

Angiologie

EDITE EN FRANCE PAR MEDICA-PRESS INTERNATIONAL 14, RUE DE SILLY 92100 BOULOGNE - TEL. (1) 48.25.11.10

PROFIL ET VÉCU DE L'INSUFFISANT VEINOLYMPHATIQUE



A propos de 60 000 cas

SUPPLÉMENT AU N° 84 - NOVEMBRE 1988

Directeur scientifique : Pr M. CLOAREC, Paris. **Comité scientifique :** Prs et Drs C. ALLEGRA (Italie), J.N. ALLENDE (Argentine), P. BALAS (Grèce), M. BARTOLO (Italie), A.C. BENHAMOU, Tours (France), H. BOCCALON, Toulouse (France), R. CASTELLUCCIO FERNANDEZ (Argentine), M. de CASTRO SILVA (Brésil), D.L. CLEMENT (Belgique), J.Mc COOK MARTINEZ (Cuba), J.M. CORMIER, Paris (France), R. COURBIER, Marseille (France), M. DALLOCCHIO, Bordeaux (France), H. DENCK (Autriche), M. DEGNI (Brésil), J. DESCOTES, Lyon (France), J.A. DORMANDY (Grande-Bretagne), A. FRONEK (USA), P. GRITON, Paris (France), N. KLUKEN (RFA), B. KRAHENBUHL (Suisse), H.A.J. LEMMENS (Pays-Bas), A. LUFT, Paris (France), J.P. MARCADE, La Rochelle (France), M.S. MARQUES (Brésil), R.C. MAYALL (Brésil), J.F. MERLEN † (France), F. de OLIVEIRA (Portugal), H. PARTSCH (Autriche), L. POURCELOT, Tours (France), V. PUCHMAYER, Prague (Tchécoslovaquie), D. REINHAREZ, Paris (France), R. RETTORI, Paris (France), M. SAFAR, Paris (France), E. SALA-PLANELL (Espagne), J.T. SHEPHERD (USA), R.C. de SOBREGRAU (Espagne), J.F. STOLTZ, Nancy (France), A. STRANO (Italie), M. TSUCHIYA (Japon), L. URAI (Hongrie), J. VANDER STRICHT (Belgique), P. VANHOUTTE (USA), M. VERSTRAETE (Belgique), XIU RUI-JUAN (Chine), M. ZICOT (Belgique).



I NTRODUCTION

L'insuffisance veinolymphatique des membres inférieurs avec son cortège de jambes lourdes, gonflées (...) par une circulation de retour défectueuse est, comme chacun sait, un motif extrêmement fréquent de consultation. Phénomène qui n'a en soi rien de très surprenant dans la mesure où ces troubles intéressent au moins 20% de nos concitoyens.

Plus étonnant est le fait que la maladie veinolymphatique soit encore aujourd'hui largement délaissée (pour ne pas dire totalement ignorée) tout au long des études médicales et, par voie de conséquence (?), souvent considérée comme une affection mineure - voire une fatalité - qui ne soulève que quelques problèmes d'ordre esthétique à long terme; jugement - bien évidemment faux! - faisant abstraction des acquisitions récentes faites en matière épidémiologique, physiopathologique et thérapeutique, démontrant que l'insuffisance veinolymphatique est une pathologie à la fois invalidante (même au stade de "banals" troubles fonctionnels) et évolutive(+++), dont la gravité potentielle ne doit en aucun cas être sous-estimée.

Afin de sensibiliser les praticiens à la nécessité d'une prise en charge précoce de cette affection et de les aider à mieux connaître le profil et le vécu de l'insuffisant veinolymphatique, les Laboratoires Sarget ont récemment effectué une enquête originale auprès de médecins généralistes, de gynécologues et d'angéiologues. Précisons dès à présent que ce travail a permis de réunir plus de soixante mille cas (!) et de confronter, outre le classique distinguo hommes/femmes, le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes. Comparaison qui, nous en sommes persuadés, ne manquera pas de retenir votre attention.

M ÉTHODOLOGIE

Cette vaste enquête épidémiologique a été menée du 1^{er} mars au 31 juillet 1988 et a intéressé près de 5000 praticiens. Les médecins (généralistes, gynécologues et angéiologues) interrogés sur les caractéristiques des patients présentant une insuffisance veinolymphatique avaient la possibilité de répondre par Minitel (service télématique de recueil des données) ou par l'intermédiaire de cartes remises par le réseau de visite médicale (fiches enquêtes papier). Au terme des cinq mois qu'a duré l'étude, on dénombre environ 57000 observations provenant d'omnipraticiens et, respectivement, plus de 2500 et 1500 "enquêtes gynécologue et angéiologue"; la proportion de réponses télématiques dépassant les 60%. Précisons qu'avant d'être analysé, l'ensemble de ces observations a été soumis à un double "filtrage". Seules les réponses concernant les malades âgés entre 15 et 75 ans et suffisamment documentées (exploitables) ont été prises en considération. Critères d'exclusion ramenant l'effectif des "populations généraliste, gynécologue et angéiologue" à respectivement - et très exactement - 43 515, 2 188 et 1 140 patients.

PRINCIPALES DONNÉES RECUEILLIES

- Sexe, âge
 - Surcharge pondérale
 - Terrain familial
 - Profession exposée
 - Tabagisme
 - Nombre de grossesses
 - Prise d'une contraception orale
 - Pratique d'un sport
 - Existence de varices externes apparentes
 - Ancienneté de la plainte
 - Mots exprimant la plainte
 - Intensité de la symptomatologie (échelle de 0 à 10)
 - Traitement intermittent/continu
par monothérapie/en association
 - Température cutanée locale des pieds droit et gauche
- } items retenus
} comme
} facteurs de risque



Profil du médecin "utilisateur de la télématique"

L'examen de la répartition des appels en fonction des régions de télécommunications révèle que les praticiens utilisant plus volontiers le Minitel résident dans le Nord Pas-de-Calais, l'Ile-de-France, l'Aquitaine ou la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Chacune de ces régions totalise en effet plus de 10 % des observations télématiques.

Le nombre moyen d'appels par médecin est de l'ordre de 10, avec des extrêmes allant de 1 à plus de 40 (figure a). Le mercredi paraît être le jour de la semaine où le praticien "se branche" le plus souvent sur le service Minitel de recueil des données (près de 17 % des appels reçus). A l'opposé, les samedi, dimanche et lundi sont dans ce domaine - des "jours creux" (figure b). Enfin, précisons que la proportion d'appels nocturnes (après le repas du soir) est - contrairement à ce qui est couramment observé dans la "population générale" - loin d'être négligeable (figure c).

Nous ne terminerons pas ce bref aperçu sans souligner que cette enquête a montré que la télématique est apparemment fort appréciée des praticiens. Le nombre d'observations obtenu par l'intermédiaire de ce véritable outil de travail est en effet largement supérieur à celui qui a été obtenu au moyen des fiches enquêtes papier. En outre, la quantité d'appels n'a cessé de croître de façon spectaculaire au cours des cinq mois qu'a duré l'étude.

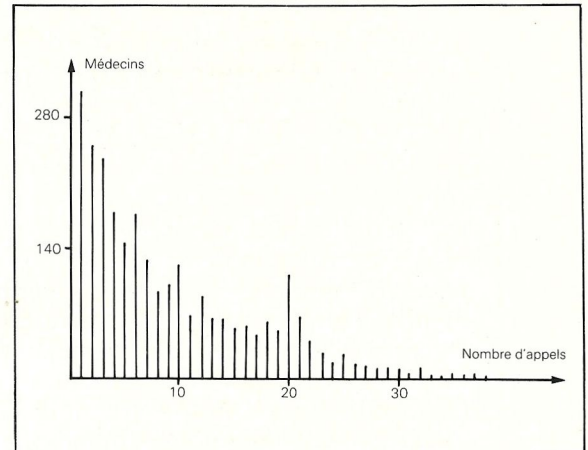


Figure a : Nombre d'appels Minitel par médecin

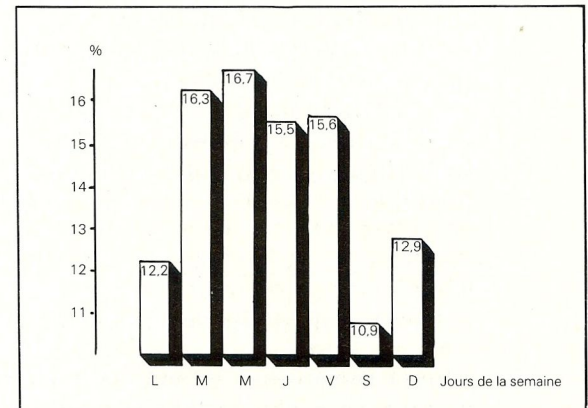


Figure b : Nombre d'appels reçus (exprimé en pourcentage du total des appels) rapporté au jour de la semaine

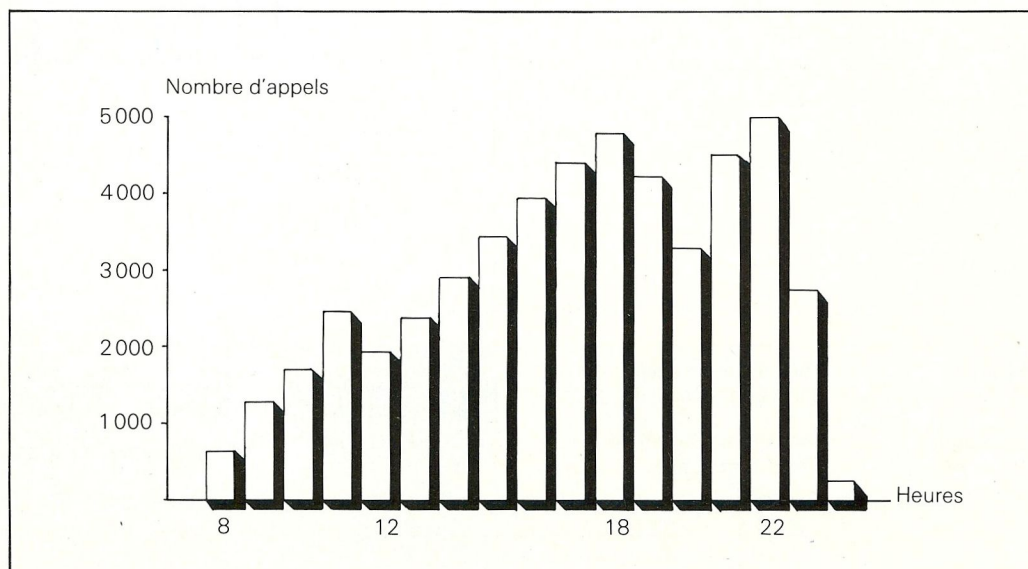




Figure c : Nombre d'appels reçus rapporté à la tranche horaire



Descriptif de la population féminine consultant auprès d'un omnipraticien

Les femmes représentent plus de 85% (n= 37143) des patients venus consulter un médecin généraliste (figure 1). La majorité d'entre elles (55%) a entre 20 et 40 ans (figure 2). Dans près de 40% des cas, elles exercent une profession dite exposée et, plus d'une fois sur deux (55%), leur entourage familial se révèle être atteint de la même pathologie. Ce groupe de malades compte d'autre part un tiers de tabagiques et 50% de sujets "corpulents"; surcharge pondérale qualifiée d'importante et de légère dans respectivement 18% et 32% des cas (figure 3). Soulignons que si 17% d'entre elles n'entrent dans aucune de ces catégories (les "sans facteurs de risque"), elles sont 36% à posséder un de ces items (obésité, terrain familial, profession exposée ou tabac), 33% à en avoir deux, 13% trois et 1% quatre (figure 4).

UNE POPULATION FÉMININE...			
Patients consultant auprès	Nombre de sujets *		
		♀	♂
d'un omnipraticien	43 515	85,4	14,6
d'un gynécologue	2 239	97,7	2,3
d'un angéiologue	1 140	86,2	13,8

*après filtrage

Figure 1 : Populations étudiées

... ET JEUNE

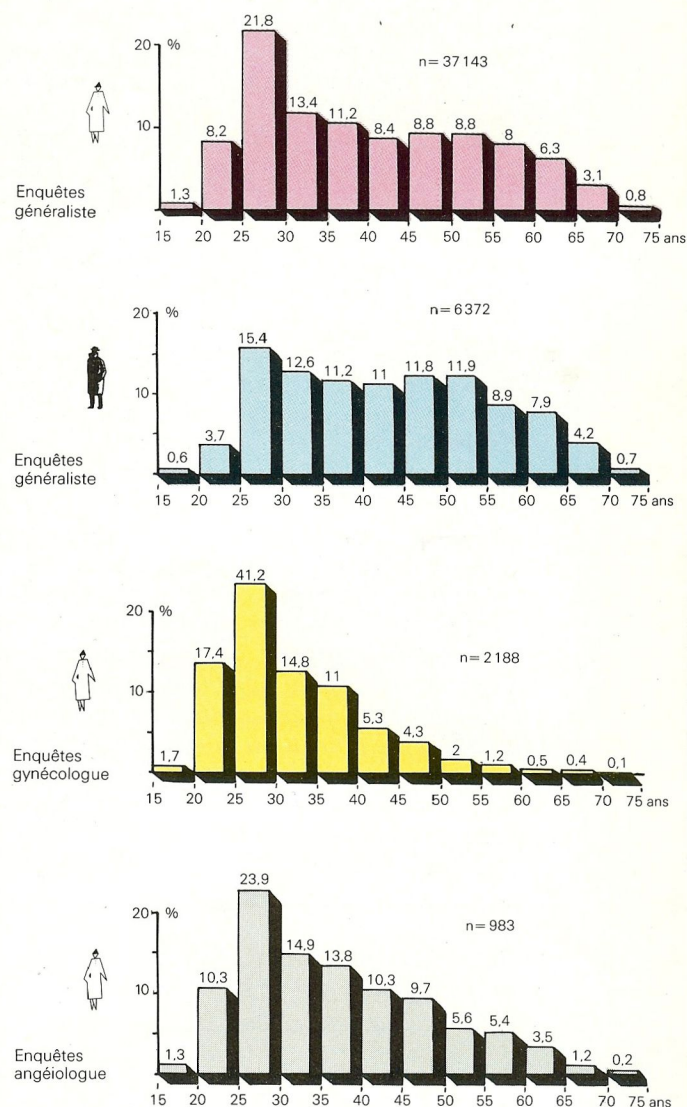


Figure 2 : Pyramides des âges

Imprimé en France - DIFFERDANGE S.A. - Dépôt légal 4^e trimestre 1988

Directeur scientifique
Pr Maurice Cloarec

Rédacteur en chef
Dr Xavier Mouren

Publicité
Martine Le Troquer

Publicité pour la France
14, rue de Silly 92100 Boulogne

Directeur de la publication
Alexandre Blondeau

Secrétaire de rédaction
Dr Philippe Caillard

Maquette
Brigitte Hulin

Commission paritaire n° 66414

Édition française MEDICA-PRESS international 14, rue de Silly 92100 Boulogne - Tél. : 48.25.11.10

Prix de vente au numéro : 15 F



**L'HÉRÉDITÉ EST LE FACTEUR PRÉDISPOSANT MAJEUR
À L'APPARITION D'UNE INSUFFISANCE
VEINOLYMPHATIQUE**

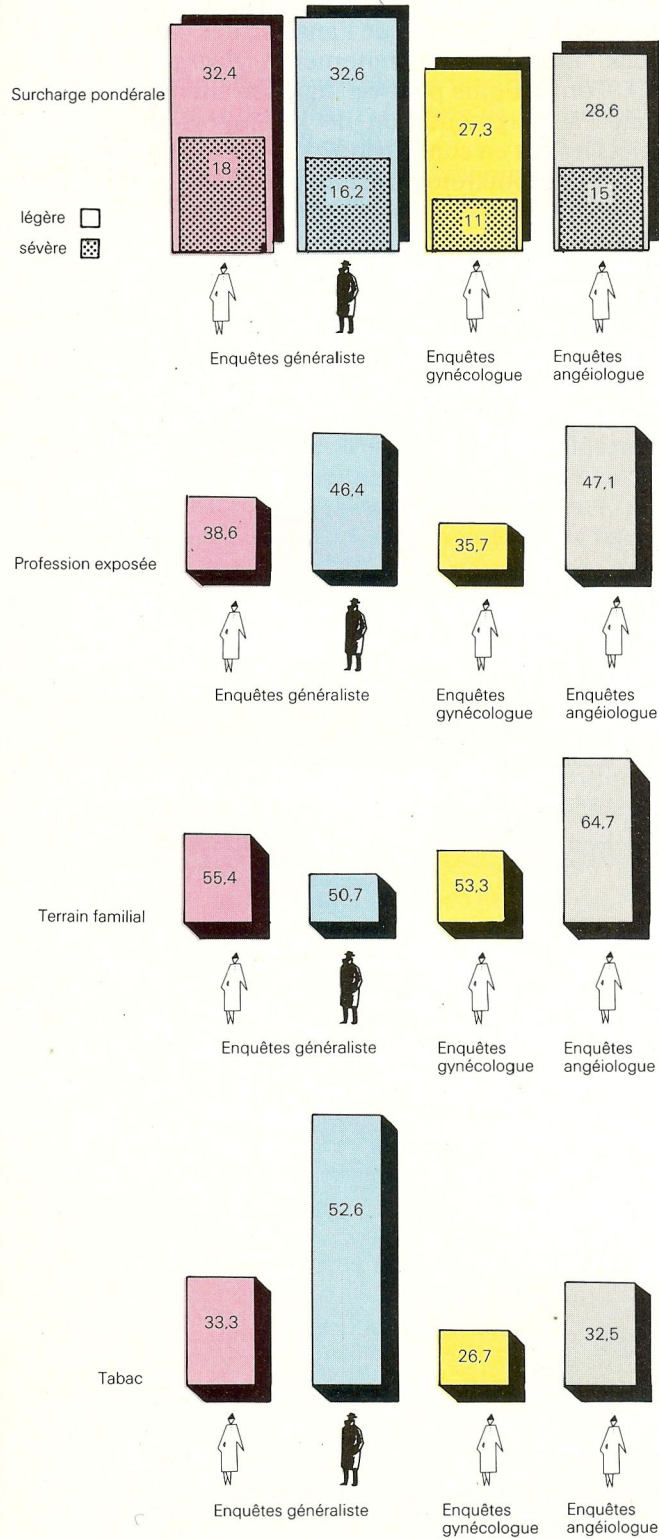


Figure 3 : Histogramme de répartition des facteurs de risque vasculaire

Au plan gynéco-obstétrical, on dénombre 75 % de mères de famille – plus ou moins nombreuses (figure 5) – et 39 % de femmes sous contraception orale (figure 6). Enfin, précisons que plus de la moitié d'entre elles (52 %) souffre de varices (figure 7) et que 26 % pratiquent un sport (figure 8).

Les patientes se plaignent avant tout (figure 9) de lourdeurs (42 %) et de douleurs (26 %) des membres inférieurs, plus accessoirement d'œdèmes (13 %) et de crampes (9 %) ; les plus âgées d'entre elles, à l'inverse des plus jeunes, évoquant davantage la sensation de douleurs que de lourdeurs pour exprimer leur désarroi. Ces divers symptômes remontent à moins d'un an une fois sur quatre et à plus d'une décennie chez près d'une femme sur cinq (figure 10). Ils sont jugés d'intensité moyenne (4 à 6 sur l'échelle graduée de 0 à 10) dans plus de 50 % des cas (figure 11) ; la plainte étant d'autant plus sévère que la patiente est "à risque"...

Au plan thérapeutique (figures 12 et 13), 55 % des malades bénéficient d'un traitement continu (45 % ne sont traitées que par intermittence) et 67 % d'une monothérapie. L'analyse des corrélations "modalités de traitement" (figures 14 et 16) révèle pour sa part que les femmes les plus âgées et celles dont les troubles sont anciens ou sévères, bénéficient en règle générale plus fréquemment d'une association thérapeutique ou d'un traitement continu que les sujets jeunes ou à symptomatologie récente ou pauvre.

Descriptif de la population masculine consultant auprès d'un omnipraticien

Les hommes représentent moins de 15 % (n = 6372) des patients venus consulter un médecin généraliste (figure 1). Comparativement à la population féminine, on relève une plus grande homogénéité dans la répartition des âges, avec néanmoins toujours un "pic" entre 25 et 30 ans (figure 2). Près de la moitié d'entre eux (46 %) exerce une profession dite exposée et l'interrogatoire retrouve la notion de terrain familial dans un peu plus de 50 % des cas. On dénombre par ailleurs 53 % de tabagiques et 49 % de sujets souffrant d'un léger (33 %) ou sévère (16 %) embonpoint (figure 3).

Si l'on met en parallèle ces chiffres avec ceux qui ont été observés dans la population féminine, il apparaît que les hommes sont nettement plus "intoxiqués" que leurs compagnes (53 % de fumeurs contre "seulement" 33 % de fumeuses) et pratiquent plus souvent un métier "à risque" (46 % contre 39 %). A l'opposé, des antécédents familiaux d'insuffisance veino-lymphatique sont un peu plus fréquemment retrouvés chez la femme (55 %) que chez l'homme (51 %). Il est par ailleurs intéressant de noter que dans la population masculine les différents items : tabac, forte surcharge pondérale, terrain familial et profession exposée, sont davantage associés (figure 4). "Ils" sont en effet 23 % à en réunir au moins trois ("Elles", 14 %) et seulement 29 % à n'en présenter qu'un ("Elles", 36 %). En outre, signalons que les hommes sont apparemment plus sportifs que les femmes (37 % contre 26 %), mais souffrent tout autant – sinon plus (54 % contre 52 %) – de varices (figures 7 et 8).

D'une façon générale, la population masculine exprime une plainte plus sévère que celle des femmes, même si l'intensité de la symptomatologie (jugée sur une échelle graduée de 0 à 10) est sensiblement identique dans les deux groupes (figure 11). Les termes "douleurs" et "crampes" sont en effet davantage évoqués par les hommes, 43 % contre 35 % (figure 9), et cela quel que soit l'âge des malades. L'ancienneté des troubles est quant à elle en grande partie superposable à celle qui est observée dans la population féminine (figure 10). Enfin, notons qu'il existe également ici une corrélation positive entre le nombre de facteurs de risque et l'intensité de la plainte.

Au plan thérapeutique, il n'y a guère de différence entre hommes et femmes (figures 12 et 13). Ils sont en effet 53 % à suivre un traitement continu (contre 55 %) et 68 % à bénéficier d'une monothérapie (contre 67 %). Il en est de même des conclusions tirées de l'analyse des corrélations "modalités de traitement" (figures 14 à 16). Tout au plus peut-on signaler que la tendance à l'augmentation de la proportion de sujets traités en continu avec l'âge et la sévérité de la symptomatologie est un peu moins nette.

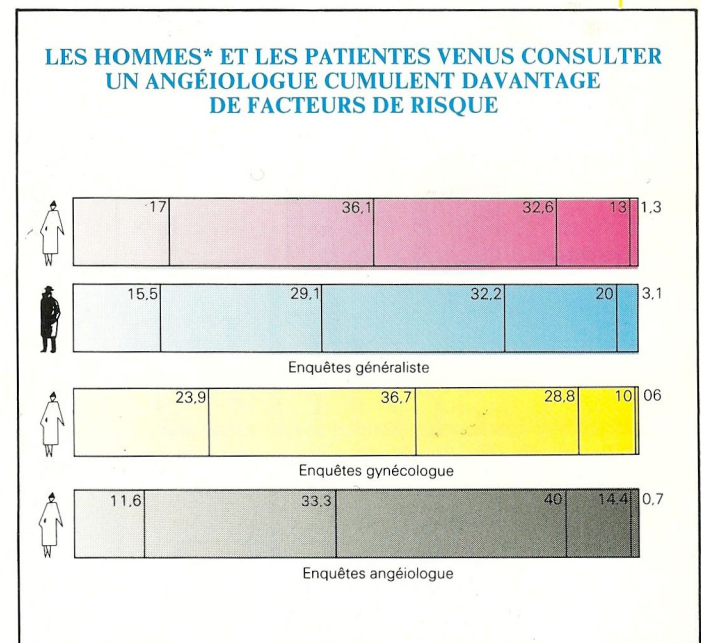


Figure 4 : Proportion de patients présentant 0 1 2 3 4 facteurs de risque (sévere surcharge pondérale, terrain familial, profession exposée, tabagisme)

* Compte tenu du faible effectif masculin des enquêtes gynécologue et angéologue, seule la population masculine venue consulter un omnipraticien a été prise en considération.

Descriptif de la population féminine consultant auprès d'un gynécologue*

La "population gynécologique féminine" compte 2188 patientes (figure 1). Près de 60% d'entre elles ont entre 20 et 30 ans (figure 2). Ces femmes présentent une surcharge pondérale sévère dans 11% des cas. L'interrogatoire révèle pour sa part la notion de terrain familial, de profession exposée et de tabagisme chez respectivement 53%, 36% et 27% des malades (figure 3). Comparativement à la "population omnipraticienne féminine", les patientes venues consulter un gynécologue apparaissent donc - globalement et schématiquement - plus jeunes (l'effectif des moins de 30 ans est double), plus minces et moins tabagiques. En outre, précisons que près d'un quart d'entre elles - contre 17% - ne présente aucun des quatre facteurs de risque envisagés (figure 4).

Au plan gynéco-obstétrical, on dénombre plus de 70% de mères de famille (figure 5), un tiers de patientes sous contraception orale (figure 6)... et 26% de femmes enceintes. Enfin, notons qu'elles ne sont que 17% à pratiquer un sport (figure 8) et près de 50% à souffrir de varices (figure 7); proportion sensiblement identique à celle qui est observée "chez les généralistes".

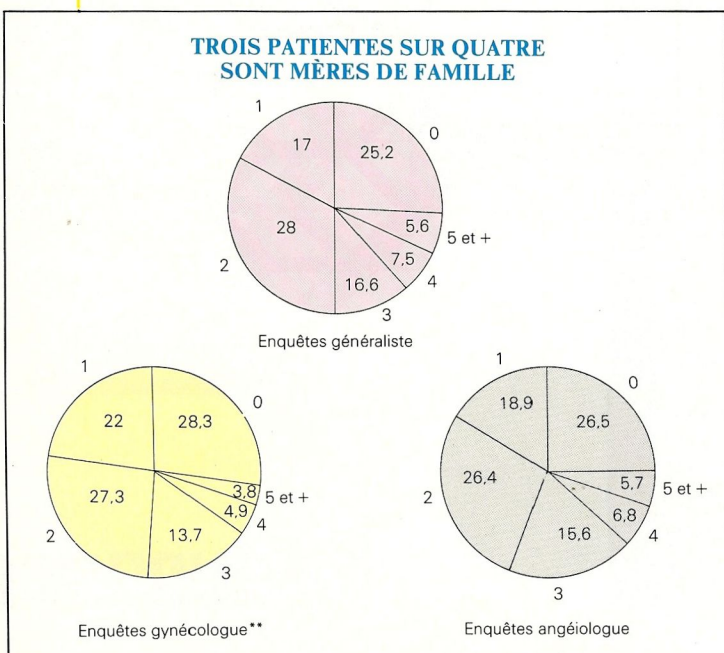


Figure 5 : Proportion des patientes nullipares/mères de un ou plusieurs enfants

**On dénombre au sein de cette population plus de 25% de femmes enceintes

*La population masculine consultant un gynécologue (n= 51 constitue un effectif trop faible pour donner lieu à un descriptif

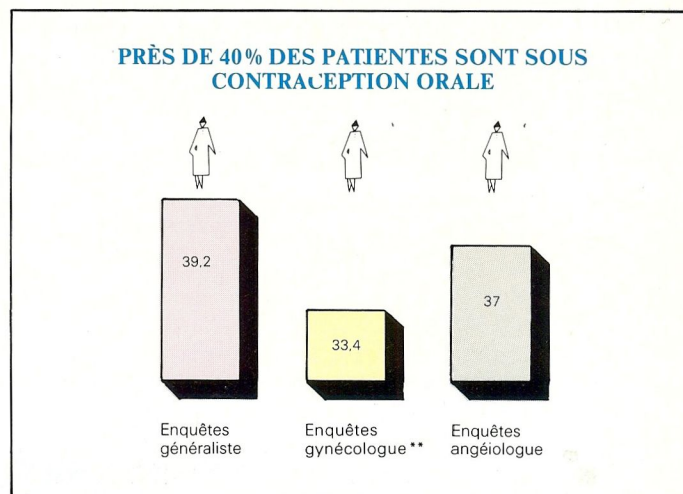


Figure 6 : Proportion de patientes sous contraception orale

**On dénombre, au sein de cette population, plus de 25% de femmes enceintes

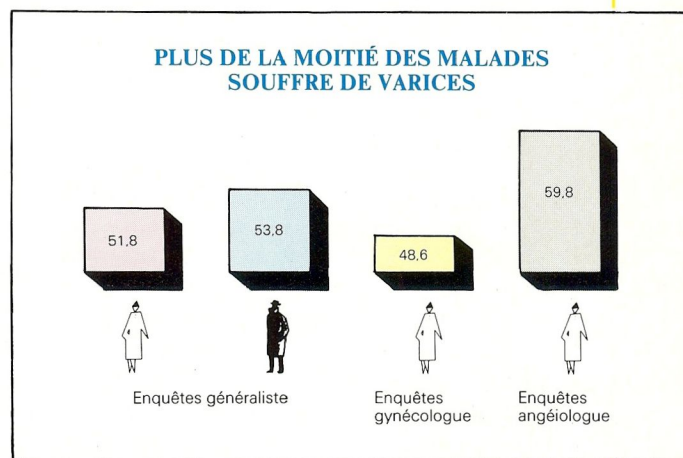


Figure 7 : Proportion de patient(e)s souffrant de varices

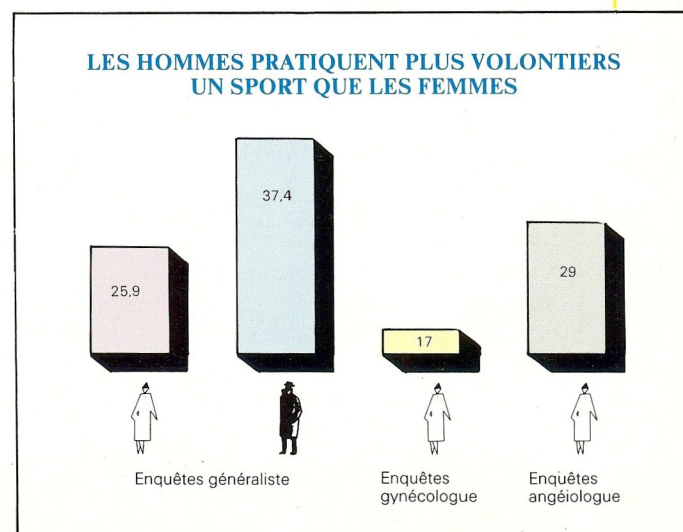


Figure 8 : Proportion de patient(e)s pratiquant un sport



Le terme "lourdeurs" est – et de très loin – le mot le plus souvent évoqué pour exprimer la plainte : près de 50 % des cas (figure 9). Les sensations de douleurs (19%) et de crampes (7%) passent relativement au second plan ; exception faite des malades les plus âgées. Comparativement à la "population omnipratricienne féminine", ces troubles apparaissent en règle générale un peu moins intenses (figure 11), mais par contre d'apparition beaucoup plus récente (figure 10). Ils remontent en effet à moins de six mois plus d'une fois sur trois ; observation qui n'est très vraisemblablement pas sans rapport avec le fait qu'au sein du "groupe gynécologique"

une femme sur quatre attend un heureux événement...

Au plan thérapeutique (figures 12 et 13), compte tenu de la forte proportion de sujets jeunes, de la sévérité et de l'ancienneté des troubles, il n'est pas surprenant de retrouver une majorité de patientes (55%) traitées par intermittence (à l'opposé de la "population généraliste") et en monothérapie (71%) ; les femmes les plus âgées et celles dont la symptomatologie est intense ou remonte à plusieurs années bénéficient plus fréquemment – là aussi – d'un traitement continu ou associatif (figures 14 à 16).

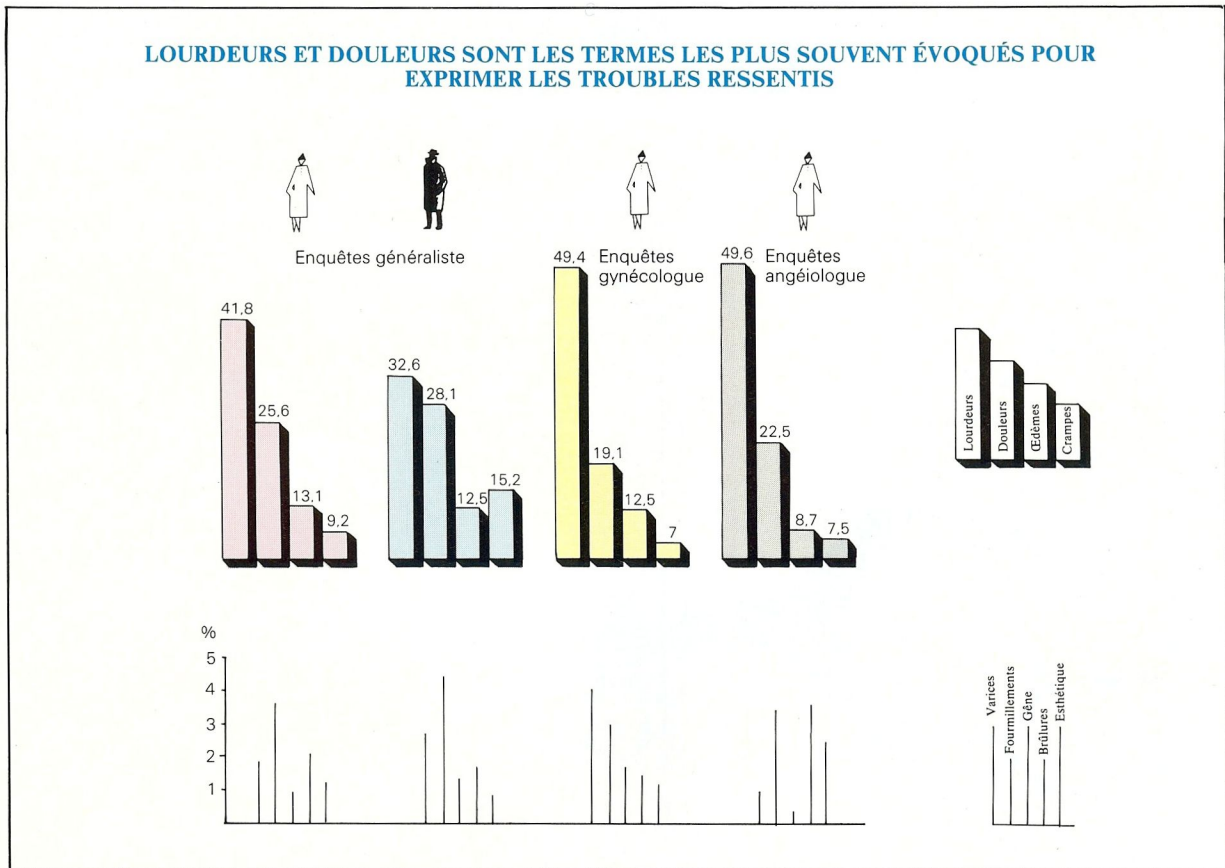


Figure 9: Mots exprimant la plainte

PRINCIPALES CATÉGORIES DES MOTS EXPRIMANT LA PLAINTÉ

1. **Lourdeur**, engourdissement, pesanteur.
2. **Douleur**, arrachement, déchirure, élanement, mal, tiraillement.
3. **Œdème**, gonflement, jambes enflées, poteaux.
4. **Crampes**, jambes dures, pincement, serrement, tension.
(NB : il est à noter que chez l'homme, les crampes viennent en fréquence avant l'œdème).
5. **Varices**, bleus, ecchymoses, hémorroïdes, varicosités.
6. **Fourmillements**, démangeaisons, électricité, picotements, pointes.
7. **Gêne**, sensation désagréable.
8. **Brûlure**, chaleur.



Descriptif de la population féminine consultant auprès d'un angiologue*

Les patientes venues consulter un angiologue (n=983) sont en règle générale un peu plus jeunes que les femmes examinées par un omnipraticien mais plus âgées que celles vues par un gynécologue (figure 2). Ce "groupe" se distingue par ailleurs des deux précédents (figures 3 et 4) par une plus forte proportion de sujets "à risque" (terrain familial, profession exposée +++). Au plan gynéco-obstétrical, on ne relève guère de différence entre les trois populations (figures 5 et 6). Par contre, la proportion de femmes souffrant de varices apparaît nettement plus importante dans le "groupe angiologue" (figure 6).

En ce qui concerne les troubles ressentis, le symptôme "lourdeurs" prédomine toujours très largement (figure 9); les sensations douloureuses étant - là encore - plus volontiers l'apanage des malades les plus âgées. En revanche, ces différentes plaintes se révèlent ici beaucoup plus anciennes. Elles remontent en effet à plus de cinq ans dans près de 50% des cas; pourcentage chutant respectivement à 39% et 24% dans "les populations féminines omnipraticienne et gynécologue" (figure 10).

Au plan thérapeutique, les patientes venues consulter un angiologue sont apparemment un peu plus souvent placées sous traitement associatif (figure 13); a fortiori lorsque la symptomatologie est intense (figure 15). Enfin, à l'image de ce qui est observé dans les autres groupes étudiés, les femmes les plus âgées et celles dont les troubles sont sévères ou - mais dans une moindre mesure (figure 16) - anciens, bénéficient plus fréquemment d'une association thérapeutique ou d'un traitement continu.

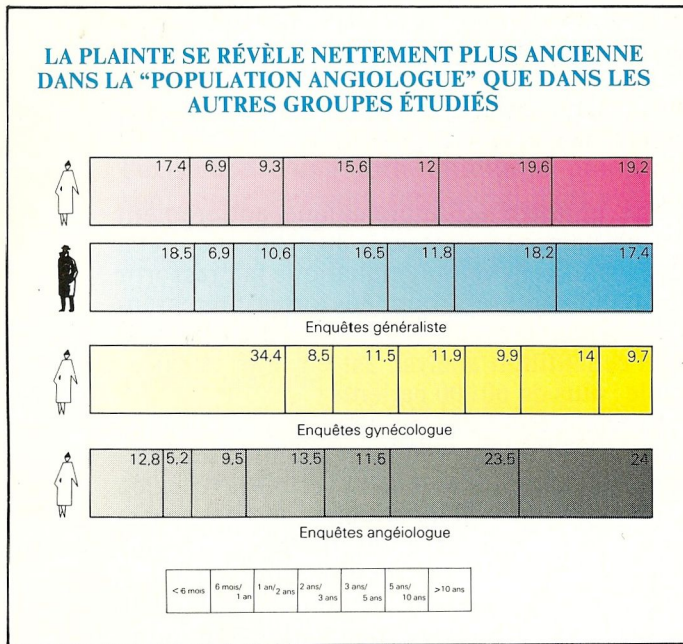


Figure 10: Ancienneté de la plainte.

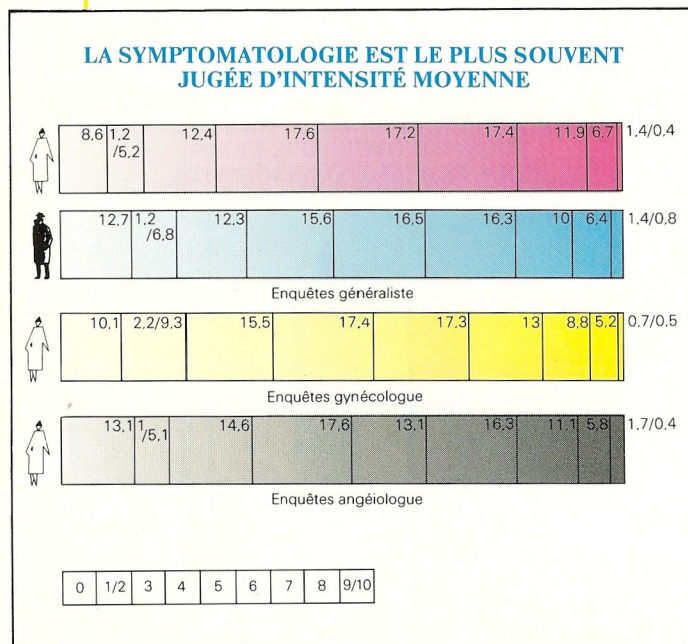


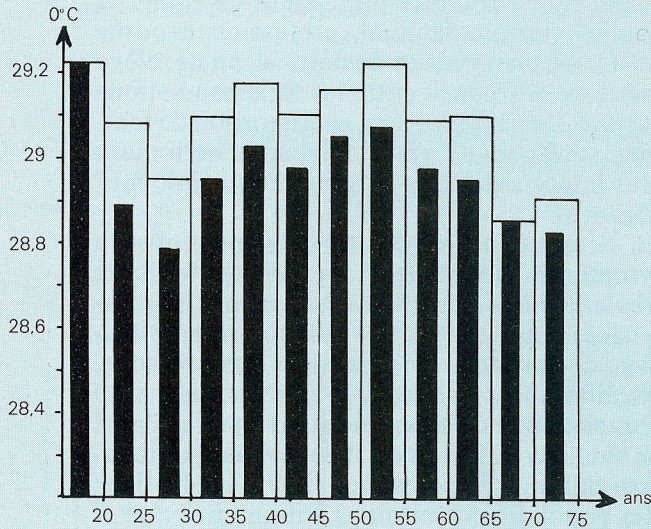
Figure 11: Intensité de la symptomatologie (échelle de 0 à 10)

*La population masculine consultant un angiologue (n=153) constitue un effectif trop faible pour donner lieu à un descriptif.



L'examen des courbes de température prise au deuxième espace interdigital des pieds droit et gauche* des malades venus consulter un omnipraticien, révèle que la jambe droite (membre moteur dominant pour 85 % de la population) est, quel que soit l'âge des patients, toujours plus chaude que la jambe gauche (différence de 1 à 1,5° C permanente et statistiquement significative...)

* Température prise au moyen d'un thermomètre numérique électronique (Elektron) remis aux praticiens par l'intermédiaire du réseau de visiteurs médicaux.



Température moyenne de la jambe droite (□) et de la jambe gauche (■) en fonction de l'âge des malades

PLUS DE LA MOITIÉ DES MALADES BÉNÉFICIE D'UN TRAITEMENT CONTINU

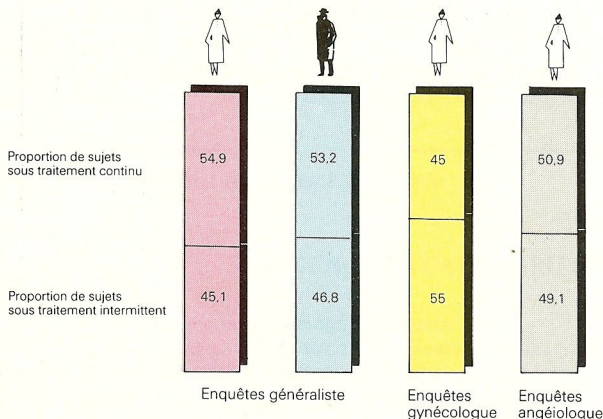


Figure 12 : Traitement continu/intermittent

SYNTHÈSE ET COMMENTAIRES

Cette enquête épidémiologique entièrement (et strictement !) consacrée au profil et au vécu de l'insuffisant veinolymphatique fait ressortir un grand nombre de données fortes intéressantes... et pour le moins "solides". L'effectif global de l'échantillon analysé est en effet considérable : plus de 60 000 patients !

La première conclusion que l'on peut tirer de cette étude ne surprendra personne : les femmes sont incontestablement la cible privilégiée de l'insuffisance veinolymphatique des membres inférieurs. Elles représentent en effet plus de 85% des consultants. Notons que ces patientes se répartissent majoritairement dans la tranche d'âge 25-40 ans ; population plus jeune que celle qui est généralement décrite...

GLOBALEMENT 70% DES PATIENTS SONT PLACÉS SOUS MONOTHÉRAPIE ET 30% SOUS TRAITEMENT ASSOCIATIF

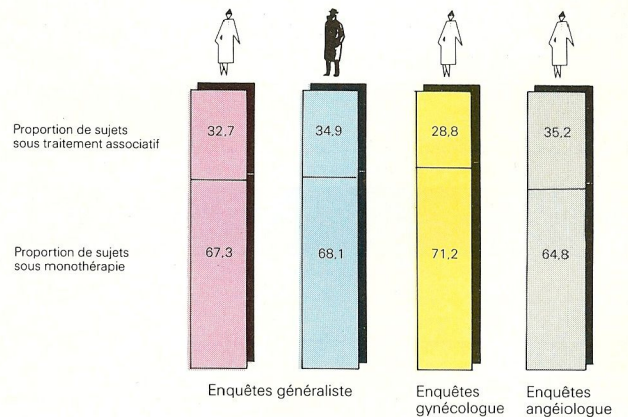


Figure 13 : Traitement associatif/monothérapie



L'hérédité apparaît être le facteur prédisposant majeur à l'apparition de la maladie veinolympatique. Plus de la moitié des patients déclarent en effet avoir des antécédents familiaux de ce type. La notion de profession exposée et l'existence d'une forte surcharge pondérale sont, pour leur part, retrouvées dans près de 40% et 20% des cas. Cette observation amène à penser qu'il existe bel et bien un "terrain" sur lequel le processus pathogène, conduisant aux troubles de la circulation de retour, vient plus volontiers se greffer et n'est pas sans conséquence pratique.

Elle impose en effet que les malades appartenant à ces classes "à risque" bénéficient d'une surveillance accrue et d'une prise en charge thérapeutique précoce, afin notamment de ralentir l'évolution de cette affection qui, est-il besoin de le rappeler, peut aboutir à des troubles trophiques graves.

Enfin, soulignons le rôle très vraisemblablement aggravant (si ce n'est déclenchant) des grossesses ; item retrouvé au sein de la population féminine étudiée dans 75% des cas. Lourdeurs et douleurs des membres inférieurs sont – et de très loin – les termes les plus souvent évoqués pour exprimer les troubles ressentis ; tant chez la femme que chez l'homme. Précisions

que ce dernier exerce plus fréquemment une profession exposée, cumule davantage de facteurs de risque et manifeste en règle générale une plainte plus sévère (sensations douloureuses) que la femme.

En outre, on relève dans la population masculine une plus grande homogénéité dans la répartition des âges. Observation qui amène à envisager deux possibilités : d'une part, la maladie veinolympatique atteint la femme plus précocement (éventualité en accord avec le rôle déterminant que les facteurs hormonaux et obstétricaux semblent jouer dans la pathogénie de cette affection) et, d'autre part, l'homme vient plus tardivement en consultation (hypothèse allant à l'encontre du fait que l'ancienneté des troubles apparaît sensiblement identique dans les deux groupes).

Au plan thérapeutique, environ 70% des malades bénéficient d'une monothérapie et 30% d'un traitement associatif. Ces médicaments sont pris par intermittence dans environ la moitié des cas. La proportion de sujets placés sous traitement continu ou associatif augmente en règle générale avec l'âge, la sévérité et l'ancienneté de la plainte ; phénomène observé – à des degrés divers – aussi bien chez la femme que chez l'homme.

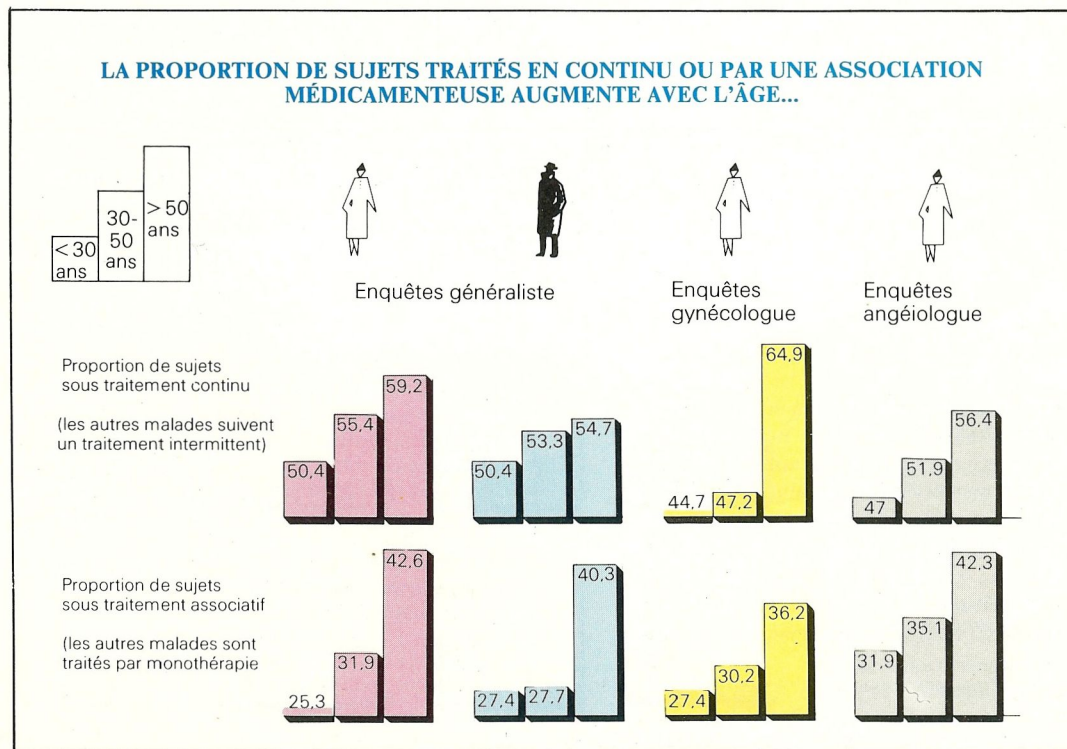


Figure 14 : Modalités du traitement en fonction de l'âge du patient



En ce qui concerne les différences de recrutement entre omnipraticiens et spécialistes (sujet déjà largement abordé au cours du "descriptif des quatre populations étudiées"), nous nous bornerons à rappeler – très schématiquement – quelques-unes des caractéristiques des patientes venues consulter un gynécologue et un angiologue : – les premières sont jeunes, "peu exposées" (faible proportion de sujets "à risque"), présentent une symptomatologie d'apparition récente et – plus de 25 % d'entre elles – sont enceintes. – Les secondes sont un peu plus âgées, "très exposées" et souffrent depuis plusieurs années...

Au vu de ces résultats, vous conviendrez que les moyens considérables qu'il a fallu mettre en œuvre pour réaliser cette enquête n'ont pas été inutiles ; loin s'en faut ! Ce document, à plus d'un titre original, a en effet permis de mieux cerner le profil et le vécu handicapant de l'insuffisant veino-lymphatique, mais aussi – et surtout – d'attirer l'attention sur la nécessité d'une prise en charge thérapeutique précoce de cette affection. Les femmes venues consulter un angiologue sont malheureusement là pour en témoigner...!

Dr Philippe Léonard

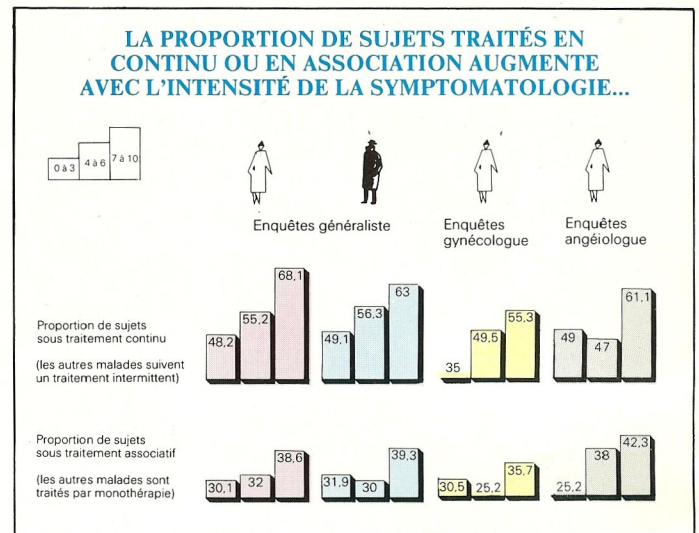


Figure 15: Modalités du traitement en fonction de l'intensité de la symptomatologie

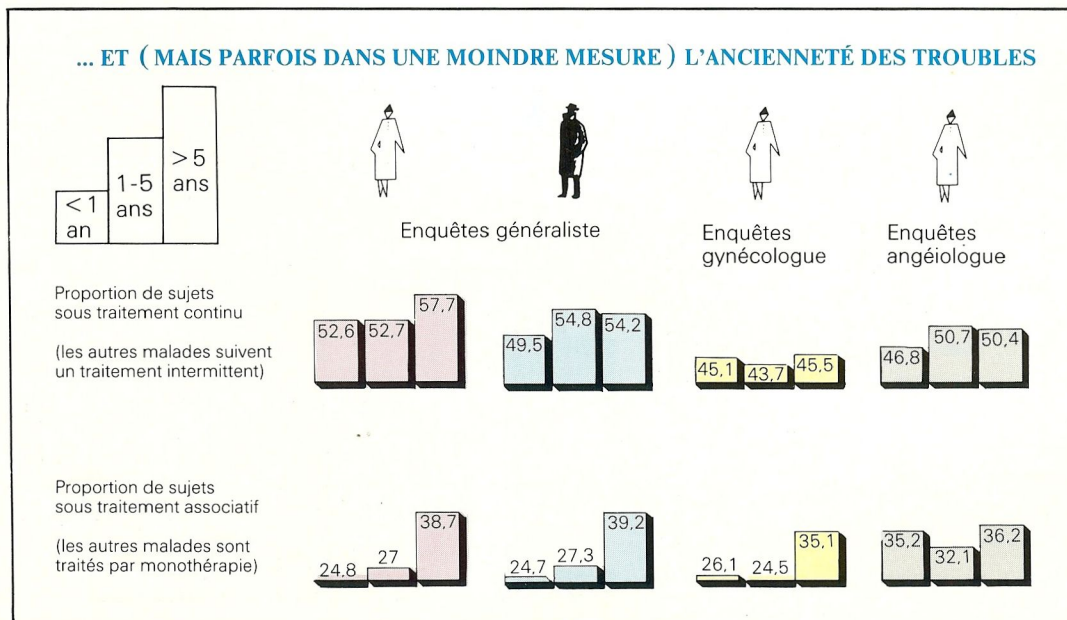


Figure 16: Modalités du traitement en fonction de l'ancienneté de la plainte