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

COMPTE-RENDU de la RÉUNION LANGUEDOC ROUSSILLON

Montpellier – 1er décembre 2007

R. MILLERET

INTRODUCTION

L'Association régionale de Médecine vasculaire Languedoc-Roussillon ayant déjà organisé en octobre une séance consacrée à la mousse sclérosante, nous avons décidé de choisir un thème différent pour la première réunion régionale de la Société Française de Phlébologie : **« Les lésions des veines profondes : des potentialités thérapeutiques méconnues ».**

Cette réunion s'est déroulée le samedi après-midi, en présence de plus de vingt médecins vasculaires.

La première communication, par le Dr Olivier HARTUNG de l'équipe du Pr Yves ALIMI à Marseille, a été consacrée au **traitement endo-vasculaire des sténoses et oblitérations des axes iliaques.**

Jusqu'à une date récente, le traitement chirurgical de ces lésions, en particulier au niveau de l'iliaque primitive gauche (syndrome de May-Turner), était considéré comme techniquement très difficile, voire dangereux et donc rarement proposé au patient.

Le traitement des oblitérations post-thrombotiques des veines iliaques était encore plus exceptionnel, puisqu'il impliquait la mise en place d'un conduit prothétique avec les risques de complications et de thromboses tardives que cela implique.

La situation a été transformée par l'arrivée des méthodes endoveineuses de dilatation et stenting qui ont été largement appliquées aux États-Unis par NEGLEN et RAJU, et en France par l'équipe du Pr ALIMI avec Olivier HARTUNG.

Celui-ci nous a fait part de sa vaste expérience dont les résultats sont extrêmement satisfaisants à moyen terme, puisqu'à horizon de cinq ans 80 % des patients bénéficient encore d'une reconstruction perméable.

Le diagnostic est effectué par échographie Doppler, puis confirmé par imagerie de type scanner spiralé et/ou IRM ; le diagnostic per-opératoire par ultrasons endo-vasculaires (IVUS) est peu utilisé en France car malheureusement les sondes à usage unique sont très coûteuses. Les équipes américaines l'utilisent systématiquement.

La technique opératoire consiste, sous anesthésie générale, à ponctionner la veine fémorale commune ou la veine fémorale superficielle et à traverser la lésion au moyen d'un guide métallique. Ce temps est le plus délicat de l'intervention.

Une fois la lésion franchie, on passe des sondes à ballonnet pour effectuer une dilatation jusqu'à 12-14 mm puis, après dilatation, des stents : de 1 à 3, selon la longueur de la lésion, sont mis en place. Ces stents sont des Wall stents qui sont bien adaptés aux conditions hémodynamiques veineuses.

Les protocoles d'anti-coagulation actuels permettent d'éviter la thrombose précoce.

Il existe cependant des cas de thrombose tardive qui peuvent être repris avec succès : la perméabilité secondaire étant plus importante que la perméabilité primaire à cinq ans.

Ces traitements sont actuellement proposés à des patients encore jeunes mais gênés dans leur activité quotidienne ou professionnelle par l'oblitération veineuse : œdèmes, ulcères chroniques récidivants, troubles trophiques.

Si le traitement des oblitérations chroniques donne des résultats satisfaisants, ces résultats sont encore meilleurs lorsque l'on traite une sténose avant le stade de l'oblitération. Il est donc souhaitable que les médecins vasculaires soient conscients de la possibilité d'un syndrome de May-Turner chez des patients même jeunes et en effectuent le diagnostic par échographie Doppler.

La seconde communication, par Michel PERRIN, était consacrée à la **chirurgie des valvules veineuses profondes.**

Cette chirurgie peut s'envisager dans deux circonstances différentes : devant une insuffisance valvulaire primitive ou devant une séquelle post-thrombotique.

Devant une *insuffisance valvulaire primitive*, Michel PERRIN et d'autres équipes, en particulier américaines, ont montré que la valvuloplastie pourrait apporter d'excellents résultats à long terme.

Robert KISTNER rapporte les résultats à plus de trente ans après valvuloplastie fémorale superficielle.

Techniquement, l'intervention peut se réaliser à veine ouverte : valvuloplastie interne, selon différents procédés techniques, ou à veine fermée : valvuloplastie externe, défendue par RAJU.

2, rue de Verdun 34000 MONTPELLIER.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol.61, n° 1/2008, p.95-97

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

Les résultats à long terme de la valvuloplastie interne sont supérieurs à ceux de la valvuloplastie externe. Cependant la réalisation technique en est plus délicate.

Cette chirurgie de reconstruction valvulaire peut être proposée à des patients qui souvent ont été traités pour insuffisance veineuse superficielle et n'ont pas obtenu un résultat satisfaisant. En effet, il n'est pas facile en première intention de faire la part du reflux superficiel et du reflux profond dans la symptomatologie. Etant donné le caractère spécialisé et techniquement relativement difficile de ces interventions, il est souhaitable de traiter d'abord l'insuffisance veineuse superficielle.

La seconde circonstance où la chirurgie peut être envisagée est le *syndrome post-thrombotique*.

Les résultats des interventions de transplantation de segments valvulés ou de transposition d'une veine pathologique sur une veine porteuse de valvules n'ont pas été très satisfaisants dans la durée chez ce type de malades, en raison en particulier de la fréquence des thromboses itératives.

Cette chirurgie, après avoir été assez largement proposée il y a une vingtaine d'années, est donc moins pratiquée aujourd'hui. Cependant, la situation évolue depuis que MALETI a proposé de construire **une néo-valve** dans la paroi des veines pathologiques. L'intervention consiste à sculpter une valve monocuspide ou bicuspide après avoir ouvert la veine et en utilisant des instruments chirurgicaux très fins, de type ophtalmologique.

Bien que cette néo-valve soit nettement plus épaisse que les valves naturelles, les résultats rapportés par MALETI sont très intéressants, avec une perméabilité satisfaisante à deux ans et surtout un parallélisme entre les résultats cliniques et les résultats hémodynamiques, qui prouve le fonctionnement correct de cette valve.

Il s'agit là encore d'une chirurgie délicate qui demande un apprentissage certain, mais qui ouvre des possibilités chez des patients porteurs de séquelles post-thrombotiques graves avec troubles trophiques – ulcères veineux récidivants, œdèmes à la station debout – qui parfois ont été obligés d'interrompre définitivement leur travail.

La troisième communication, également par Michel PERRIN, a traité des **anévrysmes veineux** poplités. Ces lésions sont découvertes plus fréquemment depuis la généralisation des explorations par échographie Doppler. On considère qu'au-delà de 20 mm de diamètre un anévrysme veineux poplité doit être opéré, car le risque de thrombose et d'embolie pulmonaire est important.

L'intervention est relativement simple : résection soit de la partie saillante de l'anévrysme, soit de la poche anévrysmale selon le type, sacculaire ou fusiforme, de l'anévrysme. On est exceptionnellement amené à effectuer une reconstruction veineuse.

Bien que les séries de la littérature soient peu importantes, les résultats à moyen terme sont satisfaisants.

La dernière communication, par René MILLERET, traitait des compressions veineuses poplitées **: veines poplitées piégées comme causes de récidives dans la chirurgie de la petite saphène.**

L'existence d'une compression externe de la veine poplitée dans des positions extrêmes d'extension ou de flexion du pied sur la jambe est un phénomène bien connu, mais dont le caractère pathologique n'est pas accepté par tous : NICOLAIDES retrouve cette compression chez 30 % de sujets normaux examinés dans son laboratoire de Londres. Cependant, l'attention a été attirée par le fait que, en cas de récidive après chirurgie d'une insuffisance petite saphène, ce taux de compression monte à 75 %. On peut donc penser que dans ce cas la compression joue un rôle dans la récidive.

Le diagnostic est fait par échographie Doppler dynamique, avec flexion et extension du pied sur la jambe genou tendu. Il est confirmé par la *phlébographie ascendante* qui montre en particulier l'abouchement d'une néo-crosse, d'une néo-jonction ou d'une perforante poplitée juste au-dessus de l'image en sablier de la lésion *(Fig. 1)*.

La levée de la compression est donc nécessaire chez ces patients pour éviter une nouvelle récidive après résection des axes.

La technique opératoire a été codifiée par TURNIPSEED, reprise en France par Yves ALIMI.

Elle consiste en un abord large et une dissection de la veine poplitée sur toute sa longueur, puis section de toute adhérence, bride, collatérale qui peut gêner le flux. Une résection du muscle plantaire grêle est effectuée de façon à redonner de l'espace à la veine pendant la compression des muscles du mollet.

Cette intervention est efficace, mais le geste est plus lourd que celui du simple traitement d'une varice et se grève d'une cicatrice parfois inesthétique, en particulier chez les jeunes filles. C'est pourquoi MILLERET et LORENZO explorent actuellement la possibilité de traiter ces patients par injection de toxine botulinique dans des segments du muscle gastrocnémien, ce qui, lors du mouvement du mollet, évitera la remontée du muscle cause de la compression. Les premiers résultats sont encourageants.



Figure 1. – Phlébographie ascendante.

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

CONCLUSION

A l'instar de la chirurgie superficielle, la chirurgie des veines profondes est en pleine évolution. De nouvelles possibilités thérapeutiques se font jour : elles ne doivent pas être méconnues car, bien que plus rares que l'insuffisance veineuse superficielle, l'insuffisance veineuse profonde ou l'oblitération des veines profondes sont des affections parfois très invalidantes et pour lesquelles trop de patients ont été découragés de chercher un traitement.