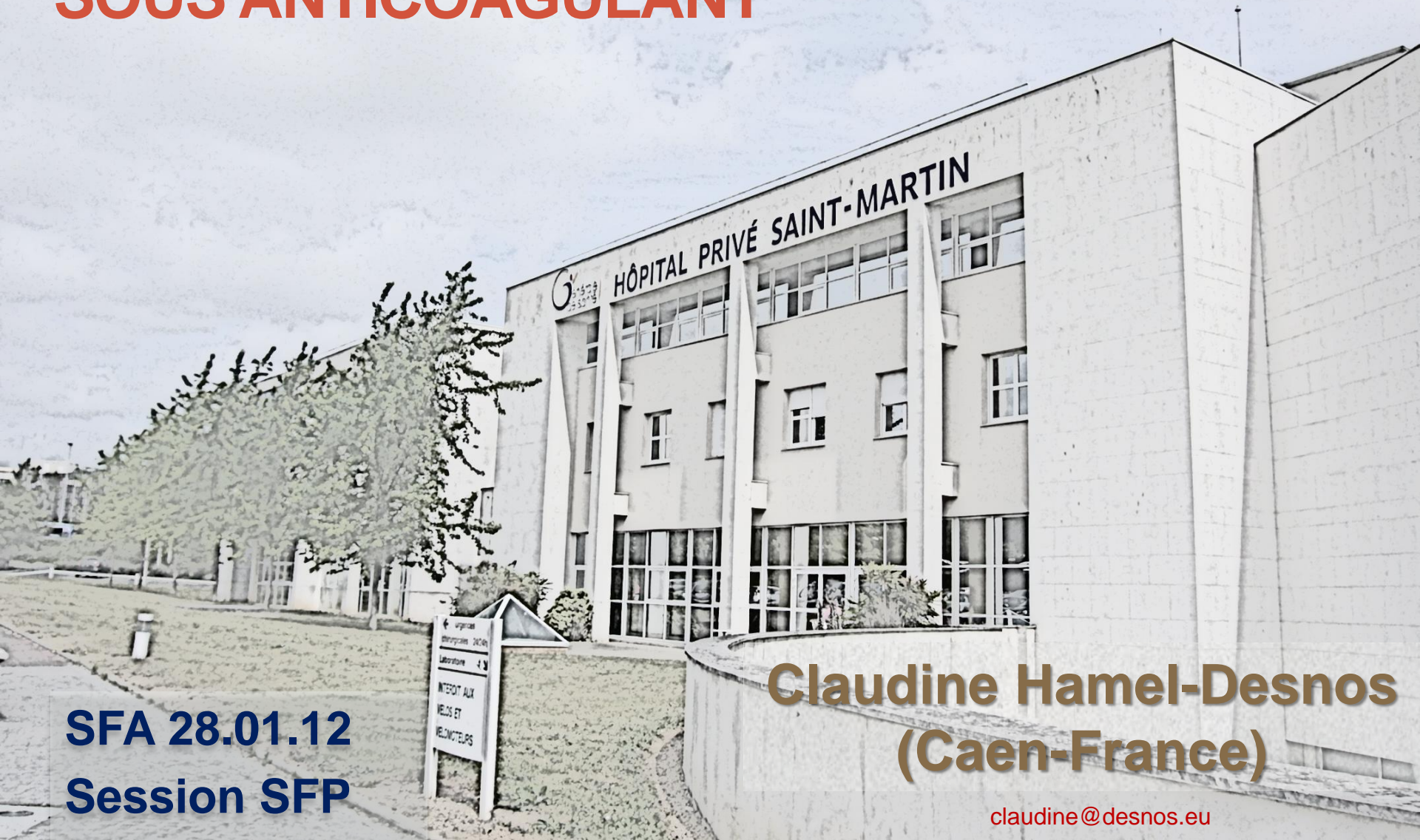


# PARTICULARITÉS DE LA SCLÉROTHÉRAPIE CHEZ LE PATIENT SOUS ANTICOAGULANT



**SFA 28.01.12**  
**Session SFP**

**Claudine Hamel-Desnos**  
**(Caen-France)**

[claudine@desnos.eu](mailto:claudine@desnos.eu)

## *OBJECTIF*

DÉFINIR LES PARTICULARITÉS DE  
LA SCLÉROTHÉRAPIE CHEZ LE  
PATIENT SOUS ANTICOAGULANT

### *Méthodes :*

**recherche de données dans la littérature**

# Généralités

En France :

- Prévalence des varices des membres inférieurs dans la population générale en France = 20 à 35% (HAS)
- 600 000 patients sont sous AVK (pour MTEV ou pathologie cardiaque), soit 1 % de la population générale

Anticoagulants:

AVK, HBPM, Fondaparinux,

inhibiteurs directs de la thrombine ou du facteur Xa

## 2 situations différentes

- I. Patient déjà sous anticoagulants  
(doses « efficaces »)**
  
- II. Patient mis sous anticoagulants pour  
réaliser la sclérothérapie  
(doses préventives)**

# I. Patients déjà sous anticoagulants

## Gachet G., Spini L. Sclérothérapie des varices sous anticoagulants. Phlébologie 2002 ; 55 : 41-4

- étude prospective
- 47 patients (33 femmes et 14 hommes)
- âge moyen 65 ans (extr. 32-92)
- Tous sous AVK sauf 1 sous HBPM (32 pour cause vasculaire, 12 pour cause cardiaque, 3 pour les 2)
- 2 >INR<4,5

### **Résultats:**

- 64 veines saphènes
- Sclérothérapie échoguidée (mousse 34 fois)
- Moyenne = 2 séances par patient
- Taux d'occlusion 95% à 1 mois
- Aucun incident ou accident (en particulier thromboembolique ou hémorragique)

Stücker M., Reich S., Hermes N., Altmeyer P. Safety and efficiency of perilesional sclerotherapy in leg ulcers patients with post thrombotic syndrome and/or anticoagulation with phenprocoumon. JDDG 2006; 4: 734-8

- Sclérothérapie péri lésionnelle d'ulcères veineux de jambes
- 28 patients (17 femmes, 11 hommes) dont 12 avec syndrome post-thrombotique (SPT), dont 5 étaient sous AVK (INR entre 2 et 3)
- À chaque séance: 1 ml de polidocanol 2% mousse (Tessari; 1+4) dans les varices sus-fasciales sur une zone de 15 cm au pourtour de l'ulcère
- Séances répétées jusqu'à occlusion des varices

## Stücker M., et al 2006

### Résultats

- Nombre moyen de séances =  $2.5 \pm 1.8$
- + de séances pour patients
  - Avec SPT  $3.3 \pm 2.1$  versus  $1.8 \pm 1.3$
  - Sous AVK  $4.2 \pm 1.2$  versus  $2.1 \pm 1.7$
- Incidents = 1 extension de la sclérose sur une saphène accessoire et 1 ulcération cutanée



# Autres publications

(études sur quelques cas)

- Dastain J.Y. Sclerosis of varicose veins in patients on anticoagulants: a propos report on 2 patients. *Phlébologie*, 1981 ; 34(1) : 73-6.
- Franchitti D. Sclérothérapie chez les patients sous traitement anticoagulant au long cours pour cardiopathie. *Phlébologie*, 1995, 48 : 31-32.
- Siegal B. Traitement anticoagulant et sclérothérapie. *Angéiologie*, 1999, 51, n°2 : 39-40.
- Khale B. Foam sclerotherapy of ulcerus cruris venosum. *Phlebologie* 2010; 39: 152-5

## II. Patients mis sous anticoagulants (doses préventives) pour réaliser la sclérothérapie

Hamel-Desnos C M, Gillet J L, Desnos P R, Allaert F-A.  
Sclerotherapy of varicose veins in patients with documented  
thrombophilia: a prospective controlled randomized study of 105  
cases. *Phlebology* 2009; 24: 176-82

- Étude multicentrique SFP, prospective randomisée à 2 bras, avec CPPRB
- Sclérothérapie chez des thrombophiles identifiés, sans traitement AVK en cours
- Inclusions concernant uniquement thrombophilies suivantes = mutation du gène 20210 A de la prothrombine ou du facteur V Leiden, ou élévation du facteur VIII ou anomalie combinée parmi ces trois thrombophilies
- **Groupe H** : 1 seule injection de 4000 UI de nadroparine à chaque séance de sclérothérapie
- **Groupe W** : coumadine<sup>®</sup> (warfarine) 1 mg par jour commencé 10 jours avant la 1<sup>ère</sup> séance et poursuivi sans discontinuer jusqu'à 1 mois après la dernière séance de sclérothérapie
- Sclérothérapie : polidocanol (mousse ou liquide); techniques et doses « libres »
- Tous types de varices, y compris télangiectasies

## Hamel-Desnos C , et al 2009

### Résultats

- 105 patients inclus (81 femmes, 24 hommes), âge moyen 50 ans (extr. 20 et 82)
- 199 séances de sclérothérapie (moyenne 2 séances/patient)
- Mousse dans 160 cas, 36 fois liquide, 3 fois les 2
- Pas de modification notée de l'efficacité de la sclérothérapie
  
- 1 large ecchymose de la paroi abdominale a été signalée dans le groupe H
- 2 ecchymoses corporelles post-traumatiques ont été répertoriées dans le groupe W.
- 3 fortes inflammations cutanées, 3 « veinites »
- Pas d'accident thromboembolique

# DISCUSSION

---

# Sclérothérapie chez le patient sous anticoagulant

- Peu de publications
  - Peu d'études
  - Peu de cas
- 
- Semble possible et sûre

# Sclérothérapie chez le patient sous anticoagulant et efficacité de la sclérothérapie

- I. Si anticoagulants à doses « efficaces » :  
résultats non concordants (Gachet/ Stücker)
  - *Gachet : pas de modification d'efficacité*
  - *Stücker : 2 fois plus de séances pour occlure les varices chez les patients sous anticoagulants par rapport aux patients non anticoagulés*

- Résultats disponibles = court terme  
(*Pas de données sur taux et délais de survenue des recanalisations*)

# Sclérothérapie chez le patient sous anticoagulant et efficacité de la sclérothérapie

II. Si anticoagulants à doses préventives: résultats inchangés (?)

*Recommandation consensus de Tegernsee chez sujets à risques : 1 semaine d'HBPM à doses préventives*

*Breu FX, Guggenbichler S, Wollmann JC (2008) Duplex ultrasound and efficacy criteria in foam sclerotherapy from the 2nd european consensus meeting on foam sclerotherapy 2006. Tegernsee, Germany: Vasa 37: 90-5*



# Sclérothérapie sous prévention par dose unique d'HBPM (pour risques modérés)

utilisée en pratique

*Hamel-Desnos et al. Phlebology 2009*

*Bradbury et al. J Vasc Surg 2010*

*Bradbury AW, Bate G, Pang K et al. (2010) Ultrasound-guided foam sclerotherapy is a safe and clinically effective treatment for superficial venous reflux. J Vasc Surg 52: 939-45*

# Sclérothérapie chez le thrombophile

**Types of thrombophilia classified according to the relative risk and proposed practical attitude to sclerotherapy.**

VKA = vitamin K antagonists; LMWH = low molecular weight heparin; RR = Relative Risk

TYPES of THROMBOPHILIA	PRECAUTIONS for SCLEROTHERAPY
<p><b>GROUP 1 (RR greatly elevated)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antithrombin deficiency</li> <li>- Confirmed anti-phospholipid syndrome (clinical and biological)</li> </ul>	<p>Contraindication to sclerotherapy</p>
<p><b>GROUP 2 (RR elevated)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Double abnormalities</li> <li>- Factor V mutation (homozygous)</li> <li>- Protein C deficiency</li> <li>- Protein S deficiency</li> <li>- Factor II mutation (homozygous)</li> </ul>	<p>1) If the patient is on long-term VKA, sclerotherapy treatment may be given without recourse to LMWH                  2) If the patient is not on long-term VKA:                  7 days of LMWH 4000 IU, one injection daily</p>
<p><b>GROUP 3 (RR moderate)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factor V mutation (heterozygous)</li> <li>- Factor II mutation (heterozygous)</li> <li>- Hyperhomocysteinemia</li> <li>- Asymptomatic anti-phospholipids</li> <li>- High level of Factor VIII</li> </ul>	<p>1) If the patient is on long-term VKA, sclerotherapy may be given without recourse to LMWH                  2) If the patient is not on long-term VKA, then depending on the clinical context and medical history:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- one single injection of LMWH 4000 IU during the sclerotherapy session</li> <li>- or 7 days of LMWH 4000 IU, one injection daily</li> </ul>

# Sclérothérapie sous prévention par dose unique d'HBPM

Intérêt non démontré selon Myers (2008):

Série de cas de 852 patients de 1999 à 2007

*1999 à 2002: aucune anticoagulation; ETE = 1.3%*

*2002 à 2007: 40 mg enoxaparine avant chaque séance; ETE = 1.7%*

*Mais dans cette étude, taux > taux de la littérature*

*Revue littérature JIA (2007) : sur 69 études, ETE = 0.6%*

*- Myers K.A. Factors affecting the risk of deep venous occlusion after ultrasound-guided sclerotherapy for varicose veins. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008; 36: 602-5*

*- Jia X, G. Mowatt G, J. M. Burr JM, K. Cassar K, J. Cook J and C. Fraser C. Systematic review of foam sclerotherapy for varicose veins. Br J Surg 2007; 94: 925-36*

ETE = évènement thromboembolique

# Physiopathologie des interactions entre sclérosant et anticoagulants

- Pour la sclérothérapie : cible = paroi veineuse (contenant)
- Lors de la thrombose : rôle majeur = modifications biologiques, en particulier des facteurs de la coagulation (contenu)

# Effets biologiques des sclérosants

- Études in vitro (Parsi): action pro ou anticoagulante des sclérosants (forme liquide) selon concentration
- Étude in vivo (Hamel-Desnos et al.) : pas de modifications significatives des facteurs de la coagulation\* et de l'inflammation\*, dans le sang circulant, après sclérothérapie des veines saphènes avec polidocanol sous forme mousse

\*Thrombomoduline soluble, Facteur 4 plaquettaire, complexes thrombine-antithrombine, D-dimères, Fibrinogène, Facteur VIII

- Parsi K et al *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007, 2009 and 2010
- Hamel-Desnos C, Desnos P. Ferré B. Le Querrec A. *In vivo biological effects of foam sclerotherapy.* *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011 ; 42:238-245

# CONCLUSION

---

# conclusion

- Sclérothérapie chez les patients sous anticoagulants possible, sûre et même préférable à la chirurgie dans de nombreuses circonstances
- mais attention car sujets souvent fragiles, âgés, à comorbidités
- Balance bénéfique/risque à réévaluer au cas par cas
- Possible diminution de l'efficacité de la sclérothérapie si anticoagulants à doses « efficaces »
- Néanmoins traitement sclérosant initial : mêmes doses (augmenter secondairement avec prudence)

Nécessité de réaliser des études cliniques, biologiques et physiopathologiques



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

