
CRÉNOBALNÉOTHÉRAPIE & PHLÉBOLOGIE

JÉRÔME LAURÈS*

Introduction

Le présent texte résume la présentation du praticien concernant la mise en œuvre des soins d'hydrothérapie, ses objectifs, ses risques et une proposition de stratégie de prévention. Cette communication pratique se base sur l'exemple de La Léchère.

1 - Rappel du fondement de la créno balnéothérapie

L'on doit distinguer des effets mécaniques de l'eau et de ses propriétés physico-chimiques, il s'agit d'une thérapeutique non médicamenteuse visant à réduire la consommation de médicaments et les effets délétères des maladies chroniques.

En phlébologie, les objectifs ci-dessus s'appliquent essentiellement à l'insuffisance veineuse chronique (IVC) des membres inférieurs, qu'elle soit superficielle, IVS (liée aux varices) ou profonde IVP (liée à des séquelles post-thrombotiques).

2 - Rappels sur l'Insuffisance veineuse chronique (IVC)

Physiopathologie et clinique

On pourrait définir l'IVC comme la difficulté pour le sang à "revenir des pieds vers le cœur" (l'humain étant souvent debout) celui-ci, comme tout fluide, étant soumis aux lois de la pesanteur, ce retour nécessite deux conditions :

- une anatomique avec les valvules : les veines sont pourvues de ces "clapets anti-redescende". Leur altération suite à une thrombose (surtout pour les veines profondes), ou leur incontinence par dilatation du calibre veineux (varice intéressant les veines superficielles) laisse redescendre le sang dans le segment concerné.

* Médecin thermal, La Léchère
Courriel : jerome.laures0657@orange.fr

La veine atteinte devient nocive puisque elle peut fonctionner alors en descente et non plus seulement en remontée. Le réseau profond draine 90 % du sang, son altération est la plus délétère.

- Une fonctionnelle : un "moteur". En effet le retour veineux est pour l'essentiel lié à la "pompe veineuse du mollet" fournissant l'énergie mécanique à la remontée du sang depuis la "semelle veineuse" des plantes de pied jusqu'au cœur droit en passant par les mouvements respiratoires du diaphragme (alternances des pressions abdominale et thoracique).

Cette IVC se traduit cliniquement par des troubles trophiques cutanés évoluant graduellement au cours du temps ; depuis une simple dermite jusqu'à l'ulcère dont l'impact est notable pour l'économie de la santé. Ces altérations entrent dans la classification internationale de l'IVC dite "Ceap" : Clinique, Étiologique, Anatomique, Physiopathologique.

Cependant elle génère aussi des signes fonctionnels altérant significativement la qualité de vie, sans pour autant être toujours liée à des anomalies macroscopiques veineuses échographiquement objectivables.

Enfin, il a été montré que l'IVC s'accompagne d'altérations capillaires que l'on peut relier aux différents stades cliniques.

Les moyens thérapeutiques face à l'IVC

Les méthodes radicales

La chirurgie laisse de plus en plus de place à la sclérose dont les techniques ont considérablement progressé. Les techniques de radio fréquences et de laser sont venues compléter l'arsenal. Il s'agit d'éliminer les voies de "redescente". Cependant elles restent limitées par le calibre des veines (et leur nombre). Les petites veines, et plus encore les capillaires, restent hors de portée de ces traitements, et leurs physiopathologies encore non parfaitement identifiées. Surtout, ces méthodes ne peuvent s'appliquer au réseau veineux profond.

Les autres méthodes

L'action mécanique reste toujours recommandée en raison des limites des méthodes radicales. En premier lieu le port de la compression (cf HAS), voire l'association compression + contention.

De même, la déambulation est constamment indiquée comme un élément majeur, et toutes les pathologies intercurrentes obérant celle-ci sont délétères.

L'éducation thérapeutique a sa place comme dans toute maladie chronique.

Enfin, et parallèlement, le thermalisme.

3 - Le thermalisme en phlébologie

C'est essentiellement par les effets mécaniques de l'hydrothérapie que la crénothérapie est efficace. Ceci même si des mesures au Laser-Doppler ont montré des différences significatives de flux capillaires avec l'eau thermale *versus* eau du robinet.

Mais de plus, depuis la loi Bachelot dite Hpst du 21/07/2009, les stations thermales ont entrepris la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.

Les soins d'hydrothérapie

La pression mécanique de l'eau est un moyen d'action essentiel. S'agissant d'un fluide, sa répartition est parfaite quel que soit la forme du corps, de même que son gradient vertical depuis les pieds.

Les différentes pressions exercées sur les membres inférieurs selon les soins de La Léchère sont résumées dans le tableau I. Il convient de garder à l'esprit que les hauteurs d'eau utilisées dans les soins ne sont pas standardisées à l'échelle nationale.

Tableau I : Pressions exercées selon les soins prescrits

Type de soins	Déambulation	Bain standard	Baignoire sabot	Pédiluve
Hauteur d'eau	90 cm	36 cm	58 cm	28 cm
Pression	66,2mm Hg	26,5 mm Hg	42,7 mm Hg	20,8 mm Hg
Équivalent en dispositifs médicaux	>> 4 sans équivalent	Classe 3	Classe 4	entre 2 et 3

Mais l'hydrothérapie peut se décliner ou se combiner. En voici 3 modalités possibles :

- le *carbogazeux* : l'apport de CO₂ dans l'eau du bain des membres inférieurs permet une vaso-dilatation capillaire et un relargage augmenté de l'oxygène des globules rouges par effet allostérique (ou effet Bohr). L'intérêt est aussi bien en artériel qu'en veineux.
- des *aérosols* ou des "étuves" : effet vasomoteur et/ou actifs sur les flux capillaires, dépendant du type d'eau thermale et de la chaleur. Ces soins sont aussi repris en rhumatologie.
- *douches "Kneipp"* du nom d'un prêtre autrichien du XIX^{ème} siècle : l'effet capillaire est dépendant des modalités d'une alternance de chaud et de froid (durées respectives, températures). Les variations de flux sont bien montrées par le laser Doppler bi-fréquence. L'effet est théoriquement des plus intéressants puisque il existe une altération capillaire démontrée en cas de troubles trophiques cutanés.

Cette liste n'est pas exhaustive, et bien des techniques peuvent être ajoutées à commencer par les massages.

L'éducation thérapeutique

Ce chapitre fait l'objet d'une communication spéciale par le Dr Nora Zénati (Grenoble)

4 - Mais le thermalisme n'est pas qu'un long fleuve tranquille...

Bien des incidents, même les plus inattendus peuvent survenir (gloire au médecin thermal...). Mais il est deux événements potentiellement graves voire mortels, de nature infectieuse : la légionellose et l'érysipèle.

La légionellose

Son risque de survenue est de nos jours très réduit en raison des progrès en matière d'hygiène des eaux thermales. Il persiste cependant au même niveau que la population standard par le biais des hébergements. Toute station thermale est concernée quelle que soit son orientation thérapeutique.

Rappelons simplement qu'à côté de la pneumonie classique, il existe la "fièvre de Pontiac" réalisant 3 jours de fièvre intense sans signe de localisation clinique. (Pontiac = ville des U.S.A. où l'on a aussi construit des automobiles...)

L'érysipèle

Il est classiquement relié à la phlébologie en raison de la fréquence des troubles trophiques cutanés retrouvés dans cette indication. Mais l'incidence en population générale est estimée à deux cas pour 1000 habitants et par an. Toute région du corps peut être atteinte même si la localisation la plus fréquente est aux membres inférieurs (MI).

En réalité toutes les stations thermales y sont confrontées car le trempage important et réitéré de la peau favorise les "portes d'entrées" : intertrigo, blessures, etc.. Rappelons que c'est le streptocoque naturellement présent à la surface de l'épiderme qui est l'agent pathogène. Le staphylocoque souvent incriminé n'a pas été démontré.

L'affection souffre d'un manque de données épidémiologiques, mais nous savons que certains patients sont plus à risques : lymphœdèmes et surtout antécédents récents d'érysipèle. Enfin, nous avons retrouvé, grâce au suivi du Centre de recherche universitaire de la Léchère (Crull), que certains patients développent un érysipèle sans aucune raison.

Le Crull a mis en place un observatoire depuis 1992. Avec la coopération de l'établissement et des médecins thermaux (ou autres suivant des cures). Ce "comptage exhaustif" des cas, lorsqu'il est rapproché des différentes mesures de prévention mises en place, permet une assez bonne évaluation de la situation. À notre connaissance aucune autre entreprise de comptage n'a lieu dans le monde du thermalisme, occasionnant l'"absence" de problème identifié vis-à-vis de l'érysipèle, alors que les détracteurs du thermalisme le citent souvent en argument négatif... Un mémoire de capacité a été présenté à la Sfmth sur les arrêts de cure (2019). Les moments de mise en place des différentes actions préventives sont résumés dans le tableau suivant. Il n'y a pas de durée connue d'incubation, ni même de savoir s'il en existe une.

Année	Mesure prise	Effet
1992	Création du réseau sentinelle	Évaluation chiffrée
1996	Éducation des curistes + surveillance clinique des pieds avec traitement systématique des Pied d'Athlète.	4 à 5 fois moins de cas
2002	Prévention médicale ciblée (notamment antibio-prophylaxie pour les patients à risque majeur)	Incidence inférieure à celle de la population standard
2008	Intégration des cas "post-cure" (la semaine suivante)	Remontée à l'incidence standard

La prévention médicale ciblée a été mise en œuvre de la façon suivante :

Type de curiste	Critères	Attitude
Tous les curistes	Aucun : aucune exclusion	Examen systématique des espaces interdigitaux
Cas particulier	Découverte d'un Pied d'Athlète	Traitement de ce P d'A Remise d'une feuille relative à l'hygiène des pieds, éditée par le Crull
Risque modéré	Lymphœdème avec peau saine Hypodermite scléreuse, ulcère Morbidity prédisposant aux infections (diabète...) PAS d'antécédent d'érysipèle de moins de 5 ans	Remise d'une feuille relative à l'hygiène des pieds, éditée par le Crull Sensibilisation à l'autosurveillance Consigne : avis de l'infirmière thermale ou du médecin en cas de doute sur une "porte d'entrée"
Risque majeur	Antécédent d'érysipèle de membre inférieur datant de moins de 5 ans. Lymphœdème avec pachydermie	Antibioprophylaxie pour la durée de la cure + 1 semaine. Péni IM retard ou Oracilline 2M/jour ou Pyostacine ou autre selon les CI éventuelles

En complément, toute mise sous antibiothérapie fait l'objet d'une fiche de justification de la part du praticien thermal. Elle est recueillie par le Crull. Elle intègre la possibilité d'indications "hors algorithme" afin d'identifier de nouvelles pertinences.

En effet, il convient d'éviter le biais par excès d'antibiothérapie !

5 - L'orientation Phlébologie recrute aussi les œdèmes lymphatiques

Bien qu'il s'agisse de vaisseaux et de pathologie différents, il existe un point de rapprochement qui est aussi source de confusions : un œdème veineux peut être suffisamment important pour qu'une circulation lymphatique normale soit "débordée par la tâche" (en fait : tout œdème signe un dépassement des capacités lymphatiques). Il existe aussi un diagnostic différentiel difficile avec le lipœdème (parfois nommé dystrophie lipoïdique).

Depuis quelques années, trois stations ont entrepris une démarche concertée afin d'adapter les soins de phlébologie pour mieux accueillir les lymphœdèmes aussi bien primaires que secondaires.

En conclusion, quelques messages

- On peut toujours (ou presque...) adapter les soins de crénobalnéothérapie aux problèmes posés par un patient.
- Les ulcères ne sont pas une contre-indication (sauf capacité de prise en soins de l'établissement).
- Les thromboses veineuses profondes récentes sont de bonnes indications.
- Le thermalisme est une alternative crédible lorsque les traitements radicaux sont contre-indiqués ou impossibles.
- Mais il en est aussi un excellent complément.
- Enfin il est une prise en soins à proposer devant les douleurs fonctionnelles veineuses sans insuffisance patente (Echo Doppler normal)