

Kinésithérapie des opérées du sein

RÉSUMÉ | SUMMARY

La multiplication des cancers du sein augmente le nombre de patientes prises en charge en kinésithérapie. La rééducation postopératoire s'oriente autour de l'amplitude du complexe de l'épaule. Celle-ci peut être réduite avec des phénomènes d'appréhension de la patiente ou par des adhérences cicatricielles ou l'apparition de thromboses lymphatiques superficielles (cordes lymphatiques). Ces différentes symptomatologies sont traitables avec de bons résultats dès leur apparition.

Grâce à la modernisation de la chirurgie, le risque de lymphœdème s'amenuise mais n'est pas nul. Son traitement se fait de façon efficace en réalisant des séances effectuées de façon intensive sur 2 semaines. Le drainage manuel et les bandages qui sont utilisés maintenant se sont particulièrement simplifiés et sont efficaces.

The rise in breast cancer increases the number of patients being managed by physiotherapists. Rehabilitation post-op is focussed on shoulder girdle movement which can be limited due to patient apprehension or by adhesions and scarring or from superficial lymphatic thrombosis (lymphatic cords). These different symptoms are treatable and have good results.

Thanks to the modernisation of surgery the risk of lymphedema is lower but cannot be completely ruled out. Intensive treatment over a period of 2 weeks can be very effective. Manual lymphatic drainage and current bandages are simpler to use and are effective.

Jean-Claude FERRANDEZ

Kinésithérapeute
Institut
Sainte-Catherine
Avignon (84)

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Cancer du sein ► Cicatrice ► Kinésithérapie ► Lymphœdème
► Thromboses lymphatiques superficielles

► Breast cancer ► Scar ► Physiotherapy ► Lymphedema
► Lymphangiostrombosis

Le rôle des kinésithérapeutes n'a cessé de grandir ces dernières années. Il y a 20 ans, la proposition d'un stage de formation continue de 2 jours ayant pour titre « Rééducation et cancer du sein » avait fait sourire les responsables de l'Institut national de la kinésithérapie. Quels thèmes décliner ? Quelles indications présenter sur un tel sujet aux stagiaires ? Aujourd'hui, sa réalisation sur 3 jours nécessiterait encore un peu plus de temps, tant ces indications se sont multipliées et avérées nécessaires.

Si la place des kinésithérapeutes peut être retenue de façon spécifique tout au long de la vie de ces patientes, 2 époques semblent avoir bénéficié de soins qui sont devenus plus particuliers et qui se sont actualisés : les suites opératoires et le traitement du lymphœdème éventuel. Un certain nombre d'évolutions [1] ont été récemment présentées, que cet article va rapporter.

Qu'un traitement conservateur par tumorectomie ou radical par mastectomie ait été réalisé, la rééducation postopératoire peut être indiquée. Son but porte essentiellement sur la conservation ou la récupération des amplitudes de l'épaule du côté opéré.

Dans le cas où la patiente doit suivre une radiothérapie dans le mois qui suit, cette rééducation doit être très précoce. Elle doit permettre de positionner la patiente sur la table de radiothérapie en dégageant le membre supérieur qui doit se trouver en flexion, abduction et rotation externe comme l'illustre la figure 1.

LES SOINS POSTOPÉRATOIRES

La chirurgie du cancer du sein et son traitement induisent une modification de l'amplitude de l'épaule et de la statique vertébrale [2].



► Figure 1

Position d'irradiation pour cancer du sein

Cette rééducation est indiquée devant l'apparition d'une restriction de l'amplitude du complexe de l'épaule, comparativement à celle du préopératoire. C'est essentiellement la flexion rotation externe qui est évaluée. Les origines de cette diminution sont variées et doivent être identifiées.

■ Les douleurs de l'épaule

Si la patiente présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, une position extrême peropératoire peut réactiver ou exagérer une douleur inflammatoire. L'épaule est largement en flexion et la tête humérale peut s'être ascensionnée passivement par l'anesthésie générale, et le conflit s'exagérer. La limitation est douloureuse.

■ Les cicatrices

L'autre risque de cette diminution de mobilité active est bien lié à la présence des cicatrices de la chirurgie du creux axillaire et de la mastectomie.

La cicatrice du curage axillaire, qui nécessite une dissection plus importante que le ganglion sentinelle, est un frein à cette mobilité. La zone anatomique comprise entre la base de l'aisselle, le bord externe du petit pectoral et la veine axillaire est très largement mobilisée lors de la flexion. L'appréhension à mobiliser cette zone, à tirer sur la cicatrice, à la rouvrir, est compréhensible.

Une autre observation, mécanique cette fois, justifie la mobilisation de cette zone.

La cicatrice de curage axillaire s'invagine légèrement dans le creux axillaire du fait de l'ablation de la lame cellulo-adipeuse qui a été prélevée. La flexion de l'épaule dans ses derniers degrés mobilise plus particulièrement cette zone. Sa mobilisation est nécessaire pour éviter toute rétraction qui favorise une remontée de la peau de la base de l'aisselle.

Pour mobiliser la cicatrice du curage, la mobilisation de l'épaule l'entraîne spontanément en position longue. Cliniquement, si cette mobilisation est limitée par la cicatrice, il convient de réaliser des mises en tension de la cicatrice dans son grand axe. Ces mobilisations sont réalisées par des tractions longitudinales ; les doigts du kinésithérapeute se placent à chaque extrémité de la cicatrice. Le maintien en position longue associé à

une expiration augmente la mise en tension sans risque de désunion.

La crainte à mobiliser le creux axillaire est majorée par la présence des extrémités sous-cutanées des drains aspiratifs sur le thorax ou le creux axillaire. Ces structures rigides sont parfois des éléments dont la mobilisation est source de douleur.

La cicatrice de tumorectomie est courte, reste sur le volume du sein conservé et occasionne peu de problème. La cicatrice de mastectomie est beaucoup plus longue que les précédentes. Après l'intervention, le plan sous-cutané de la paroi est mis en contact avec le périmysium du grand pectoral et y adhère naturellement. Cette adhérence ne doit pas limiter la flexion de l'épaule.

Si la mobilisation de l'épaule démontre qu'elle adhère, un traitement spécifique de mobilisation cicatricielle est réalisé. Il s'agit de simples mobilisations transversales qui maintiennent les berges jointes, assurant ainsi leur adhésion. Cette mobilisation peut être réalisée sur le pansement. Aucune technique de massage de type pétrissage manuel ou instrumental avec une vacuothérapie n'est indiquée à ce stade.

■ Les thromboses lymphatiques superficielles, ou cordes lymphatiques

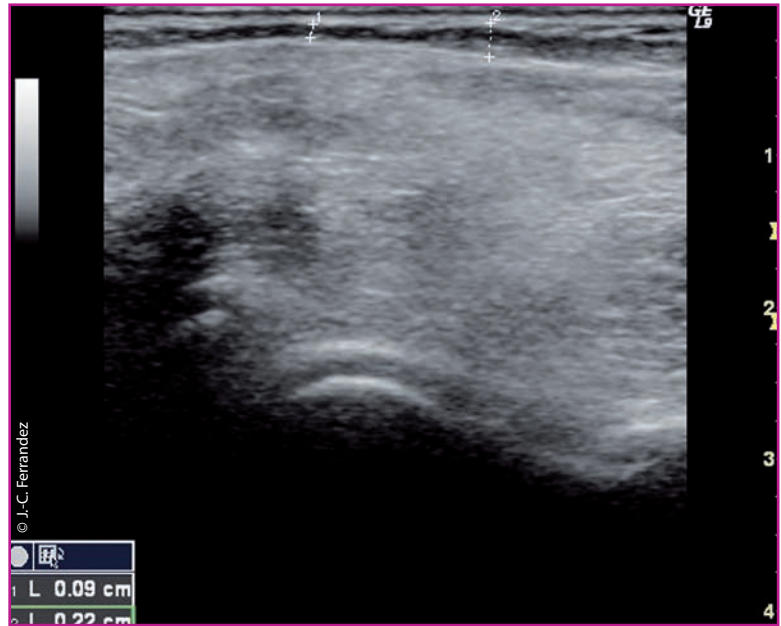
La limitation de l'épaule peut être en relation avec l'apparition de structures linéaires sous-cutanées (fig. 2), qui surviennent fréquemment après chirurgie du creux axillaire. Ces cordons, comparables à des fils de pêche ou à des cordes de guitare, selon l'imaginaire de l'observateur, sont bien identifiés. Il s'agit de vaisseaux lymphatiques dont l'extrémité proximale a été sectionnée par le chirurgien. Leur imagerie a bien mis en évidence leur identité lymphatique (fig. 3).

Ces collecteurs lymphatiques restent remplis d'une lymphe dont les images échographiques hypo-échogènes [3] signent la qualité liquidienne jusqu'à plus de 2 mois après l'intervention. Si certains de ces cordons sont remplis de matériel fibreux, visible en échographie, leur distinction est impossible cliniquement. Le principe de précaution est de respecter ces collecteurs lymphatiques qui ne doivent pas être rompus comme cela a pu être proposé quand on ne connaissait pas l'identité de ces structures.



► **Figure 2**

Visualisation du cordon des thromboses superficielles afférentes au creux axillaire



► **Figure 3**

Image échographique d'une thrombose lymphatique
Lumière hypo-échogène

La rééducation de ces cordons se fait par des manœuvres de drainage manuel réalisées le long de leur axe, avec des mises en tension maintenues. L'étirement, de par des postures guidées par le kinésithérapeute et reproduites par la patiente, se réalise dans une direction qui dépend de la localisation de ces cordons.

La rééducation postopératoire est utile pour prévenir la diminution de l'amplitude des mouvements de l'épaule [4].

LE TRAITEMENT DU LYMPHOÈDÈME

Si une grande majorité de patientes opérées d'un cancer du sein peuvent bénéficier de rééducation, peu d'entre elles nécessiteront un traitement du lymphoedème (fig. 4).

Le lymphoedème du membre supérieur diminue statistiquement en termes de volume et en risque d'apparition. Les oedèmes apparaissant par le passé conjuguèrent une origine mixte veino-lymphatique. La participation veineuse était liée à la dissection large du creux axillaire lors du curage ; celle-ci induisait une réaction de la veine axillaire dont la lumière diminuait, provoquant ainsi une pince veineuse. Ce ralentissement du retour veineux exagrait le volume du membre.

Le risque de lymphoedème a été récemment évalué par la méta-analyse de Di Sipio [5] publiée dans *The Lancet*. En analysant 72 études sur son



► **Figure 4**

Lymphoedème secondaire après cancer du sein

incidence, dont 30 études prospectives, ce risque global a été établi à 21 %. En revanche, il est réduit à 5 % si la technique du ganglion sentinelle a été utilisée.

Des facteurs de risque prédisposant ont été mis en évidence dont l'importance du curage axillaire, et notamment le surpoids avec un aspect très péjoratif de l'obésité.

Le lymphœdème est beaucoup moins fréquent que par le passé mais concerne encore au moins une femme sur 5. Son risque ne disparaît pas avec l'éloignement de la date de la chirurgie [6].

De façon récente, la notion de facteur de risque intrinsèque à la patiente a été mise en évidence avec la présence d'un gène prédisposant au lymphœdème [7].

La physiothérapie est reconnue comme le traitement à réaliser en première intention devant un lymphœdème. Elle se codifie de plus en plus. Elle simplifie de plus en plus. Elle s'allège pour le plus grand confort des patientes. En 2014, certains points spécifiques sont à relever.

■ Traitement ambulatoire ou traitement en hospitalisation ?

Il y a de nombreuses années, le faible nombre de kinésithérapeutes formés aux techniques de décongestion amenait les patientes à se tourner légitimement vers des centres de soins en hospitalisation. Le traitement sous cette forme conduisait à des résultats probants qui ne sont pas à remettre en question.

Cependant, le paysage a bien changé et la multiplication des stages de formation a permis d'offrir un nombre de kinésithérapeutes compétents qui sont devenus des praticiens de proximité pour ces patientes. Cette situation permet aux patientes de trouver un thérapeute proche de chez elles qui se rendent sans nécessité d'être hospitalisées. Cette hospitalisation, outre la dépense de santé exorbitante pour la collectivité, les remettait dans un statut de « malade », passant la journée à l'hôpital et y dormant.

Cette option de soins existe toujours et ne devrait être proposée qu'aux patientes nécessitant un bilan médical particulier ou présentant des déficiences fonctionnelles rendant impossible le traitement ambulatoire [8].

■ Être utile à la patiente : la fréquence des soins

À la consultation de lymphologie de l'Institut Sainte-Catherine à Avignon, sont adressées des

patientes porteuses d'un lymphœdème dont la décongestion ne se solde pas par un résultat probant. À l'interrogatoire revient très fréquemment une fréquence de soins inadaptée, réalisée sous forme de soins espacés dans le temps.

Il est admis que, pour être efficace, le traitement de décongestion doit appliquer des soins de façon intensive avec un traitement quotidien pour les jours « ouvrables » en libéral. C'est lorsqu'il est réalisé sous une forme quasi quotidienne qu'il se solde par une décongestion importante. Le différentiel résiduel au bout de 2 semaines de traitement correspond à la partie fibro-graisseuse sur laquelle le traitement a peu d'influence objective.

L'étude de Yamamoto [9], comme d'autres plus anciennes [10], a démontré que c'est lors de la première semaine de traitement que la décongestion est la plus importante. Cette observation témoigne du non-intérêt, dans la majorité des cas pris en charge, de ne pas poursuivre la décongestion pour obtenir la diminution d'un très faible volume. D'autant que, à l'issue de la décongestion initiale, on observe une perte sensible du résultat obtenu. Ce phénomène est lié au fait que le manchon de compression est moins rigide que les bandages utilisés à la phase 1 du traitement.

Pour la décongestion, c'est bien la réalisation de soins consécutifs qui assure le bon résultat.

■ Quelles techniques reconnues ?

Les recommandations basées sur les faits [11] ont largement précisé les techniques à utiliser. Le document consensuel de l'ISL précise l'intérêt du drainage manuel, des bandages de décongestion et de la pressothérapie pneumatique.

■ Le drainage lymphatique manuel, actualisé et simplifié

Quel drainage lymphatique manuel ? Là encore, les explications fournies par les patientes lors de la consultation de lymphologie font état de techniques les plus diverses, et parfois farfelues que le code de déontologie ne permet pas de rapporter. Cette diversité est aussi observée lors des stages de formation continue dans les sessions de réactualisation.

► **Tableau I**

Recommandations d'application du drainage manuel dans les lymphœdèmes

Recommandations	Non-indications	Contre-indications
Application des manœuvres de drainage manuel Drainage sur la zone de l'œdème	Application de manœuvres en regard de la citerne de Pecquet Massage abdominal profond	Infections non traitées (lymphangites, érysipèles)
Application d'une pression d'intensité variable en fonction de la consistance	Application de manœuvres réalisées à distance de l'œdème en préalable au traitement	
Application de manœuvres ayant un déroulement adapté aux voies de drainage		
Non évalué : drainage des nœuds lymphatiques		

► **Tableau II**

Recommandations d'application des bandages de décongestion dans les lymphœdèmes des membres

Recommandations	Non-indications	Contre-indications
Adaptation du bandage à chaque patient	Bandage stéréotypé monotype standardisé	Artériopathie sévère
Adaptation à la localisation et à la consistance du lymphœdème	Bandage trop épais, réalisant un frein à l'activité physique	
Adaptation des types de bandes pour obtenir un effet compressif supportable et une rigidité		
Protection cutanée		Précautions d'emploi
Choix de montages privilégiant la fonction du membre		Troubles de la sensibilité Infections, prurits

Les recommandations ont permis de préciser ce qu'il était souhaitable de réaliser aujourd'hui sur les bases de ce qui est démontré (tab. I).

Compte tenu du faible débit lymphatique [12], le drainage lymphatique n'est pas capable de décongestionner un lymphœdème ; les bandages sont nécessaires et obligatoires.

■ **Les bandages de décongestion : plus fins pour plus de fonction et de décongestion**

La simplification des bandages en pratique de ville consiste à utiliser, dans la majorité des cas, 2 simples bandes qui ont l'avantage de donner une excellente décongestion et de permettre une mobilisation plus aisée du membre ainsi contenu.

L'utilisation de bandages sophistiqués est indiquée quand les techniques simples ont donné un résultat qui pourrait paraître insuffisant, ou

lorsque la morphologie du membre ne permet pas d'utiliser les notions simples en relation avec la loi de Laplace (tab. II).

L'application de ce bandage est simple, sa mise en place expliquée à la patiente. Une bande en coton non élastique dite « anti-œdème » ou à allongement très court, maintient le résultat obtenu par le drainage manuel de la séance. Une bande élastique peu étirée avec une superposition de spires contient avec peu de compression. Elle réalise avec facilité un enveloppement qui gênera le moins la patiente dans ses gestes.

L'utilisation du membre est absolument nécessaire pour mettre un maximum de décongestion. Si le bandage est trop épais et rigidifie à outrance le membre, la patiente ne fait pas varier les pressions appliquées sur le lymphœdème et la décongestion est minimisée.

Plus les mouvements sont réalisables, et meilleure est la décongestion. La mise en place d'un bandage le moins épais possible est donc la solution

► **Tableau III**

Recommandations d'application de la pressothérapie dans les lymphœdèmes des membres

Recommandations	Non-indications	Contre-indications
Application sur la zone de l'œdème	Application d'une pression abdominale	Thrombose veineuse profonde
Application d'une pression d'intensité variable en fonction de la consistance		Infections cutanées
Application rétrograde ou antérograde en fonction de la réversibilité de l'œdème	Absence d'inconvénients : utilisation prolongée	Insuffisance cardiaque non traitée
Lenteur d'application en cas d'œdème de consistance ferme		Troubles de la sensibilité Infections, prurits

qui s'impose. L'expérience clinique a mis en évidence que les doigts ne sont que rarement bandés, même lorsqu'il y existe un œdème.

L'activité physique est recommandée et la pratique d'un sport intensif n'augmente pas le risque de lymphœdème [13].

■ La pressothérapie pneumatique

La pressothérapie, lorsque son mode d'utilisation est bien compris et son emploi personnalisé à l'aspect clinique, est une aide utile [14]. Elle permet, pour certains, une légère optimisation du résultat et un gain légèrement plus précoce (tab. III).

CONCLUSION

Aujourd'hui, les patientes opérées du sein doivent bénéficier d'une rééducation postopératoire pour s'assurer de conserver ou obtenir une bonne amplitude d'épaule. Cette rééducation pourrait être prescrite systématiquement au 10^e jour, période où l'épaule s'enraidit.

Le risque d'apparition d'un lymphœdème ne doit pas être agité comme une spectre inquiétant auprès des patientes. Ce risque, désormais limité, n'est plus celui du passé.

En cas d'apparition, un traitement simple par drainage manuel et bandages simplifiés est efficace. Le maintien du résultat reste contraignant, compte tenu de l'aspect définitif de cette affection. L'éducation thérapeutique de la patiente joue un rôle primordial. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ganchou PH *et al.* 20 ans d'évolution dans le traitement des lymphœdèmes après cancer du sein. *Euro cancer* 2012. Paris : John Libbey Eurotext, 2012 : 219-20.
- [2] Haddad CA *et al.* Assessment of posture and joint movements of the upper limbs of patients after mastectomy and lymphadenectomy. *Einstein (Sao Paulo)*. 2013 Dec;11(4):426-34.
- [3] Ferrandez JC *et al.* Thromboses lymphatiques superficielles. In: *Cancer du sein. Traité et médecine de rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier-Masson, 2007 : 119-28.
- [4] Chan DN, Lui LY So WK. Effectiveness of exercise programmes on shoulder mobility and lymphedema after axillary lymph node dissection for breast cancer: Systematic review. *J Adv Nurs* 2010;66(9):1902-14.
- [5] Di Sipio T, Rye S, Hayes S; Incidence of unilateral lymphedema after breast cancer: A systematic review and meta analysis. *Lancet Oncol* 2013;14:500-15.
- [6] Armer JM Stewart BR. Post breast cancer lymphedema: Incidence increases from 12 to 30 to 60 months. *Lymphology* 2010;43: 118-27.
- [7] Leung G *et al.* Cytokine candidate genes predict the development of secondary lymphedema following breast cancer surgery. *Lymphat Res Biol* 2014 Feb.
- [8] Bouchet JY. *Kinésithérapie des lymphœdèmes cancérologiques et hospitalisation*. Communication orale. Congrès AKTL - Paris, novembre 2012.
- [9] Yamamoto T *et al.* Study of edema reduction patterns during the treatment phase of complex decongestive physiotherapy for extremity lymphedema. *Lymphology* 2008;41:80-6.
- [10] Rose K, Taylor H, Twycross R.: Volume reduction of arm lymphedema. *Nurs Stand* 1993;7(35):29-32.
- [11] Ferrandez JC, Bouchet JY, Richaud C, Theys S. Recommandations kinésithérapiques basées sur les faits du traitement des lymphœdèmes des membres. *Kinésithér Scient* 2012;534:17-31.
- [12] Olszewski W. Physiology and microsurgery of lymphatic vessels in man. *Lymphology* 1981;14:44-60.
- [13] Schmitz KH *et al.* Weight lifting in women with breast cancer related lymphedema. *New Eng J Med* 2009;13:361.
- [14] Theys S. Suivi du traitement des lymphœdèmes par pressothérapie. *Kinésithér Scient* 2012;537:43-7.