

## **Pour une prise en charge raisonnée des oedèmes post-thérapeutiques ?**

Pierre BOURGEOIS,  
Service de Médecine Nucléaire,  
Institut Jules Bordet,

Dans leur pratique quotidienne, les oncologues sont fréquemment confrontés au problème des « gros bras » et « grosses jambes » post-thérapeutiques. Ces oedèmes, souvent considérés comme des « boîtes noires » au contenu « inconnaisable », se voient d'ordinaire adressés pour traitements à nos collègues physio- ou kinésithérapeutes. A ces situations souvent très différentes dans leurs présentations cliniques, ces derniers n'appliquent néanmoins en pratique qu'un schéma thérapeutique plus ou moins standard combinant des manoeuvres de drainage lymphatique manuel (sur le membre oedématié même ou/et sur les voies de suppléance) et/ou des séances de pressothérapie et/ou le port de bas ou contentions plus ou moins sophistiquées. Les options chirurgicales sont également et ainsi souvent méconnues sinon ignorées.

Or aujourd'hui, une investigation lymphoscintigraphique du ou des membres oedématiés permet de caractériser chaque œdème et de poser l'indication du traitement le plus adapté à chaque cas.

En premier lieu, cet examen permet d'établir la diminution partielle ou totale de la capacité de transport lymphatique au niveau de l'axe vasculaire inguino-ilio-lombo-aortique ou de l'axe vasculaire axillo-sus-claviculaire.

Si le blocage sur le retour par ces axes lymphatiques n'est que partiel, l'approche kinésithérapique standard est le plus souvent appropriée.

Par contre, si ce blocage apparaît complet, l'examen permet de démontrer toutes les voies de collatéralisation lymphatique possibles présentes au cas par cas suivant les malades. Inconstantes, celles qui peuvent être ainsi objectivées devront alors faire l'objet de toute l'attention du ou des kinésithérapeutes (voir figure). Leurs manoeuvres viseront en effet à augmenter le flux lymphatique à travers ces vaisseaux qui persistent et/ou à ouvrir et maintenir ouvertes ces voies lymphatiques de collatéralisation.

Pour un œdème d'un membre inférieur survenant après curage ganglionnaire iliaque et radiothérapie pour un cancer du col, les voies de collatéralisation suivantes peuvent être trouvées, spontanément ouvertes ou apparaissant à la suite d'une stimulation manuelle:

- d'une région inguinale vers l'autre en passant en pré-pubien et parfois à travers les organes génitaux,
- de la région inguinale vers les lymphatiques de la paroi abdominale antérieure et les ganglions sus-diaphragmatiques mammaires internes,
- de la région inguinale vers les lymphatiques de la paroi abdominale antéro-latérale et les ganglions axillaires homo-latéraux,
- de la région inguinale ou de partie externe de la fesse vers les ganglions iliaques communs et/ou lombo-aortiques homo-latéraux passant soit en profondeur soit postérieurement à travers la paroi abdominale pour rejoindre ces ganglions.

Pour un œdème des membres supérieurs les voies de collatéralisation lymphatique possibles sont les suivantes :

- du bras vers l'épaule et antérieurement la région sus-claviculaire et postérieurement vers la région cervicale,
- de la partie interne du bras à travers la surface axillaire vers les parois thoracique antérieure et postérieure et de là, soit vers les ganglions cervicaux, soit vers les lymphatiques profonds de la paroi thoracique antérieure et les chaînes ganglionnaires parasternales homo et/ou hétérolatérales et mêmes dans certains les ganglions axillaires hétérolatéraux, soit enfin postérieurement vers les ganglions axillaires hétérolatéraux.

Si le traitement kinésithérapeutique échoue ou si la lymphoscintigraphie démontre qu'il n'existe pas de voie de collatéralisation possible, des solutions chirurgicales sont possibles dont l'indication peut être basée sur les résultats de l'investigation lymphoscintigraphique.

1. Des vaisseaux lymphatiques peuvent être anastomosés à des veines permettant ainsi au contenu lymphatique de s'éliminer (chirurgie de « décharge ») (3). Ces anastomoses lympho-veineuses demandent la persistance de lymphatiques fonctionnels au niveau de la racine du membre (et une absence d'hypertension veineuse) : les résultats dépendent en effet du nombre de lymphatiques anastomosés mais aussi du flux lymphatique à travers ces anastomoses qui les maintiendra ouvertes. La poursuite post-opératoire d'une kinésithérapie stimulant ces vaisseaux est donc souvent nécessaire.

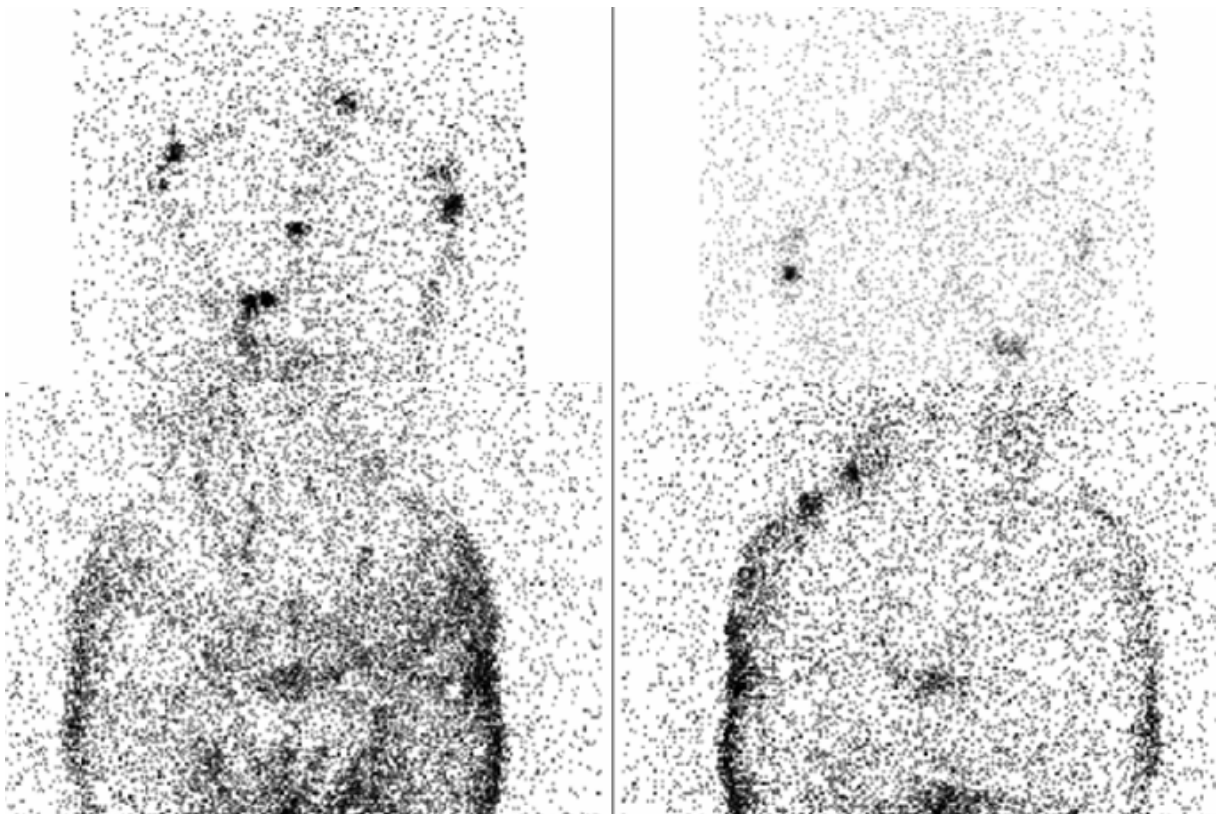
2. Des greffons vasculaires lymphatiques ou même des greffons veineux (prélevés au niveau d'un membre sain) peuvent aussi être utilisés pour reconstruire une voie de déstase entre les lymphatiques du membre œdématié et des lymphatiques au-delà du territoire avasculaire (chirurgie de reconstruction, de pontage vasculaire) (4). Cette chirurgie de pontage ne peut se faire que si l'œdème ne touche qu'un seul membre et s'il persiste des lymphatiques permettant d'amener la lymphe au niveau de la racine du membre. Là aussi, le résultat et surtout son maintien semblent dépendre du flux à travers l'anastomose et une kinésithérapie sera également utile après cette opération.

3. Des greffons ganglionnaires avec leurs vascularisations peuvent également être implantés dans des territoires œdématiés avec l'espoir qu'ils soient à l'origine d'une reconstruction (néo-angiogénèse) des lymphatiques et/ou d'une résorption des liquides (les ganglions sont des structures qui pompent les liquides et la lymphe qui en sort est plus concentrée que celle qui y entre) (chirurgie de reconstruction lympho-ganglionnaire) (1). Ces greffes ganglionnaires ne se justifient que devant des territoires ne présentant plus aucune structure ganglionnaire là où une chirurgie de reconstruction vasculaire apparaît non réalisable.

4. Enfin, une liposuction peut être pratiquée qui aspire les tissus celluloso-adipeux excessifs au niveau du membre (chirurgie « esthétique ») (2). Cette solution n'est proposée qu'aux œdèmes volumineux, hors de toute autre possibilité chirurgicale, organisés et fibrotiques. Elle s'adresse aux cas où plus aucun drainage vasculaire lymphatique n'est observé et, par la résection des tissus qu'elle implique, elle impose aussi le port ultérieur et de manière définitive d'un bas de contention.

L'investigation lymphoscintigraphique du ou des membres œdématiés permet donc de caractériser chaque œdème et de poser l'indication de la chirurgie la plus adaptée.

En conclusion : la réalisation d'investigations lymphoscintigraphiques des oedèmes des membres permet de les caractériser et d'optimiser leur prise en charge thérapeutique, qu'elle soit physique et/ou chirurgicale. Ces investigations sont ainsi indiquées et indispensables devant tout œdème résistant à un traitement physique bien conduit. Ces examens seraient également indiqués devant tout œdème où l'ouverture et/ou la stimulation de voies de collatéralisation apparaissent nécessaires. Les manœuvres manuelles par le kinésithérapeute, efficaces dans ce but, représentent en effet alors la plus grande partie du traitement à appliquer.



Légende :

Imageries lymphoscintigraphiques (à gauche en vue antérieure et à droite en vue postérieure allant de bas en haut de dessous la vessie à la région cervicale) obtenues après marche.

Cette patiente qui présentait un très important lymphoedème post-thérapeutique (hystérectomie totale avec curages ganglionnaires et radiothérapie) entreprenant les 2 membres inférieurs mais également tout le bassin (avec une image de collatéralisation dermique superficielle qui est bien visible au niveau des fesses mais aussi de la paroi abdominale) a bénéficié de plusieurs années de manœuvres de drainage lymphatique manuel avec, comme résultat, un ouverture de pratiquement toutes les voies de suppléance vasculaire lymphatique possibles, soit :

- en vue antérieure, de la région sus-pubienne, vers les ganglions axillaires gauches et droits et vers les ganglions pré-péricardiques et rétro-xyphoïdiens et la chaîne para-rétro-sternale,
- en vue postérieure, de la partie supérieure de la fesse gauche vers la loge rénale homolatérale

- 2) Brorson H, Scand J Surg. 2003;92(4):287-95. Review.
- 3) Campisi C and Boccardo F, World J Surg. 2004 Jun;28(6):609-13.
- 4) Weiss M et al, Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2003 Feb;30(2):202-6.