

L'échantillon est-il insuffisant ?

Y a-t-il des paramètres que la technologie utilisée n'a pas pu relever ?

Peut-être faudrait-il disposer d'un logiciel puissant, avec des coupes séries et des capacités d'analyses morphologiques des compartiments et des structures de fascias sur un plus grand nombre de patients pour confirmer les résultats de cette étude.

Conclusions

Force est de constater que toutes les hypothèses et les espoirs ont été décourageants. Nous avons cru qu'il serait simple de dire qu'effectivement l'insuffisance saphénienne était associée à un fascia superficiel et à une aponévrose de structure plus fine, plus déchirée et irrégulière, voire absente, avec une plus grande fréquence dans les insuffisances veineuses de la GVS avec, pourquoi pas, une structure plus fine de l'aponévrose de la PVS ou à un compartiment d'échostructure différente.

Sur un petit échantillon de patients, la morphologie du fascia ne semble pas impliquée dans le développement des varices, puisque nous retrouvons plus d'anomalies de structure échographique du fascia dans le groupe indemne de varices que dans le groupe des insuffisants veineux.

Peut être même aurions-nous voulu montrer que l'effet aspiratif était lié à une absence ou à une déficience des fascias en distalité.

Nous n'avons hélas retrouvé aucune corrélation objectivable et chaque observation qui nous aurait donné cet espoir a été démentie par l'observation suivante.

Une autre technologie pourrait, peut être, renforcer cette hypothèse, permettant de réaliser des mesures beaucoup plus puissantes et sériées pour faire cette étude morphologique comparative et pour détecter quelque chose de significatif. Mais nos observations ne nous semblent pas encourageantes.

Références

1. Caggiati A. Nouveautés dans l'anatomie saphénienne : rapports des veines saphènes avec les fascias. Phlébologie 2003 ; 56 (1) : 19-25.
2. Gillot C. Anatomie des veines des membres inférieurs. In : Anatomie clinique. Paris : Springer ; 1991.
3. Lemaire R. L'écoulement du sang veineux chez les obèses. Phlébologie 1988 ; 41 (3) : 493-9.
4. Perrin M. Insuffisance superficielle : notions fondamentales. EMC 2007. Paris : Elsevier Masson SAS, Techniques chirurgicales-chirurgie vasculaire, 43-161-A.
5. Lemasle Ph., Uhl J.F., Lefebvre-Vilardebo M., Baud J.M. Proposition d'une définition échographique de la grande saphène et des saphènes accessoires à l'étage crural. Phlébologie 1996 ; 49 (3) : 279-86.
6. Ricci S., Georgiev M., Capelli M. La saphène accessoire antérieure : définition et rôle dans la maladie variqueuse. Phlébologie 2004 ; 57 (2) : 135-40.
7. Davy A., Lefebvre D., Bastide G., Blanchemaison P. La petite veine saphène : physiologie, bases anatomiques. Phlébologie 1999 ; 52 : 13-6.
8. Cruveilhier J. Aponévrosologie. Anatomie descriptive, 1837.
9. Staubesand J., Baumbach K.U.K., Li Y.J. La structure fine de l'aponévrose jambière (patients avec insuffisance veineuse chronique avancée et ulcère de jambe). Phlébologie 1997 ; 50 (1) : 105-13.
10. Vin F., Lemasle P., Lefebvre-Vilardebo M., Uhl J.F. Niveau de reflux des grandes veines saphènes. Phlébologie 2004 ; 57 (3) : 255-9.
11. Dauzat M. Ultrasonographie vasculaire diagnostique. Éditions Vigot 1991 : 71.
12. Lebard C. Coupe longitudinale manuelle et informatisée de la grande veine saphène intra-fasciale : apport anatomique et théorique. Angiologie 2008 ; 60 (2) : 12-21.