

# LA MALADIE VARIQUEUSE

## QU'EST-CE QU'UNE VARICE ?

La médecine définit une varice comme une veine dilatée de façon permanente. C'est évidemment un peu court comme définition, et même si elle est parfaitement exacte, elle décrit mal la maladie variqueuse dans son ensemble.

Une artère normale est un vaisseau qui assure l'arrivée du sang vers les organes périphériques. Les artères amènent le sang vers les jambes et les pieds. Ce travail est facilité par la gravité. Le sang a en effet une tendance naturelle à descendre vers les pieds.

Une veine normale par contre est chargée de remonter le sang de la périphérie vers le cœur. En position debout, ce travail est relativement compliqué vu la tendance naturelle du sang à redescendre vers les pieds. Pour résoudre ce problème, les veines sont munies de valves anti-reflux. Ces petites clapets s'ouvrent pour laisser passer le sang vers le haut mais se referment dès que le sang redescend. De plus, le sang qui stagne dans les membres inférieurs n'a plus la force de remonter. Pour que la circulation veineuse s'effectue normalement, il faut donc que la contraction musculaire chasse le sang vers le haut. En effet, il n'y a pas de cœur dans les jambes. Le seul cœur à ce niveau : c'est le muscle du mollet.

Deux conditions sont donc nécessaires pour que la circulation veineuse soit efficace :

- Il faut des valvules intactes.
- Il faut mobiliser les muscles (marche, course...)

La maladie variqueuse s'installe donc lorsqu'une veine en perdant ses valvules, autorise la création d'un circuit anormal susceptible de laisser le sang redescendre vers les pieds. C'est ce qu'on appelle le reflux. Le reflux conduit à la dilatation des veines concernées.

Ce processus est d'autant plus rapide que les patients sont sédentaires et mobilisent peu leurs muscles.

On comprendra aisément que lorsqu'une veine est vraiment variqueuse, le travail qu'elle fournissait est nécessairement pris en charge par d'autres veines. Pour cette raison, on ne doit jamais hésiter à ôter ou supprimer une veine malade.

Contrairement aux artères, les veines pathologiques sont remplacées par d'autres qui se développent au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie veineuse.

Ce mécanisme justifie que les varices peuvent récidiver. Les veines néoformées peuvent devenir à leur tour pathologiques.

## UN PEU DE SCIENCES

Nous devons distinguer quatre étages veineux et pour bien comprendre, nous nous souviendrons de la description de la peau :

- les veines dermiques, c'est-à-dire situées dans l'épaisseur de la peau. Elles sont naturellement très fines : moins d'un dixième de millimètre. Plus fin qu'un cheveu. Ce sont elles qui donnent les varicosités.
- Les veines réticulaires, un peu plus grosses, situées à la limite entre la peau et la graisse, véritable filet veineux destiné à drainer le sang des veines dermiques. Elles flottent le dos dans la graisse et le ventre contre la peau. Ce sont elles qui donnent les varices.
- Les veines tronculaires, encore appelées veines saphènes, posées dans le fond de la graisse et reposant sur les aponévroses musculaires, comme un bateau qui a coulé. Elles reçoivent le sang en provenance des veines réticulaires et des veines du tissu graisseux. Lorsqu'elles sont atteintes, ces troncs déterminent une maladie plus grave.
- Les veines profondes qui collectent le sang en provenance des troncs saphènes pour le ramener vers le cœur. Elles ne s'abîment en général qu'en cas de thrombose veineuse profonde.

L'ensemble de ces étages peut être entrepris dans la maladie veineuse, constituant des tableaux de gravité variable.

Ce que nous appelons communément varice est une veine dilatée et sinueuse qui fait saillie sous la peau en position debout : On les appelle varices réticulaires. Elles ne constituent que la portion émergée de l'iceberg. Elles communiquent directement avec le réseau saphène qui communique lui-même avec le réseau veineux profond, sorte d'autoroute qui ramène le sang vers le cœur.

### **MALADIE VARIQUEUSE ET INSUFFISANCE VALVULAIRE**

Comme nous l'avons dit, les varicosités sont de petites dilatations de veinules situées au sein même de la peau, raison pour laquelle elles sont visibles sous la forme d'arborescences bleutée ou rougeâtres. Elles ressemblent à des araignées ou à des balais de sorcières. Elles peuvent être de gros calibres et sont dans ce cas très visibles, mais elles ne dépassent que très rarement trois dixième de millimètres.

On les appelle également « télangiectasies », notamment en France.

Le terme « varicosités », c'est-à-dire petites varices me paraît mieux adapté.

Dans certains cas, elles peuvent être tellement fines qu'elles forment des taches nuageuses où il est impossible d'identifier des segments veineux : il s'agit du matting. Il s'agit de minuscules varices dont le calibre ne dépasse pas 1/20<sup>ème</sup> de millimètre.

Il existe quasi systématiquement des relations entre les varicosités et des veines réticulaires sous-jacentes. Elles ne sont donc jamais vraiment isolées.

### **LES VARICOSITES**

Au début, elles sont très discrètes mais ont tendance à s'étendre et à se dilater avec le temps. Elles deviennent alors très visibles et peuvent former des plages en carte géographique très denses.

Lorsqu'elles sont isolées, les varicosités ne s'accompagnent en général pas de signes cliniques gênant tels que lourdeurs, douleurs, gonflements. Les dégâts sont essentiellement esthétiques.

Toutes les femmes présenteront un jour ou l'autre dans leur vie de telles lésions. Aucune ne sera épargnée. Les plus chanceuses les verront apparaître tardivement et en auront très peu. Celles que la nature aura défavorisées présenteront dès leur adolescence des lésions étendues et pourront avec le temps en être littéralement couvertes. Certaines femmes pourront également porter des varicosités sur le thorax et en particulier sur les seins.

Le visage n'est pas épargné.

Les varicosités sont néanmoins le signe d'une faiblesse des parois veineuses, du moins c'est ce qu'on en dit aujourd'hui. Dans un nombre non négligeable de cas, elles évolueront vers une véritable maladie variqueuse qui se traduit par l'apparition progressive de varices qui se dilatent dans la graisse située sous la peau et qui apparaissent d'autant plus en relief qu'elles sont fortement dilatées. On les appellent varices réticulaires. Elles sont souvent en relation intime avec les plages de varicosités et jouent un rôle certain dans la pathologie.

### **VARICES RETICULAIRES :**

Cette fois les veines sont situées juste sous la peau et non dans la peau. Leur calibre normal ne dépasse pas normalement un cinquième de millimètre. Lorsqu'elles se décompensent elles se dilatent considérablement et s'allongent. Elles déforment la peau, notamment en position debout et prennent l'aspect de serpentins très disgracieux surtout lorsque leur calibre atteint des records : parfois plus d'1 cm.

Ces varices diffèrent des varicosités par leur taille et leur localisation. Le diamètre d'une varicosité est en général de deux dixième de millimètres et excède rarement un demi millimètre, alors qu'une varice réticulaire peut dépasser un centimètre. Les varicosités sont intégralement situées dans la peau alors que les varices réticulaires siègent dans la graisse située juste en dessous de la peau.

En tout début d'évolution, les varicosités sont totalement isolées, c'est-à-dire qu'aucune varice réticulaire ne leur est associée, mais en général l'aggravation des varicosités va de paire avec

l'apparition de varices réticulaires sous-jacente, même si elles ne font pas encore saillie sous la peau et même si elles ne sont pas nettement visible à l'œil nu. On peut considérer que les varicosités dans leur évolution, enfoncent progressivement des racines sous la peau... comme une mauvaise herbe.

Il est tout-à-fait illusoire de traiter une varicosité sans traiter l'étage réticulaire si celui-ci est pathologique, ne fût-ce que de façon débutante.

La varicosité est donc une lésion inesthétique un peu particulière puisqu'à la différence d'une ride ou d'une tache pigmentaire, elle s'inscrit dans un édifice pathologique bien plus vaste et plus complexe.

La maladie variqueuse passe donc – au fil du temps - de la simple varicosité aux varices réticulaires. Mais ce n'est pas tout ! C'est une maladie évolutive. De façon un peu schématique, tout se passe comme si les varicosités contaminaient les veines réticulaires qui, elles-mêmes, contaminent le réseau collecteur principal constitué par les troncs saphènes, voies principales du drainage vers le réseau veineux profond. Leur atteinte signe la dégradation ultime de la maladie variqueuse.

### **VARICES TRONCULAIRES**

Il s'agit des veines principales du réseau superficiel. Sorte de gros collecteurs veineux, dont le rôle est de rassembler tous les flux veineux avant de les emmener vers le réseau veineux profond. Ce sont de longues veines rectilignes, au nombre de quatre, qui parcourent de bas en haut toute la longueur des jambes.

### **LES SAPHENES**

On peut considérer que si l'on compare une varicosité à la douche de votre salle de bains, les conduites d'évacuations des eaux usées peuvent être comparées aux veines réticulaires et les égouts peuvent être comparés aux veines saphènes. Les veines saphènes sont en effet les collecteurs ultimes du sang superficiel qui amènent le sang vicié vers le réseau profond, c'est-à-dire vers les réseaux principaux qui amènent les eaux usées vers les stations d'épuration (Foie, reins, poumons).

La morale que l'on peut tirer de tout ceci tient en peu de choses mais elle est essentielle. On ne peut traiter une varicosité (télangiectasie) sans traiter la maladie sous-jacente. Par voie de conséquence, on ne peut traiter une varicosité sans avoir réalisé un bilan précis de la situation veineuse. Il faut savoir jusqu'où vous êtes malade.

### **LA MALADIE VARIQUEUSE EST INCURABLE : ON NE GUERIT JAMAIS !**

Aucun médecin ne pourra vous traiter de façon définitive. Si vous enlevez un os, une artère, un rein, ils ne repoussent pas. Si vous coupez des cheveux, ils repoussent. Si vous ôtez une veine, elle est rapidement remplacée. Les varices reviennent toujours, même si certains médecins prétendent le contraire.

Quelle que soit la façon dont on puisse vous traiter, les varices reviendront, peu ou prou !

N'entamez donc pas de traitement important sans vous convaincre qu'un contrôle annuel sera un effort indispensable, tout au long de votre vie. Malgré cela des traitements complémentaires pourront être nécessaires.

A moins d'une découverte scientifique révolutionnaire, vous ne guérerez jamais.

Est-ce à dire que cela ne sert à rien d'entreprendre un traitement ? Certes non, car si vous laissez aller les choses, le risque de terminer avec des jambes d'éléphant, remplies d'ulcères n'est pas négligeable.

Un minimum de prise en charge est toujours nécessaire.

### **QUI ETES-VOUS ?**

Il existe différentes catégories de patientes les négligentes, les pressées, les hyper rapides... Depuis un certain nombre d'années, les femmes se prennent en charge plus rapidement. L'esthétique devient une préoccupation plus fréquente, du fait de la mode, mais aussi de la libération de la femme.

Aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas, les femmes qui arrivent à une consultation consultent pour des varicosités. Elles consultent pour des varices tellement débutantes que nous éprouvons des difficultés à identifier les petites taches disgracieuses en position allongée. Un contraste saisissant avec les cas les plus spectaculaires.

Les varices peuvent en effet altérer la silhouette de façon très importante. C'est le cas notamment lorsqu'elles sont très grosses. C'est également le cas lorsqu'elles provoquent des oedèmes. Il peut arriver dans des circonstances particulières, qu'une femme pourtant soucieuse de son physique laisse aller une maladie variqueuse jusqu'à un point où la jambe se déforme visiblement, soit par le calibre important des varices elles-mêmes, soit par des gonflements des membres inférieurs qui en modifient le galbe. Il s'agit dans ce cas d'oedème et non de lipoedème, comme nous venons de le voir plus haut.

Bien souvent, ces femmes évoluent dans un contexte familial particulier, puritain et souvent religieux où il est de bon ton d'accepter ce que le destin nous impose !

*- Ma mère a d'énormes varices. Elle n'a jamais rien fait. Docteur, je ne lui ai pas dit que je venais ! Elle n'aurait pas apprécié.*

Une chance sur deux que cette mère-là termine sa vie avec des ulcères qui la rendront impotente !

Si on vous donne ce genre de conseil, dédaignez-le et faites-vous traiter ! De grosses varices menacent toujours votre réseau veineux principal. Elles sont franchement pathologiques.

Mais il n'est pas nécessaire que la forme soit altérée par ces grosses varices pour que la silhouette soit compromise : des larges plages varicositaires bleues ou mauves peuvent aboutir à dénaturer le profil d'une jambe à distance, rien que par la perception d'une large plage colorée.

Cela aussi ça se traite.

## **POURQUOI MOI ?**

« D'où viennent les varices ? Pourquoi attrape-t-on des varices ? Pourquoi ces valvules, ces petits clapets lâchent-ils ? Pourquoi moi ? »

Ce sont des questions qui reviennent souvent.

Malheureusement les médecins n'en savent absolument rien. Si nous connaissons bien la pathologie variqueuse (ce qui se passe d'anormal dans les veines malades) nous ignorons à peu près tout des causes de leur apparition. Nous sommes donc obligés de broder lorsque nos patientes nous interrogent sur cette matière. Ne serait-il pas plus simple de leur répondre qu'on ignore à peu près tout des raisons pour lesquelles elles sont victimes de cette affection. On sait seulement que « ne fait pas des varices qui veut ».

Certaines femmes n'en auront jamais, d'autres sont un terreau très fertile pour ces petits vaisseaux. Le mode de vie joue un rôle secondaire dans leur développement dans la mesure où il ne peut être tenu pour responsable de leur apparition, mais seulement de la rapidité de leur évolution.

A vrai dire, toutes les femmes verront au cours de leur vie une trace bleutée, aussi petite soit-elle, ternir la beauté de leurs jambes. Deux femmes sur trois en présenteront beaucoup. Un peu moins de la moitié d'entre elles souffriront de vraies varices.

Mais c'est à peu près tout ce que la médecine peut en dire.

Comme cela ne fait pas sérieux d'avouer une ignorance, on répond que c'est congénital, héréditaire, et que les hormones, les grossesses, la finesse des parois veineuses jouent un rôle prépondérant dans cette maladie.

La Palice l'aurait bien dit ! La vraie cause reste aujourd'hui mystérieuse. Est-ce à dire qu'on ne peut rien faire ? Certainement pas !

## **RESULTATS**

Que peut-on espérer du traitement ?

La réponse à cette question impose une grande honnêteté de la part du médecin qui va vous traiter. Certaines lésions sont en effet élémentaires à traiter et les chances d'insuccès sont minimales. D'autres par contre sont de vrais casse-têtes chinois !

Le plus important est de trouver un médecin qui soit votre allié. Il vous dira d'ailleurs lui-même que le succès de son traitement n'est pas garanti à 100 pourcents. N'hésitez pas à lui faire part de vos satisfactions, mais aussi de ce qui vous déçoit. Vous êtes la mieux placée pour le guider. En attirant son attention sur un traitement qui s'est révélé inefficace, vous l'aidez à mieux l'organiser. En dehors des séances où il comparera des photos, son souvenir sera, en effet, toujours moins précis que le vôtre.

Ne soyez pas embarrassée de lui avouer que vous n'avez noté aucun résultat. En l'informant ainsi, vous lui rendez service. Faites-le avec délicatesse, certains praticiens sont très susceptibles !

Si vous développez avec votre médecin cette complicité presque amicale, vous le mettrez dans les meilleures conditions pour tirer les meilleurs résultats de votre traitement.

La règle des trois tiers sur laquelle nous reviendrons est toujours d'actualité. Au terme d'un traitement complet, un tiers des patientes seront ravies, un tiers seront contentes, un tiers seront déçues.

Elles ne seront cependant déçues qu'en apparence. S'il est vrai que les résultats esthétiques ne sont pas toujours satisfaisants, l'effet du traitement sur la symptomatologie douloureuse, sur les gênes et sur les sensations de tension, de même que sur l'œdème lorsqu'il est d'origine variqueuse est quasi constant. Ainsi, malgré leur déception, ces patientes poursuivent souvent leur traitement.

La normalisation de la circulation veineuse est toujours de mise et cela rejailit inmanquablement sur l'évolution des varicosités.

Si l'amélioration n'est pas toujours évidente, la maladie est, elle, toujours considérablement freinée.

## **LES LEGENDES DE LA PREVENTION**

Que faire pour prévenir le développement variqueux.

Fort heureusement, des études sérieuses sont entreprises dans le domaine de la maladie variqueuse. Une des plus vastes débutée en 1948 et appelée « Etude Framingham » du nom de la petite ville près de Boston où elle a été entreprise nous apporte des informations relativement utiles.

De nombreuses autres études, bien que plus modestes, nous apportent également des données importantes.

## **LES MENSONGES ET LES ERREURS**

Que faire pour prévenir l'apparition de varices et de varicosités. Pas de soleil, pas de chauffage par le sol, pas de bains chauds... la liste des interdits en matière de varices est considérable. Ces règles souvent relayées par les médecins reposent le plus souvent sur des croyances infondées. Qu'en est-il vraiment ?

## **SEXE ET GENETIQUE**

Un certain nombre de facteurs génétiques semble effectivement contribuer à l'apparition des varices. Je dis « semble » car aucune étude vraiment concluante ne permet d'affirmer solennellement quoi que ce soit :

- La pression génétique : plus on a de variqueux dans sa propre famille et plus on a de risques de développer des varices.
- le sexe : les femmes sont plus souvent touchées que les hommes.
- Les grossesses : le risque d'apparition de varices augmente légèrement avec la première grossesse, augmente encore avec la seconde et devient franchement élevé au-delà de la troisième. Dans les derniers mois d'une grossesse, les varices peuvent s'aggraver de façon impressionnante, mais en général une grande partie des lésions régressent après l'accouchement.

## **SURPOIDS**

Le risque de développer des varices augmente nettement au-delà d'un BMI de 27. Personnellement, j'ai des doutes sur cette affirmation. Cela dit, le surpoids est mauvais à tous points de vue. Votre santé ne peut que bénéficier d'un régime adapté si vous êtes en réel surpoids.

### **STATION DEBOUT**

La station debout immobile est un des facteurs de risques les plus importants. Il n'est pas certain que la position assise de longue durée soit meilleure que la station debout. Ainsi les voyages de longue durée en avion, en car ou en voiture sont néfastes pour les veines. Il faut donc durant ce type de déplacement, faire régulièrement des mouvements de flexion-extension des chevilles, faire travailler les mollets, faire des pauses pour marcher un peu, ou se déplacer dans la cabine ou au bureau. Les bas de contention ne sont pas inutiles dans ces cas. Lors d'un voyage en avion, la dépressurisation des cabines entraîne une déshydratation rapide. Il est bon de boire beaucoup : au moins 33 cl toutes les 2 heures !

### **CHALEUR ET SOLEIL**

La chaleur, le chauffage par le sol, les bains chauds : on prétend que c'est mauvais, mais rien n'est prouvé ! Je pense que cela n'a aucune importance à condition de rester raisonnable. Une température intérieure qui ne dépasse pas 23° ou un bain, même très chaud ne sauraient être tenus pour responsables de l'émergence de varices. Qu'est-ce qu'un bain chaud ? Pour les femmes un bain est froid en dessous de 45°C. Pour les hommes, c'est en général bien moins chaud !

Le soleil : oui et non ! il ne joue aucun rôle pathologique sur le plan des varices. On sait que les varices sont bien plus fréquentes dans les pays nordiques que dans les pays méditerranéens gorgés de soleil et qu'elles sont quasi inexistantes dans les pays d'Afrique ! Bien sûr, il faut rester raisonnable ! Prendre le soleil signifie épanouir son corps sous ses rayons, cela ne signifie pas rôtir ! On peut bronzer légèrement, on ne peut pas brûler... Le soleil, oui ! Un coup de soleil, non ! N'oubliez pas que le risque majeur de l'exposition au soleil n'est pas l'apparition de varicosités mais la majoration du risque de cancer cutané et notamment du très dangereux mélanome. La relation entre soleil et mélanome ne fait aucun doute, mais les risques ne sont présents que dans le cas d'exposition excessive ! Enfin souvenez-vous que le bronzage ne vous rend pas plus belle et qu'il est la cause principale du vieillissement de la peau.

Le banc solaire : comme le soleil, il n'est nullement déconseillé d'en user avec modération. Les UV des machines modernes sont très correctement filtrés et ne présentent aucun risque particulier. Seul l'excès est mauvais.

Un certain nombre de facteurs semblent au contraire contribuer à la bonne santé des veines :

### **ACTIVITE PHYSIQUE**

La marche ou l'activité physique ! C'est la meilleure des préventions. Mais il faut s'entendre ! Les activités sportives pratiquées intensivement sont néfastes et provoquent au contraire l'apparition de varices dites du sportif !! Une activité physique modérée mais régulière est de loin préférable à un entraînement soutenu que l'on réserve au samedi. Les coiffeuses sont une cible privilégiée de cette maladie. Les uns marchent tout le temps d'un pas de sénateur, les autres restent éternellement debout et plus ou moins immobiles. Il faut bouger un peu mais tout le temps !

Si votre métier ne le permet pas, apprenez à faire des mouvements des chevilles et des contractions isométriques de vos mollets tous les quarts d'heure. Si vous êtes coiffeuse, placez un steppeur dans votre arrière-boutique et montez dessus après chaque client pour quelques secondes ! Mieux vaut bouger un peu tous les quarts d'heures que de faire un exploit sportif trois fois par semaine.

### **ALIMENTATION**

Une alimentation saine, riche en vitamines E et en polyphénols. Diverses recherches semblent aujourd'hui reconnaître qu'un apport de ces deux substances en quantité suffisante est d'un

grand intérêt pour la santé, notamment dans la prévention des maladies cardio-vasculaires et du cancer.

Une alimentation de type occidentale semble favoriser quelque peu les varices. Elle est effectivement relativement pauvre en fibres, ce qui favorise la constipation et donc l'apparition des varices. Notre alimentation est également trop pauvre en Vitamine E et en polyphénols qui sont des éléments indispensables au bon métabolisme des veines.

Malheureusement, la vitamine E n'étant soluble que dans les corps gras, on la trouve essentiellement dans l'huile de Soja où elle est très fortement concentrée et dans une moindre mesure dans l'huile de tournesol. Certains légumes en contiennent un peu et doivent être privilégiés par les patients variqueux (petits pois, salsifis, céleris, asperges, épinards, haricots verts, persil). Peu de fruits en contiennent si l'on excepte le kiwi qui en contient un peu. Les polyphénols sont très présents dans le café. Ils se retrouvent également dans de nombreux fruits et essentiellement dans les fraises, les litchies et les raisins, mais on en trouve également en abondance dans les abricots et dans les pommes. Les artichauts, les choux de Bruxelles, les oignons et le persil en contiennent également beaucoup. Un patient variqueux veillera donc à préférer l'huile de Soja aux autres huiles et consommera des fraises et du raisin sous forme de fruit ou de vin. Il n'hésitera pas à prendre un café ou un thé, excellentes sources de Polyphénols et mordra régulièrement dans une pomme.

## MEDICAMENTS

Les médicaments : il n'existe pas de médicaments de l'insuffisance veineuse. Les seules substances utiles sont les polyphénols et la vitamine E dont on vient de parler ci-dessus. Les phlébotropes, c'est-à-dire le Daflon, le Vénoruton, l'Antistax et tous les autres ne sont qu'une variante d'une même recette : des polyphénols extraits de divers fruits et légumes ! Il n'est donc pas insensé de les prescrire en cure occasionnelle, mais la prise continue ne me paraît en revanche pas utile pour quelqu'un qui mange de façon équilibrée.

## FOCUS SUR LES POLYPHENOLS (Vitamine P)

C'est Albert Szent-Györgyi, un Hongrois né à Nagyrápolt qui découvrit les polyphénols en même temps qu'il identifia la vitamine C, élément clé du traitement du scorbut. Le [prix Nobel de médecine](#) couronna ses recherches. A l'origine, il nomma les polyphénols « [vitamine P](#) » en raison de leur capacité à diminuer la [perméabilité](#) capillaire.

C'est également lui qui identifia les propriétés anti-oxydantes des polyphénols et qui suggéra leur rôle protecteur dans le cancer !

Cette classe contient un très grand nombre de substances différentes, d'où la grande quantité de noms différents qu'ils peuvent porter : Vitamine P, Polyphénols, Flavonoïdes, Rutosides... On les trouve dans de très nombreux végétaux : ils colorent les fruits rouge, donnent son tanin au vin, et sont responsables de l'astringence de certains fruits et de l'amertume du pamplemousse

Les polyphénols sont des molécules végétales proches chimiquement des stéroïdes humains. Les Stéroïdes comptent parmi eux, de nombreuses hormones humaines et notamment celles du stress et les hormones sexuelles. C'est pour cette raison que certains polyphénols, notamment ceux qui sont extraits du Soja, sont aujourd'hui utilisés pour traiter le syndrome de privation oestrogénique de la ménopause. Leur ressemblance avec l'oestrogène leur confère une action similaire bien qu'incomplète et plus faible.

Ce qui fait l'intérêt de ces molécules tient au fait qu'elles occupent une place significative dans le traitement de l'insuffisance veineuse.

Une fois de plus, les médecins ne savent pas grand-chose du mode d'action de ces produits. On évoque comme d'habitude un effet anti-inflammatoire, un rôle protecteur sur l'endothélium veineux (paroi intérieure d'une veine), mais en fait on en ignore tout.

## POLYPHENOLS ET CERTITUDE ?

On observe de façon indubitable un effet des polyphénols à forte dose sur les douleurs veineuses et notamment sur les très vives douleurs hémorroïdaires. A ma connaissance, la firme Servier (aujourd'hui sur la sellette) a été la première à proposer des doses de

polyphénols (Daflon 500) dépassant 3 ou 4 grammes par jour (8 comprimés) ! L'avantage de ces traitements tient à leur innocuité.

Par ailleurs Szent Gyorgyi lui-même avait observé que l'effet de la vitamine C sur les saignements du scorbut se réduisait en l'absence de polyphénols. Si l'on postule, bien que cela reste de l'ordre de l'hypothèse que les radicaux libres jouent un rôle délétère dans le vieillissement et dans le cancer, la prise de polyphénol ne peut pas faire de tort ! Bien au contraire.

### **SERVIER ET LES SCANDALES**

Tout le monde connaît les scandales auxquels ont été exposés les laboratoires Servier.

Ce genre de scandales n'arrive que parce qu'on confond capitalisme et libéralisme. Le libéralisme qui est un système économique très sain implique une régulation fondée sur la concurrence et sur un protectionnisme bien compris. La mise en concurrence conduit aux bons produits au juste prix. Vous ne pouvez en effet prendre des clients à votre voisin qu'en améliorant la qualité ou en serrant le prix au plus juste. Le libéralisme implique donc que les grosses sociétés soient interdites ! En effet, l'établissement d'un monopole interdit la concurrence. La création de ces monopoles constitue le principe même du capitalisme qui est l'inverse du libéralisme. Les Trusts et les holdings diminuent considérablement la concurrence. L'exemple des compagnies pétrolières est flagrant. L'absence de concurrence permet aux PDG de multinationales de contrôler les marchés.

Il en va de même de l'industrie pharmaceutique. Lorsque j'étais jeune, il y avait plus de cent laboratoires pharmaceutiques en Belgique et cela créait une réelle concurrence, non seulement commerciale, mais scientifique ! Aujourd'hui, on les compte sur les doigts d'une main et plus aucune n'est Belge. Ce sont des monstres qui se partagent le gâteau dans un œcuménisme industriel pestilentiel. Pas étonnant qu'ils se permettent dès lors n'importe quoi. Il faut en finir avec le capitalisme qui dirige aujourd'hui l'Europe... Les Français doivent comprendre que la Bastille s'appelle aujourd'hui Banque Centrale Européenne. Il faudrait prendre la BCE et guillotiner ses dirigeants bien plus immoraux que ne le furent jamais tous nos pauvres Louis Capet.

### **CANCER ET POLYPHENOL**

La croissance des tumeurs dépend de leur capacité à créer de nouveaux vaisseaux sanguins, axes nourriciers de la croissance cellulaire. Le facteur de croissance vasculaire VEGFR (Vascular Endothelial Growth Factor) joue un rôle essentiel dans la fabrication de ces nouveaux vaisseaux et constitue donc une cible très intéressante pour le traitement de certaines tumeurs.

Il n'est sans doute pas faux de dire que l'inhibition du VEGFR par les polyphénols en font un outil intéressant dans la prévention de certains cancers, mais il ne faut tout de même pas surestimer leur rôle. Les véritables inhibiteurs du VEGFR utilisés en thérapeutique sont des molécules bien plus agressives : des anticorps monoclonaux ou des inhibiteurs des kinases cellulaires.

Avec les polyphénols, nous sommes loin d'une action puissante, mais rien n'interdit d'espérer un rôle préventif intéressant.

Enrichissez donc votre alimentation en Vitamine C et en polyphénols naturels. Au cas où vous n'arriveriez pas à équilibrer suffisamment votre alimentation, n'hésitez pas à demander des polyphénols et de la vitamine C à votre pharmacien. Cela ne peut que vous faire du bien, sans aucun risque toxique associé.

### **QUEL POLYPHENOL ?**

Il existe une grande variété de produits disponibles sur le marché des spécialités. Les plus connus sont le Daflon, le Vénoruton et l'Antistax mais il en existe de très nombreux autres ! Ils sont tous en vente libre chez votre pharmacien !

Est-il nécessaire d'en prendre ?



Bien que cela ne puisse vous faire de tort, il faut se souvenir que de nombreux végétaux contiennent de grande quantité de polyphénols en sorte que vous pouvez concevoir vous-même votre phytothérapie.

Parmi les aliments très riches en polyphénols se trouvent :

- le café,
- le thé,
- le cacao,
- tous les fruits rouges,
- les raisins
- le vin !

La présence de polyphénols dans le vin explique le « French Paradoxe »  
Consommez donc régulièrement ce type d'aliments.

### **LES CRAMPES**

Il existe une médication spécifique de l'insuffisance veineuse et notamment lorsqu'elle s'accompagne de crampes musculaires. De nombreux patients variqueux présentent des crampes nocturnes invalidantes. La prescription de sulfate de quinine peut les aider considérablement. Vous trouverez la formule que je préconise ci-dessous<sup>1</sup>. Parlez-en à votre médecin si vous êtes dans le cas. N'oubliez pas que les gels de polyphénols tels que l'antistax, l'aureven, le réparil peuvent être utiles (il y en a bien d'autres et ils sont en général tous équivalents).

Pour ma part, je ne suis pas un adepte des bas de contention dans le cadre de l'insuffisance veineuse superficielle. S'ils sont souvent indispensables chez les patients présentant un syndrome post-thrombotique (complication des thromboses veineuses profondes), ils sont d'une utilité discutable chez les patients variqueux. On peut leur reconnaître une utilité relative dans les cas de voyage ou de station debout de longue durée. On peut les conseiller chez les patients qui se sentent soulagés en les portant... un intérêt qui reste néanmoins très relatif !

### **LES PETITS TRUCS**

Arnica en comprimé ou en pommade.

Bien que présenté comme substance homéopathique, l'Arnica est un traitement de phytothérapie tout-à-fait classique. Il contient en effet du calendula à dose allopathique. Il est qualifié d'homéopathique, uniquement par souci de publicité, mais il s'agit d'une publicité mensongère.

C'est néanmoins un bon produit que vous utiliserez avantageusement pour réduire les hématomes après traitement.

### **LES CREMES COUVRANTES**

Elles ont un intérêt majeur si vous voulez ressembler à un mannequin. Ces professionnelles ne peuvent pas se permettre le moindre défaut, or elles en ont comme tout le monde. Il existe des gels à fort pouvoir couvrant qui permettent de masquer les défauts. Lors des shoots ou des défilés, ces professionnelles utilisent des fonds de teint waterproof, dont la texture gélifiée est fort agréable. Ils tiennent parfaitement à la peau et ont un indéniable effet lissant.

Certains pigments permettent même de maquiller les varicosités foncées. Ces produits n'ont évidemment aucun effet thérapeutique.

### **VARICES ET GROSSESSES**

La grossesse est une période très pénible pour les veines et surtout pour les varices. Non seulement le climat hormonal ne leur est pas favorable, mais le drainage veineux a tendance à être plus difficile, notamment lorsque le fœtus, en raison de ses mouvements propres ou de ceux de la maman, vient à comprimer les vaisseaux iliaques.

---

<sup>1</sup> R/ sulfate de quinine 200 mg, Rutine 40 mg, Vitamine E 40 mg, Vitamine C 40 mg pour une gélule

Ainsi il est fréquent d'observer en cours de grossesse, l'apparition ou l'aggravation de varices et de varicosités. Les plages bleutées s'étendent et deviennent plus denses. Les varices en relief se dilatent. Ces phénomènes peuvent parfois prendre des proportions impressionnantes. Que faut-il faire ?

Si les dégâts ne sont qu'esthétiques, il ne faut rien faire. Rien !

Si un inconfort, une gêne ou une douleur se développe, le premier geste à faire consiste à porter des bas de contention Classe I, bien adaptés.

Tout le monde s'accorde pour dire que la prise de phlébotropes est sans danger. C'est une quasi certitude du fait qu'ils ne contiennent en général que des polyphénols présents dans notre alimentation.

Malgré ce consensus, je considère qu'une grossesse – et notamment ses trois premiers mois - doit être protégée au-delà du raisonnable. Je ne conseille donc jamais durant cette période d'absorber le moindre médicament, fût-il inoffensif.

Ceci est d'autant plus justifié que la plus grande partie des lésions qui apparaissent au cours d'une grossesse disparaissent spontanément et très rapidement après l'accouchement. La disparition des varices est tout aussi spectaculaire que ne l'a été leur apparition.

Mais cette régression n'est jamais totale et chaque grossesse laisse des traces de son passage. La première occasionne peu de dégâts, la seconde davantage, mais c'est souvent la troisième qui abîme le plus la situation veineuse.

### **FAUT-IL TRAITER LES VARICES AVANT OU APRES LA GROSSESSE ?**

Les avis sont partagés. Une fois de plus le corps médical ne parvient pas à un consensus sans doute parce que nous n'en savons rien ! Aucune étude sérieuse n'a été conduite sur ce sujet, qui permette en effet de trancher la question.

La question de savoir si le bénéfice d'un traitement qui aurait été réalisé avant que la patiente ne soit enceinte, ne sera pas perdu au cours de la grossesse ne trouve pas de réponse claire. En revanche, la présence d'une maladie variqueuse fortement évoluée me paraît indiquer un traitement avant la grossesse, étant donnés les risques importants de périphlébite et le risque auquel on exposera la patiente si l'on doit administrer des anticoagulants en cas d'extension de la pathologie.

Encore une fois, la décision doit se baser sur le bon sens et sur la nécessaire relation de confiance qui doit s'installer entre votre médecin et vous.

Dans la majorité des cas, il conviendra de traiter une partie des veines avant et le reste après. Le tout est de bien planifier la séquence des traitements.

# TRAITEMENT DES VARICES

En ce qui concerne les varices, les traitements sont très efficaces à condition – et c'est essentiel – qu'on se souvienne qu'on ne guérit pas de la maladie variqueuse et qu'un bon follow-up doit, en conséquence, être entrepris après le traitement initial. Une séance d'entretien annuelle suffit dans la majorité des cas.

Néanmoins certains patients, fort heureusement très peu nombreux mais plus gravement atteints que les autres, constituent un excellent terreau pour les varices. Il est nécessaire de revoir ces patients chroniquement et quasi mensuellement pour un résultat souvent médiocre. Il est toutefois nécessaire de persévérer, car en s'abstenant, on les condamne à évoluer vers la lipodermatosclérose et l'ulcère de jambe. Nous n'aborderons pas le cas de ces patients. Ils sortent clairement du cadre de l'esthétique. Si je vous en parle, c'est pour vous rappeler que les varices, contrairement aux rides, procèdent d'une maladie, c'est pour vous faire comprendre qu'un cas n'est pas l'autre et qu'il est inutile de vous baser sur les résultats obtenus par une amie... il y a très peu de chance que vous soyez dans son cas et que vous réagissiez de la même façon qu'elle au traitement.

Dans plus de 90% des cas, nous sommes en mesure de traiter les varices de façon très satisfaisante sur le plan esthétique. Il n'en va pas de même des varicosités !

Si les résultats que nous offrent aujourd'hui les micro-scléroses à la mousse, constituent un progrès certain, les résultats ne sont excellents ou bon que dans un tiers des cas. Chez un tiers de femmes, les résultats sont décevants et imposent pour obtenir un résultat un tant soit peu encourageant de déployer des moyens lourds et d'allonger notablement le traitement. Si deux séances de micro-scléroses sont parfois suffisantes chez certaines patientes pour obtenir un résultat magnifique, d'autres n'ont aucun résultat malgré l'usage des toutes les méthodes à notre disposition : sclérose, radio-fréquence et laser !

Il faut le savoir !

Ces patientes finissent par abandonner le traitement, désespérées, mais elles y reviennent parfois car il arrive que la situation évolue spontanément de façon encore plus rapide. Le traitement a toujours une efficacité relative.

Comme nous vous l'avons dit plus haut, la règle des trois tiers s'avère en général vraie :

- 1/3 d'excellents résultats
- 1/3 de résultats satisfaisants
- 1/3 d'échecs

Nous allons voir tout ceci en détail

## QUEL MEDECIN CHOISIR ?

Comme toutes les techniques opérateur-dépendantes, il existe une relation forte entre la compétence du médecin qui vous traite et les résultats que vous obtiendrez.

De nombreux praticiens réalisent des scléroses de varices.

Si vous n'avez que des varicosités, certains dermatologues sclérosent très habilement, certains médecins esthétiques sont de fort sérieux thérapeutes, mais il convient néanmoins de suivre la chaîne des procédures en matière de varices.

Outre le fait qu'il faudra baser le choix de votre médecin sur des éléments subjectifs qui iront de la rumeur publique à l'avis individuel, c'est sur la confiance quasi fraternelle qui découlera de votre premier contact que doit se fonder votre choix.

Si vous avez des varices en relief, adressez-vous directement à un chirurgien vasculaire spécialisé en phlébologie, c'est-à-dire qui ne limite pas sa pratique à la chirurgie artérielle !

Du fait qu'il les pratique toutes, il saura choisir pour vous la meilleure technique. Un praticien qui n'opère pas pourrait être tenté de traiter toutes vos varices par sclérose alors que certaines pourraient bénéficier davantage d'une phlébectomie et vous offrir ainsi de meilleurs résultats esthétiques.

Dans tous les cas faites préciser à votre médecin s'il est disponible en cas de complication, lui-même ou a défaut un de ses collègue direct doté des mêmes compétences. C'est très important car en cette matière, vous ne pouvez être prise en charge que par un praticien très spécialisé.

Evitez les médecins qui se protègent trop après 17 heures ou le week-end.

J'estime que ce métier impose une disponibilité plus grande que les autres. Une pratique sérieuse impose ce respect du patient.

Enfin, il n'est pas souhaitable qu'un praticien commence un traitement sans avoir réalisé un bilan complet de votre situation veineuse.

Votre choix se portera donc préférentiellement sur un médecin qui réalise lui-même ses échodopplers !

Un médecin ne peut s'engager sérieusement dans un traitement sans avoir la curiosité de percer lui-même les secrets de votre maladie et sans être en mesure d'en évaluer régulièrement les progrès.

Chez une patiente qui ne présente aucun signe de maladie veineuse si l'on excepte de petites plages varicositaires, on peut se contenter de réaliser une cartographie par transillumination. Si un soupçon plane sur l'intégrité des troncs saphènes, on réalisera obligatoirement un échodoppler.

Le médecin idéal est phlébologue, mais au sens le plus large du terme. Un phlébologue idéal qui connaîtrait tout sur les veines et pratiquerait tous les traitements.

Pour des raisons de corporatisme protectionniste imbécile, on ne forme pas aujourd'hui ce genre de médecin !

### **LA CARTOGRAPHIE PAR TRANSILLUMINATION**

Cet examen est réalisé dans l'obscurité au moyen d'une lampe diode émettrice d'un rayonnement monochromatique rouge. Ce rayonnement pénètre sous la peau et est réfléchi par l'aponévrose musculaire. La lumière qui revient vers la peau est interceptée par les veines qui apparaissent donc clairement en ombres chinoises. Il est donc possible de dessiner les veines sur la peau en les décalquant au moyen d'un marqueur et de réaliser une cartographie. Evidemment, seules les veines de surface, c'est-à-dire les veines réticulaires, sont visualisées par ce procédé. Les troncs saphènes sont inaccessibles à la transillumination. Une photographie de cette cartographie est prise afin de conserver une image de l'état du réseau réticulaire au moment du premier contact avec le patient.

Cet examen permet de connaître la richesse de votre réseau réticulaire et de classer vos veines selon 4 catégories différentes du stade 0 ou stade III en fonction croissante de la gravité de l'atteinte.

### **L'ECHO-DOPPLER**

Lorsque la situation l'impose, notamment lorsqu'il existe des varices significatives, un échodoppler permet d'évaluer avec précision le réseau saphène. Les instruments modernes permettent non seulement de visualiser les veines saphènes, d'en mesurer le diamètre, mais également d'évaluer les paramètres hémodynamiques. Ceux-ci consistent à mesurer le flux circulatoire soit sur un graphique, soit par le biais d'un codage coloré directement sur l'image et à vérifier si le sang circule dans le bon sens, soit des pieds vers le cœur. Dans les veines variqueuses, le sang se déplace en sens inverse, du cœur vers les pieds : c'est ce qu'on appelle le reflux. Celui-ci est donc observé par une inversion du graphique des vitesses circulatoires qui passe du + au -, ou par une inversion des couleurs qui passent du bleu au rouge.

Un schéma de la circulation saphénienne est réalisé et complète la mise au point.

### **LES PIEGES DE L'ECHO-DOPPLER**

Une veine saphène décompensée reflue de haut en bas. (préciser )Si vous êtes attentive à l'examen qui sera réalisé, vous constaterez qu'après s'être colorée en bleu au moment où votre médecin comprimera manuellement votre mollet, votre veine se colorera en rouge de façon durable. C'est le reflux. Si le médecin l'examine en Doppler pulsé, vous entendrez un

souffle caractéristique qui ne peut mieux se décrire que comme un « Pshit » bref et isolé lors de la compression et donc contemporain de la coloration bleue, mais qui sera suivi d'un très long « Pshuiiiiiiiiiitttt », pendant que la veine se colore en rouge si elle est malade.

Ce reflux qu'il soit en couleur ou sonore, traduit de façon claire la pathologie des valves saphènes et signent donc la maladie variqueuse.

Ce qu'on a observé récemment, montre néanmoins que ces critères sont insuffisants pour affirmer que la saphène est véritablement incontinente. Un certain nombre de saphènes « saines » sont ainsi étiquetées « malades » et sont opérées. Des critères de plus en plus exigeants sont aujourd'hui nécessaires pour poser un diagnostic de maladie saphène. Un grand nombre de tableaux échographiques qui, hier encore, auraient alarmé les médecins, débouchent aujourd'hui sur des attitudes d'abstention thérapeutique sur le tronc saphène.

On opère de moins en moins les saphènes.

En effet, les échographies donnent des diagnostics faussement positifs dans la moitié des cas environ, ce qui signifie que les anciens critères débouchent sur des interventions qui ne paraissent pas nécessaires.

Mais attention ! Nous sommes dans le domaine de la recherche. Il faut se méfier des affirmations tranchées. Je connais des chirurgiens qui pratiquent de façon strictement traditionnelle et qui font de l'excellent travail ! La différence entre eux et nous ne se mesure qu'à des controverses que l'avenir tranchera. Je pense que ce sera en faveur des idées nouvelles. Il ne faut cependant pas oublier que les idées nouvelles sont bâties sur les anciennes et que l'inertie des traditionalistes, nous impose une rigueur que nous n'aurions sans doute pas sans eux ! La science avance toujours de cette façon.

Les médecins qui pratiquent l'ASVAL ont cependant un avantage sur les autres, c'est qu'il sera toujours possible d'enlever ultérieurement la saphène d'un patient qui l'a conservée, alors qu'il sera impossible de la remettre à quelqu'un qui a été saphénectomisé.

## **LES TRICHEURS DE L'ECHO-DOPPLER**

Au-delà du conflit qui oppose les « anciens » et les « modernes », existe un danger bien plus grand.

Si ces différences de point de vue aboutissent à des saphénectomies discutables sur un plan strictement scientifique, elles sont réalisées à l'issue d'un raisonnement strictement honnête, empreint de la conviction d'aider correctement le patient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, les résultats des « anciens » ne diffèrent guère de ceux des « modernes » si ce n'est par une plus grande agressivité du geste.

Il en va tout autrement de la surconsommation chirurgicale organisée.

Ce phénomène ne concerne heureusement qu'une portion minime de la profession, mais le nier reviendrait à se crever les yeux en plein soleil pour ne pas voir.

Le fait que l'écho-Doppler mette souvent en évidence des reflux sur des axes sains ou récupérables permet au chirurgien de justifier aisément un geste chirurgical agressif et non justifié. Il sera bien difficile de démontrer après coup que la chirurgie n'était pas indiquée, rien ne ressemblant davantage à un reflux majeur, qu'un reflux insignifiant.

Est-ce un fantasme ? Non !

Parfois, nous voyons des patients qui viennent pour prendre un second avis parce qu'on leur a dit au terme d'un examen qu'ils jugent expéditif qu'ils devaient se faire opérer. Généralement, ce genre de médecins ajoutent un commentaire destiné à faire paniquer le patient : « attention, vous risquez la thrombose à tout moment ! », ou bien « Imaginez-vous, si vous vous blessez, ce sera l'hémorragie ! », « surtout ne prenez pas l'avion ».

Le drame c'est qu'ils n'ont pas entièrement tort ! Ils ont raison à un gros détail près : la thrombose veineuse superficielle n'est dangereuse que si elle est longuement négligée, les hémorragies sur varices se maîtrisent simplement en les comprimant et en se couchant, quant aux inconvénients de l'avion, on les contourne aisément avec des règles simples ! Rien donc d'alarmant dans tout cela ! Rien qui justifie que ces patients nous consultent avec une angoisse d'autant plus injustifiée que leur saphène est souvent parfaitement saine et qu'ils auraient donc été opérés pour rien...

Le pire est que ces médecins ont d'excellents résultats ! L'évolution postopératoire des patients qui ne sont pas malades étant en général bien plus favorable que lorsqu'ils sont vraiment atteints.

De plus, il faut considérer que les organismes de Sécurité Sociale favorisent les traitements lourds. Que l'on choisisse pour traiter des varices, l'injection de mousse, l'ASVAL, ou la chirurgie traditionnelle, le temps que l'on passera à traiter le patient sera du même ordre de grandeur, même s'il est probable que la chirurgie soit le traitement le plus rapide, et que le plus long soit sans doute l'ASVAL.

En revanche, l'intervention des caisses de maladie sera très différente. En Belgique les caisses remboursent 4 euros pour une mousse, 96 € pour un ASVAL et plus de 200 € pour une saphénectomie. Pour ces mêmes traitements, les chiffres deviennent respectivement 4€, 288€, et 600 € si on fait intervenir une assurance hospitalière. Entre les trois, le cœur balance... et finit parfois par tomber du mauvais côté !

### **SYNDROME DE LA CLASSE ECONOMIQUE**

Le syndrome de la classe économique fait partie des phobies d'un monde qui se cherche sans se trouver. Comme le nucléaire, le changement climatique et le cholestérol, le syndrome de la classe économique est une construction destinée à occuper l'esprit d'un peuple immense, que l'on doit écarter des vrais problèmes : le gâchis de l'enseignement, les articles 104 et 105 du traité de Maastricht, Bâle III, la percée de la charia en Europe,... véritables drames que l'histoire révélera un jour et à côté desquels les abus de l'Ancien-Régime apparaîtront comme un détail insignifiant de l'aventure humaine !

Il arrive que certaines personnes jeunes décèdent dans les avions ! La cause la plus fréquente est une embolie pulmonaire mortelle. Les embolies pulmonaires résultent le plus souvent d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Le lien a très rapidement été fait entre l'exiguïté de l'espace en classe économique, la position très repliée, l'immobilité et la survenue d'une thrombose.

Si l'on regarde les choses de près, ce phénomène n'est pas caractéristique des avions. L'embolie pulmonaire touche les jeunes sur terre également. A une époque où un million de personnes sont en permanence dans les airs, il n'est pas étonnant que la pathologie terrestre s'y exporte naturellement !

### **UNE REGLE D'OR POUR VOS VEINES**

Dans un avion ou n'importe où ailleurs, l'immobilité au long cours favorise la stase et donc la thrombose veineuse. Que vous soyez dans un avion ou à un séminaire, il convient donc de bouger. Apprenez à fléchir régulièrement le pied pour mettre en œuvre la pompe musculaire du mollet et changez de position pour éviter les obstructions vasculaires partielles liées aux positions fléchies. Cette règle vaut pour les avions, pour les cinémas, pour les soirées au coin du feu !

Dans les avions, la déshydratation vous expose davantage. Il faut toujours être bien hydraté ! Buvez donc suffisamment : 15 cl par heure de vol... et vous ôterez au syndrome de la classe économique toute chance de vous toucher.

Un détail encore. Ne prenez pas de somnifère avant de prendre l'avion, car si vous dormez dans une position très fléchie, le risque de thrombose augmente de façon importante.

Même si vous avez peur d'un crash... le risque d'une embolie est bien plus élevé que le risque de tomber...

Cela dit : le respect de ces principes réduit à néant le risque lié au syndrome de la classe économique !

### **OU REALISER UN BILAN VEINEUX ?**

Si vous êtes amenée à réaliser un bilan, veuillez toujours à demander un double du protocole d'examen !

Si vous êtes Français(e), vous avez de la chance, les angiologues et les phlébologues de ce pays sont les meilleurs du monde. Ce sont eux qui ont inventé l'écho-doppler veineux. Des noms prestigieux sont attachés à cette pratique. Ils sont en général tous très compétents.

N'oubliez jamais : le feeling est un des meilleurs conseillers. Il doit passer quelque chose entre votre médecin et vous : une sorte de coup de foudre technique !  
Si c'est le cas, faites-lui donc confiance et demandez-lui un bilan de votre réseau réticulaire et tronculaire, au terme duquel, vous saurez à quelle catégorie vous appartenez.

### **LEANDRE POURCELOT**

Un petit mot au passage pour un homme de l'ombre...

Léandre Pourcelot, cela vous dit quelque chose ?

C'est pourtant un génie.

Cet ingénieur, doublé d'un médecin spécialiste en médecine nucléaire fût une figure de proue de l'échographie. C'est à lui que l'on doit une grande partie des progrès réalisés.

Ne prenant à son service de des grandes pointures, ce médecin organisait chaque année un congrès qu'il appelait le « Doppler Club » où il mélangeait les communications des ingénieurs avec celles des médecins !

Utopie à laquelle il a dû renoncer en raison de la très médiocre formation des médecins en physique et en mathématiques, surtout depuis les réformes de mai 68.

### **LA CLASSIFICATION CEAP**

Cette classification fait aujourd'hui autorité. Elle est pourtant parfaitement inadéquate, elle manque de rigueur et de cohérence. Elle procède d'une incroyable nécessité de notre époque à faire de la topologie partout ! Nous nous limiterons à une description bien plus simple de la maladie en la divisant en quatre grands types sans frontières nettes.

#### **Type I**

C'est la maladie des araignées bleues !

Vous présentez une maladie varicostaire isolée. Ce n'est pas grave, mais cela peut être très inesthétique. Ces microvarices bleutées qui ressemblent à des araignées, à des balais de sorcières ou à des arcades de rosiers siègent le plus souvent dans la région des genoux et à l'extérieur des cuisses. A ce stade, on ne voit pas de varices réticulaires. Les veines ne sont pas en relief.

En général, le type I ne provoque pas de douleurs, ni de gonflement. Tout au plus pouvez-vous ressentir des démangeaisons au niveau des plages varicostaires.

#### **Type II**

C'est la maladie des serpentins !

Vous souffrez d'une maladie réticulaire. Cette fois, les veines sont en relief. Il peut y avoir des varicosités mais elles sont accompagnées de varices réticulaires qui font saillie sous la peau. Les serpentins sont en général de petit calibre. De la taille d'un spaghetti. Vous n'avez par contre pas de lésion des troncs saphènes.

Le type II est un type I qui s'est aggravé et qui peut, de ce fait, provoquer des gênes douloureuses, des sensations curieuses de genoux ou de mollet étreints dans un « étai », des gonflements modérées, des douleurs plus aiguës mais localisées peuvent se manifester. De l'eczéma se développe parfois dans les régions de décompensation réticulaire. Des crampes nocturnes ne sont pas exceptionnelles.

#### **Type III**

La vraie grande maladie variqueuse !

Vous présentez une maladie variqueuse globale : vous avez des varices tronculaires avec atteinte de la valve terminale (veines saphènes), des varices réticulaires et des varicosités. Tous les étages veineux sont atteints, à l'exception du réseau profond.

Les varices peuvent atteindre des diamètres spectaculaires. Dans les cas les plus dilatés, elle ressemblent à des chipolatas !

Le Type III est un type II aggravé. Tous les signes s'exacerbent. Les gonflements des chevilles peuvent être plus marqués, les douleurs sont plus fortes, les crampes sont habituelles. Si aucun traitement n'est appliqué, des troubles trophiques cutanés peuvent apparaître. Ils vont

se manifester sous la forme de dermites ocres, plaques cutanées d'un brun-ocre plus ou moins foncées selon la gravité de l'atteinte. Avec le temps ces phénomènes évoluent toujours péjorativement, des plaques dures appelées « lipodermatosclérose » peuvent se apparaître. En leur sein, se développeront les lésions redoutables que sont les atrophies blanches où se creuseront les ulcères !

Qui dit ulcère, dit douleur intense, dit gonflement important. Ce stade de la maladie variqueuse est toujours invalidant ! De nombreux patients souffrant d'ulcères, traités par des pommades, des crèmes, des plaques, ne guériront qu'à condition de traiter leurs varices exhaustivement. Pas de panique ! Ces lésions graves n'apparaissent qu'après des années d'évolution, et uniquement chez des patientes négligentes ! Malgré cette négligence, on peut toujours traiter le type III.

#### **Type IV**

Ce type rassemble les types III très évolués et les maladies veineuses globales sur insuffisance veineuse profonde comme cela peut être le cas si vous avez des antécédents de Thrombose Veineuse Profonde (TVP ou DVT en Anglais : Deep Venous Thrombosis). Ce genre de pathologie sort du cadre de ce livre et du cadre général de l'esthétique.

Le type IV constitue la forme la plus grave de la maladie. Elle résulte de négligences répétées ou des retentissements d'une phlébite profonde (Thrombose Veineuse Profonde) négligée ou mal traitée. Contrairement à la maladie variqueuse qui débute toujours dans les petites veines de la peau, cette affection qui commence dans les plus grosses veines du membre, progresse de la profondeur vers la superficie. Ce sont les valvules des veines principales, situées profondément dans les membres, au sein des muscles, contre les os qui ont été abimées par la thrombose. Rien ne peut s'opposer à la progression de la maladie.

Cette affection ressemble à un type III très évolué, mais son traitement est toujours décevant parce qu'on ne peut pas s'attaquer à la cause qui siège sur les veines les plus nobles des membres inférieurs. Bien souvent le seul remède est la patience et les bas de contention !

L'évolution vers l'ulcère de jambe est quasi constant.

#### **QUEL RAPPORT AVEC L'ESTHETIQUE ?**

Pourquoi parler de ces maladies qui relèvent de la médecine curative dans un ouvrage qui traite d'esthétique ? Il va de soi que les patientes qui sont soucieuses de leur beauté n'attendent pas ce stade d'évolution !

Faux !

Tout d'abord, les varicosités comptent parmi les rares lésions inesthétiques qui relèvent d'une véritable pathologie !

Ensuite, parce que certaines femmes qui se sont négligées pendant plusieurs années, parce qu'elles étaient déprimées, malaimée ou mal mariées, peuvent avoir laissé évoluer une pathologie jusqu'au type III. Un revers de fortune peut les mettre subitement face à un destin plus doux et qui leur feront prendre la mesure de leur inconséquence. Elles souhaiteront y porter remède.

Le message est clair !

Jusqu'au type III, et pour autant que des lésions irréversibles ne se soient pas développées, on peut aider les femmes à retrouver des jambes dont elles n'aient pas à rougir !

#### **TRAITEMENT DU TYPE I (Varicosités isolées)**

Le traitement du type I n'est jamais chirurgical.

Il existe trois méthodes pour traiter les varicosités de ce type :

- Sclérose,
- Laser
- Radio-fréquences.

#### **SCLEROTHERAPIE**

La meilleure méthode pour traiter les varicosités. Elle n'est cependant pas miraculeuse.



Cette méthode consiste à injecter dans les petites veinules cutanées des produits destinés à détruire les veines dilatées. Ces produits sont en général des agents détergents, irritants ou hypertoniques. Peu importe le but est de léser la membrane des cellules endothéliales qui tapissent la paroi intérieure des veines malades.

Il s'agit incontestablement du meilleur traitement des varicosités, bien que son efficacité en comptabilisant les résultats excellents, bons et suffisants ne dépasse pas 60 à 70% des cas.

Rappelons le principe des trois tiers ! Un tiers des patientes sortira déçu de son traitement.

Quelques produits usuellement utilisés :

- Polidocanol 0.5, 1, 2 ou 3% : Aethoxysklerol ® (Europe), Ascléra ™ (USA)
- Tétradécylsulfate de soude : Thrombovar ® (France), Sotradecol Sodium ® (USA)
- Alun de Chrome en solution (Glycérol et eau) : Scléremo ®
- Dextrose et Chlorure de Sodium : Sclérodex ®

### **COMMENT SE PASSE LA SEANCE ?**

L'injection se fait avec une aiguille 30 G, très fine. La ponction est légèrement douloureuse, mais l'injection du produit qui suit est en général un peu plus douloureuse que la ponction, en raison du caractère irritant du produit.

Le nombre de varicosités que l'on peut injecter est quasi illimité vu le très petit volume injecté dans chacune d'elles et la faible concentration utilisée (0.5%).

On limite en général le nombre d'injections à une cinquantaine, pour des raisons de durée et de tolérance à la douleur. Au-delà, la consultation s'éterniserait et deviendrait très désagréable pour la patiente. Lorsque les varicosités sont de gros calibre, elles consomment parfois une grande quantité de produit et il est alors raisonnable de limiter le volume d'injection à 6 ml (une dizaine d'injection).

Dans certains cas, le produit peut être injecté sous forme de mousse.

Des pansements sont mis en place si un saignement persiste au point de ponction, mais ce n'est nullement nécessaire. En ce qui concerne la contention, elle est inutile après la sclérose des varicosités mais certains médecins tiennent à placer un bandage après injection. Cela ne peut évidemment faire aucun tort !

En général, je ne mets ni pansement, ni bandage.

Il est classique qu'un gonflement inflammatoire apparaisse au niveau des sites d'injections. Il peut s'agir de gourmes comparables à des piqûres de moustiques ou à des placards plus ou moins étendus. C'est une réaction normale aux agents sclérosants qui disparaît en moins de 48 heures.

### **ET APRES LA SEANCE ?**

Outre ces papules, une rougeur s'installe dans les zones injectées.

Les varicosités vont selon le cas, se spasmer ou se thromboser.

Si elles se spasment elles peuvent disparaître rapidement après la séance de sclérose. L'effet est alors souvent miraculeux. Si elles se thrombosent, elles apparaissent plus violacées et davantage visibles. L'aspect est pire qu'avant la sclérose et la guérison est alors beaucoup plus longue. Elle passe par un changement de coloration progressif de la veine qui passe du violet au brun foncé, puis au brun clair. La guérison totale peut alors prendre un an !

Cet inconvénient ne concerne en général que les plus grosses varicosités et on peut heureusement aider la nature en dépigmentant les lésions. La guérison peut alors être obtenue en quelques mois et en général en moins de 3 mois.

Après la séance, la douleur reste en général très modérée.

### **QUE PEUT-ON FAIRE APRES LA SEANCE ?**

Tout ! On peut tout faire après la séance : rentrer chez soi à pied, aller à sa séance de fitness, nager, courir. Il est simplement déconseillé de rester en position debout immobile. Le mouvement ne peut être que profitable !

Il n'est pas inutile de passer de la glace ou une pochette réfrigérante sur les lésions traitées, et cela deux ou trois fois par jour, mais cela ne fait qu'améliorer le confort du traitement. S'il n'y a pas de bleus après une sclérose, l'exposition au soleil n'est nullement déconseillée. On veillera par contre à ne pas exposer les bleus qui résulteraient éventuellement du traitement ou de tout autre cause.

## **COMPLICATIONS**

L'ulcère de peau est la seule complication de cette technique, mais elle est très embarrassante.

Elle est fort heureusement très rare.

Quel que soit le praticien, aucun ne peut se vanter de n'en n'avoir jamais eu. On peut même penser que les praticiens expérimentés en ont un peu plus que les débutants parce que leurs traitements plus efficaces sont également plus osés !

La lésion commence par l'apparition d'une tache rouge, assez douloureuse, qui peut devenir très douloureuse. Sa couleur évolue en général et devient de plus en plus foncée. La douleur augmente et l'ulcération se constitue en une à deux semaines. Elle met parfois très longtemps à guérir (plusieurs mois)

Elle laisse après guérison, une tache dépigmentée entourée d'un halo foncé, très pigmenté !

On peut évidemment dépigmenter ce halo, notamment par un peeling au TCA 25% ou 30%.

## **LE LASER**

Le laser est peu efficace mais il pourrait dans l'avenir devenir un traitement de choix des varicosités, comme il l'est aujourd'hui pour la couperose et l'érythrose du visage, très efficacement traité par les lasers et les flash-lampes. Ces résultats parfaits au niveau du visage nous autorisent à espérer que les lasers auront un jour la même efficacité dans les membres inférieurs. Ce n'est pas encore le cas aujourd'hui !

Je pense que le véritable laser vasculaire pour les membres inférieurs n'est pas encore né. Nous devrions tester des prototypes émettant dans le rouge sur une longueur d'onde proche de 630 nanomètres. Un laser diode suffisamment puissant serait à ce titre très intéressant.

Je pense que cette longueur d'onde est la seule qui nous permettrait une pénétration suffisante et une sélectivité raisonnable pour traiter les varicosités des membres inférieurs. L'industrie n'est cependant pas très emballée à cette idée pour la simple raison qu'on a toujours dit qu'en vasculaire, on pouvait quasi tout utiliser sauf le rouge !

Pourquoi dès lors, des lasers peu adaptés sont-ils à ce point à la mode pour traiter les varicosités ? En raison de l'influence d'un marketing très puissant, à cause des médias, des médecins qui laissent croire que le laser est le remède miracle des varicosités. Mais ce n'est pas la seule raison. Le laser est très à la mode, parce que la sclérose n'offre pas une solution à 100%, loin de là et que le laser pour ne pas avoir l'efficacité de la sclérose permet aux médecins qui en sont équipés d'améliorer quelque peu le score de leur résultat. Avec la sclérose seule, on atteint 65% d'excellents ou de bons résultats. Si on ajoute le laser, on peut espérer atteindre 75 à 80%.

Nous vous renvoyons pour plus d'informations au chapitre sur le laser.

## **ET LES RADIOFREQUENCES ?**

Les Radio-fréquences ont-elles un intérêt ?

Il existe aujourd'hui des machines délivrant des courant alternatifs qui sont destinées à traiter les varicosités. Il s'agit de courant alternatifs à très haute fréquence, bien plus élevée celle de votre prise électrique. Ces machines portent des noms divers, mais la plus connue est le TC 3000.

Elles sont absolument inefficaces. Entamer un traitement avec ces machines constitue une certitude d'échec.

Elles sont contre-indiquées formellement chez les gens qui portent un Pace-Maker.

De plus, il n'est pas rare que ce traitement qui ne supprime aucune varicosité laisse à l'emplacement de chaque tir, une petite tache blanche, parfaitement visible lorsque l'on vous examine de près.

Il s'agit d'un traitement à proscrire, dans tous les cas !

Le traitement susceptible de traiter correctement vos varicosités doit donc, selon moi, recourir à des injections pour la majorité des lésions. Votre médecin pourra recourir au laser dans certains cas difficiles pour améliorer des résultats insuffisants. Vous devez cependant savoir que lorsque son indication est correctement posée, le recours au laser signifie que vous n'entrez pas dans la catégorie des cas simples !

Un traitement des varicosités des membres inférieurs qui débiterait par le laser n'a à mes yeux aucun sens ! Il doit être considéré comme un traitement complémentaire dans certains cas limites.

### **D'AUTRES VONT APPARAÎTRE !**

Une amie m'a dit : « ne te fais pas traiter car une varicosité s'en va ici, une autre apparaît là-bas ! »

C'est tout-à-fait vrai !

Le traitement des varicosités peut faire disparaître une plage de varicosités et en faire apparaître une autre dans le voisinage immédiat.

N'oubliez pas que votre médecin a créé de toute pièce cette varicosité, comme par enchantement. En modifiant dans le bon sens votre hémodynamique veineuse, votre médecin a simplement fait apparaître plus rapidement une varicosité qui sommeillait dans la profondeur de votre peau et qui serait sortie avec ou sans lui, dans un délai plus ou moins rapproché.

En général ces extensions se résolvent très bien et il est rare qu'à terme, elles ne disparaissent pas comme les autres.

Plus complexes sont les matings, zones rougeâtres, sans vaisseaux apparents qui sont en général dues à l'inflammation créées par l'injection. Elles ne sont pas fréquentes, mais ne sont pas davantage exceptionnelles. Elles apparaissent dans 5% des cas environ. Elles sont difficilement accessibles à la sclérose et réagissent mal au laser. Elles répondent parfois aux anti-inflammatoires locaux et à la compression.

Tous ces petits inconvénients suffisent parfois à décourager certaines patientes mal ou insuffisamment informées. D'autant que dans un petit tiers des cas et dans les meilleures mains il faudra se résoudre à reconnaître l'échec du traitement.

Et si rien ne va ?

En cas d'urgence (Mariage, vacances à la mer...), il existe des moyens simples de masquer temporairement les varicosités. Votre esthéticienne vous l'expliquera beaucoup mieux que moi.

### **TRAITEMENT DU TYPE II (varices en relief : réticulaires)**

Si le traitement des varicosités associées au type II ne diffère en rien du traitement des varicosités associées au type I, il doit être impérativement précédé dans ce cas d'un traitement des varices réticulaires.

Les varices réticulaires peuvent être traitées par trois techniques :

- la diaphanosclérose par agent sclérosant
- la mousse
- la phlébectomie sous anesthésie locale

Elles sont toutes relativement récentes.

### **DIAPHANOSCLÉROSE**

Cette technique permet de traiter les varices réticulaires de petit calibre (moins de 1,5 mm) qui, de ce fait, ne se voient pas cliniquement. Elle consiste à s'aider d'une lampe de transillumination qui permet de les visualiser et donc de les piquer aisément. Le traitement se réalise dans l'obscurité.

On utilise une aiguille de 27 G pour injecter le sclérosant.

Durant cette phase, le traitement n'a aucune action réelle sur les varicosités et les patientes peuvent avoir l'impression qu'il est inefficace ou qu'il stagne, notamment quand les varices réticulaires sont nombreuses.

Le nombre de varices réticulaires croît selon la gravité de l'atteinte, allant de deux ou trois segments veineux pour les cas les plus banals à une centaine de chaque côté pour les cas les plus avancés.

Le traitement des « racines » veineuses qui ne se voient pas peut donc prendre de 1 à 6 séances voire davantage dans certains cas.

Cette impression de stagnation du traitement sera d'autant plus nette que le traitement de ces petites varices laisse parfois des séquelles inflammatoires, des sclérites (nodule dur et douloureux) et peut temporairement augmenter le nombre et la taille des varicosités, donnant de surcroît le sentiment désagréable au patient que le traitement fait pire que bien.

C'est cependant un passage obligé. Le médecin a le devoir de l'expliquer clairement ce qui permet au patient de comprendre sans difficulté ce qui se passe.

Dites-vous également – si vous êtes dans ce cas – que ne rien faire serait bien pire car votre situation ne peut – avec le temps – que se dégrader de façon plus spectaculaire en vous faisant passer du type II au Type III, ce qui conduit inéluctablement à la chirurgie.

## **MOUSSE**

On utilise dans ce cas un agent sclérosant de type détergent que l'on émulsionne. Il en résulte qu'il se transforme en mousse comme vos détergents domestiques.

La mousse augmente considérablement l'efficacité du produit.

Il permet donc de traiter ces veines qui sont souvent résistantes au traitement classique (non émulsionné).

On les injecte au moyen d'une aiguille ou mieux d'un papillon (Aiguille reliée à un cathéter). Les mousses sont devenues très à la mode car on s'est aperçu que l'on pouvait les utiliser dans le traitement de tous les types de varices, des plus petites aux plus grosses.

Certains angiologues traitent les troncs saphènes eux-mêmes avec des mousses, d'autres les réservent aux varices réticulaires et aux varicosités. Dans ce cas, on peut réduire notablement la concentration de l'agent détergent ce qui réduit les risques de complications.

Les médecins qui appliquent le principe du « tout-à-la-mousse » m'assurent qu'ils obtiennent d'excellents résultats même et surtout dans les troncs saphènes.

Toutefois, j'éprouve une crainte consistante à injecter un produit relativement agressif dans une veine qui communique à plein canal avec le réseau veineux profond qu'il convient à tout prix de protéger. J'hésite également à injecter si près de la circulation profonde, des produits qui pourraient transiter vers le cerveau chez les patients qui présentent une anomalie cardiaque (communication entre les cavités droites et gauches) souvent méconnue.

Il s'agit probablement d'une crainte irrationnelle. L'absence de complications connue à ce jour dans l'usage intensif des mousses sclérosantes fait sans doute de mon choix une simple option personnelle et subjective ; mais c'est mon choix !

Je réserve cette technique aux varices réticulaires visibles mais de calibre moyen (1,5 à 2,5 mm). Ces veines sont parfois en relief en position debout, mais elles restent en général peu saillantes. Je traite les varices plus importantes par phlébectomie, pour éviter les pigmentations et les réactions inflammatoires, à mes yeux plus fréquentes, après les injections de mousses qu'après chirurgie !

Contre-indications des mousses : Thrombophilie (tendance à la thrombose de certaines personnes), antécédents d'intolérance ou d'allergie aux agents sclérosants.

## **COMPLICATIONS**

La sclérite est la seule complication véritablement significative et elle ne présente aucune gravité particulière en dehors de douleurs parfois désagréables.

On appelle sclérite, la formation d'une sorte de thrombus mêlant sang et produit sclérosant au sein de la veine et conduisant à la formation de un ou plusieurs nodules palpables et douloureux au toucher voire spontanément.

En cas de sclérite, vous devez vous référer directement au médecin qui vous a traitée car un praticien qui n'a pas l'habitude de ces traitements prendra souvent cette complication banale pour une phlébite et la traitera comme telle par anticoagulants. En dehors du fait qu'il vous alarmera pour rien, il vous fera passer à côté du bon traitement qui consiste à ponctionner le ou les nodules, ce qui ne fait pas plus mal qu'une sclérose et la plupart du temps, vous soulagera immédiatement.

La sclérite doit être distinguée de la thrombose veineuse profonde qui peut survenir après injection sclérosante, bien qu'elle soit très très rare. Elle existe cependant, notamment lorsqu'on sclérose l'arrière du mollet, raison pour laquelle je privilégie souvent une phlébectomie lorsqu'existent des varices du creux poplité ou du mollet, même si leur calibre autoriserait parfaitement une sclérose. Elle doit être reconnue très rapidement. C'est une raison de plus de vous adresser à un praticien qui vous recevra en cas d'urgence et qui dispose d'un échographe pour poser un diagnostic correct. En cas de diagnostic rapide et de traitement efficace (anticoagulants : héparine fractionnée), ces thromboses ne laissent en général aucune séquelle.

### **MIGRAINE OPHTALMIQUE**

Des épisodes de migraine ophtalmique surviennent exceptionnellement. Elles provoquent des troubles visuels très gênants qui durent de 20 à 60 minutes et s'accompagnent souvent de maux de tête.

### **EMBOLIES PARADOXALES**

De très rares embolies paradoxales que j'ai évoquées plus haut peuvent survenir chez des gens porteurs d'anomalies cardiaques. Comme elles sont souvent méconnues, il convient de rester très prudent dans la quantité de mousse administrée. Je suis pour ma part très strict sur ce point et je n'injecte jamais plus de trois ampoules de 2 cc à 0.5 % ou une ampoule et demi à 1%. J'hésite toujours avant d'utiliser des concentrations plus fortes. Je ne transgresse ces règles qu'après avoir pesé le pour et le contre.

### **FULGURATION**

La fulguration par Radio-Fréquences est une technique qui permet de traiter les veines réticulaires grâce à des aiguilles d'une dizaine de centimètres, protégées par de petits cathéters en plastique. Seule la pointe de l'aiguille dépasse. C'est cette pointe qui est introduite dans la veine et qui transportera les radio-fréquences jusqu'à sa paroi. La gaine non conductrice permet d'éviter les brûlures de la peau. L'aiguille est ensuite retirée lentement tout en continuant à appliquer le courant électrique. C

Cette technique s'adresse à des veines jonctionnelles relativement rectilignes et se réalise seule, en complément d'une mousse ou d'une phlébectomie.

### **PHLEBECTOMIE**

C'est un « Gold Standard » : un traitement presque parfait. Cette technique chirurgicale connue depuis les romains a été remise au goût du jour par un dermatologue Suisse : le Dr Muller. C'est à lui que le monde doit la restauration de ce geste chirurgical. En France, les docteurs Trauchessec et Vergereau en sont les véritables promoteurs. Considérés comme hérétiques, ces médecins ont tout d'abord été la risée des chirurgiens officiels. Grâce à l'énergie qu'ils ont investie dans La Société Européenne de Phlébectomie, ils sont rapidement arrivés à imposer leur technique. D'outsiders, ils sont devenus les précurseurs qui ont guidé le monde.

La phlébectomie s'adresse aux grosses varices : celles qui sont très en relief et forment des serpents très disgracieux sous la peau. Cette technique a connu une grande vogue et la connaît encore aujourd'hui à juste titre car elle s'attaque de façon très efficace et rapide à des lésions très inesthétiques.

### **PRECAUTIONS PRE-OPERATOIRES**

L'intervention ne nécessite, ni bilan pré-opératoire, ni mise à jeun du patient. Elle est réalisée en ambulatoire au cabinet médical. En France, une législation récente impose (à vérifier) de

pratique ce traitement en centre hospitalier reconnu. Cette situation ridicule tient à la pression des lobbies chirurgicaux et n'a AUCUNE raison d'être. Au contraire, le risque d'infection nosocomiale est plus important qu'au cabinet. J'espère que les médecins français vont se rebeller contre cet acte mafieux qui entache la dignité de la profession médicale et qui engendre des frais et des risques inutiles pour le patient.

### **TECHNIQUE**

Elle consiste à ôter les veines réticulaires de gros calibre (de 2,5 mm à plus de 1 cm) par une méthode pseudo-chirurgicale très simple à mettre en oeuvre. Il n'est nullement utile d'être chirurgien pour réaliser ce geste. Il suffit d'être compétent.

Comme je vous l'ai dit plus haut, c'est un dermatologue qui a inventé cette technique et non un chirurgien. Bien sur rien ne s'oppose à ce qu'un chirurgien réalise la phlébectomie, mais le risque qu'il considère cet acte mineur avec mépris n'est pas négligeable en sorte qu'il n'est pas rare que le chirurgien soit moins méticuleux pour le réaliser que le dermatologue ou l'angiologue. Ne vous laissez donc pas impressionner par ceux qui vous diront qu'il faut être chirurgien pour faire une phlébectomie... c'est archi-faux !!!

Par contre il faut être un peu futé !

Après avoir réalisé une échographie de contrôle complète et exhaustive, on réalise le marquage des veines à enlever en position debout. On peut éventuellement s'aider d'une lampe de transillumination. On pratique ensuite une anesthésie locale stricte (Pas de narcose, pas de péridurale) de la région marquée.

L'ablation des veines se réalise au moyen d'incision punctiforme (1 mm environ). Les veines sont saisies au moyen de crochets micro-chirurgicaux et extraites au moyen de fines pinces en exerçant une traction prudente et continue. Les crochets de dentelière – que l'on trouve en mercerie pour 2 euros - sont parfaitement adaptés à cette technique. On extrait ainsi la totalité de la veine de proche en proche. L'incision suivante est réalisée en fonction de la longueur du segment déjà ôté. En général il faut réaliser une incision tous les 5 cm, mais il arrive que l'on puisse extraire des segments qui atteignent 10 à 15 cm.



Les saignements sont en général limités (quelques cc). En fin de traitement on peut mettre des stéri-strips (petits sparadraps stériles) sur les incisions qui manifesteraient un peu de béance. Un bandage compressif est mis en place pour 24 heures.

### **SUITES IMMEDIATES**

Le patient rentre à domicile après une demi-heure d'observation, en marchant sur ses deux jambes. Durant 24 à 48 heures, on lui demande de vaquer à des occupations normales mais

de ne pas faire d'excès (sport, effort, stations debout prolongées). On lui laisse un numéro de portable où il peut bénéficier d'une assistance permanente ce qui est finalement très rarement nécessaire.

Après 24 heures, le patient ôte lui-même le bandage compressif ainsi que les pansements et il prend une douche.

Dès qu'il a ôté la bande il observe une ecchymose de surface plus ou moins importante. Les bleus peuvent être limités ou très étendus. Cela n'a pas d'importance. Il disparaissent en 2 ou 3 semaines.

### **SUITES TARDIVES**

Dans les jours qui suivent apparaissent systématiquement des nodules parfois légèrement douloureux, localisé sous la peau sur le trajet de la phlébectomie. Ce sont de petits hématomes (sang qui remplit les espaces laissés libres après ablation des veines). De leur nombre et de leur volume dépendent les douleurs post-opératoires. S'ils sont petits et peu nombreux l'intervention peut se révéler quasi indolore. S'ils sont très nombreux et volumineux, une douleur post-opératoire peut se révéler beaucoup plus forte et nécessiter de revoir le chirurgien. C'est souvent le cas lorsque les faibles douleurs post-opératoires immédiates incitent les patients désobéissants à faire des excès dans les premières 48 heures. Il est cependant très rare que ces douleurs nécessitent un geste particulier du médecin. L'application de glace ou de pochette réfrigérantes placées dans le surgélateur calment assez bien ces douleurs. La prise de paracétamol ou d'un anti-inflammatoire peut être utile.

### **SEQUELLES**

Les petites incisions deviennent invisibles en 3 à 6 mois dans la majorité des cas. Il peut arriver qu'elles se pigmentent et restent visibles plus longtemps. Il arrive également que le trajet de la phlébectomie reste marqué par une pigmentation inflammatoire. Il faut dans ce cas prendre la pigmentation en charge et les traiter avec des crèmes anti-inflammatoires. Il faut parfois réaliser un peeling. Ces traitements secondaires donnent en général un excellent résultat. Dans tous les cas les résultats sont meilleurs que ceux que donnent les injections de mousse dans le cas de grosses veines réticulaires. Les mousses sont relativement efficaces, mais les complications pigmentaires sont plus fréquentes, plus fortes et plus difficiles à traiter.

Les phlébectomies donnent de si bons résultats qu'on a aujourd'hui tendance à y recourir pour des veines de calibre inférieur à 2.5 mm.

Le Dr Miguel Santos réalise des phlébectomies de veines de moins de 1 mm. Il utilise dans ce cas l'extrémité d'une pince orientale pour extraire les veines par des incisions minuscules de moins d'un demi-millimètre.

### **COMPLICATIONS**

L'hémorragie est la complication la plus fréquente. Elle résulte toujours d'un pansement insuffisamment compressif. Elle n'est jamais grave. Elle cède à l'allongement et à la mise en place d'un nouveau pansement. Les patients doivent être informés des attitudes à mettre en œuvre immédiatement en cas de saignement. L'infection est rare et se limite à une rougeur et un petit suintement transitoire d'une ou de plusieurs incisions. Les grandes infections sont quasi inexistantes et ne peuvent concerner que des patients présentant des pathologies très avancées.

Il n'y a pas de thrombose post-opératoire !

### **TRAITEMENT DU TYPE III**

(varicosités associées à des varices réticulaires et à des varices tronculaires : saphènes).

## **LA SAPHENECTOMIE**

Le Type III vrai impose un geste sur le tronc saphène qui je vous le rappelle constitue – dans l'espace sous-cutané - la voie principale de retour du sang vers le cœur. La saphénectomie peut être réalisée de trois façons :

- par exérèse chirurgicale, le traitement classique (Stripping)
- par destruction thermique, le laser (EVLT) ou les radio-fréquences endo-veineuses
- par injection de mousse.

## **STRIPPING**

Le traitement des varicosités et des varices réticulaires associées au type III ne diffère en rien du traitement des types I et II, mais dans un certain nombre de cas, il doit être précédé d'un traitement des varices tronculaires.

On réalise dans ce cas l'ablation de la ou des veines saphènes malades : c'est ce que l'on appelle le stripping.

C'est le traitement chirurgical le plus ancien. Mis au point par Heller et BabCock au début du XXème siècle, on a cru qu'il allait résoudre tous les problèmes liés à la maladie variqueuse. On a réalisé des dizaines de millions de stripping de par le monde. Force a été de constater que le stripping n'a pas tout résolu. Les récurrences, quasi constantes, plus difficiles à traiter que la maladie d'origine nous ont poussés à réfléchir à la pertinence de ce geste ?

Une équipe Française à laquelle je me suis associé réalise aujourd'hui une étude qui consiste à vérifier le bien-fondé de cette chirurgie. Dans une grande majorité de cas, le stripping s'est révélé inutile, voire nuisible !

L'étude a par contre bien montré qu'il était au contraire utile de conserver une veine saphène même malade et de traiter exhaustivement toutes les collatérales malades. Les Dr B. Réa de Lyon, R. Barbe, P.Pitalluga de Nice ont bien montré le bien-fondé de cette technique qu'ils ont baptisé ASVAL (Ablation S des Varices sous Anesthésie Locale).

Seuls certains cas où la veine saphène présente une décompensation fortement dilatée qui atteint la crosse semblent encore justifier la réalisation d'un stripping. De nombreux strippings ont été réalisés à mauvais escient.

Certes, il existe toujours aujourd'hui des indications de stripping chirurgical, mais ils doivent être réservés à des cas où un examen échographique rigoureux montre un axe dilaté et décompensé jusqu'à la crosse. Si l'on vous propose un stripping ou un laser endoveineux, demandez à votre chirurgien qu'il vous confirme l'existence d'un reflux ostial et la présence d'une dilatation. Cherchez avant tout un médecin qui vous inspire confiance.

## **TECHNIQUE**

Le stripping classique sous anesthésie générale avec hospitalisation doit être proscrit. Il est démodé depuis plus de vingt ans, époque où la plupart des chirurgiens se sont ralliés à la proposition que le Professeur Van Der Stricht de l'Université de Bruxelles avait formulée il y a une cinquantaine d'années : le stripping par invagination, sur fil, sous anesthésie locale stricte, avec sortie du patient une heure après l'intervention.

J'ai eu la chance que ce soit le Professeur Van der Stricht, concepteur de cette technique qui m'ait enseignée. Elle consiste à ôter une des veines saphènes au moyen d'un fil ou d'un mandrin souple le plus souvent en nylon. En aucun cas une anesthésie générale ou une péridurale ne doit être réalisée. Cette intervention se fait sous anesthésie locale en injectant localement un anesthésique très comparable à celui qu'on utilise pour les lipoaspirations. On réalise une incision de quelques centimètres exactement dans le pli de l'aîne pour que la cicatrice soit quasi invisible. Après une dissection de la crosse, la veine saphène est déconnectée de la fémorale. Un nœud est mis en place sur sa jonction avec la fémorale pour éviter tout saignement. On introduit ensuite un mandrin souple en nylon (stripper), dans la veine et on le pousse vers le bas, à l'aveugle. Le mandrin est muni d'une petite olive qui permet de le repérer en le palpant à travers la peau sous le genou, à un niveau de la jambe que l'on a choisi lors de l'échographie pré-opératoire. Une anesthésie à l'aplomb permet de réaliser une incision de quelques millimètres pour récupérer le stripper. Ce stripper se trouve donc à



l'intérieur de la veine dont il sort en haut par l'incision inguinale et en bas par la mini-incision que l'on vient de réaliser. Il faut alors solidariser la veine et le stripper au pli de l'aîne. Il suffit pour cela de faire une ligature autour de la veine et du mandrin juste en dessous de l'olive qui retiendra le nœud. On complète l'anesthésie locale à la demande. On exerce ensuite une traction sur la portion du stripper qui sort de l'incision basse réalisée sous le genou pour extraire la veine. La traction sur le stripper entraîne l'invagination de la veine comme un doigt de gant et permet son extraction sur toute sa hauteur.

Cette intervention est parfaitement bénigne, mais la nécessité d'aborder les vaisseaux profonds (veine fémorale commune ou poplitée) la rend potentiellement dangereuse en cabinet. Il convient donc, à mon sens, de la réaliser au bloc opératoire en milieu hospitalier où l'infrastructure disponible exclut tout danger. On peut associer une phlébectomie au stripping. Comme dans la phlébectomie, on place un bandage compressif pour 24 heures.

Les suites sont exactement les mêmes que celles de la phlébectomie.

## **SEQUELLES**

Les séquelles du stripping sont potentiellement plus embarrassantes que celles de la phlébectomie. En effet, les veines saphènes sont accompagnées surtout dans leur portion jambière par des lymphatiques et par des nerfs. Dans un certain nombre de cas, il arrive qu'on lèse ces structures au cours de la chirurgie.

Il en résulte deux types de séquelles : neurologiques et lymphatiques.

La lésion du nerf lors de la chirurgie de la grande veine saphène (de la malléole interne au pli de l'aîne) entraîne une insensibilité de la face interne de la cheville et de la partie inférieure de la jambe. Elle s'accompagne souvent de dysesthésies, c'est-à-dire de sensations désagréables lorsqu'on touche la région lésée.

La lésion du nerf lors de la chirurgie de la petite saphène (malléole externe au pli poplité à l'arrière du genou) entraîne une insensibilité qui selon le cas peut comprendre une zone limitée à la face externe de la jambe et de la cheville. Dans les cas plus graves, il peut exister une insensibilité de la plante du pied. Celle-ci est bien plus grave car elle peut aboutir à des maux perforants plantaires (ulcères de la plante du pied) par insensibilité à la douleur.

La lésion des voies lymphatiques entraîne l'apparition définitive ou temporaire d'oedèmes des membres inférieurs. Le gonflement de la cheville n'est pas spécialement agréable pour un patient qui s'adressait à un médecin pour une varice inesthétique.

Bien que la plupart des strippings se déroulent parfaitement bien, ces séquelles tardives potentielles constituent une raison de plus de prendre toutes les garanties lorsqu'un médecin vous propose ce type de traitement.

Pour ces raisons, je ne strippe jamais la grande saphène jambière.

## **INFECTIONS SUR STRIPPING**

Elles sont plus fréquentes et plus embarrassantes que dans les phlébectomies. Le chiffre dépasse légèrement 1 pourcent des cas, ce qui n'est pas négligeable, mais il concerne essentiellement des patientes en surpoids important. Un drainage chirurgical et une antibiothérapie est souvent indispensable.

## **POURQUOI TANT DE STRIPPINGS ?**

N'oublions pas une des raisons qui peut pousser certains médecins peu scrupuleux à proposer des strippings classiques ou des lasers endoveineux !

Si l'on compare à une procédure ASVAL (en Belgique), la nomenclature de la sécurité sociale accorde un remboursement de moins de 100 € (300 € avec Assurance hospitalisation) pour un ASVAL, de plus de 200 € (700€ avec une assurance hospitalisation) pour un stripping et de près de 1000 € (3000 € avec une assurance hospitalisation) pour un traitement par laser endoveineux. L'important accroissement des actes endoveineux par laser a contribué à des dépenses surnuméraires de sécurité sociale qui ont abouti à ce que l'INAMI (Institut National d'Assurances Maladie-Invalidité Belge) interdisent le recours à la nomenclature endovasculaire pour le laser endoveineux.

Si l'on considère qu'une procédure ASVAL bien faite peut prendre plusieurs heures alors qu'un stripping ou un laser ne prend qu'une heure au plus, on peut comprendre que cet argument déforce la technique pourtant la meilleure au profit d'une technique simple, bien codifiée et lucrativement plus importante. Entre 3000 € pour une heure et 300€ pour deux, il n'y a pas photo.

Même un médecin honnête pourrait se laisser tenter !!!

Ce qui est scandaleux, c'est la lourdeur de nos bureaucraties, incapables de réagir rapidement aux situations !

### **LASER ENDO-VEINEUX**

Le laser endoveineux encore appelé LEV ou ELVT est devenu le traitement à la mode. Les radio-fréquences endo-veineuses ont historiquement précédé le laser endo-veineux. Commercialisées par la firme V-nus, les radio-fréquences n'ont pas suscité de véritable engouement auprès des chirurgiens et des phlébologues. La complexité de la technique, l'obligation de placer des bandes caoutchouc en cours d'intervention, la longueur de la procédure constituaient des handicaps conséquents. Je fis partie de ceux qui purent essayer ce dispositif lors de sa sortie en Belgique. Ce premier traitement fut le dernier.

Le laser, apparu plus tard est une technique très voisine des Radiofréquences, mais plus simple à mettre en œuvre. Le laser coiffa donc les radiofréquences au poteau. L'expérience du laser fut plus concluante. Par la suite, des améliorations substantielles apportées au Radiofréquences, les ont ramenées sur le devant de la scène. Aujourd'hui, les chirurgiens optent indifféremment pour l'une ou l'autre technique. Elles sont très comparables sur le plan des résultats. Le laser comme les radiofréquences détruisent la veine par effet thermique : une forme de brûlure contrôlée.

### **TECHNIQUE**

Le laser est, sans aucun problème, capable de détruire une veine saphène. La technique est aujourd'hui simplissime.

Elle est réalisée intégralement sous contrôle échographique.

Une infiltration intumescence de la saphène est réalisée avec un anesthésique du même type que celui qu'on utilise dans les lipoaspirations. On ponctionne la veine saphène sous le genou, précisément à l'endroit où l'on extrait le mandrin dans le cas d'un stripping. L'introducteur, sorte de grosse et longue aiguille est mise en place dans la saphène sous contrôle échographique. Grâce à cet introducteur, une fibre optique laser est introduite dans la veine et remontée sous contrôle échographique jusqu'au pli de l'aîne. Elle occupe alors la position qu'occupe le stripper dans la chirurgie classique.

L'extrémité de la fibre est positionnée à deux centimètres de la crosse (abouchement de la saphène dans la veine fémorale).

Elle est ensuite reliée au laser. Toujours sous contrôle échographique, le rayonnement laser est transmis dans la fibre dans le but de chauffer la veine qui se contracte et se détruit. Sans interrompre l'émission laser, la fibre est reculée prudemment, ni trop vite ce qui empêcherait la veine de s'échauffer suffisamment, ni trop lentement ce qui provoquerait une brûlure. Le contrôle échographique est ici essentiel.

Une fois la procédure terminée, on la complète – comme dans le cas d'un stripping – par des phlébectomies des varices réticulaires.

### **LASER OU STRIPPING**

Choisir entre les deux techniques tient du pari. En effet le stripping, comme nous l'avons vu, impose la résection de la crosse, alors que le laser la laisse en place. Or la théorie classique des partisans de la chirurgie prétend que les récurrences proviennent d'une insuffisance de résection de la crosse alors que la théorie des jeunes laseristes prétend que les récurrences sont précisément provoquées par l'exérèse de cette crosse.

Pour trancher, il conviendrait de disposer d'études sérieuses or aucune ne donne aujourd'hui de garanties de rigueur suffisantes.

## **LE LASER MET LE FEU AUX VARICES**

Cet article paru en juillet 2003, dans le n° 677 de Science et Vie sous la responsabilité d'Elena Sender comparait les deux techniques. Le Dr Cohen-Solal, directeur du GELEV (Groupe d'Evaluation du Laser et de l'Echographie Vasculaire) qui était l'informateur de la journaliste avait dressé un portrait très sombre du stripping alors qu'il encensait sans réserve le laser endo-veineux. L'article destiné au grand public proposait une description du stripping, inexacte, mensongère et par ailleurs tendancieuse. Par contre, il faisait une promotion immodérée du laser endoveineux, un traitement qui n'avait pas fait ses preuves à l'époque et qui n'a toujours pas fait ses preuves aujourd'hui, malgré un succès mondial certain.

Monsieur Cohen-Solal comparait le Laser au stripping selon Babcock qui propose d'arracher la veine saphène au « harpon » sous anesthésie générale. Cette technique qui n'aurait jamais dû voir le jour, est remplacée depuis longtemps par le stripping par invagination, sous anesthésie locale, technique qui offre exactement les mêmes avantages que le laser, sans en produire les inconvénients.

Soucieux de corriger ces inexactitudes, j'ai immédiatement adressé un courrier de protestation à Elena Sender au terme duquel je sollicitais un droit de réponse. Au lieu de me l'accorder, elle transmit ma lettre au Dr Cohen-Solal et à ses deux confrères, Bruno Anastasie et André Célérier qui estimèrent que mon droit de réponse n'était pas fondé. Malgré mes demandes réitérées d'obtenir quelques lignes dans le numéro suivant, rien ne me fut accordé. On ne peut concevoir une telle attitude de la part d'une rédactrice et encore moins d'un confrère.

## **POURQUOI PROMOUVOIR UNE TECHNIQUE QUI N'A PAS FAIT SES PREUVES ?**

Je ne connais pas précisément la situation française, mais en Belgique le laser endoveineux a un avantage irremplaçable : comme toutes les procédures endovasculaires, le laser bénéficie d'une nomenclature très avantageuse. Le montant officiel des honoraires équivaut à quatre fois celui qui est attribué au stripping, or dans des mains exercées, un laser ne prend pas plus de temps qu'un stripping.

Cette situation a duré plusieurs années, jusqu'à ce que l'organisme de sécurité sociale constatant l'explosion des dépenses, n'interdise de recourir à cette avantageuse nomenclature pour les procédures de laser endoveineux.

Aujourd'hui, dès lors, le remboursement du laser n'est pas plus avantageux que celui du stripping. Conséquemment, l'engouement pour le laser a tendance à se tasser.

## **QUE FAUT-IL CHOISIR : LASER OU STRIPPING**

Les aspects économiques ont malheureusement occulté durablement la recherche de la vérité. C'est donc sans aucun élément probant que j'ai forgé mon avis sur la question. Si la crosse est complètement détruite, et qu'elle fuit comme un tonneau percé, il me semble intuitivement inopportun de la laisser en place. Dans ce cas seul un stripping peut se révéler efficace. On peut en revanche envisager un laser lorsque la crosse est peu abimée, mais on peut se demander dans ce cas s'il faut vraiment traiter la saphène. La réponse est « non » à mes yeux.

Il faut noter que tous les auteurs s'accordent à considérer que les échecs du laser se rencontrent surtout chez les patients qui ont des veines saphènes de gros calibre et c'est sans aucun doute eux qui avaient le plus besoin d'un traitement efficace. Les meilleurs résultats sont obtenus avec les veines de petit calibre. Certaines études font référence à des veines traitées de 2,5 mm. Une saphène de 2,5 mm est toujours saine et ne doit évidemment jamais être opérée.

J'ai réalisé de nombreux lasers endoveineux, mais sans être véritablement convaincu.

J'ai donc abandonné l'idée de réaliser des lasers endoveineux systématiquement, technique très à la mode, mais inutilement coûteuse, que je réserve à quelques situations particulières comme l'obésité par exemple.

## **ASSOCIATIONS INDUSTRIE-UNIVERSITE**

Il existe aujourd'hui de nombreuses associations entre les universités et l'industrie. C'est une nécessité. Il est évident que l'un ne peut plus aujourd'hui se passer de l'autre. On ne fait plus de la médecine avec un stéthoscope et un abaisse-langue. Ainsi est-on contraint de jeter des ponts entre ces deux mondes pourtant si différents. Toutes les unités de l'INSERM ont des partenaires industriels. Les unités de recherche ne peuvent fonctionner financièrement sans ce rapprochement. Même si cette situation est éminemment regrettable, il ne faut pas voir le mal où il n'est pas. Des associations contre-nature peuvent dans certains cas se révéler très bénéfiques pour tout le monde, ce qui se confirme en général au regard de la qualité des travaux produits et par l'absence de référence promotionnelle dans les publications réalisées. Malheureusement le danger de dérive existe, même dans les temples du savoir comme l'Inserm, du fait que le résultat commercial des entreprises bénéficie d'une réelle priorité sur le résultat scientifique. Il y a de facto conflit d'intérêt, même si la pluralité et le nombre des partenaires limitent considérablement les tentations et les possibilités de dérapage.

Cette situation désastreuse est inévitable en raison du fait que les gouvernements qui seuls peuvent offrir une véritable indépendance aux équipes de recherche, démissionnent et ne consacrent plus assez d'argent à ce secteur. Ni une université, ni à fortiori un médecin indépendant ne peuvent financer seul des activités de recherches qui sont par définition non rentables. Nous avons tous besoin de l'industrie et nous avons tous – moi y compris - profité des occasions que les industriels nous offraient de bénéficier de leur aide dans le cadre d'une formation ou de profiter de leur assistance technique pour des recherches. Il reste qu'en raison d'un intérêt personnel, du développement d'affinités ou d'amitiés, notre objectivité peut être entachée de partialités qui – sans malice – dénaturent assurément notre mission scientifique. Nous devons donc nous battre pour éviter ces écueils et le meilleur moyen pour y arriver, consiste en tout état de cause à éviter les relations basées sur l'argent qui sont de nature à exposer à la tentation des raccourcis utiles. Tant que l'aide reste structurelle, le danger de dérive est limité.

Ainsi devrait-on exiger de nous, chaque fois que nous présentons une communication sur un appareil ou un produit, de dévoiler préalablement tous les avantages qu'on a pu retirer de l'étude réalisée, aussi petits soient-ils et d'engager sa parole à titre personnel, sans diluer la responsabilité sur d'autres, comme c'est tellement souvent le cas aujourd'hui.

## **LES TRUSTS MEDICAUX**

Mais il existe des triumvirats « Médico-Industrio-Commerciaux » bien plus pernicieux. Lorsque le médecin qui conseille, l'industriel qui distribue, et le commercial qui fait la promotion sont réunis dans une seule et même structure, les choses sont plus difficiles à accepter.

Je ne puis résister à reproduire ici la réponse que m'adressait un confrère que j'avais contacté pour lui faire part de mon indignation face au refus du Dr Cohen-Solal d'accepter le débat au sujet de son article et à qui j'annonçais donc mon refus de participer à l'avenir aux travaux du GELEV dirigé par le même Dr Cohen-Solal. La voici in extenso :

*« Cher ami*

*un peu d'historique:*

*Le GELEV a été constitué au début de l'aventure laser endoveineux en France*

*il y a environ 2 ans (2001). Ses membres étaient à l'origine : Cohen Solal G,*

*Hugentobler JP, Anastasie B, Celerier A , Blanchemaison P, Gerard JL .*

*C'était sous l'inspiration d'Hervé Desse que ce groupe scientifique devait normalement faire des études afin de promouvoir cette nouvelle technique.*

*En fait il s'était constitué en parallèle une société appelé BAAC (initiales de Bruno Anastasie et André Célérier) avec comme gestionnaire un commercial*

*François Lemoigne et dont le but non avoué était de toucher des dividendes*

*sur tous les laser vendus. Le GELEV avait donc en plus de médecins un*

*commercial Lemoigne avec éviction dans les réunions d'Hervé Desse. Nous*

*avons alors demandé que dans ce groupe ne devait figurer que des*

*scientifiques, médecins ou non et en aucune façon de commerciaux. Un refus*

*d'Anastasie, Célérier , Cohen Solal et Sevestre (un angiologue associé avec*

*les 3 premiers ) a été le départ de la cassure.*

*J'ai décidé de rompre toutes relations avec ce groupe .../... et d'entrer dans un groupe dissident, le CELEV.*

*Ce groupe est évidemment moins actif en terme de marketing ( et donc fait moins parler de lui ) mais à mon sens plus fructueux en terme médical avec des membres qui sont tous intéressants et pratiquant cette technique (ce qui n'est pas le cas dans le GELEV).*

*Mon but n'est pas de promouvoir de façon commerciale le laser mais de promouvoir une technique si elle est bonne. Donc au total nous sommes toujours à la recherche de bonnes volontés et d'esprit critique... Personne dans ce groupe n'est plus important que l'autre et évidemment nos amis belges sont les bienvenus avec tout leur mordant ... amicalement »*

CQFD

## **ASVAL**

La technique que j'utilise désormais est la même que celle que pratique aujourd'hui les équipes d'avant-garde françaises.

Elle répond à des concepts nouveaux qui sont nés d'une très intéressante confrontation à laquelle j'ai dû répondre en 1990. Je travaille en Belgique avec un ami phlébologue, le Dr Jean Hébrant qui est aujourd'hui président de l'Union Internationale de Médecine Esthétique. Il avait bien évidemment une orientation esthétique et voyait les veines sous l'angle de la disgrâce qu'elles provoquaient. En tant que chirurgien, je les voyais sous un angle plus pragmatique, n'ayant appris à me pencher, comme tous mes collègues, que sur les pathologies évoluées des gros troncs.

Force m'a été de reconnaître que nous parlions deux langages différents. De cette confrontation est née une plus grande vigilance à l'égard des pathologies de fond de la part de mon collègue esthéticien et à un plus grand intérêt de ma part pour les veines terminales dont les anomalies mineures ne produisaient que des dégâts esthétiques. De cette confrontation est née une toute autre vision de la phlébologie. Elle nous a conduit à acquérir des instruments hautement sophistiqués comme un échographe capable d'investiguer avec précision ces petits segments veineux. Toutes les observations que nous avons conduites ont abouti à un nouveau concept physiopathologique que nous avons décrit et que j'ai présenté pour la première fois, avec le Dr Hébrant, à la Société Européenne de Phlébectomie à Gérone en 1996 : la varicose ascendante sur boucle de faux-reflux.

Mais cette idée nouvelle était déjà dans l'air. Elle ne pouvait qu'éclorre car la phlébologie française, forte de ses compétences en ultrasons offrait déjà à nos esprits des contradictions incompatibles avec le maintien des anciennes connaissances.

L'ASVAL, développé par l'équipe du Dr Pittaluga, est diamétralement opposée au stripping. C'est une approche qui repose sur deux constats :

- le stripping n'apporte en général pas grand-chose et les récurrences qui le suivent sont fréquentes et difficiles à traiter. Notamment la volumineuse varice qui se développe à l'avant de la cuisse, quelques années après l'intervention.
- Dans un certain nombre de cas, une veine saphène même malade se normalise après exérèse de toutes ses collatérales malades.

Or les varices qui gênent les patients, soit qu'elles soient douloureuses, soit qu'elles soient visibles, sont précisément ces collatérales malades. Le principe même de l'ASVAL consistant à ne traiter que ces dernières et d'attendre que la veine saphène guérisse, il s'agit d'un traitement qui arrange bien tout le monde : le chirurgien parce que c'est le geste optimal, le patient parce que c'est le geste qu'il attend. Si l'on se trompe ? Pas de problème... la veine saphène ne guérira pas, elle continuera à s'aggraver et en fin de compte on finira tout de même par l'enlever. Mais dans ce cas la correction sera possible.

En revanche, si on a enlevé la veine saphène et que l'on s'aperçoit que les choses n'évoluent pas bien, il est impossible de faire marche arrière.

Nous posons dès lors des indications très larges d'ASVAL, geste qui constitue aujourd'hui plus de 90% de nos indications chirurgicales.

Malheureusement l'inertie du corps médical fait que dans de nombreux centres, y compris en France, on traite encore aujourd'hui comme en 1980. Il y a aujourd'hui des hôpitaux qui pratiquent le stripping sous anesthésie générale, avec un stripper à cône et ça, c'est inacceptable !

Dans quel cas doit-on encore recourir à un stripping sur mandrin de nylon par invagination ?

La réponse est difficile à donner et nécessite quelques rappels préalables.

Les veines sont munies de valves qui empêchent – comme nous l'avons vu plus haut - le sang de refluer vers le bas.

Au pli inguinal, endroit où la veine saphène s'abouche dans la fémorale, existe une puissante valvule de protection, sorte de pont-levis puissant entre le réseau veineux superficiel et le réseau profond. Mais légèrement avant cette valvule, en existe une autre appelée valve pré-terminale qui forme une sorte de herse avant le pont-levis.

Il ne faut à mes yeux jamais ôter une saphène qui possède une valve terminale saine. Elle a toutes les chances de guérir toute seule. Même si elle ne guérit pas, vous pourrez la conserver plusieurs années encore et vous éviterez les très inesthétiques récidives post-stripping, notamment sur la branche antérieure de cuisse qui donne ces très vilaines varices de la face antérieure de la cuisse !

Vous devez donc poser la question à votre angiologue : « ma valve terminale est-elle saine ? » et il vous répondra. S'il répond « OUI », il faut dire « NON » au stripping !!!

Cela vous aidera dans les discussions que vous entamerez avec votre chirurgien.

Mais attention ! Il faut un praticien (angiologue) bien expérimenté pour qu'il soit à même d'évaluer la contenance de ces valves. Heureusement comme je vous l'ai dit plus haut, les praticiens français sont sur ce point les meilleurs du monde.

# FAQ

## **PEUT-ON ENLEVER DES VEINES IMPORTANTES ? NE SONT-ELLES PAS INDISPENSABLES ?**

Il ne faut jamais enlever une veine saine : c'est une évidence.

Par contre, lorsque l'on a acquis la certitude qu'une veine est malade, il faut l'enlever ! En effet, cette veine fonctionne à contre-courant et complique le travail des autres. Au lieu de ramener le sang vers le cœur comme elles le devraient, elle le ramène vers les pieds en imposant aux veines normales un excédent de travail.

D'autre part, si vous allez bien, c'est la preuve que votre organisme a déjà compensé le dysfonctionnement de la veine malade et vous le soulagerez en supprimant l'élément perturbateur.

Si on compare les veines qui doivent remplir le cœur, à un robinet qui doit remplir un seau ou une baignoire, on peut comparer une varice à une fuite au fond du seau, à un trou dans la baignoire.

## **FAUT-IL VRAIMENT TRAITER LES VARICES ET LES VARICOSITES ?**

Oui, bien sûr ! Il s'agit d'une pathologie qui évolue. On ne parvient pas toujours à supprimer tous les problèmes et à faire disparaître toutes les lésions inesthétiques, on n'est parfois un peu limité dans les possibilités esthétiques, mais le traitement vous évite toujours une évolution péjorative.

Il y a 50 ans, les varices étaient souvent négligées et le nombre d'ulcères gravissimes sur lipodermatoscléroses était considérable. Les patientes (ou patients) présentant ces lésions avaient une peau de pachyderme, brun-ocre sur fond de jambes énormes, perforées de trous suintants, malodorants et très douloureux. Ces pathologies très invalidantes sont devenues rares et ne concernent plus aujourd'hui que des patients très négligés.

## **PEUT-ON TRAITER LES VARICES DES PIEDS ?**

La réponse à cette question n'est pas simple.

Le traitement des pieds est très délicat. C'est une région où passent des nerfs et des artères. La lésion d'un nerf peut occasionner une perte de sensibilité gênante, mais l'injection dans une artère peut être catastrophique.

Deux règles sont donc à respecter au niveau des pieds. On peut faire des injections que dans les régions où ne passent aucune artère. Il est interdit d'injecter dans le premier rayon (c'est-à-dire toute la région qui sépare la crête tibiale du gros orteil) et dans la gouttière rétro-malléolaire interne (c'est-à-dire dans la rigole qui est en arrière de votre malléole interne).

Si un traitement est nécessaire dans ces zones, on préférera toujours la phlébectomie qui ne risque pas d'entraîner de catastrophe artérielle. En dehors de ces zones, on préférera les injections qui ne produisent en général pas de lésions nerveuses. Ces injections resteront strictement tangentielles et elles seront préférées à la phlébectomie qui peut conduire à des lésions nerveuses.

Dans tous les cas le traitement des pieds impose que le praticien soit très expérimenté.

## **EST-CE QUE LES VARICES REVIENNENT ?**

Si on vous coupe un doigt, il ne repoussera pas. Si on vous coupe un cheveu, il repoussera très vite. Tous les tissus biologiques ne se comportent pas de la même façon. Les veines comptent parmi les tissus qui ont une bonne capacité de régénération. Ce phénomène procède de deux façons : par repousse « ex nihilo », c'est-à-dire par différenciation d'une nouvelle veine au départ de rien, et par hyperplasie, c'est-à-dire par développement de veines qui existent déjà mais qui ont un petit calibre (un dixième de millimètre). Ces veines se dilatent progressivement jusqu'à atteindre 100 fois leur taille initiale. Les varices peuvent être

considérées comme des mauvaises herbes. On ne peut pas empêcher qu'elles germent et qu'elles poussent, mais on peut les arracher et nettoyer parfaitement un jardin. On devra y repasser régulièrement et exterminer toute repousse inopportune pour conserver au jardin sa beauté restaurée.

De la même façon, on peut éradiquer les varices, on peut traiter le terrain variqueux pour ralentir l'évolution, mais on ne peut empêcher une varice de réapparaître si un traitement efficace n'est pas suivi d'un entretien régulier. Cet entretien régulier constitue le véritable cœur du traitement sans lequel aucun résultat sérieux et durable ne peut être espéré.

Il faut bien garder à l'esprit qu'à la différence d'une ride qui répond au vieillissement normal de l'organisme, une varice ou une varicosité répond à une maladie. Le traitement ne sera donc quasi jamais purement esthétique.

### **PEUT-ON TRAITER EN ETE ?**

Bien sur on peut traiter en toutes saisons, si l'on précise au patient que la chirurgie comme la sclérose entraîne le développement de bleus et de petites réactions inflammatoires qui ne devraient pas être directement exposés au soleil. Peu importe donc la saison, si l'on évite de traiter dans le mois qui précède un départ en vacances. De cette façon, on évite au patient de devoir protéger ses jambes du soleil mais également d'exhiber de vilains bleus sur une plage inondée de soleil.

Il faut donc considérer la volonté de s'exposer au soleil comme une contre-indication relative. L'Été n'est par contre, en aucun cas une contre-indication à la chirurgie ou à la sclérose !

### **FAUT-IL SE REPOSER APRES UN TRAITEMENT ?**

Absolument pas ! Il faut bouger au contraire, mais raisonnablement, sans excès. On ne fait pas un marathon le jour où l'on a été opérée ou sclérosée, mais rien n'empêche de faire une petite marche quotidienne et de vaquer à toutes ses occupations courantes.

### **FAUT-IL GARDER LONGTEMPS UNE CONTENTION APRES UNE INTERVENTION OU UNE SCLEROSE ?**

Pas davantage ! La contention n'a qu'un effet hémostatique. Personnellement je maintiens une contention en place moins de 24 heures après une intervention. Après une sclérose je ne pose ni pansement, ni bandage, ni contention... mes patients repartent comme elles sont venues. Précisons que tous les chirurgiens vasculaires ne partagent pas mon avis.

### **POURQUOI LES MEDECINS NE SONT-ILS PAS D'ACCORD SUR LES TRAITEMENTS ?**

Il arrive souvent que des patientes souffrant d'une maladie variqueuse prennent plusieurs avis auprès de médecins différents. Cette démarche est plus troublante que rassurante car elles obtiennent rarement le même avis ! Pourquoi ? Parce que la maladie veineuse n'est pas l'objet d'un traitement bien établi. Beaucoup de désaccords subsistent entre les différents praticiens. La raison essentielle répond au fait que la médecine est loin d'avoir élucidé la maladie variqueuse et que la réponse à cette maladie repose aujourd'hui plus sur la conviction personnelle du médecin que sur une certitude scientifique.

Une seule certitude... un mauvais traitement vaut mieux que pas de traitement du tout. Le nombre d'ulcère et de maladie variqueuse invalidante s'est quasi réduit à zéro chez les patients traités.

### **LES LEGENDES DE LA PREVENTION**

Que faire pour prévenir le développement variqueux.

Fort heureusement, des études sérieuses sont entreprises dans le domaine de la maladie variqueuse. Une des plus vastes débutée en 1948 et appelée « Etude Framingham » du nom de la petite ville près de Boston où elle a été entreprise nous apporte des informations relativement utiles.

De nombreuses autres études, bien que plus modestes, nous apportent également des données importantes.



