

C15 : Le syndrome douloureux post-mastectomie

Titre

Français : Le syndrome douloureux post-mastectomie

Anglais : Post-mastectomy pain syndrome

Auteurs

Z DJAROUD (1), K TERKI (2), F BENLEBNA (3), F EL ABED (4)

(1) Médecine physique et de réadaptation, Etablissement hospitalo-universitaire 1er novembre 1954, BP 3269 HOUHA ORAN, 31100, ORAN, ALGÉRIE

(2) Epidémiologie et médecine préventive, Etablissement hospitalo-universitaire 1er Novembre 1954, Oran, Algérie., service de médecine physique et de réadaptation, 31100, Oran, Algérie, Algérie

(3) Médecine physique et de réadaptation, tablisement hospitalo-universitaire 1er Novembre 1954, Oran, Algérie., service de médecine physique et de réadaptation, 31100, Oran, Algérie, Algérie

(4) Médecine physique et de réadaptation, tablisement hospitalo-universitaire 1er Novembre 1954, Oran, Algérie., service de médecine physique et de réadaptation, 31100, Oran, Algérie

Responsable de la présentation

Nom : DJAROUD

Prénom : Ziania

Adresse professionnelle : BP 3269 HOUHA MOHAMED EL HABIB ORAN ALGÉRIE

Code postal : 31100

Ville : Oran, Algérie

Pays : Algérie

Newsletter :

Mots clés

Français : mastectomie cancer douleur

Anglais : mastectomy, cancer, pain

Spécialité

Principale : Autres

Secondaire : Soins de support

Texte

Introduction :

Au 1er rang des cancers incidents chez la femme (4), le cancer du sein, a vu se développer des thérapeutiques ces dernières décennies permettant de diminuer la mortalité (2), en dépit de morbidités. Perçue comme une amputation physique, la mastectomie touche la féminité, l'image du corps, la sexualité. Redouté de tous la survenue d'un syndrome douloureux, fait craindre un récive, contribue au phénomène anxiodepressif et retarde la réadaptation, fait invalidant (j).

Objectifs :

évaluer l'impact du SDPM sur le devenir fonctionnel et sur la qualité de vie

Matériel et méthodes :

Une étude prospective, 17 patientes vues de février 2019 à mars 2020. Une description de l'attitude générale et comparative du membre supérieur, en pré et post thérapeutique réalisé à M1, M3, M6. L'étude de la trophicité cutanée, l'indice de masse corporelle, mesure goniométrique, analyse des amplitudes fonctionnelles, cotation de la raideur du complexe thoraco-scapulo-huméral, et totalité du membre, testing de la force musculaire du membre en totalité, évaluation numérique de la douleur nociceptive (EVA), recueil de la douleur neuropathique (DN4)

L'évaluation de la sensibilité et des gnosies tactiles, un bilan gestuel des prises globales et fines, sensation au toucher du sein. Les gènes de qualité de vie, psychologique, social, sexuel échelle L.M.S. 27

Résultats :

La moyenne d'âge 58 ans, niveau socioprofessionnel supérieur (18 %), moyen (12 %), bas (70 %) ; le lymphœdème touchait le membre gauche (53 %), le droit (41 %) ou est bilatéral (5 %). Les comorbidités : kyste ovarien (6 %), AVC (6 %), rectocèle (7 %), néo du col (6 %), diabète (8 %), obésité (12 %), HTA (17 %), aucun facteurs de risques (6 %). La mastectomie totale 41 % des cas ou radicale modifiée (Patey) 59 % des cas. On constate une raideur de l'épaule (52,9 %), des douleurs nociceptive (29,4 %), un syndrome douloureux régional complexe type 1 sur fracture de poteaux colles (5,8 %), douleur neuropathique et présence d'un lymphoedème chronique (5 %) sur fibrose et bride axillaire, force musculaire globale réduite

(29 %), fatigabilité à l'effort (59 %). Le drainage lymphatique manuel a permis un temps de contact, d'écoute, l'acceptation de bandages réducteurs, exception 03 patientes (01 lymphangite, 02 syndrome douloureux complexe type 2), échelle L.M.S. 27 qualité de vie, la gestuelle fonctionnelle classés en trois groupes : bon (81 %), efficace (13 %) et nul (6 %), l'éducation thérapeutique a permis une meilleure observance.

Discussion /Conclusion :

L'obésité présente 12 %, l'HTA 17 % sont les facteurs de risque affirmés dans la littérature [4] l'exercice physique dans sa stratégie rééducative sans appréhender une exacerbation du lymphœdème semble efficace sur la sédation de la douleur, la raideur articulaire, il améliore les capacités fonctionnelles et prévient d'autres risques (3), ainsi notre démarche rejoint les recommandations de la HAS 2012.

Référence :

1. Ferrandez J-C. Kinésithérapie après Kc du sein. EMC - Kinésithérapie - Médecine Phys - Réadapt. janv 2010;6(3):1-13.
2. Alran S, Salmon R. Evolution des pratiques chirurgicales dans le TRT du Kc du sein : curage axillaire au ganglion sentinelle. nov 2009;(504):9-14.
3. Gipson J, Olivier J-B. rôle de la kinésithérapie pré et postopératoire. (571):31-40.
4. Douay N, Akerman G, Clément D, Malartic C, Morel O, Barranger E. Prise en charge des lymphocèles après curage axillaire dans le Kc du sein. Gynécologie Obstétrique Fertil. févr 2008;36(2):130-5.