

Les grands syndromes

Compression du plexus brachial



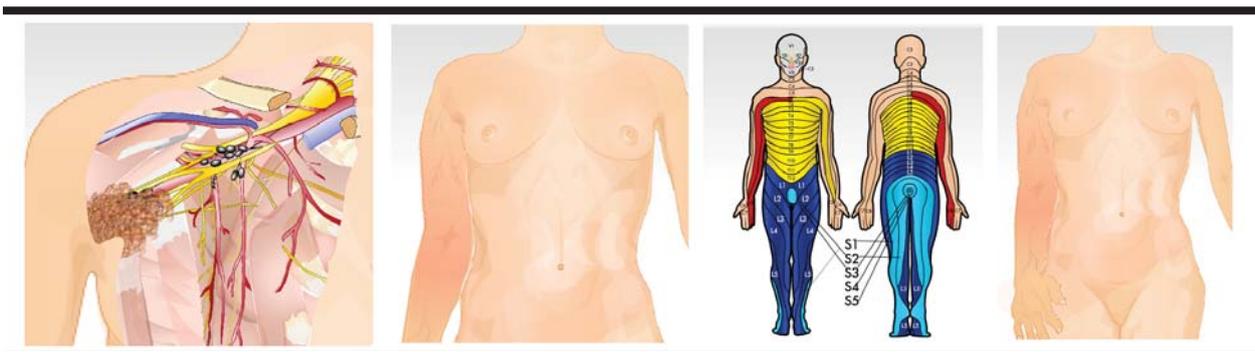
Compression du plexus brachial

Introduction

Il s'agit d'une patiente de 78 ans, opérée pour un cancer du sein droit il y a plusieurs années. Elle se présente avec une parésie progressive distale du membre supérieur droit ainsi qu'une douleur d'allure neuropathique évoluant depuis quelques mois.

L'investigation démontre une récurrence locorégionale de son cancer au niveau du plexus brachial droit. Elle fut traitée par radiothérapie et hormonothérapie. Une analgésie à base d'opioïdes et de co-analgésiques, ainsi que des blocs stellaires, ont contribué à contrôler la douleur. Le port d'une orthèse fut recommandé pour limiter l'inconfort occasionné par l'atteinte neurologique distale, un poignet tombant.

Évolution de la maladie



Tumeurs cancéreuses
au niveau du plexus brachial

Enflément du bras droit

Dermatomes touchées: C8 et T1
relâchement du poignet dû à l'inconfort

Compression du plexus brachial

Clinique

Signes et symptômes

Elle est provoquée le plus souvent par une infiltration néoplasique de l'aisselle ou de la région supra-claviculaire originant soit d'un cancer du sein, d'un cancer du poumon ou d'un lymphome. Elle peut aussi résulter de la croissance directe d'une tumeur locale comme un cancer du poumon, situé à l'apex.

La douleur est le symptôme le plus fréquemment retrouvé. Généralement, elle précède de quelques mois, les symptômes et les signes neurologiques. Elle est typiquement neuropathique pouvant être accompagnée de phénomènes de paresthésie, d'allodynie et d'hyperesthésie.

Le plexus brachial est composé des racines C5 à T1. Dans la plupart, l'atteinte du plexus va être partielle et touchée surtout la portion inférieure (C8-T1). La symptomatologie et les signes cliniques peuvent nous permettre de préciser le site anatomique de l'atteinte.

Pour tout patient qui aurait déjà reçu dans le passé de la radiothérapie au thorax ou à l'aisselle, il faut éliminer la possibilité d'une fibrose post radiation. Ce syndrome survient des mois (généralement plus de 6 mois) ou même des années après le traitement. Il touche surtout le plexus brachial supérieur et s'accompagne de douleurs habituellement moins intenses, une perte de proprioception avec la perte de la sensibilité, ainsi que d'un lymphoedème.

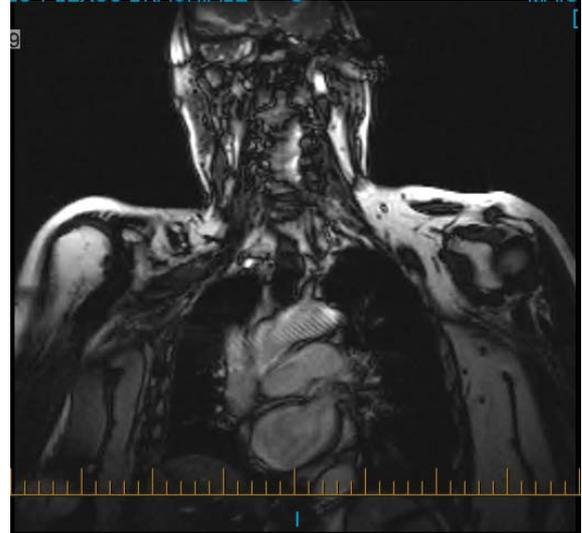
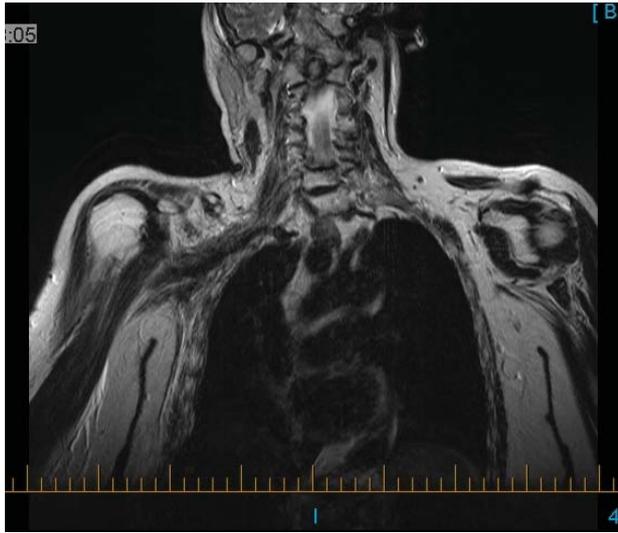
Investigation

La résonance magnétique et la tomodensitométrie demeurent les examens de choix pour confirmer le diagnostic et préciser l'étendue de l'atteinte tumorale. Si l'imagerie ne nous permet pas de distinguer entre une fibrose post-radique et une infiltration tumorale, une biopsie pourra être effectuée.

Investigation

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

PLEXUS BRACHIAL AVEC INJECTION DE GADOLINIUM



Importante zone en placard de tissu anormal dont les contours sont légèrement nodulaires qui infiltre l'ensemble du plexus brachial de la région supra-claviculaire jusqu'à la région axillaire, sur 9 à 10 cm, impliquant les différents troncs du plexus brachial jusqu'à l'origine des nerfs périphériques du membre supérieur droit. De façon secondaire, on observe une atrophie de dénervation de la musculature péri-scapulaire.

Dans le contexte clinique, l'aspect est tout à fait compatible avec une atteinte métastatique du plexus brachial chez cette patiente opérée pour une mastectomie droite, il y a plusieurs années.

Compression du plexus brachial

Conclusion

La radiothérapie représente le traitement de choix dans la majorité des cas. L'expérience clinique suggère que la dexaméthasone, en plus des analgésiques opiacés et des co-analgésiques reconnus pour les douleurs neuropathiques, peut être utile. Le contrôle de la tumeur primaire, par hormonothérapie ou chimiothérapie doit également être considéré.

Pour les cas de douleurs sévères résistantes aux traitements ci-dessus, le recours à un bloc nerveux ou autres techniques anesthésiques peut être envisagé. Rarement, on procède à une chirurgie de réduction de la masse faisant compression sur le plexus.

Bibliographie

- Oxford text book , Palliative Medicine , 3^e edition
- Cahana Alex et Forster Alain; Système nerveux autonome et douleur; Dans Pharmacologie de la douleur; Les presses de l'Université de Montréal; 2005; pp 124-125
- Dion Dominique, Fugère François et Dechêne Geneviève; Approche et traitement de la douleur cancéreuse; Dans Pharmacologie de la douleur; Les presses de l'Université de Montréal; 2005; pp468-469
- Senkus-Konefka E, Jassem J.; Complications of breast-cancer radiotherapy. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2006 Apr;18(3):229-35
- Jaekle KA; Neurological manifestations of neoplastic and radiation-induced plexopathies; Semin Neurol. Department of Neurology and Oncology, Mayo Clinic 2004 Dec;24(4):385-93
- Petit-Lacour MC, Ducreux D, Adams D. MRI of the brachial plexus; J Neuroradiol. 2004 Jun;31(3):198-206
- Vranken JH, Zuurmond WW, de Lange JJ; Continuous brachial plexus block as treatment for the Pancoast syndrome.; Clin J Pain. 2000 Dec;16(4):327-33.
- Rubin Philip; Clinical Oncology, 8e edition, pp 869, 874