

**Florence Dixmierias, Anesthésiste-Réanimateur, UTDC, Institut Bergonié, Bordeaux
Emmanuel Langlois, Sociologue, LAPSAC, Université de Bordeaux II, Bordeaux**

La chirurgie mammaire est le traitement de référence du cancer du sein en association avec la chimiothérapie et/ou la radiothérapie. Deux syndromes douloureux chroniques séquellaires de cette chirurgie ont été reconnus par l'IASP : le syndrome du sein fantôme et le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM). Le SDPM est décrit 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 ». Les critères diagnostiques sont cependant variables selon les auteurs. Pour certains, le SDPM associe une symptomatologie de douleur neuropathique localisée du côté opéré au niveau de la paroi thoracique et/ou de la région axillaire et/ou du membre supérieur, persistante depuis 3 mois. D'après Watson, ces critères associent en plus une ou des anomalies à l'examen neurologique. L'incidence du SDPM est sous-estimée par les praticiens, pourtant il concernerait jusqu'à 56% des patientes. Les causes de survenue du SDPM sont nombreuses. Parmi celles-ci, l'hypothèse physiopathologique la plus commune est l'atteinte du 2^{ème} nerf intercostobrachial lors du curage axillaire. Des facteurs de risques sont retrouvés : augmentation de l'index de masse corporelle, taille tumorale, mauvaise technique chirurgicale, nombre de ganglions axillaires envahis, traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie post-opératoire.

Pourtant ces facteurs n'arrivent pas à expliquer à eux seuls les différences individuelles observées dans le développement du SDPM. Des SDPM sont décrits sans aucune lésion nerveuse chirurgicale ou facteurs de risques. Une approche plus globale est donc indispensable comme dans le cadre de toutes douleurs chroniques.

Aujourd'hui encore, le cancer est étroitement lié à l'anticipation d'une issue fatale et de douleurs sévères. Certaines études ont montré que près d'un tiers des patients cancéreux développent des troubles psychologiques chroniques, anxiété et une dépression consécutives à la chirurgie du sein sont fréquentes. La personnalité anxieuse est associée significativement à un niveau élevé d'anxiété pré-opératoire, facteur de risque de développement d'un syndrome douloureux post-mastectomie.

Pour certains auteurs, les patients cancéreux se caractérisaient par une incapacité à exprimer des émotions négatives (alexithymie). La répression des émotions serait associée au développement d'un cancer du sein et l'alexithymie favoriserait l'apparition de troubles

somatiques. La relation entre douleur chronique et alexithymie a été démontrée dans plusieurs études. La dépression, fréquemment associée à l'alexithymie influence également l'expérience douloureuse. La prédisposition aux affects négatifs (névrosisme) est un autre trait de personnalité pouvant expliquer de manière conjointe les troubles émotionnels et les douleurs chroniques. Chez des patientes atteintes d'un cancer du sein, le névrosisme est associé à des niveaux élevés de dépression et d'anxiété plusieurs années après un traitement par mastectomie. Dans le cadre des stratégies de coping, la stratégie de dramatisation semble un des principaux déterminants de la douleur chronique, du handicap et de la détresse qui y sont associés et la sollicitude de l'entourage a une influence néfaste notamment sur le comportement douloureux

Quel sens et quelle place pour la douleur dans l'expérience de la maladie ? Plusieurs études sociologiques ont montré que l'expérience de la douleur s'inscrit dans des cadres culturels suffisamment déterminants pour introduire de nettes différences dans l'expression même de la douleur et dans le sens que les malades accordent à celle-ci. Que ce soit dans l'ajustement au cancer ou à la douleur chronique, plusieurs déterminants sociologiques ont été mis en évidence dans le cadre d'études épidémiologiques : ce sont l'âge, le niveau socio-culturel, l'origine ethnico-religieuse et le statut marital.

Pour mieux comprendre l'événement douleur après chirurgie pour cancer du sein tant dans son apparition, que dans son développement et son expression et pour rechercher des facteurs prédisposant au SDPM ; nous avons mis en place une étude clinique associant une évaluation algologique du SDPM, sociologique et psychologique.

Références

1. Carpenter JS and coll. Postmastectomy/Postlumpectomy. Pain in Breast Cancer Survivors. *J Clin Epidemiol* 1998,51:1285-1292.
2. Jung B.F and coll. Neuropathic pain following breast cancer surgery : proposed classification and research update. *Pain*, 2003,104:1-13
3. Lannin D.R. and coll. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA* 1998 , 279: 1801-180
4. Mac Donald L and coll. Long-term follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. *Br J Cancer* 2005,92:225-230
5. McBeth J and coll. Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain* 2002 96(3):239-45
6. Sellick SM and coll. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology* 1999 8(4):315-33*
7. Smith W.C.S and coll. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain*, 1999, 83:91-95
8. Watson C.P.N and coll. The post mastectomy pain syndrome and the effect of topical capsaicin. *Pain*, 1989,38:177-

