Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La réalisation d'une cartographie veineuse lors d'une consultation.

Performing a venous mapping during a consultation.

Dauphin E.
emiliedauphin54@gmail.com

Cet acte est primordial pour définir la stratégie thérapeutique et pour expliquer au patient sa prise en charge.

Tout d'abord l'installation du patient et du praticien est importante lors de l'examen.

Le patient est en position debout sur l'escabeau de phlébologie face au praticien au début, le pied tourné vers l'extérieur, le genou légèrement plié, pour chaque membre inférieur, puis de dos avec les genoux légèrement fléchis, et les pieds en position neutre.

La sonde d'échographie est tenue d'une main, laissant la seconde disponible pour les manœuvres de pression-relâchement, et pour régler l'appareil d'échographie.

La sonde est inclinée le plus possible afin d'optimiser le signal doppler, tout en gardant bien le contact avec la peau. La pression-relâchement se fait avec le pouce et l'éminence thénar de la seconde main, avec le pouce bien positionné le long du trajet de la veine à examiner, en position verticale, à plus de 10 cm en dessous de la sonde. Ces paramètres : sonde inclinée, pouce le long du trajet verticalement, pression suffisante, sont importants pour réaliser un examen de qualité notamment sur des patients musclés ou obèse.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

La manœuvre de pression-relâchement est positive en fenêtre doppler lorsque le reflux est supérieur à 0,5 seconde, en fenêtre couleur le passage du signal bleu au rouge montre l'incompétence de la veine puisque le sang redescend du haut vers le bas.

Il faut démarrer l'examen par l'étude des grandes veines saphènes : repérage de la grande veine saphène (GVS) dans son fascia saphène, des tributaires associées qui sont sus-fasciale ; de la jonction saphéno-fémorale (JSF), et des perforantes éventuelles pouvant alimenter un reflux.

Noter lors de la cartographie le diamètre de la grande veine saphène à la jonction saphéno-fémorale, au tiers moyen de cuisse, et au niveau du tiers proximal de jambe.

Compléter la cartographie avec les éventuelles particularités : dilatations veineuses, anévrismes, présence de perforantes, trajet des tributaires associées, et leurs diamètres. Il est également important de notifier les éventuelles obstacles : séquelles de synéchies, dilatations veineuses, perforantes, dédoublement des veines saphènes ; cela sera utile lors du geste thérapeutique.

Poursuite de l'examen avec le repérage de la veine saphène accessoire antérieure dans son fascia saphène au niveau du tiers proximal, puis elle devient sus fasciale. Elle se différencie de la GVS car elle est parallèle à l'artère et la veine fémorale.

Il faut également repérer la présence éventuelle de la veine de Giacomini, reliant la GVS à la petite veine saphène dans son fascia saphène.

Une fois la première partie terminée, le patient se met de dos afin d'étudier les petites veines saphènes (PVS).

Repérage de la PVS dans son fascia saphène, de la jonction saphéno-poplitée (JSP), des tributaires associés, et des perforantes éventuelles. Il faut notifier sur la cartographie veineuse les diamètres, les éventuelles obstacles et ceux qui est très important également : le type de terminaison saphéno-poplitée.

Généralement la jonction saphéno-poplitée est 2 cm au dessus du pli de flexion du genou (83 % des cas), elle peut avoir jonction haute, se terminer dans la veine de Giacomini, ou avoir un prolongement crâniale.

Il faut être attentif aux variations anatomiques de la PVS et à la localisation des nerfs à proximité.

La cartographie des récidives variqueuses suit la même logique : repérage de la source du reflux afin de traiter l'origine de la récidive.

Les récidives sont parfois dues à une erreur tactique (diagnostic initial imprécis), une erreur de stratégie thérapeutique, une erreur technique de réalisation, ou à l'évolution de la maladie variqueuse (néovascularisation de la JSF ou JSP).