

Conference AQL 30.08.2010
Clinique Regina Assumpta – Montreal
Conférencier : Monica Coggiola

Quand la compression fait défaut.... Des solutions possibles

Bonjours à tous, je m'appelle Monica Coggiola, je suis une physiothérapeute italienne depuis 1986 et j'enseigne le DLM selon Vodder depuis 19 ans, en Italie et à l'étranger, avec l'autorisation de l'Ecole Vodder de Walchsee, en Autriche. Je viens en Québec depuis 10 ans, à peu près.

On m'a demandé de discuter d'un sujet que je vais essayer de répondre en l'accompagnant de quelques réflexions personnelles, sans entrer dans les détails trop techniques.

Je pense que beaucoup d'entre vous, ce soir, en plus de médecins et de thérapeutes, sont patients. Et si vous êtes ici, je crois que vous êtes bien informés et conscients de ce que signifie de vivre avec un partenaire qui s'appelle lymphoedème !

Je pense donc que je ne dis pas quelque chose de nouveau en disant que le bandage compressif est un des piliers du traitement de décongestion complexe utilisés dans le thérapie du lymphoedème.

Je me suis donc posée les questions suivantes: chez les patients présentant un lymphoedème, à l'exclusion des cas de lymphoedème malignes, quand et pourquoi un bandage, apparemment bien exécuté, peut créer des problèmes, être intolérable pour le patient, être inefficace?

* Et quelles devraient être les précautions à suivre, les changements dans la mise en œuvre, les matériaux "alternative" à utiliser?

* En premier lieu, habituellement le pt accepte volontiers le LDM, comme il s'agit d'un massage, en plus agréable et relaxant. Souvent, l'attitude vers le bandage est très différente, il n'est pas rare que le pt déjà préalablement refuse cela, car il rend plus évident pour tous un problème qu'il essaie de camoufler, encombre les mouvements, serre, chauffe, rend maladroit et nécessite l'utilisation de vêtements plus amples...

Mon opinion est que, hormis le cas de lymphoedème malignes, si le thérapeute est bien capable dans son travail, est très rare qu'un bandage ne fonctionne pas ou que le patient ne peut pas le supporter.

* En principe, un bandage peut n'être pas efficace si est mal fait, ou si le patient enlève les bandes, parce qu'elles ne sont pas confortables, ou il

essaye de se refaire le bandage et il fait ça dans une mauvaise façon. ou parce qu' il l'enlève trop tôt, ou le matériau utilisé n'est pas optimal pour lui ...

...

Premièrement, le thérapeute doit expliquer l'utilité du bandage et faire comprendre qu'il est essentiel

.

* La coopération du pt est d'une importance fondamentale, ainsi que de préciser que un bandage ne doit pas être considérée comme une sorte de "plâtre" qui bloque les mouvements : au contraire nous devons demander au patient de se déplacer aussi normalement que possible, et, même sans aller jusqu'à être fatigué, de bien utiliser le membre sous bandage (en plus par des exercices spécifiques), comme on sait que la contraction musculaire sous bandage est plus efficace pour ce qui concerne la réduction de l'œdème..

* Bien sûr, le thème " combien serrer " dépend de plusieurs facteurs (la sensibilité individuelle, l'âge du patient, la consistance de la peau, etc ...), mais j'estime qu'il est un peu différente la situation d'un patient hospitalisé dans un service spécialisé dans le traitement de LE et un patient qui va tous les jours dans un centre pour être soigné, et puis rentre dans la maison et doit effectuer, ou du moins il essaie, les activités ménagères et de travail.

En plus d'enseigner, j'ai une clinique dans la ville où je vis en Italie.

En Italie, comme je le pense au Québec, il n'existe pas une structure spéciale pour le traitement de LE prévoyant l'hospitalisation du patient.

Par conséquent, j'invite le patient à une rencontre préliminaire au cours de laquelle je lui donne l'information sur le traitement qui est sur le point de commencer, je lui montre le matériel que je vais utiliser, je prends les mesures, etc ...

En plus, les premières séances, je préfère ne pas imposer un bandage trop serré pour être sûr que le pt sera en mesure de le garder jusqu'à la séance du lendemain, sans devenir stressé parce qu' il se sent incapable d'exercer ses activités normales. Dans une situation comme ça, un bandage trop contraignant pourrait le conduire à l'enlever et n'e l'accepte pas plus!

Je lui explique que tout d'abord il se sentira un peu "contraignant », mais il sera mieux après une heure parce que le membre bandé dégonflé et le bandage sera plus confortable.

* Ayant obtenu la coopération des pts, il ya des « subtilités » à se rappeler lors de l'exécution du bandage, apparemment négligeable, mais ils peuvent faire une différence "entre un bandage efficace, acceptable, même confortable..

Tout d'abord, la position ...Le pt doit être à l'aise et détendu, il nous aide beaucoup plus s' il ne se déplace pas, au lieu de se tourner toujours en

pensent de faciliter notre travail!

Pour le m. sup. je conseille la position couché sur la table de massage, avec le bras allongé le long du corps. Je reste en face de lui et j'évite qu'il continue de fléchir et étendre le membre, ou qui tourne l'avant-bras .

Pendant le bandage de la main et des doigts je lui demande d'écartier bien les doigts, pouce en ligne avec les autres doigts et non pas porté vers le bas, parfois je mets mes doigts entre les siens pour l' aider à garder cette position. Au cours de l'application de la deuxième bande (à partir du poignet) et des suivantes, je demande au pt de fermer le poing et le placer sur mon ventre, en poussant contre moi, avec le coude en flexion, comme ça le bandage sera plus confortable même avec la musculature au repos.

Au niveau de la plie du coude et du creux poplité, régions particulièrement sensibles, je conseille de renforcer le rembourrage avec l'application d'un carré de mousse supplémentaire (1 cm d'épaisseur) dessous du rouleau de la mousse normalement utilisés, pour éviter la formation de rougeurs et des lésions.

La peau entre le pouce et l'index et le dos du pied sont autres points critiques, ici parfois je renforce le rembourrage pour éviter lésions cutanées. .J'évite de faire trop de « chevauchements à 8 » au niveau des articulations, en particulier au coude et à la cheville, je sais qu'ils gênent et peuvent causer des douleurs, des rougeurs, serrer!

- Pour le membre inférieur, le patient est couché sur le dos, pendant l'exécution du bandage du pieds, la cheville est fléchié à 90 °, quand j'arrive au talon et en remontant sur la jambe, je demande la flexion du genou.

* A la fin, pour les deux jambes, je vérifie que les mouvements des articulations enveloppées soient bien possibles et que ne provoquent pas la descente des bandes ou, par exemple, leur déplacement (En particulier le talon).

En ce qui concerne le matériel à être utilisé pour effectuer un bandage, ces matériaux sont: le manchon ou stokinette, le matériel de rembourrage et les bandes.

- A propos du manchon, c'est un tubulaire en coton ; j' ai jamais eu des pts allergiques dans le cas, ils existent en vente des tubulaires du coton non blanchis .

- Pour le rembourrage: je préfère généralement utiliser de la mousse 0,5 cm d'épaisseur, et les couper en bandes, mais en cas de disproportion excessive entre la main et l'avant-bras ou la jambe et le pied, on pourra utiliser de la mousse avec des formes prédécoupées et d'un cm d'épaisseur

Je décide en fonction de la forme du membre à partir de quel point je commence à utiliser la mousse en bandes .

* De nombreux thérapeutes préfèrent utiliser les bandes d'ouatte d'Allemagne, personnellement, je reconnais que le volume final du bandage sera plus petit, mais je trouve que la mousse me permet de faire plus de compression, est mieux tolérée et donne plus d'effet « d'amorti ».

Encore, on pourra utiliser des bandes de mousse à cellules ouvertes prêtes à l'emploi, ils sont plus chers et plus compacts mais ils ont aussi plus de longévité par rapport à la mousse

J'ai souvent utilisé un matériau à nervures appelé « spaghetti », très utile en cas d'œdème dur et fibreux.

Il s'agit d'un matériel en feuilles de 60 cm de côté que je coupe pour l'adapter à la forme du membre : je préfère le couper en formes simples et essentielles, plutôt que de le couper en morceaux petits et trop « sur mesure », qui est très difficile à faire rester en place pendant le déroulement et l'application des bandes . Par ailleurs, la perte de volume obtenue pendant la thérapie intensive implique une adaptation continue de la forme et donc un gaspillage de matériel (très onéreux). Parfois, je l'utilise par-dessous du rembourrage normal, seulement sur les endroits où la LO est fibreuse et dure, ou comme rembourrage pour la totalité du membre!

* Une autre possibilité est ce que l'on appelle « chocolat », il s'agit de petits cubes coupés d'une feuille de mousse à cellules ouvertes en caoutchouc, biseautés sur les 4 côtés et collés sur un support adhésif de tissu non tissé : On peut préparer le chocolat à feuilles pour rembourrage partiel, mais j'ai souvent utilisé des rouleaux préparés avec patience, et ils ont donné d'excellents résultats.

Pour arriver à parler des bandes , j'utilise de préférence la courte élasticité, c'est-à-dire les bandes qui sont peu extensibles, mais si, pour quelque raison, le patient a des problèmes, ou si je veux diversifier le bandage quand un membre est moins œdémateux en cas de lymphœdème bilatéral, ou comme une proposition de compromis à un patient qui, du moins initialement, refuse le bandage classique, j'utilise des bandes à longue élasticité (qui sont très extensibles) qui ne requièrent pas nécessairement l'utilisation du rembourrage ou peuvent également être utilisées avec rembourrage seulement des zones de forme irrégulière (comme la main ou le pied ou les malléoles) ou avec la peau plus sensible (plis du coude et creux poplité).

Autres options: récents: l'utilisation de tape adhésif (kinésiotaping) On l'appelle Linfotaping, quand l'utilise dans le domaine lymphatique, combinée au LDM ou même en remplacement (partiel ou total, parfois) du bandage, ou appliqués sur la peau en dessous du bandage :

L'efficacité du linfotape est due a 2 facteurs : en premier lieu, ses caractéristiques (1. la même élasticité et le même épaisseur de la peau, 2. distribution de la colle pour former des circonvolutions et non uniformement -) et deuxièmement,, avec la façon de l'application (fibres musculaires et peau positionné pour d'obtenir leur extension).

Le mouvements provoquent la formation des plis du tape, qui soulèvent la peau avec un effet de décompression au niveau des tissus sous - cutanés. Le tape peut rester sur place pendant plusieurs jours, il ne rend pas le membre plus volumineux, le pt peut se déplacer et s'habiller comme d'habitude, il est actif 24h/24, les allergies à la colle sont rares, il est bien accepté par le pt. La façon de couper le tape plus utilisé en Lymphologie est en forme d'éventail avec 5 ou plusieurs bras. En Italie, nous sommes en train d'étudier l'efficacité en association avec bandage (par ex. application du kinesiotaping au niveau du tronc, bandage du membre avec oedème) ou en substitution du bandage. Encore, le taping assoupli la fibrose, améliore les cicatrices problématiques, aplati considérablement les chéloïdes C'est intéressant de noter que le tape peut être utilisé sur des zones du corps qui ne peuvent être bandée (p.es. cou, visage, etc...)

* Les bandes à l'alginate : ce sont des bandes fabriqués en Allemagne, imbibés d'une crème à base d'alginate et d'oxyde de zinc L'alginate est un produit d'origine naturelle, provenant des algues brunes, soluble dans l'eau, utilisé depuis des années dans le traitement des plaies chroniques en raison de son effet d'adsorption et de stimulation des processus de granulation. ne donnent pas une grande augmentation de la volume du membre parce que ils sont mis directement sur la peu sans mousse au milieu, sont bien acceptés par le pt, ils froidi la peau pendant environ 6 heures, puis on pourra le rafraîchir de nouveau en les arrosant avec de l'eau , on peut le garder pendant plusieurs jours (jusqu'à 3 / 4), 2 couches sont suffisants. Leur utilisation idéale est en alternative aux bandages traditionnels pendant le week-end ou les jours fériés ; sont jetables mais d'un coût élevé, quand ils se sechent deviennent plus rigides et étroits, mais sans empêcher les mouvements, donc s'adaptent bien à la perte de volume du membre sous banddage également excellents pour la peau sensible et avec problèmes, ne tombent pas parce qu'ils sont cohésives, elles peuvent être enlevées par le patientj.

Enfin, je veut citer deux autres produits, dont j'ai une connaissance directe : Mobiderm produit par THUASNE et Juxta - Fit de CIRCAID.

J'ai entendu parler de ces produits pour la première fois ici, en Italie je pense que ne sont pas connus

Mobiderm, est un dispositif mobilisateur des tissus sous-cutanés, disponible dans 3 modèles: plaque, bande, vêtement. Il est en tissu non tissé, adhésif, entre 2 couches de cet tissu sont contenues des plots de mousse à cellules ouvertes

C'est un matériel de rembourrage qui peut être utilisé par le thérapeute pendant la phase de thérapie intensive

Il peut être utilisé sous bandage pendant le jour et / ou la nuit, il provoque un cisaillement intense des tissus sous-cutanés et peut être appliqué un jour sur deux, avec une surveillance quotidienne.

Le vêtement, en forme de manchon pour le membre supérieur ou inférieur, peut être utilisé par le patient lui-même. Il est léger, et lavable à la main.

Les produits de CircAid, sont utilisés à la place du bandage des membres, sont disponibles en différentes versions et tailles, et aussi sur mesure et enfin fixés à la cheville. Comme ils sont réglables, s'adaptent bien aux changements de volume. Ce sont pratiques, légères, lavables à la machine. Selon le modèle, ils peuvent être utilisés jour et nuit, ou que la nuit desserrant un peu les «bandes».

Bien sûr, c'est une liste très incomplète, mais j'espère d'avoir un peu stimulé l'imagination, la créativité et la flexibilité du thérapeute!

Merci de votre attention !