

## La chirurgie du sein et les douleurs post opératoires, une prise en charge importante. *Breast surgery and postoperative pain, an important management.*



**K. Brahmi**<sup>1,2</sup>, S. Seddiki<sup>1,2</sup>, M. Boukrissa<sup>1,2</sup>, B. Seddiki, S. Yousfi<sup>1,2</sup>, N. Bachir-Bouiadjra<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Faculté de Médecine d'Oran.

<sup>2</sup> CCA, CHUOran.

<sup>3</sup> Laboratoire de Biologie du Développement et de la Différenciation. Université Oran1 Ahmed Benbella.

**Contexte.** Le traitement chirurgical du cancer du sein entraîne des douleurs chroniques post opératoires parfois persistantes, variables selon le type de l'intervention et d'une patiente à une autre. Ces douleurs sont fréquentes et invalidantes, présentant des caractéristiques neuropathiques dans plus de la moitié des cas ; une fois installées, elles sont difficiles à traiter (1). Le retentissement psychologique et professionnel peut être très important car majoré par le vécu du cancer. La douleur chronique post chirurgicale (DCPC) a été défini comme une douleur apparaissant après la chirurgie et persistant plus de 2 mois après, sans lien avec une complication postopératoire (infection ; cancer) et sans lien avec la douleur préopératoire (2). La douleur est évaluée sur l'échelle visuelle OMS (3). L'objectif est d'impliquer les différents acteurs pour une prise en charge chirurgicale et anesthésique adaptée.

**Mots clés.** Douleur chronique post opératoire, syndrome douloureux post-mastectomie.

**Keywords.** Chronic post-operative pain, post-mastectomy pain syndrome

**Méthodes.** Nous avons opéré 140 patientes atteintes d'un cancer du sein sur une période entre 2016 et 2017. Un traitement mammaire associé à un traitement axillaire a été réalisé. Un bilan de la malade et de la maladie a été fait pour identifier les comorbidités et la faisabilité des traitements. Une concertation avec l'anesthésiste en accord avec la patiente était essentielle, sur la base de la RCP. Lors du curage axillaire, tous les éléments vasculo- nerveux axillaires sont conservés. Avant la suture de la plaie opératoire, un analgésique local est injecté au niveau du bord externe du muscle grand pectoral et en sous cutanée. Une abduction du membre supérieur à 90° est débutée dès les premiers instants en salle de réveil. Les patientes sont interrogées en unité post opératoire sur l'intensité de leur douleur et la limitation des mouvements.

**Résultats.** Les douleurs décrites sont à type de brûlure (31%), de décharge électrique (27%), d'engourdissement et de de fourmillements (41,5%). Sur l'échelle visuelle, 77% des patientes sont Palier OMS 1. Les mouvements de l'épaule sont 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. Un suivi tous les mois, puis tous les 3 mois est assuré. A une année, 30% décrivent la persistance de la douleur, majorées à 50% par la radiothérapie axillaire. Une hypoesthésie est décrite chez toutes les patientes à des degrés très différents. Des effets secondaires à type d'hyperthermie passagère et de vertiges sont observés.

**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 la DCPC, évaluer la douleur pour déterminer son caractère aigu ou chronique, ses mécanismes d'action, son étiologie et son retentissement sur la qualité de vie (3). La patiente doit être orientée rapidement vers l'unité anti- douleur si les douleurs ne sont pas contrôlées. Il est recommandé de rechercher la présence d'une douleur préopératoire, la consommation d'opiacés au long court, des facteurs chirurgicaux et psychiques tels que l'anxiété ou la dépression (4).

**Conclusion.** La douleur chronique post opératoire est difficile à traiter, avec une répercussion sur la qualité de vie. Une analgésie per et post opératoire, sélectionnant les patientes et respectant les indications, permet d'éviter une limitation des mouvements de l'épaule et d'améliorer la qualité de vie. Une éducation thérapeutique doit accompagner toutes les patientes en particulier les précautions à prendre après le curage axillaire.

### Bibliographie.

1. L. Guichard, V. Martinez. Douleurs chroniques post chirurgicales, les prévenir, les traiter.

DOI.1007/s11724-017-0519-y. Lavoisier SAS 2017.

2. Macrae WA, Davies HTO. Chronic postsurgical pain. In: Crombie IK, editor. ed. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999:125–42.

3. 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.

4. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. Texte validé par le Conseil d'Administration de la SFAR 17/06/16.