Oncologie* 2000;2:183-7.
9. Boureau F, Krulik M. Vers une oncologie sans douleur. *Oncologie* 2000;2:127-1.
10. Eschalié A, Ardid D, Dubray C. Pharmacologie des psychotropes. In : Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. Douleurs. Paris : Maloine, 1997:151-6.
11. Baines MJ. Management of intestinal obstruction in patients with advanced cancer. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:176-2.
12. Baines M, Oliver DJ, Carter RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. *The Lancet* 1985;2:990-3.
13. Montejo Rosas G, Bruera E. Palliative care in Mexico. Celiac plexus block for incidental visceral pain. *J palliative care* 1993;9:35-6.
14. Tittton RL, Lucey B, Gervais DA, Boland G, Mueller PR. Celiac plexus block : a palliative tool underused by radiologists. *AJR* 2002;179:633-6.
15. Gress F, Schmitt C, Sherman S, et al. A prospective randomised comparison of endoscopic ultrasound and computed tomography-guided celiac plexus block for managing chronic pancreatitis pain. *AJR* 1999;94:900-6.
16. Akhan O, et al. Correlation between the grade of tumoral invasion and pain relief in patients with celiac ganglia block. *AJR* 1997;168:1565-7.
17. Patt RB, Reddy SK, Black RG. Neural blockade for abdominopelvic pain of oncologic origin. *Int Anesthesiol Clin* 1998;36:87-104.
18. Tham TCK, Lichtenstein R, et al. Pancreatic duct stents for "obstructive" pain in pancreatic malignancy. *Am J Gastroenterol* 2000;95:956-60.