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



Bulletin de la Société Française de Phlébologie Union Internationale de Phlébologie Paris, 13 décembre 1991.

Nouvelle approche de l'incontinence veineuse.

New approach of venous incompetence.

Bourrel Y.

Résumé

L'étude des cartographies veineuses minutieuses et systématiquement détaillées, effectuées par exploration écho-Doppler chez des porteurs de varices des membres inférieurs depuis 1990, nous a montré la possibilité d'un phénomène hémodynamique inédit, l'effet siphon, qui pourrait avoir une incidence sur les thérapeutiques classiques.

Summary

The study of meticulous and systematically detailed venous cartographie performed since 1990 by Doppler-ultrasound studies in patients with varicose vein of the lower limbs has demonstrated the possibility of an original haemodynamic phenomen, the syphon effect, which could have implications on conventional treatments.

Déja les travaux de Schadeck [2] montraient qu'un reflux veineux pouvait exister malgré des valvules saines du fait d'une dilatation pariétale en regard de l'anneau valvulaire. Cela pourrait expliquer certaines insuffisances veineuses transitoires ou paroxystiques rencontrées parfois.

Les travaux récents concernant l'endoscopie veineuse réalisés grâce à Hugentobler et Devaux ont permis à Van Cleef et Griton [4] de proposer une classification fonctionnelle des valvules pariétales. Sur le plan fonctionnel, il distingue quatre types de valvules pariétales (flottantes, renforcées, renforçantes et siège). Grâce à cette classification nouvelle, on peut définir le rôle hémodynamique de ces valvules sans caractère physiologique ou pathologique. Sans rentrer dans le détail, nous rappellerons que les valvules renforçantes sont des valvules peu mobiles, avec un bord libre court, qui ne s'accolent pas, un espace persistant toujours.

L'ensemble rigide qu'elles constituent donne naissance à un effet Venturi, c'est-à-dire qu'au niveau du rétrécissement le flux sanguin s'accélère et une baisse de pression se crée qui aspire le sang venu des collatérales.

Magi [1] a pu remarquer que des éléments valvulaires apparemment sains et parfaitement continents jusqu'à certains niveaux de pression sont susceptibles de s'éverser et devenir incontinents à partir d'un certain niveau de surpression puis de revenir à une morphologie et à une fonction normale comme le montrent l'écho-Doppler et l'endoscopie directe. Ainsi selon l'auteur on peut imaginer que la valvule saine serait capable de céder à certaines pressions hydrostatiques élevées d'une manière plastique ce qui aurait le double intérêt d'éviter des lésions structurelles auxquelles la valvule est normalement exposée du fait de ces surpressions et d'éviter une stase trop prolongée et donc potentiellement délétère au niveau des valvules.

Schadeck [2, 3] a également essayé de quantifier l'incontinence ostiale au moyen d'un brassard à tension gonflé au niveau du mollet, la sonde Doppler étant située au niveau de la crosse, en mesurant la pression sur le manomètre lorsque survient le reflux pendant le dégonflage du brassard.

L'enregistrement au Doppler ou l'exploration par l'écho-Doppler couleur d'un tronc continent au voisinage d'une branche incontinente alimentée par une perforante ou une varice périnéale en donne l'exemple. Si le reflux intervient au départ entre deux jeux valvulaires sains, il peut ensuite entraver, de manière d'abord réversible, le jeu valvulaire. La compression par tapotements de la varice n'entraîne pas de reflux. La vidange manuelle rapide et sélective de la varice entraîne un reflux tronculaire et/ou ostial.

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

Chez tous nos patients venant consulter pour une insuffisance veineuse superficielle, associée ou non à une insuffisance veineuse profonde, la réalisation, depuis 1990, de cartographies veineuses systématiques à la recherche des points de reflux nous a permis de constater qu'il existait un grand nombre de crosses continentes malgré la présence de varices sous-jacentes. Dans ces cas, les varices étaient souvent alimentées par des varices périnéales ou honteuses et/ou par une perforante de cuisse ou de jambe, qui dans notre pratique sont systématiquement recherchées pendant l'exploration.

Ceci va donc contre la théorie du robinet qui était considérée, du point de vue hémodynamique, comme la cause principale responsable des varices. Or, si les crosses saphènes internes sont fréquemment continentes lors des explorations d'insuffisances veineuses débutantes ou modérées, celles-ci sont pratiquement toujours incontinentes lors d'explorations d'insuffisances veineuses superficielles anciennes ou importantes, quel qu'en soit le mécanisme.

Ceci nous amène à penser que l'incontinence de crosse n'était pas systématiquement primitive, et donc le point de départ du phénomène variqueux, mais pouvait être secondaire à l'insuffisance veineuse sous-jacente qui crée un « effet siphon » (ou force aspirative négative) engendré par le remplissage du segment variqueux sous-jacent.

Entre les crosses franchement incontinentes et les crosses continentes nous avons tenté de sélectionner les crosses « discrètement incontinentes » chez les patients qui présentaient des varices sous-jacentes. S'il existe un effet siphon, la suppression sélective des varices et de leurs sources les alimentant devrait supprimer celui-ci et donc l'incontinence ostiale secondaire. Nous avons fait opérer ces patients par phlébectomie ambulatoire, le chirurgien respectant scrupuleusement nos indications.

Un examen écho-Doppler réalisé quelques semaines après l'intervention a montré la disparition du reflux au niveau de la crosse discrètement incontinente et dans certains cas la normalisation du retour veineux du tronc saphénien, confirmé par l'écho-Doppler couleur.

Conclusion

Les cartographies veineuses que nous réalisons sont de véritables cartes d'identité veineuses qui nous permettent de suivre et de traiter nos patients. Nous dessinons tout le système veineux superficiel, y compris les minivarices, alimentant les varicosités.

Par une exploration longue et minutieuse, réalisée sur chacun de nos patients, nous avons tenté de sélectionner les patients chez qui nous pourrions proposer un geste minimal, adapté à chaque cas, le moins agressif possible, par sclérose ou phlébectomie ambulatoire isolée des branches en respectant le capital veineux.

Si cela est aujourd'hui évident en cas de continence ostiale ou tronculaire, nous pensons qu'il faut actuellement respecter dans un premier temps les crosses et les troncs discrètement incontinents associés à la présence de branches variqueuses sous-jacentes mais ne traiter que les branches incontinentes.

Un suivi plus prolongé de nos malades nous permettra de préciser la réalité de cet effet siphon et de ses applications thérapeutiques.

Références

1. Magi G. In : En direct de la Société Française de Phlébologie, Euroveine Actualités, Paris, 21 mars 1992.
2. Schadeck M. Doppler and echotomography in sclerosis of the saphenous veins. Phlebology 1987 ; 2 : 221-40.
3. Schadeck M. Le reflux sur valvules saines en grande saphène. Phlébologie 1991 ; 44 : 603-13.
4. Van Cleef J.F., Griton Ph. In : Kervran Y.M., l'article du Quotidien du Médecin. L'angioscopie a bouleversé la compréhension de la maladie veineuse. Quotidien du Médecin, n° 4723 91,4/5, 21.