



Association pour l'Accompagnement Psychologique
des Personnes confrontées à une maladie grave
de leurs Proches et des Soignants

avenue de Tervuren, 215 / 14 - 1150 BRUXELLES
tel./fax : 02 735 16 97
canceretpsy@skynet.be - www.canceretpsy.be

LA DOULEUR EN ONCOLOGIE

par Françoise MAJOIS,
docteur en médecine, oncologue

Tiré à part du "JOURNAL de CANCER ET PSYCHOLOGIE"
n°5 – 4ème trimestre 1992

avec le soutien de la Commission Communautaire Française
de la Région de Bruxelles Capitale

LA DOULEUR EN ONCOLOGIE.

1. DEFINITION

La douleur se définit comme une expérience déplaisante sur le plan sensitif et émotionnel, associée à une lésion réelle ou potentielle des tissus (Association internationale pour l'étude de la douleur I.A.S.P.)

La douleur est toujours subjective. Il n'y a aucun moyen de distinguer la douleur associée à une lésion tissulaire de la douleur sans lésion tissulaire.

La douleur dont il est question en oncologie est une douleur évoluant sur un mode chronique.

Contrairement à la douleur aiguë, le début en est mal connu dans le temps et elle dure.

Naturellement, il existe quelques situations douloureuses aiguës en oncologie, telles que par exemple, les fractures, etc, dont il ne sera pas question dans cet article.

2. SITUATIONS CLINIQUES.

Plus ou moins 30 % des patients se trouvent dans une situation douloureuse au moment du diagnostic et/ou en cours de traitement et 60 à 90 % des patients au stade terminal.

Classiquement, quatre grands types de situations douloureuses sont décrits:

1) Douleurs liées au cancer (plus ou moins 75 %)

- atteintes osseuses: - os longs
- côtes
- base du crâne
- vertèbres

les répercussions cliniques, fonctionnelles et thérapeutiques sont différentes suivant la localisation

- atteintes nerveuses: - périphériques
- radiculaires ou plexuelles
- médullaires
- méningées
- cérébrales
- atteintes des organes creux
- spasmes, distension, pertes de fonction
- occlusion de vaisseaux sanguins et lymphatiques
- ischémie/ occlusion (oedème...)
- occlusion de gros troncs veineux
- (syndrôme cave supérieur, par exemple)

- distension des fascia, capsules
(reins, rate, foie)
- douleur d'infection, ulcération, nécrose de la peau ou des muqueuses.

2) Douleurs séquellaires ou liées au traitement

(sans hiérarchie) (plus ou moins 20 à 25 %)

- post-chirurgie
 - mastectomie/ thoracotomie...
 - amputation (douleurs du moignon et douleurs du membre fantôme)
 - évidements ganglionnaires (atteinte nerveuse et déséquilibre musculo-squelettique)
 - etc...
- post-chimiothérapie
 - neuropathies périphériques (surtout vinca-alcaloïdes)
 - mucite chronique
 - pseudorhumatisme stéroïdien
- post-radiothérapie
 - plexites, radiculites, myélites (rares avec les moyens techniques actuels)
 - fibrose post-radique (déséquilibre musculo-squelettique....)
 - mucite (sécheresse de la bouche.)

3) Douleurs non liées au cancer

Plus ou moins 3 à 5 % des cas et sans doute plus. Arthrose et cancer, par exemple, peuvent, bien entendu coexister.

4) Douleur terminale ou totale

-maladie à part entière, survenant à un moment de l'évolution, tôt ou tard, associant des douleurs de localisation et d'origine différentes et s'accompagnant de l'altération de certaines grandes fonctions. A ce tableau clinique, s'ajoutent de façon plus nette sans doute, les répercussions sociales, mentales, spirituelles de la maladie d'où cette notion de douleur totale.

Le survol des situations douloureuses en Oncologie est fondamental, car il permet d'illustrer d'emblée la complexité du phénomène douloureux dans ce contexte et la nécessité d'un traitement pluridisciplinaire et intriqué.

3. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

Schématiquement, la douleur résulte

- soit d'un EXCES d'activation ou d'information des nocicepteurs,
- soit d'un DEFAUT de fonctionnement des systèmes inhibiteurs