



Lymphœdème des membres

Démarche diagnostique et prise en charge



N.Hamamid
Médecine interne et vasculaire - Boudouaou

Physiopathologie

Dysfonctionnement de la Réabsorption par les capillaires lymphatiques initiaux
(liquides – ions – cellules – protéines)



stase lymphatique

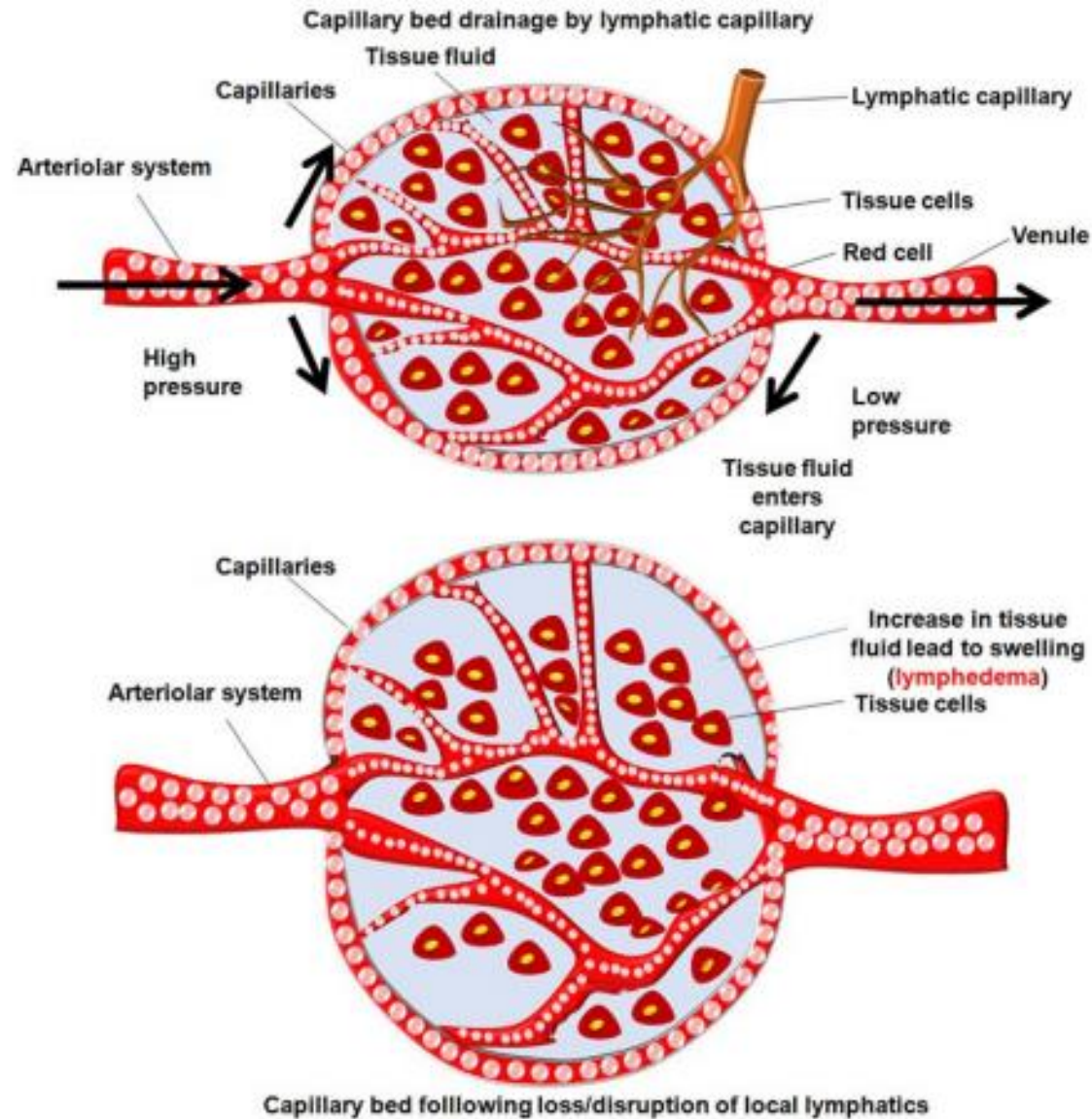


augmentation de volume du membre atteint
Augmentation du tissu adipeux → épaissement cutané



Fibrose
(signe de Stemmer)





*En post chirurgie du **Kc Sein** :*

Inflammation + dépôt tissu adipeux dans le lit des capillaires favorise l'augmentation du liquide tissulaire

FIG. 1. Physiopathologie du lymphœdème à travers les artérioles et les veinules du système lymphatique des patients BCRL. Les dommages causés aux vaisseaux lymphatiques par l'inflammation et le dépôt de tissu adipeux dans les lits capillaires du système lymphatique chez les patientes BCRL post-chirurgicales pourraient favoriser l'augmentation du liquide tissulaire et encourager la formation de fibrose et de gonflement. BCRL, lymphoedème lié au cancer du sein.

Le diagnostic est évident // situation clinique en lien direct



Le Principal diagnostic différentiel du lymphoedème Primaire :

Lipoedeme



Accumulation de tissu adipeux anormalement réparti du bassin aux chevilles , décrit initialement par ALLEN et HINES en 1940 chez 5 femmes obèses. (Criteres Dc 1949 wold et al)

- femme obèse et débute après la puberté
- Respect initial du pied et augmentation symétrique du tissu adipeux
- **Absence de signe de Stemmer**
- Peau sensible au pincement

(TDM ou IRM si doute)

Evolution en 3 stades

(classification : *société internationale de lymphologie*)

Stade I: Diminution de l'œdème en surélévation

Stade II: Persistance de l'œdème même après surélévation

Stade III: Troubles trophiques (augmentation du tissu adipeux – papillomatose –éléphantiasis).



Stade I

Signe du godet



Stade II

orteils carrés
plis de flexion des orteils accentués
(**Stemmer**)



Stade III

Elephantiasis
papillomatose -lymphorrhée

Activer Windows
Accédez aux paramètres

Au Stade de débutc'est le temps de l'interniste !

Clinique + Explorations : étiologies de l'oedeme

Non Lymphatique

Insuffisance cardiaque

Tumeur compressive

Echocardiographie
doppler
Echographie / TDM

Néphropathie
Insuff. Hépatique
Dysthyroïdie

Bandelette Urinaire (Prot)
Albuminémie – TP
TSH

Médicaments

I. Calciques - AINS – corticoïdes

Lymphatique

Notion d'intervention sur les lymphatiques

OUI

NON

Lymphoedeme Secondaire

(Chirurgie – Radiothérapie – Chimio)

Kc : Sein – Pelvien

Maladie de Kaposi due à l'herpèsvirus humain 8 (HHV8)
Pathologies rhumatologiques: PR – SPA – Fib.Retrop...
Filariose lymphatique

Lymphoedeme Primaire

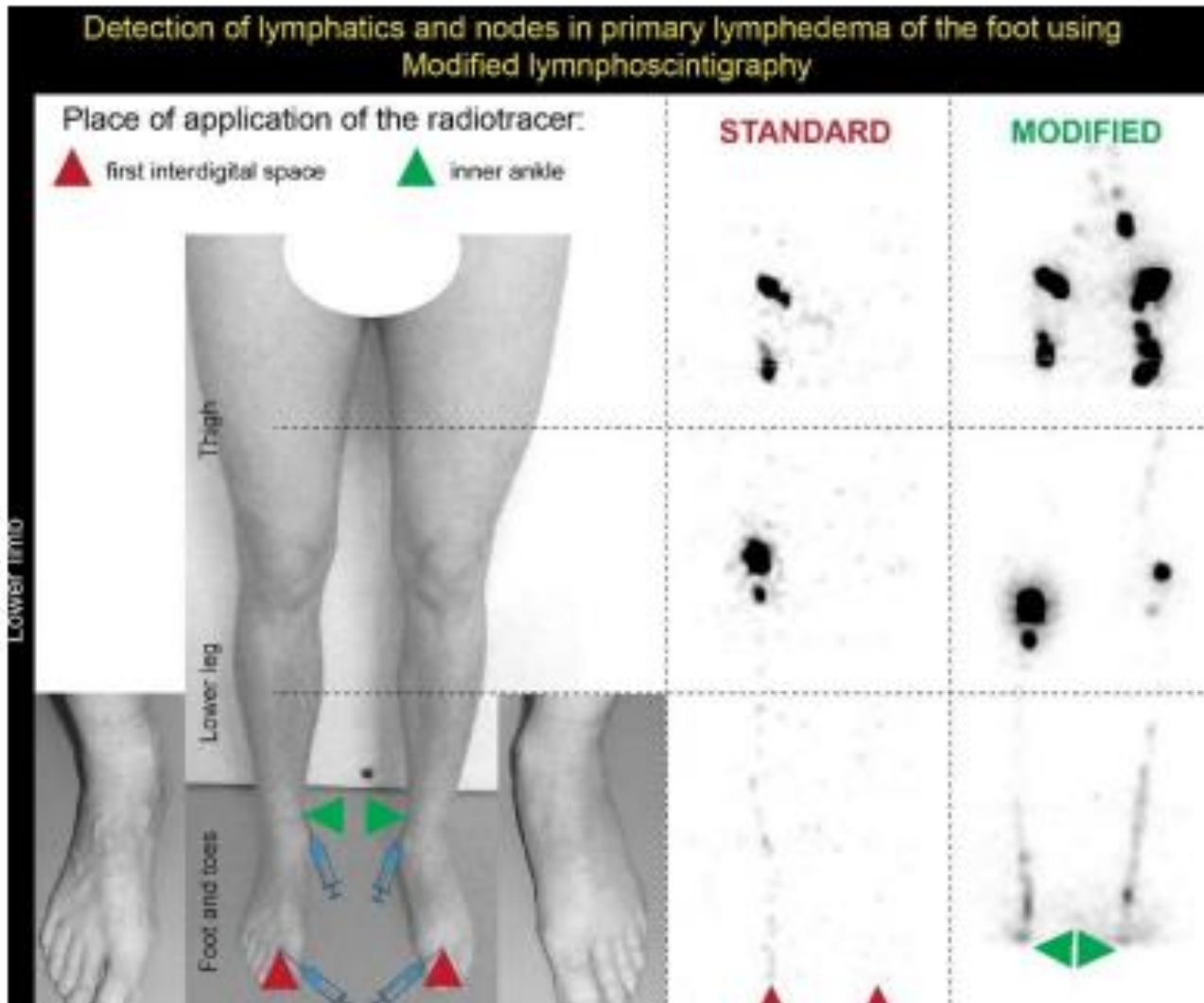
(Sujet jeune)

Isolé / Génétique familiale :
Milroy (FLT-4)

Syndromique / M.complexe :
Sd.Turner

.... *Le Lymphœdème Primaire a besoin de confirmation //* Diagnostic et Pronostic

Lymphoscintigraphie = Hypofixation ou absence de fixation du traceur radioactif au niveau inguinal



Lymphology 56 (2023) 61-71

MODIFIED LYMPHOSCINTIGRAPHY IN PRIMARY LYMPHATIC INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMB

M. Wald, J. Svobodova, H. Krizova

Department of Surgery, Unit of Lymphatic Surgery (MW), Department of Surgery, Department of Nuclear Medicine and Endocrinology (JS,HK), 2nd Medical Faculty of Charles University and University Hospital Motol, Prague, Czech Republic

Fig. 1. The schematics showing the difference in application of radiotracer between standard and Modified lymphoscintigraphy.

...le Temps du Physiothérapeute

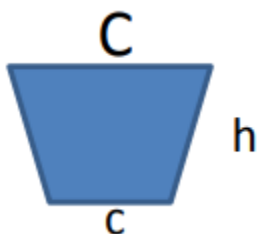
.... *La Prise en charge médicale du Lymphœdème ne dépend pas de son étiologie !*

PHYSIOTHÉRAPIE DÉCONGESTIVE COMPLÈTE

Phase 1: Traitement intensif (Réduction du Volume)	Phase 2 : Traitement d'entretien (maintien du volume)
Bandage monotypes peu élastiques 24H/24 pendant 1 à 3 semaines	Compression élastique (manchon, bas,chaussettes) la journée (tous les jours , du matin au soir)
Exercices sous bandages	Bandages monotypes peu élastiques la nuit (3 par semaine)
Drainages lymphatiques manuels	Exercices sous bandages
Soins de Peau	Soins de peau

....en Pratique, une question de moyens !

Volumétrie des membres
 $\frac{h(C^2 + Cc + c^2)}{12\pi}$ en ml

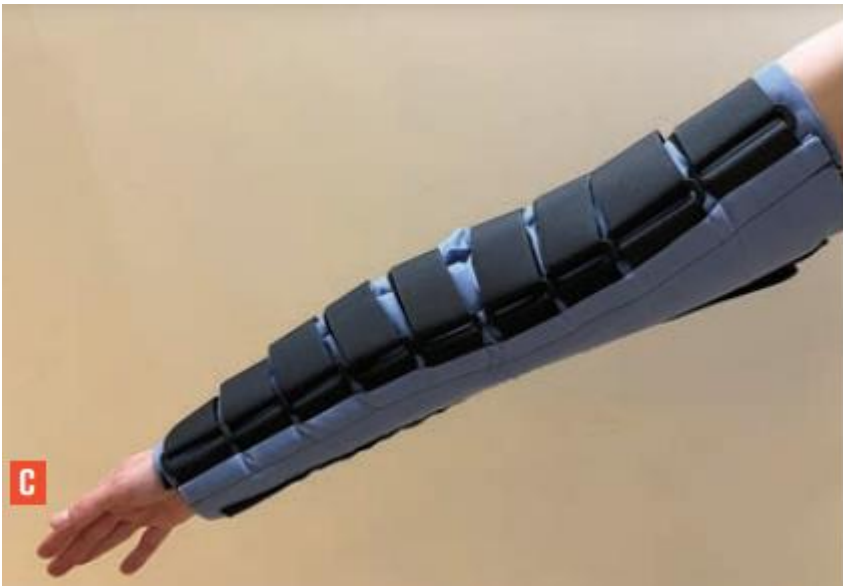


Lymphoedeme secondaire (Kc Sein)



D:1852ml G:4730 ml
en 2Sem. 3927ml (800ml)

Une Bonne Alternative aux bandages monotypes
Après la 1ere phase de réduction du volume



Exemples de systèmes de compression avec Velcro (wrap) : FarrowWrap (A), Mobiderm Autofit (B), Medafit (C), Circaid (D).

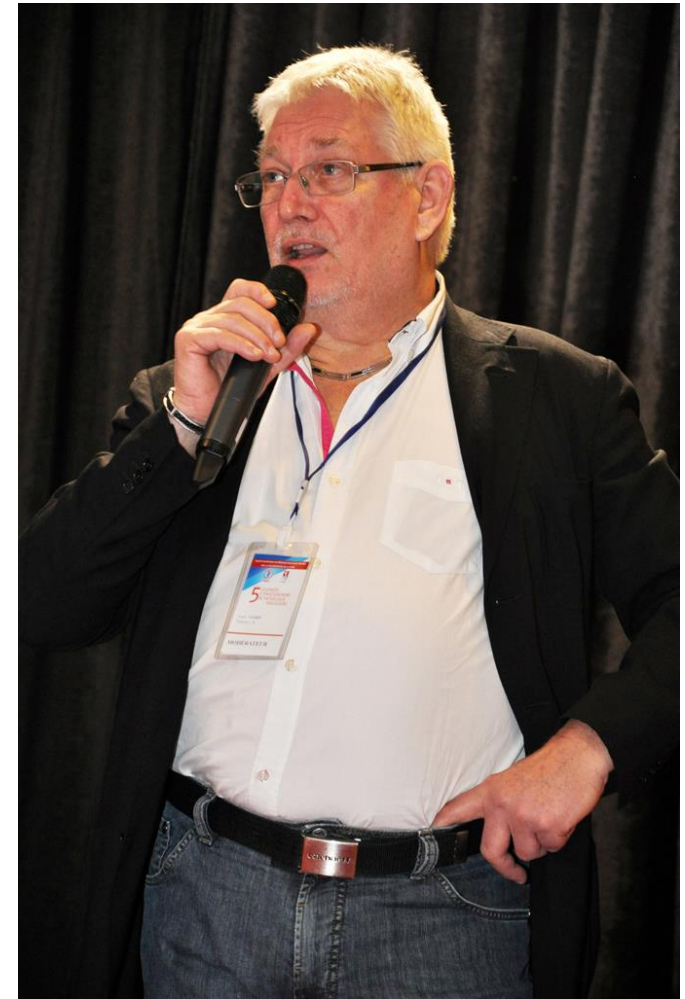
Lymphoedeme Primaire



20 mois



24 mois



Dr. Alain Viard
med vasculaire (La Jalie)

Les Ulcères complexes...



J 1



Après 7 ans ...de souffrance



4 mois

Erysipèle // récurrence



Lymphangiosarcomes

Stewart-et treves (1948)

Rares: moyenne : 10ans après Kc sein



Figure 2. Angiosarcome développé sur un membre atteint de lymphoedème chronique

....Les membres éléphantiasiques !



La prise en charge est un vrai défi !

TABLE 3. GENE MUTATIONS PERTINENT TO THE CLINICAL SYNDROMES WHERE LYMPHEDEMA IS A SIGNIFICANT PATHOPHYSIOLOGICAL COMPONENT

<i>S. No.</i>	<i>Gene mutations</i>	<i>Clinical syndromes in which “lymphedema” is a significant component</i>	<i>References</i>
1	<i>PTPN11, KRAS, SOS1</i>	Noonan syndrome	174
2	<i>MCLMR, KIF11</i>	Microcephaly–chorioretinopathy–lymphedema-mental retardation	157
3	<i>AKT1</i>	Proteus syndrome	157
4	<i>PIK3CA</i>	Fibroadipose hyperplasia	157
5	<i>RASA1</i>	Park-Weber syndrome (capillary malformation-arteriovenous malformation)	157
6	<i>LRHG, EPHB4</i>	Lymphatic-related hydrops fetalis	157
7	<i>FOXC2</i>	Lymphedema-distichiasis	157
8	<i>FLT-4</i>	Milroy disease	157
9	<i>SOX18</i>	Hypotrichosis lymphedema-telangiectasia	157
10	<i>CCBE1, FAT4</i>	Generalized lymphatic dysplasia	157
11	<i>GJC2</i>	Inherited lymphedema types 1C	157
12	<i>VEGFC</i>	Inherited lymphedema types 1D	157
13	<i>PTPN14</i>	Lymphedema-choanal atresia	157
14	<i>GATA2</i>	Emberger	157
15	<i>GJA1</i>	Oculodentodigital syndrome	157
16	<i>HGF1</i>	Lymphedema-lymphangiectasia	157
17	<i>PIEZO1</i>	Hereditary lymphedema III	157