

Approche et prise en charge pluridisciplinaires, spécifiques et adaptées

Douleur cancéreuse chez le sujet âgé

La douleur en général est un motif très fréquent de consultation. Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, et parallèlement de l'augmentation de l'incidence du cancer dans cette population vieillissante (1, 2), la prise en charge de la douleur cancéreuse du sujet âgé est une question de pratique quotidienne. Après avoir rappelé quelques spécificités concernant l'oncogériatrie et l'évaluation de la douleur chez ces sujets âgés, nous relèverons les causes principales de ces douleurs dans le contexte oncologique pour en détailler les grands principes de prise en charge et les différents types de traitements.

L'oncogériatrie, discipline née en 1983 (3), est issue du constat que le sujet âgé, de plus en plus confronté à la maladie cancéreuse, nécessite une approche et une prise en charge pluridisciplinaires, spécifiques et adaptées.

Spécificités oncogériatriques et évaluation de la douleur

De plus en plus, des études et des essais cliniques strictement dédiés à cette problématique voient le jour, et il en ressort avant tout la nécessité absolue d'évaluer correctement et de manière globale ces patients, afin d'ajuster les options thérapeutiques à leur degré de vulnérabilité, tant médicale (comorbidités, polymédications, atteintes cognitives...) que psychosociale (isolement, nécessité d'un partenariat avec les structures de soins à domicile...) (4), dans le but d'en améliorer l'état de santé et la qualité de vie. Dans ce contexte, l'évaluation gériatrique (Comprehensive Geriatric Assessment) est désormais reconnue comme un pré-requis incontournable dans la prise en charge du patient âgé en oncologie (5). Ces progrès en terme de connaissance du vieillissement et de ses fragilités permettent d'appréhender la grande hétérogénéité des patients âgés eux-mêmes, que l'on a coutume de classer en différentes catégories de vulnérabilité plus ou moins grande, ou de vieillissement du plus harmonieux au plus pathologique. Par ailleurs, il réside aussi une grande hétérogénéité des tableaux douloureux, tant par leur nature ou leur mécanisme que par leur expression et leur prévalence (réelle, déclarée ou diagnostiquée). Quoi qu'il en soit, différentes revues de littérature ou méta-analyses mettent en évidence que parmi les nombreux symptômes présentés par le patient âgé atteint de cancer, la douleur est dans les plus cités (6). Sa prévalence est d'ailleurs selon les études considérée comme équivalente à celle retrouvée chez l'adulte jeune (7), ou même supérieure bien que largement sous-évaluée et sous-traitée (8).

Dans un même ordre d'idée, la question de l'évaluation de la douleur s'est toujours posée, en particulier pour les patients âgés. A la traditionnelle auto-évaluation doivent être associées dans de nombreux cas une hétéro-évaluation par des échelles spécifiquement développées pour le sujet âgé. En terme d'autoévaluation, l'échelle visuelle analogique (EVA), et l'échelle numérique



Dr Geneviève Gridel
Collonge-Bellerive

(EN), les plus couramment employées, ont pour limites les capacités de communication et d'abstraction du patient. On estime par exemple que seuls 20 % des sujets en phase avancée d'un cancer et associant des troubles cognitifs et une altération de l'état général sont capables d'utiliser correctement l'EVA (9). L'échelle numérique quant à elle peut être proposée aux patients qui ont du mal à comprendre le principe de l'EVA, mais qui conservent des capacités d'abstraction. Elle peut être également pertinente, dans sa forme orale, pour les patients ayant des handicaps physiques. C'est donc souvent l'échelle verbale simple (EVS) qui, bien que moins sensible et moins précise que l'EVA, a la préférence des soignants et des patients âgés. En effet, ceux-ci peuvent qualifier leur douleur avec des mots familiers. Elle est simple et rapide à utiliser. A l'exception des sujets présentant des troubles cognitifs très sévères, la quasi-totalité des patients est capable de la réaliser. Il est donc nécessaire de savoir compléter ces auto-évaluations, parfois peu contributives, par des échelles d'hétéroévaluation. Parmi les échelles comportementales simplifiées validées, on retrouvera par exemple l'échelle Algoplus et l'échelle Doloplus (fig. 1 et 2). Leurs limites sont principalement liées à la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire, si possible en connaissant les comportements habituels du patient. Ces évaluations requièrent par ailleurs la possibilité de comparaison à un état de base ou antérieur.

Il est donc nécessaire d'être très vigilant et de suivre certaines règles de bonne pratique permettant d'éviter l'écueil de la discordance d'évaluation de l'intensité de la douleur entre le médecin et le patient, qui entraîne inévitablement une prise en charge antalgique inadaptée (10). On pourra par exemple tester la fiabilité de l'autoévaluation en faisant reformuler au patient les consignes, ou en vérifiant la concordance de résultat entre l'EVA et l'EN au cours d'une même consultation (11). Certains auteurs proposent même des arbres décisionnels (12) guidant l'évaluation de la douleur, ce qui permet ensuite une bonne conduite de la titration et un maintien du lien (fig. 3).

Enfin, pour terminer avec les spécificités oncogériatriques, il va sans dire que le choix du traitement antalgique devra tenir compte des comorbidités spécifiques du patient âgé, et de leurs

répercussions sur la pharmacocinétique, la pharmacodynamie et la tolérance des traitements envisagés.

Prise en charge des douleurs en oncogériatrie

Notre propos concerne donc spécifiquement le cadre du patient âgé atteint de cancer. Dans ce contexte, les douleurs peuvent être liées soit, dans environ 70 % des cas, à la maladie elle-même, soit à ses traitements ou aux soins liés à cette maladie oncologique, soit à toute autre comorbidité, fréquente dans cette population âgée (environ 10 % des douleurs, en général préexistantes et traitées au long cours) (13). La prise en charge de ces patients reste toujours globale, associant des mesures générales à des thérapeutiques spécifiques médicamenteuses ou non.

Traitement étiologique

Dans tous les cas, selon le niveau de prise en charge souhaité par le patient et argumenté par l'évaluation gériatrique, le traitement spécifique du cancer reste un traitement de référence de la douleur liée à la maladie elle-même. Ce traitement oncologique peut être envisagé soit dans un objectif curatif, soit dans un objectif symptomatique pur. Une fois cet objectif clairement défini, il convient de fixer précisément les modalités de surveillance du rapport efficacité/tolérance du traitement ainsi initié, en réévaluant régulièrement le bénéfice symptomatique et fonctionnel du patient sur le plan de l'antalgie, ainsi bien sûr que les effets indésirables de ces traitements. On gardera en effet à l'esprit que le bénéfice de ces traitements diminue, et la probabilité de survenue de complication grave augmente avec l'âge (14). Ces traitements spécifiques anticancéreux sont variés, et peuvent être soit médicamenteux (chimiothérapie, immunothérapie ou autre thérapeutique ciblée), soit physiques (radiothérapie), soit chirurgicaux. Leur prescription reste l'apanage des spécialistes en oncologie, mais leur indication doit être posée avec précaution, après discussion pluridisciplinaire, dans un souci encore une fois d'évaluation pronostique globale, tenant compte non seulement des caractéristiques moléculaires, cellulaires, et d'extension clinique de la maladie, mais aussi des capacités fonctionnelles et de l'autonomie initiale du patient, en lien avec l'ensemble de ses comorbidités, et de son environnement psychosocial, influençant sa compliance et sa tolérance au traitement. On peut par exemple rappeler ici que l'indication d'une radiothérapie à visée antalgique sur une métastase osseuse a parfaitement sa place en oncogériatrie, mais qu'il faut anticiper d'une part la possibilité d'une recrudescence transitoire de la douleur dans les 7 à 10 premiers jours, puis d'autre part une efficacité complète n'intervenant qu'au bout de 3 à 4 semaines suivant l'irradiation. Pendant toute cette période, le patient âgé devra donc être particulièrement suivi, et présente même un risque de déconditionnement majeur qu'il faudra absolument prévenir et surveiller.

Traitements antalgiques médicamenteux

Dans le cas où un traitement étiologique n'ait pas sa place dans la prise en charge du patient, ou de toute façon pour compléter l'effet antalgique de ce dernier, on aura évidemment recours aux antalgiques « classiques ». On regroupe sous cette appellation les antalgiques des trois paliers de l'OMS. Leur prescription, à visée purement symptomatique, repose en oncogériatrie sur les mêmes règles que pour tout autre patient. Ces antalgiques seront donc administrés en partant du palier 1 (paracétamol), puis en cas d'inefficacité en se tournant

FIG. 1 Echelle Algoplus

Date de l'évaluation de la douleur	/...../.....	
Heure	h.....	
		OUI	NON
1 • Visage			
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.			
2 • Regard			
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.			
3 • Plaintes			
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.			
4 • Corps			
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.			
5 • Comportements			
Agitation ou agressivité, agrippement.			
Total OUI		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

facilement vers les antalgiques de palier 3 (traitements opioïdes). Dans un contexte oncologique et en particulier lorsque les douleurs prises en charge sont liées à la maladie tumorale, les antalgiques de palier 2 n'ont en fait que très peu de place, à l'exception peut-être de la buprénorphine. Cette nécessité d'avoir facilement recours aux opioïdes forts s'explique d'une part par le fait que les douleurs en oncogériatrie correspondent le plus souvent à des douleurs nociceptives qui répondront bien au mécanisme d'action des opiacés, et d'autre part par le fait que les antalgiques de palier 3 sont plus facilement maniables et mieux tolérés que les antalgiques de palier 2, car présentent des formes galéniques et des concentrations beaucoup plus variées, permettant une titration de la dose minimale efficace beaucoup plus fine, et ainsi une adaptation beaucoup plus progressive et mieux tolérée des doses nécessaires (15). La particularité des patients d'oncogériatrie est en effet que l'on dispose d'une marge thérapeutique d'autant plus étroite que le risque iatrogène est souvent majoré par l'insuffisance rénale ou d'autres organes, la dénutrition ou les troubles cognitifs.

Pour mémoire, on regroupe dans les antalgiques de palier 3 la morphine, l'oxycodone, le fentanyl et l'hydromorphone. Toutes ces molécules sont agonistes purs des récepteurs μ , κ et δ . La buprénorphine pour sa part, classée par l'OMS en palier 2, est agoniste partiel μ et antagoniste κ . Son affinité est plus forte que celle de la morphine mais son activité plus faible. S'il a donc une bonne efficacité antalgique utilisé seul, son association aux opioïdes purs est en revanche contre-indiquée, car il s'oppose alors à leur action antalgique. Sa place chez le sujet âgé réside en particulier dans son

FIG. 1 Echelle Doloplus

		DATE
RETENTISSEMENT SOMATIQUE		
1 / PLAINTES SOMATIQUES	pas de plainte	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2
	plaintes spontanées continues	3
2 / POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	pas de position antalgique	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1
	position antalgique permanente et efficace	2
	position antalgique permanente inefficace	3
3 / PROTECTION DES ZONES DOULOUREUSES	pas de protection	0
	protection à la sollicitation de zones n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
4 / MIMIQUE	mimique habituelle	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
5 / SOMMEIL	sommeil habituel	0
	difficultés d'endormissement	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR		
6 / TOILETTE ET/OU HABILLAGE	possibilités habituelles inchangées	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3
7 / MOUVEMENTS	possibilités habituelles inchangées	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL		
8 / COMMUNICATION	inchangée	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	iminuée (la personne s'isole)	2
	absence ou refus de toute communication	3
9 / VIE SOCIALE	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2
	refus de toute vie sociale	3
10 / TROUBLES DU COMPORTEMENT	comportement habituel	0
	troubles du comportement relationnel itératif	1
	troubles du comportement relationnel permanent	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3
SCORE TOTAL		

Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera dès lors incriminée

métabolisme purement hépatique, ce qui en fait une molécule de choix en cas d'insuffisance rénale.

De manière générale, et en particulier en oncogériatrie, l'introduction d'un traitement morphinique est source de questionnements ou d'inquiétudes pour le patient. Il conviendra toujours de le rassurer sur le fait que cette molécule (et ses dérivés) n'est absolument pas réservée à la fin de vie, mais qu'il s'agit d'un antalgique de référence, possédant en outre toutes les qualités de sécurité d'utilisation lorsqu'elle est prescrite en suivant les recommandations. Les principes de prescription de ces molécules reposent sur une notion fondamentale : celle de la titration, qui revient à rechercher la dose minimale efficace, ou encore la dose la plus faible

permettant d'obtenir une efficacité suffisante avec le moins possible d'effets indésirables. Pour l'obtenir, on débutera par de très faibles doses (en général $\frac{1}{2}$ mais pouvant atteindre jusqu'à $\frac{1}{4}$ de la dose recommandée chez l'adulte jeune, à savoir 2,5 mg de morphine orale par prise chez le sujet âgé au lieu de 10 mg chez l'adulte), au maximum 6 fois par jour, cette fréquence devant être diminuée en fonction de la fonction rénale du patient et de sa vulnérabilité psychique ou cognitive (16). Comme chez l'adulte jeune, des doses de réserve seront prévues, afin d'ajuster tous les 2 à 3 jours si nécessaire la dose fixe de fond, qui pourra ensuite être transcrite sous forme retard en cas d'équilibre symptomatique persistant. Cette titration progressive, si elle est bien conduite, en respect de l'adage « start low, go slow... » permet le plus souvent d'obtenir un équilibre efficacité/tolérance tout-à-fait convenable y compris chez des patients âgés fragiles. On rappellera que ces molécules peuvent en outre être antagonisées par la Naloxone si nécessaire. Enfin, si la morphine reste la molécule de choix, elle pourra être remplacée par un autre opiacé dans certains cas. Cette rotation peut être justifiée par certaines caractéristiques de la douleur (oxycodone reconnue dans les douleurs mixtes nociceptives/neuropathiques), ou en cas d'insuffisance d'organe (fentanyl indiqué dans les insuffisances rénales), ou afin de choisir une voie d'administration plus adaptée (patch de fentanyl), ou enfin pour obtenir une puissance antalgique plus forte (hydromorphone) dans des cas rares chez le sujet âgé de doses minimales efficaces importantes. De même, la voie d'administration de choix reste la voie orale, qui peut être remplacée par les voies parentérales (iv ou sc), trans-cutanées ou transmuqueuses lorsque le contexte clinique le nécessite.

Coantalgiques

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les traitements antalgiques purs restent indiqués chez les patients âgés, pour autant qu'on respecte les bonnes règles de prescription et d'adaptation progres-

sive des doses. Cela étant, il est toujours conseillé de tenter autant que possible de les associer à d'autres types de molécules, ayant un mode d'action différent, mais dont l'action antalgique permet de compléter ou potentialiser l'effet des premiers, en visant ainsi une augmentation moins conséquente des doses nécessaires, mais tout en restant vigilant aux nombreuses interactions médicamenteuses !

Parmi ces traitements complémentaires, on citera en premier lieu les traitements spécifiques des douleurs neuropathiques. Ces dernières, liées soit à la maladie elle-même, soit aux effets indésirables de ses traitements, doivent être repérées grâce à des outils diagnostiques spécifiques comme le questionnaire DN4 (9) (fig. 4), simple et rapide d'utilisation, qui présente une sensibilité de 83 % et une spécificité de 90 %. La prise en charge médicamenteuse de ces douleurs neuropathiques est la même que chez les patients jeunes, mais en adaptant les posologies selon leurs fonctions rénale et hépatique (17, 18). Les molécules de référence recommandées en première intention restent donc les antiépileptiques (gabapentine, prégabaline), puis les antidépresseurs tricycliques, dont la tolérance en particulier neuropsychique chez le patient âgé n'est pas toujours bonne. Dans tous les cas, il convient d'adopter une stratégie précautionneuse en instaurant des doses faibles initialement et très progressivement croissantes.

Dans le cadre de l'oncogériatrie, les corticostéroïdes sont évidemment incontournables dans cette stratégie antalgique, dans l'hypothèse de contrôler la composante inflammatoire de la douleur. En fait, les méta-analyses les plus récentes ne permettent pas de conclure à un effet antalgique pur avec un bon niveau de preuve (19), mais l'indication des corticostéroïdes reste reconnue en particulier pour les douleurs neuropathiques sur compression (médullaire ou nerveuse périphérique) ou les céphalées par hypertension intra crânienne, ainsi que par leur effet global stimulant et orexigène influençant indirectement la réponse au reste du traitement

FIG. 3 Arbre décisionnel guidant l'évaluation de la douleur, selon (12)

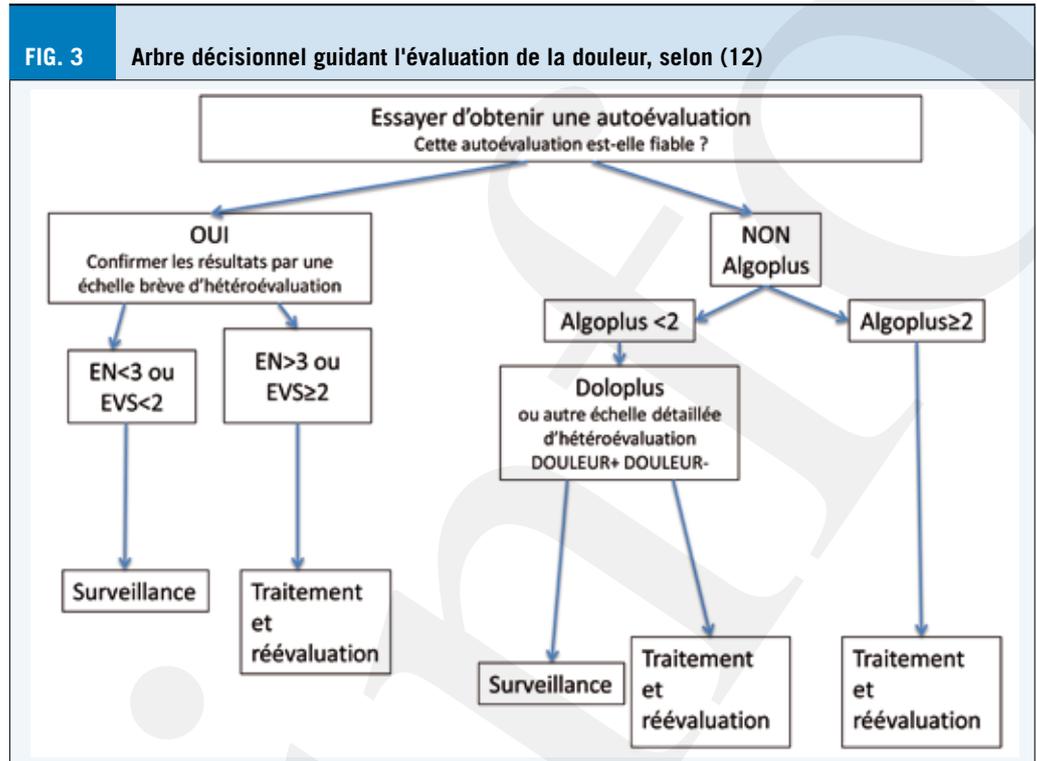


FIG. 4 Questionnaire DN4

Questionnaire DN4: un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : / 10

antalgique (20). Dans ce contexte, ils restent recommandés chez le sujet âgé aux mêmes doses que chez l'adulte jeune (0,5 à 1mg/kg/jour de prednisone en phase d'attaque), en privilégiant toujours des cures courtes plutôt que des traitements au long cours qui favoriseraient encore leurs nombreuses complications. On notera en particulier la susceptibilité accrue du patient âgé à développer des effets indésirables en particulier neuropsychiques (irritabilité, troubles du sommeil et de l'humeur), cardiaques en lien avec une rétention hydrosodée, métaboliques notamment sur le plan glycémique, infectieux, et fonctionnels avec une perte d'autonomie potentiellement majorée par la fonte musculaire des quadriceps, ou encore par une fragilité cutanée accrue précipitant la survenue d'escarres dans des contextes de dénutrition sous-jacente. Ce retentissement fonctionnel avec risque de chute peut être extrêmement délétère et aggraver largement le pronostic du patient.

Par ailleurs, il faut mentionner ici la place spécifique des anti-ostéoclastiques comme les bisphosphonates dans le traitement et la prévention des douleurs osseuses sur métastases (21). Leur effet n'est pas immédiat mais on retrouve dans la littérature un réel bénéfice à moyen terme justifiant leur utilisation, tant à visée antalgique que dans le but de retarder la survenue de ces douleurs osseuses.

Dans le domaine des coantalgiques, on peut par ailleurs citer les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en retenant avant tout que leur place par voie générale est très limitée chez le sujet âgé devant leur toxicité rénale (22), mais en notant la possibilité de les administrer par voie locale (patch, crème, gel) de manière transitoire, en particulier pour leur effet anti-inflammatoire local

sur des douleurs en général non cancéreuses (musculo-articulaire par exemple).

Concernant les traitements locaux, on peut aussi citer, dans des indications ORL en particulier, l'aide apportée par des applications de xylocaïne ou même de morphine topique. Dans le cadre des douleurs neuropathiques périphériques, l'électrostimulation typ TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) peut aussi représenter un recours thérapeutique complémentaire. Cette dernière a pour but de stimuler les fibres nerveuses afférentes de la sensibilité tactile afin de limiter et inhiber la communication des signaux nociceptifs qui utilisent physiologiquement la même voie.

Une autre stratégie permettant de compléter l'action des antalgiques est de prévenir les exacerbations prévisibles de la douleur, en particulier lors des soins ou autres actes invasifs. Dans cette idée, l'usage du protoxyde d'azote (MEOPA) y

compris chez le patient âgé est bien reconnu (23). Cette technique permet par exemple de procéder à des soins de plaie complexes et hyperalgiques dans des conditions de confort bien plus acceptables pour le patient, en évitant d'avoir recours à de trop fortes doses d'opiacés en réserve. Cette proposition thérapeutique est désormais couramment faite en oncogériatrie, en insistant tout de même sur les précautions d'emploi liées à d'éventuels troubles cognitifs, ou aux difficultés de compliance de patients devant participer en tenant eux-mêmes leur masque. Toutefois, on gardera à l'esprit que les accès douloureux paroxystiques ou les douleurs incidentelles sont décrits comme moins fréquents dans la population très âgée, et peuvent être bien contrôlés par des doses d'opioïdes bien ajustées au terme d'une titration bien conduite (24).

En restant dans un domaine plus technique, le patient âgé atteint de cancer peut par ailleurs, en fonction toujours de l'évaluation gériatrique globale et d'une réflexion pronostique préalable, être un bon candidat à des techniques chirurgicales (vertébroplastie, cimentoplastie), radio-interventionnelles, ou éventuellement à des blocs anesthésiques loco-régionaux, pour des lésions précises, et dans un objectif de bénéfice fonctionnel. Les indications de ces techniques restent à évaluer au cas par cas, dans un esprit collégial et surtout interdisciplinaire.

Enfin, dans une vision plus globale de la douleur du patient, on ne peut considérer ce symptôme en négligeant la composante psychologique, soit initiale, soit de toute façon réactionnelle. Dans certains cas, l'association des traitements purement antalgiques à des anxiolytiques s'avère nécessaire afin de contrôler ce symp-

tôme de manière plus complète. Malgré leurs effets indésirables et leur potentiel retentissement sur la vigilance, les benzodiazépines restent dans ce cas la classe médicamenteuse à privilégier, en choisissant la molécule en fonction de sa demi-vie (6–12 heures : Alprazolam ; 10–20 heures : Lorazépam) et en adaptant la dose et la fréquence d'administration au terrain cognitif et aux insuffisances d'organe du patient.

Approches complémentaires, mesures physiques et prise en charge globale

Comme on vient de le suggérer, le traitement de la douleur des sujets âgés atteints de cancer dépasse en fait largement le seul exercice de la prescription du meilleur antalgique opioïde, éventuellement associé à d'autres techniques synergiques. La douleur du patient doit évidemment être considérée dans un contexte global liant sa condition de sujet âgé, éventuellement déjà bien éprouvé par la vie ou d'autres comorbidités, à son statut de malade du cancer. La douleur, souvent exacerbée au moment d'une annonce (de diagnostic, de récurrence, de progression de la maladie...) est un indicateur très sensible du retentissement de la maladie sur la qualité de vie du patient. A ce titre, elle mérite d'être mise en lien avec la notion de souffrance. Avec un œil de philosophe, Paul Ricoeur fait un parallèle clair entre ces deux notions en les définissant ainsi : « Douleur : affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier », « Souffrance : affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement ». Avec cet éclairage, il apparaît donc fondamental de saisir le prétexte de la douleur pour considérer en fait la souffrance globale (parfois décrite comme « totale »). Le questionnement doit donc s'appliquer non seulement aux traitements à entreprendre, mais aussi à la forme que doivent revêtir les consultations d'annonce, à la nécessité de reprendre avec le patient ses questionnements autour de la maladie, parfois exprimés sous forme de douleur, et de lui proposer un suivi psychologique en allant parfois même jusqu'à envisager des thérapies cognitivo-comportementales dans des contextes de douleurs récidivantes, difficiles à caractériser ou résistantes à de nombreuses tentatives thérapeutiques.

Dans cet esprit, une place grandissante est faite aux approches complémentaires comme la sophrologie, la réflexologie, l'hypnose, mais aussi les touchers-massages, ou même certaines techniques issues de médecines non conventionnelles (acupuncture, coupeurs de feu...). Ces techniques restent accessibles dans certains centres uniquement mais sont des pistes à ne pas négliger, en en discutant en amont avec les patients, dont l'adhésion à ce type de propositions est très inégale.

Plus conventionnellement, le rôle de la physiothérapie reste, tout au long de la prise en charge de nos patients en oncogériatrie, fondamentale, non seulement pour renforcer les fonctions motrices existantes, ou les développer, mais aussi dans un souci global de préservation des compétences fonctionnelles le plus tard possible, et de prévention de douleurs multiples, ostéoarticulaires, qui accompagnent nécessairement toute baisse de l'état général. Le travail du physiothérapeute est souvent accompagné de celui de l'ergothérapeute, dont les propositions permettent très souvent d'éviter l'escalade médicamenteuse en ayant recours à des améliorations physiques, environnementales et matérielles lors de tout geste ou installation potentiellement douloureux.

D'un point de vue multidisciplinaire, on peut ajouter que cette prise en charge de la douleur du sujet âgé atteint de cancer repose en fait sur une équipe dans son ensemble, incluant aussi l'évaluation psycho-sociale du réseau de soutien du patient.

Conclusion

De nombreuses campagnes ont véhiculé ces dernières années l'idée que la douleur n'est pas une fatalité, favorisant ainsi de nombreux progrès autour de son évaluation et sa prise en charge. Ce symptôme est en effet un signe d'appel évident de la nécessité d'améliorer la situation, tant physiquement que dans une approche beaucoup plus globale. La multiplicité des causes de ces douleurs, et les nombreux moyens à disposition pour les prendre en charge ne doivent pas perturber une démarche diagnostique et thérapeutique rigoureuse. Ainsi, la nécessité de connaître le maniement précis et sécuritaire des antalgiques ou autres molécules associées, qui peuvent parfaitement être proposés à ces patients vulnérables, est primordiale, et doit toujours s'accompagner d'un désir d'y associer une réflexion et des compétences multidisciplinaires, en poursuivant un objectif de soulagement et de préservation d'un niveau de compétences fonctionnelles et de qualité de vie acceptable pour le patient.

Dr Geneviève Gridel

HUG – Hôpital de Bellerive
Chemin de la Savonnière 11
1245 Collonge-Bellerive
genevieve.gridel@hcuge.ch

+ **Conflit d'intérêts :** L'auteur confirme l'absence de conflits d'intérêts concernant cet article.

Messages à retenir

- ◆ La douleur cancéreuse du sujet âgé est un symptôme à prendre en charge de manière globale, avec une approche étiologique et symptomatique tout en envisageant son retentissement fonctionnel et psycho-social
- ◆ La prise en charge des patients âgés en oncologie est guidée par l'évaluation gériatrique globale (Comprehensive Geriatric Assessment)
- ◆ L'évaluation de la douleur doit être rigoureuse et adaptée aux éventuels déficits du patient, en utilisant des échelles adaptées
- ◆ La prescription des antalgiques opioïdes est pertinente et sécuritaire chez le sujet âgé pour autant que l'on respecte les règles de titration progressive pour obtenir une dose minimale efficace
- ◆ Les traitements anti-tumoraux ou les coantalgiques doivent être discutés et ont toute leur place dans la prise en charge médicamenteuse de ces douleurs, dans la limite de leur tolérance et d'une évaluation pronostique globale
- ◆ Les mesures médicamenteuses doivent être assorties de mesures physiques (physiothérapie, ergothérapie...), d'un suivi psychologique et d'une adaptation de l'environnement du patient

Bibliographie:

1. Di Silvestro K et al. Cancer et vieillissement : une évidence épidémiologique. *Rev Med Suisse* 2011;1149-53
2. Bouchardy et al. Le cancer en Suisse : Etat et évolution de 1983 à 2007. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 2011
3. National Cancer Institute and National Institute of Aging (U.S.) Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly. *Ann Intern Med* 1984;100 :332
4. Falandry C et al. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? *Médecine Palliative* 2011;10:223-9
5. Extermann M et al. Task Force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241-52
6. Teunissen SC et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:94-104
7. Van den Beuken-van Everdingen MH et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-49
8. Breivik H et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009;20:1420-33
9. Source : « Antalvite » : Site dédié aux douleurs des seniors émanant du Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur - Unité Douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau – Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
10. Brasseur L et al. Etude épidémiologique multicentrique (n=605) à 12 ans d'intervalle (1991-2002) Epidémiologie des douleurs du cancer en France, EFIC 2006
11. Herr K et al. Pain assessment in the patient unable to set report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2011;12:230-1
12. Rat P et al. Algorithme d'évaluation de la douleur chez les patients âgés. *Douleurs* 2014;15:52-6
13. www.fnclcc.fr voir SOR soins de support
14. Balducci L et al. Palliative Care in Older Patients with Cancer. *Cancer Control* 2015;22:480-8
15. Mulkerin EC et al. Drugs and ageing; chapter 12 of *Medicine in Old Age - A Clinical Approach* published by Advanced Medical Publications
16. [http://pharmacoclin.hug-e.ch/_library/pdf/cappinfo 52.pdf](http://pharmacoclin.hug-e.ch/_library/pdf/cappinfo%2052.pdf) Utilisation pratique des opioïdes chez l'adulte, le patient âgé et l'insuffisant rénal. *Capp-Info* 2009
17. Attal N et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision. *Eur J Neurol* 2010;17:1113-e88
18. Dworkin RH et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc* 2010;85:S3-14
19. Haywood A et al. Corticosteroids for the management of cancer-related pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4:CD010756
20. Paulsen O et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol* 2014;32:3221
21. Wong MH et al. Bisphosphonates and other bone agents for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD003474
22. Ould Maouloud H et al. Patients gériatriques insuffisants rénaux chroniques : quelle analgésie ? *Rev Med Suisse* 2014;804-10
23. Krakowski I et al. Prise en charge de la douleur au cours des procédures invasives en cancérologie : efficacité et acceptabilité du mélange inhalé 50 % N2O/O2 (MEOPA). *Douleur analg* 2010;23:113-20
24. Mercadante S et al. Pain characteristics and analgesic treatment in an aged adult population: a 4-week retrospective analysis of advanced cancer patients followed at home. *Drugs Aging* 2015;32:315-20
25. Bouhassira D. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114 :29-36