

circulation veineuse collatérale (20,7%). Le délai médian entre la survenue des 1^{ers} symptômes et le diagnostic était de 4 jours. La thrombose était toujours authentifiée par l'écho-Doppler veineux; elle siégeait 18 fois à gauche et était bilatérale dans 4 cas. Les étiologies identifiées étaient les suivantes: cathéters veineux et/ou chambres implantables ($n=10$), néoplasies ($n=10$), syndrome d'hyperstimulation ovarienne ($n=5$), coagulopathies ($n=3$). Les complications évolutives étaient marquées par 3 embolies pulmonaires et 12 syndromes post-thrombotiques. Le traitement faisait appel dans tous les cas à une anticoagulation efficace par héparine, relayée le plus souvent par une antivitamine K.

Conclusion.— Cette étude souligne la prédominance des étiologies iatrogènes et des néoplasies, les autres causes étant surtout représentées par le syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Ensuite, elle indique la gravité potentielle des thromboses veineuses jugulaires internes (10,3% d'embolies pulmonaires et 41,3% de syndromes post-thrombotiques).

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.028

P15

La vitesse de l'onde de pouls augmente avec le nombre de critères du syndrome métabolique

A. Lieber^{a,*}, C. Vesin^a, V. Cahen^a, A. Nana^a, M.-E. Safar^a, B.-I. Levy^b, J. Blacher^a

^a Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, rue de la Cité, 75004 Paris, France

^b Inserm U689, service d'explorations fonctionnelles, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Vitesse de l'onde de pouls ; Syndrome métabolique

Introduction.— Le syndrome métabolique, l'association de plusieurs facteurs biologiques, anthropométriques et hémodynamiques, est grevé de complications cardiovasculaires.

Objectif.— Les paramètres hémodynamiques sont-ils de plus en plus altérés à mesure que le syndrome métabolique est formé par un plus grand nombre d'items constitutifs?

Matériel et méthodes.— Nous avons analysé de janvier à juillet 2008 les données cliniques, hémodynamiques, anthropométriques et biologiques de 343 patients (182 hommes et 161 femmes) au centre de diagnostic et de thérapeutique de l'Hôtel-Dieu à Paris. Ces patients, hypertendus pour la majorité, présents à l'hôpital de jour pour évaluation de leur système cardiovasculaire eu égard à la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ont eu une mesure de leur pression artérielle brachiale et centrale avec mesure de l'index d'augmentation, de la vitesse de propagation de l'onde de pouls (VOP), d'une mesure de leur périmètre abdominal et de hanches, de leur composition corporelle, d'une analyse échographique de leur paroi carotidienne et d'un bilan biologique étendu dont un bilan lipidique et glucidique.

Résultats.— Notre population est composée de 147 patients avec syndrome métabolique (SM+) et 196 patients sans syndrome métabolique (SM-).

Constituants SM	0	1	2	3	4	5
Nombre ($n=343$)	5	81	110	73	55	19
VOP (m/s)	10,1 ± 2,2	11,7 ± 3,5	13,3 ± 4,1	13,5 ± 3,7	14,2 ± 3,8	13,3 ± 3,1

La VOP diffère en fonction du nombre de constituants du syndrome métabolique (p Anova < 0,01).

Néanmoins, après ajustement sur les déterminants classiques de la VOP (âge, sexe, pression, fréquence cardiaque), il n'y a plus d'effet statistiquement significatif du nombre de constituants du SM.

Conclusion.— La VOP est plus élevée au fur et à mesure de l'accumulation d'items constituant le syndrome métabolique. Néanmoins, cette augmentation n'est pas indépendante à des

déterminants classiques de la VOP, notamment l'âge et la pression artérielle.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.029

P16

Amplification de la pression artérielle, tour de taille et syndrome métabolique

A. Lieber^{a,*}, C. Vesin^a, A. Nana^a, V. Cahen^a, M.-E. Safar^a, B.-I. Levy^b, J. Blacher^a

^a Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, rue de la Cité, 75004 Paris, France

^b Inserm U689, service d'explorations fonctionnelles, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Amplification artérielle ; Vitesse de l'onde de pouls

Introduction.— Des données récentes de la littérature médicale laissent penser que les paramètres centraux de la pression artérielle sont plus étroitement associés aux complications que la pression artérielle périphérique.

Objectif.— L'amplification entre la pression artérielle centrale et la pression artérielle périphérique est-elle différente chez les patients avec et sans syndrome métabolique? Quels en sont les déterminants?

Matériel et méthodes.— Nous avons analysé de janvier à juillet 2008 les données cliniques, hémodynamiques, anthropométriques et biologiques de 348 patients (185 hommes et 163 femmes) au centre de diagnostic et de thérapeutique de l'Hôtel-Dieu à Paris. Ces patients, hypertendus pour la majorité, présents à l'hôpital de jour pour évaluation de leur système cardiovasculaire eu égard à la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ont eu une mesure de leur pression artérielle brachiale et centrale avec mesure de l'index d'augmentation, de la vitesse de propagation de l'onde de pouls (VOP), d'une mesure de leur périmètre abdominal et de hanches, de leur composition corporelle et d'un bilan biologique étendu dont un bilan lipidique et glucidique.

Résultats.— Notre population comporte 147 patients avec syndrome métabolique (SM+) et 196 patients sans syndrome métabolique (SM-).

	VOP	Amplitude PAS	Amplitude PAS (%)	Amplitude PP	Amplitude PP (%)	Aix (%)
SM+	13,7 ± 3,7	13,6 ± 6,8	8,3 ± 3,9	15,2 ± 7,1	23,4 ± 9,5	25,2 ± 14,7
SM-	12,6 ± 3,9	11,8 ± 6,5	7,7 ± 3,9	13,1 ± 7/0	21,5 ± 10,2	28,4 ± 14,4
p	< 0,05	< 0,05	0,12	< 0,05	0,08	< 0,05

	Âge	Tour taille	µalbuminurie	PAD brachiale	FC	PP centrale
Corrélation univariée amplification PAS (%) $p < 0,05$	-0,30	0,22	0,18	-0,19	0,37	-0,23

En analyse multiparamétrique, les déterminants de l'amplification de la pression artérielle périphérique sont l'âge, le tour de taille et la fréquence cardiaque.

Conclusion.— L'amplification de la pression artérielle est plus élevée chez les patients avec syndrome métabolique. Indépendamment de l'âge et de la fréquence cardiaque, le tour de taille est lié positivement à l'amplification.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.030

P17

Effets indésirables de la compression/contention dans le traitement des lymphœdèmes des membres

S. Vignes, M. Arrault*

Unité de lymphologie, Centre national de référence de maladies vasculaires rares, hôpital Cognacq-Jay, 15, rue Eugène-Millon, 75015 Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Compression élastique ; Lymphœdème

Introduction.— La compression/contention est la pierre angulaire du traitement du lymphœdème. Il s'agit habituellement de traitements bien tolérés mais les éventuels effets indésirables sont mal connus.

Objectifs.— Collecter tous les effets indésirables de la compression/contention lors de traitement des lymphœdèmes.

Matériels et méthodes.— À partir de janvier 2005, nous avons collecté tous les effets indésirables de la compression/contention en consultation ou en hospitalisation dans un service de lymphologie. Les données étaient recueillies par l'interrogatoire du patient ou par l'examen clinique et podologique. Le type d'orthèses élastiques de contention des membres (le plus souvent appelées bas de contention), le matériel de bandages et le type d'effet indésirable étaient précisés.

Résultats.— Les effets indésirables étaient classés comme secondaires à la mauvaise adaptation du matériel, à l'excès de pression de la compression ou à une dermite de contact (allergique, orthoergique). Ainsi, les bas avec pied ouvert peuvent aggraver le lymphœdème des orteils et favoriser l'apparition de vésicules lymphatiques responsables d'écoulement ou de porte d'entrée infectieuse potentielle. Pour le membre supérieur, l'arrêt du manchon au poignet entraîne fréquemment un lymphœdème de la main et des doigts. L'hyperpression est responsable de douleurs de la tête du 5^e métatarsien ou du 1^{er} orteil, de chevauchement des orteils (en raison de la pointe du bas triangulaire) avec des cors interdigitaux, d'ongles incarnés ou de pseudochromidrose. Le frottement des coutures des manchons avec main attenante peut entraîner des douleurs et plaies du premier espace interdigital et secondairement des hyperkératoses. L'autofixation des orthèses est responsable de phlyctènes douloureuses au membre inférieur et supérieur, très fréquentes lors des périodes chaudes, de lésions urticariennes ou eczématiformes. Les bandages avec des bandes élastiques peuvent être douloureux et entraîner des lésions cutanées (purpura, blessures dans les plis).

Conclusion.— La contention/compression peut entraîner des effets indésirables qui conduisent parfois à des interruptions de traitement. Leur déclaration en matériovigilance devrait permettre de mieux les appréhender et d'apprécier plus précisément leur fréquence afin d'améliorer les prescriptions et les matériels existants.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.031

P18

Référentiel sur le traitement endovasculaire des varices par injections échoguidées de mousses fibrosantes. Le consensus d'experts de Grenoble. Version 2008

G. Gachet^{a,*}, L. Spini^b

^a Club mousse, 38500 Voiron, France

^b 38480 Pont de Beauvoisin, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Référentiel ; Varices ; Mousse fibrosante
Pourquoi établir un référentiel ?

Longtemps, la chirurgie a été le pilier du traitement des varices saphènes mais l'essor des traitements endovasculaires avec, notamment, l'utilisation de mousses fibrosantes a profondément changé la donne en phlébologie. Face à ce bouleversement des pratiques, il nous est apparu indispensable d'élaborer un référentiel, définissant un cadre médical scientifique imposant une validation par les instances de tutelles : Haute Autorité de santé, Association française de sécurité sanitaire des produits de santé et université, puis médicoadministratif : Caisse nationale d'assurance maladie... Dans le même ordre d'idée, il nous a également semblé nécessaire de donner, par l'élaboration d'un consensus, un cadre médicolegal opposable aux instances judiciaires et juridiques : Ordre des médecins, associations de malades, assureurs,

etc. Il fournira, pour les confrères désireux de se former à la méthode, un document de référence issu de l'expérience cumulée des auteurs et des données scientifiques actualisées. Enfin, il permettra d'établir des référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce guide de bonnes pratiques est le fruit du travail collectif d'un groupe de médecins vasculaires pratiquant la phlébologie, issus majoritairement du club mousse de la région Rhône-Alpes qui en est donc le promoteur. Ce consensus a été conçu sur le mode formalisé selon les critères de la HAS.

Les chapitres traitent de la formation, du matériel, de la confection de la mousse, des indications/contre-indications, des examens écho-Doppler, des injections, des contrôles, après traitement, de la sécurité, des comptes rendus et des aspects réglementaires, notamment sur le consentement éclairé du patient.

doi:10.1016/j.jmv.2008.12.032

P19

Thromboses jugulaires en médecine interne

N. Hamzaoui, N. Ouadahi, D. Hakem, D. Zemmour, M.

Ibrir-Khati, M. Boucelma, D. Bensalah, A. Berrah

Médecine interne, hôpital du

Docteur-Mohammed-Lamine-Debaghine, CHU Bab-El-Oued, Alger, Algérie

Mots clés : Thrombose jugulaire

Introduction.— Les thromboses veineuses profondes sont fréquentes, mais la localisation au niveau jugulaire reste rare, ce qui impose la recherche impérative d'une étiologie.

Objectifs.— Revoir les différents aspects de cette pathologie (présentation clinique, bilan étiologique, traitement et évolution) à travers l'expérience d'un service de médecine interne. Nous singulariserons parmi cette casuistique le syndrome de Lemierre, qui est une pathologie très rare, faisant suite à une infection oropharyngée, le plus souvent une angine, et dont l'évolution peut être grave, sans traitement.

Patients et méthodes.— Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée entre 2000 et 2007 dans un service de médecine interne illustrée de façon plus détaillée par 2 observations, sur le syndrome de Lemierre. Les items étudiés se rapportent aux antécédents, au tableau clinique, aux examens complémentaires biologiques et morphologiques, ainsi qu'aux aspects thérapeutiques.

Résultats.— Nous avons colligé 9 cas répartis en 5 femmes et 4 hommes. L'âge moyen est de 52 ans. Ces patients présentaient dans la majorité des cas une symptomatologie évocatrice stéréotypée faite de douleurs cervicales avec œdème comblant le cul-de-sac sus-claviculaire. Les causes retrouvées se répartissent en : pathologie infectieuse dans 3 cas (dont 2 seront attribués à un syndrome de Lemierre), une néoplasie est retrouvée dans 2 cas (poumon, côlon), une thrombophilie est incriminée dans 2 cas, une maladie de système à type de lupus érythémateux systémique associée à un syndrome des antiphospholipides et à un syndrome néphrotique est identifiée (forme inaugurale) dans 1 cas et, enfin, 1 cas est resté sans étiologie à 1 an de recul. Tous les patients ont été mis sous traitement anticoagulant, HBPM, puis chevauchement avec une antivitamine K en plus du traitement de la cause identifiée (antibiothérapie, corticoïdes, antipaludéens de synthèse, chimiothérapie anticancéreuse, immunosuppresseurs, etc.). L'évolution a été favorable (sur le plan général et vasculaire) pour les patients non porteurs d'une néoplasie.

Conclusion.— Le diagnostic des thromboses jugulaires peut être fortement suspecté sur la clinique et confirmé secondairement par les examens complémentaires le plus souvent limités à un écho-doppler vasculaire. Le pronostic dépend étroitement de l'étiologie et la précocité de la prise en charge. Si les causes « bénignes », notamment postinfectieuses, sont curables, malheureusement les thromboses qui accompagnent des néoplasies ou