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

Phlébologie 2009, 62, 3. p. 51-55

Comment réduire l'appréhension des patients avant une séance de sclérothérapie ?
Sclerotherapy: how to reduce the apprehension of the patients?

2 - Place de l'information du patient et d'une psychothérapie d'auto-aide relationnelle
Medical information and interactive self help psycological program

Ferrara F.

Résumé

Objectifs :
Le but du travail était d'évaluer les résultats d'une psychothérapie relationnelle d'auto-aide destinée à réduire l'appréhension des patients soumis à un traitement de sclérothérapie.

Méthode :
A été mesuré le niveau d'anxiété de 100 femmes, d'âge variable entre 25 et 60, soumises à sclérothérapie pour des varices primitives.
Les 100 patientes ont été divisées en deux groupes de 50 cas selon que l'information avait été donnée par le médecin seulement (Groupe B) ou associée à une « information horizontale » donnée par un club de patientes déjà traitées (Groupe A).
Chacun de ces groupes a été divisé à son tour en trois sous-groupes selon la classe clinique de la classification CEAP.
L'appréhension a été mesurée par l'Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A).

Résultats :
La différence des niveaux moyens d'appréhension pour la sclérothérapie entre les groupes A et B était statistiquement significative (p= 0,0008) démontrant l'efficacité du programme d'information réalisé par le Club.
Si l'on analyse séparément les sous-groupes, une différence statistiquement significative (p= 0,004) n'a été observée que pour les patientes du sous-groupe A, c'est-à-dire qui ne présentaient que des télangiectasies.

Conclusion : L'appréhension est réduite par une information adaptée.
Dans cet objectif, une collaboration entre le phlébologue et ses anciennes patientes est essentielle.

Mots clefs : *sclérothérapie, anxiété.*

Summary

Objectives :
The aim of our work has been to evaluate the importance of medical information, associated to Interactive Self Help Psychological Program, in reduction of the apprehension correlated to the sclerotherapy.
Methods:
100 female patients, aged between 20 and 60 years, who underwent sclerotherapy of their primary varices, have been divided into two groups, depending on different information program. Group B (50 cases) has been submitted only to medical information. Group A (50 cases) has been submitted to Self Help Psychological Information Program, combining the information provided by the physician, with the results of interviews with the patients already treated by the same method and grouped in an association, founded by Dr Ferrara, in his phlebological office. Each of these groups has been divided into three subgroups depending on CEAP clinical classification: subgroup I (C 1), subgroup II (C 2), subgroup III (C3-C6). The level of apprehension has been measured, according to Hamilton Anxiety Rating Scale, by the Anxiety Index (AI).
Results:
The evaluation of the results has been done by the average of the AI in each of groups and subgroups. The AI of group A has been inferior then the AI of group B; with an important reduction of the AI of the subgroup I A in comparison to subgroup I B. On the other hand there weren't significant differences of the AI in the subgroups II and III.
Conclusion: *Patients, submitted to Self Help Psychological Information Program, have showed significant positive results in reduction of the apprehension, correlated to the sclerotherapy, including improvements in quality of life.*

Keywords: sclerotherapy, anxiety*.

Francesco FERRARA, Studio Flebologico Ferrara v. Kuliscioff, n 25 80011 Acerra (NA) Italie.
Tel. 081/5207231 Fax. 081/060335
email: frferr@tiscali.it
Accepté le 08 juin 2009.

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

Introduction

Les causes de l'appréhension (anxiété) humaine sont, au-delà de la peur de la mort, la peur de l'inconnu et la peur de la douleur. La résolution de ces deux peurs est obtenue grâce à une information complète. Celle-ci peut être donnée par le médecin et par des patientes déjà traitées.

La lutte contre la peur de l'inconnu est bien assurée par l'information donnée par le médecin, tandis que les informations provenant de patientes réduit la peur de la douleur plus efficacement qu'un long dialogue avec le médecin.

Objectif

• Le but du travail était d'évaluer les résultats d'une psychothérapie relationnelle d'auto-aide destinée à réduire l'appréhension des patients soumis à un traitement de sclérothérapie.

Matériel et méthode

• Lors de la première consultation au cabinet de phlébologie, un questionnaire destiné à mesurer l'état d'appréhension, c'est-à-dire l'état d'anxiété du patient, est associé à la fiche d'information sur la sclérothérapie. Fiche et questionnaire sont toujours le point de départ d'une discussion qui sera poursuivie [1].

• *La psychothérapie relationnelle d'auto-aide* est une thérapie efficace vis-à-vis de la crainte de la douleur. Elle est réalisée par une «information horizontale » donnée par des patientes. Nous avons fondé un Club de 20 femmes volontaires, déjà soignées pour varices, « l'Observatoire Phlébologique », qui organise des rencontres et des séances de discussion avec les patients; il fournit aussi une assistance téléphonique et un forum Internet disponible pour les dialogues (on-line) à distance.

• Son objectif est d'obtenir une meilleure compliance thérapeutique du patient mais aussi de lui permettre une correcte interprétation des résultats surtout du point de vue esthétique.

• A été mesuré le niveau d'anxiété de 100 femmes, d'âge variable entre 25 et 60, soumises à sclérothérapie pour des varices primitives.

• Les 100 patientes ont été divisées en deux groupes de 50 cas selon que l'information avait été donnée par le médecin seulement (Groupe B), ou en associant à cette information l'« information horizontale » du Club «l'Observatoire Phlébologique » (Groupe A).

Chacun de ces groupes a été partagé, à son tour, en trois sous-groupes (I, II, et III) selon la classe clinique de la classification CEAP (**Tableau 1**). Le sous-groupe I comprenait les patientes classées C1, le sous-groupe II celles classées C2 et le sous-groupe III les patientes dont la classe clinique était C3, C4, C5 ou C6.

• L'anxiété des patientes était mesurée au niveau basal, puis lors de la séance de sclérothérapie, par le questionnaire «Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)» simplifié et adapté [2]. Notre questionnaire (Tableau 2) comprend seulement 10 des 14 items de l'HAM-A, qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil. Les items ne sont pas à proprement parler définis, mais à chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition par extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité : de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 40; le seuil admis pour une anxiété significative a été de 14.

• L'appréhension pour la sclérothérapie a été mesurée par l'Anxiety Index (AI), qui est le rapport entre le score HAM-A de la séance de thérapie et le score basal [3]. Un index inférieur à 1,5 était considéré comme réaction normale et un index supérieur à 2 représentait une appréhension importante [2].

• Les analyses statistiques comparant les groupes A et B et les sous-groupes ont été réalisées grâce au test de Pearson.

Résultats

• L'AI moyen du groupe A était de 1,54 (extrêmes : 1 à 2,4; médiane : 1,45) ; cette valeur correspond à une appréhension faible ou presque absente. L'AI moyen du groupe B était de 2,13 (extrêmes: 1 à 3; médiane : 2,2) ; cette valeur correspond à une appréhension modérément importante.
• Si l'on considère la totalité des patientes traitées, la différence entre les groupes A et B était statistiquement significative (p= 0,0008) démontrant l'efficacité du programme d'information réalisé par le Club.
• Si l'on analyse séparément les sous-groupes, une différence statistiquement significative (p= 0,004) n'a été observée que pour les patientes du sous-groupe IA (**Tableau 2**), c'est-à-dire pour celles qui ne présentaient que des télangiectasies et avaient donc une motivation esthétique. Des différences en faveur du groupe A étaient observées dans les sous-groupes II et III mais elles n'atteignaient pas des valeurs significatives (**Tableau 3**).

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

GROUPE A : 50 cas

INFORMATION : MÉDECIN → PATIENTE ↔ PATIENTE

Sous Groupes : I [20 cas] ; **II** [20 cas] ; **III** [10 cas]

GROUPE B : 50 cas

INFORMATION : MÉDECIN → PATIENTE

Sous Groupes : I [20 cas] ; **II** [20 cas] ; **III** [10 cas]

Répartition des patientes en fonction de leur classe clinique CEAP
Sous Groupes : **I** [C 1] ; **II** [C 2] ; **III** [C 3 à 6]

*TABLEAU 1 : **Répartition des patientes en fonction du programme d'information (Groupes A et B) et de leur classe clinique CEAP (sous-groupes I, II et III).***

Discussion

• L'efficacité du programme d'information réalisé par le Club a été très utile surtout pour réduire l'appréhension des patientes qui ne présentaient pas importants symptômes cliniques. Leur motivation, presque entièrement esthétique, augmente la peur de possibles problèmes d'une thérapie qu'elles ne considèrent souvent justifiée que par de «frivoles exigences». Ces problèmes peuvent être les complications classiques de la sclérothérapie, mais aussi la douleur et surtout des résultats non satisfaisants. Les différents facteurs psychologiques et la phobie esthétique troublent, de plus, la sérénité de la patiente. Ce travail d'information réalisé par le Club a permis non seulement une meilleure compliance thérapeutique de la patiente, mais aussi une interprétation plus correcte des résultats. Le dialogue entre les patientes et le Club est nécessaire, non seulement à une correcte connaissance de la thérapie, mais aussi à l'évaluation objective des résultats du point de vue esthétique.

• Les patientes des sous-groupes II et III qui, au contraire, présentaient d'importants symptômes et/ou des signes cliniques d'insuffisance veineuse chronique, se sont rapprochées de la sclérothérapie avec patience et avec un grand espoir d'amélioration de leur symptomatologie. Dans ces cas la psychothérapie relationnelle d'auto-aide est peu efficace; le rôle important du Club est de soutenir et de compléter l'information du médecin concernant les avantages et les limites de la thérapie.

En effet il donne des renseignements sur la procédure de la sclérothérapie, l'application du bandage et de la contention médicale, la gestion des ulcères, l'hygiène de vie dans l'IVC et dans la prévention des varices, etc.

• L'information du médecin a été jugée globalement satisfaisante par nos patientes; cependant les questions adressées à notre Club furent nombreuses. En effet, après l'information bilatérale (c'est-àdire donnée par le Club d'un côté et par le phlébologue de l'autre), une grande partie des questions n'était pas destinée au médecin mais aux femmes du Club; elles concernaient la gestion du bandage ou portaient sur des problèmes d'hygiène ou sur l'habillement utile pour masquer les bandes ou les bas. En outre 30% des questions concernaient la possibilité pour les femmes de mener leur vie normale, au niveau des activités domestiques ou du cycle menstruel par exemple.

• Les 10 questions de notre HAM-A test (montrées par le **Tableau 1**), peuvent être insérées dans le contexte d'un questionnaire d'évaluation de la qualité de vie dans la pathologie veineuse [5], en ajoutant seulement les questions relatives aux dimensions «inconfort» et «aspect physique» (**Tableau 4**). De cette façon un questionnaire global, destiné à l'évaluation de la qualité de vie et en même temps à la mesure du niveau d'appréhension, peut être rempli par les patients eux-mêmes après explications du médecin ou du Club.

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

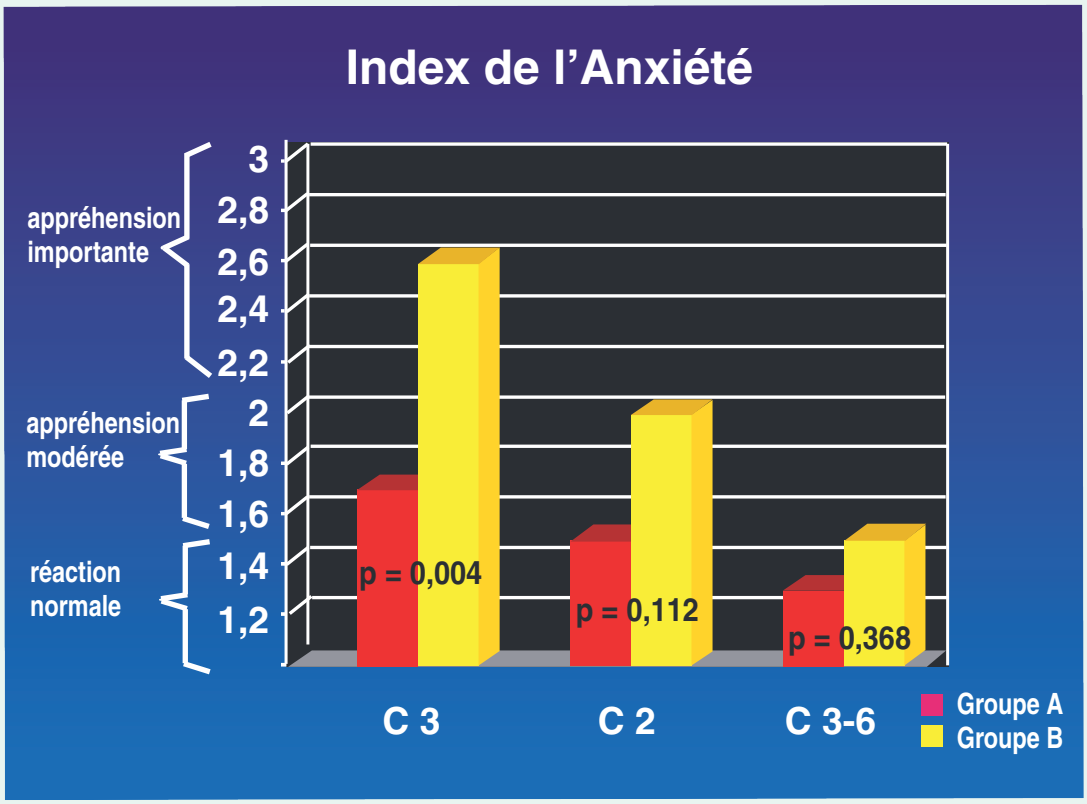

TABLEAU 2 : ***Comparaison des niveaux d'appréhension entre les patientes du groupe A (rouge) et celles du groupe B (jaune) réparties en trois sous-groupes selon leur classe clinique CEAP. En ordonnée sont indiquées les valeurs moyennes de l'index d'anxiété.***

La qualité de vie dans la pathologie veineuse : les quatre dimensions à évaluer

1. INCONFORT : gêne, douleur, crampe, fourmillement, impatience, lourdeur ;

2. ASPECT PHYSIQUE : gonflement d'une ou deux chevilles, pigmentation cutanée, varicosité, varices, exzéma variqueux, dermite, ulcère ;

3. ASPECT PSYCHOLOGIQUE : irritabilité, fatigabilité, tension nerveuse, anxiété devant la tâche à accomplir, incapacité physique ;

4. ASPECT SOCIAL : dévaluation de soi, peur de montrer ses jambes, peur de sortir en jupe, d'aller à la piscine, de faire du sport, des longs trajets en voiture ou en avion, refus d'accomplir certaines tâches

TABLEAU 3 : ***Questionnaire HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale) simplifié, comportant 10 items évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, pour la cotation globale du score.***

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

1. Humeur anxieuse
Inquiètude - Attente du pire Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité - Etre facilement irritable - Ne pas avoir envie de sortir - Aller à des soirées
2. Tension
Sensation de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réaction de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensation d'être incapable de rester en place - Se sentir nerveuse / tendue - Impression d'être handicapée
3. Peurs
Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux - De la circulation - De la foule - Etre gênée de montrer ses jambes
4. Insomnie
Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars - Terreurs nocturnes
5. Symptômes somatiques généraux (musculaires)
Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée.
6. Symptômes somatiques généraux (sensoriels)
Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - sensations de faiblesse - Sensations de picotements
7. Symptômes cardivasculaires
Tachycardie - palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensation syncopales - Extras-systoles.
8. Symptômes respiratoires
Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensation d'étouffement - Soupirs - Dyspnée.
9. Symptômes gastro - intestinaux
Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonement, pyrosis, naussées, vomissements, creux à 'estomac, "coliques " abdominales - Borborrygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation
10. Symptômes du système nerveux autonome
Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation

COTATION
0 : absent ; 1 : léger ; 2 : moyen ; 3 : fort ; 4 : maximal (invalidant)

TABLEAU 4 : Deux des quatre dimensions (points 3 et 4, aspect psychologique et social) proposées par P. Blanchemaison pour évaluer la qualité de vie, peuvent comporter des questions similaires à celles de notre questionnaire HAM-A.

Conclusion

L'appréhension des patientes pour la sclérothérapie est réduite par une information adaptée. Dans cet objectif, une collaboration entre le phlébologue et ses anciennes patientes est essentiel. Nous l'avons réalisée grâce à un «Club» de volontaires regroupant des anciennes patientes qui avaient déjà soigné leurs varices.

Références

1. Maruish., Mark R.: The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
2. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety, in Studies of Anxiety, Lader M.H. (Ed.). Brit. J. Psychiatry, 1969, Spec. Pub., 3, 76-79.
3. Souery D., Oswald P., Massat I., Bailer U., Bollen J., Demyttenaere K., Kasper S., Lecrubier Y., Montgomery S., Serretti A., Zohar J., Mendlewicz J. ; Group for the Study of Resistant Depression. Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. J Clin Psychiatry. 2007; 68:1062-70.
4. C. Sposito: L'évaluation des résultats de la sclérothérapie par le patient. Phlébologie 2007; 60:77-79.
5. P. Blanchemaison : Evaluer la qualité de la vie dans la pathlogie veineuse : constrution d'une échelle Phlébologie 1999 ; 52:207-210.