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

APPORT de l'ÉCHOSCLÉROSE en PRATIQUE GÉRIATRIQUE

The ROLE of ECHOSCLEROSIS in GERIATRIC PRACTICE

M. CHAHIM[1, 3], M. SCHADECK[2], J.P. BENIGNI[2], J.F. VAN CLEEF[3], P. DESOUTTER[4]

R É S U M É

L'échosclérose est l'une des techniques de traitement des incontinences saphéniennes et des collatérales actuellement peu répandue en milieu gériatrique. Or l'insuffisance veineuse et ses complications sont des pathologies fréquentes du sujet âgé, pouvant devenir invalidantes et compromettre à terme son autonomie. Cette technique est une alternative efficace, non invasive et peu coûteuse aux méthodes chirurgicales classiques, souvent contre-indiquées chez le sujet âgé. Elle évite en outre l'hospitalisation et l'immobilisation. Ses complications sont rares (réactions inflammatoires locales et allergiques).

Mots-clefs : *échosclérose, gériatrie, sujet âgé.*

S U M M A R Y

Echosclerosis is one of the techniques available for the treatment of incompetence of the saphenous veins and their tributaries but it is not widely used in a geriatric environment. However, venous insufficiency and its complications are common pathologies of the elderly subjects and can become a cause of invalidism and eventually compromise patient autonomy. This technique is an effective, non invasive and low cost alternative to classical surgical methods, often contraindicated in the elderly, and it also avoids hospitalisation and immobilisation. Complications are rare (local and allergic inflammatory reactions).

Keywords : echosclerosis, gerontology, elderly subject.

INTRODUCTION

L'exercice en milieu gériatrique montre à l'évidence l'importance du maintien de la marche chez le sujet âgé. L'effet combiné de la sénescence et des polypathologies associées, notamment l'arthrose mais aussi l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, expliquent la fréquence des altérations de la marche chez la personne âgée.

La marche permet le déplacement et les activités de tous les jours. Sa défaillance est à l'origine de la dépendance avec ses cortèges néfastes représentés par les chutes, les conséquences psychosociales, le repli sur soi, un état dépressif, les syndromes d'immobilisation et leurs complications. D'où une augmentation des coûts considérable [1-3].

La prise en charge de la maladie veineuse chronique et de ses complications est donc essentielle chez le sujet âgé, assurant à sa longévité une qualité de vie.

Cette prise en charge permet également un gain de temps considérable en terme de soins infirmiers au profit d'un soutien psychologique indispensable auprès de cette population âgée [4].

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Mariage entre deux techniques courantes et validées : la sclérothérapie et l'échographie, la place de l'échosclérothérapie dans la prise en charge de la maladie veineuse chronique n'est plus à démontrer [5-8]. Rappelons rapidement la nécessité d'un bon appareillage : un écho-Doppler avec sonde superficielle linéaire 7,5 à 10 MHz, des seringues de 2 ml à usage unique, des aiguilles 23 G, du gel stérile, des produits sclérosants : Trombovar® 1 % et 3 %. Le repérage de l'axe veineux se fait en coupe transversale.

LA POPULATION ÉTUDIÉE

Il s'agit d'une étude rétrospective suivie durant 5 ans (1999-2004) incluant 500 patients d'âge moyen 76,9 ans ± 65-95 ans, comprenant 430 femmes (86 %) et 70 hommes (14 %).

Ces patients présentaient une maladie veineuse chronique correspondant au minimum à un stade C2

1. Service de Gérontologie II Hôpital Corentin Celton 93130 ISSY-LES-MOULINEAUX.
2. Service de Pathologie cardio-vasculaire, HIA Bégin 69, avenue de Paris 94163 SAINT-MANDÉ.
3. Institut Arthur Vernes 36, rue d'Assas 75006 PARIS.
4. Clinique de la Porte d'Italie 23, rue de la Division Leclerc 94250 GENTILLY.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 58, n° 2/2005, p. 157-159

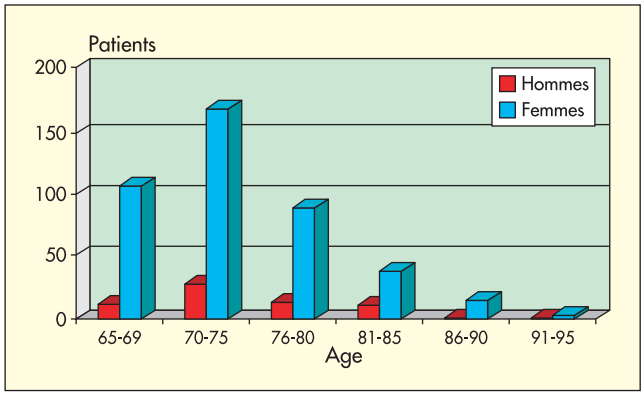
Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print,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

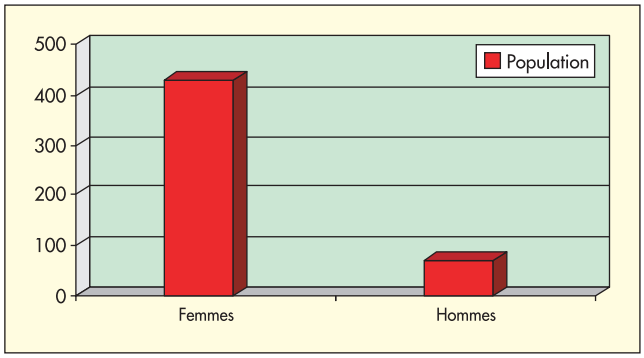
de la classification CEAP avec un reflux diagnostiqué à l'écho-Doppler (ostial, ostio-tronculaire ou en rapport avec une perforante). Ils ont tous bénéficié d'une prise en charge phlébologique par sclérothérapie écho-guidée.

Critères d'exclusion

Étaient exclus les patients présentant :

- une pathologie néoplasique en cours,
- une thrombophilie connue,
- un antécédent de maladie thrombo-embolique
- une chirurgie antérieure : CHIVA, crossectomie-éveinage,
- une récidive.





Graphiques 1 et 2. – Population étudiée : âge et sexe

Perdus de vue

Notre souci a été de sélectionner des patients ayant bénéficié de l'échosclérose mais surtout suivis pendant 5 ans. Plus de 2 000 dossiers ont été étudiés et 500 ont été retenus pour l'étude. Notre population est composée de patients hospitalisés en court, moyen ou long séjours.

Protocole

- Écho-Doppler artério-veineux avec réalisation d'une cartographie et élimination d'une artériopathie asymptomatique du sujet âgé ;
- information du patient et son consentement ;
- échosclérose à J0 ;
- contrôle et évaluation à J7 ;
- voire échosclérose toutes les 3 semaines jusqu'à l'obtention d'un sclérus complet ou de la disparition des reflux : stabilisation ;
- contrôle à un mois et six mois ;
- enfin contrôle bi-annuel.

Axes veineux étudiés

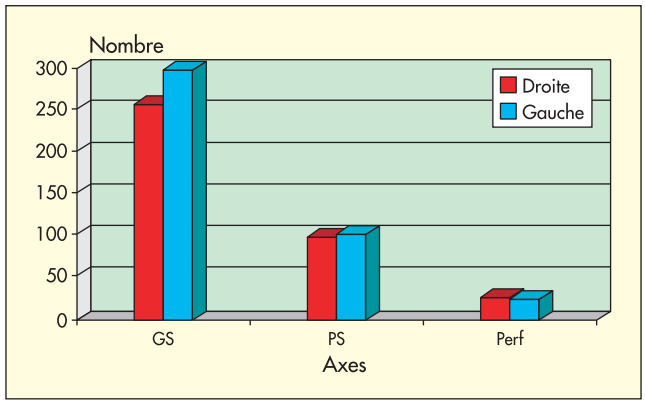
Huit cent dix axes veineux ont été pris en charge dont 558 grandes saphènes (258 à droite et 300 à gauche), 200 petites saphènes (98 à droite et 102 à gauche) et 52 perforantes (28 à droite et 24 à gauche). Le diamètre de ces axes veineux varie entre 2 et 9,8 mm (moyenne : 6,2 ± 1 mm).

Résultats

Le nombre moyen de séances a été de 2,25 avec un taux de succès de 99,7 % (15 cas de résistances dont 4 ayant nécessité une intervention chirurgicale). La durée du contrôle a montré qu'à 5 ans le taux d'occlusion était total à condition d'assurer le suivi habituel et de pratiquer des sclérothérapies de rappel en cas de reperméabilisation partielle.

Les incidents

Nous n'avons noté que des incidents mineurs à type de veinites inflammatoires (au nombre de 20) répondant à une compression élastique simple et, dans 3 cas, à la prescription d'AINS. Il n'a pas été observé de thrombose.



Graphique 3. – Les axes veineux pris en charge

Discussion

Plusieurs études déjà réalisées peuvent être comparées à nos résultats.

M. Schadeck obtenait en 1997 un succès de 91 % sur 164 patients dont la moyenne d'âge était de 77,1 ans. Le nombre moyen des séances était de 2,1.

La même année, M. Benoist et M. Alix [9] obtenaient un succès de 97 % chez 33 patients résidant en institution gériatrique dont la moyenne d'âge était de 74 ans. Le nombre moyen des séances était de 1,59.

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

En dehors de l'efficacité, plusieurs autres éléments sont importants à signaler.

Tout d'abord la simplicité d'exécution de la méthode par rapport à la chirurgie. En effet si la bonne technique chirurgicale peut être discutée chez le sujet âgé, elle ne suffit pas. La chirurgie gériatrique nécessite une prise en charge pluri-disciplinaire avec ses risques classiques accentués par le grand âge ; aussi bien en pré qu'en postopératoire, de multiples complications secondaires peuvent survenir (agitations, désorientations lors de l'hospitalisation, décompensation cardio-respiratoire, rénale en postopératoire...) et enfin un risque létal ne doit pas être ignoré ni par le patient, ni par son entourage.

	Nombre de patients	Taux de succès	Nombre de séances	Moyenne d'âge
SCHADECK	164	91,1 %	2,1	77,1
BENOIST	33	97 %	1,59	74
CHAHIM	500	99,7 %	2,25	76,9

Il en découle un élément essentiel : la sécurité par rapport à l'acte chirurgical.

En effet, il est classique d'évaluer en préopératoire :

- les grandes fonctions notamment : rénale, cardiaque et respiratoire ;
- l'état nutritionnel et d'hydratation du sujet âgé.

La décision opératoire sera le fruit de multiples examens et l'acte nécessite une hospitalisation en milieu chirurgical avec un risque anesthésique.

De plus tout changement de milieu peut être délétère chez le sujet âgé, avec syndromes confusionnels et/ou désorientation ; c'est pourquoi il est indispensable de trouver des solutions adéquates. L'échosclérose fait partie de cet arsenal thérapeutique à moindre risque chez le patient âgé.

Élément très important également, l'autonomie du sujet âgé : l'échosclérose des axes saphéniens apporte une amélioration franche au niveau des membres inférieurs, évitant de multiples complications : ulcères, hypodermites veineuses. Elle procure également une amélioration de la marche, élément essentiel au plan relationnel et psycho-social.

Enfin le coût dans nos sociétés vieillissantes où tout est et sera de plus en plus évalué : l'échosclérose est une technique peu onéreuse, cotée dans la nouvelle nomenclature.

CONCLUSION

L'échosclérose est une alternative efficace, non invasive, ambulatoire et peu coûteuse comparée aux méthodes chirurgicales classiques, d'ailleurs souvent contre-indiquées chez le sujet âgé.

RÉFÉRENCES

1 Campbell A.J. Circonstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing* 1990 ; 19 : 136-41.

2 Tientti M.E. Instability and falling in elderly patients. *Sermin Neurol* 1989 ; 9 : 39-45.

3 Gaudet M. Le syndrome de régression psychomotrice du vieillard. *Méd Hyg* 1986 ; 44 : 1332.

4 Hébert R. Réunions d'équipe multidisciplinaires en soins de longue durée. *Le Médecin du Québec* 1989 ; 24 : 31-7.

5 Vin F. Écho-sclérothérapie. Dexo. Documentation scientifique 1993.

6 Wallois P. Traitement des varices du sujet âgé. XVIIIèmes journées annuelles communes de Gérontologie. Paris, 1997.

7 Schadeck M., Vin F. Résultats du traitement des saphènes internes par sclérose de crosse contrôlés au Doppler. First United Meeting, Londres, septembre 1985.

8 Schadeck M. Sclérose échoguidée de la grande saphène. *Phlébologie* 2000 ; 53 : 169-72.

9 Benoist M., Alix M. Sclérose échoguidée : nouvelle approche thérapeutique des varices en milieu gériatrique. A propos d'une étude portant sur 33 sujets âgés. *Revue de Gériatrie* 1999 ; 24 : 553-5.