

Physiothérapie		
Procédure:	Anaëlle Sengdara-Bourgeade, J. De Buretel De Chassey	
DS:	Avril 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Médecine Interne Réhabilitation Gériatrie	
N°:	2.09	

## TRAITEMENT DES OEDEMES PAR DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL

### Domaine

Lymphologie, angiologie

### Historique

*Emil Vodder:*

- 1932 création et mise au point du drainage lymphatique manuel (DLM).  
Manœuvres décrites: circulaire, pompage, rotative, oblation et défibrosante.

*Michael Földi:*

- 1981: physiothérapie décongestive complexe = DLM + traitement par compression + traitement par mouvements décongestifs + mesures d'hygiène en prévention de l'érysipèle.

*Albert Leduc:*

- 1983: technique à base de manœuvres successives et alternativement d'appel-résorption combinée à des appareillages de pressothérapie.

### Définition

- Le système lymphatique se compose d'un circuit complexe de vaisseaux lymphatiques et de ganglions qui communiquent avec la circulation systémique, mais aussi d'organes (rate, thymus, amygdales entre autres).
- Ce système joue des rôles hormonaux, nutritifs, immunitaires dans le processus de cicatrisation en drainant la lymphe (riche en déchets cellulaires et métaboliques, protéines).
- Les complications de la défaillance du système lymphatique prédisposent à des infections récurrentes telles que la lymphangite, l'érysipèle et la cellulite.  
Ces complications ont un retentissement sur la qualité de vie (image de soi, douleurs, fatigue, gêne, troubles psychologiques, rupture sociale), ce qui justifie un traitement de DLM.

- Le DLM a pour but la résorption d'un œdème constitué de liquides interstitiels excédentaires responsables d'un gonflement (dysfonctionnement par accumulation) au niveau des tissus mous sous cutanés.
- L'œdème n'est pas une maladie en soi, mais un symptôme aux multiples étiologies. Les traitements sont essentiellement à visée symptomatique, plus que curative, de type physique, pharmacologique et chirurgical.
- Des études sont menées sur différentes techniques de DLM en utilisant la lympho-fluoroscopie. Elles ont pour but d'améliorer les manœuvres existantes ainsi que de démontrer leurs effets.

### **Indications et objectifs**

Il faut connaître l'étiologie de l'œdème, les pathologies associés et les comorbidités du patient afin de savoir si l'indication du DLM est pertinente.

Tableaux des signes cliniques des différents œdèmes<sup>1</sup>

<b>Signes cliniques</b>	<b>Œdème généralisé*</b>	<b>Lymphoedème</b>	<b>Phléboedème</b>
signe du Godet	+++	+	+++
signe Stemmer	-	+	-
distalité	+	+ ou - (primaire ou secondaire)	+
symétrie	+	rare	rare
bilatéralité	++	parfois	parfois
réponse à l'élévation	+++	+	+++
ulcères	-	+	+

*\*Œdème généralisé causé par hypo-protéïnémie, troubles hormonaux, dû à un traitement médicamenteux ou à une insuffisance cardiaque droite.*

Le DLM est recommandé pour:

- les lymphoedèmes primaires et secondaires,
- les phlébo-lymphoedèmes,
- les œdèmes post-traumatiques, post-chirurgicaux, inflammatoires dus à une pathologie rhumatismale (lymphoedèmes aigus),
- les lipodèmes, les lipo-lymphoedèmes, les lipo-phlébo-lymphoedèmes,
- les hématomes,
- les sclérodermies,
- le syndrome douloureux régional complexe (CRPS, Südeck).

<sup>1</sup> Tiré du livre : Drainage lymphatique : théorie: techniques de base et appliquées et physiothérapie décongestionnante D. Tomson, C. Schuchhardt Éd. Ermes, Milan (2009)

Les objectifs du DLM visent:

- la réduction de la stase veineuse,
- l'augmentation:
  - du flux lymphatique,
  - de la fréquence de contraction des vaisseaux lymphatiques,
  - du débit lymphatique,
  - de la résorption du liquide tissulaire,
- la stimulation de l'activité des ganglions lymphatiques dans leur rôle de régulateur du flux lymphatique et de la concentration de la lymphe.

### **Contre-indications**

#### **Absolues**

- Insuffisances rénales ou cardiaques décompensées et sclérose du sinus carotidien ;
- Infections (sauf si antibiothérapie pour les dermo-hypodermes (DHD) ; avec accord médical systématique pour débiter le traitement à J3 après évaluation biologique: bilan sanguin et diagnostic, leucocytose et CRP ;
- Pathologie veineuse aiguë = Thrombose Veineuse Profonde (TVP) aiguë pendant la phase initiale du traitement, soit les 5 premiers jours depuis le diagnostic.

#### **Relatives**

- Extravasation
- Hyperthyroïdie.

#### **Non-Indications (pas d'efficacité du DLM)**

- Œdème sur hypo-protéïnémie sur insuffisances rénale/hépatique et /ou malnutrition chronique (famine, précarité, anorexie) ;
- Œdème d'origine médicamenteuse (modification de la perméabilité des parois des capillaires).

Il n'existe pas de contre-indication pour les patients atteints d'un cancer ; le DLM ne dissémine pas de métastases.

### **Déroulement du traitement**

#### **Techniques**

Le DLM débute par des manœuvres au niveau proximal par rapport à la zone à drainer. De ce fait, il s'exerce une action d'appel sur les liquides situés distalement.

Les manœuvres sont des successions de mouvements qui doivent s'effectuer sans provoquer d'hyperémie et dans le respect de la douleur :

- *pression déroulée et pressions/glissées* afin que la pression des tissus augmente ;
- relâchement au niveau de l'œdème afin que les vaisseaux lymphatiques puissent à nouveau se remplir, ou à distance de l'œdème pour stimuler l'effet de *suction* du lymphangion sus-jacent .

Il existe différentes "techniques" de DLM, mais leurs principes et caractéristiques restent similaires.

## Déroulement pratique d'un traitement de DLM

- Dégager la zone à traiter de tous pansements et, en présence d'un ulcère, se référer à l'infirmière pour le faire (pansement spécifique) ;
- Désinfection systématique des mains et port de gants si nécessaire (lymphorée, contact avec liquide biologique, plaie, maladie de la peau etc.) ;
- Observer l'état, la coloration et les modifications de la peau, les éventuels signes d'insuffisances veineuse/ artérielle/ lymphatique ;
- Délimiter/palper/tester l'œdème par les *tests du Godet et de Stemmer* ; dans la mesure du possible, mesurer les circonférences ;
- Stimuler les ganglions par pressions au niveau des nœuds lymphatiques ;
- Effectuer des *manœuvres de proximal vers distal* jusqu'à la zone de l'œdème, en stimulant les nœuds lymphatiques qui se trouvent sur le trajet, puis effectuer les manœuvres sur l'œdème afin de le résorber ;
- La majeure partie du temps du traitement s'applique à drainer la zone de l'œdème ;
- Les techniques défibrosantes sont utilisées selon le bilan effectué initialement, c'est-à-dire s'il existe une induration ou une modification de la texture de la peau ;
- Les manœuvres péri-ulcéreuses sont effectuées afin de drainer les berges de l'ulcère ;
- Le DLM se termine en remontant à la racine du membre par des manœuvres alternées de pression/relâchement puis par une stimulation ganglionnaire.

## Pression adaptée

Il est difficile de définir une pression optimale pour les différentes manœuvres car la pression doit être:

- minimale mais suffisante pour déplacer les plans cutanés par rapport aux plans sous-jacents,
- variable en fonction de la zone corporelle traitée et de la souplesse des tissus.

## Spécificité

Lors de certaines pathologies telles que le lymphoedème ou le phléboedème, il est courant de combiner le traitement de DLM avec une compression par bandage multi-composant (sauf contre-indications, cf. procédure 'Bandage multi-couches') et/ou bas de classe II à IV selon la pathologie.

Pour ces pathologies (lymphoedème, phléboedème et phlébo-lymphoedème), le traitement se fait généralement en deux phases:

### - Phase intensive de décongestion

DLM à raison de 4 à 5 séances par semaines :

- Bandage compressif multi-composant avec bande à élasticité faible à changer régulièrement (habituellement et idéalement, changement journalier car perte de pression au fil des heures).
- Programme d'exercices physiques tels que:
  - pour le membre inférieur:
    - marche,
    - contractions du triceps sural,
    - étirements mollets et chaînes postérieures ;
  - pour le membre supérieur:
    - fermeture de la main (pompe) avec ou sans résistance (balle en mousse),
    - élévation et mobilisation.
- Education thérapeutique du patient sur son affection, sur les traitements possibles, sur la prévention des infections et les soins de peau.
- Surélévation du membre au repos.

#### - Phase de conservation et entretien

- Lorsque la phase de traitement intensif a permis la diminution du volume de l'œdème, il est indispensable de mettre en place une compression à long terme (bas, collant, manchon). Ce bandage peut être fait sur mesure par un technicien en orthopédie si nécessaire ou acheté en pharmacie, après mesures précises du membre selon indications du fabricant ;
- Le type de classe varie en fonction de la pathologie, mais il sera au minimum de classe 2 (à réévaluer selon avis médical) ;
- Il faut rendre le patient attentif et vigilant aux variations de volume de son membre. Si le volume augmente, il faut reprendre les séances de DLM ou éventuellement un traitement de type phase intensive de décongestion.

### **Arrêt du traitement par DLM**

Suite à la résorption complète de l'œdème ou à la réduction maximale (léger œdème résiduel possible dans les traitements d'œdèmes chroniques), le traitement peut être arrêté avec mise en place de compression, s'il n'existe pas de contre-indication à cette dernière.

Il est difficile d'utiliser un outil de mesure objectif comme critère de fin de traitement autre que la comparaison avec l'autre membre inférieur (fiabilité relative). Et ce critère n'est bien sûr valable que si l'atteinte n'est pas bilatérale (IVC, lymphoedème).

### **Risques et complications**

Aucun risque/complication particulier à craindre si les contre-indications du DLM sont respectées.

### ***Bibliographie***

- D. Tomson, C. Schuchhardt Drainage lymphatique : théorie: techniques de base et appliquées et physiothérapie décongestionnante Éd. Ermes, Milan (2009)
- Tomson, Didier. "Prévention des troubles lymphatiques et de leurs complications." *Angiologie-hémostase* 327.5 (2012): 315-319.
- Belgrado, J. P., et al. "lympho-fluoroscopy an emerging tool leading us to evidence based manual lymphatic drainage." *National Lymphatic Network 11st International Conference*. 2014.
- Tomson, Didier. "Pathologies vasculaires lymphatiques: apport de la lympho-fluoroscopie." *Angiologie-hémostase* 460.5 (2015): 362-365.
- Framework, lymphoedema. *Best practice for the management of lymphoedema. International consensus*. London: MEP Ltd; 2006.
- Williams, Anne. "Manual lymphatic drainage: exploring the history and evidence base." *Br J Community Nurs* 15.4 (2010): S18-24.
- Piller, Neil B., and Jan Douglass. *Manual Lymphatic Drainage: An Effective Treatment for Lymphoedemas*. Australian Association of Massage Therapists, 2004.
- European Wound Management Association. "Position document: Understanding compression therapy." London: MEP Ltd (2003).