

LYMPHŒDÈME CAS CLINIQUE

Juliette LAFUMA – Interne médecine vasculaire / Dr Sofia BENAMEUR

Dr Léonie GEY

MADAME B., 88 ANS

Antécédents personnels :

Cancer du sein droit à l'âge de 40ans
(chirurgie, curage ganglionnaire,
chimio-radiothérapie)

Fracture bras droit 2010

Psychose maniaco-dépressive

Insuffisance veineuse superficielle
chronique

Antécédents familiaux :

Pas de Lymphœdème

Pas de MTEV

Sœur : cancer utérus

Pas d'AVC/IDM 1^{ier} degré

Droitière

CONSULTE POUR LYMPHŒDÈME DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT



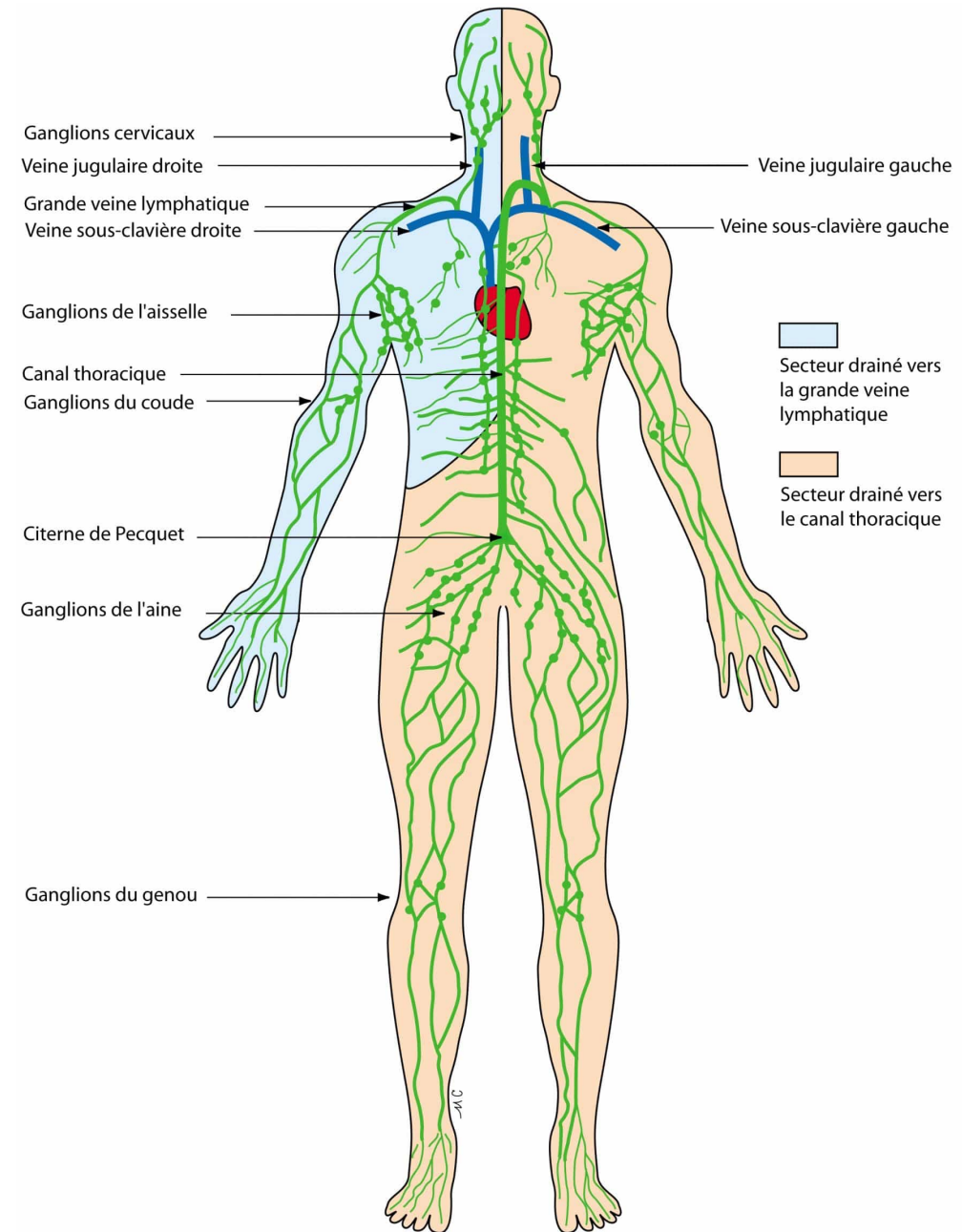
CONSULTE POUR LYMPHŒDÈME DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT

Histoire de l'œdème :

- Secondaire (cancer du sein droit + fracture du poignet)
- Date apparition : 2010
- Facteur déclenchant : fracture du poignet

LYMPHŒDÈME : DÉFINITION

- Stase de la lymphe dans le secteur interstitiel des tissus et augmentation du volume du membre atteint : > de 2cm de différence en périmétrie, ou 200 ml en volumétrie
- Lié à un dysfonctionnement avec insuffisance du système lymphatique



LYMPHŒDÈME PRIMAIRE

- Anomalies constitutionnelles du système lymphatique
- Lymphœdème précoce < 35 ans : dès la naissance (congénital), pic à l'adolescence, vs tardif > 35 ans
- Sporadique dans 97% cas
- Pathologies familiales rares : maladie de Milroy (mutation VEGFR 3), syndrome HLT (hypotrichose, lymphoedème, télangiectasies)
- Associations avec malformations vasculaires (syndrome de Klippel-Trenaunay) ou syndromes malformatifs complexes (syndrome de Turner)



LYMPHŒDÈME SECONDAIRE

Lié à une destruction ou obstruction du réseau lymphatique secondaire à :

- une intervention chirurgicale : curage ganglionnaire, exérèse chirurgicale, pontages artériels ou éveinages de varices saphènes (pays occidentaux +++) > *cas de Mme B.*
- une obstruction du réseau d'origine tumorale (post-radiothérapie cancers gynécologiques ou urologiques ++) > *cas de Mme B.* , ou infectieuse (filariose +++ échelle mondiale), ou l'évolution d'une insuffisance veineuse chronique
- des injections de drogues sous-cutanées

DIAGNOSTIC : MEMBRE SUPÉRIEUR

- Différence de 2 cm sur un ou plusieurs niveaux par comparaison avec le membre controlatéral
- Atteinte du membre : en totalité (bras, avant-bras, main), segmentaire (avant-bras, main)
- Inspection de la peau : aspect érythémateux, existence de plis cutanés (risquant de compliquer le port de la compression)
- Palpation : peau ferme (indurée), prenant ou non le godet
- Peu douloureux, plutôt pesant, lourd
- Si douleurs : plexopathie (post-radique, par envahissement (douleurs, déficit sensitif/moteur, évolution rapide) → TDM, IRM creux axillaire

LYMPHŒDÈME DU MEMBRE SUPÉRIEUR APRÈS CANCER DU SEIN

- Première cause de lymphœdème en France
- 53000 nouveaux cas de cancer du sein par an
- Fréquence du lymphœdème après traitement : 13 - 28% après curage axillaire, 2,5 - 8% avec la technique du ganglion sentinelle
- Délai d'apparition variable post-chirurgie quelques semaines voire plusieurs années après, médiane survenue : 2 ans
- Topographie : atteinte proximale initiale puis phase descendante, (mais inverse possible)

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

1. Curage ganglionnaire axillaire
2. Radiothérapie externe
même si exclusion axillaire
creux sus/sous claviculaire, chaîne mammaire interne, sein
3. Obésité lors du cancer : risque (IMC > 30 kg/m², OR : 3,6), + le poids
+ le lymphœdème est volumineux
4. Autres : mastectomie, envahissement ganglionnaire axillaire,
chimiothérapie par taxanes

DIAGNOSTIC : MEMBRE INFÉRIEUR

- ***Lymphœdème primaire distal*** dans 90%, régressif la nuit et maximal en fin de journée
vs ***secondaire début au niveau proximal*** et s'étend en distalité
- Signe du godet
- ***Signe de Stemmer-Kaposi : pathognomonique du lymphœdème,***
œdème fibrosé
- Modifications cutanées : perte de relief du pied (réseau veineux peu visible, œdème du pied)
 - > mise au carré des orteils
 - > papillomatose cutanée avec épaissement cutané, aspect d'infiltration, et creusement des sillons



CLASSIFICATION DE L'INTERNATIONAL SOCIETY OF LYMPHOLOGY (ISL)

3 stades d'évolution naturelle du lymphœdème :

- Stade 1 : lymphœdème fluctuant
- Stade 2 : lymphœdème permanent
 - o 2A : pas de modification cutané, signe du godet présent (dépressible)
 - o 2B : Induration, volume important
- ***Stade 3 : déformation des membres, induration cutanée, papillomatose > cas de Mme B***

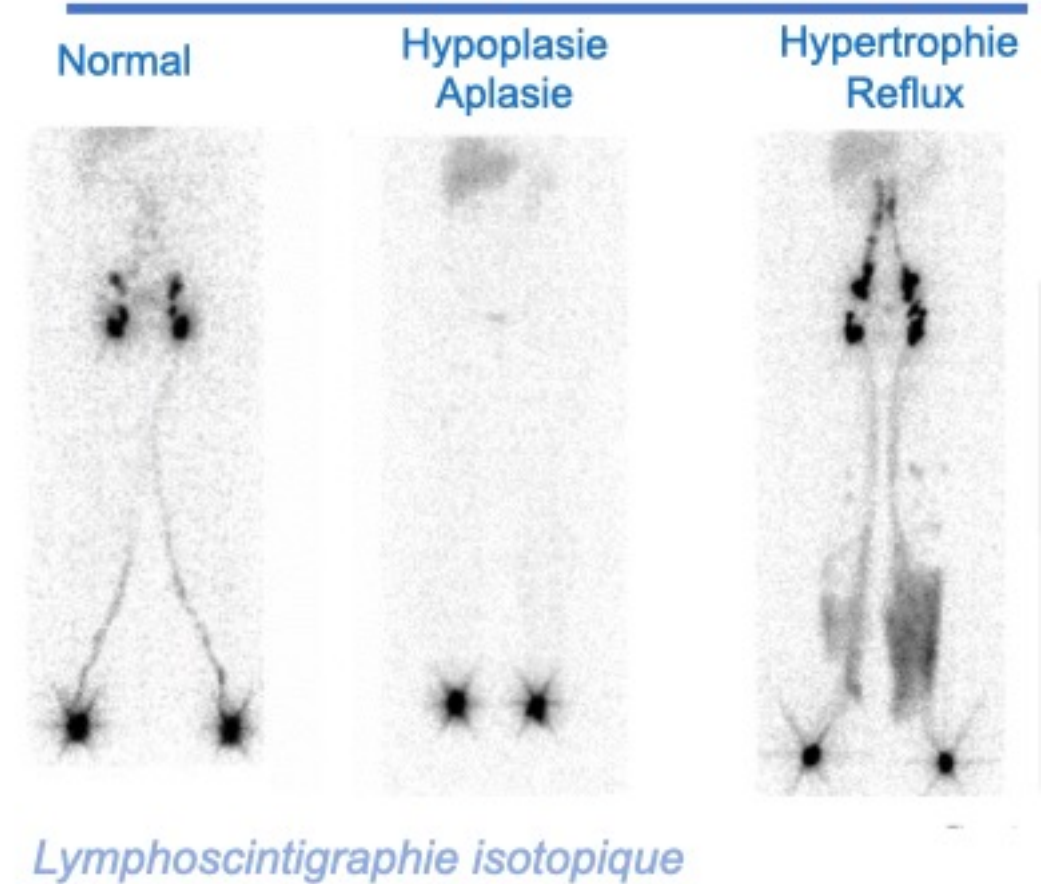
3 degrés de sévérité :

- Minimal : augmentation de volume < 20%
- Modéré : augmentation de volume entre 20-40%
- Marqué : augmentation de volume > 40%



EXAMENS PARACLINIQUES

- Bilan biologique
- Echodoppler veineux du membre inférieur
- Lymphoscintigraphie isotopique (++) lymphœdème primaire)
- Scanner, IRM



COMPLICATIONS

- *Cas de Mme B. :*

17/10/2023 : hospitalisation
clinique Axium

Erysypèle sur lymphœdème



ERYSIPÈLE

- Principale complication des lymphœdèmes (autres lymphangite, infections fongiques ++)
- Lymphœdème : risque érysipèle x 70
- Fièvre élevée, survenue brutale, frissons, membre rouge, chaud, douloureux
- Parfois récidivants, porte d'entrée non toujours retrouvée
- Traitement : 7 jours : amoxicilline, 3 g/j ou pristinamycine (Pyostacine®), 3 g/j (ou clindamycine)
- Si récurrences (> 3/an) (antibioprophylaxie : benzathine-benzylpénicilline, 2,4 MUI/2S, durée non codifiée)

CONSULTATION 11/2023

- Majoration du volume depuis son érysipèle (traitée par augmentin, pas de compression) → demande diminution taille
- *Examen clinique et paracliniques :*

Poids : 70, Taille : 155cm, IMC 29kg/m²

Périmétrie/volumétrie : **3400ml à droite, 1141ml à gauche**

Œdème déformant, prise de godet plutôt superficielle, absence de douleur, érythème face dorsale bras et main, début papillomatose face dorsale main droite → **Classification ISL : stade 3**

- *Biologie standard* sans anomalie
- *Echodoppler veineux MSD* 11/10/2023: Absence de TVP/TVS



PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Hydratation de peau (ColdCream)
- Bandes urgoK2 jour et nuit à changer tous les jours en plaçant des morceaux de mousse autour du poignet (protection cutanée)
- Bandage si possible de la main
- Pas de manchon tant qu'œdème non stabilisé
- IRM sein droit à la recherche d'une éventuelle récurrence

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Objectifs thérapeutiques

1. Réduction du volume du lymphœdème
2. Améliorer la qualité de vie
3. Diminuer le risque de complications (infectieuses)

2 phases distinctes :

1. Réduction de volume, phase "intensive" : 1-4 semaines
hospitalière ou ambulatoire
bandages peu élastiques quotidiens
2. Maintien du volume réduit : phase "d'entretien" en ambulatoire
compression élastique et bandages peu élastiques (fréquence + faible)

RÉDUCTION DE VOLUME

- Bandes à allongement court $< 100\%$:
bandages multicouches (2-4) mais monotypes
+ capitonnage
- Intérêt : pression de repos faible mais forte en
mouvement (gymnastique, marche, vélo)
- Diminution de volume 30-40%
- Importance de l'ETP avec apprentissage
auto-bandages



DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL

- Effet court terme : sensation d'allègement, ↓ tension cutanée, effet relaxant
- Long terme : peu d'effet sur volume si utilisés seuls

Possible petite synergie avec les bandages peu élastiques

- Utiles : lymphoedèmes proximaux (sein, thorax), en phase intensive
- Facultatifs phase d'entretien



PHASE D'ENTRETIEN

- Compression élastique : complément indispensable pour maintenir la réduction de volume
- A porter tous les jours, du matin au soir (pas la nuit)
- Adaptation de la compression sur-mesure très souvent nécessaire +++
- Force de pression importante :
classe 3 : 20-36 mmHg
classe 4 : < 36 mmHg

CONSULTATION SUIVI 16/02

- ***Cliniquement :***

Diminution de l'œdème en volume surtout en regard du bras et avant-bras

Périmétrie/ Volumétrie : ***1370cc à droite, 952cc à gauche***

- ***IRM hémithorax droit 8/12/23*** : pas de récurrence tumorale
- ***Drainage lymphatique par kiné formé***
- ***Manchon*** en série circulaire bras droit prescrit classe 3
- ***Cold-cream*** (hydratation cutanée journalière) et kits UργοK2 prescrits (à utiliser en cas de nouvelle majoration de l'œdème)



CONCLUSION

- Lymphœdème en cours d'amélioration
- Régression importante du volume du membre : divisé par 3
- Importance du traitement intensif puis phase entretien *à poursuivre chez Mme B.*
- Importance de *l'éducation thérapeutique du patient* et d'une *prise en charge multidisciplinaire avec kiné, IDE*

