

LYMPHŒDÈMES ET SPORT APRÈS CANCER DU SEIN

RÉALITÉS EN 2011

Toutes les femmes opérées ont un déficit fonctionnel lymphatique potentiel, toutes ne développeront pas un lymphœdème.

PAR JEAN-CLAUDE FERRANDEZ

L'incidence importante du cancer du sein est de 53 000 nouveaux cas recensés annuellement. La sévérité de cette maladie la rend responsable de plus de 10 000 décès soit 10 fois plus que le mélanome pour lequel les kinésithérapeutes participent à la campagne de sensibilisation du dépistage. Le traitement du cancer du sein est basé dans nombre de cas sur une chirurgie, une radiothérapie et un traitement médical général. La prise en charge de certains effets secondaires de ces traitements est kinésithérapique et rentre dans le cadre des soins de support. Les troubles de la circulation lymphatique du membre supérieur en font partie. Ils sont principalement induits par la chirurgie axillaire.

Sa morbidité a cependant diminué avec l'utilisation de techniques d'abord du creux axillaire bien codifiées et parfois réduites. Le curage axillaire et sa version allégée par technique dite du "ganglion sentinelle" font toujours courir le risque de lymphœdème. Lourdeur, douleur, diminution de la fonction de l'épaule, œdèmes lymphatiques du sein, de la paroi et ou du membre supérieur restent encore présents.

Quelle est la fréquence actuelle de ces troubles rapportés par de très nombreux auteurs ? Différentes études apportent depuis peu une confirmation de leur présence et en corollaire de l'intérêt de leur prise en charge par une kinésithérapie spécifique.



© Bob Thomas/istockphoto

Après le cancer du sein, la vie continue.

Par ailleurs la reprise de l'activité physique et a fortiori du sport, est souvent abordée avec une certaine inquiétude à propos du risque de lymphœdème. Certaines données nouvelles éclairent maintenant ce sujet.

Les symptômes subjectifs du membre supérieur après cancer du sein et leurs relations avec la fonction du membre supérieur

L'équipe australienne de Hayes¹ a étudié la relation qui existe entre les symptômes ressentis après le traitement du cancer du sein et la réalité du déficit du membre supérieur et le lymphœdème. L'étude publiée a suivi 287 patientes traitées pour un cancer du sein unilatéral observées tous les 3 mois de 6 à 18 mois après leur chirurgie. Près d'une femme sur deux se plaint de symptômes modérés ou importants. Cette plainte est corrélée de façon très significative ($p < 0,01$) à la diminution de la fonction. Plus ces symptômes sont importants plus la fonction est limitée. Celles qui présentent un lymphœdème décrivent le plus de symptômes. L'apparition de ces symptômes serait un facteur de risque d'apparition du lymphœdème.

Le lymphœdème

Les patientes traitées initialement pour un cancer du sein conservent un risque de développement d'un lymphœdème du

Critères d'identification	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	48 mois	60 mois
2 cm n=178	44	66	75	81	87	88	92	94
augmentation de volume de 200ml n=193	24	40	47	56	65	66	74	83
Augmentation de 10% du volume du membre n=193	11	22	29	36	40	43	48	55
Signes subjectifs n=213	15	32	33	35	36	39	40	43

D'après Armer J.M et col.²

membre supérieur (LMS). La quantification de ce LMS est un problème lié au critère utilisé pour le diagnostiquer. La difficulté vient de la variabilité des techniques de mesure.

L'incidence rapportée varie énormément selon les critères retenus. Le but de la récente étude de J.M. Armer et B.R. Stewart² était de rapporter les grandes lignes d'apparition de ce LMS à trois périodes différentes : 12, 30 et 60 mois après le traitement en utilisant 3 différentes méthodes de diagnostic du lymphœdème. Les 236 patientes observées furent incluses dans l'étude après leur diagnostic de cancer du sein et avant l'étape chirurgicale. L'évaluation du volume de l'œdème et celle des symptômes associés ont été étudiées. Les patientes ont été observées tous les 3 mois pendant 1 an puis tous les 6 mois jusqu'à 5 ans. Les modifications de volume des 2 membres furent mesurées avec l'aide de 3 techniques :

- circonférence à des intervalles tous les 4 cm ;
- pérométrie (évaluation du volume) ;
- subjectivement par les symptômes ressentis.

Les critères les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour affirmer le diagnostic de LMS sont :

- 2 cm de différence ;
- 200 ml de différence de volume ;
- 10 % de différence de volume ;
- des signes subjectifs décrivant lourdeur gonflement ressentis après le cancer et non avant.

Sur l'observation de 236 patientes observées à 6, 12, 18, 24, 30 et 60 mois, les auteurs de cette étude ont établi le pourcentage d'apparition de LMS dans cet échantillon. À 60 mois, après le traitement, l'incidence du LMS fait état de 43 à 94 % selon le critère utilisé parmi les 4 cités plus haut.

Les tendances à 60 mois sont comparées aux tendances plus précoces à 12 et 30 mois par critère. Ces résultats mettent en évidence que les patientes ont un risque de LMS au-delà de

la première année. Autrement dit, après la première année, le risque de LMS est toujours présent comme le démontre l'augmentation de sa fréquence avec le temps. De nouveaux cas de LMS émergent dans les 60 mois qui suivent le traitement.

L'appréciation subjective de lourdeur et gonflement avec 10 % d'augmentation de volume représente les définitions les plus traditionnelles (41 et 45 %).

Par ailleurs, la variété de critères utilisés pour définir le LMS avec l'absence de mesures de références (avant traitement) contribue probablement à la large incidence de LMS rapportée dans la littérature.

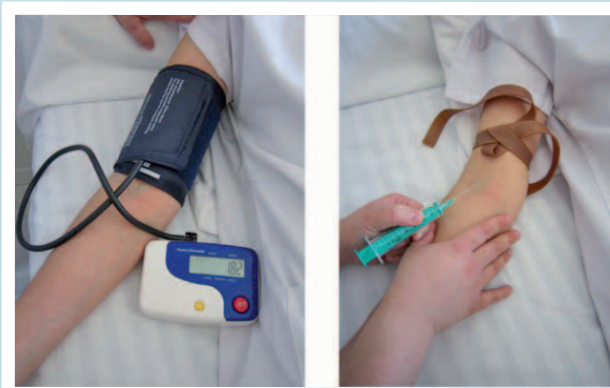
Le sport après cancer du sein. Faut-il interdire la gymnastique aux femmes opérées d'un cancer du sein ?

Les bases de nos inquiétudes

Les kinésithérapeutes sont souvent considérés, à juste titre, par leurs patientes comme des conseillers de santé. Les circonstances de prise en charge des femmes opérées se situent en postopératoire immédiat, en cours de



Repérage du "ganglion sentinelle" par méthode scintigraphique.



2 interdits pour la patiente opérée avec un curage axillaire, prise de tension artérielle et injection intra veineuse du côté opéré.

radiothérapie, lors du traitement d'un lymphœdème, lors de la rééducation d'une raideur de l'épaule ou d'une reconstruction mammaire. D'autres circonstances peuvent être moins spécifiques au suivi de leur cancer lors d'une rééducation orthopédique. La question des activités physiques autorisées avec le membre "opéré" est souvent abordée spontanément par les patientes ou par le kinésithérapeute qui souhaite anticiper et donner une information de prévention. La crainte sous-jacente est celle de l'apparition d'un lymphœdème. Il en résulte souvent la description d'une série de gestes autorisés, peu recommandés voire interdits. Il règne néanmoins autour de l'utilisation de ce membre une foule d'attitudes variables et parfois contradictoires. Pour tenter d'en justifier certaines ou en réfuter d'autres, il est nécessaire de faire le point sur les risques éventuels encourus et leurs facteurs de risque. La chirurgie informative que représente l'ablation de certains nœuds lymphatiques axillaires reste nécessaire pour statuer sur leur statut d'envahissement par des micrométastases. Ce prélèvement peut être réalisé par curage en bloc ou technique du ganglion sentinelle. Dans tous les cas, les voies lymphatiques du membre supérieur seront modifiées. La capacité théorique de transport lymphatique du membre supérieur est théoriquement diminuée mais un certain équilibre est maintenu par augmentation de la charge lymphatique du capital restant. Les facteurs incriminés comme pouvant faire basculer l'équilibre lymphatique vers le lymphœdème sont connus, d'autres suspectés. L'infection fait partie des premiers. Lors de la lymphangite ou de l'érésipèle, les éléments résiduels de l'infection par le streptocoque restent accrochés sur la

paroi de l'intima du vaisseau. La fonction du lymphatique est diminuée, ses possibilités contractiles sont modifiées, l'évacuation est réduite, l'œdème lymphatique apparaît ou augmente.

L'effet néfaste de la contraction musculaire est également suggéré comme responsable de l'apparition de l'œdème. Les raisons de cette thèse sont liées au fait que lors de l'activité physique, le débit de filtration augmente dans le capillaire sanguin. Ce débit est secondaire à l'hyperhémie physiologique nécessaire pour l'accroissement du métabolisme musculaire. Lors d'une activité musculaire trop intense, les capacités de drainage de la circulation de retour deviennent insuffisantes. La veine reste capable d'augmenter son débit. Le lymphatique dont la capacité de transport est diminuée résorbe insuffisamment les grosses molécules : le lymphœdème apparaît. Cependant, la limite d'augmentation d'activité physique d'une patiente est inconnue. C'est là que réside le problème du kinésithérapeute pour déterminer l'activité ou l'intensité interdites.

S'il est admis que les gestes de l'activité quotidienne modérée sont tolérés sans pour autant déclencher un lymphœdème, jusqu'où peut-on autoriser le mouvement ? En réalité nous n'en savons rien, nous pouvons seulement montrer du doigt a posteriori l'activité réalisée quelques jours avant l'apparition de l'œdème comme la coupable présumée. En vérité, rien ne prouve avec certitude qu'elle en soit l'unique responsable. Néanmoins beaucoup de praticiens s'accordent pour modérer l'utilisation de ce membre supérieur. Si toutes les patientes étaient paralysées nous serions sûrs du respect strict de cette consigne ! L'observation de la désobéissance de nombreuses patientes opérées déconcerte le praticien puisque certaines reprennent avec bonheur leurs activités sportives sans voir apparaître un lymphœdème. Sans doute que certaines font partie de celles qui de toutes façons ne le développeront pas.

Jusqu'à quelle intensité autoriser la gymnastique ? Comment mesurer cette intensité ?

Cette limite semble difficile à déterminer d'autant que nous observons qu'elle diffère d'une patiente à l'autre. Certaines pouvant utiliser leur membre avec intensité, pour une activité agricole par exemple, sans en payer les conséquences alors que pour d'autres, le repassage se traduira par l'apparition d'une

lourdeur et d'un œdème réversible de la main (lymphoedème stade 2 de Brunner).

Que faut-il donc interdire et de quel droit ?

Que devons-nous penser de l'altération de la qualité de vie de la patiente qui s'est refusée pendant des années un certain type d'activité physique et qui, finissant par passer outre, observe qu'il ne lui arrive rien ? Quel regret pour elle ! Que penser alors du degré de responsabilité du praticien qui a eu suffisamment de persuasion pour modifier, finalement à tort, la conduite de vie de cette patiente ? Quel remord pour lui !

Le mouvement, c'est la vie. Mais comment répondre à la demande de conseils d'utilisation du "bras" ?

L'attitude qui pourrait être proposée serait de tester le degré de réponse du membre supérieur à la gymnastique. Un préalable cependant : s'assurer que l'amplitude de l'épaule autorise les mouvements qui seront réalisés. L'assurance de cette amplitude garantira de ne pas forcer l'épaule dans un mouvement "lancé".

En reprenant progressivement une gymnastique réalisée avant son intervention, la patiente "coopérante" observe son membre et adapte son activité.

L'activité musculaire contre résistance : résultats de sa pratique ?

Les données théoriques de la physiologie circulatoire décrites précédemment ont introduit dans nos esprits que l'activité physique faisait courir un risque de lymphoedème. Cependant certains travaux récents témoignent du contraire.

L'équipe de Philadelphie en Pennsylvanie travaille sur ce sujet depuis quelques années. En 2006, Ahmed RL3 publiait les résultats de la musculation sur une série de patientes opérées et réalisant de la musculation en salle de fitness. Neuf exercices de musculation étaient réalisés en ciblant les bras, le dos, les pectoraux, les fessiers et les jambes. Les exercices furent d'abord réalisés sans résistance puis avec une résistance maximale jusqu'à 10 répétitions. Réalisée au rythme de 3 séances par semaine, les auteurs démontrent qu'à 6 mois de cet entraînement, il n'y a pas d'apparition significative de lymphoedème dans le groupe des patientes opérées. Cette observation devait être complétée par une autre publication de cette équipe. En 2009, Schmitz⁴ rapporte les résultats du suivi de 141 patientes traitées pour un cancer du sein

présentant un lymphoedème stable et décrivant des symptômes de gêne de ce lymphoedème. Deux groupes de 70 patientes ont été suivis. Le groupe traité de ces patientes a réalisé une musculation douce et progressive. Il a été comparé à l'autre groupe (témoin).

À l'issue de l'étude qui a duré 1 an, la proportion de patientes qui avaient une augmentation de leur lymphoedème (+ 5 % du volume) était identique entre les deux groupes. Ce type de musculation n'augmente donc pas le risque de lymphoedème. En revanche le groupe qui avait réalisé la musculation observe une diminution de la perception des symptômes douloureux associés au lymphoedème et une augmentation de leur force.

Que conclure de ces travaux ?

Qu'il existe sans doute une phobie de l'apparition du lymphoedème chez les patientes opérées d'un cancer du sein. Que cette phobie est sans doute entretenue (à tort ?) par les médecins et les kinésithérapeutes.

Que vouloir prévenir à outrance l'apparition d'un lymphoedème par la limitation des activités physiques et induire une frustration chez les patientes ne se justifie pas. Toutes les patientes opérées d'un cancer du sein ne développeront pas un lymphoedème. Que l'activité physique dont les bienfaits sont reconnus par son action antifatigue, ne semble pas être un facteur systématique d'augmentation du risque de lymphoedème. Si le lymphoedème peut éventuellement altérer la qualité de la vie, l'interdiction d'activités physiques l'altère aussi. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Hayes S.C., Rye S., Battistutta D., Newman B. / **Prevalence of upper body symptoms following breast cancer and its relationship with upper body function and lymphedema.** Lymphology, 2010, 43, 178-187.
2. Armer J.M., Stewart B.R. **Post breast cancer lymphedema : incidence increases from 12 to 30 to 60 months.** Lymphology 43 (2010) 118-127.
3. Ahmed R L, Thomas W, Yee D, Schmitz KH : **Randomized controlled trial of weight training and lymphedema in breast cancer survivors.** J of Clinical Oncology, 2006, 24, 18, 2765-72.
4. Schmitz K.H. and al. **Weight lifting in women with breast cancer related lymphedema.** 2009 N Engl J Med vol 361, n°7, 664-73.