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

CARCINOME MULTILOCULAIRE à CELLULES BASALES dans le LYMPHŒDÈME

K. HAMM, I. WOLLMER, J. WENZEL, E. RABE, F. PANNIER

RÉSUMÉ

Phlebologie 2006; 35: 30-3

Le carcinome à cellules basales (BCC) est la tumeur maligne cutanée la plus fréquente. Cette lésion se développe en général dans une seule localisation. Les auteurs décrivent ici le cas d'une patiente atteinte d'un carcinome multiloculaire à cellules basales (MBCC) en association avec un œdème lymphatique. La patiente, atteinte d'un lymphœdème, présentait depuis 3 ans des ulcérations et des papules au niveau de la jambe malade. L'examen histologique des lésions a permis de poser le diagnostic de carcinome multiloculaire à cellules basales. La pathologie de l'immunodéficience locale propre au lymphœdème semble se caractériser par une circulation réduite des cellules de Langerhans ainsi que par une phagocytose diminuée ou absente d'antigènes étrangers. Cette caractéristique paraît déterminante pour le développement de tumeurs.
En conclusion, le lymphœdème offre un milieu favorable au développement d'une immunodéficience locale, ce qui peut favoriser le développement d'un MBCC. D'autres facteurs (lésions actiniques, mutations diverses...) peuvent contribuer au développement de ces tumeurs. Bien que les MBCC soient rares, il est nécessaire de rechercher ce type de tumeur en cas de lésions suspectes.

Mots-clefs : *carcinome multiloculaire à cellules basales ou carcinome baso-cellulaire, lymphœdème, immuno-déficience locale.*

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Bonn, BONN.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE du BRAS et de la CEINTURE SCAPULAIRE

M. MARSHALL[1], CHR. SCHWAHN-SCHREIBER[2]

RÉSUMÉ

Phlebologie 2006; 35: 11-5

En cas de douleurs au niveau d'un membre supérieur avec œdème, diminution de la mobilité, développement de veines collatérales de la ceinture scapulaire et cyanose du bras, il faut suspecter une thrombose veineuse profonde de la région axillaire ou rétro-claviculaire. La fréquence est relativement rare et l'expérience est donc limitée pour le diagnostic, le traitement et le pronostic à long terme.
Les auteurs présentent les notions de base pour le diagnostic, le traitement et le pronostic de la thrombose veineuse du membre supérieur. Cette affection n'est pas seulement la conséquence possible d'une cathétérisation centrale mais elle peut être également la cause d'une embolie pulmonaire. Elle peut entraîner aussi un syndrome post-thrombotique et les risques de récidive ne sont pas à négliger.

Mots-clefs : *thrombose veineuse profonde sous-clavière, axillaire, jugulaire, échographie duplex, syndrome de Paget-von-Schroetter.*

1. ROTTACH-WEIßACH. **2.** STADE.

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

SYMPTOMATOLOGIE DOULOUREUSE SUPPOSÉE d'ORIGINE VEINEUSE : RÉSUMÉ et PRÉSENTATION d'une ÉTUDE-PILOTE

M. KENDLER, E. HAAS

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 19-23

En pratique phlébologique, une symptomatologie douloureuse des membres inférieurs supposée d'origine veineuse est très fréquente. Jambes lourdes, œdème, tension et fatigue des jambes sont fréquemment évoqués. Une origine psychosomatique – entre autres – doit être envisagée et l'on doit tenir compte de la qualité de vie. La discordance entre les symptômes et des traitements inappropriés est fréquente.
Cette étude essaie de mettre en relation le syndrome des jambes lourdes et les plaintes émises par une étude-pilote concernant la qualité de vie. Le diagnostic différentiel est important.
Symptômes supposés d'origine veineuse : vue d'ensemble et présentation d'une étude-pilote.

Mots-clefs : *syndrome des jambes lourdes, douleurs veineuses, qualité de vie.*

Schlossklinik Abtsee (Chefärztin: Dr. med Eva Haas), Fachklinik für Venenerkrankungen, LAUFEN, Germany.

ÉTIOLOGIE et ÉPIDÉMIOLOGIE des LYMPHŒDÈMES PRIMAIRES : REVUE de la LITTÉRATURE

A. KRÖLL, S. NEUHÜTTLER, E. BRENNER

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 3-10

De nombreux patients souffrent d'un lymphœdème primaire déterminé génétiquement. Néanmoins les publications à ce sujet sont rares. Cette publication résume les connaissances actuelles sur les causes génétiques et les origines connues du lymphœdème. Elle concerne différents syndromes et maladies : Klippel-Trenaunay, Nonne-Milroy, Waver et Sotos, Lissencephalie (de type Norman-Roberts), Buschke-Ollendorf, Noonan, Aagenaes, Meige, Distichiasis, Yellow Nail, lymphœdème et ptose, maladie de Kanzaki, association de lymphœdème avec des télangiectasies et une hypotrichose, lymphœdème et microcéphalie (avec chorio-rétinopathie), gigantisme mammaire unilatéral, Hennekam, lymphœdème congénital de type récessif, Aarskog-Scott, Oledaid, lymphœdème et hypoparathyroïdisme, Campomélie (de type Cumming), Swyer.
Cet article passe en revue l'étiologie et l'épidémiologie du lymphœdème primaire.

Mot-clef : *lymphœdème.*

Department für Anatomie, Histologie und Embryologie (Direktorin: o. Univ. Prof. Dr. med. Helga Fritsch), Division für klinisch-funktionelle Anatomie, Medizinische Universität Innsbruck, INNSBRUCK.

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

ORGANISATION TOPOGRAPHIQUE et ARCHITECTURALE des VARICOSITÉS INTRADERMIQUES. ÉTUDE en MICROSCOPIE ÉLECTRONIQUE des TYPES d'ANOMALIES

V. WIENERT, H.P. SIMON, U. BÖHLER

RÉSUMÉ

Phlebologie 2006; 35: 24-9

On sait peu de choses sur l'anatomie des télangiectasies. Les auteurs recherchent donc des éléments pour préciser l'architecture des télangiectasies et, en général, la structure anatomique des veines intradermiques et des capillaires ainsi que de leurs jonctions. Leur pathologie et leur évolution sont également étudiées.

Matériel et méthode : des secteurs d'irritation et leur description par microscopie électronique sont décrits. Une substance plastique hautement polymérisée a été injectée dans un échantillon vasculaire d'un muscle cutané. La distribution de l'irritation a été la même que dans le vaisseau d'origine. 35 spécimens ont été choisis, 28 d'entre eux ont été examinés.

Résultats : Toutes les zones d'irritation des télangiectasies ont montré la structure polygonale typique du noyau et des cellules endothéliales veineuses. Des micro-valvules veineuses ont été trouvées dans les plexus vasculaires sous-papillaires. Les diamètres veineux étaient significativement différents ($p < 0{,}001$) entre les télangiectasies rouges (0,227 mm) et bleues (0,435 mm). Les formations en étoile ou en éventail présentaient une seule veine nourricière.

Conclusions : Les télangiectasies sont des vaisseaux pathologiquement modifiés du système veineux dans le plexus sous-papillaire de la peau. On constate la formation d'ébauches de valvules insuffisantes dans le développement de ces micro-vaisseaux, cause possible de leur formation. Certains types cliniques de télangiectasies ne peuvent pas être traités par sclérothérapie en raison de leurs relations avec des veines profondes (veines nourricières).

Mots-clefs : *varicosités intradermiques, topographie veineuse, inflammation, distribution, microscopie électronique.*

Universitätshautklinik Aachen, AACHEN.

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

RÉCIDIVES VARIQUEUSES du CREUX POPLITÉ

P.-M. BAIER

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 75-80

Objectif et méthodes : De janvier 2002 à décembre 2003, nous avons réopéré 96 patients pour un problème de varices poplitées récidivantes objectivées cliniquement et en échographie-duplex. Cela correspond à 10 % de toutes les opérations de la petite saphène. En échographie-duplex, on effectue un marquage préopératoire des zones refluantes, le patient étant debout, et l'on détermine la stratégie opératoire. Une évaluation des patients a été effectuée en per-opératoire, six semaines après l'opération, puis après six mois et après un an.
Résultat : Les récidives poplitées ont été réparties en 4 groupes : **groupe 1 :** 71 % des cas ; la petite saphène n'avait pas été trouvée ou opérée insuffisamment ; **groupe 2 :** 14,6 % ; incontinence de veines perforantes poplitées ; **groupe 3 :** 12,5 % ; incontinence de veines jumelles ; **groupe 4 :** 2,1 % ; néovascularisation. Dans 84% des cas on a observé des lésions fasciales du creux poplité, d'une dimension telle que, dans 51 % des cas, un filet de vicryl a été nécessaire pour la reconstruction. Aucune complication per-opératoire n'a été notée. Après 1 an on observe, dans 5,2 % des cas, une lésion du nerf sural. Des hématomes étendus ont été observés dans 13,5 % des cas et des problèmes de cicatrisation de plaie dans 5 % des cas, traités par traitement conservateur. Un drainage lymphatique prolongé est nécessaire dans 12 % des cas.
Conclusions : La plupart des récidives de varices poplitées sont évitables par un diagnostic précis et une technique opératoire standardisée impliquant une crossectomie poplitée correcte lors de la première intervention. Le succès d'un traitement chirurgical pour des récidives variqueuses poplitées est basé sur une indication stricte. Lors de lésions fasciales étendues du creux poplité, l'implantation d'un filet de vicryl peut être effectuée.

Mots-clefs : *récidive de varices poplitées, lésions fasciales poplitées, implantation de filet, classification des récidives, échographie-duplex.*

Chirurgische Abteilung (Chefarzt: Dr.med. P.-M. Baier), Venen-Clinic Bad Neuenahr, BAD NEUENAHR.

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

RÉCIDIVES VARIQUEUSES de la CROSSE des GRANDES et PETITES VEINES SAPHÈNES

N. FRINGS, P. GLOWACKI, P. TRAN, L. SCHÄFER

RÉSUMÉ

Phlebologie 2006; 35: 81-6

L'objet de ce travail est de déterminer si une technique modifiée de réintervention est utile à des patients atteints d'une deuxième ou d'une troisième récidive variqueuse d'une crosse de la grande (GVS) ou de la petite veine saphène (PVS).
Patients, matériel et méthode : Cette étude prospective, (5-05-2003/31-05-2005) a inclus 80 patients (98 m.inf. : 91 GVS, 7 PVS). De ces 98 membres inférieurs, 89 (91 %) ont été opérés 2 fois et 9 (9 %) ont été opérés 3 fois, soit de la GVS, soit de la PVS. Notre technique chirurgicale modifiée a consisté en une incision de la peau en-dessous des cicatrices précédentes. De là, une dissection est menée vers la récidive de la GVS ou de la PVS. La veine profonde (fémorale ou poplitée) a été identifiée si possible avec ligature en flush de la veine récidivante incompétente dans 54 %. Dans le collectif restant de 46 % existait un tissu cicatriciel dense ; la veine récidivante et ses branches ont simplement été ligaturées au ras de la veine profonde, sans identification formelle.
Résultat : Un contrôle écho-duplex couleur a été effectué trois mois après l'intervention chez tous les patients. Aucune complication majeure n'a été notée. 5 patients (5 %) ont présenté des complications mineures (lymphocèle, fistule lymphatique, lymphœdème, phlébite ou surinfection locale). A l'imagerie duplex, 64 cas sur 98 (65 %) ne montraient aucun reflux de la GVS ou de la PVS alors que, dans 34 cas sur 98 (35 %), il restait au moins une branche incontinente. Cependant, toutes ces branches secondaires avaient un calibre inférieur à celui observé en préopératoire.
Conclusions : Il y a très peu de littérature sur les multiples récidives des veines variqueuses. Notre technique chirurgicale modifiée permet d'obtenir des résultats comparables à ceux d'une première récidive avec un taux très bas de complications et de reflux résiduel de la GVS et de la PVS.

Mots-clefs : *chirurgie veineuse, récidive de crossectomie, taux de complications, reflux postopératoire.*

Mosel-Eifel-Klinik (Leiter Dr. Norbert Frings), Fachklinik für Venenerkrankungen, BAD BERTRICH.

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

RÉSULTATS À LONG TERME après SHAVE-THÉRAPIE versus FASCIECTOMIE en CAS D'ULCÈRE RÉSISTANT au TRAITEMENT : ESTIMATION COMPARÉE de DEUX TRAITEMENS DIFFÉRENTS

W. SCHMELLER[1], CH. SCHWAHN-SCHREIBER[2], Y. GABER[3]

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 89-91

Sept ans après une shave-thérapie ou après une fasciectomie, 12 patients ont été réévalués présentant respectivement 17 ulcères de jambes persistants, d'une part, et 9 patients avec 12 ulcères de jambes, d'autre part. Les résultats ont été documentés par un questionnaire téléphonique standardisé. De bons résultats ont été notés dans les deux groupes avec une proportion de guérison de 70,6 % (12 des 17 ulcères) à la suite de la shave-thérapie et de 50 % (6 sur 12 ulcères) après la fasciectomie. On n'a pas noté de différence significative entre les deux groupes.

Conclusion : La shave-thérapie – méthode simple et rapide – peut être considérée comme le traitement standard en cas d'ulcères veineux récalcitrants alors que la fasciectomie ne devrait être pratiquée que pour des cas particuliers (ablation de tendons, récidive après shave-thérapie).

Mots-clefs : *ulcères veineux résistant au traitement, shave-thérapie, fasciectomie crurale, résultats à long terme.*

1. Hanse-Klinik, Fachklinik für Liposuktion und operativ-ästhetische Dermatologie, LÜBECK. **2.** Praxis für Gefäßchirurgie und Phlebologie, STADE. **3.** Venen-PraxisKlinik, LÜBECK.

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

Un SIÈCLE de CHIRURGIE des VEINES de GROS CALIBRE

W. HACH

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 61-6

A l'origine, les chirurgiens ont été confrontés à des traumatismes de veines de gros calibre lors des blessures de guerre. Ils ne réalisaient alors que des ligatures grossières ou des occlusions au fer chaud. En 1813 seulement, le chirurgien parisien Roux a procédé à la première ligature de la veine fémorale chez un patient blessé en duel. Une évolution gangréneuse de la jambe a entraîné alors la conclusion pénible qu'une ligature veineuse isolée était incompatible avec la survie. Toutefois, l'idée qu'une ligature artérielle pouvait constituer le traitement de maladies veineuses graves a persisté pendant tout le 19ème siècle. La première reconstruction d'une paroi veineuse avec un bon résultat date des années 1890.
Diverses méthodes chirurgicales ont été utilisées pour le traitement de problèmes septiques du corps humain. On retiendra l'idée qu'une interruption veineuse peut être utile pour le sepsis puerpéral ainsi que pour des plaies surinfectées lors de blessures des extrémités et enfin pour les maladies purulentes abdominales.
La chirurgie a joué un rôle de plus en plus grand pour le traitement de la thrombose veineuse profonde au cours du 20ème siècle. Pendant que les premiers pas furent faits pour la prévention de la thrombose veineuse et de l'embolie pulmonaire en 1889, ce n'est que vers 1930 que la première thrombectomie veineuse fut effectuée. L'important développement de la chirurgie des grandes veines n'a eu lieu que depuis la Seconde Guerre mondiale.

Mots-clefs : *Langenbeck von Bernhard, reconstruction veineuse, sepsis, thrombose veineuse profonde, prophylaxie de la maladie thrombo-embolique.*

ÉTIOLOGIE des LYMPHŒDÈMES SECONDAIRES d'ORIGINE NON CANCÉREUSE : REVUE de la LITTÉRATURE

E. BRENNER, A. KRÖLL, S. NEUHÜTTLER

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 67-74

Environ 60 % de l'ensemble des lymphœdèmes sont d'origine secondaire. Plus de la moitié de ceux-ci sont provoqués par des néoplasies. Néanmoins, un nombre important de lymphœdèmes secondaires ne sont pas d'origine cancéreuse. Le but de cet article est de présenter une revue récente de ces autres étiologies. On peut en général observer deux groupes : le groupe 1 avec une activité immunologique (par exemple : filariose, arthrite) et le groupe 2 sans activité immunologique (par exemple : traumatisme, chirurgie). Cela démontre une fois de plus que la lymphologie ne peut pas être considérée comme une discipline médicale isolée mais nécessite une approche multidisciplinaire.

Mots-clefs : *lymphœdème, étiologie.*

Department für Anatomie, Histologie und Embryologie (Direktorin: o. Univ.-Prof. Dr. med. Helga Fritsch), Division für klinisch-funktionelle Anatomie, Medizinische Universität Innsbruck, ÖSTERREICH SCHLÜSSELWÖRTER.

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

AMÉLIORATION du CONTRÔLE d'un TRAITEMENT ANTI-COAGULANT par ANTAGONISTES de la VITAMINE K avec un DOSIMÈTRE de MANIPULATION AISÉE

W. BERTHOLD[1], TH. MILLER[2], ST. WALTHER-BERTHOLD[3]

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 134-6

But : Développement d'un dosimètre simple pour l'amélioration de la qualité du traitement anticoagulant par voie orale.
Méthode : En raison du grand nombre de paramètres qui peuvent influencer la valeur de l'INR, il est nécessaire de mesurer régulièrement la dose (D) du médicament anticoagulant (une fois par semaine si possible) aux conditions actuelles. Au départ, on admet : INR = exp (p ◊ D), où p est un facteur spécifique au patient et qui change avec le temps, en admettant que cette valeur entre deux mesures consécutives reste stable. On a développé un adaptateur qui, par une échelle logarithmique, ramène la division à une soustraction et la multiplication à une addition.
Résultat : La détermination de la nouvelle dose ne demande qu'une seule manipulation qui se base sur la dose connue D en s'adaptant à la dose préalable de la valeur INR. La nouvelle dose D peut ainsi être lue en fonction de la cible choisie. Avec le dosimètre, on peut ainsi établir rétrospectivement une amélioration personnelle du résultat par le calcul de la valeur INR que l'on aurait dû obtenir par l'utilisation du dosimètre et une comparaison est possible avec la méthode conventionnelle.
Conclusion : En observant les doses calculées sur une longue période qui amène les valeurs INR en majorité dans l'espace thérapeutique, on peut admettre que l'introduction de l'adaptateur apporte une amélioration de la qualité du traitement anticoagulant. L'avantage réel du dosimètre doit être déterminé par une étude prospective randomisée s'intéressant à une pratique médicale quotidienne standard.

Mots-clefs : *dosimètre, phénoprocoumone, contrôle INR, traitement anticoagulant.*

1. DIRMSTEIN. **2.** Praxis für Allgemeinmedizin, DIRMSTEIN. **3.** Evangelisches Krankenhaus Hochstift, Worms, SCHLÜSSELWÖRTER.

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

EFFICACITÉ d'une STIMULATION à HAUT VOLTAGE pour la GUÉRISON d'ULCÈRES VARIQUEUX chez des PATIENTS TRAITÉS de MANIÈRE CONSERVATRICE ou CHIRURGICALE

A. FRANEK[1], J. TARADAJ[1], A. POLAK[2], L. CIERPKA[3], E. BLASZCZAK[1]

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 127-33

But : Étude de l'efficacité d'une stimulation à haut voltage (SHV) sur la guérison d'ulcères variqueux (à divers stades : désinfection, granulation, épidermisation).
Patients, matériel, méthode : 110 patients présentant des ulcères de jambes ont été inclus dans l'étude. Les patients des groupes A et B ont été traités de manière conservatrice (compression et médicaments). Les groupes C et D ont été traités par la chirurgie (méthode de Babcock modifiée). Les patients des groupes A et C ont été traités en plus par SHV (100 µs, 100 Hz, 100 V) pendant 50 minutes tous les jours, six jours par semaine, pendant quelques semaines. L'évolution du traitement a été évaluée par le nombre de cicatrices guéries, la mesure millimétrique, les surfaces (purulente ou en granulation) ainsi que le nombre des ulcères de jambe.
Résultat : Le traitement a été efficace dans tous les groupes comparés. La comparaison de l'efficacité du traitement (nombre de lésions complètement cicatrisées) a montré des différences statistiquement significatives entre les groupes A et B (p = 0,03), B et C (p = 0,03), B et D (p = 0,03) en faveur des groupes A, C et D. La comparaison d'autres paramètres a montré un meilleur effet thérapeutique dans les groupes A, C et D par rapport au groupe B. Aucune différence statistiquement significative de ce point de vue n'a été observée entre les groupes A, C et D.
Conclusions : Les résultats ont démontré que la SHV est une méthode efficace pour accélérer la cicatrisation dans le cadre du traitement conservateur des ulcères variqueux. Cependant, il est apparu que la SHV n'accélère pas la guérison des ulcères variqueux chez les patients traités de manière chirurgicale.

Mots-clefs : *stimulation à haut-voltage, SHV, ulcères variqueux.*

1. Katedra i 1Zaklad Biofizyki Lekarskiej. **2.** Zaklad Fizykoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego, KATOWICE, Poland.
3. Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, S'la,ska Akademia Medyczna, KATOWICE, Poland.

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

QUALITÉ de VIE chez les PERSONNES ÂGÉES AVANT et APRÈS une OPÉRATION des VARICES. ÉTUDE PROSPECTIVE de PATIENTS VARIQUEUX AVEC ou SANS RÉCIDIVES de VARICES

Z.T. MISZCZAK[1], E. RABE[2]

RÉSUMÉ

Phlebologie 2006; 35: 137-47

Étude prospective de la qualité de vie (QV) chez des personnes âgées avant une opération pour varices et en postopératoire à six mois. L'étude s'intéresse à la QV pour savoir si elle est dépendante de l'âge en postopératoire et si elle est modifiée par l'intervention. L'étude inclut des opérations de première intention ainsi que des récidives de varices. Patients et méthodes : 117 patient(e)s classifiés C4 (âge moyen ≥ 65 ans ; 84 femmes, 24 hommes) ont été investigués. Âge moyen : 70,8 ± 4,5 ans (65-82 ans). La QV a été établie selon une modification du questionnaire de Tübingen (TLQ-CVI) pour la période préopératoire entre février et mai 2003 et en postopératoire après six mois (6,3 ± 0,3) entre août et novembre 2003. Deux groupes d'âge ont été distingués pour l'analyse comparative (de 65 à 69 ans et ≥ à 70 ans). En outre, une comparaison de la QV a été établie entre les patients sans (n = 76) et avec (n = 41) récidives de varices.

Résultat : On observe chez tous les patients une amélioration de la QV six mois après l'opération. Le premier groupe a même été nettement amélioré par rapport au deuxième. Chez ces derniers, le faible degré d'amélioration a été influencé par un état dépressif, une diminution de la capacité intellectuelle, de faux espoirs et une mésestime de soi. L'appréciation du score a été modifiée par la sensation de qualité de vie et l'état général globalement moins bon que dans le groupe des 65 à 70 ans. Les résultats de mesure de la QV ont montré que les sujets présentant des récidives de varices avaient d'emblée un abaissement de leur propre estimation aussi bien avant qu'après l'intervention dans tous les cas examinés.

Conclusion : L'âge n'est pas en lui-même un facteur de risque pour la maladie variqueuse mais celle-ci est l'un des facteurs de risque présent chez les personnes âgées. Un traitement chirurgical bien ciblé de la maladie variqueuse peut améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Mots-clefs : *qualité de vie, opération pour varices, personnes âgées, varices récidivantes.*

1. Venen-Clinic, BAD NEUENAHR-AHRWEILER. **2.** Klinik und Poliklinik für Dermatologie der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, BONN.

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

ÉTIOLOGIE des LYMPHŒDÈMES SECONDAIRES d'ORIGINE CANCÉREUSE : REVUE de la LITTÉRATURE

S. NEUHÜTTLER, A. KRÖLL, E. BRENNER

R É S U M É

Phlebologie 2006; 35: 117-26

Les tumeurs malignes sont les premières causes de lymphœdèmes secondaires. D'une part, la tumeur elle-même peut provoquer un lymphœdème et, d'autre part, celui-ci peut être induit par le traitement de la tumeur. Les tumeurs malignes les plus fréquentes – par ordre décroissant pour l'apparition d'un lymphœdème – concernent le sein (chez la femme), la prostate, la peau (mélanome), l'ovaire et la vessie. Bien d'autres tumeurs malignes peuvent induire un lymphœdème, de manière directe ou indirecte. Le degré d'agressivité d'un traitement est également en relation directe avec l'apparition d'un lymphœdème ; néanmoins, on manque de données pour établir une relation entre la gravité d'un lymphœdème et la thérapie. On peut souligner que l'augmentation de la survie après traitement montre un parallèle avec l'accroissement des plaintes des patients sur le plan physique ou psychique concernant les restrictions de leur vie privée et professionnelle.

Mots-clefs : *lymphœdème, oncologie.*

Department für Anatomie, Histologie und Embryologie (Direktorin: o. Univ.-Prof. Dr. med. Helga Fritsch), Division für klinisch-funktionelle Anatomie, Medizinische Universität Innsbruck, INNSBRUCK.