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

Le TRAITEMENT par CLOSURE® sous ANESTHÉSIE LOCALE STRICTE en AMBULATOIRE

The TREATMENT by CLOSURE® under STRICT LOCAL ANAESTHESIA into AMBULATORY

J.F. LUTHI

R É S U M É

L'utilisation au cabinet médical du système VNUS Closure®, sous anesthésie locale stricte, apparaît réalisable ambulatoirement dans de très bonnes conditions, notamment du point de vue de la douleur. Toutefois, la durée de la procédure, le problème du remboursement des prestations, le nombre encore limité de praticiens à même de l'utiliser semblent affecter l'extension de cette technique efficace, favorablement perçue par les patients et gratifiante pour le médecin.

Mots-clefs : *phlébologue, auto-évaluation, état veineux.*

S U M M A R Y

The use in a medical office of system VNUS Closure® under strict local anaesthesia is possible in very good condition for a daily patient, notably from the point of view of pain. However, the length of the procedure, the problem of reimbursement of the services, and the limited number of practitioners who can use it, seem to affect the widespread use of this efficient technique, which is perceived favorably by the patients and is gratifying for the doctor.

Keywords : phlebologist, self evaluation, venous state.

INTRODUCTION

Le principe de l'obtention d'une oblitération endoveineuse des troncs saphéniens variqueux date de 1964, mais c'est en 1998 [1] que la technique américaine VNUS Closure® fut proposée, précédant l'apparition des cathéters à diode laser également utilisés dans la même indication et qui ne font pas l'objet de commentaires dans cet article.

MÉTHODE

Les patients auxquels la technique Closure® fut proposée présentaient pour la plupart une atteinte d'une grande veine saphène (GVS) symptomatique (rarement d'une petite veine saphène), stade clinique C2 à C6 selon la classification CEAP, située en position anatomique classique, sans branches variqueuses significatives au niveau de la cuisse ni sinuosités importantes.

L'âge est compris entre 16 et 80 ans, la majorité des patients étant des femmes. Le diamètre des veines variait entre 3 et 8 mm en position déclive, certaines ectasies veineuses dépassant parfois 10 mm.

N.B. : Cet article ne suscite aucun conflit d'intérêt avec la société VNUS Medical Technologies, États-Unis, notamment absence de tout sponsoring.

A domicile, 60 à 90 minutes avant le rendez-vous, le patient applique 30 g (1 tube) de crème anesthésiante Emla® à la face interne du haut de la jambe, jusqu'au pli inguinal, sous occlusion par du film alimentaire.

Au cabinet médical, le matériel est ôté, puis la technique se déroule selon la méthode décrite [2], en parfaites conditions de stérilité.

Une attention particulière est accordée à l'anesthésie par tumescence, dans la loge saphénienne, au sein du dédoublement du fascia. La tumescence à elle seule nécessite habituellement de 10 à 15 minutes. Le cathéter Closure® est ensuite retiré, sous compression proximale par une assistante, ainsi que par une bande Esmarch posée du genou au haut de la cuisse. A la fin de cette phase, une compression du point de ponction est réalisée pendant quelques instants puis on procède à la mise en place d'un bandage collé genre Elastoplast® de la base des orteils jusqu'à la racine du membre (GVS).

Le patient quitte alors le cabinet sans autre mesure de surveillance particulière. Un contrôle clinique a lieu 2 jours plus tard ; le pansement est alors remplacé par un collant de classe II durant environ 3 semaines.

Le suivi angiologique se fait généralement à 1, 6 et 12 mois, et peut comprendre le traitement des varices ou perforantes jambières situées en distalité de la zone traitée par le cathéter si elles ne sont pas suffisamment affaissées par la suppression du reflux proximal.

10, avenue de Savoie 1003 LAUSANNE Suisse.

© *Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 59, n° 2/2006, p. 175-177*

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



Photo 1. – Cathéter en place avant la tumescence



Photo 2. – Tumescence écho-guidée en cours

COMMENTAIRES

Le but de cet article n'est pas d'évoquer les résultats qui ont fait l'objet de nombreuses publications [3-5] avec des collectifs importants, un recul maintenant de 5 ans, et qui sont retrouvés dans la pratique de la technique au cabinet médical. Plus de 90 % d'oblitérations veineuses durables sont obtenues par cette méthode.

PROBLÈMES RENCONTRÉS

Le vasospasme : en l'absence de prémédication, celui-ci est observé jusqu'à environ 30 % des cas dans notre expérience en particulier si les veines sont fines. Exceptionnellement, il peut empêcher d'effectuer la procédure, la lumière presque virtuelle de la veine et l'épaississement de la paroi pouvant empêcher la mise en place de l'introducteur. Une anamnèse révélant des antécédents de malaises pendant les ponctions veineuses, une tension artérielle basse et un morphotype de genre leptosome doivent inciter à la plus grande prudence avant de proposer cette technique ambulatoirement au cabinet.



Photo 3. – Pansement en fin d'intervention

Le malaise vaso-vagal : le plus souvent, chez les mêmes patients sujets au vasospasme, il peut apparaître lors de la phase de mise en place de l'introducteur puis du cathéter et peut aller jusqu'à la syncope. Il sera prévenu par la mise en position de Trendelenbourg lors de la procédure, une température plutôt fraîche dans la salle, éventuellement par une ampoule d'atropine sous-cutanée chez les sujets à risque, avant l'intervention.

Les douleurs localisées pendant la phase de retrait du cathéter, lorsque la température de 85° est appliquée, nous semblent se produire globalement dans 30 % des cas environ ; la procédure est immédiatement interrompue ; le cathéter est retiré et nettoyé à son extrémité puis le générateur remis en marche. La douleur ne réapparaît souvent pas mais, dans le cas contraire, la bande Esmarch est retirée et la tumescence complétée au lieu de la douleur avant la poursuite de l'acte technique.

A la fin de chaque procédure, le patient est prié de donner une note globale de la douleur liée à ce traitement, sur la base d'une échelle semi-quantitative subjective allant de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur intolérable). La valeur moyenne obtenue dans le collectif des patients a été de 1,5 (extrêmes de 0,3 à 4), les douleurs aiguës dues à la chaleur du cathéter (brièvement alors de 8 à 10) étant prises en compte. Le collectif limité ne permet pas de tirer d'autres conclusions sur ce point que de reconnaître la bonne tolérance générale de la démarche effectuée dans ces conditions.

Il n'a pas été relevé de douleurs notables avant le contrôle à 48 h, et plus tard rien d'autre qu'une sensibilité parfois modérément exacerbée de l'intérieur de la cuisse pendant au maximum quelques semaines après le geste. Il en va autrement avec la petite saphène où des dysesthésies douloureuses mais transitoires peuvent poser un réel problème.

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

L'**avantage** de cette pratique est l'absence de problèmes rencontrés suite à l'anesthésie (générale, péridurale ou neuroleptanalgésie), le retour immédiat à domicile et la reprise très rapide du travail, généralement le lendemain voire le surlendemain.

Les **désavantages** existent naturellement aussi : l'absence de garantie de remboursement, notamment en Suisse, empêche de proposer ce geste à tous les patients potentiels malgré une économie manifeste par rapport à la crossectomie et éveinage par chirurgie classique. La procédure est relativement longue, ce qui entraîne une rentabilité du geste discutable, eu égard aussi à la responsabilité de l'opérateur.

L'alternative est constituée par l'échosclérose tronculaire. Il est clair que, dans l'autre possibilité de traitement qu'est l'éveinage chirurgical court de la GVS, le patient peut bénéficier de surcroît d'emblée du traitement des branches variqueuses jambières. Cependant, il apparaît que chacune de ces techniques s'adresse à des cas différents, étant entendu qu'il y a une zone non négligeable de superposition des indications à l'usage de l'une ou l'autre de ces méthodes. Cela ne facilite pas toujours le choix de l'une d'entre elles, qui demeure largement dépendant de l'expérience du médecin. Toutefois, il y a quelques raisons de préférer un geste même partiel nécessitant éventuellement ultérieurement d'être complété distalement. Au nombre de celles-ci, on peut citer en faveur du Closure® le degré élevé d'occlusion durable obtenu en une seule séance, les suites pratiquement indolores et sans nodules variqueux indurés ni pigmentations, la reprise très rapide de l'activité professionnelle et même sportive.

Enfin, il faut bien reconnaître que, si l'on souhaite dans le même temps opératoire effectuer des traitements adjuvants à l'étage jambier, la procédure complète au cabinet et en anesthésie locale stricte pourrait être lourde pour le patient, du moins lorsqu'il s'agit de phlébectomies. Il n'en va pas de même pour une échosclérose complémentaire, que nous ne pratiquons pour notre part pas avant le contrôle des 48 h, pour minimiser les problèmes dans les suites immédiates.

CONCLUSION

L'usage du système VNUS Closure® sous anesthésie locale stricte en ambulatoire, si l'on tient compte de quelques mesures de précaution, notamment l'application de crème anesthésiante avant l'intervention, et une anesthésie par tumescence très soigneuse de la loge saphénienne, apparaît comme réalisable dans de très bonnes conditions, notamment en ce qui concerne la douleur. Les suites sont généralement remarquablement simples.

Cependant, le coût de la procédure, la durée et la rentabilité de celle-ci demeurent actuellement un problème qui limite l'extension de cette méthode efficace, bien perçue par les patients et gratifiante pour le médecin.

RÉFÉRENCES

1 Weiss R.A., Weiss M.A. Controled radiofrequency endovenous occlusion using a radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux : a 2-year follow-up. *Dermatol Surg* 2002 ; 28 : 38-42.

2 Merchant R.F., De Palma R.G., Kabnick L.S. Endovascular obliteration of saphenous reflux : a multicenter study. *J Vasc Surg* 2002 ; 35 : 1190-6.

3 Lurie F., Pichot O., Sessa C., et al. Prospective randomized study of endovenous radiofrequency obliteration (Closure® procedure) versus ligation and stripping in a selected patient population (EVOLVeS Study). *J Vasc Surgery* 2003 ; 38 : 207-14.

4 Pichot O., Perrin M., et al. Aspects échographiques de la jonction saphéno-fémorale après oblitération de la grande veine saphène par radiofréquence (Closure®). *Phlébologie* 2002 ; 55 : 329-34.

5 Nicolini P., et al. Treatment of primary varicose veins by endovenous obliteration with the VNUS Closure® system : results of a prospective multicenter study. *Eur J Endovasc Surg* 2005 ; 29 : 433-9.