

## RÉSUMÉ

# THERAPIES DE SOUTIEN EN CAS DE CANCER - PARTIE 3 : TRAITEMENT DE LA DOULEUR : PRATIQUES LES PLUS COURANTES





## Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

### Conseil d'Administration

	<b>Membres effectifs</b>	<b>Membres suppléants</b>
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



## Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Yves Roger

## Direction

Directeur Général

Raf Mertens

Directeur Général Adjoint

Christian Léonard

Directeur du programme d'études

Kristel De Gauquier

## Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)

Doorbuilding (10<sup>e</sup> étage)

Boulevard du Jardin Botanique, 55

B-1000 Bruxelles

Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>



## RÉSUMÉ

# THERAPIES DE SOUTIEN EN CAS DE CANCER - PARTIE 3 : TRAITEMENT DE LA DOULEUR : PRATIQUES LES PLUS COURANTES

MARIJKE EYSSSEN, NADIA BENAHMED, ANJA DESOMER



## COLOPHON

Titre :	Thérapies de soutien en cas de cancer - partie 3 : Traitement de la douleur : pratiques les plus courantes – Résumé
Auteurs :	Marijke Eyssen, Nadia Benahmed, Anja Desomer
Relecture :	Raf Mertens, Sabine Stordeur, Joan Vlayen
Experts externes :	Cécile Avril (Fondation contre le cancer), Ahmad Awada (Institut Jules Bordet), Erik Briers (Patiëntenorganisatie “Wij Ook”), Tom Boterberg (UZ Gent), Annemarie Coolbrandt (UZ Leuven), Mieke Depril (UZ Leuven), Frederic Duprez (UZ Gent), Marie-Elisabeth Faymonville (CHU de Liège), Chantal Goossens (Fondation contre le cancer), Guy Hans (UZ Antwerpen), Lia Le Roy (Werkgroep Hersentumoren vzw), Johan Menten (UZ Leuven), Marc Peeters (UZ Antwerpen)
Stakeholders :	<p>Suzan Broekmans (UZ Leuven, NVKVV, BPS), Marc De Kock (Cliniques universitaires UCL Saint-Luc, BVAR-SBAR), Peter Demeulenaere (Huisartsengroep Groenenborg, palliative care specialist at GZA-ziekenhuizen, Domus Medica), Alain Dessard (Delta asbl, Fédération Wallonne des Soins Palliatifs), Jacques Devulder (UZ Gent, UGent, BVAR-SARB), Chantal Doyen (CHU. Mont Godinne, Fédération Wallonne des Soins Palliatifs), Koen Lauwers (AZ Klina, VAVP, BPS), Filomena Mazzeo (Cliniques universitaires UCL Saint-Luc, BSMO), Ivo Nagels (Stichting tegen Kanker), Patrick Paulus (CHR Citadelle Liège, BELNUC), Barbara Plehiers (CHU Ambroise Paré, Fédération Wallonne des Soins Palliatifs), Jan Poelaert (UZ Brussel, VUB, BVAR-SBAR), Dirk Schrijvers (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen-Middelheim, BSMO), Marc Tanghe (CHRPBW Bois de la Pierre, Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen), Bart Van den Eynde (Gasthuiszusters Antwerpen, Domus Medica)</p> <p>En outre, 1 patient a participé au groupe de développement de recommandations. Pour des raisons de confidentialité son nom ne figure pas dans ce colophon</p>
Validateurs externes :	Paul M. J. Clement (UZ Leuven, KU Leuven), Hilde Verbeke (UZ Leuven, Belgian Centre for Evidence-Based Medicine CEBAM), K.C.P. Vissers (Universitair Medisch Centrum St. Radboud – Radboud Universiteit Nijmegen Nederland)
Autres intérêts déclarés :	<p><b><u>Experts externes :</u></b> Bourse, honoraires ou fonds en tant que membre d’un staff ou autre forme de compensation pour la conduite d’une recherche : Annemarie Coolbrandt</p> <p><b><u>Stakeholders :</u></b> Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Marc Tanghe (Conférencier invité Brussel HUB-Erasmus Hogeschool) Présidence ou fonction de responsable au sein d’une institution, d’une association, d’un département ou d’une autre entité pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Susan Broekmans (président du Réseau Vlaamse pijnverpleegkundigen - NVKVV), Koen Lauwers (BPS membre du conseil, VAVP), Chantal</p>



Doyen (vice-président FWSP)

**Validateurs :**

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Kris Vissers

Bourse, honoraires ou fonds en tant que membre d'un staff ou autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche : Paul Clement, Kris Vissers

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Paul Clement, Kris Vissers

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Paul Clement, Kris Vissers

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Kris Vissers

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Paul Clement, Kris Vissers

En outre, il convient de noter que tous les experts et les stakeholders, ainsi que les validateurs consultés dans ce rapport ont été choisis en raison de leur expertise dans le domaine de la douleur liée au cancer. Par conséquent, ils peuvent avoir des intérêts potentiels de différentes natures liés au sujet principal du rapport.

Layout :

Ine Verhulst

**Disclaimer :**

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

18 novembre 2013

Domaine :

Good Clinical Practice (GCP)



MeSH : Neoplasms ; Pain ; Pain management ; Analgesics ; Radiotherapy  
Classification NLM : QZ 266  
Langue : Français  
Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2013/10.273/82

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Eyssen M, Benahmed N, Desomer A. Thérapies de soutien en cas de cancer - partie 3 : Traitement de la douleur : pratiques les plus courantes – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 211Bs. D/2013/10.273/82.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.





## ■ PRÉFACE

Personne n'échappe à l'expérience de la douleur, elle est consubstantielle à l'existence et donc, inévitablement, à la maladie qui exacerbe notre vulnérabilité. Quand cette maladie est un cancer, la douleur agit probablement avec une prégnance toute particulière notamment en raison de ce que le mot évoque chez chacun. La gravité de la maladie fait alors de la douleur un phénomène toujours plus complexe qui présente des aspects physiques bien sûr, mais aussi psychologiques, sociaux et spirituels. Et si la douleur touche le patient, elle s'étend aussi aux proches qui en sont spectateurs. Même si ses contours ne peuvent être délimités de manière totalement objective, la douleur exige une démarche scientifique permettant de dégager les moyens les plus efficaces de la gérer, de la traiter.

Le KCE est à présent coutumier de l'élaboration de règles de bonnes pratiques relatives au traitement des cancers et ces règles couvrent des aspects des soins de soutien qui ne sont en fait pas spécifiques à un cancer particulier. Il a donc été décidé de procéder à l'élaboration de règles de bonnes pratiques relatives au traitement de la douleur consécutive au cancer, de manière générique.

Ces règles ont été élaborées avec le concours d'un panel d'experts à la fois professionnels et représentants d'associations de patients. Elles ont ensuite été proposées à la lecture critique et à la discussion d'un groupe de 'parties prenantes' (stakeholders) constitué non seulement de représentants d'associations de professionnels et d'associations de patients mais aussi de patients, témoins du vécu de la maladie et de la souffrance.

Cette procédure très originale a permis de formuler des recommandations qui, on ne s'en étonnera pas, reconnaissent au patient une capacité à évaluer sa douleur et lui confèrent un rôle actif dans la gestion de sa douleur, notamment au travers d'une information adéquate.

L'implémentation de ces règles de bonne pratique devrait être facilitée par le Collège d'oncologie et bénéficier d'une diffusion attractive auprès de tous les soignants concernés.

Nous remercions celles et ceux qui se sont impliqués dans ce processus qui atteste d'un grand intérêt pour la gestion de la douleur des patients atteints d'un cancer mais qui prouve également qu'il est possible d'aborder de manière rigoureuse un phénomène qui semble parfois échapper à toute rationalité.

Christian LÉONARD  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ RÉSUMÉ

### 1. INTRODUCTION

L'élaboration de guides de bonne pratique constitue l'un des principaux objectifs du Plan National Cancer 2008-2010 et l'une des tâches du Collège d'oncologie. Le KCE collabore avec le Collège d'oncologie, et fournit une aide scientifique dans le cadre de l'élaboration de guides de pratique clinique. À ce jour, les guides de pratique clinique concernaient un certain nombre de cancer spécifiques (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du tractus gastrointestinal supérieur, etc. ([www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be))).

Les aspects relatifs aux thérapies de soutien sont également abordés par de nombreux guides de bonne pratique spécifiques à un type de cancer. Comme ces thérapies sont souvent communes à tous les cancers, il a été décidé de développer une série de trois rapports consacrés aux thérapies de soutien destinées aux patients cancéreux adultes. Le premier rapport (KCE report n° 185 ; 2012)<sup>1</sup> traite de la thérapie par exercices physiques, tandis que le second rapport (KCE report n° 191; 2012)<sup>2</sup> concerne la prévention et le traitement des effets indésirables liés à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Ce rapport est donc le troisième et dernier volet de cette série consacrée aux thérapies de soutien aux patients adultes atteints d'un cancer. Il vise à formuler, sur la base de preuves scientifiques actuelles, des recommandations relatives au traitement de la douleur liée au cancer. Ce rapport est destiné aux professionnels de la santé participant aux thérapies de soutien des patients souffrant d'un cancer tout au long du continuum des soins, plus spécifiquement les oncologues, les chirurgiens, les radio-oncologues, les spécialistes en médecine nucléaire, les anesthésistes et spécialistes de la douleur, les spécialistes en soins palliatifs, les médecins généralistes, les médecins spécialistes participant au traitement du cancer, les infirmiers, les pharmaciens, etc. Il pourrait également s'avérer intéressant pour les patients, directeurs d'hôpitaux et décideurs politiques.



## 2. MÉTHODES

Les adultes souffrant d'un cancer indifféremment de son origine ou du stade de la maladie sont le public cible de l'étude. Seule la phase terminale a été exclue. Elle est définie comme les soins prodigués pendant le processus conduisant à la mort, c'est-à-dire pendant la période de quelques semaines à quelques jours précédant le décès. Neuf interventions médicales pour le traitement de la douleur liée au cancer ont été choisies par les professionnels de la santé impliqués dans le traitement du cancer. Le même groupe de professionnels a également défini les résultats critiques et déterminants à prendre considération.

En première intention, les recherches se sont concentrées sur les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses. Des recherches complémentaires d'essais contrôlés randomisés (RCT) ont été réalisées pour mettre à jour les revues systématiques sélectionnées ou trouver des preuves scientifiques de haut niveau en cas d'absence de revue systématique sur une thématique particulière. Les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses ont été extraites des bases de données suivantes : OVID Medline et PreMedline, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) et la base de données Health Technology Assessment (HTA). Les RCT ont été recherchés dans : OVID Medline, EMBASE et CENTRAL. Les recherches se sont déroulées entre le mois de juillet 2012 et le mois de novembre 2012. Par ailleurs, les bases de données et les sites web d'instances responsables de l'élaboration de guides de bonne pratique ont été interrogés afin de trouver des recommandations empiriques ayant trait au sujet. Les revues systématiques de la littérature ont fait l'objet d'une évaluation critique à l'aide de l'instrument AMSTAR. Le risque de biais pour les RCT inclus a été apprécié en utilisant l'instrument « Risk of bias » de la Cochrane Collaboration. Le système GRADE a été appliqué pour attribuer les niveaux de preuve et définir la force des recommandations. Les recommandations labellisées « Bonne pratique clinique » (Good Clinical Practice) concernent les normes globales de pratiques et/ou les considérations d'ordre éthique non issues de la littérature scientifique.

Une première version des 'Bonnes pratiques cliniques' et de recommandations a été examinée à plusieurs reprises avec la collaboration d'un panel d'experts multidisciplinaire (le Groupe de développement du guide de bonne pratique). Ce panel comprend des professionnels et des représentants d'associations de patients (voir colophon). Sur la base de ces discussions, les conclusions et les recommandations ont été adaptées. Ensuite, toutes les recommandations élaborées par l'équipe du KCE et les experts consultés ont fait l'objet de discussions avec un panel de stakeholders (parties prenantes) composé de patients, de représentants d'associations professionnelles et de représentants d'associations de patients (voir colophon). Les adaptations conduisant à la formulation définitive des conclusions et des recommandations reposent sur ces discussions.

## 3. COMMENT UTILISER CE GUIDE DE BONNE PRATIQUE ?

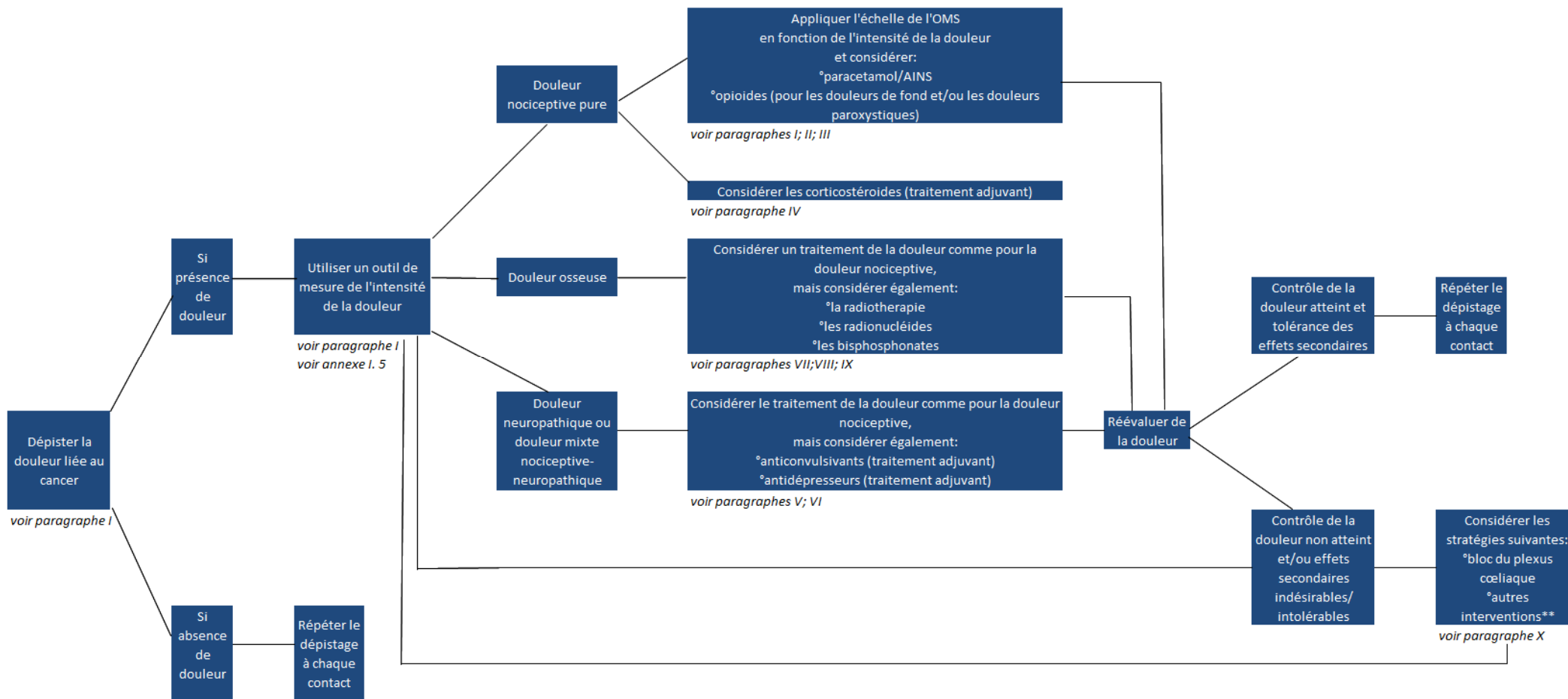
Le lecteur est invité à suivre l'algorithme ci-dessous qui le guidera jusqu'à la recommandation *ad hoc* en fonction des besoins du patient atteint de cancer.

A chaque étape de cet algorithme et en fonction de leur propre expertise, les médecins traitants devraient considérer la collaboration d'un confrère ayant une expertise dans le traitement de la douleur ou en soins palliatifs.



Figure 1 – Comment utiliser ce guide de bonne pratique ?

Suite de la Figure 1 (Tableau), voir page suivante





### Figure 1 (suite) – Comment utiliser ce guide de bonne pratique ?

#### Les options de traitement non reprises dans le rapport sont les suivantes:

##### 1. \*\*Traitements interventionnels de la douleur:

- Administration intrathécale/épidurale de médicaments: voir rapport KCE n° 189 (2012){Camberlin, 2012 #301}
- Traitement neuro-ablatif comprenant les nerfs périphériques, le bloc hypogastrique, autres (ex chordotomie)
- Neurostimulation médullaire: voir rapport KCE n° 189 (2012){Camberlin, 2012 #301}
- Neurostimulation des nerfs périphériques, stimulation cérébrale profonde

##### 2. Pharmacothérapie:

- Agents topiques (ex. lidocaïne)
- Autres médicaments pour soulager les douleurs neuropathiques (ex. Lidocaïne i.v., baclofène, clonazépam, kétamine)
- Autres médicaments pour les métastases osseuses (ex. calcitonine)
- Autres médicaments contre l'obstruction intestinale (ex. médicaments anticholinergiques, analogues de la somatostatine)

##### 3. Traitements modifiant l'évolution de la maladie:

chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie des masses de tissu mou, etc

##### 4. Modalités de traitement complémentaires or alternatifs

ex. acupuncture: voir rapports KCE 148, 153, 154{De Gendt, 2010 #495;De Gendt, 2011 #494;De Gendt, 2011 #496}

Des informations relatives à la thérapie par exercices physiques, à la prévention et au traitement des effets indésirables liés à la chimiothérapie et à la radiothérapie peuvent être consultées dans d'autres rapports KCE reports (voir rapports KCE 185 et 191) {Holdt, 2012 #299;Verleye, 2012 #300}

## 4. RÉSULTATS

Les principes généraux du traitement de la douleur ainsi que des standards généraux de « Bonne pratique clinique » sont présentés ci-dessous (paragraphe I). Pour chacune des interventions étudiées, les recommandations sont également présentées (paragraphe II à X).

Hormis quelques rares exceptions, le niveau de preuve des recommandations était de qualité faible à très faible.

Pour plus de détails concernant la littérature, le lecteur est invité à consulter le rapport scientifique.

### 4.1. Principes de base

#### 4.1.1. Évaluation de la douleur

##### Bonne pratique clinique

- Avant d'initier un traitement, il convient de procéder à une évaluation précise afin de déterminer la cause, le type et l'intensité de la douleur ainsi que son impact fonctionnel et psychosocial sur le patient. A cet effet, des questionnaires d'évaluation validés, des évaluations cliniques et, si nécessaire, des examens médicaux, devraient être utilisés. L'évaluation devrait être répétée si le traitement ne permet pas d'atténuer la douleur même après une adaptation minutieuse de ce dernier.
- Le patient est l'évaluateur le plus fiable de la douleur et devrait, si possible, être le principal évaluateur de sa douleur.
- La douleur des patients atteints d'un cancer devrait être contrôlée régulièrement à l'aide d'instruments de mesure unidimensionnelle de l'intensité de la douleur comme l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS). Les instruments de mesure multidimensionnelle de la douleur devraient être utilisés en cas de syndromes douloureux complexes. À titre d'exemples, citons le questionnaire de McGill sur la douleur et le Brief Pain Inventory, qui intègre l'EN et l'EVS. Les échelles d'évaluation de la douleur par l'observation devraient être préférées chez les patients dans l'incapacité d'utiliser une échelle d'autoévaluation.
- Le traitement de la douleur devrait, au minimum, permettre une

réduction clinique pertinente de la douleur (sur une échelle de 0 à 10, une diminution de 2 points et/ou une diminution de 30%, et de préférence atteindre une douleur dont l'intensité est <5).

- Les patients devraient recevoir des informations sur la douleur et des instructions sur la gestion de celle-ci, ils devraient être encouragés à jouer un rôle actif dans la gestion de leur douleur.

#### 4.1.2. Intensité de la douleur et l'échelle analgésique de l'OMS

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé une échelle analgésique en trois paliers comme approche systématique du contrôle de la douleur chez les patients cancéreux (voir Figure 2). Cette échelle repose sur l'intensité de la douleur. Dans le cadre du présent rapport, une douleur légère se définit comme étant comprise entre 1 et 4 sur une échelle numérique de 1 à 10, une douleur modérée, entre 4 et 7, et une douleur sévère de 7 à 10.

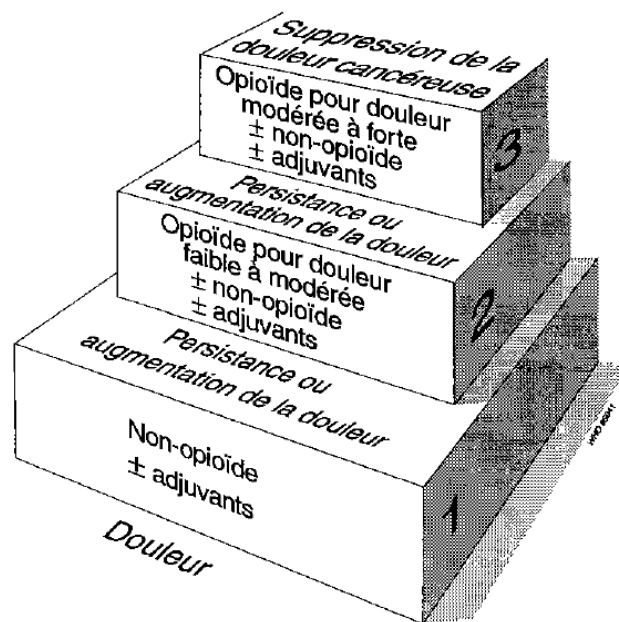
L'échelle de l'OMS prescrit l'utilisation d'analgésiques non-opiacés (paracétamol/AINS) pour les douleurs légères à modérées liées au cancer (Palier I). En cas de persistance de la douleur, l'utilisation d'analgésiques opiacés faibles peut être considérée, éventuellement en combinaison avec des analgésiques non opiacés (Palier II). Lorsque le patient éprouve une douleur sévère, l'usage d'analgésiques opiacés forts peut être considéré, éventuellement en combinaison avec des analgésiques non opiacés (Palier III). Dans l'approche de l'OMS, les opioïdes forts, combinés ou non avec des analgésiques non opiacés, peuvent être considérés dans le traitement de la persistance d'une douleur légère à modérée en dépit de l'utilisation d'opioïdes faibles.

La codéine et le tramadol sont des exemples d'opioïdes du second palier de l'échelle de l'OMS ; tandis que la morphine, l'hydromorphone, l'oxycodone, la méthadone, le fentanyl, la buprénorphine sont des molécules présentes au troisième palier de cette échelle. À chacun des paliers, des médicaments adjuvants peuvent être envisagés. Par médicaments adjuvants, on entend des médicaments dont l'indication primaire n'est pas l'analgésie, mais qui peuvent être utilisés comme analgésique dans certaines circonstances (ex. antidépresseurs, anticonvulsivants).



Selon la littérature, l'application de l'échelle analgésique de l'OMS permet d'atténuer la douleur chez 75 à 90% des patients atteints d'un cancer (très faible niveau de preuve). L'échelle analgésique de l'OMS n'inclut pas les stratégies interventionnelles de traitement de la douleur comme le bloc du plexus coeliaque.

Figure 2 – L'échelle analgésique en 3 paliers élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)



Source : OMS (1997) Traitement de la douleur cancéreuse : complétée par une analyse des problèmes liés à la mise à disposition des opioïdes – 2<sup>ème</sup> ed. p18 (disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242544825.pdf> )

### Recommandation

- Les principes de traitement énoncés dans l'échelle analgésique de l'OMS devraient être suivis lors du traitement de la douleur des patients atteints de cancer (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).



### 4.1.3. Information aux patients

#### Bonne pratique clinique

Les patients devraient être informés des avantages et des éventuels effets secondaires liés à l'utilisation d'un traitement analgésique (AINS, opioïdes, corticostéroïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, programmes de radiothérapie, radio-isotopes destinés au traitement du cancer des os, bisphosphonates, bloc du plexus coéliquaie). Leurs préférences devraient être prises en compte lors du choix du traitement à suivre.

### 4.2. AINS et paracétamol

#### Recommandation

- Le paracétamol correctement dosé (1 g/prise ; jusqu'à 4 g/jour chez l'adulte, jusqu'à 3 g/jour chez le patient âgé) et/ou un AINS sont recommandés comme option thérapeutique de première ligne pour les douleurs légères à modérées liées au cancer (Palier I de l'OMS) (paracétamol : très faible niveau de preuve, AINS : niveau de preuve modéré). Un AINS peut être privilégié pour des indications spécifiques comme les douleurs osseuses ou les états inflammatoires (très faible niveau de preuve). Il convient, d'une part, de prendre en considération les contre-indications relatives telles que la préexistence d'une maladie gastro-intestinale, cardiovasculaire, hématologique, rénale ou hépatique, et d'autre part, de surveiller rigoureusement les effets secondaires et d'en informer le patient, particulièrement avec les AINS (recommandation forte).
- Aucune recommandation ne peut être formulée quant à l'avantage d'un AINS donné par rapport à un autre pour le traitement de la douleur chez les patients atteints de cancer. Cependant, la sensibilité individuelle de chaque patient devrait être prise en compte (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- Les éléments de preuve disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions explicites au sujet de la comparaison de l'effet analgésique ou des effets secondaires à court terme des AINS et des opioïdes du Palier II ou de Palier III de l'OMS dans le traitement des douleurs modérées à sévères liées au cancer. Pour cette raison, aucune recommandation ne peut être formulée quant à l'utilisation d'un AINS ou d'un opioïde de Palier II ou de Palier III comme option thérapeutique de première ligne pour les douleurs modérées à sévères liées au cancer (très faible niveau de preuve).
- Pour le traitement des douleurs légères à modérées liées au cancer, certains éléments indiquent que les AINS utilisés comme adjuvants des opioïdes de Palier III de l'OMS, en comparaison des opioïdes de Palier III utilisés seuls ne présentent aucun avantage ou seulement un faible avantage clinique (moins de 25% de différence). Il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives de la littérature au sujet de la comparaison des effets indésirables à court terme des deux groupes. Dès lors, l'utilisation d'AINS comme adjuvant d'un schéma thérapeutique stabilisé d'opioïdes de Palier III de l'OMS ne devrait pas être considérée comme une option thérapeutique de routine (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- Pour le traitement des douleurs légères liées au cancer, il semblerait que le paracétamol utilisé comme adjuvant d'un schéma thérapeutique stabilisé d'opioïdes de Palier III de l'OMS ne présente aucune différence en termes de soulagement de la douleur par rapport aux opioïdes de Palier III utilisés seuls. C'est la raison pour laquelle l'utilisation du paracétamol comme adjuvant d'un schéma thérapeutique stabilisé d'opioïdes de Palier III de l'OMS ne devrait pas être considérée comme un traitement de routine (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).





### 4.3. Opiïdes

Pour toute information complémentaire concernant le dosage, le titrage et les effets secondaires fréquents des opioïdes (comme la constipation), nous vous renvoyons au chapitre 4.3.1 du rapport scientifique.

#### Recommandation

##### Principes généraux

- Les différences importantes dans les réponses individuelles aux opioïdes est un phénomène clinique bien connu et corroboré par de récentes découvertes scientifiques en matière de variation génétique du métabolisme des opioïdes. Tous les opioïdes devraient donc être titrés en fonction de la réaction analgésique individuelle et de l'occurrence des effets secondaires (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- Sur base de l'expérience clinique, l'administration orale des opioïdes est à la fois simple et efficace. Par conséquent, la voie orale devrait être privilégiée pour l'administration des opioïdes, dans la mesure où cette solution est possible et réalisable. Cependant, en fonction de l'évolution de l'état du patient et de ses préférences, la voie d'administration devrait être adaptée, de manière dynamique, en une administration transdermique, sous-cutanée ou intraveineuse d'opioïdes. Exceptionnellement, une administration intrarectale, intramusculaire ou intraspinale peut être considérée. Les opioïdes oraux à libération lente ne peuvent être administrés par sonde gastrique étant donné l'impossibilité de broyer ces formulations. Cependant, une forme orale à libération lente constitue une exception (hydromorphe à libération lente : Palladone Slow Release<sup>®</sup>). Développée sous forme de capsule, elle peut être ouverte pour administration, évitant ainsi l'écueil du broyage des autres formes (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).

##### Opioïdes faibles

- Si le(s) paracétamol/AINS ne soulage(nt) plus correctement la douleur, un opioïde devrait être envisagé. Conformément aux principes de l'échelle analgésique de l'OMS, les opioïdes faibles (Palier II) devraient être considérés dans le cadre de la gestion de la douleur légère à modérée liée au cancer après l'échec d'un traitement conventionnel avec paracétamol/AINS. Les résultats pour le patient devraient être contrôlés (très faible niveau de preuve ; recommandation forte). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Des éléments de réponses contradictoires quant à la combinaison d'un AINS ou du paracétamol avec un opioïde de Palier II de l'OMS sur un AINS ou le paracétamol utilisé seul ont été identifiés dans le cadre du traitement de la douleur des patients atteints d'un cancer (très faible niveau de preuve). D'autres éléments indiquent que la codéine et le tramadol oral sont des médicaments à la fois bien tolérés et efficaces par rapport au placebo dans le cadre de la gestion d'une douleur légère à modérée liée au cancer, et n'ayant jamais été traitée par des opioïdes (faible niveau de preuve). Il semblerait que la mise en place d'un traitement avec des opioïdes forts (Palier III) au lieu d'opioïdes faibles (Palier II) en vue de soulager les douleurs légères à modérées liées à un cancer après l'échec d'un traitement conventionnel avec AINS et/ou paracétamol, débouche sur une meilleure maîtrise de la douleur, mais au prix d'une augmentation du nombre d'effets secondaires (très faible niveau de preuve).
- Lorsque des opioïdes faibles sont envisagés dans la gestion de la douleur légère à modérée liée au cancer à la suite d'un échec d'un traitement conventionnel au paracétamol/AINS, la codéine et le tramadol peuvent être considérés comme des options thérapeutiques équivalentes. Le choix entre ces options devrait dépendre de la tolérance individuelle de chaque patient (très faible niveau de preuve ; recommandation faible). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Il semblerait qu'il n'existe aucune différence d'efficacité entre le tramadol et la codéine combinée au paracétamol (faible niveau de preuve). Aucun RCT comparant directement d'autres combinaisons d'opioïdes faibles n'est disponible pour cette indication.



### Opiïdes forts

- La morphine par voie orale devrait être considérée comme le médicament de premier choix et le gold standard pour atténuer les douleurs modérées à sévères liées au cancer (très faible niveau de preuve ; recommandation forte). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Certains éléments indiquent que l'efficacité de la morphine par voie orale dans le traitement de la douleur liée au cancer est comparable à d'autres opioïdes forts (oxycodone, hydromorphone, méthadone) lorsque la posologie est ajustée jusqu'à l'obtention de l'effet désiré (très faible niveau de preuve). Il semblerait que le traitement par la morphine orale s'accompagne fréquemment d'effets secondaires. Cependant, des effets indésirables intolérables ne concernent qu'un faible nombre de patients (4%). De plus, l'absence de réaction est rare (très faible niveau de preuve).
- En fonction de la tolérance individuelle de chaque patient, d'autres opioïdes forts administrés oralement dans leur dosage équianalgésique peuvent être considérés comme une alternative à la morphine par voie orale en traitement de première ligne d'une douleur modérée à sévère liée au cancer. De même, le fentanyl par voie transdermique, dans un dosage équianalgésique, peut être utilisé comme alternative aux opioïdes oraux pour les douleurs modérées à sévères liées au cancer, après la mise en place d'un schéma thérapeutique stable à base d'opioïdes (très faible niveau de preuve ; recommandation forte). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Certains éléments indiquent que la morphine per os, l'oxycodone per os, l'hydromorphone per os et le fentanyl transdermique, ont une efficacité et une toxicité similaires dans le cadre du traitement de la douleur liée au cancer lorsque la posologie est ajustée jusqu'à l'obtention de l'effet désiré (très faible niveau de preuve).
- Il n'est pas possible de tirer de conclusion de la littérature sur l'efficacité relative et les effets secondaires de la buprénorphine par voie transdermique en comparaison de la morphine par voie orale, d'autres opioïdes oraux ou du fentanyl par voie transdermique pour les douleurs modérées à sévères liées au cancer. Sur la base de ses propriétés pharmacologiques et de son mode d'action mixte, la buprénorphine orale ou transdermique peut être considérée comme une option thérapeutique (très faible niveau de preuve).
- L'initiation d'un traitement par la méthadone à des fins analgésiques (des douleurs modérées à sévères liées au cancer) devrait être restreinte aux médecins experts dans le traitement de la douleur ou en soins palliatifs. Une fois le dosage optimal identifié, le traitement d'entretien peut être réalisé par un autre médecin (très faible niveau de preuve ; recommandation forte). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Les propriétés pharmacologiques de la méthadone suggèrent qu'elle puisse être utile dans le traitement de la douleur neuropathique. Cependant, sur la base des éléments de preuve disponibles, il est impossible de conclure à la supériorité de la méthadone sur la morphine chez les patients avec une douleur neuropathique liée au cancer (très faible niveau de preuve). Il semblerait que la méthadone orale et la morphine ont une efficacité similaire dans le traitement des douleurs modérées à sévères liées au cancer de nature nociceptive ou mixte (très faible niveau de preuve). En raison de ses propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, les effets indésirables de la méthadone peuvent devenir plus importants en cas d'administration répétée. L'un de ses effets indésirables spécifiques, quoique rares, est le prolongement de l'intervalle QT conduisant à une dysrythmie cardiaque, particulièrement à des doses élevées.
- L'évaluation individuelle du patient devrait déterminer l'option thérapeutique appropriée chez les patients atteints d'un cancer avec une douleur neuropathique ou une douleur mixte avec des composantes neuropathiques. Les opioïdes peuvent être considérés seuls ou en combinaison avec des analgésiques adjuvants (antidépresseurs, anticonvulsivants) (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).



### Douleur paroxystique causée par le cancer

Une douleur paroxystique est une augmentation passagère de l'intensité de la douleur par rapport à une douleur d'arrière-plan. Il s'agit d'une composante commune et distincte de la douleur liée au cancer. Elle présente généralement une apparition rapide, une forte intensité et une durée moyenne limitée à 30 minutes. Deux types de douleur paroxystique peuvent être décrits : la douleur incidente qui est déclenchée par des facteurs tels que le mouvement et est prévisible et la douleur spontanée qui intervient en l'absence de relation à des activités spécifiques et qui n'est pas prévisible par nature. Il est important de différencier la douleur paroxystique de l'échec de fin de dose résultant d'un dosage inadéquate d'analgésique ou d'un intervalle trop long entre deux administrations.

- Pour les patients sous un schéma thérapeutique stable de 24 heures présentant des douleurs paroxystiques, l'objectif premier est d'optimiser le schéma thérapeutique de 24 heures afin de faire la distinction entre la douleur paroxystique et la douleur de fin de dose (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- La douleur paroxystique chez les patients atteints d'un cancer sous schéma thérapeutique à base d'opioïdes optimisé et stable sur 24 heures peut être traitée avec du fentanyl oral ou intranasal quel que soit l'opioïde utilisé pour le traitement d'entretien. En Belgique, la forme sublinguale et la forme en spray intranasal du fentanyl sont disponibles mais ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire (Juillet 2013). Malgré la présence d'éléments indiquant la supériorité du fentanyl intranasal et oral, la morphine orale (ex. sous forme de sirop) peut être considérée comme une alternative efficace et moins chère en Belgique (recommandation faible). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Pour les patients sous schéma thérapeutique à base d'opioïdes optimisé et stable sur 24 heures, différentes formes de fentanyl oral et intranasal ont prouvé leur efficacité et leur sécurité comparativement au placebo dans le traitement de la douleur paroxystique liée au cancer (faible niveau de preuve). Aucune publication n'est disponible à propos de l'efficacité et de la sécurité de la morphine orale à libération immédiate et des autres formes d'opioïdes oraux communément utilisés pour la douleur paroxystique (oxycodone, hydromorphe). Aucune conclusion ne peut être tirée quant à la supériorité d'une forme orale du fentanyl par rapport à la forme intranasale (très faible niveau de preuve). Certains éléments indiquent que le citrate de fentanyl oral transmuqueux et la pectine de fentanyl en spray nasal pourraient être supérieurs au sulfate de morphine à libération immédiate (faible niveau de preuve). Aucune conclusion ne peut être tirée quant à l'éventuelle supériorité d'un opioïde oral par rapport à un autre opioïde oral (très faible niveau de preuve).
- Sur la base de l'avis d'experts, il conviendrait d'envisager de commencer le médicament de secours immédiatement à une dose proportionnelle à la dose totale d'opioïdes de 24 heures ; et de le doser ensuite de la même manière que l'opioïde utilisé sur une base de 24 heures (très faible niveau de preuve ; recommandation).
- La morphine par voie intraveineuse ou par voie sous-cutanée est adéquate pour le traitement de la douleur paroxystique liée au cancer après l'échec d'un traitement aux opioïdes oraux (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).

### Rotation des opioïdes

Par rotation des opioïdes ou passage à un autre opioïde, on entend la pratique clinique relative de la substitution d'un opioïde fort à un autre, dans le but d'atteindre un meilleur équilibre entre le soulagement de la douleur et les effets secondaires.

- Les éléments de preuve disponibles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de la rotation des opioïdes chez les patients présentant un soulagement inadéquat de la douleur, une toxicité intolérable liée aux opioïdes ou encore des effets indésirables. Cependant, la rotation des opioïdes peut être une option thérapeutique pour certains de ces patients, après une minutieuse réévaluation de la gestion de la douleur (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).



#### Combinaison d'opioïdes

Les éléments de preuve disponibles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de l'utilisation concomitante de deux opioïdes forts pour l'analgésie d'arrière-plan des patients cancéreux traités habituellement par un seul opioïde fort et présentant un soulagement inadéquat de la douleur et/ou des effets indésirables et intolérables liés au traitement. Cependant, l'utilisation concomitante de deux opioïdes forts minutieusement sélectionnés peut être une option de traitement chez certains de ces patients après la réévaluation rigoureuse de la gestion de douleur. L'initiation d'un tel traitement devrait être restreinte aux médecins experts dans le traitement de la douleur ou en soins palliatifs. Une fois le dosage optimal identifié, le traitement d'entretien peut être poursuivi par un autre médecin (très faible niveau preuve).

#### 4.4. Corticostéroïdes

##### Recommandation

Les corticostéroïdes utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres options thérapeutiques peuvent être pris en considération chez les patients cancéreux pour des douleurs liées à l'effet de masse de la tumeur, ex. céphalées causées par une augmentation de la pression intracrânienne, douleurs dues à la compression de la moelle épinière, douleurs osseuses multifocales, douleur abdominale consécutive à une distension hépatique, obstruction intestinale. Les corticostéroïdes peuvent être également utilisés pour faciliter la gestion d'autres symptômes des patients atteints d'un cancer en phase avancée ou terminale, ex. anorexie, nausées, fatigue, faiblesse généralisée, sensations de malaise et dépression. Les effets secondaires devraient être rigoureusement surveillés (faible niveau de preuve ; recommandation forte).

#### 4.5. Antidépresseurs

##### Recommandation

Aucune recommandation ne peut être formulée concernant l'utilisation d'antidépresseurs pour le traitement de la douleur neuropathique chez les patients cancéreux. L'évaluation individuelle du patient devrait déterminer l'option thérapeutique appropriée pour les patients cancéreux avec une douleur neuropathique ou une douleur mixte avec des composantes neuropathiques. Pour ces patients, les antidépresseurs peuvent être envisagés seuls, sous forme séquentielle ou concomitante avec d'autres agents analgésiques, y compris les opioïdes. Leur efficacité et leurs effets secondaires devraient faire l'objet d'un suivi attentif. Cette recommandation repose sur le consensus selon lequel les avantages démontrés des antidépresseurs (ex. l'amytriptiline) comme médicament de première ligne dans le traitement de la douleur neuropathique chez les patients non cancéreux peuvent être étendus aux patients souffrant de douleurs cancéreuses neuropathiques (très faible niveau de preuve ; recommandation forte)



#### 4.6. Anticonvulsivants

##### Recommandation

- Aucune recommandation ne peut être formulée au sujet de l'utilisation de gabapentine ou de prégabaline pour le traitement des douleurs neuropathiques chez les patients cancéreux (très faible niveau de preuve). L'évaluation individuelle du patient y compris les symptômes sensoriels, devrait permettre de déterminer l'option thérapeutique appropriée chez les patients cancéreux présentant une douleur neuropathique ou une douleur mixte avec des composantes neuropathiques. Pour ces patients, l'utilisation des anticonvulsivants, y compris la gabapentine et la prégabaline, peut être envisagée seule, sous forme séquentielle ou concomitante avec d'autres agents analgésiques, dont les opioïdes. Il convient d'assurer un suivi attentif de leur efficacité et de leurs effets secondaires. Cette recommandation repose sur le consensus selon lequel les avantages démontrés des anticonvulsivants comme médicament de première ligne dans le traitement de la douleur neuropathique chez les patients non cancéreux peuvent être étendus aux patients souffrant de douleur cancéreuse neuropathique (très faible niveau de preuve ; recommandation forte (gabapentine), recommandation faible (prégabaline)).
- La carbamazépine est l'anticonvulsivant privilégié pour traiter la douleur neuropathique résultant de l'atteinte cancéreuse du nerf trijumeau. Cette recommandation repose sur le consensus selon lequel l'efficacité démontrée de la carbamazépine pour le traitement du nerf trijumeau chez des patients non cancéreux peut être étendue aux patients cancéreux (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- Aucune recommandation ne peut être formulée quant à l'option privilégiée entre les anticonvulsivants et les antidépresseurs comme traitement de première ligne ou adjuvant dans le traitement de la douleur neuropathique liée au cancer (très faible niveau de preuve).

#### 4.7. Radiothérapie pour les métastases osseuses douloureuses

##### Recommandation

- Les aspects tels que l'espérance de vie, l'état clinique du patient et la curabilité des métastases osseuses devraient être pris en compte lors de la décision relative au schéma de radiothérapie privilégié pour soulager la douleur liée aux métastases osseuses (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- L'utilisation de la radiothérapie à fraction unique pour un soulagement complet ou partiel de la douleur à court terme chez les patients présentant des métastases osseuses non compliquées est recommandée comme un traitement de première intention. Cependant, la décision définitive relative aux modalités de traitement devrait également prendre en considération les préférences du patient après l'avoir correctement informé, et pris en compte les aspects tels que l'espérance de vie, l'état clinique du patient et la curabilité des métastases osseuses (recommandation forte). Cette recommandation est basée sur les éléments suivants. Il est plausible que la radiothérapie à fraction unique soit aussi efficace à court terme (4 à 8 semaines) que la radiothérapie à fractions multiples pour atteindre un soulagement complet ou partiel de la douleur chez les patients présentant des métastases osseuses non compliquées, quel que soit le site primaire de la tumeur (niveau modéré de preuve). Il est également plausible que la radiothérapie à fraction unique soit associée à davantage de retraitements (niveau modéré de preuve) et à de plus nombreuses fractures pathologiques (faible niveau de preuve). Cependant, le taux général de retraitement et de fractures pathologiques est relativement faible.
- L'utilisation d'une radiothérapie à fraction unique de 8 Gy, plutôt qu'une fraction unique de 4 Gy, est l'option thérapeutique de premier choix pour obtenir un soulagement à court terme (4 à 8 semaines) complet ou partiel de la douleur chez les patients présentant des métastases osseuses non compliquées après la prise en compte des aspects tels que l'espérance de vie, l'état clinique du patient, la curabilité des métastases osseuses et les préférences du



patient (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).

- Une approche multimodale du traitement de la douleur devrait être envisagée pour les métastases osseuses compliquées et non compliquées. Outre le traitement local par la radiothérapie à fraction simple ou multiple, les thérapies systémiques devraient également être considérées tout au long du traitement (ex. AINS, opioïdes, chimiothérapie cytotoxique, traitement hormonal anticancéreux). En effet, un nombre significatif de patients présentant des métastases osseuses non compliquées n'obtiennent pas un soulagement total de la douleur par la radiothérapie à fraction unique ou multiple (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- La résection chirurgicale décompressive de la tumeur avec ou sans stabilisation de la colonne, suivie par une radiothérapie est l'option thérapeutique de première intention chez les patients présentant une compression métastatique de la moelle épinière, après avoir pris en compte les aspects tels que la durée de compression médullaire, le statut et le type de maladie, les thérapies anticancéreuses antérieures et disponibles, l'utilisation de corticostéroïdes, l'espérance de vie et les préférences du patient (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- En raison de l'insuffisance de littérature, aucune recommandation ne peut être formulée quant à la dose privilégiée de radiation pour le traitement de la douleur due à une compression métastatique de la moelle épinière (très faible niveau de preuve).
- Après avoir pris en compte l'espérance de vie et les préférences du patient, l'irradiation de l'hémicorps peut être une option thérapeutique chez les patients présentant des métastases osseuses étendues et souffrant de douleurs après l'échec de toutes les options de traitement systémique (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- En raison de l'insuffisance de littérature, aucune recommandation ne peut être formulée quant au schéma privilégié d'irradiation de l'hémicorps dans le traitement de la douleur chez les patients présentant des métastases osseuses étendues (très faible niveau de preuve).

#### 4.8. Radionucléides pour les métastases osseuses douloureuses

##### Recommandation

- En cas d'échec d'un traitement conventionnel, les radio-isotopes ostéotropes peuvent être considérés comme option thérapeutique de seconde intention pour obtenir un soulagement complet ou partiel de la douleur (plus de 50 %) à court et moyen termes (jusqu'à 6 mois) pour des métastases osseuses ostéoblastiques étendues et douloureuses chez des patients cancéreux quel que soit le site de la tumeur primaire (faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- Il est recommandé d'informer les patients de l'augmentation de l'incidence d'effets indésirables graves associés à ce traitement comme la toxicité hématologique et, en particulier, la leucocytopenie (faible niveau de preuve ; recommandation forte).

#### 4.9. Bisphosphonates pour les métastases osseuses douloureuses

##### Recommandation

- Les bisphosphonates ne peuvent être considérés comme une option thérapeutique purement analgésique de première intention de la douleur osseuse métastatique à court, moyen et long termes compte tenu des preuves disponibles sur l'efficacité (très faible niveau de preuve) et sur les éventuels effets indésirables (niveau de preuve modéré) (recommandation forte). Le présent rapport ne se penche pas sur l'utilité des bisphosphonates pour d'autres indications chez les patients présentant des métastases osseuses (ex. hypercalcémie, fractures pathologiques, fractures menaçantes, compression médullaire).



#### 4.10. Bloc du plexus coéliquae

##### Recommandation

- Le bloc du plexus coéliquae (BPC) peut être considéré comme une option thérapeutique de la douleur pour les patients souffrant d'un cancer du pancréas, bien que le BPC ne doive pas être un traitement de première intention. Les patients devraient être informés en temps utile de cette option thérapeutique. Cette recommandation repose sur l'efficacité limitée à court terme (environ 4 semaines) du BPC sur la douleur par rapport au traitement analgésique standard. Sur base d'un effet possiblement positif à court terme sur la consommation d'opioïdes, de la nécessité de répéter la procédure et des complications rares, mais graves, éventuellement associées à la procédure, l'utilisation du BPC devrait prendre en compte l'espérance de vie généralement limitée des patients atteints d'un cancer du pancréas (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).
- Il est recommandé d'informer clairement les patients atteints d'un cancer du pancréas de l'efficacité limitée à court terme (environ 4 semaines) du BPC sur la douleur par rapport au traitement analgésique standard, mais également de l'effet possiblement positif à court terme (environ 4 semaines) sur la posologie des opioïdes. Ils devraient aussi être informés sur le besoin de répéter la procédure dans le temps et sur les éventuels effets secondaires et complications du BPC (très faible niveau de preuve ; recommandation forte).
- Une approche multimodale du traitement de la douleur devrait être considérée pour la douleur liée au cancer. Chez les patients ayant subi un BPC, d'autres thérapies analgésiques devraient encore être envisagées pendant la durée du traitement (ex. des AINS, opioïdes) (très faible niveau de preuve ; recommandation faible).



## 5. LIMITATIONS

En raison des contraintes de temps, le champ d'application du présent rapport se devait d'être délimité. Des choix ont été arrêtés en collaboration avec des professionnels de la santé participant aux soins à destination des patients cancéreux. En conséquence, le présent rapport n'est pas exhaustif et n'examine pas toutes les options thérapeutiques pour les patients cancéreux souffrant de douleur. Le lecteur est invité à consulter la Figure 1 pour un aperçu des options thérapeutiques non étudiées.

Hormis quelques exceptions, les publications sur les interventions combinées correspondant aux critères d'inclusion du rapport n'ont pu être trouvées dans la littérature. Cela pourrait représenter un inconvénient pour le clinicien qui souhaite combiner différents traitements afin d'obtenir un soulagement optimal de la douleur.

Dans ce rapport, l'accent est mis sur l'efficacité des interventions médicales spécifiques sans prendre en compte l'organisation des services de santé. Dans la pratique clinique, une approche pluridisciplinaire devrait être encouragée. Cette approche devrait non seulement couvrir les besoins médicaux du patient, mais également prendre en compte ses besoins psychosociaux en relation avec la douleur liée au cancer.

Pour la plupart des interventions reprises dans ce document, le niveau de preuve étayant les recommandations était de qualité faible à très faible. Les études sélectionnées avaient des designs de faible qualité et/ou les résultats étaient mal rapportés. Tous ces éléments se reflètent dans le niveau de preuve évalué à l'aide du système GRADE. Ce constat souligne le besoin de recherches rigoureuses de haute qualité.

Le présent rapport se concentre sur les (revues systématiques des) RCT. Ceci peut être considéré comme une limitation. Pour certaines interventions sélectionnées, le rapport n'identifie aucun ou très peu de RCT. Ces derniers présentaient plusieurs faiblesses méthodologiques entraînant d'éventuelles lacunes dans les connaissances de base. Une recherche complémentaire des études observationnelles aurait comblé ces lacunes. Cependant, cela n'a pas été possible dans le cadre du présent projet.





## ■ RECOMMANDATIONS POLITIQUES<sup>a</sup>

### Au Collège d'oncologie

- La mise en œuvre de ce guide de bonne pratique devrait être facilitée par le Collège d'oncologie ([www.collegeoncologie.be](http://www.collegeoncologie.be)).
- Ce guide de bonne pratique devrait être mise à jour tous les 5 ans. Si, dans l'intervalle, d'importantes nouvelles preuves étaient disponibles, elles devraient être mentionnées sur le site web du Collège d'oncologie ([www.collegeoncologie.be](http://www.collegeoncologie.be)).

### Aux associations professionnelles et scientifiques

- La diffusion de ce guide de bonne pratique devrait être favorisée par la transformation de ce document en outils conviviaux, adaptés aux exigences de groupes spécifiques de prestataires de soins. Les associations devraient également jouer un rôle clé dans la diffusion par le biais de différents canaux tels que les sites web ou la formation médicale continue.

### À la communauté scientifique

- Des études de haute qualité sont nécessaires pour investiguer davantage les traitements actuellement utilisés dans la douleur liée au cancer (ex. opioïdes faibles).

---

<sup>a</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations.



## ■ RÉFÉRENCES

1. Holdt K, Desomer A, Hanssens S, Vlayen J. Supportive treatment for cancer : Part 1 - exercise treatment. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 185C (D/2012/10.273/61) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_185C\\_supportive\\_treatment\\_cancer.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_185C_supportive_treatment_cancer.pdf)
2. Verleye L, van de Wetering F, Heus P, Scholten R, Vlayen J. Supportive treatment for cancer - Part 2 : Prevention and treatment of adverse events related to chemotherapy and radiotherapy. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 191C (D/2012/10.273/88) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_191C\\_supportive\\_treatment\\_cancer\\_Part2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_191C_supportive_treatment_cancer_Part2.pdf)
3. Camberlin C, San Miguel L, Smit Y, Post P, Gerkens S, De Laet C. Neuromodulation for the management of chronic pain : implanted spinal cord stimulators and intrathecal analgesic delivery pumps. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 189 (D/2012/10.273/76) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_189C\\_neuromodulation\\_chronic\\_pain.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_189C_neuromodulation_chronic_pain.pdf)
4. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, et al. Osteopathy and chiropractic: state of affairs in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 13/01/2011. KCE Reports 148 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium>



5. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mertens R, et al. Acupuncture: State of affairs in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 153C (D/2011/10.273/06) Available from:  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_153c\\_a\\_cupuncture\\_in\\_belgium\(2\)\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_153c_a_cupuncture_in_belgium(2)_0.pdf)
6. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mertens R, et al. Homeopathy : State of affairs in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 154 (D/2011/10.273/14) Available from:  
<https://kce.fgov.be/publication/report/homeopathy-state-of-affairs-in-belgium>

