Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

http://didhbgt.com/pdf/PROGRAMME-SFP-PARIS-2019.pdf

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS

Claudine Hamel-Desnos, Présidente de la société française de phlébologie
Jean-Jérome Guex, Secrétaire général de la société française de phlébologie
Fabrice Abbadie, Bertrand Chauzat, Pierre Combes, Christian Daniel, Marianne De Maeseneer, Fannie Forgues, Jean-Luc Gérard, Jean-Luc Gillet, Sébastien Gracia, Matthieu Josnin, Luc Moraglia, Nicolas Néaume, Isaac Nyamekye

Edito

Chers amis,

La prochaine édition du congrès annuel de la SFP se déroulera du 5 au 7 décembre 2019 au Pullman Paris Centre Bercy, sous la présidence de Jean-Jérôme Guex et avec la présence de nombreux invités d'honneur, dont le Pr André van Rij de Nouvelle Zélande.

Nous rendrons hommage au Pr François-André Allaert, ancien vice-Président de la SFP et Rédacteur en Chef de notre revue Phlébologie, qui nous a quittés brutalement en juin dernier.

Nous accueillons cette année le Venous Forum of The Royal Society of Medicine ainsi qu'une session Franco-Russo-Polonaise, ce qui montre encore notre attachement à l'International.
Des sessions denses et variées vous promettent des discussions passionnantes et des interventions riches : actualité sur la thrombose veineuse, plaies cicatrisation, glue en phlébologie, phlébologie et esthétique, l'homme en phlébologie, progrès et futur en phlébologie, syndrome de congestion pelvienne, les bonnes pratiques, les bonnes indications en phlébologie, sclérose et thrombose, perforantes, hémorroïdes, gestion optimisée de l'ablation thermique et de ses complications, rupture hémorragique de varice…

Les ateliers, les actualités syndicales, le forum, le cours d'écho-Doppler (cette année « Pathologie veineuse pelvienne : quand et quels examens demander ?»), la session Club mousse, la session didactique seront au rendez-vous et ne ratez surtout pas le festival des séquences flash.
De belles séances, des moments de partage, de discussion, de convivialité vous attendent, pour notre plus grand plaisir.

Claudine Hamel Desnos,
Présidente de la Société Française de Phlébologie
et le Comité d'Organisation

Les 78èmes journées de la SFP sont conforment avec le Ethical Medtech business code of practise.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

FIBROVEIN™ 3 1 0,5 0,2 %

solution injectable de tétradécyl sulfate de sodium

Maintenant disponible en pharmacie

Disponible en **4 concentrations**

3% et **1%** approuvé pour une utilisation sous forme mousse

0,5% pour les veines réticulaires

0,2% pour les varicosités

Traitement des varices primaires non compliquées, des varices récidivantes ou résiduelles suite à une intervention chirurgicale, des veines réticulaires, des veinules et des varicosités des membres inférieurs caractérisés par une dilatation simple.

FIBROVEIN™ 3 1 0,5 0,2 %

Les mentions légales sont disponibles sur la base de données publique des médicaments **http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**

16/01/62685543/PM/002

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

ACTUALITÉS SUR LA THROMBOSE VEINEUSE

AOD vs. AVK. Faut-il encore prescrire des AVK ? si oui lesquels ?

Jean-Philippe Galanaud

Department of Medicine – Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto – Canada – **Jean-Philippe.Galanaud@sunnybrook.ca**

Les anticoagulants oraux directs (AOD) constituent désormais le traitement de référence dans la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV).

Cependant, dans certaines situations cliniques leur usage est déconseillé/contre indiqué.

Dans cette présentation nous reviendrons sur les principales situations cliniques où il est conseillé / recommandé d'utiliser les antivitamines K (AVK) plutôt que les AOD et expliquerons pourquoi.

Ces situations cliniques incluent l'insuffisance rénale sévère, le syndrome des antiphospholipides, certaines interactions médicamenteuses, notamment en cas de cœur pulmonaire chronique post-embolique.

En termes de choix d'AVK, la coumadine est désormais l'AVK de choix.

Le bilan de thrombophilie a-t-il encore une place ?

J. Conard

Consultation de Médecine Vasculaire – Hôpital Saint Joseph – Paris.

On distingue d'une part, les thrombophilies héréditaires et en particulier les déficits en Antithrombine (AT), Protéine C (PC) ou Protéine S (PS) et les mutations Facteurs V Leiden (FVL) et de la Prothrombine (Facteur II) 20210A, d'autre part, les thrombophilies acquises : syndrome des antiphospholipides (SAPL) et syndromes myéloprolifératifs (SMP).

La recherche d'une thrombophilie héréditaire ne modifiera généralement pas la prise en charge du traitement de la thrombose provoquée ou non, sauf en cas de déficit en AT (hors type 2 HBS qui n'augmente pas le risque de thrombose) ou en cas d'un très rare déficit homozygote en PC ou PS associé à une nécrose cutanée sous Antivitamine K (AVK).

En revanche, la détection chez un(e) apparenté(e) permet une prévention des thromboses plus efficace dans les situations à risque (immobilisation, contraception, grossesse, etc.).

Dans les recommandations de 2019, publiées dans la Revue des Maladies respiratoires, des suggestions concernent la recherche de thrombophilie (Grade 2C).
L'existence d'une thrombophilie acquise, en cas de thrombose associée ou non à des complications de la grossesse ou de thrombose de site inhabituel, peut en revanche entraîner une prise en charge particulière : traitement au long cours pour le SAPL, recherche d'hémopathie pour les thromboses de la veine porte en particulier.
En conclusion, la recherche d'une thrombophilie biologique ne doit pas être systématique en cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse ni avant contraception ou grossesse.
En revanche, elle a une place pour la prise en charge de la thrombose et la durée du traitement anticoagulant de patients sélectionnés, et permet surtout la prévention des thromboses dans les familles porteuses d'une particularité génétique.

Mots-clés : thrombophilie, thrombose veineuse.

Anticoagulation au long cours en prévention des récidives : pleine dose ou demi-dose pour les AOD ?

Jean-Pierre Laroche

Médecin Vasculaire MEDIPOLE – 1139 Chemin du Lavarin – 84000 Avignon – **echoraljp84@gmail.com**

Depuis la mise sur le marché des AOD, la tentation de l'extension du traitement est vite devenue un sujet de controverse, dans la mesure où cette extension devrait se faire une AOD Low Dose.
Deux études ont créé le buzz : AMPLIFY EXTENSION avec l'apixaban (2.5 mg x 2) et EINSTEIN CHOICE (rivaroxaban 10 mg).
Dans ces 2 études l'AOD low dose prenait le relais d'un AOD full dose après 6 mois de traitement.
Les résultats en termes de récidive de la MTEV et du risque hémorragique ont été concluants.
Alors finalement où est problème ? Au niveau de ces 2 études.
– AMPLIFY EXTENSION concerné une MTEV sans facteur déclenchant. Elle a duré 1 an en termes de suivi.
– EINSTEIN EXTENSION a associé des TVP avec et sans facteur déclenchant, 60 % avec facteur déclenchant. Cette association discréditée annule tout résultat probant.
– De plus dans ces deux études les patients qui ont été inclus étaient relativement jeunes et surtout à risque hémorragique faible.

Alors pour en savoir plus voyons ce que les recommandations inter sociétés françaises publiés en Janvier 2019 recommandent en matière d'AOD Low Dose.

Une indication est retenue en cas de risque de récidive thrombo-embolique modérée mais aucune autre recommandation dans ce sens-là.

Hommes avec un 1er épisode de MVTE non provoqué par un facteur transitoire majeure et en l'absence de facteur persistant majeur[1] Femmes avec un 1er épisode de MVTE non provoqué par un facteur transitoire majeur, en l'absence de facteur persistant majeur et un score HERBOO2 ≥ 2[1]	6 mois ou Non limitée[2] (Grade 1+)	*6 premiers mois* AVK (INR 2-3) AOD pleine dose (Grade 1+) *Après le 6ème mois* AVK (INR 2-3) AOD pleine dose AOD demie dose

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Il est tentant de prescrire un AOD Low Dose après un traitement Full Dose en cas de MTEV sans facteur déclenchant.

En cas de facteur déclenchant aucune indication de Low Dose, même chose en cas de cancer actif. Ne pas oublier enfin que les AOD Low Dose sont ceux qui sont utilisé en prévention primaire en chirurgie.

En médecine les AOD sont en échec en prévention primaire. Alors pourquoi un AOD Low Dose serait efficace en médecine en prévention secondaire et pas en prévention primaire ? Réponse lors de la communication...

Mots-clés : anticoagulant oral direct (AOD), MTEV, Low Dose.

« Choix pertinents » pour la TVP.

Jean Pierre Laroche

Médecin Vasculaire MEDIPOLE – 1139 Chemin du Lavarin – 84000 Avignon – **echoraljp84@gmail.com**

La pertinence d'un soin, c'est donner « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient » selon l'HAS et notre Ministre Agnès Buzyn.

Qu'il relève d'une démarche diagnostique (imagerie, biologie...) ou thérapeutique (médicament, dispositif médical, intervention chirurgicale...), un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité.

C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances.

« On évoque souvent le chiffre de 25 à 30 % d'examens ou d'actes non pertinents » a affirmé Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre des soins (DGOS) au ministère de la Santé.

La prise en charge d'une TVP est concernée par la pertinence des soins (CNPMV 2019) : L'Écho Doppler (ED) ne doit pas être répété à titre systématique en cas de TVP et ou TVS pour évaluer l'efficacité du traitement anticoagulant en l'absence de modification de la clinique.

– L'ED à la recherche d'une TVP est un examen bilatéral et symétrique des 2 MI, étudiant les veines du mollet, de la cuisse et de l'abdomen.

– L'ED est réalisé par un médecin qui a une expérience à la fois des ultrasons et de la TVP.

– L'ED est un acte non invasif, peu coûteux, très fiable, une autre technique d'imagerie (scanner ou IRM) est donc le plus souvent inutile,

– L'ED est l'examen référence dans le diagnostic d'une TVP ou d'une TVS, il est donc indispensable en cas de suspicion de TVP ou de TVS, il doit être réalisé le plus rapidement possible.

– Pour tout compte-rendu d'ED le diamètre antéro-postérieur des veines thrombosées est indispensable, notamment veine fémorale commune et veine poplitée

– L'ED ne doit pas être répété à titre systématique, ainsi 2 ED sont nécessaires et suffisants : Jo et à l'arrêt du traitement pour fixer les séquelles de la TVP et augmenter sa performance diagnostique en cas de récidive. Un ED pratiqué entre ces 2 dates n'apporte rien, aucune étude n'a encore prouvé le contraire. Ceci reste vrai pour les TVS

– Par contre l'ED est nécessaire en cas de suspicion clinique d'extension de la TVP ou de la TVS sous traitement ou en cas de CI des AC où les ED de surveillance rapprochée sont nécessaires.

Le suivi médical du patient qui a présenté une TVP est important : notamment l'anticoagulation, le bilan étiologique et autres, ce qui signifie que le suivi médical assuré par le Médecin Vasculaire lors d'une consultation est déterminant.

Au cours de cette communication sera discutée la place exacte de la pertinence des sons dans notre exercice.

Mots-clés : pertinence des soins, TVP.

PLAIES ET CICATRISATION

Un centre ambulatoire de prise en charge des plaies : le début de l'histoire !

S. Ramos-Latger, F. Creach, P. Halgand, J. Marcet, A. Cor, P. Leger, C. Dornier, F. Forgues

Clinique Pasteur – Toulouse.

Les plaies chroniques relèvent d'une prise en charge multidisciplinaire et de longue durée.

Ces pathologies sont récidivantes, invalidantes, coûteuses et de mauvais pronostic.

Les études montrent que la prise en charge multidisciplinaire et dans des structures ambulatoires diminue la morbi-mortalité liée à cette pathologie et le coût global.

C'est dans ce contexte que la Clinique Pasteur a créé un « centre de plaies et cicatrisation ambulatoire multi-professionnel et multidisciplinaire » en 2006.

– Comment le projet est-il né ?

– Quel est son financement et son organisation ?

– Qu'en est-il 13 ans après sa création ?

Cette communication exposera le fonctionnement et les innovations de notre centre de sa création jusqu'à aujourd'hui, ainsi que les moyens de financement possibles, notamment dans les structures de santé privées.

Mots-clés : cicatrisation, ambulatoire, financement, fonctionnement.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La télémédecine, une activité nouvelle ?

P. Léger

Clinique Pasteur – Réseau Cicat-Occitanie.

Pas tant que cela, le Pr Louis LARENG a réalisé la première téléconsultation en 1989 entre l'hôpital de Rangueil à Toulouse et l'hôpital Combarel à Rodez.

La reconnaissance nationale et surtout le paiement de la téléconsultation n'est survenu qu'en septembre 2018.

La télémédecine est une pratique médicale à distance utilisant les technologies numériques.

Il existe plusieurs modalités de pratique de la télémédecine.

1- *La télé-consultation*, permet à un professionnel médical de réaliser une consultation à distance. Cet acte est remboursé depuis le 15 septembre 2018.

2- *La télé-expertise*, permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux.

Acte remboursé dans certaines conditions en 2019.

3- *La télé-surveillance*, permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

Actuellement encore inclus dans une expérimentation.

4- *La télé-assistance médicale*, a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Plusieurs expériences ont été effectuées en France sur des modèles différents.

Les acteurs de ce développement se sont réunis pour écrire un livre blanc sous l'égide du CATEL. Nous partageons les résultats de ce travail.

Nous présentons notre expérience de la télé-expertise au sein d'un centre de cicatrisation et de la téléconsultation dans le cadre du réseau CiCat-Occitanie.

Des études françaises et internationales ont validé la possibilité et la sécurité de la pratique de la télémédecine dans le domaine des plaies.

La télémédecine est un changement important dans nos pratiques.

Un temps d'adaptation, à ces nouvelles technologies est nécessaire, mais il faut progressivement se les approprier, car il paraît difficile de s'en passer, au de vu leur intérêt médical et économique.

The relevance of microvenous valves to venous ulcers.

Prof. A.M van Rij

Department of Surgical Sciences – University of Otago – New Zealand.

Incompetent Valves in the superficial venous system may lead to venous ulcers.

Most of our attention is on valves in vessels > 2 mm and we have neglected the possible role of the "microvalves" in small veins and venules.

A closer look at the microvenous circulation in the skin shows how extensive it is and how microvenous valves are the gate keepers protecting the microcirculation from damage of reflux and venous hypertension in the larger veins.

When microvalves fail then the microvenules dilate and function is impaired.

This failure can be demonstrated using high resolution ultrasound techniques, CEUS and is related to the severity of CVI.

Mise au point sur la compression dans les ulcères.

F. Forgues

Clinique Pasteur – 45 avenue de Lombez – 31076 Toulouse.

Objectifs : Cette communication a pour but de faire une mise à jour sur les différents systèmes de compression / contention disponibles actuellement sur le marché, leurs propriétés et leurs places en fonction des types d'ulcères.

Méthodes : Une revue de la littérature récente va permettre de faire le point sur les caractéristiques biophysiques et techniques des différentes bandes et de replacer l'indication de chaque bande en fonction de l'étiologie de l'ulcère.

Résultats : La littérature sur la compression est bien étayée mais est essentiellement théorique.

Dans la pratique, beaucoup de paramètres restent à éclaircir :
– Comment la pression se modifie après la pose ou à l'effort ;
– Les paramètres d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs qui limitent, voire contre indiquent la compression…

Conclusion : La contention / compression est un traitement de premier plan dans les ulcères, quelques en soit l'étiologie.

La compression dans l'ulcère veineux est la plus documentée et les recommandations sont claires. Dans le cas d'ulcères artériel, mixtes et même autres (carcinologique, infectieux…), les données sont plus rares et les indications moins précises.

Mots-clés : contention ; compression ; cicatrisation.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

SESSION COMMUNE SFP/SFMV
LES BONNES PRATIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE SUPERFICIELLE (IVS)

L'enseignement des bonnes pratiques en perfectionnement. Retour d'expérience de l'attestation universitaire des traitements endoveineux thermiques de Grenoble.

P. Carpentier[1], C. Hamel-Desno[2], O. Pichot[1], J.L. Gérard, S. Blaise[1]

1. Service de Médecine Vasculaire – Université Grenoble – Alpes.
2. Centre Hospitalier Privé Saint Martin – 14050 Caen.

Mises en place en 2012 à la demande du Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire, les Attestations Universitaires de Traitements Thermiques Endoveineux de Grenoble ont eu pour objectif premier de donner accès à l'apprentissage de ces techniques aux médecins vasculaires, qui étaient les mieux à même de réalisés des gestes vasculaires échoguidés.

S'adressant aux diplômés en médecine vasculaire (DESC ou Capacité) presque tous déjà installés, cet apprentissage devait résoudre l'équation d'une formation de qualité dans un minimum de temps.

Cela a été rendu possible grâce à la motivation d'une équipe pédagogique mixte universitaire et libérale dont l'entente a été parfaite, et surtout à celle des maîtres de stages experts et très ouverts à partager leur savoir-faire aux confrères et notamment aux plus jeunes.

L'organisation comporte deux niveaux :

– *Le premier fondé sur un séminaire présentiel d'une journée et demie* apportant de manière concentrée les informations théoriques et réglementaires indispensables à cette pratique, et surtout une présentation très détaillée des gestes techniques, illustrée de vidéos et complétée de manipulations de matériels sur des fantômes physiques grâce à un partenariat très constructif avec les industriels.

– *Le second comporte un stage pratique restreint à 10 procédures,* mais chez des maîtres de stages qui ont toujours réussi à faire passer l'essentiel dans le temps imparti,

– Complété par un débriefing de groupe avec des experts lors d'un *second séminaire présentiel* permettant de vérifier les acquis et de résoudre les questions résiduelles.

De janvier 2012 à mars 2019, 308 médecins vasculaires ont bénéficié de ces attestations, dont 151 ont validé les deux niveaux.

La présentation est fondée sur une enquête réalisée auprès des participants des 14 premiers séminaires et tire les leçons de cette expérience.

Les certificats de compétence européens en échosclérothérapie et en thermique (UEMS).

M. Josnin

Clinique Saint Charles – La Roche sur Yon – France – **matthieu.josnin@gmail.com**

L'UEMS est la plus ancienne organisation représentative des associations nationales de médecins spécialistes et entretient des liens et des relations solides avec les institutions européennes.

L'UEMS a mis en place, un Multidisciplinary Joint Committee of Phlebology (MJCP) en 2015.

L'objectif du MJCP est d'harmoniser et d'améliorer les pratiques en Phlébologie en Europe.

En 2016 un Board Européen de Phlébologie a été mis en place par le MJCP qui a été chargé de rédiger un document précisant les grandes lignes de la formation en Phlébologie et de manière détaillée les moyens de la mettre en œuvre.

Cette présentation après un rapide historique, décrira l'organisation de ces formations et son articulation tant sur le plan national qu'européen en terminant par un état des lieux de ces formations ayant débuté en septembre dernier en France.

Mots-clés : UEMS, Europe, formation, phlébologie.

Les choix pertinents dans le traitement des veines saphènes et récidives.

"Choosing wisely" items for chemical or thermal ablation in the treatment of the incompetent saphenous veins and recurrences.

C. Hamel-Desnos[1], G. Miserey[2], sous l'égide du « Conseil National Professionnel de Médecine Vasculaire ».

1. Hôpital Privé Saint Martin-Ramsay GdS – 18 rue des Roquemonts – 14050 Caen, France – **claudine.hamel-desnos@wanadoo.fr**
2. 55 rue Gambetta – 78120 Rambouillet – Centre Hospitalier de Rambouillet – Rue P. et M. Curie – 78514 Rambouillet – France – **gmiserey@gmail.com**

Résumé : « Mieux soigner sans dépenser plus » est un des objectifs prioritaires de nos gouvernants en matière de santé publique et les médecins doivent être acteurs de ce projet.

En effet, qui mieux que les médecins eux-mêmes, peut établir les règles pouvant encadrer et optimiser certaines pratiques professionnelles en termes de pertinence de soins ?

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Ainsi, en France, le Conseil National Professionnel de Médecine Vasculaire, en accord avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, a publié des règles de bonnes pratiques et de bon sens, concernant la pertinence des soins dans le traitement occlusif, chimique ou thermique, des veines saphènes et de leurs récidives.

Les 10 item établis, inspirés du principe des « choose wisely » des anglo-saxons ont été rédigés par des médecins vasculaires (MV) et discutés par un large groupe de relecteurs MV. Ils permettent, en particulier, d'encadrer la mise en application récente des nouveaux libellés d'échosclérothérapie des grandes et petites veines saphènes (GVS et PVS) et de leurs récidives, ainsi que le remboursement de l'acte laser endoveineux (LEV).

Ils abordent des critères de qualité des prestations, de bonnes pratiques et de sécurité pour les indications précitées : utilisation obligatoire en pré-per et post procédure immédiat de l'Echo-Doppler en échosclérothérapie à la mousse (ESM) ; compte-rendu de procédure ESM et iconographie ; utilisation prioritaire de la mousse versus liquide ; utilisation prioritaire des techniques thermiques (LEV, Radiofréquence RF) pour les saphènes de gros calibre (> 8 mm) et chez les patients à haut risque thrombotique ; priorité au LEV versus RF pour la PVS ; utilisation prioritaire de l'ESM versus ablation thermique si saphènes de petit calibre (< 4 mm) ; obligation de pratiquer une anesthésie locale par tumescence pour toute ablation thermique, sans y associer, sauf très rares exceptions, une anesthésie générale ou toute autre anesthésie empêchant le patient de percevoir un signal douloureux au moment de l'application thermique ; chirurgie conventionnelle, déconseillée sauf très rares exceptions.

Mots-clés : pertinence des soins, sclérothérapie à la mousse, laser endoveineux, radiofréquence, veines saphènes, récidives.

Abstract: *"Better care without spending more" is one of the priority objectives of our government in terms of public health and doctors must be involved in this project.*

Varicose veins of the lower limbs represent a major public health issue in France.

This document includes 10 "Choosing Wisely" (CW) items produced by French Vascular Doctors, experts from the National Professional Council of Vascular Medicine (CNPMV); it was initiated following consultation with the French National Health Insurance (CNAMTS) and validated by both Instances.

It aims an improvement of the management of chemical or thermal ablation of saphenous veins and their recurrence on criteria of relevance, optimisation of patient benefit and cost reduction. The various conservative treatments are not discussed in this paper as they are not subject to it.

Among the 10 CW items, the following topics are addressed:
– Mandatory use of Duplex ultrasound for Ultrasound guided foam sclerotherapy (UGFS) in pre, per and immediate post procedure; requirement of report and iconography for UGFS procedure; priority use of foam versus liquid;
– Priority use of thermal ablation (EVLA, RFA) for large-calibre saphenous veins (> 8 mm) and in patients at high thrombotic risk; priority to EVLA versus RFA for SSV;
– Priority use of UGFS versus thermal ablation for small-calibre saphenous veins (< 4 mm)
– Mandatory use of local anaesthesia by tumescence for any thermal ablation, avoiding any combination, with very rare exceptions, of general anaesthesia or any other anaesthesia that prevents the patient from perceiving a painful signal at the time of thermal application;
– High ligation and stripping (conventional method), not recommended with very rare exceptions.

French vascular doctors must comply with these CW items.

Keywords: *choose wisely, foam sclerotherapy, endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, saphenous veins, recurrences.*

Respecter les choix pertinents un véritable enjeu économique et catégoriel.

P. Goffette

SNMV – 79 rue de Tocqueville – Paris 75017.

Une nouvelle version de la CCAM depuis le 15 juillet 2019 intègre de nouvelles cotations concernant la Médecine Vasculaire, notamment l'échosclérose à la mousse (ESM) des troncs saphéniens et de leurs récidives (*3 libellés*), ainsi que l'occlusion des grandes et petites saphènes par laser endoveineux (LEV) (*4 libellés*), après un long parcours HAS, CNAM, DGS, la procédure par radiofréquence (RF) étant remboursée depuis 2015.

À partir de cas cliniques nous vous présenterons les différentes possibilités de codage avec les nouveaux actes, seuls ou en association, leur fréquence et leur rythmicité, leurs incompatibilités, tout en restant dans le respect des Choosing Wisely (CW), rédigés sous l'égide du CNPMV par (G. Miserey, C. Hamel Desnos) pour les traitements occlusifs chimiques et thermiques des troncs saphéniens et leurs récidives.

Quelques adaptations dans notre pratique quotidienne sont indispensables, notamment pour le parcours de soins concernant le diagnostic et les traitements des patients avec insuffisance veineuse superficielle, selon les recommandations SFMV-SFP.

Quel bilan écho doppler ? Quand et pour qui ? Quel contrôle ? La place de la cartographie et de l'échomarquage. La place et la prise en charge par sclérothérapie échoguidée ou non, celle relevant du non remboursable.

L'enjeu économique est important pour cette pathologie très fréquente. Les actes d'éveinages ont diminué de 50 % en 10 ans remplacés par les actes de RF, LEV (50.000 en 2018) et ESM.

Nous devons respecter les recommandations, et notre engagement dans la pertinence des soins.

Les nouveaux actes intégrant l'échographie, les actes EJQM001, EJQM004 doivent être utilisés à bon escient et ne doivent pas être répétés inutilement.

En cas de non régression ou d'inflation de ces actes une baisse inévitable de la valeur des actes des ED interviendra selon les valeurs cibles annoncées par la CNAM soit une baisse de 25 à 30 %.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

SESSION FRANCO-RUSSO-POLONAISE

Aesthetic treatment of telangiectasia: international recommendations and clinical practice in Russia.

D. Rosukhovskii.

Private clinic "Lastikmed" – St Petersburg – Russia.

Aesthetic venous complaints are one of the most frequent reasons for seeking medical attention. However, we did not find recommendations specifically devoted to aesthetic phlebology.

Some guidelines on the CVD treatment generally refuse to cover the aesthetic forms of the disease.

We summarized the recommendations from the main Guidelines all over the world for the patients with cosmetic complaints.

The evidence did not suggest superior efficacy or patient satisfaction for anyone sclerosing agent used in the treatment of telangiectasias of the lower limbs, but the agents studied showed superiority to a normal saline placebo GRADE 1A.

European guidelines for sclerotherapy state that the method of choice for the treatment of reticular varicose veins and telangiectasias is considered to be liquid sclerotherapy.

Foam sclerotherapy is an additional treatment option for C1 varicose veins, but it is not graded. European guidelines can be misunderstood that liquid has an advantage over the foam for C1.

The recommendation refers to a work that does not compare liquid and foam sclerotherapy. We did not find such works. We found also that the *American Consensus on Sclerotherapy* suggests using different concentrations depending on whether foam or liquid is used.

With regard to the use of lasers for the treatment of telangiectasias Guidelines of care for vascular lasers and IPL sources from the *European Society for Laser Dermatology* state that laser treatment should be considered prior to sclerotherapy in patients with different contraindications to sclerotherapy, with small and very superficial veins or patients who are unable to tolerate compression.

The depth of penetration of energy, which is selectively absorbed by the blood of a vein, depends on the wavelength.

The choice of laser depends primarily on the diameter of the vessel. Wavelengths from 532 to 595 nm, corresponding green and yellow lasers, are recommended for the smallest superficial veins.

Infrared lasers, especially Nd YAG 1064 nm, are the best solution for more than 1mm diameter veins.

We found some new modalities for aesthetic veins removal with low evidence such as radiofrequency, microphlebectomy, combinations of laser with Glucose 75%.

In Russia, we have been using the Brazilian "CLACS technique" since 2016 initially developed by Kasuo Miyake.

The combination of skin cooling, exposure to a transdermal NdYAG laser with a low fluence of 50 to 90 J/cm² and osmotic microsclerotherapy with Glucose 75% were named *CLACS*, abbreviation for the first letters of *Cryo Laser and Cryo Sclerotherapy*.

A sterile hypertonic glucose solution 75% is an osmotic type sclerosant. For more than 100 years, it has been used for cosmetic sclerotherapy in Latin America, without leading to the formation of skin necrosis, and is also characterized by a low frequency of hyperpigmentation and matting.

The use of the high frequency ultrasound and virtual reality imaging in the C1 pathology resistive to the standard sclerotherapy approach.

Tomasz Urbanek[1, 2], Piotr Hawro[1], Wojciech Mikusek[1], Maciej Juśko[1], Łukasz Szczygiel[1]

1. European Centre of Phlebology, Katowice, Poland.
2. Department of General Surgery, Vascular Surgery, Angiology and Phlebology, Medical University of Silesia, Katowice, Poland.

Objective: In the study, the efficacy of the augmented reality and functional vein assessment based on the 18 MHz US in the treatment of the C1 pathology resistive to the previous standard sclerotherapy approach was investigated.

Method: 50 C1 lesions resistive to the previous sclerotherapy in 35 patients were identified.
In all the cases the qualification to the primary sclerotherapy was based on the standard venous Doppler US and the lack of the presence of the major vessel reflux – during primary procedure, for reticular vein identification, intraoperatively, transilumination was used.
In all the cases the repeated venous Doppler US was performed with an implementation of 18 MHz US probe to identify the perpendicular and horizontal feeding vein reflux located in the skin, subcutaneous tissue or dipper compartment.
In all the cases for horizontally located feeding vein identification (not visible or difficult to identified in 18 MHz US), the augmented reality (Vein Viewer) was also used.
In all cases, as a first step of the re-do procedure the repeated sclerotherapy was performed based on the feeding vein obliteration under 18MHz US or augmented reality control.

Results: During the follow up of 6 months, 45 out of 50 C1 pathologies (90%) were successfully obliterated. Among these 45 lesions, in 13 cases (28%), to obtain the positive final result, the redo-procedures were required within 4-8 weeks after primary re-do treatment.

No major complications (skin necrosis or permanent severe hyperpigmentation was reported).

Conclusion: An implementation of the combined approach based on the augmented reality and 18 MHZ functional feeding vein identification improves the C1 sclerotherapy efficacy in the treatment of the pathology resistive to the primary treatment based on the standard approach.

Keywords: Sclerotherapy, C1, treatment failure.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

SESSION COMMUNE AVEC LE RSM VF

Phlebology training in the UK: are trainees engaged, is the curriculum being delivered?

L. Meecham[1], S. Nandhra[2], I.K. Nyamekye[1]

1. The Vascular Unit – Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust – Worcester.
2. Northern Vascular Centre – Freeman Hospital – Newcastle.

Objectives: In 2012 the Rouleaux Club (RC) published their survey claiming large deficits in superficial venous intervention (SVI) training in the UK.

Since then Vascular Surgery has separated from General Surgery and become its own specialty with a dedicated section of the curriculum for SVI.

The aim of this study was to assess whether the introduction of the new curriculum has improved current RC members training in SVI.

Method: A trainee designed survey was developed and distributed to UK Vascular Surgery trainees in summer 2017. Non-responders were prompted on two separate occasions to increase survey response rate.

Results: We received 55 (41.0%) responses.

Training in endovenous procedures was available to 100% of trainees, open surgery was only available to 43.2% of trainees.

86.5% of centres used endovenous procedures as the default intervention.

Only 75.7% of respondents were timetabled for dedicated superficial venous intervention lists.

72.7% have not received any formal training in duplex ultrasonography.

100% felt that training in endothermal ablation was very important compared to 86.3% for foam sclerotherapy.

Higher self-reported procedural competence was associated with greater numbers of procedures rather than training grade seniority.

Conclusion: Despite a separate curriculum and dedicated 'training objectives' there are still gaps in SVI training for UK trainees.

Part of the problem is organisational deployment of staff and the other is trainees prioritising arterial surgery over SVI.

Keywords: Superficial Venous Intervention, Training.

L'étude randomisée doit-elle être la référence absolue ?

F. Becker

Service d'Angiologie et d'Hémostase HUG Genève.

L'étude randomisée doit-elle être la référence clinique absolue ? OUI, Oui, mais… et nous discuterons le « mais ».

Trop souvent nous ne connaissons des essais randomisés que le titre court et la présentation synthétique, et pas toujours exact, qu'en donnent les médias médicaux.

Avant d'adhérer aux conclusions d'une étude il faut avoir lu l'abstract de l'article et si titre et abstract retiennent l'attention il faut se plonger dans le chapitre matériel et méthode :
– L'objectif de l'étude est-il clairement exposé, répond-il à un problème de ma pratique ?
– Est-il susceptible de modifier la prise en charge des patients en question ?
– La définition des cas est-elle précise et acceptable, compatible avec la pratique clinique, ni trop large ni trop pointue ?
– Les critères d'inclusion et de non-inclusion n'affectent-ils pas trop la représentativité de la population eu égard au problème traité ?
– Le rythme des inclusions et le nombre de patients inclus sont-ils en accord avec la prévalence de l'affection traitée ?
– Quid du ratio inclus/incluables ? Combien de perdus de vus et de sortie d'études ?
– Y a-t-il un groupe contrôle (non-traité ou traitement reconnu comme de référence) ou s'agit-il simplement d'une confrontation de deux techniques ou de deux traitements ?
– Les groupes sont-ils bien comparables ?
– Le critère de jugement principal et les critères de jugements secondaires sont-ils pertinents et clairement validés ?
– La différence de résultat obtenue est-elle cliniquement pertinente.
S'il s'agit d'une étude de non-infériorité, la marge de non-infériorité n'est-elle pas excessive ?

Aux différents biais possibles, il faut ajouter un « biais de message » : est-ce que le message final ne va pas au-delà des résultats obtenus (ex., on compare deux techniques et l'on vante la technique gagnante comme la seule option alors que l'on n'a pas de groupe contrôle).

Enfin les essais contrôlés ne dispensent pas des études « en vraie vie », des études observationnelles et des études de registre bien conduites, et du jugement clinique car tout n'est pas étudiable via un essai randomisé (cf. parachute).

Mots-clés : essais randomisés, contrôle qualité.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Bonne utilisation du questionnaire DN4 et de l'EVA en phlébologie.

R. Deleens

CHU Rouen – 37 boulevard Gambetta – 76031 Rouen Cedex.

La douleur en phlébologie peut être multiple, de par ses mécanismes, son contexte, son évolution.
– Il est nécessaire de distinguer *la douleur aigüe*, par définition d'une durée de moins de 3 mois et qui, la plupart du temps, correspond à des mécanismes nociceptifs, sur un système neurologique, sensoriel de la douleur intacte.
– Au-delà de ces 3 mois, on décrit *les douleurs chroniques*, de mécanismes souvent mixtes, nociceptifs et neuropathiques (conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie touchant le système somato-sensoriel).
– L'impact de ces deux types de douleurs sera souvent différent.
– La douleur chronique, en effet, impactera les champs physiques, émotionnels, cognitifs du patient, avec un modèle maintenant bien connu « bio-psycho-social », et engendrera une prise en charge plus globale et même multi-professionnelle pour les cas rebelles et complexes.

L'évaluation de ces différentes douleurs est une étape essentielle, systématique, obligatoire, et permet la mise en place de traitements adaptés.
– *Concernant la douleur aigüe, lors d'un soin par exemple ou lors d'un geste thérapeutique, l'analyse unidimensionnelle de l'intensité douloureuse est un minimum.*
– *Pour cela, il est possible de s'aider d'outils d'évaluation tels que l'Échelle Visuelle Analogique (EVA).*
Le patient déplace un curseur sur une réglette graduée seulement côté soignant et sur laquelle de son côté il y a 2 extrémités indiquées : « aucune douleur » et la « douleur maximale imaginable ».
Un chiffre entre 0 et 100 est indiqué et correspond au ressenti du patient. Il est possible de procéder à cette évaluation en demandant au patient de quantifier sa douleur à l'aide d'un chiffre entre 0 (aucune douleur) et 10 (douleur maximale imaginable).
– *Pour le dépistage des douleurs neuropathiques, un questionnaire simple et spécifique est conseillé : le DN4.*
7 questions concernant la description des douleurs et 3 concernant l'examen clinique.
Si 4 items sur les 10 sont positifs, la probabilité de faire face à une douleur neuropathique est élevée.

Dans tous les cas, que ce soit une douleur aigue ou une douleur chronique, une réévaluation sera nécessaire pour adapter la prise en charge, évaluer l'efficacité des thérapeutiques mises en place et analyser l'évolution de la situation du patient.

Mots-clés : douleur, évaluation.

PERFORANTES

Pourquoi les perforantes de jambes sont-elles si difficiles à gérer ?

D. Creton.

Clinique Ambroise Paré – rue A Paré – 54100 Nancy.

Si la définition d'une perforante de jambe incontinente est précise son rôle pathologique dans l'évolution de la maladie veineuse est moins clair.

En effet, aucune étude n'a montré que les perforantes jouaient un rôle pathologique dans l'apparition d'une récidive.

D'autre part la suppression du système veineux superficiel incontinent diminue spontanément le nombre des perforantes incontinentes et en améliore spontanément la fonction.

La chirurgie des perforantes n'est pas simple car elles sont courtes, tortueuses et très proches de la voie profonde.

Leur suppression nécessite soit une ligature section à ciel ouvert ou une section sous faciale endoscopique (SEPS) soit une ablation thermique ou chimique.

Malheureusement les nombreuses études de résultats sont moyennement convaincantes car elles ont peu de suivi avec des pourcentages d'occlusion situé entre 60 et 90 %.

Une importante revue de 162 études de résultats n'a pas pu déterminer le bénéfice potentiel de la SEPS dans le traitement des ulcères de jambe.

Concernant l'efficacité de la chirurgie des perforantes jambières les résultats sont aussi décevants.

Nombreuses études montrent que 3 ans après la ligature des perforantes 75 % ont récidivé avec 40 % de recanalisation.

Et c'est encore pire en cas d'insuffisance veineuse profonde (IVP), dans ce cas le traitement des perforantes est totalement inefficace en l'absence de chirurgie de l'IVP lorsque celle-ci est possible.

Conclusion : Chez le patient C2 il n'y a aucune recommandation à traiter une perforante jambière incontinente pendant la chirurgie veineuse superficielle sauf dans le cas de perforantes incontinentes isolées ou de perforantes osseuses connectées à des varices ou la sclérose mousse est conseillée.

Chez le patient C5, C6 la seule recommandation est de traiter les perforantes incontinentes situées au voisinage d'un ulcère ouvert ou cicatrisé.

Mot-clés : Perforante de jambe, Veines superficielles, Chirurgie.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Les perforantes osseuses et leur gestion.

P. Lemasle

15 rue Pottier – 78150 Le Chesnay – France.

Les varices jambières alimentées par des anomalies du drainage veineux intra-osseux sont décrites depuis 1962.

Elles intéressent préférentiellement les hommes, sont le plus souvent symptomatiques, avec un aspect clinique évocateur, puisqu'elles sont toujours situées (en dehors d'un cas de la littérature) au niveau du tibia, préférentiellement au 1/3 supérieur de la face antéro-médiale.

Les critères diagnostiques ultrasonores sont :

– un défect cortical au 1/3 supérieur de la face antéro-médiale du tibia

– en regard de ce défect, des dilatations veineuses, au-dessus et parfois visible au-dessous, de la corticale osseuse

– un flux veineux, de la cavité médullaire vers la superficie, au niveau de ces veines transcorticales

Le problème est de comprendre pourquoi ce flux pathologique transcortical apparait et de savoir s'il est associé à une altération du drainage veineux intraosseux principal.

Au moins 3 hypothèses pathogéniques peuvent expliquer un drainage veineux intraosseux principal anormal.

– une malformation congénitale avec absence de trou nourricier principal et/ou hypo ou agénésie de la veine nourricière principale

– un traumatisme osseux avec obturation du trou nourricier ou rupture veineuse intraosseuse

– une hyperpression dans la veine nourricière principale secondaire à une insuffisance veineuse, primitive ou secondaire, des voies de drainage du membre inférieur

Mais ces hypothèses ne permettent pas d'expliquer 3 faits

– la localisation (quasi) systématique au 1/3 supérieur de la face antéro-médiale du tibia

– l'absence, dans notre pratique, d'artère satellite à cette veine transcorticale

– l'absence d'effet délétère lors de l'ablation thermique ou chirurgicale de cette veine

d'où une quatrième hypothèse pathogénique, avec la persistance d'une veine embryonnaire, associée à un drainage veineux intraosseux principal mature efficient.

Face à ces incertitudes, le terme de veine transosseuse ou transcorticale anormale semble préférable à celui de perforante osseuse.

Mots-clés : perforante osseuse, veine intra-osseuse anormale, critères diagnostiques ultrasonores, hypothèses pathogéniques.

Spécificités de la perforante de la fosse poplitée et sa gestion.

L. Moraglia

47 cours du Médoc – 33300 Bordeaux, France.

Dans l'insuffisance veineuse superficielle (IVS) du territoire de la Petite Veine Saphène (PVS), la Perforante de la Fosse Poplitée (PFP) peut être impliquée soit de façon initiale, soit secondairement, dans le cadre d'une récidive après traitement opératoire de la PVS (PREVAIT).

La PFP est une tributaire de la veine poplitée, dont l'abouchement est latéral, 2 à 3 cm au-dessus du pli cutané du genou, elle perfore le fascia musculaire et émerge en dehors de la PVS, en dedans de l'insertion du long biceps.

Elle se connecte soit au réseau sous-cutané, soit à la PVS, soit parfois à la GVS.

De Dodd décrivant en 1965 la présence de tributaires variqueuses émergeant du tissu sous-cutané de la fosse poplitée dans 20 % de ses interventions dans ce territoire, aux travaux plus récents ayant bénéficié de l'apport de l'examen échodoppler de plus en plus précis, la connaissance du rôle de la PFP s'est affinée.

Effectivement l'échodoppler est l'examen permettant d'individualiser anatomiquement la PFP et de comprendre, par une approche minutieuse le rôle hémodynamique, parfois complexe, qu'elle joue dans le développement de l'IVS locorégionale, ce qui permettra de proposer les traitements les mieux adaptés.

Les possibilités thérapeutiques peuvent associer la chirurgie (phlébectomies et ligature de la perforante), les phlébectomies sans ligature, mais avec une technique de Bassi, et la sclérothérapie à la mousse.

Certains seront tentés d'utiliser une technique thermique (laser endoveineux ou vapeur) pour traiter la perforante elle-même.

Une meilleure connaissance du rôle que peut jouer la PFP dans l'IVS du territoire de la PVS, native ou récidivante, et des possibilités thérapeutiques permet de limiter la survenue de récidive et de les gérer au mieux lorsqu'elles existent.

Mots-clés : perforante, fosse poplitée, PREVAIT.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Embolisation des veines perforantes crurales responsables de récidive de varices : faisabilité, tolérance et résultat à court terme.

O. Creton[1], M i[2], D. Creton[3]

1. Hôpital privé des Cotes d'Armor – 22190 Plerin.
2. Espace chirurgicale Ambroise Paré – 54000 Nancy.
3. Espace chirurgicale Ambroise Paré – 54000 Nancy.

Introduction : Le traitement des veines perforantes crurales incontinentes (VPCI) responsables de récidive après chirurgie de varices (REVAS) est compliqué. La ligature chirurgicale est toujours incomplète et délabrante, la sclérothérapie souvent insuffisante et les traitements thermiques peu adaptés. Une alternative d'embolisation par coil est proposée.

Matériel et méthode : Un recueil prospectif bicentrique a été mené de 2004 à 2016.

Les critères d'inclusion étaient : REVAS sur VPCI ayant bénéficié d'une embolisation par coil. Un traitement complémentaire (phlébectomies, échosclérose, thermo-ablation) a toujours été réalisé simultanément ou secondairement. Le critère de jugement principal était le succès technique de la procédure. Les critères secondaires étaient l'oblitération de la VPCI, les complications, la récidive clinique.

Résultats : 40 patients (40 perforantes) ont été inclus.

Les patients étaient essentiellement C2 (24/40 patients).

Les VPCI étaient majoritairement médiales, issues de la veine fémorale (39/40) et connectées à un tronc saphène résiduel dans 16 cas.

L'abord a été fémoral homolatéral dans 20 cas, controlatéral dans 18 cas, et par le tronc résiduel dans 5 cas. Deux procédures ont échoué.

Le traitement complémentaire a été réalisé simultanément lors de 26 procédures.

À 30 jours, 2 thromboses veineuses superficielles et deux migrations de coil sous cutanée ont été observées. Après une durée moyenne de 11 mois, 36 patients présentaient une oblitération totale, 2 patients une recanalisation partielle, 1 patient une recanalisation totale avec récidive clinique. Aucune récidive n'a été observé lorsque la VPCI était oblitérée.

Conclusion : L'embolisation par coil des VPCI chez les patients REVAS est une technique efficace à court terme avec une morbidité faible. Une évaluation à long terme et une étude comparative avec les autres techniques sont requises pour définir sa place dans le traitement des REVAS liée à des VPCI.

Mots-clés : REVAS, Perforating veins, Embolization.

LA MALADIE HÉMORROÏDAIRE

Radiofréquence dans le traitement de la maladie hémorroïdaire.

Anne-Laure Tarrerias

Paris.

La maladie hémorroïdaire se divise en 2 pathologies : les hémorroïdes externes source de crises douloureuses en rapport avec des thromboses, et les hémorroïdes internes à l'origine de saignements et d'un prolapsus : extériorisation anale à la selle ou permanent.

La maladie hémorroïdaire externe relève du traitement médical ou de la chirurgie d'hémorroïdectomie en cas d'échec. La maladie interne est par contre accessible aux chirurgies mini-invasives comme la radiofréquence.

Le courant de radiofréquence s'apparente à un courant de micro-onde, il est capable de vaporiser l'eau intracellulaire.

Son application sur les hémorroïdes internes permet de réduire leur volume, d'induire une fibrose des paquets hémorroïdaires.

L'absence de plaie post opératoire dans le canal anal, évite les douleurs tant redoutées par les patients de l'hémorroïdectomie.

Cette intervention est réalisée en ambulatoire, elle ne requiert pas d'arrêt de travail.

L'étude de Vivaldi et al sur 102 patients fait état d'un risque de 4 % de saignement post opératoire (à la chute d'escarre principalement), 20 % de prise d'antalgique sur 7 jours maximum et 11 % d'arrêt de travail de moins de 48h.

L'efficacité sur le saignement, le suintement, le prurit et la douleur est de 95 % à 6 mois dans cette étude.

Eddama et al publie en Juillet 2019 une étude sur 27 patients montrant un risque hémorragique de 4 % et une nette amélioration de la qualité de vie évaluée par des EVA en rapport avec un score HSS de maladie hémorroïdaire passant de 7,2 en préopératoire à 1,6 à 2 mois en post opératoire.

La technique n'est pour l'instant pas conseillée dans les prolapsus de grade 4 c'est-à-dire quand les hémorroïdes sont totalement extériorisées sans possibilité de réintégration.

Pour les autres prolapsus, la chirurgie miniinvasive réduit l'arrêt de travail, les douleurs postopératoires, et n'induit pas d'incontinence fécale de novo sur les études publiées.

Il nous manque des résultats à long terme pour évaluer le risque de récidive mais en cas d'échec, il est toujours possible de recourir secondairement à une hémorroïdectomie.

(1) Schaefer, Tolksdorf, Vivaldi. Coloproctology June 2018, vol 40, Issue 3, pp204-210
(2) MMR Eddam, M. Everson, S. Renshaw, T. Taj, R. Boulton, J. Crosbie, C. Richard Cohen. Radiofrequency ablation for the treatment of haemorrhoidal disease: a minimally invasive and effective treatment modality. Techniques in coloproctology, publish on line: **https://doi.org/10.1007/s10151-019-02054-2**.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Does laser hemorrhoidoplasty already announce a major breakthrough in terms of low pain and good results?

I. Roman

Clinique CIC Valais – Saxon – Switzerland.

Background: Laser hemorrhoidal procedure (LHP) is a new minimally invasive technique to treat symptomatic hemorrhoids.

The aim of this study was to draw some preliminary conclusions regarding the treatment of hemorrhoidal disease by laser, using the LHP technique, after performing more than 250 interventions of this type.

Methods: Indications for LHP included patients with symptomatic hemorrhoids resistant to medical therapy, with low-grade prolapse.

Clinical efficacy was evaluated assessing resolution of symptoms and patient satisfaction. We compared the acceptability, postoperative evolution and levels of pain, hospitalization, and overall short time results after more than two years of experience with LHP.

It is important to mention that in our practice we applie a large palette of interventions for the treatment of hemorrhoidal disease, including Doppler, Fergusson or even more classical techniques.

Results: The good short-term results, confirmed by the studies already published, rise already the question if the LHP would not be a major breakthrough in the treatment of hemorrhoidal disease.

Conclusion: The LHP procedure seems to be safe and effective in patients with symptomatic hemorrhoids.
It is simple, minimally invasive, and relatively pain free. It can be performed in an ambulatory setting, and it achieves high patient satisfaction.

Key-words: hemorrhoids, laser, recurrence, LHP.

Embolisation artérielle dans le traitement des hémorroïdes hémorragiques.

Vincent Vidal

Hôpital Timone – Service Radiologie Interventionnelle – 264 Rue Saint Pierre – 13005 Marseille.

Parmi les nouvelles méthodes mini-invasives du traitement de la maladie hémorroïdaire, la technique « Emborrhoid » consiste à emboliser essentiellement par micro-coils et éventuellement par microparticules les branches artérielles hémorroïdaires provenant des artères rectales supérieures (ARS) et des artères rectales moyennes (ARM).

Cette technique basée sur un concept physiopathologique démontré a été évaluée sur modèle animal, puis dans le cadre de la recherche clinique sur plus de cent patients.

La procédure n'est pas douloureuse et il n'y a pas de période de convalescence.

Les études décrivent une amélioration de 60 à 80 % des symptômes, avec un haut degré de satisfaction des patients.

En moyenne 20 à 30 % de récidives à un an.

Ces récidives sont vraisemblablement en rapport avec une embolisation techniquement incomplète. Aucune complication majeure n'a été recensée.

Les perspectives de recherche se portent sur une embolisation plus complète notamment avec une recherche systématique des ARM dominantes qui seraient présentent dans jusqu'à 40 % des patients.

Pour conclure, l'embolisation des ARS et ARM par coils est une technique prometteuse en cours d'évaluation dans le cadre de la pathologie hémorroïdaire.

Les premières études permettent de démontrer que cette technique est efficace et non génératrice de complications.

Des études complémentaires et des travaux de recherche sont nécessaires pour consolider ces résultats.

LE SYNDROME DE CONGESTION PELVIENNE

Le syndrome de congestion pelvienne : clinique et étiologie.

G. Coppé

Hôpital privé d'Antony.

Le syndrome de congestion pelvienne (SCP) est inclus dans le vaste champ des douleurs pelviennes chroniques.

La douleur pelvienne chronique (DPC) survient chez les femmes en âge de procréer : douleur plus ou moins cyclique du bas ventre ou du pelvis, présente depuis au moins six mois, entraînant incapacité fonctionnelle et/ou limitation des activités quotidiennes.

Les DPC seraient présentes chez plus de 15 % des patientes et le syndrome de congestion présent chez 30 % d'entre elles.

Les différentes étiologies possibles, parmi lesquelles, sur le plan gynécologique, l'endométriose, les adhérences, peuvent être associées.

Le syndrome de congestion pelvienne est d'origine veineuse : hyper pression et varices utérines induites par une incontinence avec dilatation de ou des veines ovariques, le plus souvent à gauche. Plus rarement, on note une anomalie veineuse iliaque : séquelles de TVP et/ou compression iliaque commune gauche.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Cliniquement, dans le SCP, on retrouve des douleurs chroniques hypogastriques depuis plus de six mois avec une douleur présente en position debout et assise, calmée par le repos couché.

On retrouve également une association possible avec une dyspareunie : douleur présente au cours et / ou au décours du rapport chez 30 % des patientes.

On retrouve enfin une possible dysménorrhée chez 15 % des patientes, des troubles urinaires avec pollakiurie et dysurie.

À l'examen clinique, l'existence d'une sensibilité de la région ovarique gauche à la palpation associée avec une dyspareunie serait sensible et spécifique d'un syndrome de congestion.

On note également dans les antécédents : la multiparité, une association possible avec une rétro-version utérine, des hémorroïdes, des varices vulvaires, voire des membres inférieurs.

L'anxiété et la dépression sont souvent présentes chez les femmes atteintes de SCP. La douleur est un facteur de détresse psychologique et, sans explication, cela sera exacerbé.

Le SCP est souvent ignoré ou minoré.

Les médecins vasculaires peuvent participer à son dépistage chez les patientes consultant pour des problèmes veineux avec une possible origine pelvienne.

Mots-clés : syndrome de congestion pelvienne, douleurs pelviennes chroniques.

Bilan IRM et confrontation IRM/Échographie.

F. Paisant Thouveny

CHU Angers – 4 rue Larrey – 49933 Angers – Cedex 9.

La douleur pelvienne chronique et les varices atypiques des membres inférieurs sont les deux modes d'expression clinique de l'insuffisance veineuse génitale et pelvienne. L'échographie est le premier examen pour la confirmation diagnostique et le bilan morphologique à l'étage pelvien comme sur les membres inférieurs.

L'IRM quand elle est disponible permet un excellent complément diagnostique et morphologique, y compris concernant les éléments veineux, pouvant corroborer ou compléter les données de l'échographie, particulièrement à l'étage abdominopelvien. Les protocoles dédiés à l'imagerie veineuse comportent habituellement une étude dynamique qui peut confirmer le reflux veineux gonadique.

Les acquisitions en coupes axiales fournissent des informations importantes sur l'espace aorto-mésentérique, le calibre des veines gonadiques, la disposition anatomique des troncs iliaques.

L'étude en pondération T2 donne une excellente visualisation des éléments veineux pelviens et périnéaux, particulièrement lorsque les éléments graisseux sont saturés. Les images peuvent alors être corroborées à la clinique et au bilan échographique des afférences veineuses pelviennes vers les membres inférieurs.

L'ensemble des données ainsi collectées permet de s'affranchir du temps diagnostique de la phlébographie avant le traitement par embolisation, et oriente le cathétérisme, faisant économiser ainsi produit de contraste injecté et irradiation pour les patientes.

Mots-clés : Varices pelviennes – IRM.

GESTION OPTIMISÉE DE L'ABLATION THERMIQUE ET DE SES COMPLICATIONS.

Which C2 patients should have venous intervention: a new stratification tool.
(Utility of an algorithm combining VVSYmQ® and VCSS scores to predict disease severity in C2 patients).

Lowell Kabnick.

Validated diagnostic assessment tools such as the *Venous Clinical Severity Score (VCSS)* and the *Clinical Etiologic Anatomic Pathophysiologic (CEAP)* help to determine how superficial venous disease impacts a patient.
No single assessment tool provides accurate scoring for disease severity, clearly exemplified by the variability seen in C2 patient clinical presentations.
This has resulted in inconsistent treatment algorithms, patient care, and payer reimbursement.

The purpose of this study was to generate an algorithm that incorporates *patient reported scores (VVSymQ®)* and *physician reported scores (VCSS)* in order to improve stratification for disease severity in C2 patients.
Consecutive patients with symptomatic varicose veins were pooled from the multi-center VANISH-1 and VANISH-2 cohorts.

Physician reported (VCSS, CEAP) and patient reported (VVSymQ®) scores were calculated for each patient.
VVSymQ® requires a 7-day electronic daily diary to record the type and severity of symptoms, including the symptoms of Heaviness, Achiness, Swelling, Throbbing, and Itching (HASTI).
The relationship between the VCSS and VVSymQ® scores was evaluated using Pearson's correlation. VCSS and VVSymQ® frequency distribution analysis was performed.

210 C2 patients were included.
Patient demographics were as follows: female 73%; age 50 years (mean).
Scoring systems revealed VCSS: mean = 6.32 (range 3-16); VVSymQ®: mean 8.72 (range 1.29-22.86).
A weak correlation was demonstrated between VCSS and VVSymQ® scores (r=0.22 and P=0.05).

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

The frequency distribution analysis demonstrated the following:
– 61.4% of patients had low VVSymQ® and VCSS scores, indicative of mild symptomatology;
– 31.3% of patients had increased VCSS (range 7-9) and VVSymQ® scores (mean 10.7), indicative of moderate to severe symptoms;
– and 7.3% of patients had VVSymQ® and VCSS scores that were inconsistent for patients with C2 disease.

These data highlight the utility of combining patient reported scores and physician reported scores in order to stratify for disease severity in patients with C2 disease.

– For patients with combined elevated VCSS (7-9) and VVSymQ® (> 9) scores, moderate to severe disease severity is corroborated, and interventional treatment may be indicated.

– For patients with lower combined scores, the disease severity is likely mild and conservative therapy such as lifestyle modification and compression may be the more appropriate treatment.

Further prospective studies will help to determine the efficacy of this approach.

20 years of thermal ablation: complications, tips, and tricks.

Lowell Kabnick

Endovenous laser ablation (EVLA) and radiofrequency ablation have become the procedures of choice for the treatment of superficial venous insufficiency.

Their minimally invasive technique and safety profile when compared with operative saphenectomy have led to this change.

As EVLA has replaced saphenectomy as the procedure of choice, the distribution of complications has changed.

We evaluated the most common and most devastating complications in the literature including burns, nerve injury, arterio-venous fistula (AVF), endothermal heat-induced thrombosis, and deep venous thrombosis.

The following review will discuss the most frequently encountered complications of treatment of superficial venous insufficiency using EVLA.

The majority of the complications described can be avoided with the use of good surgical technique and appropriate duplex ultrasound guidance.

Overall, EVLA has an excellent safety profile and should be considered among the first line for treatment of superficial venous reflux.

Complications de l'ablation thermique.

L. Allouche

Clinique Pasteur – Toulouse.

L'ablation thermique des varices comporte des risques liés au mode d'anesthésie, au geste de cathétérisme ou à l'énergie thermique.

La plupart des complications décrites dans la littérature ne devraient pas se produire et devraient être évitées grâce à la maîtrise et connaissance de la technique.

Parmi les complications observées, les événements mineurs sont les plus fréquents et la plupart réversibles, les évènements majeurs sont rares.

Certains évènements surviennent pendant la procédure, représentées en particulier par des fautes techniques liées à l'utilisation du matériel de cathétérisme ou à l'anesthésie et ne devraient donc pas se produire.

D'autres surviennent après la procédure d'ablation thermique, réduites par le respect d'une une bonne pratique et mesures de prévention chez les sujets à risque.

Ainsi, la sécurité de l'ablation thermique des varices est assurée, d'une part, par le respect des conditions de réalisation comprenant un échoguidage permanent, anesthésie locale par tumescence et environnement approprié, mais également par une attention et vigilance permanente.

Mots-clés : Ablation thermique, complications, échoguidage, tumescence, cathétérisme.

Gestion du largage de guide.

Charles Roux

Institut Gustave Roussy – 114 Rue Édouard Vaillant – 94800 Villejuif.

Le largage de guide au cours d'une procédure endovasculaire, pouvant concerner de multiples spécialités, est une complication rare, favorisée par le manque d'expérience de l'opérateur et par des circonstances extrinsèques à la procédure.

Les complications de cet événement sont facteurs de la localisation artérielle ou veineuse du guide ainsi que de sa potentielle migration dans les cavités cardiaques et pulmonaires.

Si les complications graves au premier rang desquelles, les troubles du rythme cardiaque, sont rares, la prise en charge du largage de guide doit être pluridisciplinaire, en centre spécialisé disposant d'une équipe de chirurgie cardiaque.

Il en découle une morbidité et une augmentation des coûts potentiellement importantes.

Le plus fréquemment, une intervention endovasculaire, rapide et peu invasive, en radiologie interventionnelle, permet l'extraction de ce guide au moyen d'un lasso et d'un désilet de petit calibre.

L'accent doit être mis sur la prévention de tout largage de guide, notamment en renforçant la formation des opérateurs au geste mais aussi à la gestion de ses complications.

Mots-clés : complication, large de guide, prévention.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La tumescence dans l'ablation thermique.

Jérôme Says

Clinique de l'Europe Rouen – Médecine Vasculaire – HEGP – Paris 15.

L'anesthésie locale par tumescence est un temps essentiel au cours des procédures endoveineuses thermiques afin d'en assurer la sécurité, l'efficacité et le confort du patient.

Nous ferons le point sur les objectifs, la technique, la solution et les mesures associées.

Mots-clés : ablation thermique, tumescence, anesthésie locale, échoguidage.

GESTION DES TRIBUTAIRES DANS L'ABLATION DU TRONC SAPHÈNE

Gestion des tributaires dans l'ablation du tronc saphène. Revue de la littérature.

M. Josnin

Clinique Saint Charles – La Roche sur Yon – France – **matthieu.josnin@gmail.com**

Le traitement des troncs saphènes relève aujourd'hui dans une grande majorité des cas de traitement endoveineux mini invasifs.

La chirurgie, notamment celle alliant la crossectomie et le stripping, est, et doit être de moins en moins pratiquée.

Même si en France les habitudes mettent du temps à se modifier il est intéressant de se poser la question du traitement des tributaires une fois le tronc saphénien (grande ou petite saphène) traité.

Nous partirons ici du cas d'une ablation thermique d'un tronc saphénien (Radiofréquence/Laser).

La question que se pose bon nombre de praticiens, est, quel est le meilleur traitement à appliquer pour traiter les tributaires ?

En théorie les choses sont simples :

La première question est celle du moment : doit-on pratiquer ce traitement de manière concomitante ou de manière différée ?

Et la deuxième celle de la technique : échosclérothérapie ou phlébectomie ?

Nous allons tenter de répondre à ces questions en nous appuyant sur les recommandations et la littérature.

Mots-clés : Tributaires, concomitant, différé, échosclérothérapie, phlébectomie.

Traitement concomitant par mousse : comment je fais ? Mousse à l'aiguille.

F. Abbadie

Service médecine vasculaire – Centre hospitalier – Boulevard Denière – 03200 Vichy.

La sclérothérapie à l'aiguille offre l'avantage de pouvoir accéder à toutes les veines superficielles et n'importe où.
Ainsi on peut piquer une tributaire de cuisse ou de jambe, mais aussi une néo-crosse.
Bref, n'importe quelle veine sinueuse où le traitement thermique n'ira pas.

Les règles sont les mêmes que celle de la sclérose à la mousse seule, mais en travaillant sur des veines déconnectées des troncs saphènes, donc en l'absence de flux lavant immédiatement la mousse et avec un calibre déjà diminué par le spasme.
Souvent une concentration de sclérosant plus faible qu'à l'habituée est souvent suffisante.

Traitement concomitant par mousse : comment je fais ? Mousse via canules.

M. Josnin

Clinique Saint Charles – La Roche sur Yon – France – **matthieu.josnin@gmail.com**

Cette partie reprendra le principe d'un traitement concomitant par échosclérothérapie des tributaires d'un tronc saphène lui-même traité au préalable par traitement endoveineux thermique.
Afin de s'affranchir de difficultés de cathétérisme des tributaires après un traitement endoveineux thermique lié à l'affaissement d'une partie des tributaires ou plus simplement à la tumescence réalisée au préalable, il sera proposé de mettre en place au tout début de l'intervention de petites canules qui permettront en fin d'intervention de réaliser sans difficulté un traitement par échosclérothérapie des tributaires.

Mots-clés : concomitant, tributaire, sclérothérapie, canule.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Gestion des tributaires dans l'ablation du tronc saphène : traitement concomitant par phlébectomie.

S. Gracia

Clinique de l'Atlantique – La Rochelle – France

Les varices sont des veines sous cutanées tortueuses et dilatées. Leur prévalence est de 30 à 60 % dans la population générale. Les troncs saphènes sont atteints dans la moitié des cas. Par conséquent, il est très fréquent de retrouver une incontinence d'un tronc saphène associée à la présence de varices tributaires.

L'ablation thermique (laser ou radiofréquence) est le traitement de choix pour les veines saphènes incontinentes particulièrement quand leur diamètre est supérieur à 6 mm.
L'occlusion du tronc saphène incontinent va diminuer la pression dans les varices tributaires

Les études ont montré que les tributaires dépendant des veines saphènes régressaient dans au moins 30 % des cas.

Cependant, il est difficile de prévoir quels sont les patients qui verront un affaissement complet ou non de leurs tributaires.

En faveur d'un traitement par phlébectomie concomitant à l'ablation thermique on peut souligner l'absence de surcoût pour une deuxième intervention et l'obtention d'un résultat définitif plus rapide.

Par ailleurs, dans les études qui ont comparé le traitement en un temps et le traitement différé, il n'a pas été mis en évidence de différence sur les scores de qualité de vie, sur les niveaux de douleur, sur les taux de complications.

En conclusion, la phlébectomie est un geste indispensable qui doit faire partie de la boîte à outils du phlébologue interventionnel.

Elle a des avantages propres comparés à la sclérothérapie (risque de pigmentation moindre, précision du geste, traitement des varices de gros diamètre, rapidité du résultat définitif). Cependant, il s'agit d'un geste chronophage et qui nécessite une courbe d'apprentissage relativement longue.

Pour ces raisons, la phlébectomie doit être proposée de façon adaptée et non pas systématiquement (en un temps ou en traitement différé des tributaires), dans le cadre d'une stratégie thérapeutique qui aura été discutée avec le patient.

Mots-clés : varices, phlébectomie, traitement concomitant.

Gestion des tributaires dans l'ablation du tronc saphène ? Mousse ou phlébectomies ?

M. Valsamis

Cabinet privé des maladies veineuses – Athènes – Grèce.

L'ablation endoveineuse thermique par laser ou radiofréquences est devenue la méthode thérapeutique de première intention des veines saphènes.

Elle est une technique moins invasive que la chirurgie et plus invasive que la sclérose.

Elle est aussi pratiquée par des phlébologues non chirurgiens qui ont plutôt l'habitude de la sclérose et par des phlébologues chirurgiens, qui ont plutôt l'habitude des phlébectomies.

Elle peut être également pratiquée dans une salle du bloc opératoire, ou dans une salle médicale.

L'ablation endoveineuse thermique comme monothérapie, n'élimine pas directement les varices tributaires des veines saphènes, qui sont très souvent le motif principal des patients pour demander le traitement.

Le reflux saphénien étant éliminé, les varices avec le temps diminuent de diamètre et dans certains cas s'effacent.

Les avantages et désavantages des traitements supplémentaires médicaux (mousse) ou chirurgicaux (phlébectomies), concomitantes ou à un temps ultérieur, concernant les tributaires après l'ablation thermique des saphènes, sont discutés en tenant compte le point de vue du patient aussi bien que ce du médecin traitant.

Mots-clés : ablation thermique, sclérose, phlébectomies.

Traitement différé des tributaires, par mousse, après ablation thermique.

Deferred treatment of tributaries, by foam, after thermal ablation.

C. Hamel-Desnos

Centre Hospitalier Privé Saint Martin – Ramsay GdS – Caen – France – **claudine.hamel-desnos@wanadoo.fr**

Résumé : La gestion des varices tributaires après ablation thermique du tronc saphène fait actuellement l'objet d'un large débat international, parfois passionnel.

De nombreux facteurs sont susceptibles de peser sur le choix d'effectuer un traitement des tributaires par sclérothérapie ou par phlébectomie et de faire ce traitement aussitôt ou de façon différée.

La formation, les habitudes, les préférences voire de simples convictions personnelles de l'opérateur semblent bien faire partie des facteurs décisionnels les plus prégnants ; néanmoins ces éléments ne sont pas les plus mis en avant, chacun préférant souvent se retrancher vertueusement, mais sans preuve, derrière l'intérêt du patient, ou des raisons économiques.

La littérature fournit des études dont les résultats sont contradictoires et n'est pas actuellement en mesure de trancher sur le meilleur choix, s'il y en a un. Il est même peu probable qu'à l'avenir, on puisse répondre honnêtement face aux nombreux paramètres en jeu.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Nous présenterons ici, la façon dont nous gérons très majoritairement les tributaires après ablation thermique du tronc, à savoir par sclérothérapie (si besoin), et de façon différée à 3-6 mois.

Dans la mesure où les tributaires disparaissent ou, pour le moins, diminuent toujours après traitement du tronc, nous défendons une approche la moins agressive possible sans perte d'efficacité.

Mots-clés : ablation thermique, sclérothérapie mousse, tributaires, traitement différé.

Abstract: *The management of tributaries after thermal ablation of the saphenous trunk is currently the subject of a broad international debate, sometimes passionate.*

Many factors are likely to influence the decision to treat tributaries with sclerotherapy or phlebectomy and to do so immediately or in a delayed manner.

The operator's training, habits, preferences or even simple personal convictions seem to be among the most significant decision-making factors; nevertheless, these elements are not always confessed, as everyone often prefers to hide virtuously, behind the patient's interest, but without proof, or behind economic reasons.

The literature provides studies with conflicting results and is not currently helpful to decide on the best choice, if any. It is even unlikely that in the future, we will be able to answer honestly to the many parameters at stake.

We will present here, the way in which we manage the tributaries after thermal ablation of the trunk, namely in a deferred way to 3-6 months and by sclerotherapy (if necessary).

As the tributaries disappear or, at the very least, always decrease after treatment of the trunk, we defend the least aggressive approach possible without loss of efficiency.

Keywords: *thermal ablation, foam sclerotherapy, tributaries, deferred treatment.*

FOCUS « RUPTURE HÉMORRAGIQUE DE VARICE »

Prise en charge des varices hémorragiques et conseils de premiers secours indispensables au patient. Take home messages.

Management of varices haemorrhagic and first aid advice to the patient. Take home messages.

C. Hamel-Desnos

Centre Hospitalier Privé Saint Martin – Ramsay – GdS – Caen – France – **claudine.hamel-desnos@wanadoo.fr**

Résumé : Contrairement à une idée reçue, les varices ne sont pas toujours anodines et peuvent, parfois même, être responsables de décès par rupture hémorragique. La littérature en fournit la preuve, même encore de nos jours.

La plupart du temps, les varices à risque de rupture ne sont pas des varices de gros calibre, mais plutôt des télangiectasies ou des « perles variqueuses » situées dans une zone de fragilisation cutanée, plutôt sur les chevilles.

Il convient en cas de premier épisode hémorragique ou de vaisseaux suspects, de bien évaluer l'état de tout le territoire veineux et de la trophicité cutanée. Si le risque hémorragique est réellement présent, il ne faut pas sursoir à la prise en charge des vaisseaux concernés.

Le traitement consiste alors à scléroser au moins les varices et télangiectasies concernées.

Si une prise en charge plus globale est nécessaire, elle sera programmée.

Dans tous les cas, le patient à risque de rupture hémorragique doit être informé sur ce risque et sur les règles simples des soins de premier secours (s'allonger, lever la jambe, comprimer le point de saignement).

Mots-clés : rupture hémorragique, varices, sclérothérapie, premier secours.

Abstract: *Contrary to popular belief, varicose veins are not always harmless and can sometimes even be responsible for death due to haemorrhagic rupture. The literature provides proof of this, even today.*

Most of the time, varicose veins at risk of rupture are not large varicose veins, but rather telangiectasias or "varicose pearls" located in an area of skin fragility, rather on the ankles.

In the event of a first bleeding episode or of suspicious vessels, the condition of the entire venous territory and skin trophicity should be properly assessed.

If the risk of bleeding is really present, the management of the vessels concerned should not be delayed.

The treatment then consists in sclerosing at least the varicose veins and telangiectasias concerned.

Then, if a more extensive treatment is required, it will be scheduled. In all cases, the patient at risk of haemorrhagic rupture should be informed about this risk and the simple rules of first aid (lying down, elevating the leg, compressing the bleeding point).

Keywords: *haemorrhagic rupture, varicose veins, sclerotherapy, first aid.*

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Étude descriptive concernant les ruptures hémorragiques des varices des membres inférieurs.

Maxime Petitalot

Contexte : La rupture hémorragique de varices est une complication rare de la maladie veineuse mais avec de lourdes conséquences en termes de morbi-mortalité.

Cette pathologie peu connue peut occasionner le décès des malades rapidement en l'absence de prise en charge.

Objectif : L'objectif principal de notre étude était la description d'une rupture hémorragique de varices dans un échantillon de population.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique portant sur des patients du Centre Hospitalier Vichy entre le 01 janvier 2013 et le 31 mai 2019.

Les malades inclus avaient présenté une hémorragie extériorisée au niveau d'un membre inférieur en lien avec une rupture spontanée ou traumatique d'une varice des membres inférieurs.

Résultats : 41 patients ont pu être inclus dans l'étude avec une prédominance masculine (56.1 %).

La population était dans l'ensemble âgée de plus de 50 ans (75.6 %), en surpoids ou obèse (51.2 %), ayant exercée une profession manuelle ou ouvrière (56.1 %).

Les malades étaient peu polypathologiques avec peu de médicaments au long cours notamment antithrombotiques.

L'hémorragie, récidivante dans 48.8 % des cas, survenait sans traumatisme (70.7 %) au-dessous du genou (90.7 %) à un stade précoce de la maladie (stade C2 – 53.7 %) chez des patients non observant de la compression élastique (56.1 %) et dans 51.2 % des cas asymptomatiques.

La sclérothérapie à la mousse associée au laser/radiofréquence (61.8 %) a permis d'obtenir la cicatrisation des lésions sans récidive hémorragique à l'exception d'un patient.

Conclusion : L'identification d'une perle variqueuse à proximité de la cheville chez un homme âgé de plus de 50 ans en surpoids ou obèse exerçant ou ayant exercé une profession manuelle ou ouvrière avec un antécédent personnel de rupture semble à risque de survenue d'un nouvel épisode hémorragique.

Cette hémorragie peut survenir sans traumatisme à un stade clinique peu évolué de la maladie et chez des sujets potentiellement asymptomatiques d'où l'intérêt d'un dépistage précoce.

La survenue d'un épisode hémorragique impose un traitement curatif des varices responsables.

Ce travail identifie la sclérothérapie à la mousse associée à une ablation thermique comme stratégie thérapeutique de première intention.

Mots-clés : rupture hémorragique, varices, maladie veineuse chronique, perle variqueuse.

SESSION SFP/CLUB MOUSSE - LES 80 ANS DE LA SCLÉROSE MOUSSE (MAC AUSLAND 1939)

L'échosclérose mousse des varices marginales et latérales des membres inférieurs.

Gilles Gachet[1], Jean-François Uhl[2], Andrea Schirru[1].

1. Voiron – 2. Paris.

La varice marginale de cuisse est un reliquat embryonnaire assez rare. On la retrouve souvent dans des malformations veineuses à flux lents notamment dans le syndrome de Klippel Trenaunay.

Son traitement repose maintenant sur l'endoveineux thermique et la sclérose mousse.

Les varices latérales de cuisse sont beaucoup plus fréquentes et forment une entité différente avec des points de fuites haut-situés très variables imposant un examen écho-Doppler minutieux.

Leur traitement repose essentiellement sur la sclérose mousse mais avec un risque de pigmentation le plus souvent transitoire.

Dans notre étude : 20 varices latérales non-marginales ont bénéficié de sclérothérapies mousse entre 2017 et 2019. Aucune complication n'a été décelée, mais quelques pigmentations transitoires ont été observées. Les 20 varices étaient occluses au contrôle entre 2 et 6 mois.

– La sclérose mousse est efficace pour traiter les varices latérales des membres inférieurs à 3 mois mais ce résultat doit perdurer dans le temps.

Mots clés : varice, marginale, sclérose mousse.

Paramètres à prendre pour une gestion optimale d'une insuffisance saphène.

Ch. Zarca

Centre de consultation du Genevois – 17 Avenue Pierre Mendès France – 74100 Annemasse.

Si les « choose wisely » ont permis de clarifier les indications pour les saphènes de petit calibre (indication préférentielle pour le traitement à la mousse) et de gros calibre (indication préférentielle pour le traitement thermique), la grande majorité de notre patientèle consulte pour varices dont les diamètres sont compris entre 4 et 8 mm, un « no man's land » dans lequel aucune prise en charge n'affiche clairement une supériorité sur l'autre.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Entrent alors en considération de nombreux paramètres qui, dans cette présentation, ne prendront pas en compte ceux détaillés dans les choose wisely (allergie, antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse ...) : cabinet versus bloc opératoire, prise en considération du risque pigmentation, forme et dystrophie éventuelle de la saphène pathologique, pression de la varice, âge, capacité du patient à intégrer les données de prise en charges et à en accepter les suites, observance du suivi, anxiété, rapidité et simplicité de mise en œuvre...
Ce n'est qu'à l'issue de la consultation prenant en compte ces paramètres qu'un choix éclairé pourra être fait par le(a) patient(e), guidé par le phlébologue, pleinement dans son rôle d'accompagnant à la décision.
Mots-clés : saphène, mousse, thermique.

Installation des jeunes médecins : qu'est-ce qui ne va pas ?

B. Guias, P. Jourdren, Y. Balavoine

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Finistère.
Le Stiff-Bâtiment A-355 rue de l'Elorn-CS 72908-29229 BREST Cedex 2

Il existe un profond décalage entre le souhait exprimé de s'installer en libéral et sa réalisation pratique : si 75 % des jeunes médecins envisagent un exercice en libéral ou mixte (27 % mixte, 24 % libéral, 21 % en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), à 5 ans seulement 35 % se seront installés réellement en libéral. (Enquête réalisée par la commission jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

L'exercice coordonné et regroupé avec un accompagnement humain sont souhaités. La proximité familiale, la présence de services publics et le conjoint sont aussi des paramètres importants.

La situation du conjoint joue sur le choix libéral pour 86 % des internes et 77 % des célibataires qui envisagent de vivre en couple.

La qualité de vie et l'équilibre entre vie privée et professionnelle compte beaucoup compte aussi beaucoup : les horaires et le rythme de travail vont déterminer le type d'installation pour 82 % des internes. Par contre les incitations financières ne semblent pas déterminantes : 43 % des jeunes médecins et 59 % des internes craignant de faire faillite en cas d'installation.

Mots-clés : installation libérale, exercice coordonné, qualité de vie.

Paramètres à prendre pour une gestion optimale d'une insuffisance saphène.

Ch. Zarca

Centre de consultation du Genevois – 17, avenue Pierre Mendès France – 74100 Annemasse.

Si les « choose wisely » ont permis de clarifier les indications pour les saphènes de petit calibre (indication préférentielle pour le traitement à la mousse) et de gros calibre (indication préférentielle pour le traitement thermique), la grande majorité de notre patientèle consulte pour varices dont les diamètres sont compris entre 4 et 8 mm, un « no man's land » dans lequel aucune prise en charge n'affiche clairement une supériorité sur l'autre.

Entrent alors en considération de nombreux paramètres qui, dans cette présentation, ne prendront pas en compte ceux détaillés dans les choose wisely (allergie, antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse...) : cabinet versus bloc opératoire, prise en considération du risque pigmentation, forme et dystrophie éventuelle de la saphène pathologique, pression de la varice, âge, capacité du patient à intégrer les données de prise en charges et à en accepter les suites, observance du suivi, anxiété, rapidité et simplicité de mise en œuvre...

Ce n'est qu'à l'issue de la consultation prenant en compte ces paramètres qu'un choix éclairé pourra être fait par le(a) patient(e), guidé par le phlébologue, pleinement dans son rôle d'accompagnant à la décision.

Mots-clés : saphène, mousse, thermique.

Small Diameter Recanalization of the Great Saphenous Vein after Ultrasound-guided Sclerotherapy: three-year follow-up *(REPECA Study)*.

Jean-Luc Gillet, Michel Lausecker, Claudine Hamel-Desnos, François-André Allaert.

French Society of Phlebology – Paris – France.

Duplex ultrasound examination performed on patients treated some years previously for Great Saphenous Vein (GSV) incompetence using ultrasound-guided foam sclerotherapy (UGFS) may identify a small diameter recanalization of the above-knee GSV trunk.

What is the significance of such recanalizations and their outcome?

Should small-diameter recanalizations be considered, in all cases, as a failure of the treatment?

Should the GSV trunk be re-treated as soon as a recanalization is identified?

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Objectives: To assess the anatomical outcome of small-diameter (≤ 3 mm) above-knee GSV recanalization.

Method: Patients treated by UGFS for GSV incompetence (from 1 to 10 years) and presenting a recanalization of the GSV trunk with a diameter of 3 mm at most were enrolled in a prospective study.

The primary outcome was the diameter of the recanalized GSV trunk measured at 15 cm below the SFJ.

The secondary outcome was the identification of factors that might affect GSV recanalization.

Results

Inclusion
110 (73 % female, 27 % male) patients.
Average age: 57.3 years (median, 59; range, 35-80)
Most of patients were C1 and asymptomatic patients.
Average VCSS: 1.6±1.3 (median, 2; range, 0-6).
Average diameter: 1.9±0.5 mm (med, 1.8; range, 1.0-2.9).
The GSV had been treated 4.1±2.6 years previously.

Three-year follow-up (90 patients – 82 %).

Variation of the diameter:
Average diameter: 2.4±0.9 mm (med., 2.1; range, 1.2-5.2).
A significant increase was reported (p=0.0005): 25.6%.
No increase or ≤ 0.5 mm: 58% (n=52).
Increase 0.5-1 mm: 22% (n=20). Increase > 1 mm: 13% (n=12).
6 patients (6.7%): re-treatment of the GSV trunk.
No risk factors for progression were identified in multivariate analyses.
No clinical changes were reported.

Conclusion: At three-year follow-up, no significant increase of the recanalization diameter was observed in more than 50 % of patients.

Only 6.7 % of patients required a re-treatment of the GSV trunk.

These findings indicate that a small recanalization after UGFS should not always be considered as a failure of treatment and there is a need to question the requirement for re-treating the GSV trunk as soon as a small diameter recanalization has been identified through duplex ultrasound examination.

SYMPOSIUM FRANÇOIS-ANDRÉ ALLAERT « MOUSSE ET THERMIQUE : LES BASES ».

Bases techniques de l'échosclérothérapie à la mousse.

Technical basics of echosclerotherapy with foam.

C. Hamel-Desnos

Centre Hospitalier Privé Saint Martin – Ramsay GdS – Caen France – **claudine.hamel-desnos@wanadoo.fr**

Résumé : L'échosclérothérapie à la mousse est une technique indispensable à maitriser en phlébologie.

Dans ce cours destiné aux étudiants des diplômes européens en phlébologie (cours de perfectionnement en échosclérothérapie, sous l'égide de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes - UEMS), les bases techniques historiques de la sclérothérapie seront reprises pour expliquer et montrer l'évolution vers l'échosclérothérapie à la mousse actuelle, technique maintenant aboutie et qui doit évoluer vers une meilleure standardisation européenne.

Des conseils pratiques sur la stratégie, la maitrise des différentes composantes des gestes et sur le choix des sites d'injection et des concentrations de sclérosant seront détaillés.

Mots-clés : échosclérothérapie, mousse sclérosante, technique.

Abstract: *Ultrasound-guided foam sclerotherapy (UGFS) is an essential technique to master in phlebology. In this course intended for students of Competency Degrees of Phlebology Procedures (advanced course in UGFS and Thermal Ablation, under the aegis of the European Union of Medical Specialists-UEMS), the historical technical bases of sclerotherapy will be addressed to explain and show the evolution towards the current UGFS, a technique now completed and which must evolve towards a better European standardisation.*

Practical advice on strategy, mastery of the different components of the procedures and on the choice of injection sites and sclerosing concentrations will be detailed.

Key words: Ultrasound guided foam sclerotherapy, foam, technique.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Les étapes communes des techniques de l'ablation thermique.

M. Josnin

Clinique Saint Charles – La Roche sur Yon – France – **matthieu.josnin@gmail.com**

Cette présentation aura pour but de présenter les étapes communes aux traitements par ablation thermique, radiofréquence et laser.

Après un rappel des techniques utilisables, il sera détaillé les étapes initiales du traitement par ablation thermique : préparation du patient, mise en place du cathéter d'introduction, tumescence.

Nous décrirons les points essentiels à chaque étape et également des solutions permettant d'améliorer ces dernières.

Mots-clés : Ablation thermique, étapes communes.

FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE

Critères écho-doppler de la sténose veineuse.

D. Jeanneau

Médecin vasculaire – Centre Vasculaire Libourne – 166, avenue de la Roudet – 33500 Libourne – France.

Les complications des fistules artério-veineuses (FAV) de dialyse intéressent principalement la veine. Elles sont nombreuses et variées mais les sténoses sont les plus fréquemment traitées par un geste endovasculaire à conditions qu'elles présentent des critères clairs.

Les critères diagnostiques écho-doppler des sténoses ont été établis :
– Hémodynamiques : aliasing avec dispersion spatiale du signal couleur en doppler couleur. En doppler pulsé, pour une sténose > 50 % une vitesse systolique maximale (VSM) > 4 m/s et un ratio de vitesse maximale (RVS) ⇢ 2 voire > 3 pour une sténose > 75 %.
– Morphologique : diamètre endoluminal < 2.7 mm.

L'inconvénient des critères a été leurs études sur des séries mélangeant plusieurs types d'abord vasculaires.

Mots-clés : sténose, FAV de dialyse, VSM > 4 m/s.

Clinique de la sténose veineuse de la FAV de dialyse.

F. Abbadie

Service médecine vasculaire – Centre hospitalier – Boulevard Denière – 03200 Vichy.

L'interrogatoire identifie le motif de l'examen et les soucis cliniques éventuels hors dialyse ou en dialyse.

L'inspection permet d'identifier le type de montage de la fistule artério-veineuse (FAV) de dialyse.

On repère le trajet de la veine à la *palpation* et l'on vérifie la présence d'un *thrill* (frémissement) qui doit être présent à l'anastomose et disparaître ensuite.

S'il réapparaît ou se majore en pulsatilité (qui écarte les doigts à chaque pulsation), cela traduit la présence d'une sténose.

Selon la localisation de la sténose sur la veine de drainage, le tableau clinique sera différent.

Une sténose en amont des points de ponction donnera un tableau d'hypodébit associant : une veine plate et molle plus difficile à palper et donc difficile à piquer en dialyse.

L'hypodébit sera aussi dans le circuit de dialyse avec une augmentation de la pression dans l'aiguille artérielle (PA), qui traduit la résistance à l'aspiration, et une baisse de la pression dans l'aiguille veineuse (PV).

Le taux de recirculation est également augmenté.

Une sténose en aval des points de ponction provoque un tableau d'hyperpression veineuse avec une veine très tendue et pulsatile jusqu'à la sténose.

L'élévation du membre montre l'absence de vidange en amont de la sténose.

La ponction est aisée, mais en fin de dialyse, le temps de compression est habituellement augmenté.

En dialyse, la PA est diminuée et la PV et le taux de recirculation sont augmentés.

Enfin lorsque la sténose est localisée entre les 2 points de ponction, la clinique est mixte associant une hyperpression sur le point artériel jusqu'à la sténose et un tableau d'hypodébit en aval sur le point veineux.

Un œdème de tout le membre supérieur signe une sténose de veine centrale, de veine profonde proximale, souvent associé à un développement de la circulation veineuse collatérale superficielle.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Quelle sténose veineuse dilater et quelle sténose ne surtout pas dilater ?

G. Franco

Clinique Arago – 187A rue Raymond Losserand – 75015 Paris

La thrombose cause la plus fréquente de perte de l'abord vasculaire pour hémodialyse a pour cause l'existence d'une sténose sous-jacente.

Toute sténose n'expose pas au risque de thrombose et un tiers des sténoses diagnostiquées ne se compléteront pas de thrombose dans les six mois suivants.

Les KDOQI 2006 recommandait la surveillance de l'abord vasculaire et le traitement préventif des sténoses > 50 %.

La révision des KDOQI en 2018 a modifié la recommandation et le traitement préventif n'est indiqué que si la sténose est associée à des indicateurs cliniques de dysfonctionnement.

L'évaluation du pourcentage se sténose par comparaison de la zone rétrécie au vaisseau adjacent est inadéquat celui-ci pouvant être de petit, de gros calibre ou anévrismal. Une même sténose peut donc être définie de : – 25 % à 75 % en fonction de la partie de la fistule utilisée comme référence.

Plus d'une fistule sur deux fonctionnant normalement serait ainsi porteuse de sténose significative justiciable d'angioplastie ce qui amène aux dérives actuelles.

Il est donc nécessaire de définir ce qu'est une sténose significative.

Le débit n'est qu'un substitut au diagnostic de sténose et il est plus pertinent de caractériser la sténose elle-même en termes de diamètre résiduel de longueur et de nature.

Toute sténose responsable d'un bas débit doit être traitée en dehors des sténoses dont le traitement exposerait à un risque ischémique.

L'hyperpression symptomatique générée par une sténose intermédiaire ou proximale doit être gérée en fonction du débit.

En cas d'hyperdébit la cure de la sténose ne fera qu'aggraver le problème.

La réduction du débit traitant le « mismatch » débit calibre est la première option raisonnable.

Le traitement des sténoses récurrentes par stent et notamment dans certaines localisations comme la crosse céphalique devrait être contre indiqué s'il risque de compromette un abord ultérieur.

Mots-clés : thrombose, sténose significative, débit.

SESSION PHLÉBOLOGIE ET ESTHÉTIQUE

Gestion et prévention des nécroses post-sclérothérapie.

B. Chauzat

Bergerac

L'injection intra-artérielle de produit sclérosant est devenue exceptionnelle depuis l'échoguidage.

Certaines zones d'injection et certains types de varices (notamment les C1) restent cependant à haut risque, doivent être connues et nécessitent une vigilance particulière notamment par le respect strict du protocole de la procédure d'injection du produit sclérosant.

Mots-clés : nécrose, sclérothérapie.

Differentiating between lipoedema and lymphoedema by duplex ultrasound ?

T. Hirsch

Practice for Internal Medicine and Vascular Diseases – Vein Competency Centre Halle – Germany.

Introduction: The current German guidelines on treating lipoedema and lymphoedema recommend a basic compression therapy that uses flat-knitted garments.

Lymphoedema requires additional manual lymphatic drainage, whereas, for lipoedema patients, liposuction can be an option.

Differentiating lipoedema from obesity and asymptomatic lipohypertrophy frequently proves difficult.

However, a reproducible and objective differential diagnosis is the foundation of expedient and cost-effective treatment.

Material and Methods: As part of a multi-centre registry study (5 centres) ultrasound scans were performed between 1/2016 and 5/2017 on the legs (n=294) of a total of 147 patients with:
- lipoedema (n=136),
- lymphoedema (n=20),
- lipoedema with secondary lymphoedema (n=30),

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

– lipohypertrophy (n=42)
– and obesity (n=30),
– as well as healthy individuals (n=36).

The thickness of the cutis and subcutis of the lower and upper leg were measured along with their compressibility.

The sonomorphology was also analysed.

The results where compared to findings in current international literature.

Results: The differentiation of lipoedema from lymphoedema is possible, as lymphoedema is associated with increased dermal thickness and typical echoless subcutaneous gaps.

Special sonomorphological properties that allow lipoedema to be differentiated from painless lipohypertrophy, obesity and healthy individuals have yet to be consistently and conclusively identified.

The compressibility of the cutis-subcutis complex is completely unspecific and does not allow for any conclusions to be drawn with respect to lipoedema.

Conclusion: It has not been possible to detect fluid retention in patients with "painful lipohypertrophy" so that the description of the disease as lipoedema is misleading and should be reconsidered.

On the other hand, the lack of "aqueous" compartments is an important finding that enables lipoedema to be distinguished from lymphoedema.

Keywords: Lipoedema, lipohypertrophy, lymphoedema, sonography.

Actualisation des hypothèses physiopathologiques des nécroses cutanées post-sclérothérapie.

Update on pathophysiological hypotheses for skin necrosis after sclerotherapy.

C. Hamel-Desnos

Centre Hospitalier Privé Saint Martin – Ramsay GdS – Caen, France – **claudine.hamel-desnos@wanadoo.fr**

Résumé: Les nécroses cutanées post-sclérothérapie sont différentiées, dans leur sévérité, des nécroses tissulaires étendues, mais restent des complications redoutées par les médecins vasculaires.

En effet au préjudice médical s'ajoute un préjudice esthétique, alors que l'objectif de départ inclut souvent de vouloir justement améliorer l'aspect esthétique.

Depuis longtemps, deux hypothèses physiopathologiques sont évoquées concernant ces nécroses cutanées.

L'une incrimine un passage versant artériolaire du produit sclérosant, par des microshunts, sous la pression excessive du piston de la seringue ou en raison de quantités trop importantes de sclérosant injecté en un seul point.

La deuxième hypothèse serait des injections extravasculaires involontaires.

Or, deux études viennent bousculer surtout cette deuxième hypothèse.

L'une réalisée chez le rat démontre qu'il faut une quantité importante de sclérosant et à concentration élevée, pour provoquer une nécrose par injection extravasculaire.

L'autre rapporte chez l'humain, une injection extravasculaire involontaire de 7 ml de polidocanol liquide à 0.5 %, sans phénomène de nécrose.

Par ailleurs, les sondes de très haute fréquence en écho-Doppler ont permis de découvrir récemment que les artérioles de surface ne sont pas rares ; leur injection malencontreuse pourrait expliquer au moins une partie des nécroses cutanées post sclérothérapie.

Mots-clés : sclérothérapie, nécrose cutanée.

Abstract: *Skin necrosis after sclerotherapy is differentiated in its severity from extensive tissue necrosis, but remains a complication feared by vascular physicians.*

Indeed, in addition to the medical damage, there is also an aesthetic prejudice, whereas the initial objective often includes precisely wanting to improve the aesthetic aspect.

For a long time, two pathophysiological hypotheses have been evoked concerning these cutaneous necroses.

One incriminates an arteriolar passage of the sclerosing product, through microshunts, under excessive pressure of the syringe piston or due to excessive quantities of sclerosing agent injected at a single point.

The second hypothesis would be involuntary extravascular injections.

However, two studies have shaken up this second hypothesis in particular.

One study in rats showed that a significant amount of sclerosing agent at high concentration is required to cause necrosis by extravascular injection.

The other reports in humans, an involuntary extravascular injection of 7 ml of 0.5 % liquid polidocanol, without necrosis.

In addition, the use of very high frequency probes in Duplex ultrasound has recently revealed that surface arterioles are not uncommon; their inadvertent injection could explain at least some of the post-sclerotherapy skin necrosis.

Keywords: sclerotherapy, cutaneous necrosis.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Traitement par sclérothérapie et laser dans les réticulaires et les télangiectasies.

Valentina Kieffer

Objectif : Mettre en évidence la supériorité de l'efficacité du traitement combiné par sclérothérapie au laser percutané dans le traitement des réticules et des télangiectasies.

Matériel et méthode : Étude comparative de traitement portant sur 293 patients, dont 586 membres inférieurs, 56 hommes et 237 femmes, sur une période de 3 ans.

Les patients ont été choisis de manière à présenter un aspect clinique et esthétique similaire entre les deux membres inférieurs.

Le traitement consistait, d'une part, en une sclérothérapie suivie d'un traitement au laser, et pour l'autre jambe, en une sclérothérapie, puis, une séance de laser un mois plus tard.

Tous les patients avaient un aspect clinique entre C1EAP et C2EAP.

Le laser percutané utilisé était NdYAG. La sclérothérapie a été réalisée avec du Lauromacrogol sous forme de mousse à concentration de 0,25 % ou 0,5 %, maximum 10 ml par session.

Résultats : Le résultat clinique est similaire dans les deux jambes à terme.

L'aspect esthétique du côté traité, en combinant les deux traitements le même jour, est beaucoup plus rapide que le côté traité en deux étapes.

Le traitement au laser était moins douloureux du côté du traitement combiné.

Le membre traité en deux temps a nécessité plusieurs séances de laser pour obtenir le même résultat esthétique

Conclusion : Le traitement des télangiectasies au laser a déjà prouvé son efficacité.

Mais l'association à la sclérothérapie augmente non seulement l'efficacité, mais également la qualité du traitement.

La combinaison du traitement par sclérothérapie réticulaire et du laser pour la télangiectasie apporte plus confort, un résultat plus rapide et plus complet.

Troubles neurologiques après sclérothérapie à la mousse des C1 : quelle réelle incidence selon la littérature ?

M. Josnin

Clinique Saint Charles – La Roche sur Yon – France – **matthieu.josnin@gmail.com**

Les troubles neurologiques après sclérothérapie à la mousse sont maintenant bien décrits et mieux compris.

Le praticien doit connaître les recommandations à leur sujet (contre-indication, prévention notamment).

La sclérothérapie des C1 a été longuement le fait d'agents sclérosants sous forme liquide. Mais force est de constater l'augmentation de l'utilisation de la forme mousse, qui reste selon les recommandations européennes une alternative possible.
Qu'en est-il précisément dans ce cas des effets secondaires d'un traitement sclérosant sous forme mousse.
Nous tenterons de répondre à cette question à la lumière de la littérature.

Mots-clés : sclérothérapie, C1, troubles neurologiques.

L'HOMME EN PHLÉBOLOGIE

Sexe et thrombose.

J. Conard

Consultation de Médecine Vasculaire – Hôpital Saint Joseph – Paris.

Les thromboses veineuses (TV) existent à la fois chez l'homme et la femme et les traitements anticoagulants sont les mêmes mais les caractéristiques des thromboses sont quelque peu différentes.

L'incidence est voisine de 1 pour 1000 par an dans la population générale mais elle varie avec l'âge et le sexe.

Un risque plus élevé est observé chez les femmes en âge de procréer et les hommes après 50 ans. Cette différence s'explique en partie par des facteurs transitoires spécifiquement féminins comme la grossesse et la contraception mais il a aussi été suggéré que les hommes ont un risque intrinsèque plus élevé.

Chez les hommes jeunes, les TV sont plus souvent associées à des immobilisations par un plâtre ou une chirurgie.

La localisation est différente : les TV profondes (TVP) distales sont plus fréquentes chez les femmes de moins de 50 ans tandis que les TVP proximales sont plus fréquentes chez l'homme.

La détection d'un risque de récidive est importante pour décider de la poursuite ou non du traitement anticoagulant.

Le score HERDOO2 a été proposé et validé mais il n'est applicable qu'aux femmes : s'il est ≤ 1, le traitement peut être arrêté.

Plus récemment, il a été montré qu'un taux normal de D-Dimères n'est pas un critère suffisant pour permettre l'arrêt d'un traitement anticoagulant chez l'homme.

Le traitement anticoagulant est le même quel que soit le sexe, mais il peut avoir des conséquences différentes.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Ainsi, des études ont maintenant clairement montré que les AOD sont responsables de ménorragies avec parfois anémie et fatigue pouvant favoriser l'arrêt du traitement anticoagulant.

En conclusion, il n'y a pas d'égalité homme-femme, au moins pour le risque de thrombose veineuse.

Mots-clés : sexe, thrombose veineuse, score de prédiction.

Écho-anatomie et exploration des varices pelvi-périnéales chez l'homme.

P. Lemasle

15 rue Pottier – 78150 Le Chesnay – France.

La varicocèle testiculaire est par définition une dilatation du plexus pampiniforme.

Elle est fréquente, avec une incidence moyenne de 13.4 % dans la population générale et 40 % en cas d'anomalie spermatique du spermogramme.

Elle est unilatérale gauche dans 75 % des cas.

Elle est primitive dans la majorité des cas, mais il faut savoir évoquer les rares formes secondaires à une obstruction du retour veineux proximal.

Le retour veineux du scrotum est assuré par un réseau veineux superficiel et un réseau profond.

Les anastomoses sont constantes et les variations anatomiques fréquentes.

Les réseaux superficiels assurent le drainage veineux du scrotum vers les veines pudendales latérales et médiales.

Les réseaux veineux profonds se caractérisent par un plexus testiculaire antérieur ou plexus pampiniforme et un plexus testiculaire postérieur connecté aux veines déférentielles.

Le drainage habituel des veines testiculaires, issues des plexus antérieurs, est identique à celui des veines ovariques, dans la veine rénale à gauche et la veine cave inférieure à droite.

La varicocèle peut être infra clinique.

Il existe trois grades cliniques, classés en fonction du caractère palpable ou visible, provoqué ou spontané.

L'échodoppler est indispensable pour valider les indications thérapeutiques.

Cette exploration confirmera la dilatation du plexus pampiniforme et mesurera la veine la plus dilatée, quantifiera le reflux en termes de durée et du caractère provoqué ou spontané.

Elle recherchera un retentissement de la varicocèle en mesurant le volume testiculaire.

Enfin, elle recherchera une varicocèle secondaire devant une apparition tardive après 50 ans, ou une aggravation rapide de la symptomatologie et du volume de la varicocèle ou un reflux permanent des veines testiculaires, peu ou pas modulé par la respiration.

Mots-clés : varicocèles testiculaires, écho-anatomie, critères ultrasonores.

Traitement des varices d'origine pelvi-périnéale chez l'homme.

M.Valsamis

Cabinet privé des maladies veineuses – Athènes – Grèce.

Le reflux pelvi-périnéale est longtemps aperçu comme une étiologie des varices des membres inférieurs. Il atteigne très souvent les femmes, plutôt les mono et multipares.

Ce reflux est aussi le diagnostic de l'origine des varices récidivantes après chirurgie de la veine grande saphène.

Chez l'homme ce type de reflux est beaucoup plus rare, évidemment à cause du manque des grossesses et peut-être pour des raisons anatomiques.

Nous présentons les différentes modalités thérapeutiques qui existent et aussi notre expérience personnelle sur le traitement efficace et simple des varices d'origine pelvi-périnéales chez l'homme par sclérothérapie échoguidée à la mousse.

Mots-clés : varices, périnéal, homme.

Varicocèle chez l'homme : gestion et impact sur la fertilité.

V. Le Pennec

Service de Radiologie diagnostique et thérapeutique – CHU Caen – **lepennec-v@chu-caen.fr**

Objectifs : Connaître la physiopathologie associant varicocèle testiculaire et infertilité.

Connaître les indications du traitement des varicocèles testiculaires.

Connaître les principes techniques, les effets secondaires, les complications et les résultats de l'embolisation veineuse spermatique.

Matériels et méthodes : Analyse de la littérature, revue technique locale de l'embolisation de varicocèle.

Résultats : La varicocèle testiculaire est une pathologie veineuse fréquente (9 à 23 %) dont l'incidence est plus élevée chez les hommes présentant une anomalie du spermogramme (40 %).

L'insuffisance valvulaire spermatique est à l'origine d'une stase veineuse, d'une accumulation de métabolites et d'une augmentation de la température scrotale à l'origine de perturbations inconstantes du spermogramme.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

L'indication thérapeutique est bien codifiée par les recommandations de 2006 (varicocèle palpable cliniquement, infertilité > 1 an, femme avec fertilité normale ou avec une cause potentiellement curable d'infertilité, anomalie au spermogramme) ou en prévention du risque d'infertilité chez l'adolescent avec hypotrophie testiculaire ipsilatérale.

L'embolisation consiste en l'occlusion par voie endovasculaire de la veine spermatique refluante.

Les études montrent une amélioration des paramètres spermatiques dans un délai de 3 à 6 mois, une amélioration de l'index de fragmentation de l'ADN spermatique et du taux de grossesses spontanées.

Conclusion : Le bilan d'infertilité masculine doit comporter systématiquement une recherche de varicocèle testiculaire. L'association de l'examen clinique et de l'analyse du spermogramme doit conduire à proposer une embolisation veineuse spermatique lorsque l'indication thérapeutique est conforme aux recommandations en vigueur.

Mots-clés : infertilité, varicocèle, embolisation.

Sport et varices.

D. Jeanneau

Médecin vasculaire – Centre Vasculaire Libourne – 166 Avenue de la Roudet – 33500 Libourne – France.

L'insuffisance veineuse résulte d'un dysfonctionnement veineux atteignant le réseau superficiel et/ou profond causé par une incompétence valvulaire associée ou non à un syndrome obstructif.

L'activité physique améliore la circulation de retour en travaillant sur l'activité musculaire dynamique et respiratoire.

Elle évite l'aggravation de l'insuffisance veineuse quand elle est installée.

Nous aborderons la physiologie du retour veineux et les mécanismes en permettant son travail efficace.
Nous verrons le sport comme une thérapeutique, dont certaines activités physiques sont simples, peu onéreuses et permettent un meilleur contrôle de cette pathologie.
Les activités physiques adaptées notamment avec l'aide de la compression veineuse et du travail musculaire agoniste-antagoniste.

Mots-clés : sport, activité musculaire dynamique, compression.

SCLÉROSE ET THROMBOSE

Thrombose et sclérose, hypothèses physio pathologiques.

Thrombosis and sclerosis, physio-pathological hypothesis.

Jean-Jérôme GUEX.

Nice

La thrombose est à la fois un phénomène attendu lors d'un traitement bien conduit, et une complication possible de la sclérothérapie (toutes méthodes confondues).

La physiopathologie repose sur le concept de la Triade de Virchow : lésion pariétale, stase et hypercoagulation.

La thrombose-complication est l'observation d'un caillot dans une veine où ce n'était pas prévu, en particulier dans une veine profonde. Les mécanismes fins en sont complexes et largement hypothétiques et la fréquence elle-même est mal connue en raison de variantes dans les définitions et les études.

Au total, les mécanismes les plus admis retiennent la responsabilité des forts dosages en agent sclérosant, des facteurs prédisposant à la thrombophilie, et de la sédentarité, comme le pressentait Virchow.

Thrombosis is both a phenomenon expected during a well-managed treatment, and a possible complication of sclerotherapy (all methods combined). The pathophysiology is based on the concept of Virchow's

Triad: parietal damage, stasis and hypercoagulation.

Thrombosis-complication is the observation of a clot in a vein where it was not expected, especially in a deep vein. The fine mechanisms are complex and largely hypothetical, and the frequency itself is poorly known due to variations in definitions and studies.

In total, the most accepted responsible mechanisms are the high doses of sclerosing agent, factors predisposing to thrombophilia, and sedentary lifestyle, as Virchow suspected.