



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



DOULEUR ET CANCER

# Histoire de la chirurgie dans la prise en charge des douleurs cancéreuses



*History of the surgical management of cancer-related pain*

**Matthieu Faillot<sup>a,b</sup>, Jane-Léa Stammler<sup>b</sup>,  
Marc Lévêque<sup>a,\*</sup>**

<sup>a</sup> Service de neurochirurgie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Faculté de médecine, université Pierre-et-Marie-Curie, 75005 Paris, France

Reçu le 24 avril 2016 ; accepté le 3 mai 2016

Disponible sur Internet le 31 mai 2016

## MOTS CLÉS

Poumon ;  
Mésothéliome ;  
Œsophage ;  
métastase ;  
Neurochirurgie ;  
Stimulation  
médullaire ;  
Analgésie spinale ;  
Infusion intrathécale  
et intraventriculaire ;  
Ganglion coéliquaie

**Résumé** La douleur cancéreuse, de mécanisme souvent mixte, est un problème fréquent, pour lequel un geste chirurgical peut s'avérer utile. Depuis sa naissance, récente, la neurochirurgie s'y est toujours intéressée. Au début du siècle dernier, les insuffisances de la pharmacopée, les progrès des techniques chirurgicales et la révolution pastoriennne ont autorisé les premières interventions de chirurgie de la douleur. Nous décrivons les différentes interventions selon un plan à la fois anatomique (de la périphérie vers le centre) et chronologique. Les techniques lésionnelles (rhizotomie postérieure, cordotomie, myélotomie commissurale, tractotomie pédonculaire, tractotomie trigéminal, thalamotomie, gyrectomie, hypophysectomie, cingulotomie, leucotomie préfrontale) et non lésionnelles (neurostimulation médullaire, infusion intrathécale et intraventriculaire) sont successivement abordées. L'infusion intrathécale – aujourd'hui privilégiées aux techniques lésionnelles – est d'un apport indéniable dans la prise en charge de ces douleurs, même si l'on regrette que son accès soit inégal.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

## KEYWORDS

Mesothelioma;  
Lung;

**Summary** Cancer pain, which has mixed mechanism (nociceptive and neuropathic), is a common problem (up to 65 % of patients in the metastatic stage), which involves neurosurgeons since the beginning of their specialty. In the early XXth century, the shortcomings of the pharmacopoeia and the improvement of surgical techniques (primarily aseptis and hemostasis) enabled

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marclevequemd@gmail.com](mailto:marclevequemd@gmail.com) (M. Lévêque).

Oesophagus;  
Neurosurgery;  
Metastasis;  
Medullary  
neurostimulation;  
Intrathecal infusion;  
intraventricular  
infusion;  
Coeliac plexus

neurosurgeons to propose the first surgeries for pain. Among the first patients, many suffered from cancer pain and could not receive any effective medical treatment. We describe the different procedures according to a chronological and anatomical order (from the periphery to the centre). Lesional techniques (posterior rhizotomy, cordotomy, myelotomy commissure, brainstem tractotomy, trigeminal tractotomy, thalamotomy, gyrectomy, hypophysectomy, cingulotomy, prefrontal leucotomy) and non-lesional techniques (neurostimulation, intrathecal and intraventricular infusion) are successively addressed. Nowadays spinal anaesthesia with intrathecal infusion is preferred to lesional techniques and is usually effective in cancer related pain. Unfortunately, this procedure is too infrequently offered to patients because of scarce access over the French territory.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

## Introduction

Dans les années 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait des recommandations sur la prise en charge des douleurs cancéreuses qui en estimaient à 80 % la prévalence chez les patients atteints de cancer [1]. Ces recommandations insistaient déjà sur les mécanismes multiples de ces douleurs (excès de nociception, douleurs neuropathiques). Une méta-analyse parue en 2007, regroupant 52 études publiées dans les quarante dernières années, estimait la prévalence de la douleur à presque 65 % en situation métastatique, à près de 60 % sous traitement et à un peu moins de 35 % chez les patients qui avaient déjà reçu un traitement [2]. Une étude plus récente, réalisée entre 2006 et 2007 chez 5000 patients atteints de cancer, estimait à plus de 55 % la prévalence de douleurs modérées à sévères dans le mois précédent l'enquête [3]. Cette réalité implique notre spécialité et interroge son histoire.

Au début du siècle dernier, les insuffisances de la pharmacopée et les progrès des techniques chirurgicales — principalement l'asepsie et l'hémostase — ont permis l'émergence d'interventions de chirurgie de la douleur. Comme le rappelait le neurochirurgien Pierre Wertheimer « dans la mesure où la douleur s'inscrit dans des trajets précis qui, de la périphérie, des membres, du tronc et de la face, comme des viscères, la conduisent aux noyaux thalamiques, il était prévisible que la chirurgie tenterait de s'opposer à cette progression » [4]. Ainsi notre plan, anatomique, qui nous conduit de la périphérie vers les centres intégrateurs gardera une logique chronologique. Il conviendra également de différencier les techniques ablatives, des nouvelles techniques de neuromodulation — avant tout l'injection intrathécale ou intraventriculaire — que nous traiterons à part. Nous n'évoquerons pas la chirurgie oncologique en elle-même, bien que la consolidation d'une vertèbre ou la stabilisation d'un rachis instable soient parmi les traitements antalgiques des plus efficaces.

## Techniques lésionnelles

### Rhizotomie postérieure

Les interventions de névrotomie ont été très peu décrites et restent peu utilisées pour les patients atteints de cancer

même si nous pourrions en rapprocher les blocs anesthésiques parfois utilisés pour les douleurs intercostales liées aux douleurs malignes de la paroi thoracique. Le rôle purement sensitif de la racine dorsale était connu grâce aux travaux de Bell et de Magendie depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, mais la première intervention de rhizotomie — c'est-à-dire la section de la racine postérieure véhiculant les afférences sensitive — ne put être réalisée chez l'homme qu'en 1889, grâce aux progrès de l'anesthésie et de l'asepsie, par Abbé aux États-Unis et par Bennett la même année au Royaume-Uni [5–8]. Plusieurs séries des années 1970 ont rapporté une efficacité inconstante — avec des résultats variant de 0 à 70 % — des techniques de rhizotomie intradurale chez des patients atteints de cancer [9–13]. Les taux de succès les plus élevés — allant de 50 à 90 % — ont été obtenus pour le traitement de douleurs liées à des cancers pelviens, mais souvent au prix de troubles sphinctériens. La section de la racine peut être réalisée en intradural, mais également en extradural selon la technique décrite par Crue et Todd en 1964 [14].

Outre des résultats inconstants, il faut souligner le caractère mutilant de ces gestes de rhizotomie. L'impossibilité de prédire l'étendue de la zone anesthésiée, même après réalisation de blocs pharmacologiques, obligeait les chirurgiens à réaliser des gestes étendus à plusieurs racines au-dessus et en dessous du territoire incriminé, dont on comprend bien le retentissement fonctionnel quand il s'agit de l'innervation proprioceptive de tout un membre.

### Cordotomie

L'idée que les voies de la douleur parcourent et surtout décussent dans la moelle date du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle avec les travaux du physiologiste Brown-Séquard [15]. Mais ce n'est que 50 ans plus tard, en 1912, qu'une première intervention de cordotomie fut proposée par Spiller et Martin aux États-Unis à l'étage thoracique pour un patient souffrant d'une tumeur maligne de la queue de cheval [16]. Le principe est d'interrompre de manière sélective le faisceau spinothalamique en réalisant une lésion au niveau du cordon antérolatéral de la moelle du côté opposé aux douleurs du patient. Beer, un an plus tard dans le même journal, décrit une procédure identique pour une patiente souffrant de douleurs de la jambe droite liées à l'envahissement des plexus lombosacrés par un cancer du col [17]. Vingt ans plus tard

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/904851>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/904851>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)