

PROGRAMME & RECUEIL D'ABSTRACTS

JUIN
2002
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
PHLEB  LOGIE

**DIX ANS DE PROGRÈS ET DE NOUVEAUTÉS
DANS LA PRISE EN CHARGE
DE LA MALADIE VARIQUEUSE**

**Réunion statutaire de la Société Française de Phlébologie
En collaboration avec le Collège Italien de Phlébologie**

Organisateurs : Jean-Jérôme Guex,
Claudio Allegra,
Franck Chleir

Samedi 1^{er} Juin 2002

Nice - Hôtel Le Méridien
1, promenade des Anglais - 06046 NICE Cedex 1

Société Française de Phlébologie

46, rue Saint Lambert
75015 Paris

Tél. : +33 (0)1 45 33 02 71 - Fax : +33 (0)1 42 50 75 18

E-mail : sfphlebologie@iname.com

www.phlebologie.com - www.sf-phlebologie.org



PROGRAMME SCIENTIFIQUE

JUIN 2002

Séance 1

Bilan clinique et instrumental des varices : corrélations, indications

Modérateurs : Claudio Allegra, Olivier Pichot

09h00 - 09h20	Nouveautés dans l'anatomie saphénienne <i>Alberto Caggiati (Rome)</i>
09h20 - 09h40	Explorations fonctionnelles des récides variqueuses <i>Pier-Luigi Antignani (Rome)</i>
09h40 - 10h00	Décompensation et complications des varices : incidence sur les indications <i>Jean-Luc Gillet (Bourgoin-Jallieu)</i>
10h00 - 10h20	Influence pratique du bilan instrumental sur le traitement chirurgical <i>Claudio Allegra (Rome)</i>
10h20 - 10h40	Discussion
10h40 - 11h10	Pause

Séance 2

Traitement des varices : innovations et classiques

Modérateurs : Franck Chleir, Pier-Luigi Antignani

11h10 - 11h30	Fractionnement dynamique de la pression hydrostatique, Shunts fermés et ouverts, évolutivité variqueuse vicariante : en quoi ces concepts ont-ils fait évoluer le traitement des varices ? <i>Claude Franceschi (Paris)</i>
11h30 - 11h50	La Phlébectomie ambulatoire, quarante ans bien portés <i>Stefano Ricci (Rome)</i>
11h50 - 12h10	Echosclérothérapie et mousse <i>Claudine Hamel-Desnos (Caen)</i>
12h10 - 12h40	La crossectomie est-elle encore nécessaire? La chirurgie face aux méthodes endo-veineuses. <i>Carmine Sessa, Olivier Pichot (Grenoble)</i>
12h40 - 13h00	Discussion
13h00 - 15h00	Déjeuner

Table ronde - 15h00 - 16h30

Comment traiterons-nous les varices ces dix prochaines années?

Modérateurs : Jean-Jérôme Guex, Stefano Ricci



20h00

Dîner de Gala, Plage Beau Rivage

NOUVEAUTÉS DANS L'ANATOMIE SAPHENIENNE

Alberto Caggiati

(Rome)

L'anatomie du système veineux n'avait pas changé depuis les dix dernières années. Mais les techniques d'imagerie ont changé, et la morphologie du système veineux des membres inférieurs a été réévaluée, également sur les bases des nouveaux besoins cliniques requis.

En conséquence, le modèle classique en double-couche du lit veineux des membres inférieurs (basé sur un seul repère, i.e., le fascia musculaire) a été critiqué.

L'ultrasonographie a (re)découvert l'existence d'une lame hyperéchogène recouvrant les veines saphènes que l'on a appelée «fascia saphénien». Les techniques d'anatomie traditionnelle ont permis une meilleure mise au point de son organisation en démontrant qu'il divise le tissu sous-cutané (et les veines qui cheminent dedans) en une couche profonde et une superficielle. La profonde contient seulement les veines et les nerfs saphènes («compartiment saphénien»), alors que les autres veines collatérales et communicantes cheminent dans la superficielle.

Les recoupements histologiques, fonctionnels, cliniques et chirurgicaux font ressortir le concept anatomique de la différence entre les veines saphènes et les autres veines superficielles.

En conséquence, un modèle triple-couche pour les veines des membres inférieurs a été proposé. Les veines sont regroupées selon leur rapport avec deux fascias (le musculaire et le saphénien) en : veines profondes (ou sous fasciales), veines saphènes (ou interfasciales) et veines superficielles.

Une «nouvelle terminologie» pour les veines des membres inférieurs basée sur ce modèle triple-couche a été proposée par un comité international interdisciplinaire (International Union of Phlebology, International Federation of Anatomical Associations and Federative International Committee for Anatomical Nomenclature). En finalité, les principales recommandations terminologiques du Comité seront expliquées et discutées.

FUNCTIONAL EVALUATION OF RECURRENT VARICOSE VEINS

Pier-Luigi Antignani

(Rome)

Recurrent varicose veins (RVV) represent a complex and costly problem in surgical practice despite improvements of the preoperative investigation, and of surgery for varicose veins. The frequency of RVV is ranging from 20 % to 80 % and depending on the differences in the definition or recurrence, the initial treatment, the used classification, the method and duration of follow-up.

Neovascularisation accounts for some cases of recurrence within a few years of surgery, but other factors relating to disease progression must also play a part.

The evaluation of RVV is mainly based on medical history, physical examination and c.w. Doppler examination (diagnostic level 1) but these data do not provide all the useful information for deciding the best form of treatment.

Further investigations (level 2 and 3) are necessary such as Duplex scanning with colour coded imaging, plethysmography, venous pressure measurements and venography (ascending and descending venography or varicography).

Colour coded duplex scanning outweighs all other diagnostic techniques and supplies all data useful to determine patterns of recurrent varicose veins

The different studies showed that the pattern of recurrence is highly variable and often with multiple sites of incompetence. In a few instances, the pattern of recurrence was associated with specific clinical factors.

Venography is helpful when the Duplex scanning does not provide sufficient information on the sources and nature of the recurrences. Ascending and descending venography is used to evaluate the opportunity of deep venous reconstruction.

Plethysmography and venous pressure measurements are used for research studies and in severe chronic venous diseases to evaluate the calf pump function, reflux and obstruction. These methods do not give anatomical information and do not allow to decide the subsequent treatment.

DECOMPENSATION ET COMPLICATIONS DES VARICES : INCIDENCE SUR LES INDICATIONS

Jean-Luc GILLET
(Bourgoin-Jallieu)

Nous limiterons notre sujet aux varices essentielles ou primitives.

Après avoir défini une varice, nous ferons de brefs rappels d'épidémiologie, d'étiopathogénie et de physiopathologie, nécessaires à la discussion des différents traitements proposés.

La survenue de signes de décompensation (œdème, corona phlébectatica, dermite ocre) ou d'une complication (tissulaire avec troubles trophiques ; «aiguë» sous forme d'une thrombose veineuse superficielle, d'une rupture variqueuse ou d'une infection), est un temps capital dans la vie d'un patient variqueux. Avant, le traitement radical de ses varices peut relever d'indications esthétiques, éventuellement fonctionnelles, ou de prévention, en gardant à l'esprit la préservation de son capital veineux pour un éventuel geste artériel. Après, la prise en charge de son insuffisance veineuse superficielle devient nécessaire.

Nous en discuterons les différents traitements en fonction des données de la littérature : traitement radical des varices (chirurgie et sclérothérapie avec ou sans écho guidage), traitement médical palliatif (contention-compression), traitement des perforantes incontinentes. Nous apprécierons les spécificités thérapeutiques de chacune des complications et les critères dépendants du patient (âge, pathologies associées, artériopathie, thrombophilie, altération de la pompe musculaire du mollet, contexte socioprofessionnel et psychologique, etc.), et du praticien, pouvant moduler les indications.

INFLUENCE PRATIQUE DU BILAN INSTRUMENTAL SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Claudio Allegra
(Rome)

FRACTIONNEMENT DYNAMIQUE DE LA PRESSION HYDROSTATIQUE, SHUNT FERMÉS ET OUVERTS, ÉVOLUTIVITÉ VARIQUEUSE VICARIANTE : EN QUOI CES CONCEPTS ONT-ILS FAIT ÉVOLUER LE TRAITEMENT DES VARICES ?

Claude Franceschi
(Paris)

Les varices sont un symptôme parmi d'autres de l'insuffisance veineuse. Elles sont le résultat de dysfonctionnements variés du système veineux. Leur traitement logique consiste à corriger la cause. La reconnaissance de la cause demande une connaissance approfondie de la physiopathologie hémodynamique. Cette physiopathologie a été nourrie de concepts hémodynamiques qui ont permis une modélisation théorique cohérente. Cette modélisation a conduit à des approches diagnostiques et thérapeutiques nouvelles, inaugurées par la cure CHIVA en 1988. Elle a apporté la cartographie anatomo-fonctionnelle, précisé les notions de shunts ouverts et fermés, de points de réentrée et de fractionnement dynamique de la pression hydrostatique. Elle a insisté sur l'effet nocif à court et/ou long terme de la suppression des veines, y compris variqueuses, tant en termes de souffrance tissulaire qu'en termes de récurrence et d'évolutivité de la varicose. Diverses études ont démontré la pertinence de ces notions. Les unes ont montré la survenue de varicosités et télangiectasie et de nouvelles varices significativement plus importantes après éveil qu'après cure CHIVA (Maeso et coll). D'autres ont démontré que la chirurgie conservatrice ne respectant pas les conditions hémodynamiques nécessaires au drainage entraînait significativement plus de récurrence que les véritables cures CHIVA (Cappelli et coll). Enfin, Caillard et coll ont montré la normalisation du calibre et de la paroi des troncs saphéniens après des traitements conservateurs et hémodynamiques de type CHIVA. Ces faits conduisent à penser que nombre d'évolutivités et récurrences post-opératoires ne sont pas l'effet d'une évolution spontanée de la maladie, mais plutôt la conséquence des traitements ne tenant pas compte des nécessités de drainage tissulaire. Ils démontrent aussi que la conservation du capital veineux est utile non seulement aux pontages artériels comme cela a déjà eu lieu (pontages coronariens après CHIVA Bailly et Juan), mais aussi à la réduction du taux de récurrences évolutives.

LA PHLÉBECTOMIE AMBULATOIRE : QUARANTE ANS BIEN PORTÉS

Stefano Ricci
(Rome)

La Phlébectomie Ambulatoire (PA) a été conçue par Robert Muller en 1956. Dès 1960, tous les détails de la technique ont été mis au point, et avec l'association de la crossectomie (avec saphenectomie courte) en anesthésie locale, tout le réseau veineux superficiel a pu être traité de façon ambulatoire par l'équipe de Neuchâtel.

En 1966 la P. A. est présentée à la Réunion Plénière de la SFP et provoque un fiasco total. Mais à partir de cette date, un nombre croissant de phlébologues (au total 260) allèrent à Neuchâtel pour voir sur place pratiquer la P.A.

Actuellement, cette méthode d'éveil est connue (sinon pratiquée) par tous ceux qui s'intéressent à la phlébologie et pratiquée par une grande partie des chirurgiens, mais aussi par beaucoup de dermatologues et d'angiologues, en raison de sa facilité et de sa simplicité d'utilisation. Entre temps, de nombreux articles et monographies ont été publiés sur le sujet dans la littérature internationale, et de nombreuses séances de congrès y ont été consacrées.

La P.A. après l'an 2000 est fondamentalement la même que celle "dessinée" par Muller il y a 40 ans : marquage, anesthésie locale par infiltration, incision (0,5-2mm), harponnage, traction, extraction, progression, pansement, compression, déambulation. Quoique le geste technique soit essentiellement le même, plusieurs aspects collatéraux ont subi une évolution :

- Diagnostique : la diffusion de l'écho-doppler a permis de mieux connaître les aspects anatomiques et fonctionnels de la maladie variqueuse en général et de chaque patient en particulier. Le marquage empirique est devenu stratégique. Le travail a pu être vérifié et scientifiquement validé.
- Anesthésie : dilution majeure de la solution (Klein), tamponnage par bicarbonate pour diminuer la douleur de l'injection, chauffage de la solution à 40° dans le même but, sédation à régression rapide, ont en partie amélioré ce moment critique de la P.A.
- Compression : Les bandes à colle acrylique qui peuvent être placées directement sur la peau sans donner de lésions allergiques ou mécaniques, apparaissent très utiles, soit pour le bandage post opératoire, soit pour le traitement des suites précoces (cellulite, inflammations, phlébites). Des bas peuvent être substitués aux bandes ; ils peuvent être superposés pour une compression plus forte.
- Matériaux : sauf les instruments, tout est jetable. La stérilisation est plus sûre.

La Phlébectomie est née comme méthode ambulatoire, mais trouve application courante comme supplément de la saphenectomie traditionnelle (hospitalisation, anesthésie générale ou spinale). Les stratégies thérapeutiques alternatives (CHIVA) l'utilisent volontiers pour éliminer le réseau R3. Pour la même raison, elle s'associe aux nouveaux systèmes d'occlusion saphène par radiofréquence ou laser. La P.A. est donc très actuelle. Cela est dû à sa simplicité. Les tentatives d'introduire des méthodes basées sur la technologie (TRIVEX, Laser) ne mettent pas en danger son utilité. La nouvelle sclérothérapie par mousse est probablement sa seule concurrente, mais seulement pour ceux qui veulent créer des antithèses plutôt que des synergies.

ECHOSCLEROTHERAPIE ET MOUSSE

Claudine Hamel-Desnos
(Caen)

L'échosclérothérapie qui constituait déjà une révolution thérapeutique en Phlébologie a vu, depuis quelques années, son efficacité croître encore grâce à l'utilisation de mousses sclérosantes.

L'auteur expose principe, technique (avec ses 4 phases incontournables), avantages, inconvénients, et limites de cette méthode combinée.

Deux méthodes de fabrication de mousse en extemporané avec utilisation de seringues plastique sont décrites :

- robinet à 3 voies selon Tessari
- méthode Kreussler DSS.

Deux variantes de l'échosclérothérapie sont également rapportées :

- Phlébocath®
- Aiguille Sclerago®

Enfin, sont développés les résultats de la première étude française prospective, randomisée, comparant l'efficacité de la mousse versus liquide (Aetoxisclérol® à 3 %) dans l'échosclérothérapie de la grande veine saphène, étude menée par l'ARFCA Normandie.

En conclusion, dans le traitement de la maladie variqueuse, l'afflux de nouvelles thérapeutiques alternatives à la chirurgie ne doit pas occulter la place de choix qu'occupe l'échosclérothérapie, nouvellement « dopée » par la mousse.

Cette technique, d'une efficacité remarquable, reste, en effet, inégalable en terme de faisabilité, de coût, de simplicité et en regard de l'éventail très large de ses indications.

LA CROSSECTOMIE EST-ELLE ENCORE NÉCESSAIRE ? LA CHIRURGIE FACE AUX MÉTHODES ENDO-VEINEUSES

Carmine Sessa, Olivier Pichot
(Grenoble)

Si la chirurgie reste le gold standard pour le traitement de l'insuffisance veineuse superficielle, cette technique se voit actuellement concurrencée par de nouveaux moyens thérapeutiques endo-veineux faisant appel soit à la radiofréquence (système Closure®), soit, plus récemment au laser. Cette nouvelle approche thérapeutique autorise une prise en charge ambulatoire des patients, des suites immédiates simples et une reprise rapide de l'activité, qui constituent une avancée indiscutable par rapport à la chirurgie conventionnelle.

Les objectifs classiques du traitement chirurgical sont la suppression des points de fuite et la suppression aussi complète que possible du réseau veineux pathologique. Quelles qu'en soient les modalités (crossectomie seule ou associée à exérèse de la veine grande saphène et/ou à l'exérèse des collatérales variqueuses, voire à la sclérothérapie) la crossectomie et particulièrement la crossectomie élargie représente le principe de base de la chirurgie d'exérèse. A l'inverse, les techniques endovasculaires pratiquées dans la majorité des cas par voie percutanée visent essentiellement à oblitérer le tronc saphène et conduisent dans la majorité des cas à respecter (volontairement ou non) le drainage des veines collatérales de la jonction saphéno-fémorale (JSF).

Avec un recul de 2 à 3 ans pour la radiofréquence et d'environ 1 an pour le laser, il est difficile d'anticiper les résultats à long terme des ces techniques, mais l'expérience initiale nous a appris que :

- A 2 ans, les résultats du traitement par radiofréquence sont superposables aux résultats du traitement chirurgical conventionnel (crossectomie stripping) et supérieurs à ceux de la crossectomie seule en terme de récurrence de reflux ou de varices.
- L'hypothèse d'une recanalisation tardive des troncs saphènes traités apparaît fort peu probable. En effet, les études écho-Doppler ont montré que les cas de recanalisation sont toujours observés précocement et que, dans les autres cas, l'évolution du tronc saphène traité se fait vers une fibrose complète dont témoigne la disparition progressive de la veine saphène en échographie.

Ainsi, à long terme, c'est essentiellement la différence du concept thérapeutique au niveau de la JSF qui pourra influencer les résultats. Fischer a démontré que l'option chirurgicale conventionnelle peut conduire jusqu'à 60 % de récurrences. La réapparition d'un reflux au niveau de la JSF est essentiellement le fait d'un mécanisme de néoangiogenèse, lié au geste chirurgical lui-même mais peut-être aussi favorisé par la frustration du drainage des collatérales de la JSF. A l'inverse, les techniques endo-veineuses ne nécessitent aucune incision chirurgicale et préservent le drainage physiologique des collatérales de la JSF.

Par ailleurs, l'existence de tronc saphéniens incontinents résiduels ou de collatérales variqueuses laissées en place après chirurgie n'est pas rare et constitue à l'évidence un facteur de récurrence. Grâce à un usage optimisé de l'écho-Doppler la mise en œuvre des techniques endo-veineuses limite le risque de traitement incomplet : d'une part un examen écho-Doppler préopératoire extrêmement rigoureux est toujours nécessaire et permet de baser la stratégie thérapeutique sur une cartographie précise ; d'autre part l'écho-guidage per-opératoire évite tout risque de fausse route du cathéter.

NOTES:



Lined area for notes on page 14, consisting of multiple horizontal dotted lines.

NOTES:



Lined area for notes on page 15, consisting of multiple horizontal dotted lines.

NOTES:



Lined area for notes on page 16, consisting of 25 horizontal dotted lines.

NOTES:



Lined area for notes on page 17, consisting of 25 horizontal dotted lines.

NOTES:



Lined writing area with horizontal dotted lines.

NOTES:



Lined writing area with horizontal dotted lines.