

La prise en charge des suites de cancer du sein



Dans le précédent numéro de K2P, nous avons évoqué les dernières avancées scientifiques en matière de cancer. Elles semblent indiquer notamment que le mouvement, la reprise d'activité et l'activité physique sont autant d'atouts pour une forte diminution des risques de récurrences, et dans tous les cas une nette amélioration du pronostic vital.

Ceci est particulièrement vrai dans les cas des cancers du sein. Il apparaît ainsi que la préparation de l'intervention quand elle est nécessaire, le suivi pendant les soins et l'accompagnement des patientes dans les suites sont autant de phases qu'il convient de prendre en considération. Dans ce contexte, il semble évident que l'intervention du kinésithérapeute est cruciale pour ne pas dire incontournable. Notre article de K2P27 mars 2012 a suscité un vif intérêt auprès de nos lecteurs. Nous avons eu en particulier la chance d'une rencontre avec Jocelyne Rolland qui s'intéresse depuis plusieurs années au cancer du sein et à l'accompagnement des femmes qui en sont victimes.

K2P : Vous avez été intéressée par notre article du numéro de mars. Pourquoi ?

C'est la proposition d'une adaptation de la nomenclature dans la prise en charge du cancer du sein qui a retenu toute mon attention car c'est un sujet qui me touche dans mon quotidien de kinésithérapeute.

K2P : Pensez-vous que la formation initiale aborde suffisamment le sujet ?

La formation initiale des futurs kinésithérapeutes aborde très peu ce thème de la kinésithérapie autour du cancer du sein, souvent abordé exclusivement dans le cadre du traitement du lymphœdème ou « gros bras » heureusement de moins en moins fréquent grâce à la technique dite du ganglion sentinelle¹. Si l'étudiant n'a pas eu l'occasion

de rencontrer des patientes opérées pendant les stages hospitaliers ou en cabinet libéral, il ne connaîtra pas les gestes à appliquer dans ce contexte, une fois diplômé ; et pourtant ces patientes, 53 000 en 2011, sont de plus en plus nombreuses à nécessiter l'action bénéfique du kinésithérapeute.

K2P : D'un côté, les kinésithérapeutes sont donc insuffisamment formés. Il leur manque aussi de l'information pour les sensibiliser. De l'autre, pensez-vous que les médecins, et plus largement les équipes, soient conscients de l'apport potentiel de la prise en charge kinésithérapique ?

Les prescripteurs potentiels (chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes) sont en général peu informés du rôle du kinésithérapeute ; parfois ils contre-indiquent les gestes de masso-kinésithérapie alors que ceux-ci seraient bénéfiques (par exemple pendant la radiothérapie, le drainage et le soin des cicatrices est capital et souvent les radiothérapeutes interdisent toute action du kiné), parfois ils prescrivent en fonction de leur « lointain » souvenir du rôle du kiné (par exemple en absence de lymphœdème mais en présence de douleur dans la région de l'épaule, ils prescrivent des séances de drainage lymphatique du membre supérieur !).

K2P : Cette reconnaissance mutuelle doit-elle déboucher sur une meilleure prescription ?

Oui une meilleure prescription en rapport avec une meilleure connaissance et



Jocelyne Rolland

reconnaissance de notre rôle à tout moment de ce long parcours du combattant de ces femmes qui trouvent chez le kiné des moments d'écoute, de bien-être et de reconstruction !

K2P : Les kinésithérapeutes, les médecins, les équipes, il y a aussi le plus important, les femmes ! Ne sont-elles pas elles aussi trop peu au courant ou tenues écartées des possibilités offertes par la kinésithérapie ?

Tout à fait. Souvent, elles sont heureuses d'être guéries du cancer qui les effraie tellement et on les comprend, alors elles n'osent pas se plaindre de douleur, d'asymétries résiduelles, de gênes lors des mouvements ; parfois elles veulent reprendre une activité sportive comme avant mais leur récupération fonctionnelle ne leur permet pas de le faire alors que comme on le sait maintenant, la reprise de l'activité physique est capitale pour ces femmes.

K2P : Vous avez aujourd'hui des contacts avec des praticiens et des équipes hospitalières. Comment cela s'est-il passé ?

Une patiente est venue avec une prescription ; elle avait subi une mastectomie et gardait une cicatrice qui d'un point de vue esthétique la laissait désespérée.

1. Le premier ganglion en rapport avec la tumeur (repéré par des techniques d'injection de produit radioactif et coloré dans la tumeur) et qui en cas de non contamination par le cancer (analyse faite en peropératoire ou extemporané) entraîne la limitation du prélèvement et de l'analyse ganglionnaire à cette seule pièce anatomique, en évitant un curage axillaire plus délabrant et aux conséquences plus graves.

J'ai pris des photos et j'ai appliqué à la fois des massages manuels et des massages mécaniques avec le Cellu M6.

La cicatrice a changé rapidement et j'ai refait des photos, que j'ai envoyées au chirurgien ; en parallèle la patiente de retour dans le service pour une visite de contrôle a parlé du rôle de la kinésithérapie avec les infirmières et bien sûr les médecins ; j'ai été invitée pour faire un topo aux membres du staff et là ils ont découvert non seulement ce que nous pouvions faire mais aussi quels étaient nos tarifs et comment la prescription pouvait être rédigée ! A ce moment-là j'avais réalisé des photos avec toutes mes patientes et cela m'a aidée à montrer les facettes de notre métier dans ce contexte du cancer du sein.

K2P : Un cancer du sein est une histoire longue en plusieurs phases. Pouvez-vous nous brosser rapidement le tableau de ce qui pourrait être un accompagnement kinésithérapique intelligent.

L'accompagnement kinésithérapique s'organise en plusieurs phases ; tout d'abord, le post-opératoire immédiat initie ce long parcours. A l'hôpital, à domicile puis en cabinet avec une chirurgie conservatrice du sein (environ 70% des cas) ou non conservatrice, une reconstruction immédiate (50% des mastectomies sont reconstruites aussitôt) ou non, un curage axillaire ou un ganglion sentinelle, la femme opérée est une patiente potentielle dans presque tous les cas. A cette phase la kinésithérapie est à visée articulaire, antalgique et tissulaire. La patiente doit commencer l'éventuelle radiothérapie avec une épaule souple, une cicatrice sans adhérence ni creux ni bourrelets graisseux car les rayons risquent de fixer les défauts persistants. Ensuite vient le temps des traitements complémentaires avec chimiothérapie et radiothérapie² pendant lesquels le kinésithérapeute poursuit son action sur les cicatrices, les tissus et les articulations des régions concernées. Une place est laissée aux actions

« bien-être » importantes à cette phase, souvent éprouvante.

Il n'est pas rare que des douleurs soient présentes ; les causes de ces douleurs sont nombreuses et bien souvent un diagnostic kiné différentiel doit être réalisé pour agir avec les techniques de massage et de kinésithérapie. Eventuellement, quand la reconstruction n'a pas été initiale, une reconstruction secondaire du sein est proposée (mais 7 femmes sur 10 ne se font pas reconstruire³) ; les techniques actuelles de pose d'implant, de lambeau de grand dorsal, de lipofilling ou de DIEP⁴ nécessitent une kinésithérapie adaptée et spécifique pour aboutir à un résultat optimal d'appropriation du sein débarrassé de douleur, d'inconfort, et de toutes sensations perturbantes de la qualité de vie.

Le rôle capital de la kinésithérapie ne serait pas totalement décrit ici si la reconstruction de la patiente au sens large n'était pas envisagée : retrouver sa féminité (et sa sexualité⁵), une silhouette sous contrôle malgré les traitements antihormonaux⁶ qui placent la patiente en état de ménopause et une posture élégante et tonique malgré l'intervention sur le thorax, le ventre ou le dos, sont aussi du ressort de la kinésithérapie et des techniques comme par exemple le Pilates ou l'Endermologie !

K2P : La formation complémentaire est importante pour revoir et approfondir. Comment voyez-vous cette formation ?

Cette formation existe déjà dans le cadre de Format'Kiné. Pour la distinguer des formations plus orientées vers le traitement lymphatique, j'ai choisi de l'intituler « Prise en charge des complications esthétiques et plastiques de la chirurgie après cancer du sein ». La part tissulaire de notre action kinésithérapique (peau, graisse, muscles, etc.) est suffisamment importante pour occuper l'ensemble d'un séminaire. Le gros bras est volontairement laissé de côté avec les techniques de drainage et de contention mais le drainage du sein et la prise en charge des TLS⁷ sont bien

évidemment développés.

Des formations complémentaires par exemple pour la mise en place de cours Pilates dédiés aux femmes opérées d'un sein comme je le fais dans mon cabinet pourront bientôt être envisagées ; j'ai baptisé ce cours « Rose Pilates » en référence au ruban rose et après avoir moi-même suivi la formation Pink Ribbon Pilates Program aux USA en Février dernier où j'ai pu constater une situation identique à la France c'est-à-dire un besoin aigu de kinésithérapie pour les femmes opérées et une méconnaissance par les autorités de santé, les prescripteurs et les femmes elles-mêmes des possibilités offertes par la kinésithérapie. Sensibilisés à ce thème et mieux formés, les kinésithérapeutes peuvent prendre une plus grande place auprès des femmes. Mais pour réussir, ils doivent aussi apprendre à parler avec les équipes hospitalières et apprendre à se parler entre eux.

K2P : Tout ceci ne pose-t-il pas les bases de la mise en place d'un réseau spécifique comme on peut en voir pour d'autres pathologies ?

En animant 3 à 4 fois par an, depuis 3 ans maintenant, ce stage de formation continue au sein de Format'Kiné j'ai pu constituer un réseau de kinés intéressés vers lesquels j'oriente les patientes que les différents services m'envoient ! Les hôpitaux et les centres privés sont souvent à la recherche de correspondants dans toute la France ; je suis aussi en train de créer un site Internet spécifique qui comportera ce listing en accès libre pour les patientes et les prescripteurs. D'autres réseaux existent déjà comme le Réseau Sein autour de l'hôpital Saint-Louis à Paris, l'AKTL qui regroupe des kinésithérapeutes draineurs ou les réseaux régionaux comme par exemple Oncauvergne, ONCOBretagne, OncoCentre, etc. Les kinésithérapeutes motivés par cette action spécifique doivent se faire connaître dans leur région et au plan national en adhérant aussi à des réseaux et à des sociétés savantes comme par exemple l'AFSOS⁸ car la masso-kinésithérapie est un soin de support incontournable en oncologie !

2. Parfois chimiothérapie et radiothérapie sont dites néo-adjuvantes et sont prescrites avant la chirurgie pour agir en première intention sur la taille de la tumeur.

3. <http://blog.santelog.com/2011/10/06/cancer-du-sein-et-mastectomie-7-femmes-sur-10-ne-se-ont-pas-reconstruire-institut-curie/>

4. DIEP pour Deep Inferior Epigastric Perforator flap ou lambeau libre abdominal : <http://diep.medicalistes.org/>

5. Voir un article écrit pour une intervention au cours des Rencontres FORMAT' KINE, au Mondial de Rééducation, vendredi 14 Octobre 2011 :

Le kinésithérapeute, acteur en sexologie: Sexualité et cancer : Reconstruire sa féminité après chirurgie mammaire : place et rôles du kinésithérapeute, Jocelyne ROLLAND. A lire sur www.reeducation-beaute.com

6. Protocoles sur 5 ans visant à supprimer toute source d'œstrogènes et de progestérone pour les cancers hormono-dépendants.

7. Thromboses Lymphatiques Superficielles ou corde de guitare ou encore Maladie de Mondor, limitant douloureusement les amplitudes d'épaule.

8. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, www.afsos.org