

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1981)

Heft: 2

Artikel: Le drainage lymphatique manuel : approche physiothérapique du traitement de l'oedème

Autor: Leduc, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930440>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

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

Le drainage lymphatique manuel: approche physiothérapeutique du traitement de l'oedème

Prof. Dr. A. Leduc

1. Physiopathologie de l'oedème

Il est possible, grosso modo, de subdiviser l'oedème en deux grandes catégories:

- a. l'oedème d'origine vasculaire
- b. l'oedème d'origine lymphatique

a. L'oedème d'origine vasculaire

L'oedème d'origine vasculaire se constitue au départ

- a.1. de l'augmentation de la filtration. Nous n'entrerons pas dans les détails d'apparition de chacune de ces pathologies. Les physiothérapeutes qui ont suivi notre cours retrouveront ici le résumé de ce que nous leur enseignons pendant les recyclages. L'augmentation de la filtration au niveau des capillaires sanguins peut être le résultat de plusieurs facteurs, à savoir:
 - a.1.1. l'augmentation de la pression hydrostatique
 - a.1.2. la diminution de la pression oncotique
 - a.1.3. la présence de varices
 - a.1.4. l'installation d'un thrombus
- a.2. de la diminution de la pression oncotique
- a.3. de l'altération du parenchyme vasculaire

b. L'oedème d'origine lymphatique

L'oedème d'origine lymphatique est consécutif à la diminution des possibilités d'évacuation par voie lymphatique. Le capital lymphatique est insuffisant voire même absent (éléphantiasis). Il peut avoir été entamé par voie chirurgicale (intervention au cours de mastectomie... il peut avoir été fibrosé par radiothérapie ou bien il peut se scléroser au cours du vieillissement. Cette classification simplifiée sans doute permet toutefois de se constituer une image clinique de l'oedème. L'oedème vasculaire sera essentiellement liquidiens tandis que l'oedème d'origine lymphatique tendra à élaborer une trame tissulaire dont l'évacuation sera d'autant plus malaisée, que le tissu sera constitué.

Remarques:

l'oedème d'origine cardiaque appartient aux deux formes que nous avons définies. Il est essentiellement dépendant d'une insuffisance systolique droite associée à la difficul-

té d'évacuation du canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche.

2. Le traitement physiothérapeutique (5)

Le traitement physiothérapeutique représente la première et seule forme de traitement par laquelle il est convenu d'aborder le traitement de l'oedème.

Les principes en sont les suivants:

a. *faciliter la résorption:* la résorption de l'oedème se réalise par le biais des lymphatiques initiaux (ou capillaires lymphatiques). Cette première est facilitée par l'existence des filaments de Leak (3) solidarisant les lymphatiques avec le tissu conjonctif de telle manière que tout gonflement tissulaire étirant les filmant autment le calibre des lymphatiques et crée ainsi un appel de liquide. Cette évacuation par voie lymphatique peut être facilitée par des manœuvres douces de drainage manuel mobilisant les filaments de Leak par l'intermédiaire du tissu conjonctif. La résorption de l'oedème se réalise également par le biais des capillaires sanguins (artériels et veineux) si tant est que la pression exercée est faible pour éviter de les collabrer. C'est au cours de la phase de résorption que la technique dite «de résorption» du drainage manuel trouve sa raison d'être.

b. *faciliter l'évacuation*

b.1. par les voies existantes directes

La facilitation de l'évacuation de l'oedème par les collecteurs lymphatiques existants a fait l'objet de suffisamment de publications pour ne plus y revenir dans cet article (Mislin 2, 6).

L'évacuation par ces voies spécifiques relève du drainage manuel qui peut sélectivement stimuler les collecteurs par la technique dite d'appel. La facilitation de la résorption peut également intéresser le réseau veineux.

b.2. par les voies anastomotiques

L'interruption brutale de la circulation lymphatique entraîne, comme pour le réseau veineux l'apparition de voies anastomotiques. La seule diffé-

rence avec le système veineux est que la pression hydrostatique lymphatique étant de beaucoup inférieure à celle du réseau sanguin, ces voies ne s'ouvriront pas toujours spontanément. Les techniques de drainage manuel permettent d'ouvrir ces voies plus aisément augmentant ainsi les possibilités de drainage.

b.3. par les voies régénérées

6.3. par les voies régénérées

Les nombreuses expériences que nous avons réalisées sur les animaux (120 résections ganglionnaires axillaires, 509 incisions cutanées suivies depuis le 1er jour de l'incision jusqu'à 6 mois après celle-ci) nous ont montré la réalité des possibilités régénératives du réseau lymphatique. Seuls les ganglions ne se reconstituent pas. Le physiothérapeute doit donc, au cours de ses manœuvres de drainage manuel tenir compte de ces possibilités s'il veut mettre en œuvre tous les moyens pour lutter contre l'installation de l'œdème.

Ici encore, le drainage manuel de par sa spécificité et la douceur de sa pratique lui sera indispensable. Il existe d'autres techniques qui peuvent être associées au drainage manuel à savoir: la pressothérapie douce dont l'intensité ne devrait pas dépasser 80 à 90 mm de Hg. Cette technique doit être appliquée plusieurs heures par jour. C'est à dire que ce traitement ne se conçoit qu'en milieu hospitalier ou au domicile du patient si celui-ci peut acquérir l'appareillage.

La contention permanente: devrait être exécutée sur mesure sous la forme d'un bas (ou d'une manchette s'il s'agit du membre supérieur). Le patient ne pourra être libéré de cette contention qu'en fin de traitement et de manière très progressive.

Le bas doit être réalisé sur toute la longueur du membre (7).

Remarques:

Le traitement par la technique de VAN DER MOLEN «doit être réservé aux lymphoœdème au stade irréversible, lorsque toutes les autres mesures de traitement conservateur ont été utilisées sans succès» (1).

Conclusions

Le drainage lymphatique manuel représente la technique préférentielle d'abord dans le traitement de l'œdème à la condition toutefois de ne pas être confronté à des cas où l'absence totale de possibilités d'évacuation lymphatique est démontrée (éléphantiasis).

Le drainage lymphatique manuel n'est jamais agressif. Les manœuvres doivent être exécutées en ayant pour ligne de conduite principale le respect des mécanismes physiologiques dont l'organisme est le siège. Le drainage manuel vient en aide au drainage physiologique existant. C'est en étant pénétré de cette idée maîtresse que le physiothérapeute pourra pleinement apporter son concours dans le traitement de l'œdème quelle qu'en soit l'origine.

Bibliographie

1. FOLDI M. Anatomical and physiological basis for Physical Therapy of lymphedema. Lympho-Kinetics. Birkhäuser Verlag 1978. pp. 15-18.
2. GODART S., LEDUC A., COLLARD M. Drainage lymphatique: expérimentation clinique. Travaux de la SSBK, 1974, II. 124-130.
3. LEAK L.V. The fine structure and function of the lymphatic vascular system. Handbuch allgemeinen Pathologie. Springer-Verlag, 1972, 3/5, 149-196.
4. LEDUC A. De resorptie van de post-traumatische oedemen. T. Fys. Théorie. 1977, 1, 27-29.
5. LEDUC A. Le drainage lymphatique. Théorie et pratique. Masson Edit. 1978.
6. MISLIN H. Experimenteller Nachweis der Autochthonen Automatic der Lymphgefäßse. Experientia (Basel), 1961, 17, 29-32.
7. VAN DER MOLEN, H.R. Hemodynamic affects of elastic and non-elastic compression. Lympho-Kinetics. Birkhäuser-Verlag, 1978, pp. 99-108.

Prof. Dr. A. LEDUC
VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
Laboratorium voor Motorische
Revalidatie en Kinesitherapie
Laarbeeklaan, 103
B-1090 BRUSSEL (Belgium)