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 VEINEUSE entre TRADITION et MODERNITÉ

35ème RÉUNION de la SOCIÉTÉ EUROPÉENNE de PHLÉBECTOMIE

XXXVth MEETING of the EUROPEAN SOCIETY of PHLEBECTOMY

Lac de Garde – 21 octobre 2006

Cette réunion s'est déroulée en Italie du Nord, au bord du Lac de Garde, à proximité de la belle ville de Vérone. L'opinion unanime est qu'elle était exceptionnellement bien préparée et parfaitement réussie. Le mérite en revient aux deux organisateurs, les docteurs Fabio COLOMBO et Luigi FOSSATI. De plus, ils se sont attachés à nous montrer les meilleurs sites et les nombreux atouts de cette partie de la Vénétie.

1. « La préparation du patient et l'usage correct de l'écho-Doppler couleur »

D. BELLUCCI, Milan – Italie.

La bonne réussite du traitement par laser endoveineux dépend de nombreux facteurs : l'expérience de l'opérateur, sa pratique de l'appareil laser et de sa courbe d'apprentissage. Une notion est fondamentale : l'indication correcte grâce à l'étude préopératoire par l'écho-Doppler couleur.

L'examen doit comporter une étude de la morphologie de la crosse, la recherche de varices de gros volume, le calibre des collatérales, le diamètre de la saphène tout au long de son cours, la présence de sinuosités, la présence de duplication saphénienne ou de collatérales superficielles, enfin la distance de la saphène à la peau.

Par la suite, l'étude duplex-scan est absolument nécessaire pour contrôler la position correcte de la fibre au cours de l'intervention mais également, après l'intervention, pour vérifier le résultat et le suivi à distance.

2. « Résultats à court et long terme du laser endoveineux (LEV) »

S. KASPAR, Hradec Hralove – République Tchèque.

L'auteur fait une analyse de ses différentes interventions par LEV (250 membres) par rapport à d'autres études de la littérature. Il compare les scores de douleurs postopératoires, les ecchymoses ou hématomes, le taux de thromboses veineuses, de paresthésies et d'indurations. Son score personnel sur 250 membres est de 24 suites douloureuses, 93 % d'hématomes ou phlébites ou ecchymoses, 13 % d'accidents de thromboses, 0,46 % de paresthésies et 18 % d'indurations.

Une étude est réalisée sur des segments veineux de saphène retirés par stripping pour montrer l'effet physique du laser sur les veines isolées. Le taux d'obstruction des veines est variable selon les potentiels utilisés.

L'auteur conclut sur la possibilité de traiter de façon satisfaisante par endo-laser les varices dans un groupe sélectionné de patients.

3. « Utilisation de la transillumination dans le traitement des varicosités par scléro-laser »

J.-C. SCIALOM, C. HWANG, Paris – France.

Les auteurs présentent des images de leur pratique quotidienne du traitement des varicosités et de leurs veines d'alimentation par scléro-laser en utilisant la transillumination.

Le matériel utilisé est un laser YAG de longueur d'onde 1 064 nm. Les scléroses sont faites avec du Sclérémo® dilué avec de la procaïne et du sérum physiologique.

Des documents photographiques pré et post-thérapeutiques sont présentés illustrant cette méthode.

4. « CHIVA »

C. FRANCESCHI, Paris – France.

La cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse ambulatoire est une méthode conservatrice, préservant le tronc, réalisant une crossotomie suivie d'une fragmentation du flux tronculaire et d'un drainage par les perforantes du reflux saphénien ainsi détourné.

De nombreuses modifications sont intervenues avec une évolution des méthodes, toutes conservatrices de l'axe saphénien. Cette méthode a des partisans nombreux, notamment en Espagne et en Italie, alors qu'en France on assiste à une diminution du taux de pratique de cette intervention.

La difficulté d'implantation de cette méthode tient peut-être à la nécessité d'une « culture hémodynamique » que nombre d'entre nous n'ont pas le temps d'approfondir ou ne peuvent pas acquérir, souvent faute de temps ou d'enseignants compétents.

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

Nous nous promettons de réaliser prochainement avec ses promoteurs des ateliers de CHIVA pour les membres de la Société qui seraient intéressés par une telle méthode.

5. « Méthode ASVAL : suivi à 3 ans de l'étude préliminaire »

B. RÉA, R. BARBE, Sainte-Foy-lès-Lyon – France.

P. PITTALUGA, S. CHASTANET, Cagnes-sur-Mer – France.

Les auteurs rappellent le principe de l'ASVAL (Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale) et présentent les résultats sur 303 membres inférieurs chez 221 patients. La majorité de ces patients était, selon la classification CEAP, C2 85,8 % (varices) et C3 5,3 % (œdèmes). Ces patients ont tous été opérés en ambulatoire, avec une durée moyenne de séjour de 4 heures. Un traitement anticoagulant par HBPM n'a été prescrit que dans 2 cas ; les complications essentielles ont consisté en une thrombose de la grande saphène dans 3 cas.

Les résultats à court terme précédemment rapportés montrent que le taux d'absence de reflux saphène se situe autour de 70 %. L'amélioration hémodynamique saphène est majeure dans près de 90 % des cas, et de façon stable à 6 mois, 1, 2 et 3 ans.

Ces résultats à moyen terme après phlébectomie et conservation de l'axe saphène montrent une stabilité du bénéfice hémodynamique et clinique rapporté à court terme. Les récidives variqueuses apparues au cours de la 2ème année de suivi indépendamment de l'aggravation du reflux saphène confortent la théorie de l'évolution naturelle de la maladie veineuse à partir du réticulum et de façon ascendante.

Ceci ouvre la perspective d'un traitement à la carte de la maladie variqueuse avec un suivi et des gestes complémentaires réguliers et ciblés pour une meilleure gestion à long terme de la maladie veineuse.

6. « Stripping »

A. OESCH, Bern – Suisse.

Le stripping est maintenant vieux de 100 ans, après les premières descriptions de Keller puis de Mayo et de Babcock. L'auteur décrit le stripping par invagination, effectué à l'aide de son stripper : le Pin's stripper.

En dépit du succès des procédures endovasculaires, le stripping doit être considéré comme le « Gold standard » dans le traitement des veines saphènes. Depuis 100 ans, des millions de telles opérations ont été réalisées et les connaissances dans la réalisation de cette intervention ont progressé de façon importante par rapport aux techniques initiales qui étaient traumatiques.

L'auteur présente des résultats tout à fait intéressants pour une intervention qui est réalisée avec une « précision chirurgicale », un équipement peu onéreux et un taux de complications extrêmement faible.

7. « La sclérothérapie échoguidée à la mousse comme choix de première intention dans le traitement de l'incontinence saphénienne »

E. LUCA, San Daniele Del Friuli – Italie.

Depuis la découverte des possibilités d'utilisation de la mousse, de grands progrès ont été faits dans le traitement de la varicose en général et aussi des reflux tronculaires saphéniens. La survenue de la sclérothérapie échoguidée a apporté à la procédure plus de sécurité et a permis l'oblitération de troncs saphéniens qui dans le passé auraient dû être traités chirurgicalement.

La littérature fait état d'une proportion importante de succès avec peu d'effets secondaires. Sur un nombre de patients réduit, dans des mains habituées, la méthode permet l'oblitération de la veine saphène dans plus de 90 % des cas.

Actuellement l'auteur réserve les indications aux troncs saphéniens de diamètre inférieur à 0,8 mm mais, avec l'expérience, des diamètres supérieurs sont envisageables.

Il utilise le CO_2 pour la fabrication de sa mousse, ce qui lui permet d'obtenir de grands volumes et de les injecter sans avoir eu de problème d'embolie pulmonaire.

La controverse sur le suivi est un point qui peut grever en apparence le résultat. Une recanalisation précoce ne correspond pas toujours à un échec de la méthode. Un taux important de satisfaction des patients est constaté.

8. « Les indications indiscutables de la chirurgie veineuse chez la femme »

P. DESOUTTER, Paris – France.

La chirurgie veineuse chez la femme ne suscite aucune particularité spécifique par rapport à l'homme, si ce n'est une préoccupation esthétique volontiers accentuée, ou en dehors d'un contexte de grossesse ou d'une pathologie tumorale pelvienne responsable de la maladie veineuse chronique superficielle.

Les indications indiscutables de la chirurgie veineuse chez la femme sont présentées selon les trois versants habituels :

– en cas de thrombose veineuse profonde associée ou non à une embolie pulmonaire,

– en cas de thrombose veineuse superficielle,

– enfin dans la maladie veineuse chronique superficielle dont le génie génétique évolutif et l'identité physiopathogénique sont encore mal connus et alimentent toujours un débat controversé sur ses indications thérapeutiques.

Seul un essai de compréhension rationnelle de cette maladie, proposé par certains auteurs, permettra d'adapter la meilleure thérapeutique et de sélectionner les indications éclectiques pour chaque patiente en fonction de données cartographiques précises.

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

9. « La phlébectomie ambulatoire de la petite saphène et de ses branches selon la méthode de Muller »

S. FAYS MICHEL, Nancy – France.

L'auteur rapporte une expérience de la phlébectomie ambulatoire dans le territoire de la petite veine saphène basée sur plus de 500 patients.

La technique utilisée est uniquement celle de l'exo-éveinage selon Muller. Elle insiste cependant sur certains détails pratiques : l'anesthésie par tumescence, l'incision à l'aiguille, l'extraction à l'aide de crochets affinés. Elle en déduit qu'il n'est pas indispensable de faire systématiquement une crossectomie pour obtenir un bon résultat.

Le matériel d'étude repose sur 573 patients (11 % d'hommes – 89 % de femmes), âgés de 18 à 85 ans. La varicose était bilatérale dans 19 % des cas, unilatérale gauche dans 38 % des cas et unilatérale droite dans 43 % des cas. La saphènectomie totale ou partielle au crochet n'a été nécessaire que chez 153 patients, soit environ 1/3 des cas.

Sur les 573 patients traités, 76 (13 %) n'ont pas été revus après l'intervention. Chez les patients suivis (497) de 1 à 15 ans, une intervention complémentaire après la première séance a été nécessaire dans 25 % des cas à gauche et 32 % à droite. Il n'a été constaté que 2 échecs (0,4 %) résultant d'une impossibilité à extérioriser tout cordon.

Les résultats sont excellents pour 79 % des patients qui n'ont plus aucune varice apparente. Dans pratiquement 20 % de résultats incomplets, il persiste quelques petites veines qui pourraient être traitées par une nouvelle phlébectomie, mais le résultat déjà obtenu satisfait le patient.

Quelques complications bénignes habituelles à la méthode ont été rencontrées : il faut signaler 13 cas de troubles sensitifs (2,6 %), à type de dysesthésies localisées, qui ont toutes régressé dans un délai de 1 à 12 mois.

La phlébectomie ambulatoire apparaît ainsi comme une technique de première intention pour le traitement des varices du territoire de la petite saphène même s'il existe un reflux saphénien. C'est devant l'impossibilité d'extraire des cordons résistants que se posera l'indication d'une saphènectomie chirurgicale.

10. « Le bandage après scléromousse »

A. PALAZZO – Italie.

L'élasto-compression est la base de la thérapeutique de l'insuffisance veineuse aiguë ou chronique. Elle joue un rôle essentiel après des gestes thérapeutiques tels la chirurgie ou le traitement ambulatoire des varices par scléromousse

La sléromousse est la thérapeutique élective pour les récidives variqueuses après stripping, pour les perforantes isolées comme les perforantes latérales, les perforantes glutéales ou celles de la fosse poplitée.

L'auteur rappelle la méthode de Tessari qui permet d'injecter l'agent sclérosant (Tétradécyl sulfate de sodium à 3 %) mélangé à de l'air.

L'échographie contribue à choisir la zone d'injection (point de fuite), à suivre la progression du produit et à guider la diffusion de la mousse grâce à la pression de la sonde.

L'auteur décrit la sclérose des récidives de la jonction saphéno-fémorale.

Lorsque la diffusion de la mousse atteint tous les vaisseaux ainsi que le point de fuite, une compression avec de la mousse de latex est mise en place le long des vaisseaux traités. On termine avec une compression de classe 1, conservée 14 jours, de manière à exercer une compression de 20 à 30 mmHg.

Un rappel de la loi de Laplace permet de comprendre que la tension de la bande doit être d'autant plus importante que le rayon est important.

Une pression adaptée permet d'obtenir un contact suffisant avec le produit sclérosant grâce à l'écrasement des parois veineuses.

Les patients susceptibles de bénéficier de ce bandage sont les patients âgés, de stade C4-C6 de la classification CEAP, présentant une IVC récidivée après stripping.

Présentation de la série : 35 sujets de plus de 70 ans, suivis pendant 12 mois, sans aucune complication.

11. « Prophylaxie thrombo-embolique »

P. BONADEO, M. FUMAGALLI, Milan – Italie.

Rappel de l'incidence et de la prévalence de la maladie thrombo-embolique (MTE) dans les populations européennes et nord-américaines. La thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP) en sont les deux causes principales. La prévalence de la TVP est de 160/100 000, celle des EP symptomatiques non létales est de 20/100 000 et celles de révélation à l'autopsie de 50/100 000.

Un syndrome post-thrombotique (SPT) se développe dans 20 à 50 % des cas après TVP. Dix ans après une TVP, des ulcères veineux des membres inférieurs sont présents dans 10 à 25 % des cas. C'est dire l'importance socio-économique de cette pathologie dont le coût annuel est estimé à 600-900 000 000 € dans les pays européens et à 3 milliards de dollars aux États-Unis. C'est dire aussi l'importance de la prophylaxie de la MTE.

Les facteurs favorisants sont variables : type et durée des interventions, type d'anesthésie, hydratation, pathologie traitée, morphotype et déambulation postopératoire. C'est ainsi que les risques sont qualifiés de bas, modérés, élevés et très élevés.

La chirurgie des varices représente un risque mineur si l'intervention dure moins de 45 minutes, et modéré si le patient est âgé de 40 à 60 ans. La fréquence des TVP est de 1 à 40 % et celle des EP de 0,1 à 1 %.

Différents moyens thérapeutiques sont utilisés : les héparines non fractionnées, les HBPM, les solutés de remplissage, les héparinoïdes de synthèse, ainsi que les antithrombotiques naturels ou synthétiques et les anti-vitamines K. Est également rappelé le rôle fondamental de l'élasto-compression graduée (ECG).

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

Recommandations :

– dans une chirurgie mineure sans facteurs de risque, il n'y a pas de données suffisantes pour recommander une thrombo-prophylaxie médicamenteuse donc sont recommandés : élasto-compression, hydratation suffisante et déambulation ;

– pour les patients à risque modéré : les HBPM en monodose pendant dix à quinze jours en postopératoire sont indiquées en association avec les traitements précédents.

CONCLUSION

Ces échanges entre différents praticiens de divers pays sont toujours fructueux. Cette réunion a une fois de plus tissé des liens indéfectibles entre nous et aussi avec de nombreux collègues transalpins nouvellement accueillis au sein de la Société Européenne de Phlébectomie. Nous n'avons constaté que peu de différences réelles dans nos pratiques et quant à l'avancée de l'état de l'art en Phlébologie.

Nous nous retrouverons à Nice le 19 mai 2007 sur le thème ***« Stratégies et moyens actuels »***.

Une partie d'entre nous ira fin août 2007 à Saigon (Hô Chi Minh – ville) en mission d'enseignement et d'échanges avec nos collègues vietnamiens.

La réunion d'automne aura lieu à Genève le 27 octobre 2007 sur le thème : ***« Varices et thrombose »***.

Docteur Pierre-Louis CHOUKROUN