

INTRODUCTION

Historique

Plusieurs auteurs ont utilisé ou utilisent un cathéter endoveineux (*Tableau I*) dans le traitement des varices des membres inférieurs [1-4] :

Auteurs	Pays	Type de cathéter	Forme du sclérosant
Min	États-Unis	Court	Liquide
Grondin	Canada	Court	Liquide
Cabrera	Espagne	Court	Mousse
Tessari	Italie	Long	Mousse
Milleret	France	Long	Mousse
Sica	France	Court	Mousse

Tableau I. – Auteurs utilisateurs de cathéters

MATÉRIEL

Pour la mise en œuvre de la méthode M.S. [5], nous avons employé :

- un écho-Doppler avec sondes de 10/13 Mhz,
- un cathéter endoveineux court Insyte 18 G® avec prolongateur tricouche Vygon®,
- un connecteur à deux voies femelle-femelle Vygon®,
- deux seringues Discardit II B.D. de 10 ml,
- du Trombovar® à 1 %.

MÉTHODE

Nous avons inclus dans cette étude prospective, d'une durée d'un an, 148 patients âgés de 18 à 85 ans.

Critères d'inclusion :

- patients avec une incontinence ostio-tronculaire au niveau de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène,
- diamètre des saphènes compris entre 6 et 18 mm, mesuré à 30 mm de la jonction saphéno-fémorale ou saphéno-poplitée.

Critères de non inclusion :

- + grossesse,
- + cancer,
- + maladies cardio-vasculaires évolutives,
- + thrombophilie.

Conformément à la méthode M.S., nous avons suivi les 4 étapes suivantes :

1. positionnement, sous contrôle échographique, d'un cathéter court, connecté antérieurement à une tubulure. Aucune anesthésie locale préalable n'est nécessaire grâce à un nouveau format d'aiguille. Pour certains sujets particulièrement sensibles, une anesthésie transcutanée par Emla patch® peut être pratiquée ;

2. fixation du cathéter avec un sparadrap et injection de la micromousse préparée en extemporanée dans la tubulure lorsqu'elle est complètement remplie du sang refluant.

Pour les saphènes jambières à trajet superficiel, afin d'éviter le passage du Trombovar® à 1 % au niveau du réseau veineux, nous posons un brassard gonflable que nous laissons en place 3 minutes après l'injection. Ce réseau veineux sera sclérosé ultérieurement avec une moindre concentration du sclérosant ;

3. Après injection : compression avec la sonde au niveau de la jonction saphéno-fémorale ou saphéno-poplitée puis mise en place d'une contention-compression par Elastoplaste® que le patient doit porter impérativement pendant 1 semaine [6] ;

4. Contrôle du patient à J7, J15, J30, 3 mois, 6 mois et 1 an après l'injection.

VOLUMES INJECTÉS

Nous avons injecté des volumes de micromousse compris entre 6 et 25 ml : l'injection initiale est proportionnelle au diamètre de l'axe veineux à traiter (pour une saphène de 8 mm, nous injectons 8 ml de mousse). Cette quantité est révisable jusqu'à l'obtention du spasme. Ce spasme pariétal est recherché car il est prédictif d'une bonne réaction endothéliale et donc d'une oblitération complète de l'axe veineux à traiter (*Photos 1a, 1b et 2*).

AVANTAGES DU CATHÉTER

Le cathéter permet :

- de contrôler que le spasme s'est produit en exerçant un mouvement d'aspiration du piston de la seringue connectée au prolongateur immédiatement après l'injection (meilleur contrôle),
- de procéder immédiatement, si nécessaire, à l'injection de volumes supplémentaires en connectant au prolongateur une nouvelle seringue de micromousse préparée en extemporanée (reproductibilité de l'acte sans nouvelle ponction).

Le cathéter évite :

- les fausses routes car il constitue, par sa fixation, une solution de sécurité lorsque la micromousse une fois injectée ne permet plus la visualisation de l'aiguille en position endoluminale (traitement plus sûr),
- les injections sur-dosées de mousse sclérosante : l'injection est interrompue dès l'obtention du spasme (traitement plus précis),
- l'absence de spasme qui se traduit en une réaction partielle ou nulle de l'endothélium qui conduit inévitablement à une re-canalisation précoce de la saphène traitée ou au renouvellement de la séance de sclérothérapie si l'on recourt à la méthode traditionnelle de ponction-injection [7] (traitement plus rapide).



Photo 1a. – GVS de 16 mm de diamètre avec ulcère variqueux associé



Photo 1b. – Rétraction des paquets variqueux de la photo 1 5 minutes après injection par cathéter court de 18 ml de mousse de Trombovar® à 1 % et obtention du spasme

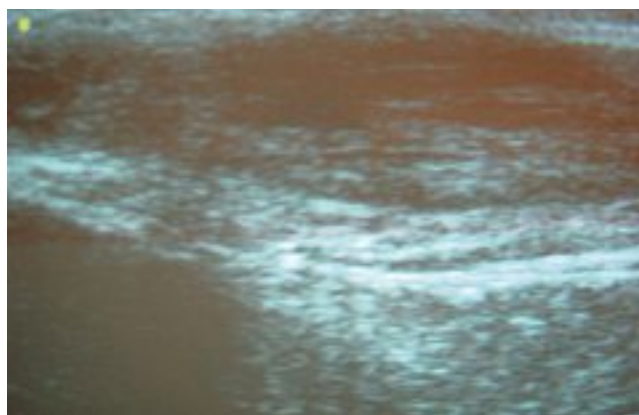


Photo 2. – Oblitération complète à J15, au niveau de la jonction saphéno-fémorale, de la même GVS (coupe longitudinale)

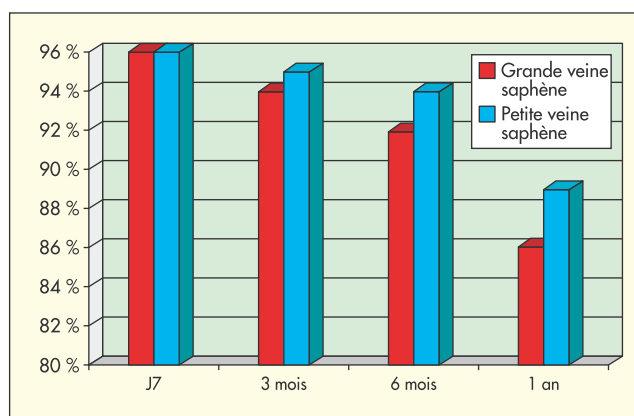


Tableau II. – Pourcentage des oblitérations GVS et PVS après 1 an

TOLÉRANCE ET EFFETS INDÉSIRABLES

La tolérance aux quantités de mousse injectée est tout à fait satisfaisante :

- un seul cas de constriction thoracique transitoire s'est résolu spontanément en quelques minutes, sans suite ;
- onze cas de veinites superficielles sur les saphènes à trajet extra-aponévrotique et leurs collatérales superficielles ont été traités avec succès par thrombectomie à l'aiguille, lors du contrôle à J15.

CRITÈRES D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Les 2 critères d'évaluation adoptés pour chaque contrôle sont :

1. la suppression complète du reflux à l'écho-Doppler et
2. l'incompressibilité de la veine traitée sous la sonde.

Tout résultat avec oblitération partielle a été comptabilisé comme un échec et entre dans les 4,3 % d'insuccès.

Nous avons constaté, en réunissant les 2 critères d'évaluation précédents, une oblitération :

- à J7, dans 95,7 % des cas (Tableau II) (contre 95 % avec la méthode de ponction injection) ;
- à J + 1 an, dans 86,3 % des cas pour la GVS et dans 89,6 % des cas pour la PVS (Photos 3a, 3b, 4a et 4b) (contre 86 % et 89,1% avec le méthode de ponction injection).

Les récides ont été reprises, sans problème particulier, par sclérothérapie échoguidée par ponction-injection directe à l'aiguille.



Photo 3a. – Patient avec une grande veine saphène incontinente gauche de 15 mm de diamètre (mesuré à 30 mm de la jonction saphéno-fémorale)



Photo 3b. – Résultat après 1 an



Photo 4a. – Même patient avec une grande veine saphène droite incontinente de 12 mm de diamètre avec un volumineux paquet variqueux au niveau jambier



Photo 4b. – Résultat après 1 an

)+,)"\$%#+,

A l'issue de cette étude nous pouvons affirmer que la méthode M.S. est une technique ambulatoire qui facilite et améliore l'efficacité du traitement par échosclecthérapie des varices GVS et PVS de moyen et de gros calibres (supérieures à 8 mm de diamètre) en évitant dans 95,7 % des cas le recours à la chirurgie.

Pour les varices de calibre inférieur, nous préférons conserver la méthode de sclérothérapie échoguidée par ponction-injection directe à l'aiguille car ces axes veineux sont difficilement cathétérissables en raison de leur faible diamètre.

'.&.'(,)(%

1 ,UO&=+^D^JJN=\$J^OI^GVYGEIRYBRGJ^INEOZ.WIEZYGVYJ^LA
XNGJY^GPYOGJY^G^LJYONBYUDXREBYRUPUCYANJG=
G.U12RY"Y*0QU*.UKNR9? Oq",^A 9FFFL=[F.a=

2 8^]JYJ^3^JJUZ#&=8^]JYJ^3^JLU^.)RPYZN#&=3^JLU^.)RPYZN
7NPUOWEY@ gR^JWUIYPZORUPUZYP^IVRhJNGVhJ^QWEDY^EB
LJNZEUGhJN^OGJ^1Y"Y*. [QQ2Hf; [S.S=

3 \$YII^JU=8^DY@G4JERR60UYRUPUOY^LYJUYOYVOYC
IRYJNIOUW^PU^G^JY^GPYOGJY^G^LJYONBYUDXREBYRUPUCYANJG=
9FF[H2; (S.?F=

4 ,URRYJ^G^J^OZY^E=:JYR7=<RR^YOG<9RhJNZYIWJ^OZYI
I^LVpOYhR^PNEIYZhRUDJ^Y^GVhG^VNWUEU^DYUDY^q<RLV^.
GYVOUK^EY^]1Y"Y*. 9FF_H ?;[(S=

5 %U^= %RhJNGVhJ^VNWUEU^YPUJNPNEI^DYI^GVhGYJ
YOZNDYUQMEBG hGVNZ^%=)]1Y"Y*. 9FF_H ?;a22.S[=

6 1YOJUY^G^YOR^N^PIRYJNGVYJ^G^GVY^G^ZUGUNOI
^VRhJNRNWUKE^YOs^UIH^FFH^S(=

7 %U^= \$J^UGYPYOG^JUY^ZYLREZYSPP ZYU^PpGU^J
hIVNIRhJNGVhJ^VNWUEU^YPUJNPNEI^DYI^GVhGYJ
YOZNDYUQMEBG hGVNZ^%=)]1Y"Y*. 9FFaH ?;[aQ.(_=