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 POUR LES NULS

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

C'est quoi une perforante de ré-entrée ?

Philippe Lemasle

Mots-clés : *perforante de ré-entrée, perforante incontinente, perforante de drainage.*



Au moins deux conditions sont nécessaires pour une communication efficace :

Un interlocuteur proche de la communauté à laquelle il s'adresse,

Et véhiculer un message simple.

Si ce résumé doit vraiment être lu par des nuls, la première condition est acquise.

La deuxième impose un retour rapide aux fondamentaux.

Pour qu'il puisse y avoir une ré-entrée, il aura fallu une sortie préalable, elle-même précédée d'une première entrée.

Dans le cas qui nous intéresse l'élément qui ne cesse de faire des allers-retours est le sang et la structure de passage, est une perforante.

Physiologiquement, le sang « entre » dans le réseau profond par ladite perforante, mais il ne peut pas en sortir. S'il en sort, la perforante est pathologique.

Mais alors comment le sang l'emprunterait-il pour entrer à nouveau dans le système profond ?

Sauf à considérer que le sang entrerait par une 1re perforante saine, sortirait par une 2e malade et ré-entrerait par une 3e perforante saine « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement » pérorait Boileau ... facile à dire, lorsqu'on n'est pas nul !

Et si on oubliait ce concept de « ré-entrée » pour ne parler que de perforante continente ou de drainage et de perforante incontinente ou d'alimentation !

- *Le 1er cas : la perforante continente ou de drainage physiologique*, est corrélée à la présence d'un système valvulaire efficient, qui permet le passage du sang veineux de la superficie vers la profondeur et interdit l'inverse.
- *Le 2nd cas*, de *perforante incontinente ou d'alimentation pathologique* traduit un jeu valvulaire absent ou incontinent.

Au risque de compliquer ce schéma simplissime compréhensible par tous, même par vous ... il faut bien admettre qu'il existe parfois un flux bi-directionnel au niveau d'une même perforante.

C'est le cas des perforantes qui drainent un tel volume variqueux refluant que leur anneau valvulaire dilaté peut en fonction des différents gradients de pression, laisser « ressortir » du sang.

Déclaration d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article. ■

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

Lecture IRM pour le non initié : les éléments déterminants.

MRI Interpretations for the Uninitiated: Determining Factors.

Daniel Colombier, Éric Bruguière, Matthieu Lapeyre

Mots clés : *malformations veineuses, bilan pré thérapeutique, angio IRM dynamique, extension locorégionale.*

L'histoire et l'examen clinique combinés à l'échographie Doppler permettent le plus souvent de poser le diagnostic de malformation à bas débit et différencier les anomalies lymphatiques et veineuses.

L'IRM est indiquée lorsqu'il y a un doute clinique ou surtout comme bilan d'extension avant la prise en charge thérapeutique (embolisation et/ou chirurgie).

L'examen doit comprendre une acquisition d'angio IRM dynamique pour confirmer la nature veineuse de la malformation (absence de fistule artério veineuse et rehaussement lent et progressif des lumières vasculaires mieux visible sur les séquences tardives), ainsi que des coupes pondérées T1 et T2 avec saturation du signal de la graisse dans les 3 plans de l'espace.

Ces malformations veineuses apparaissent comme des masses de nature tissulaire en iso ou hypo-signal T1 et franc hyper-signal T2, de plage souvent hétérogène contenant des septa fibreux et des phlébolithes qu'il faut savoir reconnaître parfois associées à une prolifération graisseuse et/ou une atrophie musculaire.

L'objectif est de préciser leur volume, l'extension aux muscles, aux os et aux articulations et les rapports avec les organes de voisinages. ■

C'est quoi la différence entre laser et radiofréquence ?

Laurence Allouche



Radiofréquence et laser endoveineux sont deux techniques d'ablation des varices apparues à la fin des années 90 et utilisant toutes les deux l'énergie thermique dans le but de détruire la veine.

Depuis cette date elles n'ont cessé d'évoluer, se plaçant comme traitement de référence dans le traitement des veines saphènes.

***On retrouve dans chacune des techniques des points communs* comme bien sûr :**

- l'énergie thermique à l'origine de la destruction de la veine,
- mais également les conditions de réalisation,
- gestes de cathétérisme associés,
- les résultats
- et les complications.

Les différences portent essentiellement sur :

- le matériel générant l'énergie thermique,
- ainsi que sur les éléments de conduction,
- se traduisant par des protocoles d'utilisation différents et pouvant donc conduire à des pratiques et indications différentes.

Il existe également des différences concernant la règlementation française, en particulier sur la prise en charge par la caisse d'assurance maladie. ■

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

Lecture critique d'articles.

Aline Van Cleef

Mots-clés : *IMRAD, objectif, critère de jugement principal, méthode.*

Introduction : On veut comprendre pourquoi ce travail a été fait. Le contexte permet de comprendre le rationnel de l'étude.

Puis quel est l'objectif principal ?

Matériel et méthode : *Schéma expérimental adapté :*

- Essai thérapeutique : contrôlé, randomisé, en double insu, en intention de traiter ?
- Test diagnostique : comparaison au test (ou critère) de référence ?
- Étude pronostique : étude de cohorte ?
- Étude de causalité : essai contrôlé, randomisé ? Cohorte ? Cas - témoins ?
- Étude descriptive : transversale ? Série de cas ?

Lieu de l'étude adapté : au problème posé, à la prévalence de la pathologie, à la possibilité des soins (diagnostics ou thérapeutiques).

Patients : critères d'éligibilité (inclusion, non inclusion), nombre de patients inclus, exclusion.

Intervention : description de durée et nature.

Critères de jugement : critère principal (et critères accessoires) est (sont) retenu(s) avant le début de l'étude.

Résultats : Indiquer tous les résultats concernant le critère principal en premier.

Les principaux résultats sont présentés avec moyennes, intervalles de confiance, signification statistique.

Éviter les résultats « distractifs ».

Discussion : Précise si le but du travail exposé à la fin de l'introduction a été atteint ou non. *Juge la qualité et la validité des résultats* : commentaire sur les biais, choix de la méthode et des patients, discussion critique et objective des résultats. (Éviter les spéculations et les généralisations hâtives.

Différencier un avis d'un fait). *Compare les résultats observés à ceux d'autres auteurs.* ■

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 2016, 69, 3, p. 28-80

Trucs et astuces pour le PowerPoint.

Jean-François Van Cleef

Mots-clés : *message, PowerPoint, vide.*



Ce mot est-il essentiel ? Non : je le mets à la corbeille.

Cher orateur, quel est votre but ? Exister, être reconnu, s'écouter parler, montrer que vous connaissez la question de A à Z.

Votre but : délivrer un message

Un message en 10 minutes, prenez votre temps, 10 minutes c'est très long !

Être incomplet pour générer des questions.

Être imparfait pour impliquer dans cet événement une contribution humaine.

Le bruit vient du fond de l'amphi, pensez à eux :

Police 44 pour les titres, 32 pour le texte. Une seule idée par diapositive.

Un seul chiffre : 8,5 % des hommes sont daltoniens, pensez à eux !

La maîtrise du vide.

En effet plus vous écrivez du texte, plus l'auditeur passe son temps à lire, plus son cerveau est polarisé par cette lecture, moins il vous écoute. On ne peut lire et écouter en même temps. Il faut permettre à l'auditeur de se concentrer sur ce que vous dites

Dépouiller chaque diapositive :

3D, puce, logo, numérotation, point, SFP 2016. Pour chaque diapositive enlever les mots inutiles. Au-delà de 7 mots par diapositive l'orateur n'est plus audible.

Quel est votre message ? Adapter le visuel à votre message.

Si je ne peux pas lire ma diapositive, comment vais-je maitriser un trou de mémoire ? Improvisation, diapositive suivante ou capital sympathie !

Le message, très tôt dans la présentation, commencer par la conclusion

En pratique : votre message pour lundi prochain, à la reprise du travail quotidien. En conclusion : 1 message, 1 chiffre. ■