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 PLACE de la CHIRURGIE dans le TRAITEMENT des ULCÈRES VEINEUX

RATIONALE for SURGERY in TREATING VENOUS ULCERS

M. PERRIN [1], P. NICOLINI [1-2]

R É S U M É

L'ulcère veineux est le plus fréquent des ulcères de jambe. Il représente la complication la plus sévère de la maladie veineuse chronique et sa prévalence est estimée autour de 0,3 % de la population adulte.
Au plan étiologique, l'insuffisance veineuse primitive est identifiée chez environ la moitié des patients et, dans deux tiers des cas, au moins deux des trois systèmes veineux (superficiel, profond, perforant) sont pathologiques. Les méthodes chirurgicales sont scindées en deux groupes : celles qui permettent la cicatrisation de l'ulcère et celles qui visent à prévenir sa récidive. Au plan des résultats, dans la prévention de la récidive de l'ulcère, la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle fournit des résultats satisfaisants en l'absence d'insuffisance veineuse profonde.
Il est en revanche plus difficile de déterminer le bénéfice qu'apporte son association à la chirurgie des perforantes. La chirurgie restauratrice de l'insuffisance veineuse profonde fournit de meilleurs résultats dans l'étiologie primaire que secondaire.
Au plan des indications, la chirurgie est rarement justifiée pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère. Elle est en revanche légitime pour prévenir sa récidive en l'absence d'insuffisance veineuse profonde dans les varices primitives. A l'inverse, la conduite à tenir à l'égard des perforantes est moins claire, mais il existe un certain consensus pour traiter par ligature endoscopique les perforantes jambières de gros calibre. Les indications de la chirurgie restauratrice du réseau veineux profond restent controversées. Elle paraît devoir être réservée aux échecs du traitement conservateur.

Mots-clefs : *chirurgie veineuse, ulcère veineux, insuffisance veineuse chronique.*

S U M M A R Y

In leg ulcer venous etiology is the most frequent and active ulcer represents the most severe clinical presentation of chronic venous disease. The prevalence of active venous ulcer is estimated around 0,3 % in the adult population in Western countries.
Concerning the etiology, primary venous insufficiency is identified in almost one half of the patients knowing that at least 2 out the 3 venous systems (superficial, deep and perforator) are abnormal. Surgical methods can be classified in 2 groups those used for healing the ulcer and those undertaken to prevent ulcer recurrence.
Concerning the prevention of ulcer recurrence, superficial venous surgery provides good results in absence of associated deep venous insufficiency.
On the other hand, it is difficult to assess the results of perforator surgery since analysis of various series reported shows that the procedure was almost always associated with the previous one. Deep venous reconstructive surgery provides better results in primary etiology than in secondary.
The surgical indications may be summarized as follows : in venous ulcer, surgery is exceptionally justified in order to obtain ulcer healing. Surgery to eradicate primary varices is indicated in the absence of deep venous insufficiency in order to prevent ulcer recurrence. Conversely, the management of perforator disease is more problematic, but a degree of consensus exists with regard to endoscopic ligation of large-caliber perforators of the legs. The indications for reconstructive surgery of the deep vein network remain controversial. Surgery may be envisaged following failure of conservative treatment.

Keywords : venous surgery, venous ulcer, chronic venous insufficiency.

GÉNÉRALITÉS

Dans l'ulcère de jambe, l'étiologie veineuse est plus fréquente (entre 70 et 80 %) que les autres étiologies : artérielle, vasculaire mixte (artérielle et veineuse), non vasculaire. L'ulcère veineux (UV) se définit comme une perte de substance cutanée à l'emporte-pièce sans tendance spontanée à la guérison, localisée le plus souvent à la cheville, qui survient chez un patient qui présente une maladie veineuse chronique (MVC).

L'UV est la complication la plus sévère de la MVC. Il n'est donc pas surprenant que la classification CEAP lui ait attribué les classes les plus élevées (C5-C6) dans sa rubrique clinique. De même, dans le score de sévérité clinique de l'American Venous Forum [1], l'UV peut apporter près d'un tiers des points de sévérité (9/30).

On retrouve un élément constant chez les malades qui présentent un UV : une augmentation de la pression veineuse lors de l'orthodynamisme. Cette augmen-

1. 26, chemin de Décines 69680 CHASSIEU.
2. Clinique du Grand Large 2, rue Léon Blum 69150 DECINES-CHARPIEU

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol.60, n°2/2007, p.169-172

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

tation de la pression veineuse ambulatoire peut être liée à 2 facteurs physiopathologiques : le reflux et l'obstruction ou à leur association.

Ces anomalies physiopathologiques peuvent intéresser isolément l'un des 3 systèmes veineux (superficiel, profond perforant) ou être combinées. Dans environ 2/3 des cas, le reflux intéresse plusieurs systèmes. Le dernier élément important qui doit être précisé est l'étiologie. Le bilan quasi systématique par écho-Doppler des UV révèle que, dans 40 à 50 % des cas, on est en présence d'une étiologie primitive localisée au réseau veineux superficiel (± perforantes), c'est-à-dire aux varices essentielles [2]. Il est donc indiscutable que le syndrome post-thrombotique représente une étiologie beaucoup moins fréquente qu'il était jusqu'à présent admis.

L'identification précise des lésions anatomiques et des désordres physiopathologiques est essentielle, car c'est sur ces données *(Fig. 1)* que reposent les indications thérapeutiques et plus particulièrement les options chirurgicales.

CLINIQUE

Le diagnostic d'ulcère est essentiellement clinique, mais celui-ci ne permet pas toujours d'identifier l'étiologie et surtout les lésions anatomiques et les désordres physiopathologiques. Ces éléments sont précisés par les investigations qui sont programmées en fonction d'un éventuel traitement chirurgical *(Fig. 1)*.

La présentation clinique de l'ulcère et les investigations à entreprendre ont été précisées dans une mise au point récente [3].

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Objectif du traitement

Il est double : obtenir la cicatrisation de l'ulcère, puis éviter sa récidive. Dans ce dessein, il faut réduire ou supprimer l'augmentation permanente de la pression veineuse définie plus haut.

Les méthodes chirurgicales

Elles peuvent être classées en fonction de ces objectifs.

Parmi les méthodes susceptibles de favoriser la cicatrisation de l'UV on identifie : l'excision de l'ulcère et du socle d'hypodermite et sa variante la « shave therapy », les greffes dermo-épidermiques, les lambeaux libres.

Les méthodes destinées à prévenir la récidive de l'UV se classent en fonction du système veineux pathologique à traiter : suppression du réseau veineux superficiel pathologique, ligature des perforantes incontinentes et chirurgie restauratrice du réseau veineux profond qui vise à améliorer l'obstruction et/ou le reflux.

Les résultats de la chirurgie

La cicatrisation

Une étude contrôlée a montré que la chirurgie des varices associée à la compression n'apportait aucun avantage comparée au traitement compressif isolé dans l'obtention de la cicatrisation de l'ulcère [4]. Dans les ulcères récalcitrants, la résection du socle d'hypodermite complétée par une greffe cutanée a permis d'obtenir la fermeture de l'ulcère dans 60 à 80 % des cas.

La prévention de la récidive de l'ulcère

La chirurgie classique de l'insuffisance veineuse superficielle a fait l'objet d'une étude contrôlée versus compression [5] avec un suivi à 1 an. Le bénéfice en termes d'absence de récidive ulcéreuse n'est significatif (P = 0,008) qu'en l'absence d'insuffisance veineuse profonde associée. Nous ne disposons d'aucune étude contrôlée randomisée comparant la chirurgie à la sclérothérapie.

Il est difficile d'apprécier les résultats de la chirurgie des perforantes car l'analyse des différentes séries rapportées révèle qu'elle a pratiquement toujours été associée à d'autres interventions. La chirurgie des syndromes obstructifs profonds a fourni à 2 ans 62 % de cicatrisation de l'ulcère sans récidive chez des patients

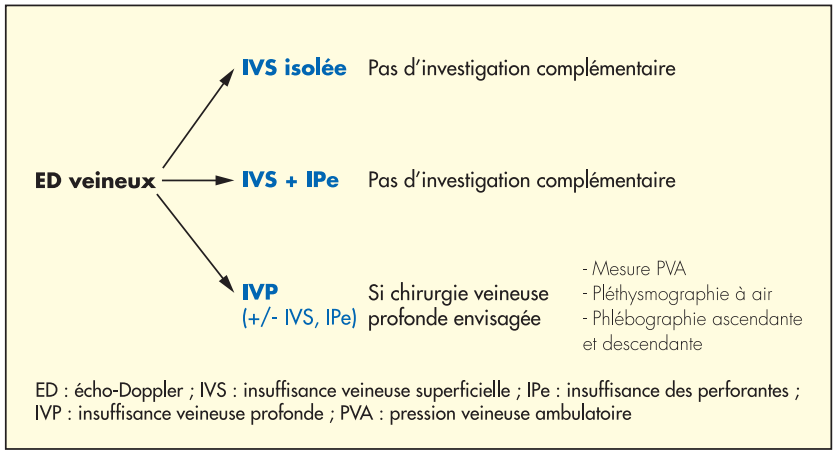


Fig. 1. – Algorithme des investigations dans l'ulcère veineux sans artériopathie

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

qui n'avaient pas cicatrisé ou avaient récidivé sous traitement conservateur [6]. Les résultats de la chirurgie du reflux veineux profond en matière de prévention de la récidive ulcéreuse à 5 ans sont fonction de l'étiologie. Dans les reflux primaires, ce taux est de l'ordre de 70 %, dans les syndromes post-thrombotiques entre 40 et 70 % [7].

LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE *(Fig. 2)*

On doit garder en mémoire que le traitement des pathologies associées doit toujours être entrepris, en particulier celui du diabète et de l'obésité. Lorsque l'examen clinique met en évidence une limitation de la mobilité de la cheville, la kinésithérapie (mobilisation active et passive de l'articulation) doit être prescrite lorsque l'ulcère n'est plus douloureux ou cicatrisé.

Les indications de la chirurgie peuvent être résumées ainsi selon le barème des recommandations de l'American College of Chest Physicians Task Force [8] :

– dans les ulcères veineux, la chirurgie est exceptionnellement justifiée pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère *(recommandation grade 1B)* ;

– elle est par contre légitime pour prévenir sa récidive en l'absence d'insuffisance veineuse profonde sur les varices primitives *(recommandation grade 1B)* ;

– à l'inverse, la conduite à tenir à l'égard des perforantes est moins claire, mais il existe un certain consensus pour traiter par ligature endoscopique les perforantes jambières de gros calibre *(recommandation grade 2C)* ;

– les indications de la chirurgie restauratrice du réseau veineux profond restent controversées. Elle paraît devoir être proposée après échec du traitement conservateur *(recommandation de grade 2B pour les reflux primitifs, 2C pour les syndromes obstructifs primaires et secondaires et le reflux secondaire)*.

La Haute Autorité de Santé a élaboré récemment, dans le cadre de ses recommandations pour la pratique clinique, un document intitulé *« Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement »*. Il peut être consulté sur le site www.anaes.fr.

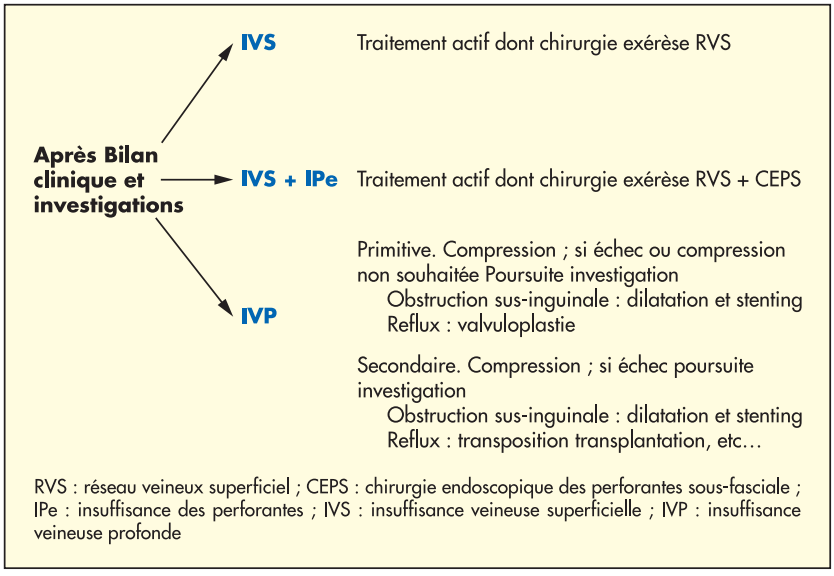


Fig. 2. – Algorithme du traitement chirurgical pour prévenir la récidive de l'ulcère

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

REFERENCES

1 Rutherford R.B., Padberg F.T., Comerota A.J., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L. Venous severity scoring: an adjunct to venous outcome assessment. *J Vasc Surg* 2000 ; 31 : 1307-1312.

2 Grabs A.J., Wakely M.C., Nyamekye I., Ghauri A.S.K., Poskitt K.R. Colour duplex ultrasonography in the rational management of chronic venous ulcers. *B J Surg* 1996 ; 83 : 1830-2.

3 Perrin M. Place de la chirurgie dans le traitement de l'ulcère veineux de jambe. Encyclopédie médico chirurgicale. Techniques chirurgicales. Chirurgie vasculaire 41-169 H 2004.

4 Guest M., Smith J.J., Tripuraneni G., Howard A., Madlden P., Greenhalg R.M. et al. Randomized clinical trial of varicose vein surgery with compression versus compression alone for the treatment of venous ulceration. *Phlebology* 2003 ; 18 : 130-6.

5 Barwell J.R., Davies C.E., Deacon J., Harvey K., Minor M., Sassano A., Taylor M., et al. Comparaison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study) : randomised controlled trial. *Lancet* 2005 ; 363 : 1854-9.

6 Raju S., Owen Jr S., Neglen P. The clinical impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 2002 ; 38 : 8-15.

7 Perrin M. La chirurgie des reflux veineux profonds des membres inférieurs. *J Mal Vasc* 2004 ; 29 : 73-8.

8 Guyatt G., Gutterman D., Baumann M.H. Adrizzio-Harris D., Hylek E.M., et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines. Report from an American College of chest physicians task force. *Chest* 2006 ; 129: 174-181.