

Prise en charge kinésithérapique des cicatrices après reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal

RÉSUMÉ | SUMMARY

Après la chirurgie du cancer du sein, les cicatrices de curage axillaire, de tumorectomie, de mastectomie ou de reconstruction mammaire peuvent ne pas régresser spontanément et peuvent être invalidantes pour la patiente tant sur le plan fonctionnel que sur le plan esthétique. D'autant que la radiothérapie va « figer » le tissu cicatriciel et ralentir son évolution par rapport à des tissus non irradiés.

La problématique cicatricielle peut être multiple et se présenter sous la forme de fibroses, de rétractions, d'adhérences, d'inflammations et d'œdème.

Le travail kinésithérapique sur les cicatrices permettra d'obtenir un résultat le plus fonctionnel et esthétique possible en évitant l'installation de complications au niveau tissulaire. Cette prise en charge permettra également soit de venir en complément de tout geste chirurgical soit de le minimiser.

Les indications de la kinésithérapie des cicatrices sont donc nombreuses et les techniques qui ont pour objectif de les atténuer seront efficaces à condition d'être parfaitement adaptées au type de cicatrice auquel on a affaire. Connaître la physiologie mais aussi la pathologie de la cicatrisation nous permettra de poser l'indication de certaines techniques et de contre-indiquer les autres.

Il n'y a pas de limite dans le temps pour traiter les cicatrices et les atténuer, l'objectif étant de les rendre le plus proche possible du tissu initial.

After breast cancer surgery, scars from axillary dissection, lumpectomy, mastectomy or breast reconstruction may not regress spontaneously and may be disabling for the patient both functionally and aesthetically. Especially since radiotherapy will «freeze» the scar tissue and slow its evolution compared to non-irradiated tissue.

Scars can present multiple problems such as fibrosis, retractions, adhesions, inflammation and oedema.

Physiotherapist management of scars can provide the most functional and aesthetic result possible by avoiding the installation of complications at the tissue level. This management is complementary to surgical intervention and can minimize it.

The indications for physiotherapy treatment of scars are therefore numerous and the techniques that aim to reduce them will be effective provided they are perfectly adapted to the type of scar. To know the physiology but also the pathology of scar healing will allow us to understand the indication of certain techniques and to contraindicate others.

There is no time limit for treating scars and alleviating them, the goal being to make them as close as possible to the original tissue.

Nadine VARAUD

Kinésithérapeute
Formatrice à l'INK
Nîmes (30)

MOTS CLÉS | KEYWORDS

▶ Adhérences ▶ Bride rétractile ▶ Cicatrices ▶ Grand dorsal
▶ Œdème

▶ Adhesion ▶ Retraction ▶ Scars ▶ Latissimus dorsi
▶ Oedema

La reconstruction autologue du sein par la technique du lambeau du grand dorsal est utilisée en reconstruction immédiate ou différée après la mastectomie ou après échec d'autres techniques par lambeaux ou prothèse.

Il s'agit d'un **lambeau musculo-cutané pédiculé** (le grand dorsal reste vascularisé par les vaisseaux du dos). La quantité de peau prélevée est en rapport avec la quantité de peau enlevée lors de la mastectomie. S'il y a conservation de l'étui cutané, la quantité de peau servira à la reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire dans un deuxième temps. Cette technique peut être complétée par une prothèse ou par un transfert de graisse (lipomodélage) pour parfaire le résultat.

La prise en charge kinésithérapique peut se faire avant la chirurgie pour préparer les tissus cicatri-

ciels et péricicatriciels avant la reconstruction et elle est aussi indispensable après la chirurgie.

Après la reconstruction par grand dorsal, la kinésithérapie prendra en charge :

- dans un premier temps l'œdème post-chirurgical ;
- la cicatrice de prélèvement du grand dorsal ;
- les cicatrices du transfert de peau sur le thorax ;
- les brides cicatricielles axillaires ;
- la rétraction du grand pectoral ;
- l'induration due au lambeau ou au lipomodélage ;
- la coque périprothétique s'il y a prothèse.

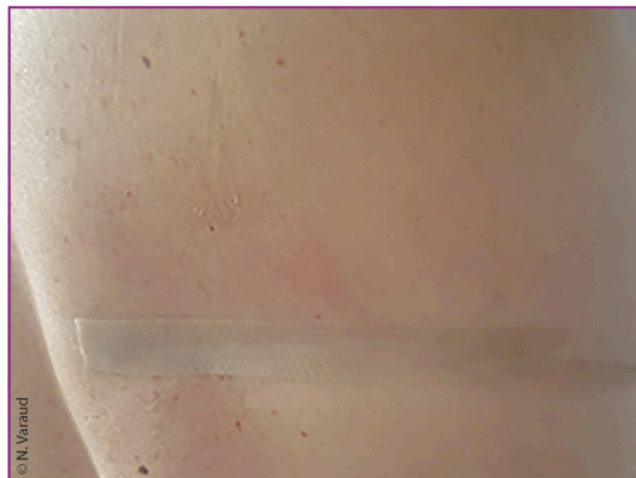
Le travail kinésithérapique sur les cicatrices et les tissus permettra d'obtenir un résultat le plus fonctionnel et esthétique possible en évitant l'installation de complications au niveau tissulaire.

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



► Figure 1

Cicatrice de prélèvement de grand dorsal



► Figure 2

Pansement compressif siliconé

L'ŒDÈME

En postopératoire immédiat, la patiente va porter une gaine et un soutien-gorge de compression pendant un mois, nuits et jours, pour éviter l'œdème. La seule technique recommandée pendant ce mois postopératoire est le drainage lymphatique manuel pour drainer les liquides excédentaires. Il pourra être accompagné de ponctions effectuées par le chirurgien.

La gaine et le drainage lymphatique ont pour objectif de permettre aux tissus dorsaux de se plaquer harmonieusement.

LA CICATRICE DE PRÉLÈVEMENT DU GRAND DORSAL ET LES CICATRICES DE TRANSFERT DE PEAU

La cicatrice de prélèvement du grand dorsal est soit horizontale, soit située le long du bord médial de l'omoplate (fig. 1). Cette cicatrice et les tissus péri-cicatriciels peuvent être pris en charge à un mois postopératoire.

En général, toute la zone de prélèvement du grand dorsal est **fibreuse** et **adhérente**. Les tissus sont alors infiltrés et manquent de mobilité par rapport aux plans profonds. Des techniques douces de palper-rouler et de pétrissage vont permettre de rendre une meilleure souplesse et mobilité de

cette zone qui sera moins invalidante et douloureuse pour la patiente.

On peut aussi utiliser la vacuothérapie : la peau est mobilisée à l'aide d'une ventouse dans laquelle on crée le vide. Cette technique permet de combiner plusieurs techniques de massages en majorant leur effet par le vide créé dans la ventouse. La dépression utilisée doit être modérée du fait de son effet hyperhémiant et du fait de la fragilité tissulaire induite par la radiothérapie.

La cicatrice dorsale peut également présenter une **hypertrophie** : elle sera rouge, en relief et douloureuse signant une inflammation et une hypervascularisation cicatricielle. Dans ce cas, l'excès de vascularisation empêche la cicatrisation de s'arrêter et celle-ci devient débordante et en relief.

La technique indiquée consiste à effectuer des étirements orthodermiques de Morice, maintenus, qui vont dévasculariser la cicatrice et restructurer longitudinalement son collagène immature. Il est également conseillé le port d'un pansement compressif siliconé 24 h/24 qui aura le même mode d'action que les massages, tout en ajoutant une hydratation supplémentaire à la cicatrice (fig. 2).

LES BRIDES RÉTRACTILES AXILLAIRES

Ces cicatrices peuvent intéresser la peau et les plans profonds. Elles peuvent gêner la fonction car elles sont trop « courtes » par rapport aux besoins

cutanés. Elles se traduisent par des cordons épais au niveau du creux axillaire (elles doivent être différenciées des thromboses lymphatiques qui sont plus fines).

Ces brides évoluent vers la rétraction car elles sont orientées dans une direction qui s'éloigne de la parallèle aux lignes de tension cutanée, les lignes de Langer. Ces cicatrices sont donc soumises à beaucoup de tension et de microtraumatismes intratissulaires générateurs de rétractions. On les retrouve fréquemment au niveau axillaire dans les suites du curage ganglionnaire, on parle alors de brides cicatricielles (elles sont souvent accompagnées de thromboses lymphatiques). Elles seront traitées par technique d'allongement et d'étirement cicatriciels maintenus (fig. 3).

LA RÉTRACTION DU GRAND PECTORAL

Quand une prothèse est placée en complément du lambeau pour augmenter le volume du sein, le grand pectoral est étiré et va avoir tendance à se rétracter. Il est indispensable de l'étirer pour entretenir sa souplesse car sa rétraction provoquera une ascension de la prothèse en haut en dehors, alors que celle-ci doit être placée dans le sillon sous-mammaire, vers le centre.

L'INDURATION DUE AU LIPOMODELAGE

Le lipomodelage consiste en un transfert graisseux mammaire. La graisse de la patiente est prélevée sur une zone du corps et transférée au niveau mammaire pour augmenter son volume ou améliorer le galbe du sein reconstruit (fig. 4 à 6, page suivante).

Parfois, la graisse ne se répartit pas assez harmonieusement et provoque des zones d'induration qu'il convient d'assouplir après un mois postopératoire.

LES COQUES

Dans le cas de reconstruction du sein avec prothèse, qu'il y ait lambeau ou non, il se produit une



► Figure 3
Brides axillaires rétractiles

coque péricicatricielle physiologique en réponse à la présence d'un corps étranger. Cette capsule restera physiologique tant que la prothèse restera mobile et sa mobilisation indolore.

À un mois de la chirurgie, il peut être nécessaire de mobiliser la prothèse pour maintenir ou améliorer la souplesse de la coque si celle-ci a tendance à rigidifier le sein.

CONCLUSION

Les kinésithérapeutes peuvent s'intéresser au traitement des cicatrices car elles sont accessibles à des techniques manuelles et instrumentales permettant de prendre en charge celles qui ne régressent pas spontanément et qui sont invalidantes pour la patiente sur le plan douloureux, esthétique et fonctionnel.

Une prise en charge précoce et adaptée en fonction du bilan permettra une récupération plus rapide. Il n'y a pas de limite dans le temps pour traiter les cicatrices, les atténuer et prévenir l'apparition de complications. ✖

Prise en charge kinésithérapique des cicatrices après reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal



► Figure 4

Grand dorsal + lipomodélage après mastectomie et radiothérapie



► Figure 5

Grand dorsal à 6 mois de séances



► Figure 6

Grand dorsal à un an de séances

RÉFÉRENCES

- Téot L, Meaune S, Dereure O. *Plaies et cicatrises*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Masson, 2005.
- Varaud N. Indications de la kinésithérapie des cicatrices pour les cicatrices périméales douloureuses. 40^e Congrès de la SIFUD - Montpellier, juin 2017.
- Varaud N. Kinésithérapie des cicatrices. *Kiné actualité* 2010;1212.
- Varaud N, Ferrandez JC. Kinésithérapie de la cicatrice et de la paroi thoracique de la mastectomisée pré- et post-reconstruction mammaire. *Cah Kinésithér* 1998;190(2):1-9.
- Varaud N. La kinésithérapie des séquelles de la cancérologie cervico-maxillo-faciale. *Kinésithér Scient* 2002;422:29-36.
- Hebling JM, Varaud N, Jammet P. Chirurgie orbito-palpébrale et masso-kinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1992;19(8):426-31.
- Hebling JM, Varaud N, Gary-Bobo A, Mainguy S. *La kinésithérapie : alternative ou complément à la chirurgie des paupières*. Entretiens de Bichat 1993.