

Expérience pratique de l'application d'une compression thoracique dans les suites de la chirurgie du cancer du sein

RÉSUMÉ | SUMMARY

La chirurgie représente le plus souvent le début de la prise en charge lors du cancer du sein. L'ablation de la tumeur peut se faire de différentes manières. Le prélèvement des nœuds lymphatiques est nécessaire pour orienter le ou les traitements complémentaires. Des complications tels que lymphocèles, œdème et/ou hématome de paroi sont fréquentes.

La compression est un outil important de la résorption des liquides. Ici, la pose d'un bandage compressif thoracique dans le postopératoire est proposé. À l'hôpital Riviera-Chablais (HRC), sur le site d'Aigle (Suisse), celui-ci est appliqué systématiquement après les mastectomies et occasionnellement lors de tumorectomies.

Cet article rapporte les modalités d'application et ses avantages. Quelques exemples cliniques sont présentés.

Surgery is most often the beginning of breast cancer management. The removal of the tumor can be done in different ways. Lymph node removal is necessary to guide complementary treatment(s). Complications such as lymphocèles, œdema and/or tissue wall hematoma are common.

Compression is an important tool for liquid resorption. Here, a chest compression bandage is applied postoperatively. At the Aigle site (Switzerland) of the Riviera-Chablais hospital (HRC), it is applied systematically after mastectomies and occasionally during lumpectomies.

This article describes application modalities and benefits. Some clinical examples are presented.

Véronique BASSANG

Physiothérapeute
Hôpital Riviera-Chablais
Aigle (Suisse)

Remerciements
au Dr Olivier Cottier, gynécologue
à l'HRC, pour sa précieuse
collaboration et qui a permis
d'introduire le bandage compressif
sur le site d'Aigle

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Bandage compressif ► Cancer du sein
► Suivi postopératoire

► Compression bandaging ► Breast cancer
► Postoperative follow-up

Dans le cancer du sein, la prise en charge initiale est le plus souvent chirurgicale, surtout lors des cancers non avancés. Deux modes opératoires sont utilisés. La mastectomie réalise l'ablation de la glande mammaire dans son ensemble. La tumorectomie, aussi appelée chirurgie conservatrice, ne retire que la tumeur.

Deux techniques distinctes permettent de prélever les nœuds axillaires ; elles répondent à des indications précises. Il s'agit, d'une part du prélèvement de la lame cellulo-adipeuse contenant les nœuds, où une dizaine doit être retrouvée pour un curage axillaire et, d'autre part, la technique du ganglion sentinelle qui consiste à repérer, *via* un marqueur radioactif ou colorimétrique, puis à prélever le ou les nœuds qui seraient les premiers relais de cellules tumorales du sein.

Dans les deux cas, l'apparition d'œdèmes, d'hématomes, d'ecchymoses et de lymphocèles est possible, bien que moins fréquents avec l'opération du ganglion sentinelle que du curage axillaire. L'hématome, même s'il se résorbe généralement spontanément, peut, s'il est important, comprimer les structures et faire courir un risque infectieux supplémentaire. Les lymphocèles peuvent ralentir la cicatrisation et augmenter le risque d'infections

également [1]. Les œdèmes du sein ou de paroi et les lymphocèles de cette région, compliquent la radiothérapie, traitement complémentaire à la chirurgie. De plus, les complications opératoires affectent considérablement le confort et l'esthétique de la patiente. La prévention aussi bien que le traitement de ces complications est obtenu principalement par la compression [2].

Depuis 2012, sur le site d'Aigle de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC), une cinquantaine de patientes sont prises en charge annuellement dans le contexte du cancer du sein, dont un tiers pour une intervention radicale (mastectomie). En postopératoire immédiat, une compression thoracique leur est appliquée par les physiothérapeutes.

La compression est une technique employée de façon consensuelle dans le traitement des œdèmes et des collections liquidiennes telles que les lymphocèles [3]. Certains corsets de compression thoracique sont utilisés dans les complications des reconstructions mammaires, par exemple lors de la technique du lambeau du grand dorsal. Ces techniques compressives restent néanmoins peu documentées pour une utilisation en postopératoire du traitement chirurgical initial.

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

Expérience pratique de l'application d'une compression thoracique dans les suites de la chirurgie du cancer du sein



► **Figure 1**
Bandage compressif thoracique



► **Figure 3**
« Coussin cœur »



► **Figure 2**
Matériel

Le présent article décrit cette expérience, ainsi que quelques exemples concrets.

MATÉRIEL

Le bandage de compression thoracique (fig. 1), comme il est décrit par Thomson et Schuchlard [4], nécessite le matériel suivant (fig. 2) :

- un jersey tubulaire en coton ;
- 2 ou 3 bandes à extensibilité courte de 12 cm de large ;
- une bande à extensibilité courte de 10 cm de large ;
- de l'adhésif pour pansement (agrafes proscrites).

La patiente doit pouvoir se tenir assise.

Les bandes sont enroulées autour de la patiente dans le sens qui commence au côté opéré, dans le dos. La tension appliquée par les bandes est équivalente au « lissage » de celles-ci.

Une aide à la compression locale est également le « coussin cœur » (fig. 3), qui peut être placé sous l'aisselle. Ces coussins sont le fruit d'un projet lancé par l'Association « Coussins du cœur », active en suisse romande. Elle distribue gratuitement aux hôpitaux et cliniques, à l'attention des patientes souffrant d'un cancer du sein, un coussin en forme de cœur, que des bénévoles ont confectionné.

BUTS ET MÉTHODE

Le but recherché de la compression thoracique postopératoire vise différents bénéfices.

En général, la compression :

- permet de collaber les différents vaisseaux et interrompt l'écoulement de liquides ;
- empêche l'expansion d'un volume ;
- rééquilibre de la filtration-résorption par l'augmentation de la fonction veineuse et lymphatique [5].

Post-chirurgie du sein :

- réduction de l'accumulation de liquides, sanguins et lymphatiques, dans le nouvel interstice, résultant de la chirurgie ;
- contention de l'expansion des lymphocèles de la région thoracique et axillaire ;
- diminution de l'hématome postopératoire ;
- amélioration de la résorption de lymphes au niveau thoracique, par effet de drainage lié à la contre-pression du bandage lors de l'inspiration ;
- diminution de l'apparition d'œdèmes de la paroi thoracique ou du sein opéré ;

– préservation d'infiltration du cadran opéré et favorisation d'une bonne circulation de la lymphe ramenée du membre supérieur [5-7].

Le protocole en vigueur à l'HRC sur le site d'Aigle est le suivant : dès que le jour de l'intervention est fixé, les physiothérapeutes reçoivent une demande en amont pour la pose d'un bandage compressif en postopératoire.

Le jour-même et dans les 4 heures suivant l'opération, un physiothérapeute pose le bandage par-dessus le pansement chirurgical. Il propose également à la patiente un « coussin cœur ». De plus, il intervient sur la mobilisation de l'épaule et prodigue les informations nécessaires à la prévention du lymphœdème du bras, si la situation le permet.

Le lendemain, le bandage compressif est défait. Cela permet l'observation de la zone opérée et la réalisation d'un drainage manuel local par le physiothérapeute. Après avoir demandé le ressenti de la patiente sur le bandage, ce dernier est refait.

Le temps de la compression par le bandage thoracique, dure près de 48 heures. Néanmoins, il peut être augmenté quand les drains aspiratifs récoltent des liquides au-delà de ce temps. Les facteurs de risques d'écoulements exagérés sont connus (surpoids, obésité, troubles de la coagulation).

Le renouvellement du bandage compressif constitue, pour les physiothérapeutes, une indication pour intervenir lors de la garde du week-end.

OBSERVATIONS CLINIQUES ET RÉSULTATS

Cet article a pour but de rapporter les observations cliniques après l'application de ce traitement compressif. Les bénéfices recherchés et observés de ce bandage n'ont pas été soumis à une étude statistique. Néanmoins, certaines observations préliminaires de l'application d'un bandage compressif thoracique méritent d'être mentionnées.

■ Cas cliniques

Chez une patiente traitée par tumorectomie, le sein était si inflammatoire et si douloureux, qu'elle ne supportait aucun contact. Alors qu'initialement



► Figure 4

Dispersion de l'hématome



► Figure 5

Adaptation du bandage

le bandage compressif semblait ne pas être indiqué, le gynécologue l'a quand même ordonné. Il s'est avéré que ce soutien, ferme, a tout de suite soulagé la patiente.

L'effet de la compression qu'apporte le bandage a pu se voir clairement chez cette patiente, ci-dessus (fig. 4). Après 48 heures sous bandage, l'hématome postopératoire a diffusé en direction crâniale, car la pression du bandage est graduellement croissante de bas en haut. Suite à cette observation, le chirurgien propose d'adapter le bandage, pour que la pression soit plus homogène sur tout le quadrant opéré. Cette adaptation nécessite une bande supplémentaire de 10 cm de largeur et de la mousse pour rembourrage (fig. 5).

Expérience pratique de l'application d'une compression thoracique dans les suites de la chirurgie du cancer du sein



► Figure 6

État au 14 avril 2017



► Figure 7

État au 16 mai 2017

Dans le cas d'une mastectomie bilatérale, le bandage est également adapté pour couvrir correctement les deux côtés. La technique consiste à doubler la deuxième et la troisième bande, pour qu'elles soient posées une fois dans chaque sens.

Quand une lymphocèle survient (fig. 6), l'utilisation du bandage compressif thoracique, associé au drainage lymphatique manuel, peut être employé dans la phase de réduction (fig. 7 et 8) ou dans la phase de maintien, si le médecin doit le ponctionner (fig. 9). Généralement, ces soins sont effectués en ambulatoire, car ils ne justifient pas un prolongement de l'hospitalisation.

DISCUSSION

■ La technique est simple

Sur l'aspect pratique de la pose du bandage, les avantages sont les suivants : il y a peu de matériel,

le matériel est disponible immédiatement, car présent dans tous les hôpitaux, et peu coûteux. Il est relativement rapide à poser et peut être adapté à toutes les morphologies. Par opposition avec les orthèses sur mesure qui sont notamment utilisées suite aux reconstructions mammaire avec le lambeau du grand dorsal.

L'expérience récoltée dans notre pratique permet de proposer une variante du bandage compressif. Une bande supplémentaire et un élément en mousse apportent une pression plus homogène sur tout la zone opérée.

■ La compression est confortable et bien acceptée

Sur l'aspect psychologique, les patientes étant informées au préalable qu'elles recevront un bandage compressif durant 48 heures, elles l'ac-



► **Figure 8**
Lymphocèle

ceptent généralement bien. Parfois même, elles l'apprécient par le fait qu'il cache la zone mutilée, jusqu'au moment où elles acceptent de la regarder, avec un professionnel. Il se peut néanmoins que certaines femmes se plaignent d'une sensation d'oppression, ou de trop chaud (surtout en été). Il est important de valider ce ressenti et l'encourager à tout de même le garder, ne serait-ce que les premières 24 heures.

■ L'aspect préventif

Pour l'apparition de lymphocèles, mis à part la reconstruction immédiate [8] et la pose de drains aspiratifs qui, par contre, peuvent augmenter le risque d'infections, les preuves établies pour la prévention sont pauvres [9]. Surtout que Toyserkani *et al.* [9] ont démontré dans une étude récente que la formation de lymphocèles, en postopératoire du cancer du sein, est un facteur de risque de l'œdème du membre supérieur.

Si la compression contribue effectivement à prévenir les complications fréquentes de la chirurgie, une réduction des coûts peut également être attendue par la réduction des soins associés. Cet aspect demande à être étudié lors d'études comparatives.

De plus, l'incidence que peut avoir un quadrant engorgé sur l'apparition du lymphoedème du membre supérieur, n'a pas encore fait l'objet d'étude, mais l'infiltration de la paroi peut nuire au drainage d'un lymphoedème du membre supérieur [5-7]. D'autant plus que si une reconstruction est envisageable, d'éviter l'engorgement permet de limiter la fibrose de la région [10].



► **Figure 9**
Après ponction et bandage

■ L'importance de drainer avant la radiothérapie

La radiothérapie, si elle a lieu en complément de traitement, est administrée plus facilement en l'absence de collections lymphatiques. Celles-ci entraînent des variations anatomiques au fil du temps, si bien que le scanner de planification doit être répété avant les séances de rayons, pour assurer une qualité de traitement optimal.

■ Quelques astuces

Les difficultés concernent initialement l'état de la patiente après sa narcose. Si elle est encore fatiguée et nauséuse, il est préférable d'être 2 praticiens. L'un qui la soutient et l'autre qui pose le bandage. Par ailleurs, le bras de la patiente doit pouvoir être levé, un peu, pour passer le jersey tubulaire et les bandes autour du thorax.

La mobilisation de l'épaule juste après l'intervention peut être douloureuse, mais c'est souvent la peur qui rend réticente la patiente au mouvement. La consigne demandant de « mettre ses mains derrière la nuque » offre une position confortable à la patiente et permet de dégager suffisamment l'aisselle pour la pose du bandage.

■ Facteurs de risques aux complications

Certains facteurs favorisent l'apparition d'hématomes, d'ecchymoses, d'œdèmes et de lymphocèles, notamment les traitements anticoagulants, l'hypertension artérielle [1], une mobilisation exa-

Expérience pratique de l'application d'une compression thoracique dans les suites de la chirurgie du cancer du sein

gérée du membre supérieur [11], pour n'en citer que quelques-uns.

Cet aspect doit être pris en compte pour des études prospectives sur l'efficacité du bandage compressif à prévenir les effets indésirables de la chirurgie.

CONCLUSION

L'application d'une compression en postopératoire du cancer du sein est pratiquée à l'HRC sur le site d'Aigle (Suisse), de façon systématique lors de mastectomies et sur indication lors de situations particulières. La mise en place est simple, peu coûteuse et bien tolérée par les patientes.

Les complications tels les hématomes, ecchymoses, lymphocèles et œdèmes sont rares mais peuvent exister. Néanmoins une étude prospective serait utile de façon à valider l'effet préventif bénéfique observé. ✖



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wings TY Loo, Louis WC Chow. Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. *Indian Journal of Cancer* 2007 Jul-Sept;44(3):99-103.
- [2] Ferrandez JC, Gancho PH, Theys S. Drainage manuel : une technique fondée sur des faits. *EMC* 2018 (Elsevier-Masson SAS), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation (sous presse).
- [3] Stemmer R. Le traitement compressif en pathologie lympho-veineuse. In: *Circulation d'échange et de retour*. Éditions Boots Dacour, 1994 : 188-97.
- [4] Tomson D, Schuchhard C. *Drainage lymphatique : théorie, techniques de base appliquées et physiothérapie décongestionnante*. Milan : Éditions Ermes, 2009.
- [5] Ferrandez JC, Serin D. Lymphœdème du sein. Remarques et propositions thérapeutiques. Utilisation des coques de compression. *Ann Kinésithér* 1995;22(2):72-8.
- [6] Roberts CC *et al.* Assessment of truncal edema following breast cancer treatment using modified Harpenden skinfold calipers. *Lymphology* 1995;28:78-88.
- [7] Stuver MM *et al.* Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue 2: Art. N° CD009765.
- [8] O'Brien W *et al.* Comparison of postoperative wound complications and early cancer recurrence between patients undergoing mastectomy with or without breast reconstruction. *Am J Surg* 1993;166:1-5.
- [9] Toyserkani NM *et al.* Seroma indicates increased risk of lymphedema following breast cancer treatment: A retrospective cohort study. *The Breast* 2017;32:102-4.
- [10] Ferrandez JC. Kinésithérapie après cancer du sein. *EMC* 2010 (Elsevier-Masson SAS), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation : 26-570-6-10.
- [11] Ferrandez JC, Gancho PH, Theys S. Rééducation postopératoire après cancer du sein (Dossiers méthode). *Profession Kiné* 2016;50:20-4.