



La prévention et la prise en charge du lymphœdème

Mélissa Bergeron, physiothérapeute





Divulgations

- Nom de la conférencière : Mélissa Bergeron, physiothérapeute
- Relations avec des commanditaires : Aucun conflits d'intérêts



Le lymphoedème oncologique : de la prévention aux traitements





Introduction

- Lymphoedème demeure fréquent avec DA ou radiothérapie (ganglions)
- Apparaît svt ds les 2 premières années post-op (90%), mais peut survenir jusqu'à 20 ans post-op
- Nbr. de Pts au Qc avec DA ou radiotx si risque de LOED post chx/Tx estimé à ~15 % : 635 à 1074 nouveaux cas/année
- ↓ risque avec technique gg sentinelle
- PEC limitée par manque de connaissances/infos/absence de trajectoire
- TDC = fardeau pour Pts + accès limité + couteux vs souvent au privé
- Compliance aux traitements long terme +/- bonne





% de risque de lymphoedème post cancer du sein

Selon rapport INESSS 2022 :

- Exérèse ganglion(s) sentinelle(s) sans radiotx : moyenne de 7 % (0 à 8 % selon les études)
- Évidement ganglionnaire : 14,5 à 24,9 %
- Radiothérapie région axillaire : 5 à 20 % (variabilité ++ selon 5 études)
- Évidement ganglionnaire + radiotx région axillaire : 24 à 36 %





Réels facteurs de risque démontrés scientifiquement

- Dissection axillaire
- Radiothérapie aires ganglionnaires
- Tumeur + grosse / chx + extensive (MT vs MP)
- Complications post-op/ œdème premiers mois post-op
- Chimiothérapie (taxane)
- IMC élevé : 4X plus de risque si IMC >25
- Infection au membre à risque





Volet préventif...

- Seuls facteurs démontrés pour conseiller les personnes à risque :
 - IMC
 - activité physique quotidienne
 - prévention des infections au membre à risque
- Donner trop de conseils préventifs : anxiogène et devient confondant pour les Pts...
- Importance d'éduquer Pts et équipe de soins +++





Prévention des infections

- Cellulite au membre à risque = ↑ risque de lymphoedème post infection
- Dès que cellulite : ↑ risque d'en faire d'autres
- 5 % risque de mortalité et 71 % d'hospitalisation
- Lymphoedème ↑ de 7x risque de cellulite
- Si cellulite chez Pt avec lymphoedème : ↑ lymphoedème et donc ↑ risque de cellulite...





Prévention des infections

- Fréquence cellulite avec LOED MS post cancer du sein : 22 % à vie vs 11 % sur 1 an
- Risque ↑ selon temps que LOED présent
- Stade 2 et 3 ↑ risque p/r stade 1
- Seule raison d'en arriver à un stade 3 de lymphoedème = infection
- LOED bien contrôlé : ↓ de 46% risque de cellulite sur 1 an
- Antibio prophylactique : UK: si 2 cellulites par année vs USA : 3-4 cellulites par année





Alors...on pique ou on ne pique pas!

- Évaluer risque de lymphoedème : DA vs gg sentinelle?, Radiotx aires gg? Obésité? Insuffisance veineuse? ATCD de cellulite? Chimio taxane?
- Possibilité de faire ponction ou injection autre site moins à risque?
- Risque vs bénéfices : capsulite, tunnel carpien, tendinite, etc. Autres options thérapeutiques tentées au préalable?
- Simple ponction vs vaccins vs chx vs soluté/perfusion?
- Prérequis : évaluer adéquatement si lymphoedème déjà présent. Si oui : éviter le + possible!
- Prendre le temps d'expliquer réels risques au Pt et lui laisser prendre une décision éclairée!





Lymphoedème ou œdème transitoire?

Œdème transitoire : périodes où l'œdème nécessite une surveillance avec prise de mesures (traitement avec vêtement compressif si ne se résorbe pas dans le temps ou ↑) :

- Premières semaines post-chirurgie (selon localisation et évolution)
- Pendant la chimiothérapie (selon évolution)
- Pendant et après la radiothérapie? Selon la localisation de l'œdème et évolution...





Traitements du lymphoedème

- Compression + activité physique avec compression en place!
- TDC vs manchon/gant/gantelet directement?
- Micro-chirurgie lymphatique



Crédit photo : Mélissa Bergeron



Crédit photo : Mélissa Bergeron





TDC vs vêtements compressifs?

- Stade 2b,2c et 3 : TDC recommandée avant vêtement compressif ou vêtement courte élasticité ou kit de réduction (velcros)
- Si œdème léger stade 1 ou 2a (moins de 20%) : pas de TDC nécessaire, recommandons directement vêtement compressif
- Si œdème de plus de 20 %-30 % : TDC recommandée pour stabiliser volume du membre avant achat vêtement compressif. Avons tout de même beaux résultats directement avec vêtements compressifs (stades 1 et 2a avec godet résiduel), mais résultats moins rapides et peut nécessiter plus d'achats de vêtements compressifs
- Au final : Pte doit prendre décision éclairée selon sa condition et ses objectifs!
- ** Pas de DLM offert au CMS depuis plus de 10 ans...pas de valeur ajoutée selon littérature! TDC au CMS = bandages multicouches et exercices seulement





Choix vêtements compressifs

- Simple prescription manchon 20-30mmhg/30-40mmhg? :
 - - Tricot circulaire vs tricot plat? : Tricot plat pour ↓ œdème, tricot circulaire = maintien post Tx
 - - Grandeurs vs sur mesure? : Sur mesure pour Tx (↓) et toujours optimal même en maintien
 - - Choix tissus vs efficacité?
 - - Garantie compagnie?
 - - Cout?
- Gant ou gantelet avec manchon? :
 - Si œdème a-b sans œdème main : gantelet préventif requis
 - Si œdème main: gant requis même si léger
- Vêtement de nuit (15-20mmhg) :
 - Ne remplace pas vêtement de jour (ajout prn). Gant de nuit très aidant pour main + enflée
 - 1 par année RAMQ: plusieurs modèles avec couts variables donc important de faire bon choix au bon moment...
 - Grandeur préfabriquée svt suffisant (moins dispendieux)
 - Vêtement rembourré + velcros = optimal côté confort et efficacité





Traitement précoce par compression

- Ne pas attendre 10% de différence de volume (ou 2 cm de différence de circonférence)
- Mesures pré-op si possible pour comparaison post-op
- Traitement dès début d'œdème mesuré ou observé (sauf si œdème transitoire avec surveillance seulement en cours)
- Si pas de mesures possibles : observation, palpation et test godet bien fait = la clé!
- Tx précoce évite TDC donc beaucoup moins exigeant ou couteux autant pour Ptes que système de santé!
- Préviens la progression en stade qui cause chronicité (fibrose) et diminue risque d'infection et complications
- Essai sevrage partiel manchon post Tx œdème? Améliore qualité de vie et compliance au Tx!





Micro-chirurgie lymphatique

- 3 types :
 - Reconstruction lymphatique immédiate lors de la chx initiale en prévention
 - Anastomose lympho-veineuse en traitement (LVA)
 - Transferts de ganglions en traitement (LNT)
 - Offert en traitement à Mtl depuis 2018. À venir au CHU de Québec
 - Pas offert encore au Qc en prévention





Tx conservateur vs microchx

- Éval pré-op de la fct du système lymphatique permet de déterminer le stade clinique (0,1,2a,2b,3) et par le fait même guider l'approche thérapeutique vers un Tx conservateur, chx ou combiné
- **Tx conservateur** (TDC/vêtements compressifs) : efficace sur stade précoce, mais efficacité bcp moindre chez LOED stades plus avancés. Efficacité long terme peu étudiée. Ne restaure pas le système lymphatique
- **Anastomose lymphoveineuse** (en Tx) : Pour Pts ayant encore des vaisseaux lymphatiques partiellement fonctionnels : svt stades précoces ou moins avancés. Objectifs de drainer lympho ds le réseau sanguin. Éval pré-op par injection d'indocyanine sous-cutanée nécessaire pour confirmer si Pt bon candidat
- **Transferts de gg** : Pour Pts dont le système lymphatique est grandement endommagé avec LOED de stade avancé et sévère. Anastomose entre système vasculaire des gg lymphatiques implantés et les artères et veines à proximité. Le lien entre les vaisseaux lymph. afférents et efférents se déroule selon le processus biologique après l'implantation comme la lymphangiogenèse





Micro-chirurgie lymphatique en traitement

- Objectifs de la chirurgie :
 - ↓ circonférence du membre
 - ↓ risque d'infection
 - ↓ symptômes (lourdeur, inconfort)
 - ↓ dépendance port vêtement compressif
 - ↑ qualité de vie





Micro-chirurgie lymphatique en traitement

- Idéal : le + tôt possible avant changements cutanés et inflammation chronique + fibrose, mais prérequis de 6 mois de tx standard avant minimum, parfois 12 mois...
- Ne peut pas enlever inflammation chronique et donc changements tissulaires et fibrose déjà installée
- Parfois plusieurs chx requises pour différentes composantes
- Chx ne guérit pas LOED, mais >60 % des Pts ont résultats significatifs ou complets en 6 mois (LVA)
- Résultats + tardifs avec transfert gg (sur 1-2 ans)





Micro-chirurgie lymphatique en traitement

- Liposuction encore requis (stade 3) : Gras et peau ou debulking avec greffe peau (stade 3++)
- Combinaison de LVA + LNT peut être encore + efficace selon nouvelles études
- Aide ++ QOL et impact sur fonction
- Compression ↓, mais encore requise post-op car pas guéri: à évaluer avec chaque patient
- Si trop de compression post-op LVA : peut nuire donc plus svt Ccl 1 (15-20mmgh ou 18-21 mmgh max)
- Importance évaluation + suivi pré-op et post-op en physiothérapie pour optimiser résultats et maintien long terme





Constats INESSS

- Qqls études sur la microchx en prévention ou Tx du LOED : niveau de preuve efficacité et innocuité considéré faible. Variations méthodologiques ++. Données insuffisantes
- Très peu d'études pour cancer autre que cancer du sein alors conclusion rapport INESSS seulement pour cancer du sein
- Semblent efficaces en prévention et en tx: ↓ volume, ↓ cellulite/lymphangite, ↑ QOL, ↓ symptômes, ↓ ou cessation port compression
- Peu d'effets secondaires : seul noté = LOED site donneur avec transfert gg (site donneur : gg inguinaux)
- Efficacité dépendant de la sélection des Pts: critères à établir
- Peu de données sur le long terme en Tx
- Qualité études faible à modérée et juste en Tx (pas en prévention)





Recommandations INESSS

- Que les microchx thérapeutiques soient offertes dans un nombre circonscrit de centres spécialisés pour soutenir le développement graduel de l'expertise et maximiser les bénéfices pour les Pts et pour optimiser les ressources
- Que les centres spécialisés collaborent pour établir des balises cliniques communes: critères de sélection, accès équitables aux Pts de différentes régions : info à diffuser
- Décision partagée et consentement éclairé des Pts en expliquant le niveau de preuve et les risques
- Que les centres collaborent pour colliger des données pour développer les connaissances et preuves : type de chx, caractéristiques cliniques Pts, résultats, etc.





Autres recommandations INESSS

- Évaluer l'efficacité sur le long terme de la TDC
- Développer et rendre disponibles des outils d'information et d'enseignement p/r LOED et sa PEC pour les professionnels de la santé et les Pts ds les différentes régions du Québec et non seulement dans les centres spécialisés
- Sensibiliser les cliniciens sur l'importance d'informer les Pts à risque de LOED post-op ou 2° à la radiotx
- Préconiser un processus de repérage précoce du LOED post-op
- Utilisation adéquate des codes de Dx LOED avec RAMQ et/ou ajout de codes de facturation à l'acte pour les microchx afin de répertorier les Pts atteints, faire le suivi des soins requis, encadrer la pratique et permettre une analyse des couts plus précise





En conclusion...

- Lymphoedème facile à traiter et à contrôler en 2024, MAIS...
- Cela n'empêche pas un lymphoedème de dégénérer si non traité ou traité tardivement...
- Aucun remède miracle encore à ce jour autre que Tx précoce!





MERCI!

Commentaires, questions?





Pause-santé

De retour à 15 h 35

