

Douleurs séquellaires en ORL
M Navez Centre de la Douleur St Etienne

Le cancer tête et cou est la cinquième cause de cancer avec comme facteur prédisposant l'intoxication alcoolique tabagique.

Pendant longtemps la chirurgie radicale et la radiothérapie ont été les standards de traitement des tumeurs pharyngo-laryngées. Actuellement les progrès de la chirurgie partielle, endoscopique et ceux de la radiothérapie ont permis d'éviter la mutilation laryngée. La chimiothérapie (5 FU cysplatine et plus récemment Taxanes) occupe une place de choix dans ces stratégies de préservation et en cas de récurrence locale ou à distance. La radiochimiothérapie séquentielle (chimiothérapie d'induction puis radiochimiothérapie) permet dans certains cas de sauver l'organe avec des résultats équivalents à la laryngectomie suivie de radiothérapie. La toxicité aiguë de ces protocoles (mucite) est élevée mais la toxicité tardive ne semble pas majorer [1].

Les douleurs induites sont fréquentes et varient en fonction des traitements. La chimioradiothérapie comparée à la laryngectomie/ radiothérapie induisent respectivement 67% et 83% de douleur sévère, mais 20% des douleurs post chimiothérapie ne sont pas contrôlées par des opioïdes forts contre 3% seulement dans l'autre cas. [2]

Certaines douleurs iatrogènes comme la mucite ne sont pas spécifiques du cancer ORL, mais la prévalence et la sévérité dans ce cas sont particulières. Dans une méta-analyse réunissant 6181 patients, l'incidence moyenne est de 80% avec des mucites sévères grade 3-4 chez 56% de patients traités par radiothérapie fractionnée, 34% de radiothérapie conventionnelle et 43% de radiochimiothérapie [3].

La prévention est essentielle en raison de son impact sur le risque infectieux, la qualité de vie, la poursuite du traitement curatif. Le traitement des mucites a fait l'objet de plusieurs études, souvent non contrôlées et avec de petits effectifs de patients. Les protocoles variés sont proposés comportant pour la plupart des bains de bouche (chlorhexidine, povidone iodée), la lidocaïne, les boissons glacées, des lasers basse fréquence... Les agents (benzylamine, sucralfate, aluminum hydroxide suspension...) n'ont pas montré d'efficacité contre placebo. Seuls quelques essais (allopurinol, Granulocyte Macrophage-Colony Stimulating Factor, vitamine E...) sont revenus faiblement positifs. Les morphiniques restent le standard du traitement de la douleur. Dans les formes sévères on utilise le mode analgésie autocontrôlée, l'efficacité analgésique n'est pas supérieure à l'infusion continue mais la consommation d'opioïdes est moindre [4]. Ont été également proposées, la ketamine mais son efficacité demande à être confirmée, ainsi que la morphine en topique [5].

Les douleurs neuropathiques sont habituelles, soit dans un territoire neurologique localisé (nerfs trijumeau, glossopharyngien, plexus cervical superficiel) en post chirurgie ou radiothérapie, soit bilatérale (extrémités) en cas de chimiothérapie [6]. Elles répondent au traitement anti neuropathique (gabapentine, antidépresseurs tricycliques, neurostimulation transcutanée..).

Certaines douleurs séquellaires sont plus spécifiques du cancer ORL comme les douleurs cervicales et de l'épaule, présentes chez plus d'un tiers des patients. Les mécanismes sont multiples, neuropathique (après radiothérapie ou section nerveuse), myofasciale (fibrose post radique, reconstruction par lambeau) ou articulaire (cervicale, temporomandibulaire) [7]. La paralysie du nerf accessoire (XI^{ème} paire crânienne), nerf moteur des muscles trapèze et sterno-cléido mastoïdien, est décrite après curages ganglionnaires. La fréquence et la sévérité de l'atteinte est fonction du type de curage, plus importante dans les dissections posterolatérales (66%) [7]. La douleur scapulo-humérale est sévère, mécanique. La gêne fonctionnelle est importante, par déséquilibre de la ceinture scapulo humérale et limitation de l'abduction associée à une douleur par étirement du muscle angulaire et conflit sous-acromial. Le traitement consiste en une prise en charge précoce des patients associant antalgique, rééducation, réinnervation ou transfert musculaire [8]. Les douleurs cervicales (spasme du muscle sterno-cléido-mastoïdien, compression des branches C2/C3, avec irradiation postérieure ou scapulo-humérale) sont secondaires aux attitudes vicieuses (torticolis) et aux contractures douloureuses des lambeaux myocutanés. Différentes stratégies thérapeutiques sont proposées : dénervation motrice du chef musculaire transplanté, rééducation et physiothérapie, toxine botulique. Ces douleurs affectent particulièrement la fonction sociale et la qualité de vie.

L'incidence des nécroses post radiothérapeutiques lors du cancer ORL varie entre 5 et 15%, dont 2% considérées comme sévères. Elles intéressent surtout la mandibule mais aussi le cartilage laryngé

l'os hyoïde, l'articulation sternoclaviculaire. La proximité tumorale de l'os, l'état de la dentition, le type et les doses de traitement, la poursuite de l'intoxication alcoolique tabagique, le status nutritionnel sont autant de facteurs favorisant .Les douleurs sont au premier plan , intenses , a distance du geste initial, évoquant la possibilité d'une récurrence. Le traitement est difficile et d'efficacité controversée (opioïdes forts, techniques antalgiques, débridement ou exérèse chirurgicale, oxygène hyperbare réservée aux radionécroses sévères)[9] .

La douleur coexiste avec les perturbations des fonctions essentielles représentées par la dysphagie, la dyspnée, les troubles de la voix, la dysmorphie faciale. Plusieurs études se sont intéressées à la qualité de vie et à l'impact psychosocial de l'handicap généré par les traitements. Globalement les laryngectomies induisent plus de difficulté à parler (voix de mauvaise qualité dans 2/3 des cas) , de dysfonction cervico-scapulaire tandis que la chimioradiothérapie donne plus de douleur, de difficulté à avaler[10].

La dysphagie revêt une gravité différente, sécheresse buccale, trouble de déglutition , dysphagie douloureuse empêchant toute alimentation liée au trismus, à la fibrose musculaire et pharyngo laryngée post radique, à l'entrapement des nerfs . Elle est fréquente (42% de laryngectomisés , 50% de pharyngectomisés) et sa sévérité est corrélée étroitement avec la qualité de vie, l'anxiété et la dépression. La difficulté à manger affecte non seulement notre état somatique mais également mental aboutissant à l'isolement social. La prise en charge est éducative et rééducative (orthophonie). La mise en place prolongée des sondes d'alimentation est de mauvais pronostic et les capacités de coping et d'auto gestion par le patient sont essentielles à mettre en oeuvre.[10]

La dysmorphie cervico- faciale (reconstruction, exérèse mandibulaire, œdème facial, trachéotomie, hypersalivation nauséabonde) accompagnée de troubles de la sensibilité avec ou sans douleur affecte l'image de soi , et conduisent au repli social et à la dépression. La prise en charge globale de la douleur et de la souffrance est essentielle [11]

1. Lefebvre JL, Lartigo E, Schneider M. Traitement des carcinomes épidermoïdes du larynx et de l'hypopharynx : vers un nouveau standard ? *Oncologie*, 2005. . 7 : 276-280.
2. LoTempio MM, Wang KH, Sadeghi A, Delacure MD, Juillard GF, Wang MB. Comparison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs. total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Jun;132(6):948-53.)
3. Trotti A, Bellm LA, Epstein JB, Frame D, Fuchs HJ, Gwede CK, Komaroff E, Nalysnyk L, Zilberberg MD. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. *Radiother Oncol*. 2003 Mar;66(3):253-62.
4. Saadeh CE Chemotherapy- and radiotherapy-induced oral mucositis: review of preventive strategies and treatment. *Pharmacotherapy*. 2005 Apr;25(4):540-54.
5. Cerchiotti LC, Navigante AH, Korte MW, Cohen AM, Quiroga PN, Villaamil EC, Bonomi MR, Roth BM. Potential utility of the peripheral analgesic properties of morphine in stomatitis-related pain: a pilot study. *Pain*. 2003 Sep;105(1-2):265-73
6. Navez M, Prades JM, Payre D, Simon PG, Durand M, Nayme Ph. Les douleurs séquellaires du cancer ORL. *Oncologie* 2000. 2,4 : 169-175.
7. van Wilgen CP, Dijkstra PU, van der Laan BF, Plukker JT, Roodenburg JL Shoulder and neck morbidity in quality of life after surgery for head and neck cancer. *Head Neck*. 2004 Oct;26(10):839-44]
8. Terrell JE. Pain, quality of life, and spinal accessory nerve status after neck dissection *Laryngoscope*. 2000 Apr;110(4):620-6.]
9. William M. Mendenhall Mandibular Osteoradionecrosis *Journal of Clinical Oncology*, Vol 22, No 24 (December 15), 2004: pp. 4867-4868]
10. Gillespie MB, Brodsky MB, Day TA, Lee FS, Martin-Harris B. Swallowing-related quality of life after head and neck cancer treatment *Laryngoscope*. 2004 Aug;114(8):1362-7
11. De Boer M, Mc Cormick L, Prunyn J, Ryckman R, W. Borne B. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer : a review of literature. *Otolaryngol Head Neck Surgery* ;03 :427-436,1999.