

UNICANCER



Cancer du Sein: Parlons des Douleurs Séquellaires

Dr Estelle Botton
Algo-Cancérologue
Mont Saint-Michel, 17 Avril 2013

UNICANCER



Pourquoi en parler ?

Parce qu'elles sont, parfois (souvent?)



👉 Non évoquées, non entendues

👉 Ou « normalisées » :

« Avez-vous dit aux médecins que vous aviez mal ? »
 « Ah oui, oui, ils m'ont dit que **c'était normal**.
 Ils me disent : oui ce n'est pas une petite opération que vous avez eue.
 Si on me dit que c'est normal, moi je crois ce qu'on me dit. »
 (Claude, 68 ans.)

*L'expérience de la douleur parmi des femmes atteintes d'un cancer du sein (cohorte ELIPPSE).
 Bull Cancer vol. 97 • N° 8 • août 2010*

Or, la **normalité** est ce qui est conforme à ce dont on a l'habitude,
 ce qui ne surprend, ne dérange ni n'attire la curiosité...

Parce qu'elles sont sous-estimées

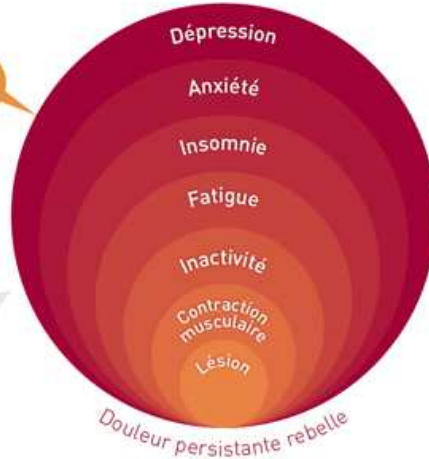
- 👉 Pour les douleurs du cancer, taux de concordance entre auto et hétéro-évaluation :
 - 👉 80% pour douleurs faibles
 - 👉 37% pour douleurs modérées
 - 👉 13% pour douleurs fortes
- 👉 D'autant plus si aucune étiologie clairement identifiée= pas de métastases retrouvées sur examens complémentaires

Médecin souvent prisonnier d'un
mode de pensée anatomo-clinique classique
 (peine à intégrer l'absence de corrélation entre l'intensité
 douloureuse et l'importance des lésions anatomiques visibles)

Et si elles persistent...

Les répercussions de la douleur persistante sont nombreuses et intriquées

Cause
unique
Douleur brève



Source : François Bourreau, *Contrôlez votre douleur*, Ed. Payot, 2004

→ DOULEUR GLOBALE

**En parler
parce qu'elles sont
très fréquentes**

Rune Gärtner, MD
Maj-Britt Jensen, MSc
Jeanette Nielsen, RN
Marianne Ewertz, MD, DMSc
Niels Kroman, MD, DMSc
Henrik Kehlet, MD, PhD

Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery

JAMA, November 11, 2009—Vol 302, No. 18

Objectif: Évaluer prévalence et facteurs associés à douleur post-cancer du sein

Patientes opérées entre janvier 2005 et décembre 2006
3754 femmes, 18 à 70 ans. Questionnaire envoyé en 2008.

- 87 % de réponse
- 47% de douleur (13% sévère, 39% modérées, 48% légères)
 - jeune âge (18-39) : OR=3,62
 - RT : OR=1,5
 - Curage axillaire : OR= 1,77
- perturbation sensitive : 58%
 - jeune âge (OR=5)
 - curage axillaire (OR=4,97)

Donc, persistance douleur et/ou troubles sensitifs à 2-3 ans de ttt Kc sein,

Presque 1 patiente sur 2

Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study

Mathias Kvist Mejdahl *research assistant*¹, Kenneth Geving Andersen *physician research fellow*¹,
Rune Gärtner *physician*², Niels Kroman *professor*², Henrik Kehlet *professor*¹

BMJ 2013;346:f1865 doi: 10.1136/bmj.f1865 (Published 11 April 2013)

Patientes opérées entre janvier 2005 et décembre 2006
Même cohorte. Même questionnaire en 2012.

- 2411 (89 % de réponse)
- 37% de douleur (16% avec EN ≥ 4)
 - Parmi patientes dl en 2008, 36% ne l'étaient plus en 2012
 - 15% des patientes non dl en 2008 l'étaient en 2012
- 50% ont des perturbations sensitives en 2012

***Douleur reste présente dans le temps
Et fluctue***

Les étiologies les plus citées dans la littérature

Douleur neuropathiques	Douleurs nociceptives
<ul style="list-style-type: none"> -syndrome post-mastectomie (NICB) -douleurs de cicatrice et névrome - névralgies de branche médiane ou latérale du pectoral, du nerf long thoracique et du nerf thoraco-dorsal - algo-hallucinoses du sein - plexites 	<ul style="list-style-type: none"> - douleurs d'épaule (de type périarthrite scapulo-humérale et rétraction capsulaire) - thromboses lymphatiques superficielles (TLS) - lymphoedème du bras - lymphoedème du sein
Recommandations St Paul de Vence 2009	

Ammar D, Brocard F, Chassignol L, Chvetzoff G, Delorme T, Durand JP, Jovenin N, Roussel P, Tiberghin F.
Recommandations de Saint-Paul de Vence 2009 « cancer du sein » et « soins de support » : douleurs neuropathiques chroniques séquellaires après traitement loco-régional d'un cancer du sein et après Taxanes : épidémiologie, diagnostic, facteurs de risque, prévention et traitements.
Oncologie 2009;11:612-793-Springer 2009

L'étiologie la moins connue,
mais la plus fréquente

Douleur MYO-FASCIALE

Qu'est-ce que le syndrome myofascial ?

▸ La musculature squelettique :
organe le plus important du corps humain, supérieur à 40% du poids du corps. Peu d'attention dans les écoles médicales modernes...

▸ 3 Critères de diagnostic Majeurs

- Cordon musculaire en tension
- Point douloureux exquis au niveau d'un nodule de ce cordon musculaire point gâchette myofascial
- Douleur référée habituelle reproduite à la pression de ce nodule

▸ 6 Critères mineurs

- Réponse contractile locale
- Signe de saut
- Reconnaissance par le patient de la douleur provoquée
- Modèles de douleur référée
- Faiblesse /raideur musculaire
- Douleur à l'étirement ou à la contraction du muscle concerné

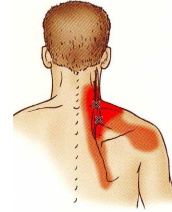


Figure 31 Élévateur de la scapula droit, vue postérieure.

Simons DG, Travell JG (1999) Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual : Upper Half of Body. 2nd ed. Lippincott Williams and Wilkins; Baltimore.
IASP. Specific Myofascial Pain Syndromes. In Relatively generalized syndromes : Group I -. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16275. 2009 : 13-4.

Incidence of Myofascial Pain Syndrome in Breast Cancer Surgery: A Prospective Study

María Torres Lacomba, PhD,*† Orlando Mayoral del Moral, PhD.‡
José Luis Coperias Zazo, PhD.§ Robert D. Gerwin, MD,|| and Álvaro Zapico Goñi, MD¶
Clin J Pain • Volume 26, Number 4, May 2010

Évaluation incidence syndrome myofascial (SMF) en prospectif à 1 an de la chirurgie :
Examen à J3-J5, M1, M3, M6 et M12 par médecin physicien
116 femmes en post-op, 68 douloureuses :

- 52 SMF soit 44,7%
- 16, pas de SMF

TABLE 3. Cause of Pain

Cause of Pain	# Patients
Myofascial pain syndrome	52
Axillary web syndrome	56
Infection	3
Neuropathy	1
Fibromyalgia	2
Carpal tunnel syndrome	1
Supraspinatus tendonitis	3
Pneumothorax	1
Osteosarcoma	1
Chemotherapy allergic reaction	1
Herpes zoster	1
Not determined*	6

*Generalized pain associated with chemotherapy and hormonotherapy.

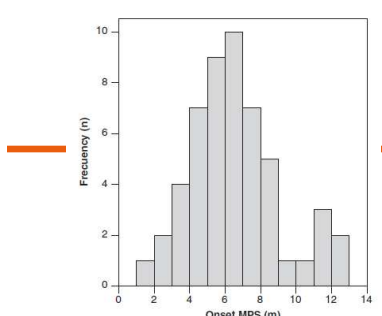


FIGURE 2. Onset distribution of myofascial pain syndrome in months after surgery.

Etude Torres-Lacomba

TABLE 4. Incidence of Involved Muscles With Active Myofascial Trigger Points

Muscles	N	%	95% CI
Lattissimus dorsi	30	25.9	18.2, 34.8
Serratus anterior	28	24.0	16.7, 33.0
Pectoralis major	24	20.7	13.7, 29.2
Infraspinatus	22	19.0	12.3, 27.3
Trapezius	16	13.8	8.1, 21.4
Teres major	10	8.6	4.2, 15.3
Teres minor	10	8.6	4.2, 15.3
Pronator teres	6	5.2	1.9, 10.9
Levator scapulae	1	0.9	0.0, 4.7
Supraspinatus	1	0.9	0.0, 4.7

CI indicates confidence interval.



SMF du dentelé antérieur

Territoire douloureux

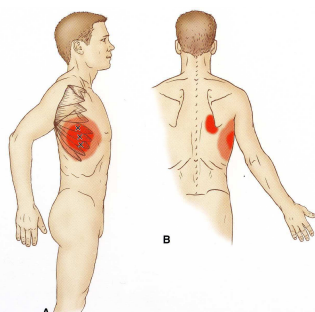


Figure 42. Dentelé antérieur droit. A. Vue latérale. B. Vue postérieure montrant le reste de la zone de projection.

Etirements

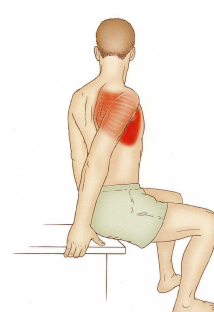
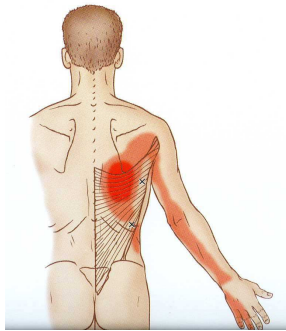


Figure 43. Pour étirer le dentelé antérieur droit, le patient étend le bras et tient le bord du banc, puis effectue une rotation du corps du côté opposé (gauche) (cela entraîne une rétraction de la scapula droite).

SMF du grand dorsal

Territoire douloureux



Etirements

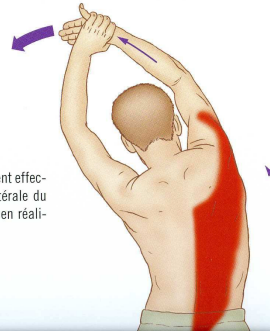


Figure 97 Pour étirer le grand dorsal droit, le patient effectue avec l'aide de son autre main une rotation latérale du bras droit vers l'avant et en travers du corps, tout en réalisant une latéflexion gauche du tronc.

SMF du grand pectoral

Territoire douloureux

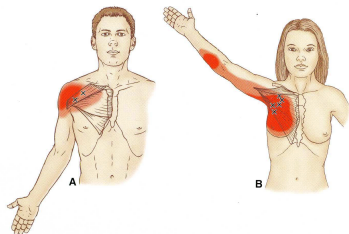


Figure 48 Grand pectoral droit, voies antérieures. **A.** Chef claviculaire. **B.** Chef sternocostal.

Etirements

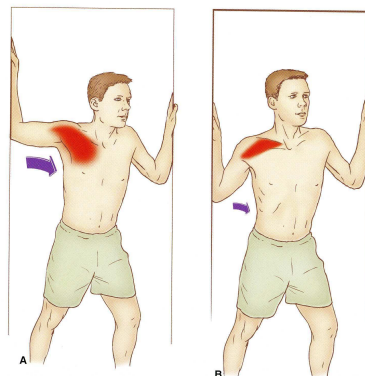


Figure 49 **A.** Pour étirer le chef sternocostal, le patient réalise une abduction du bras droit de 90 degrés environ en prenant appui sur une embrasure de porte. **B.** Pour étirer le chef claviculaire, le patient réalise une abduction du bras droit de 45 degrés environ en prenant appui sur une embrasure de porte.

Pourquoi ces douleurs MF après cancer du sein ?

Facteurs d'activation des PGM les plus plausibles chez ces patientes opérées:

- positionnement de l'épaule au cours de la chirurgie (abduction et rotation externe)
- manipulation et ablation du fascia du muscle grand pectoral au cours de la chirurgie
- cicatrice chirurgicale, drains chirurgicaux
- maintien des muscles dans une position raccourcie après la chirurgie
- Fibrose musculaire post-radique ?

Facteurs d'entretien des PGM:

- L'ABSENCE ou le retard de prise en charge
- Certains mouvements
- Lymphoedème ++
- Stress

Prise en charge de la douleur myofasciale

1. Message explicatif
2. Techniques locales:
 - Auto-massages pluri-quotidiens
 - Contre-pression ischémique du PGM
 - Application locale d'emplâtre de lidocaïne (Hors AMM)
 - Kiné
 - Neuro-stimulation
 - Infiltration point(s) gâchette
3. Mesures correctives : auto-étirements bi-quotidiens
4. Antalgiques ?
5. PEC facteurs aggravants physiques (lymphoedème, douleur épaule...) et psychologiques (stress)

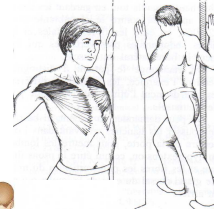


Figure 43. Prise en charge de la douleur myofasciale. Le patient étire le bras et tient le bras de la main gauche afin de maintenir le bras de la main droite à l'écart de la grande épaule.

Pain Medicine

Pain Medicine 2012; 13: 1509–1519
Wiley Periodicals, Inc.

Cantarero-Villanueva et al.

Effectiveness of Water Physical Therapy on Pain, Pressure Pain Sensitivity, and Myofascial Trigger Points in Breast Cancer Survivors: A Randomized, Controlled Clinical Trial

- Objectif: montrer que programme de kiné-balnéothérapie améliore douleurs séquellaires cou et épaule-creux axillaire des patientes suivies pour cancer du sein versus conseils. Etude randomisée.
- Programme:
 - 24 sessions/ 3 par semaine sur 8 semaines
 - 10 minutes dans eau chaude puis 35 minutes aérobic, endurance de basse intensité, 15 minutes stretching et relaxation
- Amélioration:
 - surtout pour douleur cou $p < 0,001$
 - Douleur épaule-creux axillaire $p = 0,046$
 - Diminution des points gâchettes $p < 0,05$

UNICANCER

Centre Eugène Marquis
RENNES

Étude rétrospective chez 90 patientes suivies au CEM

PEC Multimodale

- Emplâtres de Versatis® et patchs d'Emla®
- Infiltrations de naropéine
- Kinésithérapie et exercices d'autoposture
- Neurostimulation transcutanée (TENS)
- Soutien psychologique

Pas d'introduction d'antalgiques systémiques

Amélioration: 94,5%	
Partielle: 76,5%	Complète 18%

Que retenir? 5 MESSAGES

1. Écouter les patientes, les interroger, les croire, et **CHANGER notre discours** :

~~C'est NORMAL~~

« c'est classique, c'est habituel »

2. **Prévalence importante de douleur à distance**

47% à 3 ans

36% à 7 ans

3. Évaluation (EN et DN4) et Examen clinique complet :

- Pour **éliminer la récurrence locale**

4. **DOULEUR MYOFASCIALE** : la moins connue mais la plus fréquente

5. Traitement « simple » :

- PGM: contre-pressure/étirements/emplâtres...
- PEC des autres causes aggravantes: brides axillaires / lymphoedème/rétraction capsulaire...



Consultation algologue si besoin

Ou presque...