



FIGURE 3 : Monsieur F. Affaissement des tributaires à 6 mois.

1. Avant procédure AT isolée du tronc.

2. 6 mois après procédure AT isolée du tronc. Notez l'involution spontanée des varices tributaires.

Ablation thermique et traitements complémentaires.

Cette option du traitement différé des tributaires est préférée également par d'autres auteurs.

Ainsi, **Welch** [17] et **Bush** [18] effectuent une AT isolée du tronc et, pour juger si des gestes complémentaires sont nécessaires, proposent un délai de plusieurs mois pour Welch et d'au moins 4 à 6 semaines pour Bush.

Zierau a constaté d'autre part, dans une étude publiée en 2009, que les seuls patients ayant nécessité des antalgiques dans les suites de procédure étaient ceux ayant eu des phlébectomies concomitantes à l'AT (radiofréquence Celon RFITT®) [20].

La **Société Française de Phlébologie** a mené récemment une étude sur 18 centres français et suisses (22 investigateurs, majoritairement des médecins vasculaires), qui concernait l'ablation thermique des veines saphènes chez le sujet âgé de 75 ans et plus, avec groupe témoin de sujet de moins de 75 ans [23]. Au cours de cette étude, 707 patients ont été traités (863 membres inférieurs), dont 90 (13 %) avaient 75 ans ou plus. Les données relatives aux gestes complémentaires sur les tributaires ont permis de constater que 60 % des patients de 75 ans et plus n'ont eu aucun geste complémentaire concomitant (55 % des moins de 75 ans) et 43 % n'ont eu aucun geste différé (52 % pour les moins de 75 ans). Lorsqu'un geste concomitant était effectué, la phlébectomie était effectuée 3 fois plus souvent que la sclérothérapie sur l'ensemble des patients; en revanche pour les gestes différés, la sclérothérapie était utilisée 11 fois plus souvent que la phlébectomie.

Chez les médecins vasculaires français et suisses, il semblerait donc que les traitements complémentaires concomitants soient limités et que les gestes différés fassent plutôt appel à la sclérothérapie.

Entre traitement « exhaustif » concomitant et traitement différé des tributaires, des auteurs choisissent une attitude intermédiaire : AT + phlébectomies des plus grosses tributaires, et sclérothérapie si nécessaire, à distance, des varices résiduelles.

Ainsi dans l'étude de **Spreafico**, 61 % des patients ont eu des phlébectomies des grosses tributaires, concomitantes à l'AT du tronc, alors que 33 % ont eu de la sclérothérapie à distance [24].

Quoiqu'il en soit, **Onida et al.** soulignent que les données de la littérature sur la possible involution spontanée des varices tributaires après AT sont hétérogènes et restent confuses [8]. En effet, si les publications de **Monahan** [16] et **Carradice** [21] tendent à démontrer que 30 à 40 % des patients n'ont pas besoin de traitements complémentaires sur les tributaires après AT isolée, **Doganci** [25] par exemple, a recours à des traitements complémentaires dans 100 % des cas après avoir effectué une AT isolée du tronc.

Cette hétérogénéité trouve peut-être une explication dans le choix du point d'accès pour la réalisation de l'AT.



FIGURE 4 : Point d'accès pour procédure AT.

Choix du point d'accès (Figure 4)

Le choix du point d'accès doit être bien pensé, pertinent et stratégique. Même en disposant d'une cartographie préopératoire, repérage et choix du site d'introduction nécessitent une nouvelle exploration écho-Doppler précise du réseau veineux à traiter, juste avant la procédure AT, patient debout.

Le point d'accès sera ensuite validé patient en décubitus, installé pour la procédure.

Bien choisi, le site d'introduction permettra de réaliser une déconnexion des plus grosses tributaires par l'AT et d'économiser des gestes complémentaires sur celles-ci. Dans la mesure du possible, il doit donc se situer plus bas que l'abouchement des grosses tributaires (**Figure 5**).

Il peut même parfois être choisi sur une grosse tributaire elle-même, plutôt que sur le tronc, surtout sur la moitié inférieure de jambe où les risques neurologiques sont plus importants.

Un site d'introduction situé en cuisse, alors que de grosses tributaires sont présentes en jambe, n'a pas toutes les chances de permettre un affaissement secondaire de celles-ci.

L'expérience de l'opérateur ou ses habitudes peuvent donc expliquer l'hétérogénéité des résultats obtenus sur les tributaires après AT isolée du tronc.

Notre expérience

Dans notre pratique, nous portons une attention spéciale au choix du point d'introduction pour l'AT, afin de minimiser la persistance de varices résiduelles.



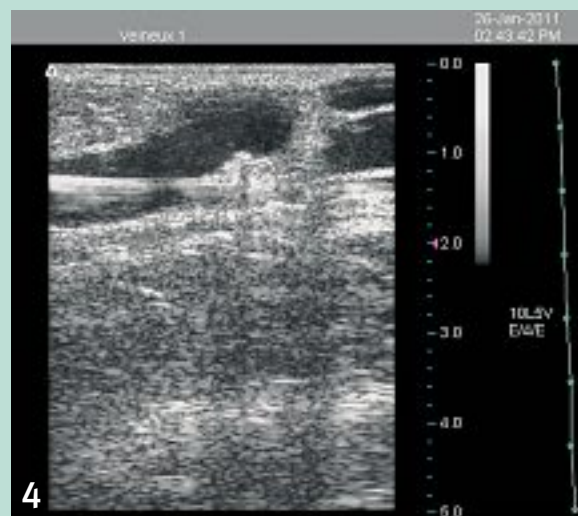
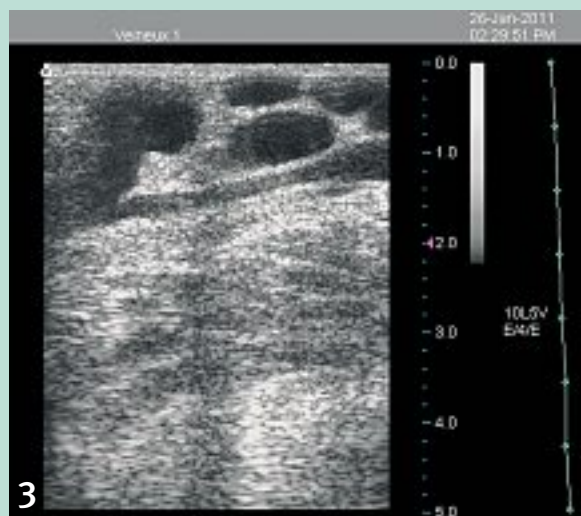
FIGURE 5 : Madame L. Choix du point d'accès plus bas que l'abouchement des grosses tributaires.

1. Le point d'accès est repéré patient debout. Il se situe plus bas que l'abouchement des grosses tributaires.

2. Ponction veineuse sous guidage échographique.

3. Abouchement de grosses tributaires de jambe dans le tronc.

4. Passage du guide dans le tronc ; les tributaires seront ainsi déconnectées.



A l'issue de la procédure AT, si les varices tributaires sont toutes affaissées, spasmées, ce qui est le cas le plus fréquent, nous ne réalisons aucun geste complémentaire concomitant (**Figure 6**). En revanche, si des varices tributaires ne sont pas totalement spasmées, nous effectuons une sclérothérapie à minima avec mousse sclérosante, avec ou sans échoguidage selon nécessité. Les doses sont alors diminuées de moitié par rapport aux doses habituellement utilisées hors AT (**Figure 7**).

Le patient est revu pour un contrôle à 10-15 jours. Si les varices tributaires sont toutes affaissées, le patient est invité à revenir à 1 an pour le suivi phlébologique.

Si des varices résiduelles persistent le patient est revu à 2 ou 3 mois, pour leur traitement complémentaire éventuel par mousse sclérosante, puis à 1 an.

Nous avons une expérience personnelle de plus de 2 000 procédures thermiques sans qu'aucune phlébectomie n'ait été réalisée.

Rappelons qu'une affection veineuse superficielle chronique étant par définition une maladie chronique et évolutive, quel que soit le traitement entrepris et aussi « parfait » que puisse être le résultat à court terme, le patient ne pourra être exonéré d'un suivi sur le long terme.

Ablation thermique et traitements complémentaires.



FIGURE 6 : Monsieur M. Affaissement des varices tributaires en post-procédure immédiat.

1. Juste avant procédure AT.
2. Juste après procédure AT. Notez le spasme des tributaires de jambes qui ont été déconnectées par le traitement thermique du tronc.



FIGURE 7 : Monsieur C. ESM en fin de procédure AT, en raison d'un affaissement de varices tributaires.

1. Grosses tributaires (17 mm de diamètre) avant procédure.
2. Juste après procédure AT, en raison d'un affaissement incomplet des tributaires du tiers inférieur de cuisse, une sclérothérapie (mousse de polidocanol à 1 %) est réalisée.

Dans notre expérience, un suivi tous les ans puis tous les 2-3 ans est, dans la majorité des cas, suffisant pour gérer par sclérothérapie d'éventuelles récidives ou nouvelles varices, sans séances de sclérothérapie intermédiaires.

Conclusion

Le traitement des varices tributaires des veines saphènes peut être réalisé de façon différée ou concomitante à l'AT du tronc.

Les études sont insuffisantes pour pouvoir préconiser une attitude plutôt qu'une autre. Sans qu'il y ait non plus de preuve de supériorité d'une technique par rapport à une autre, ce traitement peut être réalisé par sclérothérapie et/ou phlébectomies selon les habitudes de l'opérateur, ses préférences ou le type de varices à traiter.

On retiendra toutefois que les pratiques tendent à être de moins en moins agressives, et que le temps des phlébectomies extensives systématiquement associées au traitement du tronc saphène semble révolu. Le recours à l'anesthésie générale pour traiter les varices ne doit plus trouver de justification.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Traitement des varices des membres inférieurs. ANAES Service évaluation en Santé Publique. Paris : juin 2004.
- Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C., et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J. Vasc. Surg.* 2011 ; 53 : 2S-48S.
- Haute Autorité de Santé. Occlusion de grande veine saphène par radiofréquence par voie veineuse transcutanée. HAS Service évaluation des actes professionnels. Saint-Denis-La-Plaine : avril 2008.
- Rasmussen L.H., Lawaetz M., Bjoern L., Vennits B., Blemings A., Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br. J. Surg.* 2011 ; 98 : 1079-87.
- Carradice D., Mekako A.I., Mazari F.A.K., Samuel N., Hatfield J., Chetter I.C. Clinical and technical outcomes from a randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. *Br. J. Surg.* 2011 ; 98 : 1117-23.
- Theivacumar N.S., Darwood R., Gough M.J. Neovascularisation and recurrence 2 years after varicose vein treatment for sapheno-femoral and great saphenous vein reflux: a comparison of surgery and endovenous laser ablation. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2009 ; 38 : 203-7.
- Disselhoff B.C., der Kinderen D.J., Kelder J.C., Moll F.L. Five-year Results of a Randomised Clinical Trial of Endovenous Laser Ablation of the Great Saphenous Vein with and without Ligation of the Saphenofemoral Junction. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2011 ; 41 : 685-90.
- Onida S., Lane T.R.A., Davies A.H. Phlebectomies: to delay or not to delay? *Phlebology* 2012 ; 27 : 103-4.
- King T., Coulomb G., Goldman A., Sheen V., MC Williams S., Guptan R.C. Experience with concomitant ultrasound-guided foam sclerotherapy and endovenous laser treatment in chronic venous disorder and its influence on Health Related Quality of Life: interim analysis of more than 1000 consecutive procedures. *Int. Angiol.* 2009 ; 28 : 289-97.
- Park S.W., Yun I.J., Hwang J.J., et al. Fluoroscopy-guided endovenous foam sclerotherapy using a microcatheter in varicose tributaries followed by endovenous laser treatment of incompetent saphenous veins: technical feasibility and early results. *Dermatol. Surg.* 2009 ; 35 : 804-12.
- Yilmaz S., Ceken K., Alparslan A., Durmaz S., Sindel T. Endovenous Laser Ablation and Concomitant Foam Sclerotherapy: Experience in 504 Patients. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2012 ; 35 : 1403-7.
- De Roos K.P., Nieman F.H., Neumann H.A. Ambulatory phlebectomy versus compression sclerotherapy: results of a randomized controlled trial. *Dermatol. Surg.* 2003 ; 29(3) : 221-6.
- Mekako A., Hatfield J., Bryce J., et al. Combined endovenous laser therapy and ambulatory phlebectomy: refinement of a new technique. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2006 ; 32 : 725-9.
- Fernandez C.F., Roizental M., Carvallo J. Combined endovenous laser therapy and microphlebectomy in the treatment of varicose veins: efficacy and complications of a large single-center experience. *J. Vasc. Surg.* 2008 ; 48 : 947-52.
- Jung I.M., Min S.I., Heo S.C., et al. Combined endovenous laser treatment and ambulatory phlebectomy for the treatment of saphenous vein incompetence. *Phlebology* 2008 ; 23 : 172-7.
- Monahan D.L. Can phlebectomy be deferred in the treatment of varicose veins? *J. Vasc. Surg.* 2005 ; 42 : 1145-9.
- Welch H.J. Endovenous ablation of the great saphenous vein may avert phlebectomy for branch varicose veins. *J. Vasc. Surg.* 2006 ; 44 : 601-5.
- Bush R.L., Constanza Ramone-Maxwell C. Endovenous and Surgical Extirpation of Lower-Extremity Varicose Veins. *Semin. Vasc. Surg.* 2008 ; 21 : 50-3.
- Darwood R.J., Theivacumar N., Dellagrammaticas D., Mavor A.I., Gough M.J. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation with surgery for the treatment of primary great saphenous varicose veins. *Br. J. Surg.* 2008 Mar ; 95(3) : 294-301.
- Zierau U.T., Lahl W. The endovenous RFITT-treatment of varicose veins, a new method of interventional Phlebology. Technique and first results. *Phlebologie* 2009 ; 38 : 12-6.
- 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. *BJS* 2009 ; 96 : 369-75.
- Sutton P.A., El-Duhwaib Y., Dyer J., Guy A.J. The incidence of post operative venous thromboembolism in patients undergoing varicose vein surgery recorded in Hospital Episode Statistics. *Ann. R. Coll. Surg. Eng.* 2012 ; 94 : 481-3.
- Hamel-Desnos C., Kern P., Desnos P., Allaert F.A. Modalités du traitement thermique chez le sujet âgé. *J. Mal. Vasc.* 2012 ; 35 (5) : 245.
- Spreafico G., Piccioli A., Bernardi E., Giraldo E., Pavei P., Borgoni R., Ferrini M., Baccaglini U. Six-year follow-up of endovenous laser ablation for great saphenous vein incompetence. *J. Vasc. Surg. Venous and Lym. Dis.* 2013 ; 1 : 20-5.
- Doganci S., Demirkilic U. Comparison of 980 nm laser and bare-tip fibre with 1470 nm laser and radial fibre in the treatment of great saphenous vein varicosities: a prospective randomized clinical trial. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2010 ; 40 : 254-9.