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

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE Phlébologie ANNALES VASCULAIRES
Phlébologie 2010, 63, 2, p. 90-95

XLIIe Congrès de la Société Européenne de Phlébectomie
XLIIth Congress of European Society of Phlebectomy

Le réticulum : dernière frontière de la maladie variqueuse.
The reticulum: last frontier of varicose disease.

Lyon (France) - 10 avril 2010

Choukroun P.L.

Ce Congrès vasculaire s'est déroulé à **Lyon**, capitale des Gaules et de la soie, sur le thème du **réticulum**.

Cette ville richement irriguée, siège de la confluence de la Saône et du Rhône, constitue un beau symbole et nous avons eu le plaisir d'accueillir comme orateurs ou modérateurs, des dirigeants de Sociétés vasculaires amies.

Le temps était printanier, l'organisation scientifique, culturelle et gastronomique était l'œuvre de nos amis lyonnais : Bernard Réa, Bernadette Omar-Jolland et Rémi Barbe que nous remercions très chaleureusement.

This vascular meeting was sitting in Lyon, city of silk and capital of Gaules.

Subject was réticulum.

This very irrigate town was a beautiful symbol of confluence : many leaders of others vascular societies were received as chairmen or orators.

Session 1. Données fondamentales et hypothèses :
Modérateurs : Dr Pittaluga et Dr J.M. Trauchessec

Données embryologiques actuelles sur le système veineux du membre inférieur.

Uhl J.-F. (Paris)

Nos connaissances se limitent à quelques hypothèses élaborées sur la base des travaux de Lewis sur le lapin (1906) et sur les observations de certaines malformations congénitales de type tronculaire : veine marginale, veine sciatique persistante.

Rappel de l'embryogenèse veineuse du membre inférieur selon Lewis

Chez l'embryon de lapin, les bourgeons des membres apparaissent vers la fin du 10e jour.

Lors d'une 1re étape (vers le 14e j), apparaît une veine fibulaire latérale issue de la veine cardinale postérieure.

Dans une 2e étape (vers le 17e j), une veine tibiale antérieure devenant la principale veine drainante, pendant que la veine fibulaire latérale régresse.

Au 3e stade (vers 3 semaines), une branche anastomotique venant de la veine sciatique, se connecte avec un nouveau vaisseau, la veine fémorale, système veineux profond définitif, alors que la veine sciatique régresse. La partie la plus distale de la veine fibulaire deviendra la PVS.

Mais ce ne sont que des hypothèses... l'homme n'est pas un lapin !

Théorie de Gillot ou théorie dite « des nerfs angiodirecteurs »

A quelques rares exceptions près, l'embryogenèse des veines suit le développement des nerfs. (Ceci est étayé par la sécrétion par les nerfs du VGEF et les récepteurs des cellules endothéliales qui vont se différencier en veines, artères ou lymphatiques.)

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

Trois nerfs angiodirecteurs conditionnent ainsi la veinogenèse des membres inférieurs de l'embryon :
– dans l'axe du membre le nerf axial : nerf grand sciatique,
– en avant le nerf pré-axial : nerf fémoral,
– en arrière le nerf post-axial : futur petit sciatique (nerf cutané postérieur de la cuisse).

Intérêt pratique pour l'angiologue

Mieux comprendre et mieux traiter les Malformations Veineuses Congénitales (MVC).

Et si le réticulum n'existait pas...

Jean Hébrant (Jambes) et Alain Colignon (Bruxelles)

Il faut opposer les troncs saphènes bien protégés par un fascia de recouvrement et le réticulum mal protégé entre derme et graisse constitué d'un filet de petites veines qui est à l'origine des varices tronculaires. Entre ces deux réseaux, des veines jonctionnelles assurent le drainage du réticulum vers les troncs.

Finalement, le réticulum joue un rôle adaptatif nettement plus important que les troncs et il est bien plus sensible aux perturbations hémodynamiques.

Pas de réticulum... Pas de varices !

Alain Colignon (Bruxelles) et Jean Hébrant (Jambes)

Les lésions réticulaires précèdent toujours les lésions saphènes, comme le montrent l'échographie et la transillumination.

La pression joue cependant un rôle important dans l'expression clinique de la varicose réticulaire. Cependant, les lésions de la valvule terminale peuvent entraîner une aggravation de la symptomatologie.

Le réservoir de remplissage est constitué par le réseau des veines musculaires et très accessoirement des veines profondes. Pour que le sang descende chez le patient en orthostatisme et en relaxation musculaire, il faut un réservoir de remplissage et une source alimentant le reflux.

Cette source peut être soit les collatérales, si la jonction saphéno-fémorale (SF) est saine, soit le flux d'origine abdominale, en cas de d'atteinte du système valvulaire saphénien terminal.

Ainsi donc, les lésions peuvent être réticulaires, saphéniennes ou ostiales.

Conclusion pour 2010

– En l'absence d'atteinte ostiale : ASVAL.
– En cas d'atteinte ostiale : éveinage + phlébectomie ou mousse.

Pour l'auteur, il n'y a pas d'indication au laser endoveineux qu'il juge inutile si la crosse est saine et inopérant si elle est malade (récidives de branches antérieures).

Varices : paroi et reflux

Rémi Barbe (Sainte-Foy-les-Lyon)

La notion de varice a vu sa définition varier au fil des ans. De simple description en fonction de son aspect tortueux, de sa taille, les critères ont évolué avec l'apparition des techniques de mesure.

L'utilisation de l'effet Doppler, d'abord continu, puis associé à l'échographie, a permis de définir des critères d'incontinence.

L'évaluation hémodynamique s'est progressivement sophistiquée avec l'utilisation de paramètres multiples : vitesse, débit, volume, durée.

L'appréciation pariétale est, par contre, restée limitée essentiellement à l'étude des valvules terminales et préterminales.

L'étude de la paroi veineuse, en termes d'élastance et de distensibilité, beaucoup plus difficile à réaliser, reste du domaine de la recherche mais d'application routinière difficile.

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

Les techniques pléthysmographiques utilisées le plus souvent donnent une information globale.

Les techniques modernes de traitement de la maladie variqueuse, privilégiant la conservation veineuse, en particulier des axes saphéniens, nécessitent une meilleure connaissance de la paroi veineuse.

Les premiers résultats de l'évaluation de la distansibilité veineuse, en utilisant les mesures échographiques du diamètre veineux, associées à des méthodes de compression à pression croissante, sont présentés.

Session 2. Pratique quotidienne

Modérateurs : Dr Francisco Agaton et Dr Pierre-Louis Choukroun

ASVAL : An 10

Rémi Barbe, Bernard Réa (Sainte-Foy-les-Lyon), Sylvain Chastanet, Timothée Locret (Nice) et Jean-Jacques Guex (Nice)

Les premiers résultats concernant la conservation de la veine saphène partiellement incontinente, après suppression du réseau variqueux sus-facial à l'origine du reflux, selon un protocole hémodynamique s'appuyant sur l'exploration écho-Doppler, ont été présentés à la 25e réunion de la SEP, à Prague en 2001.

La conception de l'ASVAL (Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale) s'est complétée lors d'une réunion constitutive en mai 2004, à Monaco, avec lancement d'une première étude multicentrique.

La conception finalisée de l'ASVAL a fait l'objet de plusieurs publications, en particulier à la SFP (Société Française de Phlébologie) en 2005.

Les concepts d'évolution ascendante de la maladie variqueuse à partir du réseau sus-fascial vers le réseau saphénien, de la disparition ou de la réduction du reflux après ablation des veines superficielles, des conséquences hémodynamiques sur la stase veineuse et sur la taille de la veine saphène faisaient l'objet du protocole ASVAL 1.

Le concept d'évolution ascendante de la maladie variqueuse s'est trouvé validé, comme le montrait la présentation à la SFP. L'apport hémodynamique de l'ASVAL au niveau de la stase veineuse évalué par la pléthysmographie posturale a fait l'objet d'une présentation à l'ACP (American College of Phlebology).

La réduction de la taille de la veine grande saphène associée avec la réduction ou la disparition du reflux dans cette même grande saphène, après suppression des collatérales, a fait l'objet d'une présentation à la SFP.

Parallèlement, les résultats de cette stratégie opératoire en termes de résultats cliniques et sur le plan esthétique et fonctionnel, ainsi que sur l'évolution des territoires opérés, sur le plan variqueux, ont fait également l'objet d'une publication récente au JVS (Journal of Vascular Surgery).

La présentation revoit l'ensemble de ces résultats en suivant le fil de la première étude ASVAL qui a été menée à son terme chez dix patients avec trois ans de recul.

Qualité de vie dans la chirurgie des varices sous anesthésie locale tumescente sans sédation intraveineuse

Denis Creton (Nancy) et Bernard Réa (Sainte-Foy-les Lyon)

Pendant trois mois, 125 patients furent inclus dans 2 centres, à Nancy et à Lyon, pour une chirurgie ambulatoire de varices sous anesthésie locale tumescente, sans aucune sédation par voie intraveineuse.

La qualité de vie et la douleur ont été évaluées en fonction du type et de la durée d'intervention.

La douleur peropératoire fut évaluée à 2,7 sur l'échelle analogique de 0 à 10.

Dans 89,3 % des cas, l'opération a paru peu douloureuse.

Dans environ 50 % des cas, selon le patient, cette chirurgie a paru réalisable, sans aucune sédation intraveineuse.

Cette méthode a permis de réduire le coût sans faire intervenir le médecin anesthésiste.

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

Une jambe, une phlébectomie ?

Jacques-Antoine Dortu (Annecy)

L'auteur, adepte depuis longtemps de la méthode décrite par Muller en 1966, en rappelle les principes, notamment pour la petite saphène, qu'il traite sans crossectomie.

La saphène antérieure et les varices non saphéniennes sont toutes traitées par phlébectomie au crochet de Muller.

Il pose le problème des varices en peau pathologique.

Je commence en bas ! Je m'arrête où ?

Marc Lefebvre-Vilardebo (Neuilly-sur-Seine)

Les nouvelles conceptions sur la varicose ascendante et le volume réservoir du réseau collatéral amènent à une conclusion :

1) Commencer par l'exérèse des collatérales en bas, tout en bas, pied et cheville compris.

2) L'exérèse saphénienne, si elle est nécessaire, est réalisée le plus bas possible, sans crossectomie.

Session 3. Stratégie pratique

Modérateurs : Michèle Cazaubon et François-André Allaert

Influence de la localisation et du volume préopératoire des varices sur la récidive variqueuse après ASVAL

Paul Pittaluga, Sylvain Chastanet et Timothée Locret (Nice)

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 4 années, chez des patients opérés par ASVAL. Le but est d'évaluer l'influence de la localisation et du volume préopératoire sur la récidive variqueuse.

Après phlébectomies isolées avec préservation d'une grande veine saphène refluante, la présence de varices préopératoires avec de multiples origines à la jambe ainsi que l'existence d'un volume variqueux important étaient corrélées à une plus grande fréquence de récidive variqueuse. A l'inverse, la présence de varices avec une seule origine à la cuisse ou au tiers supérieur de jambe était corrélée à une moins grande fréquence de récidive variqueuse.

Ces corrélations devaient être considérées pour le choix du traitement et la fréquence du suivi après traitement.

Mousse sclérosante, une technique ablative sélective dans le traitement des tributaires incontinentes des membres inférieurs

Jean-Pierre Gobin (Lyon) et Gilles Gachet (Voiron)

Le SOV (Save Our Veins) concept, initié par Gachet, est une stratégie de traitement des varices ayant pour but, en supprimant sélectivement un reflux veineux au niveau d'un segment dilaté du tronc saphène et/ou de tributaires, de rétablir la continence des troncs saphènes.

Le but du SOV est de rétablir la continence des troncs saphènes, incontinents à l'écho-Doppler, mais non dilatés, en supprimant un effet siphon ou d'hyperpression. Par sa simplicité, sa sécurité, sa précision et la possibilité de fractionner les séances, le traitement endoveineux à la mousse de sclérosant, réalisé sous échographie est parfaitement adapté à cette stratégie thérapeutique. Il s'adapte à la cartographie veineuse de chaque patient.

Après la réalisation d'un test simple, s'il apparaît que la fermeture d'une tributaire incontinente et dilatée permet de rétablir la continence dans le tronc saphène, nous utilisons cette stratégie pragmatique dans notre pratique en traitant sélectivement cette veine incontinente, généralement sus-faciale.

De nombreux reflux disparaissent, ou s'atténuent, par suppression du siphon en amont. Une étude perspective réalisée sur 54 GVS (28 reflux terminaux) traitées par injection de mousse sclérosante au 1/3 supérieur jambier a permis d'obtenir la disparition des reflux au niveau du tronc fémoral de la GVS, après une première séance pour 50 GVS et pour les 4 autres après la seconde.

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

Conclusion

Le SOV concept est une méthode simple de traitement des reflux veineux, quitte à compléter le traitement lors de la séance suivante en cas d'échec. Il préserve le capital veineux des membres inférieurs (greffon potentiel) et limite probablement l'évolution de la maladie variqueuse.

Scléromousse de la petite veine saphène : mon expérience personnelle

Luigi Fossati (Lissone)

L'auteur présente son expérience du traitement par la scléromousse sur la PVS incontinente.

La fabrication de la mousse est faite selon la méthode de Tessari et l'intervention est réalisée sous contrôle échographique.

Les résultats semblent satisfaisants, amenant à conclure à l'utilité fondamentale de la thérapie par scléromousse.

Phlébectomies en peau pathologique

Ségolène Fays-Michel et Nicole Fays-Bouchon (Nancy)

Les auteurs présentent une revue générale sur la place de la phlébectomie ambulatoire dans le cadre de la maladie variqueuse compliquée de lésions dermatologiques (classification CEAP sous les codes C4a, C4b, C5, C6), notamment en cas d'ulcères variqueux.

Ils rappellent les modalités d'application de la technique de phlébectomie ambulatoire selon Muller et les difficultés engendrées par ces peaux pathologiques. Ils en exposent les résultats.

Il y a généralement une amélioration, voire dans de nombreux cas une cicatrisation très rapide des ulcères variqueux (15 jours à 2 mois). Les résultats sont durables comme le démontre le suivi sur plusieurs années.

C'est une méthode peu invasive, bien supportée par le patient et qui n'entraîne aucune complication, notamment pas d'infection postopératoire, pas de problème d'hémostase ni de fermeture des mini-incisions. Jamais il n'y a d'aggravation des lésions persistantes.

Session 4. Passé et stratégie future

Modérateurs : Jean Hébrant et Raymond Benoît

Quand refaire un ED de contrôle après une TVS ?

Michèle Cazaubon et B. Anastasie (Paris)

La thrombose veineuse superficielle (TVS) a une incidence supérieure à celle de la thrombose veineuse profonde (TVP) soit 1 pour 1 000 cas par an.

L'examen écho-Doppler facile de réalisation, anodin, est utile en l'absence de tests biologiques fiables et surtout en raison du risque d'extension de la TVS vers les veines profondes chez des patients à risque thrombotique et chez des patients sous traitement anticoagulant.

Des recommandations plus précises seront proposées dans un proche avenir.

Chirurgie : histoire et... histoires

Pierre-Louis Choukroun (Paris)

L'Histoire des sciences et notamment **celle de la chirurgie** est émaillée d'un grand nombre d'anecdotes, parfois de hasard et souvent d'erreurs, de lutte contre les sectarismes et les corporatismes qui ont pourtant construit **la GRANDE HISTOIRE**.

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

1) La Royale : opération d'une fistule anale sur le Roi Soleil en 1686, avec ses conséquences effectives jusqu'à nos jours.

2) La première intervention abdominale réussie et référencée : elle fut la première incursion à l'intérieur du corps humain, grâce à Ephraïm Mc Dowell, curieusement assez peu connue en Europe.

3) L'appendicite : elle reste une des plus fréquentes affections chirurgicales, elle a, elle aussi, une histoire homérique... et aussi des patients célèbres.

4) Les autres chapitres relatent la découverte de l'**aseptie** et de l'**antiseptie**, de l'**anesthésie**, de l'**aventure radiologique** avec enfin une histoire peu connue sur l'**incidence des varices**, en France métropolitaine.

Le réticulum : de sa phlébectomie selon Muller à son apprivoisement pour demain

Jean-Marc Trauchessec (Paris)

L'auteur propose une évolution philosophique du concept de réticulum veineux qu'il voit, comme une parabole, une antenne réceptrice des toxines de l'activité métabolique cellulaire : radicaux libres, acide métabolique, endotoxines, qui entraînent des dysharmonies éthériques, des nadis et méridiens énergétiques, mais aussi des dysharmonies émotionnelles, mentales, mémorielles, karmiques.

Les armes, pour renforcer le réticulum sont la stimulation cellulaire métabolique, le changement du mode de vie, en diminuant les facteurs toxiques environnementaux, l'action sur le terrain pour initier ces capacités d'auto-guérison.

A ceux, nombreux, qui trouvent obscures ces méthodes, l'auteur réplique par l'aphorisme :

« Nihil occultum quod sciatur » : rien n'est caché à celui qui veut savoir.

Conclusion

Cette réunion, où ont convergé des partenaires de toute l'Europe, nous a confortés dans les concepts novateurs, sur le traitement et la pathogénie variqueuse.

Elle a constitué un beau tour d'horizon de ce qui se fait de mieux, dans l'Europe phlébologique.

Nous avons hâte de nous retrouver, à l'automne prochain à Barcelone, puis à Rome au printemps 2011.

Prochains Congrès de la Société Européenne de Phlébectomie

13 novembre 2010 – XLIIIe Congrès – BARCELONE – Espagne

Thème : « Concepts phlébologiques, mise à jour : laser, sclérose, thrombose et ulcères »
Conceptos flebologicos, puesta al dia : laser, esclerosis, trombosis y ulceras

Appels de communications et inscriptions :

Dr Francisco Carlos Agaton Bonilla Apdo de Correos 8131, 8080 Barcelone (Espagne)
Tél : 00 34 60 77 28 173 - Courriel : agathon@comb.es

16 avril 2011 – XLIVe Congrès – ROME – Italie

Appels de communications et inscriptions :

Dr Paolo Santoro, Via Firenze, 47, 1 - 00184 Rome (Italie)
Tél : 00 39 38 04 74 17 35 - Courriel : info@gambe-in.it