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'ÉTAT de l'ART en PHLÉBOLOGIE AMBULATOIRE

33ème RÉUNION de la SOCIÉTÉ EUROPÉENNE de PHLÉBECTOMIE

XXXIIIrd MEETING of the EUROPEAN SOCIETY of PHLEBECTOMY

Lisbonne, Portugal, samedi 19 novembre 2005

Cette 33ème réunion de la Société Européenne de Phlébectomie s'est tenue le samedi 19 novembre 2005 dans la belle ville de Lisbonne grâce au représentant portugais de la Société, notre ami Norberto Gomes Pires. L'organisation était rigoureuse, ce qui n'a pas empêché l'habituelle convivialité et la chaleur de l'accueil qui sont les caractéristiques de notre Société.

1ère SESSION : MALADIE VEINEUSE

1. « Bibliographie. »

Dr Rémi BARBE, Sainte-Foy-Lès-Lyon – France.

Il a été décidé, afin d'améliorer la qualité de notre information, de proposer à chaque séance de la Société Européenne de Phlébectomie (tous les 6 mois), d'une part une recherche bibliographique sur un sujet phlébologique, d'autre part de sélectionner les informations bibliographiques issues de l'ensemble des partenaires de la Société.

À chaque réunion, un sujet fera l'objet d'une présentation après recherche et sélection des articles sur le système Pub-Med, système de référence qui regroupe actuellement les publications référencées au niveau international. Cette première recherche bibliographique a été réalisée sur le thème du **« reflux veineux »** : sa caractérisation à l'écho-Doppler ou aux autres techniques physiques (par exemple la pléthysmographie) et les possibilités de quantification, en terme de durée, vitesse, volume, et la corrélation avec les signes veineux fonctionnels ou la présence de troubles trophiques.

La prochaine présentation de bibliographie (à Beaune le 29 avril 2006) portera sur le concept « phlébectomie », registre qui doit comporter de très nombreuses références. Nous souhaitons bon courage à notre ami Rémi Barbe.

2. « La crosse de la saphène : un mythe veineux de cinquante ans. »

Dr Alain COLIGNON, Bruxelles – Belgique, *Dr Jean HÉBRANT*, Jambes – Belgique.

La remise en cause de la crossectomie associée à l'éveinage tronculaire n'est plus du tout un scoop. Cette remise en cause est liée notamment à la nouvelle conception de l'insuffisance veineuse : la conception réticulaire ascendante.

Les auteurs présentent l'examen de 30 patients, chez qui l'indication d'une saphénectomie avec crossectomie avait été posée. Chacun d'eux présentait un reflux ostial franc présent lors des épreuves de compression-relaxation et lors des manœuvres de Valsalva. Une étude plus soigneuse de l'hémodynamique saphéno-fémorale en préopératoire immédiat a montré à quel point les erreurs pouvaient survenir : les faux reflux ostiaux existent et ils sont nombreux et, dans la réalité, seuls 12 patients sur les 30 présentaient un reflux lors du contrôle opératoire de la crosse, ce qui, pour l'ensemble des patients étudiés, réduirait à 15 % la proportion d'insuffisance ostiale.

Il semble exister de fausses continences ostio-tronculaires, c'est-à-dire des reflux non exprimés. Pour juger de façon efficace la continence de la saphène, et notamment ostiale, il est important d'étudier l'aspect échographique d'une valve saine, comparativement à une image d'insuffisance ostiale où il existe une brisure dans le segment valvulaire. Cette image de brisure se rencontre fréquemment en pratique.

En conclusion, un grand nombre de saphènes réputées refluantes mais pourtant parfaitement saines (faux positifs) ont certainement été opérées dans le passé et sont encore opérées aujourd'hui. Il est évidemment logique que le reflux saphène disparaisse immédiatement après interruption de la boucle de reflux, que cette interruption soit faite au niveau du tronc, de la varice réticulaire ou de la perforante.

Il ne faut pas attribuer indûment la guérison au geste thérapeutique. Ni le laser endovasculaire, ni la phlébectomie ne sont responsables de cette évolution, uniquement liée à l'erreur de diagnostic. **La crosse ne guérit pas car elle n'a jamais été malade**. En revanche, la suppression isolée du tronc saphène n'a pas de sens ; en effet elle interrompt la boucle de reflux qu'elle fait disparaître sans éliminer les varices. Tôt ou tard une nouvelle voie veineuse incontinente rejoindra de proche en proche la crosse laissée en place.

Tout ceci plaide en faveur de la réalisation de techniques périphériques à laquelle répond l'étude multicentrique ASVAL.

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

3. « Atlas d'écho-Doppler veineux des membres inférieurs. »

Dr Javier PÉRES MONREAL, Saragoza – Espagne.

L'auteur présente un DVD qui se veut un outil didactique permettant l'enseignement avancé de l'écho-Doppler veineux des membres inférieurs, tenant compte de tous les secteurs anatomiques touchés, avec plusieurs chapitres : exploration du système veineux superficiel, du système veineux profond, l'écho-Doppler et les nouvelles thérapeutiques, enfin la pathologie des systèmes veineux superficiels et profonds.

Plus de 340 images avec des textes explicatifs et 50 vidéos incluant l'écho-marquage des varices et les traitements endo-laser et mousse font partie du DVD, qui sera traduit en plusieurs langues et devrait avoir un succès mérité.

4. « Bilan écho-Doppler pour insuffisance veineuse superficielle : relation entre la cartographie et l'âge, les symptômes et les signes. »

Drs Paul PITTALUGA & Sylvain CHASTANET, Cagnes-sur-Mer – France, *Drs Bernard RÉA & Rémi BARBE*, Sainte-Foy-Lès-Lyon – France.

Le but de la présentation est l'étude de la relation entre la cartographie écho-Doppler et l'âge, les signes et/ou symptômes d'insuffisance veineuse superficielle.

La méthode est l'examen écho-Doppler de tous les patients venus consulter pour des signes et/ou des symptômes d'insuffisance veineuse chronique. Ont été notés l'âge, le sexe, le score C de la classification CEAP, l'existence de symptômes pour chaque membre inférieur examiné. Sont exclus les membres inférieurs déjà opérés de varices, ou présentant une pathologie veineuse profonde.

Cette étude a porté sur 2 275 examens écho-Doppler réalisés entre janvier 2003 et juin 2005. Après étude des résultats, les conclusions étaient les suivantes : corrélation positive entre l'âge, le stade clinique de l'IVS et l'étendue du reflux veineux superficiel. Ceci plaide pour un traitement précoce de la maladie avant une détérioration clinique et hémodynamique prévisible. Par ailleurs a été notée l'existence d'une forme clinique particulière chez les patients plus âgés, associant reflux saphène, absence de varices et présence de troubles trophiques.

2ème SESSION : SCLÉROSE

5. « La microsclérose et l'esthétique. »

Dr Norberto GOMES, Setúbal – Portugal.

L'auteur propose une étude comparative des microscléroses réalisées uniquement à visée esthétique dans un référentiel de patients qui s'intéressent à leur aspect physique. Les télangiectasies sont analysées selon le morphotype androïde/gynoïde, l'âge et le sexe.

Quatre réflexions sont exposées par ailleurs : sur le cabinet idéal, la meilleure méthode de sclérose, le bien être psychique du malade et enfin, et ceci n'est pas le moins d'intérêt, la posture correcte du médecin qui doit pouvoir éviter de devenir un dorsalgique chronique.

6. « Traitement des varicosités par sclérolaser après transillumination. »

Drs Jean-Claude SCIALOM et Chyi HWANG, Paris – France.

Les auteurs montrent l'association sclérose par injection d'un mélange de Sclérémo®-Procaïne à l'application de laser Nd Yag, de longueur d'onde 1 064 nm. Ce traitement est effectué après une transillumination dans une pièce obscure avec injection des veines de drainage repérées par transillumination.

De nombreuses images, pré et post-thérapeutiques, sont proposées avec des résultats dans l'ensemble satisfaisants. En post-thérapeutique, les auteurs proposent d'appliquer un mélange extemporané d'un dermo-corticoïde de classe 1 à une crème hydratante associé à un pansement.

7. « Sclérothérapie des télangiectasies : quel est le meilleur agent sclérosant ? »

Dr Raymond BENOIT, Genève – Suisse.

L'auteur rapporte deux études comparant l'efficacité de la glycérine chromée au polidocanol, injecté soit sous forme de solution soit sous forme de mousse, pour le traitement des télangiectasies des membres inférieurs. La conclusion des deux études est que la glycérine chromée est légèrement mais significativement supérieure au polidocanol, que celui-ci soit en mousse ou en solution.

Quoi qu'il en soit, les trois traitements sont efficaces et donnent un score de satisfaction acceptable dès la 1re séance, avec peu d'effets délétères.

8. « La cryosclérose. »

Dr Prestes PIRES, Guarda – Portugal.

L'auteur nous relate son expérience de huit ans de cryosclérose. Cette technique consiste à injecter un produit sclérosant à basse température. Ceci a pour effet de conjuguer les effets chimiques du produit sclérosant à l'effet physique de la basse température.

Il faut résoudre deux problèmes :

– injecter le produit sclérosant (glycérine chromée) à basse température en évitant sa congélation tout en lui gardant une fluidité suffisante : cela est obtenu en modifiant sa formule par l'adjonction d'alcool éthylique ;

– éviter le réchauffement du produit lors de l'injection : ceci est obtenu en utilisant une cryoseringue réfrigérée à – 60 °C à l'aide de neige carbonique. La température du mélange sclérosant reste ainsi stable à – 40 °C pendant 25 minutes, temps nécessaire pour pratiquer les injections.

Les avantages de cette méthode sont présentés : ses résultats sont bons, le nombre de séances d'injection est diminué, la contention n'est pas nécessaire après sclérose des télangiectasies et des petites varicosités, elle est praticable toute l'année, elle n'induit pas de pigmentations secondaires importantes, on observe un renforce-

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

ment de l'effet sclérosant de la glycérine chromée, de petites quantités sont injectées et sont suffisantes.

L'auteur rappelle qu'il s'agit d'une méthode qui est un complément des autres moyens pour gérer la maladie veineuse, pathologie chronique aux facteurs étiologiques nombreux.

3ème SESSION : CHIRURGIE VEINEUSE

9. « La phlébectomie des veines du pied et de la main. Aspect spécifique. »

Dr Emmanuel BLIN, Paris – France.

Une étude anatomique des veines du pied est nécessaire à la réalisation d'un acte technique plus complexe qu'il n'y paraît : la phlébectomie des veines du pied. Des études en 3D ainsi qu'un film sur la réalisation des phlébectomies sont proposés. L'auteur insiste sur la nécessaire qualité des gestes techniques, leur lenteur, et sur une bonne cartographie pré-interventionnelle. Enfin il fait un parallèle avec la phlébectomie de la main dont la réalisation est toujours seulement à visée esthétique.

10. « Méthode ASVAL : état des lieux, résultats à plus de 2 ans et présentation de l'étude prospective multicentrique. »

Drs Paul PITTALUGA & Sylvain CHASTANET, Cagnes-sur-Mer – France, *Drs Bernard RÉA & Rémi BARBE*, Sainte-Foy-Lès-Lyon – France.

La méthode ASVAL (Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale) consiste à gérer de façon sélective les reflux veineux superficiels avec, comme attitude de première intention, la préservation des axes saphènes.

Cette étude a débuté en février 2001 et les résultats sont rapportés jusqu'à octobre 2005. Au cours de cette période, 2 089 membres inférieurs avec reflux saphène ont été opérés. Des interventions de type ASVAL (phlébectomies avec conservation de l'axe saphène) ont été réalisées sur 775 membres inférieurs (37,1 %).

Progressivement cette nouvelle méthode a été élargie d'année en année pour devenir une attitude quasi systématique en face des reflux veineux superficiels. Les bons résultats se sont maintenus à plus de deux ans sur le petit nombre de suivis pour les patients les plus anciens. Cette expérience incite à avoir une attitude conservatrice de la saphène lors du traitement chirurgical des varices. Une étude prospective multicentrique devra évaluer précisément les indications de cette approche conservatrice ainsi que les résultats à long terme.

11. « Chirurgie veineuse : mon expérience en chirurgie générale. »

Dr José PARDETE FERREIRA, Setúbal – Portugal.

L'auteur offre un magnifique panorama d'une expérience de 40 ans, compte tenu de l'évolution historique qu'il a vécue, de l'état de l'art changeant de la pathologie veineuse ainsi que les progrès des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Il insiste sur cinq suggestions :

1. Amélioration constante des critères diagnostiques et des indications des différents moyens thérapeutiques.

2. Utilisation plus fréquente de moyens complémentaires de diagnostic.

3. Redéfinition de la place de la thérapeutique médicale et de la Médecine du Travail.

4. Établissement des protocoles internationaux, bien suivis, de diagnostic et traitement.

5. Formation d'équipes polyvalentes de décisions thérapeutiques à l'instar de ce qui est préconisé dans les autres disciplines actuellement, notamment en cancérologie.

12. « Chirurgie traditionnelle et ambulatoire de la petite saphène. »

Dr Luigi FOSSATI, Monza – Italie, *Drs Fabio COLOMBO & Florian HEYDECKER*, Milano – Italie.

Les auteurs décrivent les avantages et les désavantages de la chirurgie traditionnelle ambulatoire de la petite saphène ; ils confirment l'absolue nécessité de l'utilisation diagnostique de l'écho-Doppler couleur. Pour eux la phlébectomie ambulatoire selon Muller offre des avantages importants avec de moindres risques opératoires.

4ème SESSION : LASER ET RADIOFRÉQUENCE

13. « Les lasers rouges : une arme contre les varicosités. »

Dr Alain COLIGNON, Bruxelles – Belgique, *Dr Jean HÉBRANT*, Jambes – Belgique.

Les auteurs font une démonstration physique du caractère inadapté des lasers rouges pour le traitement logique des varicosités, ceci notamment pour des problèmes de longueurs d'ondes insuffisantes. Ils proposent d'orienter plutôt les recherches vers d'autres options :

– utilisation d'un exochromophore qui augmente l'absorbance du sang à 40 cm^{-1} ;

– utilisation des propriétés des lampes flash pour choisir une puissance de tir dont le spectre d'émission détermine une absorbance moyenne de 40 cm^{-1} ;

– utiliser un laser rouge de l'ordre de 630 à 640 nm de longueur d'onde sous laquelle l'absorbance de l'hémoglobine réduite est naturellement de l'ordre de 40 cm^{-1}.

14. « Mid-term results with the endovenous laser : 250 limbs. »

Dr Svatopluk KASPAR, Hradec Kralove – République Tchèque.

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

250 membres ont été traités par laser-destruction saphénienne, par utilisation du laser à 980 nm diode. Cette étude rétrospective émane d'un seul centre, est ouverte et non randomisée. Elle est basée sur 3 ans d'expérience du laser endoveineux.

Les résultats immédiats sont satisfaisants : 99 % d'occlusion veineuse, absence de douleurs dans 76 % des cas, aucune infection ni brûlure cutanée, aucune lymphorrhée ni escarre.

Enfin les effets délétères sont comptabilisés de la manière suivante : 93 % d'ecchymoses, 24 % de douleurs persistantes, 18 % de cordes fibreuses indurées persistantes, 13 % de thromboses veineuses superficielles, 7 % de recanalisations avec reflux, enfin 0,46 % de lésions nerveuses du nerf sural et tibial.

Pour autant, l'auteur n'abandonne pas les techniques chirurgicales traditionnelles mais considère le traitement par endo-laser veineux comme un traitement que l'on peut proposer avec une assez grande sécurité à un nombre sélectionné de patients.

15. « Laser endoveineux de la petite saphène. Technique – Étude GELEV. »

Dr Gérard COHEN-SOLAL, Ivry-sur-Seine – France, *Dr Jean-Claude SCIALOM & J. LE MAGREX*, Paris – France.

Les auteurs rapportent les résultats d'un traitement endoveineux de la petite saphène réalisé par un abord rétro-malléolaire percutané avec une fluence maximale de 40 j/cm 980 nm, limite inférieure au 1/3 de la jambe avec respect du pli de flexion du genou.

107 patients ont été traités de janvier 2001 à décembre 2003, puis suivis jusqu'en juin 2005. Il a été noté des crossectomies de nécessité dans 2 cas, 2 reperméations totales massives précoces et 7 reperméations partielles.

Les complications ont été des paresthésies (20 %) toutes régressives, des thromboses veineuses profondes (7 cas), 16 réactions inflammatoires dont 3 avec rétraction. Aucune récidive poplitée et aucun cavernome pour la période étudiée n'ont été observés.

Ils concluent que le LEV est efficace, avec des résultats stables à moyen terme, sous réserve d'une technique rigoureuse et non maximaliste.

16. « Laser treatment on non healing leg ulcers : results in 80 patients. »

Dr Paolo CASONI, Parma – Italie.

L'auteur rapporte une étude du traitement des ulcères de jambe avec une source laser diode de 810 mn. L'étude a porté sur 240 membres inférieurs en 4 ans, avec randomisation des patients, divisés en deux groupes : avec et sans application de laser.

Les nombreuses images pré et post-thérapeutiques montrent que le traitement laser des ulcères de jambe est utile pour plusieurs raisons : stimulation des fibroblastes, activation des leucocytes et du métabolisme cellulaire, effet vasodilatateur, anti-inflammatoire et anti-œdémateux, prolifération des kératynocytes, enfin effet antalgique, bactéricide et activateur de l'immunité.

CONCLUSIONS

« C'est la certitude et non le doute qui rend fou » (Nietzche)

Les discussions ont été très animées.

L'état de l'art phlébologique semble évoluer tout au long de nos différentes réunions semestrielles vers, pour une fois, un allégement des techniques proposées, une diminution du nombre d'interventions sur les troncs saphéniens ainsi que de la crossectomie, moins de réalisations de saphéno-destructions, qu'il s'agisse de laser ou de radiofréquence, au profit d'une chirurgie sélective, périphérique, basée sur la conception réticulaire et ascendante de l'étiologie variqueuse qui semble de plus en plus être à l'honneur actuellement.

La seconde remarque porte sur ce retour à la simplification des moyens mis en œuvre, dans la majorité des cas il est vrai, sur une population de patientes et de patients mieux informés, venant consulter à un stade plus précoce de la maladie veineuse :

1. validation de la microsclérose comme le traitement le plus répandu des télangiectasies : disparition de la thermocoagulation pour cette indication, utilisation mitigée et controversée du laser ;

2. pour les varices, après la chirurgie délabrante de jadis devenue plus respectueuse, plus esthétique et moins agressive, l'endoscopie sous-fasciale, la radiofréquence et le laser endoveineux, on revient à une chirurgie fine, sélective avec un simple crochet, respectueuse des troncs saphéniens, et souvent sans utilisation du bistouri mais d'une simple aiguille.

Cette évolution a été souvent présentée dans nos réunions par de nombreux orateurs mais comme toujours :

« Tout a été dit, et comme personne n'écoute, il faut toujours recommencer. »
(André Gide)

P.-L. CHOUKROUN