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 CHIRURGIE VARIQUEUSE HIER, AUJOURD'HUI et DEMAIN

P. CASONI [1,2], M. LEFEBVRE-VILARDEBO [3]

Depuis 50 ans, le geste chirurgical standard est le trop fameux « stripping », associant crossectomie et exérèse de la veine saphène, qu'elle soit grande ou petite. Enseigné et utilisé de façon univoque à travers le monde, il repose sur le principe du traitement prioritaire du point de fuite. Il est trop souvent limité à l'étage fémoral pour éviter des séquelles nerveuses définitives, alors que D. Creton a prouvé la disparition de ces lésions grâce à l'invagination sous anesthésie locale. La crossectomie avec ligature au ras de la veine fémorale est devenue un dogme alors que son principe repose exclusivement sur des études rétrospectives de récidives inguinales, sans que son intérêt ait été vérifié.

Et pourtant cette chirurgie traditionnelle n'a pas fait la preuve de son efficacité. D'une part, il apparaît presque certain actuellement que la crossectomie induit le développement secondaire de réseaux variqueux dans la lame lympho-ganglionnaire inguinale (appelé « néo-vascularisation ») dans 40 à 50 % des cas. D'autre part, la conférence de consensus REVAS a reconnu un taux moyen de récidives variqueuses de 50 % à 5 ans (20 à 80 % de 2 à 10 ans).

Pour ceux qui ont su s'adapter aux résultats des études récentes, la chirurgie a notablement évolué. Fait majeur, le dogme de la crossectomie systématique est périmé ! D'après une étude de l'alimentation du reflux de la grande saphène sur 436 patients, les valves ostiales sont incontinentes dans 54,6 % des cas : une crossectomie est donc hémodynamiquement inutile dans les 45,4 % restants. Par ailleurs, le suivi à 5 ans des patients traités par VNUS Closure révèle que 83 % des jonctions saphéno-fémorales redeviennent continentes, drainant leurs collatérales. Avantage certain, le taux de « néovascularisation » est voisin de zéro. La crossectomie n'est donc probablement pas nécessaire, même en cas de reflux trans-ostial. Cette nouvelle attitude de chirurgie sans crossectomie de première intention est confirmée par l'étude prospective randomisée de P. Casoni comparant 124 patients avec reflux trans-ostial traités par éveinage saphénien avec ou sans crossectomie. Quatre ans après chirurgie sans crossectomie, le taux de récidive variqueuse est de 9,6 % avec 8 % de reflux inguinaux contre respectivement 21,8 % et 20 % en cas de crossectomie.

A l'inverse, le traitement du réseau variqueux collatéral, longtemps délaissé, devient un temps capital. A partir de 91 patients revus 9 ans après chirurgie, M. Lefebvre-Vilardebo a mis en évidence que l'absence de collatérales variqueuses résiduelles après traitement donne 3 fois plus de chances de rester sans varice 9 ans plus tard. La théorie du développement variqueux de bas en haut à partir des branches remplace peu à peu la théorie de haut en bas qui a prévalu pendant 100 ans, grâce notamment à D. Creton en 1996 et P. Pittaluga en 2007.
Autre élément nouveau, la mise en évidence de réseaux dystrophiques sous-fasciaux primitifs. De fréquence évaluée à 3-4 %, ils sont source de récidive rapide s'ils ne sont pas dépistés par un bilan ultrasonique méticuleux et traités par sclérothérapie per et/ou postopératoire.

Depuis environ vingt ans, de nouvelles théories telle la CHIVA d'une part, l'amélioration des appareils ultrasoniques d'autre part, nous ont incité à réfléchir et mieux étudier l'hémodynamique variqueuse. Depuis cinq ans, de nouvelles techniques de traitement sont apparues ou ont pris leur essor. On en parle et reparle dans tous les congrès. Mais le plus important est la véritable révolution des concepts thérapeutiques, sous-tendue par ces techniques, qui réfute tout ce qui a été enseigné et réalisé depuis cent ans. La « modern attitude », c'est : dans tous les cas, je traite les collatérales en priorité ; mais puis-je préserver le tronc saphénien ? Si non, puis-je conserver la crosse ?

La chirurgie d'hier est encore réalisée aujourd'hui par la grande majorité des chirurgiens. Leur chirurgie de demain devrait être la chirurgie actuelle des quelques chirurgiens spécialisés devenus également par nécessité écho-doppléristes et sclérothérapeutes. Combien de temps pour les convaincre et définir les bonnes indications ? Cela dépendra de la qualité des études réalisées par ces chirurgiens dédiés à la veine, grâce notamment à l'utilisation de scorages des réseaux variqueux complétant la CEAP. Toute la littérature est devenue obsolète ou est inutilisable par absence d'analyse précise des réseaux permettant la comparaison des patients entre eux au sein d'une même étude et des études entre elles. Tout est à refaire ! Le jour se lève et la route sera longue...

1. Raggruppamento Chirurgico / Chirurgia Vascolare-Flebologia, Casa di Cura PARMA – Italia.
2. Dipartimento di Flebologia, Molding Clinic MARBELLA España.
3. Centre de Chirurgie des Varices Paris-Défense, 113, avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY-SUR-SEINE.