

Journée DOULEUR et CANCER

31 janvier 2025

Une douleur rebelle n'est pas une douleur réfractaire Dans le cancer

Professeur Virginie GUASTELLA

Modérateur : Professeur Cyril GUILLAUME



Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur



Association Francophone des
Soins Oncologiques de Support

Liens d'intérêts déclarés par l'intervenant :

*Laboratoires Grünenthal : invitations congrès, intervenant
symposium, board scientifique*

Laboratoires Etypharm : soutien évènementiel



Pourquoi insister autant sur cette nuance sémantique ?

« Mal nommé les choses c'est ajouter du malheur au monde »
disait Albert CAMUS

***« Taxer trop hâtivement un symptôme de réfractaire, c'est priver
un patient de soulagement »***
dis la palliatologue que je suis

Une douleur rebelle, c'est quoi ?

Définition d'une douleur rebelle :
est définie comme une douleur
n'ayant pas répondu aux
thérapeutiques « habituelles »
mais pour laquelle des solutions
antalgiques peuvent encore
exister.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Antalgie des douleurs rebelles et
pratiques sédatives chez l'adulte :
prise en charge médicamenteuse
en situations palliatives
jusqu'en fin de vie

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Janvier 2020

Définition de **rebelle** adjectif et nom

1. Qui ne reconnaît pas l'autorité légitime, se révolte contre elle.

→ dissident, insoumis, révolté. *Troupes rebelles.*

– **nom** *Négocier avec des rebelles.* → insurgé.

♦ **littéraire** *Une jeunesse rebelle.*

2. *Rebelle à* : réfractaire à (qqch.). *Il est rebelle à tout effort (→ opposé) ; rebelle aux mathématiques (→ fermé).*

♦ (choses) **Qui résiste à.** *Maladie rebelle aux traitements.*

– **sans complément** *Fièvre rebelle.*

– *Mèche (de cheveux) rebelle.* → indiscipliné.

Historiquement : Terme utilisé par l'AFSSAPS puis repris par la HAS en 2020
Dans les recos de 2023, on parle davantage **de douleur chronique résistante**

ChatGPT >



ChatGPT

Peux tu me dire qu'elle est la différence entre une douleur rebelle et une douleur réfractaire dans le cancer ?



Les termes "douleur rebelle" et "douleur réfractaire" dans le contexte du cancer se réfèrent à des types de douleurs chroniques difficiles à traiter, mais ils diffèrent légèrement dans leur définition et leur implication.

Douleur rebelle

- **Définition** : Une douleur rebelle est une douleur persistante malgré l'administration de traitements classiques, tels que des antalgiques (y compris les opioïdes) ou des co-antalgiques. Cependant, il existe encore des options thérapeutiques qui peuvent être envisagées pour la contrôler, comme l'ajustement des doses, le recours à des interventions spécifiques (bloc nerveux, pompe intrathécale), ou des traitements complémentaires.
- **Caractéristique** : La douleur est difficile à gérer, mais elle peut être améliorée avec des approches plus complexes ou individualisées.
- **Approche thérapeutique** : Recherche approfondie d'autres solutions, comme une meilleure optimisation de la prise en charge pharmacologique, des thérapies non médicamenteuses, ou une approche multidisciplinaire.

Douleur réfractaire

- **Définition** : Une douleur réfractaire est une douleur qui persiste malgré l'utilisation optimale de toutes les options thérapeutiques disponibles, y compris les traitements invasifs ou combinés. Elle est donc considérée comme intraitable par les moyens conventionnels.
- **Caractéristique** : La douleur est insensible à toute stratégie de traitement connue, ce qui la rend particulièrement difficile à soulager.
- **Approche thérapeutique** : En général, on envisage des solutions palliatives plus avancées, comme la sédation palliative, pour soulager la souffrance.

Résumé des différences principales

- **Douleur rebelle** : Il reste des options thérapeutiques à explorer.
- **Douleur réfractaire** : Toutes les options ont été épuisées et la douleur persiste malgré cela.

Ces distinctions sont cruciales pour orienter la prise en charge des patients atteints de cancer et leur apporter le soulagement maximal possible, tout en respectant leurs besoins et leur qualité de vie.

SOR 2003 « Traitement efficace »

Pour les douleurs par excès de nociception liées au cancer, un traitement efficace se définit par :

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible,
- Un respect du sommeil,
- Moins de 4 accès douloureux par jour avec une efficacité des traitements supérieure à 50 %,
- Des activités habituelles, qui bien que limitées par l'évolution du cancer, restent possibles ou peu limitées par la douleur,
- Les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.

Delorme T et al. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer (mise à jour). Septembre 2003

Pourquoi est-il important d'aborder ce problème ?

- Pour dire qu'on ne peut pas traiter toutes les douleurs avec simplement des recommandations internationales de l'OMS, de l'ASCO, de l'ESMO, voire des recommandations françaises, ou également de la Haute Autorité de Santé.
- La plupart du temps, ces recommandations marchent, mais, de temps en temps, les patients échappent à ces recommandations.
- **C'est ce que l'on va appeler une douleur rebelle.**



Pourquoi est-il important de savoir si cette douleur rebelle va s'améliorer ou non avec d'autres traitements ?

- Parce que si cette douleur ne peut pas être traitée par les autres possibilités, elle devient réfractaire.
- Et, si elle est réfractaire, il s'agit alors d'une douleur dont la gestion pourrait se faire par des pratiques sédatives en accord avec le patient ; notamment une SPCMD
- **Mais tant que l'on n'aura pas procédé aux différentes étapes pour démontrer que cette douleur ne répond vraiment pas aux traitements classiques, voire aux traitements complémentaires, on ne pourra pas parler de douleur réfractaire.**

Les étapes avant de conclure :



- **Réévaluer** complètement cette douleur pour voir s'il n'y a pas des composantes notamment neuropathiques qu'on n'aurait pas identifiées au premier abord ;
- **Essayer différents opioïdes**, c'est ce que l'on appelle réaliser des changements d'opioïdes ;
- S'assurer que le patient **est bien compliant** au traitement ; +++ de l'éducation thérapeutique du patient ;
- **Éliminer les interactions médicamenteuses** ;

Etapes suite



- A-t-on réalisé
- A-t-on prop **complément** Neurostimula
- A-t-on réfléc **intervention** au contexte ?



camenteux
Relaxation,

radiologie
er eu égard



Et la littérature internationale ?

La notion de rebelle n'existe pas à l'internationale

Seuls les mots **refractory** et **intractable pain** sont retrouvés

Avec comme définition « *unresponsive to the usual treatment* »

= ne répondant pas aux traitements usuels

cad la définition de la douleur rebelle ;

Et pour preuve les papiers traitent de ce qui peut être proposé en cas de refractory pain ou intractable pain

Or il est important que l'on soit lisibles à l'internationale

Acta Clin Croat (Suppl. 2) 2022; 61:109-114

doi: 10.20471/acc.2022.61.s2.14

Review



PALLIATIVE TREATMENT OF INTRACTABLE CANCER PAIN

Uehara et al. BMC Palliative Care (2022) 21:166
https://doi.org/10.1186/s12904-022-01056-6

RESEARCH

Availability of and factors related to interventional procedures for refractory pain in patients with cancer: a nationwide survey

BMC Palliative Care

Open Access

Abstract

Background: Cancer pain may be refractory to standard pharmacological treatment. Interventional procedures are important for quality of analgesia. The aim of the present study was to clarify the availability of four interventional procedures (celiac plexus neurolysis/splanchnic nerve neurolysis, phenol saddle block, epidural analgesia, and intrathecal analgesia), the number of procedures performed by specialists, and their associated factors. In addition, we aimed to establish how familiar home hospice physicians and oncologists are with the different interventional procedures available to manage cancer pain.

Methods: A cross-sectional survey using a self-administered questionnaire was conducted. Subjects were certified pain specialists, interventional radiologists, home hospice physicians, and clinical oncologists.

Results: The numbers of valid responses/emails were 545/1,112 for pain specialists, 554/1,087 for interventional radiology specialists, 144/308 for home hospice physicians, and 412/800 for oncologists. Among pain specialists, 47.5% had not performed any of the procedures in the past 3 years. Pain specialists had performed the four procedures 4,591 times in the past 3 years. Among interventional radiology specialists, 18.1% indicated that they conducted celiac plexus neurolysis/splanchnic nerve neurolysis by themselves. Interventional radiology specialists had performed celiac plexus neurolysis/splanchnic nerve neurolysis 202 times in the past 3 years. Multivariate analysis revealed that the number of procedures seen for cancer pain and the perceived difficulty in gaining experience correlated with the implementation of procedures among pain specialists. Among home hospice physicians and oncologists, depending on intervention, 3.5-27.1% responded that they were unfamiliar with each procedure.

Conclusions: Although pain specialists responded that the implementation of each intervention was possible, the actual number of the interventions used was limited. As interventional procedures are well known, it is important to take measures to ensure that pain specialists and interventional radiology physicians are sufficiently utilized to manage refractory cancer pain.

Keywords: Refractory cancer pain, Interventional procedures, Availability, Related factors, Nationwide survey

Vedran Hostić¹ and Antonia Kustura¹

Centre milosrdnice University

fails to provide
axial an-
locks
main th
ilities and
destruction
and neurosu
ently experience
patients along wit
procedures. Even s
alleviation and conseq

final anesthesia; neurolysis

Observational Study

Evaluation of intrathecal drug delivery system for intractable pain in advanced malignancies: A prospective cohort study

Shuyue Zheng, MD^a, Liangliang He, MD^b, Xiaohui Yang, MD^a, Xiuhua Li, MD^c, Zhanmin Yang, MD^{a*}

Abstract

Pain is prevalent in advanced malignancies; however, some patients cannot get adequate pain relief by conservative routes of analgesic administration or experience serious side effects related to high doses of opioids. For those who have exhausted multimodal conservative analgesic, intrathecal drug delivery is an alternative intervention for truly effective pain management. The objective of this study was to evaluate the clinical efficacy and safety of intrathecal drug delivery system (IDDS) for the treatment of intractable pain in advanced cancer patients.

A prospective cohort study was performed between July 2015 and October 2016. Fifty-three patients undergoing intractable cancer-related pain or intolerable drug-related adverse effects were recruited and received IDDS therapy with a patient-controlled intrathecal analgesia pump. The assessment was conducted during admission, in titration period, and followed up monthly to death by scheduled refill visits. Pain numeric rating scale scores, comprehensive toxicity scores, quality of life scores, systemic opioid use (basal and breakthrough doses), intrathecal morphine use (basal and patient-controlled intrathecal analgesia dose), and complications were recorded to evaluate the curative effect and safety.

Between baseline and all subsequent follow-ups, statistically significant decreases in pain numeric rating scale scores and comprehensive toxicity scores were observed. Both basal and breakthrough doses of systemic opioid showed a significant decrease during the follow-up period. And there was a modest escalation that IDDS therapy allowed for rapid and highly effective pain relief with less toxicity in comparison to conservative medications. Patients with advanced malignancies would also benefit from an improvement in the life quality after the procedure. IDDS therapy represented a valuable option for intractable cancer-related pain management.

Abbreviations: CI = confidence interval, CSF = cerebrospinal fluid, IDDS = intrathecal drug delivery system, IQR = interquartile range, IT = intrathecal, NRS = numeric rating scale, PCIA = patient-controlled intrathecal analgesia, QOL = quality of life.

Keywords: advanced malignancies, intractable pain, intrathecal drug delivery system (IDDS), morphine, patient-controlled intrathecal analgesia (PCIA), ropivacaine

Chronic and Refractory Pain

A systematic review of pharmacologic management in oncology

Jeanine M. Brant, PhD, APRN, AOCNP, FAAN, Lisa Keller, RN, OCN®, MS, Karen McLeod, MSH, RN, OCN®, CNL, Chao Yeh, PhD, RN, and Linda H. Eaton, PhD, RN, AOCNP®



BACKGROUND: Chronic and refractory cancer pain are significant issues and can increase patient suffering and compromise quality of life. A variety of evidence-based pharmacologic strategies can be used routinely in...

CANCER PAIN IS A COMPLEX PROBLEM
[WHO], 2017
Medicine
OPEN

World Health Organization (WHO) defines pain as whatever a person experiences and the pain experience of pain and the pain experience of pain (IASP), thereby recognizing the pain can be further self-limiting, but chronic pain is associated with increased time for nursing, increased healthcare costs, and increased patient suffering.

is and the healthcare cost take the lead in pain management with chronic cancer costs, and increase the synthesis of chronic pain—that is, particularly challenging pain are also

ed using the
n, and Irwin
e 2016 were
ritically ap-
pendence into
doctorally

ISSN 31

Un symptôme réfractaire, c'est quoi ?

Définition d'un symptôme réfractaire selon Cherny et Portenoy en 1994

« Est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient »

Dans les recommandations élaborées sous l'égide de la SFAP en 2010 et inter sociétés savantes labellisées HAS n°14, il a été précisé que « les symptômes réfractaires constituent une indication de la sédation. C'est le caractère réfractaire et la pénibilité du symptôme pour la personne malade qui justifient la sédation. Il n'y a donc pas à établir une liste exhaustive de symptômes.

On verra qu'après 2016 et même en 2018 la problématique du caractère réfractaire demeure et n'est pas si simple.

2 février 2016
LEONETTI CLAEYS

Création d'un droit à la sédation



<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&dateTexte=&categorieLien=id>

En capacité de s'exprimer	À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie	
Dans 2 situations	Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement	Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
Pas en capacité de s'exprimer	au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie.	

Mise en œuvre selon une procédure collégiale pour vérifier que les conditions d'application sont bien remplies



Le principaux chiffre du cancer en France :

433 136 nouveaux cas en 2023

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2023

70 ans

CHEZ LES HOMMES

68 ans

CHEZ LES FEMMES

PRÉVALENCE DES CANCERS

La prévalence totale des cancers dénombre les personnes en vie ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie. En 2017, on estime que cette prévalence est de l'ordre de 3,8 millions en France métropolitaine, un chiffre en hausse qui est lié à l'augmentation du nombre de nouveaux cas et à l'amélioration de la survie.

3,8 millions



1 844 277

HOMMES

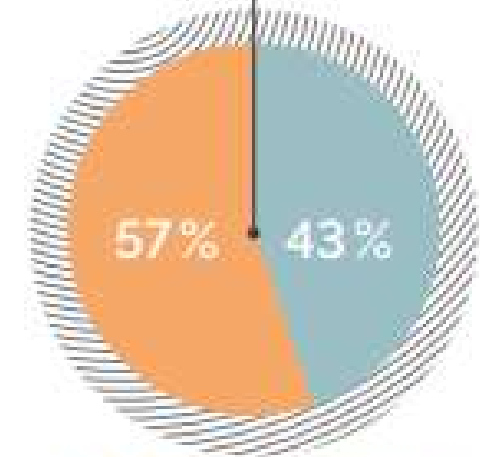


1 991 651

FEMMES

NOUVEAUX CAS DE CANCER EN 2023

433 136
CAS



245 610

HOMMES

187 526

FEMMES

TSM
D'INCIDENCE :
354,9
HOMMES
POUR 100 000

TSM
D'INCIDENCE :
274
FEMMES
POUR 100 000

Les principaux chiffres de la douleur du cancer, à travers des revues de la littérature



PAIN® 153 (2012) 359–365

PAIN®

www.elsevier.com/locate/pain

Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review

Michael I. Bennett^{a,*}, Clare Rayment^b, Marianne Hjermstad^{c,d}, Nina Aass^{e,f}, Augusto Caraceni^g, Stein Kaasa^h

1070 · Journal of Pain and Symptom Management

Vol. 59 No. 6 June 2016

Review Article

Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis

Marieke H.J. van den Beuken-van Everdingen, MD, PhD, Laura M.J. Hochstenbach, MSc, Elbert A.J. Joosten, PhD, Vivianne C.G. Tjan-Heijnen, MD, PhD, and Daisy J.A. Janssen, MD, PhD
Center of Expertise for Palliative Care (M.H.J.v.d.B.-v.E., D.J.A.J.); Department of Anesthesiology and Pain Management (M.H.J.v.d.B.-v.E., E.A.J.J.); School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) (L.M.J.H.); Maastricht University Medical Center (MUMC+), Maastricht, The Netherlands; Department of Health Services Research (L.M.J.H.), Maastricht University (UM), Maastricht, The Netherlands; School of Mental Health and Neuroscience (MHeNs) (E.A.J.J.); School for Oncology and Developmental Biology (GROW) (V.C.G.T.-H.); Department of Medical Oncology (V.C.G.T.-H.), Maastricht University Medical Center (MUMC+), Maastricht, The Netherlands; Department of Research and Education (D.J.A.J.), Center of Expertise for Chronic Organ Failure, CHRO+, Horn, The Netherlands

22 études, 13683 pts

- Prévalence douleur neuropathique 19%
- Prévalence douleur mixte 20,1 %

4 études pour étiologie

- 64 % en lien avec le cancer
- 20,3 % en lien avec les traitements

117 études, **63 533 pts** (pas de détail DN)

- 39,4 % douleur après les traitements
- 55 % douleur pendant les traitements
- 23,5 % indépendantes
- 66,4 % douleur en phase avancée



Le multimorphisme de la douleur

Supportive Care in Cancer (2019) 27:3159–3170
<https://doi.org/10.1007/s00520-019-04831-z>

REVIEW ARTICLE

Opening up disruptive ways of management in cancer pain: the concept of multimorphic pain

Antoine Lemaire¹ • Brigitte George² • Caroline Maindet³ • Alexis Burnod⁴ • Gilles Allano⁵ • Christian Minello⁶

Check for updates

Narrative Review

PAIN

The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain

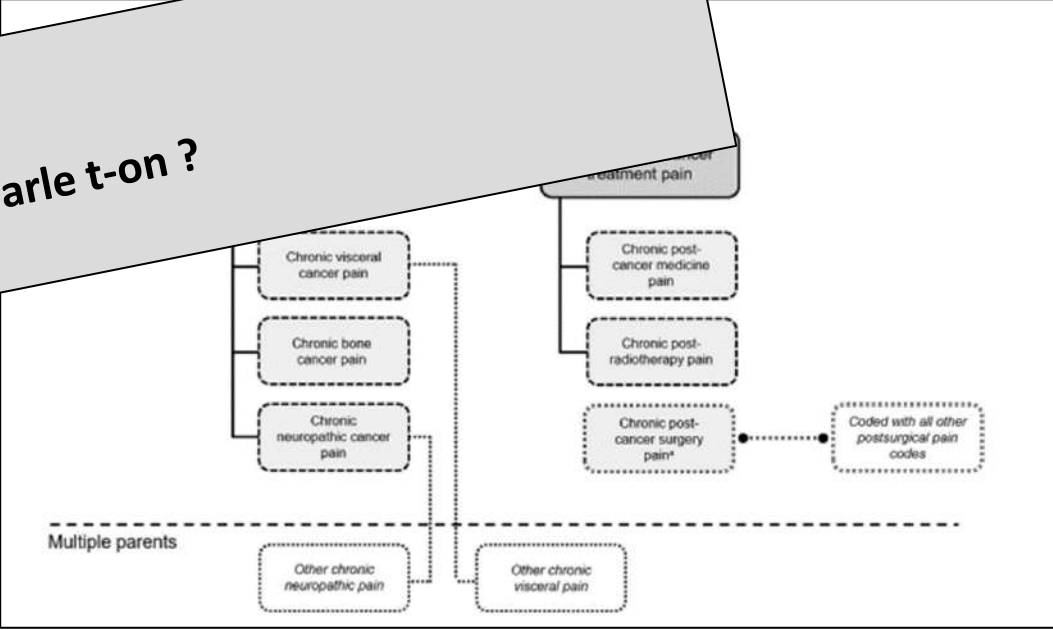
Michael I. Bennett^a, Stein Kaasa^{b,c,d}, Antonia Barkin^e, Rolf-Detlef Treede^{f,g}, The IASP Taskforce on Chronic Cancer-Related Pain, et al.

Table 2 Criteria defining the multimorphic nature of cancer pain

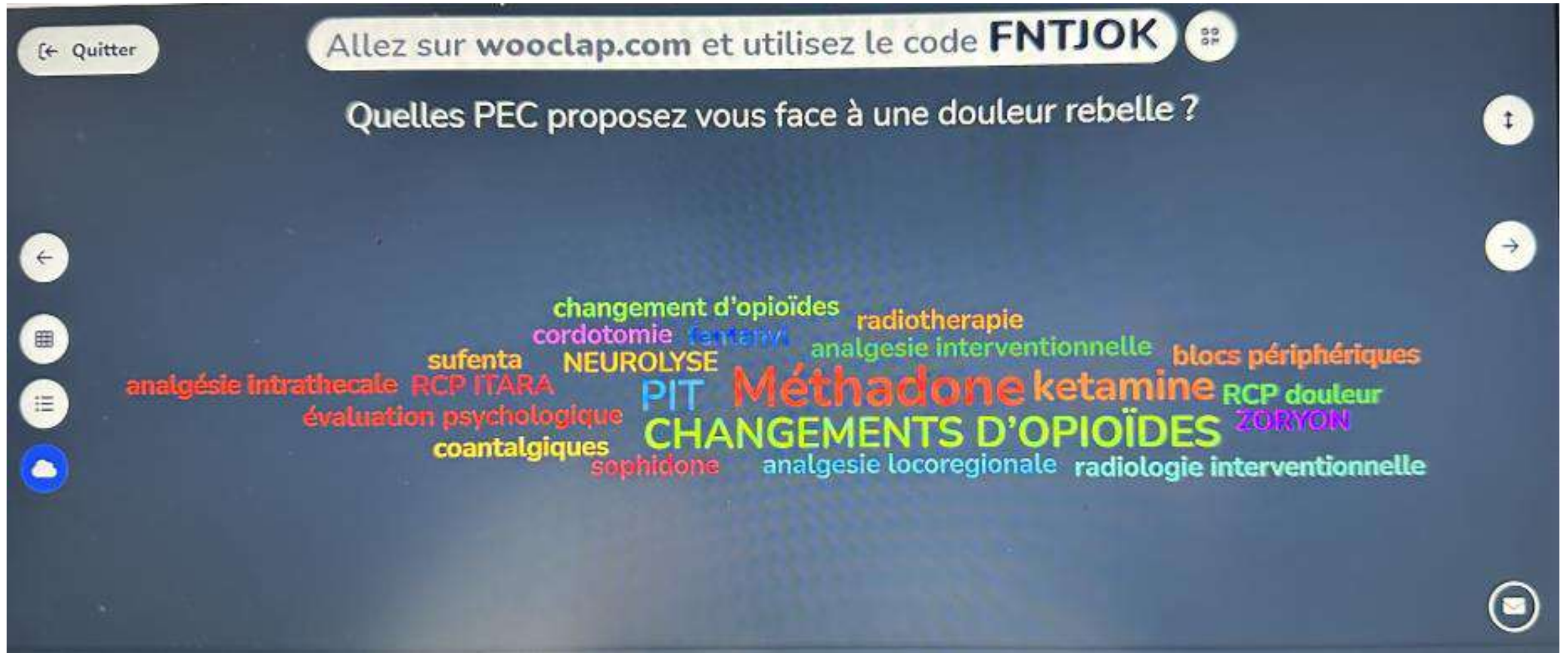
Disruptions	Criteria defining the multimorphic nature of cancer pain		
Factors influencing the complexity of cancer pain	Components of the pain: • Nociceptive (includes inflammatory) • Neuropathic • Nociplastic*	Aetiopathogenic mechanisms: • The cancer in itself • Its treatment	Extrinsic factors of variability over time concerning the state of health
Intrinsic factors of variability over time concerning the cancer	Type of cancer	Supportive treatments • Supportive treatments • Complications	Extrinsic factors of variability over time concerning the state of health
Extrinsic factors of variability over time concerning the state of health	Environmental factors: • Ethno-cultural factors/cultural and spiritual factors • Socio-economic/earliness/level of access to care/abandonment factors • Communication	Intra-individual factors: • Motivation • Risk factors • Comorbidities/multi-morbidities • Intercurrent treatments • Treatment compliance • Treatment education	

Douleur mixte, complexe, multimorphe ?
Douleur rebelle ?
Douleur réfractaire ?
Souffrance ?

De quoi parle t-on ?



Les grandes lignes de la PEC ?



Conclusion

- Evaluation ;
- Réévaluation du symptôme mais aussi de son soulagement ;
- RCP et Interdisciplinarité : « jamais seul » ;
- Ne pas se tromper sur les mots !

**Identification essentielle
pour définir un projet de soin et
donner du sens**

Merci pour votre attention



Aguavie

*Un petit clin d'œil à une
de nos patientes*

