



Référentiels en Soins Oncologiques de Support



Prise en charge du lymphœdème secondaire du membre supérieur après cancer du sein





Contributeurs

Coordination

Claude BOIRON, Oncologue médicale, Poitiers

Martine RAFFIN RAINTEAU, Masseur-kinésithérapeute, Meudon

Loïc VAILLANT, dermato-vénérologue, Tours

Membres du groupe de travail

Séverine ALRAN, Gynécologue obstétricien, Paris ; Jean Christophe BIFFAUD, Masseur-kinésithérapeute, Villejuif ; Agnès BOURASSIN, Masseur-kinésithérapeute, Paris, Evry ; Danielle CHAMPLONG, Masseur-kinésithérapeute, Suresnes ; Cécile CHARLES, Psychologue, Bordeaux ; Pascal GOUSSE, Masseur-kinésithérapeute, Bordeaux ; Catherine GROSSETETTE, Angiologue, Lyon ; Ivan KRAKOWSKI, Oncologue médical, Bordeaux ; Julie MALLOIZEL DELAUNAY, Angiologue, Toulouse ; Stéphane VIGNES, Interniste, Paris

Relecture

Estelle BOTTON, Algo-Cancérologue, Rennes ; Sandrine MAHE, IDEC, Compiègne ; ; Anny PAROT-MONPETIT, Médecin, Vannes ; Christine Préaubert-Sicaud, IDE, Montauban ; Valérie Tauveron, Médecin, Tours ;

Participants aux ateliers JRSOS du 7/07/2021

Antonia ALTMAYER, Psychologue-Clinicienne, Montbéliard ; Aurélie ANNETTE, Psychologue-Clinicienne, Fort-de-France ; Gaëlle ANNOOT, IDEC, Ales ; Naima BELKAKAI, Médecin soins de support, Etolles ; Chantal BERAHA-GAUTRET, Socio-Esthéticienne, Le Pontet ; Emile BEY, Socio-Esthéticienne, Besançon ; Jean-Christophe BIFFAUD ; Chargé de projet, LE PONTET ; Linda COLLE, IDE, FIGEAC ; Delphine CORNUAULT-FOUBERT, Médecin Généraliste, Angers ; Jennifer DENIS, Oncologue médical, Paris ; Hervé DEROUBAIX, Masseur-kinésithérapeute, Lille ; Nathalie DEROZIER-DUMEZ, Directrice de projet, Clamart ; Erika DOS SANTOS, Chargé de projet, VALENCE ; Nadège FLEURY, IDE coordinatrice en soins de supports, Le Chesnay ; Alice FRELON, Kinésithérapeute-rééducateur, Toulouse ; Pauline HERGAUX, Psychologue Clinicienne, Montfermeil ; Dominique JAULMES, Médecin Hospitalier, Paris ; Caroline JOUCLA, Diététicien/Nutritionniste, Nice ; Olivier LE FLOCH, Responsable médical, Tours ; Alexandre LEROY, Médecin Hospitalier, Bayonne ; Emanuela Valentina LIGABO, Médecin douleur-soins palliatifs, Bruxelles ; Sandrine MAHE, IDEC, Compiègne ; Mireille MANDON, Cadre Coordinateur, Nimes ; Willy MANGIN, Diététicien, Poitiers ; Line MUSSLER, Socio-Esthéticienne, Rombas ; Christine PAILLER, Médecin soins de support, Villejuif ; Anny PAROT-MONPETIT, Médecin soins de support, Vannes ; Rodolphe PAULON, Oncologue Médical, Castres ; Virginie PELLETIER, IDE, Colmar ; Cécile ROGNONI, Kinésithérapeute, Tourves ; Jérôme SICARD, Pharmacien, Chalons en Champagne ; Damien TOMASSO, Médecin douleur-soins palliatifs, Paris ; Marilyne TOSOLINI, Socio-Esthéticienne, Beauvallon ; N'Détodji Bill WANKPO, Aide-soignant, Saint Laurent du Maroni



Sommaire

	Page
Définition - Incidence	4
Facteurs de risque	5
Examen clinique	6
Retentissement sur la qualité de vie	7
Complications	8
Préconisations générales	10
Traitement du lymphœdème	12
Traitement du lymphœdème : Phase intensive	13
Traitement du lymphœdème : Phase d'entretien	15
Traitement du lymphœdème : Education thérapeutique	16
Traitement du lymphœdème : Autres traitements	17
Traitement des symptômes associés	18
Prévention des séquelles psychologiques du lymphoedème	20
ANNEXES	22
Bibliographie	31



Définition – Incidence

Définitions

- ✓ Différence périmétrique de 2 cm au niveau du membre supérieur
- ✓ ou différence volumétrique de 200 ml
- ✓ ou différence volumétrique de 10%

Une évaluation initiale, au minimum par mesure périmétrique, est indispensable pour apprécier l'efficacité du traitement et évaluer les nouvelles techniques de traitement

Les études récentes sont en faveur d'un diagnostic précoce et d'un traitement précoce

1;2,

Incidence

Fréquence : **15 à 28%** après curage axillaire et **2,5 à 6,9%** après ganglion sentinelle

Délai d'apparition variable

- ✓ post-chirurgie
- ✓ quelques semaines après voire plusieurs années après...
- ✓ médiane survenue : 2 ans

3,4,5



Facteurs de risque

- **Facteurs de risques principaux**

- ✓ Nombre de ganglions enlevés lors du curage axillaire
- ✓ Radiothérapie externe
 - surtout sur le creux axillaire (plus rare actuellement)
 - mais aussi creux sus/sous claviculaire, chaîne mammaire interne, sein

6,7,8

- ✓ Obésité
 - Au moment du diagnostic
 - Et après traitement
 - Favorisé par sédentarité

9,10,11

- **Autres facteurs de risques**

- ✓ Mastectomie versus tumorectomie
- ✓ Manque de rééducation de l'épaule
- ✓ Ponctions répétées des lymphocèles (séromes) post-opératoires
- ✓ Envahissement ganglionnaire
- ✓ Taxanes en adjuvant 12
- ✓ Infection du site opératoire
- ✓ Absence de reconstruction mammaire 13



Examen clinique

Topographie

- ✓ Débute préférentiellement au niveau proximal ou au niveau du coude
- ✓ Peut d'emblée toucher la main et y rester localisé
- ✓ Rechercher un œdème de la paroi thoracique et/ou du sein associé

Symptômes

L'impression de lourdeur, pesanteur est le symptôme le plus fréquent

La douleur n'est pas habituelle, elle doit faire rechercher une :

- ✓ Récidive axillaire
- ✓ Pathologie ostéo-articulaire
- ✓ Neuropathie (intercosto-brachiale, toxicité chimiothérapie)
- ✓ Thrombose veineuse profonde

Peau et phanères

La peau peut être :

- ✓ Souple et prendre le godet
- ✓ Indurée
- ✓ Avoir un aspect érythémateux.



Retentissement sur la qualité de vie

Les patientes avec lymphœdème ont par rapport aux femmes indemnes :

- ✓ une qualité de vie plus altérée
- ✓ des capacités physiques plus limitées
- ✓ une détresse psychologique plus importante

14, 15, 16

En plus de l'impact fonctionnel, le lymphœdème peut entraîner de nombreuses difficultés psychologiques et sociales :

- ✓ Perturbation de l'image corporelle
- ✓ Majoration de l'anxiété (peur de l'avenir, peur d'une aggravation du symptôme) et de la tristesse de l'humeur
- ✓ Diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi
- ✓ Difficulté à répondre aux attentes sociales (cercles familial, amical et professionnel), sur le plan des tâches à assumer et du maintien des relations
- ✓ Incidence sur la vie de couple et la sexualité (évitement des situations d'intimité, diminution du désir)
- ✓ Obstacle à la reprise d'activité professionnelle, impact économique

Possibilité de mesurer l'impact sur la qualité de vie et d'évaluer le bénéfice du traitement par un auto-questionnaire (cf. annexe1 p.23)



1. Complication infectieuse : l'Erysipèle

Complications

L'érysipèle complique 20 à 40% des lymphœdèmes.

Signes généraux de survenue brutale : fièvre >38,5°, frissons, malaise général.

Signes locaux suivent rapidement : placard rouge, chaud, douloureux, d'extension centrifuge, (adénopathie satellite, inflammatoire et lymphangite dans 25 à 50% des cas)

Le diagnostic est clinique et aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Le germe responsable est le Streptocoque β hémolytique

Facteurs de risque :

- ✓ Lymphœdème +++ (souvent seul facteur de risque retrouvé)
- ✓ Portes d'entrées (toujours locales, par effraction cutanée), souvent minimales

Traitement :

Amoxicilline 50 mg/kg/j en 3 prises avec un maximum de 6 g/j ou pristinamycine (1g x 3 /j) ; en cas d'allergie à la pénicilline certains emploient clindamycine.

Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours. La régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2 voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

AINS, corticoïdes et immunosuppresseurs sont contre-indiqués car ils favorisent des complications de l'érysipèle (abcès, nécrose). En cas de prise chronique d'AINS, il est recommandé d'arrêter ce traitement jusqu'à guérison. En cas de prise chronique de corticoïdes ou d'aspirine à dose anti-agrégante, ceux-ci seront poursuivis sans modification de doses

Anticoagulants non recommandés en l'absence de facteur de risque de thrombose 17



Complications

L'Erysipèle récidivant :

- ✓ Fréquent (30%) : un antécédent d'érysipèle est le 1er facteur de risque d'érysipèle
Prévenu par la diminution de l'œdème (compression +++) et le traitement des portes d'entrée
- ✓ A partir de deux épisodes d'érysipèle dans l'année écoulée, une antibioprophylaxie est recommandée :
- ✓ Extencilline 2.4 millions UI tous les 14-21 j en IM, ou Oracilline 1 à 3 millions UI par jour ou azithromycine 250mg/j si allergie à la pénicilline

18

2. Complication tumorale : l'angiosarcome

- ✓ Les angiosarcomes compliquent essentiellement le lymphœdème secondaire (syndrome de Stewart-Treves)
- ✓ Tumeur rare, fréquence estimée à 0,03% après cancer du sein
- ✓ Le délai moyen d'apparition est de 10 ans après le cancer du sein
- ✓ L'aspect clinique comprend une macule violacée, des nodules infiltrés ou ecchymotiques (« un petit hématome qui ne guérit pas ») ; des ulcérations souvent associées à des douleurs surviennent à un stade tardif



Préconisations générales

- ✓ Mesure des deux membres supérieurs avant chirurgie
- ✓ Pas d'indication de drainage préventif : L'indication de drainage lymphatique manuel (DLM) du membre supérieur ou du tronc en post opératoire immédiat n'est licite qu'en cas d'œdème clinique.
- ✓ Le DLM avant et pendant radiothérapie est possible en cas d'œdème post opératoire.
- ✓ Le risque de lymphoedème ne justifie pas à lui seul d'envisager un aménagement de poste de travail

Les seules mesures préventives préconisées sont :

- ✓ En cas d'IMC ≥ 30 , la perte de poids est recommandée. Dans les autres cas, éviter la prise de poids
- ✓ Conserver et surveiller toutes les amplitudes de mouvements de l'épaule et reprendre ou mettre en place une activité physique adaptée (voir référentiel APA)



Préconisations générales

Activité physique

AUCUN INTERDIT

- ✓ Encadrée par des professionnels formés
- ✓ Progressive en fréquence et intensité
- ✓ Guidée par la patiente

Situations à risques?

- ✓ Etre vigilant sur les risques infectieux. Désinfecter soigneusement toutes plaies sur le membre.
- ✓ A ce jour, aucune donnée de la littérature ne permet d'interdire les gestes sur le membre supérieur (prise de tension, prise de sang...)
- ✓ Les mesures préventives empiriques trop restrictives altèrent la qualité de vie.
- ✓ Pas d'interdictions concernant les activités (tricot, bains, soleil, avion, ...)
- ✓ Ne pas être trop anxiogène !



Traitement du Lymphœdème

Préconisations :

Physiothérapie Décongestive Combinée

- Seul traitement actuellement reconnu,
- Il comprend différentes techniques qui doivent être associées (pages [11](#), [12](#), [13](#), [14](#) & [15](#))
- Une prise de mesure des membres supérieurs doit être effectuée avant, en cours et à la fin des traitements du lymphœdème afin d'en contrôler l'évolution, les résultats obtenus et l'efficacité
- Comprend deux phases :
 - ✓ **Phase intensive** : dont l'objectif est la diminution de volume de 30 à 60%
 - ✓ **Phase d'entretien** : maintien du volume obtenu

19, 20

Traitement Intensif

- **Bandage**
- Soins de peau
- DLM +/- pressothérapie
- Exercice sous bandage
- ETP

Traitement d'entretien

- **Manchon**
- Soins de peau
- DLM ou auto-drainage
- Auto bandage
- ETP



Traitement du Lymphœdème Phase intensive

Les bandages multicouches (à dominance rigide) sont mis en place jour et nuit, à la phase intensive pour obtenir une réduction du lymphœdème :

- ✓ Superposition de dispositifs de capitonnage et bandes à allongement court (cf. annexe 4 et 4bis p.26 et 27)
- ✓ Une autre technique est utilisée avec un niveau de preuve encore insuffisant (cf. 5 annexe p.28) **21**
- ✓ Ces bandes doivent être portées 24h/24 et renouvelées toutes les 24 ou les 48 heures
- ✓ Cette phase du traitement dure 2 semaines le plus souvent, adaptée en fonction de son efficacité et de sa tolérance
- ✓ Ces bandages peuvent être posés en ambulatoire (masseur kinésithérapeute (MK) en secteur libéral, hospitalisation de jour) ou en hospitalisation complète. **20, 22, 23**

Exercices sous bandages

- ✓ Éduquer les patientes à mobiliser leur membre et à pratiquer des exercices, lors des périodes de bandage, (car la variation de pression effective lors de la mobilisation du membre accentue le drainage de l'œdème).



Traitement du Lymphoedème Phase intensive

Drainage lymphatique manuel (DLM)

- ✓ **Doit être exécuté par les MK ayant reçu une formation spécifique.**
- ✓ Les manœuvres sont exclusivement manuelles.
- ✓ Le temps de drainage manuel est adapté à l'importance du lymphoedème. Les séances de kinésithérapie en libéral font fréquemment 30min.
- ✓ L'efficacité du DLM n'est prouvée qu'associée aux bandages ou à la compression élastique pour obtenir une décongestion
- ✓ Les réseaux territoriaux peuvent recenser sur leur territoire les MK et si possible, proposer une formation à ceux qui le souhaitent.

(cf. annexe 6 p.29)



Elle comprend :

La mise en place au quotidien d'un manchon Importance du choix de l'orthésiste

Traitement du Lymphoedème Phase d'entretien

Choix du modèle de manchon (à porter le jour):

- ✓ avec mitaine et pouce attenant
- ✓ avec gantelet (tricotage rectiligne)
- ✓ avec mitaine séparée (courte ou longue de préférence)
- ✓ manchon simple

Choix de la classe : classe 3 le plus souvent à adapter selon l'efficacité et la tolérance (Voir en annexe 6: les différentes classes de pression : II, III ou IV pour le membre supérieur p.29)

- ✓ Réaliser un manchon sur mesure après stabilisation de l'œdème
- ✓ Vérifier les mesures du membre et la bonne adaptation du manchon tous les 3 à 6 mois (usure, renouvellement, modification évolution du lymphoedème)
- ✓ A renouveler aussi fréquemment que nécessaire (au moins 2 fois par an).
- ✓ Afin de faciliter la mise en place du manchon, possibilité d'acheter un « enfile manchon »

Soins de la peau et des phanères

La patiente doit prendre soin de son membre supérieur, hydrater la peau et éviter toute effraction cutanée. Informer aussi des risques liés aux chimiothérapies avec toxicité unguéale

DLM

Facultatif en phase d'entretien mais suivi clinique du lymphoedème indispensable avec reprise des drainages si besoin.



Traitement du lymphœdème Education thérapeutique

Education thérapeutique *indispensable car chronicité du lymphœdème*

- ✓ Adhésion au traitement
- ✓ Autonomie du patient
- ✓ Acquisition de savoirs et de savoir-faire (auto bandages)
 - Le masseur kinésithérapeute (MK) enseigne la technique à la patiente et/ou à son entourage
 - Le bandage peut être porté jour et nuit, selon l'importance du lymphœdème et la motivation du patient.
- ✓ Importance des Associations de patients

Activité physique AP : Recommandée, aucun interdit

- ✓ AP encadrée et progressive
- ✓ Elle est bénéfique avec
 - Diminution des symptômes et de leur sévérité
 - Diminution des épisodes d'aggravation
- ✓ Associée à la prise en charge du lymphœdème
- ✓ Le port du manchon ne semble pas obligatoire pendant l'activité physique et dépend du ressenti de la patiente

24, 25

Alimentation

- ✓ Maintenir ou obtenir un IMC normal
- ✓ La perte de poids en cas de surpoids diminue le volume du lymphœdème

REFERENTIEL PROGRAMME D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS TRAITÉS
PAR ANTICANCÉREUX ORAUX



Traitement du lymphœdème Autres traitements

Pressothérapie ou compression pneumatique intermittente

- ✓ Ne doit pas être utilisée seule
- ✓ Ne doit pas être utilisée en cas de stase localisée au niveau de la racine du membre
- ✓ Peut être utilisée en complément dans la phase intensive ou d'entretien, après une séance de DLM.
- ✓ Doit être suivie soit du bandage, soit d'une compression
- ✓ Les contre indications sont la phase aiguë d'un érysipèle et celle de la thrombose veineuse. 26

Médicaments

Les diurétiques et les veinotoniques ne sont pas indiqués pour le traitement du lymphœdème.

Chirurgie : indications exceptionnelles

- ✓ Il n'existe pas de chirurgies curatives.
- ✓ Les chirurgies palliatives ne seront proposées qu'en cas d'échec du traitement médical de physiothérapie décongestive combiné du lymphœdème, après une concertation multidisciplinaire (liste des centres SFMV) intégrant une évaluation psychologique du patient.
- ✓ Le patient sera informé que la phase de maintien (port du manchon ou bandage +/- DLM) devra être poursuivie et complétera obligatoirement l'acte chirurgical .



Traitements des symptômes associés

Douleurs neuropathiques

- ✓ Le lymphoedème n'est pas douloureux.
- ✓ Il peut être associé dans environ 30% des cas à des douleurs neuropathiques séquellaires.
- ✓ En cas de douleur rebelle au traitement antalgique, une consultation auprès d'un médecin de la douleur est recommandée.

Récidive axillaire : à évoquer en première intention

- ✓ Devant toute douleur inhabituelle du membre supérieur, rougeurs, lymphoedème brutal, une consultation médicale s'impose à la recherche d'une récurrence (mammaire ou axillaire) ou d'une métastase
- ✓ Réaliser un examen clinique complété par des examens biologiques et paracliniques.
- ✓ En cas de récurrence axillaire, il n'existe aucune contre indication à la réalisation d'un traitement par bandage et/ou DLM



Traitements des symptômes associés

Epaule douloureuse :

- ✓ Association fréquente (25 à 30%) avec le lymphœdème dans les 4 ans après le traitement.
- ✓ Douleur articulaire et péri-articulaire de l'épaule associée à une raideur dans toutes les amplitudes
- ✓ Prévention : information, éducation aux mouvements dès le postopératoire immédiat et à distance, surveillance clinique, antalgie locale et générale, physiothérapie
- ✓ Traitement précoce et souvent prolongé associant : kinésithérapie en première intention
- ✓ Avis spécialisé MPR ou Rhumatologue si pas d'évolution favorable, les infiltrations ne sont pas contre-indiquées

Syndrome du canal carpien

- ✓ Y penser car peut être associé au lymphœdème.
- ✓ Diagnostic clinique et éventuellement par EMG
- ✓ Avis spécialisé pour une prise en charge médicale ou chirurgicale qui est possible.

Thromboses veineuses

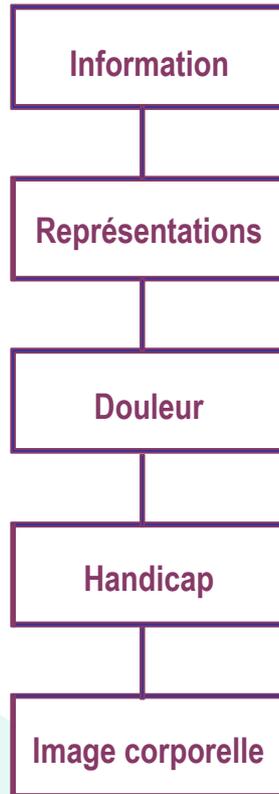
- ✓ Diagnostic par écho-doppler
- ✓ et traitement anticoagulant à dose curative dont la durée dépendra de l'étiologie.



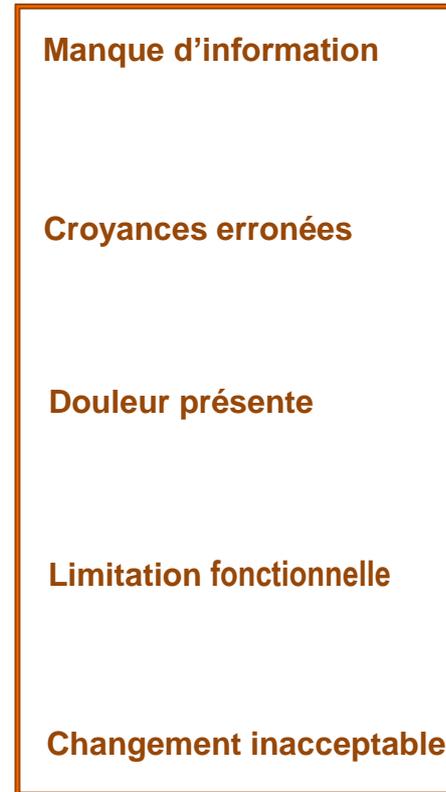
Prévention des séquelles psychologiques du lymphœdème

Anticipation – Repérage - Prise en charge

Évaluation des facteurs de risque



Orientation précoce



→ Détresse émotionnelle
Qualité de vie dégradée

Application des bonnes pratiques cliniques



→ Récupération émotionnelle
Qualité de vie préservée



Prévention des séquelles psychologiques du lymphœdème

➔ Risque d'apparition du lymphœdème connu

Le plus tôt possible...

- ✓ Évaluation du niveau d'information du patient au sujet du lymphœdème
- ✓ Remise d'informations sous forme orale et écrite

Support écrit

Au cours du suivi...

- ✓ Évaluation du niveau d'information du patient et de ses représentations au sujet du lymphœdème
- ✓ Reprise des informations sous forme orale et écrite
- ✓ Évaluation des difficultés rencontrées : douleur, gêne fonctionnelle, vécu émotionnel (humeur, anxiété, image corporelle)
- ✓ Orientation précoce vers les ressources spécialisées disponibles (algologie, kinésithérapie, dermatologie, psychologie, socio-esthétique...)

Échelles validées

➔ Un suivi psychologique peut-être proposé à tout moment de la prise en charge



Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'auto-évaluation

Annexe 2 : Erysipèle sur Lymphoedème de membres

Annexe 3 : Complication tumorale

Annexe 4 : Recommandation HAS 2011

Annexe 4bis : Recommandation HAS 2020

Annexe 5 : Technique de bandage dit « multicouche simplifié » ou « bandage composite simplifié »

Annexe 6 : Les classes de manchons

Annexe 7 : Ordonnance type



Annexe 1 : questionnaire d'auto évaluation



EORTC QLQ-BR45

Patients sometimes report that they have the following symptoms or problems. Please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week. Please answer by circling the number that best applies to you.

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
31. Have you had a dry mouth?	1	2	3	4
32. Have food and drink tasted different than usual?	1	2	3	4
33. Have your eyes been painful, irritated or watery?	1	2	3	4
34. Have you lost any hair?	1	2	3	4
35. Answer this question only if you have lost any hair: Have you been upset by the loss of your hair?	1	2	3	4
36. Have you felt ill or unwell?	1	2	3	4
37. Have you had hot flushes?	1	2	3	4
38. Have you had headaches?	1	2	3	4
39. Have you felt physically less attractive as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
40. Have you felt less feminine as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
41. Have you had problems looking at yourself naked?	1	2	3	4
42. Have you been dissatisfied with your body?	1	2	3	4
43. Have you worried about your health in the future?	1	2	3	4

During the past four weeks:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
44. Have you been interested in sex?	1	2	3	4
45. Have you been sexually active (with or without intercourse)?	1	2	3	4
46. Has sex been enjoyable for you?	1	2	3	4

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
47. Have you had any pain in your arm or shoulder?	1	2	3	4
48. Have you had a swollen arm or hand?	1	2	3	4
49. Have you had problems raising your arm or moving it sideways?	1	2	3	4
50. Have you had any pain in the area of your affected breast?	1	2	3	4
51. Has the area of your affected breast been swollen?	1	2	3	4
52. Has the area of your affected breast been oversensitive?	1	2	3	4
53. Have you had skin problems on or in the area of your affected breast (e.g., itchy, dry, flaky)?	1	2	3	4
54. Have you sweated excessively?	1	2	3	4
55. Have you had mood swings?	1	2	3	4
56. Have you been dizzy?	1	2	3	4
57. Have you had soreness in your mouth?	1	2	3	4
58. Have you had any reddening in your mouth?	1	2	3	4
59. Have you had pain in your hands or feet?	1	2	3	4
60. Have you had any reddening on your hands or feet?	1	2	3	4
61. Have you had tingling in your fingers or toes?	1	2	3	4
62. Have you had numbness in your fingers or toes?	1	2	3	4
63. Have you had problems with your joints?	1	2	3	4
64. Have you had stiffness in your joints?	1	2	3	4
65. Have you had pain in your joints?	1	2	3	4
66. Have you had aches or pains in your bones?	1	2	3	4
67. Have you had aches or pains in your muscles?	1	2	3	4
68. Have you gained weight?	1	2	3	4
69. Has weight gain been a problem for you?	1	2	3	4

During the past four weeks:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
70. Have you had a dry vagina?	1	2	3	4
71. Have you had discomfort in your vagina?	1	2	3	4
Please answer the following two questions only if you have been sexually active:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
72. Have you had pain in your vagina during sexual activity?	1	2	3	4
73. Have you experienced a dry vagina during sexual activity?	1	2	3	4
During the past week:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
74. Have you been satisfied with the cosmetic result of the surgery?	1	2	3	4
75. Have you been satisfied with the appearance of the skin of your affected breast (thoracic area)?	1	2	3	4
Were there any symptoms or problems that were not covered by the questionnaire, but were relevant for you in the past week?	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
76. _____	1	2	3	4
77. _____	1	2	3	4
78. _____	1	2	3	4

<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/08/Specimen-BR45-English.pdf> 27



Annexe 2 : Erysipèle sur Lymphoedème de membres





Annexe 3 : complication tumorale

L'angiosarcome complique essentiellement le lymphœdème secondaire Tumeur rare fréquence estimée à 0,03%

Le délai moyen d'apparition est de 10 ans après le cancer du sein

L'aspect clinique comprend une macule violacée, des lésions phlyctenulaires, des ulcérations souvent associées à des douleurs





Annexe 4 : Recommandation HAS 2011

Les dispositifs de traitement compressif

- Le traitement compressif utilise principalement des bandes, des bas ou des manchons :
 - **les bandes** sont préférables dans les utilisations **de courte durée (quelques jours à quelques semaines)** ;

Dans cette indication, il peut s'agir de bandes sèches inélastiques (< 10 % d'allongement) ou de bandes sèches à allongement court (10 à 100 %),

La réalisation du bandage peut demander l'utilisation de bandes de maintien et/ou de **dispositifs de capitonnage** (mousse, coussins, ouate) pour protéger la peau et pour uniformiser la pression (ou, en cas de méplat, pour augmenter la pression locale).
 - **les bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) ou les manchons** sont mieux adaptés à une utilisation **à long terme** ;

Il n'y a **pas de différence d'efficacité** démontrée entre les différents types de bas,
L'obtention d'une pression efficace peut exiger la superposition de plusieurs bas ou l'utilisation d'un enfile-bas.
- **Des vêtements compressifs** (panty) peuvent être utilisés dans certaines indications.
- Les bandes adhésives ou cohésives, les bandes enduites, les bandes sèches à allongement long (> 100 %) et les bandages multitypes commercialisés en kit **ne sont pas indiqués** dans le traitement du lymphoedème.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ



Annexe 4bis : Recommandation HAS 2020

Logo HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION
DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

AVIS DE LA CNEDIMTS
14 janvier 2020

CONCLUSIONS

Dispositifs médicaux : bandes sèches à allongement long

Faisant suite :

- A l'avis de la CNEDIMTS du 23 novembre 2010 relatif aux dispositifs de compression/contention de la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (Descriptions génériques du Titre I, chapitre 3, section 2 et du Titre II, chapitre 1, section D et dispositifs inscrits sous nom de marques sous les codes 201D07.1, 201D07.2, 1302967, 1330277, 1351173, 1340152) ;
- à l'arrêté du 14 décembre 2015 fixant les nouvelles durées d'inscription applicables aux descriptions génériques figurant sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale,
- à la saisine de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de la Sécurité Sociale du 1^{er} août 2019 relative à la révision de l'avis concernant certains dispositifs de compression et de contention,

la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) a examiné le service rendu des bandes sèches à allongement long (descriptions génériques du Titre I, chapitre 3, section 2 de la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale), dans la prise en charge de l'ulcère veineux actif et du lymphoedème, et des bandages multi-type dans la prise en charge de l'ulcère.

https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/avis_bandes_allongement_long_dm_eval_244.pdf

Contexte

L'évaluation a concerné :

- les bandes sèches à allongement long dans la prise en charge de l'ulcère veineux actif et du lymphoedème ;
- les bandages multi-type¹ comprenant des bandes sèches à allongement long dans la prise en charge de l'ulcère veineux actif.

L'utilisation de bandes sèches à allongement long faisant partie de kits préassemblés (prêts à l'emploi) était en dehors du champ d'évaluation².

Méthodologie

La méthode retenue comportait les étapes suivantes :

- Actualisation de l'analyse de la littérature réalisée en 2010 dans le cadre de l'évaluation des dispositifs de compression/contention (études comparatives, rapports d'évaluation technologiques, revues systématiques de la littérature, méta-analyses, recommandations), relatives aux bandes sèches à allongement long :
 - utilisées seules, dans les indications de l'ulcère veineux actif et du lymphoedème ;
 - ou associées en cas de bandage multi-type (hors kit), dans les indications de l'ulcère veineux actif.
- Recueil de la position écrite des parties prenantes concernées.
- Réunion de présentation des résultats de l'analyse de la littérature avec les fabricants et leurs représentants.

Cette évaluation est décrite dans le rapport « Bandes sèches à allongement long - Prise en charge du lymphoedème et des ulcères veineux actifs », adopté par la CNEDIMTS le 14 janvier 2020.

Conclusions

Compte tenu du périmètre du sujet (utilisation des bandes sèches à allongement long hors kits préassemblés, dans des indications limitées), la recherche documentaire ciblée et les données fournies par les fabricants concernant leurs dispositifs n'ont pas permis d'identifier d'études cliniques nouvelles et pertinentes, publiées depuis l'évaluation des dispositifs de compression médicale réalisée par la CNEDIMTS en 2010. Les revues de la littérature, méta-analyses et recommandations publiées depuis 2010 et retenues ne montrent pas d'évolution significative des connaissances scientifiques dans le domaine, susceptibles de justifier une révision des conclusions adoptées par la Commission en 2010.

La CNEDIMTS se prononce, dans le cadre de la saisine DGS / DSS du 1^{er} août 2019, pour :

- un **service rendu insuffisant** des bandes sèches à allongement long utilisées seules (non associées à une ou des bandes de compression médicale d'un autre type) dans les indications relatives à l'ulcère veineux actif et au lymphoedème ;
- un **service rendu insuffisant** des bandes sèches allongement long, utilisées en association avec au moins une autre bande de compression pour la réalisation d'un bandage multitype tel que décrit dans l'avis du 23 novembre 2010, dans les indications relatives à l'ulcère veineux actif.

¹ Définis comme associant au moins deux types différents de bandes de compression (chacune correspondant à une description générique)

² Les kits préassemblés sont évalués dans le cadre de demandes d'inscription sur la LPPR par nom de marque ; seule l'utilisation, par un professionnel, de bandes sèches à allongement long associées à un ou plusieurs autres types de bandes choisis par celui-ci, dans l'indication de l'ulcère veineux actif, a été prise en considération.



Annexe 5 : Autre technique de bandage dit « multicouche simplifié » ou « bandage composite simplifié »

Pour la prise en charge des lymphœdèmes secondaires du membre supérieur, une adaptation des bandages multicouches est réalisable, efficacement, par des bandages composites simplifiés. Ils sont utilisables en phase intensive ou d'entretien. **21**

Ces bandages composites simplifiés appliquent successivement :

- ✓ 1 ou 2 bandes dites inélastiques ou à allongement court.
- ✓ 1 bande élastique dite à allongement long y est superposée

La superposition de la bande élastique permet de lutter contre la baisse de pression de repos de la bande inélastique qui est enregistrée après quelques heures de pose.

Ainsi ce bandage est supporté 24h/24 compte tenu de la faible pression appliquée par la bande élastique qui est peu étirée.

Ce type de bandage est précieux en libéral où une seule séance est accordée par jour.



Annexe 6 : Les classes de manchons

- ✓ Classe I : 10 à 15 mmHg
- ✓ Classe II : 15 à 20 mmHg
- ✓ Classe III : 20 à 36 mmHg
- ✓ Classe IV > 36mmHg



Annexes 7 : Ordonnances Type

Ordonnance drainage +/- bandage

Bilan périmétrique étagé bilatéral des membres supérieurs DM du : MSD MSG

Faire par MKDE des séances de DLM du membre supérieur et du thorax avec bandages ou mise en place de la compression

NB : Il n'est pas nécessaire de préciser le nombre de séances

Ordonnance si rééducation épaule : à rédiger sur une ordonnance séparée

En cas de retentissement sur l'épaule, Rééducation du membre supérieur

NB : Il n'est pas nécessaire de préciser le nombre de séances

Ordonnance manchon

Manchon sur mesure Classe II ou III ou IV

Tricotage rectiligne ou circulaire

A réaliser après bandage

- Avec mitaine non séparée
- Avec mitaine séparée
- Avec gantelet

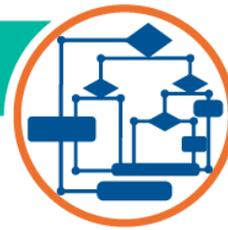
A renouveler tous les 4 à 6 mois

- Enfile manchon (Easy Slide) : 1 (*intéressant pour les personnes âgées avec un lymphoedème important*)



Références bibliographiques

1. Stout Gerchich NL. Cancer 2008; 112 (12), 2809-2819
2. Johansson K et al. Acta Oncol 2010; 49: 166-173
3. McLaughlin SA et al. J Clin Oncol 2008; 26:5213
4. Lucci A, McCall LM, Beitsch PD et al, J Clin Oncol 2007; 25 :3657–3663
5. Armer JM et al.. J Lymphoedema 2009;4:14-8.
6. Wernicke AG et al Breast Cancer Res Treat 2011; 125: 893-902
7. Goldberg, J. et al. Ann Surg Onc 2010
8. Vignes S. Acta Oncol 2007; 46 : 1138-1142
9. Shaw C et al. Cancer 2007;110:186
10. Helyer LK et al. Breast Journal 2010; 16: 48-54
11. Ridner SH et al. Support Care Cancer 2011;19:853-7
12. RCP taxotere 2013
13. Siotos, C. (2018, 21 février). Breast reconstruction and risk of arm lymphedema development : A meta-analysis. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475791/>
14. Eaton LH, Narkthong N, Hulett JM. Psychosocial Issues Associated with Breast Cancer-Related Lymphedema: a Literature Review. Curr Breast Cancer Rep. 2020 Aug 25:1-9. doi: 10.1007/s12609-020-00376-x. Epub ahead of print. PMID: 32864036; PMCID: PMC7445072.
15. Taghian NR, Miller CL, Jammallo LS, O'Toole J, Skolny MN. Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: a review. Crit Rev Oncol Hematol. 2014 Dec;92(3):227-34. doi: 10.1016/j.critrevonc.2014.06.004. Epub 2014 Jul 2. PMID: 25085806.



Références bibliographiques

16. Teo I, Novy DM, Chang DW, Cox MG, Fingeret MC. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psychooncology*. 2015 Nov;24(11):1377-83. doi: 10.1002/pon.3745. Epub 2015 Jan 20. PMID: 25601235.
17. HAS 2019 prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes : recommandations
18. Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, Foster KA, Mason JM, Chalmers JR, Nasr IS, Brindle RJ, English J, Meredith SK, Reynolds NJ, de Berker D, Mortimer PS, Williams HC; U.K. Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *N Engl J Med*. 2013;368:1695-703.
19. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). ETMIS 2011 ; 7(3) : 1-141
20. Vignes S, Coupé M, Baulieu F, Vaillant L; Groupe Recommandations de la Société Française de Lymphologie. Les lymphoedèmes des membres: diagnostic, explorations, complications. *J Mal Vasc*. 2009 Nov;34(5):314-223
21. Torres-Lacomba M, Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Ferrandez JC, Bouchet JY, Romay-Barrero H. Effectiveness of four types of bandages and kinesio-tape for treating breast-cancer-related lymphoedema: a randomized, single-blind, clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, June 24 2020
22. Vignes S : *Breast Cancer Res Treat* 2007; 101: 285-290
23. Kim SJ : *Lymphology* 2007; 40: 143-151
24. J.-C. Ferrandez , A. Bourassin , A. Debeauquesne , C. Philbert : *Oncologie*, 2005, 7,4, 316-322.
25. Schmitz KH et al. *JAMA* 2010; 304:2699-705
26. McCausland LL *Am J Nurs* 2010; 110:48-54
27. Bjelic-Radisic V, Cardoso F, Cameron D, Brain E, Kuljanic K, da Costa RA, Conroy T, Inwald EC, Serpentine S, Pinto M, Weis J, Morag O, Lindviksmoen Astrup G, Tomaszewski KA, Pogoda K, Sinai P, Sprangers M, Aaronson N, Velikova G, Greimel E, Arraras J, Bottomley A; EORTC Quality of Life Group and Breast Cancer Group. An international update of the EORTC questionnaire for assessing quality of life in breast cancer patients: EORTC QLQ-BR45. *Ann Oncol*. 2020 Feb;31(2):283-288.



Version initiale du référentiel validée le 03/12/2011

Ce référentiel interrégional AFSOS a été réalisé en collaboration avec des membres de la Société Française de Lymphologie (SFL) *

- **Coordination**

Claude Boiron (ONCORIF) – Loïc Vaillant (ONCOCENTRE et Société Française de Lymphologie)

- **Membres du groupe de travail et relecture**

Séverine ALRAN (ONCORIF) – Carole BAZZI (ONCOCENTRE) - Jean Christophe BIFFAUD** (ONCORIF)- Agnès BOURASSIN * et ** - François CAMPANA (ONCORIF) - Danielle CHAMPLONG* - Cécile CHARLES (ONCORIF) - Brigitte COSTA (ONCOCHA) – Marie Pierre DE ANGELIS (réseau Espace Santé Cancer RA) - Aurélie FADIN (ONCOCHA) – Catherine GROSSETETTE (réseau Espace Santé Cancer RA) - Stéphane VIGNES* - Jean Philippe THIEBAULT (CAROL) - Philippe LEGER (ONCOMIP) - Jean François RODIER (CAROL)

- **Méthodologie :**

Fadila FARSI (RRC-RA; C3R-AFSOS);

- **Contributeurs participants aux ateliers du 2 et 3 décembre 2011**

BOIRON C., Centre René Huguenin, Saint Cloud, ONCORIF; BOULOT P., Centre Hospitalier, Trévoux, Réseau Espace Santé Cancer RA ; CALMELS P., CHU, Saint Etienne, Réseau Espace Santé Cancer RA ; CHIFFOLEAU A., Centre Eugène Marquis, Rennes, ONCOBRETAGNE ; COSTA B., Institut Jean Godinot, Reims, ONCOCHA ; DELAVEAU E., Institut Jean Godinot, Reims, ONCOCHA ; DEROUBAIX H., Centre Oscar Lambret, Lille, Onco Nord-Pas-de-Calais ; DOLIZI I., CH, Charleville-Mézières, ONCOCHA ; FARSI F., Lyon, Réseau Espace Santé Cancer RA ; GEOFFROY S., Institut Jean Godinot, Reims, ONCOCHA ; GROSSETETE C., Lyon, Réseau Espace Santé Cancer RA ; MARQUEZ S., Polyclinique de l'Ormeau, Tarbes, ONCOMIP ; MYON Y., CH Charleville-Mézières, ONCOCHA ; ROUTHIER M.; Réseau Territorial Oncoléma, Thonon, Réseau Espace Santé Cancer RA ; TRAGER S., CH, Senlis, ONCOPICARDIE ; VIGNES S., CH Cognacq-Jay, Paris, ONCORIF ; VIRGINIE-THERESA K., Fort de France, Réseau Oncologie de Martinique.

Mise à jour 03/2014