

## Curage axillaire et réduction de l'œdème du membre supérieur

J.-C. FERRANDEZ, J. DURET, G. MARTINEZ

M.K., Cabine: de rééducation, 2 bis, rue Velouterie, F84000 Avignon.

### Introduction

La chirurgie d'une tumeur du sein suit une chronologie déterminée. Après l'exérèse, le chirurgien pratique le curage axillaire. L'ablation des ganglions lymphatiques avec le paquet de graisse dans lequel ils sont inclus, va donner des indications sur le diagnostic et sur l'état d'avancement de la maladie. Le nombre de ganglions envahis (N<sup>+</sup>) est maintenant corrélié avec le pronostic. C'est le résultat de l'anatomopathologiste qui détermine la conduite à tenir, et la séquence radiochimiothérapique qui s'en suivra.

L'apparition du « gros » bras est imputée pour certains à cette chirurgie, pour d'autres, à la radiothérapie, pour certains autres encore, au terrain qui détermine l'importance du capital lymphatique. La réalité est sans doute issue du panachage de ces trois paramètres.

La description du traitement de l'œdème du membre supérieur a fait l'objet de travaux précédents (6, 8, 3) ainsi que l'étude statistique des résultats obtenus (4).

Nous nous posons la question de savoir si l'importance du curage axillaire est une variable plus ou moins importante dans les réductions de l'œdème secondaire. Autrement dit, les patientes porteuses d'un lymphoœdème après un grand évidement axillaire ont-elle une réduction statistiquement moins importante que celles ayant eu un curage plus réduit.

Une série de 40 patientes porteuses d'un œdème du membre supérieur ayant eu un curage axillaire, ont fait l'objet d'un traitement kinési-

thérapique identique. Les moyens mis en œuvre et leur chronologie, ont été strictement les mêmes.

### Matériels et méthodes

#### LE DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL

On sait que le drainage lymphatique manuel (10, 1, 8) est la technique princeps de ces lymphoœdèmes. Elle seule est capable de rendre une certaine perméabilité lymphatique à la racine du membre. Elle lève une partie du blocage iatrogène dû à la sanction chirurgicale et aux séquelles de la radiothérapie. Par ailleurs, de nombreux travaux ont démontré qu'elle est efficace sur la résorption protéique. C'est l'étude de la physiopathologie (10, 5, 7) du lymphoœdème qui montre que la réintégration protéique dans le système vasculaire est fondamentale dans le maintien à moyen terme des résultats obtenus.

#### LA CONTENTION

Les bandages multicouches, par apposition de bandes à allongement court, superposées à une épaisseur de mousse, effectuent une contention rigide sur mesure. Ils ont des actions multiples sur l'équilibre des pressions (filtration - résorption). Leur effet vasculaire, lymphatique et tissulaire ont été décrits (9). Ils réduisent la filtration en augmentant la résorption, ce qui va dans le sens de la réduction du déséquilibre microcirculatoire.

#### LA PRESSOTHÉRAPIE

L'action de la pressothérapie sur la circulation de retour n'est pas encore précisée dans son ensemble. Rappelons-en certains points.

On sait qu'elle est efficace sur le compartiment veineux. Elle est capable de déplacer la phase liquidienne de l'œdème. La majorité des auteurs s'accorde pour l'utiliser à des pressions douces, et pour s'en servir lorsque le blocage proximal est levé. On admet que son utilisation à forte pression et en première intention, est capable

d'essorer le membre et d'en réduire le volume, mais au détriment d'une exagération de la stase de la racine.

Pour certains auteurs, la pressothérapie aurait une composante d'aspiration lymphatique au moment de la décompression pneumatique.

Pour d'autres auteurs, elle est capable de diriger la lymphe déjà résorbée dans la lumière lymphatique.

Dans notre étude, nous avons utilisé un appareil multicompartimenté à 5 alvéoles (TP 35 Eureduc \*). La pression s'installant progressivement du distal vers le proximal, pendant un temps de 8 secondes, pour chaque alvéole, et respectant un temps de repos de 20 secondes. La pression affichée au manomètre a toujours été inférieure à 50 mmHg. Le choix, dans ce matériel, résidait dans l'existence d'un double gradient de pression, statique et dynamique.

## Méthodes

Les patientes ont toutes été traitées en ambulatoire, dans le cas d'un cabinet libéral selon la séquence suivante :

- 1<sup>er</sup> semaine : 5 séances de D.L.M. ;
- 2<sup>e</sup> semaine : 5 séances de D.L.M. ;
- 3<sup>e</sup> semaine : 3 séances (un jour non l'autre) de D.L.M. + presso + bandage.
- 4<sup>e</sup> semaine : 3 séances (un jour non l'autre) de D.L.M. + presso + bandage.

Nous avons divisé notre série de patientes en trois groupes fonction du nombre de ganglions retrouvés par le laboratoire d'anatomo-pathologie. Ce nombre est très voisin du nombre prélevé dans la pièce chirurgicale, car la connaissance du nombre de ganglions envahis (N+), détermine la suite du traitement.

Trois groupes ont été séparés :

- groupe I : patientes ayant eu un curage axillaire ramenant moins de 10 ganglions ;
- groupe II : patientes ayant eu un curage axillaire ramenant entre 10 et 15 ganglions ;
- groupe III : patientes ayant eu un curage axillaire ramenant plus de 15 ganglions.

Pour chacun de ces trois groupes, nous nous sommes intéressés au pourcentage de diminution périmétrique des

TABLEAU I. - Descriptif de la population.

|            | Nombre de ganglions<br>Ana. Palh. | Nombre de patientes<br>Total n = 42 |
|------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Groupe I   | Inf. à 10                         | 13                                  |
| Groupe II  | 10 < n < 15                       | 17                                  |
| Groupe III | Sup. à 15                         | 12                                  |

TABLEAU II. - Résultats.

|            | Réduction du bras | Réduction de l'avant-bras |
|------------|-------------------|---------------------------|
| Groupe I   | 51 %              | 49%                       |
| Groupe II  | 51 %              | 66%                       |
| Groupe III | 50%               | 67%                       |

deux sites que sont le bras et l'avant-bras. Précisément, ce sont les périmètres situés en dessous de l'olécrâne à 15 cm, et au-dessus à 10 cm, qui ont servi de repère. La définition de l'amélioration en pourcentage a été la suivante. Une patiente porteuse d'une différence de 10 cm entre les deux côtés en début de traitement, qui est réduite en fin de traitement à 3 cm, et ayant ainsi perdu 7 cm sur 10, est dite améliorée à 70 %.

Les améliorations sont mises en évidence par les tableaux I et II.

## Conclusion

Les résultats de ces trois groupes sont homogènes et restent voisins de ceux obtenus dans une étude précédente (4), portant sur une série de 102 patientes, qui avaient bénéficié du même protocole de traitement ambulatoire. Dans les limites de cette étude préliminaire, l'importance du curage axillaire ne semble pas jouer de rôle péjoratif dans l'espoir de réduction de l'œdème. Le traitement spécifique des œdèmes du membre supérieur, séquelles radio-chirurgicale d'une tumeur mammaire, peut être mis en place avec le même enthousiasme, quelles que soient les patientes qui sont confiées au kinésithérapeute.

Il apparaît que le traitement en ambulatoire, accessible à la kinésithérapie libérale, donne des résultats satisfaisants en terme de réduction de volume de l'œdème. Le traitement intensif en hospitalisation doit être d'exception.

Quoi qu'il en soit, il nous faut améliorer les techniques utilisées, et en cerner mieux les indications et leur efficacité spécifique pour augmenter nos scores d'amélioration.