

## Jambes

# Le lipœdème

**RÉSUMÉ :** Le lipœdème est une pathologie chronique et évolutive qui touche environ 10 % des femmes. Aucune cause n'a été clairement identifiée, même si sa survenue est concomitante à un bouleversement hormonal (puberté, grossesse ou ménopause). Pathologie méconnue du corps médical, son retard diagnostique et l'absence de prise en charge peuvent mener à des complications invalidantes comme la perte de mobilité ou le lymphœdème secondaire.

Le diagnostic clinique est simple et les symptômes facilement identifiables, la maladie se présentant comme une lipodystrophie douloureuse. Les traitements conservateurs permettent de soulager provisoirement les symptômes mais le seul traitement efficace reconnu est la liposuction, considérée comme *gold standard* dans le traitement de la maladie.



**A. DELOBAUX**  
Clinique esthétique Aquitaine,  
BORDEAUX.

Le lipœdème est une pathologie chronique, progressive et invalidante de la graisse sous-cutanée des membres inférieurs, touchant quasi exclusivement les femmes. Elle se caractérise par une augmentation bilatérale de la circonférence des jambes avec sensations douloureuses et ecchymoses sur traumatismes mineurs. La maladie est souvent qualifiée de lipodystrophie douloureuse. Décrite par Allen et Hines en 1940 [1], cette pathologie reste largement sous-diagnostiquée et relativement méconnue du corps médical, elle touche pourtant jusqu'à 10 % de la population féminine adulte caucasienne [2].

Le lipœdème est aussi fréquemment appelé "syndrome des deux corps", en référence à la facilité de diagnostiquer la maladie en comparant les proportions entre le tronc et les membres inférieurs. La circonférence des jambes est anormalement augmentée et les accumulations de tissus graisseux s'arrêtent de façon nette au niveau des chevilles. À l'inverse du lymphœdème, le lipœdème épargne les extrémités, pieds et mains [1, 3]. Des ecchymoses apparaissent facilement dans les zones atteintes après un traumatisme mineur.

Les conséquences du lipœdème sont nombreuses, incluant la réduction de mobilité, les symptômes douloureux, les difficultés à l'habillage, la diminution de la qualité de vie...

### Épidémiologie

C'est une pathologie qui affecte presque exclusivement les femmes. Le déclenchement de la maladie survient le plus souvent en période de changement hormonal comme la puberté, la grossesse ou la ménopause. Chez les hommes, la pathologie est exceptionnelle mais des syndromes similaires ont été décrits dans des circonstances particulières telles que la supplémentation hormonale thérapeutique, les déséquilibres hormonaux ou les cirrhoses hépatiques.

Les données épidémiologiques sont minces mais la plupart des études rapportent une prévalence de 7 à 10 % selon les groupes de population étudiés et les critères diagnostiques [2]. La plupart des statistiques sont toutefois sous-évaluées du fait la méconnaissance de la maladie et de ses critères diagnostiques (*tableau I*).

# Jambes

Surcharge graisseuse localisée aux membres inférieurs (jambes et cuisses le plus souvent)
Élargissement symétrique des membres
Début à la puberté, pendant la grossesse ou à la ménopause
Maladie quasi exclusivement féminine
Pathologie chronique et évolutive
Jambes lourdes
Douleurs spontanées ou à la pression, engourdissements, sensations de brûlures et de picotements
Ecchymoses sur traumatismes mineurs
Œdèmes
Mains et pieds habituellement épargnés
Signe de Stemmer négatif
Nodules palpables dans la graisse sous-cutanée
Diminution de la qualité de vie, de la mobilité et exclusion sociale

**Tableau I :** Le lipœdème, une véritable maladie.

## Étiologie et physiopathologie

Aucune cause n'a été clairement identifiée. Il existe une atteinte familiale dans 60 % des cas, avec une composante génétique à transmission autosomique dominante.

La surcharge localisée en tissus graisseux est une conséquence de l'hypertrophie et de l'hyperplasie des cellules graisseuses. Il existe également une augmentation de la perméabilité capillaire avec une fuite des fluides du système vasculaire vers l'interstitium [4]. En réponse à cette fuite capillaire, les lymphatiques réagissent en augmentant les flux de lymphe, ce qui mène à l'apparition d'œdèmes. L'augmentation de la fragilité capillaire est la cause d'ecchymoses fréquentes survenant en cas de traumatismes mineurs. Un certain nombre de patients développeront un lymphœdème secondaire et, dans les cas les plus sévères, certains développeront une sclérose des tissus atteints.

## Signes cliniques et impact sur la qualité de vie

Les changements associés au lipœdème sont toujours symétriques au niveau des jambes et/ou des bras.

Il existe 3 stades cliniques du lipœdème [5] (**tableau II et fig. 1**) :

- **stade 1** : tissu sous-cutané épaissi et souple, petits nodules, peau lisse ;
- **stade 2** : tissu sous-cutané épaissi et souple, nodules importants, peau irrégulière ;

– **stade 3** : tissu sous-cutané épaissi et induré, nodules importants déformant les faces internes des cuisses et des genoux.

La douleur, spontanée et à la pression, est un des principaux signes du lipœdème, elle permet de le différencier du lymphœdème. Elle est très souvent accompagnée de sensations de brûlures, de tension et de lourdeur [6]. Les œdèmes sont orthostatiques le plus souvent et sans insuffisance lymphatique associée [5]. Les ecchymoses sont la conséquence d'une fragilité capillaire accrue et survenant sur traumatismes mineurs [7].

L'augmentation du volume des membres est liée à l'hypertrophie du tissu graisseux sous-cutané qui provoque des changements importants de leur circonférence en comparaison avec les zones non atteintes. L'épaississement des membres inférieurs allant des jambes aux cuisses est responsable d'une diminution

	Surface cutanée	Tissus adipeux sous-cutané
<b>Stade 1</b>	Normale	Nodules de petite taille
<b>Stade 2</b>	Irrégulière (peau d'orange)	Nodules de taille supérieure
<b>Stade 3</b>	Déformation lobulaire	Nodules larges et déformations

**Tableau II :** Stades cliniques du lipœdème (d'après [5]).



**Fig. 1A :** Lipœdème stade 1. **B :** Lipœdème stade 2. **C :** Lipœdème stade 3 (d'après [6]).

de la qualité de vie, en partie liée à la perte de mobilité.

Le signe de Stemmer est négatif, il se recherche en pinçant la face dorsale du deuxième orteil. En cas de lymphœdème, la peau à ce niveau est empâtée et impossible à plisser. Le signe de Stemmer est quasi pathognomonique du lymphœdème de membre inférieur. Des nodules sphéroïdes de 5 à 10 mm sont parfois palpables au sein des zones atteintes, le nombre de nodules palpables augmentant avec la progression du lipœdème.

Une atteinte des bras est présente dans 30 % des cas environ, la plupart des patients présentent des tableaux cliniques variés avec des atteintes hétérogènes mais rares sont ceux présentant une atteinte des membres supérieurs de façon isolée.

L'aggravation de la maladie est imprévisible et diffère selon les cas. Il n'existe pas de corrélation entre le stade de la maladie et les symptômes cliniques. L'évolution vers le lymphœdème secondaire peut apparaître à tout stade de la maladie. L'obésité est un facteur aggravant et peut majorer les symptômes.

Dans une étude hollandaise [8], 163 patients atteints de lipœdème ont répondu à des questionnaires multiples relatifs à la qualité de vie. Les plaintes des patients concernaient : les douleurs spontanées (88,3 %), les douleurs à la pression (87,7 %), les ecchymoses sur traumas mineurs (85,9 %), la froideur des membres (71,8 %), la sensation de brûlure (35,6 %), les engourdissements (37,4 %). Pas un seul patient atteint de lipœdème n'était indemne de symptôme.

L'impact sur la qualité de vie est considérable, particulièrement lorsque les douleurs s'accompagnent d'une perte de mobilité [9]. L'estime de soi et le bien-être psychologique sont également affectés par la maladie.

	Lipœdème	Obésité	Lymphœdème
Surcharge graisseuse localisée	+++	+++	(+)
Disproportion	+++	(+)	+
Œdème	(+)	(+)	+++
Douleur à la pression	+++	-	-
Ecchymoses sur traumas mineurs	+++	-	-
+ à +++ : présent; (+) : possible; - : absent			

Tableau III : Signes cliniques différentiels dans le lipœdème, l'obésité et le lymphœdème (d'après [3]).

### ■ Diagnostics différentiels

Les pathologies à éliminer avant de poser le diagnostic de lipœdème présentent des similitudes cliniques mais peuvent rapidement être éliminées à l'aide de quelques critères simples. Ainsi, même si les patients atteints d'obésité et de lymphœdème présentent une augmentation de volume des membres inférieurs, le tableau clinique reste très différent (*tableau III*).

### ■ Traitements conservateurs

Les traitements conservateurs ont longtemps été la pierre angulaire du traitement du lipœdème [10, 11], ils ont 2 objectifs principaux :

- amélioration des symptômes tels que la douleur, l'œdème, les ecchymoses et la perte de mobilité ;
- prévention des complications : en cas de progression importante de la maladie, une forte augmentation de volume des membres peut provoquer macération, infections, érysipèle, lymphœdème et complications orthopédiques.

Il n'existe pas à ce jour de traitement étiologique.

**>>> La cure thermale :** le bénéfice est principalement psychologique et les patients se sentent soulagés de façon transitoire.

**>>> Les drainages lymphatiques manuels :** effectué par le kinésithérapeute le plus souvent, ce traitement consiste à masser les membres pour

accélérer la circulation de la lymphe. Ce traitement est peu efficace sauf en cas de lymphœdème associé.

**>>> La pressothérapie :** les bottes enfilées par le patient vont exercer une pression sur les membres et favoriser la circulation et le drainage de lymphe.

**>>> Les bas de contention :** ils exercent une pression sur le membre inférieur, aussi bien au repos qu'à l'effort. Il est en général conseillé de les retirer la nuit. La compression peut être réalisée par des bandes ou par des bas. Par "bas", on entend chaussettes (s'arrêtant juste sous le genou), bas-cuisses (s'arrêtant à la racine de la cuisse) ou collants. Les bandes sont plutôt utilisées pour une courte durée, alors que les bas sont mieux adaptés à une utilisation à long terme.

**>>> Une bonne hygiène de vie et alimentaire :** la pratique d'un sport peut améliorer l'aspect de la peau et des membres touchés. Une alimentation trop riche et un surpoids peuvent aggraver le lipœdème.

Les drainages lymphatiques manuels, les thérapeutiques de compression et l'exercice physique permettent de diminuer les symptômes. Dans le cas où le lipœdème serait associé à un lymphœdème secondaire, les thérapeutiques spécifiques du lymphœdème seront utilisées.

### ■ Traitement chirurgical : la liposuction, gold standard

Le traitement du lipœdème par liposuction a été décrit initialement par

## Jambes

### POINTS FORTS

- Le lipœdème est une maladie méconnue des patients et des soignants.
- Environ 10 % des femmes caucasiennes sont touchées.
- Il existe 3 stades dans l'évolution de la maladie.
- Le tableau clinique est celui d'une lipodystrophie douloureuse.
- La liposuction est le *gold standard* dans le traitement du lipœdème.

Schmeller et Meier-Vollrath en 2006 [12]. La méthode est rapidement devenue le *gold standard* dans la prise en charge du lipœdème [12-16].

Elle est indiquée pour les patients présentant des symptômes résistants aux traitements conservateurs ou en cas d'aggravation de la maladie (volume de la surcharge graisseuse) et/ou exacerbation des symptômes. Les objectifs sont multiples : diminuer les douleurs,

les ecchymoses, les œdèmes et la circonférence des membres. Cela permettra d'impacter positivement la mobilité des patients et leur qualité de vie. Elle permet une élimination quasi définitive des amas graisseux et une disparition quasi complète des symptômes (**tableau IV, fig. 2 et 3**).

Les études rapportent une amélioration des douleurs, des œdèmes, des ecchymoses et des limitations de mobilité,

Objectifs primaires	Objectifs secondaires
Augmenter la mobilité des membres inférieurs	Améliorer le galbe des jambes et la silhouette
Diminuer les excès de graisse sous-cutanée	Diminuer la faiblesse et la fatigue
Diminuer les douleurs	Améliorer l'esthétique des jambes
Améliorer la qualité de vie	Diminuer les œdèmes
Diminuer les ecchymoses	Augmenter l'estime de soi

**Tableau IV** : Objectifs du traitement par liposuction.



**Fig. 2A** : Lipœdème stade 1, photographie de face préopératoire. **B** : photographie de face postopératoire à 3 mois.



**Fig. 3A** : Lipœdème stade 1, photographie de dos préopératoire. **B** : photographie de dos postopératoire à 3 mois.

ainsi qu'une meilleure apparence physique et une qualité de vie augmentée. L'amélioration des mouvements est présente pour 80 à 100 % des patients.

### Bénéfices de la liposuction à long terme

Baumgartner *et al.* [17] ont rapporté d'importants bénéfices à long terme dans une étude regroupant 85 patients atteints de lipœdème et traités par liposuction, dont le suivi a duré 8 ans. Les améliorations sur la douleur, la sensibilité à la pression, les ecchymoses, les œdèmes et la mobilité persistaient sur les 8 années de suivi, de même que les bénéfices sur l'amélioration de l'apparence cosmétique, la qualité de vie ou l'amélioration globale ressentie. Enfin, 30 % des patients se déclaraient libres de tout symptôme après le traitement par liposuction.

### Prise en charge postopératoire

Les patients ayant bénéficié d'un traitement du lipœdème par liposuction devront envisager de nombreuses séances de drainages lymphatiques manuels durant plusieurs semaines après l'intervention. En effet, les œdèmes au niveau de la zone traitée peuvent persister 4 semaines ou plus.

Une anticoagulation à dose préventive est prescrite pour 1 à 2 semaines selon la reprise de la déambulation. Des bas de contention de classe 2 sont portés pendant 2 à 4 semaines après la chirurgie pour prévenir la formation d'épanchements lymphatiques postopératoires.

La reprise progressive des activités débutera dès la fermeture des orifices de liposuction avec des séances de marche, de gymnastique aquatique, de natation...

## ■ Conclusion

Le lipœdème est une pathologie chronique et invalidante méconnue malgré sa fréquence, ce qui entraîne souvent un retard diagnostique et des complications multiples. Le diagnostic clinique est relativement simple et la prise en charge chirurgicale permet de soulager les patients de nombreux symptômes.

La liposuction est rapidement devenue incontournable dans le traitement de la maladie, ce qui place les chirurgiens plasticiens en première ligne dans la prise en charge du lipœdème. Un important travail de communication reste cependant à réaliser pour sensibiliser les soignants et les patients en vue d'en améliorer les diagnostics et la prise en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ALLEN, EV, HINES EA. Lipedema of the legs: A syndrome characterized by fat legs and orthostatic edema. *Mayo Clin Proceed*, 1940;15:184-187.
2. MARSHALL M, SCHWAHN-SCHREIBER C. Prävalenz des Lipödems bei berufstätigen Frauen in Deutschland (Lipödem-3-Studie). *Phlebologie*, 2011;40:127-134.
3. SHAVIT E, WOLLINA U, ALAVI A. Lipoedema is not lymphoedema: A review of current literature. *Int Wound J*, 2018;15:921-928.
4. BIRKBALLE S, JENSEN MR, NOERREGAARD S *et al*. Can tissue dielectric constant measurement aid in differentiating lymphoedema from lipoedema in women with swollen legs? *Br J Dermatol*, 2014; 170:96-102.
5. STÖSSENREUTHER RHK. *Lipödem und Cellulitis sowie andere Erkrankungen des Fettgewebes*. Köln: Viavital, 2005.
6. WOLLINA U. Lipedema-an update. *Dermatol Ther*, 2018;32:e12805.
7. ARLOTTI O, SERRAVALLI S. Parrot's angiometer. *Prog Med (Napoli)*, 1955;11:498-489.
8. ROMEIJN JRM, DE ROOIJ MJM, JANSSEN L *et al*. Exploration of patient characteristics and quality of life in patients with lipoedema using a survey. *Dermatol Ther (Heidelberg)*, 2018;8:303-311.
9. DUDEK JE, BIALASZEK W, OSTASZEWSKI P *et al*. Depression and appearance-related distress in functioning with lipoedema. *Psychol Health Med*, 2018; 23:846-853.
10. HALK AB, DAMSTRA RJ. First Dutch guidelines on lipoedema using the international classification of functioning, disability and health. *Phlebology*, 2017;32:152-159.
11. REICH-SCHUPKE S, SCHMELLER W, BRAUER WJ *et al*. S1 guidelines: Lipedema. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2017;15:758-767.
12. SCHMELLER W, MEIER-VOLLRATH I. Tumescant liposuction: A new and successful therapy for lipoedema. *J Cutan Med Surg*, 2006;10:7-10.
13. DADRAS M, MALLINGER PJ, CORTERIER CC *et al*. Liposuction in the treatment of lipoedema: A longitudinal study. *Arch Plast Surg*, 2017;44:324-331.
14. RAPPRICH S, DINGLER A, PODDA M. Liposuction is an effective treatment for lipoedema—Results of a study with 25 patients. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2011;9:33-40.
15. WOLLINA U, GOLDMAN A, HEINIG B. Microcannular tumescant liposuction in advanced lipoedema and Dercum's disease. *G Ital Dermatol Venereol*, 2010;145:151-159.
16. WOLLINA U, HEINIG B. Tumescant microcannular (laser-assisted) liposuction in painful lipoedema. *Eur J Aesthet Med Dermatol*, 2012;2:56-69.
17. BAUMGARTNER A, HUEPPE M, SCHMELLER W. Long-term benefit of liposuction in patients with lipoedema: A follow-up study after an average of 4 and 8 years. *Br J Dermatol*, 2016;174:1061-1067.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.