

Guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein : 11. Le lymphœdème

Susan R. Harris, Maria R. Hugi, Ivo A. Olivotto et Mark Levine, pour le Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein.

Le D^r Harris est professeure, École des sciences de réadaptation, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.); le D^r Hugi est associée au Providence Health Care, Vancouver (C.-B.); le D^r Olivotto est professeur clinique à la Division de radio-oncologie, BC Cancer Agency, Vancouver Island Cancer Centre, et à l'Université de la Colombie-Britannique, Victoria (C.-B.); le D^r Levine est associé au Centre régional de cancérologie de Hamilton d'Action Cancer Ontario, aux Départements de médecine et d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, et est titulaire de la chaire de recherche Buffett Taylor sur le cancer du sein, Université McMaster, Hamilton (Ont.).

*Le Comité directeur est rattaché à l'Initiative canadienne sur le cancer du sein de Santé Canada. La liste des membres du Comité figure en Annexe 1.

L'Annexe 2 présente une version de ce guide destinée aux patientes.

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

JAMC 2001;164(2):191-9

Voir articles connexes aux pages 212 et 213.

Résumé

Objectif : Donner des renseignements et des recommandations aux patientes et à leurs médecins pour faciliter le choix de traitement du lymphœdème relié au cancer du sein.

Options : Vêtements de compression, pompes pneumatiques de compression, traitements par massage et physiothérapie, autres méthodes de physiothérapie, traitements pharmaceutiques.

Résultats : Contrôle des symptômes, qualité de vie, résultat esthétique.

Preuves : Dépouillement systématique des publications en anglais trouvées principalement dans les bases de données MEDLINE (de 1966 à avril 2000) et CANCERLIT (de 1985 à avril 2000). Recension non systématique des documents sur le cancer du sein publiés jusqu'en octobre 2000.

Recommandations :

- Les mesures préopératoires et postopératoires des deux bras sont utiles à l'évaluation et au diagnostic du lymphœdème. Les mesures circonférentielles doivent être prises à quatre

points : aux articulations métacarpiennes-phalangiennes, aux poignets, à 10 cm en aval des épicondyles latéraux et à 15 cm en amont des épicondyles latéraux.

- Les cliniciens doivent repérer les symptômes de sensation de lourdeur, de resserrement ou d'enflure au bras affecté. Une différence de plus de 2 cm à l'un des quatre points de mesure peut justifier le traitement du lymphœdème à condition qu'on ait écarté les possibilités de lésions tumorales à la région axillaire ou au plexus brachial, d'infection et de thrombose veineuse axillaire.
- Les médecins pourraient vouloir encourager le port régulier et à long terme de vêtements de compression chez les femmes atteintes de lymphœdème.
- Une étude randomisée a démontré une tendance en faveur de l'emploi de pompes pneumatiques de compression comparativement à aucun traitement. Il faudra d'autres études randomisées pour déterminer si la compression pneumatique offre plus d'avantages que le seul port de vêtements de compression.
- Il faudra une évaluation plus poussée de la physiothérapie complexe, également appelée physiothérapie décongestive complexe, dans le cadre d'études randomisées. Dans une étude randomisée, on n'a décelé aucune différence entre la réponse au port de vêtements de compression associé au drainage lymphatique manuel et la réponse au seul port de vêtements de compression.
- L'expérience clinique soutient qu'il est utile d'encourager les patientes à prendre en compte certains conseils pratiques ayant trait aux soins de la peau, aux programmes d'exercices et à la masse corporelle.

[L'Annexe 2 présente une version de ces guides destinée aux patientes.]

Validation : La version originale de ce document a été élaborée par un groupe de travail parrainé par la BC Cancer Agency. Le document a fait l'objet de nombreuses mises à jour et révisions, puis il a été soumis à l'examen, à la révision et à l'approbation du Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein.

Commanditaire : Le Comité directeur a été constitué par Santé Canada.

Complété : Octobre 2000.

Chez les patientes traitées pour un cancer du sein, le lymphœdème est l'accumulation dans le bras de liquide à forte teneur en protéines se produisant lorsqu'il y a interruption du drainage lymphatique axillaire du bras suite à l'exérèse de ganglions lymphatiques axillaires, de radiation axillaire, ou des deux. Le lymphœdème demeure problématique en dépit des modes de traitement modernes. Les patientes atteintes peuvent connaître de la douleur, de l'enflure et des sensations de resserrement et de lourdeur au niveau du bras ainsi que des infections cutanées récurrentes. On a décrit trois stades de lymphœdème<1-3>. Au stade I, l'œdème garde l'empreinte du doigt (prend le godet) et est jugé réversible; certaines patientes atteintes d'un lymphœdème de ce stade ne présentent aucune augmentation du volume du bras ou sensation de lourdeur et aucun signe d'œdème qui prend le godet. À mesure que l'œdème évolue, il devient dur, fibreux, ne prend plus le godet, puis est irréversible (stade II). Le lymphœdème avancé (stade III), qui apparaît rarement suite au traitement d'un cancer du sein, présente un durcissement cartilagineux avec des excroissances papillomateuses et une hyperkératose cutanée. Dans ce guide, nous adoptons une approche factuelle du traitement de ce problème difficile.

Méthode

Le présent guide repose sur un dépouillement systématique de documents en anglais trouvés dans les bases de données MEDLINE (de 1966 à avril 2000) et CANCERLIT (de 1985 à avril 2000), à l'aide des mots clés «*breast*», «*breast neoplasms*», «*lymph node excision*» et «*lymphedema*». Des études contrôlées randomisées comparant différents modes de traitement présenteraient les preuves les plus solides en vue de recommander les traitements les plus indiqués du lymphœdème. Compte tenu du manque de données provenant de pareilles études, on a eu recours à une stratégie plus vaste ne se limitant pas à des critères méthodologiques de recherche. On a également consulté des articles de synthèse et des chapitres de manuels principalement pour fournir de l'information de base et obtenir des références supplémentaires. Une recension non systématique de la documentation sur le cancer du sein publiée jusqu'en octobre 2000 a aussi été effectuée. Les règles de preuve décrites par Sackett<4> ont servi à catégoriser les études expérimentales.

La première ébauche du guide a été élaborée par un groupe de travail constitué en mars 1997 et parrainé par la BC Cancer Agency. Ce groupe de travail se composait de physiothérapeutes, de chirurgiens spécialistes des interventions au sein, d'oncoradiologistes, d'oncologues médicaux et de patientes atteintes d'un cancer du sein vivant avec un lymphœdème. L'ébauche a fait l'objet de

révisions par des cliniciens et par des représentants du British Columbia College of Physicians and Surgeons, de la Registered Nurses' Association of British Columbia, du College of Physical Therapists of British Columbia et du British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines. Le Breast Tumour Group et le BC Cancer Agency ont ensuite approuvé ce guide en octobre 1997. La première version a fait l'objet de nombreuses mises à jour et révisions par un comité de rédaction puis a été soumise à l'examen, à la révision et à l'approbation du Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein, parrainé par Santé Canada.

Recommandations (y compris données probantes et raisons d'être)

Mesure

- **Les mesures préopératoires et postopératoires des deux bras sont utiles à l'évaluation et au diagnostic du lymphœdème. Les mesures circonférentielles doivent être prises à quatre points : aux articulations métacarpiennes-phalangiennes, aux poignets, à 10 cm en aval des épicondyles latéraux et à 15 cm en amont des épicondyles latéraux.**

Les écrits scientifiques ne présentent pas de définition opérationnelle constante du «lymphœdème significatif sur le plan clinique». Le manque de constance quant à la définition du lymphœdème entraîne une certaine confusion en ce qui concerne son incidence suite au traitement du cancer du sein. Dans les publications, on a eu recours aux critères suivants pour mesurer le lymphœdème : l'augmentation absolue du volume ou l'augmentation pourcentuelle du volume tel que déterminé par la méthode de déplacement de l'eau, les mesures circonférentielles et les symptômes des patientes<5,6>. Les résultats des études comparant les différences parmi les mesures de la circonférence du bras et les différences des mesures du volume sont contradictoires<7,8>. Dans le cadre d'une étude récente, Megens<8> a signalé que les mesures circonférentielles et la volumétrie par méthode de déplacement de l'eau constatées chez les femmes traitées pour un cancer du sein présentaient toutes deux une excellente fiabilité inter-évaluateurs et une excellente constance test-retest, bien que les deux méthodes concordent peu entre elles.

Les mesures circonférentielles sont très répandues parce que les rubans métriques sont faciles d'accès tandis que les mesures volumétriques présentent des difficultés logistiques. Une démarche courante consiste à mesurer la circonférence des bras de 13 à 15 cm en amont et à

10 cm en aval de l'épicondyle latéral de l'humérus<9>. Certains ont établi que les différences supérieures à 2,0 cm observées à l'un de ces points sont «significatives sur le plan clinique»<5,10>, tandis que d'autres jugent ce degré de lymphœdème léger<11,12>. D'autres méthodes d'évaluation du lymphœdème, notamment la lymphoscintigraphie, l'IRM, la scanographie et l'échographie, sont présentement évaluées dans le cadre de recherches<13>.

- **Les cliniciens doivent repérer les symptômes de sensation de lourdeur, de resserrement ou d'enflure au bras affecté. Une différence de plus de 2,0 cm à l'un des quatre points de mesure peut justifier le traitement du lymphœdème à condition qu'on ait écarté les possibilités de lésions tumorales à la région axillaire ou au plexus branchial, d'infection et de thrombose veineuse axillaire.**

Incidence du lymphœdème

Compte tenu de la variation des critères utilisés pour définir le lymphœdème et de la diversité des techniques d'évaluation, il n'est pas surprenant de constater que l'incidence du lymphœdème signalée suite au traitement d'un cancer du sein varie énormément. On a fait état de taux de lymphœdème s'échelonnant de 6 % à 70 % chez les patientes traitées pour un cancer du sein<5,14–18>. Petrek et Heelan<19> ont présenté un rapport sur l'incidence du lymphœdème après le traitement du cancer du sein en analysant sept études publiées depuis 1990. Toutes ces études étaient rétrospectives, mais elles différaient quant aux populations de patientes étudiées, aux critères de mesure du lymphœdème utilisées et aux divers degrés de suivi. L'incidence du lymphœdème variait de 2 % à 24 %.

Un lymphœdème transitoire se présente chez plusieurs patientes suite à l'évidement axillaire. Dans une étude à laquelle participaient 282 femmes ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice comprenant un évidement axillaire, Werner et ses collaborateurs<10> ont observé un œdème transitoire chez 21 femmes (7 %) et un lymphœdème chronique chez 24 d'entre elles (12 %). La durée médiane de l'évolution de l'œdème chronique était de 14 mois (intervalle de 2 à 92 mois).

L'irradiation axillaire augmente le risque de lymphœdème. Dans une étude contrôlée randomisée menée en Colombie-Britannique, on a comparé l'administration d'une chimiothérapie seule avec l'administration d'une chimiothérapie associée à une radiothérapie

régionale suivant une mastectomie radicale modifiée chez les patientes atteintes d'un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire<20>. Le taux de lymphœdème signalé était de 9,1 % chez les patientes traitées par radiothérapie et de 3,2 % chez celles n'ayant reçu qu'une chimiothérapie. Bien que le risque de lymphœdème augmente lorsqu'il y a irradiation axillaire, ce risque est également influencé par l'ampleur de l'évidement axillaire<21–24>. On a observé que l'obésité<10>, une atteinte axillaire importante<22> et un cancer récurrent des ganglions axillaires<25> constituent autant de facteurs participant également à l'apparition du lymphœdème.

Le lymphœdème chronique et grave peut très rarement provoquer un lymphangiosarcome. On fait rarement état de l'incidence de cette complication chez les patientes atteintes d'un lymphœdème, le risque qu'elle représente étant inférieur à 1 % chez des sujets non sélectionnés<25>. Une étude stratifiée suédoise réalisée auprès de 122 991 femmes traitées pour un cancer du sein entre 1958 et 1992 a signalé l'apparition d'un angiosarcome chez seulement 35 femmes<26>. De ces 35 femmes, 26 (74 %) présentaient toutefois un lymphœdème.

Traitement

Avant d'amorcer tout traitement du lymphœdème, il faut vérifier s'il y a présence de lésions tumorales à la région axillaire ou au plexus brachial, d'infection ou de thrombose veineuse axillaire, qui devront d'abord être traités, le cas échéant. Le dépouillement systématique des documents sur le traitement du lymphœdème a été limité par l'insuffisance des études randomisées prospectives évaluant les différentes options de traitement.

Vêtements de compression

- **Les médecins pourraient vouloir encourager le port régulier et à long terme de vêtements de compression chez les femmes atteintes de lymphœdème.**

Les vêtements de compression dosés exerçant des pressions de 20 à 60 mm Hg sont les piliers du traitement du lymphœdème et il convient d'y avoir recours comme thérapie primaire<1,27,28>. Certains cliniciens recommandent le port des vêtements de compression jusqu'à 24 heures par jour, tandis que d'autres recommandent leur utilisation seulement lors des périodes d'éveil et des programmes d'exercices<9,12,29–32>. Les vêtements de compression

peuvent également protéger les extrémités de blessures comme les brûlures, les lacérations et les piqûres d'insectes.

Collins et ses collaborateurs<33> ont utilisé la scanographie pour évaluer les effets d'un traitement au moyen de vêtements de compression chez 27 patientes atteintes d'un lymphœdème unilatéral. Ils ont constaté des diminutions importantes de la région transversale des loges sous-cutanées se traduisant par une diminution moyenne de 9 % de la portion proximale du membre et de 26 % de la portion distale du membre (preuves de niveau V).

Dans l'une des quelques études contrôlées randomisées portant sur le lymphœdème, on a comparé l'utilisation d'une manche de compression associée au drainage lymphatique électrostimulé avec l'utilisation d'une manche de compression seule<9>. Les deux modes de traitement résultaient en une réduction du volume du membre de 17 %, ces résultats suggérant qu'un traitement faisant appel uniquement à une manche de compression est efficace (preuves de niveau II).

Les bons vêtements de compression peuvent être faits sur mesure ou préfabriqués, et ils devraient idéalement être ajustés par du personnel ayant reçu la formation nécessaire<12,34>. Certaines manches recouvrent le membre du poignet au haut du bras. D'autres recouvrent également l'épaule et s'attachent sur le torse à l'aide d'une sangle. Un gant de compression, plus particulièrement s'il couvre le poignet, peut être utilisé lorsque la main est enflée<1>. Les vêtements de compression doivent être remplacés à chaque quatre à six mois, ou ils commenceront à perdre leur élasticité<1,32>.

Les patientes peuvent refuser de porter les vêtements de compression parce qu'ils sont peu esthétiques, inconfortables, difficiles à mettre et coûteux<1>. Les vêtements faits sur mesure, légers et colorés peuvent constituer une option satisfaisante pour améliorer le confort et la durée de port du vêtement.

Pompes pneumatiques de compression

- **Une étude randomisée a démontré une tendance en faveur de l'emploi de pompes pneumatiques de compression comparativement à aucun traitement. Il faudra d'autres études randomisées pour déterminer si la compression pneumatique offre des avantages supplémentaires comparativement au seul port de vêtements de compression.**

Seule une étude randomisée a évalué l'emploi de pompes pneumatiques de compression pour traiter le lymphœdème. Dini et ses collaborateurs<35> ont réparti en deux groupes 80 patientes ayant subi une mastectomie et présentant un lymphœdème. Le premier groupe a reçu un traitement au moyen de compressions pneumatiques intermittentes et le deuxième groupe n'a reçu aucun traitement. Les patientes du groupe traité ont suivi un cycle de traitement de deux semaines à raison de cinq sessions de compression pneumatique par semaine, chaque session durant deux heures; après une pause de cinq semaines, elles ont suivi un autre cycle de traitement de deux semaines. Bien que le groupe traité ait présenté une diminution moyenne de la circonférence du bras près de quatre fois plus importante que celle observée chez le groupe témoin (1,9 cm c. 0,5 cm), les différences observées entre les deux groupes après les tests n'ont pas réussi à atteindre le seuil de la signification statistique ($p = 0,084$) et ce, peut-être en raison de la petite taille de l'échantillon et de la grande variabilité des premières mesures de bras et des modifications circonférentielles enregistrées dans chacun des groupes (preuves de niveau II).

Un certain nombre d'études de niveau V ont également rendu compte d'expériences avec les pompes de traitement du lymphœdème<36–42>. Les résultats ont été mixtes. Ces études étaient limitées par la petite taille de leurs échantillons, des populations mixtes (œdèmes du bras et de la jambe), l'absence de groupes témoins et l'insuffisance des mesures de la réponse au traitement évaluant des symptômes tels que la douleur et la sensation de lourdeur. Dans une étude, la compression pneumatique a produit une réduction du volume du lymphœdème qui était de 18 % supérieure à la réduction produite par la compression élastique<41>, tandis que dans une autre étude, on n'a décelé aucune différence entre la compression élastique et la compression pneumatique<36>.

Aucune étude comparative publiée à ce jour n'a établi quelle durée de session de compression, quels niveaux de pression et quel genre de pompe seraient les plus efficaces. Certains résultats suggèrent<44>, bien qu'il n'y ait pas consensus<43>, que les pompes séquentielles à plusieurs chambres sont plus efficaces que les pompes mono-chambres. Les premières produisent une onde de pression linéaire de la région distale à la région proximale du bras qui renverse jusqu'à un certain point la tendance à l'accumulation du liquide dans la main. Il existe plusieurs pompes disponibles dans le commerce variant en complexité et en coût. La plupart des pompes utilisées par les thérapeutes, les cliniques et les consommatrices sont complexes et coûtent plusieurs

milliers de dollars. *Le traitement du lymphœdème au moyen d'une pompe est contre-indiqué si le membre est atteint d'une infection évolutive ou d'une thrombose veineuse profonde.*

Techniques de massage et de physiothérapie

- **Il faudra une évaluation plus poussée de la physiothérapie complexe, également appelée physiothérapie décongestive complexe, dans le cadre d'études randomisées. Dans une étude randomisée, on n'a décelé aucune différence entre la réponse au port de vêtements de compression associé au drainage lymphatique manuel et la réponse au seul port de vêtements de compression.**

La physiothérapie complexe, également appelée physiothérapie décongestive complexe, est un traitement qui prévoit une hygiène méticuleuse de la peau, le drainage lymphatique manuel, des bandages, des programmes d'exercices et des vêtements de soutien. Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage ne faisant appel qu'à la surface de la peau qui suit les voies lymphatiques anatomiques du corps. Une session de drainage lymphatique manuel débute de façon centralisée au cou et au tronc pour dégager les principales voies lymphatiques et faciliter de la sorte le drainage du bras<45–47>.

Une étude randomisée publiée récemment à laquelle participaient 42 patientes atteintes d'un lymphœdème léger de stade I ou II a comparé l'utilisation du seul traitement de base avec l'utilisation du traitement de base associé au drainage lymphatique manuel et à l'apprentissage par les patientes de techniques de massage (preuves de niveau I)<48>. Le traitement de base comprenait l'emploi d'un vêtement de compression fait sur mesure, composé d'une manche et d'un gant et porté pendant la journée, l'enseignement d'un programme d'exercices physiques, de l'éducation en ce qui concerne les soins de la peau, et des recommandations et des renseignements au sujet du lymphœdème. Au fil du temps, on a observé une réduction importante du volume du membre, une diminution de l'inconfort et une mobilité accrue des articulations chez les sujets des deux groupes. Les mesures objectives des changements volumétriques du membre et les mesures subjectives des symptômes liés au lymphœdème ne présentaient toutefois aucune différence importante distinguant les deux groupes.

Dans une étude de cohortes réalisée auprès de 35 patientes, on a comparé l'utilisation de bandages compressifs associée au drainage lymphatique manuel avec l'emploi de bandages

compressifs uniquement (preuves de niveau III)<49>. On a relevé que le volume moyen affichait une tendance à la baisse et on a observé entre les deux groupes une différence statistiquement significative quant à la réduction en pourcentage du volume, laquelle était attribuable au traitement combiné. Les symptômes ne différaient pas de façon statistiquement significative d'un groupe à l'autre. Plusieurs séries de cas ont fait état de l'utilisation de ces modes de traitement. Certaines signalaient un soulagement du lymphœdème (preuves de niveau V)<50–57>. L'interprétation de ces résultats est toutefois limitée par la méthodologie adoptée par ces études. Dans le cas d'une autre étude, le drainage lymphatique manuel associé au port d'un vêtement de compression était comparé à la compression pneumatique séquentielle associée au port d'un vêtement de compression, et on n'a décelé aucune différence entre les groupes traités (preuves de niveau II)<58>. Dans le cadre d'une autre étude où 120 patientes ont porté des vêtements de compression pendant six mois, on n'a observé aucun avantage supplémentaire associé à l'ajout d'un traitement de drainage lymphatique électrostimulé ou d'un traitement de compression pneumatique (preuves de niveau V)<36>.

Autres méthodes de physiothérapie

D'autres méthodes de physiothérapie, tels les traitements laser, l'électrostimulation, la neurostimulation transcutanée (NSTC), la cryothérapie, la thérapie aux micro-ondes et la thermothérapie, ont été utilisées pour traiter le lymphœdème chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (preuves de niveau V)<9,59–62>. Il est cependant nécessaire de soumettre ces méthodes à d'autres évaluations rigoureuses avant de formuler des recommandations à ce sujet.

Une étude italienne de 1993 a comparé l'échographie thérapeutique jointe à l'utilisation d'une pompe avec la seule utilisation d'une pompe mono-chambre<63>. On n'a observé aucune réduction importante du lymphœdème avec l'un ou l'autre des traitements. En fait, il est contre-indiqué d'utiliser l'échographie thérapeutique pour traiter les régions possiblement atteintes d'un cancer métastatique. Une étude randomisée réalisée auprès de 71 souris a démontré l'augmentation de la croissance des tumeurs lorsqu'on soumettait la tumeur directement à des ultrasons à ondes continues de haute intensité<64>. Les ultrasons à ondes continues de faible intensité et les ultrasons pulsés augmentaient également le poids et le volume de la tumeur même si cet effet n'était pas aussi important que celui observé avec des ultrasons à haute intensité<65>. *On ne doit pas avoir recours à l'échographie thérapeutique dans les sièges des métastases*

actives ou potentielles d'un cancer du sein, tels les hanches, la région lombaire, les côtes, la paroi de la cage thoracique ou les creux axillaires.

Soulagement de la douleur

La douleur et les malaises associés au lymphœdème sont communs<66,67> et doivent être soulagés principalement en contrôlant le lymphœdème. On peut traiter la douleur réfractaire avec des analgésiques narcotiques et non narcotiques, et à l'aide d'analgésiques adjuvants (p. ex., des antidépresseurs imipraminiques, des corticostéroïdes, des anticonvulsivants ou des anesthésiques locaux), au besoin<68>. Des circonstances aggravantes telles une infection ou une récurrence du cancer se présentant au niveau des ganglions lymphatiques axillaires ou du plexus brachial doivent être identifiées et traitées.

Problèmes psychosociaux

Compte tenu de la morbidité psychologique associée au lymphœdème, il faut reconnaître et aborder rapidement les problèmes psychosociaux. Il a été démontré que les femmes atteintes d'un lymphœdème présentent plus de morbidité psychiatrique et d'incapacité fonctionnelle<69–72>.

Chirurgie, diurétiques et benzopyrones

La chirurgie (p. ex., les anastomoses lympho-veineuses microchirurgicales, la création d'un lambeau musculocutané avec le muscle grand dorsal, la transposition omentale, la greffe de vaisseaux lymphatiques avec des tubes ou un filetage) a donné lieu à des résultats décevants et irréguliers, et doit être évitée<2,73–78>. Si les diurétiques, qu'on recommandait dans le passé, peuvent temporairement mobiliser le liquide, l'augmentation de la pression oncotique interstitielle exercée par la concentration élevée de protéines dans le liquide lymphatique entraînera une récurrence rapide de l'œdème<3>. L'effet diurétique peut entraîner dans le reste du corps des effets secondaires indésirables tels l'hypotension, la déshydratation et un déséquilibre électrolytique.

On a déjà préconisé l'utilisation des benzopyrones pour traiter le lymphœdème parce qu'il était estimé qu'ils stimulaient une protéolyse induite par les macrophages<79,80>. C'est ainsi qu'une grande étude randomisée contrôlée contre placebo portant sur le coumarin, un

benzopyrone, a été réalisée auprès de 140 femmes, et n'a pas réussi à démontrer un avantage (preuves de niveau I)^{<81>}. On ne recommande plus ces produits désormais.

Conseils pratiques

- **L'expérience médicale soutient qu'il est utile d'encourager les patientes à prendre en compte certains conseils pratiques ayant trait aux soins de la peau, aux programmes d'exercices et à la masse corporelle.**

Selon les auteurs de ce guide, les suggestions suivantes apparaissent sensées sur le plan médical, bien que les preuves sur lesquelles elles s'appuient soient limitées et principalement anecdotiques.

- On doit encourager des soins cutanés méticuleux. Les patientes doivent éviter les contacts avec des allergènes ou des irritants et protéger les extrémités affectées des coupures, petites blessures, piqûres d'insectes, griffures d'animaux domestiques et brûlures. Les patientes doivent veiller à éviter, dans toute la mesure du possible, des interventions médicales telles que la vaccination, les prises de sang, les accès intraveineux, le contrôle de la tension artérielle, l'acupuncture, la phlébographie et la lymphangiographie sur le bras affecté.
- Le lymphœdème peut s'aggraver si les patientes utilisent les saunas, les bains de vapeur ou les cuves thermales, passent du temps dans les climats chauds ou voyagent. Plusieurs patientes signalent une aggravation de leur lymphœdème dans l'avion^{<12, 82>}, ce qui suggère que les patientes ayant recours à une manche de compression devraient probablement l'utiliser pendant un voyage aérien.
- Les programmes d'exercices demandant un effort au bras affecté peuvent contribuer à contrôler le lymphœdème. Bien que certains cliniciens aient recommandé d'éviter l'aviron, le tennis, le golf, le ski, le squash, le racketball ou toute activité composée de mouvements vigoureux et répétitifs offrant une résistance, les publications ne présentent pas d'éléments probants suggérant que ces activités favorisent l'apparition ou l'aggravation du lymphœdème. On n'a observé aucune exacerbation d'un lymphœdème existant et aucune apparition de nouveaux cas de lymphœdème chez les 20 patientes atteintes d'un cancer du sein qui avaient participé à la course de canot Dragon, une activité sportive ardue^{<31>}. Certains spécialistes

ont recommandé que les femmes atteintes d'un lymphœdème portent une manche de compression lorsqu'elles pratiquent des exercices demandant un effort du bras<30>.

- Le maintien d'une masse corporelle idéale doit être encouragé. L'obésité est un facteur contribuant à l'évolution du lymphœdème<10,21> et peut limiter l'efficacité des pompes ou manches de compression<36>.
- L'infection cutanée, qui est souvent streptococcique, et rarement, staphylococcique, doit être traitée rapidement avec des antibiotiques tels la pénicilline, une céphalosporine ou une macrolide<83-87>. Dans le cas des infections récurrentes, on doit envisager une prophylaxie jointe à l'administration d'antibiotiques par voie orale ou à des injections mensuelles de pénicilline<87>. Il pourrait être prudent de fournir aux patientes atteintes d'infections récurrentes un approvisionnement d'urgence d'un antibiotique antistreptococcique qu'elles pourraient prendre dès l'apparition des premiers signes d'infection. On devrait encourager les patientes voyageant en région éloignée à emporter un approvisionnement d'antibiotiques.

Recherches futures

Le traitement du lymphœdème chez les patientes atteintes d'un cancer du sein repose principalement sur les résultats tirés des études de cas, sur l'expérience clinique et sur des renseignements anecdotiques. L'évolution naturelle du lymphœdème et les traitements les plus efficaces pour le contrôler sont encore largement incompris et doivent faire l'objet d'études plus poussées. Une évaluation exacte requiert qu'on dégage un consensus sur un système de mesure normalisé et fiable<88>. Dans la mesure du possible, il faudra encourager et financer les études contrôlées randomisées destinées à répondre à ces questions.

Références

1. Brennan MJ, DePompolo RW, Garden FH. Focused review: postmastectomy lymphedema. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:S74-80.
2. Foldi E, Foldi M, Clodius L. The lymphedema chaos: a lancet. *Ann Plast Surg* 1989;22:505-15.
3. Farncombe M, Daniels G, Cross L. Lymphedema: the seemingly forgotten complication. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:269-76.
4. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest* 1989;95(Suppl):2S-4S.
5. Kissin MW, Querci della Rovere G, Easton D, Westbury G. Risk of lymphedema following the treatment of breast cancer. *Br J Surg* 1986;73:580-4.

6. Casley-Smith JR. Measuring and representing peripheral oedema and its alterations. *Lymphology* 1994;27:56-70.
7. Hoe AL, Iven D, Royle GT, Taylor I. Incidence of arm swelling following axillary clearance for breast cancer. *Br J Surg* 1992;79:261-2.
8. Megens AM. Measurement of upper extremity volume in women following axillary dissection for breast cancer [dissertation]. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique; 1999.
9. Bertelli G, Venturini M, Forno G, Macchiavello F, Dini D. Conservative treatment of postmastectomy lymphedema: a controlled, randomized trial. *Ann Oncol* 1991;2:575-8.
10. Werner RS, McCormick B, Petrek J, Cox L, Cirrincione C, Gray J, et al. Arm edema in conservative management of breast cancer: obesity is a major predictive factor. *Therapeutic Radiol* 1991;180:177-84.
11. Lin PP, Allison DC, Wainstock J, Miller KD, Dooley WC, Friedman N, et al. Impact of axillary lymph node dissection on the therapy of breast cancer patients. *J Clin Oncol* 1993;11:1536-44.
12. Brennan MJ. Lymphedema following the surgical treatment of breast cancer: a review of pathophysiology and treatment. *J Pain Symptom Manage* 1992;7:110-6.
13. Gerber LH. Review of measures of lymphedema. *Cancer* 1998;83:2803-4.
14. Britton RC, Nelson PA. Causes and treatment of postmastectomy lymphedema of the arm: report of 114 cases. *JAMA* 1962;180:95.
15. MacDonald I, Osman K. Postmastectomy lymphedema. *Am J Surg* 1955;90:281.
16. Segerstrom K, Bjerle P, Graffman S, Nystrom A. Factors that influence the incidence of brachial edema after treatment of breast cancer. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1992;26:223-7.
17. Larson D, Weinstein M, Goldberg I, Silver B, Recht A, Cady B, et al. Edema of the arm as a function of the extent of axillary surgery in patients with stage I–II carcinoma of the breast treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986;12:1575-82.
18. Pezner RD, Patterson MP, Hill LR, Lipsett JA, Desai KR, Vora N, et al. Arm lymphedema in patients treated conservatively for breast cancer: relationship to patients' age and axillary node dissection technique. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986;12:2079-83.
19. Petrek JA, Heelan MC. Incidence of breast carcinoma-related lymphedema. *Cancer* 1998;83:2776-81.
20. Ragaz J, Jackson SM, Le N, Plenderleith IH, Spinelli JJ, Basco VE, et al. Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med* 1997;337:956-62.
21. Gottlieb LJ, Patel PK. Lymphedema following axillary surgery: elephantiasis chirurgica. Dans : Harris JR, Hellman S, Henderson IC, Kinne DW, s.l.d. *Breast diseases*. Philadelphie : J.P. Lippincott; 1991. p. 820-7.
22. Suneson BL, Lindholm C, Hamrin E. Clinical incidence of lymphedema in breast cancer patients in Jonkoping County, Sweden. *Eur J Cancer Care* 1996;5:7-12.
23. Christensen SB, Lundgren E. Sequelae of axillary dissection vs axillary sampling with or without irradiation for breast cancer. *Acta Chir Scand* 1989;155:515-20.
24. Brismar B, Ljungdahl I. Postoperative lymphedema after treatment of breast cancer. *Acta Chir Scand* 1983;149:687-9.
25. Recht A, Houlihan MJ. Axillary lymph nodes and breast cancer: a review. *Cancer* 1995;76:1491-512.

26. Karlsson P, Holmberg E, Samuelsson A, Johansson KA, Wallgren A. Soft tissue sarcoma after treatment for breast cancer. A Swedish population-based study. *Eur J Cancer* 1998;34:2068-75.
27. Petrek JA, Lerner R. Lymphedema. Dans : Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, s.l.d. *Diseases of the breast*. Philadelphie : Lippincott-Raven; 1996. p. 896-903.
28. Jungi WF. The prevention and management of lymphoedema after treatment for breast cancer. *Int Rehabil Med* 1981;3:129-34.
29. Zeissler RH, Rose GB, Nelson PA. Postmastectomy lymphedema: late results of treatment in 385 patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1972;53(4):159-66.
30. Brennan MJ, Miller LT. Overview of treatment options and review of the current role and use of compression garments, intermittent pumps, and exercise in the management of lymphedema. *Cancer* 1998;83:2821-7.
31. Harris SR, Niesen-Vertommen SL. Challenging the myth of exercise-induced lymphedema following breast cancer: a series of case reports. *J Surg Oncol* 2000;74:95-9.
32. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. *Compression garments for the treatment of lymphoedema*. Adelaide : Lymphoedema Association of Australia; 1995. Disponible : www.lymphoedema.org.au/garments.htm (consulté le 1^{er} décembre 2000).
33. Collins CD, Mortimer PS, D'Ettore H, A'Hern RP, Moskovic EC. Computed tomography in the assessment of response to limb compression for lymphedema: a controlled trial. *Clin Radiol* 1995;50:541-4.
34. Casley-Smith JR. Modern treatment of lymphedema. *Mod Med* 1992;35:70-83.
35. Dini D, Del Mastro L, Gozz A, Lionetto R, Garrone O, Forno G, et al. The role of pneumatic compression in the treatment of postmastectomy lymphedema. A randomized phase III study. *Ann Oncol* 1998;9:187-91.
36. Bertelli G, Venturini M, Forno G, Macchiavello F, Dini D. An analysis of prognostic factors in response to conservative treatment of postmastectomy lymphedema. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:455-60.
37. Kim-Sing C, Basco VE. Postmastectomy lymphedema treated with the Wright linear pump. *Can J Surg* 1987;30:368-70.
38. Pappas CJ, O'Donnell TF. Long-term results of compression treatment for lymphedema. *J Vasc Surg* 1992;16:555-62.
39. Klein MJ, Alexander MA, Wright JM, Redmond CK, LeGasse AA. Treatment of adult lower extremity lymphedema with the Wright linear pump: statistical analysis of a clinical trial. *Arch Phys Med Rehabil* 1988;69:202-6.
40. Raines JK, O'Donnell TF, Kalisher L, Darling RC. Selection of patients with lymphedema for compression therapy. *Am J Surg* 1977;133:430-7.
41. Swedborg I. Effects of treatment with an elastic sleeve and intermittent pneumatic compression in post-mastectomy patients with lymphedema of the arm. *Scand J Rehabil Med* 1984;16:35-41.
42. Richmand DM, O'Donnell TF Jr, Zelikovski A. Sequential pneumatic compression for lymphedema. *Arch Surg* 1985;120:1116-9.
43. Zanolla R, Monzeglio C, Balzarini A, Martino G. Evaluation of the results of three different methods of postmastectomy lymphedema treatment. *J Surg Oncol* 1984;26:210-3.
44. Gan JL, Chang TS, Liu W. The circulatory pneumatic apparatus for lymphedema of the limb. *Eur J Plast Surg* 1994;17:169-72.
45. Foldi M. Treatment of lymphedema. *Lymphology* 1994;27:1-5.

46. Kunz I. *Textbook of Dr. Vodder's manual lymph drainage*. Heidelberg : Karl F. Haug Publishers; 1989.
47. Tribe K. Treatment of lymphedema: the central importance of manual lymph drainage. *Physiotherapy* 1995;81:154-6.
48. Anderson L, Hojris I, Erlandsen M, Anderson J. Treatment of breast-cancer-related lymphedema with or without manual lymphatic drainage: a randomized study. *Acta Oncol* 2000;39:399-405.
49. Johansson K, Albertsson M, Ingvar C, Ekdahl C. Effects of compression bandaging with or without manual lymph drainage treatment in patients with postoperative arm lymphedema. *Lymphology* 1999;32:103-10.
50. Fiaschi E, Francesconi G, Fiumicelli S, Nicolini A, Camici M. Manual lymphatic drainage for chronic post-mastectomy lymphedema. *Panminerva Med* 1998;40:48-52.
51. Swedborg I. Effectiveness of combined methods of physiotherapy for post-mastectomy lymphoedema. *Scand J Rehab Med* 1980;12:77-85.
52. Boris M, Weindorf S, Lasinski B. Persistence of lymphedema reduction after noninvasive complex lymphedema therapy. *Oncology* 1997;11:99-109.
53. Matthews K, Smith J. Effectiveness of modified Complex Physical Therapy for lymphoedema treatment. *Aust Physiother* 1996;42:323-7.
54. Hutzschenreuter PO, Wittlinger H, Wittlinger G, Kurz I. Post-mastectomy arm lymphedema. *Eur J Phys Med Rehabil* 1991;1:166-70.
55. Ko DSC, Lerner R, Klose G, Cosimi AB. Effective treatment of lymphedema of the extremities. *Arch Surg* 1998;133:452-7.
56. Morgan RG, Casley-Smith JR, Mason MR, Casley-Smith JR. Complex physical therapy for the lymphoedematous arm. *J Hand Surg [Br]* 1992;17:437-41.
57. Bunce IH, Mirolo BR, Hennessy JM, Ward LC, Jones LC. Post-mastectomy lymphoedema treatment and measurement. *Med J Aust* 1994;161:125-8.
58. Johansson K, Lie E, Ekdahl C, Lindfeldt J. A randomized study comparing manual lymph drainage with sequential pneumatic compression for treatment of postoperative arm lymphedema. *Lymphology* 1998;31:56-64.
59. Chang TS, Gan JL, Huang WY, Liu W, Fu KD. A modified microwave oven in the treatment of chronic lymphedema of the extremities. *Eur J Plast Surg* 1992;15:242-6.
60. Gan JL, Li SL, Cai RX, Chang TS. Microwave heating in the management of postmastectomy upper limb lymphedema. *Ann Plast Surg* 1996;36:576-81.
61. Guide to physical therapist practice. Impaired anthropometric dimensions secondary to lymphatic system disorders. *Phys Ther* 1997;77:1611-9.
62. Piller NB, Thelander A. Treatment of chronic postmastectomy lymphedema with low level laser therapy: a 2.5 year follow up. *Lymphology* 1998;31:74-86.
63. Balzarini A, Pirovano C, Diazzi G, Olivieri R, Ferla F, Sensi S, et al. Ultrasound therapy of chronic arm lymphedema after surgical treatment of breast cancer. *Lymphology* 1993;26:128-34.
64. Sicard-Rosenbaum L, Lord D, Danoff JV, Thom AK, Eckhaus MA. Effects of continuous therapeutic ultrasound on growth and metastasis of subcutaneous murine tumors. *Phys Ther* 1995;75:3-10.
65. Sicard-Rosenbaum L, Danoff J, Guthrie J, Eckhaus M. Effects of energy-matched pulsed and continuous ultrasound on tumor growth in mice. *Phys Ther* 1998;78:271-7.

66. Brennan MJ. Incidence and sub-types of pain in lymphedema. Réunion conjointe annuelle de la American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation et du American Congress of Rehabilitation Medicine; le 15 novembre 1992; San Francisco.
67. Getz DH. The primary, secondary, and tertiary nursing interventions of lymph edema. *Cancer Nurs* 1985;8:177-84.
68. Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein, Guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein : 10. Traitement de la douleur chronique chez les patientes atteintes du cancer du sein. *JAMC* 1998;158 (3 Suppl) : SF81-92. Disponible : www.cma.ca/cmaj/vol-158/issue-3/breastcpg-f/0071.htm
69. Tobin MB, Lacey HJ, Meyer L, Mortimer, PS. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993;72:3248-52.
70. Passik SD, McDonald MV. Psychosocial aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma. *Cancer* 1998;83(12 Suppl):2817-20.
71. Maunsell E, Brisson J, Deschênes L. Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Can J Surg* 1993;36:315-9.
72. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998;16:487-94.
73. International Society of Lymphology Executive Committee. Consensus document: the diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology* 1995;28:113-7.
74. Miller TA. Surgical approach to lymphedema of the arm after mastectomy. *Am J Surg* 1984;148:152-6.
75. Filippetti M, Santoro E, Graziano F, Petric M, Rinaldi G. Modern therapeutic approaches to postmastectomy brachial lymphedema. *Microsurgery* 1994; 15:604-10.
76. Goldsmith HS, De Los Santos R. Omental transposition in primary lymphedema. *Surg Gynecol Obstet* 1967;125:607.
77. Kambayashi J, Ohshiro T, Mori T. Appraisal of myocutaneous flapping for treatment of postmastectomy lymphedema. *Acta Chir Scand* 1990;156:175-7.
78. Brorson H, Svensson H. Liposuction combined with controlled compression therapy reduces arm lymphedema more effectively than controlled compression alone. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1058-67.
79. Casley-Smith JR, Morgan RG, Piller NB. Treatment of lymphedema of the arms and legs with 5,6-benzo-pyrone. *N Engl J Med* 1993;329:1158-63.
80. Piller NB, Morgan RG, Casley-Smith JR. A double-blind, cross-over trial of O-(B-hydroxyethyl)-rutosides (benzopyrones) in the treatment of the arms and legs. *Br J Plast Surg* 1988;41:20-7.
81. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Rooke TW, Quella SK, Novotny P, et al. Lack of effect of coumarin in women with lymphedema after treatment for breast cancer. *N Engl J Med* 1999;340:346-50.
82. Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. Lymphedema initiated by aircraft flights. *Aviat Space Environ Med* 1996;67:52-6.
83. Simon MS. Cellulitis after axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast. *Am J Med* 1992;93:543-8.
84. Baddour LM, Bisno AL. Non-group beta hemolytic streptococcal cellulitis: association with venous and lymphatic compromise. *Am J Med* 1985;79:155-9.

85. Hook EW, Hooten TM, Horton CA, Coyle M, Ramsey P, Turck M. Microbiologic evaluation of cutaneous cellulitis in adults. *Arch Intern Med* 1986;146:295-7.
86. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of the skin and soft tissues. *N Engl J Med* 1996;334:240-5.
87. Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. *Sanford guide to antimicrobial therapy*. Hyde Park (VT): Antimicrobial Therapy Inc; 1999.
88. Megens A, Harris SR. Physical therapist management of lymphedema following treatment for breast cancer: a critical review of its effectiveness. *Phys Ther* 1998;78:1302-11.

Annexe 1 : Membres du Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein et organismes responsables de leur nomination

Action Cancer Ontario :
D^r Mark Levine (président)
Centre régional de cancérologie de Hamilton et
Université McMaster
Hamilton (Ont.)

Fondation manitobaine de traitement du cancer
et de recherche en cancérologie :
D^r David M. Bowman
Fondation manitobaine de traitement du cancer
et de recherche en cancérologie
Winnipeg (Man.)

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial
sur les services de santé :
D^r Judy Caines
Nova Scotia Cancer Centre
Halifax (N.-É.)

Collège royal des médecins et chirurgiens du
Canada :
D^r Jacques Cantin
Centre hospitalier de l'Université
de Montréal
Montréal (Qué.)

Comité consultatif sur le cancer du Québec :
D^r Jean Deschênes
Hôpital général juif
Québec (Qué.)

Association des infirmières et infirmiers du
Canada :
M^{me} Chris Emery
BC Cancer Agency
Delta (C.-B.)

Saskatchewan Cancer Foundation :
D^r L. Arthur Firth
Allan Blair Cancer Centre
Regina (Sask.)

Réseau canadien du cancer du sein :
D^r Maria R. Hugi
Providence Health Care
Vancouver (C.-B.)

Alberta Cancer Board :
D^r Alan W. Lees
Cross Cancer Institute
Edmonton (Alb.)

Réseau canadien du cancer du sein :
M^{me} Sabina Mallard
(Représentante des consommatrices)
Stratford (Î.-P.-É.)

Santé Canada :
D^r W. Phillip Mickelson
Division de la santé des adultes
Centre de prévention et de contrôle des maladies
chroniques
Santé Canada
Ottawa (Ont.)

Fondation pour la recherche en cancérologie et le
traitement du cancer de la Nouvelle-Écosse :
D^r Maureen C. Nolan
Nova Scotia Cancer Centre
Halifax (N.-É.)

British-Columbia Cancer Agency :
D^r Ivo A. Olivotto
Vancouver Island Cancer Centre, et
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (C.-B.)

Action Cancer Ontario :
D^r Carol Sawka
Centre régional de cancérologie de
Toronto-Sunnybrook
Toronto (Ont.)

Corporation des sciences de la santé
de l'Atlantique :
D^r Hugh Scarth
Hôpital régional de Saint John
Saint John (N.-B.)

Collège des médecins de famille du
Canada :
D^r John W. Sellors
Université McMaster
Hamilton (Ont.)

Fondation pour la recherche en
cancérologie et le traitement du
cancer de Terre-Neuve :
D^r S. Kishore Thain
D^r H.B. Murphy Cancer Centre
St. John's (T.-N.)

Annexe 2

Questions et réponses sur le traitement du lymphœdème relié au cancer du sein

Un guide pour les patientes et leurs médecins

Qu'est-ce qu'un lymphœdème?

Le lymphœdème est l'enflure qui se produit lorsqu'il y a accumulation d'un liquide à forte teneur en protéines appelé «lymphe» dans une partie du corps. Dans le cas du lymphœdème relié au cancer du sein, cette accumulation de liquide se trouve généralement au niveau du bras où elle peut causer de la douleur, des sensations de resserrement et de lourdeur, et des infections cutanées à répétition.

Qu'est-ce qui cause le lymphœdème?

Normalement, la lymphe circule dans les vaisseaux lymphatiques et se déverse par la suite dans la circulation sanguine. Il arrive parfois que cet écoulement lymphatique soit interrompu par des dommages causés aux vaisseaux et aux structures ovales appelées «ganglions lymphatiques» qui se trouvent le long des vaisseaux.

Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'endommagement des voies lymphatiques peut être entraîné par le cancer lui-même, par une infection ou par certains traitements du cancer du sein. Par exemple, le lymphœdème peut se produire suite à l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle ou «creux axillaire» (une intervention qu'on appelle l'«évidement axillaire»; voir le Guide 4 au sujet de l'ablation des ganglions lymphatiques lors d'une chirurgie du cancer du sein [www.cma.ca/cmaj/vol-158/issue-3/breastcpg-f/0022.htm]). La radiothérapie de l'aisselle, qui occasionne la formation de cicatrices et interrompt ou ralentit l'écoulement lymphatique, peut également entraîner le lymphœdème.

Dans nombre de cas, le lymphœdème apparaît au cours de la première année qui suit la chirurgie ou la radiothérapie, mais il peut se présenter à tout moment. Le lymphœdème peut constituer un problème temporaire ou à long terme.

Comment mesure-t-on le lymphœdème?

Si vous ou votre médecin soupçonnez que vous êtes atteinte d'un lymphœdème suite à la chirurgie ou au traitement de radiothérapie, il faudra vous examiner. Votre médecin utilisera peut-être un ruban métrique pour comparer la mesure du tour de chacun de vos bras à différents endroits et du tour de vos poignets et de vos mains. Une différence de 2 cm observée à l'un ou l'autre de ces points de mesure pourrait justifier un traitement. Votre médecin vérifiera également si vous connaissez des sensations de resserrement ou de lourdeur au niveau de vos bras. Cette évaluation permettra à votre médecin d'établir si votre lymphœdème est léger, modéré ou grave (un lymphœdème grave se produit rarement suite à des traitements du cancer du sein). Il existe d'autres méthodes de mesure du lymphœdème, telle la méthode de déplacement de l'eau, mais elles sont utilisées moins souvent.

Mon médecin m'apprend que je suis atteinte d'un lymphœdème. Quels sont mes choix de traitement?

Avant que vous ne commenciez un traitement pour votre lymphœdème, vous voudrez vous assurer que vous n'êtes pas atteinte d'autres problèmes reliés à votre cancer du sein. Votre médecin vérifiera si votre bras présente une infection ou s'il y a des tumeurs au niveau de votre aisselle. Il vérifiera également s'il y a des caillots sanguins à l'aisselle (appelés «thrombose veineuse axillaire»). Une fois que votre médecin aura écarté ces problèmes, vous pourrez amorcer un traitement du lymphœdème.

On vous proposera généralement un traitement qui demande le port d'un vêtement de compression. Il arrive parfois qu'on propose d'autres traitements en plus du port du vêtement de compression,

comme l'utilisation d'une pompe pneumatique de compression ou de techniques de massage et de physiothérapie, et dans certains cas, qu'on suggère de remplacer le vêtement de compression par ces traitements. Vous devez toutefois vous rappeler qu'à ce moment-ci, le seul traitement qui peut être recommandé en s'appuyant sur les preuves scientifiques – des renseignements tirés d'études auxquelles ont participé de grands nombres de femmes – est le port d'un vêtement de compression.

Vêtements de compression

Un vêtement de compression (qu'on appelle parfois «manche de compression») est un morceau ajusté de tissu élastique qui couvre l'ensemble ou une partie du bras. Il peut également couvrir le poignet ou une partie de l'épaule. Les bons vêtements de compression sont généralement faits sur mesure. Il est nécessaire de les remplacer à chaque quatre à six mois ou lorsqu'ils commencent à perdre leur élasticité. Le vêtement devrait idéalement être ajusté par du personnel qui a reçu la formation nécessaire pour qu'il vous convienne.

Un vêtement de compression fonctionne en exerçant une pression sur votre bras enflé et en empêchant l'accumulation de lymphe dans une région donnée. Votre médecin peut recommander que vous portiez le vêtement jour et nuit ou que vous le portiez seulement lorsque vous êtes éveillée. Quelles que soient les recommandations de votre médecin, vous ne devez pas oublier que la recherche démontre que l'utilisation régulière et à long terme de vêtements de compression entraînera une amélioration du lymphœdème.

Pompes pneumatiques de compression

Une pompe pneumatique de compression est un système assorti d'une manche qui peut être gonflée avec de l'air comprimé afin de masser le bras. La pompe pousse la lymphe de la main et du bras vers le corps. Il existe plusieurs pompes disponibles dans le commerce, variant en complexité et en coût. La plupart des pompes utilisées par les thérapeutes, les cliniques et les patientes sont complexes et coûtent plusieurs milliers de dollars.

Malheureusement, aucune étude publiée n'a établi le genre de pompe le plus efficace, la durée de traitement la plus souhaitable ou les meilleurs niveaux de pression. Nous savons cependant que vous ne devez pas recourir à un traitement à l'aide d'une pompe si vous souffrez d'une infection évolutive ou de problèmes liés à des caillots sanguins (aussi appelés «thrombose veineuse profonde»).

Techniques de massage et de physiothérapie

On utilise les techniques de massage et de physiothérapie pour favoriser le drainage du liquide de la région affectée. Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage qu'on n'applique qu'à la surface de la peau. Le thérapeute tente d'améliorer le drainage du bras en dégageant les principales voies lymphatiques du corps à partir du cou puis en se déplaçant vers les principales parties du corps.