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

Ablation thermique : faut-il associer ou différer les phlébectomies et la sclérothérapie ?

Thermal ablation: should we combine or postpone phlebectomies and sclerotherapy?

Kern P.

Résumé

L'ablation thermique concerne le traitement des troncs saphéniens dans leur trajet intra-fascial (compartiment saphène).
La phlébectomie ou la sclérothérapie traite les varices saphènes accessoire sus-fasciales, les varices tronculaires non saphènes, la sclérothérapie, les télangiectasies et varices réticulaires.
Dans la majorité des cas, le traitement des varices saphènes accessoires peut être effectué dans le même temps opératoire que l'ablation thermique. Ceci a l'avantage d'une seule intervention pour le patient, par contre peut avoir l'inconvénient d'une intervention longue, d'un nombre élevé d'injections pour l'anesthésie locale, plus d'hématomes et de douleurs postopératoires.
Les hématomes peuvent être limités en prenant garde de ligaturer la varice saphène accessoire à sa jonction du tronc saphénien. Dans les situations où la varice saphène accessoire présente une taille très importante, effectuer la procédure en deux temps à deux mois d'intervalle peut présenter l'avantage d'une réduction significative du diamètre de la varice saphène accessoire après l'ablation thermique. La phlébectomie en sera plus aisée, il en résultera moins d'hématomes, de douleurs et souvent moins d'arrêt de travail.
Deux stratégies thérapeutiques s'affrontent actuellement.
La première effectue systématiquement un traitement associant ablation thermique du tronc saphénien et phlébectomie des varices accessoires dans le même temps opératoire. La seconde approche l'effectue en deux temps. Cette approche réduit le nombre de phlébectomies complémentaires d'environ un tiers, mais présente l'inconvénient d'une deuxième intervention.
Nous privilégions une approche de cas en cas, adaptée à chaque situation clinique, en fonction de l'importance du statut variqueux à traiter, du diamètre des varices et de la tolérance du patient au nombre d'injections anesthésiantes.

Mots-clés : *ablation thermique, phlébectomies, sclérothérapie, traitement en un temps, traitement en deux temps, varices tronculaires intra-fasciales, varices saphènes accessoires sus-fasciales.*

Summary

Thermal ablation of saphenous trunks treatment, concerns the intra-fascial saphenous compartment. Phlebectomy or sclerotherapy treats accessory above fascial saphenous varicose, and the not trunkal saphenous varicose veins, sclerotherapy alone treats spider veins and reticular veins.
In most cases the treatment of saphenous varicose accessories can be performed in the same procedure as thermal ablation. This has the advantage of a single intervention for the patient, may have against the disadvantage of a long operation, a high number of injections for local anesthesia, more bruising and pain post-operating.
Hematoma may be limited, taking care to ligate the varicose saphenous accessory saphenous trunk at their junction. In situations where the accessory saphenous varices presents are very large, to perform the procedure in two stages at two-month intervals may have the advantage of a significant reduction in the diameter of the varicose saphenous accessory after thermal ablation. Phlebectomy will be easier, it will result in less bruising, pain and often less work stoppage.
Two therapeutic strategies are currently facing.
The first systematically performs a one stage procedure combining thermal ablation of saphenous trunk varicose veins and phlebectomy of the accessories.
The second approach, carried out in two stages. This approach reduces the number of additional phlebectomy about a third, but has the disadvantage of a second intervention.
We favor a case by case approach, tailored to each clinical situation, depending on the importance of treating varicose status, the diameter of varicose veins and the patient's tolerance to the number of anesthetic injections.

Keywords: thermal ablation, phlebectomy, sclerotherapy, treatment time, treatment in two stages, intra-fascial trunkal varicose, overlying fascial saphenous veins accessories.

Philippe Kern, Cabinet médical privé à Vevey et Service d'angiologie, Centre Hospitalier Universitaire, Lausanne, Suisse.
FMH Angiologie, AFC Phlébologie, AFC Ultrasonographie, Président de la Société Suisse de Phlébologie, Médecin associé CHUV
29, rue de la Madeleine, CH-1800 Vevey, Switzerland. Tél. : 0041 21 923 78 78 – Fax : 0041 21 923 78 79
E-mail : phkern@bluewin.ch
Accepté le 14 novembre 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

Introduction

Le traitement complémentaire des varices saphènes accessoires sus-fasciales après l'ablation thermique du tronc saphénien dans son trajet intra-fascial (compartiment saphène [1]) soulève 2 questions :

- Faut-il les traiter en même temps que l'ablation thermique du tronc saphénien ou faut-il les traiter quelques semaines plus tard après régression spontanée d'un certain nombre d'entre elles?
- Peut-on techniquement effectuer les phlébectomies et la sclérothérapie en même temps que l'ablation thermique ?

Faut-il différer le traitement des varices saphènes accessoires après ablation thermique du tronc saphénien ?

L'approche chirurgicale classique d'une varice grande ou petite saphène comprend une crossectomie, un stripping du tronc saphénien et dans le même temps opératoire une phlébectomie des varices accessoires sus-fasciales.

Suivant le modèle chirurgical, l'ablation thermique comprend généralement le traitement du tronc saphénien et le traitement des varices accessoires dans le même temps opératoire.

Ceci correspond à l'attente de la majorité des patients en Suisse d'avoir un traitement unique pour les varices et non pas plusieurs interventions.

Cependant, certains centres [2] effectuent d'abord seulement l'ablation thermique puis sclérosent ultérieurement les varices résiduelles.

Ils ont pu dès lors observer dans le mois qui suivait l'ablation thermique une régression voire une disparition visuelle spontanée des varices accessoires.

D'où l'idée d'un traitement en 2 temps, d'abord du tronc saphénien puis dans un deuxième temps uniquement des varices accessoires résiduelles qui n'auraient pas régressé spontanément.

Cependant sur le plan physiopathologique on estime de plus en plus que c'est une dégradation de la paroi veineuse qui est responsable de la dilatation des veines puis secondairement de l'apparition du reflux (la théorie pariétale) et non pas une dégradation valvulaire dont l'incompétence entraîne un reflux, une augmentation de la pression hydrostatique qui lèse la paroi veineuse (la théorie valvulaire) [1].

L'altération pariétale peut débuter dans n'importe quelle veine superficielle, mais assez souvent dans une veine accessoire ou tributaire saphène.

Dans ce dernier cas, contrairement à une atteinte veineuse progressive de haut en bas débutant avec le reflux valvulaire de la crosse, suivie d'une atteinte du tronc saphénien puis seulement en dernier lieu d'une atteinte des varices accessoires généralement jambières (maladie descendante), nous observons d'abord une atteinte d'une varice saphène accessoire jambière, suivie ultérieurement par une insuffisance du tronc saphénien (maladie ascendante).

Dans ce cas de figure, on peut se poser la question si traiter seulement le tronc saphénien, sans la varice accessoire n'est pas contraire au bon sens physiopathologique.

On peut effectivement penser que, même si cliniquement la varice accessoire a disparu après traitement du tronc saphénien, même si elle devient à nouveau continente à l'écho-Doppler, son atteinte pariétale persiste, d'où un risque plus élevé de récidive ultérieure.

À l'heure actuelle, nous n'avons pas la réponse à cette question, vu l'absence de résultat à long terme et d'études comparant ces 2 démarches thérapeutiques.

Il existe 2 courants de pensée, les premiers effectuent un traitement combiné durant la même séance, les deuxièmes effectuent un traitement en deux temps, en traitant alors uniquement les varices résiduelles qui n'ont pas régressé [3].

Approche combinée

Effectuer une phlébectomie des varices saphènes accessoires dans le même temps opératoire est possible, sûr, efficace [4]**, peu douloureux avec un taux de satisfaction élevé des patients** [5]**.**

Seuls 4 % (sclérothérapie), 1 % (phlébectomies) des patients auront besoin d'un traitement complémentaire [5].

Effectuer la phlébectomie dans le même temps opératoire ne diminue pas la qualité de vie par rapport à effectuer une ablation thermique seule, de même les douleurs sont identiques entre les 2 types de procédures [6].

Ce traitement combiné a même l'avantage par rapport à une phlébectomie différée de 6 semaines d'obtenir un score de sévérité veineuse inférieur et un score de qualité de vie (*Aberdeen Varicose Vein Questionnaire*) supérieur à 3 mois.

Il n'y a par contre plus de différence de score entre les 2 groupes à 1 an [6].

Les résultats à long terme de l'approche combinée sont excellents.

Dans le suivi de **Sadick**, à 2 ans [7], le taux de recanalisation de la GVS était de 3,2 %, il n'y avait pas de récidive sur les varices accessoires traitées par phlébectomies.

Il en est de même à 4 ans [8], avec un taux de récidive de seulement 4,3 %, récidives, qui sont toutes survenues dans les 12 premiers mois.

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

Effectuer la phlébectomie dans le même temps opératoire prolonge bien sûr l'intervention, mais peut également représenter un gain de temps si elle permet d'éviter une 2e opération.

En effet, on ne réalise qu'un seul marquage échographique préopératoire, on ne désinfecte qu'une seule fois, le patient ne porte qu'une fois une compression élastique et ne s'absente qu'une seule fois au travail.

Approche différée

Différer le traitement des varices accessoires permet de diminuer le nombre d'interventions.

En effet, dans l'étude comparative de **Carradice** [6], seuls 66 % et dans l'étude de **Monahan** [9] seuls 59 % des patients ont nécessité dans les 6 mois des traitements complémentaires à l'ablation thermique.

Chez **Welch** [10], même 65 % des patients après ablation thermique seule n'ont pas nécessité de traitement complémentaire.

***À court terme*, différer le traitement complémentaire est donc très attractif vu qu'il pourra être évité pour en tout cas un tiers des patients.**

***Est-ce que à long terme* le résultat restera identique, ou est-ce que le taux de récidive chez les patients qui ont observé une régression spontanée des varices accessoires sera plus élevé?**

Les deux approches doivent être discutées avec les patients, y compris leurs avantages et inconvénients respectifs.

Le choix d'une approche combinée ou non dépendra aussi du status variqueux, du diamètre des varices.

En effet, on peut raisonnablement s'attendre à une bonne chance de résolution spontanée des varices accessoires de petite taille (< 3 mm), mais il est peu probable que des varices de plus de 6 mm de diamètre qui vont certes diminuer de taille, vont totalement régresser puis à nouveau devenir continentes.

Dans certaines situations lorsque les varices accessoires sont très importantes (> 10-12 mm), on peut choisir délibérément de différer leur traitement, afin de permettre leur involution partielle.

Ceci facilitera la phlébectomie, provoquera moins d'hématomes et de douleurs postopératoires.

Technique du traitement combiné

Le traitement combiné des varices saphènes accessoires peut s'effectuer soit par phlébectomie, soit par sclérothérapie.

Il existe une seule étude comparant la phlébectomie ambulatoire à la sclérothérapie par polidocanol 3 % en solution dans le traitement de la varice saphène accessoire antérieure de la cuisse, une insuffisance de la grande veine saphène ayant été un critère d'exclusion [11].

Le taux de récidive à 2 ans après la sclérothérapie est significativement supérieur de 37,5 % *versus* 2,1 % pour la phlébectomie.

Ce taux de récidive est comparable a celui observé par Jagtman [12], dont le taux de récidive à 2 ans était de 28 % et de 54 % à 5 ans.

Il avait également effectué une sclérothérapie liquide avec du polidocanol 3 % de la varice saphène accessoire antérieure de la cuisse.

Il est possible que le taux de récidive après sclérothérapie à la mousse soit significativement inférieur, mais nous n'avons malheureusement pas pour l'instant d'étude comparative entre mousse et phlébectomie.

Ces taux de récidive observé après sclérothérapie rejoignent ceux de mon expérience personnelle.

La phlébectomie ambulatoire a l'avantage d'éradiquer définitivement le trajet variqueux, de ne pas nécessiter des séances de traitement ultérieur, de ne pas laisser de cordon variqueux induré et rarement des pigmentations transitoires (1 %) [13, 14, 15].

À l'inverse jusqu'à 33 % de pigmentations ont été observés encore 1 an après sclérothérapie à la mousse de varices post-opératoires [16].

Pour ces différentes raisons, je privilégie la phlébectomie ambulatoire pour le traitement des varices saphènes accessoires et conserve la sclérothérapie pour les télangiectasies résiduelles.

La phlébectomie peut être aisément effectuée dans le même temps opératoire que l'ablation thermique.

Afin d'éviter des hématomes trop importants en provenance de la jonction entre la varice accessoire et le tronc saphénien qui a été traité par ablation thermique, il est important d'effectuer une ligature à la première incision de phlébectomie **(Figure 1)**.

FIGURE 1 : Ligature de la varice saphène accessoire à sa jonction du tronc saphénien.

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 2 : Extraction de la varice par le crochet de phlébectomie à travers une fine incision effectuée soit à la pointe du bistouri ou à l'aiguille 18 G.

Sinon l'écoulement du sang coagulé du tronc saphénien à travers la brèche veineuse provoquera un important hématome douloureux.

Si la ligature est impossible ou que la varice s'est déchiré lors de son retrait par le crochet de phlébectomie **(Figure 2)**, l'alternative à la ligature est d'appliquer une forte compression extrinsèque à cette localisation.

La compression comprendra une bande stérile de ouate appliquée sur toute la jambe, un rouleau de compresses qui exercera une compression extrinsèque locale puis une bande élastique à extensibilité longue.

La limite principale du traitement combiné est l'importance du status variqueux.

En effet, en cas d'atteinte bilatérale et des longs trajets variqueux, on peut être limité par :

– la quantité d'anesthésie locale par tumescence (en principe il est recommandé de ne pas dépasser 50 mL de xylocaïne-adrénaline 1 % diluée dans 1000 mL de solution physiologique ou Ringer, bien que des quantités bien plus importantes ont été injectées [17] particulièrement dans la liposuccion [18]) ;
– le nombre d'injections anesthésiantes peut être trop nombreux pour des patients sensibles.

Si les varices saphènes accessoires sont très dilatées (Figure 3), on préfèrera effectuer la phlébectomie dans un deuxième temps, environ 6 à 8 semaines après l'ablation thermique.

– Ce laps de temps est suffisant pour observer une réduction du diamètre variqueux.
– La phlébectomie en sera simplifiée, les hématomes mineurs, moins de douleurs postopératoires et le retour au travail plus rapide (dans mon expérience l'arrêt de travail moyen est de 3 jours).

FIGURE 3 : En présence d'importantes varices saphènes accessoires associée comme ici à une insuffisance de la grande veine saphène, on peut décider de réaliser une intervention en 2 temps afin de permettre une réduction spontanée du diamètre des varices accessoires après l'ablation thermique de la grande saphène.

Contrairement à la phlébectomie où j'effectue souvent une sclérothérapie préalable des télangiectasies durant la même séance de traitement, je n'associe que rarement une sclérothérapie à une ablation thermique combinée à une phlébectomie.

– En effet, le nombre d'injections entre la sclérothérapie, l'anesthésie locale pour l'ablation thermique plus la phlébectomie devient trop important, trop inconfortable pour le patient et prolonge inutilement l'intervention.
– J'effectue la sclérothérapie des télangiectasies environ 1 à 2 mois après l'intervention à la demande du patient pour cette indication qui est purement esthétique.

Conclusion

Dans la majorité des cas, il est possible d'effectuer le traitement complémentaire des varices saphènes accessoires dans le même temps opératoire qu'une ablation thermique du tronc saphénien.

Les résultats du traitement combiné ablation thermique-phlébectomie sont excellents, également à long terme.

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

Effectuer l'ablation thermique seule, peut sembler avantageux, vu qu'environ un tiers des varices vont régresser spontanément et ne nécessiteront pas de traitement complémentaire à court terme.

À long terme, on ne connaît par contre pas le taux de récidive de cette approche.

De plus le patient, doit accepter d'avoir dans deux tiers des cas une intervention complémentaire impliquant à nouveau un court arrêt de travail.

Références

1. Ramelet A.A., Perrin M., Kern P. Les Varices et Télangiectasies, 2e édition. Paris : Elsevier Masson SAS ; Collection abrégés ; 2010.
2. Min R.J., Khilnani N., Zimmet S. Endovenous Laser Treatment of Saphenous Vein Reflux: Long-Term Results. J. Vasc. Interv. Radiol. 2003 ; 14 : 991-6.
3. Onida S., Lane T.R.A., Davies A.H. Phlebectomies: to delay or not to delay? Phlebology 2012 ; 27 : 103-4.
4. Jung I.M., Min S.I., Heo S.C., Ahn Y.J., Hwang K.T., Chung J.K. Combined endovenous laser treatment and ambulatory phlebectomy for the treatment of saphenous vein incompetence. Phlebology 2008 ; 23(4) : 172-7.
5. Mekako A., Hatfield J., Bryce J., Heng M., Lee D., McCollum P., Chetter I. Combined endovenous laser therapy and ambulatory phlebectomy: refinement of a new technique. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2006 Dec ; 32(6) : 725-9.
6. Carradice D., Mekako A.I., Hatfield J., Chetter I.C. Randomized clinical trial of concomitant or sequential phlebectomy after endovenous laser therapy for varicose veins. Br. J. Surg. 2009 Apr ; 96(4) : 369-75.
7. Sadick N.S., Wasser S. Combined endovascular laser with ambulatory phlebectomy for the treatment of superficial venous incompetence: a 2-year perspective. J. Cosmet. Laser Ther. 2004 May ; 6(1) : 44-9.
8. Sadick N.S., Wasser S. Combined endovascular laser plus ambulatory phlebectomy for the treatment of superficial venous incompetence: a four-year perspective. J. Cosmet. Laser Ther. 2007 ; 9 : 9-13.
9. Monahan D.L. Can phlebectomy be deferred in the treatment of varicose veins? J. Vasc. Surg. 2005 Dec ; 42(6) : 1145-9.
10. Welch H.J. Endovenous ablation of the great saphenous vein may avert phlebectomy for branch varicose veins. J. Vasc. Surg. 2006 Sep ; 44(3) : 601-5.
11. de Roos K.P., Nieman F.H., Neumann H.A. Ambulatory phlebectomy *versus* compression sclerotherapy: results of a randomized controlled trial. Dermatol. Surg. 2003 Mar ; 29(3) : 221-6.
12. Jagtman B.A., Tazelaar D.J., De Leeuw J. Compression sclerotherapy of anterolateral thigh primary varicose veins (lateral accessory saphenous varicose veins): a prospective five-year follow-up study. Phlebology 2003 ; 18 : 65-9.
13. Muller R. Mise au point sur la phlébectomie ambulatoire selon Muller. Phlébologie 1996 ; 49(3) : 335-44.
14. Olivencia J.A. Complications of ambulatory phlebectomy. Review of 1000 consecutive cases. Dermatol. Surg. 1997 ; 23 : 51-4.
15. Ramelet A.A. Complications of ambulatory phlebectomy. Dermatol. Surg. 1997 ; 23 : 947-54.
16. Alòs J., Carreño P., López J.A., Estadella B., Serra-Prat M., Marinel-Lo J. Efficacy and safety of sclerotherapy using polidocanol foam: a controlled clinical trial. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2006 Jan ; 31(1) : 101-7.
17. Vidal-Michel J.P., Arditi J., Bourbon J.H., Bonerandi J.J. L'anesthésie locale au cours de la phlébectomie ambulatoire selon la méthode de R. Muller. Phlébologie 1990 ; 43 : 305-15.
18. Böni R. Tumescent liposuction: efficacy of a lower lidocaine dose (400 mg/l). Dermatology 2010 ; 220 : 223-5.