

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: 24 (1988)

Heft: 12

Artikel: Le traitement des lymphoedèmes

Autor: Tomson, D.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930399>

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: 20.08.2025

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

Le traitement des lymphoedèmes

D. Tomson*

Résumé

L'œdème lymphatique 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.

L'auteur décrit le traitement des œdèmes lymphatiques après traitement radiochirurgical d'un cancer par la thérapie décongestionnante physique complexe ou thérapie en 2 phases selon Földi.

Zusammenfassung

Das Lymphoedem ist ein chronisches Leiden mit progredienter Tendenz, resistent gegenüber medikamentöser Behandlung. Es kann aber erfolgreich mit einer Kombination verschiedener physiotherapeutischer Massnahmen angegangen werden. Die Lymphdrainage ist eine der wichtigsten, aber selten allein ausreichend.

Der Autor beschreibt die Behandlung des Lymphoedems nach radiochirurgischem Eingriff bei Krebs durch komplexe abschwellende Physiotherapie oder 2-Phasen-Therapie nach Földi.

Introduction

La thérapie en 2 phases selon Földi comporte plusieurs mesures thérapeutiques qui permettent:

- d'augmenter la capacité de transport des vaisseaux lymphatiques
- de lutter contre les pressions intra et péri vasculaires périphériques pathologiques
- de prévenir l'évolution de cette pathologie du stade réversible au stade chronique irréversible et vers l'éléphantiasis.

Ce traitement qui, en outre, permet de traiter les autres types d'œdèmes lymphatiques, les œdèmes veineux et liés à la panniculose, est inutile dans le cas d'œdèmes provoqués par un syndrome néphrotique et contre-indiqué pour les œdèmes d'origine cardiaque. Le temps où l'opinion largement répandue que le lymphoedème ne peut être influencé par aucun traitement devrait être aujourd'hui révolu.

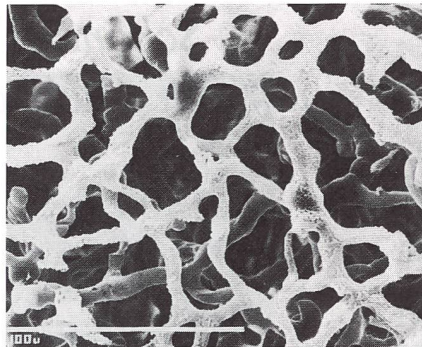


Figure 1
Réseau de capillaires lymphatiques intradermiques vu au microscope électronique (d'après Castenholz A.)

Rappels anatomiques et physiopathologiques

Le lymphoedème résulte du déséquilibre entre la charge lymphatique (masse protéique et aqueuse qui attend le transport lymphatique par unité de temps) et la capacité de transport des vaisseaux lymphatiques.

Il apparaît lorsqu'un processus pathologique d'origine spontanée ou iatrogène abaisse la capacité de transport des

vaisseaux lymphatiques sous le niveau de la charge lymphatique normale. En conséquence, les protéines plasmatiques vont stagner dans les tissus et lier l'eau par leur force colloïdo-osmotique. L'inondation intersticielle disloque les structures, exerce une contrainte exagérée sur les capillaires lymphatiques, tiraille leur haubanage, écarte leurs cellules endothéliales et ouvre à plein leur lumière sur le tissu conjonctif de voisinage. A la longue, l'effet de contrainte atteint les collecteurs lymphatiques. Ces collecteurs, dilatés de proche en proche, perdent leur fonction valvulaire de bief en bief. L'épandage ne se fait plus. Enfin, l'inondation intersticielle crée la stase au niveau des segments veineux des capillaires sanguins, augmentant leur perméabilité, intensifiant l'œdème. Le cercle vicieux est installé. Des processus fibrosclérotiques s'enclenchent et d'éventuels épisodes inflammatoires, surtout par surinfection locale, accélèrent l'évolution de l'œdème lymphatique dont l'aboutissement peut être le tableau clinique de l'éléphantiasis.

Le drainage lymphatique d'un membre œdémateux après traitement chirurgical et/ou radiothérapique d'un cancer peut s'effectuer par les voies suivantes:

- les collecteurs épargnés
- les collecteurs accessoires, inconstants
- d'éventuels collecteurs néoformés
- le réseau cutané de capillaires lymphatiques

Ce réseau intradermique, trop souvent ignoré, nous recouvre entièrement et forme ainsi une unité. En pratique, nous y accordons beaucoup d'importance.

Ce réseau est avalvulé, puisqu'il s'agit de capillaires lymphatiques. Il se présente au microscope électronique tel un filet à mailles polygonales bidimensionnelles (Fig. 1). Sous ce filet de capillaires apparaît un réseau de précollecteurs en trois dimensions, valvulé. Ces deux réseaux sont reliés par l'intermédiaire d'un réseau de précollecteurs valvulés, au collecteur superficiel (Fig. 2).

Chaque collecteur est couvert d'un certain nombre de polygones, ce qui

* Tirés à part: D. Tomson, Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, CHUV, 1011 Lausanne

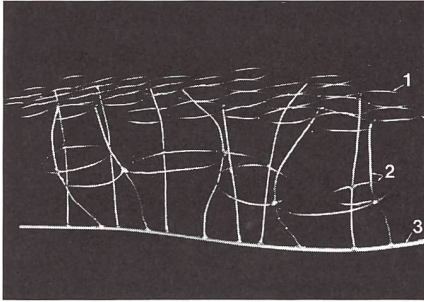


Figure 2
Illustration du réseau vasculaire lymphatique intradermique.
1. Capillaire lymphatique
2. Précollecteur lymphatique
3. Collecteur lymphatique

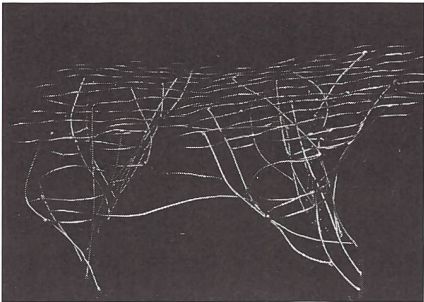


Figure 3
Illustration du réseau vasculaire lymphatique intradermique à l'intersection de deux territoires lymphatiques cutanés

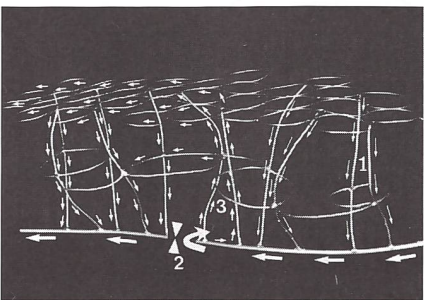


Figure 4
1. Drainage lymphatique physiologique centripède de la peau
2. Interruption chirurgicale du collecteur lymphatique
3. Phénomène de reflux lymphatique centrifuge consécutif à l'interruption du collecteur lymphatique.

délimite les zones lymphatiques cutanées, que l'on distingue des territoires lymphatiques cutanés par le fait qu'à l'intersection de deux territoires lymphatiques, seul le réseau capillaire lymphatique existe comme s'il n'y avait pas de limites, les anastomoses entre précollecteurs sont moins nombreuses et quasi inexistantes entre les collecteurs (Fig. 3). L'écoulement de la lymphe d'un territoire au territoire voisin s'effectuera par les réseaux de capillaires et précollecteurs lymphatiques cutanés.

Dans des conditions physiologiques, ce réseau draine paisiblement la lymphe du derme vers des collecteurs superficiels.

Une interruption chirurgicale ou post-actinique d'un collecteur y entraînera une accumulation de lymphe puis provoquera une insuffisance valvulaire et un flux rétrograde centrifuge vers le réseau capillaire lymphatique cutané (Fig. 4). C'est le phénomène de reflux (Fig. 5).

A ce moment, ce réseau prend pour nous une importance capitale.

En effet, lors de ce phénomène de reflux, c'est ce réseau de capillaires lymphatiques cutanés qui permettra à la lymphe de quitter les territoires oedémateux.

Nous drainerons alors en fonction de ce réseau et non en fonction des collecteurs, les responsables du reflux. Ceci permet de contourner, par ce réseau et des manoeuvres appropriées, les zones lésées.

Méthode

La thérapie décongestionnante physique complexe de Földi se présente en deux phases principales distinctes:

- La phase de drainage
- La phase de maintien

La phase de drainage

Lors de cette phase, nous nous efforçons avant tout d'assainir la peau du membre atteint afin de prévenir ou de combattre l'infection ou des mycoses. Ensuite, par le drainage lymphatique

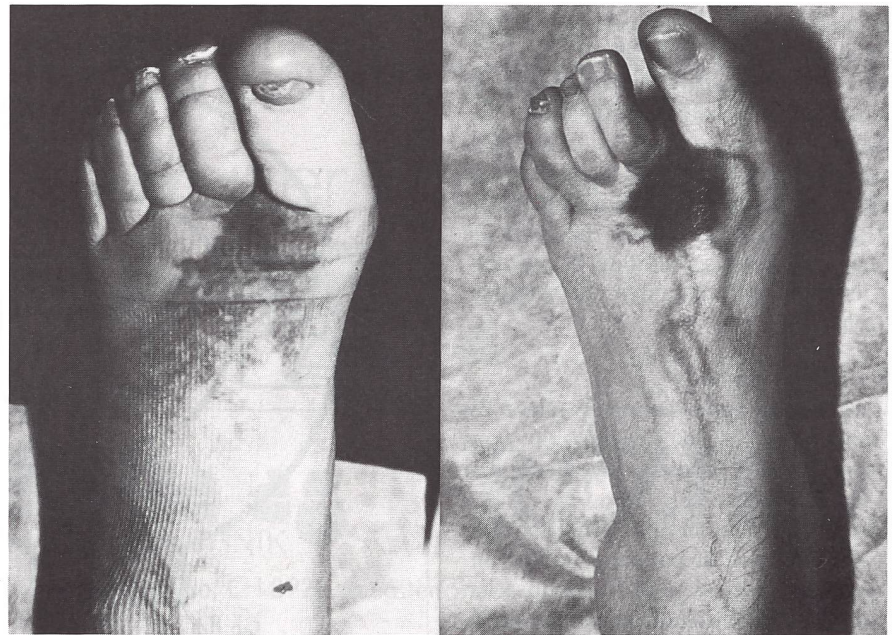


Figure 5
Test au bleu paté. A gauche, au niveau d'un membre inférieur sain, les collecteurs apparaissent sur le dos du pied. A droite, au niveau d'un membre inférieur présentant un lymphoedème, image du phénomène de reflux.

manuel, nous tenterons d'atteindre trois buts:

- augmenter la vasomotricité lymphatique
- déplacer, éliminer l'oedème
- assouplir le tissu conjonctif fibrosé

Nous nous limitons dans un premier temps au tronc et à la racine du membre oedémateux, ce qui nécessite une à trois semaines de traitement au cours desquelles le volume et le périmètre du membre diminuent déjà.

Ensuite, progressivement, nous étendons le drainage lymphatique manuel au membre entier.

Pour les malades dont l'oedème lymphatique est très volumineux ou «organisé», nous nous assurons de la conservation du bénéfice d'une séance à la séance suivante par la pose sur le membre atteint d'un bandage compressif (Fig. 6).

Enfin, la dernière mesure thérapeutique de cette phase de drainage est constituée par des exercices de gymnastique. 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 évalué par la réduction des périmètres et du volume du membre.

Le contrôle du traitement s'exprime ainsi par une courbe décroissante.

Lorsqu'on tend à un état non oedémateux du membre, que la courbe de mesures est comparativement plate, l'on poursuit la phase du drainage manuel sans discontinuité par la deuxième phase de maintien, de stabilisation.

La phase de maintien

La base de cette deuxième phase est constituée par la compression sous forme de bas ou manchette avec gant faits sur mesure (Fig. 7).

En plus de cette compression, la participation active du patient est d'une importance décisive pour la stabilisation voir l'amélioration du succès thérapeutique. Comme la compression n'a d'effet optimal que liée au mouvement, le patient devra se mouvoir activement mais sans excès.

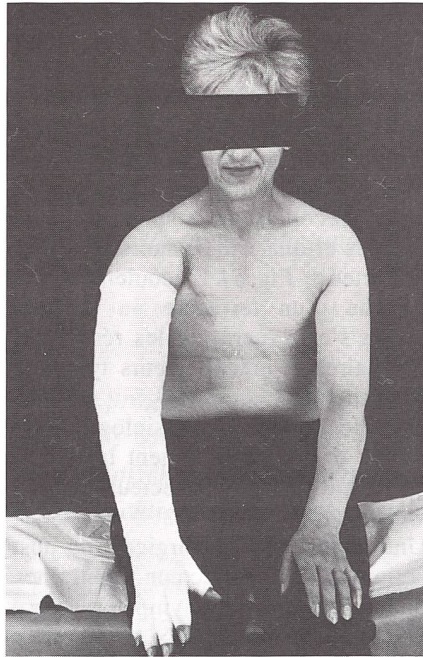


Figure 6
Bandage multicouche confectionné avec du matériel élastique à allongement court.

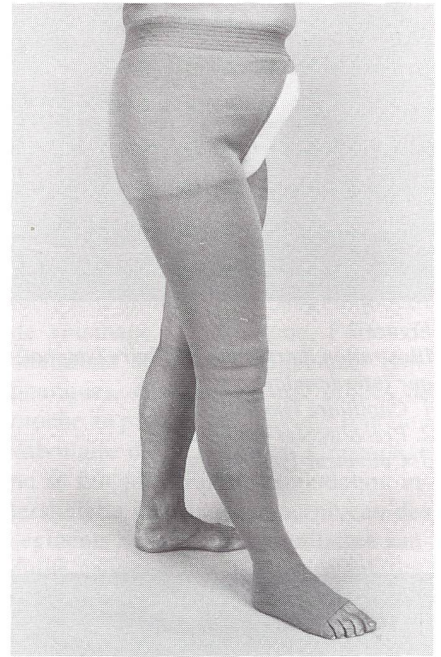


Figure 7
Bas de contention confectionné sur mesure.

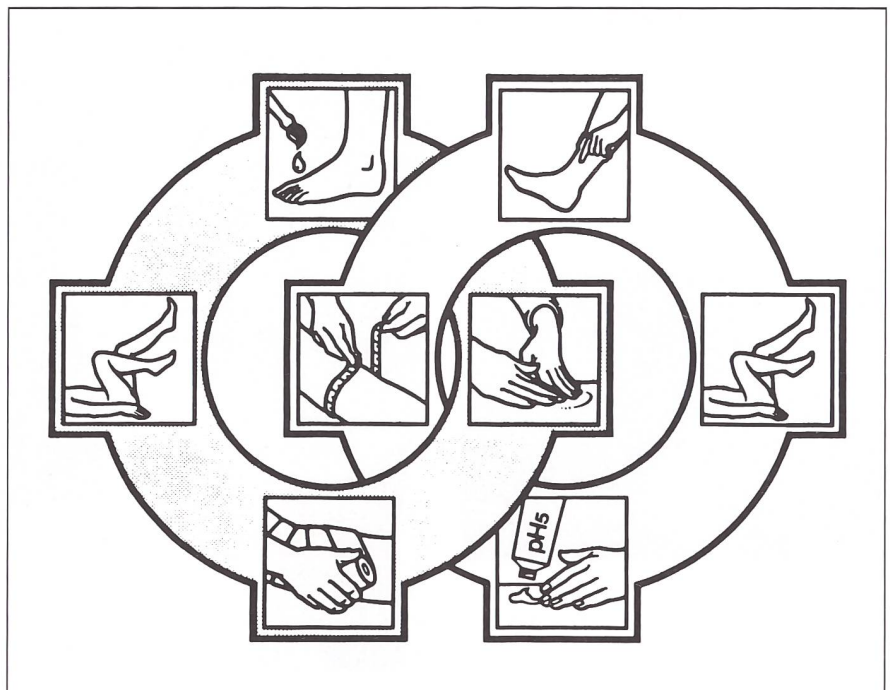
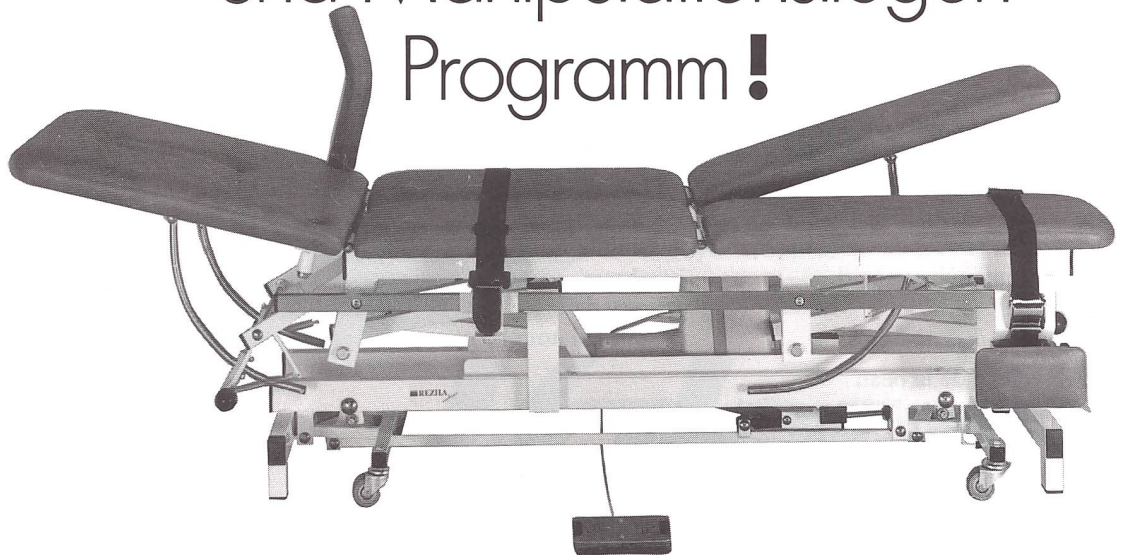


Figure 8
Schéma résumant les différentes mesures thérapeutiques de la thérapie en deux phases selon Földi.

Jetzt bei **Kölla ag** :
MEDIZINTECHNIK

Das gesamte **REZILA** Behandlungs-
und Manipulationsliegen-
Programm !



NEU:

Ausgerüstet mit problem-
losem Schweizer *magnetic*-Motor
und widerstandsfähigem
Schweizer Kunstlederbezug

stamskin[®]
póra

Kölla ag
MEDIZINTECHNIK

REZILA

Reppischtalstrasse, CH-8920 Aeugstertal a. A.
Telefon 01 - 761 68 60

... von Mund zu Mund bekannter!

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

Enfin, ces patients doivent être contrôlés régulièrement, ceci inclus le contrôle des bas ou manchettes compressifs. Ces deux phases de traitement peuvent se résumer comme suit:

La phase de drainage:

1. Hygiène de la peau
2. Drainage lymphatique manuel
3. Bandage compressif
4. Mobilisation active

La phase de maintien:

1. Bas ou manchette compressifs
2. Mobilisation active
3. Hygiène de la peau
4. Contrôles réguliers, complaisance et discipline du patient (*Fig. 8*)

Conclusion

Ce traitement permet de réduire en moyenne les oedèmes d'environ 70% en moins de 4 semaines, diminuant ainsi la gêne fonctionnelle et les risques d'érysipèle.

Cette réduction se conservera voire s'améliorera à long terme, en fonction de la discipline des patients à porter manchette ou bas compressifs quotidiennement, ceci pour une longue durée. Quelques séances (environ 10 par année) de drainage lymphatique manuel d'entretien peuvent s'avérer nécessaires après le traitement d'oedèmes volumineux ou anciens.

Il est important également de rappeler la statistique de Bacman et coll. selon laquelle le syndrome décrit par Stewart et Trèves (lymphangiosarcome), complication éminemment fatale, apparaît à 10 ans chez 10% des femmes avec lymphoedème du bras, secondaire à une mastectomie, non traitée.

Les résultats encourageants obtenus grâce à cette thérapie sont la preuve que le traitement du lymphoedème nécessite un ensemble de mesures thérapeutiques. Seul, le drainage lymphatique

manuel ou pneumatique est souvent insuffisant.

Il est évident, vu ce qui précède que ce traitement, bien que s'il l'améliore, ne doit pas être qualifié d'esthétique.

La thérapie décongestionnante physique complexe ou thérapie en deux phases de Földi a le mérite d'être en harmonie avec l'anatomie et la physiologie, de ne pas provoquer d'effets secondaires, d'être efficace, applicable ambulatoirement et peu onéreuse.

Bibliographie

1. Bacman D., Odeh F., Jacobs A., Walkowski A., Schubert G.E.: Primäres Angiosarkom der Mamma und Stewart-Treves Syndrom. *Med Welt* 30, 441, 1980.
2. Castenholz A.: Die Lymphbahn im rasterelektronenmikroskopischen Bild. Ausgewählte Vorträge und Diskussionen des 1. Kongresses der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen. 32-38. Wien, 10.-12. Oktober 1985.
3. Földi M.: Thérapeutique conservatrice du lymphoedème. Symposium de lymphologie 31 janvier au 1er février 1981. Crans sur Sierre.
4. Földi M.: Insuffisance circulatoire lymphatique: lymphostase dont lymphoedème des membres. Symposium de lymphologie 31 janvier au 1er février 1981.
5. Földi E., Földi M.: Komplexe physikalische Entstauungstherapie des chronischen Gliedmassen-Lymphödems. *Folia Angiol.* 29, 161-168, 1981.
6. Földi M.: Aspect physiopathologique des lymphoedèmes. *Journal des maladies vasculaires (Paris)*. Masson 5, 90-91, 1980.
7. Gruffaz J.: Traitement d'un gros bras. *Gazette médicale de France*, No 4, 28 janvier 1977.
8. Kubik S.: Drainagemöglichkeiten der Lymphterritorien nach Verletzung peripherer Kollektoren und nach Lymphadenektomie. *Folia Angiologica*, 28, 228-237, 1980.
9. Kubik S., Manestar M.: Anatomie der Lymphkapillaren und Präkollatoren der Haut. In: A. Bollinger, H. Partsch: *Initiale Lymphstrombahn*. Internat. Symposium Zürich 1984. G. Thieme, Stuttgart - New York, 62-69, 1984.

10. Kubik S., Manestar M.: Anatomische Grundlagen der Therapie des Lymphödems. Ausgewählte Vorträge und Diskussionen des 1. Kongresses der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen. 19-31 Wien, 10.-12. Oktober 1985.

11. Leduc A., Caplan I., Lievens P.: Traitement physique de l'oedème du bras. Monographie de Bois-Larris. Masson Ed. 1981.

12. Leduc A., Theys S.: Traitement physique de l'oedème du membre inférieur. (V.U. Brussel 1983).

13. Merlen J.F.: Microcirculation et lymphatiques. Symposium de lymphologie 31 janvier au 1er février 1981. Crans sur Sierre.

14. Pecking A.: Faut-il explorer les oedèmes des membres? Compte rendu du congrès national de lymphologie. *Ann. Kinésithér.* t. 14 No 10, 518-520, 1987.

15. Tomson D., Klumbach D.: Le traitement du gros bras par drainage lymphatique. *Swiss Med.* 1988. (A paraître).

Auteur:

D. Tomson, Physiothérapeute dans le Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV (Prof. Y. Saudan).

Enseignant à l'Ecole cantonale vaudoise de physiothérapeutes et à l'Ecole Földi S.A., Lausanne



EIN SPEZIALSCHUH DER ZIELGERICHTET FÜR
DIE REHABILITATION ENTWICKELT WURDE

BALLY



Valens

Hergestellt in den Bally Schuhfabriken AG CH 5012 Schönenwerd

**Die moderne EXTENSIONSTHERAPIE
mit dem SCHWING-EXTENSOR**

- Funktionsstörungen der Wirbelsäule
 - Degenerative Erkrankungen
 - Durchblutungsstörungen
 - Sekretstau im Bronchialbereich
- sind einige der wichtigsten Indikationen.

Mehr erfahren Sie aus unseren
ausführlichen Unterlagen.

Probelieferung auf Wunsch möglich



FRITAC MEDIZINTECHNIK AG
8031 ZÜRICH
Hardturmstrasse 76
Telefon 01/271 86 12

BON

Bitte ausschneiden
und einsenden an:
FRITAC AG
POSTFACH
8031 Zürich

Ich interessiere mich für: (Gewünschtes bitte ankreuzen)

Offerte: _____

Probelieferung: _____

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

