

TEXTE COURT DU RAPPORT D'ÉVALUATION TECHNOLOGIQUE

Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein

Indications et conditions de réalisation

Décembre 2012

Ce texte court est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 35

Sommaire

Introduction	4
Contexte	5
Méthodes d'évaluation	9
Résultats de l'évaluation	10
Conclusion	14
Fiche descriptive	16

Introduction

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), en partenariat avec le Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2012 en vue d'évaluer la « rééducation d'un lymphœdème vrai, après chirurgie et/ou radiothérapie pour cancer du sein, par drainage manuel, et des conséquences orthopédiques sur le membre supérieur, la racine et/ou la ceinture scapulaire pour 1 ou 2 membres ».

Dans le cadre de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), l'objectif des demandeurs est l'admission au remboursement d'un acte de masso-kinésithérapie destiné aux femmes traitées pour un cancer du sein, associant deux actes déjà inscrits (le drainage lymphatique manuel et la rééducation d'un membre et de sa racine), mais dont la cotation lors d'une même séance de soins n'est actuellement pas autorisée. L'enjeu de cette saisine est de permettre une meilleure prise en charge médicale et financière des patientes présentant ces pathologies secondaires aux traitements d'un cancer du sein.

Comme convenu lors du cadrage de ce sujet, disponible en ligne sur le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr>), l'évaluation répondra à la demande de la CNAMTS tout en prenant en compte sur le plan pratique, les autres composantes du traitement associées aux actes évalués. Ainsi, le rapport précisera les indications, les non-indications et les contre-indications de la prise en charge masso-kinésithérapique, au cours d'une même séance, d'un lymphœdème des membres supérieurs et d'une raideur de l'épaule, chez des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein. Seront également précisés le contenu des séances (techniques employées, durée de chaque acte) ainsi que leur durée globale et leur fréquence.

Contexte

Lymphœdème secondaire

► Définition et étiologie

Le lymphœdème est une maladie chronique et évolutive causée par l'accumulation de liquide lymphatique à forte teneur protéique dans les espaces interstitiels et les tissus sous-cutanés, principalement adipeux et conjonctifs. Cette accumulation se produit lors d'un dysfonctionnement du système lymphatique et peut entraîner une augmentation de volume d'un ou de plusieurs membre(s) et/ou des organes génitaux externes.

Les lymphœdèmes secondaires (les plus nombreux) surviennent après une agression sur le système lymphatique (cancers, chirurgie, radiothérapie, curiethérapie, traumatisme, filariose lymphatique). Ce type de lymphœdème se caractérise par un obstacle sur le trajet du système lymphatique (aires ganglionnaires, vaisseaux lymphatiques). En fonction de la localisation de l'agression, c'est le membre supérieur ou inférieur qui est touché. Concernant le lymphœdème secondaire au cancer du sein, il apparaît à la suite d'une radiothérapie, d'une lymphadénectomie axillaire sélective (technique du ganglion sentinelle) ou non sélective (*axillary sampling*) ou d'un curage axillaire.

Le lymphœdème secondaire peut être la source d'une importante morbidité physique et psychologique, qui se traduit par une détérioration de la qualité de vie. Sur le plan physique, les membres enflés peuvent être douloureux et leurs mouvements limités, ce qui peut occasionner des problèmes dans la réalisation des activités quotidiennes, en plus d'altérer l'image corporelle et d'affecter la santé mentale. De plus, la défaillance du système lymphatique conduit à une diminution de l'immunité dans le membre affecté qui prédispose à des infections récurrentes comme la cellulite, la lymphangite et l'érysipèle. Sur le plan psychologique, cette pathologie peut entraîner, entre autres, une détresse psychologique, de l'anxiété, une dépression, un dysfonctionnement sexuel ou un évitement social.

► Epidémiologie

Compte tenu de la variation des critères utilisés pour définir cliniquement le lymphœdème et de la diversité des techniques d'évaluation, les taux d'incidence du lymphœdème rapportés suite au traitement d'un cancer du sein peuvent beaucoup varier d'une publication à l'autre.

Selon une recommandation de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer en 2001, plus de 98 % des patientes présentent une lymphostase postopératoire des membres supérieurs. Quatre-vingt-dix pour cent régressent spontanément en quelques jours : 10 % auront un lymphœdème qui va persister 2 mois ½ après. Quinze à 20 % des patientes vont présenter à nouveau un œdème entre 12 et 18 mois. On observe 25 % de lymphœdèmes modérés (différence de périmètre entre les deux membres inférieure à 3 cm) et 6 % de lymphœdèmes sévères (différence supérieure à 3 cm).

► Traitement

Il n'y a pas de traitement curatif connu du lymphœdème secondaire lié au cancer. Cependant, différentes modalités de traitements symptomatiques existent, qui ont pour but d'accroître la circulation lymphatique et sanguine veineuse, de réduire le volume de l'œdème et de conserver ou de rétablir la fonction et l'esthétique du membre atteint et de prévenir les complications. Ces traitements peuvent être physique, pharmacologique ou chirurgical. Il est toutefois rare qu'une seule intervention thérapeutique soit prodiguée et, en règle générale, la prise en charge du lymphœdème implique une association de traitements. Le plan thérapeutique précis requis dépendrait de plusieurs facteurs, dont le siège du lymphœdème, sa gravité et l'état psychologique du patient.

Traitements physiques

Drainage lymphatique manuel

Il n'existe pas de définition consensuelle du DLM. Le DLM est une technique qui essaie de favoriser la résorption des liquides interstitiels excédentaires. Son action vise à augmenter la résorption lymphatique et veineuse superficielle.

D'un point de vue théorique, le DLM utilise traditionnellement deux types de manœuvres : les manœuvres d'appel et les manœuvres de résorption. Les manœuvres d'appel sont réalisées à distance de l'œdème en zone saine, et sont décrites classiquement pour augmenter la contraction des lymphangions de la zone qui va recevoir l'œdème et avoir un effet de succion sur la zone de l'œdème. Elles sont censées stimuler la contraction des collecteurs. Les manœuvres de résorption, quant à elles, ont une action sur les capillaires lymphatiques initiaux et permettent d'actionner la pompe lymphatique.

D'un point de vue pratique, les modalités de mise en œuvre du drainage lymphatique manuel peuvent varier selon les praticiens.

Compression médicale

La compression est un élément clé du traitement du lymphœdème. Les dispositifs utilisés (bandes, bas et manchons) ont fait l'objet d'une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui préconise d'utiliser en première intention pour le membre supérieur :

- des bandes sèches à allongement court (10 % à 100 % d'allongement) ou inélastiques (< 10 % d'allongement) et des dispositifs de capitonnage avec la pression maximale tolérée, lors de la phase intensive de réduction du volume du lymphœdème (au moins 5 jours par semaine, pendant 1 à 6 semaines) ;
- des vêtements de compression type manchons de 15 à 20, 20 à 36 ou > 36 mmHg lors de la phase de maintien (traitement au long cours).

Pressothérapie pneumatique (ou compression pneumatique)

La pressothérapie pneumatique est une technique de compression instrumentale. L'appareil est composé de chambres à air séquentielles produisant graduellement des compressions et des décompressions.

Exercices physiques

Ils sont pratiqués à la phase intensive avec une compression utilisant des bandes et à la phase de maintien avec des manchons. L'objectif est d'améliorer l'efficacité de la pompe musculaire, ce qui augmente la circulation de la lymphe.

Thérapie décongestive complexe

Elle a été décrite pour la première fois par Földi. Elle est également appelée physiothérapie complète décongestive ou thérapie physique multimodale et se compose de différentes modalités de traitements. La phase intensive de la thérapie décongestive complexe consiste généralement en l'association de drainage lymphatique manuel, de bandages compressifs multicouches peu élastiques, d'exercices thérapeutiques de mobilité et de soins de la peau.

Traitements pharmacologiques

De nombreuses molécules ont été testées avec des résultats variables. En France, seuls les oligomères procyanidoliques de la famille des flavonoïdes (Endotelon®) ont obtenu une AMM avec les indications suivantes : traitement du lymphœdème du membre supérieur après traitement radio-chirurgical du cancer du sein, en complément des méthodes physiques et surtout de la contention élastique adaptée, ou utilisé seul chez les patientes ne pouvant bénéficier du traitement physi-

que qui est le traitement *princeps* du lymphœdème. Cependant, ils ne sont plus pris en charge par l'Assurance maladie en raison d'un service médical rendu insuffisant.

Traitements chirurgicaux

La chirurgie n'est généralement recommandée que pour les patients présentant un lymphœdème secondaire, lorsque les traitements conservateurs n'ont pas été efficaces.

Plusieurs techniques chirurgicales ont été proposées pour traiter les lymphœdèmes : anastomoses lymphoveineuses, greffe de canaux lymphatiques, transfert ganglionnaire, liposuccion. Les indications sont rares et difficiles à poser car elles ne sont pas consensuelles et ces différentes chirurgies font toujours l'objet de doute quant à leur efficacité et leur innocuité.

Raideur de l'épaule

► Définition et étiologie

L'enraidissement de l'épaule correspond à la constatation, lors de l'examen clinique, d'une diminution des amplitudes passives de l'articulation glénohumérale, qu'elle soit liée à une lésion articulaire ou des tissus péri-articulaires. La physiopathologie, l'étiologie et les lésions anatomiques à l'origine de ces enraidissements restent mal connues. La raideur de l'épaule rentre le plus fréquemment dans le cadre nosologique du syndrome douloureux régional complexe de type I (SDRC I), dénomination qui permet de réunir les différents termes utilisés dans la littérature tels que l'épaule gelée (*frozen shoulder*), la capsulite adhésive ou rétraction capsulaire et le syndrome algodystrophique.

Dans le cadre du cancer du sein, la limitation de la fonction du bras/épaule est une des complications les plus fréquemment observées après chirurgie, en particulier axillaire. En effet, la cicatrice du curage située dans la zone axillaire est un frein à la mobilité du membre supérieur, en raison à la fois de la peur de désunir les berges cicatricielles et de tirer sur l'un des drains aspiratifs mis en place, et également en raison des pansements mis en place. De plus, la lame cellulo-adipeuse qui est retirée lors de l'évidement du creux axillaire peut être remplacée par des sérosités évoluant vers des adhérences susceptibles de limiter le jeu articulaire.

La radiothérapie axillaire entraîne également une réduction significative de l'amplitude de mouvements au niveau de l'épaule, en raison surtout de la survenue d'une fibrose des chefs externes du grand pectoral.

De même, les autres complications des traitements du cancer du sein, telles que les lymphœdèmes du membre supérieur et les thromboses lymphatiques superficielles (*axillary web syndrome*) peuvent engendrer une limitation de la mobilité et de la flexion antérieure de l'épaule.

Enfin, des raideurs de l'épaule peuvent apparaître, souvent à distance de l'intervention, suite à l'évolution d'une pathologie articulaire préalable, indépendante du traitement cancérologique.

► Épidémiologie

Selon une revue systématique qui réunissait 32 études contrôlées randomisées, l'apparition d'une restriction des mouvements de l'épaule aurait une incidence variant de moins de 1 % jusqu'à 67 % chez les patientes après une chirurgie et/ou une radiothérapie pour un cancer du sein au stade précoce ; une douleur du bras ou de l'épaule serait présente pour 9 % à 38 % des patientes et une diminution de la force musculaire du bras pour 9 % à 28 % d'entre elles.

► Traitement

La rééducation précoce de l'épaule, en postopératoire, est recommandée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et a pour objectif de prévenir les anomalies fonctionnelles du bras ou de l'épaule, dont l'enraidissement, et aussi de permettre la récupération d'une am-

plitude minimale nécessaire pour la bonne réalisation de la radiothérapie. Elle permet également une prise en charge psychologique avec la possibilité de délivrer des informations à la patiente.

A la sortie de l'hospitalisation, l'autorééducation se poursuit à domicile en l'absence de complications.

Après le premier mois qui suit l'opération, où la cicatrisation des tissus mous est généralement obtenue, la rééducation ne s'adresse qu'aux patientes dont les complications précoces n'ont pas permis de retrouver une amplitude d'épaule fonctionnelle¹ (exemple : thromboses lymphatiques superficielles), qui présentent des complications tardives (exemple : rétractation du grand et du petit pectoral après radiothérapie) ou une décompensation d'une pathologie articulaire préexistante (exemple : lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs de l'épaule). La rééducation fait appel à des techniques manuelles et éventuellement à d'autres techniques de physiothérapie (ex : électrothérapie, balnéothérapie).

Par ailleurs, en association aux traitements physiques, on peut utiliser des traitements pharmacologiques pour assurer une antalgie (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, décontractants) ou traiter l'inflammation (corticoïdes locaux). Dans le cadre d'un cancer du sein, les injections ne sont pas recommandées du côté du sein opéré.

¹ *a minima*, capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne comme, par exemple, se coiffer, manger, s'habiller, se laver...

Méthodes d'évaluation

La méthode d'évaluation utilisée dans ce rapport par la HAS est fondée sur :

- l'analyse critique des données identifiées de la littérature scientifique : la recherche documentaire visait à retenir uniquement les recommandations internationales, les rapports d'évaluation et assimilés, les revues systématiques ainsi que les méta-analyses portant sur les indications, non-indications et contre-indications ainsi que sur les caractéristiques techniques et pratiques (contenu, nombre, durée, fréquence) du drainage lymphatique manuel et de la rééducation de l'épaule lors de la prise en charge d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule, après traitement d'un cancer du sein ; elle a été effectuée en langue française par une interrogation systématique des bases de données bibliographiques médicales et scientifiques *Medline*, *BDSP*, *Pascal*, *Kinedoc*, *Cinahl* et *Pedro* (période de recherche : janvier 2002 – septembre 2012), par une recherche sur les sites internet de différents organismes (agences d'évaluation, sociétés savantes, ministères de la Santé, etc.) ainsi que par d'autres sources ;
- la position argumentée de professionnels de santé réunis dans un groupe de travail :
 - ▶ il s'agit d'un groupe « technique » composé de 10 experts ayant de bonnes connaissances pratiques du sujet (6 masseur-kinésithérapeutes, 3 lymphologues² et 1 médecin de médecine physique et de réadaptation) ;
 - ▶ le groupe a été interrogé par la HAS sur les différents aspects à traiter dans cette évaluation, dont notamment :
 - les techniques de DLM et de rééducation de l'épaule ;
 - les indications, non-indications et contre-indications des séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule ;
 - le contenu de ces séances combinées, leur durée et leur fréquence.
 - ▶ les réponses du groupe ont fait l'objet d'un compte-rendu rédigé par la HAS à l'issue de la réunion, et validé par l'ensemble des membres du groupe.
- la consultation d'un groupe de lecture multidisciplinaire :
 - ▶ il est constitué de vingt-trois experts appartenant aux disciplines suivantes : chirurgie gynécologique spécialisée en sénologie, lymphologie, masso-kinésithérapie, médecine physique et de réadaptation, radiothérapie oncologique et rhumatologie ;
 - ▶ les experts ont été interrogés sur les conclusions intermédiaires du rapport basées sur l'analyse de la littérature et la position argumentée du groupe de travail.

² Il n'existe pas de DES (ni de DESC) de lymphologie ; les lymphologues sont habituellement des dermatologues, médecins internistes, médecins vasculaires, [...], ayant obtenu un diplôme universitaire de lymphologie.

Résultats de l'évaluation

Analyse critique de la littérature

La littérature analysée n'a pas permis d'identifier de documents synthétiques (recommandations, rapports d'évaluation technologique, méta-analyses, revues systématiques) portant sur la réalisation, au cours d'une même séance de masso-kinésithérapie, d'un drainage lymphatique manuel et d'une rééducation d'une raideur de l'épaule « installée », après traitement d'un cancer du sein.

La recherche des indications/non-indications/contre-indications de ces deux actes ainsi que celle concernant leur contenu technique, leur fréquence et leur durée ont donc été traitées séparément.

► Drainage lymphatique manuel après traitement d'un cancer du sein

Aucun document synthétique portant spécifiquement sur le drainage lymphatique manuel d'un lymphœdème des membres supérieurs, après traitement d'un cancer du sein, n'a été retrouvé. De ce fait, deux recommandations et un rapport d'évaluation technologique statuant sur le traitement physique du lymphœdème en général ont été sélectionnés. Aucune méta-analyse n'a été identifiée par la recherche bibliographique. Aucune revue systématique n'a été retenue lors du processus de sélection.

Au total, très peu de littérature a été identifiée. Elle n'a pas permis de définir clairement les indications, non-indications et contre-indications, le contenu, la fréquence ou la durée d'une séance de DLM d'un lymphœdème des membres supérieurs secondaires au traitement d'un cancer du sein. De plus, les différentes techniques employées de DLM ne sont pas explicitées dans les documents analysés, seules des règles générales pratiques d'application ont été retrouvées (patient en position couchée, réalisation du massage de la zone proximale vers la zone distale, etc.).

Cependant, il ressort des documents analysés les informations générales suivantes :

- le DLM (au cours d'une thérapie décongestive complexe) est préconisé pour les lymphœdèmes des membres supérieurs modérés à sévères, à partir du stade II de la classification de l'ISL, chez des patients compliants et ayant une bonne mobilité ; le drainage lymphatique manuel n'est en général pas indiqué lors de la phase d'entretien du lymphœdème (1 recommandation) ;
- les contre-indications absolues du DLM sont l'insuffisance cardiaque incontrôlée, la thrombose veineuse profonde aiguë, l'épisode infectieux aigu ; l'obstruction de la veine cave supérieure ainsi que l'insuffisance rénale aiguë, et les contre-indications relatives sont les tumeurs malignes (2 recommandations) ;
- le DLM peut être réalisé quotidiennement (ou parfois 2 fois par jour) ou 3 fois par semaine ; un traitement peut durer 3 semaines ou plus et peut être répété à des intervalles allant de 3 mois à 1 an (1 recommandation) ;
- la technique la plus appropriée de DLM, la fréquence et la durée de traitement optimales et les indications ne peuvent pas être déterminées à partir de la littérature existante (1 recommandation et 1 rapport d'évaluation technologique).

► Rééducation de la raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein

Trois recommandations et deux revues systématiques portant sur la rééducation de l'épaule après traitement d'un cancer du sein ont été sélectionnées. Aucun rapport d'évaluation technologique ni méta-analyse n'a été identifié lors de la recherche bibliographique.

Les documents identifiés, très peu nombreux, donnent peu d'information sur les indications/non-indications, le contenu ; la durée et la fréquence des séances de masso-kinésithérapie, en dehors de la période hospitalière ou posthospitalière immédiate.

Certains points peuvent néanmoins être dégagés :

- selon les recommandations analysées, une intervention du physiothérapeute est indiquée, en dehors de la période postopératoire immédiate à l'hôpital, lorsqu'il existe une réduction persistante de la mobilité du bras et de l'épaule, c'est-à-dire après 1 à 3 mois de rééducation postopératoire « classique » (par la patiente elle-même au domicile) ;
- la littérature rapporte l'existence d'exercices de récupération de l'amplitude des mouvements de l'épaule au cours de traitement physique du lymphœdème (dans le cadre d'une thérapie décongestive complexe ou pas) ; ces exercices concernent surtout un travail sur l'abduction, la rotation externe et la flexion de l'épaule avec, en option, des mouvements dans le plan anatomique strict, dans le plan fonctionnel scapulaire, ou des mouvements fonctionnels et combinés ; les exercices présentés dureraient de 45 à 60 minutes, 2 à 3 fois par semaine, pendant 8 à 12 semaines ;
- selon les revues systématiques analysées, la durée et la fréquence optimales des séances de rééducation masso-kinésithérapique de la raideur de l'épaule et le type d'exercices le plus bénéfique pour améliorer la mobilité de l'épaule ne peuvent être déterminés à partir de la littérature existante.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni le 24 septembre 2012. Sa composition et le compte-rendu *in extenso* de la réunion se trouvent dans la version intégrale du rapport. En réponse aux questions de la HAS sur les différents aspects de l'évaluation, une position consensuelle s'est dégagée au sein du groupe sur les points suivants :

► Indications des séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule

Le groupe de travail est arrivé à la conclusion que les séances de masso-kinésithérapie comprenant un DLM et une rééducation de l'épaule après traitement d'un cancer du sein sont indiquées uniquement à la phase intensive du traitement.

Le groupe a précisé des critères d'indication pour la réalisation de ces séances :

1) Critères d'indication généraux :

- motivation de la patiente ;
- capacité d'autogestion des problèmes ;
- éloignement de la patiente par rapport au lieu des soins.

2) Critères d'indication relatifs au lymphœdème :

- différence de circonférence de plus de 2 cm par rapport au membre controlatéral (critère obligatoire) ;
- répercussion fonctionnelle importante/perte d'autonomie (critère obligatoire) ;
- compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages) (critère obligatoire) ;
- présence du signe du godet (critère facultatif).

3) Critères d'indication relatifs à la raideur de l'épaule :

- asymétrie d'amplitudes entre les deux épaules, survenue ou aggravée après traitement pour cancer du sein (critère obligatoire) ;
- répercussion fonctionnelle importante/perte d'autonomie (critère obligatoire) ;
- douleur (critère facultatif).

► **Non-indications et contre-indications des séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule**

Selon le groupe de travail, les non-indications aux séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule sont :

- l'absence d' « urgence fonctionnelle » à traiter le lymphœdème et la raideur de l'épaule en même temps ;
- les soins palliatifs ;
- la phase d'entretien du lymphœdème.

Les contre-indications à ces séances sont :

- l'insuffisance cardiaque décompensée ;
- les épisodes infectieux aigus (érysipèle, lymphangite, etc.) ;
- l'atrophie cutanée au niveau du membre supérieur à traiter ;
- les dermatoses bulleuses ;
- l'hyperalgie de l'épaule ;
- l'artériopathie oblitérante des membres supérieurs (contre-indication relative si utilisation de bandes peu élastiques lors de la séance – contre-indication absolue si utilisation de bandes élastiques) ;
- la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe au niveau du membre supérieur à traiter.

► **Contenu, durée et fréquence des séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule**

Le groupe de travail a défini le contenu de la séance combinée de DLM et de rééducation de l'épaule ainsi que la durée moyenne de réalisation de chaque acte comme suit :

- étape 1 : hygiène de la peau (5 minutes) ;
- étape 2 : rééducation de l'épaule (environ 30 minutes, dont 15 minutes de mobilisation manuelle) ;
- étape 3 : DLM (environ 30 minutes) ;
- étape 4 : bandages (entre 5 et 10 minutes).

Le groupe de travail s'accorde pour dire qu'il n'est pas possible actuellement de déterminer précisément et avec certitude une technique standard de drainage lymphatique manuel (pression exercée, type de manœuvres, zones des manœuvres, déroulement du drainage, etc.). Cependant, les pratiques actuelles, bien qu'en pleine évolution, reposent globalement toutes sur les mêmes principes fondamentaux.

Quant aux techniques utilisées lors de la rééducation de l'épaule, la position suivante a été adoptée par le groupe de travail :

- La mobilisation articulaire passive sans bandage constitue la base du programme de rééducation de l'épaule. Elle comprend notamment une mobilisation des articulations scapulo-humérales et scapulo-thoraciques du complexe de l'épaule. Elle peut être réalisée tous les jours, dans la mesure où elle n'est pas douloureuse.
- Après une radiothérapie ou en présence de cicatrices, il y a une modification de l'élasticité de la peau et l'apparition d'adhérences. De ce fait, la rééducation doit chercher aussi à restaurer, si nécessaire, les plans de glissement des différents tissus les uns par rapport aux autres, à l'aide de mobilisations tissulaires (étirements, en association avec les mouvements respiratoires).
- En fonction des progrès de la patiente, des exercices de mobilisation active aidée (ex : mouvements pendulaires de l'épaule, glissement de la main sur un plan incliné) et active libre peuvent être ajoutés, si nécessaire, à la mobilisation passive.

- Il est rappelé qu'en complément de l'intervention manuelle du masseur-kinésithérapeute, il est possible d'utiliser d'autres techniques telles que la physiothérapie antalgique (électrothérapie) ou la balnéothérapie (dans ce dernier cas, il est alors nécessaire de réaliser un refroidissement cutané avant de faire un DLM).

Enfin, le groupe de travail s'accorde pour dire que :

- La pressothérapie est une étape facultative qui peut se faire avant ou après le DLM (environ 30 minutes).
- La durée totale d'une séance combinée serait ainsi de 1h15 (+ éventuellement 30 minutes de pressothérapie).
- La fréquence des séances combinées serait de 10 séances, 5 jours sur 7, pendant 14 jours maximum.
- Le programme de séances combinées ne devrait être réalisé en général qu'une fois par patiente et par sein opéré.

Position du groupe de lecture

Les experts ont été interrogés du 26 octobre au 14 novembre 2012. Le groupe de lecture est majoritairement en accord (avec ou sans modifications) avec les conclusions intermédiaires issues de l'analyse de la littérature et de la position du groupe de travail (Cf. Tableau 1). Dès que cela était possible, les commentaires, détaillés dans la version complète du rapport, ont été pris en compte dans les conclusions du rapport.

Tableau 1. Synthèse des réponses du groupe de lecture.

	Accord	Accord avec modifications	Pas d'accord
Indications des séances combinées (4 affirmations)	48/92	27/92	17/92
Non-indications des séances combinées	13/23	3/23	7/23
Contre-indications des séances combinées	17/23	4/23	2/23
Techniques de DLM	21/23	1/23	1/23
Techniques de rééducation de l'épaule (4 affirmations)	64/91	18/91	9/91
Contenu des séances combinées	14/23	7/23	2/23
Durée de réalisation (2 affirmations)	31/46	11/46	4/46
Fréquence des séances combinées	12/23	6/23	5/23
Répétition du programme de séance combinée	10/23	7/23	6/23

Le dénominateur correspond au nombre de répondants multiplié par le nombre d'affirmations concernées.

Conclusion

La CNAMTS, en collaboration avec les organismes professionnels de masso-kinésithérapie, a demandé à la HAS de préciser le contenu, les indications, les non-indications, les contre-indications, ainsi que la durée et la fréquence d'une séance de masso-kinésithérapie combinant le traitement d'un lymphœdème du membre supérieur et celui d'une raideur de l'épaule, apparus après traitement pour cancer du sein. Cette demande a été déposée dans l'optique d'une inscription à la NGAP de cette séance combinée.

Sur la base de l'analyse critique de la littérature, de la position argumentée du groupe de travail et en tenant compte des remarques du groupe de lecture, les conclusions sont présentées ci-dessous. Il est à noter que la littérature étant très peu contributive sur ce sujet, les conclusions sont essentiellement fondées sur la position professionnelle.

- Les séances combinées de masso-kinésithérapie comprennent, successivement, les soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages³.

La mobilisation passive infra-douloureuse des articulations scapulo-humérale et scapulo-thoracique du complexe de l'épaule, sans bandage, constitue la base du programme de rééducation de l'épaule. Celui-ci peut comprendre également des mobilisations tissulaires et des exercices de mobilisation active aidée et active libre, si nécessaire.

Plusieurs techniques de DLM ont été décrites et sont pratiquées, mais aucune technique standard de drainage lymphatique manuel n'a pu être identifiée.

L'éducation thérapeutique (motivation, prévention, auto-drainage, auto-bandage, etc.) de la patiente est une composante primordiale de ces séances. Elle permettra à la patiente de maintenir les résultats obtenus.

Des techniques complémentaires de physiothérapie (pressothérapie, électrothérapie, balnéothérapie, etc.) peuvent être utilisées au cours de ces séances, mais ne peuvent remplacer les éléments principaux du traitement cités ci-dessus.

- Ces séances combinées sont indiquées à la phase intensive du traitement (en opposition à la phase d'entretien) et sous réserve de l'existence des critères suivants :
 - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral ;
 - asymétrie des amplitudes passives entre les deux épaules, survenue ou aggravée après traitement pour cancer du sein ;
 - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages) ;
 - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphœdème **et** à la raideur de l'épaule.

De plus, lors de la prescription de ces séances, il doit être également tenu compte des critères suivants : la motivation de la patiente, l'éloignement de la patiente par rapport au lieu des soins et la capacité d'autogestion des problèmes.

- Les non-indications aux séances combinées sont les suivantes :
 - absence de répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) découlant simultanément du lymphœdème et de la raideur de l'épaule ;

³ La compression médicale du lymphœdème fait l'objet d'un rapport et d'une fiche de bon usage des technologies de santé publiés en 2010 auxquels il convient de se référer (2,26). Il est à noter que les bandes sèches à allongement court (10 % à 100 %) préconisées par la HAS pour la réalisation des bandages du lymphœdème des membres supérieurs ne sont actuellement pas prises en charge par l'Assurance maladie.

- ▶ manque de compliance ;
 - ▶ soins palliatifs ;
 - ▶ phase d'entretien du lymphœdème et/ou de la raideur de l'épaule.
- Les contre-indications aux séances combinées, qui peuvent être basées sur des considérations médicales et/ou liées à la priorisation des soins, sont les suivantes :
 - ▶ pathologies aiguës loco-régionales non diagnostiquées ou non traitées ;
 - ▶ insuffisance cardiaque décompensée ;
 - ▶ tumeurs malignes non traitées ;
 - ▶ hyperalgie de l'épaule ;
 - ▶ présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous-claviculaire ;
 - ▶ présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter (contre-indication des bandages).
 - La durée habituelle de ces séances a été estimée à au moins 1h15 minutes, qui se répartit ainsi :
 - ▶ hygiène de la peau : environ 5 minutes ;
 - ▶ rééducation de l'épaule : environ 30 minutes dont au moins 15 minutes de mobilisation manuelle ;
 - ▶ drainage lymphatique manuel : environ 30 minutes ;
 - ▶ bandages : au moins 10 minutes, la durée de réalisation étant très variable en fonction de la situation clinique.
 - La fréquence optimale des séances combinées de DLM et de rééducation de l'épaule est de 10 séances, 5 jours sur 7, pendant 14 jours de suite. Le programme de séances combinées ne devrait être réalisé en général qu'une fois par patiente et par sein opéré.

Par ailleurs, il est rappelé que, pour un meilleur suivi des patientes, la réalisation d'un bilan diagnostic masso-kinésithérapique, avant et après traitement, est nécessaire et doit être disponible dans le dossier médical de la patiente.

Enfin, il est important de souligner que ces séances combinées, indiquées à la phase intensive du traitement, ne sont qu'une première étape. Elles sont suivies par la phase d'entretien du traitement, qui pour le lymphœdème, se fait principalement *via* la compression médicale. La phase d'entretien du traitement a pour but d'éviter les récurrences.

Fiche descriptive

Intitulé	Descriptif
Méthode de travail	Rapport d'évaluation technologique
Date de mise en ligne	Décembre 2012
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique sur www.has-sante.fr
Objectif(s)	- Définition des indications et non-indications de la prise en charge masso-kinésithérapique au cours d'une même séance d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule, chez des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein - Description du contenu d'une séance (techniques employées, durée de chaque acte) et estimation du nombre et de la fréquence des séances nécessaires
Professionnel(s) concerné(s)	Cf. Chapitres 2.3 et 2.4 du rapport d'évaluation technologique
Demandeur	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS), service évaluation des actes professionnels (SEAP)
Pilotage du projet	Coordination : Candice LEGRIS, chef de projet, SEAP (Chef de service : Michèle MORIN-SURROCA, adjoint au chef de service : Denis-Jean DAVID) Secrétariat : Christine MAYOL, Assistante, SEAP
Participants	Expertise externe à la HAS Groupe de travail : Jean-Yves BOUCHET, Christophe DAUZAC, Jean-Claude FERRANDEZ, Ruben GOLDET, Nadine GUILLOUX HEREL, Patrick NENERT, Virginie SOULIER SOTTO, Anne TISSOT, Laurence VIDAL, Stéphane VIGNES Cf. Chapitre 2.3 du rapport d'évaluation technologique Groupe de lecture : Patrice BAUDOIN, Pascal BONNIER, Loïc BOULANGER, Marlène COUPÉ, Jean-Baptiste DE MEEUS, Charlotte DEPRAZ, Dominique-François EVENO, Bruno GIMENEZ, Marie-Martine LEFEVRE COLAU, Philippe MALGRAS, Corinne MERLE, Gilles MISEREY, Israël NISAND, Sylvie PETIOT-BECHET, Jean-Luc PLISSON, Isabelle QUERE, Myriam SAINT EVE, Rémy SALMON, Daniel SERIN, Magali SOUILLAT PERDEREAU, Valérie TAUVERON, Loïc VAILLANT, Béatrice VILLEMUR Cf. Chapitre 2.4 du rapport d'évaluation technologique
Recherche documentaire	Janvier 2002 à septembre 2012 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 du rapport d'évaluation technologique) Réalisée par Virginie HENRY, documentaliste, avec l'aide de Sylvie LASCOLS, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Frédérique PAGES, chef du service documentation information des publics, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service
Auteurs de l'argumentaire	Candice LEGRIS, Chef de projet, SEAP, sous la responsabilité de Denis-Jean DAVID, adjoint au chef de service, SEAP
Validation	Examen par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) : décembre 2012 Collège de la HAS : décembre 2012
Autres formats	Pas d'autre format que le format électronique disponible sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Note de cadrage, rapport d'évaluation technologique, décision HAS (décembre 2012) disponibles sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr