

SYNDROME POST MASTECTOMIE. MESOTHAPIE ET DOULEUR NEUROGENE



Gérard Bourit - France

RESUME

La place de la mésothérapie dans les douleurs neuropathiques est à évaluer. Certains ont pu montrer leur efficacité dans les névromes, les radiculalgies, les douleurs post-opératoires.

La douleur post-mastectomie est fréquente sans la chirurgie du cancer du sein .

Les douleurs situées au niveau de l'aisselle et du bras, souvent observées doivent faire l'objet d'un examen clinique rigoureux avant d'affirmer le rapport avec l'acte opératoire .

Nous avons pu montrer que grâce à cette étude la mésothérapie a non seulement fait stopper le traitement plus rapidement que prévu, mais également redonner au tissu cutané une structure anatomique, un état de souplesse et une cicatrisation parfaite.

SUMMARY

The place of the mésothérapie in the neuropathic pains is has to evaluate. Some could show their effectiveness in the nevromes, the radiculalgies, the operational pains post the pain post-mastectomy is frequent without the surgery of the breast cancer. The pains locate at the level of the armpit and of the arm, often observed must be the subject of a rigorous clinical examination before affirming the relationship with the operational act. We could show that grace has this study the mésothérapie not only made stop the treatment more quickly than envisaged, but also give again with cutaneous fabric an anatomical structure, a state of flexibility and a perfect cicatrization

L'intérêt de cet exposé est de montrer notre approche thérapeutique devant des douleurs complexes. La difficulté que nous avons à proposer une démarche devant des douleurs nociceptives ou neuropathiques est réelle. Pourtant, elle doit être relativement codifiée. Par l'intermédiaire d'un cas clinique, je vais essayer de vous proposer un schéma devant des douleurs neurogènes. Pour cela, j'ai choisi de vous parler d'un syndrome post mastectomie.

DÉFINITION :

Le SDPM a été décrit en 1989 par Watson et associe

les critères diagnostiques suivants :

- Absence de maladie récurrente locale,
- L'élimination des autres causes de douleurs post-mastectomie,
- La présence de douleurs persistantes depuis au moins 3 mois,
- Allodynie et/ou hyperesthésie et/ou paresthésies.
- Région thoracique ant .axillaire et face interne bras

RAPPEL ANATOMIQUE :

- Chaque nerf intercostal est relié par 2 rameaux communiquant aux ganglions du sympathique thoracique.
- Le second nerf inter-costo-brachial possède une branche de division qui innerve l'aisselle et une autre qui innerve la partie supérieure et interne du bras par l'intermédiaire de l'anastomose de Hyrtl.
- D'autres structures nerveuses peuvent être impliquées : nerfs thoraco-dorsaux et pectoraux gouvernant la musculature profonde et la paroi thoracique.

PHYSIOPATHOLOGIE :

- L'explication physiopathologique pourrait être le fait d'une atteinte du 2^{ème} nerf inter costo-brachial et parfois de l'existence d'un névrome ou d'un micronévrome. (1)

Néanmoins , si l'on a pu penser que le respect de ce nerf évitait la survenue du syndrome, Salmon et al. ont démontré le contraire dans une étude prospective (2)

CAS CLINIQUE

Mme D présente une tumeur de 4 cm du sein droit . Elle subit une mastectomie avec évidement axillaire après confirmation extemporanée de la malignité Elle présente dans les suites post-opératoires immédiates des douleurs pariéto-thoraciques antérieures intenses.

Une adénopathie est envahie : récepteurs hormonaux +++

Le traitement consiste en une irradiation pariétale

de la chaîne mammaire interne et de la région sous claviculaire homolatérale
Traitement médical : Tamoxifène 20 mg (5 ans)

Examen

- Présence de Lymphoedème +
- Aucun hématome apparent
- Allodynie de la cicatrice de la mammectomie et hypoesthésie désagréable région axillaire
- Aucune atteinte du canal carpien et Guyon

Questions (douleur post-opératoire cancéreuse)

Les questions à se poser devant des douleurs post opératoires sont à peu près toujours identiques :

- Recherche du type de douleur
- Recherche du caractère aigu ou chronique
- Recherche étiologique
- Recherche de la séméiologie de la douleur

1^{ère} consultation

♣ *Caractéristiques*

Les douleurs sont importantes, sans intervalle libre . Elles sont antérieures thoraciques
Il existe des dysestésies de face interne bras droit au niveau de la région postérieure de l'épaule qui irradient vers la pointe de l'omoplate
Nous avons quasiment les caractéristiques des douleurs neuropathiques.

♣ *Origine de la douleur ?*

1 - Est ce une récurrence tumorale ? Ceci peut être éliminé par un bilan complémentaire (biologique, radiologique) ?

2 - Est ce une plexopathie radio-induite ?
Éventualité rare : plutôt atteinte racines supérieure C5-C6

• La Radiothérapie est un facteur aggravant l'incidence de survenue des douleurs (plus irradiation aisselle)

3 - Est ce une douleur iatrogène post-chirurgicale?

♣ *Commentaires :*

50% femmes opérées d'un cancer du sein présentent des douleurs et peuvent persister des mois, des années

♣ *Quel traitement choisir ?*

- Bloc diagnostique, pronostique, et thérapeutique du plexus brachial (inter-scalénique) ?
- AINS et un morphinique faible ?
- Anticonvulsivant , antidépresseur tricyclique ?
- Anticonvulsivant et drainage lymphatique manuel et soutien psychologique ?
- Autre méthode ?

♣ *Traitement des douleurs neuropathiques*

- En premier lieu, les antidépresseurs tricycliques pour les algies de fond et les anticonvulsivants en cas de fulgurance...

- Associé a des drainages lymphatiques manuels
- Evaluation psychologique (entretien) (3)

- Alternatives

- L'électro-stimulation transcutanée de type "gate control" peut être proposée pour tenter au moins de reproduire la sensation tactile axillaire et/ou brachiale sinon d'atténuer les dysestésies de ces régions.
- Les infiltrations des zones gâchettes avec des anesthésiques locaux associés à la clonidine à faible dose peuvent permettre de passer un cap difficile et sont à renouveler en cas d'efficacité initiale.
- L'application topique de capsaïcine au niveau des régions douloureuses 4 fois par jour pendant 4 semaines a pu permettre une amélioration significative dans de nombreuses situations (4)

♣ *Arbre décisionnel*

Drainage lymphatique

La participation quasi constante d'un dysfonctionnement du flux lymphatique doit faire discuter les drainages lymphatiques manuels en dehors de contre-indications telles les lymphangites inflammatoires, infectieuses, néoplasiques...

Les modalités de ce traitement doivent obéir à un schéma logique : début par un drainage thoracique et scapulaire puis axillaire et brachial.

Mais, si Mésothérapie ?

À part ces traitements, non dépourvus d'effets secondaires, il était logique de penser que la mésothérapie aurait une place dans ces propositions ou alternatives thérapeutiques.

- Quels produits utiliser ?
- Quelles techniques proposer ?
- Comment évaluer notre efficacité « méso » ?

♣ *Prise en charge mésothérapique : examen clinique « méso »*

Avant de penser traitement, l'examen clinique est un temps essentiel.

Il complète l'examen clinique classique

- La palpation musculaire des chaînes antérieures, postérieures (la notion de contracture de points détentes) est fondamentale
- L'examen cutané : la palpation de la cicatrice, de la souplesse de la peau, de fibrose cutanée, sont des notions qui vont guider notre démarche dans le choix des produits.

Ainsi peuvent être éliminés :

- une compression radiculaire ou tronculaire,
- un syndrome segmentaire, myofacial,
- une douleur projetée d'origine viscérale,

La revue de Mésothérapie

- un syndrome postural,
- une fibromyalgie

♦ Références thérapeutiques (5)

• Mag (2 cc) Laroxyl (2 cc)	douleur fond permanent, douleur rapportée
• Mag (2 cc) Rivotril (2 cc)	anesthésie douloureuse, névrome, cicatrice
• Mag (2 cc) Tiapridal (2cc)	douleurs ectopiques, séquelles chirurgie viscérale et chirurgie rachidienne

♦ Évaluation traitement mésothérapique

- Echelle Visuelle Analogique
- Clinique : examen local (trophicité) et mobilité du bras

♦ Rappel cas clinique :

Madame D présente une douleur persistante depuis 3 mois évoquant une douleur neuropathique.

Adressée par son médecin traitant en consultation douleur pour avis thérapeutique.

Elle prend Gabapentine 400mg X 3, Paracétamol 3g / jour.

Elle réalise des séances de kinésithérapie à type de drainage lymphatique.

J0 : traitement inchangé

- mésothérapie : Mag/Laroxyl (IED)
- aisselle, avant bras, bras.

J8: EVA identique 8

Pas de changement
Même protocole

J15: EVA 6

DI fond permanent
Cicatrice aucun changement
empatement bras aucun changement
Mobilité bras aucun changement
Lymphoedeme

Meso : mag /laroxyl (IED)
et HPV /dicynone /torental (IED)

J30: EVA 4

Moral ++
Lymphoedeme
Douleur diminuée
Sein + souple

Meso :IED : mag /laroxyl + HPV /dic/torental

Modif :neurontin 900 mg

J 45: EVA 3

Douleur mieux supportée

Meso même protocole

Souhaite diminuer tt > neurontin 600 mg / jour

J 60: EVA 3

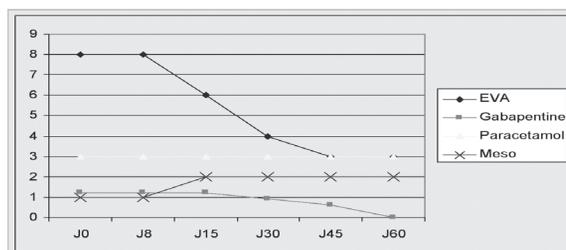
Moral ++

Meso même protocole

Essai arrêté ttt > médecin traitant appelée pour décision thérapeutique

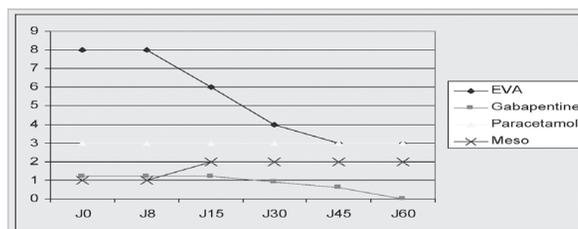
Contact téléphonique si besoin

Revient 4 mois plus tard , très contente meso revient pour autre problème



	J0	J8	J15	J30	J45	J60
EVA	8	8	6	4	3	3
Gabapentine	1,2	1,2	1,2	0,9	0,6	0
Paracétamol	3	3	3	3	3	3
Meso	1	1	2	2	2	2

Meso efficace sur les douleurs neuropathies visible sur EVA et diminution de consommation de Gabapentine



La mésothérapie a permis d'obtenir une meilleure trophicité de la paroi thoracique , les œdèmes ont commence a disparaître la paroi est devenue plus souple , ce qui a permis un travail plus efficace pour la kinésithérapie

DISCUSSION

Cette expérience est certe un cas isolé, et ne peut que représenter une approche thérapeutique.

Néanmoins, elle a l'avantage de poser un certain nombre de questions:

- sur la Douleur neuropathique : la mésothérapie a permis un sevrage rapide
- les Troubles trophiques ont nettement régressé, grâce à l'apport de la technique locale per os.

Je voudrais insister sur le fait que notre approche mésothérapique repose sur une prise en charge globale.

Il existe dans notre démarche, une écoute, un examen clinique, basé en particulier sur les tests cliniques mais également sur la palpation des structures anatomiques ; La mésothérapie a l'avantage de pouvoir traiter in situ. Cette prise en charge thérapeutique est totalement

rassurante pour le patient et ne peut que diminuer les symptômes de la douleur.

J'espère que nous pourrons développer avec d'autres expériences la prise en charge dans les douleurs neuropathiques.

BIBLIOGRAPHIE

1 - (Vecht CJ, VandeBrand HJ, Wajer OM. Post-axillary dissection for breast cancer due to a lesion of the intercostobrachial nerve. Pain 1989 ; 38 : 171-6)

2 - Salmon RJ, Ansquer Y, Asselain B. Préservation versus section of intercostal-brachial nerve (IBN) in axillary dissection for breast cancer-a prospective randomized trial. European Journal of Surgical Oncology 1998 ; 24 : 158-161

3 - Agency for Health Care Policy and Research. Management of Cancer Pain : clinical practice guideline Rockville : AHCPR, US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1994). (et SOR FNLCC ANDEM ANAES)

4 - (Watson CPN, Evans RA, Watt VR. The post-mastectomy pain syndrome and the effect of topical capsaicin. Pain 1989 ; 38 : 177-187.)

5 - Revue de mésothérapie (octobre 2004)douleur neuropathique : P.Lecomte