

Comment j'ai repris l'aviron après un curage axillaire : témoignages

A. Ponsonnet et K. Botcherby-d'Oléon

Malgré les mises en garde concernant un possible lymphœdème, Karen s'est remise intensivement à l'aviron, son sport passion, et a même été vice-championne de France, en double mixte vétérans, 7 ans après la tumorectomie ; 2 ans après l'ablation-reconstruction du sein avec un lambeau du grand dorsal.

Après une tumorectomie et le curage axillaire (octobre-décembre 2009), Annie a repris ses activités sportives, notamment le ski de fond et l'aviron même pendant la radiothérapie. Elle a rapidement retrouvé un niveau international avec la participation à 10 compétitions d'aviron en 2010. Treize mois après le curage axillaire, elle a réalisé sa meilleure saison ski de fond, enchaînant 6 marathons internationaux avec succès.



Karen Botcherby-d'Oléon



Annie Ponsonnet avec son équipière Joëlle Thuez (opérée de l'épaule en 2010) après leur victoire aux World Masters à Poznan en Pologne (septembre 2011).



Annie avec Martina Goretzki (Mainz, Allemagne en juillet 2010) après leur victoire à l'European Masters à Munich (7 mois après le curage axillaire).

Facteurs de risque et prévention du lymphœdème après traitement du cancer du sein

Risk factors for developing arm lymphedema and prevention after breast cancer treatment

M. Arrault-Chaya

Mots clés : lymphœdème, secondaire, cancer, sein, facteur de risque, prévention

Keywords: lymphedema, secondary, cancer, breast, risk factor, prevention

La fréquence du lymphœdème du membre supérieur après traitement du cancer du sein varie de 13 à 28 % en fonction des différentes définitions du lymphœdème et de la durée d'observation. Le délai de survenue d'un lymphœdème va de la période postopératoire immédiate jusqu'à plus de 30 ans après le traitement avec un délai médian de 2 ans. Une fois installé, le lymphœdème n'a pas tendance à s'améliorer spontanément, mais plutôt à s'aggraver. L'évolution s'accompagne de modifications tissulaires avec apparition d'une « fibrose », d'une diminution de l'élasticité et d'une augmentation du tissu adipeux avec diminution plus ou moins importante de la composante liquidienne lymphatique, expliquant en partie la chronicité [1]. Certains facteurs de risque de développement d'un lymphœdème après traitement d'un cancer du sein ont été identifiés, et sont liés au traitement et/ou à la tumeur et/ou au patient (tableau I).

Tableau 1. Facteurs de risque de développement d'un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, d'après Arrault *et al.* [1].

Facteurs dépendant du traitement	<ul style="list-style-type: none"> – nombre de ganglions enlevés lors du curage axillaire – mastectomie <i>vs</i> tumorectomie – radiothérapie externe, en particulier axillaire – complications postopératoires (lymphocèle, lymphorrhée)
Facteurs dépendant de la tumeur	<ul style="list-style-type: none"> – tumeurs du quadrant supéro-externe – taille de la tumeur – envahissement ganglionnaire – stade de la tumeur
Facteurs dépendant du patient	<ul style="list-style-type: none"> – âge – surcharge pondérale lors de la chirurgie du cancer – prise de poids après le traitement – diminution des activités physiques – voyages en avion
Autres	<ul style="list-style-type: none"> – injections, prélèvements sur le membre pendant les jours suivant la chirurgie du sein – érysipèles – rééducation du membre supérieur au-delà de 90°

Curage axillaire

Le traitement chirurgical du cancer du sein et plus particulièrement le curage axillaire est l'un des principaux facteurs de risque de développer un lymphœdème. Le curage axillaire fait partie intégrante du traitement avec l'ablation des relais ganglionnaires des niveaux I et II de Berg, et peut ainsi interrompre le circuit lymphatique. Le risque de développer un lymphœdème augmente avec le nombre de ganglions disséqués et avec le temps, avec un risque relatif estimé de 1,11 à 1,29 par ganglion [1]. La technique du ganglion sentinelle s'est développée pour diminuer la morbidité du curage axillaire classique mais n'élimine pas totalement le risque mais permet de réduire la fréquence du lymphœdème de 2,5 à 8 % [1, 2].

Radiothérapie

L'irradiation externe, réalisée dans la quasi-totalité des cas en complément de la chirurgie, représente également un facteur de risque important de développer un lymphœdème. Le risque est le plus important après l'irradiation du creux axillaire (de moins en moins pratiquée), mais existe aussi après irradiation des creux sus- et sous-claviculaires, de la chaîne mammaire interne et du sein [1].

Surcharge pondérale

Parmi les facteurs de risque de développer un lymphoedème dépendant du patient, le poids a une importance particulière. En effet, les interactions entre le poids et le lymphoedème ont particulièrement été étudiées dans les lymphoedèmes secondaires du membre supérieur après cancer du sein. Il a ainsi été montré que l'existence d'une obésité en préopératoire augmente le risque de développer un lymphoedème par 3,6 et que la prise de poids dans la période postopératoire favorise aussi la survenue d'un lymphoedème [1, 3-5].

Autres facteurs de risque

La réduction des activités physiques [1], la mobilisation précoce (dès la première semaine après le traitement chirurgical) de l'épaule [6] et les piqûres (prélèvements, perfusions, glycémies capillaires) sur le membre supérieur en postopératoire immédiat majoreraient également le risque d'apparition de lymphoedème [7] sans qu'il soit possible d'extrapoler ces données à distance de la chirurgie.

Mesures de prévention

L'étude de ces facteurs de risque permet aujourd'hui de proposer aux patientes traitées d'un cancer du sein des mesures préventives pour limiter le risque de survenue d'un lymphoedème du membre supérieur. Ainsi, la surveillance du poids et la prise en charge nutritionnelle, nécessaires pour favoriser un amaigrissement en cas de surpoids, sont fondamentales dans la stratégie de prévention et de traitement du lymphoedème [3]. La poursuite des activités physiques (loisirs, sportives, professionnelles) même intenses comme l'haltérophilie diminue le risque de survenue du lymphoedème et améliore la qualité de vie des femmes [8]. Une prise en charge globale du membre supérieur comportant rééducation de l'épaule, massage de la cicatrice, drainage lymphatique manuel et mobilisation et stretching à domicile pendant 3 semaines diminuerait à 1 an l'incidence du lymphoedème [9], alors que les seuls drainages lymphatiques manuels en postopératoire n'ont pas d'effet sur l'incidence à 1 an du lymphoedème [10].

L'utilisation de la technique du ganglion sentinelle et l'amélioration des techniques de radiothérapie font diminuer le risque de lymphoedème. La connaissance

des autres facteurs de risque permet d'envisager une réduction supplémentaire du nombre de lymphœdème dont les retentissements sont à la fois esthétiques, psychologiques et infectieux.

Références

1. Arrault M, Vignes S (2006) Facteurs de risque de développement d'un lymphœdème du membre supérieur après traitement du cancer du sein. *Bull Cancer* 93: 1001-6
2. McLaughlin SA, Wright MJ, Morris KT *et al.* (2008) Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: objective measurements. *J Clin Oncol* 26: 5213-9. Erratum in *J Clin Oncol* 2010; 28: 1808
3. Shaw C, Mortimer P, Judd PA (2007) A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. *Cancer* 110: 1868-74
4. Vignes S, Arrault M, Dupuy A (2007) Factors associated with increased breast cancer-related lymphedema volume. *Acta Oncol* 46: 1138-42
5. Ridner SH, Dietrich MS, Stewart BR, Armer JM (2011) Body mass index and breast cancer treatment-related lymphedema. *Support Care Cancer* 19: 853-7
6. Todd J, Scally A, Dodwell D *et al.* (2008) A randomised controlled trial of two programmes of shoulder exercise following axillary node dissection for invasive breast cancer. *Physiotherapy* 94: 265-73
7. Clark B, Sitzia J, Harlo W (2005) Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow-up study. *QJM* 98: 343-8
8. Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel AB *et al.* (2010) Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema: a randomized trial. *JAMA* 304: 2699-705
9. Torres Lacomba M, Yuste Sánchez MJ, Zapico Goñi A *et al.* (2010) Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial (Abstract). *Br Med J* 340: b5396
10. Devoogdt N, Christiaens MR, Geraerts I *et al.* (2011) Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomised controlled trial (Abstract). *Br Med J* 343: d5326