

# Injections d'héroïne dans les veines fémorales et insuffisance veineuse chronique

Chronic venous insufficiency and groin heroin injections

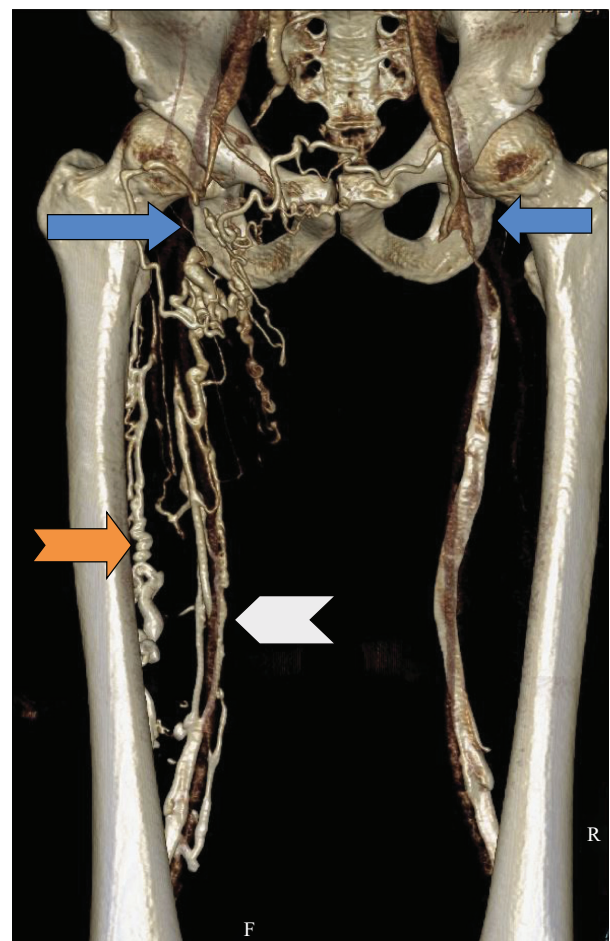
Jean-Marc Pernès<sup>1</sup>, Pierre Ouvry<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hôpital privé d'Antony, Pôle cardiovasculaire interventionnel, 25, rue de la Providence, 92160 Antony, France  
<j.marc.pernes@wanadoo.fr>

<sup>2</sup> Angiologue, 76550 St-Aubin-Sur-Scie, France

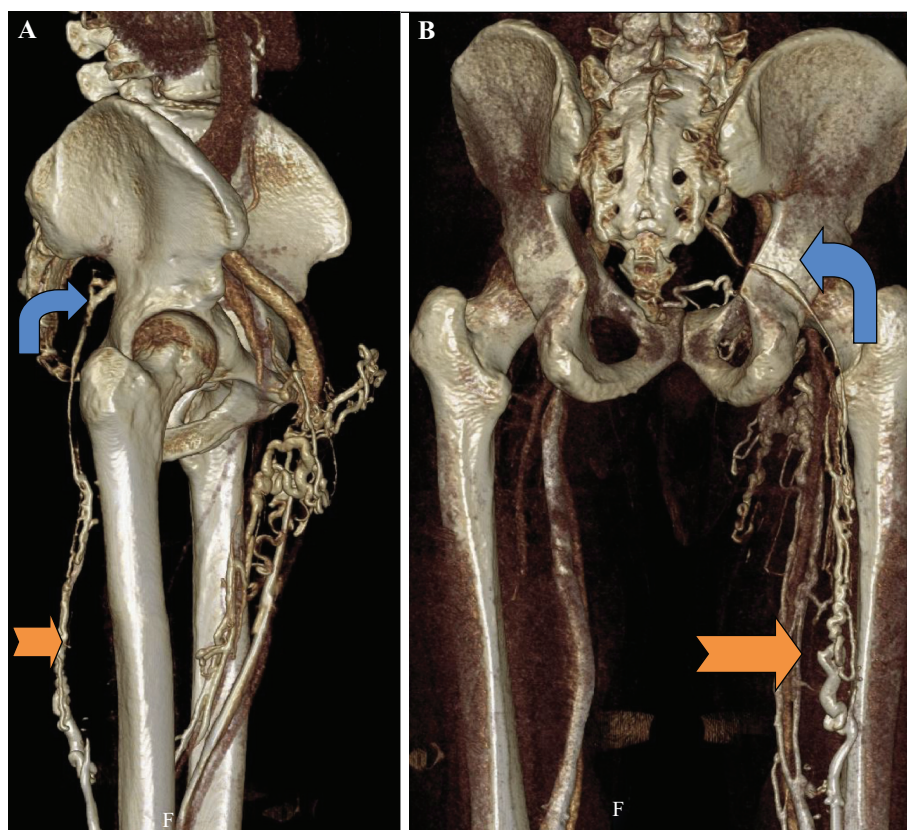
## L'histoire ancienne et... actuelle

M. D. est un homme de 55 ans au lourd passé de toxicomane, mais avec un sevrage total depuis près de 20 ans. Pendant la période de sa dépendance aux substances récréatives illicites, il s'est auto-pratiqué des injections surtout d'opioïdes de synthèse (héroïne) dans les veines superficielles et profondes cheminant dans les triangles de Scarpa, avec de multiples épisodes cliniques d'infections et vraisemblablement de thrombophlébites. Il va développer progressivement un tableau clinique d'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, symptomatique, nettement prédominante à droite, sous la forme d'une claudication invalidante bilatérale, de prurit, de lourdeur permanente avec, à l'examen, le constat de signes dermatologiques correspondant au stade clinique C5 de la classification internationale CEAP [1], à savoir la présence de cicatrices d'ulcères. L'impact du syndrome post-thrombotique sévère sur sa qualité de vie est majeur avec un score au questionnaire CIVIQ 20 [2] de 62. L'exploration écho-doppler met en évidence une occlusion de la veine fémorale commune droite et une sténose à gauche, et d'importantes séquelles obstructives des veines d'amont. Une réflexion s'engage alors sur la faisabilité d'une revascularisation endovasculaire, en particulier du côté droit. Un phléboscaner après injection bilatérale directe d'un produit de contraste iodé dans une veine du dos du pied est réalisé. Sur le premier temps d'acquisition des rayons X dans le sens caudo-céphalique, on constate, sur les reconstructions 3D en rendu de volume



**Figure 1.** Phléboscaner : reconstruction frontale en rendu de volume (VRT). Occlusion de la veine fémorale commune droite et sténose de la veine fémorale commune gauche (flèches bleues). Synéchies occlusives avec reperméation partielle de la veine fémorale (chevron blanc). Dérivation variqueuse de la veine fémorale profonde suboccluse (flèche orange).

**Tirés à part :**  
J.-M. Pernès



**Figure 2.** Phléboscaner : reconstruction en profil (A) et frontale en vue postérieure (B), en rendu de volume (VRT). Dérivation depuis la veine fémorale profonde suboccluse (flèches orange) vers le réseau pelvien profond via la veine glutéale inférieure (flèches bleues).

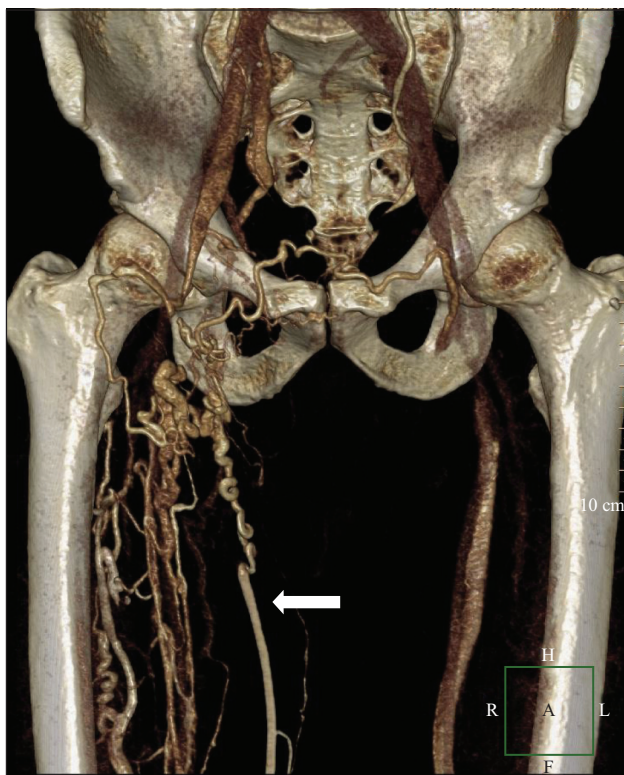
(VRT – *Volume Rendering Technique*), à gauche, la présence d'une sténose de la veine fémorale commune, qui reste donc perméable, et à droite, une obstruction subtotale avec synéchies de la veine fémorale peu après la continuité poplitée saine, avec de multiples dilatations variqueuses, anastomosées, une dérivation vers la veine glutéale inférieure et la veine hypogastrique, et une occlusion de la veine fémorale commune associée à un très riche réseau de collatéralités variqueuses superficielles (*figures 1 à 3*). Sur la deuxième acquisition spiralée céphalo-caudale, effectuée à 90 secondes après levée des garrots sous- et sus-gonal, on note également l'existence de lésions variqueuses du tiers supérieur de la veine grande saphène droite (*figures 4 et 5*). Au vu de l'extension des lésions obstructives résiduelles, il n'est pas retenu d'indication à un geste de revascularisation.

## Discussion

Les complications de thrombose vasculaire aiguë liées aux injections locales d'héroïne, notamment en regard des veines, sont connues de longues dates,

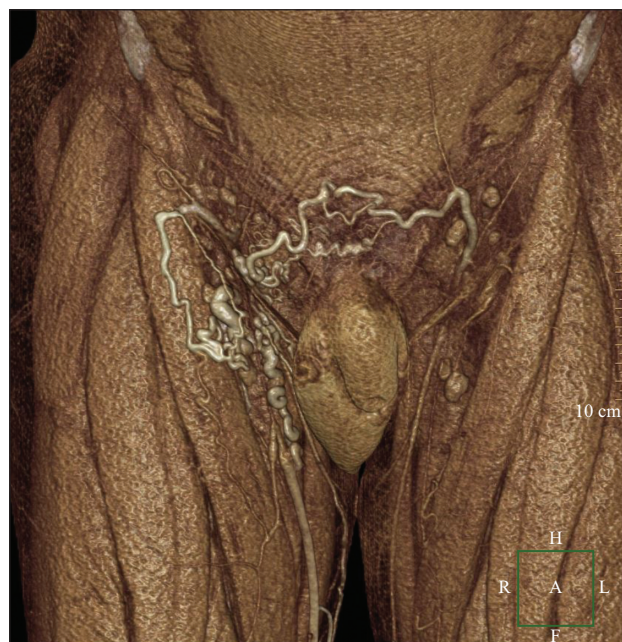
fréquemment associées à des phénomènes infectieux [3]. Il a ainsi été montré récemment que le fait « mécanique » d'utiliser une aiguille pour s'injecter dans la veine fémorale les drogues illicites est fortement associé au risque de thrombose veineuse profonde aiguë, risque également majoré et indépendant avec l'emploi de crack et de cocaïne, non noté avec l'héroïne [4]. Ceci peut conduire, à plus ou moins long terme, à l'installation d'une insuffisance veineuse chronique sévère, liée à un syndrome post-thrombotique séquellaire, comme chez notre patient. Le diagnostic d'obstruction et de reflux repose sur l'échodoppler et doit conduire, en cas de retentissement clinique invalidant, à une discussion sur la possibilité d'une prise en charge « invasive » sous la forme d'une recanalisation endovasculaire. L'appréciation de la faisabilité technique d'un tel geste repose sur un bilan anatomique exhaustif, réalisé au mieux par un phléboscaner selon la méthode dite « directe », proposée par Baldt [5]. Une ponction veineuse bipédieuse est suivie de l'injection manuelle ou automatisée (triphasique, 3CC/sec), bilatérale, d'un produit de contraste iodé (ici ioméprol - ioméron 400, Bracco), dilué à 75 % avec du sérum physiologique dans une seringue





**Figure 3.** Phléboscaner : reconstruction en rendu de volume (VRT) de l'acquisition tardive avec visualisation de la veine grande saphène droite variqueuse (flèche blanche).

de 50 cc (total de produit de contraste iodé : 60 cc dans chaque pied). L'acquisition des rayons X se fait initialement dans le sens caudo-céphalique, déclenchée après la levée d'un premier garrot sous-gonal, suivie d'une deuxième hélice plus tardive (90 sec), céphalo-caudale, après levée du second garrot sus-gonal. Le principe de la revascularisation est de reperméabiliser les segments veineux d'une zone saine à une zone saine en positionnant, après angioplastie au ballon, des endoprothèses métalliques destinées à assurer la pérennité du geste initial. En cas de constat, au phléboscaner, d'extension diffuse de l'obstacle, comme chez ce patient, il n'apparaît pas licite de proposer cette stratégie. ■



**Figure 4.** Phléboscaner : reconstruction en rendu de volume (VRT). Varices superficielles et modifications cutanées en regard des triangles de Scarpa.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Beebe HG, Bergan JJ, Bergqvist D, *et al.* Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996 ; 12 : 487.e91.
2. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res* 1996 ; 5 : 539.e54.
3. Woodburn KR, Murie JA. Vascular complications of injecting drug misuse. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 1329-34.
4. Wright NM, Allgar V, Tompkins CN. Associations between injecting illicit drugs into the femoral vein and deep vein thrombosis: A case control study. *Drug Alcohol Rev* 2016 ; 35(5) : 605-10.
5. Baldt MM, Zontsich T, Stümpflen A, *et al.* Deep venous thrombosis of the lower extremity: efficacy of spiral CT venography compared with conventional venography in diagnosis. *Radiology* 1996 ; 200(2) : 423-8.