

DRAINAGE ET CONTENTION : ADAPTATION AUX ENFANTS

Valérie BUGHIN¹



¹ Kinésithérapeute
Réfèrent kinésithérapeute
en dermatologie pédiatrique
Service de rééducation polyvalente
pédiatrique
Hôpital Necker Enfants Malades
Paris
Texte issu de la 1^{ère} Journée
de rééducation vasculaire de l'AKTL
Hôpital Européen Georges-Pompidou
Paris - 20 novembre 2009

RÉSUMÉ

Les anomalies vasculaires superficielles et les dysplasies vasculaires chez l'enfant nécessitent une adaptation avec les techniques utilisées chez l'adulte. Le drainage manuel et les bandages de contention sont adaptés à la petite taille du jeune patient.

La réalisation des contentions des membres doit être révisée avec la croissance et le respect du développement neuromoteur.

SUMMARY

Childhood lymphoedema and vascular dysplasias require modification with the techniques used for adults. Manual drainage and compression bandages are adapted to the small size of the young patient.

The limb bandages must be reviewed in relation to the child's growth and neuromotor development.

MOTS CLÉS

Bandages - Drainage manuel - Dysplasie vasculaire - Pédiatrie

KEYWORDS

Bandages - Manual drainage - Vascular dysplasia - Pediatrics

AU cours des vingt dernières années, l'activité quotidienne en dermatologie pédiatrique à l'hôpital nous a amenés à rencontrer de nombreuses malformations vasculaires : lymphatiques, artérielles et veineuses chez l'enfant. C'est ainsi que nous avons adapté les techniques de drainage et de contention à l'enfant venues de notre formation chez l'adulte [1-3].

ANOMALIES VASCULAIRES SUPERFICIELLES

Lymphœdème

Dans le cadre des anomalies lymphatiques de l'enfant, la décongestion des membres lymphœdémateux est semblable à celle de l'adulte. La phase de traitement intensif consiste à réduire l'œdème par drainage manuel et contentions de type rigide, puis semi-rigide, élastique rapidement pour redonner du mouvement à l'enfant.

Dès que cela est possible, il est confectionné une contention sur mesure de classe 2 à 3. Sa réalisation est difficile du fait de la prise de mesure sur un membre de taille très petite. La nécessité de trouver d'excellents professionnels orthoprothésistes pour les mesures déterminera le port de la contention future.

La réussite du traitement est directement liée à la compliance de l'enfant et de ses parents. S'agissant d'une atteinte chronique définitive, une éducation thérapeutique familiale et de l'enfant doit être adop-

tée dès le début du traitement et suivie tout au long de la croissance. La relation "enfant-kinésithérapeute-parents est essentielle". Le rôle du kinésithérapeute "conseiller de santé" est primordial.

Le drainage manuel utilise des manœuvres essentiellement basées sur la résorption proximo-distale.

Au début de la prise en charge, dès l'obtention de l'assouplissement désiré par le kinésithérapeute, ce dernier va réaliser une contention rigide [4]. Cette contention est faite d'une couche de coton en bande, recouverte d'une bande non élastique (les plus petites existent en 3 cm) en prenant soin de respecter les mobilités articulaires chez l'enfant en pleine croissance et en pleine découverte de ses mouvements.

Le traitement est souvent réalisé avant l'âge de un an lors de la programmation mentale des coordinations motrices et l'élaboration de la maturation gestuelle.

Rapidement, dès l'obtention d'un résultat satisfaisant, un bandage plus léger est réalisé avec des bandes cohésives et/ou élastiques à allongement court. Les bandes élastiques standards sont souvent difficiles à adapter à cause de leur taille à l'enfant (les bandes cohésives peuvent être pliées en deux et réduire leur largeur à 3 cm et sont, de ce fait, plus rigides).

Il est nécessaire de penser en permanence au développement des compétences fonctionnelles de l'enfant tout au long de sa croissance avec son lymphœdème.



Figure 1
Kasabach-Merritt qui entraîne
une séquelle :
lymphœdème définitif



Figure 2
Kasabach-Merritt en phase aiguë

Kasabach-Merritt

La maladie de Kasabach-Merritt est une tumeur vasculaire avec thrombopénie majeure et coagulopathie de consommation plus ou moins marquée. Elle diffère de l'hémangiome par la biopsie qui montre un angiome en touffe ou hémangio-endothéliome kaposiforme. Une agglomération en peloton de vaisseaux sanguins et lymphatiques est retrouvée [5].

Pour les enfants pris en charge tardivement dans des syndromes de Kasabach-Merritt en kinésithérapie, une fois résolue leur poussée inflammatoire, la séquelle majeure est un véritable lymphœdème nécessitant une contention à vie et un traitement par drainage manuel (fig. 1).

Dans le meilleur des cas, le drainage et la contention doivent être réalisés le plus tôt possible en hospitalisation de façon à juguler les phénomènes douloureux et œdémateux. La thrombopénie s'associant à cette poussée est surveillée et la contention portée jour et nuit pendant plusieurs mois. Dès que l'état de l'enfant le permet, celui-ci rentre à domicile avec une contention. Un suivi de consultation médicale et kinésithérapique est organisé. L'organisation d'une bonne relation "hôpital-ville" est obligatoire, appuyant la notion de "réseau kinésithérapique".

À certains moments, il est indispensable de lever et remettre la contention rapidement uniquement pour renouveler le bandage. On ne pourra pas faire de drainage tellement la zone atteinte s'œdématiserait rapidement. La levée de la contention favorise la chute des plaquettes par la consommation intra-vasculaire disséminée dans la malformation. Il s'agit des phases critiques pour la survie de l'enfant (fig. 2).

Un suivi orthopédique est nécessaire pour favoriser un développement musculo-squelettique optimal. Des orthèses sont parfois réalisées, pour permettre la marche, sur des articulations (genoux, chevilles) qui ont été rendues instables par l'œdème excessif (fig. 3).

Des contentions sur mesure seront réalisées avec une contention plus souple (force 2) dès que la poussée est jugulée mais elle restera souvent indispensable quelques années.

DYSPLASIES VASCULAIRES : formes complexes combinées et syndromiques (lymphangiome kystique, dysplasie vasculaire complexe, syndromes - Protée, Parkes-Weber...)

Les dysplasies vasculaires complexes vont de l'atteinte d'un doigt, d'un membre entier, voire d'un hémicorps et comportent toutes sortes de malformations avec atteinte veineuse et lymphatique, parfois shunt artério-veineux [5].

L'adaptation du traitement se fait en fonction de la présentation clinique. Il faut évaluer la part lymphatique veineuse ou artérielle.

Dans tous les cas, on retrouve une augmentation de volume sachant que cet œdème se répartit dans tous les tissus sous-jacents. Les dysplasies vasculaires se répartissent en général de la peau vers les muscles, voire l'os [6].

Le drainage manuel se fait bien sûr en fonction du type d'œdème. Tout œdème veineux non pris en charge s'aggrave et peut faire décompenser le système lymphatique par surcharge liquidienne dans tous les vaisseaux de la malformation. Ce sont des malformations congénitales définitives qui demandent une prise en charge tout au long de la vie. Le traitement est variable dans l'adaptation du drainage et des contentions.

Les manœuvres de drainage sont à but de mécanisation tissulaire, de drainages veineux avec pressothérapie manuelle et lymphatiques pour les kystes.

D'autres professionnels peuvent intervenir parallèlement à la kinésithérapie. La chirurgie permet de réduire des masses résistantes au traitement kinésithérapique (lipœdème, kystes). La kinésithérapie est entreprise dès le postopératoire par drainage et contention de façon à améliorer la cicatrisation et optimiser le résultat.

Dans toutes les situations précédemment exposées, la rééducation motrice faite par le kinésithérapeute habitué aux techniques de la rééducation orthopédique, musculaire et neuromotrice accompagne le traitement de drainage lympho-veineux. La séance se déroule au lit du patient ou en salle de kiné. Les parents sont présents et largement encouragés à regarder, apprendre le drainage et la contention.

L'adaptation de l'enfant est facilitée par une ambiance calme avec une musique, un film, un livre aimé. Pour les plus petits on peut chanter ou fredonner seul ou avec la maman.

En phase d'attaque du traitement, la séance est quotidienne sauf le week-end, une à 2 semaines. La contention doit être réalisée rapidement car c'est ce que l'enfant a le plus de mal à supporter. Puis, une séance tous les 2 jours et, dès que l'œdème est stable, on fera confectionner une contention sur mesure.



Figure 3
Adaptation orthopédique pour la marche
avec contention par collant

Ensuite, on passera à deux séances par semaine, une pour le drainage et une pour la rééducation fonctionnelle (orthopédique, musculaire, neuromotrice) (fig. 4).

Le traitement par bandage peut être repris quelques semaines ou mois plus tard, ceci afin de diminuer à nouveau l'œdème.

Du fait du très grand nombre de localisations des anomalies d'aspect, de texture et de problèmes associés différents, les contentions utilisées sont très variées et personnalisées à chaque cas (fig. 5).

Il n'y a pas de standardisation, elles nécessitent adaptation et remise en cause permanente, il faut avec toutes les techniques connues trouver la meilleure solution, le meilleur produit de contention.

Les contentions sur mesure seront faites avec autant de difficultés que pour les autres pathologies, parfois immédiatement après la chirurgie (fig. 6).

CONCLUSION

L'observation des enfants porteurs de malformations vasculaires de ce type doit nous amener à adapter sans cesse nos manières de les traiter. La remise en cause des traitements de la veille, leurs modifications en fonction du résultat obtenu testent notre propre capacité d'adaptation.

Les résultats obtenus dans les services hospitaliers spécialisés témoignent des possibilités que possèdent les kinésithérapeutes pour améliorer le devenir de ces enfants. La prise en charge pluridisciplinaire et la nécessité de trouver un relai de ces soins en ville par l'intermédiaire d'un "réseau" de kinésithérapeutes libéraux formés aux techniques vasculaires permettront de contribuer pour ces enfants, à mieux vivre leurs déficiences. ■



Figure 4
Rééducation neuromotrice et fonctionnelle sans contention



Figure 5
Contention sur mesure sur un bébé de 6 mois



Figure 6
Contention élastique adhésive postchirurgie
après drainage

Bibliographie

- [1] Ferrandez JC. Drainage lymphatique manuel et œdème. Évaluations de son efficacité pour quelles conclusions ? *Cah Kinésithér* 2000;fasc.201;n°1:19-22.
- [2] Ferrandez JC, Theys S, Bouchet JY. Drainage lymphatique manuel : (r)évolution. *Kinésithér Scient* 1999;390:6-8.
- [3] Ferrandez JC, Theys S. Comment utiliser les bandages de contention/compression vasculaire. *Kinésithérapie, les Cahiers* 2004;n°26-27:50-3.
- [4] Bughin V, Hamel-Teillac D, Commare MC. Dysplasies vasculaires et lymphœdème primaire. *Kinésithér Scient* 2005; 253:29-35.
- [5] Hamel-Teillac D. Angiomes et dysplasies tissulaires majeures. *Arch Pédiatr* 1999; 6;suppl.2:299-302.
- [6] Bughin V. Kinésithérapie des dysplasies vasculaires complexes. *Kinésithér Scient* 2008;494:29-33.