Quelle place pour la kinésithérapie des œdèmes génitaux ?

RÉSUMÉ | *SUMMARY*

L'œdème génital est une localisation non rare qui est souvent associée à un lymphœdème des membres inférieurs dans les suites d'un traitement carcinologique des organes abdomino-pelviens.

Au traitement essentiellement chirurgical peut se substituer un traitement physique moins invasif. Il associe les techniques habituelles utilisées pour les membres, mais avec des adaptations.

La stratégie thérapeutique reste la même avec une phase de traitement d'attaque, une phase de maintien des résultats, et une phase d'autonomisation du patient.

???

MOTS CLÉS | *KEYWORDS*

▶ **Éducation thérapeutique** ▶ **Kinésithérapie** ▶ **Œdème peno-scrotal** ▶ **Œdème vulvaire**

▶ ***Therapeutic education*** ▶ ***Physiotherapy*** ▶ ***???*** ▶ ***???***

Jean-Yves BOUCHET

Kinésithérapeute
Cadre supérieur de santé
CHU de Grenoble (38)

Cécile RICHAUD

Kinésithérapeute
CHU de Grenoble

Jean-Claude FERRANDEZ

Kinésithérapeute
Institut Sainte-Catherine
Avignon (84)

Les auteurs déclarent ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

Les œdèmes des membres, de la face ou même du sein sont couramment pris en charge efficacement par les kinésithérapeutes. La localisation génitale, elle, suscite encore une certaine appréhension par les professionnels. La gêne liée à cette localisation, l'absence totale de formation en la matière, et la non-verbalisation du problème par le patient font qu'il trouve difficilement une prise en charge adaptée.

Ce site de l'œdème se retrouve préférentiellement chez l'homme lors des œdèmes du pénis, du scrotum, ou de l'ensemble peno-scrotal. Il peut aussi se rencontrer chez la femme avec des œdèmes vulvaires.

L'accumulation liquidienne est parfois liée à une étiologie viscérale [1] et, dans ce cas, souvent étendue à de plus larges zones. Dans ces cas, la kinésithérapie ne représente pas une solution thérapeutique, elle n'est pas indiquée.

L'origine de l'atteinte est généralement associée à un dysfonctionnement lymphatique primaire, ou plus fréquemment secondaire. L'exérèse ganglionnaire associée au traitement chirurgical des cancers des organes du petit bassin ainsi que la radiothérapie représentent, comme pour les membres, le mécanisme physiopathologique le plus fréquent. Très souvent, cet œdème génital est associé à un œdème des membres inférieurs et du pubis, voire de la partie inférieure du ventre. De ce fait, le traitement physique effectué concerne plus ces régions, alors que la gêne fonctionnelle inavouée ne se situe pas à ce niveau.

L'œdème peno-scrotal handicape mécaniquement le patient pour la marche, la position assise, ou les mobilisations au lit. Il s'accompagne de difficultés mictionnelles, et empêche parfois un sondage vésical. Il est volontiers labile, très liquidien, indolore, avec la présence d'un exsudat. L'hygiène locale est difficile, ce qui peut entraîner des mycoses.

L'évolution de la maladie initiale engage, dans de nombreux cas, le pronostic vital du patient [2]. On se retrouve alors dans un contexte de soins palliatifs, où l'objectif se tourne vers le confort du patient.

Les atteintes primaires sont plus rares. On les retrouve chez l'enfant soit à la naissance, soit avec un déclenchement plus tardif (fig. 1).

LE TRAITEMENT PHYSIQUE

Non traité, il peut évoluer vers un lymphœdème éléphantiasis [3] du fait de la grande distensibilité des tissus de cette zone, et développer une

Figure 1

Lymphœdème primaire chez un adolescent

fibrose tissulaire, surtout pour les œdèmes d'origine primaire.

Le traitement de première intention proposé reste le traitement chirurgical, basé sur une résection des tissus œdématiés [4, 5].

Le traitement physique représente une alternative efficace en cas de contre-indication chirurgicale, ou lorsque le patient refuse l'intervention [6]. Il est parfois indiqué en première intention lorsque le volume n'est pas trop important. Il nécessite des adaptations par rapport aux différentes thérapeutiques connues et proposées dans la prise en charge des lymphœdèmes des membres.

Le drainage manuel à lui seul ne réduit pas le lymphœdème mais son action est très rapide, objectivable entre le début et la fin de la séance. Au niveau de la verge, il permet de pouvoir rapidement sonder un patient présentant des difficultés mictionnelles. Les manœuvres s'effectuent directement sur la zone de l'œdème avec de faibles pressions sans appel sur les zones ganglionnaires ou à distance. Une main du thérapeute maintient l'extrémité de la verge avec une compresse, et

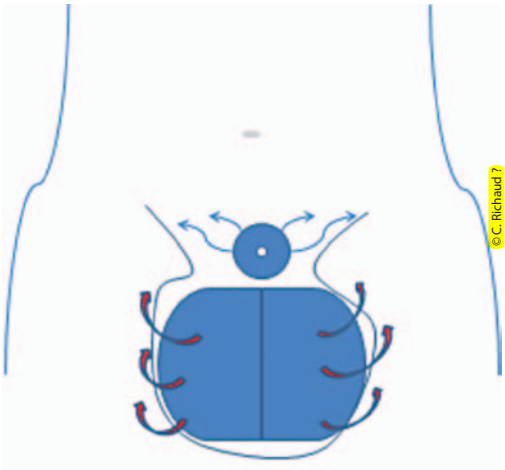


Figure 2

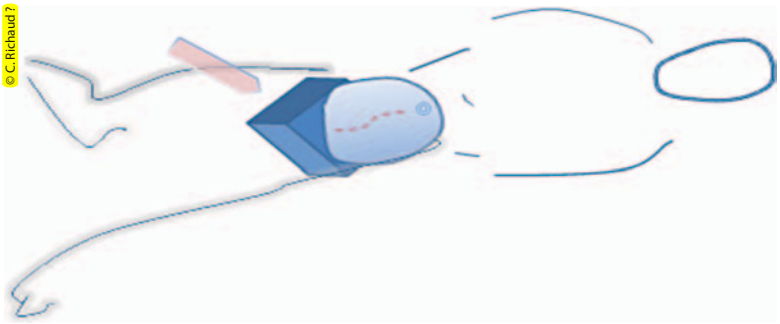
Les manœuvres de mobilisations tissulaires

l'autre main effectue de manœuvres de résorption avec deux doigts du bas de la verge, puis remonte à son extrémité. En deuxième lieu, le drainage s'oriente vers le traitement du scrotum.

Les manœuvres cherchent à diriger le liquide interstitiel vers le pubis et la partie sus-ombilicale du ventre. Elles sont non douloureuses, d'une durée prolongée, et associées à des **mobilisations tissulaires**. Plus le lymphœdème est dur et installé, et plus les mobilisations tissulaires sont appuyées. Elles consistent en des mobilisations par des va-et-vient non glissés sur la peau, effectuées directement sur le scrotum (fig. 2). Une main du thérapeute sert de contre appui aux manœuvres effectuées par l'autre main. Les mouvements se font avec la pulpe des doigts en privilégiant les parties les plus dures mais en en modifiant souvent la localisation pour éviter de créer une inflammation localisée. Toutes les orientations sont utiles et utilisées.

Lorsque le patient est alité,entre les séances, il est installé en **postures déclives** du scrotum (fig. 3). Un coussin non rigide permet de soulever l'appareil génital, et de le mettre dans le prolongement du pubis pour favoriser le drainage mécanique gravitaire. S'il se verticalise et peut se déplacer, des poses en décubitus dorsal et déclives du scrotum sont proposées au cours de la journée, de même que pour l'installation nocturne.

Pour maintenir les résultats obtenus, **la compression contention par bandes** ou par **manchon pénien** est indispensable mais reste particulière-



▶ **Figure 3**

Installation du scrotum en déclive

▶ **Figure 4**

Suspensoir standard

ment difficiles à adapter [7]. C'est pour ces techniques que la localisation génitale impose des adaptations aux traitements habituels des membres.

Les bandes cohésives légères sont utilisées pour maintenir la réduction de volume du pénis, en prenant la précaution préalable de le contenir avec des bandelettes 100 % coton appliquées directement sur la peau depuis la base du pénis à son extrémité. Il existe peu de matériel standard commercialisé. La découpe de bandes permet d'adapter la contention au patient.

Un suspensoir, que l'on peut trouver dans le commerce, est utilisé pour contenir l'œdème des bourses (fig. 4).

Lorsque le volume du lymphœdème dépasse les possibilités du suspensoir standard, des manchons tubulaires élastiques ou les bandes de compression légère peuvent être appliquées en va-et-vient sur le scrotum, puis en circulaire (fig. 5).

Des bandes cohésives sur une sous-couche coton sont utilisées et scotchées entre elles pour un meilleur maintien. Il faut particulièrement être précautionneux dans ce type d'application de bandages. Une épaisseur de coton est placée à la base du pénis pour éviter les blessures cutanées à l'intersection des deux bandages pénien et scrotal.

Le lymphœdème vulvaire localisé est moins fréquent et mieux supporté [8, 9]. Le traitement physique suit les mêmes voies de drainage que pour l'œdème peno-scrotal. Le maintien des résultats

▶ **Figure 5**

Adaptation de la contention au volume de l'œdème

par bandes de compression étant impossible, il faut faire preuve d'ingéniosité pour mettre en place des compressions efficaces. Les aides à la continence ou des serviettes hygiéniques épaisses sont très utiles dans ce cas. Leur épaisseur est en général doublée avec une mousse placée en les deux couches de protections. Un panty de compression sur mesures avec renfort au niveau du plancher pelvien est alors utilisé pour rendre cette aide à la continence efficace en termes de compression.

La compression contention idéale des lymphœdèmes de la sphère génitale n'existe pas. Il faut être inventif et réfléchir à un maintien contentif et compressif présentant les qualités souhaitées. Il s'agit d'avoir un système aisé à la pose, confortable

au regard des irritations possibles et des points de surpressions, et efficace.

Des critères d'aide compressive idéale sont établis avec le patient.

Dans ces pathologies lymphatiques chroniques, le recours à **l'éducation thérapeutique** [10] du patient est indispensable. Le patient peut gérer ses séances de rééducation, le suivi et la surveillance de son état cutané, faire de l'autodrainage, effectuer des mobilisations tissulaires, surveiller et adapter régulièrement sa contention compression aux variations de volume du lymphœdème. C'est une étape indispensable au maintien des résultats.

Face à des patients présentant des troubles mictionnels, des troubles sexuels et de l'autonomie liés à la localisation particulière des lymphœdèmes de la sphère génitale, une **aide psychologique** constitue un élément important de la prise en charge globale du lymphœdème.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

On retrouve, dans le traitement des œdèmes peno-scrotaux, la même stratégie que pour les traitements classiques des lymphœdèmes avec la phase d'attaque qui vise à réduire l'œdème, et la phase de maintien où on recherche une stabilisation des résultats. Elle est plus difficile que pour la localisation au niveau des membres parce que l'œdème est plus liquidien et labile, et que la contention est plus difficile.

La phase d'autonomisation repose essentiellement sur les résultats de l'éducation thérapeutique et de la capacité du patient d'effectuer les techniques d'autodrainage et d'autocontention.

CONCLUSION

Les lymphœdèmes de la sphère génitale ont en général une bonne réponse thérapeutique chirurgicale qui reste un traitement invasif. Le traitement kinésithérapique représente une alternative efficace, mais il nécessite des adaptations par rapport aux traitements habituels.

Une formation peut être assurée au cas par cas dans les services spécialisés où le kinésithérapeute libéral peut venir suivre son patient à l'occasion de sa prise en charge. Restent à gérer les gênes individuelles plus marquées chez les soignants que chez les patients.

La participation du patient est indispensable pour gérer au quotidien comme au long cours les thérapeutiques physiques.

Au-delà de la réduction de l'œdème, l'intention de la prise en charge de ces pathologies par le traitement physique est liée à l'amélioration clinique et à la qualité de vie du patient. ✖

BIBLIOGRAPHIE

[1] Garny de la Rivière C, Caudron A, Heyman B, Lok C. Genital lymphedema associated Crohn's disease. *Rev Med Int* 2014 Feb 25. Pii: S0248-8663(14)00028-9.

[2] Bouchet JY, Richaud C, Bosson JL, Carpentier P, Franco A. Le traitement physique des œdèmes peno-scrotaux. In: *Pathologie vasculaires des membres*. Paris : Masson, 1993 : 161-6.

[3] Plaza JA, Requena L, Kazakov DV, Vega E, Kacerovska D, Reyes G, Michal M *et al*. Verrucus localized lymphedema of genital areas: Clinicopathologic report of 18 cases of this rare entity. *J Am Acad Dermatol* 2014 Apr 10. Pii: S0190-9622(14)0 1045-7.

[4] Khusaynov BE, Krylov US, Abalmasov KG, Abramov JA. *Surgical treatment of the lymphedema of penis and scrotum*. 13th International congress of lymphology. Paris, 1991.

[5] Vignes S, Trevidic P, Place de la chirurgie dans le traitement des lymphœdèmes. *Rev Med Int* 2002;23;Suppl 3:426s-430s.

[6] Bouchet JY, Richaud C, Bosson JL. Œdèmes peno-scrotaux : place du traitement physique. *Cah Kinésithér* 1996;181:30-5.

[7] Bosman J. Lymphtaping for lymphedema: An overview of the treatment and its uses. Clinical focus - *Br J Comm Nurs* 2014 June 25.

[8] Fadare O, Brannan SM, Arin-Silasi D, Parkash V. Localized lymphedema of the vulva: A clinicopathologic study of 2 cases and a review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 2011 May:30(3):306-13.

[9] Rowlands IJ, Beesley VL, Janda M, Hayes SC, Obermair A, Quinn MA, Brand A, Leung Y, McQuire L, Webb PM (Australian national endometrial cancer study group). Quality of life of women with lower limb swelling of lymphedema 3-5 years following endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2014 Mar 11.

[10] Blaise S, Villemur B, Richaud C, Rastel D, Bucci B, Evra V, Bouchet JY, Satger B (Réseau Granted). Designing a therapeutic education program for patients with lymphedema: Live with lymphedema. *J Mal Vasc* 2012 Feb;37(1):1-8. Epub 2011 Dec 21.

[11] Ferrandez JC, Bouchet JY, Richaud C, Theys S. Recommandations kinésithérapiques basées sur les faits du traitement des lymphœdèmes des membres. *Kinésithér Scient* 2012;534:17-31.