

COMMENT JE TRAITE...

les varicosités par sclérothérapie

S. MOSTINCKX (1), B. DEZFOULIAN (2), B. RICHERT (3), M. DE LA BRASSINNE (4)

RÉSUMÉ : La sclérothérapie est une méthode permettant de traiter les varicosités, les ectasies vasculaires et dans certains cas les varices des membres inférieurs. A visée esthétique et dans certains cas thérapeutiques, elle fait appel à l'injection de produits sclérosants, à l'électrocoagulation et, exceptionnellement, au laser. Ces techniques, relativement simples, sont sûres et efficaces pour autant qu'elles soient appliquées suivant des procédures rigoureuses par des médecins bien entraînés.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs est une maladie de la civilisation occidentale. Des varices sont retrouvées chez 6% des adultes entre 40 et 70 ans. L'affection, multifactorielle et à tendance héréditaire, est favorisée par l'obésité, le régime alimentaire hyperprotéiné, l'état hormonal (cycle ovarien et grossesse), la sédentarité, la station debout ou assise prolongée et le déficit de tonus musculaire (1).

Les télangiectasies superficielles des cuisses, des jambes et des chevilles sont courantes chez les femmes de 30 à 50 ans. Elles ne traduisent pas une insuffisance veineuse à proprement parler puisqu'elles ne sont qu'occasionnellement accompagnées de varices, d'œdème, de dermite de stase ou d'ulcérations. Elles n'entraînent aucune sensation d'inconfort à type de "jambes lourdes", ni de douleurs à la station debout prolongée. C'est leur aspect inesthétique qui pousse les patientes à consulter.

La couperose, qui constitue un maître symptôme de la rosacée, de même que les angiomes stellaires et les taches rubis peuvent également bénéficier d'un traitement à visée esthétique.

INJECTIONS SCLÉROSANTES

Le traitement de choix des veines réticulaires et des télangiectasies reste l'injection de produits sclérosants. Il a pour but d'éliminer les reflux dans le système veineux superficiels et dans les varices évidentes (2).

Plusieurs produits sont utilisés : le morrhuate de sodium, le tétradécylsulfate de sodium, les solutions salines hypertoniques, le polidocanol, la glycérine chromée et les mélanges de dextrose et de chlorure de sodium. Seul le Polidocanol (Aethoxysklerol®) est disponible en Belgique. Il

HOW I TREAT...VARICOSITIES BY SCLEROTHERAPY

SUMMARY : Sclerotherapy is a technique for the treatment of varicosities, vascular ectasia, and sometimes, leg varicose veins. This method is aesthetic and in some cases therapeutics and uses sclerosing agents, electrocoagulation and exceptionally LASER. These relatively simple methods are safe and efficient if they are applied with a rigorous procedure by well trained physicians.

KEYWORDS : Sclerotherapy - Sclerosing agents - LASER - Electrocoagulation

est toutefois possible d'obtenir de la glycérine chromée (Sclérémo®) et du tétradécylsulfate de sodium (Thrombovar®) distribué en France.

LE POLIDOCANOL (AETHOXYSKLEROL®)

MODE D'ACTION

Le polidocanol est un anesthésique local et topique des années 50. Il est composé de 95% d'hydroxypolyéthoxydodécane et de 5% d'alcool éthylique et est présenté sous forme d'ampoule aux concentrations de 0,5%, 1%, 2% ou de 3%. La demande de sclérose de petits vaisseaux dans le territoire d'injections intradermiques l'a fait proposer avec succès comme agent sclérosant au début des années 60. L'Aethoxysklerol® est aujourd'hui encore un traitement efficace des varicosités (3). Ses deux pôles hydrophiles et hydrophobes le rendent tensioactif et capable de provoquer des lésions endothéliales par interaction avec les différents constituants lipidiques des membranes cellulaires; l'action exercée sur l'endothélium est suivie d'une thrombose et d'une fibrose occultant la lumière du vaisseau.

INDICATIONS

Le polidocanol peut être utilisé sans risque aux concentrations de 0,5 et 1% dans les varicosités des membres inférieurs en injection intra-veineuse. Au visage, les vaisseaux fortement dilatés d'une couperose peuvent être sclérosés à l'aide de la solution à 0,5%. Il convient toutefois de réaliser un test d'essai dans une zone peu visible (tempes par exemple) afin de juger de la tolérance et des résultats. De plus, il faut savoir qu'au visage, il existe un risque d'inversion de la pression dans les artères pouvant entraîner des troubles oculaires irréversibles. La concentration à 3% doit être réservée à l'injection des varices proprement dites. Cette technique vient parfois compléter la chirurgie. Il est impératif de

(1) Assistante, (2) Résident spécialiste, (3) Chef de clinique associé, (4) Chargé de cours, Chef de service, Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

faire pratiquer avant toute sclérose variqueuse un écho-doppler des membres inférieurs afin de s'assurer de la compétence du réseau profond. L'avis des chirurgiens vasculaires est nécessaire pour le traitement des varices volumineuses (4).

MÉTHODE

Pour la sclérose des varicosités des membres inférieurs, le patient est placé avec les jambes surélevées à 45° de façon à vider les vaisseaux. Certains proposent d'utiliser une solution mousseuse obtenue après agitation du flacon. Le choix de la concentration est en fonction du diamètre du vaisseau à scléroser : les concentrations élevées seront réservées aux vaisseaux de plus gros calibre. Après désinfection large de la zone à scléroser, une aiguille de 30 gauge (30 G) est introduite lentement et avec délicatesse dans le vaisseau en faisant un angle de 30 à 45° avec le plan cutané (Fig 1). L'injection, qui doit être lente, entraîne un blanchiment instantané du territoire irrigué (Fig 2). Un pansement compressif, à l'aide d'un rouleau dentaire par exemple, est immédiatement appliqué au point d'injection (Fig 3). L'opération est répétée 5 à 8 fois. Des bandes de compression ou des bas à varices sont placés à la fin de la séance et devront être conservés pendant les 48 h suivantes afin de favoriser l'action sclérosante du produit et réduire le risque l'apparition d'hématomes. La dose journalière maximale est de 2 mg/kg (ce qui correspond à 14 ampoules de polidocanol à 0.5%).

CONTRE-INDICATIONS

L'existence d'un réseau profond incompetent, le diabète, l'alitement, les thrombophlébites aiguës, les thromboses veineuses profondes, les obstructions artérielles, la grossesse et l'allaitement font exclure toute sclérothérapie. L'obésité est une contre-indication relative compte tenu de la difficulté rencontrée pour assurer une contention adéquate des membres inférieurs, garante de résultats favorables. Il est préférable de ne pas scléroser en cas d'artériosclérose, de maladies cardiaques graves, d'états fiévreux, de traitements par anti-coagulants et d'œdèmes des membres inférieurs (5). L'exposition solaire est elle aussi fortement déconseillée pendant les 6 à 8 semaines qui suivent le traitement.

EFFETS SECONDAIRES

Dans une étude australienne sur la sécurité et l'efficacité du polidocanol aucun cas de choc anaphylactique ne fut recensé (6).

Les ecchymoses sont relativement fréquentes et leur résorption très lente (plus de trois

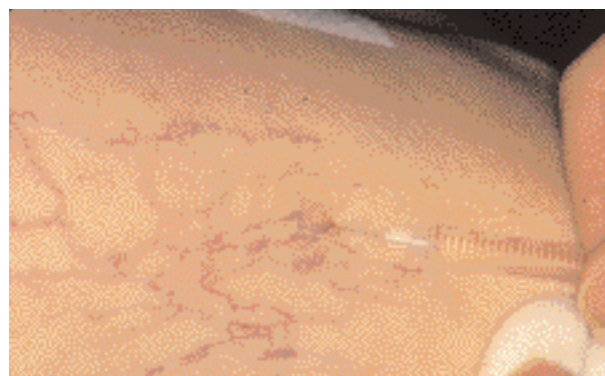


Fig 1 : Introduction d'une aiguille de 30 G dans un vaisseau d'un bouquet de varicosités.

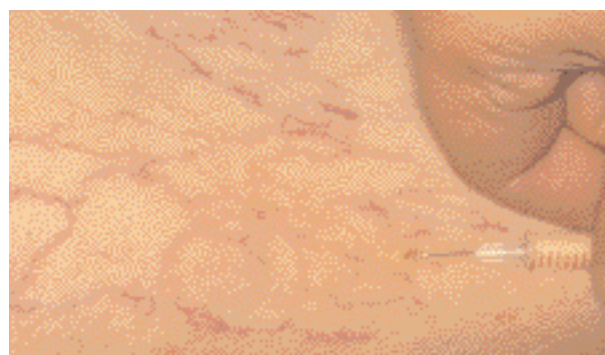


Fig 2 : Injection lente du produit sclérosant qui entraîne un blanchiment instantané du trajet vasculaire puis du territoire irrigué par le vaisseau.

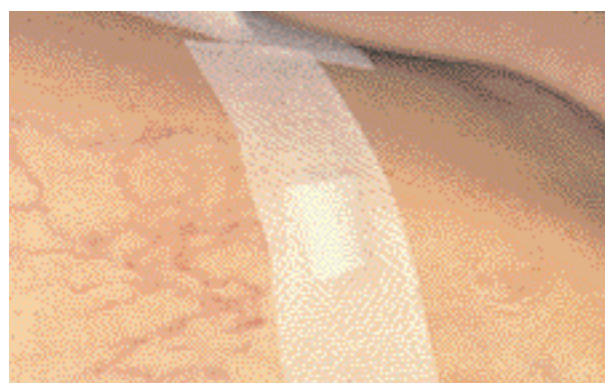


Fig 3 : Application immédiate d'un pansement compressif (ici à l'aide d'un rouleau dentaire).

semaines). Un œdème des chevilles s'observe souvent; il est secondaire à la sclérothérapie et peut être aggravé par une contention trop serrée. La douleur lors de l'injection est classique, elle est fonction de l'étendue du territoire injecté. Une réaction urticarienne s'observe souvent le long des vaisseaux; elle s'accompagne ou non de prurit. Les nécroses et les ulcérations sont

exceptionnelles, excepté en cas d'injection intra-artérielle. La néo-vascularisation est un problème bien connu des praticiens effectuant un grand nombre de scléroses. Elle se manifeste en périphérie des vaisseaux traités, plus particulièrement aux cuisses. On ignore si cette apparition se fait de novo ou s'il s'agit d'une dilatation des vaisseaux collatéraux par effet compensatoire. Elle se résorbe le plus souvent spontanément en quelques mois, mais elle reste permanente dans 5 à 35% des cas. Son apparition semble plutôt liée à la technique d'injection qu'à la qualité du sclérosant proprement dit; elle est ainsi favorisée par l'utilisation d'une trop grande quantité de produit ou par les injections sous pression excessive. La pigmentation hémossidérique est également fréquente. Elle est fonction de la concentration du produit (elle s'observe ainsi dans 20 à 25 % des cas avec le polidocanol à 0,50% et chez 50 à 60% des patients avec une concentration du même produit à 1%), de la taille des vaisseaux à traiter, de leur perméabilité et de leur localisation. La résolution est la plupart du temps spontanée en quelques mois mais la pigmentation peut être définitive dans quelques cas (7). Des thromboses veineuses profondes et des thrombophlébites peuvent aussi être rencontrées, mais de façon exceptionnelle.

LA GLYCÉRINE CHROMÉE

La glycérine chromée (Scléremo®) est composée de 72 g de glycérol et de 0.80 g d'alun de chrome par 100 ml. Elle est également indiquée dans la sclérose des varices et des varicosités. Le mécanisme d'action, les effets secondaires et les contre-indications sont les mêmes que pour le polidocanol. Son principal avantage réside dans la légère viscosité du produit limitant le débit d'injection et donc la néo-vascularisation périphérique. Il faut néanmoins exclure une allergie au chrome avant de pratiquer la sclérothérapie.

ELECTROCOAGULATION

INDICATIONS

Elle peut être utilisée en relais des injections sclérosantes quand les vaisseaux ont un calibre inférieur à celui d'une aiguille de 30 gauge. Elle est principalement indiquée dans le cas de lésions uniques (angiome stellaire) ou peu nombreuses (couperose peu étendue). Lorsque l'électrocoagulation doit être réalisée sur un large territoire, il est parfois utile de pratiquer un bloc loco-régional (l'anesthésie locale intradermique n'est pas conseillée, elle provoque un blanchiment de la région et rend les vaisseaux moins visibles) ou comme d'appliquer une crème anes-

thésique de type EMLA® (association à parts égales de lidocaïne et de prilocaïne). Cette analgésie évite les mouvements réflexes et permet à l'opérateur de travailler dans des conditions optimales. Le patient appliquera une pommade hydrophobe antibiotique (Fucidin onguent®, par exemple) pendant les 48 h suivantes. Cette technique abandonne une cicatrice ponctuelle et parfois pigmentée.

CONTRE-INDICATIONS

Elles sont très limitées : patient porteur d'un pace-maker, anticoagulants, troubles psychiques graves responsables d'agitation.

LASERS ET LUMIÈRE PULSÉE

Les lasers utilisés avec succès sont ceux qui émettent une lumière complémentaire du rouge. Ils agissent par photo-thermolyse sélective des vaisseaux : l'énergie absorbée par l'oxyhémoglobine est transformée en chaleur qui détruit les vaisseaux sans léser le derme avoisinant. Il s'agit d'une méthode efficace, spécifique et sûre pour traiter les télangiectasies superficielles avec un risque cicatriciel faible. Le laser à colorant pulsé trouve actuellement une indication dans les télangiectasies du visage (couperose) et dans les hémangiomes. Il reste un traitement tout à fait exceptionnel compte tenu de son coût élevé, mais dans les cas bien sélectionnés, il permet des résultats inégalables. Pour les télangiectasies superficielles de très petit calibre, le laser argon reste performant.

Le laser Nd : YAG 1064 nm peut être utilisé avec succès dans le traitement des vaisseaux ayant un diamètre supérieur à 4 mm et de couleur rouge à bleue.

On peut également obtenir de bons résultats avec la lumière pulsée à 585 nm (Flashlamp) dans les vaisseaux de moins de 4 mm de diamètre (8).

Les effets secondaires du laser sont principalement la douleur durant le traitement et la persistance d'un érythème pendant environ un mois. Toutefois ces deux techniques fournissent des réponses de médiocres qualités dans les télangiectasies des jambes (9-12).

RÉFÉRENCES

1. Gallager PG.— Major contributing role of sclerotherapy in treatment of varicose veins. *Vasc Surg*, 1986, **20**, 139-51.
2. Defouilloy I, Lok C.— La sclérothérapie des varices des membres inférieurs. *Ann Dermatol Vénereol*, 2003, **130**, 378-80.

3. Kahle B, Leng K.— Efficacy of sclerotherapy in varicose veins : a prospective, blinded, placebo controlled study. *Dermatol Surg*, 2004, **30**, 723-8.
4. Rabe E, Pannier-Fischer F, Gerlache H et al.— Guidelines for sclerotherapy of varicose veins. *Dermatol Surg*, 2004, **30**, 687-93.
5. Tolins S.H.— Treatment of varicose veins. *Am J Surg*, 1983, **145**, 248-52.
6. Conrad P, Malouf GM, Stacey MC.— the Australian polidocanol (Aethoxysklerol) study. *Dermatol Surg*, 1995, **21**, 334-36.
7. Norris MJ, Carlin MC, Ratz JL.— Treatment of essential telangiectasia: effect of increasing concentrations of polidocanol. *J Am Acad Dermatol*, 1989, **20**, 643-49.
8. Dover SJ.— New approaches to the laser treatment of vascular lesions. *Australian J Dermatol*, 2000, **41**, 14-18.
9. Arndt KA.— Argon laser therapy of small cutaneous vascular lesion. *Arch Dermatol*, 1982, **118**, 220-24.
10. Polla LL, Tan TO, Garden JM, et al.— Tunable pulsed dye laser for the treatment of benign cutaneous vascular ectasia. *Dermatologica*, 1987, **174**, 11-17.
11. Goldman MP, Fitzpatrick RE.— Pulsed dye laser treatment of leg telangiectasia: with and without simultaneous sclerotherapy. *J Dermatol Surg Oncol*, 1990, **16**, 338-44.
12. Narurkar V.— Laser therapy for lower extremity telangiectasis. *Cosmet Dermatol*, 1998, **11**, 12-14.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. M. de la Brassinne, Service de Dermatologie, CHU du Sart Tilman, B-4000 Liège.