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 ANNALES VASCULAIRES 2018, 71, 3, p. 30-39

Article original
Original Paper

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

Sclérothérapie des veines variqueuses compliquées de thrombose veineuse superficielle : mise en place d'un registre et validation des questionnaires d'inclusion et de suivi.

Sclerotherapy of varicose veins complicated by superficial venous thrombosis: establishment of a registry and validation of inclusion and follow-up questionnaires.

Damian M.[1], Rastel D.[2], Gachet G.[3]

Résumé

La thrombose veineuse superficielle (TVS) est associée jusqu'à 30 % des cas à une thrombose veineuse profonde et dans 7 % des cas à une embolie pulmonaire.

Ce n'est donc pas une pathologie bénigne.

Les TVS surviennent pour 60-80 % d'entre elles sur des veines variqueuses, la prévention du risque de récidive passe par le traitement de ces varices.

Après une TVS, ce traitement est-il spécifique ? On ne le sait pas.

Objectif : Le but principal de ce travail est de préparer une enquête de pratique sur le traitement par sclérothérapie des varices compliquées d'une TVS.

Méthode : Le choix se portant sur une étude de type registre national français, prospectif, observationnel, multicentrique à une seule cohorte, des questionnaires furent élaborés et testés, le budget calculé avec estimation du nombre de sujets nécessaires.

Résultats : Une fiche d'inclusion et une fiche de suivi furent créées comprenant respectivement 17 et 8 items, couvrant les différentes situations car testées à épuisement sur 25 dossiers rétrospectifs.

Le budget global est estimé à 145 K€.

Summary

Superficial vein thrombosis (SVT) has been considered over a long time period as a benign disorder.

Nevertheless, deep vein thrombosis or pulmonary embolism can be associated with SVT in almost 30% and 7%, respectively.

Since 80% of SVT occur on varicose veins (VV), the risk of SVT recurrence could be prevented by treating the underlying VV.

***Objective:** The aim of this article was to elaborate the tools which could be used in a survey evaluating the French sclerotherapy practice treating VV after SVT.*

***Method:** Based on a prospective multicentre registry trial using one single cohort methodology, questionnaires were elaborated and tested, costs evaluated and number of needed patients calculated.*

***Results:** The major results include two case report form questionnaires, one for the inclusion and one for the follow-up.*

Tested using 25 retrospectively analysed patient's files, the questionnaires include 17 and 8 topics respectively which represent all the medically expected cases.

The budget of such study is estimated to be 145 K€.

1. *Médecin Vasculaire, 41 avenue de la Plaine Fleurie, 38240 Meylan, France. Tél : 04 76 51 53 22.*
Email : docteur.damian@gmail.com
2. *Médecin Vasculaire, Grenoble, France.*
3. *Médecin Vasculaire, Voiron, France.*

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

Le nombre de sujet estimé à inclure est de 400 avec un nombre potentiel de centre de 50.

Conclusion : La sclérothérapie est un traitement ambulatoire des varices et connaître la pratique des médecins vasculaires dans le cadre de la TVS au moyen du projet élaboré dans cet article, permettrait de conduire à une recommandation de bonne pratique.

Mots-clés : *Sclérothérapie, varices, thrombose veineuse superficielle.*

The number of needed patient was calculated at 400 and the number of centers that could participate at 50.

Conclusion: *We conclude that sclerotherapy being an ambulatory treatment of VV, the collected data about the vascular physician practice when SVT complicates VV is of great interest and could lead us towards a recommendation of good practice.*

Keywords: Sclerotherapy, varicose vein, superficial vein thrombosis.

Introduction

La maladie thrombo-embolique veineuse regroupe l'embolie pulmonaire, la thrombose veineuse profonde et la thrombose veineuse superficielle.

Il s'agit de trois entités de la même maladie, différentes quant à leur risque et leur prise en charge mais pouvant être associées. Elles s'inscrivent dans le cadre de pathologies chroniques principalement par leur potentiel récidivant [1-6].

La TVS, dont la fréquence serait au moins aussi élevée que la thrombose veineuse profonde, affecte, dans la majorité des cas, les veines des membres inférieurs et principalement les veines grandes saphènes et leur tributaires [2].

65 à 82 % des TVS des membres inférieurs surviennent sur des veines pathologiques, c'est-à-dire variqueuses [2, 3, 6].

Considérée longtemps comme une maladie bénigne, la TVS est considérée aujourd'hui comme une complication sévère de l'insuffisance veineuse chronique, étant associée entre 25 et 30 % des cas à une thrombose veineuse profonde (TVP) voire une embolie pulmonaire (EP) dans 4 à 7 % des cas [1-3].

La prise en charge des TVS à la phase aiguë est bien codifiée : en bref, pour des thrombus de plus de 5 cm de hauteur, mais ne concernant pas les trois premiers centimètres de la jonction saphéno-fémorale (JSF), le traitement est une anticoagulation entre 4 et 6 semaines par fondaparinux à la dose de 2,5 mg/j.

Pour les atteintes de moins de 5 cm de hauteur, une surveillance clinique et échographique est préconisée, sans anticoagulation initiale.

Dans les deux premières situations il est recommandé d'y associer une compression médicale, que ce soit par bandage ou par bas, avec un objectif de pression de 20-30 mmHg à la cheville [4, 7].

Ce type de thromboses étendues à la JSF sont assimilés aujourd'hui à des TVP proximales, les modalités de traitement étant les mêmes qu'en cas de TVP proximale [4].

Le potentiel récidivant de la TVS étant lié à l'altération définitive de la paroi veineuse par l'affection veineuse chronique, l'éradication du réseau veineux pathologique représente la prise en charge de ce risque.

Certains travaux la recommandent aussi pour des raisons de qualité de vie également ainsi que du coût de santé [5].

La fréquence de la récidive n'est pas évaluée de manière fiable dans les études [2-4].

Celle-ci surviendrait dans le même territoire saphénien dans 25 % de cas, dans un autre territoire saphène dans 37,5 % des cas.

Le traitement préventif de la récidive des TVS survenant sur veine pathologique n'étant pas précisé, est-il différent d'une prise en charge classique ?

On ne le sait pas, mise à part en cas d'atteinte de la jonction saphéno-fémorale (JSF). Dans ce cas particulier, la crossectomie ou ligature en urgence a été discutée mais non recommandée [7].

Le traitement curatif de segments veineux atteints dans les suites d'une TVS devrait faire appel, soit à la chirurgie, soit à la sclérothérapie, en évitant les procédures endoveineuses thermiques, dont la TVS est la complication la plus fréquemment signalée [7-9].

La TVS est prise en charge presque exclusivement en cabinet de médecine libéral [10].

Un traitement le plus ambulatoire possible est donc recommandé en priorité.

La sclérothérapie semblerait donc s'imposer comme étant la méthode la plus ambulatoire et à privilégier dans l'ablation des segments veineux pathologiques.

La pratique des phlébologues les plus expérimentés en sclérothérapie n'est pas connue dans ce contexte pathologique.

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

Il nous a paru intéressant de s'y pencher et de mettre en place les éléments nécessaires pour permettre l'enregistrement de la pratique de sclérothérapie des troncs veineux refluants, ayant été atteints par une TVS : ce qui est l'objectif de ce travail.

Méthode

Le travail faisant l'objet de cet article était de préparer l'organisation d'une étude dont le but serait la description de l'attitude des Médecins Vasculaires (MV) pratiquant régulièrement la sclérothérapie des veines saphènes et leurs tributaires lors de la prise en charge curative des veines incompétentes compliquées d'une TVS.

Sur le plan administratif et réglementaire l'étude devra se conformer à la plus récente législation dans ce domaine : la loi N° 2012-300 du 5 mars 2012 dite loi Jardé, décret d'application publié le 17 novembre 2016 au Journal Officiel.

Il s'agira d'une étude de type registre national français, prospectif, observationnel, multicentrique à une seule cohorte, dont l'objectif principal est d'obtenir des informations sur la prise en charge par sclérothérapie de l'insuffisance veineuse sous-jacente à la veine pathologique thrombosée.

Les objectifs secondaires seront le recueil d'informations sur les autres prises en charge (abstention thérapeutique, compression médicale, prise en charge curative autre que la sclérothérapie), la prolongation ou non de la durée de l'anticoagulation de la thrombose veineuse superficielle et sur l'utilisation de la compression médicale durant la phase aiguë et chronique.

Les patients seront inclus sur des sites sélectionnés de manière aléatoire parmi une liste de centres volontaires, à condition que le nombre en soit suffisant ; dans le cas contraire, tous les sites volontaires seront inclus.

Un site représente un centre phlébologique avec un MV, plusieurs sites pouvant être situés à la même adresse. Les MV doivent avoir une pratique régulière de la sclérothérapie des grandes saphènes et de leur tributaires et avoir au moins 5 ans d'expérience dans ce traitement.

La population cible sera constituée de patients consécutifs ayant donné leur accord, de sexe masculin et féminin, ayant fait une TVS sur veine pathologique et seront inclus dans le registre s'ils satisfont les critères d'admissibilité détaillés au **Tableau 1.**

Dans le détail, une fois l'inclusion des patients effectuée, le premier état des lieux médical puis le suivi se feront sur la base d'un questionnaire que le MV remplira à l'inclusion.

Le report des informations de suivi des patients sera aussi effectué sur la base de questionnaires.

Critères de sélection	
Inclusion	• un consentement éclairé signé • âge ≥ 18 ans • premier épisode ou récidive de thrombose veineuse superficielle sur varice (calibre ⇢ 3 mm) ou segment veineux incompétent, quelle que soit la localisation et la hauteur du thrombus
Exclusion	• antécédent d'épisode de thrombose veineuse profonde non provoquée, distal ou proximal • antécédent d'embolie pulmonaire • présence d'un syndrome post-thrombotique • grossesse en cours • néoplasie évolutive • TVS avec extension à la JSF • contre-indication à la sclérothérapie selon les données de l'HAS 2012 • l'inclusion concomitante du patient dans une autre étude biomédicale

TABLEAU 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour les sujets à inclure dans le registre.

Les dates de suivi se feront en fonction de la pratique de chaque MV et ne seront pas imposées.

Les questionnaires devant être utilisés dans cette étude furent élaborés par un premier MV sur la base de son expérience et des recommandations existantes.

Puis, ils furent ensuite testés par deux autres MV sur la base de dossiers médicaux rétrospectifs personnels jusqu'à épuisement des scénarii et après que l'accord des trois médecins soit obtenu.

Ils furent alors jugés comme pouvant répondre à toutes les situations du registre.

Le nombre de sujets nécessaires à inclure dans le registre fut calculé sur une base empirique s'appuyant sur une estimation du nombre de centres recruteurs prévisibles.

Ce nombre de sites fut déterminé à partir de l'analyse de la littérature sur la participation des MV à des enquêtes de pratique.

La durée d'inclusion et de suivi fut calculée :

1) sur la base des données bibliographiques concernant le nombre moyen de séances de sclérothérapie nécessaire pour le traitement des veines saphènes,

2) sur les dossiers rétrospectifs analysés,

3) en tenant compte de la durée de la phase aiguë.

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

Le budget a été établi avec le concours d'une société de service, CRO dont le nom ne sera pas mentionné dans cet article pour des raisons de confidentialité, mais dont le détail est accessible à tout promoteur ou co-promoteur potentiel de cette étude.

Résultats

Les questionnaires d'inclusions et de suivi

25 dossiers rétrospectifs de patient(e)s (10 chez le premier MV et 15 pour le second MV ont été nécessaires pour épuiser la validation des questionnaires d'inclusion et de suivi établis à priori.

Ces dossiers représentaient 16 femmes et 9 hommes dont l'âge était de 57,2 ± 15,2 ans.

Il y avait :
- 48 % de TVS touchant la grande saphène,
- 40 % touchant uniquement des tributaires de la grande saphène,
- 8 % des petites saphènes
- 4 % des TVS de perforantes.

Le questionnaire d'inclusion comporte 17 rubriques, regroupant les principales caractéristiques de l'épisode thrombotique :
- 1er épisode ou récidive,
- sa localisation : veine grande ou petite saphène ou tributaires,
- son caractère unilatéral,
- sa relation avec une insuffisance veineuse superficielle
- le stade de celle-ci,
- le calibre maximal en compression de la veine thrombosée,
- le type du traitement proposé (traitement anticoagulant, compression, sclérothérapie ou un autre traitement).

Le questionnaire complet d'inclusion de trouve en annexe 1.

Son remplissage demande 3 ± 0,7 mn.

Le questionnaire de suivi comporte 8 rubriques traitant de l'évolution de la thrombose veineuse superficielle :
- reperméabilisation partielle,
- persistance de thrombus résiduel,
- séquelles fibreuses,
- le traitement proposé.

Le délai entre le diagnostic de la thrombose veineuse superficielle et le début de la sclérothérapie est demandé (Annexe 2).

Le remplissage de ce questionnaire demande 2 ± 0,5 mn.

Le nombre de sujets nécessaire

Nous nous sommes basés sur l'enquête française sur la pratique de compression post-sclérothérapie qui avait permis de recueillir 25 % des questionnaires adressés aux sclérothérapeutes : soit 366 [11].
- 63 % des médecins ayant répondu avaient exclusivement un exercice libéral et 31 % avaient une activité mixte.
- 66 % pratiquaient la sclérothérapie à la mousse sous-échoguidage.
- 51 % la pratiquaient « souvent » ou « très souvent ».

On considère donc que 115 centres ayant participé à cette enquête sont, au maximum, à même de participer au registre.

Si l'on considère que le registre demandera plus de temps de participation, on réduit ce nombre à 90.

Un tirage au sort permettrait de retenir 50 sites.

Si l'on envisage 8 dossiers consécutifs par centre alors le nombre maximal de sujets que l'on pourrait inclure dans le registre serait de 400.

La durée de l'étude

La durée de la phase d'inclusion prévue est de 18 mois et la durée de suivi de 12 mois, soit une durée totale n'incluant pas l'analyse et la rédaction du rapport d'étude, prévue de 30 mois.

Une période d'inclusion de 18 mois permet l'inclusion d'environ 5 TVS par semaine pour les 90 participants.

On considère qu'une durée de 12 mois (suivi) devrait permettre le traitement d'un territoire saphénien (grandes et/ou petites saphènes).

Les données de la littérature ont montré que 2 à 3 séances espacées d'un mois, permettent de traiter les varices dépendantes d'un territoire saphénien, avec un contrôle prévu à 6-9 mois après la dernière séance.

Le budget

Les éléments essentiels du budget sont répartis de la manière suivante :
- 20 K€ pour la préparation, la documentation et l'organisation de l'étude ;
- 15 K€ pour le monitoring ;
- 57 K€ pour la coordination ;
- 33 K€ pour le data-management ;
- 20 K€ pour l'analyse statistique et l'édition du rapport.

Soit un coût total hors vigilance de 145 K€.

Discussion

Ce travail a mis en place les éléments pour la réalisation d'un suivi de pratique. Notamment deux fiches, une d'inclusion et une de suivi, ont été élaborées.

Ces fiches sont synthétiques, de lecture simple et peuvent être remplies rapidement en moins de 5 minutes.

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

Concernant certains détails, dans la fiche d'inclusion nous n'avons pas l'indice de masse corporelle, paramètre que l'on retrouve habituellement dans les « case report forms » des études cliniques et qui aurait pu fournir des informations concernant les attitudes des sclérothérapeutes dans le contexte particulier d'une obésité associée.

Mais il s'agit d'un item qui nous semble chronophage et, de ce fait, nous ne l'avons pas sélectionné.

Le diamètre en compression de la veine thrombosée constitue en revanche une donnée importante car elle pourrait influencer l'attitude des sclérothérapeutes en rapport avec l'importance des séquelles thrombotiques persistantes après la phase aiguë.

La durée de cette phase aiguë est d'ailleurs un sujet de discussion.

Nous avons considéré 21 jours durant lesquelles la sclérothérapie est contre-indiquée selon les recommandations [12].

D'autres attitudes considérant jusqu'à trois mois de phase aiguë posent aussi la question de la sclérose après la lyse complète du thrombus ou comme certains le pratiquent (communication personnelle) en présence du thrombus, en aval de celui-ci.

L'intérêt de la sclérothérapie rapprochée (environ 1 mois) serait d'une part la pratique de l'acte sous couverture par l'anticoagulation et l'hypothèse d'une durée réduite de l'anticoagulation par suppression du risque d'extension.

Inversement, l'attitude des MV pratiquant une sclérose avant 3 mois et sans couverture anticoagulante est aussi importante à connaître puisqu'on peut craindre le risque de relance du processus thrombotique.

En ce qui concerne les caractéristiques des phlébologues, la TVS étant presque exclusivement une pathologie diagnostiquée en pratique libérale, il nous semble cohérent que cette étude soit conduite en milieu libéral, par des sclérothérapeutes confirmés.

Une pratique avec 5 ans d'expérience minimum nous parait un prérequis indispensable.

Ces 5 ans sont arbitraires et fixés en fonction d'un consensus entre les auteurs de cet article. Nous n'avons pas fixé de chiffre pour la « pratique régulière » de la sclérothérapie, cette donnée sera à débattre avec un plus grand nombre de MV au moment de la rédaction du protocole.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont des critères classiques. Nous avons choisi d'exclure les patients présentant une TVS étendue à la JSF, celle-ci représentant une entité particulière à risque et devant faire l'objet d'une analyse à part.

Sur la durée d'inclusion de 18 mois, on peut discuter d'une durée qui parait faible au regard des retards d'inclusion de la plupart des études cliniques aujourd'hui, mais nous comptons cependant sur la mobilisation d'une communauté de praticiens qui, dans le domaine de la sclérothérapie, se montreront disposés à valoriser le traitement curatif le plus ambulatoire de l'insuffisance veineuse superficielle.

Nous n'imposons pas un suivi fixé à l'avance car il s'agit d'une étude observationnelle quant à la prise en charge de la TVS.

L'étude Calisto [4] préconise un contrôle écho-doppler initial à 6 semaines mais aucune donnée de la littérature ne nous permet d'être plus précis et donc plus autoritaire sur ce point.

L'aspect le plus délicat concerne le recrutement prospectif qui seul permettra d'obtenir un aperçu réel de la prise en charge par sclérothérapie de veines incompétentes compliquées d'une TVS.

Ceci explique la limitation à 8 sujets par centre. Une communication ad hoc permettra de motiver les participants et d'être convaincants vis-à-vis de leurs patient(e)s.

La réalisation de cette étude, du fait de son coût, pourrait faire appel à plusieurs promoteurs se partageant cette responsabilité.

Parmi eux plusieurs possibilités telles que des associations à but non lucratif selon la loi de 1901 :

- Comme le « Club Mousse » ou « SCOTT » (Sciences, Compression Thérapeutique et autres Traitements),
- Des sociétés savantes (Société française de Phlébologie par exemple),
- ou des Industriels fabricant et/ou commercialisant des produits sclérosants, voire des industriels du textile médical (tels que la compression médicale).

Enfin l'acronyme de l'étude que nous proposons pourrait être **SCLETS (SCLérothérapie Et Thrombose veineuse Superficielle).**

Conclusion

Il n'existe actuellement aucune recommandation concernant la prise en charge des veines variqueuses après une complication thrombotique superficielle, afin de prévenir les récidives qui peuvent être graves.

Nous pensons que cette attitude, en ce qui concerne la sclérothérapie, peut différer de la prise en charge classique de l'insuffisance veineuse chronique.

Nous proposons les éléments d'une étude de pratique, qui pourrait apporter des réponses et ceci dans la perspective d'une recommandation de bonne pratique.

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

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr Jean-Luc Gillet pour la documentation qu'il nous a fournie.

Références

1. Scott G., Mahdi A.J., Alikhan R. Superficial vein thrombosis, a current approach to management. Br. J. Haematol. 2015 ; 168 : 639-45.
2. Decousus H., Quéré I., Presles E., Becker F., Barrellier M.T., Chanut M., Gillet J.L., Guenneguez H., Leandri C., Mismetti P., Pichot O., Leizorovicz A, POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group. Superficial venous thrombosis and venous thromboembolism: a large, prospective epidemiologic study. Ann. Intern. Med. 2010 ; 152 : 218-24.
3. Galanaud J.P., Genty C., Sevestre M.A., Brisot D., Lausecker M., Gillet J.L., Rolland C., Righini M., Leftheriotis G., Bosson J.L., Quere I., OPTIMEV SFMV investigators. Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic recurrence in case of superficial venous thrombosis. The OPTIMEV study. Thromb. Haemost. 2011 ; 105 : 31-9.
4. Decousus H., Prandoni P., Mismetti P., et al. for the CALISTO Study Group. fondaparinux for the treatment of superficial vein thrombosis in the legs. N. Engl. J. Med. 2010 ; 363 : 1222-32.
5. Gillet J.L., Perrin M., Cayman R. Superficial venous thrombosis of the lower limbs: prospective analysis in 100 patients. J. Mal. Vasc. 2001 ;26(1) : 16-22.
6. Dewar C., Panpher S. Incidence of deep vein thrombosis in patients diagnosed with superficial thrombophlebitis after presenting to an emergency department outpatient deep vein thrombosis service. Emerg. Med. J. 2010 ; 27(10) : 758-61.
7. Kalodiki E., Stvrtinova V., Allegra C, et al. Superficial vein thrombosis: a consensus statement. Int. Angiol. 2012 ; 31 : 203-16.
8. HAS (Haute Autorité de Santé). Service évaluation des actes professionnels. Occlusion de la grande veine saphène par radiofréquence par voie veineuse trans-cutanée. Actualisation du rapport de 2008. Décembre 2013.
9. Siribumrungwong B., Noorit P., Wilasrusmee C., Attia J., Thakkinstian A. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in patients with varicose vein. Eur J. Vasc. Endovasc. Surg. 2012 ; 44(2) : 214-23.
10. Frappé P., Buchmuller-Cordier A., Bertoletti L., Bonithon-Kopp C., Couzan S., Lafond P., Leizorovicz A., Merah A., Presles E., Preynat P., Tardy B., Décousus H.; STEPH Study Group. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. J. Thromb. Haemost. 2014 ; 12 : 831-8.
11. Tripey V., Monsallier J.M., Morello R., Hamel-Desnos C. French sclerotherapy and compression: Practice patterns. Phlebology 2015 ; 30(9) : 632-40.
12. Rabe E., Breu F.X., Cavezzi A., Coleridge Smith P., Frullini A., Gillet J.L., Guex J.J., Hamel-Desnos C., Kern P., Partsch B., Ramelet A.A., Tessari L. and Pannier F.; for the Guideline Group Phlebology. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. Phlebology 2014 ; 29(6) : 338-54.

FICHE D'INCLUSION (Annexe 1)

INCLUSION SI TOUS LES CRITÈRES CI-DESSOUS SONT REMPLIS

	OUI
Première thrombose veineuse superficielle sur le membre atteint, confirmée par échographie et récente (moins de trois semaines)	
Unilatérale, à plus de 5 cm de la crosse petite saphène et/ou plus de 10 cm de la crosse grande saphène et de plus de 50 mm de hauteur au moment du diagnostic	
En relation avec une insuffisance veineuse superficielle variqueuse et/ou avec reflux au Doppler, homolatérale, avec ou non des complications trophiques	
> 18 ans	
Pas de grossesse	
Pas de cancer actif connu	

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

CODE PATIENT (2 premières lettres du nom, 1re lettre du prénom)	
DATE (JJ/MM/AAAA)	
MÉDECIN VASCULAIRE	

Veine(s) concernée(s) par la thrombose veineuse superficielle :

Grande veine saphène (GVS)	OUI		NON	
Tributaire de la GVS	OUI		NON	
Petite veine saphène	OUI		NON	
Tributaire de la PVS	OUI		NON	
Autre (perforantes, ...)	OUI		NON	

Calibre maximal en compression de la veine thrombosée : **mm**

Complications de l'insuffisance veineuse superficielle sous-jacente :

Œdème	OUI		NON	
Dermite ou hypodermite	OUI		NON	
Ulcère actif ou cicatrisé	OUI		NON	

TRAITEMENT PROPOSÉ :

1. **Compression**	OUI		NON	
2. **Anticoagulant (en durée de semaines)**	OUI		NON	
3. **Sclérothérapie**	OUI		NON	
⇢ Pas de sclérothérapie car la thrombose est en phase aiguë (< 21 jours)	OUI		NON	
⇢ La thrombose est en phase aiguë (⇠ 21 jours) mais je traite	OUI		NON	
⇢ La thrombose est en phase aiguë (estimée < 21 jours) mais je ne traite pas ce patient ayant une TVS par sclérothérapie, j'envisage un autre traitement dès ce jour.	OUI		NON	

Si un autre traitement est envisagé :

4. **Autre traitement**	OUI		NON			NON
⇢ Chirurgie	OUI		NON			
⇢ Endovasculaire thermique	OUI		NON			
⇢ Autre	OUI		NON			

Si autre lequel (médicament, kiné, homéopathie, ...)

.....

.....

.....

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

FICHE DE SUIVI (Annexe 2)

à J ☐

Ou

à M ☐

CODE PATIENT
(2 premières lettres du nom, 1re lettre du prénom ☐☐☐
DATE (JJ/MM/AAAA) ☐☐☐
MÉDECIN VASCULAIRE ☐

Situation de la thrombose veineuse superficielle :

Réperméabilisation complète	OUI	☐	NON	☐
Thrombus résiduel	OUI	☐	NON	☐
Thrombus résiduel	OUI	☐	NON	☐
Séquelles fibreuses	OUI	☐	NON	☐

Calibre maximal en compression de la veine encore thrombosée ou présentant des séquelles : **mm**

TRAITEMENT PROPOSÉ :

1. **Poursuite de la compression**	OUI	☐	NON	☐
2. **Poursuite des anticoagulants**	OUI	☐	NON	☐
3. **Sclérosera-t-il**	OUI	☐	NON	☐
⇢ Pas de sclérothérapie car la thrombose est toujours en phase aiguë	OUI	☐	NON	☐
⇢ **La thrombose n'est plus en phase aiguë (> 21 jours)**	OUI	☐		
⇢ présence de thrombus persistant ou de séquelles fibreuses, patient encore sous anticoagulant, je traite ce jour par sclérothérapie	OUI	☐	NON	☐
⇢ présence de thrombus persistant, je ne traite pas ce jour j'attends la reperméabilisation complète avant de traiter par sclérothérapie	OUI	☐	NON	☐
⇢ je ne traite pas un patient ayant des séquelles fibreuses par sclérothérapie, j'envisage un autre traitement	OUI	☐	NON	☐
⇢ je ne traite pas un patient ayant une TVS par sclérothérapie, j'envisage un autre traitement	OUI	☐	NON	☐
⇢ je ne traite pas les veines incompétentes de ce patient, j'attends une prochaine complication thrombotique	OUI	☐	NON	☐
⇢ le patient n'est plus sous anticoagulant, je traite ce patient sclérothérapie ce jour	OUI	☐	NON	☐

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

⇢ J'ai traité ce patient sous anticoagulant par sclérothérapie et la thrombosée / incompétente est considérée comme exclue (traitée) au contrôle de ce jour	OUI	☐	NON	☐
⇢ J'ai traité ce patient sous anticoagulant par sclérothérapie et la veine thrombosée / incompétente nécessite un nouvel acte de sclérothérapie	OUI	☐	NON	☐
⇢ Si le patient n'est plus sous anticoagulant au moment de traiter par sclérothérapie, je lui prescris à nouveau des anticoagulants pour traiter	OUI	☐	NON	☐

Si oui, durée : .....

Si un autre traitement est envisagé :

4. **Autre traitement**	OUI	☐	NON	☐ ☐	NON
⇢ Chirurgie	OUI	☐	NON	☐	
⇢ Endovasculaire thermique	OUI	☐	NON	☐	
⇢ Autre	OUI	☐	NON	☐	

COMMENTAIRES EXPLICATIFS, SI BESOIN :

.....

.....

.....