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 PHLEBOLOGIE

La phlébectomie ambulatoire.

Ambulatory phlebectomy.

Oesch A.

Résumé

Alors que l'on publie régulièrement des articles et des études sur la sclérothérapie et sur la chirurgie des varices, et plus récemment sur les techniques endoveineuses, très peu de choses sont publiées sur la phlébectomie ambulatoire.

N'est-elle plus pratiquée ? Ou au contraire, est-elle tellement rentrée dans le domaine public et admise par tous, qu'il n'est plus nécessaire d'en parler ?

C'est pour cette raison que nous avons voulu faire le point sur la phlébectomie ambulatoire, avec une mise à jour sur la technique, ses résultats, ses effets secondaires et ses contre-indications.

Mots-clés : *phlébectomie ambulatoire, indications, accidents.*

Summary

Journals on phlebology exhibit an abundance of publications on sclerotherapy, vein surgery and on the new endovenous methods, but in contrast to this very little is published on ambulatory phlebectomy.

Is ambulatory phlebectomy no longer exercised? Or, on the contrary, has it become so well known and generally accepted that any further mention seems unnecessary?

This is the rationale for giving an account on ambulatory phlebectomy, including an update of the technique, the results, secondary effects and contraindications.

Keywords: ambulatory phlebectomy, indications, complications.

Rappel historique

La méthode de la phlébectomie ambulatoire a été réactivée en 1956 et publiée pour la première fois en 1978 par le dermatologue Robert Muller [1].

Il a fallu beaucoup de temps pour qu'elle soit généralement acceptée ; aujourd'hui, l'exérèse des varices sans crochets est donc devenue obsolète.

Muller a insisté sur l'importance des « quatre bases de la phlébectomie » : l'efficacité, l'innocuité, l'esthétique et l'économie.

Aujourd'hui, après 50 ans, on ne peut rien y ajouter. Par contre, un autre axiome de Muller, « la phlébectomie est par définition ambulatoire », ne peut pas être soutenu sans réserve : la phlébectomie est devenue un élément intégral de toutes les opérations sur le système veineux superficiel sans égard pour les circonstances externes.

Indications

Une investigation approfondie du système veineux ultrasonographique est de rigueur afin de trouver (et si possible de traiter) l'origine de l'hypertension veineuse.

En effet, la majorité des résultats décevants n'est pas due à l'acte chirurgical lui-même, mais à la persistance d'un reflux qui se manifeste tôt ou tard par de nouvelles varices ou par des télangiectasies.

Même l'éveinage d'une veine saphène est possible par la phlébectomie, mais pour cette indication la technique du stripping est bien plus rapide.

En employant une méthode atraumatique telle que le Pin-Stripping, on évite également le risque de traumatiser le nerf sural ou le nerf saphénien [2].

La majorité des veines perforantes peut se traiter par phlébectomie, mais à partir d'un diamètre de 4 à 5 mm une ligature est recommandée.

Andreas Oesch, Bern, Suisse.
E-mail : andreasoesch@bluewin.ch
Accepté le 19 août 2012

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

FIGURE 1 : Comparaison des dimensions : aiguille 18 G, crochet Oesch No III, Pin-Stripper.

FIGURE 2 : Les instruments : deux pinces, une aiguille pour les incisions, un crochet fin.

FIGURE 3 : Les crochets Oesch diffèrent par le diamètre de la pointe. Le crochet nº III (à droite) avec une pointe de 0,8 mm est le plus fin.

La phlébectomie peut s'appliquer à toutes les veines plus larges d'un millimètre et couvertes d'une peau saine.

L'éventail thérapeutique est similaire à la sclérothérapie.

La phlébectomie est certainement plus compliquée et prend plus de temps mais, en général, elle ne demande pas de contrôles ou de traitements ultérieurs.

Par contre, la sclérothérapie nécessite fréquemment plusieurs traitements, les indurations persistent plus longuement et, à mon avis, les résultats à long terme sont nettement inférieurs.

L'extraction de varices est difficile, voire impossible, en présence d'une hypodermite, qu'elle soit autochtone ou la conséquence d'une phlébite, d'un traitement chirurgical ou d'une sclérothérapie.

Pour cette raison, on recommandera plutôt la sclérothérapie pour les patients qui ont subi plusieurs traitements préalables.

Il faut également prendre en considération que les varices se rompent plus facilement chez les personnes âgées, ce qui se traduit par une efficacité réduite de la phlébectomie.

Matériaux

La phlébectomie requiert un équipement minimal.

On aura besoin de champs stériles, d'une paire de clampes, d'un crochet et d'un bistouri nº 11 ou d'une aiguille pour les incisions.

Plusieurs crochets sont en vente : Muller, Ramelet, Varady, Oesch, etc [3].

Depuis plusieurs années, je fais les incisions avec une aiguille 18G, qui sert en même temps à aspirer les liquides d'anesthésie. Il en résulte une incision semi-circulaire d'environ 1 mm en longueur qui permet d'introduire le crochet Oesch nº III.

Si nécessaire, on peut rallonger l'incision verticalement avec la même aiguille sans compromettre l'esthétique **(Figure 1**, **Figure 2** et **Figure 3)**.

Anesthésie

Avant leur première phlébectomie, les patients sont souvent anxieux et nerveux.

Il faut à tout prix éviter de les brusquer avec une anesthésie douloureuse : l'opération sera pénible et pour le patient et pour le thérapeute...

Une méthode ayant fait ses preuves est de commencer les injections avec une aiguille très fine et de se servir d'un anesthésique avec une forte teneur en bicarbonate de soude (attention au bicarbonate : une concentration trop élevée peut produire des nécroses horribles !).

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

FIGURE 4 : L'aiguille d'anesthésie 20 G courbée deux fois.

On utilisera une anesthésie « à tumescence localisée », c'est-à-dire l'application d'une grande quantité d'un anesthésique très dilué.

Il existe des pompes pour des tumescences étendues, mais l'anesthésie d'une varice de 50 cm peut très bien se faire avec une seringue de 10 mL.

Avec une aiguille 26 G (brune), on procède à des dépôts d'anesthésie tous les 6 cm.

À partir de ces dépôts, on infiltre ensuite les segments intermédiaires avec une aiguille courbée 20 G (jaune). Les courbures permettent de suivre parfaitement le tracé de la varice avec la pointe de l'aiguille **(Figure 4)**.

Normalement, on n'aura pas besoin ni de prémédication ni d'analgésique à la suite de l'intervention.

Formule pour une phlébectomie de 30 à 40 cm
• 40 mL solution de Ringer
• + 5 mL bicarbonate de soude 8,4 %
• + 5 mL lidocaine-adrénaline 1 %
• = 50 mL (bicarbonate 0,84 %, lidocaine 0,1 %)

Procédure

Il faut répéter que le geste crucial de la phlébectomie est le diagnostic préopératoire. L'intervention ne demande pas de prémédication et le patient ne doit pas rester à jeun.

Après le marquage en position debout, le patient est confortablement positionné de telle manière que la zone d'opération se trouve le plus haut possible.

Avec l'opération sur des veines vides, la perte de sang est minimale. Il suffit d'une double couche de papier plastifié pour absorber le peu de sang dilué avec l'anesthésique.

Ensuite suivent la désinfection, le champ stérile et l'anesthésie.

La longueur des incisions doit respecter l'épaisseur de la varice.

- Une incision trop petite prolonge non seulement l'extraction, mais aussi la guérison de l'incision elle-même.
- De plus, une ouverture minimale rend l'identification des veines difficile.
- En cas de doute, il faudra élargir l'incision pour ne pas extraire un nerf superficiel.

Certains auteurs précisent qu'il faudra éviter de passer le crochet autour de la veine et de l'attraper seulement par l'adventice ; à mon avis, il s'agit là d'une exigence excessive et presque impossible à suivre.

Par contre j'insiste sur le fait qu'il faudra seulement poser les pinces et procéder à l'extraction lorsqu'on est absolument sûr qu'on a saisi une veine.

À la fin de l'intervention, la jambe est lavée avec les restes de l'anesthésique, des coussinets absorbants sont placés sur les incisions et un bandage compressif fort sera appliqué.

- Si la phlébectomie se restreint sur la partie inférieure de la jambe, le bandage sera renouvelé après deux jours.
- Dans des conditions idéales, on pourra arrêter toute thérapie après une semaine.
- Par contre, la compression des phlébectomies du genou et de la cuisse est plus problématique ; l'apparition d'ecchymoses après quelques jours est inévitable.
- Pour prévenir la formation de plis douloureux, on devra changer le pansement le lendemain déjà et la durée de compression sera au-delà d'une semaine.
- En regard de l'insignifiance des complications, on peut bien renoncer à un contrôle final.

Complications

La phlébectomie est un traitement anodin [3]. La grande majorité des complications est temporaire et ne réclame pas de traitement particulier. Le risque d'une thrombose est < 0,1 %.

L'analyse de mes 228 dernières phlébectomies relève 12 complications (2,6 %).

Complications Oesch 2010 - avril 2012 228 phlébectomies ambulatoires
• 12 complications = 2,6 %
• 11 guérisons spontanées < 5 jours
• 1 complication persistante*
• 3 lésions des voies lymphatiques (2 fistules, 1 kyste)
• 2 phlyctènes
• 2 phlébites superficielles
• 2 réactions inflammatoires sans infection apparente*
• 1 déchirure de la peau
• 1 matting (après inflammation d'origine inconnue)*

* Complication concernant le même patient.

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

FIGURE 5 : Zone dangereuse 1 : attention au nerf sural !

FIGURE 6 : Zone dangereuse 2 : attention aux voies lymphatiques !

À l'exception d'un « matting », tous les patients ont guéri en quelques jours, sans résidus et ni traitement spécifique.

Une diligence particulière est exigée pour la région voisine de la PVS distale et pour la zone paratibiale : la première pour éviter de léser le nerf sural, la deuxième pour ne pas compromettre les voies lymphatiques (**Figure 5** et **Figure 6**).

Conclusions

La phlébectomie est devenue une technique indispensable dans le traitement des varices.

C'est une méthode qui prend beaucoup plus de temps que la sclérothérapie, cependant les résultats à long terme sont supérieurs. Normalement – contrairement à la sclérothérapie – une seule intervention suffit.

Les complications sont rares et anodines.

Une exploration écho-Doppler est indispensable, mais il faut également respecter l'aspect des varices et des tissus adjacents.

La phlébectomie d'une varice fortement cicatrisée peut être illusoire ; ici la sclérothérapie sera meilleure.

Communication à Strasbourg le 16 juin 2012.

Remerciements à Claude Wyss pour la correction du texte.

Références

1. Muller R. La phlébectomie ambulatoire. Phlébologie 1978 ; 31 : 273-8.
2. Oesch A. Pin Stripping: a novel method of atraumatic stripping. Phlebology 1993 ; 8 : 171-3.
3. Alam M., Silapunt S. Treatment of Leg Veins. Saunders-Elsevier 2011 : 115.
4. Olivencia J.A. Complications of ambulatory phlebectomy : a review of 4000 consecutive cases. Am. J. Cosm. Surg. 2000 ; 17 : 161-5.