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 PAGE de la PHLÉBOSOPHIE

Qu'est ce qui ARRIVE à la CHIRURGIE des VARICES ? PEU d'IDÉES, mais CONFUSES

The PHLEBOLOGY PAGE WHAT'S HAPPENING to VARICOSE VEINS SURGERY ? FEW IDEAS, but CONFUSED

S. RICCI

RÉSUMÉ

La chirurgie veineuse « moderne » date de 100 ans.
La chirurgie veineuse « traditionnelle » date de 50 ans.
La chirurgie veineuse « ambulatoire » date de 40 ans.
La chirurgie veineuse « limitée » date de 22 ans.
La chirurgie veineuse « hémodynamique » date de 20 ans.
La chirurgie veineuse « de 3 jours » date de 18 ans (en Italie)
La chirurgie veineuse « sans crossectomie » date de 15 ans
La chirurgie veineuse « endoluminale » date de 10 ans.
La chirurgie veineuse « sans saphénectomie » date de 3 ans.
Il y a des changements tout le temps, mais il n'y a plus de certitudes puisqu'il n'y a pas de critères de jugement.

Mots-clefs : *saphénectomie, crossectomie, chirurgie conservatrice, évolution de la chirurgie veineuse.*

SUMMARY

« Modern » surgery dates back 100 years.
« Classical » venous surgery dates back 50 years.
« Day » venous surgery dates back 40 years.
« Conservative » venous surgery dates back 22 years.
« Haemodynamic » venous surgery dates back 20 years.
« 3-days » venous surgery dates back 18 years (in Italy).
Venous surgery « without flush ligature » dates back 15 years.
« Endoluminal » venous surgery dates back 10 years.
Venous surgery « without stripping » dates back 3 years.
There are endless changes, but no certainties, as there as no criteria of judgment.

Keywords : stripping, flush ligature, conservative surgery, changing venous surgery.

Jusqu'à la fin du siècle passé, la chirurgie des veines variqueuses s'est identifiée avec le stripping de la grande veine saphène (GVS). Cette opération a été diffusée dans le monde par Tom Myers de la Mayo Clinic en 1954 [1]. Elle prévoit la section et la ligature de la jonction saphéno-fémorale après interruption (élargie) de toutes les collatérales de la terminaison et l'ablation du tronc saphène jusqu'à la malléole.

Ce genre d'opération a toujours été considéré comme « antipathique » car hémorragique, peu excitant pour l'ego (souvent encombrant) du chirurgien, parfois confié aux jeunes assistants comme dernier traitement de la séance opératoire, s'accompagnant de résultats fonctionnels incertains et esthétiquement dramatiques.

Au début, l'hospitalisation était de 7 à 15 jours et la jambe de couleur improbable pendant 30 jours. Les dilatations variqueuses majeures étaient traitées par de multiples incisions de 3, 4 ou 5 centimètres selon le dicton : *« Grande incision, grand chirurgien »*. Certains cas (rares) nécessitaient même une transfusion sanguine [2].

A partir des années 70 commence à apparaître, avec difficultés, la phlébectomie de Muller [3], technique d'exérèse des varices moins agressive, pratiquée en ambulatoire et sous anesthésie locale, dans le but de traiter chaque patient selon sa propre pathologie et non suivant une étiquette de pathologie.

Il s'agit d'une révolution lente, accompagnée de scepticisme (« *bricolage* » était le commentaire le plus agréable !), mais qui conduisait à une chirurgie qui finalement tenait compte de l'esthétique, du coût, des temps de guérison et de la facilité de réintervention.

La saphène est toujours au centre de l'attention mais les varices peuvent être éliminées de manière plus simple et efficace.

Depuis 1986, la saphénectomie est volontiers pratiquée seulement jusqu'à la perforante située au dessous du genou (saphénectomie courte) afin d'éviter des lésions du nerf saphène, mais aussi avec l'idée que la saphène distale ne nécessite pas vraiment d'être sacrifiée [4].

Dans les années 90, Claude Franceschi propose la CHIVA [5], fille des nouvelles possibilités d'études apportées par les ultrasons.

Il s'agit d'une révolution encore plus difficile à accepter car n'étant pas de type pratique (ou pas seulement), comme celle de Muller, mais basée sur des concepts hémodynamiques pratiquement ignorés de la plupart, concepts qui demandaient une bonne expérience de l'écho-Doppler, qui dans ces temps-là était faible. Mot d'ordre : fractionner la colonne hydrostatique. Il s'agit d'une approche théoriquement géniale mais que personne, à part quelques adeptes, n'était capable de comprendre en cette phase initiale.

1. Corso Trieste 123 – 00198 Roma.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 61, n° 1/2008, p. 115-118

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

En 1995, en Italie, est introduite par l'administration du Système Sanitaire National la méthode DRG (Diagnoses Related Groups) visant à établir sur une base nationale le coût de procédures chirurgicales similaires.

Les Hôpitaux, transformés en entreprises, seront remboursés sur la base de cette estimation. La chirurgie veineuse, prévue sur une hospitalisation de 3 jours, apparaît très « convenable » (1000 € environ, variable par région) et devient très intéressante (c'est-à-dire que les administrateurs décident des stratégies chirurgicales à la place des chirurgiens).

La même intervention, faite en « chirurgie de jour », est moins rentable de 25 % et n'est pas initialement encouragée lorsque, devant l'évidence, le remboursement est interverti. La saphénectomie en un jour devient alors avantageuse [6].

L'anesthésie aussi est influencée : la chirurgie veineuse, stimulée par l'exigence d'une hospitalisation limitée, est de moins en moins pratiquée sous anesthésie générale et de plus en plus sous anesthésie régionale ou (plus rarement) locale.

Sur ce terrain de la recherche de la simplicité et de la rapidité, apparaissent et se diffusent les méthodes d'oblitération thermique de la saphène par radiofréquence depuis 1998 [7], et par laser depuis 1999 [8]. Le geste est relativement rapide, facile, cosmétique, prestigieux, efficace, coûteux et pour cela poussé énergiquement par les sociétés intéressées.

Mais il s'accompagne d'une nouvelle révolution : **la ligature/section de la jonction saphéno-fémorale** ; le dogme intouchable de la chirurgie saphène **n'est plus nécessaire**. La persistance de la veine afférente à la terminaison semble, au contraire, expliquer l'apparente réduction des récidives [9].

Les récidives, au fait. Après 50 ans de stripping, on en arrive à discuter les récidives.

En 2000 un document de consensus [10] rapporte une incidence de 20 à 80 %, tandis qu'une analyse faite avec un recul moyen de 34 ans sur 125 saphènes donne 47 % de récidives cliniques et 60 % ultrasoniques [11]. Ces aspects sont aujourd'hui beaucoup plus importants dans la mesure où l'usage des ultrasons est largement diffusé.

Agir sur la jonction saphéno-fémorale implique donc un risque de récidive.

Avec ce préambule il devient alors justifié de faire une saphénectomie chirurgicale sans toucher à la jonction, comme l'avait suggéré dans le passé, non sans grand scandale, J. Dortu [12], méthode reprise par Fays Bouchon [13], Horakova [14] et, plus récemment, par Pittaluga [15] et Casoni [14].

Depuis 2000, entre-temps, les partisans de CHIVA ont consolidé leur expérience et rapportent que dans tous les cas, à part de rares exceptions, le traitement conservatif hémodynamique de la saphène donne des résultats probablement superposables sinon meilleurs à ceux de la chirurgie d'exérèse [17-18], confirmant que la saphène devrait être conservée, mais la jonction est déconnectée quand elle est incontinente.

Dans les 15 dernières années, la diffusion de l'écho-Doppler a beaucoup contribué à une meilleure connaissance de l'hémodynamique veineuse, surtout de la jonction saphéno-fémorale [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25].

Il faut en donner le mérite aux partisans de CHIVA et en particulier à Cappelli et Coll.

Maintenant nous savons qu'un pourcentage important de jonctions sont continentes ou seulement initialement compromises (30 à 59 %) et, par conséquent, ne nécessitent pas de traitement chirugical.

Il y a alors le concept que les varices n'ont pas pour origine l'incontinence saphène mais qu'elles « viennent du bas », la saphène étant concernée en des temps successifs (théorie ascendante) [26, 27, 28].

Pourquoi ne pas se limiter alors à la simple élimination du réseau variqueux en laissant le tronc saphène qui, n'étant plus stimulé par l'effet aspiratif des varices, réduit son calibre et efface le reflux ?

Ainsi naît la méthode ASVAL [29] – mais n'était-ce pas la même que faisait Muller ?

Elle trouve un certain nombre de sympathisants en attendant de trouver aussi un rationnel scientifiquement acceptable (c'est-à-dire une sélection de patients) et moins contesté [30, 31].

Mais au même moment a eu lieu la révolution « idéologique » de la mousse par Cabrera [32] et celle « sociale » grâce à la facilité de fabrication par Tessari [33]. La mousse est plus efficace que le liquide correspondant et plus maniable [34] ; les résultats prévisibles sont donc meilleurs que dans le passé.

Pourquoi alors ne pas éliminer le réseau variqueux par phlébectomies et réserver au tronc saphène, s'il est dilaté et alimenté par une jonction incontinente, le traitement sclérosant en profitant du fait qu'après la déconnection des varices de la saphène il n'y a plus de reflux (c'est-à-dire de « lavage ») [35] ? Ainsi s'inverse complètement le schéma traditionnel qui prévoyait la chirurgie pour la saphène et la sclérose pour les collatérales.

C'est dans cette direction que je travaille actuellement en parallèle avec Attilio Cavezzi [36], en attendant de pouvoir présenter des statistiques.

Et si, pour provoquer un peu, on faisait seulement et directement de la sclérothérapie en profitant des meilleurs résultats de la mousse, ce qui permettrait d'abaisser les coûts et de gagner du temps [37] ?

Conclusion

La chirurgie est en transformation continue. Les dogmes ont disparu et avec eux les certitudes. Les changements sont progressifs, continus, complets. On est passé, en touchant à tous les stades, de la radicalité ablative absolue à la conservation sub-totale – sans aucune preuve – avec la sensation que la chirurgie et la sclérothérapie se développent sur des lignes convergentes.

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

Mais tout cela est-il vrai ou, tout au moins, vraisemblable ?

Il manque indiscutablement un ensemble de travaux contrôlés par des tiers, randomisés, sur les différentes méthodes, prospectives et avec un long recul. Le dernier travail qui répond à ces critères concernant la chirurgie versus la sclérothérapie remonte à 1978, réalisé par Hobbs (38,18).

Nous manquons enfin de critères univoques de classification des résultats : une recanalisation partielle a une valeur différente d'un reflux présent après stripping, et elle est également différente après une occlusion endovasculaire. Il est possible qu'un système de scores, bien que plus compliqué, puisse mieux s'adapter aux différentes méthodes de traitement, qu'elles soient conservatrices ou d'exérèse.

RÉFÉRENCES

1. Myers T.T., Cooley J.J. Varicose vein surgery in the management of the postphlebitic limb. *Surg.Gynecol Obstet* 1954 ; 99 ; 733-44.

2. Rose S.S. Historical development of varicose vein surgery. Chap. 8 in : *Varicose veins and telangectasias*. Ed. Bergan J.J., Goldman M.P. QMP St. Louis, Missouri 1993.

3. Muller R. Traitement des varices par phlébectomie ambulatoire. *Bull Soc Fr Phléb* 1966 ; 19 : 277.

4. Negus D. Should the incompetent saphenous vein be stripped to the ankle ? *Phlebology* 1986 ; 1 : 33-6.

5. Franceschi C. Théorie et pratique de la cure conservatrice de l'insuffisance veineuse en ambulatoire. Précy-sous-Thil. Editions de l'Armançon. 1988.

6. Agus G. Epidemiologia e costi socio-economici dell'insufficienza venosa cronica. Cap. 3 in *"Chirurgia delle varici"*. Publié par EDRA Spa 2006.

7. Weiss R.A., Feied C.F., Weiss M.A. A comprehensive approach RF mediated endovenous occlusion. Chap 20 in : *"Vein diagnosis and treatment"* Mc Grew-Hill Professional 2000 nov. 20 : 211-22.

8. Boné C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de diodo. *Rev Pathol Vasc* 1999 ; 5 : 35-46.

9. Pichot O., Kabnick L.S., Creton D., Merchand R.F., Schuler-Petrovia S., Chandler J.G. Duplex ultrasound scan findings two years after great saphenous vein radiofrequency endovenous obliteration. *J Vasc Surg* 2004 ; 39 : 189-95.

10. Perrin M., Guex J.J., Ruckley C.V. et Coll. Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. *Cardiovasc. Surg* 2000 ; 8 : 233-45.

11. Fischer R., Linde N., Duff C., Jeanneret C., Seeber P. Les récidives au niveau de la crosse de la grande veine saphène : résultats d'un contrôle 34 ans après l'intervention. *Phlébologie* 2000 ; 53 : 425-9.

12. Dortu J. La crossectomie sous-fasciale au cours de la phlébectomie ambulatoire du complexe saphénien à la cuisse. *Phlébologie* 1993 ; 46 : 123-36.

13. Fays-Bouchon N., Fays J.P. Une technique d'endo-éveinage de la saphène interne en ambulatoire par micro-incisions. *Phlébologie* 1995 ; 48 : 353-8.

14. Horakova M.A., Horakova E. Influence de la phlébectomie ambulatoire du tronc pathologique de la grande saphène sans crossectomie sur la jonction saphéno-fémorale. *Phlébologie* 2002 ; 55: 299-305.

15. Pittaluga P., Chastanet S. Traitement chirurgical de l'insuffisance veineuse chronique par stripping de la veine grande saphène sans crossectomie. Résultats cliniques et hémodynamiques. *Phlébologie* 2007 ; 60 : 223-8.

16. Casoni P., Lefebvre-Vilardebo P. La chirurgie variqueuse hier, aujourd'hui et demain. *Phlébologie* 2007 ; 60 : 249-51.

17. Maeso J., Juan J., Escribano J.M., Allegue N., Di Matteo A., González E., Matas M. Comparison of clinical outcome of stripping and CHIVA for treatment of varicose veins in the lower extremities. *Ann Vasc Surg* 2001 ; 15 : 661-5.

18. Carandina S., Mari C., De Palma M., Marcellino M.G., Cisno C., Legnaro A., Liboni A., Zamboni P. Varicose vein stripping versus haemodynamic correction (CHIVA) : a long term randomized trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007 ; doi:10.1016/j.ejvs.2007.09.011.

19. Abu-Own A., Scurr J.H., Coleridge Smith P.D. Saphenous vein reflux without incompetence at the saphenofemoral junction. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 1452-4.

20. Pieri A., Vannuzzi A., Duranti A., Vin F., Benalli L, Michelagnoli S., Caillard P., De saint-Pierre G. Rôle central de la valvule pré-ostiale de la veine saphène interne dans la genèse des varices tronculaires. *Phlébologie* 1995 ; 48 : 227-39.

21. Somjen G.M., Donlan J., Hurse J., Bartolomew J., Johnson A.H., Royle P. Venous reflux at the sapheno-femoral junction. *Phlebology* 1995 ; 10 : 132-5.

22. Labropoulos N., Giannukas A.D., Delis K., Mansour M.A., Kang S.S., Nicolaides A.N., Lumley J., Baker W.H. Where does venous reflux start ? *J Vasc Surg* 1997 ; 26 : 736-42.

23. Cappelli M., Molino Lova R., Ermini S., Zamboni P. Hemodynamics of the sapheno-femoral junction patterns of reflux and their clinical implications. *Internat Angiol* 2004 ; 23 : 25-8.

24. Barros M.V.L., Labropoulos N., Ribeiro A.L.P., Okawa R.Y., Machado F.S. Clinical significance of ostial great saphenous vein reflux. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006 ; 31 : 320-4.

25. Cappelli M., Molino Lova R., Ermini S., Giangrandi I., Giannelli F., Zamboni P. Haemodynamics of the sapheno-femoral complex : an operational diagnosis of proximal femoral valve function. *Int Angiol* 2006 ; 25 : 356-60.

26. Rose S.S. Anatomic observations on causes of varicose vein. Chap. 2 in : *Varicose veins and telangectasias*. Ed. Bergan J.J., Goldman M.P. QMP St. Louis, Missouri 1993.

27. Cooper D.G., Hillmann-Cooper C.S., Barker S.G., Hillingworth S.J. Primary varicose veins: the sapheno-femoral junction, distribution of varicosities and patterns of incompetence. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003 ; 25 : 53-9.

28. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B., Barbe R., Guex J.J., Locret T. Corrélation entre l'âge, les signes et symptômes de l'insuffisance veineuse superficielle et les résultats de l'exploration écho-Doppler. *Phlébologie* 2006 ; 59 : 149-56.

29. Pittaluga P., Rea B., Barbe R. Méthode ASVAL – Ablation sélective de varices sous anesthésie locale – Principes et résultats préliminaires. *Phlébologie* 2005 ; 58 : 175-81.

30. Escribano J.M., Juan J., Bofill R., Maeso J., Rodriguez-Mori A., Matas M. Durability of reflux-elimination by a minimal invasive CHIVA procedure on patients with varicose veins. A 3-year prospective case study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003 Feb ; 25 (2) : 159-63.

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

31. Zamboni P., Cisno C., Marchetti F., Quaglio D., Mazza P., Liboni A. Reflux elimination without any ablation or disconnection of the saphenous vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2001 ; 21 : 361-9.

32. Cabrera Garrido J.R., Cabrera Garcia Olmedo J.R., Garcia Olmedo Dominguez. Nuevo metodo de esclerosis en las varices tronculares. *Pathologica Vasculares* 1993 ; 1 : 55-72.

33. Tessari L. Nouvelle méthode d'obtention de la scléro-mousse. *Phlébologie* 2000 ; 53 : 129.

34. Hamel-Desnos C., Desnos P. et coll. Evaluation of the efficacy of polidocanol in the form of foam compared with liquid form in sclerotherapy of the greater saphenous vein : initial results. *Dermatol Surg* 2003 ; 29 : 1170-5.

35. Ricci S. Lettre à la rédaction de Phlébologie. *Phlébologie* ; 2005 ; 58 : 259-60.

36. Cavezzi A. Combination of phlebectomy and duplex-guided foam sclerotherapy. American Chapter Congress of the UIP, San Diego August 2003.

37. Myers K.A., Jolley D., Clough A., Kirwan J. Outcome of ultrasound-guided sclerotherapy for varicose veins. Medium-term results assessed by ultrasound surveillance. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007 ; 33 : 116-21.

38. Hobbs J.T. Surgery or sclerotherapy for varicose veins : 10 year results of a random trial. *Lancet* 1978 ; 27 : 1149.