

NOUVEL ÉCLAIRAGE SUR LE DRAINAGE MANUEL DANS LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

Serge THEYS¹
Jean-Yves BOUCHET²
Cécile RICHAUD²
Jean-Claude FERRANDEZ³

RÉSUMÉ

La pratique du DM dans la MVC se base sur la turbulence veineuse en décubitus et la fermeté de l'œdème. À partir de là, les directives techniques peuvent se résumer en trois propositions :

- la première précise qu'en dehors de tout contexte douloureux, le DM aborde directement le segment jambier par la cheville ;
- la seconde recommande qu'en dehors de toute zone douloureuse, la pression à exercer soit directement proportionnelle à l'HPV ou à la fermeté de l'œdème ;
- la troisième et dernière proposition autorise un coulisage cutané en absence de douleur ou de trouble trophique.

L'étirement est orienté en centrifuge sur la zone œdémateuse, en centripète en aval ou sur un terrain dégonflé.

SUMMARY

In the chronic venous insufficiency, there are two main damages: venous back flow and rise in venous pressure.

Those lead to a continued venous hypertension and to capillary engorgement and dilatation. Fluids then leak into the interstitial space and develop an oedema. In order to offer effective MD, a differential diagnosis using clinical observations must be performed. There are three general rules:

- *when there is no local pain, MD begins at the ankle in an upward way;*
- *when there is no local pain, manual pressure is directly proportional to the density of œdema;*
- *when there is no local pain and no active venous ulcers, the skin may be gently stretched in a centrifugal way on the oedema or in a centripetal way on a unœdematous zone.*

MOTS CLÉS

Drainage manuel - Jambes lourdes - Maladie veineuse chronique - Œdème - Ulcère veineux

KEYWORDS

Manual drainage - Heavy legs - Chronic venous insufficiency - Œdema - Venous ulcer



¹ Docteur en kinésithérapie
Cliniques universitaires de Godinne
Yvoir (Belgique)

² Kinésithérapeute cadre de Santé
CHU de Grenoble (38)

³ Kinésithérapeute
Institut Sainte-Catherine
Avignon (84)

Texte issu de la 1^{ère} Journée
de rééducation vasculaire de l'AKTL
Hôpital Européen Georges-Pompidou
Paris - 20 novembre 2009

La maladie veineuse chronique (MVC) est un des problèmes les plus répandus au monde [1]. Elle est le résultat d'une congestion. Celle-ci prend un caractère persistant sous l'effet du reflux veineux et de l'hyperpression veineuse (HPV) (fig. 1, page suivante). Ceux-ci ont pour conséquences des troubles trophiques et un déficit de résorption.

Les premiers font le lit des ulcères veineux (UV), le second est à l'origine des phlébœdèmes. Dans le but de réduire leur progression, toute forme de thérapie se doit de réduire l'HPV. À cette fin, les bandes et les bas constituent un pivot indispensable, souvent... à vie. De la même façon, la prise en charge des déficits articulaires, surtout au niveau du pied et de la cheville, la correction des appuis plantaires ou les soins cutanés locaux constituent un traitement d'ensemble auquel se rajoute le DM.

Depuis ces dernières décennies, il y a une tendance à utiliser le drainage manuel (DM) au cours de la MVC [2, 3]. Elle est due à la crainte que la MVC puisse favoriser le développement d'un déficit lymphatique ou en être une conséquence.

Comme pour toute forme de traitement, il convient de se poser cinq questions préliminaires : à qui ajouter du DM ? Comment faire ? Quelle posologie ? À quel moment ? Quels sont les risques liés à cette technique ?

À QUI AJOUTER DU DM ?

Le DM constitue un moyen qui a un effet certain sur l'œdème et potentiel sur les symptômes liés ou attribués à la MVC : lourdeurs de jambes (à ne pas confondre avec les impatiences du syndrome des jambes sans repos), prurit, douleurs le long des trajets variqueux. Seront exclus les cas où la demande de DM est guidée par des préoccupations purement esthétiques telles que les varicosités disgracieuses.

Le DM n'est pas à envisager dans les très nombreux cas de MVC qui relèvent d'un traitement interventionnel (sclérose, stripping, greffe) en raison de leur symptomatologie et des facteurs de risque. Il peut être proposé dans les cas où l'intervention est différée, par exemple en raison de grossesse. Il peut être

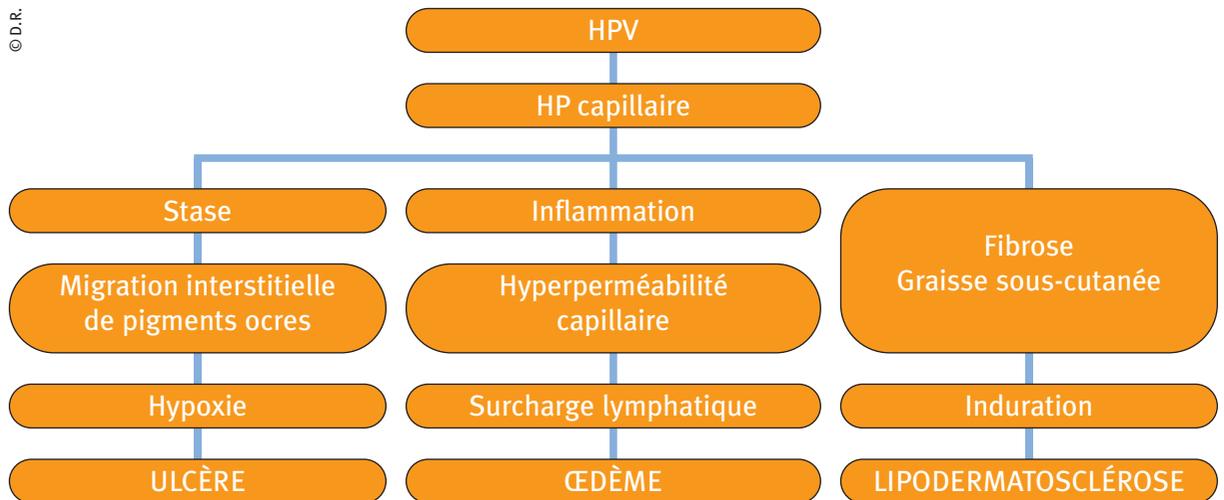


Figure 1

Cascade d'événements conduisant à l'apparition des ulcères veineux et des phlébédèmes

envisagé lorsque la symptomatologie n'est pas en adéquation avec les données des examens. Le DM est surtout envisageable quand la symptomatologie ou les signes cliniques restent modérés.

Dans toutes ces indications, comme devant les jambes en poteaux chez les personnes inactives, le DM vient souvent compléter, peaufiner les longues séances de pressothérapie visant à rétablir un minimum d'activité de la pompe veineuse du mollet.

COMMENT FAIRE ?

En fonction de l'importance et de l'évolution de l'HPV et de l'œdème, la construction de la procédure peut subir des adaptations de la zone d'action, de l'abord du membre, de la pression et du coulissage cutané [2, 3].

Zone d'action : sur place !

Le DM opère, pour l'essentiel, sur la zone pathologique. Il suit, autant que possible, le sens général des circulations de retour veineux et lymphatique. Le recours à un massage des zones sus-jacentes est limité à deux circonstances : en préliminaire afin d'aborder une zone douloureuse, en cours et en fin de séance afin d'éloigner un œdème.

Abord : aller de l'avant !

Toute MVC est abordée de l'avant, de bas en haut.

Le départ du DM se fait à la cheville ou, en cas d'œdème, à son niveau inférieur. Il variera alors en fonction de sa localisation.

Quand l'œdème est global, les tampons-buvards débutent en rétro-malléolaire. Il en va de même quand il est distal et limité à la moitié inférieure de la jambe.

Avec un œdème suspendu dans le haut de la jambe, le DM démarre juste en-dessous, vers la mi-jambe.

Arrivé au sommet de l'œdème, le DM déborde la zone pathologique de 20 cm pour y éviter un engorgement qui bloquerait la suite du drainage. Seuls, les signes de déficience lymphatique surajoutée justifient une approche rétrograde.

Pression : du bout des doigts ?

HPV, UV actif ou "endormi", consistance et volume de l'œdème sont en constante modification. Ceci doit amener à une constante correction de son approche thérapeutique et de la contre-pression utile.

Bien sûr, la douceur du geste doit toujours assurer le respect des tissus fragiles ; ce qui n'exclut pas l'emploi de pressions plus ou moins appuyées mais bien, toute manœuvre "violente" de type vibratoire, percutante, coupante ou brisante.

Le DM peut répondre à ces contraintes. Du contact léger à la compression en force, l'intensité peut être modulée selon une large palette de compression. Ainsi, et contrairement à certains clichés stéréotypés, il peut exercer une pression aussi forte que celle provoquée par la MVC.

La compression manuelle garde la légèreté d'une caresse sur un membre dont les tissus sont fragiles. Elle reste légère tant que les veines superficielles s'affaissent par simple allongement du malade. Dans le cas contraire, le contact manuel est proportionnel à la profondeur des veines à vidanger ou à l'HPV.

Celle-ci peut être appréciée par le relevé du niveau où les veines s'aplatissent. La hauteur de la colonne sanguine est convertie en mmHg par la relation : 1,3 cm de sang = 1 mmHg. Au chiffre

obtenu, une base de 30 mmHg est ajoutée pour obtenir la valeur de la compression utile du massage. Quand la force — à exercer pour vaincre cette HPV — donne un chiffre supérieur au confort du malade ou à l'endurance du rééducateur, un bandage préalable permet de réduire la compression manuelle de 30 mm Hg.

Avec un œdème, la pression devient fonction de la valeur relative des facteurs environnementaux où la fermeté de l'œdème tient un pôle tout autant central que complexe.

Toute manœuvre, réalisée au-delà du sommet de l'œdème, ne demande aucune pression appuyée ; 30 mm Hg suffisent.

Coulissage cutané : quel sens est censé sensé ?

Tout coulissage cutané permet d'élargir le champ d'action autour de la zone où s'exercent les tampons-buvards. Sur une zone œdémateuse, la peau — faiblement adhérente aux plans sous-jacents — est mobilisée vers la périphérie.

Sur une zone dégonflée ou non œdémateuse, le coulissage cutané mobilise la peau dans le sens physiologique du retour sanguin et lymphatique, centripète.

QUELLE POSOLOGIE ?

La posologie du DM connaît trop de variables inconstantes. Elle dépend de la décision d'hospitalisation ou du maintien à domicile, de la gravité du tableau clinique local, de la notion d'un tableau atypique, de l'observance attendue du port des bandes ou des bas appropriés, etc.

Par analogie aux besoins dans les lymphœdèmes, sa procédure est bien souvent trop longue. Il faut savoir apprendre à estimer son intérêt et sa nécessité par l'efficacité ajoutée, surtout quand le DM amène un surcoût. Quand le traitement demande force (HPV suite à une thrombose veineuse profonde - TVP -, iliaque, certains œdèmes), durée (prévention de TVP, UV actif) et répétitions, la prise en charge sera centrée sur un drainage instrumental. Le DM ne viendra que peaufiner le travail.

À QUEL MOMENT ?

La cascade thérapeutique des MVC suit une hiérarchie incontournable. L'œdème est à réduire avant de récupérer la souplesse des tissus et d'activer la cicatrisation des UV. Les autres problèmes de la tuyauterie veineuse n'étant abordés qu'en dernier lieu. Le protocole est alors ajusté en fonction des signes d'appel et des manifestations cliniques. Comme dans tous les autres domaines, toute TVP, suspectée ou avérée, motive l'arrêt temporaire de toute forme de kinésithérapie.

Dans les grandes lignes, il s'agit de gérer un double objectif : réduire l'HPV et l'œdème d'abord et maintenir le résultat, ensuite. Cette seconde phase est des plus aléatoires. Les récurrences de la symptomatologie sont, en effet, des plus fréquentes. Elles ne surviennent pas forcément de la même manière et au même endroit. Elles sont favorisées par la persistance ou la récurrence de leurs causes initiales.

À l'instar du restant du panel thérapeutique, le DM n'est pas un procédé sur lequel le malade puisse fonder l'espoir d'une "guérison définitive". Il ne faut donc pas tenir des propos qui pourraient faire abandonner les cures, nécessairement itératives.

L'impact d'une prise en charge tardive ou d'un traitement trop court, insuffisant, est probablement réel mais aucune étude n'en a évalué la portée. Toutefois, la précocité de la prise en charge si elle peut être un important déterminant du pronostic, concerne les autres éléments thérapeutiques. Le DM ne peut prétendre à une telle importance.

QUELS SONT LES RISQUES LIÉS À CETTE TECHNIQUE ?

Aucun risque particulier n'est rapporté concernant l'application de DM dans les MVC. Le DM connaît donc peu de restrictions formelles. Même une TVP aiguë, avec son risque d'accident embolique, n'obligerait pas sa suspension [4].

La forme conditionnelle est de mise du fait que seule la méthodologie d'une étude à ce propos a été publiée, les résultats pas [4]. Globalement, le DM connaît surtout des cas d'absence de recommandation.

DISCUSSION

Toute démonstration contrôlée de sa nécessité et de son efficacité manque. Les questions de compétence et de qualité restent donc sans réponse. La bonne pratique du DM repose uniquement sur des recommandations — subjectives — ajustées par l'expérience clinique de certains praticiens. Manque également une évaluation rigoureuse du rapport coût/bénéfice liée à l'évolution clinique à court et long termes.

Les avantages potentiels du DM l'ouvrent, cependant, à un large spectre de recommandations dans la MVC. Celles-ci vont de certaines formes "légères" avec des jambes lourdes à des formes "sévères" avec des UV ou œdèmes.

CONCLUSION

Au quotidien, la démarche du draineur est subordonnée à deux bilans. L'un visuel cherche à approcher l'HPV, le second palpatoire, la consistance de l'œdème.

Avec la vue de la turgescence veineuse périphérique et le toucher de l'œdème, les procédures du DM peuvent s'intégrer dans un algorithme décisionnel simple, efficace pour le kinésithérapeute et profitable pour le patient.

En pratique, un DM ne nécessite aucune manœuvre à distance ; l'action directe sur la zone pathologique est à privilégier. La compression utile est à raison directe de l'HPV et de la consistance de l'œdème. La peau peut être doucement coulissée vers le bas à hauteur de l'œdème ou vers le haut en dehors. Il faut enfin savoir moduler la durée du DM aux résultats à en attendre. ■

Bibliographie

- [1] Collège des enseignants de médecine vasculaire. *Le VALMI, livre de poche de médecine vasculaire : Veines, Artères, Lymphatiques, Microcirculation*. Montmorency : ©VALMI 2008.
- [2] Ferrandez JC, Theys S, Bouchet JY. Rééducation des troubles circulatoires de retour. *Enc Med Chir* 2009, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-560-A-10 : 10p.
- [3] Theys S. Affections vasculaires. In: Xhardez Y et coll. (eds) *Vade-Mecum de la kinésithérapie et de la réadaptation fonctionnelle*. 5^e édition. Paris : Maloine - Bruxelles : Prodim, 2002:834-83.
- [4] Evrard-Bras M, Soulier-Sotto V, Janbon C. Drainage lymphatique manuel avec double contention, à la phase aiguë d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. In: Hérisson Ch, Janbon Ch, Casillas JM (eds) *Pathologie vasculaire des membres*. Paris : Masson, 1993 : 239-41.

QUIZ

1. La maladie veineuse chronique (MVC) conduit à :
 - A- une hyperpression veineuse
 - B- une stase veineuse
 - C- des ulcères veineux récidivants
 - D- un œdème
 - E- une induration cutanée
2. Le drainage manuel (DM) :
 - A- doit débiter à distance
 - B- doit être rétrograde et débiter par la partie haute de la MVC
 - C- doit appliquer une pression proportionnelle à la consistance de l'œdème
 - D- peut être réalisé par dessus des bandes
 - E- peut réaliser un coulissage centrifuge sur une zone œdémateuse
3. Dans les MVC, le DM :
 - A- doit durer près de 45 minutes
 - B- est le pilier principal de leur traitement
 - C- est à répéter tous les jours
 - D- doit toujours être appliqué avec une pression de 30 mm Hg
 - E- réduit les récurrences de la symptomatologie
4. Dans les MVC, les manœuvres :
 - A- sont essentiellement percutantes
 - B- tiennent compte de la fragilité des tissus environnants
 - C- restent légères (30 mm Hg) quand les veines superficielles du pied restent gonflées, alors que le malade est couché et qu'il ne porte pas de bandes
 - D- évitent d'aborder l'œdème
 - E- longent l'axe des vaisseaux veineux et lymphatiques
5. L'indication du DM est à revoir :
 - A- en l'absence d'œdème
 - B- en présence d'une thrombose veineuse profonde suspectée ou avérée
 - C- quand le malade espère pouvoir remplacer les bas par du DM
 - D- quand les préoccupations du malade sont uniquement esthétiques
 - E- dans les cas qui relèvent d'un éveinage (*stripping*)

Réponses dans l'agenda