

Les spécificités de la douleur dans le cancer

Claire Ribau et Astrid Lièvre

Introduction

« La santé, c'est la vie dans le silence des organes » [1] – Leriche définit alors la santé comme le bien-être, mais le cancer est une pathologie qui se développe précisément dans ce silence. Cette discrétion fait de la prévention le premier moyen de lutte efficace ! Le cancer, du moins le développement de la tumeur, ne fait pas mal. Cependant, la douleur peut surgir au cours de la maladie, elle peut aussi revêtir plusieurs formes (douleurs de compression, douleurs neurologiques, douleurs iatrogènes, douleurs liées à l'état général, douleurs sans rapport avec le cancer...).

Comme souvent lorsqu'elle est un symptôme au sein d'une maladie chronique, la douleur cancéreuse nécessite une prise en charge particulière. L'objectif du présent document est de mettre en avant les spécificités de la douleur dans le contexte de la pathologie cancéreuse, notamment par les autres versants que physiopathologique. Ainsi, l'accent a été mis sur la complexité de cette douleur, et sur la présentation des éléments constitutifs de cette complexité.

Quelques chiffres récents de 1995 sur le cancer [2]

En ce qui concerne la mortalité, le cancer est la première cause de décès en France chez les hommes, la seconde cause chez la femme. De plus, les hommes meurent davantage du cancer que la femme. En 1995, 140 000 personnes sont mortes d'un cancer, c'est la première cause de mort prématurée avant 65 ans.

Plus précisément, 24000 personnes mortes par cancer du poumon, 16000 personnes mortes par cancer du côlon, 11000 femmes mortes d'un cancer du sein.

Pour les chiffres de l'incidence du cancer en France, en 1995 : 240 000 nouveaux cas de cancers ont été détectés : dont 33 867 nouveaux cas de cancer du sein, 33 405 cancers colorectaux, 26 474 cancers de la prostate, 21 850 cancers des poumons, et le même chiffre concernant les cancers des voies aéro-digestives.

En France, l'incidence nationale des cancers a augmenté entre 1975 et 1995 de 21% chez les hommes, et de 17% chez les femmes. Cela est dû, en partie, au diagnostic plus précoce de certains cancers, notamment à un stade asymptotique, grâce à leur dépistage systématique.

Quelques chiffres sur la douleur dans le cancer

La douleur est un symptôme présent entre 30 et 45% en phase initiale du cancer et de 60 à 90% en phase localement évoluée ou métastatique de la maladie.

Selon l'étude de Larue et coll. [3] : sur 605 personnes interrogées, 57% se plaignent de douleurs rapportées au cancer, dont 69% sont jugées invalidantes. Quarante et un pour cent des douleurs qualifiées d'intenses sont soulagées correctement.

Soixante cinq à soixante dix huit pour cent des douleurs sont liées à l'envahissement tumoral (localisation osseuse, compression, infiltration...) [4]. Dix neuf à vingt cinq pour cent des douleurs sont liées au traitement, et enfin, 3 à 10% des douleurs sont sans rapport avec le cancer

Si la douleur est un problème qui doit être traité pour lui même, sa prise en charge s'inscrit dans la problématique plus large de la qualité de vie, aux différents stades d'évolution de la maladie cancéreuse.

Classification des douleurs cancéreuses

Pour mieux se repérer dans la nature des douleurs qui peuvent exister dans un contexte de cancer, une classification peut être proposée [4] :

- **Douleurs aiguës liée au cancer:**

- Douleur symptôme : elle permettra peut être d'établir le diagnostic de cancer, ou d'une récurrence tumorale. Elle est importante dans l'histoire de la maladie.
- Douleur liée au traitement (post-chirurgicale, post-radique, mucite ou ulcérations digestives post-chimiothérapiques, myalgies après l'arrêt d'un traitement corticoïde...)

- **Douleurs chroniques liées au cancer :**

- Douleurs liées à la progression de la tumeur :
 - atteintes ostéo-articulaires
 - atteintes viscérales
 - atteintes de la peau, des muscles,
 - atteintes des structures nerveuses
- Douleurs liées au traitement:
 - Post-chirurgicales : doivent être traitées comme des douleurs post-opératoires
 - Post-radiques
 - Chimiothérapie: neuropathie périphérique,
 -

- **Douleur chronique préexistante et douleur liée au cancer :** Présentant des douleurs chroniques en rapport avec une pathologie bénigne préexistante, ces patients sont considérés comme étant à haut risque, notamment vis à vis d'une possible chronicisation de la douleur.

- **Douleurs liées au cancer chez des personnes ayant des antécédents de dépendances aux morphiniques**

- **Douleurs en phase terminale de la maladie :** dans cette phase de la pathologie, la qualité de vie et le confort ont une importance particulière.

Eléments d'étiologie de la douleur dans le cancer

Les douleurs dans le cancer sont principalement de deux types : les douleurs par excès de nociception et les douleurs de désafférentation, appelées aussi douleurs neuropathiques [5,6]

Les douleurs par excès de nociception

Ces douleurs correspondent à la stimulation excessive des nocicepteurs (récepteurs périphériques de la nociception) en rapport avec des processus lésionnels, inflammatoires et ischémiques ou des stimuli mécaniques importants (compression d'un organe, distension viscérale, étirement musculo-ligamentaire). La nociception est une fonction qui permet à l'organisme de détecter les processus qui altèrent ou simplement menacent son intégrité. Elle déclenche un système qui transmet l'information douloureuse de l'endroit où elle se produit jusqu'au cerveau, ce transfert pouvant être interrompu à différents niveaux.

Au niveau des membres et des organes, les « informations » nociceptives sont véhiculées par deux types de fibres : les fibres A delta, qui sont « rapides » (30 mètres par seconde) et les fibres C, qui sont lentes (2 mètres par secondes). Ces fibres aboutissent, au niveau de la moelle épinière, à des neurones à convergence qu'elles activent et qui envoient ainsi des influx nerveux vers le cerveau. Mais, ces neurones à convergence reçoivent aussi des influences inhibitrices, à la fois de la part de fibres périphériques (différentes des fibres A delta et C) et de fibres venant du cerveau. La transmission du signal nociceptif aux structures supérieures est donc fonction du bilan qui s'établit, au niveau des neurones à convergence, entre ces influences inhibitrices et l'influence activatrice des fibres A delta et C. C'est le mécanisme de la porte, ou *gate control*, dont la connaissance récente a permis de mieux comprendre la variabilité inter et intra-individuelle de la perception de la douleur. Ce mécanisme explique que, dans les conditions normales, nous ne soyons pas submergés par les messages nociceptifs.

Les douleurs nociceptives sont les plus répandues dans les douleurs cancéreuses (70% des douleurs cancéreuses). Elles résultent d'une stimulation excessive du système nerveux. Ses causes sont cancéreuses, inflammatoires et traumatiques. Elles sont aiguës ou chroniques, elles ont une topographie viscérale, artérielle, ostéo-articulaire ou musculaire, et ne s'accompagnent pas de signes neurologiques.

Les douleurs neuropathiques

Ces douleurs sont plus rares (30 à 40% des douleurs cancéreuses) que les douleurs nociceptives. Elles sont également appelées douleurs par désafférentation. Elles sont liées à

une lésion du système nerveux central ou périphérique (altération des voies de conduction et d'intégration des stimulations nociceptives responsable d'une diminution d'activité des afférences primaires. Il en résulte un déficit de la sensation douloureuse avec élévation du seuil de la douleur qui, chez certains malades et de façon paradoxale, peut s'accompagner d'une douleur spontanée provenant de la région devenue insensible.

La lésion du nerf peut être le résultat d'actes chirurgicaux, d'un traumatisme, des radiothérapies. Ces douleurs sont tout à fait spécifiques. Elles sont ressenties en dehors de toute stimulation nociceptive, ou s'expriment en présence d'un stimulus qui, normalement ne produit pas de douleur. Cliniquement, elles peuvent être permanentes, à type de brûlures, de paresthésies ou de sensation d'arrachement avec ou sans accès douloureux paroxystiques, en éclair, décrites comme des élancements, des coups de poignard ou des décharges électriques. L'examen clinique peut retrouver des réponses exagérées telles que allodynies (réponse anormale à un stimulus habituellement non douloureux) et/ou hyperpathies (réponse excessive, diminution du seuil de douleur) ainsi que des signes neurologiques déficitaires. Elles ont la caractéristique de ne pas pouvoir être soulagées par les antalgiques périphériques ni par les interventions chirurgicales de section (qui peuvent même l'aggraver). Ces douleurs relèvent de traitements antalgiques autres tels que les anti-dépresseurs et les anti-épileptiques.

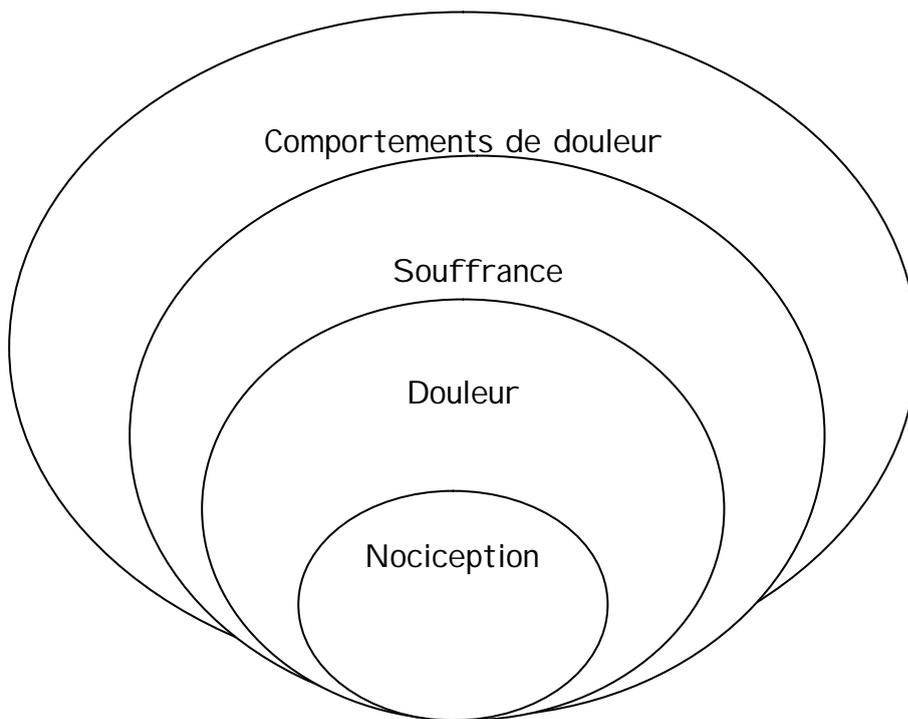
Les facteurs psychologiques de la douleur

Rappelons la définition de la douleur de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur (IASP) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion.»

Au regard de cette définition qui fait de la douleur une expérience, on comprend bien que la définition neurophysiologique ne montre ni les actions et réactions de l'individu qui la subit, ni le contexte pathologique plus général dans lequel elle s'inscrit : ici le cancer. Ainsi, les douleurs cancéreuses ont cette spécificité de s'inscrire dans le cadre d'une pathologie qui soulève ses problématiques propres en terme de traitement, de comportement, de

représentations, d'histoire et d'enjeux sociaux et relationnels...Ainsi, les douleurs cancéreuses nécessitent que l'on considère à la fois la douleur dans le cancer, et le cancer dans la douleur.

Le schéma de Loeser [7] rend compte de quatre éléments constitutifs de la douleur :



La **nociception** est le premier élément de la douleur. Elle est l'activité nerveuse engendrée par une stimulation potentiellement dangereuse du système nerveux. Elle concerne les composantes quantifiables : intensité, durée, localisation...

La seconde composante est la **dimension sensori-discriminative** qui qualifie comme désagréable la sensation engendrée par une lésion tissulaire. Cette dimension fait apparaître la qualité subjective de la douleur car elle implique un seuil de douleur variable selon les individus par rapport à une même lésion. Ce point montre que la douleur est une perception plutôt qu'une sensation.

Ensuite, la souffrance fait partie du troisième élément constitutif de la douleur: **la dimension motivo-affective**. Elle est une "réponse affective négative qui peut être générée par la douleur ou encore par d'autres expériences désagréables". Sur ce point, la biographie de l'individu et son histoire socioculturelle introduisent autant d'éléments qu'il y aura de manières d'être affecté par la douleur et de ressentir de la souffrance.

Enfin, la douleur induit des **comportements** qui peuvent être directement associés à la présence de la douleur. Ils sont variés et dépendent de la nature du phénomène douloureux: réflexes, expressions faciales, plaintes pour des douleurs persistantes...

Le modèle de Loeser est intéressant pour présenter les diverses composantes qui entrent en jeu dans la douleur, mais il ne rend pas compte de la relation entre les quatre sphères. Toutefois, il éclaire quelque peu la complexité du phénomène, en montrant que la douleur relève de l'intrication du somatique, du psychologique, du cognitif et de l'affectif. Ce schéma est valable pour la douleur en général. D'autres éléments entrent en jeu quand la douleur est liée (causalement ou non), à une pathologie cancéreuse. Elle pose surtout, de façon accrue, la question de la qualité de vie.

Evaluation de la douleur dans le cancer : la nécessité d'une approche pluridisciplinaire

Eléments essentiels à l'évaluation [5, 6, 9,11]

« A priori, il n'existe pas de relation simple, ni entre une stimulus causal et l'expérience globale de la douleur, ni entre les différentes dimensions qui la constituent (...) Cette complexité doit être reconnue » [9]

De la complexité de la douleur cancéreuse, découle une reconnaissance unanime que son évaluation doit être pluridisciplinaire. Ainsi, les domaines à évaluer mentionnés dans la

littérature étudiée sont très proches des quatre dimensions du schéma de Loeser, présenté plus haut :

- ❖ La dimension sensori-discriminative : concerne l'intensité de la douleur, son siège, le type de douleur, les facteurs qui déclenchent ou soulagent la douleur. Ces éléments sont donc évalués au cours de l'examen clinique complet.
- ❖ La dimension affective concerne les répercussions psychologiques de la douleur et/ou du cancer. Ainsi, il est nécessaire de détecter une éventuelle dépression ou anxiété, liée à l'endurance de la douleur. Par ailleurs, cette dimension requiert une prise en charge psychologique qui puisse prendre en compte l'évolution de la maladie, si elle progresse, si un traitement échoue, si la douleur augmente.
- ❖ La dimension cognitive concerne l'interprétation que le patient fait de sa situation douloureuse, dans le contexte de cancer, la signification qu'il énonce pour cette expérience. Elle concerne aussi les mécanismes d'adaptation que le patient a mis en place. Cette dimension se réfère aux expériences antérieures de maladie et de douleur du patient, afin de mieux cerner le vécu de sa présente expérience.
- ❖ La dimension comportementale enfin correspond à la verbalisation (ou l'absence de verbalisation) que produit le patient, et à son comportement général.

Il est aisé de remarquer que toutes ces dimensions, qui permettront une évaluation globale de la douleur cancéreuse, sont liées à l'histoire d'une expérience individuelle : histoire de la maladie, histoire de son évolution propre, histoire des expériences douloureuses antérieures, situation personnelle, familiale, sociale, professionnelle.

La difficulté reconnue de la prise en charge de la douleur en général, et *a fortiori* de la douleur dans le cancer tient de la nature subjective du phénomène [9]. En effet, « les seules informations disponibles reflétant la douleur demeurent le rapport verbal du patient ou l'observation de son comportement » [9]. Or, les différentes dimensions permettant d'évaluer la douleur, sont autant d'approches de l'histoire de la personne, qui mises bout à bout, reconstituent un peu la part subjective de l'expérience douloureuse. L'évaluation de la douleur dans le cancer a cette spécificité de n'être possible que dans le lien, dans la relation, que ce soit avec le médecin et plus généralement avec l'équipe soignante, ou encore dans la relation sociale et familiale, lien nécessaire aussi entre les équipes impliquées, afin que cette évaluation soit pluridisciplinaire.

Les outils d'évaluation le plus fréquemment utilisés

Voici une courte présentation des outils d'évaluation le plus fréquemment utilisés pour la douleur cancéreuse.

- ❖ Outils d'autoévaluation quantitatives : elles concernent surtout l'intensité de la douleur :
 - Echelles d'auto évaluation visuelle : évaluation de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable »
 - Echelle numérique : auto-évaluation de la douleur de 0 à 100
 - Echelles verbales simples : le patient entoure la réponse la plus adéquate à sa situation douloureuse : la douleur est : absente / faible / modérée / intense / extrêmement intense.

- ❖ Outils d'évaluation qualitative : Ces questionnaires sont basés soit sur l'observation du comportement du patient, soit sur son interrogation. Les plus fréquemment utilisés sont :
 - Le questionnaire Saint-Antoine est une version française et adaptée du questionnaire de Mc Gill (Melzack). Il comporte 58 qualificatifs de la douleur, classés en 16 classes, dont 9 concernent des critères sensoriels et 7 concernent des critères affectifs. Le patient, choisit le terme qui correspond le mieux à sa situation douloureuse dans chaque classe, et l'évalue selon 4 critères (pas du tout (ou absent), un peu (ou faible), moyennement (ou modéré), beaucoup (ou fort), extrêmement (ou extrêmement fort).
 - L'EPCA (Echelle Comportementale de la douleur de la Personne Agée) est un outil d'hétéro-évaluation, qui s'adresse aux personnes ayant des troubles de la communication. Elle comporte trois thèmes :

- Observation avant les soins : - Expression du visage
 - Position spontanée
 - Mouvement et mobilité
 - Relation à autrui
 - Observation pendant les soins
 - Observation comportementale (Plaintes somatiques, positions antalgiques, protection des zones douloureuses, mimique, sommeil)
- L'échelle DOLOPLUS 2, évalue la douleur chez la personne âgée ayant des difficultés de communication. Elle comporte 10 items, divisés en 3 sous groupes : (cinq items, deux items psychomoteurs, et trois psychosociaux). Chaque item doit être évalué de 1 à 3. (Document visualisable sur : [doloplus](#))

Par ailleurs, les outils fréquemment utilisés sont aussi les questionnaires de qualité de vie, qui incluent la douleur dans les éléments à évaluer, dans un cadre plus général. Ainsi, les questionnaires les plus utilisés pour le patient cancéreux sont [12] :

- ❖ Le FLIC (Shipper H, 1984): Qui compte 22 items et explore les dimensions physiques, psychologique, et relationnelles.
- ❖ L'EORTC QLQ C-30 (Aaronson, 1983) : évalue 15 dimensions, notamment les capacités fonctionnelles du patient, les symptômes et la santé globale.
- ❖ Le FACT G3 (Cella, 1994) avec les modules spécifiques : il explore le bien-être émotionnel, psychologique, les dimensions, physiques, familiales, sociales, et relationnel dans la démarche de soin

Ces données sont issues de l'ouvrage cité de Simon Schraub. S'en référer pour plus de précisions.

Stratégie de traitement de la douleur dans le cancer:

l'échelle thérapeutique de l'OMS [6,16, 17]

Concernant la stratégie thérapeutique stricte de la douleur cancéreuse, nous ne présenterons que de façon générale les recommandations de l’OMS, incitant le lecteur à se tourner vers la littérature spécifique à ce sujet.

La stratégie thérapeutique décrite par l’OMS ne concerne que les douleurs par excès de nociception. Les douleurs par désafférentation sont traitées par d’autres voies thérapeutiques. Elle consiste à poser trois niveaux dans le traitement de la douleur :

- I. La prescription d’analgésiques périphériques non –morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non-stéroïdiens...)
- II. La prescription d’analgésiques centraux mineurs (opioïdes faibles)
- III. La prescription de morphine (opioïdes forts)

Ces trois paliers sont accompagnés de recommandations pour la prescription [6], dont on peut dire que les principes directeurs sont la participation active du patient (par son information et son implication), et le choix d’une perspective réaliste tant dans les objectifs du traitement, que dans sa forme [5,6]. Ces recommandations sont les suivantes [6]

- Choisir la voie d’administration la plus simple (voie orale)
- Administration à horaire fixe
- Prescription qui respecte l’échelle thérapeutique de l’OMS
- Prescription qui corresponde à la douleur propre au patient : personnalisation du traitement par une évaluation constante
- Information du patient sur les modalités du traitement, ses objectifs et ses limites

Eléments complémentaires au traitement médicamenteux de la douleur

Dans la littérature étudiée, outre les traitements spécifiques contre la douleur cancéreuse [12], d’autres perspectives thérapeutiques sont présentées, et apparaissent comme indissociables de la perspective strictement clinique.

En premier lieu, on retrouve l'approche psychologique et comportementale. La complexité de la douleur cancéreuse, faite de l'intrication du somatique et du psychologique [4], nécessite une prise en charge globale du patient en même temps que de sa douleur [5, 9,10]. Ainsi, la prise en charge psychologique a pour fonction d'évaluer le retentissement de la douleur, et de détecter les facteurs d'aggravation et d'amplification [5,11], d'aider le patient à la rationalisation de son expérience et de ses représentations, de détecter les signes d'anxiété ou de dépression. La prise en charge psychologique du patient est particulièrement importante sous l'angle de la progression de l'affection.

La psycho-oncologie [14], est définie comme discipline «d'interface ». Elle semble prendre en charge tout ce qu'implique la prise en charge du cancer, c'est-à-dire toute ce qui relève de la relation médecin-malade, de la gestion de l'information, des représentations générées par cette dernière. Elle aide à gérer la rupture qu'induit l'annonce de la maladie dans le cours quotidien de la vie de la personne, au moment du diagnostic et aussi au début du traitement [15] Elle concerne aussi la souffrance, entendue comme les limites contre lesquelles bute l'individu à l'épuisement de ses ressources, qu'il soit patient ou famille, qu'elle soit physique ou existentielle.

Ainsi, il est indispensable de tenir compte de ce que le patient construit autour de sa situation, tant en termes de représentations [8], de gestions des informations, de mécanismes d'adaptions (ou de rejet)... autant de paramètres qui ne relèvent plus strictement du corps, mais de la liberté humaine qui s'inscrit dans un rapport intelligent au monde et à l'expérience.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux ont un rôle important à jouer dans la prise en charge du patient cancéreux, autant pour ce qui concerne la gestion de la face logistique qu'implique la maladie chronique, que pour aborder la situation matérielle de la personne, l'aider à la gestion des formalités administratives. En outre, ils sont indispensables pour aider la personne à se réinsérer et à se réadapter au terme du traitement, ou de la maladie

CONCLUSION

A travers ce document, nous avons tenté de présenter quelques uns des éléments qui font la complexité de la douleur chez le patient cancéreux. Cette entreprise n'est pas achevée.

Si la perspective éthique n'est pas d'emblée évidente, elle est pourtant constitutive de la démarche car, en présentant les composantes de la douleur, indirectement, on énonce aussi les éléments d'une prise en charge globale de la personne. Cette perspective se place dans un souci de soulagement maximal de la douleur et de la souffrance qui accompagne souvent l'expérience du cancer.

Bibliographie

[1] Leriche R, Introduction générale, De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? *Encyclopédie française*, t. VI, 1936

[2] Cabarrot et coll., Cancérologie générale, Masson « abrégés », 2002

[3] Larue, et al, Multicenter study of cancer pain and its treatment in France, *Br Med J*, 1995, 310 :1034-7,

[4] Pillet M, Douleur et cancer : Physiopathologie et étiologie de la douleur en cancérologie, article électronique, consultable sur : <http://www.fnlcc.fr>

[5] Picard P, Prise en charge de la douleur chronique chez le patient cancéreux,

[6] Meynadier, Douleur et...cancer, éd. phase 5, coll. « Douleur et... », 2002

[7] Serge Marchand, Le phénomène douleur, comprendre pour soigner, Masson, 1998, p. 17

[8] Capitain J.P., Douleur et cancer : le psychiatre et la douleur en cancérologie, article électronique, consultable sur : [Site fnlcc](#)

[9] Luu M, Bourreau F, Evaluation de la douleur, article électronique, consultable sur : [site fnlcc](#)

[10] Verret J, Douleur et cancer : rappels physiologiques de la douleur, article électronique, consultable sur : [site fnlcc](#)

[11] Donnadiou S, Traitement de la douleur en cancérologie in, Cancers : évaluation, traitement et surveillance, JM Andrieu & P Colonna, Ed. Estem, Paris 1997

[12] Schraub S, Conroy T, Qualité de vie et cancérologie, John Libbey Eurotext, coll. Pathologie, science et formation », Paris, 2002

[13] Fargeot P, Place des traitements spécifiques dans la douleur cancéreuse, article électronique, consultable sur : [site fnlcc](#)

[14] Sancho-Garnier H, Fresco R, Approche socio-épidémiologique en psycho-oncologie ou que peut apporter la psycho-oncologie dans le champ de la cancérologie ? Euro cancer 1999, John Libbey eurotext. 1999. P. 415-416

[15] Simon JM, Pélicier N, Conduite des traitements cancérologiques et prise en charge psycho-oncologique, Eurocancer 1999, John Libbey Eurotext, 1999, pp. 417-418

[16] Meynadier J, Blond S, (1995), Stratégies thérapeutiques des douleurs cancéreuses, *Médecine thérapeutique*, 7, 673-680

[17] World Health Organisation. Cancer Pain relief. Geneva 1986: WHO