



PARIS

70<sup>èmes</sup>

JOURNÉES DE LA  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE  
PHLEBOLOGIE

06-07-08 DECEMBRE 2012

PROGRAMME &  
RÉSUMÉS

NOVOTEL PARIS VAUGIRARD  
257 RUE DE VAUGIRARD  
75015 PARIS

ACCREDITATION  
EUROPÉENNE  
EACCME

PRESIDENT DE LA SFP

Jean-Luc GILLET

SECRETARE GENERALE DE LA SFP

Christian-Claude DANIEL

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES ET ORGANISATION

Bureau de la SFP

François-André ALLAERT - Jean-Marc CHARDONNEAU

Michèle CAZAUBON - Jean-Jérôme GUEx

Claudine HAMEL-DESNOS - Christian LEBARD

Symon SADOUn - Mario SICA - Jean-François VAN CLEEF

## INFORMATIONS SCIENTIFIQUES



46 rue Saint Lambert 75015 PARIS

Tél. 01 45 33 02 71

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

Site : <http://www.sfp-phlebologie.org>

## INFORMATIONS LOGISTIQUES



Publi Créations

### **PUBLI CREATIONS S.A.M.**

74 Boulevard d'Italie

98000 MONACO

Direct: +377 97 97 36 01

Fax: +377 97 97 35 50

<http://www.publicreations.com>

*Chers Amis,*

*Bienvenue aux 70<sup>èmes</sup> journées de la Société Française de Phlébologie !*

*Cette année encore nous avons le plaisir de vous accueillir à l'hôtel Vaugirard pour trois journées dédiées à la Phlébologie.*

*Comme les années précédentes, nous ouvrons ces journées avec une après-midi pleine consacrée à la phlébologie esthétique.*

*Le vendredi sera une journée très riche que nous avons souhaitée partager avec les autres Sociétés d'Angéiologie et de Médecine Vasculaire. Nous aborderons des sujets divers couvrant différents domaines de la Phlébologie avec des mises au point sur les thromboses veineuses, les nouveautés de l'échosclérothérapie à la mousse et des traitements endoveineux thermiques, l'évaluation au quotidien des résultats des différents traitements dans la maladie variqueuse, des cas cliniques, le point sur le DPC et les actualités syndicales. La séance des Communications Libres sera l'occasion d'entendre des opinions et des pratiques personnelles. Sa richesse témoigne de la vitalité de notre Société.*

*Traditionnellement, la journée du samedi est une journée d'échange avec des collègues étrangers.*

*Après avoir invité les années précédentes nos collègues américains du nord et du sud (American College of Phlebology, Société Canadienne de Phlébologie, Société Brésilienne de Phlébologie), j'ai voulu recentrer cette journée sur l'Europe en organisant une Journée Européenne de Phlébologie. Tous les experts européens que j'ai invités ont accepté de venir travailler avec nous à Paris et je les en remercie très sincèrement. Nous aurons ainsi la possibilité de partager et de comparer nos expériences et notre pratique quotidienne. C'est grâce à ces échanges que notre connaissance et notre pratique s'enrichissent.*

*La formation est un domaine dans lequel la SFP s'est toujours investie, sans attendre les obligations légales qui n'en finissent pas... de se faire attendre. Venez participer à nos ateliers et forum de discussion qui sont centrés sur notre pratique quotidienne (écho-sclérothérapie à la mousse, technique thermiques, pansements et compressions médicales, phlébectomies ambulatoires).*

*Comme chaque année, mes très sincères remerciements vont aux organisateurs des séances et aux intervenants. Sans leur dévouement l'organisation de ce Congrès n'aurait pas été possible.*

*Je vous souhaite un excellent congrès à tous,*



**Jean-Luc Gillet,**

*Président de la Société Française de Phlébologie*

# Ce congrès a reçu l'Accréditation Européenne EACCME

13 points de crédits CME (EACCME)

Numéro d'événement 8467

(Ces crédits sont reconnus par l'American Medical Association)

Dans le cadre de l'accréditation, les orateurs ont obligation de déclarer leurs conflits d'intérêts.

**JEUDI 06 DECEMBRE 2012**

## Salle CONCORDE

### **14h00-16h00** PHLEBOLOGIE ESTHETIQUE

Présidents-Modérateurs :

**Jean-Marc CHARDONNEAU - Jean HEBRANT**

**14h00-14h15** Le port de chaussures modifie-t-il le retour veineux et lymphatique ?

**Philippe VILLENEUVE (Paris)**

**14h15-14h30** La cosmétique en pratique phlébologique

**Catherine GAUCHER (Paris)**

**14h30-14h45** Comment éviter les complications du laser ?

**Jean HEBRANT (Namur)**

**14h45-15h00** Echographie de l'hypoderme ombres et lumières

**Philippe BLANCHEMAISON (Paris)**

**15h00-15h15** Lymphoedème et surpoids

**Stéphane VIGNES (Paris)**

**15h15-15h30** La morphonutrition : une approche personnalisée du surpoids

**Raphaël BLAIRVACQ (Liège)**

**15h30-16h00** Discussion générale

**16h00-16h30** Pause-café dans les Stands

### **16h30-17h30** ATELIERS PRATIQUES

Organisation : **Jean-Marc CHARDONNEAU**

**16h30-17h00** Indications et utilisation pratique du laser dans un cabinet de phlébologie

**17h00-17h30** Les indications de la compression pneumatique intermittente en médecine vasculaire

**17h30-19h30** REUNION DU BUREAU

**Salles CHAMPS ELYSEES et CONCORDE**

**09h00-10h30 SEANCE THROMBOSE – SFP/SFA**

La Thrombose Veineuse Profonde dans notre pratique quotidienne.

Président : **Ismael ELALAMY**

Modérateur : **Christian DANIEL**

**09h00-09h15** Ecole de la Thrombose : vers un recueil de données de vos questions les plus fréquentes  
**Michèle CAZAUBON (Paris)**

**09h15-09h30** Thrombose et cancer en médecine vasculaire de ville : rappel de l'étude pilote et mises au point actualisées  
**Viviane ARFI (Dieppe), Christian DANIEL (Rueil)**

**09h30-09h45** Le coût des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires acquises à l'hôpital  
**François-André ALLAERT (Dijon)**

**09h45-10h00** Prédire le risque veineux de maladie thrombo-embolique : les meilleurs outils  
**Ismael ELALAMY (Paris)**

**10h00-10h30** Flash d'information : Etude SFA/SFP sur les veines au travail en collaboration avec les médecins du travail  
**Chan The Emile PHAN (Paris)**

**Salle OPERA**

**09h00-10h30 CLUB MOUSSE**

Modérateurs : **Gilles GACHET, Charles ZARCA, Laurent SPINI**

**09h00-09h20** Ces différents reflux témoins du réservoir variqueux  
**Vincent CREBASSA (Montpellier)**

**09h20-09h40** Sclérus, thrombus et aspiration  
**Gilles GACHET (Voiron)**

**09h40-10h00** Micro-échoscclérose à visée esthétique  
**Michel SCHADEK (Paris)**

**10h00-10h15** Les varices du nerf sciatique et leur traitement à la mousse  
**Kennedy PACHECO (Brésil)**

**10h15-10h30** Vos questions sur la mousse

**10h30-11h00 Pause-café dans les Stands**

**11h00-12h00** Cas Cliniques Echo-sclérothérapie la mousse  
**Mario SICA (Paris), Symon SADOUN (Versailles)**

**12h00-12h45** Workshop « sclerolux » animé par **Alessandro FRULLINI (Florence)**

**13h00-14h30 DEJEUNER-DEBAT SERVIER**

Nouvelles avancées dans les Affections Veineuses Chroniques : Et si l'hyperpression veineuse n'en était que la conséquence ?

Modérateur et orateur : **Vincent CREBASSA**

Intervenants : **Frédéric VIN,**

**François-André ALLAERT, Francisco VEAS**

**11h00-13h00 ACTUALITES THERAPEUTIQUES**

**11h00-11h30** Actualités sur les agents sclérosants  
**Serge MAKO (Paris)**

**11h30-12h00** Actualités sur les nouveaux anticoagulants  
**Ismael ELALAMY (Paris)**

**12h00-12h30** Le point sur le DPC et PAP  
**Christian DANIEL (Rueil)**  
**Michèle CAZAUBON (Paris)**

**12h30-13h00** Actualités syndicales  
**Hubert YVORRA (Strasbourg)**  
**André CELERIER (Evry)**

**14h30-15h00 Pause-café dans les Stands**

**Salles CHAMPS ELYSEES et CONCORDE**

- 15h00-16h30 Séance SFMV/ SFP**  
 Evaluation au quotidien des résultats des différents traitements dans la maladie variqueuse  
 Président : **Patrick CARPENTIER**  
 Modérateur : **André CORNU-THENARD**
- 15h00-15h15** Pourquoi traitons-nous les varices ?  
**Patrick CARPENTIER (Crolles)**
- 15h15-15h30** Evaluation par le Patient (Symptômes et QdV)  
**Jean-Jérôme GUX (Nice)**
- 15h30-15h45** Evaluation par le Clinicien (Signes physiques et la Cartographie clinique)  
**André CORNU-THENARD (Paris)**
- 15h45-16h00** Evaluation par l'Hémodynamicien (cartographie hémodynamique)  
**Jean-François AUVERT (Dreux)**
- 16h00-16h15** Evaluation par un Futuriste  
**Jean-François UHL (Paris)**
- 16h15-16h30** Dans la pratique ..., on retiendra  
**Claudine HAMEL-DESNOS (Caen)**
- 16h30-17h00** Cas cliniques Endoveineux Thermique  
**Christian LEBARD (Paris),  
 Claudine HAMEL-DESNOS (Caen)**

**Salle OPERA**

- 14h30- 17h00 COMMUNICATIONS LIBRES**  
**Pierre OUVRY, Symon SADOUN**
- 14h30-14h45** Evaluation d'un laser 1064 nm multi pulse dans le traitement des télangiectasies résistantes à la sclerotherapie ; sur 90 cas  
**Claude GARDE**
- 14h45-15h00** Réflexions sur le complexe veinulo-télangiectasique  
**Stefano ERMINI, Massimo CAPPELLI**
- 15h00-15h15** Etude comparative du transfert de la vapeur d'eau dans différents articles de compression médicale  
**Christian GARDON-MOLLARD,  
 Guillaume GOGUE-MEUNIER**
- 15h15-15h30** Incidence  $\square$  : nouvelle incidence échographique dynamique pour l'analyse du segment inter valvulaire de la Grande Veine Saphène (GVS)  
**Vincent CREBASSA**
- 15h30-15h45** Technique de phlébectomie ambulatoire pour le traitement des varices réticulaires mais aussi des varices tronculaires  
**Francesco ARTALE**
- 15h45-16h00** Proposition de traitement des pigmentations cutanées après sclérothérapie par le laser Nd:yag 1064 nm CW  
**Symon SADOUN**
- 16h00-16h15** Etude du comportement des veines épifasciales sous bas médicaux de compression de classe 2. Hypothèse pour expliquer le rôle de la compression médicale en post-sclérothérapie.  
**Didier RASTEL, Bertrand LUN**
- 16h15-16h30** Reste-t-il des indications à la sclérose liquide des saphènes ?  
**Pierre OUVRY**
- 16h30-16h45** Une nouvelle approche multi-thérapeutique du traitement des télangiectasies  
**Francesco FERRARA**
- 16h45-17h00** Discussion générale

**17h00-17h30** Pause-café dans les Stands

**17h00-17h45** RECEPTION DES NOUVEAUX MEMBRES ET DES JEUNES DE LA SFP

**18h00-20h00** REUNION DU CA

**20h30** DINER DE GALA DU CONGRES

**Salles CHAMPS ELYSEES et CONCORDE**

**Journée Européenne de Phlébologie**

Nouveaux concepts dans la prise en charge des varices

*European Phlebology day*

*New concepts in the management of varicose veins*

**Session avec traduction anglais-français**

*French/English simultaneous translation*

**Under the Presidency of Eberhard RABE, Past-President of the UIP and Jean-Luc GILLET, President of the SFP**

**09h00-11h00** Président : **Marianne DE MAESENEER**

Modérateurs : **Philip COLERIDGE SMITH, Christian DANIEL**

**09h00-09h15** Les progrès de l'imagerie par ultrason dans la prise en charge de l'insuffisance veineuse superficielle

*Progress of Ultrasound imaging in the management of superficial venous insufficiency*

**Olivier PICHOT (France)**

**09h15-09h30** Nouveaux concepts dans les récurrences en fonction des différentes techniques de traitement des varices

*Updated knowledge in recurrences according to the different techniques of treatment of varicose veins*

**Marianne DE MAESENEER (Belgium)**

**09h30-09h45** Nouveaux concepts dans la prise en charge de la maladie veineuse par la compression

*New concepts in the management of the venous disease by compression*

**Patrick CARPENTIER (France)**

**09h45-10h00** Conséquences du vieillissement de la population sur la prise en charge par laser endo-veineux

*Consequences of population aging on the management of varicose veins by endo venous laser*

**Philippe KERN (Switzerland)**

**10h00-10h15** Facteurs influençant la compliance à la compression par bas: étude observationnelle dans des pharmacies d'officine

*Factors influencing compliance with compression stockings wearing: an observational study in community pharmacies*

**François-André ALLAERT, Jean-Luc GILLET (France)**

**10h15-10h30** Comment je prends en charge les varices en Italie

*How I treat Varicose veins in Italy*

**Attilio CAVEZZI (Italy)**

**10h30-10h45** Evolution du traitement des télangiectasies par le laser

*Evolution of laser treatment of telangiectasias*

**Christian DANIEL (France)**

**10h45-11h00** Nouveaux concepts dans le traitement des télangiectasies

*New concepts in the treatment of telangiectasias*

**Albert-Adrien RAMELET (Switzerland)**

**Salle OPERA**

**09h00-10h00** **Séance de la SEP**  
**Jean-Claude SCIALOM**

Quel laser vasculaire cutané choisir pour le Phlébologue ?

**10h00-13h30** **Séance des Membres Partenaires et des étudiants du Diplôme Universitaire de Phlébologie**

**10h00-11h00** Présentation des 3 premiers mémoires du Diplôme Universitaires de Phlébologie

- Le canal de Hunter : Un dispositif de régulation du retour veineux poplité ? Intérêt de la phlébologie

**Céline FORTIN**

- Etude anatomique et échographique des vaisseaux satellites des veines perforantes de la face médiale de la jambe : Les artères perforantes

**Sammi ZERROUK**

- Les thromboses de veine sous-clavière

**Michel BALLOUZ**

**11h00- 11h30** Pause-café dans les Stands

**Salles CHAMPS ELYSEES et CONCORDE**

- 11h30 -13h30** Président : **Eberhard RABE**  
Modérateurs : **Attilio CAVEZZI, Jean-Luc GILLET**
- 11h30-11h45** Influence du rapport coût/efficacité sur les pratiques  
*Influence of Cost effectiveness analysis on practice*  
**Jean-Jérôme GUEX (France)**
- 11h45-12h00** Guidelines européennes sur la sclérothérapie  
*European guidelines on sclerotherapy*  
**Eberhard RABE (Germany)**
- 12h00-12h15** Comment je prends en charge les varices en France ?  
*How I treat Varicose veins in France?*  
**Claudine HAMEL-DESNOS (France)**
- 12h15-12h30** Comment je prends en charge les varices au Royaume Uni ?  
*How I treat varicose veins in the United Kingdom?*  
**Philip COLERIDGE SMITH (United Kingdom)**
- 12h30-12h45** Conséquences du vieillissement de la population sur la prise en charge par sclérothérapie  
*Consequences of population aging on the management of varicose veins by sclerotherapy*  
**Jean-Luc GILLET (France)**
- 12h45-13h00** Intérêt de la mousse fabriquée avec du CO2-O2 (étude allemande)  
*Value of a CO2-O2 based sclerosing foam (german study)*  
**Franz Xaver BREU (Germany)**
- 13h00-13h15** Faut-il traiter les veines perforantes en 2012 ?  
*Is it necessary to treat perforating veins in 2012?*  
**Denis CRETON (France)**
- 13h15-13h30** Nouveaux concepts de l'action des produits sclérosants (devenir du STD dans le sang)  
*Updated knowledge on blood/sclerosing agent interactions*  
**Mike WATKINS (United Kingdom)**

**Salle OPERA**

- 11h30 - 12h30** **Albert-Claude BENHAMOU, Frédéric VIN**  
Quelle compression multitype pratique au quotidien pour l'ulcère et l'oedème mou ?  
**Frédéric Vin (Paris)**  
Intérêts de l'auto bandage nocturne pour les œdèmes durs: Education thérapeutique  
**Pascal FILORI (Marseille)**  
Sclérothérapie des télangiectasies et compression, à risques ou bénéfique ?  
A propos de 1700 patients  
**Vincent CREBASSA (Montpellier)**  
Hérédité et Affections veineuses chroniques, Rôle de l'inflammation  
**Francisco VEAS (Montpellier)**  
Mobilisation dynamique des lymphatiques : Nouvelle approche  
**Jean-Pierre SCHILTZ (Paris)**
- 12h30-13h00** 3 cas cliniques présentés par le Cercle Universitaire de Phlébologie (appel à communication lancée auprès des anciens étudiants).  
**Albert-Claude BENHAMOU, Frédéric VIN, Vincent CREBASSA**  
- **Xavier SAUDEZ (Castres)**  
- **Frédéric VIN (Paris)**  
- **Jean-Camille GRISOLI (Marseille)**

**13h00-13h30 REMISE DES DIPLOMES : "Diplôme Universitaire de Phlébologie"**

**13h30-14h30 Déjeuner dans les Stands**

**14h30-15h00 ASSEMBLEE GENERALE**

**Salles CHAMPS ELYSEES et CONCORDE**

- 15h00-17h00 Ateliers Pratiques**  
(4 Ateliers d'1 heure, répétés 1 fois)  
Organisation : **Christian DANIEL**  
1) Echo-sclérothérapie à la mousse  
**Michel LAUSECKER (Selestat), Charles TEJEDOR (Royat)**  
2) Techniques endoveineuses thermiques. Vidéo et manipulations de matériel (laser)  
**Frédéric VIN (Paris), Bruno BURCHERI (Schiltigheim)**  
3) Pansements et compressions médicales  
**André CORNU-THENARD (Paris), François-André ALLAERT (Dijon)**  
4) Phlébectomies Ambulatoires  
**Nicole FAYS-BOUCHON (Nancy) Ségolène FAYS-MICHEL (Nancy)**

**Salle OPERA**

- 15h00-17h00 FORUM DE DISCUSSION MOUSSE - THERMIQUE : des premiers pas au perfectionnement**  
Organisation-Animation : **Claudine HAMEL-DESNOS Pierre OUVRY**
- 15h00-16h00 MOUSSE**  
Experts : **Jean-Luc GILLET (Bourgoin-Jallieu), Jean-Jérôme GUEX (Nice), Luc MORAGLIA (Bordeaux)**  
Débutant : **Matthieu JOSNIN (Savenay)**
- 16h00-17h00 THERMIQUE**  
Experts : **Laurence ALLOUCHE (Toulouse), Jean-Luc GERARD (Paris), Olivier PICHOT (Grenoble)**  
Débutant : **Pierre COMBES (Châtelailon-Plage)**



# COMMUNICATIONS LIBRES

Il existe toujours une portion plus ou moins importantes de telangiectasies que ne peut réduire la microsclérothérapie. Le laser peut dans ce cas améliorer le score esthétique. Mais force est de constater qu'aucune machine n'a rempli parfaitement cette mission. Nous avons élaboré un protocole permettant d'accroître la fluence délivrée sans risquer de brûler ou de tacher les patientes. L'utilisation d'un laser multi pulse permet d'atteindre en jouant sur les temps de relaxation thermiques différents de la peau et des cibles à atteindre.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous n'avons pas voulu opposer sclérothérapie car ces deux moyens sont complémentaires. 89 patientes ont bénéficié de sclérothérapie du réseau réticulaire couplé à une séance de laser double pulse. Aucune ne présentait de reflux patents, toutes avaient été soit sclérosées soit opérées. Chaque zone était photographiée avant traitement et un mois ou deux mois plus tard. Nous avons noté temps de pulse, temps de relaxation thermique, douleur des deux temps (sclérothérapie et laser), effets secondaires, satisfaction du patient et du médecin.

**RESULTATS :** L'association microsclérothérapie repousse plus loin notre efficacité en matière esthétique. Le comparatif photo qui nous semble être dans ce domaine le plus objectif, montre une amélioration dans 69% des cas avec une satisfaction du patient de près de 85% et du médecin de 70%. La douleur de la sclérothérapie est cotée 2.3 sur une échelle de 10, celle du laser de 5.1 malgré l'adjonction de froid pulsé.

**CONCLUSION :** le laser Nd yag pulsé constitue une avancée certaine car il permet d'augmenter la fluence délivrée pratiquement au double de ce qui se fait en simple pulse en évitant les effets secondaires. Lors de ce travail, nous avons utilisé sur les zones multi colorées (rouge et marron) la lumière pulsée avec des résultats très prometteurs que nous discuterons en séance.

\* v. Tizzano, 18 50012 Grassano - Florence - Italie

\*\* v. Datini, 46 50100 Florence - Italie

**OBJECTIF DE L'ÉTUDE :** La physiopathologie des varicosités veinulaires et télangiectasiques est peu connue. Grâce à l'analyse des observations vélocimétriques et cliniques nous avons tenté de reconstruire un modèle hémodynamique du complexe veinulo télangiectasique qui peuvent être utiles dans les décisions thérapeutiques.

Chaque arbre télangiectasique a un gradient de pression de remplissage et de vidange.

Comme les varices proprement veineuses, il peut être traité par une amélioration du drainage associé à une réduction de la pression de remplissage.

Il faut pour cela identifier la veine réticulaire qui remplit et qui draine.

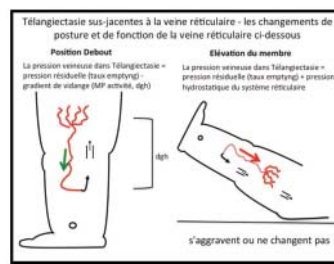
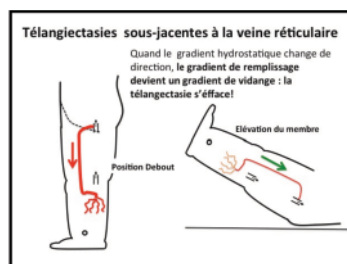
La disposition des télangiectasies et veines réticulaires se présentent selon trois configurations.

- Ramifications télangiectasiques sus-jacentes à la veine réticulaire
- Ramifications télangiectasiques sous-jacentes à la veine réticulaire
- Ramifications télangiectasiques et veine réticulaire mêlés.

L'hypothèse retient la responsabilité de la gravité newtonienne (Cappelli M.). A savoir :

- Lorsque la veine réticulaire est au-dessus, c'est une veine de remplissage
- Quand elle est dessous, il s'agit d'une veine de drainage

Certaines manœuvres posturales qui modifient les gradients de pression hydrostatique de remplissage et de drainage associées au Doppler peuvent nous aider à détecter la direction du gradient de vidange.



La veine réticulaire qui alimente les capillaires avec ramifications sous-jacentes peut être alimentée par un point de reflux précis ou perdu dans le tissu cellulaire. Dans le premier cas, la fermeture du point de reflux réduisant le gradient de remplissage conduit à la disparition des télangiectasies,

dans le second le traitement des veines réticulaires réduit aussi les télangiectasies, mais crée un obstacle au drainage de la cellulite et peut ainsi provoquer un matting. Quand les ramifications sont sus-jacentes, nous pensons qu'elles sont dues à un problème de drainage de la cellulite (Cappelli M.), rendu difficile par la fibrose sous-cutanée. Ces veines réticulaires seraient alors des voies de suppléance. Leur élimination implique la formation d'un nouveau système de drainage qui, dans certains cas, peut provoquer un matting. L'utilisation de la compression élastique (Kern) et un bon timing des séances peuvent nous aider à obtenir de bons résultats.

Dans certains cas, les capillaires peuvent être dilatés en l'absence d'augmentation de pression et dans ce cas il n'y a aucune conséquence à leur élimination.

Conclusion : Les télangiectasies des membres inférieurs représentent un trouble vasculaire dans lequel, à ce jour, il y a peu de connaissance et dans lequel les attentes des patients dépassent souvent ce qui est effectivement réalisable. Une étude clinique observationnelle et le diagnostic Doppler, à travers la mise en œuvre d'une cartographie hémodynamique systolique et diastolique, et le choix du traitement en conformité avec le modèle physiopathologique, peut améliorer ces résultats.

#### Bibliographie :

Cappelli M.: Riflessioni di emodinamica sulle teleangectasie. Scleroterapia II° edizione, Ed. Minerva Medica, Torino 2006

Kern P, et al. : Compression after sclerotherapy for telangiectasias and reticular leg veins: a randomized controlled study. J Vasc Surg. 2007 Jun;45(6):1212-6. Epub 2007 Apr 27

\* Chamalières - \*\* Reclesne (France)

**Mots clés** : compression médicale, thermorégulation, vapeur d'eau, transfert, textile

**Titre simplifié** : Transfert de vapeur d'eau à travers un article de compression médicale

**OBJECTIF DE L'ÉTUDE** : La thermorégulation, chez l'homme repose majoritairement sur les échanges thermiques cutanés. L'excès calorique est régulé par l'intermédiaire de la peau, sous la forme d'échanges caloriques et l'élimination d'eau sous forme de transpiration. D'un point de vue médical, l'étude des modifications de la thermorégulation induite par les produits de compression est importante car elle conditionne le confort au porté qui représente souvent un frein à l'observance du traitement. Les échanges thermiques et hydriques vont donc dépendre des caractéristiques physiques des fibres utilisées. Cette étude a pour but de comparer les capacités de gestion de l'humidité de douze différents bas de compression selon un nouveau protocole développé par l'IFTH, par l'étude de la dynamique d'évaporation.

**MÉTHODES** : Après prélèvement en extension sur jambe Hohenstein, l'échantillon du bas de compression est positionné en extension entre un support inférieur où est déposée une goutte d'eau calibrée, et une buse supérieure où le passage de la vapeur d'eau est mesurée, le tout à une température contrôlée. Les résultats permettent de distinguer le taux de rétention, la dynamique de séchage, la densité de flux maximal et la dynamique d'évaporation, qui mettent en évidence des performances variables selon les articles étudiés, et reflètent des capacités d'évaporation différentes.

**RÉSULTATS** : L'exploitation des résultats permet de différencier les articles, dans une gamme d'articles synthétiques, mais également entre des articles synthétiques et des articles avec fibres cellulosiques en quantité variable. La présence de coton apparaît comme une des facteurs influençant significativement leurs performances.

**CONCLUSION** : Cette étude confirme le d'utilisateurs de la compression médicale. De nombreux patients et sportifs signalent une sensation de « jambes froides » sous compression et apprécient la sensation de fraîcheur ainsi apportée en atmosphère chaude. L'évaporation (passage de la phase liquide à la phase gazeuse) étant une source de refroidissement, certaines combinaisons textiles sont plus favorables que d'autres à l'optimisation de ce phénomène. Le choix judicieux des fibres et leur combinaisons est donc susceptible d'augmenter la sensation de fraîcheur ressentie par le patient.

Cette étude donne quelques explications sur des sensations longtemps considérées comme subjectives, ressenties au porté de certaines étoffes qui contiennent majoritairement des polyamides, de l'élasthanne, et des cellulosiques.

## Incidence $\pi$ : nouvelle incidence échographique dynamique pour l'analyse du segment inter valvulaire de la Grande Veine Saphène (GVS)

*Clinique du Millénaire, Montpellier*

Le segment inter valvulaire (SIV) de la GVS est actuellement la clef de voûte de toute analyse d'une incontinence de la GVS quel que soit le site anatomique de cette incontinence.

En effet la compétence de la Valve Terminale (VT) fut, et reste pour certains, un enjeu majeur de ces explorations et de la sanction thérapeutique à proposer, à savoir : crossectomie en cas d'incontinence ou traitement endo-veineux (thermiques ou chimiques) le cas échéant. L'exploration du segment inter valvulaire est également primordiale pour comprendre le rôle des collatérales de ce segment (épigastrique superficielle, pudendale latérale, circonflexe iliaque superficielle). L'étude de ce SIV est nécessaire pour découvrir une incontinence de la lame lympho-ganglionnaire (LLG). La manœuvre de Valsalva est aussi fondamentale pour analyser ce reflux saphénien et suspecter son éventuelle origine abdomino-pelvienne d'autant plus que la VT est continente.

En pratique l'exploration directe en échographie de l'étage abdomino-pelvien nécessite une expérience et des compétences techniques plus poussées que la simple exploration d'un Nutcracker Syndrome, d'un Syndrome de May-Turner, de l'exploration des points de fuite P (canal d'Alcock), I (canal inguinal) ou C (clitoridien), voir glutéal supérieur (Gs), glutéal inférieur (Gi) ou obturateur (O). Certes il est indispensable de réaliser l'exploration d'une incontinence ilio-fémorale ou d'un syndrome obstructif ilio-cave, rénal proximal ou autre mais l'os est une limite physique à nos explorations ultrasonores. L'écho-Doppler ne sera alors « qu'un élément de forte présomption » (souvent soutenu par une clinique caractéristique) qui nous incitera à prescrire une exploration par Phlébographie qui pourra éventuellement traiter par embolisation en un même temps certains de ces points de fuites. En effet un grand nombre des affluences pelviennes viscérales et pariétales mais également extra pelviennes des veines iliaques internes échappe à nos explorations ultrasonores à ce jour.

L'incidence  $\pi$  se situe donc entre le point P et le point I, le long de la bandelette ilio-pectinée, la sonde regardant l'articulation sacro-iliaque controlatérale. Tout en demandant à la patiente de réaliser des manœuvres de Valsalva la sonde ne fera qu'un simple mouvement d'inclinaison pour revenir à une coupe transverse de la GVS.

Cette incidence, réalisée systématiquement devant une incontinence de la GVS, permet d'éviter certains pièges anatomiques et hémodynamiques en autorisant une visualisation directe de la Valve Terminale, du Segment Inter Valvulaire, des jeux hémodynamiques valvulaires du SIV, du tronc commun avec la Saphène Accessoire Antérieure (SAA). Elle permet de comprendre la participation d'une incontinence abdomino-pelvienne à l'incontinence de la GVS.

Débuter par cette incidence permet une orientation plus sereine de l'exploration, de la compréhension des transferts de reflux et donc de la sanction thérapeutique à envisager.

**OBJECTIFS :** La phlébectomie ambulatoire s'applique généralement à toutes les veines de petit et moyen calibre.

Le but de cette étude a été d'évaluer, à travers une expérience personnelle, les résultats d'une application plus large de ce traitement.

Des varices réticulaires ont été traitées par phlébectomie ambulatoire, mais aussi des veines collatérales incontinentes et varices tronculaires alimentées par des perforantes incontinentes.

**MÉTHODES : 250 PATIENTS (95% FEMMES, 5% HOMMES) AVEC VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS ONT ÉTÉ L'OBJET** d'une étude rétrospective.

Les varices ont été classifiées par calibre : 1) petit (réticulaires), 2) moyen (collatérales), 3) grand (tronculaires) et classification clinique CEAP.

Tous les patients ont effectué un bilan veineux complet par sonographie duplex pour une évaluation précise de la circulation profonde et superficielle mais aussi pour un marquage correcte des varices.

La phlébectomie ambulatoire a été effectuée dans : 40% des patients avec varices réticulaires et télangiectasies, 5% des patients avec collatérales incontinentes de la GVS ou de la PVS, 15% des patients avec incontinence de la veine saphène accessoire, 20% des patients atteints de récives d'une précédente opération de stripping, 20% des patients après ablation de la saphène interne par radiofréquence.

L'anesthésie locale est effectuée toujours par infiltration sous cutanée (solution NaCl 0,9% 100 ml + lidocaïne 200 mg + adrénaline 0,5 mg + bicarbonate 8,4% 1 ml) à 5 °C au maximum par séance 100 ml (quantité moyenne par séance : 45, 2 ml). La solution est la même pour n'importe quel calibre de la veine, mais la technique est différente (plus superficielle pour les varices réticulaires, plus profondes pour les varices tronculaires). Les incisions cutanées (1-2 mm) à la pointe du bistouri No 11 sont orientées verticalement, selon les lignes de la peau, à la distance d'environ 3-4 cm.

On utilise des crochets différents pour les varices réticulaires et pour les varices tronculaires.

Toutes varices de calibre important sont toujours liées à l'émergence proximale pour limiter les saignements et les hémorragies. Toutes les petites incisions sont fermées par steristrips à la direction transversale.

Une compression locale pour les varices réticulaires et un bandage sur toute la jambe pour les varices tronculaires, doivent être gardés 24 heures et, par la suite, un bas de contention doit être porté pendant 1 semaine du lever au coucher.

Les patients avec des veines réticulaires et télangiectasies sont traités par phlébectomie ambulatoire des varices et en suite, dans la même séance, par sclérothérapie des télangiectasies en utilisant du polidocanolo 0,5% en solution liquide.

Les patients avec incontinence de la GVS sont traités par radiofréquence (ClosureFAST™) et en suite, dans la même séance, par phlébectomie des veines collatérales et des perforantes incontinentes.

Tous les traitements sont ambulatoire (au cabinet médical) sans aucune interruption des activités professionnelles.

Les patients sont contrôlés après 1 mois, 6 mois après la fin du traitement et 1 fois par an.

**RÉSULTATS :** Les résultats ont été évalués avec un contrôle photographique et une évaluation du patient à chaque consultation.

L'évaluation statistique a été effectuée par VCSS (Venous Clinical Severity Score).

Au premier contrôle (après 1 mois) 95% des patients ont enregistré une nette amélioration.

Ce résultat a toujours été maintenu dans 95% des patients au deuxième contrôle (après 6 mois) et, pendant les 2 années qui suivent la fin du traitement, dans 90% des cas.

Seulement 5% des patients ont eu quelques douleurs après l'opération, mais aucune lésion des voies lymphatiques, ni phlébite superficielle, ni thrombose veineuse. On a vérifié des pigmentations de cicatrices à 4% (en dépendant de la couleur de peau) et neo formation de télangiectasies à 5% (pour l'élimination incomplète des varices réticulaires trop petites).

**CONCLUSION :** La phlébectomie ambulatoire peut être utilisée dans le traitement des varices de n'importe quel calibre, elle est efficace, très bien tolérée et peu chère. Les complications sont faibles et temporaires, mais le praticien doit parfaitement maîtriser la technique.

La phlébectomie et la sclérothérapie pratiquées en même temps, donnent un résultat esthétique plus complet et définitif. La phlébectomie des collatérales et des perforantes effectuée tout de suite après l'ablation thermique de la saphène apporte des résultats plus complets, définitifs et il est plus agréable pour le patient qui peut obtenir la résolution de ses problèmes fonctionnelles en un seul traitement.

**INTRODUCTION** : Les pigmentations survenant après une injection de substance sclérosante sont multifactorielles. Elles peuvent être consécutives à :

1. une évaluation erronée du diamètre/concentration/volume,
2. une évaluation erronée du niveau de l'injection, par rapport au point de fuite,
3. la nature du sclérosant
4. un temps de contact mousse/endothélium sous évalué
5. une évaluation erronée du phototype cutané..., etc.

A côté de ces causes, en théorie évitables, il existe comme pour tout acte thérapeutique une part aléatoire qui échappe par définition à tout contrôle.

La nature chimique de la pigmentation est multifactorielle : stimulation de la mélanogénèse, dépôt de molécules contenant du fer, etc.

Le niveau de la pigmentation par rapport à la surface cutanée est variable suivant le mécanisme en jeu : mélanocytes (derme, épiderme), dépôts de fer (autour des vaisseaux dans l'espace sous dermiques en théorie), etc.

De nombreux auteurs se sont penchés sur ce problème et plusieurs solutions ont pu être proposées : chimiques (solutions dépigmentantes plus ou moins pénétrantes...), thermiques (lasers Q-Switched (pulsés), par analogie avec le détatouage...), °mécaniques (meulage, ...), aléatoires (attendre,...), etc.

**MATERIEL ET METHODES** : 3 patientes chez lesquelles persistait une marque mélanique, - miroir du vaisseau traité 6 mois après la dernière injection -, après échec d'un traitement par solution de Kligman (hydroquinone 2%, acide rétinoïque 0,05%), puis traitement par TCA (Acide Trichloracétique 15 et 20%, 3 minutes) puis par acide thioglycolique à 20%, (3mn) (acide 2-mercaptoacétique ou crème dépilatoire), suivi de l'application de corticoïdes.

**Traitement appliqué** : Laser Nd :YAG CW, spot de 1,5 mm, 260 J/cm<sup>2</sup>, 10 ms.

Les paramètres sont établis par paliers de 20 Joules, le traitement est débuté à une fluence (nombre de particules traversant une unité d'aire) de 100 J/cm<sup>2</sup>. Entre chaque traitement un intervalle de 3 semaines est respecté.

**RESULTATS** : La dépigmentation obtenue est totale chez les trois patientes traitées. Le principal inconvénient réside dans la durée du traitement qui est appliqué chez des patientes mécontentes du traitement et impatientes d'obtenir un résultat.

**DISCUSSION** : Ce traitement vient s'ajouter à la dizaine de traitements déjà disponibles.

Comme toujours, le meilleur des traitements reste la prévention par l'utilisation de protocoles adéquats tant pour l'injection que pour les suites immédiates et différées.

**CONCLUSION** : Le traitement des lésions « mélaniques », effet secondaire mineur des injections sclérosantes peut être effectué à l'aide d'un laser Nd :YAG CW 1064 nm sans risque si la dose efficace est recherchée par paliers de fluence croissante.

## Etude du comportement des veines épifasciales sous bas médicaux de compression de classe 2. Hypothèse pour expliquer le rôle de la compression médicale en post-sclérothérapie

\* Seluri Philangio, Grenoble - France  
\*\* Sigvaris, St-Just St-Rambert - France

**INTRODUCTION :** Le rôle des bas médicaux de compression (BMC) utilisés en post sclérothérapie soit pour réduire les effets secondaires soit pour en améliorer l'efficacité est débattu. La littérature montre une réduction du nombre de micro-thrombectomies sur les veines épi-fasciales. En revanche les BMC n'auraient aucun effet sur les veines grandes et petites saphènes. L'objectif de ce travail est d'étudier le comportement des veines épi et sous fasciales sous compression pour tenter d'expliquer ces divergences.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Les veines du plan cutané ont été étudiées par échographie mode B (sonde de 13 MHz) sous BMC au niveau de 5 zones de varices jambières chez deux volontaires avec insuffisance veineuse superficielle (C2EPAsPR), en position debout. Une botte à eau fenêtrée a été mise au point pour pallier à tout biais lié à la pression de la sonde sur la peau. Un BMC de classe 2 (norme AFNOR G 30 102 B), a été utilisé. Le rayon de courbure local du plan cutané en regard des varices et les sections intra-luminales des veines (ratio de l'ellipse R/r) ont été mesurées, par traitement d'image numérique, par deux opérateurs (chaque mesure répétée 5 fois) puis les médianes comparées.

**RÉSULTATS :** Le rayon de courbure médian des veines pathologiques épi-fasciales sans et avec compression est augmenté ( $p = 0,0001$ ), la section des veines sans et avec compression est diminuée ( $p = 0,018$ ). Il n'y a pas de variation significative des paramètres en ce qui concerne les veines dans les compartiments saphéniens ( $p = 0,190$ ).

Les veines épi-fasciales modifient donc leur forme mais moins que la courbure de la peau crée par la veine variqueuse qui disparaît sous compression. Aux pressions exercées la section des veines sous fasciales n'est pas modifiée par les BMC.

**CONCLUSION :** L'hypothèse avancée est donc que les compartiments saphéniens jouent un rôle naturel protecteur des effets secondaires de la sclérothérapie qui n'existe pas pour les veines épi-fasciales. Ces dernières, sous l'effet des BMC de classe 2, se déforment sans écrasement mais s'enfoncent dans le plan cutané ce qui équivaldrait à créer un compartiment protecteur. Par ailleurs ces résultats confirmeraient qu'avec un BMC de classe 2 on parvient à modifier l'anatomie d'une veine dans laquelle la pression intra-vasculaire lui est au moins égale.

**Mots-clé :** compression, sclérothérapie.



*Saint-Aubin sur Scie*

### Etat de la question.

L'échosclérothérapie à la mousse constitue un des progrès majeurs récents de la prise en charge des varices. Deux études de la SFP ont démontrés que cette méthode est bien tolérée. Cependant certains effets secondaires sont plus fréquents, notamment les troubles de la vision, qui, dans la littérature, surviennent dans 1 à 3 % des cas. Ces troubles de la vision surviennent également avec la forme liquide, mais moins souvent. Pour certains, il constitue une contre indication relative à l'ESM

L'échosclérothérapie sous forme liquide peut donc s'avérer utile dans certains cas, notamment la méthode de Paul Thibault qui utilise de multiples injections de sclérosant liquide (Tétradécylsulfate de Sodium à 3 %), avec un petit volume à chaque injection (1 ml). L'effet immédiat recherché est le même que dans l'ESM, à savoir : spasme et œdème de paroi.

**CONCLUSION** : pour l'immense majorité des patients, l'ESM constitue un progrès par rapport aux précédentes méthodes de sclérothérapie, mais dans un petit nombre de cas, la sclérothérapie échoguidée liquide peut garder un intérêt et doit rester dans notre arsenal thérapeutique.

Acerra, Italie

**OBJECTIF :** Plusieurs théories sont avancées dans la genèse des varicosités et télangiectasies; mais sans véritable preuve. L'objectif du travail est d'évaluer les résultats d'un traitement multi-thérapeutique (physiopathologique, médical, sclérothérapeutique et compressif), par rapport aux différents aspects anatomopathologiques des télangiectasies.

**INTRODUCTION :** Les télangiectasies ont été divisées en trois Types (A, B, C), selon les différents aspects anatomopathologiques de leur paroi.

- I. Les varicosités et les télangiectasies, de Type A, en rapport avec un reflux, ont peu d'altération structurale. Elles sont mieux appréciées, à l'inspection, en position debout.
- II. Au contraire les varicosités et les télangiectasies, de Type B sans reflux, présentent des altérations pariétales les apparentant à des angiodyplasies.
- III. Celles de Type C, isolées, avec un diamètre < 3 mm et sans reflux, ont une paroi mince, qui comprend un endothélium et de rares péricytes, enclos dans une membrane basale. En absence, donc, d'une vraie couche adventice, le tissu conjonctif du derme, grâce à son collagène, a un rôle de résistance et exerce une contre-pression sur l'hémodynamique de ces petits vaisseaux, ayant une paroi précaire.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE :** 125 cas (membres), présentant des télangiectasies B et C, ont été traités par le Protocole TMT.

#### I. Protocole TMT (Traitement Multi-Thérapeutique)

1. Traitement des télangiectasies B par sclérothérapie compressive, selon la technique START acronyme de : Sclerotherapy in Tumescient Anaesthesia of Reticular veins and Télangiectasies
  - Avant la sclérose une aiguille 21 G est positionnée dans le tissu sous-cutané au dessous de la nappe télangiectasique. Elle est connectée par un cathéter à une seringue, contenant 20 cc de Solution Physiologique
  - Microsclérothérapie des Télangiectasies : injection de mousse de polidocanol à 0,25%, parfois 0,5 %, par une aiguille de diamètre de 0,4 mm
  - Tumescence immédiate réalisée par injection de la Solution Physiologique
  - L'aiguille du cathéter est retirée et un tampon d'ouate est mis en place, avec une compression concentrique (bandage amovible à allongement court de 35%) pendant 1 journée.
  - Un bas de compression de Classe II ou III est porté ensuite pendant 30 jours.
2. Après 3 mois, traitement des télangiectasies C par la technique LIDS acronyme de : Local Intra Dermal Stimulation. La technique consiste à injecter, juste dans le derme des zones télangiectasiques, par une aiguille (27G 0,4x4 mm), plusieurs micro-doses de 0,1 cc, du mélange suivant : 2cc de Mésoglicane (Prisma 2 amp.) + 4 cc de Sérum Physiologique + éventuellement de la Xylocaine 1% 1cc. Le rythme des séances variait selon la densité et l'étendue de la zone télangiectasique. Le nombre moyen de séances était de 10 (2 séances par semaine).

25 des 125 membres, présentant une association des télangiectasies B et C avec celles de type A, corrélées à reflux saphéniens, ont été soumis, 3 semaines avant de pratiquer le Protocole TMT, à une sclérothérapie des axes saphéniens (24 VGS et 1 VPS) incontinents, selon la stratégie HCS (Hemodynamic Compression Sclerotherapy).

#### II. Critères d'analyse

Afin d'évaluer l'efficacité du Protocole TMT, différents paramètres ont été retenus.

1. L'aspect des 1530 zones télangiectasiques était qualifié, sur une échelle analogique visuelle de 0 à 10, en tenant compte de 4 paramètres: couleur, densité, relief et surface. La note 0 correspondait à la lésion initiale, l'état le plus grave observable, et 10 à l'absence de lésion. La différence entre la valeur du score basal (SB) et celle du score après traitement (ST) était considérée comme le score d'efficacité (SE) de chaque zone.

2. Photographie. On a utilisé un appareil photo numérique, placé sur un trépied réglé toujours à la même distance et à la même hauteur, la patiente était debout. La finalité étant de reproduire des prises de vue dans des conditions identiques, avant et après le TMT. 4 prises de vue, de chaque membre entier, ont été réalisées : face – dos et 2 profils. L'augmentation de la luminosité des photographies était quantifié par le logiciel Photoshop, sur une échelle analogique visuelle de 0 à 10, en tenant compte que chaque point du score d'efficacité correspondait à 2 points de la valeur médiane de luminosité. La moyenne des scores correspondant aux quatre prises de vue était le score d'efficacité (SE) global de chaque membre.
3. échoDoppler. Avant le traitement, une vérification de la présence d'un éventuel reflux de terminaison saphénienne ou de veines perforantes, était effectuée en présence de zones télangiectasiques, mieux appréciées, en position debout.

#### **RESULTATS :**

1. L'aspect des zones télangiectasiques est passé d'un SB de 2,5/10 à un ST de 9/10 avec un SE de 6,5/10 (valeurs moyennes sur 1530 nappes télangiectasiques).
2. L'analyse photographique a montré un SE de 8/10 (valeur moyenne sur 125 membres).
3. Les contrôles échoDoppler à 12 mois ont montré l'absence de reflux saphéniens et de v. perforantes.

**DISCUSSION :** Les scores d'efficacité, relevés au niveau visuel (6,5/10) et photographique (8/10), ont été comparés à ceux des résultats de mon expérience globale de microscclérose des télangiectasies, traitées par la même méthode, mais sans l'application du Protocole TMT, et qui avait donné un gain de seulement 5 points au niveau soit visuel soit photographique (SE 5/10). L'emploi du test du  $\chi^2$  a montré une différence statistiquement significative :  $p = 0,0002$  (analyse visuelle), et  $p < 0,0001$  (analyse photographique).

L'amélioration significative et importante, observée à la charge du collectif traité par le Protocole TMT, peut être expliquée par les considérations suivantes.

Les télangiectasies, de Type A, ayant peu d'altération structurale de leur paroi, ne sont pas sensibles à la sclérose. Leur rapport avec un reflux nous donne la possibilité de bien les traiter, en supprimant le seul reflux.

Les télangiectasies, de Type B, ayant des importantes altérations structurales de leur paroi, sont très sensibles à la sclérose. Cependant le succès de la sclérose est, comme pour les varices, strictement lié à une compression efficace. L'effet compressif de la tumescence, (selon la méthode START de Ramelet) assure une importante pression intratissulaire pendant au moins une heure. Selon notre opinion, l'augmentation du taux de réponse à la sclérose, donnée par une compression interne très brève, peut être expliquée par la suppression du flux des petites veinules collatérales de la télangiectasie injectée. Ces veinules peuvent assurer un lavage de la veine injectée avec une dilution du sclérosant.

Dans un précédent travail, concernant notre expérience sur la microscclérothérapie des télangiectasies, nous avons montré un taux d'échec, plus important lorsque le diamètre de l'aiguille, utilisée pour injecter la mousse de Polidocanol 0,25%, était inférieure à 0,4 mm. La mousse est altérée (instable, inhomogène, présence de micro-bulles) et son efficacité moins garantie, lorsque l'aiguille est plus longue et plus mince (par exemple 30G), à cause du frottement des bulles contre sa paroi. C'est la raison pour laquelle, nous ne proposons pas la sclérose pour les télangiectasies, ayant un calibre inférieur à 0,3 mm. En absence d'une couche adventice, le tissu conjonctif du derme a un rôle de soutien de ces microveinules (télangiectasies de Type C), qui sont semblables, du point de vue histologique, aux capillaires. Dans ces cas J.M. Chardonneau a proposé une thérapie médicale, par injections intradermiques d'Acide Hyaluronique, dans le but de s'opposer à l'hypertension veineuse, en renforçant la substance fondamentale autour des petits vaisseaux. Cette stimulation collagénique a été réalisée, dans notre étude, par l'injection intradermique de Mésoglycane, un mélange de glycosaminoglycanes sulfatés, notamment très répandu dans les tissus conjonctifs denses, tandis que dans les tissus conjonctifs lâches il y a plus d'acide hyaluronique.

La stimulation dermique (LIDS), en renforçant la substance fondamentale autour des petits vaisseaux, a montré une efficacité supérieure à celle de la sclérose, dans le traitement des télangiectasies C.

**CONCLUSIONS :** Le traitement médical des télangiectasies passe par l'association de principes thérapeutiques combinés: suppression des reflux, après 3 semaines, microscclérothérapie avec compression interne et externe des télangiectasies B, suivie, après 3 mois, de la stimulation dermique, pour renforcer la substance fondamentale, autour des petites télangiectasies C.

# ABSTRACTS

La SFP informe les orateurs de l'obligation de déclarer leurs conflits d'intérêts

*Hôpital Cognacq-Jay, Unité de Lymphologie, Centre de référence des maladies vasculaires rares (lymphœdèmes primaire), 15 rue Eugène Millon, 75015 PARIS*

Les lymphœdèmes sont classés en formes primaires et secondaires après traitement de cancer (sein pour le membre supérieur, cancers pelviens pour le membre inférieur). Le lymphœdème comprend une composante liquidienne et surtout tissulaire composée de fibrose collagène et de tissu adipeux. Il existe des interactions, encore mal comprises, entre le système lymphatique et le tissu adipeux. Le poids a surtout été étudié dans les lymphœdèmes du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein. Ainsi l'obésité (index de masse corporelle, poids/taillé<sup>2</sup> > 30 kg/m<sup>2</sup>) lors du cancer du sein augmente le risque de 3,6 fois de développer un lymphœdème du membre supérieur. L'augmentation du poids en post-opératoire est aussi considérée comme un facteur de risque de lymphœdème. De plus, l'index de masse corporelle est corrélé au volume et donc à la sévérité du lymphœdème. Il est probable que l'influence du poids soit identique pour les lymphœdèmes des membres inférieurs bien que la littérature ne permette pas de le confirmer. La prise en charge nutritionnelle est donc fondamentale en cas d'obésité dans le traitement du lymphœdème du membre supérieur après du sein et probablement dans les lymphœdèmes des membres inférieurs.

**Mots clés** : lymphœdème, surpoids, obésité

*Liège, Belgique*

La nature nous a fait tous différents, il n'est pas difficile de le constater. Question silhouette, on trouve absolument « de tout ». Certaines, menues (voire maigres) du buste, se désespèrent de leur « culotte de cheval », d'autres au contraire prennent « tout dans le haut du corps », ou « tout dans le ventre », d'autres encore ont des jambes « en poteau »... Pour résumer, il est, hélas, excessivement rare de voir les kilos excédentaires se répartir équitablement et harmonieusement des pieds à la tête. Les moindres excès viennent se loger inexorablement, comme une idée fixe, justement sur nos zones sensibles, sur les points faibles de la silhouette. Comme par un fait exprès, chaque nouveau kilo, systématiquement, s'additionne là où chacun en a le moins besoin, et là où il dérange le plus. Pour compliquer la vie de ces personnes qui, déjà, se plaignent d'une dysharmonie, tout régime qui n'est pas strictement « ciblé » fait maigrir, certes, mais là où il ne faudrait pas, ce qui ne fait qu'aggraver le phénomène, amplifier encore les défauts. C'est une notion essentielle que chaque candidat à la minceur doit comprendre, s'il souhaite, véritablement, se transformer, mincir mais surtout retrouver l'harmonie de sa silhouette.

Il est donc, avant tout, indispensable de déterminer, pour chaque patient, où se situe son surpoids et ce à quoi il est dû, afin de lui établir les conseils personnalisés qui, seuls, lui permettront d'atteindre son objectif.

En examinant, depuis de nombreuses années, les surcharges pondérales, il s'est avéré que les sujets souffrant des mêmes dysharmonies racontaient des histoires similaires, accusaient des symptômes semblables, présentaient une répartition de la surcharge grasseuse à des endroits identiques, et éprouvaient les mêmes difficultés à perdre leurs kilos localisés. L'ensemble de la dysharmonie était donc le reflet de la cause de chaque surcharge.

#### **Il existe trois critères principaux :**

- **La localisation de la graisse** : scruter ses régions de prédilection, regarder la peau, palper sa densité, évaluer sa température (la graisse peut être « froide » ou « chaude » selon les cas) est une première indication.
- **L'évolution de la surcharge pondérale** : il faut déterminer, en retraçant l'histoire personnelle de chacun, les critères de son apparition et de ses facteurs d'aggravation.
- **Les symptômes associés** : ils sont divers, mais on en trouve toujours, qu'il s'agisse de troubles circulatoires, de problèmes digestifs, de diabète... ils sont à prendre en compte.

**Il existe 7 grands types de silhouettes en surpoids** : en déterminant son « profil kilos en trop » à l'aide de questionnaires et de repères visuels, on sait en quelques minutes s'il faudra se battre plutôt contre le stress, les hormones, une mauvaise circulation, la sédentarité ou un excès alimentaire. Pour chaque silhouette, il y a moyen de trouver les solutions 100% pratiques à appliquer au quotidien : alimentation, exercices, conseils esthétiques et d'hygiène de vie

Pour bien maigrir et transformer sa silhouette, il faut manger moins ou mieux, se dépenser physiquement, sculpter son corps par un peu de gymnastique... Mais parfois, un coup de pouce supplémentaire est le bienvenu. Les traitements complémentaires que sont le drainage lymphatique, les techniques semi-chirurgicales ou la mésothérapie peuvent être un atout supplémentaire « . Certes, elles ne suffisent pas : même pour la liposculpture, il est conseillé d'avoir perdu du poids avant de se lancer. De plus, elles ne doivent pas être utilisées seules ou en première intention, car si elles ne sont pas associées à une amélioration de l'hygiène de vie, elles demeurent insuffisantes (donc décevantes), et le problème de surpoids réapparaîtra puisque l'on ne l'aura pas traité « en profondeur ». Mais ces diverses techniques, de la plus ancienne à la plus récente, de la plus douce à la plus « pointue », peuvent être utiles à bon nombre d'entre nos patientes.

**INTRODUCTION** : Dans le cadre de l'Ecole de la Thrombose de la Confédération SFA-SFP pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, nous avons établi un recueil des questions les plus fréquemment posées en relation avec la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).

En 2012, trois pôles d'intérêt ont retenu notre attention : l'Autorisation de Mise sur le Marché des nouveaux anticoagulants oraux. De nombreuses réunions d'information s'évertuent à répondre aux différentes questions-réponses, nous insisterons sur les questions plus spécifiques à notre pratique quotidienne.

Il existe par ailleurs deux domaines dans lesquels la SFA s'est particulièrement impliquée : celui de la Prévention et du Traitement de la MTEV chez la femme enceinte et dans le post-partum, et celui de la MTEV chez le cancéreux suivi en ambulatoire.

**MÉTHODE** : Les questions sont posées par les angiologues et phlébologues soit leur des réunions de formation (module EPP sur la thrombose veineuse en 2012) soit directement via le site [www.angiologie.fr](http://www.angiologie.fr), soit lors des enquêtes réalisées (impact des recommandations sur la prise en charge de la thrombose veineuse superficielle). Certaines sont présentées sous forme de cas cliniques.

Les réponses sont données par les experts de l'Ecole de la Thrombose, sur les bases des recommandations chaque fois que celles-ci existent.

**RÉSULTATS** : Ils seront présentés lors de la séance, en laissant une large place aux discussions et en respectant au mieux les thèmes d'actualité.

**INTRODUCTION** : La maladie thrombo embolique veineuse ( MTEV) est une cause fréquente et évitable de décès.Elle représente la seconde cause de décès chez les patients atteints de cancer actif ou non.Les facteurs de risque de la MTEV s' ajoutent alors aux risques inhérents des cancers et à leurs traitements.

**OBJECTIFS** : Les objectifs de cette étude ont été

- D'établir la prévalence de la MTEV associée au cancer chez les patients vus en médecine de ville.
- D'identifier les facteurs de risque et de voir comment ont été pris en charge les diagnostics, les traitements et les suivis de la MTEV dans ce contexte.
- De déterminer si les pratiques ont été conformes aux recommandations en cours.

**MÉTHODE** : Etude rétrospective menée auprès de trois praticiens de ville auprès de patients adressés pour suspicion de thrombose veineuse profonde (TVP).

Tous les patients ont bénéficié d' un examen écho Doppler effectué selon un protocole identique , en duplex et avec un examen comparatif, bilatéral des veines superficielles et profondes des pieds jusqu' à la veine cave inférieure.

430 dossiers de patients suspectés de présenter une TVP ont été examinés.

**RÉSULTATS** : 87 patients présentaient une MTEV, TVP et ou une thrombose veineuse superficielle (TVS). Un cancer actif ou non a été retrouvé dans 10 cas ( 11,5 %) qui ont été analysés quand au sexe, la localisation des cancers, les caractéristiques des thromboses et les facteurs de risque habituels.

Dans cette série, les traitements proposés ont montré une dispersion des résultats quand au choix sur le long terme et la durée des traitements. Tous les patients ont bénéficié d'une compression médicale.

**CONCLUSION** : L' étude de la SFA met en évidence l' incidence fréquente de la MTEV associée au cancer en médecine de ville.

Les antécédents de MTEV sont fréquents dans notre série.

Les décisions thérapeutiques n' ont pas toujours été en accord avec les recommandations.

Ces éléments confortent dans la nécessité de tenir un registre pluricentrique et en particulier en médecine vasculaire de ville.



Direction Santé Prévention Travail  
Bouygues Construction  
1 av. Eugène Freyssinet - 78061 St-Quentin- en-Yvelines

**Mots clés** : compression médicale, contraintes physiques professionnelles, maladies thrombo-emboliques veineuses des membres, salariées enceintes, senior

Cette étude « Maladies vasculaires (ou veineuses) et médecine du travail : Enquête d'opinion sur le port de la compression médicale des membres inférieurs en prévention en santé au travail de certaines contraintes physiques » a été faite sous la forme d'un questionnaire réalisé en équipe pluridisciplinaire par les médecins suivants : Drs. A. AFFRE, M. CAZAUBON, JL CHARDONNEAU, JJ. GUËX, E. PHAN CHAN THE, C. PINARD. Le travail en réseau pluridisciplinaire avec divers professionnels de santé ou du champ médicosocial est essentiel pour atteindre un niveau d'espérance de vie sans incapacité et de qualité de vie les plus importants possibles de l'homme au travail, enjeu sociétal majeur des prochaines décennies.

D'après l'enquête SUMER 2010, 40% des salariés étaient soumis à au moins une contrainte physique intense dans leur travail lors de la dernière semaine travaillée. 6% des salariés réalisent de la manutention manuelle de charges 20 heures ou plus par semaine tandis que 24% déclarent rester debout ou piétiner 20 heures ou plus par semaine dans leur travail. 18% des salariés déclarent travailler plus de 40 heures la semaine précédant l'enquête SUMER 2010. La position debout et le piétinement sont des facteurs de risque des maladies veineuses chroniques des membres inférieurs, qui touchent pratiquement une femme sur deux et un homme sur trois de la population générale. Cette enquête sous la forme d'un questionnaire a notamment pour objectif d'évaluer l'exposition à certaines contraintes physiques professionnelles et l'importance du port de la compression médicale des membres inférieurs, un moyen validé de prévention des maladies veineuses des membres inférieurs chez les travailleurs. Ce questionnaire a été proposé aux salariés vus à l'occasion des consultations médico-professionnelles périodiques de médecine du travail au cours du 2ème semestre 2012 auprès de notre réseau de médecins du travail volontaires. Les visites médicales occasionnelles de médecine du travail (visite de reprise, visite de pré-reprise, visite occasionnelle à la demande du médecin du travail, de l'employeur ou du salarié...) et les visites d'embauche ne sont pas concernées par cette enquête d'opinion. Les résultats – préliminaires – de cette étude seront également présentés lors des prochaines Journées internationales et francophones d'angéiologie (ou JIFA 2013).

\* Club Mousse, Voiron

\*\* Clinique du Millénaire, Montpellier

**Mots clés** : écho-sclérose mousse, scléros.

La sclérothérapie mousse écho-guidée a révolutionné le traitement des varices dans le monde. Cette procédure combine les avantages de l'efficacité de la mousse sclérosante, de la précision de l'écho-guidage, de la simplicité pour le patient, de la sécurité et du faible coût du geste. Le but de ce travail est d'étudier les différences (échographiques, biologiques et anatomo-pathologiques) entre le scléros qui résulte du geste d'ESM et le thrombus. Pour cela, 8 échantillons de scléro-aspirations ont été étudiées en anatomo-pathologie et cytologie.

**CONCLUSIONS** : les scléros sont normaux après ESM. Ils sont très différents des thrombi et ne doivent pas être traités par anticoagulation mais par scléro-aspiration ou thrombectomie et compression. La scléro-aspiration est nécessaire, même tardivement (< 1an) efficace et peu agressive pour traiter les scléros douloureux après ESM car la douleur provient essentiellement de l'hyperpression et très peu de l'inflammation. La réactivation tardive du scléros résulte probablement de la réinjection partielle de la varice par la reperméation d'une accessoire. Elle nécessite donc probablement un traitement complémentaire à la mousse.

Rio de Janeiro, Brésil

**OBJECTIF :** Rapporter notre expérience des veines du nerf sciatique et indiquer quel type de patient est le plus sujet à cette pathologie.

**MÉTHODE :** À partir de 2 400 patients venus consulter pour des varices, nous en avons sélectionné 80 comme porteurs de varices du nerf sciatique (VNS). Nos critères de sélection ont été les suivants : des patients souffrant de varices de la face latérale de la jambe, de la cuisse et du creux poplité ; des patients avec une récurrence anarchique des varices après ablation de la veine grande saphène ; des patients avec des symptômes et un examen positif pour les varices pelviennes ; des patients avec une histoire préalable de thrombose veineuse profonde ; des patients se plaignant de douleurs sciatiques ayant une augmentation du diamètre d'un des membres par rapport à l'autre. Ces patients ont été soumis à des examens complémentaires détaillés et rigoureux du losange poplité, dans l'objectif d'identifier les varices dans la gaine du nerf sciatique et sur la face latérale de la jambe. Sur les 80 patients présélectionnés, 10 ont été soumis à un phléboscaner veineux pour détailler la relation anatomique avec le nerf sciatique.

**RÉSULTAT :** Sur 80 patients préalablement sélectionnés, nous avons retrouvé 21 (26,3 %) cas positifs de VNS à l'examen échographique. Dix patients avaient des varices du nerf sciatique associées à une récurrence anarchique après ablation saphéniennne. Dans 10 autres cas, elles étaient associées à des varices pelviennes. La douleur sciatique était présente chez 100 % des patients positifs au VNS.

**CONCLUSION :** Les varices du nerf sciatique sont peu connues. Si le médecin fait une sélection clinique minutieuse, un examen échographique détaillé du losange poplité et de la face latérale de la jambe, un grand nombre de cas de varices du nerf sciatique pourrait être retrouvé.

**Mots-clés :** varice de la gaine du nerf sciatique, douleurs sciatiques, récurrence variqueuse, varices pelviennes.

**OBJECTIVE:** To report our experience with patients with sciatic nerve varices (SNV) and to indicate which type of patient is more likely to be afflicted with this particular pathology.

**METHOD:** The sample consisted of 2,400 patients, selecting 80 (3.3%) as possible sufferers(?) of SNV. Patients with the following conditions were highly suspected: patients with varices on the lateral aspect of the leg, the thigh, and oco politeo; patients with uncontrolled variceal recurrence after a safenectomy; patients with symptoms of and who tested positive for pelvic varices; patients with a history of deep vein thrombosis; and patients complaining of sciatic pain along with an increase in the diameter of one limb in relation to the other. These patients underwent detailed and rigorous examination of the "losango popliteo" with the objective of identifying varices inside the sheath of the sciatic nerve and on the lateral aspect of the leg. Of these, 10 underwent venous angiography to detail the anatomical relationship with the sciatic nerve.

**RESULTS:** Of the 80 patients previously selected, we found 21 (26.3%) cases that were positive for SNV through ultrasound. 10 patients had SNV associated with uncontrolled variceal recurrence after safenectomy, while the other 10 were associated with pelvic varices. Sciatic pain was present in 100% of the patients who tested positive for SNV.

**CONCLUSION:** SNV are not well known in Medicine. If the doctor makes a examination as described in the "Patients and Methods" section and concentrates on the ultrasound scan of the "diamond popliteal" and lateral aspect of the leg, he or she will be surprised by the high number of cases of SNV that will be diagnosed.

**Keywords:** varices of the sheath of sciatic nerve, sciatic pain, variceal recurrence, pelvic varices.

Paris, France

L'auteur rappelle d'abord les différents agents sclérosants disponibles en France, leurs diffusions respectives et leur avenir proche.

La situation de la mousse sclérosante est présentée suivant trois aspects :

- pharmaceutique,
- clinique,
- pharmacovigilance,

avec le point sur les dernières réponses des autorités sanitaires.

Rueil Malmaison, France

Quelle complexité que ce parcours nécessaire à la mise en place d'actions de formation médicale, étonnamment croissante au grès des tergiversations politico-administratives...

Tergiversations qui durent... Depuis... Plus de 20 ans.

Mais si de plus en plus d'acteurs se « préoccupent » de notre formation, quelle latitude nous laisse-t-on, à nous, pour engager de véritables actions de terrain ? Voilà bien le cœur du débat.

Les ordonnances JUPPE, rendant la FMC obligatoire... Souvenez-vous... Je sais, c'est loin : 2010 ? 2000 ?... NON : 1996 !...

Se succédèrent la FCP, l'EPP... Et à chaque fois les médecins se sont investis, espérant l'aboutissement d'une véritable formation professionnelle accréditée... Mais quel piteux résultat ! Avouons qu'il n'est guère motivant pour nos « troupes » de n'avoir aucune plus-value ni reconnaissance administrative de leurs formations. Les réformes successives n'ont fait que rendre le système de plus en plus complexe, voire franchement opaque.

Sans véritable projet autre que d'afficher une pseudo-régulation des dépenses de Santé, sans tenir compte objectivement des réalités de terrain, comment espérer motiver les près de 75% de médecins qui ne suivent pas de formation professionnelle régulièrement ? Les « bonnes » idées ne manquent pas, et en France, on préfère la carotte au bâton : l'idée de financer les actions de formation est-elle plus incitative ? Apparemment non, sauf à voir les 25% de médecins délaissés leurs FMC habituelles au profit de formations indemnisées... Mais même avec ce peu de participation, il manque encore des sommes énormes pour financer les formations officielles prévues pour 2013... Alors, qu'en serait-il si tous les médecins se formaient ?

L'essence même du DPC était (outre d'être une obligation), un droit à formation pour TOUS les médecins, y compris les « sous » voire les « micros spécialités »... La C. S. I, dont la composition officielle est connue depuis le 16/03/2012 ne comprend aucun Médecin ni Chirurgien Vasculaire. Alors, vous avez dit... « PHLEBOLOGIE »... ???

Et voilà que surgit la prime à la « performance »... Modulée par des indicateurs de « qualité » dont bien peu concernent directement notre exercice. Le problème est réel, mais le prétexte pernicieux : trouver d'autres modes de rémunération pour nos jeunes (alors que l'on diminue le remboursement de leurs prestations et que les caisses sont vides !) ... Sachant que ce système a déjà « fait ses preuves », voyons le bilan des CAPI : selon la commission des comptes de la SS : rapport : 3000 euros par an par MG... Budget prévisionnel 2013 (source CNAMTS) : plus de 300 Millions d'euros... Et en France comme en Angleterre (source IGAS 2008) il n'y a pas eu de différence significative des pratiques des médecins indemnisés par rapport aux autres praticiens.

Ne nous voilons pas la face, le contexte politique et financier retentira de plus en plus sur nos professions. Rendu financièrement coupable, Esculape sera sacrifié pour avoir voulu soigner, mais aussi reculer les limites de l'âge... De la mort... De la souffrance...

Alors, vous avez dit... « PHLEBOLOGIE »... ???

Il convient de rester vigilants sur la qualité de la formation en Phlébologie, et d'essayer de préserver au mieux l'avenir de nos jeunes.

Mais, pourrions-nous résister encore longtemps aux monopoles des dogmatismes ?

*Dreux, France*

La cartographie hémodynamique est le rendu visuel, couplée au compte rendu, de l'exploration par écho-Doppler (ED) du réseau veineux superficiel des membres inférieurs. Selon les standards de qualité de la SFM, la démarche d'utilisation de l'ED veineux est avant tout d'analyser, comprendre et décrire les réseaux veineux pathologiques, d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'un traitement médical conservateur ou d'un traitement opératoire et de déterminer, le cas échéant, le traitement opératoire le plus approprié et ses modalités techniques.

Si il y a quelques années l'examen recherchait et consignait principalement les sources des reflux, les veines variqueuses et les voies de drainages, l'utilisation des techniques endoveineuses (chimique (sclérose echo guidée) ou thermiques (laser endoveineux, radio fréquence)) nécessite de documenter d'autres paramètres mesurables (diamètres, hauteurs, profondeurs, longueurs) et de détailler les statuts hémodynamiques particuliers. Le résultat anatomo hémodynamique du traitement peut être ainsi évalué par comparaison des cartographies réalisées avant et après celui-ci.

*Caen, France*

Dans le cadre de la recherche clinique, l'évaluation des résultats des traitements de la maladie variqueuse répond à des critères relativement bien codifiés. Ceux-ci ne sont cependant pas tous aisément applicables à la consultation courante, dont les objectifs ne sont d'ailleurs pas superposables.

Néanmoins, des principes de base et des outils sont nécessaires pour juger de l'intérêt des actes thérapeutiques réalisés chez nos propres patients.

Ainsi, pour pouvoir évaluer nos résultats, la première règle est d'établir un état initial précis.

Celui-ci comportera un interrogatoire détaillé qui mentionnera en particulier la motivation du patient, sa plainte, ses symptômes et leur retentissement dans sa vie courante, son attente. L'examen comportera également un bilan clinique et écho-Doppler correctement renseigné, une cartographie, une CEAP, parfois des photographies.

La deuxième règle est de bien renseigner l'acte thérapeutique réalisé (veines traitées, doses injectées pour la sclérothérapie, compte-rendu opératoire détaillé pour l'ablation thermique et la chirurgie).

**L'évaluation des résultats comporte les mêmes étapes que lors de la consultation initiale :**

- L'interrogatoire renseignera sur les effets secondaires, l'amélioration ou non des symptômes, la satisfaction du patient
- L'examen clinique et écho-Doppler, la cartographie, la CEAP permettront d'évaluer l'impact du traitement sur les varices ciblées, incluant le versant esthétique dont l'évaluation peut être aidée, dans certains cas, par des photographies.

Pour qu'un résultat soit réellement satisfaisant, il faut qu'il soit jugé comme tel par les 2 protagonistes : médecin et patient.

Recurrent varicose veins remain a common problem after varicose vein treatment. Several etiologies have been recognized: tactical and technical failure, progression of the disease, neovascularisation, and recanalisation of a previously obliterated trunk.

With the widespread use of duplex ultrasound and increasing experience in the field of ultrasound-guided procedures, the impact of both tactical and technical failure is likely to diminish. However this issue still needs our attention as it may induce early recurrence after all types of intervention.

Progression of the disease cannot be avoided and is an important contributory factor in the pathophysiology of recurrence at long term. Apart from genetic factors, other patient-related factors (BMI  $\geq$  30, pregnancy after the intervention,...) have been claimed to be responsible for progression of the disease and hence recurrence. In addition, neovascularisation, defined as 'presence of multiple, small tortuous vessels in anatomic proximity to a previous intervention', and occurring in particular after surgery at the level of the saphenofemoral junction (SFJ) or saphenopopliteal junction (SPJ), may have its impact on recurrence. After several years tortuous neovascular veins at the junction on one hand and varicose veins of the thigh or leg, due to progression of the disease, on the other hand, may act as a 'joint venture' and connect again, leading to the clinical situation of a full-blown recurrence of varicose veins.

To explain recurrence after endovenous ablation (EVA) the focus has rather been on recanalisation of a previously obliterated trunk and disease progression. It is well known that such recanalisation occurs more frequently after chemical ablation with sclerosant foam than after thermal ablation. The incidence of neovascularisation at the SFJ or SPJ is much lower after EVA than after surgical procedures. However this does not mean that the junctions are never involved in recurrence after EVA! It is therefore also important to follow the evolution at the level of the SFJ or SPJ by means of duplex ultrasound, as new (or persistent) reflux may be detected sonographically. Unfortunately, only a few studies so far report on the postoperative evolution at the level of the junction after endovenous ablation of a refluxing trunk. One of the veins typically involved in recurrence after great saphenous vein ablation is the anterior accessory saphenous vein (AASV). The same AASV is often the pathway of recurrence after surgical high ligation and stripping, so 'nihil novi sub sole'.

Future studies are needed, including adequate preoperative duplex ultrasound investigation and long-term follow-up, to understand the impact of changes at the level of the ablated trunk as well as at the level of the SFJ or SPJ on the incidence of clinical recurrence after different forms of varicose vein treatment.

\* Vevey, Suisse

Les sujets âgés sont souvent exclus des études. Ils présentent des comorbidités, le degré d'insuffisance veineuse chronique est plus sévère, ils sont moins mobiles. Afin d'évaluer la faisabilité d'un traitement des varices saphènes chez les personnes de plus de 75 ans, sous l'égide de la SFP avec la participation de la Société Suisse de Phlébologie et du Groupe Veines de la Société Française des Maladies Vasculaires, une étude observationnelle prospective a été menée. Dix huit centres ont participé, permettant d'inclure 90 patients de > 75 ans et 617 patients de < 75 ans, ces derniers représentant le groupe témoin. Au total 863 membres ont été traités. Le traitement était bilatéral chez 19% des patients de < 75 ans, seulement 11% chez les > 75 ans. Les patients âgés présentaient significativement plus de varices petites saphènes (27 versus 17%), plus de comorbidités, en particulier une insuffisance cardiaque, un diabète et des antécédents de maladie thrombo-embolique. La présence de ces comorbidités n'a par contre pas modifié la prise en charge, ni la fréquence, ni la durée d'une anticoagulation prophylactique, cette dernière ayant été identique entre les 2 groupes de patients.

La majorité des patients ont été traités en cabinet de ville, sous anesthésie locale par tumescence, par laser avec une longueur d'onde de 1470 nm et une fibre radiale. Le taux de traitement effectué sous anesthésie générale (8 versus 15%) était moins élevé, il y a eu moins de traitements concomitants (phlébectomie / sclérothérapie) et la durée de la compression post-opératoire (médiane 14 versus 8 jours) était plus longue chez les patients de plus de 75 ans.

Les résultats et le taux de satisfaction à 3 mois étaient excellents et identiques dans les 2 groupes (99,5 et 100 % d'occlusions à l'écho-Doppler).

La tolérance au traitement était également excellente avec une douleur moyenne de 1,6 /10 le jour de l'intervention et les 10 jours suivants. Indépendamment de l'âge, la douleur post-opératoire et la consommation d'antalgiques étaient plus élevées avec le laser 980 nm que la radiofréquence et le laser 1470. Les effets secondaires étaient rares et comparables entre les 2 groupes. Les paresthésies étaient plus fréquentes après Closure FAST qu'après laser et plus fréquentes lorsque l'intervention a été effectuée sous anesthésie générale.

**EN CONCLUSION**, l'ablation thermique est très bien tolérée chez les patients de plus de 75 ans. Les résultats sont excellents, le taux de complication est faible et comparable à un groupe témoin de < 75 ans. Dans ce groupe de population, l'ablation thermique représente dès lors une alternative aux autres traitements des varices saphènes.

Le risque de paresthésies est plus important après Closure FAST qu'après laser, de même lorsque l'intervention a été effectuée sous anesthésie générale. L'ablation thermique doit être effectuée sous anesthésie locale par tumescence, qui est très bien toléré et comporte moins de risque pour le patient.

## Etude en pharmacie d'officine des déterminants de l'observance d'une compression élastique sur prescription médicale : intérêt d'une synergie médecin/pharmacien

\* Médecin Vasculaire - Phlébologue,  
Bourgoin-Jallieu

\*\* Chaire d'évaluation médicale des  
allégations de santé & DIM  
CHR Dijon

**OBJECTIFS DE L'ÉTUDE** : Décrire en pharmacie d'officine les caractéristiques des patients bénéficiant de la délivrance d'une compression élastique (CE) et identifier les facteurs cliniques et non cliniques déterminant son observance.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES** : Chaque pharmacien décrivait les caractéristiques des 10 premiers patients auxquels ils délivraient une CE et les modalités de sa délivrance. Il remettait au patient un auto-questionnaire à remplir au terme de 15 jours qui décrivait leur opinion sur l'éducation thérapeutique reçue et l'observance du port de la compression élastique.

**RÉSULTATS** : 332 pharmaciens ont suivi 2223 patients âgés de  $54.2 \pm 17.4$  en moyenne. 46,6% avaient des varices et 23,9% un œdème des membres inférieurs. La délivrance portait sur des chaussettes dans 50,1% des cas, des bas (37,8%) et des collants (14,9%), de classe II (90,2%) de classe III (7,9%) et de classe I (1,9%). La classe de la CE figurait sur 84,7% des ordonnances mais dans 90,6% les dimensions étaient manquantes. La délivrance était d'une paire dans 26,9% des cas, de 2 paires dans 65,8% et de 3 dans 7,3%. 76,0% des patients ont bénéficié d'explications par le pharmacien sur les textures et les coloris, 71,2% sur l'enfilage, 69,2% sur l'entretien et la durée de cette information était en moyenne  $15 \pm 5$  mn. Seuls 3,0% des patients avaient reçu une information par leur médecin sur l'enfilage et 1% sur l'entretien. Au terme de 15 jours, 68,5% ont porté régulièrement la CE. Les raisons de l'absence de port régulier sont « la difficulté à les supporter » (23,8%) « la difficulté à les enfiler » (14,5%) et « l'existence d'un nombre insuffisant de paires à leur disposition » (24,5%). L'absence de soulagement n'est citée que par 9,1%. Le port régulier de la CE passe de 56,0% à 73,5% ( $p < 0.0001$ ) si l'information sur l'enfilage est donnée, de 57,2% à 73,5% ( $p < 0.0001$ ) en cas d'information sur l'entretien et de 53,6% à 73,0% ( $p < 0.0001$ ) quand les choix de textiles et de coloris ont été présentés. Le nombre de paires prescrit joue un rôle majeur sur la régularité du port qui passe de 31,6% lorsqu'il est insuffisant à 78,0% ( $p < 0.0001$ ) lorsque qu'il est jugé suffisant.

**CONCLUSION** : L'observance de la CE apparaît significativement liée à l'existence d'un nombre de paires adapté aux besoins des patients et à la qualité de l'information délivrée par les pharmaciens. Une synergie d'action entre médecin phlébologue et pharmacien s'avère nécessaire pour mieux prendre en charge les patients.

## Evolution dans les traitements Des telangiectasies des membres inferieurs par le laser externe *Evolution in laser treatments of lower limbs telangiectasia*

Rueil Malmaison, France

L'évolution des traitements par les Lasers dans cette indication est plurifactorielle. Elle rend compte de l'avancée des technologies avec des rayonnements lasers qui ont des longueurs d'onde et des cibles qui ne sont pas toutes identiques, mais aussi de la Sclérothérapie avec les formes mousse ou liquide et une pratique élargie des axes saphéniens aux ectasies veinulaires et aux télangiectasies. Mais, avant tout, il faut tenir compte d'une meilleure connaissance de ce fameux tissu hypodermique, qui contient un réseau veinulaire de forme réticulaire encore si mal connu.

Grâce aux travaux remarquables d'Alain COLLIGNON et Jean HEBRANT, on peut comprendre (au moins partiellement) pourquoi il est si difficile de traiter efficacement et durablement ces disgrâces veinulaires, motifs fréquents de consultation de nos patientes. Leurs études démontrent l'extrême variabilité à la fois des ectasies, mais aussi du sens de circulation dans ce réseau superficiel : variabilité temporelles, climatiques, mais aussi vraisemblablement neuro hormonales. Ce réseau peut constituer de véritables réservoirs veineux que l'on ne peut mettre en évidence qu'avec des sondes d'échographie de hautes fréquences dont personne n'est équipé en routine. Il peut être visualisé par contre aisément et à moindre coût grâce à la transillumination, qui, développée par nos amis Belges nous ont fait découvrir un monde que nous ne soupçonnions pas.

Nous ferons une revue de la littérature en tentant d'en extraire les applications pratiques. Les fines télangiectasies sont accessibles au Laser 532 nm, mais pour les ectasies veinulaires, le choix entre laser ou Sclérothérapie nécessite un peu de réflexion. Malgré les progrès importants (refroidissements, mode multipulses), le 1064 nm qui présentent une bonne profondeur de pénétration et des capacités de fluences nécessaires pour la cible recherchée a potentiellement plus d'effets secondaires (inflammations, thromboses, pigmentations) qu'il faut savoir gérer. Ceci tient à son affinité pour la couleur bleue. Il convient donc de contrôler les durées d'impulsion, et adapter le spot impérativement au diamètre des cibles par rapport aux indications retenues. Des longueurs d'onde intermédiaires seraient-elles plus adaptées, en conjuguant à la fois une meilleure sélectivité par rapport aux autres chromophores que l'oxyhémoglobine et la profondeur de la cible ? La question qui reste posée au phlébologue est fondamentale : comment améliorer nos résultats ? La Sclérothérapie dans ses indications, et dans une démarche phlébologique, agit sur la paroi des veinules (le contenant) par destruction chimique. La cible du Laser est l'hémoglobine, donc le contenu, et par destruction thermique. Les résultats en sont nécessairement différents. Arriver à conjuguer Sclérothérapie et Laser pourrait actuellement être une attitude pragmatique, encore faudrait-il que les phlébologues puissent s'équiper d'un Laser et en aient une expérience pratique.

*How to improve our results? Sclerotherapy acts on the "containing" of the blood vessels by a chemical attack. Hemoglobin is target of the Laser, therefore of the "content", by a thermal destruction. Results are necessarily different. Have a good experience in the practice of the Laser in the treatment of telangiectasia, in conjunction with Sclerotherapy is actually likely a pragmatic attitude in Phlebology.*



Vascular Physician  
Hôpital Privé Saint-Martin, Caen-France

In France, there are 1800 vascular physicians for a population of 66 million. They all perform venous Duplex scan investigations, including mapping. The sclerotherapy procedures are performed by themselves, usually without assistance. As some of my colleagues, I also practice thermal ablation (TA).

### **Sclerotherapy**

I use foam, for all types of varicose veins, even for telangiectasias. I use polidocanol with air for the production of sclerosing foam (mixture 1+4).

Sclerotherapy technique is direct puncture injection with a needle, with or without US guidance, depending on the vein to be treated. Most of the time, I do not inject more than 10 mL of foam per session in total.

In case of US guided sclerotherapy, the whole procedure is performed entirely under US control; the dominant hand performs the injection while the other holds the probe. I use the longitudinal section, a siliconed syringe of 2.5mL or 3mL and a needle of 22Gauge, diameter 0.7mm, length 40mm.

Staged injections are done from upper to lower. For the GSV when reflux affects the whole length of the vein, the 1st injection is performed at the third median-upper third junction in the thigh, and for the SSV, at the third median-upper third junction of the calf. The filling of the saphenous vein with foam and the venous spasm are then assessed using US B mode. If necessary, a 2nd injection is performed in a saphenous segment that has not been fully filled or that has been poorly filled.

No additional maneuver is performed, such as elevation of the leg, or compression of the sapheno-femoral junction... I do not apply any specific post-procedure elastic compression. The patient should wear his stockings as usual if it is needed.

If the trunk diameter of the saphenous vein is > 7-8mm, I tell the patient that a TA is a better option than sclerotherapy. If the patient cannot afford TA, I perform sclerotherapy except for very large diameters.

### **Thermal Ablation (TA)**

I practice EVLA (1470nm, radial fiber) or RFA (Celon®) under local anesthesia (tumescent anesthesia: saline + lidocaine without epinephrine) in a clinic room. I do not perform concomitant phlebectomies. In some cases, sclerotherapy is performed concomitantly on large tributaries, with low doses. The patient stays only about 1 hour in total. He wears stockings (15-20 mmHg) daily for 1 week if he feels "comfortable" with them, or should wear his stockings as usual if it is needed. He does not receive any post-procedure thromboprophylactic medication, except in case of risk factors.

**IN CONCLUSION**, in my experience, foam sclerotherapy is the most widely used treatment for varicose veins. Thermal ablation is useful for large saphenous veins.

### Pourquoi de nouveaux concepts ?

Sans doute parce que le traitement des télangiectasies n'est pas toujours satisfaisant... sans oublier que tant l'anatomie que la physiopathologie des télangiectasies ont été peu explorées...

Les télangiectasies des membres inférieurs ne sont pas une entité homogène, mais la présentation clinique de différents phénomènes. Leur diagnostic différentiel est large, même si la maladie veineuse chronique est l'étiologie de loin la plus fréquente (Tableau I).(1) Dans leur majorité, les télangiectasies correspondent à des dilatations intradermiques du plexus veineux sous-papillaire, résultant d'un reflux veineux. Mais certaines télangiectasies isolées, sans reflux, ont une histologie différente, avec un aspect d'hamartome.(2) D'autres télangiectasies pourraient correspondre à de micro shunts artério-veineux.(3) Les télangiectasies essentielles progressives correspondent à un tableau très stéréotypé. On en a décrit récemment une forme très particulière, la vasculopathie collagénique, dont le diagnostic est strictement histologique.(4-6)

En cas de reflux veineux, la veine nourricière des télangiectasies est de taille variable. Elle peut être bien visible, mais parfois, on ne la distingue qu'à l'épiscopie ou à l'échographie. Les fines perforantes nourricières se détectent cliniquement seulement. Cette inhomogénéité des télangiectasies explique bon nombre d'échecs thérapeutiques.

Le traitement repose principalement sur la sclérothérapie et sur la phlébectomie.

La sclérothérapie est toujours le traitement de choix des télangiectasies. L'intérêt de la mousse est actuellement controversé, tout comme le port de la compression après procédure.(7, 8) Trois études précisent mieux l'intérêt de la glycérine chromée, de sa dilution, en proposant une approche subtile pour diminuer les douleurs. (7, 9, 10) Une nouvelle variante de la sclérothérapie, la technique START, permet de traiter les formes les plus réfractaires, reposant sur un concept de compression intratissulaire inédit.(11, 12)

Les « points de fuite » nourriciers des télangiectasies doivent être traités, soit par sclérothérapie, soit par phlébectomie (éventuellement associée au curetage des télangiectasies),(13) soit par l'association des deux. La veine nourricière est parfois très scléreuse, sa paroi fibrosée n'étant guère sensible à la sclérothérapie ; la phlébectomie trouve là une bonne indication.

La place des lasers doit être encore mieux définie. Nous présentons un résultat remarquable de vasculopathie collagénique traitée par laser Cinergy (Irla N, Dietrich N, Adatto M. Communication, 2012).

Restent des cas rebelles, et des patients qui ne peuvent ou ne veulent pas de traitement long et coûteux. Les approches de camouflage sont alors une alternative de choix.(13, 14)

**Tableau I** Diagnostic différentiel des télangiectasies des MI (d'après J. H. Saurat)

Télangiectasies acquises		Télangiectasies congénitales
Formes cutanées pures	Associées à une atteinte générale	
Télangiectasies liées à la MVC	Grossesse	M. de Rendu-Osler
Capillarites chroniques (Majocchi)	Collagénoses	Ataxie – télangiectasie
Télangiectasies essentielles	Cirrhose, cancer hépatique	Angiome serpiginieux
Radiodermites	M. de Vaquez	Poikilodermie congénitale <sup>1</sup>
Télangiectasies naevoïdes	Mastocytoses	Hypoplasie dermique en aires
Peau sénile	Poikilodermies acquises <sup>1</sup>	Xeroderma pigmentosum
Atrophie après corticothérapie		

<sup>1</sup> Affection congénitale ou acquise associant une atrophie épidermique, des taches pigmentées et dépigmentées réticulées et des télangiectasies.

#### Quelques repères bibliographiques.

1. Ramelet AA, Perrin M, Kern P, Bounameaux H. Phlébologie, 5ème édition. Paris: Masson; 2006. 613 p.
2. Chanvallon C, Thomas de Montpreville V, Kowarsky S, Parot A. Aspects physiopathologiques et anatomopathologiques des varicosités. Phlébologie. 2001;54:373-6
3. Bihari I, Magyar E. Microshunt Histology in Telangiectasias. Int J Angiol. 1999;8:98-101.
4. Perez A, Wain ME, Robson A, Groves RW, Stefanato CM. Cutaneous collagenous vasculopathy with generalized telangiectasia in two female patients. J Am Acad Dermatol. 2010;63(5):882-5. Epub 2010/05/11.
5. Ferneiny M, Ortonne N, Ingen-Housz-Oro S, Bilan P, Benlarech S, Chosidow O, et al. A rare cause of acquired telangiectases extending from the feet to arms. Arch Dermatol. 2011;147(11):1317-22. Epub 2011/11/23.
6. Gonzalez Fernandez D, Gomez Bernal S, Vivanco Allende B, Perez Oliva N. Cutaneous Collagenous Vasculopathy: Description of Two New Cases in Elderly Women and Review of the Literature. Dermatology. 2012. Epub 2012/07/21.
7. Kern P, Ramelet AA, Wutschert R, Bounameaux H, Hayoz D. Single-blind, randomized study comparing chromated glycerin, polidocanol solution, and polidocanol foam for treatment of telangiectatic leg veins. Dermatol Surg. 2004;30(3):367-72; discussion 72. Epub 2004/03/11.
8. Kern P, Ramelet AA, Wutschert R, Hayoz D. Compression after sclerotherapy for telangiectasias and reticular leg veins: a randomized controlled study. J Vasc Surg. 2007;45(6):1212-6. Epub 2007/05/01.
9. Kern P, Ramelet AA, Wutschert R, Mazzolai L. A Double-Blind, Randomized Study Comparing Pure Chromated Glycerin with Chromated Glycerin with 1% Lidocaine and Epinephrine for Sclerotherapy of Telangiectasias and Reticular Veins. Dermatol Surg. 2011;37. Epub 2011/09/03.
10. Kern P. Sclerotherapy of Telangiectasias: A Painless Two-Step Technique. Dermatol Surg. 2012;38(6):860-4. Epub 2012/03/13.
11. Ramelet AA. Sclerotherapy in Tumescence Anesthesia of Reticular Veins and Telangiectasias. Dermatol Surg. 2012;38(5):748-51. Epub 2012/01/25.
12. Ramelet AA. La technique START (Sclerotherapy in Tumescence Anaesthesia of Reticular Veins and Telangiectasias). Phlébologie. 2012;65(2): 13-7.
13. Ramelet A-A. Phlébologie esthétique. Télangiectasies : possibilités thérapeutiques. Cosmétologie et Dermatologie esthétique. Paris: EMC (Elsevier Masson SAS, Paris); 2010.
14. Deshayes P. Le maquillage médical pour une meilleure qualité de vie des patients. Ann Dermatol Venerol. 2009;136(S6):S372-S4.

**CONTEXTE** : Le vieillissement de la population impose d'évaluer les modalités thérapeutiques chez les patients âgés.

**OBJECTIF** : EVALUER EN CONSULTATION DE SCLÉROTHÉRAPIE LES INDICATIONS, LES MODALITÉS PRATIQUES ET LA TOLÉRANCE de la sclérothérapie chez les patients âgés de 75 ans et plus.

**MÉTHODE** : Etude observationnelle prospective, consécutive et multicentrique réalisée sous l'égide de la SFP. Chaque centre devait recueillir chez 10 à 20 patients de  $\geq 75$  ans et autant de patients de 18 à 74 ans pour constituer un groupe témoin (GT), l'indication du traitement, les antécédents personnels, la classe clinique CEAP, la nature des veines traitées, les caractéristiques de la sclérose et la survenue d'une éventuelle complication.

**RÉSULTATS** : 176 patients âgés de  $\geq 75$  ans (moyenne : 79,4 ans) et 242 patients âgés de 18 à 74 ans (moyenne : 52,7 ans) ont été inclus dans 15 centres.

Les classes cliniques CEAP C4, C5 et C6, des antécédents de thrombose veineuse profonde (12,5%) et superficielle (11,9%), un traitement AVK (9,1%) et antiagrégant plaquettaire (16,5%) en cours, étaient statistiquement plus fréquents dans le groupe  $\geq 75$  ans.

Les indications « trouble trophique », « veinectasie pré-hémorragique » et « contrôle de l'évolutivité variqueuse » étaient plus fréquentes dans le groupe  $\geq 75$  ans.

Tous les types de veines ont été traités.

*Caractéristiques de la sclérose* : Il n'y avait pas de différence significative de la concentration de l'agent sclérosant. Lorsque la sclérothérapie à la mousse était utilisée (91,5% des cas), le volume injecté était statistiquement plus faible dans le groupe  $\geq 75$  ans (moyenne :  $4,0 \pm 2,2$ ml ; médiane : 4ml) que dans le GT (moyenne :  $4,7 \pm 2,3$ ml ; médiane : 5ml).

*Complication* : une seule complication (malaise vagal) est survenue dans le groupe  $\geq 75$  ans.

**CONCLUSION** : Cette étude observationnelle montre la faisabilité de la sclérothérapie chez les sujets âgés, sans complications ni précautions particulières. La sclérothérapie à la mousse est très largement utilisée dans cette population de patients mais avec un volume de mousse injecté plus faible par rapport au GT.

*Nous remercions les investigateurs* : A. Addala, E. Blin, F. Bucci, B. Burcheri, F. Chleir, C. Daniel, M.H. Dupriez, J.L. Gillet, J.J. Guéx, C. Hamel-Desnos, M. Lausecker, L. Moraglia, P. Ouvry, H. Skolk, M. Sica

**BACKGROUND:** To evaluate the indications, practical modalities, safety and tolerability of sclerotherapy in patients 75 years of age and older.

**OBJECTIVE:** To evaluate the indications, practical modalities, safety and tolerability of sclerotherapy in patients 75 years of age and older.

**METHOD:** This trial was a prospective, multicenter, observational study of consecutive patients conducted under the auspices of the French Society of Phlebology. Each center had to collect in 10 to 20 patients  $\geq 75$  years of age and an equal number of patients 18 to 74 years of age to comprise a control group (CG), the treatment indication, the patient's personal history, the CEAP clinical class, the type of veins treated, the characteristics of sclerotherapy and the possible occurrence of a complication.

**RESULTS:** 176 patients  $\geq 75$  years of age (mean: 79.4 years) and 242 patients 18 to 74 years of age (mean : 52.7 years) were enrolled in 15 centers.

CEAP clinical classes C4, C5 and C6, a history of deep vein thrombosis (12.5%) and superficial vein thrombosis (11.9%), ongoing oral anticoagulant therapy (9.1%) and anti-platelet therapy (16.5%) were statistically more frequent in the group of subjects  $\geq 75$  years.

*The indications* «skin changes», « pre-hemorrhagic venulectasia» and «control of varicose vein progression» were more frequent in the group  $\geq 75$  years of age.

*All types of veins* were treated.

*Characteristics of sclerotherapy:* there was no significant difference in concentrations of the sclerosing agent. When foam sclerotherapy was used (91.5% of cases), the injected volume was statistically lower in the group of subjects  $\geq 75$  years of age (mean :  $4.0 \pm 2.2$ ml ; median : 4ml) than in the CG (mean :  $4.7 \pm 2.3$ ml ; median : 5ml).

*Complication:* only one complication (vasovagal syncope) occurred in the group  $\geq 75$  years of age.

**CONCLUSION:** This observational study demonstrated the feasibility of sclerotherapy in the elderly, with no complications nor need for special precautions. Foam sclerotherapy was very widely used in this population of patients but with a lower amount of foam injected in comparison to a CG.

*We wish to thank the investigators:* A. Addala, E. Blin, F. Bucci, B. Burcheri, F. Chleir, C. Daniel, M.H. Dupriez, J.L. Gillet, J.J. Guex, C. Hamel-Desnos, M. Lausecker, L. Moraglia, P. Ouvry, H. Skolk, M. Sica

**OBJECTIVES:** This multicentre observational study (OS) documented the efficacy and side-effects of ultrasound-guided polidocanol foam sclerotherapy (FS) with air and carbon dioxide/oxygen foam (CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> FS) using the same evaluation protocol in each centre.

**Materials and Methods:** Eleven centers participated in this OS, nine centers worked with air-based FS, two with CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> FS. Only approved drugs were used. In 376 patients undergoing 553 treatments, air-based FS was performed using 0.25% to 3% polidocanol microfoam (Aethoxysklerol®, Kreussler). 125 patients in 152 sessions were treated with CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub>-based foam using 1% to 3% polidocanol with seven parts CO<sub>2</sub> (Laparox®, Linde) to three parts O<sub>2</sub> (Conoxia®, Linde). For the sterile dispensing of the CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> FS a mass flow controller was used. Efficacy of treatment and side effects were assessed clinically and with duplex examination in the following visits after one week and 4-6 weeks after the last session.

**RESULTS:** Varicose veins larger than 3mm were treated with an average volume of 5.3ml in the air-FS and 8.2ml in the CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> FS. In the CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> -group clinical appearance and venous occlusion rate documented by Duplex was slightly more efficient, most likely because larger volumes could be safely applied. In the CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> group compression therapy was performed in 97.6% of the cases, in the air group in 75.2%.

In general more side effects occurred after air in comparison with CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub>. The differences were significant ( $p < .0001$ ) for:

- Hyperpigmentation 23.3% (air) vs. 13.6% (CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub>) and hematoma 14.4% vs. 2.5%.
- The differences (Air/CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub>) were not significant for:
  - Migraine 0.1%/0%.
  - Matting 1.4%/0%
  - Burning sensation 11.7%/5.5%.
  - Thrombosis 1.1%/1.6%.
  - Visual impairment 0.2%/1,8 %.

No group showed any permanent side effects on the central nervous system; all instances of impaired vision were spontaneously reversible within 20 minutes without further treatment.

**CONCLUSION:** The treatment with CO<sub>2</sub>-O<sub>2</sub> FS is slightly more efficient than air FS especially in larger varicose veins and high volumes of foam. Maybe it produces less side effects. The results can be no prove that it is definitely safer.

La Méthode Schiltz ou Stimulation Manuelle Veino-Lymphatique (SMVL) est une alternative au DLM. Il s'agit d'une méthode de massage utilisant la technique par pression digitale doigts écartés (PDDE).

Le physiothérapeute dispose d'une technique de massage lui permettant une mobilisation plus importante des plans cutanés du patient, cherchant ainsi à reproduire au niveau de la peau les effets biomécaniques observés lors des mouvements du corps et des membres.

Cette méthode s'adresse en première intention aux traitements des œdèmes. Elle s'affiche également dans une cure intensive du traitement du lymphœdème (TCD), et par la suite comme traitement d'entretien. Il existe des protocoles qui diffèrent selon les pathologies : insuffisance veineuse chronique, lymphœdèmes primaire ou secondaire. Ce concept s'intéresse à la peau et à ce qu'elle contient et non plus uniquement au système lymphatique. Il contribue d'une manière générale à une meilleure trophicité des tissus.

*Nancy - France*

**OBJECTIF DE CET ATELIER :** Si la technique de phlébectomie ambulatoire au cabinet a été décrite il y aura bientôt un demi-siècle, il n'en demeure pas moins qu'elle est encore peu développée en France. Le but de cet atelier est de démontrer qu'il s'agit d'une méthode facile à réaliser en ambulatoire, sans faire appel à un bloc opératoire et d'en exposer les indications et les résultats.

#### **LA PHLEBECTOMIE AMBULATOIRE : UNE EXTRACTION DOUCE DES VARICES**

Sur une base de 5.000 phlébectomies ambulatoires en cabinet médical, les auteurs, à l'aide de démonstrations vidéo, exposent la pratique de ce procédé. La préparation du patient est des plus simples. Il n'a pas besoin d'être à jeun ni d'être hospitalisé ni d'arrêter son travail, ni d'arrêter le traitement médical en cours, en particulier les anticoagulants ou les anti-agrégants plaquettaires. L'intervention se déroule dans un grand confort pour le patient, grâce à l'usage de l'anesthésie par tumescence exclusivement. L'extraction des veines doit être réalisée avec beaucoup de soin si l'on veut obtenir un résultat esthétique des plus satisfaisants : ouverture de la peau à l'aiguille « fine » de 7/10° et jamais au bistouri, extraction des cordons à l'aide des crochets les plus fins possible. Il n'y a jamais d'hémorragie, même si la phlébectomie extirpe des varices de gros calibre ou des varices à proximité d'ulcères variqueux. Les suites sont simples et sans complications.

**LES RESULTATS DE CETTE TECHNIQUE :** Une présentation de cas cliniques de différentes localisations variqueuses, développées sur peau normale ou pathologique (terrain ulcéreux, hypodermite, lipodermatosclérose) illustrés de photographies avant et après traitement et résultats au long cours, permettent à l'auditeur d'apprécier tout l'intérêt de la méthode. Soulignons que les résultats présentés ici par les auteurs découlent de la seule phlébectomie ambulatoire en cabinet et qu'il n'y a jamais eu de stripping associé, même en cas de reflux saphénien.

**CONCLUSION :** Il en découle que la phlébectomie ambulatoire est une technique simple, économique, esthétique, dénuée de risque et efficace sur le plan thérapeutique. Elle doit être actuellement considérée comme une méthode universelle dans le traitement des varices, quel qu'en soient leur aspect clinique et le terrain sur lequel elles se développent.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

1. Muller R. Traitement des varices par phlébectomie ambulatoire. *Phlebologie* 1966; 4: 277-9.
2. Fays-Bouchon N., Fays.S. Interest of incisions by means of a fine needle during ambulatory phlebectomy according to Muller's technique. *Union Internationale de Phlébologie . XII World Congress. LONDRES.3-8 september 1995. Phlebology 1995 suppl.1. :436-438*
3. Fays. S, Fays-Bouchon N. Au XXIÈME siècle, peut-on pratiquer la phlébectomie ambulatoire en cabinet médical ? A propos d'une expérience personnelle de 15 ans de pratique. *Phlébologie* 2004,57,(1); 21-29

Nancy, France

Le rôle pathologique des perforantes dépend non seulement de leur situation sur le membre, de l'anatomie, mais aussi malheureusement à leur grande variété hémodynamique.

Elles peuvent être regroupées en 5 catégories.

**1) les perforantes de cuisse hautes, latérales ou postérieures.** Elles sont toujours des perforantes out-flow, fines longues et tortueuses, connectées à des varices responsables d'un réseau variqueux qui s'étend vers la distalité. Dans ce cas, le traitement est simple et univoque : sclérothérapie peropératoire par l'intermédiaire de la varice proximale et phlébectomie de l'ensemble du réseau variqueux.

**2) les perforantes de cuisse médiales connectées à la grande veine saphène.** Leur rôle est plus ambigu car leur sens de circulation peut être variable dans le temps même lorsqu'elles sont out-flow à forte pression. Assez souvent les variations de pression entre le système veineux profond et superficiel font que le drainage de cette perforante se fait sur la partie proximale du tronc saphène. Dans ce cas, le reflux quelquefois très important n'est bien sûr pas pathologique pour le membre. Cette perforante peut devenir pathologique lorsqu'il apparaît des varices dépendant du tronc saphène distal avec des perforantes de réentrée situées en dessous. Le reflux de cette perforante devient alors pathologique. Depuis toujours, différents types de traitement ont été réalisés avec chacun de gros inconvénients.

- Le stripping complet est responsable d'énormes hématomes et récidives à court terme.
- Le stripping avec abord et ligature de la perforante au niveau de la cuisse est souvent une intervention difficile, hémorragique, inesthétique et souvent incomplète.
- Les traitements endovasculaires ignorant la perforante s'accompagnent de recanalisation et de récurrence à court terme
- Une autre solution, aujourd'hui, consiste à supprimer la partie distale du tronc saphène (en dessous de la perforante). La jonction entre le tronc proximal et la perforante étant préservé pour conserver le drainage proximal vers la jonction saphéno-fémorale. Dix sept patients ont été opérés de cette façon avec un suivi moyen de 15 mois. Nous avons déploré deux échecs sur de grosses perforantes et des gros troncs saphènes distaux.

**3) Les perforantes de cuisse connectées à des varices ou des portions de troncs saphène non drainés dans le cadre de la chirurgie de la récurrence.**

- L'abord chirurgical est en général aussi très difficile, hémorragique, nécessitant une grande incision et très souvent c'est une chirurgie incomplète.
- La phlébectomie associée à la sclérose peropératoire n'est efficace que si la perforante est de petit calibre.
- Les techniques endovasculaire thermique (ClosureFast™) peut être utilisé à condition que la perforante soit rectiligne ce qui est malheureusement très rare.
- Une technique est très efficace quand elle est réalisable : c'est l'embolisation rétrograde par voie fémorale associée à une sclérothérapie peropératoire et à des phlébectomies.

20 patients ont été opérés de cette façon, nous n'avons pas déploré de complications durant la procédure. Les phlébectomies ont été réalisées soit immédiatement, soit un mois ou deux après l'embolisation. Sur les 20 patients, 17 ont été revus entre 1 et 54 mois, à 4,5 mois toutes étaient fermées complètement, 2 revus à 34 mois présentaient une petite recanalisation sans varice et sans symptôme clinique, 6 patients revus à 17 mois présentaient une petite réapparition de varice qui a pu être traitée par sclérothérapie.



**4) Les perforantes de la fosse poplitée** sont une entité bien particulière et bien connue depuis longtemps. Lorsqu'elles sont volumineuses et accessibles chirurgicalement, facilement, à partir du point de perforation aponévrotique, la ligature chirurgicale est la technique idéale. Quand elles sont petites, longues, tortueuses, ramifiées, la phlébectomie associée à la sclérothérapie peropératoire donne aussi d'excellents résultats.

**5°) Les perforantes de jambe** ont une physiologie particulière car elles sont presque toujours des perforantes de réentrée. De nombreuses études ont été faites concernant leur rôle pathologique. Pour les résumer, ces études récentes ont montré que :

- Une section sous-fasciale endoscopique (SEPS) est nécessaire uniquement sur un ulcère récalcitrant après chirurgie veineuse superficielle.
- Le traitement des perforantes est totalement inefficace en cas une insuffisance veineuse profonde.
- La classique « ligature des perforantes » faite en même temps que le stripping ne sert à rien. Il est inutile de traiter les perforantes jambières pendant la chirurgie veineuse superficielle.
- Après la chirurgie veineuse superficielle les perforantes diminuent spontanément de calibre et leur reflux disparaît.

**EN CONCLUSION**, concernant les perforantes connectées à des varices au niveau de la cuisse ou de la fosse poplitée, il faut toujours les traiter par ligature, embolisation ou sclérose. Concernant les perforantes de jambes, il ne faut jamais les opérer en même temps que la chirurgie veineuse superficielle. Exception faite des patients C6 ou une SEPS peut être réalisée, mais seulement après chirurgie superficielle si l'ulcère ne cicatrise pas. Concernant les perforantes de cuisses connectées au tronc saphène, il faut essayer de conserver leur drainage à tout prix car leur traitement, si elles ne sont plus drainées, est souvent complexe.



*Nous remercions les laboratoires et sociétés pour leur soutien  
à la réalisation de ces 70<sup>èmes</sup> Journées de la  
Société Française de Phlébologie*



*Nous remercions les conférenciers qui ont accepté  
d'intervenir pour le bon déroulement du congrès*

F.A. ALLAERT  
L. ALLOUCHE  
V. ARFI  
J.F. AUVERT  
A.C. BENHAMOU  
R. BLAIRVACQ  
PH. BLANCHEMAISON  
F.X. BREU  
B. BURCHERI  
P. CARPENTIER  
A. CAVEZZI  
M. CAZAUBON  
A. CELERIER  
J.M. CHARDONNEAU  
PH. COLERIDGE SMITH  
P. COMBES  
A. CORNU-THENARD  
V. CREBASSA  
D. CRETON  
C. DANIEL  
M. DE MAESENNER

I. ELALAMY  
N. FAYS-BOUCHON  
S. FAYS-MICHEL  
P. FILORI  
A. FRULLINI  
C. GACHER  
G. GACHET  
J.L. GERARD  
J.L. GILLET  
J.C. GRISOLI  
J.J. GUEX  
C. HAMEL-DESNOS  
J. HEBRANT  
M. JOSNIN  
PH. KERN  
M. LAUSECKER  
C. LEBARD  
S. MAKO  
L. MORAGLIA  
P. OUVRY  
K. PACHECO

C.T.E. PHAN  
O. PICHOT  
E. RABE  
A.A. RAMELET  
S. SADOUN  
X. SAUDEZ  
M. SCHADEK  
J.P. SCHILTZ  
J.C. SCIALOM  
M. SICA  
L. SPINI  
C. TEJEDOR  
J.F. UHL  
F. VEAS  
S. VIGNES  
PH. VILLENEUVE  
F. VIN  
M. WATKINS  
H. YVORRA  
C. ZARCA

medi

medi présente  
**mediven® Active**

**LE NUMÉRO 1 MONDIAL  
VA PUS LOIN**

**DES PREUVES  
ET DES INNOVATIONS EXCLUSIVES**



EN SAVOIR PLUS

Régulation active de la  
température et de l'humidité

[www.kila.lu/transvap](http://www.kila.lu/transvap)



EN SAVOIR PLUS

Parfaite tolérance cutanée  
des bandes autofixantes

[www.kila.lu/dermscan](http://www.kila.lu/dermscan)



**La première chaussette  
sans coutures visibles !**

**7 tours de cheville et 2 hauteurs**  
pour un dosage parfait de la pression et une  
dégressivité conforme à la norme NF 97-114

**Semelle confort extra-douce**

Visitez notre site  
[www.medi-france.com](http://www.medi-france.com)