

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia

Band: 30 (1994)

Heft: 3

Artikel: Le traitement des lymphœdèmes du membre supérieur selon Földi : résultats

Autor: Tomson, D. / Fritsch, C. / Klumbach, D.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929316>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Le traitement des lymphœdèmes du membre supérieur selon Földi: résultats

Résumé

La stratégie thérapeutique du lymphœdème en deux phases selon Földi se pratique en Suisse romande depuis 1982. Afin d'objectiver son efficacité, 521 patientes présentant un lymphœdème secondaire du membre supérieur après traitement d'une tumeur mammaire ont été traitées. Les résultats du traitement de 157 patientes peuvent être considérés.

A l'issue de la première phase du traitement, basée sur le drainage lymphatique manuel et le bandage multicouche, la réduction périmétrique moyenne des membres supérieurs traités atteint 72%. La deuxième phase, caractérisée par le port d'une manchette et d'un gant compressifs, se traduit par une perte du bénéfice initial de 16%.

La thérapeutique de Földi a donc permis, en quatre semaines, la réduction périmétrique des lymphœdèmes de 56% en moyenne, pour l'ensemble des niveaux de mesures.

Voici neuf ans que nous avons importé et développé le traitement conservateur physique des œdèmes selon Földi en Suisse romande. Cette thérapeutique conçue initialement par Földi pour traiter spécifiquement les lymphœdèmes permet également, avec quelques nuances, la réduction d'autres types d'œdèmes.

Matériel et méthodes

Population

Cette étude porte sur le traitement de 521 patientes présentant

un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'une tumeur mammaire.

Ces patientes, dont l'âge moyen est de 63 ans ont toutes subi un traitement chirurgical de leur tumeur mammaire. Ce traitement a été complété dans 92% des cas par une cure de radiothérapie post-chirurgicale. L'ancienneté moyenne de ces lymphœdèmes s'élève à 23 mois. Ce long délai entre l'apparition de l'œdème et le début du traitement s'explique par l'inexistence antérieure d'une structure thérapeutique spécifique à cette complication du traitement du cancer du sein.

La périmétrie des membres supérieurs atteints dépassait en moyenne de 21% celles du membre supérieur sain.

La répartition du lymphœdème au niveau du membre supérieur n'est pas homogène. C'est entre le coude et le poignet que la périmétrie du membre supérieur atteint s'écarte le plus de celle du membre sain, avec un maximum à 15 cm sous le coude (+34%). C'est sous l'influence de la gravité que l'œdème lymphatique secondaire, initialement proximal, migre vers ce niveau du membre supérieur.

Dans le cadre de ce travail statistique, notre souci d'objectivité nous oblige à exclure de cette population les patientes dont le traitement n'a pas nécessité la pose de bandage multicouche. En ont également été exclues, les patientes dont la durée du traitement est inférieure à un mois les patientes présentant une récurrence locorégionale, un lymphœdème bilatéral des membres supérieurs, une atteinte plexuelle

diagnostiquée, un ulcère locorégional ainsi que celles qui ont refusé le bandage multicouche. Enfin, il n'a pas été pris en compte des dossiers où les mensurations ont été relevées, au cours du traitement, par différents thérapeutes.

Après exclusion des patientes, pour les raisons évoquées ci-dessus, il reste un pool de 157 patientes. Cette population présente des handicaps associés. Les plus fréquemment rencontrés sont l'obésité et des troubles fonctionnels de l'épaule homolatérale. Ainsi, 66% de la population présente une obésité (dépassement du poids idéal selon Broca supérieur à 20%). Un dysfonctionnement de l'épaule homolatérale, dans le sens d'une réduction de l'amplitude articulaire ou d'une douleur à la mobilisation, a été relevé dans 41% de cette population.

Traitement appliqué

Cette thérapeutique présente une phase de drainage, visant la réduction de l'œdème par drainage lymphatique selon Vodder, bandages multicouches et mobilisations du membre atteint et une phase de maintien, basée principalement sur l'application d'une contention (Varitex) et du drainage lymphatique d'entretien afin de stabiliser les mesures périmétriques du membre.

Le traitement ambulatoire d'une durée de 4 semaines comprend en moyenne 18 séances de 45 minutes, 15 séances durant la phase de drainage, 3 pendant la phase de maintien. Les quatre

premières consistent en drainage lymphatique manuel selon Vodder au niveau du tronc et de la racine du membre atteint.

Au cours des onze séances suivantes, l'application sur le membre d'un bandage multicouche, composé d'un jersey tubulaire en coton, de bandes d'ouate et de bandes à allongement court (B.D.F.), complétait le drainage lymphatique manuel du tronc, de la racine et du membre atteint. Les trois dernières séances comprenaient du drainage lymphatique manuel d'entretien.

Méthodologie d'évaluation

L'évaluation périmétrique (au niveau de l'olécrane, à 10 et 20 cm au-dessus de l'olécrane, à 10, 15 et 20 cm sous l'olécrane, au niveau de la styloïde radiale et au niveau de la commissure entre premier et deuxième doigt), a été réalisée au début de la première séance puis une fois par semaine au cours de la phase de drainage. La dernière mesure a été réalisée à la fin de la première semaine de la phase de maintien, c'est-à-dire après une semaine de port de la contention définitive sous forme de gant et manchette compressifs.

Résultats

L'étude des valeurs traduisant l'évolution de la réduction du lymphœdème au cours du traitement (III. II) montre clairement que la réduction périmétrique est supérieure, au cours des trois premières semaines de traite-

ment, au niveau de la partie proximale du membre supérieur.

Ceci démontre donc que l'œdème est véritablement extrait à partir de la partie proximale du membre supérieur et que le traitement ne provoque pas la simple expulsion de l'œdème du membre. A ce moment du traitement, l'œdème présent au niveau de la main n'a pas encore été réduit.

Les plus nettes réductions périmétriques des membres traités s'observent au cours des deux premières semaines de traitement.

La comparaison des premières et dernières mesures périmétriques effectuées (III, III et IV) montre qu'à l'issue du traitement la réduction maximale a été obtenue au niveau de la main, et que c'est au niveau proximal du membre que la réduction a été la moins importante.

Alors que la réduction moyenne à la fin de la phase de drainage, période pendant laquelle la patiente a porté un bandage multicouche, atteint 72%, la phase de maintien caractérisée par le port d'une manchette et d'un gant compressifs se traduit par une perte du bénéfice obtenu de 16%. La thérapeutique conservatrice en deux phases selon Földi a donc permis la réduction périmétrique du lymphœdème traité de 56% en moyenne, pour l'ensemble des niveaux de mesures.

Discussion

Le «gros bras» est une affection chronique, à tendance évolutive, résistante aux traitements médicamenteux, mais elle peut être traitée avec succès par la combinaison de plusieurs mesures thérapeutiques physiques. Le drainage lymphatique en est une essentielle mais rarement suffisante. Il est connu depuis plusieurs dizaines d'années. Il a fallu attendre la description précise de l'anatomie et les progrès de la

lymphologie pour pouvoir l'appliquer à la pathologie, donc au lymphœdème qu'est le «gros bras».

La thérapie en deux phases du professeur M. Földi, la phase de drainage et la phase de maintien, est un traitement qui comporte plusieurs mesures thérapeutiques permettant:

- d'augmenter la capacité de transport du système vasculaire lymphatique;
- de prévenir l'évolution de cette pathologie vers le stade d'éléphantiasis;
- de réduire le volume du membre atteint.

Lors de la première phase, après une inspection et une palpation minutieuse qui nous renseigne sur la localisation exacte de l'œdème (bras et thorax) nous nous efforçons avant tout d'assainir la peau du membre afin de combattre ou de prévenir l'infection ou des mycoses.

Ensuite nous procédons au drainage lymphatique manuel. Celui-ci a pour but:

- de stimuler les vaisseaux lymphatiques afin d'y augmenter le débit;
- d'orienter la lymphe de manière à contourner les lésions radiochirurgicales par des vaisseaux qui ne passent pas par le creux axillaire et par le réseau de capillaires lymphatiques cutanés.

Nous nous limitons dans un premier temps au drainage du tronc et de la racine du membre. A partir du moment où la racine du membre est libre d'œdème nous étendons le drainage lymphatique manuel au membre entier. Pour les malades dont le «gros bras» est volumineux ou ancien, nous nous assurons de la conservation du bénéfice d'une séance à la séance suivante par la pose sur le bras d'un bandage compressif multicouche.

Enfin, la patiente réalisera au minimum trois fois par jour des contractions isodynamiques de la main (30 contractions au rythme de 15 par minute) associées à des mobilisations actives de l'épaule du membre supérieur atteint. En effet, par le jeu des muscles qui se contractent sur le contrefort du bandage compressif, la capacité de transport des vaisseaux lymphatiques augmente.

Le succès de cette phase de drainage est évaluée par la réduction des périmètres et du volume du membre.

Lorsque ces mesures, après avoir diminué, se stabilisent, le traitement se poursuit par la deuxième phase, la phase de maintien.

La base de cette dernière est constituée par la compression sous forme de manchette, avec gant si nécessaire, faite sur mesure.

En plus de cette compression, la participation active de la patiente est importante pour la stabilisation voire l'amélioration du succès thérapeutique, la patiente devra se mouvoir sans toutefois faire d'excès.

La peau du bras reste sensible aux infections pendant la phase de maintien. Les soins et le lavage méticuleux par un produit tamponné et non-parfumé sont conseillés.

Enfin, ces patientes doivent être contrôlées régulièrement, ceci inclus le contrôle des manchettes compressives.

Ces deux phases de traitement peuvent se résumer comme suit:

I. La phase de drainage:

1. hygiène de la peau
2. drainage lymphatique manuel
3. bandage compressif
4. mobilisations actives

II. La phase de maintien:

1. manchette compressive Varitex
2. mobilisations actives
3. hygiène de la peau
4. contrôles réguliers, complaisance et discipline de la patiente

PRAXIS

Nous avons réalisé pour l'ensemble de cette population un traitement sous forme de drainage lymphatique manuel initial jusqu'à la constatation clinique de la disparition de l'œdème à la racine du membre.

A partir de ce moment seulement, nous complétons le traitement par la pose, lors de chaque séance, d'une contention sous forme de bandage multicouche, bandage recouvrant le membre supérieur dans sa globalité à l'exclusion des troisièmes phalanges et réalisé avec du matériel à «allongement court».

Par l'importance de la population initiale et de la très large sélection réalisée, nous pouvons estimer cette population homogène.

Dans aucun cas le drainage lymphatique pneumatique n'a été utilisé.

Conclusion

Bien que la périmétrie de tous les membres supérieurs traités a diminué, à tous les niveaux de mesure, nous constatons avec regret que la contention provisoire sous forme de bandage multicouche est plus efficace que la contention définitive. Le passage du bandage multicouche à la manchette compressive, donc de la phase de drainage à la phase de maintien, se traduit par une récurrence partielle de l'œdème évaluée à 16%. D'autre part, la réduction de l'œdème n'est pas homogène au niveau des membres supérieurs, les résultats montrent une meilleure réduction au niveau distal qu'au niveau proximal du membre supérieur, et une réduction du