

Prévention per opératoire du syndrome douloureux post-mastectomie au cours du traitement chirurgical du cancer du sein, expérience de la CCA, CHUOran.

Perioperative prevention of post-mastectomy pain syndrome during the surgical treatment of breast cancer, CCA experience CHUOran

K. Brahmi^{1,2}, S. Seddiki^{1,2}, S. Yousfi, N. Bachir-Bouiadja^{1,2}. ¹ Faculté de Médecine d'Oran. ² CCA, CHUORAN

Introduction.

Les suites opératoires immédiates et à distance de la chirurgie du cancer du sein sont dominées par des douleurs thoraciques, dorsales mais essentiellement axillaires avec des troubles fonctionnels de l'épaule. A ces patientes, on leur dit « c'est normal après une intervention ». Elles sont majorées par la radiothérapie. Ces séquelles douloureuses vont de la simple gêne axillaire à une raideur de l'aisselle avec une capsulite rétractile. L'anxiété et le retentissement psychologique personnel, professionnel et familial peut être très important. Parmi les causes les plus citées dans la littérature, il y a le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM) qui a été défini comme une douleur apparaissant après la chirurgie et persistant plus de 2 mois après (1). L'évaluation de la douleur est réalisée sur l'échelle numérique simple de zéro à dix, en trois paliers selon l'OMS, une échelle visuelle analogique (EVA) est alors établie à partir d'un positionnement d'un curseur qui varie de « aucune douleur » à « douleur maximale imaginable » (2).

Méthodes.

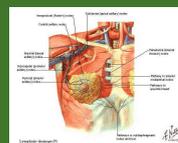
C'est une étude prospective, de février 2016 à avril 2017 sur 140 patientes atteintes opérées d'un cancer du sein. Un bilan préthérapeutique a été réalisé pour identifier les comorbidités et la faisabilité des traitements, ainsi qu'une concertation avec l'anesthésiste en accord avec la patiente était essentielle. Lors du curage axillaire, tous les éléments vasculo- nerveux axillaires sont conservés et très peu manipulés. Avant la suture de la plaie opératoire, 10 ml de marcaine 0.5 en solution sont injectés dans l'aisselle et les muscles pectoraux. Une abduction du membre supérieur à 90° est débutée dès les premiers instants en salle de réveil. Un suivi tous les mois, puis tous les 3 mois est assuré. Un auto massage a été conseillé aux patientes ainsi qu'une kinésithérapie. Les patientes sont interrogées en unité post opératoire sur l'intensité de leur douleur et la limitation des mouvements. L'objectif est de montrer l'intérêt de l'analgésie locorégionale per opératoire sur la douleur post opératoire et la limitation des mouvements de l'épaule.

Résultats.

Huit patientes présentant des contre indications à la marcaine sont exclues. Des effets secondaires à type d'hyperthermie passagère et de vertiges sont observés. Sur l'échelle visuelle, 77% des patientes sont Palier OMS 1. Le "ressenti" douloureux était différent d'une personne à l'autre. Les mouvements de l'épaule sont presque normaux et les patientes peuvent se peigner les cheveux en J1 post opératoire. L'abduction est à 90° dans 60.6%, à 80° dans 27.3% et dans 9.8% bloquée par la douleur. Chez ces patientes des plis disgracieux sont observés sur le site opératoire surtout en cas d'obésité, à un mois. A une année, 30% décrivent la persistance de la douleur, majorées à 50% par la radiothérapie axillaire.

Discussion.

Ce travail nécessite une concertation entre l'anesthésiste, le chirurgien et le kinésithérapeute sur la base de la RCP. Au cours du suivi de la patiente, il faut rechercher le SDPM, évaluer la douleur pour déterminer son caractère aigu ou chronique, ses mécanismes d'action, son étiologie et son retentissement sur la qualité de vie (2). D'autres causes sont citées comme le syndrome myofascial (3) qui concerne la musculature de la région. La patiente doit être orientée rapidement vers l'unité anti- douleur si les douleurs ne sont pas contrôlées.



Copyright(c) 2004 Round Earth Publishing. A

Conclusion.

La douleur chronique est difficile à traiter, avec une réduction de la qualité de vie et des coûts importants (4). Une anesthésie locorégionale per opératoire permet d'éviter une limitation des mouvements de l'épaule et d'adopter rapidement des gestes plus amples. La prise en charge doit être immédiate, dès le réveil, en évitant de positionner le bras en adduction.

Bibliographie.

- (1). Macrae WA, Davies HTO. Chronic postsurgical pain. In: Crombie IK, editor. ed. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999:125–42
- (2). HAS – Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades INCa – Département des recommandations pour les professionnels de santé. Guide ALD n°30 – Cancer du sein. Janvier 2010
- (3). Maria Torres Lacomba and al. Incidence of myofascial pain syndrome in Breast cancer surgery: a prospective study Clin J Pain. Vol 26, Number 4, May 2010.
- (4). Julie Broce, Jane Quinlan. Post Chronic Surgical Pain Rev Pain. 2011 Sep; 5(3): 23–29.