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

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2012, 65, 2, p. 68-71

The impact of ablation of incompetent superficial and perforator veins on ulcer healing rates.

L'influence de l'ablation des veines superficielles et perforantes sur le taux de cicatrisation des ulcères (veineux).

Harlander-Locke M., Lawrence P.F., Alktaifi A., Jimenez J.C., Rigberg D., DeRubertis B. J. Vasc. Surg. 2012 ; 55 : 458-64.

Perrin M.

Abréviations utilisées

GVS : grande veine saphène

PVS : petite veine saphène

PTP : perforante tibiale postérieure

UV : ulcère veineux

RVP : reflux veineux profond

Classification de l'article

Étude prospective observationnelle.

Résumé

But de l'étude

Il était d'évaluer l'influence de l'ablation endoveineuse de la grande, la petite veine saphène (GVS, PVS) et des perforantes tibiales postérieures (PTP) incompétentes sur le taux de cicatrisation de l'ulcère veineux (UV) après échec du traitement compressif conventionnel.

Méthodes

Un groupe de 72 patients de classe C6 traités par compression et contrôlés une fois par semaine dans un centre spécialisé où étaient mesurées la taille et la profondeur de l'UV. Lorsque l'UV n'était pas amélioré au plan de sa taille après 5 semaines de compression, les malades ont été traités par ablation thermique d'au moins un des systèmes veineux incompétents.

Résultats

Quatre vingt-huit extrémités (110 ulcères) on été traitées par 140 interventions consécutives endoveineuses thermiques par *Closure FAST* et/ou *Closure RFS* (74 sur les veines superficielles et 66 sur les PTP). Les ulcères étaient présents depuis 71 mois ± 6 et leurs superficies s'établissaient à 23 ± 6 cm^2. Après le traitement opératoire, la taille de l'ulcère est passée de + 1,0 ± 0,1 cm^2/mois à – 4,4 ± 0,1 cm^2/mois. Ce paramètre d'amélioration était variable en fonction de la veine traitée : GVS = 6,4 cm^2/mois ; PVS = 4,8 cm^2/mois ; PTP = 2,9 cm^2/mois.

Après un suivi minimum de 6 mois (moyenne 12 ± 1,25 mois) 76,3 % des patients avaient cicatrisé dans un délai de 142 ± 14 jours. Douze patients (26 ulcères) on été répertoriés non cicatrisés : 2 malades sont décédés d'une affection intercurrente, 4 ont été perdus de vue et les 6 derniers sont en phase de cicatrisation(?). Parmi les patients qui avaient cicatrisé, quatre ont récidivé de leur UV, mais 2 ont cicatrisé à nouveau.

Conclusion

Les auteurs concluent que l'ablation endoveineuse améliore le taux de cicatrisation de l'UV chez les patients non améliorés par la compression classique.

Perrin Michel, Lyon, France.

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

Commentaire

L'efficacité du traitement opératoire par chirurgie conventionnelle des varices + compression *versus* compression isolée dans la cicatrisation de l'UV a fait l'objet de nombreuses études observationnelles et d'essais contrôlés randomisés [1, 2].

Ces derniers n'accordaient pas de bénéfice à la chirurgie. Cette nouvelle étude est d'autant plus intéressante que le procédé opératoire utilisé était le traitement endoveineux (varices et perforantes) par radiofréquence mais il s'adresse à un sous-groupe représenté par des ulcères anciens dont la taille de l'ulcère ne se réduisait pas après 5 semaines d'un traitement compressif bien conduit. Ce groupe ne représente que 17 % des UV suivis dans ce centre durant la même période.

Deux remarques s'imposent : la première est la durée de la compression qui est réduite à 5 semaines, ce qui semble un peu court si l'on s'en réfère à la littérature. Mc Mullin a rapporté un taux de cicatrisation de l'UV de 83 % après 12 semaines de traitement compressif [3].

La seconde est que la taille de l'UV ne saurait être le seul critère à prendre en considération dans l'évolution.

À 6 mois, 73,6 % des UV avaient cicatrisé après traitement endoveineux dans un délai de 20 ± 2 semaines. C'est la classification CEAP basique [4, 5] et sa seule rubrique clinique – le C – qui ont été utilisées pour juger les résultats du traitement, ce qui ne permet pas d'analyser séparément les différents sous-groupes de patients et soulève donc quelques questions.

- L'étiologie secondaire a été identifiée dans 26,1 % des cas et, bien que les auteurs stipulent que les antécédents de thrombose veineuse profonde ne sont pas significativement différents en termes de résultats, le détail de ces derniers aurait été intéressant à lire.
- Un reflux veineux profond (RVP) était présent dans 36,6 % des cas mais nous ne savons pas s'il était segmentaire ou axial, ce qui est essentiel dans la physiopathologie des UV [6, 7]. De surcroît, nous ne savons pas si le résultat a été différent dans les groupes avec ou sans RVP.
- Une occlusion posthrombotique était présente dans 13,6 % des cas, il est plus vraisemblable qu'il s'agissait d'une obstruction et nous ne savons pas si le résultat dans ce sous-groupe a été différent.

On peut donc déplorer que, dans l'analyse des échecs, la présence d'une insuffisance veineuse profonde n'ait pas été déterminée, car son traitement opératoire doit être envisagé dans les ulcères « récalcitrants ».

Dans cette série, le traitement des perforantes incontinentes a été réalisé après celui des varices sauf dans les 7 cas où la seule physiopathologie identifiée était un reflux isolé dans les perforantes. La décision de traiter secondairement les perforantes incontinentes était à nouveau prise après un minimum de 4 semaines après le traitement initial quand la superficie de l'UV ne se réduisait pas, indication qui a déjà été recommandée [8].

Malheureusement, 6 fois sur 15 ce traitement des perforantes a été associé à un geste complémentaire sur les varices. De plus, l'article ne précise pas le résultat des interventions itératives. Il est donc difficile de juger de l'efficacité du traitement des perforantes en analysant cette série, d'autant que les auteurs confessent qu'ils auraient traité plus de perforantes si… les assurances des malades avaient donné leur accord.

Il semble cependant qu'actuellement un certain consensus se dégage pour ne pas traiter d'emblée les perforantes incontinentes dans l'UV [9].

Références

1. Guest M., Smith J.J., Tripuraneni G., Howard A., Madlden P., Greenhalg R.M., et al. Randomized clinical trial of varicose vein surgery with compression versus compression alone for the treatment of venous ulceration. Phlebology 2003 ; 18 : 130-6.
2. Barwell J.R., Davies C.E., Deacon J., Harvey K., Minor J., Sassano A., et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomized control trial. Lancet 2004 ; 363 : 1854-9.
3. McMullin G.M. Improving the treatment of leg ulcer. Med. J. Aust. 2001 ; 175 : 375-8.
4. Eklöf B., et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement. J. Vasc. Surg. 2004 ; 40 : 1248-52.
5. Perrin M. La nouvelle CEAP. Phlébologie 2005 ; 58 : 49-51.
6. Danielsson G., Eklof B., Grandinetti A., Lurie F., Kistner R.L. Deep axial reflux, an important contributor to skin changes or ulcer in chronic venous disease. J. Vasc. Surg. 2003 ; 38 : 1336-41.
7. Danielsson G., Eklof B., Grandinetti A., Kistner R.L., Masuda E.M., Sato D.T. Reflux from thigh to calf, the major pathology in chronic venous ulcer disease: surgery indicated in the majority of patients. Vasc. Endovasc. Surg. 2004 ; 39 : 218.
8. Lawrence P.F., Alktaifi A., Rigberg D., DeRubertis B., Gelabert H., Jimenez J.C. Endovenous ablation of incompetent perforating veins is effective treatment for recalcitrant venous ulcers. J. Vasc. Surg. 2011 ; 54 : 737-42.
9. Gohel M.S., Barwell J.R., Wakely C., et al. The influence of superficial venous surgery and compression on incompetent calf perforators in chronic venous leg ulceration. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2005 ; 29 : 78-82.