

**Vendredi 8  
&  
Samedi 9  
décembre  
2006**

**Séance de  
communications libres**

---

Coordination : E. Blin, J.L. Gillet

**Programme  
&  
résumés**

Vendredi 8  
décembre  
2006

# Séance de communications libres

## programme du vendredi

14h00 - 14h30 Accueil

14h30 - 15h00

Mécanismes d'action des ultra-sons basse fréquence : intérêts, limites et perspectives d'avenir - *A. Boucaud (Tours)*

15h00 - 15h15

Discussion

15h15 - 15h45

Intérêt thérapeutique des ultra-sons dans un cabinet de phlébologie -  
*J-M. Chardonneau (Nantes)*

15h45 - 16h00

Discussion

16h00 - 16h30

Pause et Visite des stands

16h30 - 17h30

**Atelier 1 - Animateur : *J-M. Chardonneau (Nantes)***

La compression pneumatique intermittente (pressothérapie) et les ultra-sons basse fréquence au cabinet de phlébologie : indications, intérêt, considérations pragmatiques.

17h30 - 18h00

**Atelier 2 - Animateur : *J-F. Uhl (Neuilly-sur-Seine)***

(Présentation d'un Cdrom interactif)

- Je révise mon anatomie veineuse

- CEAP pour les nuls

18h00

Fin des présentations

Samedi 9  
décembre  
2006

# Séance de communications libres

## programme samedi matin

8h45 - 9h00

Accueil

9h00 - 10h00

Modérateurs : *Emmanuel Blin (Paris), Jean-Patrick Benigni (Paris)*

09h00 : Pressions in situ et tolérance d'un bandage bi-couches - *D. Rastel (Grenoble), J-P. Benigni, B. Lun*

09h15 : La compression pneumatique intermittente : le phlébotrope de la nouvelle nomenclature ? - *S. Theys (Louvins)*

09h30 : Utilisation de la dermabrasion pour le traitement des pigmentations résiduelles post-sclérothérapie ou post-cicatricielles ; étude sur 6 ans ; 30 cas - *C. Garde (La Varenne Saint-Hilaire).*

09h45 : Obésité : facteur de risque de la maladie veineuse chronique ? - *J-P. Benigni (Paris)*

10h00 - 10h45

Pause et Visite des stands

10h45 - 12h00

Modérateurs : *Claudine Hamel-Desnos (Caen), Jean-Luc Gillet (Bourgoin-Jallieu)*

10h45 : Les contrôles des résultats de la sclérothérapie de la crosse de GVS par écho M-mode - *F. Ferrara (Acerra), H-R. Bernbach*

11h00 : Etude comparative randomisée polidocanol 1% versus 3% sous forme mousse dans le traitement de la grande veine saphène : résultats à 2 ans. - *C. Hamel-Desnos (Caen), P. Ouvry, J-P. Benigni, G. Boitelle, M. Schadeck, P. Desnos, F-A. Allaert*

11h15 : Nouvelles techniques de sclérothérapie - *G. Biasi (Udine), M. Sponza*

11h30 : Evolution de la pathologie veineuse chez la femme depuis 1985 - *M. Schadeck (Paris)*

11h45 : Evolution à court et moyen terme des thromboses symptomatiques et isolées des veines musculaires du mollet - *J-L. Gillet (Bourgoin-Jallieu), M. Perrin, F-A. Allaert*

12h00 - 12h30

Remise du diplôme universitaire de compression médicale  
Informations diverses - *M. Schadeck, E. Blin*

12h30 - 14h15

Déjeuner-débat avec la société Thuasne

Présentations de *A. Cornu Thénard (Paris)* et de *J-F. Uih (Neuilly-sur-Seine)*

## programme samedi après-midi

14h15 - 16h00

Modérateurs : *Michel Schadeck (Paris), Jean-Jérôme Guex (Nice)*

14h15 : Résultats préliminaires de l'étude Sqor V - *J-J. Guex (Nice)*

14h30 : La place de la chirurgie vasculaire dans le traitement des ulcères veineux - *M. Perrin (Chassieu)*

14h45 : Traitement chirurgical des varices sous anesthésie locale associée à la sophrologie - *S. Chastanet (Cagnes-sur-mer), P. Pittaluga, M. Zemor.*

15h00 : Traitement chirurgical de l'incontinence ostiale et tronculaire de la veine grande saphène par stripping sans crossectomie : résultats cliniques et hémodynamiques - *P. Pittaluga (Cagnes-sur-mer), S. Chastanet*

15h15 : Dénomination des perforantes pour le dossier patient - *J-F. Van Cleef (Paris), G. Ouroussoff, L. Novack, M. Chahim*

15h30 : Traitement laser des varicosités bleues et rouges des pieds - *J-P. Titon (Paris)*

15h45 - 16h00

Conclusions

**Séance de  
communications libres**

**Résumés**

# MÉCANISMES D'ACTION DES ULTRA-SONS BASSE FRÉQUENCE : INTÉRÊTS, LIMITES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

*A. BOUCAUD (Tours)*

L'utilisation des ultrasons en médecine est aujourd'hui assez répandue rendue possible grâce à la réduction de l'encombrement et du coût des appareils d'imagerie échographique. Plus important, les ultrasons commencent à trouver leur place dans le domaine sans cesse en évolution qu'est la thérapie médicale.

Les progrès techniques réalisés dans le domaine des transducteurs (éléments émetteurs-récepteurs d'ultrasons) et dans celui du traitement des données ont permis d'étendre l'utilisation des ultrasons à de nouveaux champs d'applications médicales.

L'objet de cet exposé est de passer en revue les possibilités qu'offre aujourd'hui cet outil innovant que sont les ultrasons.

# INTÉRÊTS THÉRAPEUTIQUE DES ULTRA-SONS DANS UN CABINET DE PHLÉBOLOGIE

*J.-M. CHARDONNEAU (Nantes)*

Les ultra-sons, sont des vibrations mécaniques de la matière à des fréquences supérieures à la limite audible.

Leur utilisation diagnostique en écho-doppler, utilisant des ondes de l'ordre de 2 à 10 millions de Hz, fait partie de l'environnement quotidien de l'angiologue.

Leur aspect thérapeutique, moins connu et pourtant très intéressant, nécessite un appareillage privilégiant des basses fréquences, entre 20 et 40000 Hz.

Leurs effets physiologiques sont de 2 ordres : mécanique (fibrolytique) et thermique.

En phlébologie, leurs indications thérapeutiques présentent un réel intérêt et un avenir prometteur dans de nombreux domaines : hématome, hypodermite, ulcère, lymphœdème, inflammation post-sclérose, thromboses variqueuses et profondes, lipœdème.

La pathologie artérielle est également susceptible de bénéficier de l'action thérapeutique des ultra-sons, notamment pour certaines thromboses artérielles.

L'action thérapeutique des ultra-sons, sous utilisé actuellement dans le domaine vasculaire, a le potentiel pour devenir un acteur privilégié de notre activité.

# PRESSIONS IN SITU ET TOLÉRANCE D'UN BANDAGE BI-COUCHE

*D. RASTEL<sup>(1)</sup> (Grenoble), J-P. BENIGNI<sup>(1)</sup>, B. LUN<sup>(2)</sup>*

La compression par bandages multi-couches utilisant au moins trois couches est le traitement standard des troubles trophiques des affections veineuses superficielles chroniques car le mieux évalué à ce jour. Nos objectifs sont d'étudier si

- 1) les pressions exercées par un dispositif simplifié utilisant deux couches peuvent être comparables à celles exercées par un système multi-couches ;
- 2) la tolérance d'un tel dispositif est acceptable.

Notre système de compression utilise une bande inélastique tubulaire tricotée (MEDICA 315 ; Ganzoni France) couverte par une bande élastique à allongement long (DUPRAFLEX ; Ganzoni France).

Les mesures de pression in situ utilisent un appareil portable multicanal (SIGaT ; Ganzoni) basé sur le principe établi par le Pr Blazek (Université de Tübingen) possédant 5 capteurs plats et dont les performances ont déjà été évaluées chez le sujet sain.

Les capteurs sont placés aux points : b, b1, (selon les recommandations récentes de l'International Compression Club), 2 points au plus fort du mollet (C), et un sur la crête tibiale.

Les mesures de tolérance consistent en un essai au porté de 7 jours en continu pour la bande inélastique et diurne pour la bande élastique chez 8 patients souffrant de maladie veineuse superficielle (C de la classification CEAP de C0s à C3).

Les résultats montrent des pressions moyennes obtenues respectivement à b1, C de 87 et 68 mmHg avec un bandage appliqué avec tension. Les pressions moyennes exercées lorsqu'aucune tension n'est appliquée aux bandes ne sont jamais inférieures à 38 mmHg à la cheville et 18 mmHg au mollet. Les résultats de tolérance ne montrent pas d'effet de striction mais un glissement modéré nécessitant un repositionnement des bandages une fois par jour.

## **Conclusion:**

un bandage bi-couches présentant une plus grande facilité d'application et sans effet délétère sur le plan de la tolérance exerce une pression équivalente à un système multi-couches. Ces résultats devraient faire reconsidérer le traitement des troubles trophiques d'origine veineuse par les dispositifs multi-couches. Pour la première fois, en utilisant un complexe (élastique et non-élastique) de double bandage appliqué sans exercer de tension lors de la pose, nous montrons que l'on peut obtenir des pressions proches de celles indiquées en pratique clinique.

(1) French University Group on Compression Therapy Study. Université des Saint-Pères Paris.

(2) GANZONI-SIGVARIS, St-Just St-Rambert, France.

# LA COMPRESSION PNEUMATIQUE INTERMITTENTE : LE PHLÉBOTROPE DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE ?

## S. THEYS (Yvoir, Belgique)

Alors que la nomenclature lui ouvre de nouveaux horizons, les travaux portant sur l'effet phlébotrope de la compression pneumatique intermittente (CPI) restent peu connus ou d'analyse ardue. Ce n'est pas par manque, la littérature est abondante. La difficulté vient de la diversité du type de malade, de pathologie et des co-traitements d'une part ainsi que de la variété du matériel utilisé et des périodes d'application testées d'autre part.

Plusieurs dispositifs sont à disposition mais la marge stratégique varie énormément d'une pompe à l'autre. Avec les anciennes pompes à chambre unique ou les classiques pompes séquentielles, la stratégie d'utilisation est restreinte : avec le dégonflement global de la botte ou simultané de toutes les alvéoles, il s'ensuit une amplification du reflux. Ceci peut être pallié par des programmes mimant une étroite onnée de pression telle que celle réalisée par un effleurage pneumatique.

**Pour optimiser son emploi, la CPI doit obéir à quelques critères précis :**

**1/** La pression de départ doit être plus ou moins élevée selon la pathologie, la morphologie du membre et celle du patient. La pression de départ est plus élevée en cas d'IVC avancée qu'en cas d'IVC débutante ; en cas de maladie post-thrombotique qu'en cas de varices essentielles, en cas d'œdème étendu que d'œdème de la cheville ; en cas d'obésité. Une exception : la lipodystrophie associée à une IVC est douloureuse à la compression et sera donc toujours abordée avec une pression de 30-40 mm Hg.

**2/** Afin d'éviter tout garrot veineux, l'onde de pression doit toujours être antérograde et débiter par l'alvéole recouvrant le pied.

**3/** Avec une onde globale séquentielle, la dégressivité de la compression doit parfois être assurée depuis le pied jusqu'à l'embouchure de la botte. Ce gradient de pression négatif est absent sur certaines pompes, présent sur d'autres. Son action est fixe sur certaines, modulable sur d'autres. Cette dernière solution est à préférer.

Dans une perspective d'adaptation face à des symptômes et aspects cliniques forts variés, certaines pompes proposent des abords différents du membre voire un enchaînement automatique de différents programmes. Leur manipulation et le lancement de la séance se fait simplement. Certaines pompes ont même une sélection par la dénomination du problème : jambes lourdes, impatience de primodécubitus, varicosités, varices, œdème de la cheville ou de la jambe, ulcération cutanée ouverte ou cicatrisée.

Excluant la prophylaxie des thromboses veineuses et le traitement des lymphœdèmes, le choix de la CPI est ici dicté, pour l'essentiel, par les cibles classiques d'une action phlébotrope : réduire la stase veineuse, le volume de séquestration sanguine déclive, la pression veineuse et la perméabilité capillaire ainsi qu'élever le tonus veineux et l'activité lymphagogue par résorption et transport de l'œdème. Dans ces domaines, la CPI a largement démontré son intérêt dans les soins d'ulcères, la réduction des œdèmes et de la symptomatologie des jambes lourdes, des phlébalgies... Il a même été suggéré que la CPI prévienne toute altération pariétale telle que celle consécutive à toute surdilatation veineuse. A notre connaissance, l'étude de l'action de la CPI sur la fragilisation capillaire n'a pas encore été entreprise. L'efficacité bien que non encore validée par des études comparatives, est supérieure avec un programme mimant une étroite onnée de pression telle que peut le réaliser un effleurage pneumatique. Celui-ci empêche tout garrot veineux ou reflux post compression

Ainsi donc, à la question du titre, il peut être répondu par l'affirmative : la CPI produit bien des effets phlébotropes significatifs. La prescription de "phlébotropes pneumatiques" paraît donc légitime chaque fois que l'IVC, quelle qu'en soit l'importance, s'accompagne de symptômes fonctionnels. Sont autorisés, sans demande d'entente préalable, 10 x 2 séances / an de CPI par patient (remboursement de 28,30 € / séance).

Les modalités de traitement sont adaptées à la nature et à l'intensité de la symptomatologie ainsi qu'aux conditions climatiques (chaleur orageuse, canicules) ou thermiques (chauffage) inhabituelles. Actuellement les CPI programmés donnent un potentiel de flexibilité supérieur aux classiques pompes séquentielles. Leur facilité d'emploi en fait un outil pratique pour un usage de tous les jours.

Afin d'en évaluer l'efficacité, un recul d'un jour par rapport à la première séance est nécessaire. Très fréquemment, les bienfaits décrits se font ressentir bien au-delà de la durée d'application des bottes pneumatiques. En cas d'inefficacité initiale, il est recommandé d'augmenter de 10-15 mm Hg la pression avant d'envisager de changer de programme. En cas d'inconfort ou d'exacerbation de la symptomatologie, la vague de pression est probablement trop lente. En cas de bonne efficacité, la cure se poursuivra avec le même programme.



# UTILISATION DE LA DERMABRASION POUR LE TRAITEMENT DES PIGMENTATIONS RESIDUELLES POST SCLEROTHERAPIE OU POST CICATRICIELLES. ETUDE SUR 6 ANS. 30 CAS

## C. GARDE (La Varennes Saint-Hilaire)

### But de l'étude :

les pigmentations résiduelles liées à la sclérothérapie ou à tout acte sur les membres inférieurs des patients insuffisant veineux chronique est un problème mal résolu à ce jour. L'utilisation du "dermasanding" en dermatologie est connue depuis plus de 40 ans. Il fut abandonné en raison de réactions kystiques liés à la silice détachée de l'abrasif. Aujourd'hui la technique s'est affinée. Ces réactions sont rares. Nous avons voulu tester cette technique dans le traitement des pigmentations post sclérothérapie.

### Matériel et méthode :

pendant plus de six ans, nous avons sélectionné 29 patients présentant des pigmentations post sclérothérapie, post incisionnelles, sur les membres inférieurs. Dans tous les cas, tous les reflux sous jacents avaient été traités, il ne s'agissait donc que d'une séquelle purement cutanée. Les patients étaient évalués de 2 à 4 par le score de Fitzpatrick. Une pré-anesthésie était réalisée par EMLA + Xylocaïne visqueuse comme humidifiant lors de la dermabrasion. L'abrasif utilisé était soit du 280 soit du 400 stérilisé par autoclave 2 atm. 160° 30 MNS. Il ne s'utilisait qu'en milieu humide. Le repère permettant de stopper la procédure était soit la disparition de la tache brune, soit le décollement de l'épiderme laissant apparaître une zone blanche pigmentée de points rouges rapidement sanieuse. Un pansement par tulle gras bétadiné était positionné sur la zone.

### Résultats :

appréciés par le médecin, par le patient et le plus souvent par photographie avant/après. 21 cas ont été considérés comme améliorés plus ou moins complètement, 4 parfaitement, dans 4 cas, une réaction adverse d'hyperpigmentation a suivi.

### Conclusion :

l'hétérogénéité des résultats nous a permis de mieux cerner les indications et d'améliorer le score d'efficacité : préparation de la zone à traiter prudence accrue avec les phototypes 3B, 4 et 5, préparation accrue des zones distales soumises à la stase.

# OBESITÉ : UN FACTEUR DE RISQUE DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE ?

J.P BENIGNI (Saint-Mandé), D. RASTEL (Grenoble)

## Préambule :

L'obésité a longtemps été considérée comme un facteur de risque de la Maladie Veineuse Chronique (MVC), malgré le faible nombre d'études consacrées à ce sujet. Un lien de causalité entre MVC et augmentation de l'indice de la masse corporelle (IMC) aussi bien chez l'homme que chez la femme serait établi. Dans deux études, le risque de troubles trophiques serait corrélé à l'augmentation de l'IMC malgré le fait que le nombre de patients obèses étudiés soit faible.

## Objectifs :

- définir l'état veineux (C de la classification CEAP) d'un nombre plus important de patients obèses
- démontrer les liens possibles entre les caractéristiques cliniques de la MVC et l'IMC.

## Méthodes :

Etude d'observation transversale à but descriptif. Chaque patient obèse, avant une chirurgie bariatrique a été examiné par 2 médecins (interrogatoire, examen clinique, échodoppler).

## Résultats :

Des patients obèses présentant un IMC > 35, âgés de 32 à 59 ans ont été inclus et étudiés au cours de cette étude entre octobre 2004 et mai 2005 251 patients (femme : 84,15% homme : 15,85%). Age moyen 36,95 +/- 10,88. Moyenne IMC : 41,46 +/- 4,74. La durée de l'obésité était supérieure à 15 ans. Nombre de grossesses/femme : 1,99. 4,5% des patients avaient présenté une ou des thromboses veineuses profondes et 44,8% avaient des antécédents familiaux de MVC. Les patients étudiés exerçaient tous une activité professionnelle, et dans 47% des cas, considérée à risque veineux.

C0	C1	C2	C3	C4-C6
41,46%	30,49%	22,56%	4,88%	0,61%

Aucun ulcère en voie de cicatrisation n'a été trouvé. 42% se plaignaient de symptômes veineux et 51% souffraient de douleurs articulaires au niveau des membres inférieurs. Un reflux veineux a été retrouvé chez 22,4% des patients (60% GSV, 17% PVS, 8% sur les collatérales, et 15% un reflux profond)

## Discussion :

Chez cette population obèse comparée à une population normale corrélée en âge et en sexe, il n'a pas été observé de différence entre ce qui concerne les varices.

## Conclusion :

Il semblerait que les individus obèses ne développent pas plus de varices qu'une population normale. Ne devrait-on pas reconsidérer l'obésité comme étant un facteur de risque de varices ?

# LES CONTRÔLES DES RÉSULTATS DE LA SCLÉROTHÉRAPIE DE LA CROSSE DE GVS PAR ÉCHO M-MODE

*F. FERRARA (Acerra)\* - H.R. BERNBACH (Lugano)\*\* , Italie*

## Introduction :

Le but du travail a été d'évaluer les résultats de la sclérothérapie compressive de la crosse de la grande veine saphène (CGVS), selon la méthode de Sigg, par examen écho M-mode, de la fonction de la valvule terminale et pré-terminale.

L'échographie M-mode permet d'étudier la motilité des cuspides de la valvule : les cuspides saines, dessinent des excursions amples pendant l'inspiration profonde ou les manœuvres d'activation, avec le patient debout. Au contraire les cuspides rigides et fibrotiques ne montrent pas de fluctuations, mais dessinent un tracé plat ou présentant d'oscillations insuffisantes.

## Matériaux et méthodes :

100 Crosses de GVS de diamètre variable entre 5 et 18 mm (mesure prise à 3 cm de l'abouchement S/F), ont été sclérosées dans une seule séance avec solution iodée 4-6% et une compression immédiate, selon la technique de Sigg.

Les 100 cas ainsi traités ont été repartis en deux groupes de nombre égal de cas, selon que le diamètre de la CSI était supérieur (groupe I) et égal ou inférieur (groupe II) à 8 mm. Les contrôles échodoppler B et M-mode, par sonde de 7,5 Mhz, ont été pratiqués au bout de 3-8-12- 24 mois

## Résultats :

L'évaluation des résultats a été faite sur des critères échographiques à l'examen Echo Doppler B et M-mode. Tous les 100 cas, de notre collectif, montraient après 3 mois de la sclérose les signes suivants : la réduction du calibre de la crosse et l'absence du reflux.

Après 2 ans les contrôles Echo Doppler montrèrent la réapparence d'un reflux en 35 cas: 29 associés à une incontinence valvulaire, avec des cuspides rigides et 6 à une incontinence valvulaire avec des cuspides meubles. Dans ces 6 cas la réduction du calibre de la crosse n'était plus appréciable. On ne relève pas d'importante différence d'incidence d'échec entre les deux groupes, groupe I (Ø de crosse > 8mm) 19 cas, groupe II (Ø de crosse < 8mm) 16 cas, en confirmation que le calibre d'une crosse peut être réduite avec succès, indépendamment de son diamètre, mais à condition qu'elle puisse être efficacement comprimée par un bandage.

## Commentaire :

La réduction de la veine en ficelle est le résultat idéal de la sclérothérapie : obstruction par fibrose de la lumière et absence du flux. Toutefois, la réduction seulement du calibre de la veine est la condition la plus fréquente après la sclérose de crosse. Elle est synonyme de résultat idéal, avec disparition seulement du reflux, si la réduction du calibre suffit à rapprocher le lit valvulaire pour lui rendre sa fonction. Cette évolution thérapeutique est possible seulement si les cuspides valvulaires sont intégrales et mobiles, mais si elles sont endommagées et rigides, tel regain de fonction est impossible. Dans ce cas l'absence de reflux, présente aux premiers contrôles, est due à l'œdème inflammatoire des cuspides et de la paroi veineuse, causée par la sclérose, il régresse après peu de mois et le reflux réapparaît.

## Conclusion :

En conclusion nous croyons que la motilité des cuspides valvulaires, associée à la réduction de calibre de la veine peut être considérée un des critères majeurs, dans la définition de bon résultat de la sclérothérapie de la crosse de GVS.

(\*) 25 v. Kuliscioff - 80011 Acerra (Na) Italie

(\*\*) 25 viale Cattaneo - 6900 Lugano Suisse

# ETUDE COMPARATIVE RANDOMISÉE POLIDOCANOL 1% VERSUS 3% SOUS FORME MOUSSE DANS LE TRAITEMENT DE LA GRANDE VEINE SAPHÈNE : ÉSULTATS À 2 ANS.

*C. HAMEL-DESNOS (Paris)*

## Objectifs :

déterminer la meilleure concentration de mousse de polidocanol (POL) pour oblitérer la grande veine saphène (GSV) par injection sclérosante sous échoguidage.

L'efficacité et la tolérance de la mousse de POL à 1% et 3% sont comparées sur un suivi de 2 ans.

## Design :

étude multicentrique, prospective, randomisée, en double aveugle.

## Patients et méthodes :

148 patients avec des GVS incontinentes, de 4 à 8 mm de diamètre tronculaire, ont été randomisés pour bénéficier d'un traitement sclérosant sous échoguidage (ponction-injection directe) avec de la mousse de POL soit à 1 % soit à 3%, en une seule séance.

Le critère principal d'efficacité était l'occlusion de la saphène avec disparition du reflux pathologique à l'écho-Doppler à 3 semaines, et l'absence de récurrence du reflux à 6 mois, 1 an, 18 mois et 2 ans.

## Résultats :

le volume moyen injecté a été de 4.4 ml pour le groupe 3% et 4.6 ml pour le groupe 1%.

A 3 semaines, la disparition du reflux s'est produite dans 96% des cas dans le groupe 3% et 86% des cas dans le groupe 1% (non significatif - NS).

La longueur moyenne d'occlusion était de 38 cm pour le groupe 3% et 34 cm pour le groupe 1%.

A 2 ans, le reflux était toujours absent dans 69 % des cas pour le groupe 3% et 68% pour le groupe 1% (NS).

Les effets secondaires ont été minimes pour les 2 groupes sauf une thrombose veineuse fémorale segmentaire pour le groupe 3%.

## Conclusion :

cette étude démontre une équivalence d'efficacité pour la mousse de POL 1% et 3% dans la sclérothérapie de la GSV de moins de 8 mm de diamètre.

# NOUVELLES TECHNIQUES DE SCLÉROTHÉRAPIE

*G. BIASI (Udine, Italie)*

## Introduction :

le but de ce travail est celui de vérifier l'efficacité du traitement de sclérothérapie écho guidée avec cathéter à ballon comme alternative à l'injection directe par aiguille canule dans les varices de calibre moyen et gros des troncs saphènes.

## Matériaux et méthodes :

du mois d'octobre 2005 au mois de septembre 2006, 24 patients ayant des varices dues à l'incontinence de la veine grande saphène (calibre 7 à 12 mm), d'un âge compris entre 35 et 69 ans (moyenne 40 ans) ont été soumis à ce traitement.

Comme médicament nous avons utilisé une mousse de tétradécyl –sulfate de sodium à 1% et un cathéter à ballon, bilume, Berman (ARROW) à calibre variable de 4 à 7 F. et aussi cathéter à ballon, bilume, Kavs (RICHTER & ROTHE) de 4 à 7 F.

## Résultats :

les patients ont été soumis à une vérification échographique après 1 semaine, 1 mois et 6-8 mois.

Dans 3 cas il n'a pas été possible d'introduire le cathéter jusqu'à la jonction saphéno-fémorale à cause de la tortuosité du vase.

Dans tous ces cas il y a eu une occlusion proche de la grande saphène après le premier traitement à l'exception d'un cas dans lequel nous avons dû répéter 2 fois le traitement.

Dans 3 cas le contrôle Echo Doppler après 6 mois a mis en évidence une recanalisation de la veine grande saphène.

## Conclusion :

tout en tenant compte du nombre limité de cas, nous estimons que l'utilisation de cette méthode peut être proposée pour les veines de gros calibre avec davantage de garanties d'occlusion du vase en une seule séance.

# EVOLUTION DE LA PATHOLOGIE VEINEUSE CHEZ LA FEMME DEPUIS 1985

*M. SCHADECK (Paris)*

## Objectifs :

dans le cadre de ce travail préliminaire, cet objectif est d'essayer d'apprécier l'évolution du comportement de la femme dans l'approche thérapeutique de la maladie veineuse chronique (MVC) depuis une vingtaine d'années.

## Matériel et méthode :

la population observée, forte de 4311 patients est traitée pour une pathologie variqueuse nécessitant une échoscclérose, c'est à dire un traitement réalisé avec un sclérosant majeur indispensable à la gestion d'une MVC déjà avancée.

Cette population a débuté son traitement pour certains voici 21 ans, consultant ou non pour la première fois.

De nombreux paramètres sont étudiés comme l'âge, le sexe, la topographie variqueuse, l'âge de la première consultation, avant ou après intervention, les produits utilisés et les complications observées. Nous nous intéresserons essentiellement aux données épidémiologiques.

## Résultats :

sur cette population, les femmes sont au nombre de 3470 et représentent 80,5% pour un âge moyen de 50,9 ans. En 1999, le pourcentage de cette population féminine était de 82,9%.

La courbe des âges nous montre une sensible diminution de l'âge moyen entre les années 2000 et 2006. Les populations extrêmes restent cependant identiques montrant ainsi l'absence d'évolution significative dans la prise en charge de la MVC dans ces tranches d'âge.

Si l'on analyse par tranche de cinq années, l'âge de la première consultation de ces patientes, on s'aperçoit qu'il passe de 55,2 ans en 1985 à 44,9 ans en 2000, soit le gain de 10 ans dans cette période. Le recrutement des patientes pour le traitement de varices importantes nécessitant une échoscclérose s'est fait de façon linéaire depuis 1985.

Mais la proportion des patientes opérées qui était de 41,6% en 1990, s'est stabilisée autour de 26,6 % en 2005.

Dans cette population, le recensement des fumeuses a montré un pourcentage de 10 à 12% de fumeuses, chiffre sensiblement stable alors que dans la population générale, celui des hommes variqueux fumeurs est voisin de 21%.

## Discussion :

cette cohorte de patients variqueux ne reflète qu'une partie de la population atteinte de MVC puisqu'en sont exclus tous les patients n'ayant besoin que d'un traitement d'importance modérée avec des sclérosants mineurs.

Son étude permet néanmoins de confirmer que l'âge moyen de la première consultation, même s'il a sensiblement progressé depuis une quinzaine d'année reste situé au-delà de 44 ans, alors que nous savons tous que l'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de cette maladie.

Malgré l'évolution des méthodes d'exploration et le vieillissement de la population, les âges extrêmes restent délaissés, d'une part dans le dépistage pour la classe jeune, d'autre part dans le traitement pour la classe âgée.

## Conclusion :

même si l'on a gagné une dizaine d'année, l'âge de 45 ans pour une première consultation phlébologique reste encore élevé et confirme bien l'importance du degré de la MVC dans la population générale, 40% de cette population n'étant pas traitée.

Cela confirme l'absence d'un dépistage qui devrait intervenir avant l'âge de 18 ans, et qui bien suivi, devrait éviter les situations veineuses compliquées parfois dramatiques observées dans la population âgée.

# EVOLUTION À COURT ET MOYEN TERME DES THROMBOSES SYMPTOMATIQUES ET ISOLÉES DES VEINES MUSCULAIRES DU MOLLET

*J-L. GILLET (Bourgoin-Jallieu)*

Il existe peu de publications consacrées aux thromboses des veines musculaires du mollet (TVMM) et aucun consensus sur leur traitement alors qu'il s'agit d'une pathologie fréquente en pratique clinique quotidienne.

L'**OBJECTIF** de notre travail était d'apprécier l'évolution à court et moyen terme des TVMM symptomatiques et isolées.

**MÉTHODE** : nous avons inclus de façon prospective et consécutive tous les patients symptomatiques (douleur et/ou œdème du mollet) adressés pour suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP) et qui présentaient une TVMM. Le diagnostic de la TVMM reposait sur l'écho-Doppler (ED) couleur. Les thromboses non totalement occlusives ou asymptomatiques ont été exclues. Les patients ont été revus cliniquement et avec une exploration ED à 1, 3 et 9 mois puis suivis jusqu'à 36 mois. Un traitement anticoagulant (TAC) à doses curatives, associé à une compression élastique, a été prescrit pour 1 mois à tous les patients et poursuivi 2 mois de plus si la reperméabilisation à 1 mois était incomplète ou s'il existait des facteurs de risque thrombo-emboliques veineux (TEV).

**RÉSULTATS** : cent vingt huit patients (79 (60,3%) femmes et 52 hommes) avec 131 TVMM ont été inclus ; l'âge moyen était de  $57,02 \pm 15,36$  ans (médiane : 57 ; extrêmes : 20 - 87). Soixante treize (55,7%) thromboses des veines gastrocnémiennes médiales (VGM) et 58 (44,3%) thromboses des veines soléaires (VS) ont été recrutées. La symptomatologie d'appel était une douleur du mollet (n=125), isolée ou associée à un œdème (n=34), ou un œdème isolé (n=6). Le TAC a été prescrit pour 1 mois à 53 patients (41,4%), pour 3 mois à 59 patients (46,1%) et 13 patients (10,2%) ont été traités 6 mois ou plus en raison d'une EP ou de la présence de facteurs de risque TEV majeurs. La durée du TAC n'était pas connue pour 3 patients. 9 EP (7%) cliniques et confirmées radiologiquement compliquaient la TVMM lors de la consultation initiale, 6 (10,3%) dans le groupe des VGM et 3 (4,1%) dans celui des VS (p : NS).

**EVOLUTION** : nous avons dénombré 2 accidents hémorragiques non létaux ; 3 patients sont décédés alors qu'ils n'avaient plus de TAC. La reperméabilisation de la TVMM était jugée satisfaisante (reperméabilisation complète ou présence de veines scléreuses) à 1, 3 et 9 mois respectivement dans 54,8%, 84,7% et 96% des cas, sans différence significative entre les VGM et les VS. Vingt-neuf récurrences TEV (6 EP et 23 TVP ou TVMM) ont été observées chez 24 (24/128=18,8%) patients, en nombres comparables dans les 2 groupes de thrombose : aucune à 3 mois, 11 à 9 mois et 18 entre 9 et 36 mois. Nous n'avons observé ni extension de la thrombose ni récurrence TEV chez les patients traités par les AC. En complément, 12 thromboses veineuses superficielles ont été observées durant le suivi.

**CONCLUSION** : la prise en charge thérapeutique des TVMM demeure un sujet controversé. Nos résultats, associés aux données de la littérature, montrent qu'elles ne sont pas toujours une affection bénigne. Dans notre série une EP était présente chez 7% des patients lors du diagnostic initial ; avec un suivi moyen de 26,7 mois au moins une récurrence TEV est survenue chez 18,8% des patients inclus. Ces résultats indiquent la nécessité de clarifier le traitement des TVMM. Le dernier document du Chest recommande un TAC prolongé pour les TVP limitées à la jambe mais ne distingue pas les TVMM. En l'absence de facteur de risque TEV, un TAC de courte durée (15-30 jours) semble pouvoir être proposé mais cette attitude doit être validée par des travaux complémentaires.

# VALIDATION D'UNE ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE : LE SQOR-V

*J.-J. GUXE<sup>(1)</sup> (Nice), S. Boussetta<sup>(2)</sup>, C. Nguyen<sup>(3)</sup>, C. Taieb<sup>(2)</sup>*

## **Objectifs :**

valider la version Française d'un auto-questionnaire établi par un groupe de travail Franco-Américain. Basé sur 46 questions, le SQOR-V évalue tant la symptomatologie et les manifestations cliniques, que la qualité de vie. Il est spécifique de la maladie veineuse chronique et peut être employé pour l'évaluation de tous types de traitement, conservateurs ou interventionnels.

**MÉTHODE :** la validation clinique a été réalisée sur un échantillon de 300 patients dans 30 centres en France. Elle s'est déroulée selon les étapes habituelles : consistance interne, reproductibilité (test-retest), validité de structure, validité clinique, validité convergente. Le SQOR-V a été évalué par comparaison avec le SF-12 et le CES-D.

**RÉSULTATS :** l'analyse a porté sur les questionnaire initiaux de 145 patients, dont 55 ont également renseigné le SQOR-V à une seconde reprise. L'âge moyen de la population était de  $55,4 \pm 13,9$  ans, 115 femmes pour 30 hommes.

L'intervalle moyen entre les deux questionnaires était de  $26,5 \pm 16,4$  jours.

La consistance interne s'est révélée excellente avec un alpha de Cronbach de 0,95 pour le score global. Chacune des deux dimensions était corrélée au score global, renforçant ainsi la consistance interne. Les deux impacts (somatique et psychosomatique) calculés à partir des dimensions étaient également corrélés au score global.

La reproductibilité du questionnaire (test-retest) a été évaluée chez 55 patients. La corrélation des scores obtenus lors des deux visites était très bonne avec un coefficient de corrélation intraclass (ICC) de 0,85 et un coefficient de Spearman de 0,86. De plus, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les score des deux visites (P Student = 0,93). Chaque item avait sa plus grande corrélation avec sa dimension correspondante ( $> 0,4$ ). Chaque dimension a démontré une excellente reproductibilité (R Spearman  $> 0,5$ ), et enfin, les dimensions étaient modérément corrélées entre elles, mais cependant assez faiblement pour ne pas entraîner de redondance. La reproductibilité a donc été ainsi vérifiée.

La validation clinique a été effectuée par comparaison avec le score CEAP. Il a été observé une augmentation significative du score global ( $p < 0,001$ ) chez les patients [C3-C6] ce qui n'apparaissait pas chez les patients [C0s-C2]. La même corrélation était observée pour l'impact somatique.

La convergence a été étudiée comparativement avec les scores de deux autres questionnaires remis aux patients : le SF-12 et le CES-D. Les patients présentant une altération des scores physiques et/ou mentaux (MCS 12  $< 50$  et/ou PCS 12  $< 50$ ) avaient un SQOR-V statistiquement plus élevé (rappelons que les scores spécifiques varient en sens inverse des scores génériques) que les autres ( $p < 0,001$ ). De même pour les impacts somatique et psychosomatique ( $p < 0,001$ ).

Les patients présentant des valeurs de "symptomatologie dépressive probable" au CES-D présentaient un SQOR-V statistiquement plus élevé que les autres ( $p < 0,001$ ), de même pour l'impact psychosomatique ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSION :** cette étude a permis de valider le SQOR-V, auto questionnaire pratique de la maladie veineuse chronique. Nous avons pu vérifier la pertinence du score global et des impacts somatique et psychosomatique. En raison de l'indépendance relative des deux impacts, il sera peut-être possible d'affiner encore l'évaluation de la sévérité de la maladie.

1. Nice

2. Boulogne - Public Health & Quality of Life - Pierre Fabre S.A,

3. Castres - Pierre Fabre Medicament



# LA PLACE DE LA CHIRURGIE VASCULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES VEINEUX

M. PERRIN, P. NICOLINI (Lyon)

## RAPPEL ÉPIDÉMIOLOGIQUE, ANATOMO ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

L'ulcère veineux (UV) est la complication la plus sévère de maladie veineuse chronique (MVC). Il n'est donc pas surprenant que la classification CEAP lui ait attribué les classes les plus élevées (C5-C6) dans sa rubrique clinique.

On retrouve un élément constant chez les malades qui présentent un UV : une augmentation de la pression veineuse non corrigée par l'orthodynamisme. Cette augmentation de la pression veineuse ambulatoire peut être liée à 2 facteurs physiopathologiques : le reflux et l'obstruction ou à leur association.

Ces anomalies physiopathologiques peuvent intéresser isolément l'un des 3 systèmes veineux (superficiel, profond, perforantes) ou être combinées. Dans environ 2/3 des cas, le reflux intéresse plusieurs systèmes. Le dernier élément important qui doit être précisé est l'étiologie. Le bilan quasi systématique par écho Doppler des UV révèle que, dans 40 à 50 % des cas, on est présence d'une étiologie primitive localisée au réseau veineux superficiel (+/-perforantes) c'est-à-dire aux varices essentielles<sup>1</sup>. L'identification précise des lésions anatomiques et des désordres physiopathologiques est essentielle, car c'est sur ces données que repose les indications thérapeutiques et plus particulièrement les options chirurgicales.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

### Objectif du traitement :

Il est double : obtenir la cicatrisation de l'ulcère, puis éviter sa récurrence. Dans ce dessein, il faut réduire ou supprimer l'augmentation permanente de la pression veineuse définie plus haut.

Les méthodes chirurgicales peuvent être classées en fonction du système veineux pathologique à traiter : suppression du réseau veineux superficiel pathologique, ligature des perforantes incontinentes et chirurgie restauratrice du réseau veineux profond qui vise à améliorer l'obstruction et/ou le reflux.

## LES RÉSULTATS DE LA CHIRURGIE

### La cicatrisation :

Une étude contrôlée a montré que la chirurgie des varices associée à la compression n'apportait aucun avantage lorsqu'elle était comparée au traitement compressif isolé dans l'obtention de la cicatrisation de l'ulcère<sup>2</sup>.

*La prévention de la récurrence de l'ulcère.* La chirurgie classique de l'insuffisance veineuse superficielle a fait l'objet d'une étude contrôlée *versus* compression<sup>3</sup> avec un suivi de 2 ans. Le bénéfice en termes d'absence de récurrence ulcéreuse n'est significatif (P=0.008) qu'en l'absence d'insuffisance veineuse profonde associée. Nous ne disposons d'aucune étude contrôlée randomisée comparant la chirurgie à la sclérothérapie.

Il est difficile d'apprécier les résultats de la chirurgie des perforantes car l'analyse des différentes séries rapportées révèle qu'elle a pratiquement toujours été associée à d'autres interventions.

La chirurgie des syndromes obstructifs profonds a fourni à 2 ans 62 % de cicatrisation de l'ulcère sans récurrence chez des patients qui n'avaient pas cicatrisé ou avaient récidivé sous traitement conservateur<sup>4</sup>. Les résultats de la chirurgie du reflux veineux profond en matière de prévention de la récurrence ulcéreuse à 5 ans sont fonction de l'étiologie. Dans les reflux primaires, ce taux est de l'ordre de 70 %, dans les syndromes post -thrombotiques entre 40 et 70 %<sup>5</sup>.

# LA PLACE DE LA CHIRURGIE VASCULAIRE DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES VEINEUX

*M. PERRIN, P. NICOLINI (suite)*

## LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE

Les indications de la chirurgie peuvent être résumées ainsi : Dans les ulcères veineux la chirurgie est exceptionnellement justifiée pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère (recommandation grade 1B). Elle est par contre légitime pour prévenir sa récurrence en l'absence d'insuffisance veineuse profonde sur les varices primitives (recommandation grade 1B). À l'inverse, la conduite à tenir à l'égard des perforantes est moins claire, mais il existe un certain consensus pour traiter par ligature endoscopique les perforantes jambières médiales de gros calibre (recommandation grade 2C). Les indications de la chirurgie restauratrice du réseau veineux profond restent controversées. Elle paraît devoir être proposée après échec du traitement conservateur (recommandation grade 2B pour les reflux primitifs, 2C pour les syndromes obstructifs primaires et secondaires et le reflux secondaire).

## Références :

1. Grabs AJ, Wakely MC, Nyamekye I, Ghauri ASK, Poskitt KR. Colour duplex ultrasonography in the rational management of chronic venous ulcers. *BJ Surg* 1996; 83:1830-2
2. Guest M, Smith JJ, Tripuraneni G, Howard A, Madliden P, Greenhalg RM *et al.* Randomized clinical trial of varicose vein surgery with compression versus compression alone for the treatment of venous ulceration. *Phlebology* 2003 ;18 :130-6
3. Barwell JR, Davies CE,, Deacon J, Harvey K, Minor M, Sassano A ; Taylor M *et al* Comparaison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study) : randomised controlled trial. *Lancet* 2005 ;363 :1854-9.
4. Raju S, Owen Jr S, Neglen P. The clinical impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 2002 ;38 :8-15
5. Perrin M. La chirurgie des reflux veineux profonds des membres inférieurs. *J Mal Vasc* 2004 ; 29 :73-8

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DES VARICES SOUS ANESTHÉSIE LOCALE ASSOCIÉE À LA SOPHROLOGIE

*S. CHASTANET, P. PITTALUGA, M. ZEMOR (Cagnes-Sur-Mer)*

## Introduction :

la sophrologie est utilisée comme moyen adjuvant à l'anesthésie locale en chirurgie dentaire et en chirurgie plastique. Depuis 2004, nous utilisons ce moyen comme traitement adjuvant à l'anesthésie locale tumescence (ALT) pour le traitement chirurgical des varices, en remplacement de la diazanalgésie parentérale (association d'une benzodiazépine et d'un morphinique) habituellement utilisée.

## Buts :

comparaison de la qualité de vie et du niveau de douleur entre un groupe de patients opérés avec la sophrologie adjuvante (SA), et un groupe opéré avec la diazanalgésie adjuvante (DA).

## Méthode :

étude prospective de deux groupes de patients non randomisés, non sélectionnés (le choix de la sophrologie n'était pas donné au patient). Ont été exclus les patients qui avaient deux temps opératoires programmés. Nous avons évalué la douleur en peropératoire et durant les huit premiers jours postopératoire par une échelle visuelle analogique. La qualité de vie a été étudiée par un questionnaire non spécifique SF12® à J8.

## Résultats :

quatre-vingts douze patients (68 femmes, 24 hommes) âgés de 23 à 78 ans (âge moyen 54,9 ans) ont été opérés en ambulatoire. La DA a été utilisée en association avec l'ALT chez 46 patients (groupe 1) et la SA en association avec l'ALT chez 46 patients (groupe 2). Il n'y avait pas de différence en termes d'âge, de sexe, de symptomatologie, de classe CEAP et de type de chirurgie réalisée entre les groupes 1 et 2. Il n'y avait pas de différence significative sur la douleur peropératoire et à J8, ainsi que pour la qualité de vie à J8 entre le groupe 1 et le groupe 2. La SA a été un échec chez 10 patients du groupe 2 (nécessité de recourir à une DA), et pour ces patients le score de douleur postopératoire était significativement supérieur (2,78 vs 1,27  $p<0,05$ ) et les scores de qualité de vie à J8 moins bon (score physique 73,4 vs 85,3  $p<0,05$  ; score mental 29,8 vs 36,5  $p<0,05$ ) que pour le groupe 1. En revanche les 36 patients du groupe 2 pour qui la DA avait été un succès (aucun recours à une médication parentérale) les scores de qualité de vie à J8 étaient significativement meilleurs que pour le groupe 1 (score physique 93,5 vs 85,3  $p<0,05$  ; score mental 55,3 vs 36,5  $p<0,05$ ).

## Conclusion :

la sophrologie et de la diazanalgésie en complément de l'anesthésie locale tumescence dans le traitement chirurgical des varices sont équivalentes pour la gestion de la douleur pour la qualité de vie postopératoire. Une sélection des patients par une préparation sophrologique permettrait de diminuer le taux d'échec de la sophrologie et d'améliorer la qualité de vie postopératoire.

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'INCONTINENCE OSTIALE ET TRONCULAIRE DE LA VEINE GRANDE SAPHÈNE PAR STRIPPING SANS COSSECTOMIE : RÉSULTATS CLINIQUES ET HÉMODYNAMIQUES

*P. PITTALUGA, S. CHASTANET, M. ZEMOR (Cagnes-Sur-Mer)*

## Introduction :

l'apparition des techniques endoveineuses (radiofréquence, laser endoveineux) a remis en cause le dogme de la suppression de la jonction saphène pour le traitement des varices. Cette attitude semble justifiée devant les bons résultats de ces techniques à moyen terme sur l'hémodynamique de la crosse laissée en place et le taux de néovascularisation.

Cependant, la crossectomie est encore largement associée au stripping lorsqu'une procédure chirurgicale traditionnelle est pratiquée. Il est donc légitime d'évaluer l'intérêt d'éviter la crossectomie lors de la réalisation d'un stripping chirurgical.

## Buts :

évaluation des résultats cliniques et hémodynamiques du traitement chirurgical de l'incontinence ostiale et tronculaire de la veine grande saphène après stripping sans crossectomie.

## Matériel et Méthode :

étude rétrospective de patients opérés pour des varices avec incontinence ostio-tronculaire de la veine grande saphène, traités par stripping avec ligature proximale au niveau de la première collatérale de la crosse saphène, sans dissection de la crosse.

## Résultats :

cent quatre-vingt quinze membres inférieurs (MI) ont été opérés chez 151 patients (128 femmes, 25 hommes), d'un âge moyen de 56,8 ans (22-88 ans). Les MI opérés étaient symptomatiques dans 61,8 % des cas et leur répartition selon la classe C de la CEAP était la suivante : C1 1,5%, C2 82,1%, C3 6,7%, C4-C6 9,7%. L'exploration écho-Doppler préopératoire montrait une incontinence de la valve terminale dans tous les cas et un diamètre moyen de la jonction saphéno-fémorale de 9,5mm (4,7-17 mm).

En postopératoire une thrombose du moignon de la crosse laissée en place avec extension à la veine fémorale et embolie pulmonaire à J30, sans séquelles, a été observée dans un cas.

Cent douze MI ont été revus au-delà du premier mois postopératoire avec un recul moyen de 24,4 mois. Au cours de ce suivi, le contrôle écho-Doppler montrait la persistance d'un reflux au niveau de la crosse laissée en place dans seulement 2 cas (1,8%). Un seul cas d'aspect de néovascularisation (0,9%) était observé au niveau de la zone de ligature sous la crosse. Une récurrence clinique de varices était observée dans 7 cas (6,3%), mais en relation avec la persistance d'un reflux inguinal dans seulement un cas. Le taux de MI classé C0 ou C1 selon la CEAP était de 83,9%. Il existait une amélioration fonctionnelle dans 91,3% des cas et un bénéfice esthétique dans 95,5% des cas.

## Conclusion :

nos résultats confirment l'intérêt de la conservation de la jonction saphéno-fémorale lors de la suppression de la veine saphène, avec un drainage veineux physiologique de la région inguinale, un faible taux de néovascularisation et de récurrence variqueuse à moyen terme. D'autres études devront confirmer ces données, en particulier sur le risque de thrombose postopératoire de la jonction saphéno-fémorale et sur les résultats à plus long terme.

# DÉNOMINATION DES PERFORANTES POUR LE DOSSIER PATIENT

*J-F. VAN CLEEF, G. OUROUSSOFF, L. NOVACK, M. CHAHIM (Paris)*

## Buts :

proposer une dénomination pour les perforantes dans un dossier patient partagé.

## Contexte :

classiquement la dénomination des perforantes était éponyme, variable selon les auteurs et les pays. La tendance actuelle est de classer les perforantes en fonction de leur localisation. Ceci à l'avantage d'être précis mais de créer un nombre considérable de dénominations qui sont trop longues à utiliser en pratique quotidienne.

Un système simple et consensuel manque.

- En 1986 sept hauteurs pour un membre inférieur ont été proposées, la cuisse et la jambe étant divisées en tiers anatomiques, la hauteur 1 correspond au tiers supérieur de la cuisse, la hauteur 7 au pied.
- En 1999 on associait aux 7 hauteurs les 4 faces anatomiques (latérale, antérieure, médiale, postérieure) pour faire un quadrillage de 28 quadrilatères, repérés par une lettre et un chiffre, par exemple M2 est le tiers moyen de la face médiale de la cuisse, P5 est le tiers moyen de la face postérieure du mollet.

## Méthode :

les perforantes sont inscrites en fonction de leur localisation dans l'un des 28 quadrilatères (4 faces, 7 hauteurs) dans le dossier patient par une lettre et un chiffre : par exemple M4 ; P6 ; L2 ; A3.

Le système est si nécessaire affiné : perforante centrée on ajoute S pour saphène, excentré on précise la localisation dans le rectangle avec la lettre voisine, par exemple M6 P pour perforante en arrière de la grande saphène dite tibiale postérieure ou Cockett.

Enfin les notions classiques peuvent être ajoutées : nombre de cm par rapport à un point fixe comme le sol, le pli poplité, l'interligne articulaire fémoro-poplité. Avec l'écho-doppler on note le diamètre en mm et l'importance du reflux (absent, minime, majeur)

Exemple d'une dénomination complète : M6 P, 12 cm, 5 mm, majeur.

## Résultats :

seuls les médecins stagiaires en fin d'études adhèrent instantanément au système de quadrillage, les médecins ayant déjà leurs habitudes peinent à en changer.

La simplicité du quadrillage rend la notation très efficace.

Les zones frontières posent parfois problèmes, par exemple la différence géographique est faible entre M6 P et P6 M. Dans les deux cas le médecin retrouve facilement la perforante nommée mais cette confusion peut poser problème dans le cadre d'études statistiques par rectangle.

Faut-il préciser son caractère court ou long, direct ou non ?

## Conclusion :

un système simple et consensuel s'impose pour la dénomination des perforantes. Le quadrillage est peut être une des possibilités à développer. A chacun d'y réfléchir au-delà de ses propres habitudes.

# TRAITEMENT LASER DES VARICOSITÉS BLEUES ET ROUGES DES PIEDS.

*J-P. TITON (Paris)*

Les Varicosités bleues et rouges des pieds représentent un problème esthétique réel notamment l'été dans des chaussures découvertes. Ce travail présente un protocole de traitement permettant de bien blanchir des "chaussettes rouges" ou un pied "bleu".

Après un examen clinique minutieux, puis une cartographie de l'ensemble des varices et des varicosités des membres inférieurs par Echo Doppler Couleur et Transillumination, une stratégie est déterminée avec ou sans chirurgie, et sclérothérapie de toutes les varices, supprimant ainsi la stase veineuse.

Au niveau des pieds, par utilisation de lasers YAG avec un diamètre de spot de 2 à 3 mm (fluences 300 à 400 joules) on obtient de manière spectaculaire la disparition de toutes les varicosités bleues.

Les varicosités rouges seront alors traitées aussi par lasers YAG avec des tailles de spots faibles (1 à 1,5 mm, fluences 600 à 700 joules) mais le délai nécessaire pour obtenir ces résultats est de 3 à 6 mois en 2 séances. Les lasers KTP peuvent être aussi utiles notamment sur les "chaussettes rouge".

Il est impérativement nécessaire d'utiliser des lasers couplés au froid pour éviter tous risques de brûlures.

Avec un traitement "Scléro-Laser" bien conduit non seulement les résultats sont excellents mais ils sont aussi durables bien qu'ils nécessitent une surveillance annuelle.

*Le Comité d'Organisation remercie les  
Laboratoires et Sociétés pour leur soutien  
à la mise en place de la réunion  
des 8 et 9 décembre 2006*

BAILLEUL,  
BAUERFEIND,  
BEAUFOR IPSEN PHARMA,  
GANZONI,  
GENEVRIER,  
INNOTHÉRA,  
KREUSSLER PHARMA,  
SANOFI AVENTIS,  
SERVIER,  
THUASNE

**PROCHAINE SEANCE :  
2 & 3 Février 2007  
Palais des Congrès de Paris**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE  
PHLEB  LOGIE

46, rue Saint-Lambert - 75015 - Paris

Tél. : +33 (0)1 45 33 02 71

Fax : +33 (0)1 42 50 75 18

E-mail : [sfphlebo@club-internet.fr](mailto:sfphlebo@club-internet.fr)

[www.sf-phlebologie.org](http://www.sf-phlebologie.org)