

L'éveinage chirurgical

Pour qui ? Pour quoi ?

4

Yves Belzil et Richard Danylewick

M^{me} V. Harris, très satisfaite du résultat obtenu lors de la prise en charge de sa maladie variqueuse, vous a envoyé son beau-frère, M. L.A. Venne. Après avoir fait un examen minutieux et une échographie veineuse, vous posez un diagnostic d'incontinence importante de la veine grande saphène gauche, ce qui explique les grosses varices, l'œdème et l'inconfort à la jambe gauche. M. Venne a vu une annonce dans le journal local sur le traitement au laser des varices (il n'aime pas les piqûres !). Ce traitement est-il indiqué dans son cas ? Est-ce qu'une intervention chirurgicale le serait davantage ? Comment le savoir ?

Traitement chirurgical des varices

Le traitement chirurgical des varices remonte à la nuit des temps. Déjà, au deuxième siècle de notre ère, Galien procédait à des phlébectomies percutanées des varices à l'aide de crochets (méthode reprise dans les années 1960 et encore utilisée de nos jours !).

Toutefois, ce n'est que depuis le début du XX^e siècle que les techniques sont devenues vraiment efficaces, tout en demeurant esthétiquement acceptables pour les patients.

Les techniques les plus nouvelles utilisent l'énergie thermique pour détruire les parois veineuses variqueuses (par laser ou radiofréquence). Cet article abordera le traitement chirurgical moderne de la maladie variqueuse dans un contexte pertinent pour le médecin omnipraticien.

Comment établit-on une indication chirurgicale ?

La réponse à cette question dépend de plusieurs facteurs cliniques et paracliniques. La décision d'opérer ne sera prise qu'à la lumière d'une anamnèse détaillée

Le D^r Yves Belzil, omnipraticien, exerce à la Clinique de phlébologie et de laser endoveineux de Laval. Le D^r Richard Danylewick, chirurgien vasculaire, exerce à la Clinique de phlébologie et de laser endoveineux de Laval et à la Clinique chirurgicale Opmédic, de Laval.

Tableau 1

Comment poser une indication chirurgicale à partir d'éléments cliniques

Éléments cliniques favorables à une intervention chirurgicale

- ⊗ Risque anticipé d'échec de l'échosclérothérapie lors de l'échographie Doppler :
 1. diamètre de la jonction saphénofémorale ou saphénopoplitée trop grand (voir l'article du D^r Michel Zummo intitulé : « La maladie variqueuse : Une vraie maladie ! Un vrai traitement ! », dans ce numéro),
 2. tronc saphénien jugé trop large et qui répondra probablement peu aux agents sclérosants,
 3. stade très avancé évoluant depuis de nombreuses années
- ⊗ Forme anatomique à l'échographie (veines saphènes, perforantes de gros calibre)
- ⊗ Résistance à d'autres types de traitement (sclérothérapie)
- ⊗ Contre-indications relatives ou absolues à l'échosclérothérapie (allergies ou effets indésirables liés aux agents sclérosants)
- ⊗ Préférences du patient (budget, souhait d'éviter les injections, listes d'attente, etc.)

Éléments cliniques défavorables à une approche chirurgicale

- ⊗ Forme anatomique à l'échographie (tronc saphénien de petit calibre, récurrence postchirurgicale)
- ⊗ Maladies concomitantes (risques chirurgicaux et anesthésiques accrus, maladie artérielle périphérique, diathèse hémorragique, lymphœdème aux jambes, infections actives)
- ⊗ Grossesse
- ⊗ Préférences du patient (convalescence, peur de l'anesthésie et de l'opération)
- ⊗ Obésité
- ⊗ Anticoagulation
- ⊗ Âge avancé



Photo 1. Maladie variqueuse grave.



Photo 2. Avant la chirurgie. Le marquage au crayon, pratiqué la veille de l'intervention à l'aide de l'échographie Doppler, localise le trajet anatomique refluant du tronc saphénien à éveiner (flèche verte) et indique les veines collatérales pathologiques variqueuses à phlébectomiser (flèches blanches).



Photo 3. Une semaine après l'intervention. Points de phlébectomies avec application de SteriStrip.



Photo 4. Laser endoveineux (phase d'introduction du laser). Sous une technique stérile, un accès veineux est pratiqué par ponction percutanée avec échoguidage. Ensuite, un guide métallique sur lequel est monté un cathéter est avancé. Le cathéter servira ensuite de guide à la fibre laser.

centrée sur le patient, d'un examen physique minutieux et d'une échographie Doppler des réseaux veineux superficiel et profond des membres inférieurs.

Il est possible de dégager certains éléments cliniques qui aideront le chirurgien à poser une indication chirurgicale (tableau I). Voir l'article de la D^{re} Céline Croteau intitulé : « Le patient veinard à votre cabinet », dans ce numéro.

Revenons à notre patient, M. L.A. Venne. L'échographie Doppler nous donne les résultats suivants : veine grande saphène à 12 mm (n ~ 4 mm) avec incontinence de tout le tronc saphénien jusqu'à la jambe. L'éveinage de la veine grande saphène (stripping) est proposé à M. Venne qui est hésitant. Est-ce la seule option possible ?

Quelles sont les techniques chirurgicales dont dispose le médecin ?

Dans le passé, l'exérèse chirurgicale des varices ne se faisait que par éveinage des troncs saphéniens (photos 1, 2 et 3).

La décision d'opérer ne sera prise qu'à la lumière d'une anamnèse détaillée centrée sur le patient, d'un examen physique minutieux et d'une échographie Doppler des réseaux veineux superficiel et profond des membres inférieurs.

Repère

Encadré

Utilisation du laser en phlébologie

Lors de l'utilisation du laser endoveineux, une anesthésie locale par tumescence dans l'axe de la veine, sous guidage échographique, permet non seulement l'anesthésie, mais aussi l'isolation du vaisseau des tissus environnants (empêchant leur destruction par l'énergie thermique) et la compression de la paroi veineuse contre la fibre laser (augmentant ainsi le trajet d'énergie et l'efficacité de l'intervention).

L'utilisation du laser esthétique ne présente, pour l'instant, aucun avantage en phlébologie comparativement à la sclérothérapie : efficacité moindre, sauf en de rares exceptions (varicosités très fines), coût plus élevé, douleur semblable, effets indésirables inesthétiques plus importants. Aussi, les règles de base du traitement phlébologique ne sont pas toujours respectées (examen clinique sans Doppler ni échographie Doppler, traitement des sources principales de reflux non priorisé, etc.)².

Depuis quelques années, il est possible de s'affranchir de cette intervention. En effet, on procède de plus en plus au traitement des varices par laser endoveineux (technique endoluminale qui détruit la lumière de la veine en ne laissant qu'une cicatrice fibreuse un peu comme le fait la sclérothérapie) (photo 4). Cette technique, utilisée avec succès depuis huit ans partout dans le monde, est efficace et sûre. Elle fait actuellement l'objet d'études cliniques pour la comparer à l'intervention habituelle¹.

Le laser endoveineux, qui se veut une solution de rechange au traitement habituel des varices par éveilage, est totalement différent du laser esthétique à faisceau externe, comme ceux des dermatologues et des cliniques d'esthétique, qui sont de toute façon très peu utiles en phlébologie, sauf dans de rares cas sélectionnés (encadré).

Il arrive aussi parfois que le médecin opte, en totalité ou en partie, pour l'exérèse des veines collatérales variqueuses par phlébectomie (extirpation des



Photo 5. Technique chirurgicale par phlébectomie (extirpation des trajets variqueux par de micro-incisions pratiquées sur la peau).

Tableau II

Effets indésirables et complications des techniques chirurgicales³

Effets indésirables et complications locales

- Hématomes, ecchymoses, douleur postopératoire, hyperpigmentation postinflammatoire, cicatrices, infections de plaies chirurgicales, lymphorrhée, lymphocèle et brûlures thermiques cutanées

Complications régionales

- Lésions nerveuses, lymphœdème et lésions vasculaires iatrogéniques

Complications générales

- Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire

À noter que tous ces incidents surviennent immédiatement ou jusqu'à quelques jours après l'intervention, sauf pour la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire qui peuvent compliquer le geste opératoire jusqu'à quelques semaines après l'intervention.

varices à l'aide de crochets par des micro-incisions pratiquées dans la peau) (photo 5). Cette technique particulière, à laquelle peu de médecins ont recours au Québec, donne souvent de très bons résultats chez

Le laser endoveineux, qui se veut une solution de rechange au traitement habituel des varices par éveilage, est totalement différent du laser esthétique à faisceau externe comme ceux des dermatologues et des cliniques d'esthétique qui sont de toute façon très peu utiles en phlébologie, sauf dans de rares cas sélectionnés.

Malgré une opération menée dans les règles de l'art, il faut toujours établir un suivi avec le médecin ayant traité votre patient ou avec un collègue spécialisé en phlébologie dans les mois et les années qui suivent l'intervention.

Repères

Tableau III

Analyse comparative des différentes techniques chirurgicales

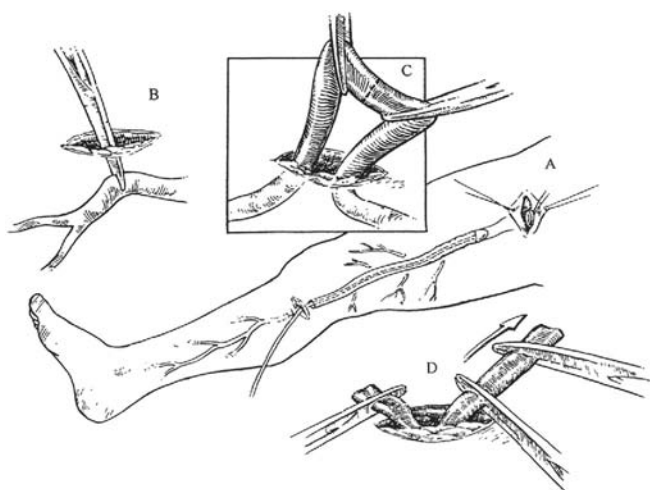
	Éveinage (<i>stripping</i>)	Laser endoveineux	Phlébectomie
Technique	Voir figure 1	Voir figure 2	Voir photo 5
Indications	Veines grande et petite saphènes (VGS, VPS)	VGS, VPS	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Veines collatérales saphéniennes ⊗ Petites veines perforantes et leurs varices ⊗ Varices isolées non liées aux saphènes ⊗ Varices du pied
Anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Locale, par tumescence* ⊗ Régionale, par bloc crural ⊗ Rachidienne ⊗ Générale 	Locale, par tumescence*	Locale, par tumescence*
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Centre hospitalier public (RAMQ) ⊗ Clinique semi-privée† (service assuré en partie par la RAMQ) 	Service non assuré par la RAMQ	Service non assuré par la RAMQ
Convalescence	2 – 3 semaines	De ~ 2 jours à 1 semaine	Aucune ou parfois quelques jours
Délais d'attente	1 – 3 ans	De quelques semaines à quelques mois	De quelques semaines à quelques mois

*Anesthésie par tumescence : anesthésie locale dans laquelle l'anesthésique est très fortement dilué dans du sérum physiologique ou une solution de Ringer pour obtenir une tumescence des tissus.

† Clinique semi-privée : certains frais sont facturés au patient pour l'accès à la salle d'opération, mais le chirurgien est rémunéré par la RAMQ.

Figure 1

Technique : éveinage de la veine grande saphène et phlébectomie associée



A : Éveinage de la veine grande saphène : après avoir été sectionnée proximale et distalement, la veine est cathétérisée de haut en bas à l'aide d'une tringle (stripper). Elle est ensuite attachée proximale à la tringle et arrachée vers le bas.

B, C et D : Phlébectomie des veines collatérales variqueuses de la veine grande saphène : la peau est incisée, la varice est extériorisée, sectionnée et retirées.

Source : Raju S, Villavicencio LL, rédacteurs. Dans : *Surgical Management of Venous Disease*. Baltimore : Williams & Wilkins ; 1997. p. 272.

des patients choisis.

La connaissance comparative de ces trois techniques, ainsi que de leurs complications opératoires et effets indésirables respectifs, sera utile au clinicien pour discuter des solutions offertes au patient lorsqu'une méthode chirurgicale est envisagée. Elle lui permettra également de prendre une décision et d'assurer le suivi postopératoire (tableaux II et III).

M. L.A. Venne, votre patient, discute avec vous des choix possibles. Il aime l'idée du laser endoveineux, mais les coûts associés le rebutent un peu. Cependant, la convalescence et l'anesthésie liées à l'éveinage l'inquiètent.

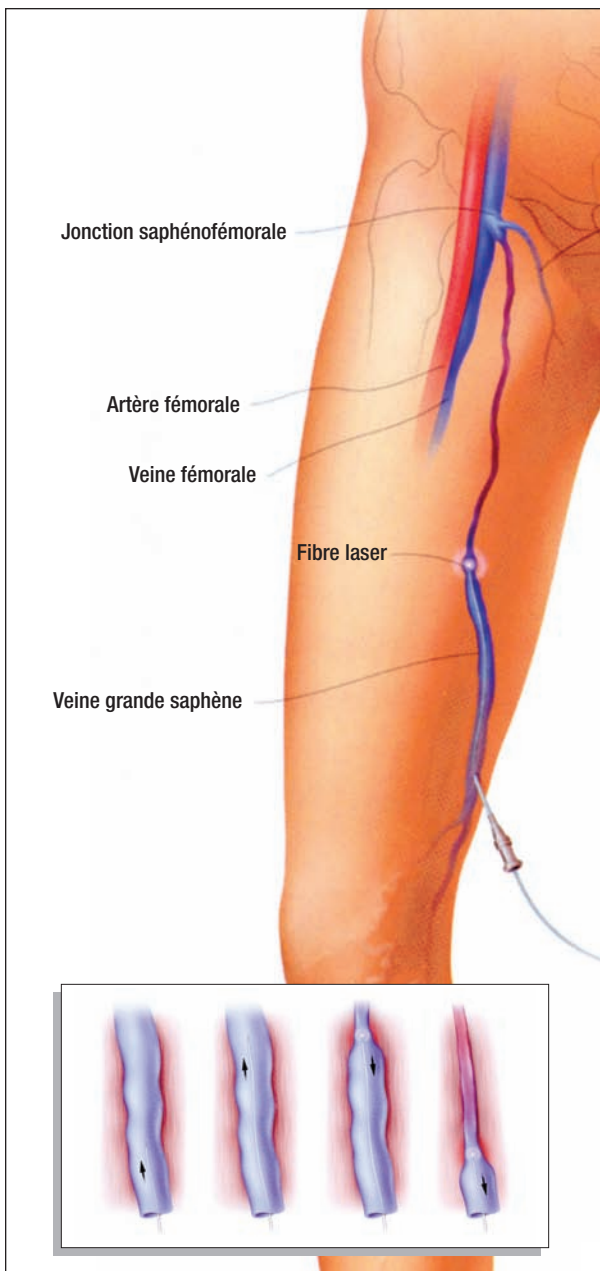
Faut-il établir un suivi après un traitement opératoire des varices ? Qu'en est-il des récurrences ?

Malgré une opération menée dans les règles de l'art, il faut toujours établir un suivi avec le médecin ayant traité votre patient ou avec un collègue spécialisé en phlébologie dans les mois et les années qui suivent l'intervention.

Plusieurs raisons motivent ce suivi : surveillance des récurrences à moyen et à long terme (maladie variqueuse grave et très évolutive chez ce type de clien-

Figure 2

Ablation des saphènes par laser endoveineux



Le laser endoveineux produit une destruction thermique du tissu veineux. L'énergie laser est envoyée au point désiré dans la veine grâce à une fibre laser passée par un cathéter. Lorsque le laser est activé, la fibre est graduellement retirée jusqu'au traitement complet de la veine.

Source : Diomed. Reproduction autorisée.

Tableau IV

Facteurs de risque de récurrence variqueuse après éveinage⁶

Facteurs liés à la personne

- ⦿ Apparition des varices à un jeune âge
- ⦿ Antécédents familiaux de varices
- ⦿ Pieds plats
- ⦿ Existence de varices périnéales

Facteurs liés aux habitudes de vie

- ⦿ Position debout plus de six heures par jour
- ⦿ Indice de masse corporelle supérieur à la normale
- ⦿ Absence de pratique sportive
- ⦿ Arrêt du sport après l'intervention
- ⦿ Nombre de grossesses après l'intervention

Facteurs liés à l'intervention

- ⦿ Nombre élevé d'années écoulées entre l'apparition des varices et l'opération
- ⦿ Absence de port d'une contention élastique postchirurgicale
- ⦿ Opération de la petite veine saphène

postopératoires, conscientisation du patient à son état variqueux chronique. À ce titre, plusieurs études cliniques de qualité ont établi le risque de récurrence après une intervention chirurgicale à environ 25 % au bout de cinq ans^{4,5} et ont aussi déterminé les facteurs de risque de récurrence⁶ (tableau IV). L'existence de ces facteurs innés ou acquis doit éveiller l'attention et accroître la surveillance clinique chez ces patients. Un suivi à long terme est donc essentiel.

Revenons au cas de M. Venne

Vous revoyez M. L.A. Venne quelques mois plus tard à la suite d'un éveinage de la veine grande saphène gauche. Il se sent très bien, car ses symptômes et son enflure à la jambe ont disparu. Il est satisfait et se dit guéri. Vous savez

tèle), nécessité de sclérothérapie ou de phlébectomie après l'opération, prise en charge des incidents

qu'il devra garder contact avec son chirurgien ou avec un collègue spécialisé en phlébologie. La récurrence le guette!

Summary

Varicose vein surgery: Who should have it and why?

Decision to operate a patient with varicose veins depends on two indissociable elements:

- ⊗ clinical history and medical exam must reveal an important problem to consider this invasive action;
- ⊗ Doppler ultrasound must show favourable anatomical conditions of saphenous axes and perforating veins concerned.

Vein stripping and endovenous laser therapy are the most commonly used surgery techniques. Many clinicians will use phlebectomy for visible varicosed segments concomitant or not with stripping or laser treatment. Choice of intervention will depend on many factors.

After surgery, the clinician must follow-up very closely on the patient most at risk, (particularly the obese, sedentary woman, with precocious varicosed veins, postoperative multiparity, unfavourable family history, who spends many hours in a standing position), but each operated patient must be under close surveillance.

Keywords: varicose veins, surgery, laser therapy, postoperative complications, recurrence

Date de réception : 14 janvier 2008

Date d'acceptation : 7 avril 2008

Mots clés : veines variqueuses, intervention chirurgicale, traitement par le laser, complications postopératoires, récurrence

Les D^{rs} Yves Belzil et Richard Danylewick n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Mundy L, Merlin TL, Fitridge RA, Hiller JE. Systematic review of endovenous laser treatment for varicose veins. *Br J Surg* 2005 ; 92 (10) : 1189-94.
2. Schmults CD. Laser treatment of vascular lesions. *Dermatol Clin* 2005 ; 23 (4) : 745-55.
3. Rudström H, Björck M, Bergqvist D. Iatrogenic vascular injuries in varicose vein surgery: a systematic review. *World J Surg* 2007 ; 31 (7) : 1528 ; réponse de l'auteur : p. 1529.
4. Hartmann K, Klode J, Pfister R et coll. Recurrent varicose veins: sonography-based re-examination of 210 patients 14 years after ligation and saphenous vein stripping. *Vasa* 2006 ; 35 (1) : 21-6.
5. Allegra C, Antignani PL, Carlizza A. Recurrent varicose veins following surgical treatment: our experience with five years follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007 ; 33 (6) : 751-6.
6. Sadoun S, Cornu-Thénard A, Garde C et coll. Récurrence variqueuse : étude épidémiologique comparative randomisée des facteurs de risque chez 741 patients : étude de l'AFCARP. *Phlébologie* 1998 ; 51 (4) : 433-40.