

PRISE EN CHARGE DE L'ŒDÈME ET DU LYMPHŒDÈME EN SOINS PALLIATIFS :

des soins adaptés pour une meilleure qualité de vie

CAROLINE ST-PIERRE, B. PHT.

Centre de réadaptation La Maison, département de neurotraumatologie, Rouyn-Noranda

Chargée de cours. Enseignement des soins palliatifs de cancer et notions de base sur le lymphœdème.

Physiothérapie. Faculté de médecine Université Laval

cs.t.pierre.pht@gmail.com

La prise en charge du patient en soins palliatifs nécessite une évaluation attentive de sa condition. Son état de santé souvent complexe oblige à prendre en considération tous les aspects de sa problématique afin de lui offrir des soins de qualité.

Qu'il soit atteint de cancer ou non, le patient en fin de vie fait face à de multiples problèmes dont font partie l'œdème et le lymphœdème. Il doit apprendre à gérer non seulement les symptômes, mais aussi les impacts de ces derniers dans chacune des sphères de sa vie.

L'œdème est défini par la présence d'un excès de fluide interstitiel (Mortimer et Rockson, 2014). Le lymphœdème, quant à lui, est décrit comme un œdème chronique causé par le blocage ou le mal fonctionnement du système lymphatique (Todd, 2009b).

La prévalence d'œdème et de lymphœdème en fin de vie serait de 5 à 10%, mais elle serait probablement sous-évaluée (International Lymphedema Framework, 2010). Woo et coll. (2010) appuient cette hypothèse en soutenant que 85 % des patients non atteints de cancer en fin de vie développeraient de l'œdème. Il est donc essentiel que cette problématique soit de mieux en mieux connue, reconnue et traitée.

Le présent texte a comme objectifs de présenter différentes ressources et quelques enjeux reliés au lymphœdème et à l'œdème de fin de vie, d'apporter des informations de base sur la microcirculation et le retour lymphatique, de renseigner sur l'œdème et le lymphœdème, d'expliquer la thérapie de décongestion combinée et d'aborder les particularités des soins offerts à la clientèle en fin de vie¹.

SURVOL DE DIFFÉRENTES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES ENJEUX DE LA PROBLÉMATIQUE

Le lymphœdème fait partie des préoccupations des intervenants du domaine de la santé depuis plusieurs années. C'est toutefois progressivement que les connaissances sur cette problématique, la reconnaissance de ses conséquences ainsi que les soins offerts à la clientèle concernée s'installent au Canada et à travers le monde.

Plusieurs acteurs d'ici et d'ailleurs ont participé à faire connaître la problématique et à améliorer sa prise en charge et ses traitements au fil des ans. Des regroupements de personnes concernées par le

lymphœdème se sont organisés afin de soutenir les patients et les intervenants. Des lignes directrices ont été instaurées pour de meilleures pratiques et des recommandations qui ont le potentiel de guider les décisions politiques ont été élaborées.

En 1999, l'Association québécoise du lymphœdème (AQL), une organisation à but non lucratif, a vu le jour. Fondée initialement par quatre patients et un médecin, l'AQL compte maintenant autour de 250 membres incluant des personnes directement touchées par la problématique, leurs proches ainsi que des professionnels de la santé. Ses objectifs sont de renseigner sur le lymphœdème et ses causes, de réduire les risques d'en être atteint ou de l'aggraver ainsi que de faire connaître ses traitements. Elle transmet les informations au public par l'intermédiaire de son site Internet, la distribution de dépliants et l'organisation d'événements tels que des conférences.

Le Lymphedema Framework (LF), né en 2002, offre une plate-forme permettant une collaboration multidisciplinaire internationale dont le but est d'améliorer, partout sur la planète, la gestion du lymphœdème et les problèmes qui s'y rattachent. En 2006, le LF a fourni de précieuses lignes directrices avec la publication du document *International consensus: Best practice for the management of lymphedema*, dont plusieurs des éléments seront discutés dans les sections suivantes. Il est plus tard devenu l'International Lymphedema Framework (ILF).

En 2009, le Partenariat canadien du lymphœdème (PCL) a été mis sur pied avec une vision : que des traitements efficaces pour le lymphœdème et ses problèmes associés soient accessibles à toutes les personnes les requérant à travers le Canada. Outre l'objectif d'amener le lymphœdème à devenir une priorité locale, régionale et nationale, il a pour mission de promouvoir la recherche et le développement clinique, de collaborer à l'établissement des lignes directrices internationales et plus encore.

Le lymphœdème et l'œdème peuvent se manifester simultanément, et ce, particulièrement en phase avancée de la maladie et en fin de vie. Il est

par conséquent indiqué d'en discuter dans un même temps. C'est en 2010 que les travaux de l'ILF et du PCL mènent à la publication d'un document relatant les meilleures pratiques pour la gestion du lymphœdème chez les patients atteints de cancer avancé et de l'œdème de fin de vie (ILF, 2010). Il traite de la pathophysiologie et de la présentation du lymphœdème et de l'œdème en phase avancée de cancer et en fin de vie, de l'évaluation et des objectifs en soins palliatifs, de l'adaptation des traitements et du contrôle des différents symptômes, détaillant plus particulièrement le soin des plaies.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, répondant à une demande de la Direction de la lutte contre le cancer, a publié en 2011 le bilan de sa revue systématique de littérature sur la prise en charge optimale du lymphœdème relié au cancer (INESSS, 2011). Des enjeux relatifs à la problématique ont été soulevés et des recommandations ont été formulées à l'intention des décideurs (Tableau 1 en annexe).

Hodgson et coll. (2011) relèvent aussi certaines questions à résoudre en ce qui concerne le lymphœdème dont le manque de reconnaissance du problème, l'enseignement insuffisant sur le système lymphatique, sur ses dysfonctions et ses traitements ainsi que le manque de recherche et d'accessibilité aux soins. En effet, plusieurs patients atteints de lymphœdème ont un accès limité, voire n'ont aucun accès aux traitements découlant d'un manque de services en milieu hospitalier et d'un nombre insuffisant de cliniques privées ayant comme mission de fournir ces soins. Dans certaines régions, les traitements du lymphœdème ne sont malheureusement pas disponibles.

De plus, les coûts associés aux traitements doivent régulièrement être assumés par le patient. C'est le cas si ce dernier reçoit des soins du secteur privé, que ce soit en se rendant à une clinique ou en obtenant des services à son domicile. Pour certains patients, des assurances personnelles peuvent couvrir une partie plus ou moins grande de la facture. Pour les personnes à faible revenu, une aide financière peut

être demandée auprès de fondations et de certains organismes.

En janvier 2014, la Régie de l'assurance maladie du Québec a lancé son programme d'aide *Vêtements de compression pour le traitement du lymphœdème* dont peut bénéficier toute personne couverte par l'assurance-maladie et atteinte de lymphœdème (RAMQ, 2014). Loin de subvenir à tous les besoins en termes de compression, il vise à offrir une meilleure accessibilité aux soins du lymphœdème.

LA MICROCIRCULATION ET LE RETOUR LYMPHATIQUE

Afin de mieux comprendre les facteurs qui mènent à la présence d'un œdème ou d'un lymphœdème, il convient de revoir quelques notions de microcirculation ainsi que de faire un survol du fonctionnement des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Au niveau des capillaires sanguins, la filtration des fluides vers l'espace interstitiel est déterminée par (ILF, 2010) :

- la pression hydrostatique entre les fluides du capillaire et ceux de l'espace interstitiel ;
- le gradient opposant de la pression oncotique des protéines plasmatiques dans le capillaire ;
- la perméabilité de la paroi capillaire.

Alors qu'il était assumé que la majeure partie du liquide interstitiel était réabsorbé par la partie veineuse du capillaire, les dernières études avancent une autre théorie. Mortimer et Rockson (2014) affirment que dans des conditions normales, la résultante des différentes pressions de la plupart des lits capillaires engendrerait une nette filtration décroissante tout le long du capillaire artériel et veineux. Par conséquent, un autre système doit entrer en jeu afin de réabsorber les fluides échappés des vaisseaux sanguins.

Le système lymphatique a plusieurs fonctions dont celui de jouer un rôle important dans la défense de l'organisme. Il est aussi impliqué dans la nutrition,

puisque les vaisseaux lymphatiques intestinaux sont responsables de l'absorption des gras (Mortimer et Rockson, 2014). De plus, il permet par ses réseaux de capillaires, de vaisseaux et de troncs lymphatiques ainsi que par ses relais ganglionnaires, de transporter des liquides, des protéines et des macromolécules de l'espace interstitiel vers la circulation sanguine. C'est le système lymphatique qui aurait donc la plus grande responsabilité du drainage de l'espace interstitiel.

Les liquides, protéines et macromolécules récupérés par le système lymphatique forment la lymphe. Cette dernière circule à travers les vaisseaux, les troncs et les ganglions lymphatiques par les mécanismes suivants (Ridner, 2013) :

- intrinsèque
 - contraction rythmée des lymphangions²
- extrinsèque
 - compression des vaisseaux lymphatiques due au tissu musculaire squelettique environnant
 - à l'effort respiratoire
 - à la pulsation artérielle

La lymphe remonte donc dans les vaisseaux et les troncs lymphatiques pour retourner à la circulation sanguine par les relais ganglionnaires ainsi qu'en se déversant dans la région veineuse jugulo-sous-claviculaire droite et gauche (Földi, 2010).

Le système lymphatique, travaillant en partenariat avec le système cardiovasculaire, est ainsi responsable de garder l'homéostasie du volume tissulaire (et plasmatique) (Mortimer et Rockson, 2014).

ŒDÈME

L'œdème se développe lorsque le taux de filtration microvasculaire (capillaires artériels et veineux) dépasse le drainage lymphatique pendant une période suffisante, soit parce que le taux de filtration est haut, soit parce que le flot lymphatique est lent, ou par une combinaison des deux.

La filtration microvasculaire peut être augmentée par un accroissement de la pression hydrostatique des capillaires, ce qui arrive par exemples en présence d'une insuffisance cardiaque ou d'un syndrome post-phlébitique. Elle peut aussi être augmentée par une réduction de la pression oncotique du plasma comme dans les cas de syndromes néphrotiques, malnutrition, maladie hépatique... (Mortimer et Rockson, 2014). Dans ces situations, le système lymphatique fonctionne bien, mais il se trouve en surcharge et l'enflure peut apparaître. On parle alors d'œdème.

LYMPHOEDÈME

Un système lymphatique fonctionnellement intègre est nécessaire pour obtenir un flot lymphatique normal. Cela est déterminé par (Földi 2010) :

- une fonction normale de la pompe musculaire des gros vaisseaux lymphatiques ;
- l'absence de dommages aux vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Lorsque les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques sont défailants ou lésés, la région touchée se trouve en insuffisance lymphatique. Une accumulation de liquide et de macromolécules dans l'espace interstitiel peut par conséquent s'ensuivre et créer un œdème d'origine lymphatique nommé lymphœdème³.

Le lymphœdème est une condition chronique qui ne peut être guérie, mais qui peut être prise en charge (Keast et coll., 2014).

Lymphœdème primaire et secondaire

Bien que plus rare et moins spécifiquement observé en soins palliatifs, il existe un type de lymphœdème dit primaire. Il est caractérisé par un défaut (malformation/dysplasie) dans le développement des vaisseaux lymphatiques ou des ganglions (à l'exception de la fibrose ganglionnaire, d'origine inconnue) (Földi, 2012). Il peut être héréditaire, mais survient plus souvent de façon sporadique. Ses symptômes peuvent être

présents dès la naissance ou apparaître à un âge précoce (avant 35 ans) ou tardif (après 35 ans).

Quant au lymphœdème secondaire, il apparaît à la suite d'un événement venant perturber le bon fonctionnement d'un système lymphatique à la base bien développé. En voici des exemples :

- La chirurgie (Ridney 2013)
 - Exérèse de structures lymphatiques normales telles que les ganglions, les vaisseaux et leurs tissus environnants diminuant la capacité de transport du système lymphatique
 - Altération de tissus anatomiques normaux et création de cicatrices pouvant interrompre le système de transport lymphatique
 - Lésions des muscles pouvant engendrer un manque de vigueur de contraction pour assister le pompage de la lymphe
- La radiothérapie (Ridney 2013)
 - Endommagement des tissus, des ganglions et création de fibrose, ce qui engendre une perte de fonction et peut altérer le transport lymphatique
- L'invasion ou la compression des ganglions ou des vaisseaux lymphatiques par une tumeur maligne
- Les plaies importantes
- L'infection, par exemple l'érysipèle, et l'inflammation
- Les maladies veineuses
 - Dommages collatéraux aux vaisseaux lymphatiques environnants
- L'immobilisme ou la paralysie
 - Altération du pompage des vaisseaux lymphatiques
- L'œdème chronique (présent depuis plus de 3 mois)
 - Il peut engendrer une fatigue du système lymphatique, amenant ainsi des dommages aux vaisseaux lymphatiques (Mortimer et Rockson, 2014)

- L'obésité (Keast et coll., 2014)
 - Le lymphœdème, primaire et secondaire, peut se développer dans n'importe quelle région du corps, ce qui est déterminé par la zone lymphatique touchée. Il peut donc se situer à la tête et au cou, au tronc (épaules, seins, poitrine, dos, abdomen, parties génitales, aines), aux membres (supérieurs et inférieur) (Ridner, 2013).

Par exemple, une personne ayant subi une mastectomie partielle avec évidement axillaire et radiothérapie se trouve en stade latent de lymphœdème et pourrait voir apparaître, tôt ou plusieurs années après les traitements, un lymphœdème du membre supérieur du même côté. Puisque des liquides des régions de l'omoplate et pectorale se déversent aussi dans les ganglions axillaires, il est en plus possible d'observer un lymphœdème en ces endroits.

CONSÉQUENCES DE L'ŒDÈME ET DU LYMPHŒDÈME

Des symptômes comme la sensation de lourdeur, l'inconfort ou l'impression que les vêtements sont trop serrés peuvent être le reflet des premiers signes de gonflement. Lorsque l'œdème ou le lymphœdème est déjà bien installé, ces sensations peuvent bien sûr être présentes, parfois amplifiées.

L'œdème et le lymphœdème peuvent avoir un impact sur la douleur, la dyspnée et la fatigue (Hewitt et coll., 2010). Dans certains cas, ils peuvent être la cause de la douleur et de la dyspnée. En effet, le patient peut, entre autres, ressentir une douleur à l'épaule en raison du poids de son bras enflé. Aussi, selon Clemens et coll. (2010), la dyspnée peut être présente lorsqu'un patient a de l'œdème tronculaire.

Les patients présentant un œdème chronique ou un lymphœdème sont plus à risque de connaître des épisodes récurrents d'érysipèle (Keast et coll., 2014; LF, 2006). L'érysipèle, qui est une infection bactérienne des tissus cutanés et sous-cutanés, peut

apparaître en quelques minutes, se développer sur plusieurs semaines ou encore être précédé d'indispositions systémiques. Ses symptômes incluent la douleur, l'enflure, la chaleur, la rougeur, la lymphangite et la lymphadénite. Les cas sévères ont un plus grand degré de manifestations systémiques dont les frissons, la fièvre, les maux tête et les vomissements. (Keast et coll., 2014)

La lymphorrhée est aussi une complication courante, particulièrement lorsque la peau est mince et fragilisée ou que l'œdème s'installe rapidement. Elle peut être définie comme la perte (l'écoulement en gouttes) de la lymphe à travers la surface de la peau (Renshaw, 2007) et peut à son tour causer la macération des tissus environnants, mouiller les vêtements et être inconfortable pour le patient (Renshaw, 2007).

Le lymphœdème peut être accompagné de changements cutanés tels que l'épaississement des tissus, l'hyperkératose⁴, la lymphangiectasie⁵ et la papillomatose⁶ (ILF, 2010).

L'œdème et le lymphœdème peuvent mener à une restriction de la mobilité, à une diminution de l'utilisation du membre et, par conséquent, à une perte de force. Ils peuvent aussi engendrer une diminution de l'équilibre et, bien sûr, des capacités fonctionnelles.

Le lymphœdème peut engendrer une diminution de l'estime de soi, une altération de l'image corporelle, de la dépression, de l'anxiété et des problèmes dans les relations sexuelles, familiales et sociales (ILF, 2006).

La présence visible d'œdème et de lymphœdème peut aussi avoir un impact sur la façon d'interpréter l'évolution de la maladie (Dunberger et coll., 2013) et, par extension, l'imminence de la mort. Le côté spirituel de la personne peut par conséquent être touché et une recherche de sens en découler.

EN CLINIQUE

En présence d'un patient qui présente un nouveau gonflement ou de celui chez qui l'enflure déjà existante prend de l'ampleur, il est de la responsabilité de l'équipe de soins d'en déterminer les causes et les caractéristiques.

L'œdème en soins palliatifs est souvent multifactoriel et peut être lié à une condition préexistante (insuffisance veineuse, arthrite rhumatoïde...), à la maladie en phase avancée (cancer, maladie respiratoire chronique, VIH/sida etc. (IFL 2010) ou à des complications (thrombophlébite profonde, érysipèle...). Bien qu'il puisse apparaître dans les poumons (œdème pulmonaire), dans la cavité abdominale (ascites) et les autres cavités du corps (synovial, péricardique, effusions pleurales), le site le plus commun d'œdème est l'espace sous-cutané périphérique (Mortimer et Rockson, 2014).

Pour établir un diagnostic, l'analyse des différents éléments de l'histoire du patient ainsi que l'observation des symptômes revêtent une grande importance. Des informations sur la maladie, son étendue et sa progression, ainsi que les conditions associées et les traitements antérieurs et actuels aident à clarifier les différents facteurs contributifs à l'œdème et permettent parfois d'obtenir une idée du pronostic de vie.

Les zones touchées par l'œdème, le moment et la vitesse d'apparition, les éléments déclencheurs, son évolution, ce qui l'influence ainsi que l'état de la peau sont des éléments à préciser.

Plusieurs médicaments peuvent causer ou augmenter l'œdème (corticostéroïdes, AINS, certaines chimiothérapies...). La médication actuelle et celle qui était prescrite au moment de l'apparition des symptômes doivent par conséquent être examinées avec attention.

La condition globale du patient doit par ailleurs être prise en considération. Plusieurs problèmes associés à la maladie avancée (fatigue, douleur, enflure,

métastases osseuses, atteintes neurologiques...) peuvent engendrer une réduction de la mobilité et des activités fonctionnelles. Il peut en découler une apparition ou une augmentation du gonflement étant donné que la gravité et la réduction de l'action de la pompe musculaire ont un impact sur le retour lymphatique et veineux (Todd 2009a).

Une investigation est indiquée dans les cas où les résultats d'examen sont susceptibles d'apporter des informations supplémentaires et d'amener un changement dans le plan de traitement (IFL 2010). Par exemple, lorsque les situations suivantes sont suspectées :

- tumeur pouvant comprimer ou envahir le système lymphatique (ex. : atteinte de multiples ganglions, de gros vaisseaux lymphatiques tronculaires) ;
- tumeur pouvant comprimer le réseau veineux (ex. : atteinte de la veine cave supérieure ou inférieure) ;
- thrombophlébite profonde (à noter qu'il y a augmentation des complications thrombotiques en présence de maladie tumorale (Zemkova et coll. 2007) ;
- atteinte tumorale hépatique ;
- insuffisance cardiaque (liée à des traitements ou non) ;
- insuffisance rénale ;
- hypoprotéïnémie (peut être en lien avec une maladie hépatique ou un déficit nutritionnel en phase avancée de cancer (Todd 2009a)) ;
- infection.

Enfin, il est nécessaire de préciser les capacités de la personne ainsi que les impacts de la problématique sur les différentes sphères de sa vie. Est-ce qu'elle peut faire sa toilette, attacher les boutons de sa chemise, enfiler ses chaussures... ? Couper les aliments, manger... ? Est-ce qu'elle peut trouver une position confortable, bien dormir ? Est-ce qu'elle a la capacité de se lever, de garder son équilibre en enjambant un seuil de porte, de monter et de descendre de la

voiture... ? Est-ce qu'elle peut utiliser l'ordinateur, participer à des activités sociales et de loisir... ? Est-ce qu'elle vit des difficultés personnelles, familiales, spirituelles... ?

OBSERVATION DE L'ŒDÈME ET DU LYMPHŒDÈME, CLASSIFICATION DU LYMPHŒDÈME ET PRISE DE MESURES

L'apparence de l'œdème et du lymphœdème dépend de son étiologie et de sa durée (ILF 2010). Sa répartition sur les surfaces atteintes peut être inégale. Dans les cas de gonflements importants, des difformités marquées, des bourrelets cutanés et des sillons peuvent être présents.

Le lymphœdème est initialement mou, mais le processus inflammatoire chronique engendre un durcissement des tissus sous-cutanés (ILF, 2010). On peut observer un signe de godet⁷ se manifestant sous des conditions variables selon l'état des tissus (IFL, 2010). Si l'épaississement des tissus et la fibrose deviennent très importants, le godet disparaît. Le signe de Stemmer⁸ peut alors devenir positif, indiquant ainsi la présence de lymphœdème (alors qu'un signe de Stemmer négatif n'exclut pas le lymphœdème) (ILF, 2010).

Pour qualifier l'importance du lymphœdème, l'International Society of Lymphology (ILF, 2006) a décrit des stades qui prennent en compte la grosseur observée du membre, la densité de l'œdème et les complications au niveau des tissus.

On peut par ailleurs calculer la différence de volume du membre atteint par rapport au membre sain, ce qui permet de quantifier le lymphœdème, de déterminer s'il est léger, modéré ou important et de suivre son évolution dans le temps. Il n'est cependant pas possible d'utiliser cette méthode pour déterminer l'importance du lymphœdème lorsque les deux côtés sont œdématiés.

Bien que des mesures puissent être prises pour quantifier le lymphœdème du visage et du cou

(Nixon et coll. 2014), selon Deng et coll. (2013), aucune des échelles disponibles actuellement ne peut clairement représenter toutes les caractéristiques importantes du lymphœdème de ces régions. De même, il n'y a présentement pas de système de classification officialisé pour le lymphœdème des organes génitaux et du tronc (ILF, 2006).

À l'aide de photographies, une documentation peut être faite pour toutes les régions du corps.

Selon les objectifs ciblés pour les patients en soins palliatifs et l'évolution de la condition, il est souvent acceptable de diminuer la fréquence de la prise de mesures ou de ne choisir que quelques points sur le membre pour lesquels la mesure de la circonférence sera faite. Parfois, la prise de mesures ne sera pas complétée, par exemple, s'il n'y a plus d'attente de diminution de volume, si l'œdème est trop fluctuant d'une journée à l'autre ou si l'état général du patient ne nous permet qu'une brève intervention. L'évaluation de l'œdème et du lymphœdème par la prise de mesure en soins palliatifs sera donc parfois délaissée au profit de l'évaluation de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles.

OBJECTIFS DE TRAITEMENT

Établir les objectifs de traitement permet d'éviter des démarches inutiles et de faire de faux pas. Une concertation entre le patient et l'intervenant sur l'orientation des soins amène souvent une plus grande satisfaction.

Les objectifs généraux dans le traitement du lymphœdème sont de diminuer le volume de l'œdème, de maintenir sa réduction et de permettre une auto-administration des soins (Towers et coll., 2010). En soins palliatifs, bien que l'amoin-drissement du volume de l'œdème demeure un but, optimiser la qualité de vie, respecter les choix et les priorités de la personne ainsi qu'offrir un soutien psychologique au patient et à sa famille, font partie des concepts de soins à respecter (Wanchai et coll., 2013).

La qualité de vie se traduisant de façon variable d'un individu à l'autre, ce que le patient et ses proches souhaitent pour eux-mêmes peut parfois être différent de ce à quoi l'intervenant se serait attendu. En prenant le temps de comprendre ce que la personne exprime et en plaçant ses volontés au-devant de celles du soignant, il est possible de répondre à son besoin réel.

Vu le changement rapide ou fréquent de la condition du patient en fin de vie, il est primordial de demeurer à l'écoute de toute modification des besoins au fil du temps afin de pouvoir mettre à jour, aussi souvent que la situation l'exige, les priorités de soins.

Il est aussi essentiel de choisir des buts réalistes et concrets tout en considérant les limites propres au patient et à ses proches ainsi que celles attribuées au contexte de soins.

La capacité de recevoir les traitements de l'œdème et du lymphœdème peut différer d'une personne à l'autre ainsi que dans le temps. L'état psychologique de la personne tout comme plusieurs symptômes tels que la fatigue, la douleur et l'essoufflement influencent les thérapies au quotidien. De même, les aptitudes à participer aux soins (exercices, automassages, autobandages...) varient selon l'individu, l'intérêt et les habiletés du patient et de ses proches. Ces facteurs modulent les objectifs et les moyens utilisés pour les atteindre.

Bien que de prime abord il soit important de garder le cap sur les buts établis et d'explorer les moyens de les atteindre, la contrainte d'ajuster les objectifs de soins à la réalité humaine et contextuelle est souvent présente. Cependant, dans tous les cas, le soutien du patient concernant sa problématique et celui de sa famille doivent être continus tant et aussi longtemps que la situation l'exige.

Traitements

Lorsque les causes de l'œdème et du lymphœdème ont bien été identifiées, il est possible d'entamer un traitement approprié. Les actions de l'intervenant seront dirigées vers les facteurs contributifs

pouvant être traités ou éliminés, le traitement par la thérapie de décongestion combinée adapté ainsi que le choix d'autres approches pouvant aider à diminuer l'enflure ou améliorer le confort et la qualité de vie.

INTERVENTIONS MÉDICALES

Tout facteur contributif à l'œdème ou au lymphœdème doit faire l'objet d'une évaluation pour savoir s'il peut être traité ou éliminé. Selon Towers et coll. (2010) :

- Lorsqu'un médicament est identifié comme facteur influençant l'œdème, il est pertinent d'évaluer s'il y a d'autres options que ce médicament ou s'il est envisageable d'en diminuer la dose ;
- La compression de la tumeur sur les vaisseaux lymphatiques peut parfois être diminuée par une chimiothérapie ou une radiothérapie palliative ;
- Lorsqu'il y a compression de la veine cave supérieure, la pose d'une endoprothèse vasculaire ou une radiothérapie pourraient être envisagées en urgence ;
- En présence d'ascite, les ponctions peuvent être considérées.

En présence de thrombophlébite profonde, d'insuffisance cardiaque et rénale, d'une infection ou d'autres problèmes tels que la douleur et la dyspnée, le traitement médical approprié doit être administré.

Thérapie combinée de décongestion

La thérapie de décongestion combinée (TDC) a été mise au point pour traiter le lymphœdème et est actuellement reconnue comme le traitement de choix de cette affection (ILF 2006). Elle peut être adaptée à d'autres types d'œdèmes (ILF 2010) ainsi qu'à différentes clientèles (enfants, personnes en fin de vie).

La TDC comprend, en phase intensive, la compression par les bandages multicouches et dans certains cas la compression pneumatique, le drainage

lymphatique manuel, les exercices et les soins de la peau. En phase de maintien, les bandages sont habituellement remplacés par un vêtement de compression et le drainage lymphatique manuel par l'auto-drainage.

Pour plusieurs patients en soins palliatifs, des modifications au traitement de base s'imposent. Un ajustement dans le choix des modalités thérapeutiques est aussi fait selon la réponse aux interventions et l'évolution de la condition générale.

Compression

La thérapie par la compression est utilisée pour diminuer le volume de l'œdème, améliorer la forme du membre et améliorer toute altération de la condition de la peau, par exemple la lymphorrhée (Todd 2009b).

Des solutions de compression existent pour les membres supérieurs et inférieurs, mais aussi pour le tronc et les organes génitaux.

Bandages multicouches

Les bandages multicouches incluent une couche de rembourrage avec plusieurs couches de bandes inélastiques (à allongement court), de bandes élastiques ou une combinaison des deux. La couche de rembourrage permet de protéger la peau et les tissus. Elle procure une surface lisse pour l'application du bandage et permet une répartition homogène des pressions transversales exercées par la bande (EWMA, 2005). Les bandes inélastiques offrent une pression basse quand le patient est au repos et élevée à l'exercice (EWMA, 2005). En opposition, les bandes à longue élasticité exercent une pression élevée quand la personne est au repos et basse à l'exercice.

Les bandages multicouches sont contre-indiqués en présence de thrombophlébite profonde aiguë, d'insuffisance cardiaque aiguë, de douleur neuropathique ou osseuse sévère, d'engourdissement du membre affecté ainsi que de maladie vasculaire périphérique sévère. Des précautions telles que l'adap-

tation des techniques, la diminution de pression et la surveillance sont nécessaires lorsque la personne souffre de diabète ou d'insuffisance artérielle périphérique pour laquelle on obtient un indice de pression systolique cheville-bras entre 0,5 et 0,8. (ILF, 2012).

Chez le patient en soins palliatifs, la sensibilité, la douleur et la fragilité de la peau nécessitent de la prudence. Aussi, lorsque des déficits de sensibilité et artériels coexistent, le risque de lésions de la peau augmente significativement (Cheville, 2014).

Afin de permettre une compression confortable et être sécuritaire dans l'application du traitement, il est pertinent (Cheville et coll., 2014) :

- De choisir des matériaux confortables pour le patient
- D'utiliser plus de mousse de rembourrage en présence de bourrelets cutanés, de sillons ou de saillies osseuses
- D'utiliser du matériel absorbant et d'augmenter la fréquence de changement des bandages pour éviter la macération des tissus et permettre le confort de la personne en présence de lymphorrhée
- De réévaluer la condition des tissus cutanés régulièrement
- De vérifier la coloration et la température des extrémités fréquemment, particulièrement en présence d'insuffisance artérielle
- De commencer le traitement en portant les bandages multicouches pendant quelques heures seulement, puis de faire une progression selon la tolérance
- De diminuer la pression ou le nombre de couche de bandes selon le besoin et le confort
 - Certains œdèmes (cardiaques, vasculaires, secondaires à l'inactivité...) répondent à une compression moindre que celle requise pour les œdèmes lymphatiques
 - Le patient doit pouvoir utiliser son membre lorsque le bandage est en place

- De tester d'abord l'effet des bandages en ne couvrant qu'une partie du membre ou en commençant avec une faible pression avant de procéder à une pose de bandages plus complète chez les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque et rénale, étant donné que la compression peut amener un déplacement de l'œdème (par exemples aux organes génitaux ou à l'abdomen lorsque les bandages sont appliqués au membre inférieur)
- D'informer le patient sur les symptômes qu'il doit signaler: engourdissement, picotements, douleur, inconfort
- D'enseigner au patient à bouger régulièrement dans les bandages

Les plaies doivent aussi être examinées en fonction de leurs causes. Si l'étiologie est artérielle, l'ajout de compression pourrait compromettre l'apport en oxygène et en nutriments. Par opposition, si la plaie est liée à un problème veineux, la TDC pourrait même en accélérer la guérison (Azoubel, 2009).

Les soins de la plaie doivent d'abord être faits et avec des matériaux judicieusement choisis pour la recouvrir (ILF, 2010; MMS, 2012; Cheville et coll., 2014). Considérant que la lymphe peut tenter de s'échapper par la plaie de façon plus marquée avec la compression du membre, on devra souvent ajouter du rembourrage afin d'augmenter la pression dans la zone de la plaie et diminuer la quantité d'exsudat. Les changements fréquents de bandages et la réévaluation régulière de la plaie sont indispensables.

Vêtement compressif

Le vêtement compressif est normalement utilisé lorsque le lymphœdème est initialement léger ou que le membre a atteint un volume acceptable et optimal.

Les manchons et bas compressifs sont souvent difficiles à enfiler, même lorsque la personne est en forme et il n'est pas rare qu'elle doive se faire aider dans cette étape. Ils ne sont pas indiqués pour une personne ayant un important œdème avec difformité. Chez le patient en soins palliatifs pour qui le gonfle-

ment peut varier d'une journée à l'autre, le manchon ou le bas compressif n'est pas toujours approprié ou bien toléré et peut causer une dangereuse constriction (Towers et coll., 2010).

D'autres types de vêtements compressifs, dont certains ont d'abord été créés pour un port de nuit, peuvent être utilisés. Ils sont faits de matériaux inélastiques, parfois à velcro, parfois matelassé, et s'enfilent plus facilement.

Pour la compression gynécologique, du matériel orthopédique existe, mais un sous-vêtement compressif ou un pantalon de vélo peut être bénéfique (Towers et coll., 2010).

Compression pneumatique

Selon Towers et coll. (2010), la compression pneumatique peut être poursuivie s'il s'agissait d'une modalité utilisée par le patient avant d'arriver en soins palliatifs. Toutefois, en raison du fait qu'il y a souvent un œdème tronculaire et que la condition du patient nécessite souvent une compression continue, la compression pneumatique aurait un rôle limité en soins palliatifs.

Drainage lymphatique manuel

Le drainage lymphatique manuel (DLM) est un type de massage utilisé par les thérapeutes du lymphœdème⁹ pour diriger le lymphœdème de la zone œdématiée aux régions où les vaisseaux lymphatiques drainent normalement (Todd, 2009b). Il est appliqué en tenant compte des zones lymphatiques lésées ainsi que de la répartition des sites de cancer lorsqu'il y a lieu. Il est contre-indiqué entre autres dans les cas de thrombophlébite profonde, d'insuffisance cardiaque et rénale, d'érysipèle et de thrombocytopenie. Il doit être adapté lorsqu'il y a des tumeurs de la peau et sous-cutanées, des plaies ou de la lymphorrhée.

Quoique son effet sur le volume du lymphœdème ne soit pas concluant pour le moment, le DLM apporte des bénéfices. Chez de nombreux patients en soins palliatifs, il a le potentiel de dimi-

nuer la douleur de façon significative (Clemens et coll., 2010).

Le toucher revêt une grande importance pour l'être humain. En fin de vie, particulièrement lorsque les relations avec l'entourage paraissent difficiles et que le corps est transformé, les contacts physiques sont parfois limités aux soins médicaux. Le DLM peut induire une grande détente, amener la personne à se sentir entière et offrir un lieu de paix. Il peut créer une certaine intimité, permettant au patient de s'ouvrir et de partager, le bonheur comme la tristesse. (Fenton, 2011)

Exercices

L'exercice, fait avec une compression du membre, améliore le drainage et le transport de la lymphe, reconstitue et maintient la force, le tonus et l'endurance (ILF, 2010).

Des programmes d'exercices ont été créés dans le but de favoriser le drainage lymphatique. Ils comprennent des exercices musculaires rythmiques spécifiques et des exercices de respiration (National Lymphedema Network, 2013). Ils sont parfois combinés à des mouvements d'automassage dans le but de diriger la lymphe dans les zones fonctionnelles. Ils se pratiquent avec la compression du membre (bandages/vêtements compressifs) ou dans l'eau.

La personne ayant un lymphœdème peut bénéficier des avantages de toute forme d'exercices (d'étirement, de renforcement, cardio-vasculaire), pourvu qu'ils soient pratiqués de façon sécuritaire (NLN, 2013). Des adaptations doivent être faites en présence de fragilité osseuse (métastases osseuses, ostéoporose), douleur, essoufflement, fatigue, anémie, thrombocytopénie...

Il est souhaitable pour le patient en soins palliatifs de faire de l'exercice tout en respectant ses capacités. La participation aux activités quotidiennes est encouragée et pourrait être bénéfique pour améliorer le flot lymphatique (Hewitt et coll. 2010; Towers et coll. 2010). Les exercices d'assouplissement peuvent

améliorer le confort et permettre de maintenir la souplesse articulaire. Le patient est alors encouragé à faire les mouvements le plus possible par lui-même. Au besoin, l'intervenant ou un proche peut assister le patient dans le mouvement ou encore le faire pour lui.

Enfin, l'exercice peut aider la personne en soins palliatifs à maintenir ses capacités fonctionnelles plus longtemps.

Soins de la peau

Étant donné que toute personne présentant un lymphœdème est plus à risque de voir apparaître une cellulite, il est important de surveiller l'état de la peau et d'en prendre soin. La sécheresse, les lésions, les plaies, les ulcérations et les infections fongiques doivent être prises en charge rapidement pour éviter la dégradation de la condition et éliminer les voies d'entrée de bactéries.

En soins palliatifs, les plaies, malignes ou non, sont susceptibles de progresser, de devenir nauséabondes et douloureuses. Des écoulements, parfois sanguins, peuvent aussi survenir. Il est donc primordial d'inclure le soin des plaies et d'adapter les traitements de l'œdème et du lymphœdème à cette condition. Des lignes de conduite, dont celle de l'IFL (2010) sur les plaies associées à l'œdème et au lymphœdème en fin de vie et celles de la Maison Michel-Sarrazin (2012) sur les plaies malignes, ont été élaborées pour guider les intervenants.

Avoir un poids santé et un régime équilibré est une recommandation adressée aux personnes atteintes de lymphœdème, ce qui est souvent difficile à respecter en soins palliatifs. Chez certains patients présentant de l'œdème au visage et au cou, une difficulté à la déglutition et une carence dans l'apport nutritionnel peuvent être présentes (Deng et coll., 2013). Il est par conséquent pertinent de surveiller l'état nutritionnel et de fournir des suggestions pour pallier les carences lorsque cela est nécessaire et possible. Par ailleurs, une bonne hydratation est recom-

mandée, étant donné qu'il peut y avoir une élimination importante de liquide avec les bandages (Towers, 2010).

Conseils et quelques autres avenues de traitement

Le positionnement avec le membre en élévation peut être essayé. Cependant, s'il entraîne de l'inconfort, une augmentation d'œdème en proximal du membre, aux organes génitaux ou au tronc, il doit être cessé.

Le traitement des tissus cicatriciels et de la fibrose post-radique par des techniques de massage est rarement discuté dans les documents de référence. Toutefois, optimiser la qualité des tissus a le potentiel d'améliorer la circulation à même la région et ainsi augmenter la circulation lymphatique locale. Différentes techniques pour arriver à cette fin peuvent généralement être utilisées en soins palliatifs.

Le *Kinesiotape* ou le *Leukotape K* peut être utilisé afin de favoriser le retour lymphatique, particulièrement dans les régions où les bandages sont difficiles à appliquer ou encore pour assouplir les cicatrices.

Le drainage sous-cutané contrôlé, une technique de drainage appliquée à l'aide d'aiguilles sous la peau, a été expérimenté à quelques reprises et pourrait être une avenue pour certains patients en soins palliatifs lorsque la TDC n'a pas fonctionné (Beck et coll., 2012).

Approche globale de la condition

Permettre l'accomplissement des gestes et des activités du quotidien le plus longtemps possible ainsi que le bien-être de la personne peut se concrétiser avec l'aide des différents intervenants de l'équipe de soins.

En ce qui concerne les capacités fonctionnelles, bien que l'amplitude de mouvement de chaque articulation puisse être restreinte, la mobilité globale et fonctionnelle a une plus grande importance en soins

palliatifs. En effet, même si la mobilité articulaire n'est pas complète, pouvoir lever le bras suffisamment haut pour peigner ses cheveux ou encore avoir assez de souplesse aux chevilles pour marcher confortablement peuvent avoir une incidence positive sur la qualité de vie.

De même, la force musculaire et l'équilibre nécessaires aux gestes du quotidien tels que se lever, transporter un objet, monter et descendre l'escalier, sont à optimiser.

Parfois, des adaptations techniques sont nécessaires à la poursuite des activités de la vie de tous les jours. Par exemple, l'utilisation d'un manche grossissant sur un ustensile peut aider une personne qui a une difficulté de préhension relative à un œdème de la main à poursuivre une alimentation autonome.

Maximiser l'autonomie de la personne tout en gérant la douleur, la fatigue, la dyspnée ainsi que l'accompagner dans ses pertes font partie intégrante des intentions de soin tout au long du suivi.

Offrir du soutien à la personne pour sa condition psychologique, psychosociale et spirituelle est à privilégier, non seulement concernant l'œdème et le lymphœdème, mais aussi pour les difficultés rencontrées relativement à la fin de vie. Accueillir ses inquiétudes et explorer les moyens d'adaptation à la maladie ont le potentiel de faciliter son vécu.

Il est donc essentiel d'avoir une approche holistique et interdisciplinaire dans la prise en charge du patient atteint d'œdème ou de lymphœdème en soins palliatifs.

IMPLICATION DU PATIENT ET DE SES PROCHES ET COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

Une collaboration étroite entre le patient et ses proches, les membres de l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'avec les différents acteurs de la communauté a le potentiel de permettre l'accès rapide aux traite-

ments et d'optimiser les résultats des interventions en plus d'améliorer la qualité de vie du patient.

Que tous les membres de l'équipe soient bien renseignés sur ce que sont l'œdème et le lymphœdème, leurs conditions associées et leurs impacts sur la personne en fin de vie, rend possible une offre de soins individualisés de qualité. Chaque patient n'aura pas besoin de tous les services, mais une fine coordination des interventions pertinentes et une communication respectueuse sont essentielles au succès du traitement.

Généralement appliqué par le thérapeute du lymphœdème, chacun des éléments de la TDC peut être enseigné au patient, à ses proches et aux membres de l'équipe. Selon les besoins, le niveau de compréhension, les capacités physiques et l'habileté de chacun, des adaptations seront apportées dans les informations transmises et les techniques à utiliser. Un accompagnement par le thérapeute du lymphœdème permet d'assurer que les notions sont bien comprises et apporte les conseils nécessaires à la modification des bandages lorsqu'ils ne sont pas bien tolérés ou lorsque la condition du patient change (Walker et Thomson, 2012).

En s'impliquant dans le traitement, le patient et ses proches acquièrent une meilleure compréhension de la condition, peuvent être rassurés sur les aspects qui les préoccupent et gagnent un sentiment de contrôle sur la condition.

EFFETS ANTICIPÉS

Dans un contexte de fin de vie, il est possible d'obtenir des résultats mesurables de diminution de volume de l'œdème et du lymphœdème. Toutefois, selon la condition spécifique du patient, il arrive que cette diminution de volume ne soit pas obtenue, ce qui ne signifie pas forcément un échec du traitement. En effet, certaines interventions permettent d'éviter la dégradation de la condition et les complications, favorisent le confort, apportent au patient et à sa famille une compréhension plus claire de la situation,

une plus grande autonomie ou une meilleure gestion des symptômes.

La prise en charge des aspects psychologiques, spirituels et psychosociaux de la personne peut avoir des impacts bénéfiques tels qu'améliorer l'estime de soi, la confiance, l'attitude positive et la qualité de vie (Fenton, 2011).

CONCLUSION

Chaque personne a le droit à des soins adaptés et de qualité. Le patient en soins palliatifs ne fait pas exception. Sa condition, regroupant souvent un ensemble de symptômes, nécessite une évaluation méticuleuse afin de clarifier les causes des problématiques et d'offrir le traitement approprié de façon sécuritaire.

Bien que le traitement de l'œdème de fin de vie et du lymphœdème soit encore en évolution, il est essentiel que les connaissances actuelles continuent d'être partagées au sein des équipes de soins et que les services deviennent de plus en plus disponibles pour permettre une meilleure prise en charge du patient et ainsi améliorer sa qualité de vie.

Tout au long du suivi du patient en fin de vie et au contact de ses proches, non seulement les traitements pour la problématique sont appliqués, mais un accompagnement d'une valeur souvent difficile à estimer est offert.

C'est parfois dans un témoignage qu'il est possible de percevoir l'importance des soins dispensés pour la personne et sa famille.. En offrant une plante fleurie à l'équipe interdisciplinaire, un proche d'une patiente qui avait été suivie pour un lymphœdème du membre supérieur, particulièrement marqué à la main, l'a exprimé ainsi : « Mon épouse est décédée... mais sa main, on l'a eue ! ».

ANNEXE

Grandes lignes des enjeux soulevés et recommandations de l'INESSS dans son document *Traitement du lymphœdème secondaire au cancer 2011*

ENJEUX SOULEVÉS
• Difficulté d'établir un diagnostic
• Caractère imprévisible de la maladie qui peut survenir immédiatement ou jusqu'à plusieurs décennies après le traitement oncologique
• Intervention précoce lorsque la maladie se manifeste afin de prévenir les complications
• Complexité de la prise en charge qui exige la coordination et collaboration de plusieurs professionnels de la santé
• Coût associé aux traitements et leur financement (la RAMQ ne couvre pas les traitements à l'exception de modestes services dans quelques centres hospitaliers)
RECOMMANDATIONS
• Que tout patient à risque ou ayant un lymphœdème soit informé adéquatement
• Que les professionnels de la santé qui participent à la prise en charge du patient disposent d'informations complètes
• Que les thérapeutes soient dûment formés
• Qu'un comité d'experts cliniciens soit formé afin d'établir les meilleures pratiques de prise en charge et d'établir un programme comprenant un continuum de soins et de suivi
• Que le ministère de la Santé et des Services sociaux examine les modalités de prise en charge par le régime public d'assurance maladie

Contenu adapté de INESSS 2011.

RÉFÉRENCES

- Association québécoise du lymphœdème, [En ligne] [<http://www.infolympho.ca/fr/pamphlets.htm>] (Consulté le 17 avril 2014).
- Azoubel, R, G. de V.Torres, L. W., da Silva, F. V. Gomes et L. A. dos Reis. «Effects of the decongestive physiotherapy in the healing of venous ulcers». *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, déc. 2010, 44(4), p. 1085-1092.
- Cheville A. L., K. Andrews, J. Kollasch, K. Schmidt et J. Basford. «Adapting lymphedema treatment to the palliative setting». *American Journal of Hospice and Palliative Care*, févr. 2014, 31(1), p. 38-44.
- Clemens K. E., B. Jaspers, E. Klaschik et P. Nieland. «Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphedema in palliative care patients». *Japanese Journal of Clinical Oncology*, nov. 2010, 40(11), p. 1068-1072.
- DeMeo, M. «Living and dying in modern medicine: a patient interviews her doctor». *Biomedical Instrumentation and Technology*, sept.-oct. 2013, 47(5), p. 393-395.
- Deng J., S. H. Ridner, M. S. Dietrich, N. Wells et B.A Murphy. «Assessment of external lymphedema in patients with head and neck cancer: a comparison of four scales». *Oncology Nursing Forum*, sept. 2013, 40(5), p. 501-506.
- Devoogdt N., M. Van Kampen, I. Geraerts, T. Coremans et M. R. Christiaens. «Different physical treatment modalities for lymphoedema developing after axillary lymph node dissection for breast cancer: a review». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, mars 2010, 149(1), p. 3-9.
- Dunberger G., H. Lindquist, A. C. Waldenström, T. Nyberg, G. Steineck et E. Åvall-Lundqvist. «Lower limb lymphedema in gynecological cancer survivors-effect on daily life functioning». *Support Care Cancer*, nov. 2013, 21(11), p. 3063-3070.
- European Wound Management Association (EWMA), International leg ulcer advisory board, *The use of Compression Therapy in the treatment of Venous Leg Ulcers: a recommended management pathway*, [En ligne] [[http://www.smith-nephew.com/global/assets/pdf/temp/v2-compressiontherapyalgorithm_\(copy-1\).pdf](http://www.smith-nephew.com/global/assets/pdf/temp/v2-compressiontherapyalgorithm_(copy-1).pdf)] (Consulté le 28 avril 2014).
- European Wound Management Association (EWMA). Focus Document: *Lymphedema bandaging in practice*. London, MEP Ltd, 2005.
- Földi, Michael et Ethel Földi. *Földi's Textbook of Lymphology for Physicians and Lymphedema Therapists*. 3^e édition, Munich, Elsevier Urban and Fischer, 2012.
- Hewitt, B., E. Bugden et P. Levin. «Lymphedema management in palliative care». *Cancer Forum, Cancer Council Australia*, juill. 2010, vol. 32, n° 2. [En ligne] [http://www.cancerforum.org.au/Issues/2010/July/Forum/Lymphoedema_management_inpalliative_care.htm] (Consulté le 15 mai 2014).
- Hodgson, P., A. Towers, D. H. Keast, A. Kennedy, R. Pritzker et J. Allen «Lymphedema in Canada: a qualitative study to help develop a clinical, research, and education strategy». *Current Oncology*, déc. 2011, 18(6), ep. 260-264.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Traitement du lymphœdème secondaire lié au cancer*. Rapport préparé par Kathy Larouche et Marie-France Witty. ETMIS 2011; 7(3), p. 1-141.
- International Lymphoedema Framework (ILF): an International Perspective, *The management of lymphoedema in advanced cancer and œdema at the end of life* (2010) [En ligne] [http://www.lympho.org/mod_turbolead/upload/file/Palliative%20Document%20-%20protected.pdf] (Consulté le 17 mars 2014).
- International Lymphoedema Framework (ILF), *Best practice for the management of lymphoedema Compression Therapy: A position document on compression bandaging*, 2^e édition (2012) http://www.lympho.org/mod_turbolead/upload/file/Resources/Compression%20bandaging%20-%20final.pdf, consulté le 17 mars 2014.
- Keast, D. H., M. Despatis, J. O. Allen et A., Brassard. «Chronic œdema/lymphoedema: under-recognised and under-treated». *International Wound Journal*, 12 févr. 2014.
- Les plaies malignes chez les malades en phase terminale: évaluation et traitement*. Maison Michel-Sarrazin, Québec, 2012.
- Lymphoedema Framework (LF): an International Perspective, *International consensus: Best practice for the management of lymphoedema* (2006) [En ligne] [http://www.woundsinternational.com/pdf/content_175.pdf] (Consulté le 17 mars 2014).
- McGarvey, A. C., P. G. Osmotherly, G. R. Hoffman et P. E. Chiarelli. «Lymphoedema following treatment for head and neck cancer: impact on patients, and beliefs of health professionals». *European Journal of Cancer Care* (Engl.), 23 mai 2014 (3), p. 317-327.
- Mortimer P. S. et S. G. Rockson. «New developments in clinical aspects of lymphatic disease». *Journal of Clinical Investigation*, 3 mars 2014, 124(3), p. 915-921.
- National Lymphedema Network (NLN), *Position Paper: exercise* (2013) [En ligne] [<http://www.lymphnet.org/resources/position-paper-exercise>] (Consulté le 27 mars 2014).
- Nixon J., A. Purcell, J. Fleming, A. McCann et S. Porceddu. «Pilot study of an assessment tool for measuring head and neck lymphoedema». *British Journal of Community Nursing*, 19 avril 2014, S6-S11.

Partenariat canadien contre le cancer, *Faire progresser l'action vers une vision commune, Plan stratégique 2012-2017*, [En ligne] [<http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/Faire-progresser-l'action-vers-une-vision-commune-document-integral.pdf>] (consulté le 17 avril 2014).

Radwany S. M. et V. E. von Gruenigen, « *Palliative and end-of-life care for patients with ovarian cancer* ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, mars 2012, 55(1), p. 173-184.

Régie de l'assurance maladie du Québec, Programme d'aide, *Vêtements de compression pour le traitement du lymphœdème* (2014) [En ligne] [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/vetements-compression-lymphoedeme/Pages/vetements-compression-traitement-lymphoedeme.aspx>] (Consulté le 27 mars 2014).

Renshaw, M. « Lymphorrhoea: «leaky legs' are not just the nurse's problem». *British Journal of Community Nursing*, 12 avril 2007, (4), S18-21.

Ridner, S. H. « Pathophysiology of lymphedema ». *Seminars in Oncology Nursing*, février 2013 29(1), p. 4-11.

Todd, M. « Managing lymphoedema in palliative care patients ». *British Journal of Community Nursing*, 2009a, 23 avril-13 mai, 18(8), p. 466, p. 468, p. 470 *passim*.

Todd, M. « Understanding lymphoedema in advanced disease in a palliative care setting ». *International Journal of Palliative Nursing*, octobre 2009b, 15(10), p. 474 ; p. 476-480.

Todd, M., « Self-management of chronic oedema in the community ». *British Journal of Community Nursing*, avril 2014, *suppl: S32, S34 passim*.

Towers, A., F. A. Carnevale et M. E. Baker, « The psychosocial Effects of Cancer-Related Lymphedema ». *Journal of Palliative Care*, 2008, 24 (3), p.134-143.

Walker J. et M. Thomson, « Managing lymphoedema in palliative care patients ». *Nursing New Zealand*, févr. 2012, 18(1), p. 18-19.

Wanchai A., M. Beck, B. R. Stewart et J. M., Armer. « *Management of lymphedema for cancer patients with complex needs* ». *Seminars in Oncology Nursing*, févr. 2013, 29(1), p. 61-65.

Weissleder, Horst et Christian Schuchhardt, *Lymphedema: Diagnosis and Therapy*. Fourth edition, Essen, Vitalit Verlag, 2008.

Woo, J., R. Lo, J. O. Cheng, F. Wong et B. Mak (2011), « Quality of end-of-life care for non-cancer patients in a non-acute hospital ». *Journal of Clinical Nursing*, 20, p. 1834-1841.

Zemková, M., R. H. Meyboom, M. Blazek, J. Kotlářová, J. Vlcek et L. Jebavý. « Deep vein thromboembolism in malignant diseases ». *Ceska Slov Farm.*, janvier 2007, 56(1), p. 5-10.

NOTES

1. Je remercie les personnes suivantes pour leurs commentaires suivant la lecture de mon texte : Pamela Hogdson, Kadija Perreault, Pierre Bilodeau et Mélanie Ruest.
2. Le vaisseau lymphatique possède des cellules de muscles lisses dans sa paroi et des valves qui empêchent le reflux de la lymphe. La section entre deux valves est appelée lymphangion.
3. Földi (2012) décrit le lymphoedème comme une maladie lymphostatique inflammatoire chronique causée par une dysfonction mécanique du système lymphatique.
4. Hyperkératose : épaissement de la couche externe de la peau (LF, 2006).
5. Lymphangiectasie : dilatation des vaisseaux lymphatiques (LF, 2006).
6. Papillomatose : développement d'excroissances verruqueuses sur la peau consistant en des vaisseaux lymphatiques dilatés et du tissu fibreux (LF, 2006).
7. Le signe du godet indique la présence d'œdème et est généralement testé par une pression ferme d'au moins 10 secondes exercée par un doigt ou le pouce sur la région à évaluer, sans faire mal au patient. Si une marque demeure au retrait du doigt, le signe du godet est présent (ILF, 2010).
8. Le signe de Stemmer est défini comme l'incapacité de soulever un repli de la peau à la base du 2^e orteil en raison de l'épaissement des tissus, de la fibrose (Keast et coll., 2014)
9. Le thérapeute du lymphoedème est un intervenant en santé ayant reçu une formation sur la thérapie de décongestion combinée d'une durée d'environ quatre semaines. Au Québec, les formations approuvées par le National Lymphedema Network ainsi que par la Lymphology Association of North America sont reconnues.