

GYMNATIQUE HOLISTIQUE METHODE DU DR EHRENFRIED ET CANCER DU SEIN

Véronique Dève 20, rue Dumyrat 19 100 Brive la Gaillarde

Mai 2021

SOMMAIRE

INTRODUCTION

- I- Le cancer du sein
 - A- Stades du cancer du sein
 - B- Effets secondaires des traitements
 - 1- Chirurgie
 - 2- Reconstruction mammaire
 - 3- Radiothérapie
 - 4- Chimiothérapie
 - 5- Hormonothérapie
 - C- Lymphoedème

- II- Gymnastique Holistique et cancer du sein

- III- Cas cliniques
 - A- Gymnastique Holistique dans la cadre d'une limitation de l'épaule
 - B- Gymnastique Holistique dans le cas particulier d'une fracture du trochiter avec ATCD de cancer du sein

CONCLUSION

GYMNASTIQUE HOLISTIQUE ET CANCER DU SEIN

INTRODUCTION

En 1993, au cours de mon activité professionnelle libérale, j'ai fait la connaissance d'une consœur avec laquelle j'ai exercé pendant onze années. Elle était formée à la méthode de gymnastique du Dr Mensendieck, médecin allemand; il s'agit d'un travail de posturologie globale traitant de la prise de conscience du placement du corps et visant à la réharmonisation de celui-ci par le biais d'exercices libérant de tensions, de malpositions acquises au cours de la vie professionnelle ou la pratique intensive de certains sports, mais aussi de mauvaises attitudes induites par la croissance ou la vie tout simplement .

C'est au cours de ces années que j'ai pris conscience que le travail global a un intérêt considérable sur le bien-être des patients et qu'un travail éducatif de ce type peut avoir des répercussions très positives dès lors que le patient s'investit dans sa pratique. J'ai donc exploité cette méthode pendant de nombreuses années.

Oui mais, car il y a, à mon humble avis un « Mais », ce travail que j'ai moi-même pratiqué pendant plus d'un an afin de pouvoir par la suite guider mes patients, se déroule très souvent dans la douleur ! Cette méthode, bien que donnant des résultats très satisfaisants sur la posture, se pratique avec beaucoup de contraintes, le sujet tentant en permanence de lutter contre ce que la nature lui impose, pesanteur, affaissement, stress, sources de toutes sortes d'affections douloureuses. Le Docteur Ehrenfried, elle-même cite dans son livre De l'éducation du corps à l'équilibre de l'esprit : « la gymnastique selon Mensendieck peut développer le système musculaire, mais ne donnera aucun avantage substantiel ni durable. Aucun exercice de gymnastique ne peut atteindre le fin fond de la personnalité où habitent les causes irrationnelles qui décident de l'établissement de nos commandes nerveuses et de notre comportement ».

Il était indispensable pour moi de trouver un nouveau chemin pour aider ces personnes à éliminer ou réduire leurs douleurs, à se sentir mieux dans leur corps, bien évidemment en abordant un travail global se faisant en conscience.

Je découvre alors la Gymnastique Holistique du Docteur Lili Ehrenfried et avec bonheur, force est de constater qu'il n'y a nul besoin de souffrir pour améliorer son équilibre physique et par voie de conséquence son bien-être général !

I- LE CANCER DU SEIN

C'est également en 1993 que parallèlement à la découverte de la méthode Mensendieck, je me suis formée au Drainage Lymphatique Manuel par l'intermédiaire de l'AFPDLM. Depuis, j'ai eu l'opportunité de suivre un grand nombre de patientes (mais aussi de patients) atteintes de cancer du sein. Ceci m'a amenée à établir un bilan des conséquences de cette pathologie sur le corps.

A- Stades du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez la femme, il représente au minimum 1/3 des cancers développés chez la femme. Diagnostiqué à la mammographie et à l'échographie, plusieurs types de traitement seront alors envisagés : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. Ces traitements seront bien sûr adaptés en fonction du stade évalué lors de l'examen clinique. Une prise en charge globale de la pathologie permettra de faire un bilan précis des besoins : traitement de la douleur, prise en charge psychologique, rééducative et nutritionnelle viendront compléter les traitements de « premières intentions ».

3 critères permettent de déterminer le stade du cancer du sein classé de 0 à IV

- la taille et l'infiltration de la tumeur
- l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques
- la présence ou non de métastases

Ces critères sont évalués lors de l'examen clinique et avant tout traitement (classement cTNM*). C'est après biopsie ou chirurgie que l'examen anatomopathologique (tumeur et ganglions) détermine le stade du cancer (classement pTNM *), permettra de faire une corrélation avec le stade observé lors de l'examen clinique et d'envisager le protocole de traitement à mettre en place.

*Classement de l'American Joint on Cancer

cTNM : clinique Tumor Nodes Metastasis

pTNM : post-chirurgical Tumor Nodes Metastasis

B- Effets secondaires des traitements

Les traitements effectués lors du traitement du cancer du sein peuvent provoquer des effets secondaires dans les semaines qui suivent mais aussi plusieurs années après.

1- La Chirurgie

La chirurgie peut être soit conservatrice (tumorectomie) - seule la tumeur et une petite quantité de tissu l'entourant seront retirées - soit non conservatrice (mastectomie). Dans le cas d'une chirurgie non conservatrice, la question de la reconstruction est d'emblée évoquée (immédiate ou différée). Face à une tumeur infiltrante, un curage ganglionnaire axillaire (8 à 10 ganglions en moyenne) s'avère nécessaire afin de limiter le risque de récurrence. Un entretien avec l'équipe chirurgicale permet de discuter du type de chirurgie possible quand différentes solutions sont envisageables. La participation à la décision thérapeutique permet d'accompagner la patiente dans son choix en tenant compte des avantages et inconvénients de chaque technique opératoire. C'est incontestablement un point positif dans l'acceptation de l'acte chirurgical. Mais malgré cette possibilité quand elle existe, la chirurgie, qu'elle soit plus ou moins mutilante reste une étape douloureuse autant physiquement que psychologiquement. La technique du ganglion sentinelle - 1^{er}(s) ganglion(s) le(s) plus proche(s) de la tumeur- permet après injection d'un colorant (bleu patenté et/ou produit radioactif) avant l'intervention et analyse microscopique en extemporané de limiter au strict nécessaire le curage ganglionnaire. Cette méthode a permis au cours de ces dernières années de réduire considérablement l'apparition de lymphoedème du membre supérieur.

Effets secondaires précoces :

- douleur soit sensibilité soit inconfort au niveau des cicatrices, voire une irradiation face interne du bras
- œdème de la zone opérée, de l'épaule, du thorax ou du membre supérieur, lymphocèle au niveau de l'aisselle ou du site de tumorectomie, brides axillaires lymphatiques
- hématome (pose d'un drain de Redon mais parfois nécessité d'une ponction)
- raideur et perte de force au niveau de l'épaule et/ou bras d'où une prise en charge kinésithérapique précoce
- troubles de la sensibilité de la face interne du bras (hypo ou hypersensibilité)
- changement de l'image corporelle et de l'estime de soi, en particulier si chirurgie non conservatrice, sensation de déséquilibre
- fatigue liée à l'anesthésie mais aussi au stress généré par l'intervention

Effets secondaires tardifs :

- lymphoedème du membre supérieur en rapport avec le curage ganglionnaire
- séquelles fonctionnelles fréquentes : douleur, raideur épaule et bras, diminution de force musculaire
- risque d'infection accru, lymphangite

2- La Reconstruction mammaire

Elle peut être immédiate ou différée. Elle sera obligatoirement différée si une radiothérapie est nécessaire, entre 6 à 12 mois après la fin de la radiothérapie. Différentes techniques de reconstruction existent, les deux techniques les plus courantes sont la reconstruction par implant mammaire rétromusculaire ou par lambeau musculaire (généralement le grand dorsal mais aussi le grand droit) ; Il n'est pas rare que ces reconstructions laissent des séquelles douloureuses.

3- La Radiothérapie

La radiothérapie est impliquée dans le traitement d'environ 60% des patients atteints de cancer. Son application dans le cadre du cancer du sein vise à réduire la dissémination de cellules cancéreuses via le système lymphatique, c'est la raison pour laquelle elle est principalement effectuée au niveau des aires ganglionnaires axillaires. La phase précoce de lésions radio-induites sur le système lymphatique se manifeste par une réaction inflammatoire importante en rapport avec une altération aiguë de l'endothélium vasculaire. A long terme, il apparaît une fibrose péri-vasculaire. Ces lésions sur les vaisseaux lymphatiques s'ajoutent aux lésions provoquées par la chirurgie et il arrive qu'un lymphoedème du membre supérieur apparaisse, parfois plusieurs années après la fin des traitements.

4- La Chimiothérapie

Certains traitements de chimiothérapie notamment de la famille des taxanes sont parfois à l'origine de polyneuropathies douloureuses.

5- L'Hormonothérapie

Traitement administré pendant de long mois, le plus souvent pendant un minimum de 5 années. Ce protocole produit chez 10 à 20% des patientes des douleurs articulaires plus ou moins importantes notamment au niveau des extrémités (doigts, mains, pieds).

C- Le Lymphoedème

Cette complication qui fait suite aux divers traitements du cancer du sein est à prendre très sérieusement en considération. Elle induit des limitations au niveau articulaire, représente un poids important générant douleurs et tensions au niveau de la ceinture scapulaire et du rachis cervical. Elle provoque un déséquilibre qui n'est pas qu'esthétique mais se répercute sur l'ensemble du corps et participe à la limitation d'un certain nombre d'activités, de certains mouvements. Certes il faut apprendre à vivre avec ce corps « changé » par la pathologie, adapter ses gestes quotidiens, limiter un bon nombre d'efforts et parfois se débarrasser de certaines habitudes. Une prise en charge précoce par le kinésithérapeute est souhaitable mais j'ai malheureusement eu l'occasion de constater qu'un certain nombre de confrères n'étaient pas assez formés pour aborder cette pathologie ; mobilisations trop vigoureuses, exercices d'auto-mobilisation inadaptés, méconnaissance du drainage lymphatique manuel voire utilisation de presso-thérapie ayant abouti à des réactions catastrophiques... Le drainage lymphatique manuel est assurément une technique qui a tout son intérêt dans cette atteinte permettant de résorber l'œdème initial post-opératoire au niveau du thorax, en stimulant les anastomoses qui redonneront de la souplesse aux tissus, en limitant l'aggravation du lymphoedème s'il existe. Il sera associé parfois au port d'une contention ou à l'application de bandages.

En conclusion, l'application de tous ces traitements et l'apparition ou non d'un lymphoedème peuvent conduire les patientes à des séquelles douloureuses neurologiques (névralgie intercosto brachiale) et articulaires (limitation des amplitudes, douleurs musculaires) liées principalement à la chirurgie et/ou à la radiothérapie, et auront des répercussions sur l'image du corps. Ces conséquences plus ou moins importantes, se produiront rapidement ou plus à distance des traitements mais auront inévitablement un retentissement sur la qualité de vie et le quotidien.

II- Gymnastique Holistique et cancer du sein

La prise en charge des patientes concernées par cette pathologie, se fera en étroite collaboration avec les différents acteurs, médecin traitant, cancérologue, chirurgien, plasticien, kinésithérapeute, psychologue et équipe de la douleur. Généralement, une prescription est établie dès que la chirurgie est pratiquée dans le but de réduire l'œdème post opératoire immédiat et de mobiliser l'épaule et le membre supérieur le plus tôt possible. Le drainage lymphatique manuel sera mis en place rapidement et reste une technique indispensable assurant la surveillance et l'éventuelle

apparition de brides lymphatiques ou d'un lymphoedème car sa prise en charge doit être la plus précoce possible.

Il est essentiel qu'une reprise d'activité douce et adaptée accompagne ces femmes. Tout d'abord, la mobilisation passive de l'épaule et du membre supérieur se fera très en douceur, permettant d'évaluer par la même occasion les conséquences immédiates des traitements effectués sur la mobilité de l'épaule. La mobilisation respectera les limitations articulaires pour ne pas « agresser » ce côté déjà douloureusement affecté et évoluera avec précaution car j'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, de reprendre en cours de traitement des personnes ayant été manipulées trop vigoureusement ! (Ceci a malheureusement déclenché des réactions d'œdème au niveau du bras). Nous arriverons progressivement à une mobilisation active aidée en renouvelant les recommandations d'économie d'effort et les conseils d'hygiène de vie déjà dispensés par le chirurgien – pas de port de charges lourdes, limitation d'efforts importants avec le bras, éviter des petites blessures telles que piqûres et coupures pour les adeptes du jardinage avec port de gants de protection, ou brûlures lors des activités ménagères ou d'exposition au soleil, éviter de serrer le bras avec des vêtements trop étroits...

Le tableau suivant permet sur un (faible) échantillon de cas, 10 au total, de situer la nécessité de l'intervention du kinésithérapeute dans un bon nombre de cas. Mes patientes en cours de traitement ont accepté de participer à cette petite enquête et je les en remercie.

Ancienneté	inférieur 1 an : 3	inférieur 5 ans : 3	supérieur 10 ans : 4
Mastectomie	oui : 8	non : 2	
Chimiothérapie*	oui : 7	non : 1	
Radiothérapie	oui : 9	non : 1	
Reconstruction	lambeau : 2 prothèse : 3	non : 3	
Œdème post-opératoire	oui : 10	non : 0	
Lymphoedème*	oui : 5		
Douleurs séquellaires	épaule/MS : 8 cicatrices : 4	non : 2	
Limitation épaule	oui : 4	non : 6	
Reprise activité professionnelle	oui : 2	non : 3	retraitée : 5
Reprise activité physique**	marche : 5 vélo : 2	gym/yoga : 2 course à pied : 1	aquagym/piscine : 2 jardinage : 5
lymphangite*	oui : 1	non : 7	
Drainage lymphatique régulier	oui : 10	non : 0	
Effets secondaires médicamenteux*	douleurs articulaires : 3	paresthésies : 5	

*sur seulement 8 patientes, les 2 autres patientes n'ayant pas entamé de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie à ce stade

**supérieur à 10, certaines personnes pratiquent plusieurs activités physiques

Ce tableau permet de confirmer plusieurs éléments :

- 1- Douleurs séquellaires de l'épaule pour une grande majorité
- 2- Limitation des amplitudes articulaires de l'épaule pour presque la moitié des patientes
- 3- Œdème post opératoire systématique, lymphoedème encore assez fréquent
- 4- Reconstruction non systématique, les traitements étant déjà éprouvants, les patientes en fonction de l'âge ne souhaitant pas ajouter de nouvelles interventions
- 5- Souhait d'une grande majorité de reprendre une activité physique pour se sentir mieux dans leur corps

La Gymnastique Holistique est à mon avis, une approche parfaitement adaptée dans ce genre de situation. Elle permettra une reprise en main délicate de son corps. A différents stades de la pathologie, les mouvements proposés par le Docteur Ehrenfried ont un véritable intérêt, alliant l'écoute de son corps et le respect des possibilités de chacun, le travail interactif entre différentes régions anatomiques avec la perspective de gagner en amplitude de mouvement, un retour à l'équilibre permettant un apaisement général et une détente globale par l'intermédiaire de la respiration, une réduction des douleurs. Ce travail apportera vraisemblablement une reprise de confiance en soi, d'avantage d'autonomie et de confort dans les gestes de la vie quotidienne.

III- Cas cliniques

A- Gymnastique Holistique dans le cadre d'une limitation de l'épaule

La patiente a subi une ablation complète du sein gauche et une reconstruction immédiate avec implant mammaire rétro musculaire.

Elle a 60 ans, est ingénieur en bâtiment et a son propre cabinet d'études. Elle a des antécédents d'ablation du rein gauche à l'âge de 25 ans qui lui a laissé une cicatrice importante et a orienté le choix de la reconstruction par prothèse. Sa posture n'est pas « formidable », elle porte souvent des chaussures à talons, et travaille principalement devant un écran mais se déplace aussi sur des chantiers. Ses épaules sont très relevées et enroulées en avant, la cage thoracique est repliée...Elle est ambidextre.

Elle se plaint de douleurs importantes à l'épaule et de gestes pénibles ; attacher le soutien-gorge dans le dos est impossible, prendre un ticket à la borne du parking est un geste très douloureux, de même qu'attacher sa ceinture, l'élévation du bras vers l'avant est limitée. En dehors du drainage lymphatique manuel, je lui ai proposé un certain nombre de

mouvements que nous avons réalisés depuis environ un an et les résultats sont très probants car la patiente s'investit totalement et les pratique régulièrement.

Voici quelques mouvements que je lui ai proposés, parmi bien d'autres.

- 1- Prise de conscience du placement en charge, travail de l'équilibre avec « le brin d'herbe »
Position debout, après quelques étirements, observer sa position naturelle puis positionner les pieds avec un écart d'une largeur de pied entre les deux pieds, axes des pieds - soit ligne entre le 2^{ème} orteil et le milieu du talon - parallèles. Observer alors, la répartition du poids du corps au niveau des pieds, l'orientation et l'état de tensions des genoux, la position du bassin, des lombaires, le contact des bras le long du corps, la hauteur du regard et le port de tête. Ecouter la respiration en évaluant son rythme et son amplitude.

Puis déplacer le poids du corps lentement d'avant en arrière pour le porter soit sur les talons soit vers l'avant-pied avec une prise de conscience des zones du pied concernées par les changements d'appuis, puis retour au centre et temps de repos. Déplacer ensuite le poids du corps de droite à gauche, et observer alors les zones du pied concernées et la différence de comportement des membres inférieurs. Repos en position neutre. Enfin combiner ces deux mouvements en décrivant un cercle au-dessus des pieds dans un sens d'abord puis dans l'autre sens. Repos et observation de la position pour constater d'éventuels changements

Résultats pour la patiente : sensation d'ancrage et meilleure répartition du poids du corps

- 2- Travail du pied : massage de la plante du pied avec la petite balle et détente de la chaîne postérieure avec la balle de tennis

En position debout, observation de la marche et test des rotations de tête. Placer une petite balle 4cm plus ou moins dure selon la sensibilité des pieds, sous un pied et faire rouler d'avant en arrière la balle, en décrivant une ligne sous le pied plus ou moins au milieu, sur le bord médial ou latéral du pied. Poursuivre en allant dans des directions différentes (encre sous le pied). Repos. Placer ensuite la balle sous les capitons (voute antérieure), déplacer le poids du corps pour amener d'avantage d'appui sur la balle et soulager quand cela est nécessaire le pied en reportant plus de poids sur l'autre jambe. Effectuer avec l'appui souhaité, un balayage de gauche à droite et inversement de l'avant-pied sur la balle, le talon restant situé au même endroit sur le sol.

Placer ensuite la balle sous le talon, à l'aplomb de la malléole interne et déplacer l'arrière-pied sur la balle (massage de la chaire carrée de Sylvius) Repos et tests. Effectuer le même travail de l'autre côté et observer.

Toujours en position debout, un pied placé sur la balle de tennis au niveau des coussinets, les deux pieds alignés et correctement positionnés, amener progressivement d'avantage de poids sur la balle, repos puis renouveler en amenant le pied sans balle un peu plus en avant, repos et enfin avec le pied sans balle placé en avant, ajouter une légère flexion du genou. Repos et observation. Idem de l'autre côté.

Résultats : détente de la nuque, allongement des clavicules, meilleure rotation tête.

- 3- PTL et sac de riz

Allongée sur le dos, laisser le corps quelques instants se « déposer » sur le sol, puis observer la position de chaque segment (MI, MS et Colonne vertébrale) puis les uns par

rapport aux autres, placer ensuite les MI en position repliée en respectant le bon placement des pieds et écouter la respiration à différents étages avec l'aide des mains. En se laissant guider par la respiration, une main posée sur le ventre entre pubis et nombril, exercer un appui simultané des deux pieds sur le sol sur le temps expiratoire en maintenant cet appui pendant toute la durée de l'expiration. Relâcher pendant l'inspiration. Répéter plusieurs fois en laissant quelques respirations libres entre deux appuis. Observer les effets de cet ancrage des pieds à différents étages, les réactions et lors du retour au repos, les changements éventuels.

En décubitus latéral avec le sac de riz au niveau de la taille, et brique sous la tête. Adopter le bon positionnement, MS superposés à angle droit avec le tronc paumes contre paumes, genoux et hanches à 90° également, genoux bien alignés -la patiente arrive à se placer sur le côté opéré sans être gênée si la position n'est pas conservée trop longtemps- Placer ensuite le MS côté plafond le long du corps et écouter la respiration s'organiser dans cette position (respiration abdominale et de chaque hémi-thorax) puis orienter sa respiration en direction du sac de riz placé sous la taille. Retour sur le dos et observation avant de changer de côté.

Résultats : détente, respiration plus posée plus calme plus ample, étalement global du corps

4- Etage crânien et mâchoires

En décubitus dorsal, travail sur la brique avec la sangle autour des genoux pieds joints, massage des insertions occipitales avec rotations en 3 temps de la tête et travail de la mâchoire avec tests ouverture/fermeture de la bouche et massage des ATM.

Travail sur le petit ballon 9cm pour libérer la nuque en dessinant des petits signes de l'infini.

Résultats : détente de la ceinture scapulaire, étalement de l'occiput et des membres supérieurs

5- Mouvement du « dé à coudre »

En décubitus dorsal avec bon placement du bassin et du sacrum (aide des mains sur les épines iliaques antéro-supérieures) genoux repliés vers le plafond, laisser descendre un genou en direction du sol et retour en expiration pied revenant à plat avec un bon contrôle du bassin (engagement abdominaux et périnée) Essayer de l'autre côté. Repos, écoute. Puis recommencer le même mouvement avec l'aide du ballon mousse 12cm placé contre le grand trochanter et de la petite balle molle pied sous le gros orteil, les bras légèrement ouverts sur le côté, paumes vers le plafond.

Résultat : ce mouvement a immédiatement libérer l'épaule gauche dont l'abduction horizontale était limitée.

6- Travail en décubitus latéral du mouvement au-delà/en deçà, puis de l'ouverture du bras au zénith avec allongement du membre supérieur vers le plafond permettant de mobiliser en douceur l'omoplate et retrouver un bon placement de l'épaule avec le bras posé sur le côté du tronc, et progressivement vers l'arrière. Ultérieurement, nous abordons le travail de « la rosace », et du « chef d'orchestre »

Résultat : étalement lombaire, sensation de libération du mouvement dans l'espace (travail proprioceptif)

- 7- Dégagement de l'aisselle en décubitus latéral, avec repérage des côtes, massage des intercostaux, massage des ronds.
- 8- En décubitus dorsal, membres inférieurs repliés genoux vers le plafond, travail du « Mesnil » à partir des membres supérieurs, puis des membres inférieurs, et enfin en combinant épaules et hanches en système direct ou croisé.
- 9- Travail en décubitus dorsal des fessiers et du travail de coordination contraction/relâchement des fessiers et des omoplates, « la formule 1 »

En résumé, la patiente voit son épaule se libérer progressivement dans ses amplitudes. Bien que l'élévation reste encore limitée, tous les mouvements pénibles sont désormais possibles sans douleur. L'élément important pour elle, est sans conteste la détente obtenue à chaque séance ; le rythme de vie professionnelle ayant repris, le stress qui l'accompagne est mieux géré. La confiance dans son corps se réinstalle, car nous avons même réussi à effectuer des mouvements en décubitus ventral (ballon abdominal, ballon mousse dans le sillon delto-pectoral par exemple)

B- Gymnastique Holistique dans le cas particulier d'une fracture du trochiter avec ATCD de cancer du sein

La patiente est âgée de 59 ans. Elle a été reconstruite par implant rétro-musculaire après une mastectomie gauche il y a 11 ans. C'est seulement 8 ans après son cancer que l'œdème du MS est apparu, principalement au niveau de la main et de l'avant-bras. Aucune origine n'a été retrouvée mais la nécessité du drainage et d'une prise en charge régulière s'est imposée. Elle est droitrière. Elle ne travaille plus depuis sa pathologie, pratique la course à pied au moins une fois par semaine et des activités artistiques. Lors d'un entraînement, elle subit une chute sur l'épaule et se fracture le trochiter gauche en plusieurs fragments. Elle est immobilisée coude au corps par une attelle de Dujarrier pour 8 semaines. Le membre supérieur est gonflé et présente des hématomes très importants et l'équipe médicale décide un suivi en drainage lymphatique le plus rapidement possible compte-tenu des antécédents de la patiente. Nous débutons à J8 les séances de DLM deux fois par semaine. Les 8 semaines étant écoulées, arrive la phase de rééducation, récupération de l'épaule. La patiente ne souffrait pas auparavant et son épaule était libre, seul l'œdème de la main représentait une gêne (l'œdème étant plus ou moins présent en fonction des efforts réalisés au cours de la vie quotidienne) ; le drainage régulier permettant de le contenir.

La rééducation commence, effectuée par mon jeune collègue et moi-même. Sérieux et efficace, je le mets malgré tout en garde sur une rééducation trop énergique car j'ai par le passé observé qu'avec des antécédents de chirurgie mammaire, il faut redoubler de prudence pour ne pas provoquer de réactions désastreuses sur le membre supérieur essentiellement d'ordre circulatoire. Le travail a donc commencé en douceur par des mobilisations passives puis actives aidées, l'apprentissage d'auto-mobilisations, les hématomes étant à ce stade complètement résorbés. Rapidement, deux éléments me motivent à lui proposer un travail différent : d'une part, l'immobilisation et le traumatisme ont provoqué des tensions importantes du rachis cervical, d'autre part la patiente est très volontaire, la perspective de pouvoir être autonome dans sa rééducation se profile.

Je lui propose donc un travail de Gymnastique Holistique au cours d'une séance et finalement cette approche l'interpelle au point que le reste de sa prise en charge va s'effectuer par le biais de mouvements du Dr Ehrenfried simultanément avec le DLM et la rééducation kinésithérapique classique.

Voici un exemple de mouvements que nous avons réalisés ensemble au cours de cet épisode

1- Apprentissage du PTL

En décubitus dorsal, prise de conscience du placement du corps et de la respiration avec l'aide des mains

2- Auto massage de la clavicule

En décubitus dorsal, une brique sous la tête, palpation de la clavicule avec main controlatérale d'abord en longeant le bord inférieur de la clavicule, puis délicatement le bord supérieur. Prise de conscience de sa forme, de ses reliefs, de sa longueur...Massage du petit pectoral, avec les doigts posés à plat en appuyant plus ou moins selon le ressenti ; puis sans la brique étendre le membre supérieur du côté massé au zénith et en observant la respiration, sur une expiration allonger le bras comme pour rapprocher les doigts du plafond, en tournant légèrement la tête du côté opposé. Répéter plusieurs fois et repos. Essayer de l'autre côté.

Résultat : étalement général, tensions cervicales libérées, mobilisation de l'omoplate

3- Bercement

En décubitus dorsal, un genou dans chaque main, écoute de la respiration, retentissement sur la mobilité des membres inférieurs, allongement des bras et abaissement des épaules grâce au poids des jambes puis bercement de droite à gauche pour masser les lombaires. En progression nous abordons le bercement avec enlacement.

Résultat : détente scapulaire, détente lombaire

4- Travail des orteils en quadrupédie

A 4 pattes, genoux écartés largeur de hanches, alterner la position orteils allongés, orteils sur la pulpe, puis dans chaque position des orteils, aller s'asseoir sur les talons et remonter lentement. Faire quelques essais et poursuivre en alternant toujours la position des orteils mais cette fois de façon asymétrique et en allant de la même manière s'asseoir sur les talons. Retour au repos et observation.

Résultat : travail dynamique en chaîne fermée du MS, libération du bassin

5- « Le pont levé »

En décubitus dorsal, MI repliés. A chaque expiration, ancrage des pieds avec participation des abdominaux et du périnée, bascule du bassin pour soulever progressivement les lombaires étage après étage (garder l'acquis à chaque inspiration) en étirant les genoux dans l'axe du fémur. Puis revenir lentement vertèbre après vertèbre. Le mouvement, de par sa réalisation, va permettre une mobilisation en extension des épaules puisque les MS restent posés au sol alors que le bassin et les vertèbres se soulèvent. En progression, mouvement du « Sonneur », doigts croisés, coudes fléchis posés au départ sur le ventre se dirigent vers le haut de la tête sur plusieurs expirations, et retour en une fois. Enfin combinaison des 2 mouvements, « l'aller » combine les vertèbres et les MS, le « retour »

se faisant au départ seulement avec les vertèbres, les bras revenant en une seule fois dès que la position est inconfortable. Entre chaque étape (en changeant le croisement des doigts), repos et observation.

Résultat : étalement plan postérieur, libération étage dorsal et respiration, libération de l'épaule progressive en flexion et en extension.

6- « La Berceuse »

En décubitus dorsal, après écoute du placement, se placer sur la brique et 2 balles mousse (taille balle de tennis) sous les trapèzes, MI repliés. Faire un cadre avec les 2 bras en attrapant chaque coude dans la main opposée, et placer ce cadre devant le sternum. Sur le temps expiratoire, traction du cadre en direction du plafond, plusieurs essais ; puis toujours en expirant, tracter le cadre un peu vers la droite en laissant rouler la tête dans la même direction et ensuite vers la gauche en alternance. Enfin réaliser le même mouvement en tournant un peu la tête en sens contraire, plusieurs fois et dans les deux directions.

Résultat : belle mobilisation douce de la scapula, de l'épaule et détente des trapèzes avec massage des balles

7- « Le Masque de beauté »

En décubitus dorsal, MI repliés, pieds correctement positionnés, bras le long du corps. Après observation, poser une main sur le petit ballon 9cm en laissant le poignet au sol donc en extension, et veiller à coller le MS le plus près possible du corps. Chercher à éloigner le ballon en direction des pieds avec les doigts sans perdre le contact, en plusieurs étapes. Faire 2 ou 3 répétitions. Puis en gardant le bras collé au corps, fléchir le coude à 90° et venir déposer le petit ballon au creux de la paume qui est orientée vers le plafond, doigts vers la tête. Le mouvement consiste à essayer de repousser le ballon vers le plafond sans décoller le coude du sol, en ajoutant un ancrage des deux pieds au sol. Repos comparaison entre les deux côtés et travail de l'autre côté.

8- « La main renversée »

Ce mouvement permettra un auto-massage du triceps et une mobilisation de l'épaule en flexion avec un travail sur toute la chaîne du membre supérieur. Une autre séance, nous aborderons le travail du « Rabot » pour solliciter l'épaule en rotation interne et solliciter le travail de décoaptation.

9- Travail de « l'Avion debout »

Travail dynamique de « l'Avion » en charge qui permettra de solliciter le bras dans un travail tonique global, alliant mobilité, équilibre, repérage dans l'espace.

Travail du « Mendiant »

En conclusion, la patiente a retrouvé les amplitudes et la force de son épaule tout en douceur. Elle a acquis une conscience du placement de son corps au niveau proprioceptif et développer l'écoute de sa respiration. La rééducation est maintenant terminée et c'est le retour à la confiance puisque la course à pied est de nouveau possible. Le lymphoedème est toujours contenu et le port d'un manchon n'est pas nécessaire.

L'approche de la Gymnastique du Dr Ehrenfried a finalement été pour ces deux patientes une agréable « surprise » !

CONCLUSION

Il n'y a pas de doute possible quant à l'intérêt de la Gymnastique Holistique dans le cadre de la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein. Quelles que soient les conséquences de la pathologie et des traitements, les bienfaits apportés aux patientes sont formidables : interaction entre les différentes régions du corps qui permet de travailler à distance pour démarrer dans de bonnes conditions, récupération en douceur des amplitudes articulaires par un travail lent, subtil et respectueux des possibilités de chacune, retour vers un équilibre et un état de détente indispensables dans le traitement de cette affection... Il n'est nullement question d'exploit ou de performance, mais d'un grand respect des capacités de chacune et pour un bon nombre de patientes, un changement évident dans la conscience du mouvement et de ses effets, et probablement une révélation sur leur posture. Bien sûr, ce corps restera changé malgré tout, mais elles pourront entrevoir à nouveau la possibilité de bouger, et peut-être de faire partie d'un groupe de gymnastique sans prendre de risque, en écoutant tout simplement ce que leur dit leur corps.

C'est un grand bonheur et une grande chance pour moi d'avoir abordé ce travail remarquable élaboré par le Dr Ehrenfried, une grande joie d'avoir partagé avec d'autres souvent dans la bonne humeur...et un immense plaisir de faire partager à d'autres.

MERCI Catherine

