

Douleurs mammaires bénignes et douleurs après cancer du sein

Benign breast pain and pain after breast cancer

G. Chvetzoff*, M. Navez**

Le sein représente l'organe féminin par excellence. Caractère sexuel secondaire à la fois visible et caché, il est l'objet d'un investissement sanitaire d'une part, et fantasmatique, d'autre part. Aussi, ses manifestations douloureuses, très fréquentes, sont-elles toujours une source d'inquiétudes multiples, soit vis-à-vis d'une maladie potentiellement grave, soit comme écho à la vie sexuelle. L'essentiel de cet article est consacré aux douleurs après une chirurgie mammaire pour un cancer du sein, mais un court chapitre est, au préalable, accordé aux douleurs mammaires bénignes.

Les douleurs mammaires bénignes

Les douleurs du sein, ou mastodynies, affectent 2/3 des femmes au cours de leur vie. Elles sont le plus souvent bénignes, mais inquiétantes vis-à-vis du risque de cancer du sein. Très fréquentes chez les adolescentes et souvent associées à des anomalies bénignes, comme les hyperplasies mammaires, les fibroadénomes (1), elles sont souvent liées au cycle menstruel chez la femme adulte, mais elles ont encore une prévalence de l'ordre de 10 % chez les femmes ménopausées (2). Sur 14 325 patientes irlandaises admises sur une année en soins primaires, 5 841 (40,8 %) présentaient une mastodynie isolée, et parmi elles seulement 1,2 % présentaient un cancer du sein (3). Les mastodynies affectent également environ 30 % des femmes sportives, en particulier marathoniennes, sans que le lien entre douleur et volume du sein soit clairement établi. La contention efficace peut y remédier, mais un certain nombre d'entre elles vont nécessiter un traitement (4). Par ailleurs, les troubles psychologiques et les variations de l'état émotionnel s'accompagnent très souvent de douleur et de gêne mammaires (5). Devant une douleur mammaire, il convient tout d'abord d'éliminer les causes qui n'ont rien à voir avec le sein, comme les douleurs thoraciques diverses, inter-

costales, le syndrome de Tietze. L'interrogatoire recherchera une possible origine iatrogène (6). L'examen minutieux rassure la patiente et participe souvent au soulagement, cependant environ 15 % des femmes vont demander un traitement antalgique. Le déclenchement d'examen paracliniques (mammographie, échographie, biopsie), systématique en cas de masse palpable anormale, sera discuté en fonction du caractère focal de la douleur, de l'âge et des antécédents de la patiente (6). Dans la prise en charge globale des patientes souffrant de mastodynie, l'hygiène de vie avec le port de soutiens-gorge adaptés contenant le sein douloureux, les régimes pauvres en graisses, riches en glucides, la réduction de consommation de caféine sont une première aide (6). Les patientes sous contraceptifs oraux ou traitement hormonal de substitution peuvent voir leur prescription modifiée, voire arrêtée afin de juger de leur impact sur ces mastodynies. Les anti-inflammatoires sont assez efficaces, et permettent d'éviter les médicaments hormonaux de 2^e ligne, comme la bromocriptine, le tamoxifène, le danazol, qui ont des effets indésirables limitant leur utilisation (6). L'efficacité des traitements est aléatoire et la récurrence fréquente à l'arrêt du traitement, en particulier dans les formes cycliques (7). Il existe également des douleurs mammaires au cours de la montée laiteuse du post-partum. Elles sont d'intensité variable, sous forme de tension mammaire, accompagnées d'écoulement spontané du lait. Les thérapeutiques inhibant la montée laiteuse et la gêne procurée vont des traitements homéopathiques aux antalgiques et anti-inflammatoires, voire aux agonistes dopaminergiques associés à une restriction hydrique (8).

Douleur et chirurgie du cancer sein

En France, 53 000 nouveaux cancers du sein ont été diagnostiqués en 2010. La survie globale actuelle des patientes 5 ans après le diagnostic est de 74 %.

* Département de soins de support, centre Léon-Bérard, Lyon.

** Centre d'évaluation et traitement de la douleur, hôpital Nord, Saint-Etienne.

Points forts⁺⁺

- » Prévalence des douleurs postmastectomie, neuropathiques et myoarticulaires.
- » Dépistage et traitement spécifique des douleurs neuropathiques séquellaires.
- » Prise en charge globale de la douleur après cancer du sein.

Mots-clés

Mastodynie
Syndrome douloureux postmastectomie
Douleur neuropathique

Le nombre de femmes vivant en France après avoir eu un cancer du sein est donc considérable. La très grande majorité d'entre elles ont bénéficié d'une chirurgie du sein et/ou du creux axillaire, responsable de douleurs chroniques chez 25 à 60 % des patientes dans l'année qui suit, et chez encore 20 à 40 % d'entre elles 2 ans après (9, 10). L'accompagnement de ces patientes dans ce que l'on appelle désormais l'après-cancer est l'un des enjeux forts des 2 derniers Plans cancer de 2009 et 2014 (www.e-cancer.fr).

La classification des douleurs après chirurgie pour cancer du sein fait encore l'objet de discussions. Le syndrome douloureux postmastectomie a été défini par l'International Association for the Study of Pain (IASP) en 1994 comme "une douleur chronique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie ou une tumorectomie, affectant le thorax antérieur, l'aisselle et/ou le bras dans sa moitié supérieure" (11), mais B.F. Jung l'a remise en question en proposant une classification de la douleur

neuropathique après cancer du sein en 4 syndromes : névralgie intercosto-brachiale (branche latérale pour la face interne du bras, branche latérale et antérieure pour la paroi thoracique), sein fantôme, névrome, et autres douleurs neuropathiques (9). D'autres encore estiment que si la composante neuropathique est prédominante, d'autres éléments peuvent y être associés (douleurs tendineuses de l'épaule, douleurs myofasciales, etc.) [10].

Facteurs favorisants

De nombreux auteurs ont tenté de dégager des modèles prédictifs de survenue de douleurs chroniques après chirurgie du sein, mais leurs résultats sont contradictoires (10). Le **tableau**, issu d'une thèse soutenue récemment, fait la synthèse des éléments qui ont pu être identifiés (12). Le contexte préopératoire a été largement étudié : âge jeune,

Highlights

- » *Prevalence of post-mastectomy, neuropathic and musculo-skeletal pains.*
- » *Screening and specific treatment for sequellar neuropathic pain.*
- » *Global care for post-breast cancer pain.*

Keywords

Breast pain
Post-mastectomy pain
Neuropathic pain

Tableau. Facteurs associés à la survenue de douleurs chroniques après chirurgie du sein (12).

Facteurs préopératoires	Facteurs peropératoires	Facteurs postopératoires
Facteurs démographiques Jeune âge Femme	Traumatisme chirurgical <i>Facteurs réduisant</i> Chirurgie mini-invasive Ganglion sentinelle Épargne nerveuse	Douleur postopératoire Intensité douleur aiguë Prolongation de la DPO Hyperalgésie péricicatricielle Caractéristique neuropathique de la douleur + QST
Facteurs psychiques et sociaux État anxieux Dépression Catastrophisme Arrêt de travail prolongé	Traumatisme chirurgical <i>Facteurs amplifiant</i> Durée supérieure à 3 h Mastectomie > tumorectomie Lésion nerveuse Reprise ou reconstruction chirurgicale	Traitements associés Radiothérapie Chimiothérapie Récidive de la maladie
Histoire douloureuse Douleur sur site ou à distance Durée d'évolution de la douleur Présence de douleur neuropathique Consommation d'opioïde	Type d'anesthésie <i>Facteurs réduisant</i> Analgésie locorégionale Kétamine Gabapentinoïdes	
Facteurs physiologiques Hyperalgésie diffuse Modulation de la douleur défaillante (CIDN faible)	Type d'anesthésie <i>Facteur favorisant</i> Forte dose de rémifentanyl	
Facteurs génétiques +		

DPO : douleur postopératoire ; QST : Quantitative Sensory Testing ; CIDN : contrôle inhibiteur diffus.

surpoids, facteurs génétiques, préexistence d'une douleur chronique au niveau du sein ou dans un autre site, prise d'opioïdes avant la chirurgie. L'impact du type de chirurgie (ganglion sentinelle versus curage axillaire complet) semble avoir une influence, même si elle reste discutée (10, 13, 14). La physiopathologie en serait des lésions du nerf intercosto-brachial, même si celles-ci sont inconstamment douloureuses. Comme dans la plupart des chirurgies, l'intensité de la douleur postopératoire semble corrélée à la survenue de douleurs chroniques (15). Le rôle des traitements oncologiques adjuvants est lui aussi discuté (radiothérapie, chimiothérapie, notamment neurotoxiques tels que les taxanes). Enfin, le contexte psychologique a également été largement étudié, là encore avec des résultats parfois contradictoires (9, 10, 13, 14). Il semble cependant se dégager des éléments en faveur d'un rôle favorisant en préopératoire de l'anxiété, de la dépression et du catastrophisme, c'est-à-dire la tendance à se focaliser sur les sensations douloureuses (ruminant), à exagérer l'aspect menaçant de la douleur (amplification) et à se percevoir comme étant incapable de contrôler ses symptômes douloureux (impuissance).

Prévention

Les éléments identifiés ci-dessus permettent de dégager des axes de prévention possibles, en particulier par le biais de la prise en charge de la douleur aiguë périopératoire : limitation des lésions tissulaires et nerveuses pendant la chirurgie (13), antalgie préemptive (avant la chirurgie) ou préventive (en postopératoire pendant plus de 5 demi-vies) [16, 17], analgésie locorégionale associée à l'anesthésie générale (infiltration du site opératoire, bloc paravertébral) [18].

Prise en charge des patientes atteintes de douleurs chroniques après chirurgie pour cancer du sein

Le tout premier élément dans la prise en charge de ces patientes va être la reconnaissance de cette douleur, son identification et la légitimation de cette plainte, sans banaliser un symptôme qui peut paraître médicalement secondaire au regard de la guérison. Cette reconnaissance va de pair avec la réassurance sur l'absence de récurrence du cancer, et sur l'absence de défaut dans la technique chirurgicale. En effet, en l'absence de signes atypiques (irra-

diation de la douleur au-dessous du coude, déficit moteur ou amyotrophie associés, survenue très tardive à distance de la chirurgie), il n'y a pas lieu de prévoir d'exploration complémentaire. Complétant l'interrogatoire et l'examen clinique, l'échelle DN4 en postopératoire et surtout à 1 mois est un élément de dépistage aisé et fiable (12). L'évaluation initiale s'attachera aussi à identifier les autres douleurs chroniques possibles après cancer du sein (neuropathie périphérique postchimiothérapie, arthralgies liées à l'hormonothérapie par antiaromatases, douleurs en lien avec un lymphœdème chronique, douleurs neuropathiques séquellaires après reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal, en particulier au niveau de la cicatrice de prélèvement du lambeau, etc.). Dans tous les cas, la prise en charge de la douleur va s'intégrer dans une approche globale, médico-psycho-sociale. Sur le plan médicamenteux, le syndrome douloureux postmastectomie justifie le recours aux traitements de type douleur neuropathique, en s'appuyant notamment sur les recommandations de la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD) [19]. Ces dernières proposent, en première intention dans les neuropathies focales avec allodynie (douleur provoquée par une stimulation normalement non douloureuse), un traitement local par emplâtres de xylocaïne (hors AMM). Pour mémoire, les emplâtres s'utilisent au nombre de 1 à 4 par jour, ou une durée d'application de 12 heures maximum par 24 heures. Ils sont particulièrement bien adaptés aux douleurs postmastectomie dans la mesure où les patientes doivent pouvoir se réinsérer dans leur vie sociale et professionnelle, ce qui peut être rendu difficile par les effets indésirables des médicaments par voie générale. Pour ces derniers, ou en l'absence d'allodynie, la SFETD recommande d'utiliser en première intention soit un antiépileptique (gabapentine, prégabaline), soit un antidépresseur tricyclique (imipramine, clomipramine) [19]. Dans le contexte d'après-cancer du sein, une attention particulière devra être portée aux effets secondaires de type sédation bien sûr, nécessitant une introduction progressive des traitements, mais aussi à la prise de poids, dont on sait qu'elle est un facteur de mauvais pronostic du cancer du sein lui-même, et au retentissement sur la libido, déjà potentiellement diminuée par la survenue de la maladie elle-même, par les modifications hormonales (ménopause brutale fréquente avec la chimiothérapie, encore aggravée par l'hormonothérapie) et par les modifications d'image corporelle. S'ils sont insuffisants ou mal tolérés, ces produits peuvent être remplacés ou associés avec des traitements

de seconde intention. Le tramadol peut avoir un intérêt particulier lorsque les douleurs sont mixtes (par exemple douleur neuropathique séquellaire et arthralgies sous antiaromatases), mais il pose de sérieux problèmes de sevrage lorsque l'administration est prolongée au-delà de quelques mois. En seconde intention également, les antidépresseurs comme la duloxétine ont l'intérêt de limiter la prise de poids, mais la prudence s'impose en cas de prise concomitante de tamoxifène en raison du risque de réduction de l'efficacité de ce dernier, ce qui est évidemment inacceptable. D'introduction plus récente, les patchs à haute concentration de capsaïcine sont également à discuter après l'échec des traitements de première intention. Leur utilisation implique le recours à une équipe spécialisée dans le traitement de la douleur. Comme pour toute douleur chronique, la prise en charge ne saurait se résumer à une prescription médicamenteuse. La douleur chronique s'inscrit ici après la survenue brutale d'une maladie potentiellement mortelle, qui elle-même résonne dans l'histoire de vie globale de la patiente. Cette dernière est souvent en quête de sens devant ces événements et attribuée à la maladie, d'une part, et à la douleur séquellaire, d'autre part, des significations qui lui sont propres. Il n'est pas question de cautionner ou d'invalider ces significations, mais de les accueillir comme faisant partie du cheminement

de chacun. Un travail psychothérapeutique, voire un soutien temporaire médicamenteux, peut être proposé si le retentissement émotionnel est invalidant. Il est possible également de proposer des techniques de type psychocomportemental (sophrologie, hypnose), ainsi que des approches physiques (kinésithérapie, ostéopathie, activité physique adaptée) qui permettent un réinvestissement du corps, du mouvement puis des activités familiales et sociales. L'ensemble s'inscrit idéalement dans le cadre d'une prise en charge en consultation ou en centre pluridisciplinaire de lutte contre la douleur chronique rebelle comme la Haute Autorité de santé (HAS) le recommande [20].

Conclusion

Les douleurs mammaires sont une cause extrêmement fréquente de consultation en médecine générale et de douleur chronique. Si les mastodynies ou mastalgies bénignes sont les plus fréquentes, les douleurs chroniques postmastectomie constituent une entité fréquente après un cancer du sein, qu'il est important de connaître, de diagnostiquer et de prendre en charge le plus rapidement possible pour améliorer sensiblement la qualité de vie et la réhabilitation après cancer.

G. Chvetzoff déclare avoir des liens d'intérêts avec Mundipharma (invitation au congrès de Montréal en 2013 et stands sur réunions scientifiques 2013); Nycomed (invitation au congrès de Lisbonne 2010); Bouchara Recordati (investigateur de l'essai clinique EQUIMETH 2 en 2012-2013); Archimed, Mundipharma, Nycomed, Prostackan, Upsa, Janssen Cilag (administrateur de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support entre 2011 et 2013).

M. Navez n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care* 2006;33(2): 455-502.
2. Sievert LL, Bertone-Johnson E. Perimenstrual symptoms and symptoms at midlife in Puebla, Mexico. *Climacteric* 2013;16(1):169-78.
3. Joyce DP, Alamiri J, Lowery AJ et al. Breast clinic referrals: can mastalgia be managed in primary care? *Ir J Med Sci* 2014. [Epub ahead of print].
4. Brown N, White J, Brasher A, Scurr J. The experience of breast pain (mastalgia) in female runners of the 2012 London Marathon and its effect on exercise behaviour. *Br J Sports Med* 2014;48(4):320-5.
5. Johnson KM, Bradley KA, Bush K et al. Frequency of mastalgia among women veterans. Association with psychiatric conditions and unexplained pain syndromes. *J Gen Intern Med* 2006;21(Suppl 3):S70-5.
6. Salzman B, Fleege S, Tully AS. Common breast problems. *Am Fam Physician* 2012;86(4):343-9.
7. Rosolowich V, Saettler E, Szuck B et al. Mastalgia. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(1):49-71; quiz 58-60, 72-4.
8. Berrebi A, Parant O, Ferval F et al. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2001;30(4):353-7.
9. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003;104(1-2): 1-13.
10. Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *J Pain* 2011;12(7):725-46.
11. Merskey H, Bogduk N; Task Force on Taxonomy of the IASP. *Classification of the Chronic Pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain, 1994.
12. Martinez V. Douleurs chroniques postchirurgicales. Facteurs prédictifs physiopathologiques et prévention. Thèse de doctorat, université Paris-6. Spécialité neurosciences. Décembre 2012.
13. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302(18):1985-92.
14. Mejdahl MK, Andersen KG, Gärtner R et al. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study. *BMJ* 2013;346:f1865.
15. Fletcher D, Mardaye A, Fermanian C, Aegerter P. Évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire en France : enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27(9):700-8.
16. Keita H. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la Sfar. Peut-on prévoir la chronicisation de la douleur chronique postopératoire ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28(2):e75-7.
17. Fassoulaki A, Triga A, Melemeni A, Sarantopoulos C. Multimodal analgesia with gabapentin and local anesthetics prevents acute and chronic pain after breast surgery for cancer. *Anesth Analg* 2005;101(5):1427-32.
18. SFAR Committees on Pain and Local Regional Anaesthesia and on Standards. Expert panel guidelines (2008). Postoperative pain management in adults and children. SFAR Committees on Pain and Local Regional Anaesthesia and on Standards. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28(4):403-9.
19. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et traitement de la douleur. *Douleurs* 2010;11:3-21.
20. HAS. Recommandations de bonne pratique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. 2008.