



Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jimmy KERBAJ

Né(e) le 16/04/1985 à ZABBOUGHA (99 Liban)

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'INDRE-ET-LOIRE SUR LE LYMPHOEDEME DU MEMBRE SUPERIEUR SEQUELLAIRE DU TRAITEMENT RADIO-CHIRURGICAL DU CANCER DU SEIN

Présentée et soutenue publiquement le **14 Décembre 2016** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Loïc VAILLANT, Dermatologie - Vénérologie, Faculté de Médecine – Tours.

Membres du Jury :

Professeur Laurent MACHET, Dermatologie - Vénérologie, Faculté de Médecine – Tours.

Professeur Annabel MARUANI, Dermatologie - Vénérologie, Faculté de Médecine – Tours.

Professeur Gilles BODY, Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours.

Docteur Etienne HUARD, Médecine Générale – Montrichard.

Docteur Valérie TAUVERON, Médecine Générale, PH, CHU – Tours.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie |

BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne	Cardiologie
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUMÉ

Introduction. Le lymphœdème du membre supérieur (LOMS) est une complication connue du traitement du cancer du sein. Le niveau de connaissances des médecins généralistes (MG) français sur cette pathologie est peu connu. Cette étude avait pour objectif principal d'analyser les connaissances et les pratiques des MG d'Indre-et-Loire sur le LOMS séquellaire au traitement radio-chirurgical du cancer du sein.

Matériels et méthodes. Une enquête par auto-questionnaire anonyme a été réalisée entre le 10 et le 30 septembre 2016, ciblant 146 MG du département.

Résultats. Le nombre de réponses était de 64. Le taux de réponse était de 44%. 58% des médecins interrogés pensaient que le LOMS était douloureux et 37% pensaient que la raideur et les paresthésies en étaient des symptômes. 47% des répondants ignoraient que le LOMS pouvait apparaître après exérèse du ganglion sentinelle. 27% des répondants pensaient que la pratique d'une activité physique intensive aggravait le risque de LOMS.

L'obésité, les prises de la tension artérielle et les ponctions veineuses au bras homolatéral étaient considérées comme des facteurs de risque de survenue d'un LOMS pour 60%, 60% et 64% des répondants respectivement. 74% des répondants ont déclaré dépister le LOMS mais seulement 13% des MG connaissaient les modalités des mesures périmétriques. L'antibioprophylaxie anti-infectieuse en cas d'érysipèle à répétition n'était justifiée que pour 45% des répondants.

Conclusion. Notre étude a mis en évidence un niveau de connaissance insuffisant concernant certaines recommandations sur le LOMS (en particulier les mesures de pression artérielle, le sport...). Un guide sur le LOMS contenant les recommandations actuelles et des actions de Formation Médicale Continue à destination des MG du département nous semblent indiqués.

Mots clés : Lymphœdème du membre supérieur, cancer du sein, connaissances, pratiques, médecine générale.

Knowledge and practices of General Practitioners in the Indre-et-Loire region on the breast cancer related upper limb lymphedema.

Abstract

Introduction. The breast cancer related upper limb lymphedema (BCRL) is a known complication of breast cancer treatment. The level of knowledge of French general practitioners (GP) on this disease is unknown. This study's main objective was to analyze the knowledge and practices of GP in the Indre-et-Loire region on the BCRL.

Materials and methods. An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted between 10 and 30 September 2016, targeting 146 GP in the region.

Results. The number of responses was 64. The response rate was 44%. 58% of physicians surveyed thought the BCRL was painful and 37% thought that the stiffness and paresthesia were some of its symptoms. 47% of responders were unaware that BCRL could appear after excision of the sentinel node. 27% of respondents thought that the practice of intensive physical activity increased the risk of BCRL.

Obesity, ipsilateral arm blood pressure measurements and venous punctures were considered risk factors for BCRL for 60%, 60% and 64% of responders respectively. 74% of responders reported diagnosing BCRL but only 13% of GP knew the terms of perimeter measures. Antibiotic prophylaxis in cases of repeated erysipelas was justified for only 45% of GP.

Conclusion. Our study showed an insufficient level of knowledge regarding certain recommendations on BCRL (particularly about blood pressure measurements, sports...). A guide on BCRL containing updated recommendations and medical training is recommended for the GP of our region.

Keywords: Breast cancer, lymphedema, knowledge, practices, family medicine.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur VAILLANT Loïc

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur MACHET Laurent

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de participer au jury de cette thèse. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant mon semestre dans votre service.

A Madame le Professeur MARUANI Annabel

Vous avez accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici tous mes remerciements et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BODY Gilles

Vous avez accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici tous mes remerciements et ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur HUARD Etienne

Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail. Je suis très heureux de pouvoir vous compter parmi les membres du jury. Recevez ici toute ma gratitude.

A Madame le Docteur TAUVERON Valérie

Merci de m'avoir dirigé pour l'élaboration de ce travail et pour le temps que vous m'avez consacré. Vous avez su me communiquer votre rigueur et votre soif de connaissances. Vous êtes un modèle d'altruisme, de persévérance et de motivation.

Aux médecins participants

Vous m'avez donné un peu de votre temps pour me permettre de réaliser ce travail. Je vous en remercie.

A mes parents

Sans qui je ne serais pas là et à qui je dois tout. Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien tout au long de mes études.

A Imad, Ziad, Jad, Camille et Camilla

Merci pour votre soutien durant mes études, même si des milliers de kilomètres nous séparent. Vous êtes des frères et des belles-sœurs formidables.

A Lily-Rose, Thomas et Adam

Mes petits neveux. Je rêve de vous voir un jour à ma place.

A mes amis, notamment Rosie, Radou, Flo, Romain, Etienne, Florent, Isa, Juju, mais aussi tous les autres notamment Isabelle et Jean-Jacques

Je suis heureux de vous avoir comme amis même si ces études nous éloignent pour certains, un peu aujourd'hui. Merci à tous pour votre soutien.

**CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MEDECINS GE-
NERALISTES D'INDRE-ET-LOIRE SUR LE LYMPHOE-
DEME DU MEMBRE SUPERIEUR SEQUELLAIRE AU
TRAITEMENT RADIO-CHIRURGICAL DU CANCER DU
SEIN**

Abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

LO : Lymphœdème

LOMS : Lymphœdème du membre supérieur

QCM : Question à Choix Multiples

IMC : Indice de Masse Corporelle

DML : Drainage Manuel Lymphatique

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

PCD : Physiothérapie Complexe Décongestive

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	5
2. MATERIEL ET METHODE.....	6
2.1 Description de l'enquête.....	6
2.2 Description du questionnaire.....	6
2.3 Analyses statistiques.....	7
3. RESULTATS.....	7
3.1 Profil des médecins de l'étude.....	7
3.2 Connaissances générales sur le lymphœdème.....	8
3.2.1 Symptômes.....	8
3.2.2 Incidence.....	9
3.2.3 Facteurs de risque.....	10
3.2.4 Rapport entre activité physique et lymphœdème.....	11
3.2.5 Traitement.....	11
3.3 Le Lymphœdème dans la pratique médicale des médecins généralistes.....	12
3.3.1 Consultation dédiée.....	12
3.3.2 Informations données aux patientes.....	13
3.3.3 Pratiques du dépistage.....	13
3.3.4 Attitudes thérapeutiques.....	14
4. DISCUSSION.....	15
4.1 Connaissances de la maladie.....	15
4.2 Facteurs de risque de survenue.....	16
4.2.1 Opinion des médecins concernant l'activité physique.....	16
4.2.2 Erysipèle et IMC élevé.....	17
4.2.3 Autres pratiques médicales.....	17
4.3 Pratiques des médecins généralistes.....	17
4.3.1 Information.....	17
4.3.2 Dépistage.....	18
4.3.3 Traitement.....	18
4.4 Difficultés rencontrées par les généralistes.....	19
4.5 Limites de l'enquête.....	19
CONCLUSION.....	20
ANNEXES.....	21
Annexe 1 : Questionnaire.....	21
REFERENCES.....	24

INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURES

Figure 1 : Quelles propositions parmi les suivantes peuvent être reconnues comme étant un des symptômes du lymphœdème ?

Figure 2 : Que pensez-vous des affirmations suivantes sur les facteurs de risque de LOMS ?

Figure 3 : Lesquelles des situations suivantes sont associées à une augmentation avérée du risque de survenue d'un LOMS chez une femme opérée d'un cancer du sein ?

Figure 4 : Pensez-vous qu'une femme avec un LOMS peut réaliser une activité physique mettant en jeu les membres supérieurs ?

Figure 5 : Que pensez-vous de cette série d'affirmations et questions relatives au traitement du LO ?

Figure 6 : Qu'est-ce qui vous empêche de consacrer une consultation entière au LOMS ?

Figure 7 : Dépistez-vous le LOMS dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein ? Et si oui comment ?

Figure 8 : Avez-vous déjà prescrits : un drainage lymphatique manuel ? une contention élastique ? et pensez-vous que l'antibioprophylaxie soit justifiée en cas d'érysipèle à répétition ?

Figure 9 : Observations des médecins de l'étude sur leurs difficultés.

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et mode d'exercice des médecins.

1. Introduction :

Le lymphœdème résulte d'une déficience du drainage lymphatique provoquant la stase de macromolécules, l'augmentation de la pression oncotique entraînant un transfert d'eau des capillaires vers le tissu interstitiel et la formation d'un œdème riche en protéines en particulier au niveau du derme. L'accumulation de macrophages stimule l'activité des fibroblastes qui synthétisent du collagène provoquant une fibrose. Le lymphœdème est donc un œdème riche en protéines, ferme, blanc, froid et indolore en dehors de poussées inflammatoires ou infectieuses.

Il peut être primaire par anomalie anatomique ou fonctionnelle congénitale, ou secondaire à des lésions des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques (adénectomies, envahissement tumoral des ganglions, radiothérapie, infections, traumatismes). Le lymphœdème est une maladie chronique avec de nombreux retentissements : psychologique [1], fonctionnel (fatigabilité du membre, gêne pour les activités de la vie quotidienne et altération de la qualité de vie [2]), esthétique, infectieux et la survenue d'un cancer très rare, le lymphangiosarcome.

Il existe quatre stades au lymphœdème selon la classification de Brünner : le stade 1 infra-clinique, le stade 2 du lymphœdème partiellement réversible, le stade 3 où il devient irréversible et le stade 4 correspondant à l'éléphantiasis. La prise en charge personnalisée de cette pathologie vise à améliorer la qualité de vie des patients, limiter l'augmentation progressive du volume et prévenir ses complications. La physiothérapie complexe décongestive comprend les soins cutanés (prévention et traitement des plaies et fissures, émollients), le Drainage Lymphatique Manuel [3], la contention simple ou multicouches et la gymnastique décongestive. Le traitement d'attaque du lymphœdème a pour objectif une réduction volumétrique et associe drainage lymphatique manuel, bandages multicouches et exercices sous bandages ainsi qu'une éducation thérapeutique. Parfois la presso-thérapie est également pratiquée. Le tout est proposé éventuellement en hospitalisation programmée de 5 à 10 jours. Le traitement d'entretien a pour objectif le maintien du volume obtenu et repose essentiellement sur la contention élastique par manchon éventuellement associée à des séances de drainage lymphatique manuel.

L'information reçue par les patientes a été étudiée et est insuffisante. En effet, jusqu'à 80% des patientes admises pour une chirurgie du cancer du sein ne s'estiment pas suffisamment informées du risque de lymphœdème par leurs médecins [4,5]. C'est également le ressenti que nous avons comme soignants lorsque nous recevons pour la première fois des patientes adressées dans notre unité spécialisée, dans un centre de compétence pour les lymphœdèmes.

Le niveau de connaissances des médecins généralistes français concernant le lymphœdème et sa prise en charge n'est pas connu. Il s'agit d'une pathologie peu enseignée dans le cursus médical et qui ne relève pas d'un item de l'examen classant national. Il existe cependant sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS), à destination des médecins et des kinésithérapeutes des guides sur la compression médicale [6] et les soins de masso-kinésithérapie [7].

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les connaissances et les pratiques des médecins généralistes de l'Indre-et-Loire sur le diagnostic et la prise en charge du lymphœdème séquellaire du traitement radio-chirurgical du cancer du sein, par une enquête par auto-questionnaire et éventuellement d'identifier des points de difficulté qui pourraient être améliorés par des actions spécifiques auprès des médecins du département.

2. Matériel et méthodes

2.1 Description de l'enquête

Type d'étude : Il s'agit d'une enquête transversale auprès des médecins généralistes d'Indre-et-Loire au moyen d'un auto-questionnaire.

Population : Un échantillon de 146 médecins généralistes installés en cabinet de médecine générale a été choisi parmi les 582 médecins généralistes libéraux et mixtes du département. Cet échantillon n'a pas été tiré au sort, mais a délibérément été choisi dans la population de médecins généralistes du département. Il incluait des cabinets situés dans les différents milieux urbains, semi-ruraux et ruraux du département. Les coordonnées des médecins généralistes étaient repérées depuis les pages jaunes.

En septembre 2016, les questionnaires ont été envoyés par courrier, accompagnés d'une lettre explicative et d'une enveloppe de retour affranchie. Les questionnaires étaient retournés à l'adresse du domicile de l'enquêteur. Deux semaines après l'envoi des courriers, nous avons procédé à une relance téléphonique. La durée du recueil de données a été de trois semaines entre le 10/09/2016 et le 30/09/2016.

2.2 Description du questionnaire

Le questionnaire comprenait 3 parties (cf. annexe 1). Il était validé par un médecin spécialisé dans la prise en charge des lymphœdèmes dans le service de dermatologie du CHU de Tours, qui est centre de compétence pour la prise en charge des lymphœdèmes.

Première partie : description de l'échantillon de médecins :

Cette partie comprenait 7 questions visant à définir le médecin interrogé : caractéristiques sociodémographiques, mode d'exercice, temps consacré à la formation médicale continue.

Deuxième partie : connaissance de la maladie :

Cette partie comprenait 4 questions. Une question à laquelle le médecin pouvait répondre par oui ou non, deux questions à choix multiples et une série d'affirmations auxquelles le médecin pouvait répondre par « oui », « non », ou « sans opinion ».

La question fermée portait sur l'absence de contre-indication à la réalisation d'activité physique stimulant les membres supérieurs chez une femme ayant un LOMS. La réponse attendue à cette question était « oui ».

Les questions à choix multiples portaient sur les symptômes et les facteurs favorisant l'apparition d'un LOMS. Les réponses attendues au premier QCM étaient « sensation de lourdeur », « œdème » et « modifications cutanées ». Les réponses attendues au deuxième QCM étaient « Indice de masse corporelle élevé » et « survenue d'un érysipèle ».

Les réponses attendues à la série d'affirmations étaient « vrai » pour toutes les affirmations.

Troisième partie : pratiques du médecin vis-à-vis du lymphœdème :

Cette partie comprenait des questions visant à :

- Estimer le nombre moyen de patients ayant un LO chez un médecin généraliste.
- Savoir si une information orale sur le LO ainsi que les consignes de surveillance sont données en consultation de médecine générale.
- Comprendre si le dépistage du LO fait partie des pratiques du médecin généraliste et les différents moyens mis en place pour y parvenir.
- Comprendre l'attitude thérapeutique qu'ont les médecins généralistes vis-à-vis du LO tant sur le traitement d'attaque que sur le traitement d'entretien et sur l'antibioprophylaxie anti-infectieuse.

Une dernière question ouverte concernant les difficultés que rencontrent les médecins généralistes vis-à-vis de cette pathologie leur a été posée.

En dernier lieu, le médecin pouvait exprimer clairement les réflexions que lui avait inspirées ce questionnaire.

2.3 Analyses statistiques

Les résultats de cette étude sont descriptifs, exprimés sous forme de pourcentage.

3. Résultats

Le questionnaire a été envoyé à 146 médecins généralistes et nous avons reçu 64 questionnaires réponses. Le taux de réponse était donc de 44%. Deux questionnaires ont été exclus car ils étaient très insuffisamment remplis. Au total, 62 questionnaires ont été inclus dans notre étude.

Lorsque nous emploierons le terme « médecins » ou « généralistes » dans ce chapitre, ils désigneront par extension « les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire questionnés ayant répondu au questionnaire ».

3.1 Profil des médecins de l'étude

Les principaux facteurs sociodémographiques sont résumés dans le Tableau 1. L'âge moyen est de 50 ans. Le praticien type de notre étude avait entre 50 et 59 ans, de sexe plutôt masculin, exerçant en milieu semi-rural depuis plus de 20 ans en cabinet de groupe.

*Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et mode d'exercice des médecins.
Pour chaque item, N correspond au nombre de médecins ayant répondu à la question.*

Caractéristiques		N (%)
Age	28-39 ans	13 (21)
	40-49 ans	18 (29)
	50-59 ans	21 (33,9)
	60 ans et plus	10 (16,1)
Sexe	Homme	35 (56,4)
	Femme	27 (43,6)
Lieu d'exercice	Rural	9 (14,5)
	Semi-rural	28 (45,2)
	Urbain	25 (40,3)
Ancienneté de l'exercice	< 5 ans	8 (12,9)
	5-10 ans	7 (11,3)
	10-20 ans	19 (30,6)
	> 20 ans	28 (45,2)
Mode d'exercice	Cabinet seul	7 (11,2)
	Cabinet de groupe (MSP incluses)	51 (82,3)
	Exercices particuliers:	
	Homéopathie	3 (4,8)
	Ostéopathie	3 (4,8)
	Vacation en clinique ou Hôpital	1 (1,6)
Nombre de journées de FMC au cours des 12 derniers mois.	Autres	6 (9,7)
	0	8 (12,9)
	1-5	27 (43,5)
	6-10	17 (27,4)
Accueil de stagiaire	11 et plus	10 (16,1)
	Oui	16 (25,8)
	Non	45 (72,6)
	Pas de réponse	1 (1,6)

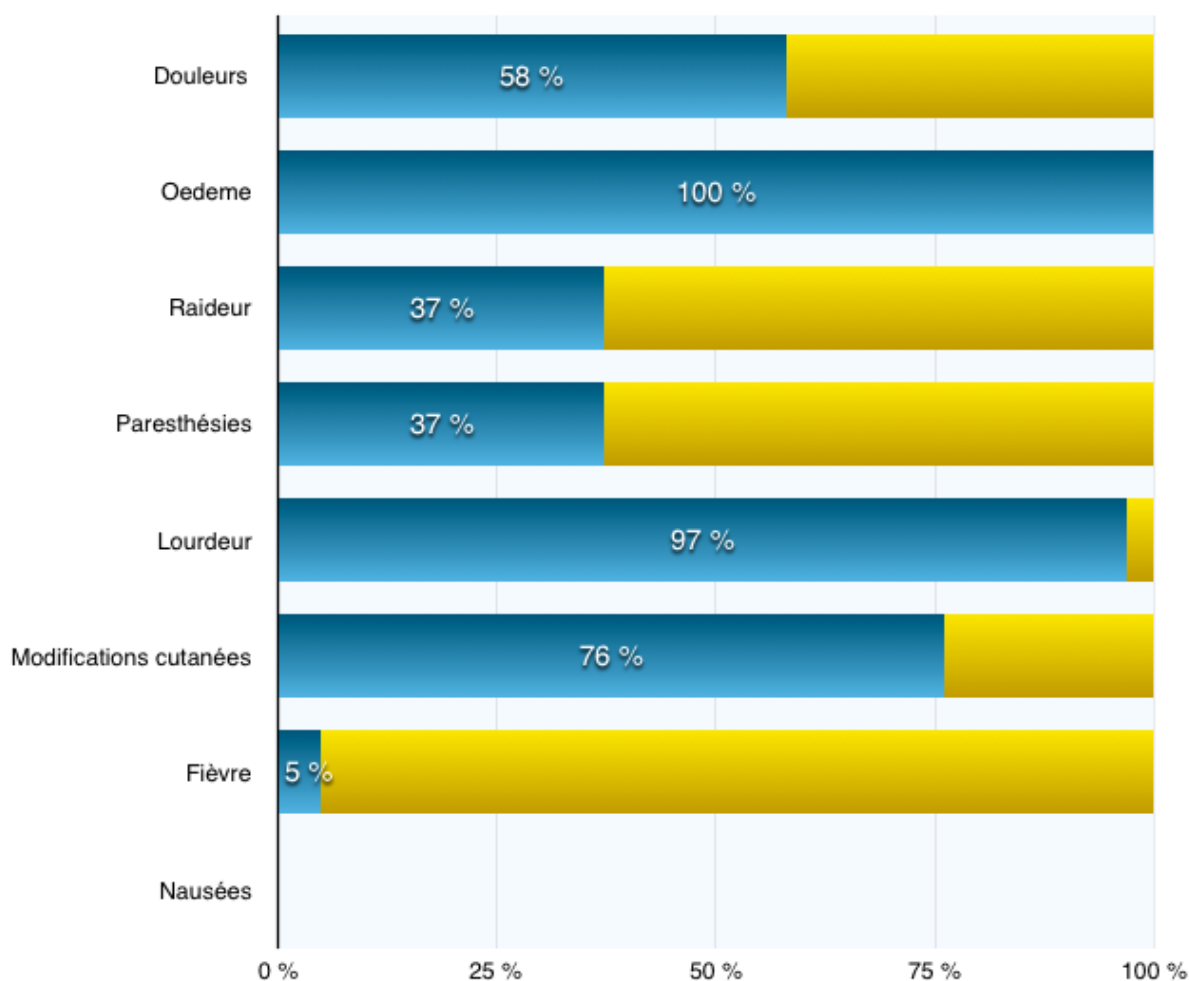
6 médecins ont déclaré avoir un autre mode d'exercice que ceux proposés dans le questionnaire : Remplaçants (2), Activité hospitalière à temps plein (2), Hypnothérapie (1), Coordinateur D'EHPAD (1).

3.2 Connaissances générales sur le lymphœdème

3.2.1 Symptômes

Nous avons posé une question à choix multiples sur les symptômes du LOMS. Globalement les symptômes du LOMS ont été reconnus par une majorité de médecins : 100% des médecins ont reconnu l'œdème, 97% ont reconnu la sensation de lourdeur et 76% ont reconnu les modifications cutanées comme symptômes du LOMS. Mais plus de la moitié des médecins interrogés, soit 58%, ont estimé que la douleur était un symptôme du lymphœdème, 37% pour la raideur et les paresthésies et 5% pour la fièvre.

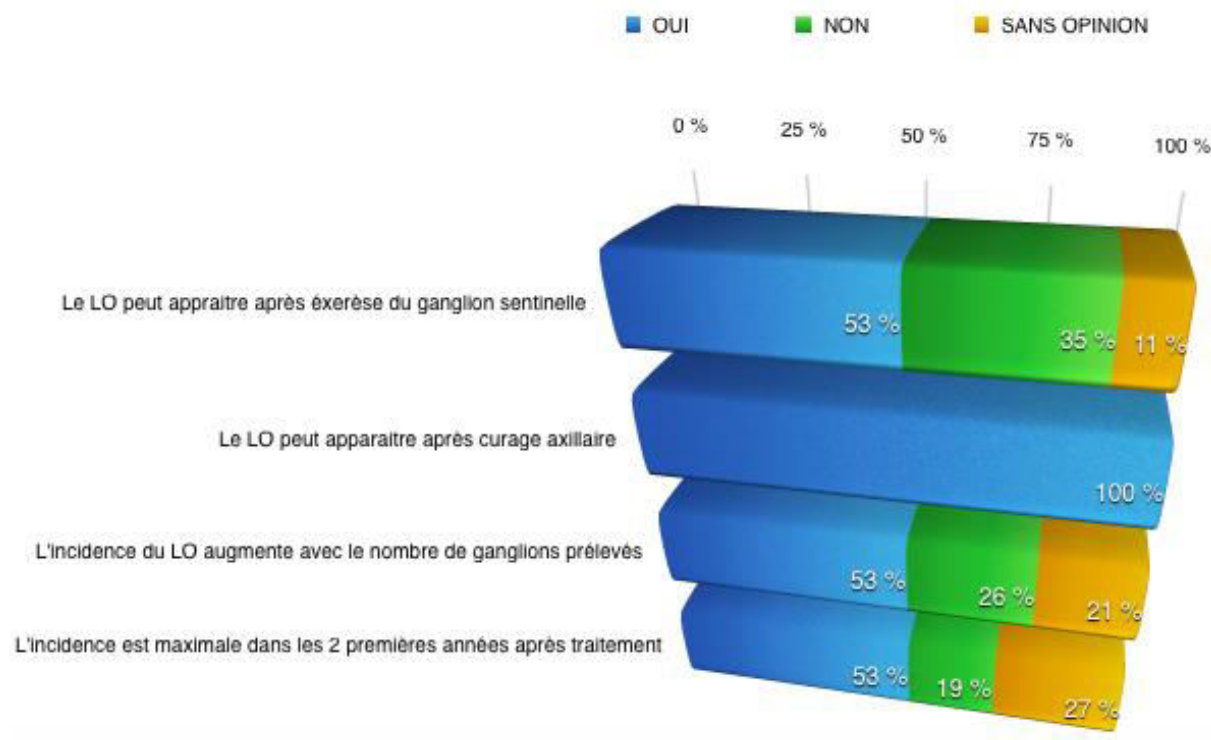
Figure 1 : Quelles propositions parmi les suivantes peuvent être reconnues comme étant un des symptômes du lymphœdème ?



3.2.2 Incidence du LOMS

Concernant les connaissances des médecins sur l'incidence du LOMS, tous les médecins ont reconnu le rôle du curage des ganglions axillaires dans l'apparition du LOMS, 53% des médecins estiment qu'un LOMS peut apparaître après prélèvement du ganglion sentinelle, 53% des médecins estiment que le risque augmente avec le nombre de ganglions prélevés en peropératoire et 53% estiment que le risque de LOMS est maximal dans les deux années qui suivent le traitement radio-chirurgical.

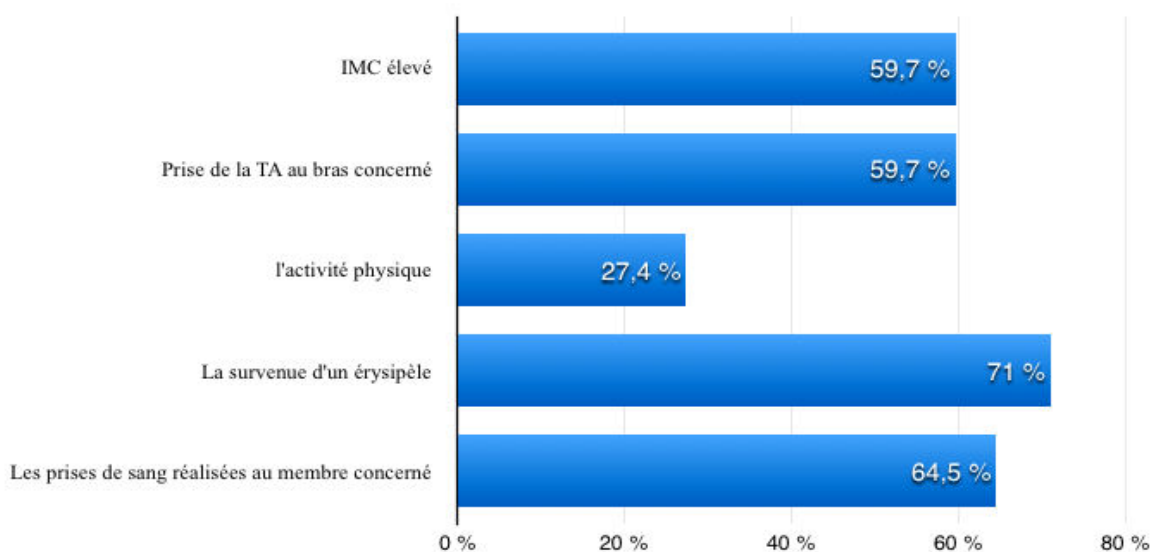
Figure 2 : Que pensez-vous des affirmations suivantes sur les facteurs de risque de LOMS ?



3.2.3 Facteurs de risque de LOMS

Concernant les facteurs de risque de survenue d'un LOMS, 71% des médecins ont reconnu l'érysipèle comme étant associé à une augmentation avérée du risque de survenue d'un LOMS. 64,5% des médecins interrogés incriminaient les prises de sang réalisées au membre concerné. 59,7 % des médecins incriminaient l'IMC élevé et la prise de la tension artérielle au bras concerné. 27,4% des médecins incriminaient la pratique d'une activité physique intensive.

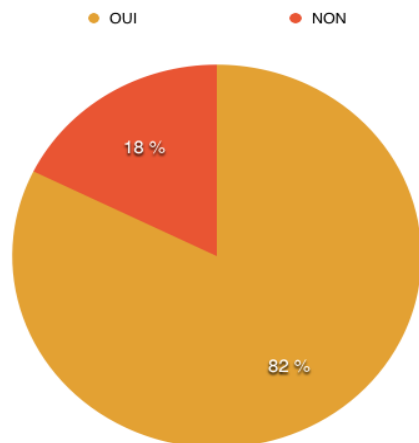
Figure 3 : Lesquelles des situations suivantes sont associées à une augmentation avérée du risque de survenue d'un LOMS chez une femme opérée d'un cancer du sein ?



3.2.4 Activité physique et lymphœdème

A la question « pensez-vous qu'une femme avec un LOMS peut réaliser une activité physique mettant en jeu les membres supérieurs ? » 82,3% des médecins ont dit « oui » alors que 17,7% ont répondu « non ». Pourtant 27,4% des médecins interrogés associent la pratique d'une activité physique intensive avec l'apparition d'un LOMS chez une femme traitée pour un cancer du sein.

Figure 4 : Pensez-vous qu'une femme avec un LOMS peut réaliser une activité physique mettant en jeu les membres supérieurs ?

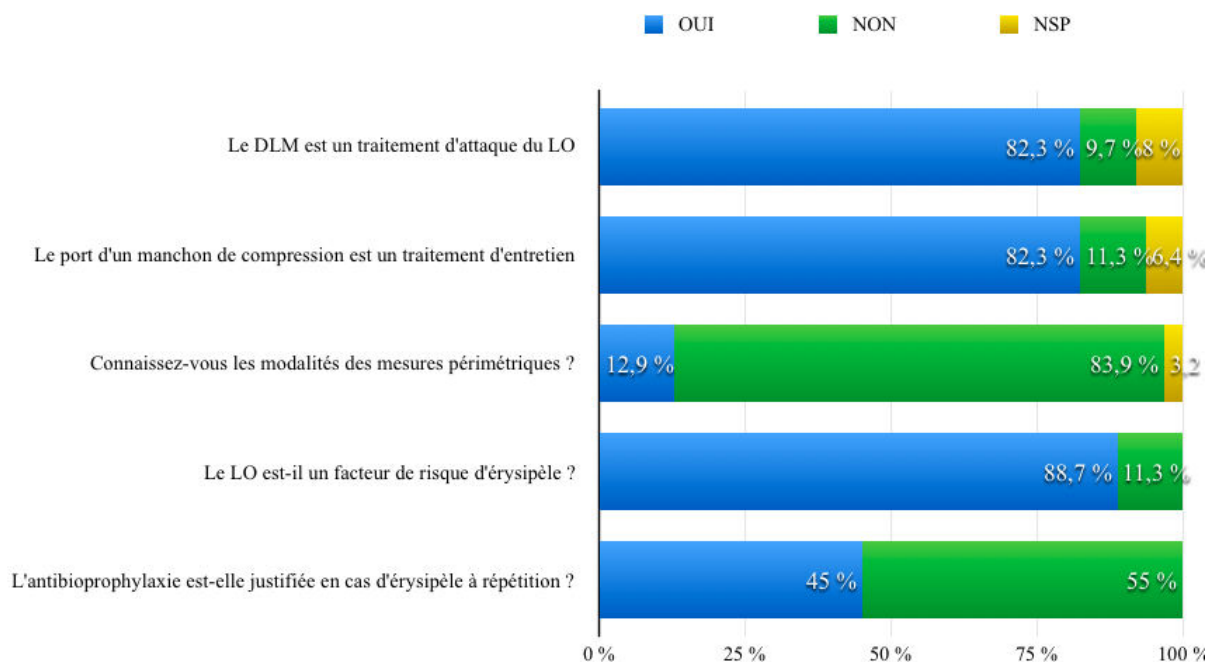


3.2.5 Traitement du Lymphœdème

Concernant le traitement du LOMS, les connaissances des médecins étaient bonnes. En effet, 82,3% des médecins reconnaissent que le DLM et le port d'une contention sont respectivement un traitement d'attaque et d'entretien du LOMS.

Huit médecins, soit 12,9% affirment connaître les modalités des mesures périmétriques d'un LOMS. 89% des médecins reconnaissent que le LOMS est un facteur de risque d'érysipèle, et la moitié d'entre eux (45% de l'ensemble des médecins de l'étude) connaissent l'intérêt d'une antibioprophylaxie dans la prévention de l'érysipèle récidivant sur LO.

Figure 5 : Que pensez-vous de cette série d'affirmations et questions relatives au traitement du LO ?



3.3 Le LOMS dans la pratique des médecins généralistes d'Indre-Et-Loire

Le nombre médian de LOMS par médecin est de 3,5. Le premier quartile est de 2 et le troisième quartile est de 8. Les extrêmes allant de 0 patiente à 10 patientes. La moyenne est de 4,7.

3.3.1 La pratique d'une consultation dédiée

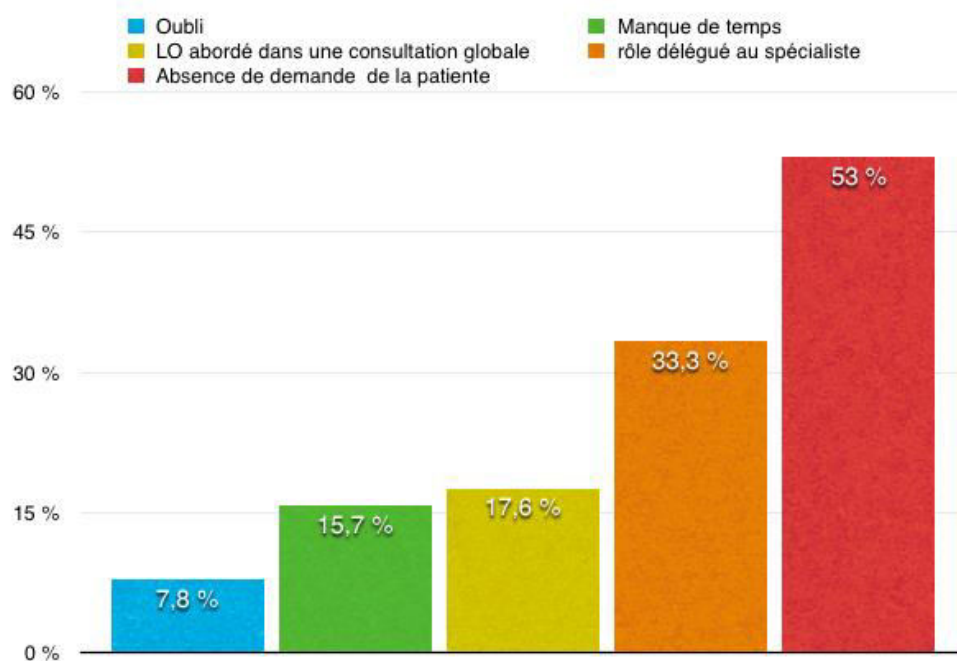
Six médecins ont affirmé dédier une consultation entière à cette pathologie après une chirurgie d'un cancer du sein, soit 10% des répondant. 56 médecins ont répondu « non » à la question soit 90 %.

Parmi les raisons qui les empêchent d'en faire :

- 7,8% incriminent l'oubli
- 15,7% le manque de temps
- 33,3% délèguent cette consultation au spécialiste en charge de la maladie
- 53% affirment ne pas recevoir de demande faite en ce sens par la patiente

Enfin, il nous paraît utile de signaler que 17,6% des médecins ont spontanément signalé que même s'ils ne consacraient pas une consultation entière à cette pathologie, le LOMS était quand même abordé en consultation.

Figure 6 : Qu'est-ce qui vous empêche de dédier une consultation entière au LOMS ?



3.3.2 L'information donnée aux patientes

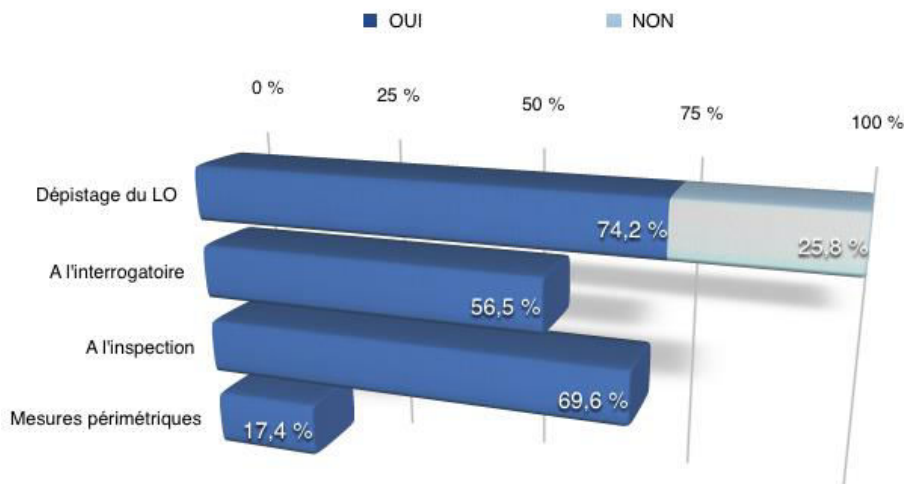
Une majorité de médecins ont déclaré donner une information orale à leurs patientes. En effet, 69,5% des médecins donnent des informations sur le lymphœdème à leurs patientes à risque, tandis que 64,5% des médecins déclarent donner des consignes de surveillance à leurs patientes qui viennent d'être opérées d'un cancer du sein.

3.3.3 Le Dépistage du LOMS en médecine générale

Concernant la pratique du dépistage du LOMS, 74,2% des médecins ont déclaré dépister cette pathologie dans les suites du traitement du cancer du sein.

- Pour 56,5% de ceux qui pratiquent le dépistage, à l'interrogatoire.
- Pour 69,6% à l'inspection du membre supérieur.
- Pour 17,4% en réalisant des mesures périmétriques.

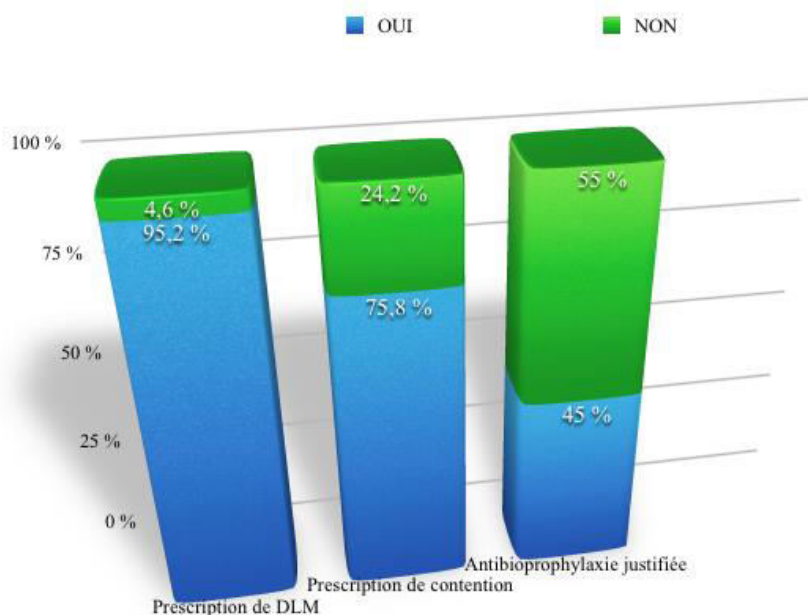
Figure 7 : Dépistez-vous le LOMS dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein ? Et si oui comment ?



3.3.4 Attitudes thérapeutiques des médecins

Concernant le traitement du LOMS, 95,2% des médecins ont déclaré avoir déjà prescrit des séances de DLM, et 15,7% parmi eux nous ont spontanément signalé qu'il s'agit essentiellement de « renouvellement de séances ». 75,8% des médecins ont déclaré avoir déjà prescrit un manchon de contention. Pour seulement 45% des médecins de l'étude, une antibioprophylaxie pourrait être indiquée en cas d'érysipèle à répétition.

Figure 8 : Avez-vous déjà prescrits : un drainage lymphatique manuel ? une contention élastique ? et pensez-vous que l'antibioprophylaxie soit justifiée en cas d'érysipèle à répétition ?



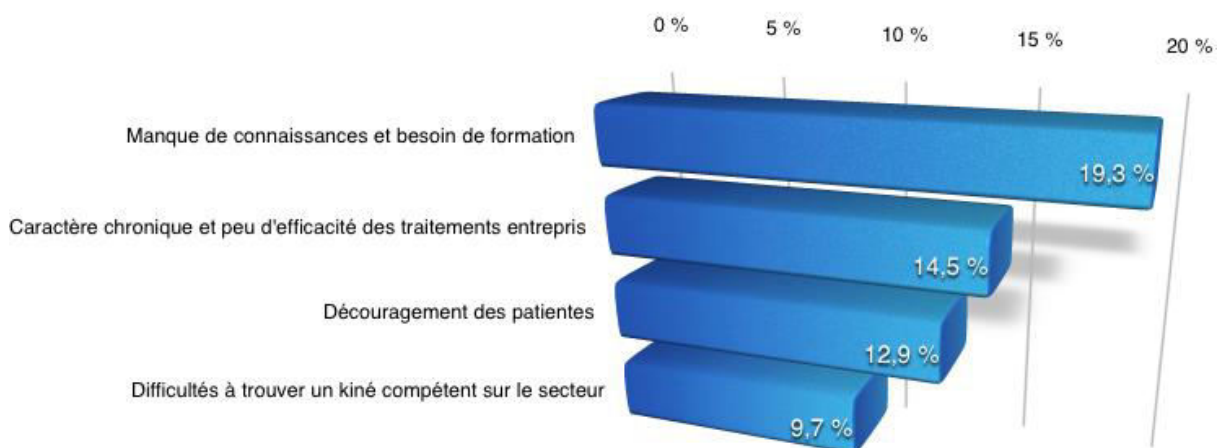
Il est à signaler que 66,7% des médecins de notre étude ne savaient pas que notre service de Dermatologie était un centre de compétence en Lymphologie.

Enfin nous avons laissé une plage de commentaires libres aux médecins afin qu'ils nous parlent de leurs difficultés face à cette pathologie.

Nous avons regroupé les différentes idées qui ressortent en fonction de leur récurrence :

- 12 médecins (19,3%) ont évoqué leur méconnaissance globale sur le sujet ou leur besoin de formation.
- 9 médecins (14,5%) ont évoqué la chronicité de la maladie et le peu d'efficacité des traitements.
- 8 médecins (12,9%) ont évoqué le découragement des patientes.
- Enfin 6 médecins (9,7%) ont évoqué leur difficulté à trouver un kinésithérapeute compétent en DLM sur leur secteur.

Figure 9 : Observations des médecins de l'étude sur leurs difficultés.



4. Discussion

Notre étude a mis en évidence une confusion des médecins généralistes sur les symptômes du LOMS. Elle met également en évidence une méconnaissance des médecins de la possibilité de développer un LOMS des suites d'une exérèse du ganglion sentinelle. Les médecins généralistes ont également tendance à croire que la prise de la TA et les prises de sang doivent être proscrits du côté atteint. Des carences en terme de dépistage et d'antibioprophylaxie apparaissent aussi. Donc il existe globalement une méconnaissance des recommandations actuelles sur cette pathologie.

4.1 Connaissances des médecins sur le lymphœdème

Les connaissances des médecins concernant les symptômes du LOMS sont globalement bonnes. Tous les participants reconnaissent l'œdème et la sensation de lourdeur comme étant un symptôme du LOMS et 76% des médecins de notre étude reconnaissent les modifications cutanées. Cependant il existe vraisemblablement un flou concernant ce qui n'est pas en soit un symptôme direct du LOMS.

37% des médecins de notre étude supposent que les paresthésies étaient liées au LOMS, alors que l'apparition des paresthésies est liée au curage des ganglions axillaires [8] et/ou à la radiothérapie [09].

37% des médecins supposent que la raideur du membre supérieur est due au LO alors qu'il s'agit d'une conséquence de la chirurgie et surtout de la radiothérapie (histogramme de dose-volume) [09]. Une majorité de médecins, soit 58%, supposent que la douleur est un des symptômes du LOMS. Pourtant le LO en soit n'est pas douloureux. Les douleurs du membre supérieur sont souvent multifactorielles, essentiellement neuropathiques et dues à la section des nerfs périphériques lors de l'intervention chirurgicale. Ces douleurs peuvent également concerner les articulations, et outre les rhumatismes post-chimiothérapie, ils sont associés à la gestion opératoire du cancer du sein [10]. Les douleurs peuvent également être une conséquence indirecte du LOMS. En effet, plus le LOMS évolue dans le temps et plus le risque d'atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule augmente [11].

Enfin 5% des médecins de notre étude affirment que la fièvre est un des symptômes du LOMS pourtant le LOMS ne donne pas de fièvre. Seules les complications infectieuses (érysipèle essentiellement) sont fébriles.

De plus il faut noter la méconnaissance des médecins sur la possibilité de développer un LOMS chez les femmes ayant bénéficié d'un prélèvement du ganglion sentinelle. Environ la moitié des médecins (46,8%) méconnaissent ce risque. Pourtant celui-ci est estimé entre 3 et 10% dans les deux années suivant l'intervention [12]. Le même pourcentage de médecins dans notre étude ignore également que l'incidence du LOMS augmente avec le nombre de ganglions prélevés et que l'incidence d'un LO est maximale dans les deux premières années après chirurgie ; pourtant il s'agit de la période où la surveillance d'un éventuel LOMS devrait être maximale.

4.2 Facteurs de risque de survenue de LOMS.

4.2.1 Opinion des médecins sur l'activité physique.

82,3% des médecins interrogés estimaient qu'une femme avec un LOMS pouvait réaliser une activité physique mettant en jeu les membres supérieurs. Cependant, plus d'un médecin sur quatre (27%) pensaient que la pratique d'une activité physique intensive était associée à une augmentation du risque de survenue d'un LOMS chez une femme traitée pour un cancer du sein.

Cela est sans doute dû aux anciennes recommandations qu'on donnait auparavant aux patientes suivies pour un cancer du sein, telles que s'abstenir d'utiliser le bras, la contre-indication formelle de la réalisation des prises de sang et de la prise de la tension artérielle au bras concerné.

Pourtant une revue de la littérature néerlandaise de 2015 [13] montrait que la réalisation d'une activité physique progressive mettant en jeu une mobilisation précoce de l'épaule n'augmentait pas le risque d'apparition d'un LOMS. Cette activité physique, progressive, peut même atteindre la réalisation d'exercices d'haltérophilie [14] sans que cela ne soit associé à l'apparition d'un LOMS ou à une exacerbation de celui-ci s'il est déjà préexistant. La réalisation d'une activité physique adaptée n'est donc pas associée à une augmentation du risque d'apparition de LOMS [15] et les femmes présentant un LOMS secondaire devraient être encouragées à en pratiquer une. Il nous paraît important de signaler la méconnaissance de ce fait d'une partie des médecins de notre étude.

4.2.2 Erysipèle et IMC élevé

Le LOMS est un facteur de risque d'érysipèle [16] mais les érysipèles constituent également un facteur de risque d'apparition ou d'aggravation d'un LO préexistant [17]. Ceci était connu par 89% et 71% des répondants, respectivement.

L'obésité est un facteur de risque important d'apparition d'un LOMS. Dans une étude rétrospective [18], les patientes ayant un IMC>30 avaient une probabilité plus élevée de développer un LOMS (Odds Ratio=2,9), en comparaison avec le groupe de patientes ayant un IMC<25. Ainsi, le développement d'un LO dans les deux premières années suivant l'intervention chirurgicale était associé avec un IMC élevé et cela devrait être considéré lors des consultations préopératoires et la perte de poids devrait également faire partie des conseils et recommandations des médecins traitants. De même, une revue systématique de la littérature a également trouvé que les seuls facteurs de risque de développer un LOMS étaient la chirurgie extensive et l'obésité [19].

4.2.3 Autres pratiques médicales

59,7% et 64,5% des médecins de notre étude incriminaient respectivement la prise de la tension artérielle et les prises de sang réalisées au bras ipsilatéral dans l'apparition d'un LO. Cela est probablement dû aux anciennes recommandations [20]. Pourtant aucune étude n'a pu confirmer cela et ces pratiques ne devraient plus être systématiquement interdites. En effet, une étude américaine prospective [21] montre que ni les prises de sang réalisées au bras ipsilatéral, ni les prises de tension artérielle ne sont associées à une augmentation du volume du bras.

De même, une récente revue de la littérature de septembre 2016 [22] met en évidence le faible niveau de preuve des études incriminant ces anciennes pratiques et souligne le caractère anxiogène pour les patientes.

4.3 Pratiques des médecins généralistes d'Indre-Et-Loire

4.3.1 Information donnée aux patientes

Dans notre étude près de deux médecins sur trois affirment donner des informations et des consignes de surveillance à leurs patientes à risque de LOMS. Mais notre étude montre qu'une partie des conseils est inadaptée, en partie parce que les recommandations récentes ont évolué ce qui peut créer une incompréhension entre professionnels, et avec les patients. Dans une étude, les patientes rapportaient une certaine frustration sur la perception d'informations inadéquates administrées par leur médecin ou d'avis divergents donnés par des médecins différents au sujet des déficiences du membre supérieur suite au traitement du cancer du sein [23].

Améliorer les connaissances des praticiens sur le LOMS permettrait de mieux conseiller les patientes.

D'un autre côté, les informations données par les médecins aux patientes traitées pour un cancer du sein sont jugées insuffisantes par celles-ci [4,5]. Pourtant les patientes apprécient un avis d'expert sur le sujet, augmentant ainsi leur confiance en un retour vers une vie active normale [24]. Dans une étude incluant 136 femmes traitées pour un cancer du sein, les patientes ayant reçues des informations sur le LOMS ont eu moins de plaintes de symptômes de LO [25].

Dans une autre étude, les patientes ayant été éduquées aux causes et aux symptômes du LOMS et à la réalisation d'exercices physiques adaptés [26] ont eu de meilleures amplitudes articulaires de l'épaule.

4.3.2 Dépistage

Près de trois médecins sur quatre dans notre étude ont affirmé dépister le LOMS dans la suite du traitement du cancer du sein, majoritairement à l'inspection. Près de la moitié des médecins cherchaient les symptômes d'un LOMS à l'entretien avec leurs patientes. Mais la grande majorité des médecins interrogés ne connaissait pas les modalités des mesures périmétriques des membres supérieurs (qui est la technique la plus habituellement employée pour évaluer le LOMS) [27,28] et 17% des médecins de notre étude réalisaient des mesures périmétriques de dépistage chez leurs patientes à risque. Pourtant, ces mesures de périmètres sont faciles à réaliser en cabinet par le médecin, ou par les patientes elles-mêmes [29] et sont utiles au diagnostic du LOMS. En effet, au stade débutant d'un LOMS, l'écart de circonférence de 2 cm à la racine des deux membres supérieurs n'est pas évident à l'inspection et le praticien peut alors ignorer un LOMS débutant, et ainsi retarder la prise en charge.

4.3.3 Traitement

La prescription de DML fait partie des habitudes des médecins dans notre étude. Certains praticiens ont tenu à nous préciser qu'ils font souvent des renouvellements d'ordonnance de kinésithérapie, ce qui signifie qu'ils ne sont pas à l'origine de la prescription initiale. En effet, l'oncologue ou le gynécologue ayant réalisé le traitement chirurgical, dépistent le LOMS lors des consultations de suivi. Mais une étude canadienne [30] avait montré que même les intervenants spécialistes avaient des lacunes concernant le traitement complexe du LOMS, et avait souligné la nécessité de réaliser des campagnes d'éducation des praticiens à cette pathologie.

Une majorité de médecins dans notre étude prescrivait également une contention élastique mais à un degré moindre que la prescription de DML. Cela pourrait être dû au refus de certaines patientes de porter une contention ou à la possibilité que la prescription initiale soit réalisée par le spécialiste.

Plus de la moitié des médecins de notre étude (52,3%) ne pensait pas qu'une antibioprophylaxie pourrait être justifiée en cas d'érysipèle à répétition [31]. Pourtant un essai clinique randomisé en double aveugle réalisé en Angleterre sur l'intérêt d'une antibioprophylaxie dans l'érysipèle des membres inférieurs [32] montre qu'une antibioprophylaxie à base de faibles doses de Pénicilline, permet de diminuer de 45% les risques de survenue d'un érysipèle (Hazard Ratio 0,55 ; IC entre 0,35 et 0,86 ; $p=0,01$) la première année. Les facteurs prédictifs d'une moindre efficacité de l'antibioprophylaxie seraient l'IMC > 33 ($p=0,01$) et plus de 3 récurrences antérieures d'érysipèle ($p<0,001$). De nouvelles études devraient cependant porter sur la durée du traitement prophylactique qui reste toujours imprécise.

Outre l'antibiothérapie, le traitement prophylactique comporte également des soins cutanés, plus particulièrement le traitement des blessures. De plus, un érysipèle nécessite de prévoir par la suite une PCD afin de diminuer le volume du LO aggravé par l'épisode infectieux, diminuant ainsi les risques de récurrence.

On note enfin que 67 % des répondants ignoraient que le service de Dermatologie du CHRU est un centre de compétence en lymphologie.

4.4 Difficultés des médecins généralistes face au LOMS.

Près de 27 % des médecins de notre étude rapportent spontanément des difficultés dans le suivi de leurs patientes ayant un LOMS. La principale difficulté reste la chronicité de cette maladie et son caractère « incurable » responsable d'un certain découragement des patientes. Il nous paraît nécessaire de préciser que si le LO est effectivement « incurable », le traitement, quand il est entrepris assez tôt dès les premiers symptômes peut limiter l'évolution de la maladie vers sa forme irréversible et chronique ; forme la plus souvent ouverte aux complications.

D'autres médecins rencontrent des difficultés à trouver un kinésithérapeute formé à la réalisation de DML sur leur secteur d'exercice.

Enfin 19% des médecins déclarent leur méconnaissance de cette pathologie et leur besoin de formation.

4.5 Limites de l'étude

L'échantillon : Il est composé de 62 médecins ayant répondu et renvoyé le questionnaire avant le 30 Septembre 2016.

Par comparaison aux données départementales concernant les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire, notre échantillon est assez représentatif des médecins généralistes de notre département. La moyenne d'âge qui est de 52 ans dans le département est de 50 ans dans notre étude. Les catégories d'âge montrent que les médecins généralistes de notre étude sont sensiblement plus jeunes que la population générale puisque dans le département, 12% des médecins généralistes installés ont moins de 40 ans et 24 % ont plus de 60 ans alors que dans notre étude, 21% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire ont moins de 40 ans et 16,1% ont plus de 60 ans. Les femmes sont légèrement surreprésentées dans notre étude, à la hauteur de 43,6% alors que dans le département elles représentent 39% des médecins généralistes d'Indre-Et-Loire [33]. Mais le biais principal est lié au fait que les réponses ont été obtenues sur la base du volontariat. Les participants sont habituellement motivés par le sujet et ne sont probablement pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes du département.

Le questionnaire : Il avait l'avantage d'être succinct, ce qui a contribué à un taux de réponses correct à l'enquête. Nous avons néanmoins observé que l'impression en recto-verso a été à l'origine d'un certain nombre d'oublis de remplissage de la partie verso de la première page du questionnaire, diminuant ainsi le taux de réponse à certaines questions.

Par ailleurs, certaines questions se sont révélées être un peu ambiguës. C'est le cas de la question sur les symptômes du LOMS ; la douleur, même si elle n'est pas un symptôme direct du lymphœdème peut en être une conséquence et survenir après des années d'évolution.

Pour la question portant sur la réalisation d'une consultation entièrement dédiée au LO, un certain nombre de médecins ont tenu à préciser que même s'ils ne pratiquaient pas de consultation entièrement dédiée, ils abordaient tout de même le LO lors d'une consultation globale de suivi, or cette option ne figurait pas dans la liste de propositions fournies dans le questionnaire.

Enfin, les questions portant sur les informations données sur le LO aux patientes à risque et les consignes de surveillance peuvent paraître un peu vagues aux médecins étant donné qu'on ne précise pas la nature des informations et les consignes de surveillance dans le questionnaire.

Conclusion

Notre étude prouve qu'il existe des lacunes dans les connaissances des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur les symptômes, les facteurs de risque et d'aggravation, les pratiques de dépistage et le traitement du LOMS.

Il nous paraît important afin de répondre aux difficultés des patientes et des médecins généralistes face à cette pathologie de réaliser des campagnes de formation axées sur la physiopathologie, les premiers symptômes cliniques, les facteurs de risque de survenue et d'aggravation et les principes du dépistage et du traitement.

En outre, il serait utile de réaliser un guide sur le LOMS, à destination des médecins du département, possiblement en collaboration avec l'INPES, avec, si possible, un listing des kinésithérapeutes pratiquant le DML sur chaque secteur, en insistant sur la nécessité d'adresser les patientes en consultation au centre de compétence en cas de problème. Ces patientes pourraient ensuite si besoin, bénéficier d'une physiothérapie complexe décongestive, une éducation thérapeutique et un soutien psychologique.

Annexe 1

LE QUESTIONNAIRE

Le Médecin

Votre Age :ans

Votre Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Depuis combien de temps exercez-vous ?

- ☐ < 5 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 10-20 ans
- ☐ > 20 ans

Votre lieu d'exercice : ☐ milieu urbain ☐ milieu semi-rural ☐ milieu rural

Votre mode d'exercice : ☐ cabinet seul ☐ cabinet de groupe ☐ MSP
☐ Homéopathie ☐ Acupuncture ☐ Ostéopathie ☐ Mésothérapie
☐ Coordinateur d'EHPAD ☐ Autre :.....

Accueillez-vous un stagiaire ? ☐ Oui ☐ Non

A combien de journées ou soirées de formation avez-vous assisté ces 12 derniers mois ?.....

Connaissances générales sur le lymphœdème

Quelle(s) proposition(s) parmi les suivantes peuvent être reconnues comme étant un des symptômes du lymphœdème :

- ☐ Douleurs ☐ raideur ☐ sensation de lourdeur ☐ fièvre
- ☐ œdème ☐ paresthésies ☐ modifications cutanées ☐ nausées

Que pensez-vous des affirmations suivantes ?

Vrai Faux Sans Opinion

Le lymphœdème est une maladie chronique avec un retentissement psychologique important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un lymphœdème peut apparaître après prélèvement du ganglion sentinelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un lymphœdème peut apparaître après curage axillaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'incidence du lymphœdème augmente avec le nombre de ganglions prélevés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le drainage lymphatique manuel est un traitement d'attaque du lymphœdème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le port d'un manchon de compression est un traitement d'entretien du lymphœdème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'incidence d'un lymphœdème est maximale dans les 2 premières années après chirurgie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensez-vous qu'une femme avec un lymphœdème du membre supérieur peut réaliser une activité physique mettant en jeu les membres supérieurs ? ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles des situations suivantes sont associées à une augmentation avérée du risque de survenue d'un lymphœdème du membre supérieur chez une femme opérée d'un cancer du sein ?

- ☐ Indice de Masse Corporelle élevé.
- ☐ Prise de la tension artérielle au bras concerné.
- ☐ La pratique d'une activité physique intensive.
- ☐ La survenue d'un érysipèle.
- ☐ Les prises de sang réalisées au bras concerné.

Pratiques des médecins vis-à-vis du lymphœdème

Combien de cas de lymphœdème du membre supérieur avez-vous parmi votre patientèle environ ?

Dédiiez-vous une consultation entière à cette pathologie des suites d'une chirurgie pour cancer du sein à vos patientes ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si votre réponse est oui merci de passer à la question suivante, sinon quelles sont les raisons qui vous empêchent d'en faire ?

- ☐ Absence de demande faite en ce sens par la patiente.
- ☐ Manque de temps.
- ☐ Oubli.
- ☐ Rôle délégué au spécialiste hospitalier en charge de la maladie.
- ☐ Autre (merci de préciser) :

Donnez-vous des informations sur le lymphœdème à vos patientes à risque ? ☐ Oui ☐ Non

Donnez-vous des consignes de surveillance à vos patientes qui viennent d'être opérées d'un cancer du sein ?

- ☐ Oui ☐ Non

Dépistez-vous cette pathologie dans les suites d'une chirurgie du cancer du sein ? ☐ Oui ☐ Non

Si non merci de passer à la question suivante, si oui par quel(s) moyen(s) ?

- ☐ En questionnant la patiente sur ses symptômes.
- ☐ En inspectant le membre supérieur.
- ☐ En réalisant des mesures périmétriques.

Connaissez-vous les modalités des mesures périmétriques ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà prescrit des séances de drainage manuel lymphatique ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà prescrit une contention élastique ? ☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que le lymphœdème est un facteur de risque d'érysipèle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pensez-vous qu'une antibioprophylaxie pourrait être justifiée en cas d'érysipèle à répétition ?
☐ Oui ☐ Non

Avez-vous connaissance du centre de lymphologie du CHU ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà adressé une patiente à ce centre ? ☐ Oui ☐ Non

Quelles sont les difficultés que vous avez face à cette
pathologie ?
.....
.....
.....
.....

Commentaires
libres :
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre collaboration.

REFERENCES

- [1] McWayne J, Heiney SP, Psychologic and social sequelae of secondary lymphoedema : a review. *Cancer* 2005 Aug 1 ;104(3) :457-66.
- [2] Heiney SP, McWayne J, Cunningham JE, Hazlett LJ, Parrish RS, Bryant LH, Vitoc C, Jansen K, Quality of life and lymphoedema following breast cancer, *Lymphology*. 2007 Dec ;40(4) :177-84.
- [3] Tomson D, Fritsch C, Klumbach D. The treatment of lymphedema of the upper limb according to the Földi method: Results. *Eur J Lymphol* 1992 ;3;11-5.
- [4] Borman P, Yaman A, Yasrebi S, Ozdemir O, The importance of awareness and education in patients with breast cancer related oedema, *J Cancer Educ*. 2016; Epub 2016 Apr 06.
- [5] Choi JK, Kim HD, Sim YJ, Kim GC, Kim DK, Yu BC, Park SS, Jeong HJ. A Survey of the Status of Awareness of Lymphedema in Breast Cancer Patients in Busan-Gyeongnam, Korea. *Ann Rehabil Med*. 2015 Aug ;39(4):609-15
- [6] Site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/fiche_de_bon_usage_-_compression_medicale_dans_les_affections_veineuses_chroniques_2010-12-16_11-04-22_128.pdf
- [7] Site Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/texte_court_lymphoedeme.pdf
- [8] Soares EW, Nagai HM, Bredt LC, Da Cunha AD Jr, Andrade RJ, Soares GV, Morbidity after conventional dissection of axillary lymph nodes in breast cancer patients; *World J Surg Oncol*. 2014 Mar 27 ; 12 :67.
- [9] Johansen S, Fosså K, Nesvold IL, Malinen E, Fosså SD. Arm and shoulder mobility following surgery and radiotherapy for breast cancer. *Acta Oncol*. 2014 Apr; 53(4) :521-9.
- [10] Andrykowski MA, Curran SL, Carpenter JS, Studts JL, Cunningham L, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE. Rheumatoid symptoms following breast cancer treatment: a controlled comparison. *J Pain Symptom Manage*. 1999 Aug ;18(2):85-94.
- [11] Jang DH1, Kim MW1, Oh SJ2, Kim JM1. The Influence of Arm Swelling Duration on Shoulder Pathology in Breast Cancer Patients with Lymphedema. *PLoS One*. 2015 Nov 16; 10(11): e0142950.
- [12] De Groef A, Van Kampen M2, Tieto E, Schönweger P, Christiaens MR3, Neven P4, Geraerts I2, Gebruers N5, Devoogdt N2. Arm lymphoedema and upper limb impairments in sentinel node-negative breast cancer patients: A one year follow-up study. *Breast*. 2016 Oct; 29:102-8. Epub 2016 Jul 29.
- [13] Stuiver *et al*. Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No: CD009765.
- [14] Cormie *et al*. Is it safe and efficacious for women with lymphoedema secondary to breast cancer to lift heavy weights during exercise: a randomized controlled trial. *J Cancer Surviv*. 2013 Sep ;7(3) :413-24.

- [15] Hayes *et al.* Exercise and secondary lymphoedema : safety, potential benefits, and research issues. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Mar; 41(3) :483-9.
- [16] Ben Salah H *et al.* Erysipelas after breast cancer treatment. *Tunis Med.* 2002 Aug ;80(8) :465-8.
- [17] Vignes S *et al.* Limb lymphoedema : Diagnosis, explorations, complications. French Lymphology Society. *J Mal Vasc.* 2009 Nov ;34(5) :314-22.
- [18] Helyer LK *et al.* Obesity is a risk factor for developing postoperative lymphoedema in breast cancer patients. *Breast J.* 2010 Jan-Feb ;16(1) :48-54.
- [19] DiSipio T *et al.* Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013 May ; 14(6) :500-15.
- [20] « Lymphoedème après cancer du sein » *Rev Prescrire* 2004 ;24(255) :768-771.
- [21] Ferguson *et al.* Impact of ipsilateral blood draws, injections, blood pressure measurements, and air travel on the risk of lymphoedema for patients treated for breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2016 Mar 1; 34(7) :691-8.
- [22] Asdourian MS *et al.* Precautions for breast cancer-related lymphoedema : risks from air travel, ipsilateral arm blood pressure measurements, skin puncture, extreme temperatures, and cellulitis. *Lancet Oncol.* 2016 Sep ;17(9): e392-405.
- [23] Lee TS *et al.* Patient perceptions of arm care and exercise advice after breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum.* 2012 Jan ;37(1) :85-91.
- [24] Jeffs E *et al.* Exploring patient perception of success and benefit in self-management of breast cancer-related arm lymphoedema. *Eur J Oncol Nurs.* 2016 Feb; 20:173-83.
- [25] Fu MR *et al.* The effect of providing information about lymphedema on the cognitive and symptom outcomes of breast cancer survivors. *Ann Surg Oncol.* 2010 Jul; 17(7):1847-53.
- [26] Imamoglu N *et al.* The effect of Education on upper extremity function in patients with lymphoedema after breast cancer treatments. *Lymphat Res Biol.* 2016 Sep ;14(3) :142-7.
- [27] Mayrovitz HN, Sims N, Macdonald J. Assessment of limb volume by manual and automated methods in patients with limb edema and lymphedema. *Advances in Skin & Wound Care.* 2000 ;13 :272-276.
- [28] Karges JR *et al.* Concurrent validity of upper-extremity volume estimates: comparison of calculated volume derived from girth measurements and water displacement volume. *Phys Ther* 2003 ;83 :134-145.
- [29] Mori T *et al.* Self-measurement of upper extremity volume in women post-breast cancer: reliability and validity study. *Physiother Theory Pract.* 2015 ;31(4) :283-7.

- [30] Shaw RM *et al.* The information needs and media preferences of Canadian cancer specialists regarding breast cancer treatment related arm morbidity. *Eur J Cancer Care*. 2014 Jan; 23(1):98-110.
- [31] Vaillant L *et al.* Infectious complications of lymphedema. *Rev Med Interne*. 2002 ;23 Suppl 3 :403s-407s.
- [32] Thomas K.S, Crook A.M. *et al.* Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *NEJM* 2013; 368:1695-703.
- [33] Site internet de l'Ordre National des Médecins :https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/centre_2013.pdf

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine de Tours**

Tours, le



KERBAJ JIMMY

27 pages – 1 tableau – 9 figures – 33 références.

RESUMÉ

Introduction. Le lymphœdème du membre supérieur (LOMS) est une complication connue du traitement du cancer du sein. Le niveau de connaissances des médecins généralistes (MG) français sur cette pathologie est peu connu. Cette étude avait pour objectif principal d'analyser les connaissances et les pratiques des MG d'Indre-et-Loire sur le LOMS séquellaire au traitement radio-chirurgical du cancer du sein.

Matériels et méthodes. Une enquête par auto-questionnaire anonyme a été réalisée entre le 10 et le 30 septembre 2016, ciblant 146 MG du département.

Résultats. Le nombre de réponses était de 64. Le taux de réponse était de 44%. 58% des médecins interrogés pensaient que le LOMS était douloureux et 37% pensaient que la raideur et les paresthésies en étaient des symptômes. 47% des répondants ignoraient que le LOMS pouvait apparaître après exérèse du ganglion sentinelle. 27% des répondants pensaient que la pratique d'une activité physique intensive aggravait le risque de LOMS.

L'obésité, les prises de la tension artérielle et les ponctions veineuses au bras homolatéral étaient considérées comme des facteurs de risque de survenue d'un LOMS pour 60%, 60% et 64% des répondants respectivement. 74% des répondants ont déclaré dépister le LOMS mais seulement 13% des MG connaissaient les modalités des mesures périmétriques. L'antibioprophylaxie anti-infectieuse en cas d'érysipèle à répétition n'était justifiée que pour 45% des répondants.

Conclusion. Notre étude a mis en évidence un niveau de connaissance insuffisant concernant certaines recommandations sur le LOMS (en particulier les mesures de pression artérielle, le sport...). Un guide sur le LOMS contenant les recommandations actuelles et des actions de Formation Médicale Continue à destination des MG du département nous semblent indiqués.

Mots clés : Lymphœdème du membre supérieur, cancer du sein, connaissances, pratiques, médecine générale.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Loïc VAILLANT
Directeur de thèse :	Docteur Valérie TAUVERON
Membres du Jury :	Professeur Laurent MACHET
	Professeur Annabel MARUANI
	Professeur Gilles BODY
	Docteur Etienne HUARD