

Quand la douleur réapparaît... Séquelle ou récurrence ?

Philippe Poulain, Disspo, Institut Gustave Rouss, 94805 – Villejuif Cedex.

Lors des traitements curatifs, peuvent être déplorées des réactions locales à la radiothérapie (radio épithélites, mucites ORL et digestives, mucites vaginales ou rectales). La chimiothérapie entraîne également des mucites sévères pouvant durer deux semaines. Elles interdisent toute alimentation entérale. Des neuropathies très douloureuses induites par la toxicité directe de la chimiothérapie (vincristine, sels de platine, taxanes) peuvent être observées. Elles guérissent la plupart du temps après l'arrêt du médicament toxique.

.Celles qui succèdent au traitement

**Les séquelles*

.Parmi les séquelles chirurgicales directes, citons les douleurs après mastectomie et thoracotomie. Liées à des lésions partielles ou totales de petits filets nerveux, elles se caractérisent par une hypoesthésie dans le territoire spontanément douloureux. Elles s'accompagnent de sensations de brûlure, de décharges électriques.

Les douleurs après amputation d'un membre ne surviennent pas chez tous les patients amputés. Elles sont rares chez l'enfant ou apparaissent transitoirement. Ces douleurs répondent très mal aux antalgiques périphériques ou centraux. Elles sont sensibles aux traitements psychotropes (anticonvulsivants, thymoanaleptiques) et à la physiothérapie (stimulation transcutanée).

Dans la chirurgie maxillo-faciale où l'on observe de grands délabrements ostéo-articulaires et neurologiques, c'est l'infection et la nécrose qui pérennisent les douleurs osseuses (en particulier du maxillaire inférieur).

.Les séquelles chirurgicales indirectes sont liées aux troubles de la statique en particulier des membres inférieurs, du rachis et de la mâchoire. Ce sont, par exemple, les sciatiques, la névralgie d'Arnold, le syndrome algodysfonctionnel de la mâchoire, les tics douloureux de la face.

.Les séquelles radiques dépendent de la technique et de la dose d'irradiation, mais aussi de la sensibilité individuelle du patient. Elles sont favorisées par une chirurgie première. Liées à l'atteinte nerveuse périphérique ou plexique, elles sont caractérisées par des douleurs de déafférentation s'aggravant progressivement de

troubles fonctionnels parfois majeurs et d'un syndrome algodystrophique. Ce sont les irradiations pour cancer du sein et cancer génitopelvien qui peuvent entraîner les séquelles les plus fréquentes (plexite brachiale, plexite lombo-sacrée). Le plus souvent, les séquelles sont mixtes, radiochirurgicales.

Chez des patients suivis pour des séquelles douloureuses, la récurrence se révèle par le changement d'intensité, de tonalité, d'irradiations de douleurs séquellaires et par l'échappement aux traitements qui jusqu'alors étaient efficaces. Les douleurs dysesthésiques font place à des douleurs névralgiques plus violentes et des signes généraux peuvent apparaître.

Parmi les atteintes osseuses, les plus fréquentes sont rachidiennes. Ce sont soit des métastases, soit des atteintes par contiguïté.

Les récurrences peuvent se manifester par des atteintes nerveuses : compression périphérique, plexique, brachiale ou sacro-lombaire. L'atteinte nerveuse peut être centrale (compression médullaire).

Les atteintes tumorales peuvent toucher les viscères creux (occlusion) ou pleins se traduisant par de violentes douleurs solaires uni ou bilatérales.

Enfin les extensions tumorales vers l'extérieur avec effraction cutanée (cou, sein, mélanome) se fistulisent et s'infectent. Elles sont visibles et le préjudice esthétique entraîne de sévères retentissements psychologiques.