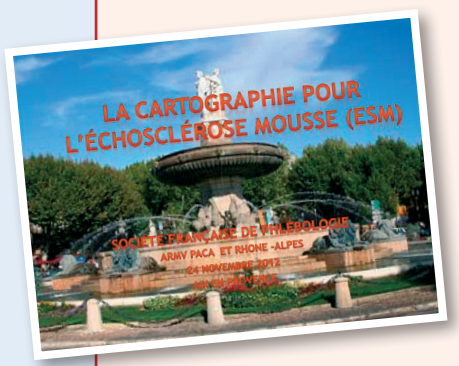
Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

# Approche contradictoire de la cartographie veineuse.

## *Controversial approach to venous mapping.*




**Compte rendu de la réunion de la SFP**
**Aix-en-Provence, 24 novembre 2012**

Chleir F.

**Organisée par les Drs A. Medvedowski et B. Marabelle**
**sous la présidence du Dr J.-L. Gillet, président de la SFP**
**avec la participation des ARMV PACA, Rhône-Alpes et du Club Mousse**

## Objectifs pédagogiques

**La cartographie est l'examen complémentaire à l'évaluation clinique et à la stratégie thérapeutique de la maladie veineuse superficielle .Nous proposons une approche contradictoire initiatique de la cartographie face à différentes modalités de traitements actuels de la MVS.**

■ **En ouverture, sous la responsabilité des Drs F. Bucci et J.-N. Poggie, F. Chleir a présenté : « La cartographie en échosclérose mousse » et M. Lefebvre-Villardebo : « La cartographie en chirurgie ».**

- **F. Chleir a d'abord fait un bref exposé des différents types de cartographie utilisés en France actuellement, puis a rappelé les modalités techniques de l'échosclérose (matériel de ponction-injection).**

  Ont été rappelées les notifications de la HAS datant du 6 juin 2012 : à noter que depuis une quinzaine d'années, des techniques de transformation de l'agent sclérosant en mousse se sont développées, afin de diminuer la miscibilité dans le torrent sanguin et d'augmenter le temps de contact. Cependant, l'AMM des agents sclérosants ne prévoit que leur injection sous forme liquide. L'utilisation, sous forme mousse, relève donc à ce jour d'une pratique hors AMM.

  Puis nous sommes entrés dans le vif du sujet avec tout d'abord les recommandations de l'***American Venous Forum*** et de la ***Society of Vascular Surgery***.

  Ces recommandations suggèrent que l'ablation thermique est recommandée par rapport à l'ESM, si l'on prend comme critère la fréquence des récidives.

  Mais dans la discussion, notamment avec **M. Perrin**, nous avons pu conclure que l'ESM était recommandée si l'on prenait comme critère le rapport coût/efficacité.

  En prenant les recommandations de la HAS, qui datent un peu (juin 2004) : l'échosclérothérapie est recommandée pour les troncs saphènes, les perforantes, les récidives de la région inguinale et du creux poplité.

  Partant de ce constat, il a été précisé les zones à explorer tout particulièrement : la terminaison de la veine grande saphène, la terminaison de la saphène antérieure de cuisse, le tronc de la veine grande saphène, la terminaison de la petite saphène, le tronc de la petite saphène, les perforantes et les récidives jonctionnelles.

  Pour chaque territoire, il faudra préciser les particularités anatomiques et hémodynamiques.

  Il n'existe pas non plus à ce jour de consensus pour un type de cartographie plutôt qu'un autre.

  ***Au delà de ce débat marginal, tout le monde s'accorde à dire qu'une cartographie, la plus exhaustive possible, devra être faite systématiquement afin de confirmer le diagnostic, de faire le bilan des lésions et d'établir une stratégie thérapeutique, mais que cette cartographie n'est pas spécifique à une technique car le choix thérapeutique interviendra après.***

*Dr Franck Chleir. E-mail : chleir@aol.com*

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



- **M. Lefebvre-Villardebo confirma cette nécessité d'une cartographie la plus exhaustive possible, le plus tôt possible.**

  Il précise qu'au-delà de la qualité de l'opérateur initial et donc de l'examen, il y a une difficulté à transmettre clairement les données : *un dessin = 1000 mots, c'est le sens de la cartographie*.

  Il faut un langage commun, le plus compréhensible et reproductible pour des praticiens différents, et pour le patient lui-même. Il nous présente comme **F. Chleir** les différents types de cartographie, tout en précisant qu'il a une préférence pour la 2 fois 3 faces. Il nous donne sa définition, toute personnelle, d'une varicose : « *C'est une tumeur infiltrante bénigne à potentiel local récidivant* », il faut donc avoir exploré la totalité des réseaux avant tout traitement et il faut adapter à chaque réseau la meilleure stratégie thérapeutique.

  Dans tous les cas, il ne peut exister de reflux sans volume « sous-jacent aspiratif ».

  En pratique, il faudra :

  1) Dessiner toutes les collatérales variqueuses visibles et palpables, en sachant que le calibre variqueux est un élément de décision thérapeutique et ne peut donc être ignoré.
  2) Tester 5 troncs stratégiques que **M. Lefebvre-Villardebo** appelle « les autoroutes pour le reflux » et qui sont la GVS de cuisse, la GVS de jambe, la PVS, la saphène antéro-latérale de cuisse et la veine de Giacomini. Sur une cartographie, il faudra en vérifier la présence, mesurer le calibre et définir le statut hémodynamique.
  3) Chercher toutes les sources des reflux et notamment les veines périnéales qui sont souvent ignorées chez la femme.
  4) Tester les voies veineuses profondes.
  5) Auto-évaluer la valeur de l'examen.

  Il a par ailleurs précisé les sources principales de reflux de la grande veine saphène de cuisse en insistant sur les veines périnéales et le peu d'indication aujourd'hui d'une crossectomie de la jonction saphéno-fémorale.

  La recherche d'une insuffisance pelvienne n'est pas pour lui systématique et doit être réservé à quelques cas parfaitement ciblés.

■ **La seconde partie de la matinée fut animée par les Drs C. Bonnin et L. Spini.Le Dr Laurence Allouche présenta la cartographie en LEV et le Dr J.J. Guex la cartographie en microsclérose.**

- Le Dr **Laurence Allouche**, après avoir fait un bref rappel de l'intérêt général de la cartographie, est entrée dans le vif du sujet en orientant son sujet sur **la cartographie avant le LEV**.

  Il faut préciser tout d'abord des critères hémodynamiques afin de préciser l'indication : le siège du reflux pathologique, l'extension du reflux dans les tributaires et l'état du réseau veineux profond.

  Le Dr **Allouche** nous a présenté les indications du LEV par l'ANAES de 2004, celles de la HAS de 2008, les guidelines de l'AVF de 2011.

  Elle a présenté plus en détail les critères anatomiques : le diamètre de la veine à traiter, la distance à la peau, la situation par rapport au fascia (intra- ou susfasciale), la recherche de difficultés techniques ou d'obstacles potentiels (sinuosités, ectasies, séquelles post-thrombotiques, la terminaison, le niveau d'abouchement des tributaires dans le tronc, ainsi que le niveau des perforantes.

  1) Le calibre maximum de la veine grande saphène ne doit pas dépasser 12 à 14 mm en position debout.
  2) Entre la veine et la peau, il doit y avoir un minimum de 5 mm. L'énergie délivrée pour être efficace doit avoir une valeur de 60 à 70 J/cm.
  3) La situation par rapport au fascia. Elle a insisté sur l'importance d'une tumescence de qualité, ce qui a pour conséquence d'améliorer les résultats de la technique, car c'est grâce à la tumescence que la veine est aplatie, améliorant l'efficacité du LEV et en écartant la fibre laser de la peau diminue le risque de brûlures cutanées.
  4) La recherche du point de ponction et des difficultés anatomiques permet de préciser la faisabilité de la technique, elle évite les mauvaises surprises au moment de l'intervention. L'existence de sinuosités peu marquées, de dédoublements ou de séquelles localisées de thrombose, n'excluent pas la réalisation mais permettent d'anticiper et donc de s'adapter ; d'ailleurs, 80 à 90 % des procédures sont réalisées.
  5) Les caractéristiques de la jonction permettent également d'anticiper le geste. Au niveau de la petite saphène, on repérera la situation du nerf, la hauteur de la terminaison. Au niveau de la grande saphène, on précisera le statut de la saphène antérieure de cuisse. Pour ces deux veines, on fera une cartographie des tributaires afin de préciser le niveau de ponction du laser.

  Par ailleurs, on aura pris soin de préciser le motif de consultation du patient afin d'évaluer le traitement.

  Cette présentation a été unanimement reconnu, comme étant de grande qualité.

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



- **Puis, le Dr Jean Jérôme Guex nous présenta : « La cartographie en microsclérose ».**

  Après un rappel à des références historiques anciennes, voire très anciennes, il mit en place le plan de son exposé :
  – La cartographie a-t-elle un intérêt ?
  – Est-elle recommandée dans la prise en charge des varices en général, des varices réticulaires et des télangiectasies en particulier ?
  – Avons-nous des RCTs ?
  – Quelle valeur a l'EBM sur ce sujet ?
  – Existe-t-il des recommandations ?

  **J.J. Guex** nous a rappelé les dernières recommandations faites sur la place de l'examen écho-Doppler dans les traitements des varices, des varices réticulaires et des varicosités (EADV, Prague, 2012).

  Pour certains, le Doppler continu semble suffisant, mais il s'agit le plus souvent de pays sous-développés en équipements échographiques.

  Nous avons également rediscuté de la place des varices réticulaires dans la classification CEAP et la difficulté de les situer entre C1 et C2.

  Ensuite, **J.J. Guex** nous a montré l'intérêt de la photo numérique et le travail sur Photoshop® pour mettre en évidence des varices réticulaires non visibles à l'œil nu.

  Une fois localisées et identifiées, on peut établir une véritable cartographie des varices réticulaires. Mais, une fois encore, est-ce utile, le traitement sera-t-il plus efficace ? Est-ce nécessaire ?

  Ensuite, il revient sur les objectifs d'un traitement : c'est la satisfaction du patient.

  **Un mauvais résultat étant 4 fois sur 5 lié à un réseau variqueux négligé (erreur tactique) et 1 fois sur 5 lié à une mauvaise technique (erreur tactique), parfois les deux.**

  La stratégie vise à réduire la pression veineuse superficielle: en supprimant les points de fuite, en supprimant les reflux tronculaires, en supprimant le réservoir variqueux, en supprimant les varices réticulaires avant les télangiectasies.

  Il est important dans ce cadre d'essayer de déterminer à l'avance le nombre de séances nécessaires en sachant qu'il vaut mieux une séance de plus qu'une séance de trop.

  Enfin, il nous a rappelé l'intérêt de la transillumination (épiscopie) grâce à la lumière froide. Celle-ci permet aujourd'hui de dresser une véritable cartographie des varices réticulaires grâce à la réflexion de la lumière blanche sur l'aponévrose. Surtout, avec des appareils de petite taille, on peut les voir et les traiter en direct.

  Pour conclure son exposé tonique et vivifiant, il a repris en conclusion les causes d'échec : persistance de varices, de perforantes et/ou de réticulaires à traiter.

  Il peut exister une insuffisance veineuse profonde non explorée. L'agent sclérosant est trop faible, la technique d'injection et mauvaise.

  Le déjeuner et la pause d'une heure et demi n'ont pas été de trop afin de récupérer et d'être d'attaque pour les présentations de l'après-midi.

## La séance de l'après-midi fut dirigée par les Drs Christine Jurus et Pascal Giordana.

- **Michel Perrin a ouvert les hostilités en reprenant son cheval de bataille (navale) : que disent les publications ?**

  **Le sujet à Aix était : « Existe-t-il une technique de choix ? ».**

  Après avoir brièvement rappelé l'importance des traitements non opératoires : du style de vie, des règles hygiéno-diététiques, des médicaments veinoactifs et de la compression dans l'évolution des varices primitives des membres inférieurs, il a attaqué méthodiquement chaque traitement opératoire. D'abord sans conservation du tronc saphène, puis avec conservation du tronc.

  – ***Sans conservation du tronc :***
    - Chirurgie classique à ciel ouvert : ligature de la JSF ou JSP + stripping du tronc saphène ± phlébectomie des tributaires pathologiques ± ligature des perforantes incontinentes.
    - Avec ses variantes : préservation de la JSF, cryostripping.
    - Ablation thermique : laser, radiofréquence, vapeur d'eau.
    - Ablation chimique : sclérothérapie liquide, sclérothérapie à la mousse.
    - Ablation mixte, mécanique et chimique : *Clarvin Catheter*.
    - Ablation chimique : *Sapheon Closure System*.

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



– ***Avec conservation du tronc :***
  • Ligature de la JSF ou résection de la JSF + phlébectomie des tributaires pathologiques + ligature des perforantes incontinentes.
  • Manchonnage ou valvuloplastie externe de la JSF + phlébectomie des tributaires pathologiques + ligature des perforantes incontinentes.
  • Phlébectomie ambulatoire (Muller, ASVAL), cure CHIVA.

• **Les essais contrôlés randomisés et leurs résultats. Michel Perrin nous a cité bien évidemment la bibliographie complète qui a conduit à ses conclusions. Nous ne la reproduisons pas ici par souci de simplification.**

– **Chirurgie classique (CC) *vs* traitement conservateur (TC).**
Patients C2s : à 2 ans CC > TC en termes de symptomatologie (douleurs, sensation d'œdème, prurit), d'amélioration cosmétique, pour un faible surcoût.

– **Chirurgie classique + compression (CC+C) *vs* compression (C).**
Patients C6s : pas de bénéfice en terme de cicatrisation de l'ulcère. Bénéfice indiscutable pour CC+C en terme de prévention de récidive de l'ulcère dans un suivi à 4 ans (absence de reflux profond).

– **Chirurgie classique (CC) *vs* cryostripping** : pas de différence.

– **Chirurgie classique *vs* LEV.**
Toutes les études faites avec fibres bues de P80 nm sauf 3 avec des 810 nm. Pas de différence sur les résultats à 2 ans en termes de récidive, score de sévérité et qualité de Vie. Les suites opératoires sont moins douloureuses et la convalescence plus courte avec le LEV. Aucun essai randomisé n'a été réalisé avec les fibres radiales.

– **Cryostripping *vs* LEV.**
Le cryostripping est plus rapide, alors que le LEV entraîne moins de douleurs postopératoires et une reprise d'activité plus précoce. Le cryostripping est moins onéreux mais pas de différence significative dans le rapport coût-efficacité. Pas de différence en terme de récidive, qualité de vie, scores de sévérité veineuse ou de score d'Aberdeen.

– **LEV *vs* LEV.**
La ligature de la jonction saphéno-fémorale combinée au LEV n'apporte pas de bénéfice. Pas de différence en terme d'occlusion à 6 mois, mais moins d'effets latéraux avec le 1500 nm. Le 1470 nm à fibre radiale fournit de meilleurs résultats en termes de douleurs postopératoires.

– **Chirurgie classique (CC) *vs* radiofréquence endoveineuse (RFEV).**
Suites opératoires moins douloureuses, convalescence plus courte, reprise précoce des activités pour la RFEV. À 3 ans, pas de différence au plan des résultats.

– **Chirurgie classique (CC) *vs* ablation chimique : sclérothérapie échoguidée liquide (SEL), sclérothérapie échoguidée à la mousse (SEM).**
La persistance d'un reflux est plus fréquente après SEM mais le coût total est nettement en faveur de la SEM.

– **LEV *vs* SEM.**
En postopératoire immédiat, la SEM est moins douloureuse et permet une reprise plus précoce. À 3 mois, les résultats sont comparables en termes d'oblitération de la grande veine saphène, mais 56 % des patients traités par SEM ont dû bénéficier d'une sclérothérapie complémentaire.

– **RFEV *vs* LEV.**
Pas de différence significative.

– **CC *vs* RFEV *vs* LEV *vs* SEM.**
Suites postopératoires moins douloureuses après RFEV et SEM. Plus de récidive après SEM, mais reprise plus facile. Résultats à 5 ans attendus (Rasmussen).

– **Chirurgie classique *vs* CHIVA.**
Études peu fiables.

**En conclusion, Michel Perrin dit qu'il est difficile de déterminer la méthode de traitement la plus efficace.**

L'ESM expose à plus de récidives mais la sclérothérapie itérative est facile et fournit d'excellents résultats, et c'est la technique la moins chère. Pour l'ablation thermique lorsque l'étude est terminée, le matériel utilisé est désuet.

La chirurgie classique moderne est moins agressive avec des suites aussi simples qu'après ablation thermique.

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



- **L'après-midi de communication se termina par une présentation de l'organisateur : le Dr Bernard Marabelle, dont le titre était : « Alea Jacta Est, Effets indésirables ou complications ? … confusions sémantiques ? ».**

  Il débuta par de belles lettres : « *La pire faiblesse, pour le langage, est sûrement de se contenter d'à-peu-près, alors que l'on dispose de tout un éventail de mots de sens voisin, permettant de nuancer sa pensée et d'éviter les malentendus.* » (Jacqueline de Romilly).

  Puis il précisa un certain nombre de définitions :

  – ***L'événement indésirable (EI) lié au soin*** : c'est un événement défavorable pour le patient consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement et de réalisation.

  L'EI transcende toute la terminologie habituelle : accident, aléa, risque, erreur, faute, etc. Il en existe 4 degrés :

  • *L'incident* : EI qui, quelle que soit sa gravité, n'a causé aucun dysfonctionnement et donc aucun dommage.

  • *Le « Near miss » des Anglo-Saxons ou « presque accident »*. Il est lié à un dysfonctionnement mais sans dommage.

  • *L'accident ou « adverse event »*. EI responsable d'un dommage.

  • *La catastrophe*, c'est le degré ultime : coma, choc ou décès.

  Le développement d'une culture d'assurance qualité/sécurité n'est pas synonyme de :

  1) Sinistre (mais risque potentiel).

  2) Perte de pouvoir (mais responsabilité collective).

  3) Délation (mais de prise de conscience).

  4) Aveu de faute (mais de bonne gestion de la sécurité des patients).

  – L***e signalement des EI*** (qui est une obligation légale) est une démarche complexe et humainement délicate. Elle révèle une situation de non qualité qui permet de savoir et d'informer et d'aboutir à un retour d'expérience.

  En pratique :

  – ***Avant l'acte :***
    • Compte rendu initial d'écho-Doppler
    • Cartographie
    • Dossier pré-interventionnel
    • Notice d'information
    • Accord du patient (signé)
    • Note d'information sur les honoraires
    • Ordonnance

  – A***près l'acte :***
    • Compte rendu interventionnel
    • Rendez-vous pour un contrôle (J8 à J30)
    • Notice d'information et conseils de sortie

  À bon entendeur…

■ **Après cette dernière communication, nous avons avec tous les intervenants, participé avec la salle à un *atelier pratique de cartographie aléatoire*.**

Si le concept est resté assez flou, dans la réalité cet atelier fut fort intéressant et permit surtout de comprendre qu'une modification même infime de l'exploration veineuse superficielle, et donc de la cartographie, allait impacter la stratégie thérapeutique et les actes.

Nous avons réalisé qu'une différence d'origine d'un reflux ou de sens de circulation d'une tributaire pouvait bouleverser complètement les choix thérapeutiques (chirurgie, LEV ou ESM).

**La réunion s'est donc terminée en confortant certains éléments de nos pratiques mais aussi en semant le doute sur d'autres.**

Nous attendons donc tous avec impatience ce qu'apportera la réunion de l'année prochaine, en espérant qu'elle soit aussi riche et dense.