

COMPLICATIONS DU LYMPHOEDEME

1- L'érysipèle ou dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN)

La principale complication du lymphœdème est la dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante (DHBNN) communément appelée érysipèle. Le lymphœdème est, de loin, le principal facteur de risque de l'érysipèle. Les patients porteurs de lymphœdème ont 30 à 40% de risque de faire un érysipèle au cours de leur vie. Ce risque augmente à plus de 50% après un premier épisode. L'érysipèle peut-être un facteur d'aggravation d'un lymphœdème préexistant mais également un facteur de décompensation d'un lymphœdème primaire infra-clinique méconnu.

L'érysipèle se manifeste brutalement par une fièvre élevée et/ou une sensation de malaise général, rapidement associées à une rougeur bien limitée, chaude et douloureuse, là où siège le lymphœdème. Le traitement de référence est l'amoxicilline dont la posologie doit être adaptée au poids (50 mg/kg/j, jusqu'à 6 g/j maximum, en 3 prises) ou, en cas d'allergie à la pénicilline, la pristinamycine à 3 g/j pendant 7 jours. Les AINS sont contre-indiqués, les traitements locaux et les anticoagulants sont inutiles. Les facteurs de gravité pouvant justifier l'hospitalisation sont la mauvaise tolérance clinique (sepsis), la sévérité des signes locaux (décollement cutané, nécrose...), l'aggravation rapide, ainsi que l'existence de comorbidités (diabète, obésité morbide, sujet âgé, patient isolé...).

On recherche systématiquement une **porte d'entrée** : une blessure accidentelle, une plaie sur le membre touché ou très souvent, pour l'érysipèle du membre inférieur, un intertrigo inter-orteils qui sera traité par une crème antimycosique. Cette porte d'entrée n'est pas toujours retrouvée. En effet le lymphœdème est par lui-même le facteur de risque le plus important d'érysipèle.

La fièvre et la douleur régressent en 2 à 3 jours. Si ce n'est pas le cas un **nouvel examen clinique** est indispensable, et une hospitalisation parfois nécessaire. **La rougeur disparaît beaucoup plus lentement, parfois après la fin du traitement antibiotique.** Rapidement, dès que la fièvre et la douleur ont disparu, les patients doivent **reprendre** le traitement habituel de leur lymphœdème : drainage, bandage, compression.

La prévention primaire et secondaire de l'érysipèle passe par une prise en charge efficace (avec si possible une réduction de volume) du lymphœdème et notamment par le port quotidien d'une compression élastique adaptée. On conseille aux patients d'être vigilants face au risque de blessures accidentelles sur le membre lymphœdémateux (porter des gants lors du jardinage pour un lymphœdème du membre supérieur par exemple). **En cas de blessure, un lavage à l'eau et au savon associé à un pansement protecteur est suffisant avec une surveillance de l'apparition de signes infectieux.**

En cas de lymphœdème des membres inférieurs, **le dépistage et le traitement systématique des intertrigos inter-orteils est impératif.** La récurrence itérative de l'intertrigo peut justifier un traitement continu par antimycosique topique.

On conseille également aux patients d'appliquer **une crème hydratante** sur la peau, le soir au retrait de la compression.

Il faut apprendre aux patients les signes de début de l'érysipèle pour lui permettre de faire un diagnostic précoce. Chez ceux qui ont déjà présenté un érysipèle, un auto-traitement peut être éventuellement prescrit.

Enfin, malgré les mesures préventives, si le patient fait 2 érysipèles dans l'année, on peut lui prescrire **une antibioprofylaxie** par Pénicilline V 1 MUI 2 à 3 fois par jour selon le poids ou par Benzathine Benzyl Pénicilline 2,4 MUI toutes les 2 à 3 semaines, ou bien par Azithromycine 250 mg/j en cas d'allergie à la pénicilline. La durée de ce traitement, non codifiée, est à évaluer en fonction des différents facteurs de risque. En l'absence de facteurs de risque il est habituel de traiter pendant un an. **Cette antibioprofylaxie doit impérativement être associée au traitement du lymphœdème, à la prévention des blessures accidentelles, à des soins cutanés rigoureux ainsi qu'au dépistage et au traitement systématique des intertrigos.**

La SFL et l'AVML ont créé en 2021 des fiches pratiques sur la prévention et le traitement des érysipèles chez le patient porteur de lymphœdème, destinées aux patients et aux soignants.
<https://avml.fr/erysipele-lo-fiches-pratiques-2021/>

2- Autres complications du lymphœdème

Retentissement psychologique : Dans le lymphœdème, il existe une modification de l'image du corps qui n'est pas corrélée à la gravité de l'augmentation de volume du membre. Ce retentissement psychologique du lymphœdème, **qui affecte significativement la qualité de vie des patients**, ne doit pas être sous-estimé.

Parallèlement, le port du manchon peut également être vécu comme un stigmate de cancer et une difficulté supplémentaire pour oublier une maladie même guérie.

Retentissement fonctionnel : on retrouve parfois des complications fonctionnelles liées au volume du lymphœdème, à la sclérose cutanée et au poids du membre. Ces complications vont d'une plus grande fatigabilité à des souffrances musculosquelettiques invalidantes. Enfin, à ces différentes incapacités s'ajoutent les problèmes quotidiens de choix de vêtements et/ou de chaussage.

Complication rare mais grave : Le syndrome de Stewart Treves est un angiosarcome survenant sur le lymphœdème. Il survient principalement sur le lymphœdème secondaire au traitement du cancer du sein. Sa fréquence est estimée à 0,03% des patientes à 10 ans après mastectomie totale. Il est exceptionnel dans le lymphœdème primaire. **La détection précoce est essentielle : tout nodule violacé ou lésion ecchymotique indurée persistante doit être biopsiée.**

Pour aller plus loin dans les complications du lymphœdème :

V. Tauveron, L. Vaillant. L. Machet. Lymphœdème des membres. Thérapeutique Dermatologique. Février 2023. <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1207>

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. HAS. Février 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf

Compression Therapy to Prevent Recurrent Cellulitis of the Leg. Webb E, Neeman T, Bowden FJ, Gaida J, Mumford V, Bissett B.N Engl J Med. 2020 Aug 13;383(7):630-639.
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1917197>

Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, Foster KA, Mason JM, Chalmers JR, Nasr IS, Brindle RJ, English J, Meredith SK, Reynolds NJ, de Berker D, Mortimer PS, Williams HC; U.K. Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team.N Engl J Med. 2013 May 2;368(18):1695-703. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1206300>

Penha TR, Botter B, Heuts EM, Voogd AC, von Meyenfeldt MF, van der Hulst RR. Quality of Life in Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema and Reconstructive Breast Surgery. J Reconstr Microsurg. 2016 Jul;32(6):484-90. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572538>

Wierzbicka-Hainaut E, Guillet G. [Stewart-Treves syndrome (angiosarcoma on lymphoedema): A rare complication of lymphoedema]. Presse Med. 2010 Dec;39(12):1305-8.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.06.017>

Robert D. Murgia, Gary P. Gross. Stewart-Treves Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. 2023 Aug 14.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507833/>