

***Avec une patiente opérée d'un cancer du sein, le choix du programme de rééducation à pratiquer dépend bien entendu du bilan clinique. Toutes ne bénéficient pas d'une rééducation identique, utilisant des techniques "ficelles". Par ailleurs, toutes les patientes n'ont pas besoin de rééducation. L'ordonnance de "rééducation du membre supérieur et du tronc" n'est donc pas systématique. Une rééducation est proposée aux patientes à risque de troubles fonctionnels ou les présentant.***

## CANCER DU SEIN EN POST-OPÉRATOIRE PERSONNALISER LA RÉÉDUCATION EN FONCTION DE LA CLINIQUE

**Le nombre de patientes opérées pour un cancer du sein avoisine chaque année les 60 000.** Leur prise en charge chirurgicale s'est allégée, avec une majorité de traitements conservateurs comparativement aux mastectomies. Les progrès du dépistage en sont à l'origine, associés à la comparaison des résultats des protocoles. Initialement maladie locale, le cancer évolue via le système lymphatique. Lorsque les nœuds lymphatiques sont dépassés, la maladie est générale. L'analyse de nœuds lymphatiques du creux axillaire permet de déterminer si les cellules cancéreuses ont essaimé jusque-là.

De manière la plus fréquente, l'évaluation de l'état d'envahissement du creux axillaire se réalise désormais par la technique du "ganglion sentinelle". Cette technique permet d'identifier le ou les premiers relais lymphatiques qui drainent la tumeur. Un à trois nœuds sont retirés. Leur repérage s'effectue par technique colorimétrique et/ou lymphoscintigraphique. Cette technique permet une incision bien moins importante que le curage axillaire, qui prélève une dizaine de nœuds lymphatiques. La morbidité de la technique du ganglion sentinelle est moindre que celle du curage axillaire. Bien que perdant de sa fréquence, cette dernière technique garde ses indications. Elle n'est plus systématiquement recommandée dans un deuxième temps, en cas de ganglion sentinelle positif.

En pratique libérale, il est d'usage fréquent de débiter la rééducation précocement, à quelques jours de l'opération [1]. Cela n'est pas en opposition à ce que

l'utilisation du membre supérieur et la réalisation d'exercices simples et modérés aient débuté dès le lendemain de l'intervention. En revanche, une rééducation trop immédiate, active et intense reste déconseillée. Elle peut être à l'origine de complications cicatricielles, circulatoires et inflammatoire en présence de drains.

### **Première séance et bilan**

La première séance de rééducation est un point clef de la relation qui doit s'instaurer entre la patiente et son kinésithérapeute. Un temps d'écoute est nécessaire pour recueillir les données de la patiente et mémoriser son parcours. L'examen clinique qui est réalisé lors de cette première rencontre permet de dresser la rééducation à entreprendre. Celle-ci est personnalisée.

Le choix du programme de rééducation à pratiquer dépend bien entendu de ce bilan clinique. Ainsi, toutes les patientes ne bénéficient pas d'une rééducation identique utilisant des techniques "ficelles". Sans doute est-il également utile de préciser que toutes n'ont pas besoin de rééducation. L'ordonnance de "rééducation du membre supérieur et du tronc" n'est donc pas systématique. Une rééducation est proposée à celles qui ont des risques de troubles fonctionnels ou présentent ce type de troubles. Dans une majorité de cas, l'exérèse d'une tumeur de petite taille associée à un ganglion sentinelle n'en induit pas ou très peu. Il s'agit d'une intervention qui peut être pratiquée en ambulatoire. Les patientes

*Cet article est le 2<sup>e</sup> d'une série de 3 sur la prise en charge des femmes opérées d'un cancer du sein, que nous publions à l'occasion d'Octobre rose. Cette série nous a été proposée par l'équipe de l'AKTL (Association française des masseurs-kinésithérapeutes pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuses), dont plusieurs membres sont également formateurs à l'INK. Prochain article dans le Ka n°1618 du 27 octobre.*



Fig. 1 : Limitation de l'amplitude de l'épaule.



Fig. 2 : Drainage manuel d'une lymphocèle.

traitées de cette manière nécessitent rarement une prise en charge, à l'exception de celles développant des thromboses lymphatiques superficielles (voir plus loin).

Différentes études ont démontré que les tableaux cliniques déficitaires induits par la chirurgie sont le plus souvent liés aux suites de mastectomie et/ou de curage axillaire. Ces chirurgies provoquant plus de limitations d'amplitude d'épaule et d'écoulements séro-hématiques (lymphorrhées, séromes) dans le creux axillaire ou la région pariétale, il est légitime de surveiller et rééduquer les patientes ayant eu ce type de chirurgie.

Il est important de souligner en avant-propos que les différents tableaux cliniques décrits dans cet article ne sont pas tous présents systématiquement chez chaque patiente.

### Les suites opératoires À propos de la douleur

Les douleurs qui peuvent être présentes dans les suites opératoires sont de deux ordres : celles qui préexistent à l'opération et celles qui apparaissent dans les suites. Les premières sont banales. Elles sont en relation avec l'état orthopédique de la patiente. Arthroses vertébrales diverses, pathologies de la coiffe des rotateurs d'épaule, etc. ne sont pas rares dans la population des femmes opérées d'un cancer du sein, même si la proportion des patientes jeunes augmente statistiquement. Le temps de tenue de la position sur la table d'opération peut faire apparaître ces douleurs ou les exagérer. Les douleurs de la zone

opérées sont de nos jours contrôlées par des infiltrations peropératoires. Réalisées par le chirurgien ou l'anesthésiste, l'injection de Naropéine prévient la douleur au réveil et son incrustation dans la mémoire. En revanche, les douleurs du membre supérieur seront plus explorées dans l'examen clinique.

### L'examen clinique

Cet examen précède évidemment la rééducation. Des déficits qui sont diagnostiqués découlent des choix de rééducation. Toutes les patientes ne les présentant pas de façon semblable, il serait illusoire de penser qu'un protocole de rééducation identique pourrait leur être appliqué. Une rééducation stéréotypée identique ne peut pas prendre pas compte l'état de la patiente, ni son âge. La rééducation est légitimement conduite différemment pour une patiente sportive âgée de 45 ans comparée à une autre de 72 ans présentant un problème cardiaque.

### L'épaule

La manière de procéder est propre à chaque kinésithérapeute [2]. Néanmoins, il peut débiter simplement avec l'évaluation de l'amplitude de l'épaule du côté opéré. Une première approche de cette évaluation est simple. Elle consiste à demander de tendre simultanément les deux membres supérieurs le plus possible vers le haut (Fig. 1). Si les amplitudes sont de bonne qualité et bilatérales, l'examen peut se porter ailleurs. En cas de limitation de l'épaule du côté opéré, il s'agit de savoir si elle était présente avant l'intervention.



©J.Ferrantez

**Fig. 3 : Thrombose lymphatique superficielle.**



©J.Ferrantez

**Fig. 4 : Drainage manuel d'une thrombose lymphatique superficielle.**

Si c'est le cas, la limitation et son origine ne sont pas induites par la chirurgie. L'épaule est à considérer de façon classique. Mobilisations activo-passives, assouplissements, recentrage de la tête humérale et renforcement des rotateurs d'épaules procèdent d'une rééducation classique. Celle-ci ne sera pas détaillée ici car elle ne présente peu ou pas de nuances sénologiques.

En revanche, lorsque la raideur est induite par la chirurgie, il convient de la différencier d'une kinésiophobie. Cette peur de réaliser le mouvement est humaine et compréhensible. Le mouvement de flexion de l'épaule dans la course externe provoque un étirement de la peau du creux axillaire. La mobilisation de la cicatrice axillaire ou celle de mastectomie fait craindre leur désunion même si la fermeture chirurgicale par surjet rend ce risque faible. Une rééducation activo-passive douce est recommandée. D'autre part, de mauvais conseils ont parfois été prodigués en recommandant de peu mobiliser l'épaule. Cette recommandation erronée peut provoquer une surprotection du membre du côté opéré. L'attitude de protection, qui provoque l'élévation du moignon de l'épaule et sa projection en avant, reste rare et le fait de patientes pusillanimes. Dans ce cas, massages décontractants, levées de tension sont utiles et redonnent un réel confort à la patiente.

### Les œdèmes ecchymoses

Toute incision chirurgicale provoque un œdème post-opératoire et parfois des ecchymoses. L'œdème lié à une augmentation de la perméabilité capillaire

qui exagère la filtration. Les incisions de la chirurgie pour cancer du sein n'échappent pas à la règle. La recherche d'un œdème sur le sein doit être systématique. Les seins volumineux sont plus à risque de gonflement et celui-ci doit être recherché. Son traitement, comme celui des ecchymoses, se réalise par des soins de drainage manuel. Ce traitement par contact manuel se doit d'être doux. Il est souvent associé à une certaine appréhension de la patiente, qui se transforme par la suite en détente, permettant l'installation d'une relation de confiance avec son kinésithérapeute. Un œdème de la paroi thoracique bénéficie du même traitement manuel. Selon l'importance de l'œdème mammaire ou pariétal, une adaptation du modèle de soutien-gorge est à envisager. Que la prise en charge soit réalisée par une ou un kinésithérapeute, le fait de conseiller un sous-vêtement confortable traduit l'intérêt du thérapeute pour le confort vestimentaire. Le genre du kinésithérapeute n'intervient pas dans ce type de conseils. Selon la dextérité ou la capacité à vaincre son appréhension, des soins d'auto-drainage peuvent être enseignés à la patiente.

Le bras peut également être le lieu d'un œdème. Comme précédemment, il s'agit d'une réaction inflammatoire et non d'un lymphœdème. Une composante veineuse associée peut être recherchée. Là encore, des soins simples de drainage manuel sont utiles. Rappelons que le massage du creux axillaire n'est pas recommandé pour améliorer l'effet du drainage.

### Bibliographie

- [1] Ferrandez JC., Serin D. **Cancer du sein. Rééducation, réadaptation, qualité de vie.** éd. Elsevier, 2022.
- [2] Marc T., Ferrandez JC. **Kinésithérapie et prévention des pertes d'amplitudes et des douleurs de l'épaule après chirurgie du cancer du sein.** *Kinesither Rev* 2020 ; 20 (227) 28-36.
- [3] Johansson K., Chong H., Ciornei C-D., Brorson H., Mortimer PS. **Axillary Web Syndrome: Evidence for Lymphatic Origin with Thrombosis.** *Lymphat Res Biol.* 2020 Aug;18(4):329-332.
- [4] Torres-Lacomba M., Prieto-Gómez V., Arranz-Martín B., Ferrandez JC, Yuste- Sánchez MJ, Navarro-Brazález B., Romay-Barrero H. **Manual Lymph Drainage With Progressive Arm Exercises for Axillary Web Syndrome After Breast Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial Physical Therapy,** 01 Mar 2022, 102(3):pzab314.

### Les suites du prélèvement des nœuds lymphatiques

Le prélèvement des nœuds se traduit par une section des collecteurs lymphatiques qui leur étaient afférents. Lorsque leur lumière reste ouverte, l'écoulement de la lymphe qu'ils drainent s'ajoute à l'exsudat qui se forme dans la région axillaire.

Pour conséquence, un gonflement particulier peut y apparaître. Il se traduit par un volume bombé sous la peau. La pression douce d'un doigt le fait difficilement s'enfoncer dans une structure plus ou moins molle. Le retrait de la pression ne laisse pas la marque du godet. Ce gonflement est rénitent. Dans cette situation, il ne s'agit pas d'un œdème mais d'une collection liquidienne : une lymphocèle. Lorsque la lymphocèle est importante, elle bénéficie d'une ponction. En cas de lymphocèle modérée douloureuse, des soins appropriés de drainage manuel sont utilisés (Fig. 2). En accord avec certains chirurgiens, une compression thoracique est mise en place. Sur la paroi thoracique, une lymphocèle plus importante peut s'installer. Elle correspond au comblement liquidien de l'espace sous-cutané entre le sein amputé et le pectoral. Son traitement kinésithérapique est identique à l'axillaire : drainage manuel et éventuelle compression thoracique.

Des douleurs dans le membre supérieur lors de son élévation sont fréquentes.

La limitation de l'amplitude est liée à une douleur qui naît dans le creux axillaire et se prolonge sur le bras et parfois l'avant-bras. Lors de la mise en tension douloureuse du membre supérieur des formations linéaires sous cutanées apparaissent (Fig. 3) : les thromboses lymphatiques superficielles (TLS) [3]. De façon caractéristique, cette douleur disparaît lorsque le membre est repositionné le long du corps. La rééducation de ces formations est réalisée par des mises en tension associées à des manœuvres

de drainage manuel (Fig. 4) appliquées sur les TLS. L'efficacité de cette approche est démontrée [4]. Une distinction est à faire entre la douleur générée par les TLS mises en tension et un syndrome douloureux post-mastectomie. Celui-ci est la conséquence d'une lésion d'un nerf sensitif provoquant une douleur neuropathique.

### Confusion de la patiente entre le gonflement post-opératoire de son bras et un lymphœdème

Une inquiétude est fréquemment rencontrée chez les patientes. Elle naît de la fausse assimilation de l'œdème post-opératoire au lymphœdème. L'apparition d'un "gros bras" est redoutée par certaines patientes. Cette confusion est liée au fait qu'elle a pu connaître une patiente ayant présenté un volumineux lymphœdème ayant évolué sans prise en charge (éléphantiasis). Il appartient au kinésithérapeute d'expliquer deux choses. La première est l'aspect temporaire de l'œdème post-opératoire, qui est comparable à celui d'un traumatisme du poignet. La seconde, essentielle, est le risque réduit d'apparition d'un lymphœdème. Celui-ci est de l'ordre de 5 % dans les suites d'un prélèvement axillaire par la technique du ganglion sentinelle. D'autre part, il paraît essentiel de lutter contre les mauvais conseils consistant à épargner l'usage du membre supérieur du côté opéré pour prévenir le lymphœdème. Les dernières études confirment que non seulement l'utilisation du membre supérieur ne provoque pas le lymphœdème, mais elle le prévient. Ce message est important à faire passer car le contraire est encore malheureusement ancré dans l'esprit de nombreux soignants. Une dernière information fondamentale est le contrôle du surpoids ou la lutte contre l'obésité pour diminuer le risque de lymphœdème. Ce message est fondamental car surpoids et obésité sont par ailleurs des facteurs négatifs de longévité après traitement d'un cancer du sein.

### Conclusion

Les tableaux cliniques présentés dans ce court article ne sont heureusement pas présents simultanément chez toutes les patientes. Il appartient au kinésithérapeute, par son analyse clinique, de diagnostiquer ceux qui sont présents et de prioriser leur prise en charge. Il faut retenir que la récupération de l'amplitude de l'épaule est une nécessité reconnue par les radiothérapeutes. De sa récupération dépend la facilité indolore de réaliser la radiothérapie qui fait suite à la rééducation post-opératoire.

**JEAN-CLAUDE FERRANDEZ\***

\*Institut du cancer, Avignon-Provence. Formateur sur les suites des cancers du sein à l'Institut national de la kinésithérapie (INK).