



# La douleur chez les patientes âgées traitées pour cancer du sein

**Dr Hubert ROUSSELOT SISSPO – ICL - Brabois**



**Institut  
de Cancérologie  
de Lorraine**

Alexis Vautrin

**Ensemble, construisons l'avenir**



# En fonction du contexte...

- Douleurs thoraciques après **chirurgie mammaire** :
  - Neuropathique :
  - Scapulaires : rétraction capsulaire et tendinopathies
  - Myofasciale : m. grand dentelé, m. grand pectoral
  - Lymphoedème : sein, bras
- Douleurs en lien avec les **traitements adjuvants** :
  - Chimiothérapie
  - Radiothérapie
  - Hormonothérapie
- Quand la douleur est un signe de **récidive** :
  - Loco-régionale
  - Squelettique



## D. Neuropathiques post-chirurgicales

- **Interrogatoire / examen neurologique / score DN4**
  - Névralgie inter costo-brachiale
  - Douleurs des cicatrices
  - Algo-hallucinose : « sein fantôme »
- **DN → recommandations de 2015**
  - Gabapentine ou prégabaline
  - Traitements locaux : lidocaïne ou capsaïcine
  - Hypnoalgésie
  - Tricycliques
  - Autres molécules et associations



## Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

### INTERROGATOIRE DU PATIENT

**Question 1** : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1 - Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 2** : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4 - Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXAMEN DU PATIENT

**Question 3** : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8 - Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 4** : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10 - Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du Patient :  /10

## Questionnaire DN4 (2 PAGES)

Le questionnaire DN4 est un outil d'aide diagnostique, d'utilisation simple et rapide, développé par un groupe d'experts français afin de *faciliter le diagnostic d'une douleur neuropathique en pratique quotidienne*.

Il comprend 10 items répartis en 4 questions : 7 items précisent à partir de l'interrogatoire, les caractéristiques de la douleur ressentie par le patient, 3 items précisent par un examen clinique très simple les anomalies de la sensibilité associées à la douleur. Chaque item est noté 0 ou 1 selon la réponse négative ou positive qui lui est attribuée.

Le score total est la somme des notes obtenues pour chaque item.

La valeur seuil de 4/10 a été retenue pour sa bonne spécificité et sa grande sensibilité : *un score supérieur ou égal à 4 indique une très forte probabilité que la douleur évaluée à l'aide du questionnaire soit d'origine neuropathique*.

Une version abrégée du questionnaire ([page suivante](#)), ne comportant que des questions d'interrogatoire, peut être utilisée lors de l'anamnèse de la douleur du patient. Le score de 3 est le seuil qui permet d'évoquer la nature neuropathique de la douleur et amène à procéder à un examen.

### Références :

Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lanteri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesion and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005, 114 : 29-36.

:: IMPRIMER

▶ PAGE 2

:: SOMMAIRE

:: QUITTER



# Névralgie intercostobrachiale

- Fréquente, typique, creux axillaire, face antéro-interne bras, thorax,
- Semaines, années après chirurgie, médiane 6 sem
- lésion perforante axillaire 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> n. intercostal  
Section Compression Hématome
- Clinique
  - DN4 positif
  - Territoire neurologique
  - Absence de récurrence locale
- Traitements :
  - Rassurer, expliquer...
  - Traitement systémique et/ou local
  - Associations médicaments



# S. Dououreux myofascial (SDM)

- **D. myofasciale affection douloureuse des muscles = douleur transmise à partir des points déclenchants dans le tissu conjonctif qui entoure et sépare les muscles (structures myofasciales).**
- **Signes cliniques fluctuants...sensible à émotions, stress...**
- **Le point déclenchant est dans la zone douloureuse ou à distance, d. référées**
- **Pace de différents traitements physiques, pas de traitement médicamenteux validé parmi antalgiques standards**



# S. Dououreux myofascial (SDM)

## ■ Critères :

- Cordon musculaire tendu
- Point gachette hypersensible : PGM
- Douleur référée par stimulation du PGM

## ■ Intrication fréquentes

- Avec fibrose ou cordes lymphatiques, lymphoedème, capsulite,
- Avec **lésions dégénératives préexistantes** : arthrose rachis cervical, lésions de la coiffe etc...
- Avec autres douleurs « fonctionnelles » ( s. de la jonction cervico-dorsale), stress...



# SDM : Propositions thérapeutiques

- **Massages et physiothérapie après échanges avec MK.**
- **Antalgiques topiques : lidocaïne...**
- **Injection des points gachettes**
- **Acupuncture**
- **Exercices physiques**
- **TENS**
- **Antalgiques classiques**
- **Avis MPR, risque de chronicisation...**





# Lymphoedème M.S après K sein

- **Lourdeur, pesanteur par stase, fibrose cutanée**
- **Réversibilité partielle, chronicisation fréquente**
- **Complication généralement **non douloureuse** :**
  - 13 à 28 % après curage axillaire
  - 4 à 8 % après ganglion sentinelle
- **Périmètre du M.S > de 2cm au côté opposé**
- **En post-op immédiat jusque 3 ans après : délai médian 2 à 3 ans**
- **FR connus :**
  - Curage axillaire
  - Radiothérapie (avec ou sans aire axillaire)
  - Obésité : IMC > 30

# Lymphoedème douloureux

- **Tb associés** : D. d'origine scapulaire, thrombose, faiblesse musculaire, canal carpien, neuropathie
  
- **Complications : érysipèle**
  - Unique : antibiothérapie 10 à 14 j
  - Récidivants : prophylaxie antibiotique 18-24 mois et port de gants pour activités à risques
  
- **S'assurer de l'absence de récurrence axillaire**
  
- **Explorations** si lymphoedème douloureux !
  - scanner ou IRM épaule et creux axillaire
  - EMG : si nécessaire, possible avec aiguilles



# Conseils, éducation thérapeutique

- **Conseils de prévention empiriques : pas de confirmation dans études, ne plus les donner :**
  - Activités répétitives : repassage, carreaux
  - Prélèvements sanguins et mesure P.A
  - Charges « lourdes »
  - Voyages en avion
- **Poids et activités sportives :**
  - Obésité = risque accru de survenue et FR de sévérité et reprise après physiothérapie décongestive
  - Prise en charge nutritionnelle
  - Pas de restriction d'activité physique
  - Sports intensifs encadrés, réalisés de façon progressive en fréquence et intensité
  - Compression recommandée, non obligatoire



## D. des traitements adjuvants : HT

- **Anti-hormones : Tamoxifène / Inhibiteurs de l'aromatase :**
  - Non stéroïdien : létrozole, anastrozole
  - Stéroïdien : exemestane
- **manifestations articulaires : 30 - 45 % → explique en partie l'observance médiocre : 2 à 5 % d'arrêts (dans ATAC) jusqu'à 20 %**
- **Intensité modérée ou moyenne, surtout au début du traitement → paracétamol et explications**
- **D. peuvent céder après quelques semaines, en général après 3 à 18 mois d'anti-aromatase**



## D. des traitements par I.A

- arthralgies myalgies raideur dérouillage matinal impression de gonflement des doigts
- souvent symétrique : mains poignets, genoux, rachis lombaire, épaules, bassin, hanches, pieds chevilles
- **analyses biologiques** le plus souvent normales
- exceptionnelles polyarthrites évoluant vers une polyarthrite chronique d'allure rhumatoïde
- tableaux douloureux diffus proches du syndrome fibromyalgique
- éliminer une pathologie évolutive néoplasique (métastases ?) ou inflammatoire rhumatologique.

# Quels opioïdes en cas de **récidive** ?

- **Les agonistes mu (palier 3) peuvent être utilisés à faibles posologies dans douleurs modérées à la place des opioïdes faibles (palier 2)**
  - Lancet 2011, Russel Portenoy
- **Recommandations EAPC, opioïdes palier 2 : douleurs légères à modérées ou douleurs non contrôlées par voie orale par paracétamol ou AINS,**
  - l'ajout de codéine ou tramadol per os au paracétamol peut permettre le contrôle de douleur sans E.I,
  - alternative : proposition de doses faibles d'opioïdes de palier 3 : morphine, oxycodone, fentanyl...



# La plupart des D. liées au K sont « mixtes »

## Choix molécule : physiopathologie

- D. nociceptive inflammatoire → anti-inflammatoire
- D. nociceptive non inflammatoire →
  - Non opioïdes
  - Opioïdes : morphine, oxycodone, autres...
- Anti-hyperalgésiques : anti-NMDA, antiépileptiques
- Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs : tricycliques, IRS, IRSNA (duloxétine, venlafaxine)
- Modulateurs de la transmission : A.L. lidocaïne, capsaïcine



# Quid des « paliers de l'OMS » ?

- **Les 3 paliers OMS =**
  - 1986, avis d'experts, pas EBM...
  - douleurs par excès de nociception
  
- **2, 3 ou 4 paliers ?**
  
- **Les techniques → 4 paliers mais ...**
  
- **De principe penser aux :**
  - traitements oncologiques spécifiques
  - co-antalgiques
  - approches non médicamenteuses





# Intérêt d'une consultation en CETD

- **Evaluation pluridisciplinaire : oncologues / MPR // psycho-onco / hypnoalgésie / 2RCP mensuelles nationales de recours**
- **Douleurs complexes et réfractaires : indications de recours à stimulation médullaire, rTMS, kétamine etc...**
- **Groupes : Activité physique / Escrime**
- **Emplâtres de capsaïcine pour DN réfractaire**