

Kinésithérapeute dans l'unité de sénologie

🔍 RÉSUMÉ | SUMMARY

Depuis mai 2017, l'Institut Européen du Sein des 2 Rives (IES2R) accueille les patientes atteintes d'une pathologie mammaire à Strasbourg.

Plusieurs professionnels de santé ont choisi de mutualiser leurs compétences pour entourer au mieux la patiente. Cette dernière au cœur du dispositif, pourra effectuer tout son parcours thérapeutique au sein de l'IES2R.

???

Dominique MEYER

Kinésithérapeute
Strasbourg (67)

🔑 MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Cancer du sein ► Équipe pluridisciplinaire
► Projet de soin personnalisé

► Breast cancer ► ???
► ???

En 2009, le Docteur Piat crée l'Institut du Sein qui ne cesse de se développer et d'intégrer de nouveaux professionnels de santé spécialisés en sénologie. En mai 2017, il trouve à Rhéna-Clinique de Strasbourg, un soutien logistique pour s'installer à la Maison Médicale des 2 Rives. Un médecin oncologue ainsi qu'une kinésithérapeute rejoignent alors l'équipe pluridisciplinaire (fig. 1).

L'IES2R effectue la prise en charge chirurgicale des maladies du sein, bénignes ou malignes (500 nouveaux cas de cancer du sein et près de 180 reconstructions mammaires par an). Il assure également le suivi chirurgical des femmes à haut risque de cancer du sein d'origine génétique.

C'est le parcours d'une patiente opérée pour cancer du sein qui sera rapporté ici.

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Les 4 assistantes médicales accueillent la patiente, s'occupent de la partie administrative du dossier et organisent les différents examens préopératoires nécessaires. Elles sont très souvent le premier sas de relâchement pour la patiente après la proposition chirurgicale ou l'annonce des résultats d'anatomie pathologique.



► Figure 1

L'équipe pluridisciplinaire

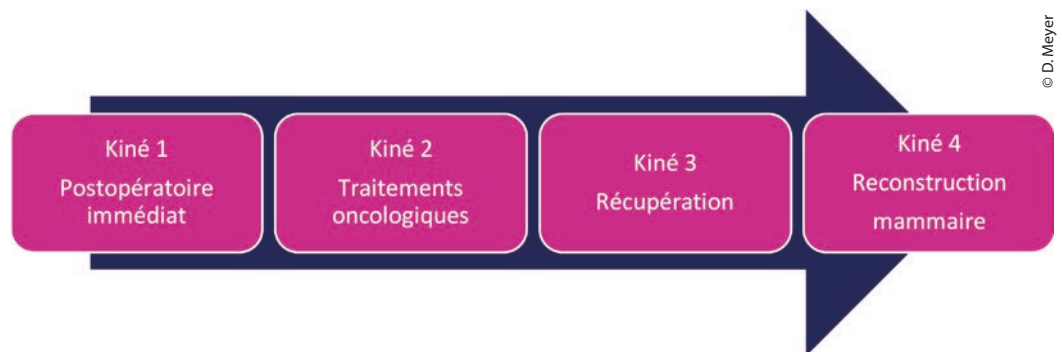
Les chirurgiens sénologues sont au nombre de 3 ; ils déterminent avec la patiente le geste opératoire adéquat qui assure une sécurité oncologique tout en respectant les attentes esthétiques et fonctionnelles de la patiente.

Deux chirurgiens plasticiens complètent l'offre de soin en reconstruction et plastie mammaire.

Un médecin oncologue et son assistante renforcent l'équipe médicale. Leur proximité avec les sénologues facilite l'évaluation clinique commune lors de la mise en place des traitements oncologiques ou pendant la surveillance d'une évolution tumorale sous chimiothérapie.

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

Kinésithér Scient 2018;603:19-24



► **Figure 2**

Les grandes étapes du traitement kinésithérapique des patientes

Les assistantes médicales organisent également la consultation d'annonce. Depuis le Plan cancer 2003-2007, tout malade a le droit de se faire expliquer la maladie et les traitements par une infirmière dite « d'annonce ». Cette dernière le renseigne sur ses droits administratifs, sur les différents soins de support et si nécessaire l'oriente vers l'assistante sociale de la clinique. La psychologue participe à cet entretien. Si la patiente est en souffrance et si elle le souhaite, elle peut solliciter un entretien individuel.

La kinésithérapeute complète l'équipe. Elle effectue les soins au chevet des patientes pendant la période postopératoire, réalise les bilans kinésithérapiques lors des contrôles chirurgicaux et prend en charge la rééducation fonctionnelle pour les patientes de proximité.

Enfin, une diététicienne est disponible pour effectuer un bilan nutritionnel et conseiller les patientes qui ont pris du poids suite au stress psychologique ou suite aux différents traitements.

La formation en oncoplastie des chirurgiens sénologues et leur étroite collaboration avec les chirurgiens plasticiens nous permettent d'avoir un fort taux de reconstruction mammaire. L'IES2R est également Centre de Référence et reçoit bon nombre de patientes pour des mastectomies prophylactiques.

L'unité de lieu permet à tous ces professionnels de santé d'être très réactifs lors d'imprévus dans l'évolution de la maladie ou lors d'un changement de priorités de la patiente. La personnalisation du projet de soin est ainsi facilitée.

LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE DE LA PATIENTE

La figure 2 nous rappelle les grandes étapes du traitement kinésithérapique de notre patiente, depuis l'opération initiale jusqu'à la reprise de ses activités socio-professionnelles et au-delà si elle présente des séquelles.

Dans la mesure du possible, nous essayons de regrouper les rendez-vous chez les différents professionnels de santé de l'IES2R pour limiter ses déplacements, ceci dans un souci de confort et de contexte économique. Le partage des agendas permet cet arrangement. Lorsque l'assistante médicale du chirurgien organise l'hospitalisation de la patiente, elle programme simultanément les rendez-vous des contrôles médicaux postopératoires ainsi que les rendez-vous pour un bilan kinésithérapique en cas de mastectomie, de curage axillaire ou de reconstruction mammaire par lambeau du Grand Dorsal. Ce premier bilan a lieu en général au 15^{ème} jour postopératoire.

De la même manière, nous organiserons des bilans kinésithérapiques au 3^{ème} mois et à un an postopératoire conjointement aux contrôles chirurgicaux.

Une passerelle relie la Maison Médicale à la Clinique (fig. 3) ; les praticiens sont ainsi au plus proche des patientes hospitalisées. Cette proximité géographique facilite les visites au chevet de la patiente et diminue ainsi les temps d'attente souvent source d'anxiété.

EN POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

Quand l'intervention est réalisée en ambulatoire, la kinésithérapeute rencontre toutes les patientes bénéficiant d'un curage axillaire ou de la technique du ganglion sentinelle. Cette consultation a lieu avant l'intervention, dans une chambre du service de chirurgie ambulatoire. Lors de ce rendez-vous en tête à tête, les questions concernent essentiellement la suite des traitements, l'attente des résultats histologiques, les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Il est prématuré à ce stade de parler d'une éducation thérapeutique de la patiente, celle-ci est trop proche du choc de l'annonce pour arriver à se projeter dans un futur plus éloigné [1]. Le but de cette séance est de la rassurer quant à ses possibilités futures de mobilité et de détecter certaines pathologies qui peuvent se majorer suite à l'opération (tendinopathie de l'épaule par exemple). Un feuillet de conseils simples est remis à ces patientes lors de l'entretien.

Actuellement, nous supervisons le travail d'une étudiante en kinésithérapie qui s'interroge sur la pertinence de ces fiches-conseils et sommes en attente de ses conclusions.

Après un geste chirurgical au niveau du creux axillaire, le principal danger est un enraidissement de l'épaule ; ce déficit fonctionnel est en règle générale peu présent en phase précoce mais s'accroît à partir du 15^{ème} jour. Notre fiche porte sur des exercices simples de mobilisation active des doigts en flexion/extension, de mouvement de pronation/supination, de flexion/extension du coude et d'élévation antérieure des 2 membres supérieurs. La consigne est de faire 5 fois chaque exercice le matin et 5 fois l'après-midi en respectant la règle de la non-douleur.

Nous préconisons également de se faire aider pour les grosses tâches ménagères. Le principal objectif de cette séance est d'assurer un retour à domicile le plus serein possible et d'éviter un enraidissement du membre supérieur suite à une non utilisation de celui-ci.

Pour les patientes hospitalisées, la prise en charge kinésithérapique commence le lendemain de l'opération. Les visites sont quotidiennes pendant la durée d'hospitalisation ; elles sont effec-



► Figure 3

Passerelle Maison médicale/Clinique

tuées sur prescription médicale, les ordonnances étant intégrées dans les protocoles de soin. Le but de cette prise en charge est de maintenir la mobilité du membre supérieur du côté opéré.

Nous sommes attentifs à l'installation des patientes : en décubitus dorsal, la tête de lit légèrement relevée. En cas de curage axillaire, nous proposons un coussin à placer sous le bras de manière à relâcher la ceinture scapulaire. L'épaule est ainsi placée en 45° d'abduction et 30° de flexion, le coude est légèrement fléchi, la paume de main tournée vers le lit.

Les exercices pratiqués sont identiques aux précédents. Nous y ajoutons un travail plus global :

- la patiente est en décubitus dorsal ; elle réalise une élévation antérieure des membres supérieurs les doigts croisés. Quand elle est proche de son amplitude maximale, la posture est maintenue et associée à un travail de respiration dirigée. Nous cherchons à prolonger les temps respiratoires pour favoriser le relâchement ;
- elle est invitée à répéter 5 fois chaque exercice le matin et 5 fois l'après-midi ;
- nous l'encourageons à marcher, à sortir de sa chambre. Nous serons attentifs à l'APS (attitude protection du sein), la patiente se positionne très facilement en rotation interne et en adduction du bras, coude fléchi collé au corps du côté opéré.

La répétition de ces séances de kinésithérapie permet d'établir un lien de confiance entre soignant et soignée. Les informations sont données en fonction du rythme de la patiente, en

Date du bilan :/...../.....

- Nom et prénom de la patiente, date de naissance :
- Nom du chirurgien, date et type de chirurgie :
- Reconstruction mammaire : immédiate
secondaire
TYPE de RM : implants mammaires
lambeau du grand dorsal
tram flap
lipofilling
- Antécédents de la patiente :
- Traitements médicaux : chimiothérapie
radiothérapie
hormonothérapie
immunothérapie
- Cicatrice : localisation
fils
aspect : adhérente, creuse, rétractile hypertrophique
problèmes éventuels : infection, désunion
- État cutané : dermatite, ecchymoses, hématomes, résidu de bleu, infiltrats cellulalgiques
- Mobilité de l'omoplate et de l'épaule :
- Recherche de troubles de la sensibilité
- Bilan de la douleur : intensité et localisations
- Localisations des TLS éventuelles : creux axillaire bras, avant-bras, flancs
- Présence de lymphocèle
- Œdème du membre supérieur : mesures périmétriques avec un mètre ruban

► **Figure 4**

Bilan kinésithérapique

fonction de ce qu'elle peut entendre. Les explications sont reprises plusieurs fois et relayées par toute l'équipe soignante.

BILAN KINÉSITHÉRAPIQUE

Voici ci-dessus le bilan type utilisé lors des contrôles postopératoires. Nous y ajoutons volontiers une ou plusieurs photographies (fig. 4).

RÉÉDUCATION POSTOPÉRAIRE

La suite de la prise en charge est déterminée par ce bilan, à l'IES2R ou chez les confrères en ville. Nous sommes en train de constituer un réseau informel de kinésithérapeutes formés en sénologie et en lymphologie pour orienter au mieux nos patientes. Le réseau se construit petit à petit lors des différentes manifestations organisées à la Clinique Rhéna (formations INK, journées de formations avec les chirurgiens avec des retransmissions en direct des interventions).

Nous n'évoquerons ici que les grandes lignes de la rééducation (fonction du membre supérieur, complications lymphatiques précoces et la cicatrisation).

■ Rééducation de l'épaule

Il n'y a pas d'atteinte articulaire ou musculaire lors d'un curage axillaire ou d'une mammectomie. C'est le phénomène de cicatrisation, l'éventuelle radiothérapie et une mobilisation insuffisante qui peuvent entraîner des raideurs de la ceinture scapulaire. L'objectif de la kinésithérapie est de restaurer les plans de glissements pour récupérer les performances d'avant l'opération [2].

Les postures respiratoires selon Dr Bernadette de Gasquet sont des exercices de choix pour travailler cette problématique. Elles associent des temps d'étirements des membres supérieurs et de l'épaule à un travail respiratoire. Elles favorisent ainsi une récupération des amplitudes articulaires et une détente de la patiente [3].

La patiente est en décubitus dorsal avec les 2 genoux fléchis, un pied posé sur le genou opposé pour délordoser la colonne vertébrale. Les doigts sont entrelacés et les 2 membres supérieurs au-dessus de la tête, coudes tendus. La consigne est de souffler en repoussant un mur imaginaire avec ses mains, et de se laisser inspirer en ramenant les mains sur la tête. La posture peut être aménagée par des coussins sous les bras pour compenser un déficit d'amplitude en début de traitement. Cet exercice nous permet de mobiliser les côtes, d'améliorer la ventilation et de mettre le membre supérieur en étirement pour récupérer de la flexion et de la rotation externe. Le rythme est progressif et adapté à l'état de forme de la patiente.

■ Complications lymphatiques [4]

■ Lymphocèle

Après l'ablation des drains aspiratifs, la lymphe vient combler l'espace décollé pendant l'opération, cette collection provoque une distension de la peau qui peut être douloureuse pour notre patiente. L'écoulement lymphatique doit

se tarir et les parois se recoller pour que le lymphocèle guérisse. Le reliquat de ce lymphocèle peut évoluer vers une fibrose douloureuse.

La rééducation consiste en une diminution de l'activité et un drainage lymphatique manuel sur le lymphocèle. Les manœuvres sont effectuées en étoile vers la périphérie avec une pression adaptée à l'infiltration. La mise en place d'un bandage compressif circulaire autour du thorax favorise l'arrêt de l'écoulement. Nous pouvons augmenter ponctuellement la pression sur le lymphocèle en y insérant une mousse supplémentaire.

■ Thromboses lymphatiques superficielles (TLS)

Elles sont souvent ressenties comme un « bras trop court » par nos patientes. Elles sont la conséquence d'une inflammation dans la lumière du vaisseau lymphatiques, qui va perdre de son élasticité et ne pourra plus s'adapter à la mise en tension des aponévroses voisines. Leur étirement sera douloureux pour la patiente.

Le traitement de ces TLS associe des étirements à des manœuvres de drainage manuel. La « corde lymphatique » est mise en tension par des postures d'étirement puis la main du thérapeute effectue des manœuvres pulpaire le long de l'axe des TLS. Le dosage de la mise en tension est fonction du ressenti de la patiente (il est intéressant de chercher une tension de travail, entre le désagréable et la douleur). Une posture de repos en décubitus dorsal avec le membre supérieur proche de son amplitude maximale abduction et rotation est conseillée (fig. 5).

La rupture de ces TLS est déconseillée, il est important de conserver le capital lymphatique chez ces patientes toujours exposées au risque d'apparition d'un lymphoedème.

■ Rééducation des cicatrices [5]

La rééducation des cicatrices est un moment important de la prise en charge. Lors du postopératoire précoce (entre le 15^{ème} et le 21^{ème} jour), les manœuvres d'effleurage sont



► Figure 5

TLS sur extenseur et curage axillaire

une technique de choix pour mettre la patiente en confiance. C'est un temps précieux pour répondre aux questions éventuelles (choix des sous-vêtements, reprise du sport) et reprendre les différents conseils de prévention du lymphoedème par exemple. C'est un moment très particulier pour une patiente opérée d'une mastectomie, elle découvre un contact manuel sur une zone « sensible ». Ces premiers massages permettent de démarrer un travail d'automassage souvent difficile pour la patiente.

Par ailleurs, les manœuvres d'effleurage donne une idée de la mobilité de la cicatrice. Les exercices précoces de l'épaule dans sa globalité permettent une mobilisation de la cicatrice de la mastectomie, ainsi que celle du curage axillaire le cas échéant.

Pour une cicatrice mature, les manœuvres peuvent être plus agressives, les pétrissages avec un effet de torsion, les pinces de Leroy-Jacquet (décollement et torsion) ou le pincer rouler de Wetterwald sont autorisées. Les massages mécaniques complètent utilement les manœuvres manuelles.

Voici le canevas de la prise en charge en kinésithérapie à IES2R, le traitement découlera toujours de l'évaluation clinique. Il sera modulé en fonction du geste chirurgical, de l'état de forme de la patiente, de ses priorités et de ses limites.

LES PARTENAIRES DE L'IES2R



► Figure 6

Journées thématiques dans l'infrastructure de la Clinique

La présence au sein de la Maison Médicale de médecins en lien avec notre spécialité tels que anesthésistes, radiologues, anatomopathologistes, angiologues nous permet de programmer rapidement des examens complémentaires si nécessaire et de gagner un temps précieux pour la patiente.

Grâce aux infrastructures de la Clinique Rhéna nous pouvons accueillir dans les meilleures conditions les étudiants et les professionnels pour des journées thématiques (fig. 6). Nous avons ainsi créé des liens avec les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, l'IFMK de Strasbourg, l'école de physiothérapie d'Ortenau et l'INK.

Au quotidien, nous travaillons avec les membres de l'association « Vivre comme avant » qui ont à cœur de soutenir les patientes.

Depuis le 1^{er} mai 2017, nous avons participé activement à la Strasbourgeoise, organisé un congrès franco-brésilien de sénologie, deux journées thématiques destinées aux médecins et aux kinésithérapeutes, ainsi qu'une formation portant sur la rééducation postopératoire dans le cas d'un cancer du sein en partenariat avec l'INK. Tout au long de l'année, l'IES2R reçoit des jeunes chirurgiens brésiliens en résidence ainsi que des étudiants en kinésithérapie.

Nous préparons pour décembre 2018, deux formations dispensées par l'INK portant sur la

rééducation postopératoire et sur la rééducation des lymphœdèmes dans le cadre du cancer du sein. La mise en place d'une structure d'éducation thérapeutique en collaboration avec d'autres spécialités (pathologies cardiovasculaires, chirurgie de l'obésité, diabète) est à l'étude.

CONCLUSION

Depuis plus d'un an maintenant, l'organisation de l'IES2R permet à la patiente de bénéficier de compétences multiples dans un même centre.

Il est évident que dans une équipe pluridisciplinaire les savoir-faire se complètent et se renforcent mutuellement, mais travailler ensemble ne va pas de soi. Il s'agit de réunir chaque jour nos différences pour réfléchir ensemble à un parcours thérapeutique personnalisé.

Il reste toutefois des points à améliorer, comme par exemple trouver le moment opportun pour effectuer la séance de kinésithérapie lorsque l'intervention est en ambulatoire, ou faciliter davantage la communication entre les soignants.

Enfin, la situation géographique de l'IES2R incite à regarder du côté de l'espace rhénan. Peut-être devrions-nous en profiter pour nous rapprocher de nos voisins allemands et suisses ? ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ferrandez JC, Piollet I, Serin D Comment éduquer utilement une patiente opérée d'un cancer du sein à la prévention de son lymphœdème ? Être utile sans nuire à la qualité de vie. *Ann Kinésithér* 1999;26(6):265-9.
- [2] Bourassin A. Prise en charge kinésithérapique après chirurgie du cancer du sein. *Eurocancer* 2012:221-2.
- [3] De Gasquet B. Support de cours APOR.
- [4] Ferrandez JC, Serin D *Rééducation et cancer du sein*. 2^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier-Masson, 2006.
- [5] Varaud N, Ferrandez JC. Kinésithérapie de la cicatrice et de la paroi thoracique de la mastectomisée en pré et post-reconstruction mammaire. *Cah Kinésithér* 1998;190(2):1-9.