

**Dans quelles situations anatomiques et physiopathologiques l'ablation des saphènes dans les syndromes post thrombotiques peut-elle être bénéfique ou délétère.**

M. PERRIN, Lyon

**SFP**  
**Paris décembre 2014**



# RAPPEL

**Le syndrome post thrombotique (SPT) est lié à la présence de lésions anatomiques des veines profondes à l'étage sus ou/et sus inguinal qui sont responsables de deux désordres physiopathologiques :  
le reflux et l'obstruction en sachant que ces 2 mécanismes peuvent être présents chez le même patient.**

# RAPPEL

**A ces anomalies des veines profondes peut s'ajouter une incompetence des veines perforantes et des veines superficielles et en particulier des saphènes.**

**L'insuffisance saphène peut précéder la TVP  
varices primitives  
ou  
secondaires : varices post thrombotiques.**

# METHODES

**Une recherche dans la littérature anglaise et française a permis d'identifier un certain nombre d'articles qui précisent la fréquence de cette association.**

# RESULTATS

L'association se situe entre **7 et 25 %**

**Yamaki (J Am Coll Surg 2005)**

*Patterns of venous insufficiency after an acute deep vein thrombosis.*

**Markel (Wien Med Wochenschr 1994)**

*Incidence and time of occurrence of valvular incompetence following deep vein thrombosis.*

# RESULTATS

**L'ablation des saphènes dans le SPT a fait l'objet de peu de travaux sur lesquels on pourrait se baser pour formuler des recommandations suivant l'échelle de Guyatt sur le bien fondé de ce traitement.**

# RESULTATS

**Nous ne suggérerons donc que quelques conseils sur la conduite à tenir en fonction des différentes situations cliniques et du résultat des investigations.**

**Dans tous les cas l'indication opératoire est dictée par la symptomatologie et/ou les signes d'insuffisance veineuse chronique (C<sub>3-6</sub>).**

# OBSTRUCTION ILIOFÉMORALE et INSUFFISANCE SAPHÈNE

Dans les obstructions iliofémorales sans lésion ou anomalie majeure du réseau veineux profond sous inguinal, il n'y a aucune contre indication à l'ablation des saphènes.

**Neglen (JVS 2006)** a rapporté une série de 96 patients chez lesquels *stenting* et ablation saphène ont été réalisés dans la même séance opératoire avec d'excellents résultats cliniques, mais il ne semble pas que l'ablation des saphènes réalisée en association avec le *stenting* améliore de façon substantielle les paramètres hémodynamiques.

**Neglen (JVS 2007)**



# OBSTRUCTION FEMORO-POPLITEE et INSUFFISANCE SAPHENE (1)

L'obstruction fémoro poplitée est rarement sévère dans la mesure où l'obstruction voire l'occlusion de la veine fémorale est souvent compensée par la veine fémorale profonde qui devient l'axe principal en s'anastomosant à plein canal avec la veine poplitée.

**Raju (JVS 1978)**



# **OBSTRUCTION FEMORO-POPLITEE et INSUFFISANCE SAPHENE (2)**

**En l'absence de cette voie vicariante, c'est la grande veine saphène (GVS) qui assure le retour veineux, mais d'une part elle ne draine pas le compartiment sous aponévrotique et d'autre part elle est fréquemment incompétente.**

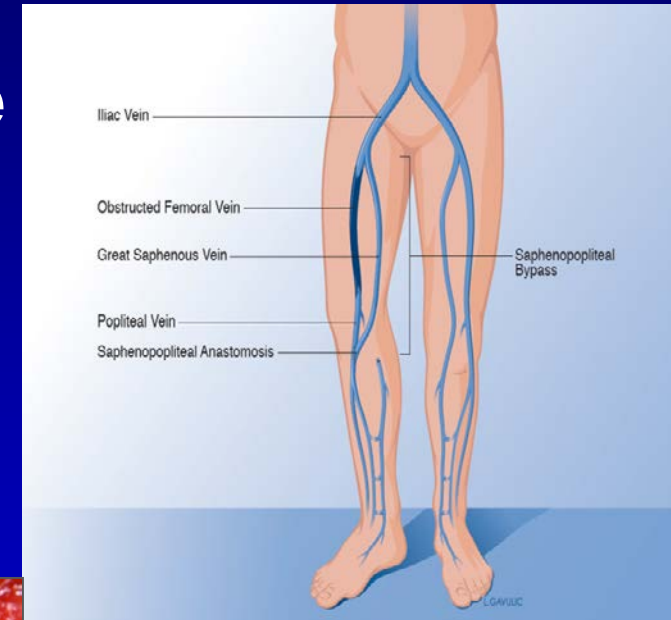
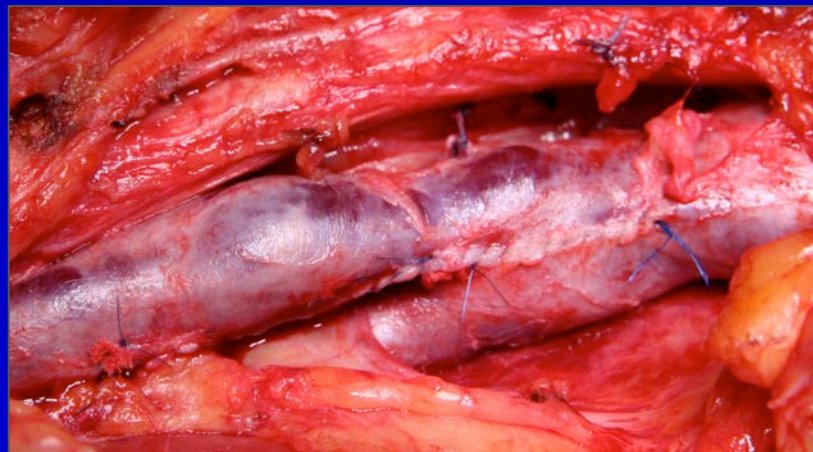
# OBSTRUCTION FEMORO-POPLITEE et INSUFFISANCE SAPHENE (3)



Marzia Lugli

# OBSTRUCTION FEMORO-POPLITEE et INSUFFISANCE SAPHENE (4)

**Warren (Surgery 1954)** avait réalisé une anastomose distale de la GVS au dessous de l'oblitération par anastomose latéro-terminale à la veine poplitée ou au tronc tibio-péronier.



# OBSTRUCTION FEMORO-POPLITEE et INSUFFISANCE SAPHENE (5)

**May (VASA 1972)** avait discrédité la méthode dans la mesure où la GVS était ou devenait le siège d'un reflux majeur.

**AbuRhama (JVS1991)** et **Coleman (JVS V& L 2013)** ont rapporté respectivement une amélioration clinique de 58 et 82% à plus de 5 ans dans 2 petites séries après réalisation d'une transposition de la GVS incompetente ou non sur la veine poplitée. L'existence d'une obstruction fémoro-poplitée est donc une contre indication à l'ablation de la GVS même si elle est incompetente.

# **OBSTRUCTION des VEINES CRURALES et INSUFFISANCE SAPHENE**

**L'obstruction isolée des veines crurales n'est pratiquement jamais complète et elle n'est pas préjudiciable.**

**Il n'y a donc pas de contre indication à l'ablation des saphènes incompetentes.**

# REFLUX SOUS INGUINAL des VEINES PROFONDES et INSUFFISANCE SAPHENE (1)

C'est une situation relativement fréquente et il est admis que le reflux veineux profond n'est délétère que lorsqu'il est axial c'est à dire de l'aîne à la cheville. **Welch (JVS1996), Danielsson (JVS 2003)**



L'ablation des veines saphènes améliore le patient tant au plan clinique qu'hémodynamique dans moins de la moitié des cas lorsque le reflux veineux profond est axial.

**Puggioni (JVS 2003)**

# REFLUX SOUS INGUINAL des VEINES PROFONDES et INSUFFISANCE SAPHÈNE (2)

Les examens sous garrot (écho doppler, mesure des pressions, pléthysmographie à air) ne permettent pas de déterminer si l'ablation des saphènes entrainera un bénéfice. **Mc Mullin (Phlebology 1991)**.

Pour **Marston (JVS 2008)** la vitesse du reflux dans la veine fémorale ou poplitée est le paramètre de choix pour déterminer si l'ablation des saphènes peut être bénéfique. Il fixe la limite à 10 cm/s.



# REFLUX SOUS INGUINAL des VEINES PROFONDES et INSUFFISANCE SAPHENE (3)

Chez les patients  $C_{4b}$  et  $C_6$  il faut donc lorsque l'ablation des saphènes n'entraîne pas d'amélioration discuter une chirurgie reconstructive du réseau veineux profond pour minimiser le reflux.

Dans l'ordre on choisira la transposition rarement possible ou la néovalve. **Maleti (Phlebolympology 2014).**

# **ASSOCIATION de L'OBSTRUCTION et du REFLUX des VEINES PROFONDES et de L'INSUFFISANCE SAPHENE (1)**

**Nous ne disposons pas d'investigation qui permet de déterminer avec précision quand reflux et obstruction veineuse profonds sont associés ce qui est fréquent dans les SPT quel est le désordre physiopathologique déterminant.**

# ASSOCIATION de L'OBSTRUCTION et du REFLUX des VEINES PROFONDES et de L'INSUFFISANCE SAPHENE (2)

Dans la mesure où la clinique milite en faveur d'un traitement opératoire, la chronologie des procédures est déterminée par sa facilité d'exécution, son caractère non invasif et ses résultats. Il existe un consensus pour traiter dans l'ordre

1° l'obstruction iliofémorale par *stent*,

2° l'insuffisance saphène quand elle est présente et en l'absence d'obstruction fémoro-poplitée sévère par ablation thermique,

3° le reflux veineux profond lorsque les procédures précédentes n'ont pas amélioré l'insuffisance veineuse chronique.

# CONCLUSION

L'ablation des saphènes dans le SPT n'a pas fait à ce jour l'objet d'études précises et spécifiquement dédiées.

On peut cependant formuler quelques conseils en rappelant que l'élément déterminant est la clinique et que seules des investigations instrumentales précises et le plus souvent multiples permettent d'orienter le choix thérapeutique.