

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CANCEREUSE EN MESOTHERAPIE

Docteur Philippe SALATO

I. INTRODUCTION:

Dans le cadre de la maladie cancéreuse, la douleur tient une place prépondérante dans les problèmes que l'on rencontre. En effet, on estime que:

- Au stade initial, 30 à 40% des patients sont touchés par une douleur modérée à élevée
- A un stade avancé on passe de 60 à 90% de ces mêmes patients.

Mais surtout, on souligne que près de 50% des patients ne sont pas assez soulagés. [1], [2]

Ceci est bien évidemment un élément péjoratif dans l'évolution de la maladie cancéreuse, avec de multiples répercussions:

- Physiques avec baisse des capacités fonctionnelles
- Psychologiques avec angoisse et dépression
- Sociales avec perte d'autonomie et désinvestissement

La douleur n'est qu'un des symptômes de la maladie cancéreuse, elle doit donc être intégrée dans l'évaluation globale du malade. Son évaluation est systématique pour permettre une bonne adaptation des thérapeutiques. Pour cela on utilisera:

- Echelles d'autoévaluation quantitative: EVA....
- Evaluation qualitative: Saint Antoine, qualité de vie....

La thérapeutique associe le plus souvent les médicaments, la physiothérapie, soutient psycho -thérapeutique et comme nous le verrons l'apport de la mésothérapie qui peut être un plus dans de nombreuses situations.

II. CAUSES ET MECANISMES DES DOULEURS CANCEREUSES:

Sans rentrer dans les détails, on peut rapidement classer ces douleurs selon qu'elles soient:

- Douleurs aiguës, le plus souvent liées à l'affection néoplasique, les suites de chirurgie de radiothérapie voir de chimiothérapie.
- Douleurs chroniques, le plus souvent en rapport avec l'évolution tumorale.

Mais surtout on les classe par leur mécanisme de survenue:

Nociceptives

- Somatiques: Os, Muscle, Tissu mou
- Viscérales

Neuropathique:

- Par compression
- Par destruction.

III. PLACE DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE SES DOULEURS

1. Dans les douleurs nociceptives somatiques:

Les douleurs osseuses: Les métastases sont très douloureuses, associant les douleurs en rapport avec la lyse osseuse, les douleurs de compression et les douleurs de prolifération.

Les tassements vertébraux sont également très douloureux, de plus ils entraînent des pertes d'autonomie néfastes.

les poussées inflammatoires que tout cela entraîne sont souvent associées.

Les douleurs musculaires: le muscle strié, par destruction de fibres ou par contracture.

Les tissus mous: les douleurs cutanées +++ liées aux adhérences, fibroses et brûlures (post chirurgicales, post radiques ou post chimiothérapeutiques)

Ici, la mésothérapie a sa place parmi les autres traitements classiquement proposés. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les myorelaxants, la calcitonine ou les défibrosants nous sont familiers et bien utilisés par la voie intradermique, ils jouent pleinement leur rôle en améliorant de manière significative la symptomatologie.

2. Les douleurs nociceptives viscérales:

Les douleurs référées surtout, expression cutanée de la douleur d'un viscère lésé. Ici nous traiterons la cellulopathie douloureuse.

les douleurs spasmodiques aussi où les antispasmodiques ont toute leur utilité en injection loco régional.

3. Dans les douleurs Neuropathiques:

Efficacité variable selon la gravité de la lésion, et sa localisation
Soulagement sur le territoire sensitif à toujours rechercher

IV. LA DOULEUR SOMATIQUE NOCICEPTIVE DES CANCERS ET MESOTHERAPIE

1. La douleur osseuse et cancer:

Origine: métastase osseuse, poussée inflammatoire, tassement vertébral ou fracture spontanée.

Traitement classique:

- Non médicamenteux: Radiothérapie, Chirurgie, physiothérapie, ergothérapie, matériel orthopédique
- Médicamenteux: Ains, Corticoïdes, Biphosphonates, Calcitonine, opioïdes et coanalgésiques.

Traitement mésothérapeutique:

- Intérêt: accessibilité du foyer à traiter (rachis, membres), faibles doses injectées mais concentrations locales importantes (effet réservoir de la peau). Bien meilleur tolérance des Ains et de la calcitonine.
- Limites: certaines localisations (tête fémorale), effet progressif
- Protocole proposé:

Lidocaïne (2cc) + Calcitonine 100ui + Piroxicam (2cc)

Sur la zone douloureuse en IDP et technique superficielle (IED ou IDS) sur l'ensemble de la région.
J1, J8, J15 et réévaluation +++, puis à la demande selon les résultats.

2. La douleur musculaire et cancer:

Origine: souvent secondaires aux douleurs osseuses, aux poussés inflammatoires, aux troubles statiques ou aux périodes de décubitus forcé.

Traitement classique:

- Non médicamenteux: Chaleur, physiothérapie, ergothérapie, matériel orthopédique
- Médicamenteux: myorelaxants périphériques /centraux, antalgiques

Traitement mésothérapeutique:

- Intérêt: accessibilité du foyer à traiter (muscles rachidiens, muscles des membres), faibles doses injectées mais concentrations locales importantes (effet réservoir de la peau). Action rapide (réflexothérapie).
- Limites: récurrences fréquentes par non correction du facteur déclenchant.
- Protocole proposé:

Lidocaïne (2cc) + Thiocolchicoside (2cc) ou Magnésium (2cc) + Diazépam (1cc)

Sur les points musculaires douloureux en IDP et technique superficielle (IED ou IDS) sur l'ensemble de la zone.

J1, J8, J15 et réévaluation +++, puis à la demande selon les résultats.

Souvent à associer au traitement de la douleur osseuse.

3. La douleur des tissus mous et cancer:

Origine: souvent secondaires au traitement lui-même, douleurs de cicatrisation post chirurgicales, post radiques ou post chimiothérapeutiques

Favorisées par certains traitements associés, corticoïdes immunosuppresseurs

Traitement classique:

- Non médicamenteux: cosmétiques cicatrisants, drainages lymphatiques, massage défibrant ...
- Médicamenteux: antalgiques, vitamine E

Traitement mésothérapeutique:

- Intérêt: accessibilité du foyer à traiter (la peau), traitements défibrants et trophiques très efficaces. Action combinée facilitant les massages défibrants.
- Limites: vaincre la réticence de certains chirurgiens.
- Protocoles proposés:

Traitement mésothérapeutique de la cellulopathie post opératoire au stade précoce (Dr J.J Perrin):

Elle peut être effectuée à compter du 4^{ème} jour en accord avec le chirurgien. Il faut bien évidemment une désinfection soignée et travailler en IED stricte. On vise l'amélioration de la durée et de la qualité de la cicatrisation

Lidocaïne (3cc) + Etamsylate (2cc) + Mag (3cc) + Vit C (2cc) Ou,

Lidocaïne (3cc) + Etamsylate (2cc) + Arnica 4 DH (hématome++)

On traite sur toute la zone cellulalgique en épargnant la plaie chirurgicale jusqu'à l'ablation des fils, tous les 2 à 4 jours (J4, J6, J10, J14) puis à 1 semaine => 6^{ème} semaine.

Traitement mésothérapeutique de la cellulopathie au stade tardif: post Chirurgie ou radiothérapie:

Ici on traite les fibroses, rétraction douloureuse, troubles trophiques voir douleurs neurogènes et psychogènes associées (voir plus loin). L'accord du chirurgien est ici encore nécessaire.

En cas de *fibrose*:

Mag (2cc) + Calcitonine 100ui + Vit E (2cc), voir Raubasine, Dihydroergocristine à la place du Mg

En cas d'*atrophie*:

Procaïne (2cc) + Conjonctil® (2cc) + Polyvit (Flac sec)

En cas de *lymphoedème*:

Lidocaïne (2cc) + Etamsylate (2cc), en IED / IDS le moins traumatique possible et après désinfection soignée.

V. LA DOULEUR CANCEREUSE NOCICEPTIVE VISCERALE ET MESOTHERAPIE

1. La douleur référée et cancer:

Origine: un organe qui souffre provoque à distance une souffrance d'un territoire cutané qui lui est propre.

Traitement classique:

- Non médicamenteux: physiothérapie, chaleur, électrostimulation
- Médicamenteux: antispasmodiques +/- Ains ou corticoïdes

Traitement mésothérapeutique:

- Intérêt: accessibilité de la zone cutanée facilement soulagée et atténuation partielle de la souffrance viscérale, peu d'effets secondaires.
- Limites: durée d'action limitée, pas assez puissante sur les formes hyperalgiques.
- Protocole proposé: cellulopathie algique

Lidocaïne (2cc) + Etamsylate (2cc) + Calcitonine 100ui

Essentiellement en IDS / IED sur l'ensemble de la zone référée

J1, J8, J15 voir plus serré au début en fonction de l'intensité, puis à la demande En association avec les traitements per os que l'on potentialise.

2. La douleur spasmodique et cancer:

Origine: dysfonction d'un organe qui souffre avec spasmes digestifs, nausées/vomissements, constipation, ténisme rectal mais aussi spasmes vésicaux, vessie rétionnelle, douleurs rénales par dilatation...

Traitement classique:

- Non médicamenteux: chaleur, ajustement diététique, pose de sondes
- Médicamenteux: antispasmodiques, antiémétisants, IPP, laxatifs, Ains, corticoïdes...

Traitement mésothérapeutique:

- Intérêt: limitation de la prescription peros, peu d'effets secondaires
- Limites: durée d'action limitée, pas assez puissante sur les formes hyperalgiques ou les pathologies associées (nausées/vomissements, rétentions urinaires, constipation ou ténisme rectal...)
- Protocole proposé:

**Traitement proposé par le Dr Christophe Danhiez
Lidocaïne (2cc) + Mag (2cc) + Phloroglucinol (2cc)**

Technique mixte: IDS / IED sur l'ensemble de l'abdomen, et IDP sur la projection douloureuse et les points plexiques de la cartographie neuro-viscérale du Dr D. Mrejen

J1, J8, J15 voir plus serré au début en fonction de l'in-

tensité, puis à la demande

VI. LA DOULEUR CANCEREUSE NEUROGENE ET MESOTHERAPIE

1 Origine:

Par irritation, compression voir destruction partielle ou totale du nerf

Souvent secondaire à la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie

Souvent mixte nécessitant une association de médicaments.

2. Traitement classique:

Non médicamenteux: TENS, Radiothérapie, bloc nerveux, décompression chirurgicale, analgésie intra spinale

Médicamenteux: anticonvulsivants, antidépresseurs, Lidocaïne, Clonazépam, Kétamine, Corticoïdes, Opioides

3. Traitement mésothérapeutique:

Intérêt: efficacité retrouvée dans de nombreux travaux, voie locale efficace avec beaucoup moins d'effets secondaires

Limites: complexité des mécanismes lésionnel. Lésions parfois dépassées.

Protocoles proposés:

Dr Pierre Lecomte en 2004: [6]

"*Traitement des séquelles douloureuses chroniques post chirurgicales par mésothérapie, étude rétrospectives sur 18 patients*".

Montre une efficacité certaine avec aucun échec chez 12 patients «orthopédiques» et un seul échec sur les 6 patients «viscéraux»

Propose des mélanges adaptés aux différentes caractéristiques des douleurs

- Douleurs à fond permanent, douleurs référées:

Mag 3 cc + Amitriptyline 1 cc

- Douleurs discontinues, démyélinisation, névrome:

Mag 3cc + Clonazépam 1cc

- Anesthésie douloureuse:

Mag 3 cc + Tiapride 1 cc

Dr V. Leloup- Morit, Dr V. Morel (2005): [8]

"*TT des douleurs post chirurgicales par mésothérapie, après chirurgie du Cancer du sein étude sur 12 patientes*".

Evaluation du type de douleurs (QDSA + EVA + schéma corporel)

Traitement de toutes les composantes de la douleur et thérapies, associées (allopathie per os +/- psychothérapie)

Elles Proposent les mêmes mélanges adaptés aux différentes caractéristiques des douleurs neurogènes

- Douleurs à fond permanent, douleurs référées:

Mag + Amitriptyline

- Douleurs discontinues, ectopiques, démyélinisation:

Mag + Clonazépam

- Anesthésie douloureuse:

Mag + Tiapride

Technique IED après désinfection soigneuse

Fréquence des séances: J1, J8, J15, J45 et évaluation à J60

Souvent Ains + décontracturant musculaire à la 1^{ère} séance (débrouillage)

- Résultats:

3 sorties d'étude (raisons personnelles)

9 arrivées en fin de protocole avec 6 résultats jugés très positifs, 1 résultat positif, 2 résultats médiocres

Dr Bourit G (2006) : [3]

"Case Report sur 1 cas dans les douleurs post chirurgicales par mésothérapie, après chirurgie du Cancer du sein".

Evaluation du type de douleurs (EVA) et de la trophicité cutané

Traitement de la composante neurogène de la douleur et de la trophicité cutanée.

Il propose les mélanges suivants:

- Douleurs à fond permanent, douleurs référées:

Mag + Amitriptyline

- Trophicité et drainage:

Pentoxifylline + Etamsylate + Polyvitamines

Technique IED après désinfection soigneuse

Fréquence des séances: J1, J8, J15, J30, J45 et évaluation à J60

- Résultats:

EVA passée de 8 à 3 à J45 (4 à J30)

Diminution de la prise de Gabapentine de 1200mg à 600mg à J45 et arrêt à J60.

Amélioration du lymphoedème à J30 et amélioration souplesse de la cicatrice à J30

VII. PLACE DES MORPHINIQUES

INJECTABLES EN MESOTHERAPIE: Dr

Lecomte. P (2007) : [7]

Les trois types de récepteurs sont retrouvés dans le tissu sous-cutané

Les morphiniques n'ont ici d'actions que sur les canaux potassiques et non pas sur les courants sodiques cutanés.

La mésothérapie pratiquée en technique épidermique (IED) est une technique adaptée à l'utilisation de la morphine injectable: elle est efficace et possède peu d'effets secondaires.

Seule ou en association avec : le Magnésium, l'Hy-

droxizine, (la Pentoxifylline disparue depuis).

VIII. CONCLUSION

La prise en charge de la douleur cancéreuse est complexe. Elle nécessite une bonne évaluation globale initiale, un suivi attentif car la maladie évolue.

La diversité des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pose également des problèmes car les effets secondaires sont fréquents.

On a souvent recours à une association d'actions pharmacologique et non pharmacologique.

la Mésothérapie présente ici un intérêt certain car elle présente une grande efficacité sur les douleurs osseuses, musculaires ou cicatricielles. Elle est également très utile sur les douleurs neurogènes, adjuvante en association sur les douleurs viscérales et adaptative aux différents stades de la pathologie. Elle permet de limiter les doses per os et les effets secondaires Elle doit donc être mieux connue de l'ensemble des praticiens concernés par ces pathologies.

RÉFÉRENCES:

[1]. Azaria. S. *Douleurs Cancéreuses , évaluation et traitement*. Congrès RSPQ, Québec; 2006

[2]. Bonnet. C, Laurens. D, Perrin. JJ. *Guide pratique de Mésothérapie*. Editions Masson; 2008

[3]. Bourit. G. *Syndrome post mastectomie , mésothérapie et douleur neurogène*. La Revue de Mésothérapie: N° 127; Aout 2006

[4]. David. S, Mazzocato. C. *Le traitement de la douleur cancéreuse*. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. N°1; 2007

[5]. Ginies.P, *Atlas de la Douleur, de la douleur imagée à la prescription commentée*. Diffusion des Laboratoires Houdé; Aout 1999

[6]. Lecomte. P, *Douleurs neuropathiques en mésothérapie, traitement de séquelles douloureuses chroniques post chirurgicales par mésothérapie*. La Revue de Mésothérapie: N° 121; Oct 2004

[7]. Lecomte. P, *Morphine et mésothérapie*. La Revue de Mésothérapie: N° 128; Janvier 2007

[8]. Leloup-Morit. V, Morel. V. *Mésothérapie et douleur post-chirurgicale du cancer du sein. .* La Revue de Mésothérapie: N° 125; Décembre 2005

[9]. Mortamais. J. *Pourquoi utiliser les calcitonines en mésothérapie ?*. La Revue de Mésothérapie: N° 106; Juillet 1999.