

Diagnostic des lymphœdèmes

1- Diagnostic d'un lymphœdème primaire

Le lymphœdème primaire touche dans 95% des cas les membres inférieurs. La topographie du lymphœdème primaire est très majoritairement distale touchant le dos du pied et les orteils. Il est d'évolution ascendante et peut remonter le long du membre de façon uni ou bilatérale. Il peut parfois toucher les organes génitaux externes. Un lymphœdème d'apparition proximale doit toujours faire rechercher une origine secondaire.

Le plus souvent, le lymphœdème apparaît dans l'enfance, l'adolescence ou chez l'adulte jeune. Lorsqu'il survient chez l'adulte d'âge moyen ou âgé, le diagnostic de lymphœdème primaire ne peut se poser qu'après avoir éliminé une origine secondaire en réalisant, au minimum, un scanner abdomino-pelvien.

Le diagnostic de lymphœdème est clinique. C'est un œdème blanc, indolore, ferme, ne prenant que peu ou pas le godet. On recherche le signe de Stemmer, pathognomonique du lymphœdème, qui est l'impossibilité de plisser la peau de la base du 2^{ème} orteil. On peut parfois observer un approfondissement des plis transverses de la base des orteils voire une verticalisation des ongles. Un lymphœdème évolué peut être compliqué d'hyperkératose et/ou de papillomatose. On observe parfois des vésicules lymphatiques (ou lymphangiectasies) qui, lorsqu'elles se rompent, peuvent suinter abondamment (lymphorrhée). Une fois le diagnostic posé, on évalue le volume à l'aide d'un centimètre de couturière. On mesure également le membre controlatéral. Cette évaluation pérимétrique permet le suivi de la pathologie.

Cas particulier du lymphœdème primaire du membre supérieur : il est exceptionnel et son diagnostic doit être un diagnostic d'élimination. On recherchera attentivement et de façon approfondie voire répétée une origine secondaire (thrombose, envahissement / compression axillaire, cancer du sein etc).

On peut documenter le lymphœdème primaire par la réalisation d'une lymphoscintigraphie. Son analyse permet de visualiser la qualité des vaisseaux lymphatiques, le nombre de ganglions lymphatiques ainsi que la présence éventuelle d'un « reflux dermique ».

Pour aller plus loin :

Lymphœdèmes primaires des membres. Vaillant L, Tauveron V. Presse Med. 2010 Dec;39(12):1279-86. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.09.010>

Exploration lymphoscintigraphique dans la maladie lymphatique des membres. Baulieu F, Lorette G, Baulieu JL, Vaillant L. Presse Med. 2010 Dec;39(12):1292-304.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.11.023>

Vignes S, Albuisson J, Champion L, Constans J, Tauveron V, Malloizel J, Quéré I, Simon L, Arrault M, Trévidic P, Azria P, Maruani A. Primary lymphedema French National Diagnosis and Care Protocol (PNDS; Protocole National de Diagnostic et de Soins). French National Referral

2- Diagnostic d'un lymphœdème secondaire du membre supérieur

Le diagnostic de lymphœdème après traitement du cancer du sein est aisément fait lorsqu'il apparaît dans les 2 ans suivant le traitement. Les survenues tardives, jusqu'à parfois 10-15 ans après le traitement initial, ne doivent pas faire méconnaître une récidive, notamment axillaire du cancer.

On retrouve les caractéristiques cliniques habituelles du lymphœdème : c'est un œdème blanc, indolore, ferme, ne prenant que peu ou pas le godet. Il n'y a pas d'équivalent du signe du Stemmer pour le membre supérieur. Un lymphœdème inflammatoire, douloureux ou de progression rapide doit faire rechercher une récidive ou une pathologie associée. Le lymphœdème du membre supérieur peut se compliquer (rarement) de lymphangiectasies. Les complications à type de papillomatose et d'hyperkératose sont exceptionnelles.

Le volume est évalué par la « périmétrie centimétrique » (mesure comparative du périmètre des membres avec un centimètre de couturière). Habituellement le diagnostic de lymphœdème, permettant la mise en place du traitement, est posé à partir de 2 cm d'écart entre les 2 membres supérieurs. Or cette définition diagnostique, relevant d'un accord professionnel, peut être discutée. En effet certaines patientes décrivent une gêne de leur membre supérieur avec sensation de lourdeur et de gonflement, sans que les différences périmétriques atteignent les 2 cm, relèvent d'un traitement de lymphœdème.

Pour aller plus loin :

Redefining the Diagnostic Threshold for Breast Cancer-related Lymphedema. Benjamin D Wagner and al. Ann. Surg. 2025 Nov 12. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006983>

3- Diagnostic d'un lymphœdème secondaire des membres inférieurs et/ou pelvien

Ce sont des lymphœdèmes davantage méconnus que les lymphœdèmes secondaires au traitement du cancer du sein, avec une errance diagnostique plus importante. Ils peuvent survenir dans les suites de cancers pelviens (col, utérus, ovaires, prostate, rectum) ou bien suites à des curages ganglionnaires inguinaux (mélanome) ou bien encore dans le cadre de lymphomes.

Les caractéristiques de ces lymphœdèmes sont les suivantes : prédominance proximale, absence de signe de Stemmer, atteinte bilatérale ou « à bascule » (ex : atteinte de la cuisse d'un côté et de la jambe controlatérale). Face à ces atypies cliniques, il faut rester vigilant et bien éliminer une récidive néoplasique avant de conclure à un lymphœdème séquellaire de traitement.

Les atteintes des organes génitaux externes ne doivent être méconnues. Elles sont isolées ou bien associées à un lymphœdème des membres inférieurs. Dans les lymphœdèmes scrotaux et des grandes lèvres, il n'est pas rare d'observer des vésicules lymphatiques. Ces lymphangiectasies sont très handicapantes dans la vie quotidienne (suintement, démangeaisons, altération vie sexuelle). Lorsqu'elles se fibrosent, elles peuvent être prises, à tort, pour des condylomes.

Pour aller plus loin :

1- Genital Lymphedema after Cancer Treatment: A Narrative Review. Stéphane Vignes. *Cancers* **2022**, *14*, 5809. <https://doi.org/10.3390/cancers14235809>

2- The Prevalence of Lower Limb and Genital Lymphedema after Prostate Cancer Treatment: A Systematic Review. Andries Clinckaert. *Cancers (Basel)*. 2022 Nov 18;14(22):5667. <https://doi.org/10.3390/cancers14225667>

3- GOG 244 - The LymphEdema and Gynecologic cancer (LEG) study: The association between the gynecologic cancer lymphedema questionnaire (GCLQ) and lymphedema of the lower extremity (LLE). Jeanne Cartera. *Gynecol Oncol*. 2019 December ; 155(3): 452–460. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.09.027>

4- Genital Lymphedema Score: Genital Lymphedema Severity Scoring System Based on Subjective Symptoms – Ann Plast Surg. 2016 Jan;77(1):119-21. Takumi Yamamoto¹, Nana Yamamoto, Megumi Furuya, Akitatsu Hayashi, Isao Koshima. <https://doi.org/10.1097/sap.0000000000000360>