

Le cancer du sein, un destin? : Nouvelles considérations : Rééducation après traitement chirurgical d'une tumeur mammaire

Autor(en): **Tomson, Didier / Merz, Philippe**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **40 (2004)**

Heft 4

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929555>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le cancer du sein, un destin? Nouvelles considérations. Rééducation après traitement chirurgical d'une tumeur mammaire.

Didier Tomson, *Physiothérapeute-ostéopathe D.O., Lausanne*

Philippe Merz, *Physiothérapeute-enseignant à l'école de physiothérapie Bethesda, Bâle., E-mail: philippe.merz@bethesda.ch*

PTax

Mots clés:

**Cancer du sein, dépistage,
rééducation et drainage lymphatique**

Le nombre de cancers a augmenté très sensiblement au cours de ces dernières années. Le cancer du sein en particulier. Face à cette pathologie, le dépistage précoce reste le meilleur moyen de réduire la mortalité. La durée d'hospitalisation toujours plus brève ne facilite pas la rééducation post-opératoire. Celle-ci doit être très progressive pour ne pas compromettre la néovascularisation lymphatique. Les buts de l'intervention physiothérapeutique consistent principalement en la restauration de la mobilité de l'épaule afin de permettre la radiothérapie et la décongestion de la région opérée en vue de diminuer l'incidence du lymphœdème.

ABSTRACT

The number of cancers, especially breast cancer, increased in the last years. Early detection is the best way to reduce mortality. Rehabilitation after surgery must be very progressive to avoid disturbing the lymphatic neovascularisation. As today the length of hospital stay is reduced the rehabilitation after surgery is becoming more difficult. Physical therapy aims to improve the range of motion of the shoulder for the radiation treatment and proposes a decongestive therapy to reduce the incidence of lymphedema.

INTRODUCTION

A PROPOS DES CANCERS

En 20 ans le nombre de tous les cas enregistrés a augmenté de 63 pourcent:

- l'incidence du cancer du sein a doublé
- les cancers en ORL ont doublé chez les femmes, ainsi que le cancer de l'œsophage
- les tumeurs malignes de la peau ont quadruplé
- le nombre de cancers de la prostate a quadruplé.

Relevons cependant une note positive: le taux de mortalité global par cancer a diminué dans le même laps de temps de neuf pourcent [1].

A PROPOS DU CANCER DU SEIN

Alors que le cancer du sein était une pathologie rare au dix-neuvième siècle, le nombre de femmes atteintes a doublé ces 20 dernières années. 4500 Suissesses sont annuellement touchées, dont 20 pourcent avant l'âge de 50 ans, 40 pourcent entre 50 et 70 ans et 40 pourcent après 70 ans [1].

Une étude statistique du registre des tumeurs du canton de Genève [2] fait apparaître que cette pathologie touche plus les femmes de milieux favorisés et réserve un pronostic plus sombre aux femmes de condition modeste (estimation en fonction du niveau du dernier salaire).

D'où la question: le cancer du sein, est-il une maladie de riches qui tue les pauvres?

L'analyse de ces deux populations révèle que le risque de cancer du sein est de 20 pourcent plus élevé chez les femmes aisées. Ceci s'explique par les grossesses plus tardives, moins nombreuses, un style de vie plus sédentaire et un taux supérieur de traitement hormonal substitutif de la ménopause. Pour la femme de condition modeste, le diagnostic plus tardif et un traitement moins personnalisé augmente leur taux de mortalité de 19 pourcent. La réponse à la question posée se révèle ainsi malheureusement affirmative...

La précocité du diagnostic influence favorablement le pronostic et reste le paramètre essentiel permettant la diminution de la mortalité. Des mammographies annuelles de dépistage dès 40 ans permettent de réduire la mortalité de 29 pourcent. Alors que le taux moyen de rémission complète lors d'une tumeur du sein est de 50 pourcent, une tumeur inférieure à 1 cm traitée permet d'atteindre des taux de rémission de 65 pourcent de la maladie avant 50 ans et de 80 pourcent après 50 ans. Malgré l'amélioration du pronostic, cette pathologie entraîne 1600 décès par année en Suisse [3].

LES CAUSES DU CANCER DU SEIN

Elles sont de deux ordres: hormonales et génétiques.

Il est établi que le facteur de risque hormonal de cette pathologie est lié au nombre de cycles menstruels. La production œstrogénique lors de chaque cycle représente autant de stimulations du tissu mammaire. La réduction du nombre de cycles par les grossesses et les périodes d'allaitement diminuent ce risque.

Dans le même ordre d'idée une contraception hormonale ou un traitement hormonal substitutif de la ménopause durant une période de 10 ans ou plus sont considérés actuellement comme un facteur de risque [3].

En ce qui concerne les facteurs génétiques, malgré le fait que seuls 5 pourcent des tumeurs mammaires sont héréditaires la présence de parents du premier, deuxième voire du troisième degré atteints augmente le risque pour les femmes de contracter cette pathologie [3].

MÉTHODE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Au cours de ces dernières années le traitement chirurgical du cancer du sein a considérablement évolué dans le sens où le nombre de mastectomies s'est notablement réduit au profit des tumorectomies (*fig. 1*) grâce aux campagnes de dépistage qui permettent un diagnostic toujours plus précoce.

Actuellement, la chirurgie conservatrice prédomine et les patientes bénéficient de plus en plus d'un curage ganglionnaire axillaire ciblé selon la technique du ganglion sentinelle [1]. Seuls un mauvais rapport taille de la tumeur / taille du sein, une tumeur multicentrique, une pluri-adénopathie axillaire ou enfin l'impossibilité d'une radiothérapie par l'âge, l'éloignement géographique ou une pathologie concomitante imposent encore une mastectomie (*fig. 2*). 30 pourcent des mastectomisées profitent d'une reconstruction mammaire immédiate dans le même temps opératoire [3] (*fig. 3*).



Fig. 1: Tumorectomie associée à un curage axillaire selon la technique du ganglion sentinelle.

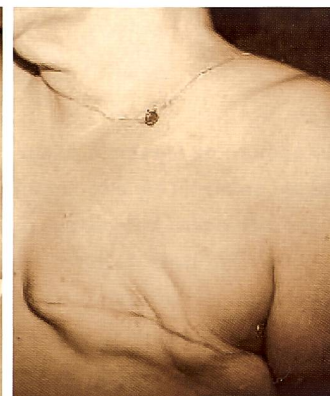


Fig. 2: Mastectomie avec œdème de la paroi thoracique.

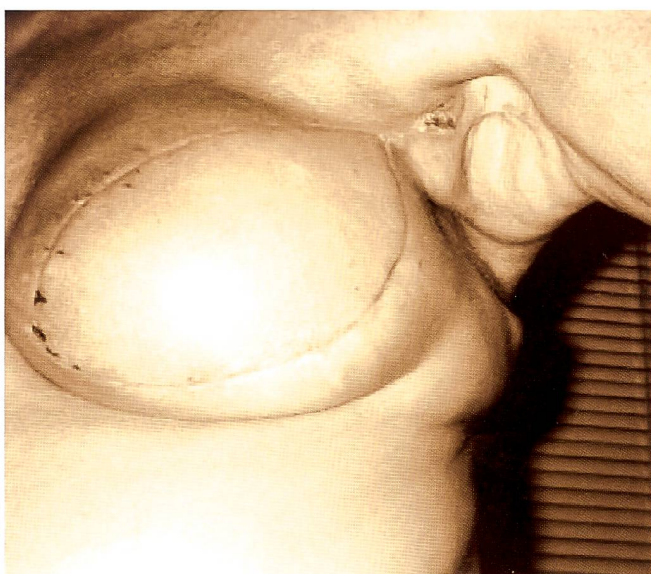


Fig. 3: Mastectomie et reconstruction mammaire immédiate.

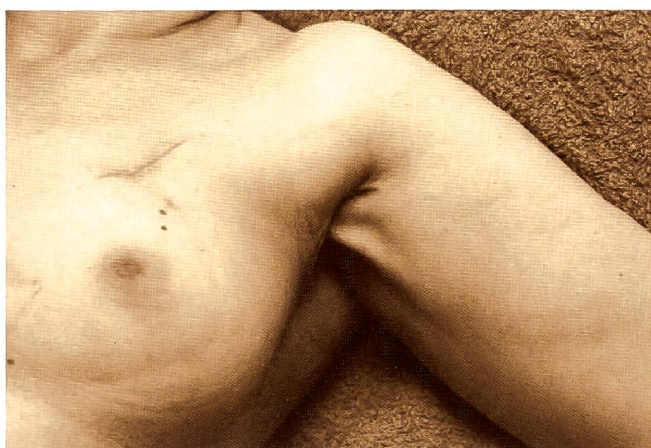


Fig. 4: Thrombo-lymphangite superficielle après tumorectomie et curage ganglionnaire axillaire avec la visualisation de l'afférence axillaire.

LA RÉÉDUCATION

Malgré les progrès considérables des techniques chirurgicales, la tâche des physiothérapeutes dans ce contexte ne s'est pas simplifiée. En effet, la durée d'hospitalisation réduite des patientes nous oblige à atteindre les objectifs du traitement dans un laps de temps beaucoup plus court.

Les objectifs de la rééducation consistent à:

- restaurer une mobilité suffisante de l'épaule par une mobilisation active progressive afin de permettre le traitement radiothérapeutique qui débute à 3-4 semaines. Celle-ci nécessite une flexion et une abduction d'au moins 90 degrés
- décongestionner le sein opéré ou la paroi thoracique dans le cas d'une mastectomie (fig. 5)
- corriger, si nécessaire, la posture de la patiente en levant les tensions musculaires
- sensibiliser la patiente aux mesures préventives des complications inhérentes à une adénectomie
- accompagner la patiente dans la découverte de sa nouvelle situation par l'écoute et le réconfort

La rééducation de l'épaule a démontré depuis longtemps la preuve de son intérêt dans la limitation du préjudice post-opératoire [5]. Environ 40 pourcent des opérées conservent néanmoins un déficit d'amplitude articulaire de l'épaule [6]. L'intervention physiothérapeutique doit être précoce pour permettre de retrouver une fonction du membre supérieur. Celle-ci se veut infra-douloureuse, active ou activo-passive (voir protocole).

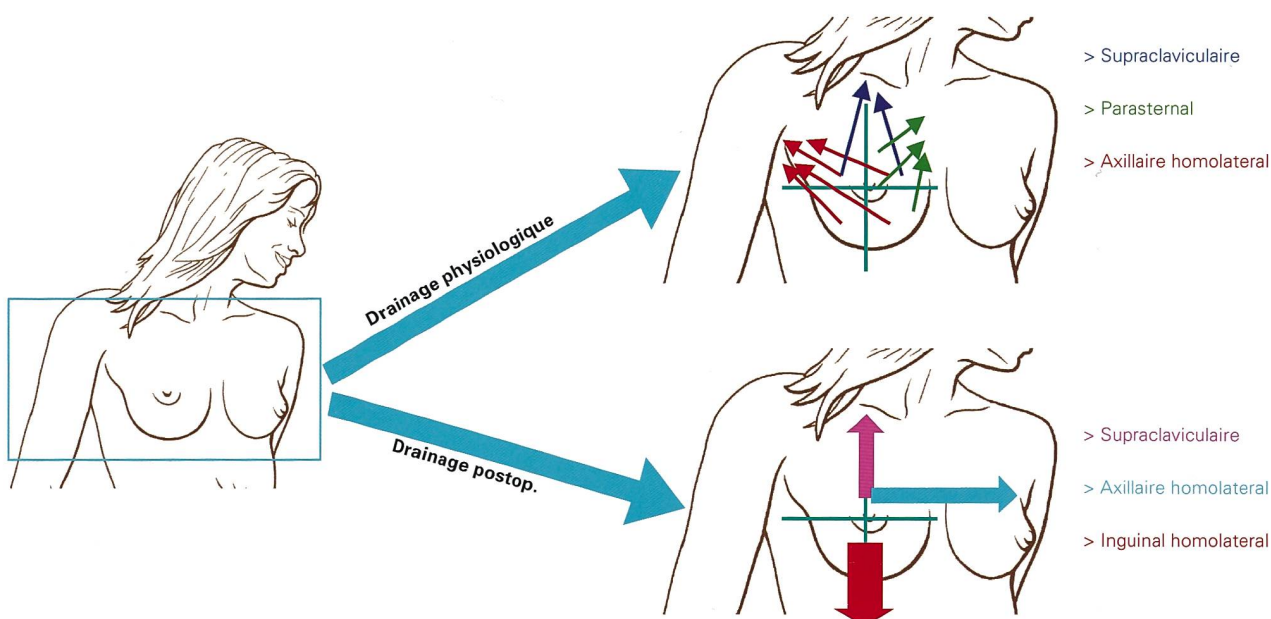


Fig. 5: Drainage physiologique du sein et drainage lymphatique vers les ganglions sains après curage axillaire.

Les thrombo-lymphangites superficielles peuvent représenter un obstacle à la fonction de l'épaule (fig. 4). Elles sont de ce fait une priorité de la rééducation. Le traitement manuel des lymphangites thrombotiques vise à réaliser des étirements doux du/des collecteurs par la mise du bras en abduction-rotation externe et le massage ponctuel simultané du point d'adhérence proximal. Une mobilisation trop violente peut aboutir à la rupture des collecteurs ce qui interdit toute fonction vasculaire en cas de reperméabilisation.

Le court laps de temps pour atteindre les objectifs ne doit absolument pas inciter à une mobilisation intempestive de l'épaule qui compromettrait la cicatrisation tissulaire, cutanée et contribuerait selon le professeur M. Földi à augmenter le taux de lymphorrhées, lymphocèles et lymphœdèmes secondaires. En effet, la revascularisation lymphatique nécessite approximativement 14 jours et serait menacée par une mobilisation excessive [4].

CONCLUSION

La brève durée d'hospitalisation nous oblige à réduire les objectifs concernant l'amplitude articulaire de l'épaule durant le séjour. Une poursuite ambulatoire du traitement s'impose. C'est le cas à l'Hôpital Universitaire de Genève où chaque femme opérée quitte l'hôpital avec une ordonnance de physiothérapie afin de poursuivre la rééducation commencée en post-opératoire immédiat et d'atteindre progressivement les objectifs de décongestion et d'intégrité fonctionnelle du membre supérieur. Cette approche permettra, le cas échéant, à la radiothérapie d'être entreprise dans les meilleures conditions et de limiter les complications vasculaires et articulaires.

APPLICATION

Protocoles de la prise en charge physiothérapeutique après chirurgie d'un cancer du sein aux Hôpitaux Universitaires de Genève (Pascale Devauchelles, Physiothérapeute, Isabelle Empeyta, Physiothérapeute, Prisca Wasem, Physiothérapeute, Prof Pierre Schäfer, médecin-chef de Service, HUG).

Physiothérapie après chirurgie d'un cancer invasif du sein

Prise en charge systématique après curage axillaire:

- Patey (mastectomie et curage axillaire)
- Tumorectomie avec curage axillaire

Objectifs:

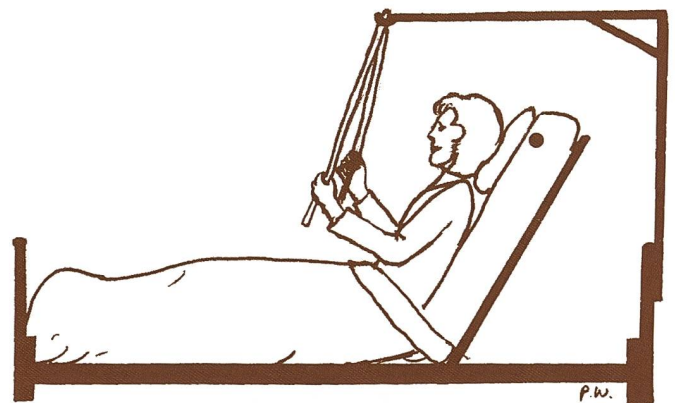
1. Retrouver la mobilité à un mois post-opératoire
2. Anticiper les attitudes vicieuses
3. Prévenir le lymphœdème
4. Surveiller les complications lymphatiques

Précautions:

1. Tant que le drain est en place, la patiente doit utiliser son bras du côté opéré sans effort et en deçà de 90° de flexion et d'abduction d'épaule.
2. Vérifier que les objets de nécessité soient atteignables aisément.

Traitement:

- J-1: – Physiothérapie respiratoire pré-opératoire sur demande de l'anesthésiste
- J 0: – Positionnement
– Physiothérapie respiratoire sur demande de l'anesthésiste
– Drainage lymphatique manuel à distance
- J+1: – Positionnement
– Physiothérapie respiratoire
– Drainage lymphatique manuel à distance
– Exercice vasculaire du membre supérieur homolatéral: comprimer DELICATEMENT et LENTEMENT une balle souple durant la phase expiratoire du rythme respiratoire
– Auto-mobilisation:



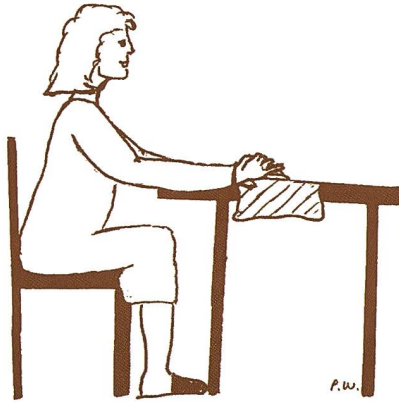
Position de départ: membres supérieurs suspendus à une lanterne

Mouvement: abduction bilatérale simultanée inférieure à 90°

Consigne: «Ecartez les coudes en inspirant et ramenez-les au corps en expirant».

J+2: idem

+ Exercice supplémentaire d'auto mobilisation:



La patiente, assise à table, fait glisser un linge dans toutes les directions.

– Drainage lymphatique manuel régional, dès ablation du pansement compressif

J+3 : idem

+ Education thérapeutique: explication du fonctionnement du système lymphatique et des conséquences d'un curage ganglionnaire

Poursuite du traitement jusqu'au départ (J+5, J+6)

Sortie: Transmission de la liste des physiothérapeutes pratiquant le drainage lymphatique manuel, en leur conseillant de prendre le premier rendez-vous dès la sortie ou au plus tard à J+10.

Physiothérapie après chirurgie du cancer du sein

• **Tumorectomie avec recherche de ganglions sentinelles**

Prise en charge systématique:

- Positionnement
- Physiothérapie respiratoire
- Drainage lymphatique manuel local
- Auto mobilisation

• **Chirurgie reconstructrice**

Discussion avec le plasticien afin d'adapter au mieux le traitement à sa chirurgie.

RÉFÉRENCES

1. DELALOYE JF, MONNERAT C, BERNASCONI S. Symposium international sur le dépistage du cancer du sein. CHUV, Lausanne, 10 octobre 2003.
2. LEPORI D, PEREY L, GAILLOUD-MATHIEU MC, DELALOYE JF, MONNERAT C, TOMSON D. Cancer du sein: les spécialistes vous parlent et répondent à vos questions. CHUV, Lausanne, 27 octobre 2003.
3. BOUCHARDY C. Symposium international sur le dépistage du cancer du sein. CHUV, Lausanne, 10 octobre 2003.
4. FÖLDI M. Congrès de la Société Internationale de Lymphologie. Freiburg im Breisgau, 1–6 septembre 2003.
5. POLLARD R, CALLUM KG, ALTMANN D, BATES T. Shoulder movement following mastectomy. Clin. Oncol. Microvasc. Res., 1976 12(2), p. 121–140–343.
6. TOMSON D, FRITSCH C, KLUMBACH D. Le traitement des lymphœdèmes du membre supérieur selon Földi: résultats. The European Journal of Lymphology, Vol.III, Nr. 11, 1992–1993.