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

Chez tous nos patients venant consulter pour une insuffisance veineuse superficielle, associée ou non à une insuffisance veineuse profonde, la réalisation, depuis 1990, de cartographies veineuses systématiques à la recherche des points de reflux nous a permis de constater qu'il existait un grand nombre de crosses continentes malgré la présence de varices sous-jacentes. Dans ces cas, les varices étaient souvent alimentées par des varices périnéales ou honteuses et/ou par une perforante de cuisse ou de jambe, qui dans notre pratique sont systématiquement recherchées pendant l'exploration.

Ceci va donc contre la théorie du robinet qui était considérée, du point de vue hémodynamique, comme la cause principale responsable des varices. Or, si les crosses saphènes internes sont fréquemment continentes lors des explorations d'insuffisances veineuses débutantes ou modérées, celles-ci sont pratiquement toujours incontinentes lors d'explorations d'insuffisances veineuses superficielles anciennes ou importantes, quel qu'en soit le mécanisme.

Ceci nous amène à penser que l'incontinence de crosse n'était pas systématiquement primitive, et donc le point de départ du phénomène variqueux, mais pouvait être secondaire à l'insuffisance veineuse sous-jacente qui crée un « effet siphon » (ou force aspirative négative) engendré par le remplissage du segment variqueux sous-jacent.

Entre les crosses franchement incontinentes et les crosses continentes nous avons tenté de sélectionner les crosses « discrètement incontinentes » chez les patients qui présentaient des varices sous-jacentes. S'il existe un effet siphon, la suppression sélective des varices et de leurs sources les alimentant devrait supprimer celui-ci et donc l'incontinence ostiale secondaire. Nous avons fait opérer ces patients par phlébectomie ambulatoire, le chirurgien respectant scrupuleusement nos indications.

Un examen écho-Doppler réalisé quelques semaines après l'intervention a montré la disparition du reflux au niveau de la crosse discrètement incontinente et dans certains cas la normalisation du retour veineux du tronc saphénien, confirmé par l'écho-Doppler couleur.

Conclusion

Les cartographies veineuses que nous réalisons sont de véritables cartes d'identité veineuses qui nous permettent de suivre et de traiter nos patients. Nous dessinons tout le système veineux superficiel, y compris les minivarices, alimentant les varicosités.

Par une exploration longue et minutieuse, réalisée sur chacun de nos patients, nous avons tenté de sélectionner les patients chez qui nous pourrions proposer un geste minimal, adapté à chaque cas, le moins agressif possible, par sclérose ou phlébectomie ambulatoire isolée des branches en respectant le capital veineux.

Si cela est aujourd'hui évident en cas de continence ostiale ou tronculaire, nous pensons qu'il faut actuellement respecter dans un premier temps les crosses et les troncs discrètement incontinents associés à la présence de branches variqueuses sous-jacentes mais ne traiter que les branches incontinentes.

Un suivi plus prolongé de nos malades nous permettra de préciser la réalité de cet effet siphon et de ses applications thérapeutiques.

Références

1. Magi G. In : En direct de la Société Française de Phlébologie, Euroveine Actualités, Paris, 21 mars 1992.
2. Schadeck M. Doppler and echotomography in sclerosis of the saphenous veins. Phlebology 1987 ; 2 : 221-40.
3. Schadeck M. Le reflux sur valvules saines en grande saphène. Phlébologie 1991 ; 44 : 603-13.
4. Van Cleef J.F., Griton Ph. In : Kervran Y.M., l'article du Quotidien du Médecin. L'angioscopie a bouleversé la compréhension de la maladie veineuse. Quotidien du Médecin, n° 4723 91,4/5, 21.