

LES MALFORMATIONS VEINEUSES SUPERFICIELLES ET LEUR PRISE EN CHARGE PAR UN COMITE MULTIDISCIPLINAIRE : 99 CAS

Nadia Ezzine Sebai *, Talel Badri *, Hatem Rajhi **, Aida Khaled, Asma Sioud *, Karima Zitouni***, Radhi Hamza **, Nejla Mnif ** Mohamed Ridha Kamoun *.

* Service de Dermatologie, ** Service d'imagerie médicale, *** Service de Chirurgie maxillo-faciale.
Comité multidisciplinaire des angiodyplasies. Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

N. Ezzine Sebai, T. Badri, H. Rajhi, A. Khaled, A. Sioud, K. Zitouni, R. Hamza, N. Mnif M. R. Kamoun.

N. Ezzine Sebai, T. Badri, H. Rajhi, A. Khaled, A. Sioud, K. Zitouni, R. Hamza, N. Mnif M. R. Kamoun.

LES MALFORMATIONS VEINEUSES SUPERFICIELLES ET LEUR PRISE EN CHARGE PAR UN COMITE MULTIDISCIPLINAIRE : 99 cas

EXPERIENCE OF A MULTIDISCIPLINARY COMMITTEE IN THE MANAGEMENT OF SUPERFICIAL VENOUS MALFORMATIONS: 99 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°04) : 283 - 284

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°04) : 283 - 284

R É S U M É

Prérequis : Les malformations vasculaires constituent un groupe d'angiodyplasies très hétérogène. Les malformations veineuses sont hémodynamiquement actives généralement bénignes mais entraînant souvent un préjudice esthétique.

But : Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique et évolutif des malformations veineuses (MV) ainsi que les résultats de leur prise en charge multidisciplinaire.

Méthodes : C'est une étude rétrospective de dossiers de malades atteints de MV simples colligés à la consultation multidisciplinaire des angiodyplasies, durant une période de 10 ans.

Résultats : Cette étude a concerné 99 patients atteints de MV. Une prédominance féminine était notée. L'âge moyen était de 18,5 ans. Le siège des MV était céphalique dans la majorité des cas. Toutes les MV ont été traitées par sclérothérapie percutanée. Les résultats étaient excellents dans la majorité des MV de petite taille.

Conclusion : Les MV sont relativement fréquentes dans la région céphalique où elles causent souvent une gêne esthétique et parfois fonctionnelle. La sclérothérapie est le traitement de choix des MV de petite taille. La prise en charge des MV doit être multidisciplinaire afin de mieux préciser le diagnostic et de prendre la meilleure décision thérapeutique.

S U M M A R Y

Background : Vascular malformations are heterogenous angiodyplasias.

Aim : The aim of this work is to study the epidemiological and clinical features of venous malformations (VM) as well as their multidisciplinary management.

Methods: It is a retrospective study of patients having simple VM, seen at the multidisciplinary consultation of angiodyplasias of our hospital, over a 10 year period.

Results: This study included 99 patients having VM. A female predominance was noticed.

Average age was 18.5 years. VM had mainly cephalic location. All VM were treated with percutaneous sclerotherapy. Aesthetic results were excellent in the cases of small VM size.

Conclusion : VM are most frequent in cephalic region and cause aesthetic and functional handicaps. Percutaneous sclerotherapy is the treatment of choice for such a venous malformations, especially for small VM. VM are anomalies which can have serious complications. Their management has to be multidisciplinary in order to better precise the diagnosis and to take the adequate therapeutic decision.

M O T S - C L É S

Malformation vasculaire, malformation veineuse.

KEY - W O R D S

Venous malformation. Percutaneous sclerotherapy

تشوه الأوردة السطحية والإحاطة بهذا التشوه من طرف لجنة متعددة الاختصاصات : دراسة حول 99 حالة.

الباحثون : الزين سباعي. ن - بدري. ت - رجاحي. ح - خالد. ع - سيود. أ - زيتوني. ك - حمزي. ر - منيف. ن - كمن. م - ر.

الهدف من هذه الدراسة هو استعراض السيماء الوبائية السريية والتطورية للتشوهات الوريدية. إشملت دراستنا على 99 حالة أغلبها من الإناث كان متوسط عمر المرضى 18,5 سنة وكان توضع الإصابة في الرأس في أغلب الأحيان خضع كل المرضى إلى العلاج بالتصلب وكانت النتائج ممتازة في أغلب الأحوال. نستنتج أن الإحاطة بالتشوهات الوريدية السطحية يجب أن تكون متعددة الاختصاصات لكي نحدد التشخيص بصفة جيدة ونتخذ القرار العلاجي الأفضل.

الكلمات الأساسية : تشوهات شريانية - تشوهات وريدية.

Les malformations vasculaires constituent un groupe d'angiodyplasies hétérogènes, congénitales mais sans tendance à la régression. Les malformations veineuses (MV) sont des malformations vasculaires intéressant le réseau veineux, hémodynamiquement inactives (1).Elles ont une

évolution habituellement bénigne mais entraînant souvent un préjudice esthétique, parfois fonctionnel et rarement vital. Nous nous proposons d'étudier le profil épidémiologique et évolutif d'une série de MV, ainsi que leur prise en charge multidisciplinaire.

PATIENTS ET MÉTHODES

C'est une étude rétrospective portant sur 99 dossiers de malades atteints de MV simples colligés à la consultation multidisciplinaire des angiodyplasies de notre hôpital, durant une période de 10 ans (entre 1997 et 2006). Les malformations veineuses rentrant dans le cadre d'angiodyplasies complexes ont été exclues. Les données notées étaient : l'âge, le sexe, le nombre, le siège, les complications éventuelles, les examens complémentaires ainsi que le traitement et le suivi.

RÉSULTATS

Notre série a concerné 99 patients atteints de MV (59 de sexe féminin «F» et 40 de sexe masculin «M»). Pour les MV, l'âge moyen était de 18,5 ans (extrêmes : 2-68 ans). Les lésions étaient uniques ou au nombre de deux. Le siège des MV était la tête et le cou dans 84 cas (85% des MV) et aux membres dans les autres cas. Les MCV de taille modérée (3-6cm) représentaient 51 % des cas, celles de grande taille (> 6cm) représentaient 9% des cas et celles de petite taille (< 3cm) 40 %. Le diagnostic de MV était souvent clinique. Les explorations radiologiques (radiographies standard à la recherche de phlébolithes, écho doppler, scanner ou IRM), pratiquées chez 79 patients (80% des cas), ont permis de confirmer les cas douteux et surtout de préciser la profondeur de l'atteinte pour une meilleure prise en charge. Toutes les MV ont été traitées par sclérothérapie percutanée à l'éthibloc ou à l'alcool. Le résultat esthétique était jugé sur la diminution de la taille de la MV et sur la cicatrice résiduelle : résultat excellent si la lésion a diminué de plus de 70% sans cicatrice ; modéré si la lésion a diminué de 50 à 70% avec une cicatrice esthétiquement acceptable ; peu satisfaisant si la lésion a diminué de moins de 50% de taille et/ou avec une cicatrice disgracieuse. Les résultats étaient jugés excellents après 2 à 3 séances de sclérothérapie dans 96% des MV de petite taille et dans 55% des MV de taille modérée. Ces résultats sont peu satisfaisants pour les MCV de grande taille. Il s'est produit une réaction inflammatoire dans tous les cas. Une nécrose cutanée a été observée dans 7 cas traités à l'alcool et une cicatrice disgracieuse dans 10 cas. Quatre patients ont eu une chirurgie complémentaire.

DISCUSSION

Les MV sont des anomalies vasculaires potentiellement graves sur le plan fonctionnel voire vital. Peu de publications ont concerné l'épidémiologie des ces malformations.

Les MV sont plus fréquentes que les MAV (1,2). Leur diagnostic est habituellement clinique devant l'aspect de masses sous-cutanées bleutées se remplissant en position

déclive atteignant le plus souvent la région céphalique et rarement les membres (1).

L'atteinte féminine est prédominante dans notre série. Ceci pourrait être expliqué par une demande thérapeutique plus importante en raison du préjudice esthétique. L'âge de consultation est plus bas que chez les patients ayant une MAV. Ces MV se compliquent fréquemment de thromboses par coagulopathie, comme en témoignent les phlébolithes visibles sur les radiographies standard. Ces thromboses sont responsables de douleurs pouvant être exacerbées par les modulations hormonales féminines (1). Cette coagulopathie peut même aboutir à un tableau de coagulation intravasculaire locale (CIVL), notamment en cas de MV de grande taille (3).

L'IRM est parfois demandée pour étudier les rapports de la MV avec les plans adjacents avant de traiter les patients.

La sclérothérapie par ponction directe à l'éthibloc ou à l'alcool absolu est le traitement de choix des MV de taille modérée ou petite (4). Plusieurs séances semblent nécessaires pour obtenir une réduction du volume de la MV ainsi qu'une sédation de la douleur. En cas de lésions de taille réduite, les résultats sont meilleurs, bien que souvent incomplets (4). Ceci est d'ailleurs noté dans notre série, où les résultats étaient meilleurs pour les lésions de taille petite ou moyenne. Les complications de la sclérothérapie sont plus fréquentes avec l'alcool. Elles vont de la simple phlyctène à l'ulcération cutanée profonde parfois nécrotique observée chez 2 de nos patients. Cette complication évolue généralement bien sous soins locaux associés parfois à une antibiothérapie générale et une détersion chirurgicale (4). L'œdème inflammatoire post-sclérothérapie, noté chez tous nos patients, est constant, motivant un traitement anti-inflammatoire systématique. Le traitement médical des MV est essentiellement basé sur la contention élastique (grade 2) dans les MV étendues des membres (5). La chirurgie seule n'est jamais indiquée en première intention. Elle peut être proposée essentiellement pour les MV de petite taille asymptomatiques et/ou bien délimitées (5). Elle doit être dans ce cas totale. Pour les MV volumineuses et douloureuses, la chirurgie peut être indiquée, visant à réduire la taille de la MV (sans toutefois l'enlever en totalité). Pour la plupart des auteurs cet acte chirurgical devrait être précédé d'une sclérothérapie, comme chez 4 de nos patients (4,5).

CONCLUSION

Vu la complexité du traitement des malformations veineuses et la gravité de certaines d'entre elles, une prise en charge multidisciplinaire associant dermatologues, pédiatres, radiologues et chirurgiens s'avère indispensable.

RÉFÉRENCES

- 1- Casanova D, Boon LM, Vikkula M. Les malformations veineuses : aspects cliniques et diagnostic différentiel. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51:373-87.
- 2- Ezzine Sebai N, Badri T, Daoud L, Zitouni K, Rajhi H, Fazaa B, et al. Malformations artérioveineuses : Etude de 54 patients. *Tunis Med* 2007; 85:871-3.

- 3- Hermans C, Dessomme B, Lambert C, Deneys V. Malformations veineuses et coagulopathie. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51: 388-93.
- 4- Hammer F. Traitement percutané des malformations veineuses. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51: 394-402.
- 5- Boon LM, Vanwijck R. Traitement médical et chirurgical des malformations veineuses. *Ann Chir Plast Esthet* 2006; 51:403-11.