

**MEMBRES DU BUREAU**[www.aktl.org](http://www.aktl.org)

Président : Pierre-Henri Ganchou (94)  
Secrétaire : Agnès Mornet-Levaux ((75)  
Trésorière : Dominique Meyer (67)  
Philippe Bourgine (75)  
Guillaume Cassignac (75)  
Corinne Friche (54)  
Catherine Grosjean (25)  
Sophie Serrano-Riffard (42)  
Eve Vernhet (30)



Association Française des Masseurs-Kinésithérapeutes pour  
la Recherche et le Traitement des atteintes lympho-veineuses

**Bulletin décembre 2025****N°83****Alors : « Œdèmes : la kinésithérapie toujours utile ? »**

Le congrès de l'AKTL « Œdèmes : la kinésithérapie est-elle encore utile ? », organisé par l'INK, s'est tenu le 04/10/2025 à l'IFMK du CEERRF à Saint-Denis.

Après avoir bravé les éléments extérieurs (panne de métro, pluie, bourrasques...) puis les éléments intérieurs (micro, vidéo...) en fait tout ce qui fait les joies d'un congrès en tant qu'organisateur, les nombreux congressistes ont pu assister à des présentations diverses et de qualité.

Nous espérons que nous avons pu répondre à cette question osée de la part de kinésithérapeutes formés à cette spécificité.

Ce fut notre première sans JC Ferrandez en tant que chef d'orchestre. PH Ganchou, entre trac et envie, a repris le flambeau de main de maître. À peine celui-ci terminé, voilà que le bureau s'est déjà remis au travail pour le prochain congrès. On vous en dira bientôt plus sur le sujet, les intervenants, la date et le lieu.

Un peu de suspense pour vous tenir en haleine de bulletin en bulletin !

Pour terminer cet édit, nous emprunterons la conclusion de l'édito de PH Ganchou tirée de la revue « Kinésithérapie scientifique n° 679 Octobre 2025 » : « Réduire la kinésithérapie de l'œdème au seul drainage manuel est commettre la même erreur que de réduire la kinésithérapie respiratoire au clapping. C'est se tromper d'époque et ignorer la capacité des kinésithérapeutes à rendre efficaces leurs techniques et leurs outils d'intervention. »

Le bureau vous souhaite de passer de belles fêtes de fin d'année

**Le bureau de l'AKTL.****SOMMAIRE**

Articles du congrès :  
morceaux choisis

Techniques de drainage  
manuel

ASTER 70s : essai  
randomisé de phase 3

Traitements et sensibilité  
du sein

Thérapie décongestive  
complexe dans le cancer  
du sein et l'insuffisance  
veineuse chronique

Déterminants dans l'activité  
physique adaptée

EMDR et oncologie

**L'INK Formation ([ink-formation.com](http://ink-formation.com) / 01 44 83 46 71) vous propose  
Cancer du sein et prise en charge rééducative post opératoire :**

- 06 au 07/02/2026 à St Cyprien (66)
- 20 au 21/02/26 à Bayonne (64)
- 04 au 05/03/26 à Le Gosier (971)
- 13 au 14/03/26 Les Trois Ilets (972)
- 20 au 21/03/26 à Toulouse (31)
- 22 au 23/03/26 à Metz (57)
- 27 au 28/03/26 à Nantes (44) avec le CEVAK (organisme formateur)
- 10 au 11/04 à Nîmes (30)

**Prise en charge kinésithérapique des lymphœdèmes secondaires après cancer du sein :**

- 18 au 19/02/26 à Bayonne (64)

**Drainage lymphatique tête et cou :**

- 12 mars 2026 à Les Trois Ilets (972)
- 26 mars 2026 à Nantes (44) avec le CEVAK (organisme formateur)

Nous vous proposons certains résumés d'articles issus de « Kinésithérapie scientifique n°679 Octobre 2025 » en partie consacré au congrès de l'AKTL du 4 octobre 2025. Nous ne pouvons que vous encourager à le lire pour prendre connaissance des communications présentées.

Morceaux choisis :

**N. Varaud** a évoqué « Cancers ORL : radiothérapie, kinésithérapie et fibrose tissulaire » (*Kinesithér Scient 2025 ;679 :15-17*)

Les effets tardifs de la radiothérapie notamment la fibrose tissulaire entraînent une gêne fonctionnelle, esthétique et impacte lourdement la qualité de vie du patient. Quel est son mode d'installation ? Comment le kinésithérapeute peut-il la mettre en évidence et la prendre en charge ? Existe-t-il des techniques qui ne sont pas recommandées ?

**Noëllie Delandre** a expliqué la « Prise en charge de l'œdème chez le patient amputé : revue de littérature et analyse des pratiques professionnelles » (*Kinesithér Scient 2025 ;679 :19-22*)

Chez les patients amputés, la gestion de l'œdème est un enjeu majeur pour optimiser l'appareillage, favoriser la cicatrisation et améliorer le pronostic fonctionnel. L'exercice physique, le drainage lymphatique et la compression (par bandage ou pressothérapie) sont les méthodes privilégiées, malgré l'absence de protocoles standardisés.

L'éducation thérapeutique joue un rôle central pour renforcer l'autonomie, prévenir les complications et ajuster l'appareillage. L'article combine revue scientifique et pratiques cliniques pour proposer des recommandations adaptées et individualisées en rééducation post-amputation.

**Olga Pitiot** a détaillé : « Orthèses compressives : le point de vue actuel d'une kinésithérapeute » (*Kinesithér Scient 2025 ;679 :23-28*)

Les kinésithérapeutes formés en lymphologie sont souvent les professionnels de santé qui voient le plus régulièrement les patients porteurs de lymphœdème ; cette place leur permet de guider, accompagner, conseiller leurs patient(e)s pour la prise en charge de leur pathologie et notamment dans le choix des orthèses de compression et des vêtements mobilisateurs ou des dispositifs auto-ajustables.

Le **Pr Pedro Bausero** a communiqué sur « Bref aperçu des effets des traitements anticancéreux sur la santé cardio-vasculaire » (*Kinesithér Scient 2025 ;679 :29-33*)

Les traitements anticancéreux, bien qu'efficaces, entraînent des effets secondaires cardio-vasculaires notables : insuffisance cardiaque, arythmies, hypertension, athérosclérose. Ces complications, liées à divers agents comme les anthracyclines ou les inhibiteurs, de VEGF, sont plus fréquentes chez les patients âgés ou ayant des comorbidités.

La prévention repose sur le dépistage cardio-vasculaire, l'usage de médicaments cardioprotecteurs, la réadaptation physique, et un suivi rigoureux. L'émergence de la cardio-oncologie vise à mieux prévenir, reconnaître et traiter ces effets pour améliorer la qualité de vie des patients.

Enfin, **Delphine Beaujolin et P.H Ganchou** se sont exprimés sur « Dur dur de publier quand on est kiné » (*Kinesithér Scient 2025 ;679 35-38*)

Depuis 2015, les études de kinésithérapie en France incluent des unités d'enseignement consacrées à la méthodologie de la recherche, ce qui a accru l'intérêt des jeunes kinésithérapeutes pour la recherche. Cependant, publier des travaux de recherche reste un défi pour beaucoup, notamment en raison des obstacles liés à la construction de projets de recherche rigoureux.

Les étapes d'un projet de recherche incluent la définition du sujet, la formulation de la problématique, le choix de la méthode, et la protection des données recueillies.

Les auteurs du texte sont engagés dans un projet de recherche intitulé C.O.M.P.A.S.S.Kiné, visant à créer un outil de mesure du parcours de soins des patientes après une chirurgie du cancer du sein. Ils ont rencontré des difficultés spécifiques, notamment le recrutement de patientes-expertes pour valider le questionnaire.

La formation continue et la collaboration avec des pairs sont essentielles pour surmonter ces défis et mener à bien des projets de recherche



## Adapter le Drainage Lymphatique Manuel pour le Lymphœdème du Membre Supérieur : Point de vue de Cliniciens

### Manual Lymphatic Drainage for Upper Limb Lymphedema: A Clinician's Perspective for its Adaptation

*Jean-Claude Ferrandez, Pierre-Henri Ganchou, Serge Theys, Maria Torres-Lacomba and Daniel Serin Oncologie 2022, 24(1), 25-33.*

Le lymphœdème du membre supérieur est une séquelle du traitement des cancers du sein. Le traitement physique des lymphœdèmes est recommandé par la Société internationale de lymphologie. Il associe drainage lymphatique manuel et bandages de décongestion. Le drainage lymphatique manuel a fait l'objet de critiques quant à son efficacité.

Or depuis son invention dans les années 1930, de très nombreuses techniques s'intitulent « drainage lymphatique manuel ». Les auteurs distinguent l'efficacité de ces différentes techniques en fonction des données de la physiologie lymphatique et de la démonstration de ses effets basée sur les faits. Pour améliorer son efficacité, le drainage lymphatique manuel doit être appliqué sur l'œdème avec une pression adaptée à la consistance de l'œdème, parfois élevée. Les manœuvres doivent prendre en considération les trajets remaniés des collecteurs lymphatiques.

Les études qui l'utilisent doivent décrire la technique utilisée.

## Chimiothérapie adjuvante et hormonothérapie versus hormonothérapie adjuvante seule chez les femmes âgées de 70 ans et plus atteintes d'un cancer du sein à haut risque selon l'indice de grade génomique (ASTER 70s) : essai randomisé de phase 3

### Adjuvant chemotherapy and hormone therapy versus adjuvant hormone therapy alone for women aged 70 years and older with high-risk breast cancer based on the genomic grade index (ASTER 70s): a randomised phase 3 trial.

*Brain Etienne et al. The Lancet, Volume 406, Issue 10502, 489 - 500 August 02, 2025*

Chez les femmes âgées de 70 ans ou plus atteintes d'un cancer du sein invasif, récepteur aux œstrogènes positif et HER2 négatif, l'hormonothérapie est le traitement adjuvant standard, tandis que le rôle de la chimiothérapie reste débattu. Nous avons cherché à évaluer l'effet de la chimiothérapie adjuvante sur la survie globale chez ces patientes âgées présentant des tumeurs à haut risque selon une signature génomique pronostique.

Cette étude de phase 3, randomisée et de supériorité, a été menée dans 84 centres en France et en Belgique chez des femmes de 70 ans et plus atteintes d'un cancer du sein primaire récepteur aux œstrogènes positif et HER2 négatif, ou d'une récurrence locale isolée, avant tout traitement systémique et après chirurgie complète. Le grade génomique (GGI) a été évalué par PCR en temps réel sur huit gènes à partir de tissus tumoraux inclus en paraffine dans un laboratoire central. Les patientes avec une tumeur à haut risque selon le GGI ont été réparties aléatoirement pour recevoir soit quatre cycles de chimiothérapie postopératoire à base de taxanes ou d'anthracyclines toutes les 3 semaines suivis d'une hormonothérapie (groupe chimiothérapie), soit une hormonothérapie seule (groupe sans chimiothérapie). La randomisation était stratifiée selon le score G8 de fragilité gériatrique, le statut ganglionnaire et le centre. Le critère principal était la survie globale. Cette étude est enregistrée sur ClinicalTrials.gov (NCT01564056) et est toujours en suivi actif.

Entre le 12 avril 2012 et le 14 avril 2016, 1969 patientes ont été évaluées pour le GGI, dont 1089 présentaient une tumeur à haut risque et ont été réparties dans le groupe chimiothérapie (n=541) ou le groupe sans chimiothérapie (n=548). L'âge médian était de 75,1 ans et une fragilité gériatrique (score G8 ≤14) a été identifiée chez 437 patientes (40%). Avec un suivi médian de 7,8 ans, les taux de survie globale étaient de 90,5% à 4 ans et de 72,7% (67,8 à 77,0) à 8 ans dans le groupe chimiothérapie, et de 89,3%

(86,2 à 91,6) à 4 ans et de 68,3% à 8 ans dans le groupe sans chimiothérapie, ce qui donne des différences absolues non significatives de 1,3 point de pourcentage à 4 ans et de 4,5% à 8 ans. L'analyse de sécurité favorisait le groupe sans chimiothérapie : au moins un événement indésirable de grade 3 ou plus est survenu chez 52 (9%) des 548 patientes du groupe sans chimiothérapie (dont un décès non lié au traitement), contre 183 (34%) des 541 patientes du groupe chimiothérapie (dont trois décès, dont un lié au traitement).

Interprétation :

L'ajout de la chimiothérapie adjuvante à l'hormonothérapie n'a pas apporté de bénéfice en termes de survie chez les femmes de 70 ans et plus atteintes d'un cancer du sein à haut risque selon le GGI, récepteur aux œstrogènes positif et HER2 négatif, et a été associé à davantage d'effets indésirables, fournissant des données importantes sur la balance bénéfice-risque de l'ajout de la chimiothérapie adjuvante à l'hormonothérapie dans cette tranche d'âge.

**Pour plus d'informations :** <https://curie.fr/actualite/cancer-du-sein-chez-les-femmes-agees-letude-aster-70s-nuance-lutilite-de-la>

LU POUR  
VOUS

## Traitements et Sensibilité du sein

### Sensibilité du sein post-reconstruction : comparaison des différentes méthodes et techniques

#### Breast sensibility after reconstruction: Comparison of different methods

*T. Mernier, K. Serror, M. Goutard, M. Chaouat, D. Boccaro. Ann Chir Plast Esthet. 2025 Mar;70(2):127-139.*

La sensibilité est un élément important mais sous-estimé, dans l'évaluation de la qualité de vie après une reconstruction mammaire (RM). La sensibilité du sein peut être évaluée à l'aide de nombreux outils déjà largement décrits dans la littérature, dont les filaments de Semmes Weinstein, qui restent les plus fréquemment utilisés. Il existe depuis longtemps de nombreuses techniques de reconstruction, mais la sensibilité post-RM est rarement évaluée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la sensibilité mammaire post-RM en fonction de chaque technique de reconstruction.

Quinze patientes ont été incluses dans chaque groupe, soit un total de 90 patientes : avant RM, lambeau de grand dorsal (LD) avec implant, lambeau de grand dorsal avec greffe de graisse, greffe de graisse exclusive, DIEP, implant. Le même évaluateur a quantifié la sensibilité avec des filaments de Semmes Weinstein en testant 7 zones de chaque côté. Le sein natif a été considéré comme témoin. Divers facteurs de confusion potentiels ont été recueillis.



Les patientes ayant bénéficié d'une RM avec greffe adipeuse seule avaient une sensibilité significativement meilleure du sein reconstruit par rapport aux autres groupes (lambeau DIEP lambeau LD + implant lambeau LD avec greffe de graisse, implant). En comparant ces résultats avec ceux obtenus dans le groupe avant reconstruction, seuls les groupes greffe de graisse et lambeau DIEP ont montré une différence, le groupe greffe de graisse ayant une sensibilité plus élevée, tandis que les lambeaux DIEP étaient moins sensibles.

Cette étude est la première à comparer la sensibilité du sein entre les principales techniques de reconstruction mammaire. La greffe adipeuse est celle qui permet de préserver la meilleure sensibilité mammaire post-reconstruction différée par rapport aux reconstructions par implants ou lambeaux.

### Récupération de la sensibilité dans la reconstruction mammaire immédiate à l'aide de lambeaux musculo-cutanés du grand dorsal après chirurgie conservatrice du sein et mastectomie avec conservation de la peau

#### Recovery of Sensation in Immediate Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Myocutaneous Flaps After Breast-Conservative Surgery and Skin-Sparing Mastectomy

*Koichi Tomita, Kenji Yano, Ko Hosokawa Ann Plast Surg. 2011 Apr;66(4):334-8*

Dans la reconstruction mammaire, la sensation dans les seins reconstruits affecte la qualité de vie des patientes ainsi que son résultat esthétique. Heureusement, des procédures moins invasives telles que la chirurgie conservatrice du sein (CCS) et la mastectomie avec conservation de la peau (MCP) ont grandement contribué à l'amélioration du résultat esthétique de la reconstruction mammaire immédiate. Cependant, il existe peu de rapports sur la récupération de la sensation mammaire après CCS et MCP. Les auteurs ont examiné rétrospectivement 104 patientes consécutives ayant réalisé une reconstruction mammaire immédiate avec lambeau myocutané du grand dorsal entre 2001 et 2006 dans l'établissement. Les sensations de douleur, de température, de toucher et de vibration ont été examinées au niveau du mamelon et de l'enveloppe cutanée au cours de la période de suivi (plage : 12 à 61 mois, moyenne : 31 mois), et une analyse stratifiée a été effectuée pour déterminer les facteurs critiques affectant la récupération des sensations après CCS et MCP. Les auteurs ont constaté qu'une grande taille de sein nuisait significativement à la récupération de la sensation dans le mamelon et l'enveloppe cutanée après CCS ainsi que MCP. L'âge avancé et l'indice de masse corporelle élevé étaient les facteurs qui affectaient négativement la sensation dans l'enveloppe cutanée après MCP. Bien que toutes les patientes ayant eu une chirurgie conservatrice du sein aient subi une radiothérapie postopératoire, celle-ci n'a pas affecté négativement la récupération des sensations chez les patients MCP. Sur la base de ces résultats, nous avons pu améliorer davantage la sensation des seins reconstruits après CCS et MCP. En particulier après une MCP, l'utilisation de lambeaux innervés est recommandée chez les patients présentant une poitrine volumineuse, un âge avancé ou une obésité lorsque le complexe mamelon-aréole est réséqué.

## **Impact de la chimiothérapie et de la radiothérapie sur la sensation mammaire après reconstruction immédiate**

### **Impact of Chemotherapy and Radiation on Breast Sensation After Immediate Reconstruction**

*Nancy Qin , Carson Gundlach , Makayla Kochheiser , Grant G Black et all. Ann Plast Surg. 2025 Apr 1;94(4S Suppl 2):S203-S210.*

Cette étude explore l'impact de la chimiothérapie et de la radiothérapie sur la sensation mammaire chez les patientes subissant une mastectomie avec reconstruction immédiate.

Cette étude prospective, menée de 2019 à 2024, s'est concentrée sur des patientes subissant une mastectomie avec reconstruction immédiate par lambeau de perforation épigastrique inférieure profonde (DIEP) par implant ou neurotisée. Les tests neurosensoriels ont été effectués avant l'opération et à des intervalles postopératoires définis à l'aide d'un appareil sensoriel spécifié par la pression. Les patientes ont été classées par type de reconstruction et de traitement oncologique : chimiothérapie néoadjuvante, chimiothérapie adjuvante, radiothérapie préopératoire et radiothérapie adjuvante. Les scores de sensation ont été comparés entre chaque groupe de traitement et son groupe témoin correspondant à l'aide d'un test *t* non apparié à deux échantillons. Par la suite, un modèle de régression linéaire inverse à effets mixtes a été utilisé pour évaluer l'impact relatif de chaque traitement.

Au total, 291 patientes ont été analysées, dont 154 patientes (274 seins) ayant subi une reconstruction par implant et 137 patientes (248 seins) ayant subi une reconstruction par lambeau DIEP. La chimiothérapie néoadjuvante et la radiothérapie préopératoire ont été associées à une réduction temporaire de la sensation externe du sein 3 à 12 mois après l'opération, tandis que la radiothérapie adjuvante a entraîné des déficits sensoriels généralisés et persistants. La chimiothérapie adjuvante n'a pas eu d'impact sur la sensation dans les reconstructions sur implants, mais a été associée à une diminution à long terme de la sensation dans les régions externes du sein des reconstructions par lambeau DIEP. L'analyse de régression a identifié la radiothérapie adjuvante, la chimiothérapie néoadjuvante et un IMC plus élevé comme des facteurs de risque significatifs de diminution de la sensation mammaire tandis que la reconstruction neurotisée du lambeau DIEP et un temps plus long depuis la chirurgie étaient des facteurs de protection.

Ces résultats mettent en évidence les effets néfastes des thérapies oncologiques adjuvantes, en particulier la radiothérapie adjuvante, sur la sensation mammaire. Ces informations peuvent aider à fournir des conseils préopératoires et à établir des attentes réalistes pour les patientes atteintes d'un cancer du sein qui envisagent une mastectomie et une reconstruction.

## Effet de la physiothérapie décongestive complexe appliquée avec différentes pressions de compression sur l'épaisseur de la peau et du tissu sous-cutané chez les personnes atteintes de lymphœdème lié au cancer du sein : essai comparatif randomisé en double aveugle.

**The effect of complex decongestive physiotherapy applied with different compression pressures on skin and subcutaneous tissue thickness in individuals with breast cancer-related lymphedema: a double-blinded randomized comparison trial.**

*Duygu-Yildiz E, Bakar Y, Hizal M. Support Care Cancer. 2023 Jun 7;31(7):383.*

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet d'un bandage de compression appliqué avec différentes pressions sur l'épaisseur de la peau et du tissu sous-cutané chez des personnes ayant un lymphœdème lié au cancer du sein.

21 personnes atteintes de lymphœdème unilatéral de stade 2 lié au cancer du sein ont participé à l'étude. Les participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes : bandage à basse pression (20-30 mmHg) (n = 11) et bandage à haute pression (45-55 mmHg) (n = 10). L'épaisseur de la peau et du tissu sous-cutané, le volume du membre, la qualité du sommeil, le bénéfice du traitement et le confort ont été évalués par échographie à partir de 6 points de référence (dos de la main, face palmaire du poignet, face palmaire de l'avant-bras, face palmaire du bras, dos de l'avant-bras et dos du bras), mesure volumétrique, Pittsburgh Sleep Quality Index, Patient Benefit Index-Lymphedema et échelle visuelle analogique, respectivement. Une physiothérapie décongestive complexe a été appliquée aux deux groupes. Le bandage de compression a été appliqué selon le groupe. Les participantes ont été évaluées au départ, à la 1<sup>ère</sup> séance, à la 10<sup>ème</sup> séance, à la 20<sup>ème</sup> séance et lors du suivi à 3 mois.



L'épaisseur de la peau a diminué significativement aux points de référence volumiques du membre dans le groupe à haute pression. L'épaisseur du tissu sous-cutané a diminué significativement à tous les points de référence dans le groupe à haute pression). Dans le groupe à basse pression, l'épaisseur de la peau n'a diminué qu'au niveau du dos de l'avant-bras et du bras et l'épaisseur du tissu sous-cutané a changé pour tous les points sauf pour le dos de la main et du bras. L'œdème a diminué plus rapidement dans le groupe à haute pression. Aucune différence significative n'a été trouvée concernant la qualité du sommeil, le bénéfice du traitement et le confort dans les deux groupes.

La haute pression était plus efficace pour réduire l'épaisseur du tissu sous-cutané au niveau du dos de la main et du bras. L'utilisation d'une forte pression peut être recommandée en particulier dans les cas d'œdème du dos de la main et du bras, difficiles à résoudre. De plus, le bandage à haute pression peut permettre une résolution plus rapide de l'œdème et peut être utilisé pour une réduction rapide du volume selon les besoins. Les résultats du traitement peuvent s'améliorer avec le bandage à haute pression sans altérer le confort, la qualité du sommeil et le bénéfice du traitement.

## Efficacité de la thérapie décongestive complexe sur le flux veineux, le diamètre de la saphène interne, l'œdème, la masse grasse des membres et la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance veineuse chronique : essai clinique randomisé

**Efficacy of complex decongestive therapy on venous flow, internal saphenous diameter, edema, fat mass of the limbs and quality of life in patients with chronic venous insufficiency: A randomized clinical trial.**

*Martín Jiménez A, Bermejo Gil BM, Santos-Lozano A, Pinto-Fraga FJ et al.. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2025 Mar;13(2):102005.*

L'objectif était de démontrer l'efficacité de la thérapie décongestive complexe (TDC) chez les patients atteints d'insuffisance veineuse chronique (IVC).

Un essai contrôlé randomisé en simple aveugle a été mené, où les participants atteints d'IVC (n = 21/42) ont été répartis aléatoirement dans un groupe expérimental (n = 11/22) ou un groupe témoin (n = 9/18). Un traitement de TDC (drainage lymphatique manuel, pressothérapie pneumatique intermittente, bandage multicouche) a été appliqué au groupe expérimental pendant 4 semaines, à raison de 2 jours par semaine, tandis qu'aucun traitement n'a été appliqué au groupe témoin. Les patients ont été évalués au départ (t0), une semaine après la fin de l'intervention (t1), et six semaines après l'intervention (t2). L'efficacité du traitement sur les symptômes et la qualité de vie (QoL) (lourdeur, douleur et questionnaire CIVIQ-20), l'œdème, le flux veineux et les mesures d'impédancemétrie a été évaluée.

Une amélioration de la qualité de vie des patients a été observée : diminution des symptômes tels que la lourdeur et la douleur, augmentation de la vitesse moyenne de la veine fémorale gauche et de la veine saphène interne gauche (VSI), diminution du diamètre de la VSI dans les deux membres et diminution de l'indice de masse corporelle et de la masse grasse dans les deux membres. Ces résultats ont été maintenus lors du suivi à 6 semaines, sauf pour l'amélioration de la qualité de vie.

Le traitement par TDC améliore les scores CIVIQ-20 et Venous Clinical Severity Scores. Il améliore également les symptômes (douleur et lourdeur), la vitesse du flux veineux (veines superficielles et profondes [veine fémorale commune, veine fémorale, veine poplitée]) et diminue l'indice de masse corporelle, la masse grasse et le diamètre de la VSI.

LU POUR  
VOUS

## Activité physique adaptée

### Déterminants du comportement d'activité physique chez les patientes atteintes d'un cancer du sein participant au programme RIPOSTE : une étude qualitative utilisant le cadre des domaines théoriques.

*Hasnaoui S, Poussel M, Carvalho de Freitas A, Ricci L, Omorou A, Van Hoya A. 2025;37(1):151–162.*

Le niveau de preuves est de faible à modéré (niveau IV), car il s'agit d'une étude qualitative exploratoire avec un petit échantillon sans groupe contrôle ; cependant, la rigueur méthodologique renforce sa validité descriptive et sa valeur hypothétique.

Cette étude qualitative explore les déterminants du comportement d'activité physique (AP) chez des patientes traitées pour un cancer du sein participant au programme RIPOSTE, une intervention d'AP adaptée fondée sur la pratique de l'escrime. Malgré les bienfaits avérés de l'AP pour cette population, l'inactivité demeure fréquente. Comprendre les leviers et obstacles à la pratique régulière est essentiel pour concevoir des interventions efficaces. Dix patientes ont été recrutées et interrogées à l'aide d'entretiens semi-directifs. L'analyse inductive et déductive a mobilisé le Theoretical Domains Framework (TDF), qui structure les facteurs comportementaux en 14 domaines.



Au total, 56 thèmes ont été identifiés et classés dans 12 des 14 domaines du TDF. Les domaines les plus fréquemment mobilisés étaient « Contexte et ressources environnementales » (28,5 %) et « Influences sociales » (12,5 %), traduisant l'importance de l'environnement physique, social et organisationnel. Les participantes ont rapporté divers facilitateurs, tels que la reconnaissance des bénéfices de l'AP, l'adaptation de l'activité à leur condition physique, et le soutien du groupe ou des proches. À l'inverse, des freins incluaient la fatigue, les contraintes de temps, la logistique du programme, ou encore une volonté de se détacher de l'identité liée à la maladie.

Les résultats soulignent la complexité du changement de comportement en matière d'AP, influencé par des facteurs personnels, sociaux et structurels. Le TDF s'est révélé pertinent pour guider l'identification des déterminants modifiables. Ces conclusions peuvent orienter la conception d'interventions plus ciblées, durables et personnalisées, intégrant les contraintes et attentes des patientes traitées pour un cancer du sein.

## L'EMDR en oncologie : une approche prometteuse pour accompagner les patientes atteintes d'un cancer du sein

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une thérapie psychocorporelle qui aide à retraiter des souvenirs traumatiques en stimulant les deux hémisphères cérébraux, souvent par des mouvements oculaires bilatéraux. Cette méthode permet de désensibiliser les émotions négatives liées à des événements douloureux et de favoriser une réévaluation cognitive plus apaisée. Pour les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'EMDR peut être utile pour diminuer l'anxiété, la détresse liée aux traitements ou la peur de récurrence. Elle offre une approche non médicamenteuse et bien tolérée, complémentaire aux soins médicaux. Son efficacité commence à être soutenue par des études cliniques dans le contexte oncologique.

Voici un aperçu des études cliniques et revues avec un niveau de preuve suffisant examinant l'utilisation de l'EMDR chez des patientes traitées pour un cancer du sein, en particulier pour les troubles liés au stress, à l'anxiété et à la peur de la récurrence.

Ces données sont issues de la littérature scientifique.

### 1) Étude pilote française ciblant le cancer du sein

**The treatment of anxious-depressive disorders among breast cancer patients integrating the EMDR psychotherapy: from pilot study results to the development of a randomized trial.** *Tarquino C, Machado J, Longo R, Siles J et al. Psychology. 2022 Mar;13(3):354-370.*

Une étude pilote (PSYCANCER-EMDR, France, 2017–2018) a inclus 15 femmes atteintes de cancer du sein invasif avant traitement adjuvant. L'objectif était de tester la faisabilité et l'acceptabilité de l'EMDR, en adaptant le protocole aux patientes en cours de traitement. Cette étape préparatoire a servi à concevoir un essai randomisé de plus grande envergure.

### 2) Revue systématique sur le cancer et l'EMDR

**EMDR in cancer patients: a systematic review.**

*Portigliatti Pomeri A, La Salvia A, Carletto S, Oliva F, Ostacoli L Front Psychol. 2021 Jan 18;11:590204.*

Cette revue systématique a identifié 7 études impliquant environ 140 patients cancéreux (dont des patientes atteintes de cancer du sein) souffrant de PTSD, d'anxiété ou de dépression. Même si les protocoles (durée, nombre de séances) étaient hétérogènes, toutes les études rapportent une réduction significative de la détresse psychologique après EMDR. Toutefois, la qualité méthodologique est jugée faible à modérée.

### 3) Design expérimental à cas multiples (sein & colorectal)

**Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing therapy for fear of cancer recurrence among cancer survivors: a randomized single-case experimental design.**

*Bruin J, van Rood YR, Peeters KCMJ, de Roos C, Tanious R, Portielje JEA, Gelderblom H, Hinnen SCH. Eur J Psychotraumatol. 2023 May 5;14(2):2203427.*

Cette étude en design SCED (single-case experimental design) a porté sur 8 patientes traitées pour un cancer (sein ou colorectal) pour évaluer l'EMDR dans le traitement de la peur d'une récurrence du cancer. Les résultats montrent de bons résultats, bien que la taille de l'échantillon reste limitée.

Synthèse et perspectives :

Les preuves actuellement disponibles (études pilotes, design expérimentaux, revues systématiques) suggèrent que l'EMDR a un potentiel prometteur pour accompagner les patientes atteintes d'un cancer du sein, en particulier pour :

- La détresse psychologique (Troubles du stress post-traumatique, anxiété, dépression),
- La peur de la récurrence
- L'image corporelle post-traitement

Toutefois, aucun essai randomisé de grande ampleur exclusivement dédié au cancer du sein n'a encore été publié à ce jour. Le niveau global de preuve reste donc limité, avec des échantillons souvent réduits et une grande hétérogénéité méthodologique.