

PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE VEINO- LYMPHATIQUE PAR MÉSOTHÉRAPIE

Jean-Pierre MARTIN

INTRODUCTION

La prise en charge de l'insuffisance veino-lymphatique par Mésothérapie est facilement accessible à tout Médecin formé à la Mésothérapie. Elle doit faire partie de l'arsenal thérapeutique visant à prendre en charge l'insuffisance veineuse chronique qui est, sans nul doute, la plus fréquente des maladies chroniques.

En effet, dès lors qu'il existe une dysfonction du retour veineux des membres inférieurs par incontinence valvulaire, avec ou sans obstruction des veines profondes, affectant le réseau veineux superficiel ou profond, l'atteinte lymphatique est inévitable, si bien qu'on devrait plutôt parler d'insuffisance veino-lymphatique bien que le *primum movens* est bien l'insuffisance veineuse chronique.

Chez la femme, à côté du volet fonctionnel ou organique de la maladie, la préoccupation esthétique apparaît de plus en plus tôt et motive la consultation.

Les traitements actuels sont nombreux, variés et complémentaires, ce qui justifie une prise en charge pluridisciplinaire, dont la Mésothérapie doit être l'un des acteurs.

Aujourd'hui, la jambe s'affiche sur les couvertures de magazine, se dévoile à travers les jupes fendues et se montre outrageusement sous les mini jupes, si bien que toute imperfection devient intolérable et motive le recours au médecin.

Quels sont les motifs de consultation ?

Les patientes consultent habituellement pour une sensation de jambe lourde, d'œdème en fin de journée, de crampes, de fourmillements et sur le plan esthétique, de l'apparition de télangiectasies ou de varicosités superficielles, voire de varices, associées à des troubles trophiques cutanés et pouvant aboutir à la formation d'un ulcère de jambe.

Qui est consulté ?

Habituellement les patients consultent plusieurs médecins, le généraliste d'abord qui prend l'avis de l'angéiologue, qui parfois l'adresse au dermatologue, au radiologue, puis au chirurgien vasculaire. Rarement, le mésothérapeute est consulté et pourtant...

Pourtant,

Michel PISTOR définissait la Mésothérapie comme :

« Une conception thérapeutique nouvelle et simple qui vise à rapprocher le lieu de la thérapeutique du lieu de la pathologie, pour une plus grande efficacité. »

Cette conception est particulièrement adaptée à la pathologie vasculaire des membres inférieurs, qui est le plus souvent :

une pathologie loco-régionale ,
les varices sont toujours de siège sus-aponévrotique, situées dans l'hypoderme
facilement accessible à l'œil et à l'aiguille du mésothérapeute.

LA MALADIE VEINO LYMPHATIQUE

Elle touche en 22 millions de français (18 M en 1996 !), grosso modo trois hommes sur dix et six femmes sur dix, si bien que son poids socio-économique pèse très lourd dans les dépenses de santé de notre pays en consultations, examens complémentaires et chirurgie. Le déremboursement des phlébotoniques, s'il fait réaliser une économie à court terme, va , à moyen terme, générer des dépenses de santé exponentielles du fait des hospitalisations pour phlébites, thromboses veineuses et embolies, ulcères de jambes, cure chirurgicale, comme c'est le cas actuellement en Italie (déremboursement en 1994)

La maladie apparaît de plus en plus précocement, à partir de l'adolescence (rôle favorisant des oestro-progestatifs et du surpoids ?) et va évoluer inexorablement tout au long de la vie, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce, pour limiter les complications à venir ou les retarder le plus possible.

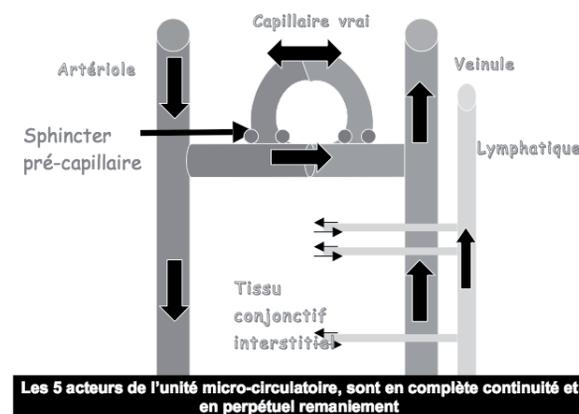
Cliniquement, elle va de la simple télangiectasie jusqu'aux ulcères de jambe, avec entre ces deux extrêmes un continuum qui a pour nom l'œdème.

L'œdème est en effet la première manifestation :

d'abord infra-clinique,
puis clinique,
se traduisant sur le plan fonctionnel par une lourdeur de jambe, des crampes, des dysesthésies ou des paresthésies, etc....

La maladie veino-lymphatique est donc une réalité clinique qui évolue très progressivement, depuis les manifestations fonctionnelles, associées ou non à une varicose, jusqu'aux troubles trophiques dont la manifestation la plus sévère est l'ulcération cutanée.

Toutes ces manifestations cliniques sont la traduction d'une véritable maladie du tissu conjonctif interstitiel, dans laquelle l'œdème tient une place centrale, témoignant d'une atteinte de l'unité micro-circulatoire. Cette unité micro-circulatoire comporte cinq acteurs qui sont en complète continuité et en perpétuel remaniement.



Ces cinq acteurs sont :

- ▶ l'artériole, qui est la voie d'apport sanguine,
- ▶ le canal de jonction, qui a uniquement un rôle de délestage et au niveau duquel aucun échange ne se fait avec les tissus voisins,
- ▶ le capillaire vrai, qui est la zone d'échange tissulaire par excellence,
- ▶ la veinule, qui est la voie de drainage principale,
- ▶ le canal lymphatique, avec ses canalicules primaires en prise directe avec le conjonctif interstitiel, qui constitue la voie de drainage complémentaire

La veinule et le lymphatique sont chargés du drainage tissulaire, la veine résorbe 90% de l'eau et des macromolécules extravasées dans le tissu interstitiel et le lymphatique en résorbe 10%.

Il paraît évident que les cinq composants de l'unité micro-circulatoire sont indissociables et constituent une véritable plaque tournante de la vie cellulaire, et toute atteinte de l'un d'eux entraîne une dégradation des autres.

Il existe donc une interaction permanente entre les vaisseaux et le tissu conjonctif interstitiel, où l'on retrouve les fibres de collagène, les fibres d'élastine, les protéoglycanes et les glycoprotéines de structure. C'est ainsi que cette pathologie veino-lymphatique, strictement vasculaire au début, devient à plus ou moins long terme, une pathologie tissulaire qui va être responsable des troubles trophiques cutanés, de l'hypodermite qui va évoluer inexorablement vers la dermite ocre et voire vers l'ulcère de jambe.

Physiopathologie

La maladie veino-lymphatique s'explique par l'existence d'une stase veineuse responsable d'une hyperpression veineuse qui entraîne une augmentation de la perméabilité capillaire, laquelle favorise le passage d'eau, de macro-protéines et de leucocytes vers le milieu interstitiel.

Au début, le système lymphatique est suffisamment compétent pour compenser la veine défaillante, mais, en raison de la permanence de l'hyperpression veineuse, la résorption lymphatique est rapidement dépassée. La stase veineuse induit une hypoxie locale qui a pour effet d'activer les cellules endothéliales. Cette activation entraîne à son tour des modifications chimiques avec synthèse et libération de médiateurs chimiques qui vont participer au développement d'une réaction inflammatoire locale qui va aggraver la surcharge interstitielle par accumulation d'eau et de macro-molécules, Cette surcharge entraîne une souffrance tissulaire qui a des conséquences mécaniques, métaboliques et biochimiques :

la traduction mécanique, c'est une augmentation de la pression interstitielle liée à l'accumulation d'eau et de macro protéines dans le tissu interstitiel,

la souffrance métabolique, c'est une accumulation de déchets métaboliques entraînant une hypoxie tissulaire

l'effet biochimique, est une libération et une accumulation de médiateurs algogènes pro inflammatoires et de radicaux libres qui jouent un rôle majeur dans l'inflammation, à la fois vasculaire (les 3 tuniques de la veine sont lésées) et périvasculaire, et dans le remodelage de la paroi veineuse .

L'ensemble de ces trois mécanismes est qui est responsable de la sensation de douleur par activation des nocicepteurs locaux et qui se traduit par la sensation de jambes lourdes, des crampes, des paresthésies et du prurit.

LA CLASSIFICATION CEAP

L'insuffisance veineuse chronique a fait l'objet d'un consensus international à Hawaï en février 1994, qui a donné le jour à la classification CEAP, classification internationale de la maladie veineuse qui permet une approche consensuelle de cette pathologie.

Elle comporte six stades combinant la clinique, l'étiologie, l'anatomie, la physiopathologie.

Elle permet une prise en charge thérapeutique bien codifiée :

C, pour les signes cliniques, déclinés en six grades de 0 à 6, complétés par la mention A, pour asymptomatique et S, pour symptomatique.

C'est ainsi que sur le plan clinique, l'insuffisance veineuse chronique est classée en C0, C1, C2, C3, C5, C6 avec à chaque niveau des caractéristiques bien particulières, comme vous le verrez sur le tableau ci-joint.

C	signes cliniques (grade 0 à 6) complétés par la mention (A) pour asymptomatique et (S) pour symptomatique
C 0	absence de signe visible ou palpable, mais présence de signes fonctionnels
C 1	télangiectasies ou varices réticulaires < 4mm, lourdeur, pesanteur, crampes,...
C 2	veines variqueuses > 4mm
C 3	œdèmes
C 4	troubles trophiques: pigmentation, eczéma, hypodermite
C 5	troubles trophiques avec cicatrices d'ulcères
C 6	troubles trophiques avec ulcère actif
E	Sur le plan étiologique, la lésion est qualifiée de congénitale, primitive ou secondaire.
A	Sur le plan anatomique, l'atteinte peut être superficielle, profonde ou due à des perforantes.
P	Enfin, sur le plan du physiopathologique, on fera un distinguo entre la physiopathologie par reflux ou par obstruction, ces deux mécanismes pouvant être isolés ou associés.

A l'issue de l'examen, le bilan clinique du patient va être par exemple C3 S Ep Asp Pr, ce qui signifie qu'on a une patiente qui présente cliniquement une varicose superficielle d'étiologie primitive, touchant le réseau anatomique superficiel et profond et dont le mécanisme physiopathologique est le reflux.

En pratique, dans les publications, c'est souvent la classification clinique qui est utilisée, la lésion étant classée C1 ou C3...

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Nous disposons actuellement d'une vaste palette d'examen complémentaires pour confirmer l'insuffisance veino-lymphatique chronique.

Ces examens sont :

Les explorations ultra sonographiques par effet doppler, au niveau desquelles il faut surtout retenir **l'écho doppler pulsé ou couleur** est l'examen de référence en pratique courante, permettant de réaliser une véritable cartographie très précise du réseau veineux.

les explorations fonctionnelles hors doppler qui sont nombreuses mais très sophistiquées, de même que les explorations radiographiques (phlébographie, scanner, RNM), que je vous cite pour mémoire.

- Mesure de la pression veineuse ambulatoire
- Volumétrie
- Photo-pléthysmographie
- Rhéo-pléthysmographie
- Pléthysmographie avec occlusion ou avec jauge de

contrainte

- Phlébographie et IRM veineuse

LES ETIOLOGIES DE L'INSUFFISANCE VEINO-LYMPHATIQUE

L'insuffisance veino-lymphatique peut être soit constitutionnelle, soit acquise

- constitutionnelle

par incontinence congénitale des troncs veineux et notamment des valvules, ce qui entraîne l'apparition de varices essentielles.

- acquise

après toute pathologie ou état physiologique entraînant une hyper pression veineuse plus ou moins prolongée

Les facteurs environnementaux jouent un rôle majeur : grossesse, travaux postés debout prolongés, thrombose veineuse profonde, handicap moteur supprimant la fonction de pompe musculaire du mollet.

LES FACTEURS FAVORISANTS SONT ÉGALEMENT NOMBREUX :

chaleur, sédentarité, surpoids et obésité, à noter pour mémoire qu'en cas de surpoids ou d'obésité le risque d'apparition d'insuffisance veino-lymphatique chronique est augmenté de 29% dans l'ensemble de la population et de 39% chez la femme, les déséquilibres hormonaux, la contraception, le syndrome menstruel (congestion pelvienne), les déséquilibres alimentaires par abus de consommation de sel notamment.

Tous ces facteurs favorisent l'installation d'une hyperpression veineuse

LES COMPLICATIONS

Les complications de l'insuffisance veino-lymphatique chronique sont le lymphoedème bilatéral, les troubles trophiques cutanés pouvant aller jusqu'à l'ulcère veineux, la thrombose veineuse superficielle ou profonde, à laquelle va succéder la maladie post-phlébitique avec grosse jambe froide unilatérale.

LE DIAGNOSTIC POSITIF D'INSUFFISANCE VEINO-LYMPHATIQUE CHRONIQUE

Il peut être posé au stade de début infra clinique, C'est-à-dire au stade C0, lorsqu'il y a uniquement des signes fonctionnels qui seront : jambes lourdes et/ou douloureuses, crampes musculaires, paresthésies,

impatiences,
œdème vespéral des chevilles intermittent bilatéral.

Diagnostic positif également posé au stade clinique,
C'est-à-dire qu'on aura à ce moment-là les signes fonctionnels + les signes d'examen qui vont être :
varicosités ou des varices
œdème permanent des chevilles
troubles trophiques cutanés,
fibrose cutanée, ulcère évolutif ou cicatrisé,

Et enfin bien sûr l'examen clinique comprendra un examen général, la prise des pouls périphériques et l'examen veineux debout. La palpation est importante, il faut savoir effleurer la peau pour sentir une varice à son début

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

va se poser :

en pathologie aigue avec :

les grosses jambes froides unilatérales,
des grosses jambes chaudes unilatérales,
la grosse jambe chaude bilatérale

en pathologie chronique avec :

la grosse jambe froide unilatérale,
la grosse jambe froide bilatérale (sans oublier l'hypothèse iatrogène),
la grosse jambe froide intermittente, uni ou bilatérale.

TRAITEMENT

Le traitement est adapté au stade de l'insuffisance veino-lymphatique.

Au stade de début :

Correction des facteurs aggravants.
Il faudra veiller à supprimer ou diminuer l'immobilité en orthostatisme,
le port de vêtements serrés,
le surpoids ou l'obésité,
la sédentarité,
la température ambiante,
l'exposition solaire prolongée

Pour cela, on va utiliser des moyens physiques visant à favoriser

1-la marche,
circulation veineuse et mobilisation active des membres inférieurs sont intimement liés, et le tonus musculaire du mollet influe sur le diamètre des veines du soléaire, par exemple
Le muscle agit comme une contention naturelle des veines profondes du mollet

2-la « gymnastique vasculaire active » qui repose sur 3 principes :

*action préférentielle sur les muscles posturaux de la jambe(soléaires), de la cuisse(pectiné et adducteurs) et du bassin(psoas et pyramidaux

*réalisation de mouvements d'étirements des fascias

*travail en résistance par sollicitation des muscles agonistes et antagonistes, de préférence en milieu aquatique

3- la surélévation des jambes en décubitus,

4-l'utilisation quotidienne d'une contention élastique de classe 1, 2, 3 ou 4 qui s'avère particulièrement efficace, tant il est vrai qu'actuellement les fabricants ont fait des efforts importants de lifting de leurs modèles, l'incorporation de microfibrilles et de nouveaux matériaux, permet de mettre à la disposition des patients un moyen de contention élastique efficace et esthétique.

En revanche, la contention en période estivale est mal acceptée, alors même qu'elle est particulièrement indispensable

La vigilance est de règle chez le diabétique, car en cas d'artériopathie oblitérante des M.I, la compression devra être inférieure à 30mmHg (Classes 1 et 2)

Classes de contention françaises et indications (1)

Classe I	10 -15 mmHg	Insuffisance veineuse fonctionnelle	Varices débutantes
Classe II	16 -20 mmHg	Insuffisance veineuse superficielle	Varices de petit calibre
			Prévention des phlébites
Classe III	20 - 35 mmHg	Insuffisances veineuses sévères	Grossesse
			Troubles trophiques cutanés
			Thrombose veineuse profonde
Classe IV	> 36 mmHg	Lymphoedème	Maladie post-phlébitique

Les normes européennes sont décalées d'une classe vers le haut par rapport aux normes françaises

Toujours au stade de début, la kinésithérapie, par le massage veineux et le drainage lymphatique manuel, est un apport précieux.

Dans les traitements médicaux, on fera appel : **aux phlébotoniques per os,** qui ont prouvé qu'en réduisant le reflux veineux et les processus inflammatoires impliqués dans la pathogénie de la maladie veineuse chronique, ils soulagent les troubles fonctionnels et

La revue de Mésothérapie

améliorent le confort de vie
Un consensus d'experts réuni à Sienne en 2005, a considéré que sont efficaces avec un niveau de preuve de niveau A
la fraction flavonoïque purifiée micronisée
le dobésilate de calcium
la troxérutine

à la *Mésothérapie*, qui n'est pas encore validée dans cette indication.

Au stade d'insuffisance veino-lymphatique installée cliniquement.

- **L'échoscélrose** apparaît actuellement comme la technique de référence (sclérothérapie à la mousse), en commençant par les gros troncs veineux des saphènes de bas en haut, sans négliger de scléroser les éventuels points de fuite, pour limiter les récurrences.

- **Le stripping traditionnel** est cependant encore la technique la plus utilisée, après repérage soigneux au doppler (dopplériste dépendant).

- **De nouvelles techniques endovasculaires** sont en cours d'évaluation, avec toujours le même objectif : réaliser une brûlure, non pas chimique, mais thermique, soit par faisceau laser, soit par radiofréquence « closure ». Elles sont réalisées en ambulatoire et permettent une reprise rapide des activités.

Mais l'IVL est une maladie chronique toujours évolutive, il faut donc poursuivre le traitement par les phlébotoniques et la Mésothérapie, avant comme après la chirurgie, à titre préventif de récurrence ou d'aggravation

Comme vous le voyez la Mésothérapie est indiquée à tous les stades de la classification CEAP et plus particulièrement, si l'on veut avoir un effet préventif, du stade 0 au stade 2, avant et après les traitements chirurgicaux et est aussi indiquée en complément de la méso-dissolution dans les traitements de la cellulite.

TRAITEMENT PAR MESOTHERAPIE

L'objectif de la prise en charge par méso est à la fois préventif et curatif, avec comme objectif principal de calmer la douleur, tout en traitant la cause de l'IVL.
La composition des mélanges sera modulée en fonction du stade évolutif de la maladie, de même que les techniques d'injection

L'ASEPSIE

Il est impératif d'utiliser du matériel jetable et de travailler à l'aiguille unique montée sur la seringue.
On prendra bien sûr des mesures d'asepsie rigoureuse pour le revêtement cutané et le Médecin devra porter des gants de latex à usage unique ou avoir effectué un lavage ad hoc des mains au gel hydro alcoolique.

Les produits utilisés pour la désinfection de la peau saine :

l'alcool éthylique à 70 %,
l'alcool iodé est certainement l'antiseptique le plus sûr, mais n'est pas le bienvenu en esthétique en raison de sa coloration
le Dakin stabilisé
la chlorhexidine en formulation composée type BISEPTINE® est l'antiseptique de choix retenu par la Société Française de Mésothérapie et on saura se souvenir qu'elle est inactivée par les savons et qu'il faut effectuer deux passages successifs en respectant un temps de séchage à l'air libre.

LE MATERIEL

Il est toujours à usage unique et doit bénéficier d'un marquage CE agréé pour usage médical.

Les aiguilles :

on utilise des aiguilles de Mésothérapie de LEBEL 4mm x 0,29 ou 13 mm x 0,29 à biseau court.
Pour le mélange, un trocart de 40 mm 18 G 1,5.
On veille à avoir des aiguilles d'excellente qualité, non siliconée, à triple biseau et anticarottage

La seringue :

toujours des seringues jetables en polypropylène 3 pièces de 10 cc, cône LUER central ou excentré.

TECHNIQUES DE MESOTHERAPIE

a) On va utiliser la technique de Mésothérapie intra épidermique à l'aiguille de 13 x 0,29, les punctures s'effectuent l'aiguille tangentielle à la peau, biseau tourné vers le haut, la pointe reste au contact permanent de la peau et on utilise la flexibilité de l'aiguille pour effectuer un mouvement de va et vient dans l'axe de l'aiguille au cours duquel on va injecter une gouttelette en intra épidermique. On attendra trois à cinq minutes sans éponger.

b) Mésothérapie intra dermique : la technique retenue est celle de l'IDS ou intra dermique superficielle, à 2-3 mm de profondeur encore appelée nappage intra dermique ou rafale, lorsqu'elle est effectuée au pistolet.

L'IDP ou Mésothérapie intra dermique profonde ou IDP à 4 mm de profondeur peut être utilisée en injection point par point

d) Mésothérapie globale ou technique mixte, c'est-à-dire l'association de toutes ces techniques de Mésothérapie.

Les techniques de Mésothérapie peuvent être effectuées de façon manuelle ou assistée : pistolet mécanique, électronique, électropneumatique. La plupart de ces pistolets nécessitent des kit jetables.

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

La prévention du risque infectieux est indispensable :
par application de mesures d'asepsie standard,
il faut changer d'aiguille pour chaque jambe et pour le ventre,
piquer du haut vers le bas, c'est-à-dire du plus propre vers le plus sale (fesses et cuisses jusqu'aux genoux, puis en dessous du genou et changer d'aiguille pour piquer le mollet)
informer également le patient sur l'importance du respect des consignes post-mésothérapeutiques que vous allez lui remettre.

LES MELANGES UTILISES :

En phase infra-clinique

Pentoxifylline 4 ml
Lidocaïne 2 ml
Etamsylade 2 ml

Alterné avec :

Cernévit 2 ml
Lidocaïne 4 ml
Etamsylate 2 ml

Rythmicité :

- J 0 – J 8 - J 15 - J 21 - J 30 le premier mois,
- puis tous les quinze jours pendant deux à trois mois,
- puis une fois par mois.

Techniques et zones de puncture

On piquera le long du trajet de la saphène interne et de la saphène externe en intra dermique profonde, puis sur toute la surface du membre inférieur, y compris la fesse et le ventre en intra dermique superficielle jusqu'à l'horizontale de l'ombilic et bien sûr on fera également en début de séance une intra épidermique sur toutes ces mêmes zones.