

manière significative avec l'IMC (61 ± 12) chez les grands obèses. Quatre ans après le bypass et une perte moyenne de 62 ± 33 kg avec une baisse moyenne du BMI de 20 ± 9 , les ulcérations de 61 des 64 patients opérés sont cicatrisées.

Dans l'étude présentée, les patients C3, C4, C5 soit 56 patients sont en train d'être contactés de nouveau afin de connaître l'évolution de leur trouble au niveau jambier après la chirurgie bariatrique.

Ces différentes publications ne sont-elles point là pour nous rappeler que la MVC peut avoir pour physiopathologie un trouble de l'hémodynamique veineuse mais aussi un déficit de la pompe musculaire, un frein au retour veineux par compression abdominale ? Peut-on encore parler stricto sensu de MVC (Photo 3) ? Mais la nouvelle classification CEAP permet de classer ces patients C3 C4 C5S ou A En An Pn...

CONCLUSION

Il semblerait que les individus obèses ne développent pas plus de varices qu'une population normale. Doit-on encore considérer l'obésité comme un facteur de risque de varices ? En phlébologie, ne faudrait-il pas mieux fixer notre attention chez l'obèse sur les troubles de la statique du pied, l'absence de marche et de perte de poids, sources du déficit de la pompe aponévrotique, musculaire et articulaire de la jambe ? Notre approche thérapeutique serait sans doute totalement différente...

RÉFÉRENCES

- 1 Brand F.N., Danneberg A.L., Abbott R.D., Kannel W.B. The epidemiology of varicose veins : the Framingham study. *Am J Prev Med* 1986 ; 4 : 96-101.
- 2 Benigni J.P., Cazaubon M., TauPin V., Mathieu M., Kasiborski F. Maladie veineuse chronique chez l'homme : enquête épidémiologique. *Angéiologie* 2003 ; 55 (3) : 41-7.
- 3 Rabe E., Pannier-Fischer F., Broman K., Schuldt K., Stang A., Poncar Ch, Wittenhost M., Bock E., Jöckel K.H. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003 ; 32 : 101-13.
- 4 Padberg F. Jr, Cerveira J.J., Lal B.K., Pappas P.J., Varma S., Hobson R.W. Does severe venous insufficiency have a different etiology in the morbidly obese ? Is it venous ? *J Vasc Surg* 2003 ; 37 : 79-85.
- 5 Arfvidsson B., Eklof B., Balfour J. Iliofemoral venous pressure correlates with intraabdominal pressure in morbidly obese patients. *Vasc Endovascular Surg* 2005 ; 39 (6) : 505-9.
- 6 Lambert D.M., Marceau S., Forse R.A. Intra-abdominal pressure in morbidly obese. *Obes Surg* 2005 ; 15 (9) : 1225-32.
- 7 Sugarman H.J., Sugarman E., Wolfe L., Kellum J.M., Schweitzer M.A., DelMaria E.J. Risks and benefits of gastric bypass in morbidly obese patients with severe venous stasis disease. *Ann Surg* 2001 ; 1 : 41-6.

M. SCHADECK

Examiner un patient de façon détaillée avec un BMI (body mass index) normal n'est déjà pas facile. L'examen d'un obèse ne minimise-t-il pas l'existence de varices ? Est-ce qu'on n'oublie pas 20-30 voire 40 % du réseau variqueux réel ?

J.-P. BENIGNI

C'est une question habituelle et une excellente question parce que tout le monde dit que ce sont des gens inexaminables. Cela dépend de ce que l'on recherche.

Si l'on recherche des reflux, il y a toujours des points de passage qui ne sont pas « engraissés ». Au niveau du cotyle, on peut très bien examiner la grande saphène ; au niveau du creux poplité, il n'y a pas d'engraissement et on peut examiner la petite saphène et la veine poplitée.

Si on soulève au pli inguinal le tablier graisseux, on a accès à la jonction saphéno-fémorale, on a accès à la veine fémorale commune. Donc cela ne pose pas d'énormes problèmes aussi bien en position debout qu'en position couchée et paradoxalement, les veines iliaques chez l'obèse sont facilement examinables malgré 10-15 cm de manteau graisseux.

UN INTERVENANT

Est-ce qu'il t'a semblé qu'il y avait un flux relativement accéléré dans le réseau superficiel par rapport au réseau profond chez les grands obèses ?

J.-P. B.

Effectivement, il y a des phénomènes de vicariance avec des flux accélérés. Je n'ai pas su les interpréter mais c'est vrai, ça existe. On remarque la même chose chez les gens qui ont un lymphoedème. Il y a souvent des flux accélérés avec des dilatations veineuses. Ce sont presque les mêmes remarques que l'on peut faire chez l'obèse.

I. SAURIN

Je voudrais savoir si tu avais fait des pléthysmographies ou si tu avais été jusqu'à faire des lymphographies parce que je pense qu'il y a une composante lymphatique qui est également importante ?

J.-P. B.

Didier Rastel et moi-même n'avons pas fait de lymphographies mais il y a eu des pléthysmographies de faites.

C'est vrai que chez les gens qui ont des troubles trophiques, il y a des effondrements de la fonction de la pompe, des Vo et des To effondrés, et cela semble corrélé. Mais là, on va le faire systématiquement chez les gens porteurs de troubles trophiques.

I. S.

Merci.

J.-M. CHARDONNEAU

Concernant la pathogénie de ces ulcères qui représentent je crois 5 % des grands obèses, est-ce qu'on ne pourrait pas éventuellement évoquer, je ne parle pas uniquement des troubles trophiques mais aussi des troubles fonctionnels liés à cette obésité, est-ce qu'on ne pourrait pas évoquer un problème capillaire ? Parce qu'en fin de compte, il faut savoir que l'adipocyte, en diamètre fait 10 fois un capillaire. On imagine une multiplication du nombre d'adipocytes et ce que cela peut entraîner comme compression sur le capillaire. Ne pourrait-il pas y avoir là une explication éventuelle d'une part des ulcères, d'autre part des troubles fonctionnels ?

J.-P. B.

Là, je suis tout à fait d'accord avec toi. Il est vraisemblable que l'adipocyte comprime le paquet vasculo-nerveux qui chemine au contact. Il faudrait faire des biopsies, il faudrait voir ce qui se passe mais c'est quelque chose de tout à fait envisageable au niveau interne du phénomène.