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

Three-year European follow-up of endovenous radiofrequency-powered segmental thermal ablation of the great saphenous vein with or without treatment of calf varicosities.

Résultats à 3 ans du traitement de la grande veine saphène avec et sans phlébectomie des de varices du mollet par ablation endoveineuse thermique utilisant la radio-fréquence segmentaire.

Proebstle T.M., Alm J., Göckeritz O., Wenzel C., Noppeney T., Lebard C., Pichot O., Sessa C., Creton D. for the European Closure Fast Clinical Study Group. J. Vasc. Surg. 2011 ; 54 : 146-52.

Perrin M.

Abréviations utilisées

ED : écho-Doppler

IVC : insuffisance veineuse chronique

GVS : grande veine saphène

PREVAIT : *presence of varices after operative treatment* = présence de varices après traitement opératoire

VCSS : *Venous clinical severity score* = score veineux clinique de sévérité

Classification de l'article

Étude prospective de cas-témoin.

Résumé

But de l'étude

Évaluer à 3 ans les résultats de la technique *ClosureFast* ± phlébectomie des varices du mollet dans l'incompétence de la grande veine saphène (GVS).

Méthodes

Étude prospective multicentrique de 295 GVS traités par cette technique avec contrôles réguliers :
– cliniques en utilisant les paramètres de la CEAP et le score veineux clinique de sévérité (VCSS) [1, 2] ;
– écho-Doppler (ED).

Résultats

À 3 ans, 256/295 membres ont été évalués. La GVS était oblitérée dans 92,6 % des cas et l'absence de reflux était évaluée à 95,7 %. Le calibre de la GVS mesuré par ED à 3 centimètres de la jonction saphéno-fémorale en préopératoire était de 5,8 mm ± 2,1, en postopératoire à 3 ans de 2,2 mm ± 1,1. Le VCSS s'était amélioré en passant de 3,9 ± 2,1 à 0,9 ± 1,5, P < 0000,1 ; la classe CEAP l'était également P < 0,001.

Conclusion

Les auteurs en concluent que la méthode fournit un succès important et durable tant au plan clinique qu'ultrasonique.

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

Commentaires

Cette étude bien documentée des résultats cliniques et ED à 3 ans de la technique ***ClosureFast*** dans le traitement de la GVS était associée dans 69,5 % des cas à une ablation des tributaires incompétentes du mollet par phlébectomie ou sclérothérapie.

Il n'est cependant pas précisé si ces tributaires variqueuses ont été traitées de façon systématique ou non.

Très peu de malades ont bénéficié ultérieurement d'un traitement complémentaire, ce qui confère à cette série une qualité supplémentaire. En plus, moins qu'il est classique seulement 15 % des malades étaient perdus de vue à 3 ans.

On peut cependant regretter dans l'évaluation clinique du traitement que la classification CEAP ait été utilisée, d'autant que les auteurs confessent qu'ils sont bien informés de sa faible valeur comme outil d'évaluation.

Il en est presque de même quant à l'utilisation du VCSS pour juger de l'efficacité du traitement sachant que ce score n'est vraiment utilisable que dans l'insuffisance chronique (IVC) [3].

Sachant que la moitié des malades ne présentaient pas d'IVC en préopératoire, il n'est pas surprenant que l'amélioration du score ne soit que de 0,9/30, ce dernier chiffre étant le score maximum.

Il eut été intéressant d'évaluer séparément à l'aide du VCSS les patients C_4-C_6.

Heureusement, d'autres paramètres sont utilisés pour apprécier le bénéfice au plan clinique.

L'**évaluation ultrasonique** est complète, mais une fois de plus la récidive n'est jugée que sur cette investigation (présence ou absence de reflux) et non pas sur le critère clinique défini par l'acronyme *PREVAIT* : *présence de varices après traitement opératoire* [3].

Cependant, nous sommes d'accord sur les conclusions des auteurs (voir plus haut).

Le taux d'occlusion est supérieur à celui qui avait été obtenu avec ClosurePlus [4].

Certes les puristes, avant d'admettre ces conclusions, attendront les résultats des essais contrôlés randomisés, comparant cette technique à la chirurgie à ciel ouvert, aux autres techniques d'ablation thermique ou d'ablation chimique.

Références

1. Vasquez MA., Rabe E., McLafferty RB., et al. Revision of the venous clinical severity score: Venous outcomes consensus statement: Special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. J. Vasc. Surg. 2010 ; 52 : 1387-96.
2. Perrin M. Révision du score veineux de sévérité clinique : document de consensus sur les résultats. Communication spéciale du groupe de travail ad hoc de l'American Venous Forum sur les résultats. Phlébologie 2011 ; 64 : 66-74.
3. Eklöf B., Perrin M., Delis K.T., Rutherford R.B., Gloviczki P. Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. J. Vasc. Surg. 2009 ; 49 : 498-501.
4. Gale S.S., Lee J.N., Walsh M.E., Wojnarowski D.L., Comerota A.J. A randomized, controlled trial of endovenous thermal ablation using the 810-nm wavelength laser and the ClosurePLUS radiofrequency ablation methods for superficial venous insufficiency of the great saphenous vein. J. Vasc. Surg. 2010 ; 52 : 645-50.