

L'insuffisance Veineuse et les Varices

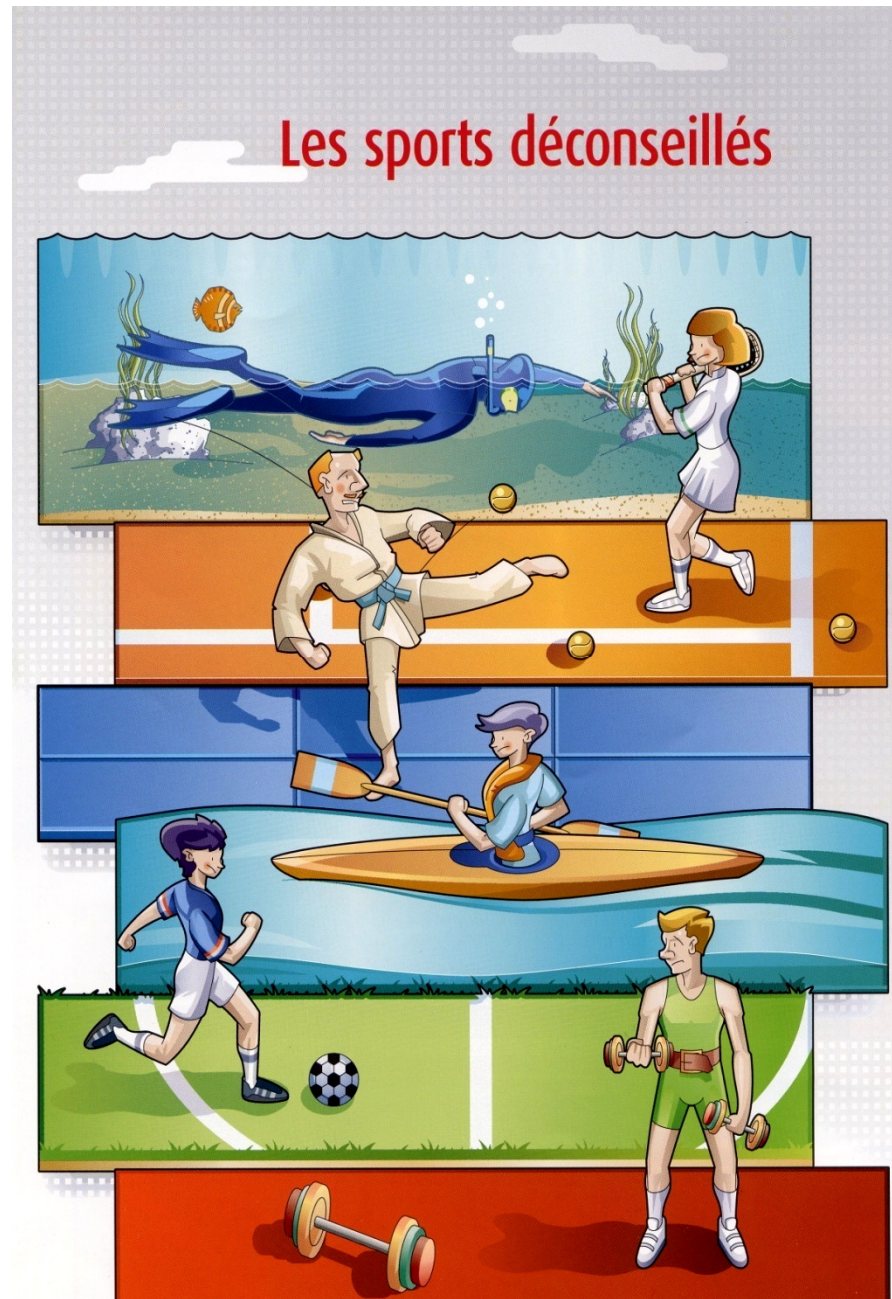
Jean-Pierre Laroche
CHU de Montpellier

3^{ème} Partie

Quel sport pour le variqueux ? Les sports conseillés



Les sports déconseillés





Traitement : pourquoi ?

1. Éviter les complications cutanées des varices
2. Éviter troubles trophiques
3. Éviter les thromboses superficielles
4. Résultats sur l'ensemble de la symptomatologie clinique
5. Préjudice esthétique

**MAIS : maladie chronique évolutive +++++
à chaque évolution de la maladie
savoir apporter une réponse**

Charte 1994 du traitement des varices (D.Meillère JMV,1994)

- **A. Ne jamais faire d'acte immotivé sur les saphènes.**
- **B. Ne jamais traiter une varice sans tenir compte des 6 critères suivants :**
 - * 1. retentissement esthétique et fonctionnel.**
 - * 2. Contexte clinique et professionnel.**
 - * 3. Perméabilité et continence axes profonds.**

Charte 94 : suite

- * 4. Site et importance de tous les reflux.**
- * 5. Calibre grande saphène ?**
- * 6. Risque artériel actuel et futur.**

C. Ne détruire que les saphènes inutilisables pour un pontage artériel ultérieur.

D. Expliquer aux patients les raisons et les conséquences de nos choix.

Le Compte Rendu Écho Doppler

- **1. Type appareil**
- **2. Motif de l'examen**
- **3. Étude réseau profond (obstruction, reflux)**
- **4. Réseau superficiel : veines refluentes, continences croisées, diamètre croisées**
- **5. Cartographie ++++ (papier, ordinateur)**
- **6. Indication thérapeutique**

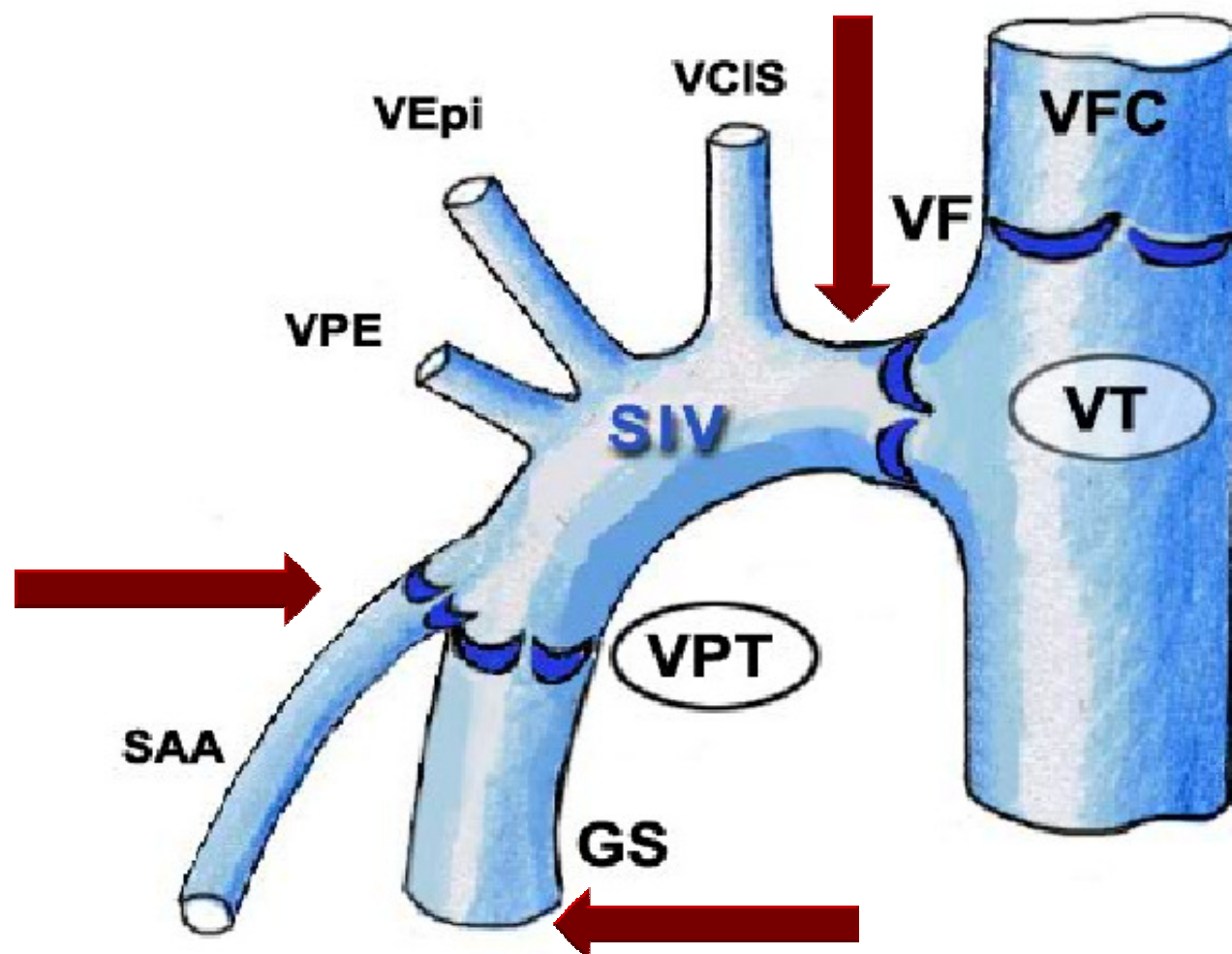
Traitements des varices

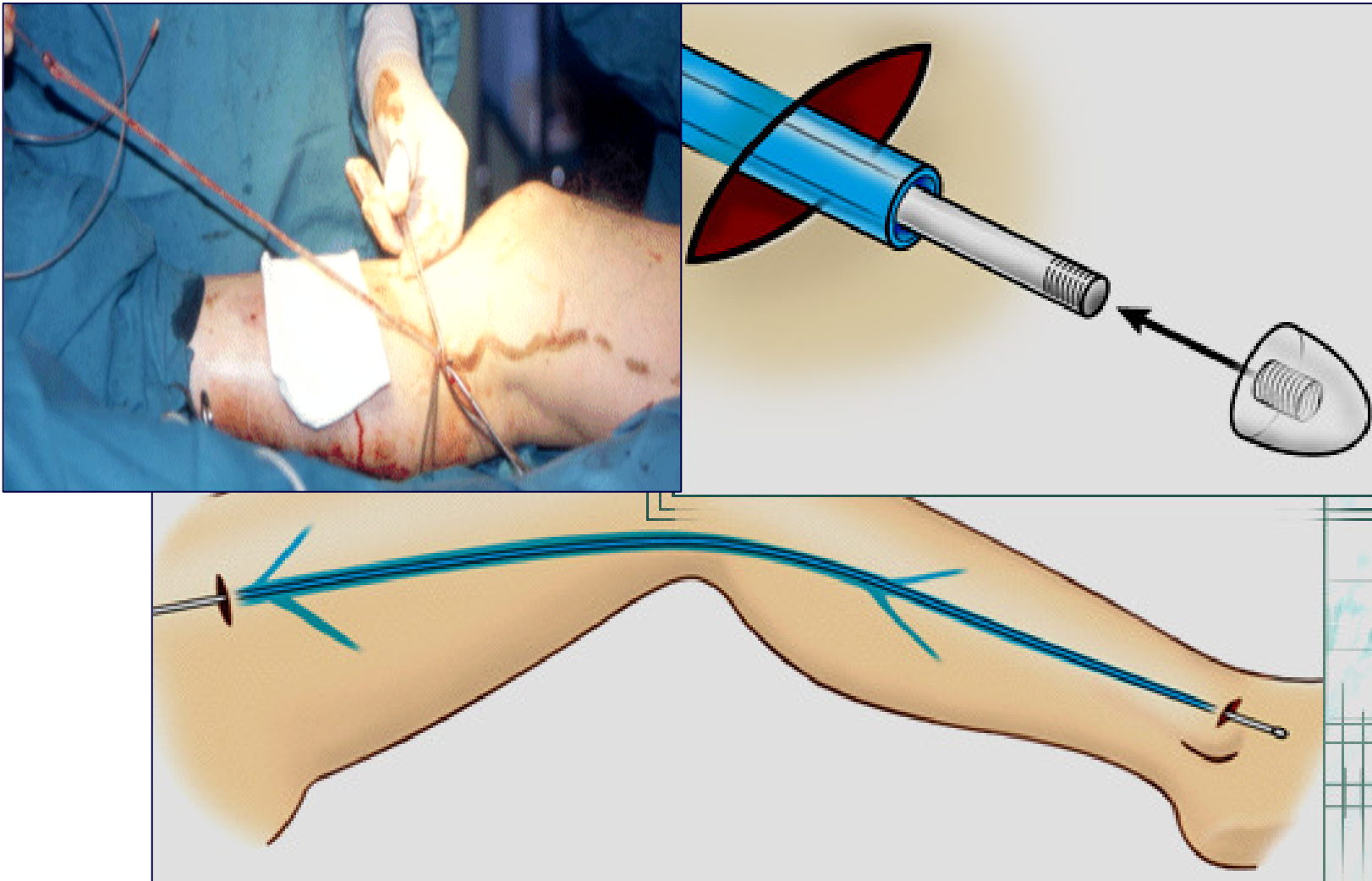
- 1. Sclérose, laser
- 2. Chirurgie : éveinage
- 3. Closure, laser endo veineux ...
- 4. Phlébectomie au crochet
- 5. CCHIVA ? V Clip ? 3S ?.....
- 6. Mesures d 'hygiène veineuse (+++) , phlébotoniques (antalgiques veineux) et CONTENTION.

Traitement des varices

- 1. Esthétique
- 2. Ambulatoire
- 3. Efficace
- 4. Echomarquage
- 5 Simple
- 6. Expliqué
- 7. Doppler
Couleur

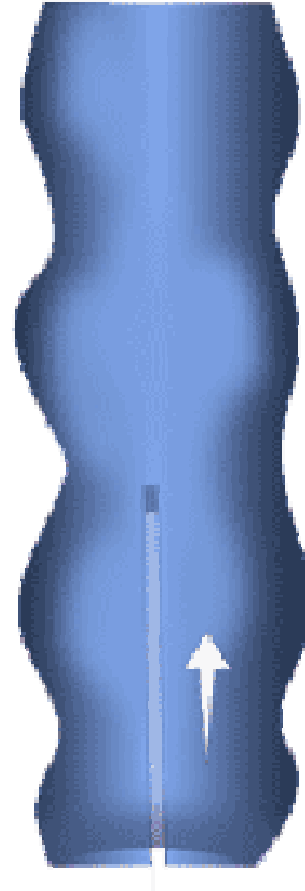






Éveinage (stripping)

Reflux ostio tronculaire



Laser Endoveineux

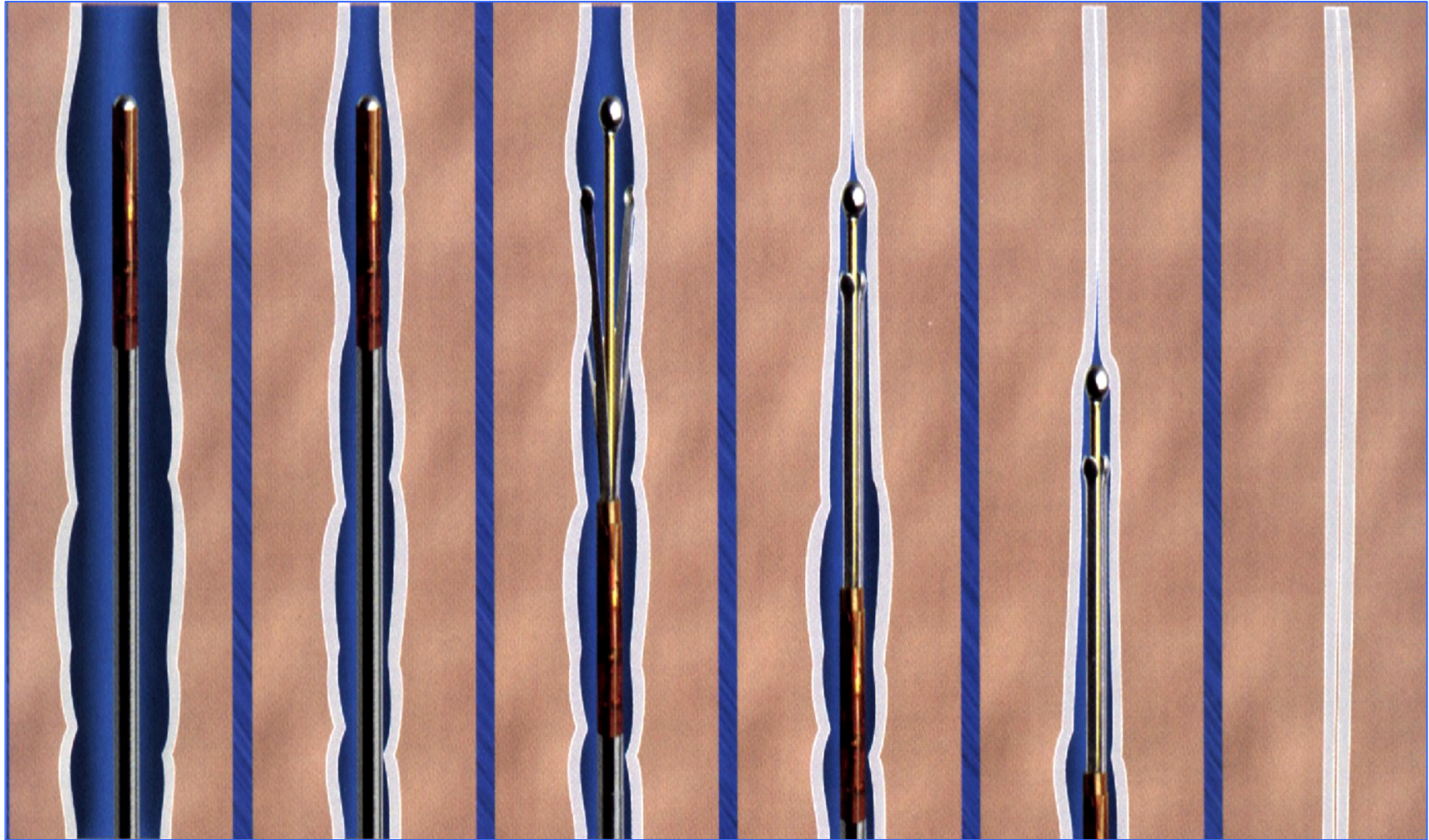
**T
•01**

recours des personnes de 15 ans ou plus
aux interventions de chirurgie fonctionnelle – évolution 1993-1999

DREES 2002	1999		Variation 1993-1999 (%)	
	Nombre de Séjours	Taux bruts pour 100 000 habitants	Taux Bruts	Taux Standardisés ¹
Adénomes de la Prostate	57 200	251,6 ²	-24,8	-26,7
Arthroplasties de Genou	43 700	92,2	38,9	36,1
Arthroplasties de Hanche	90 300	190,4	28,4	26,5
Cataractes	399 700	843,0	47,7	43,6
Hémorroïdes	39 300	82,9	-11,2	-13,4
Hernies de l'Aine	137 800	290,6	10,2	8,2
Syndromes du Canal Carpien	101 900	214,9	297,2	285,4
Troubles de la Statique Pelvienne	62 300	131,4	-8,1 ³	-10,5 ³
Varices 	177 900	375,2	19,5	17,3

Pic des interventions entre 45 et 65 ans





Endovenous vein occlusion : The Closure Procedure (VNUS)

La procédure Closure®...
Une alternative peu invasive au stripping veineux



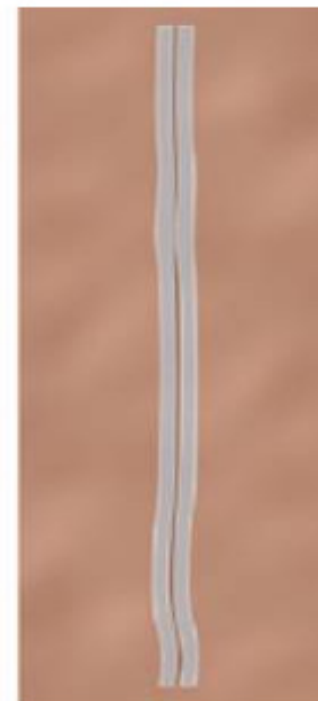
ouverture des
électrodes du
cathéter au point de
traitement



début de traitement
retraction de la
veine sur la pointe
du cathéter

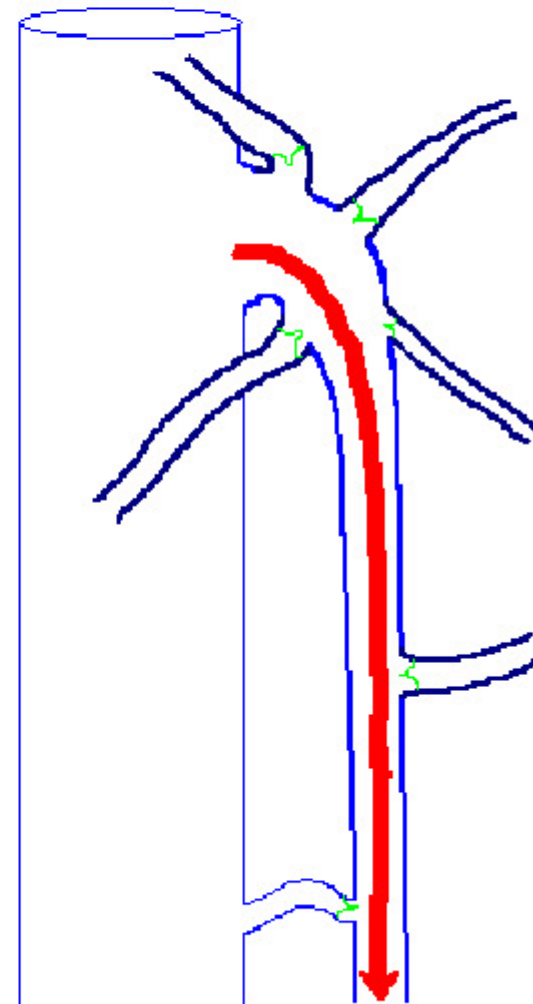
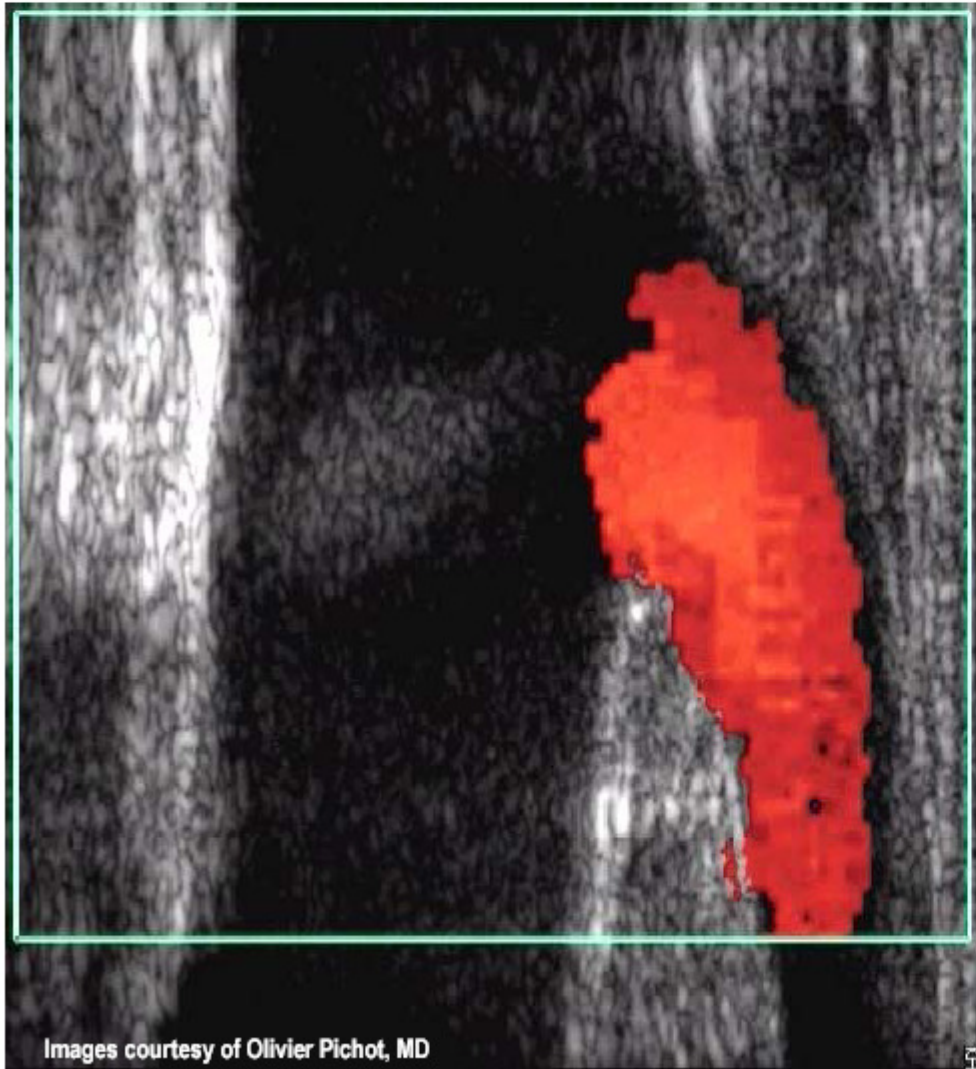


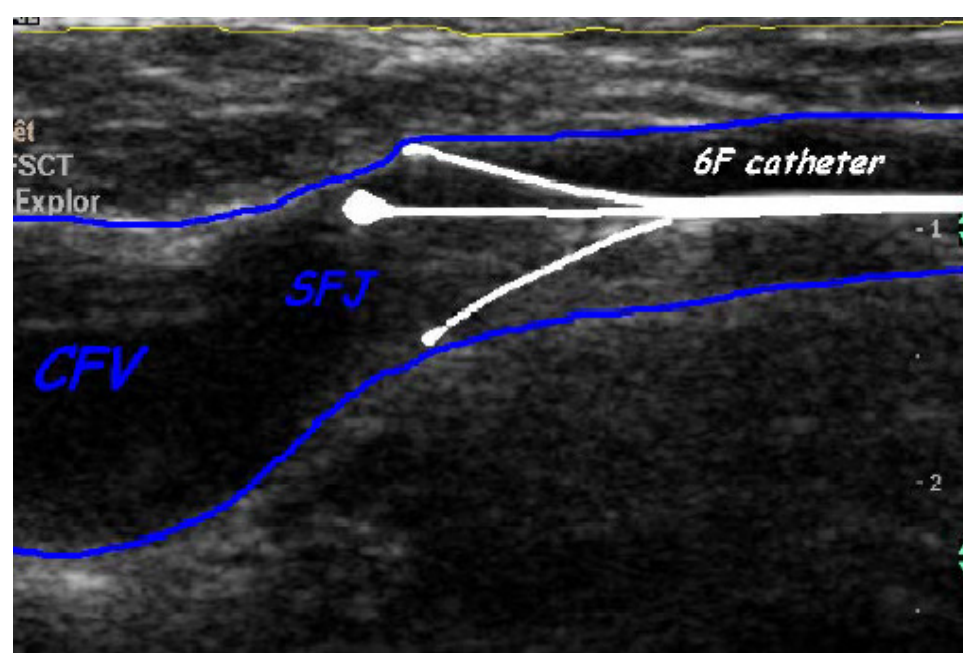
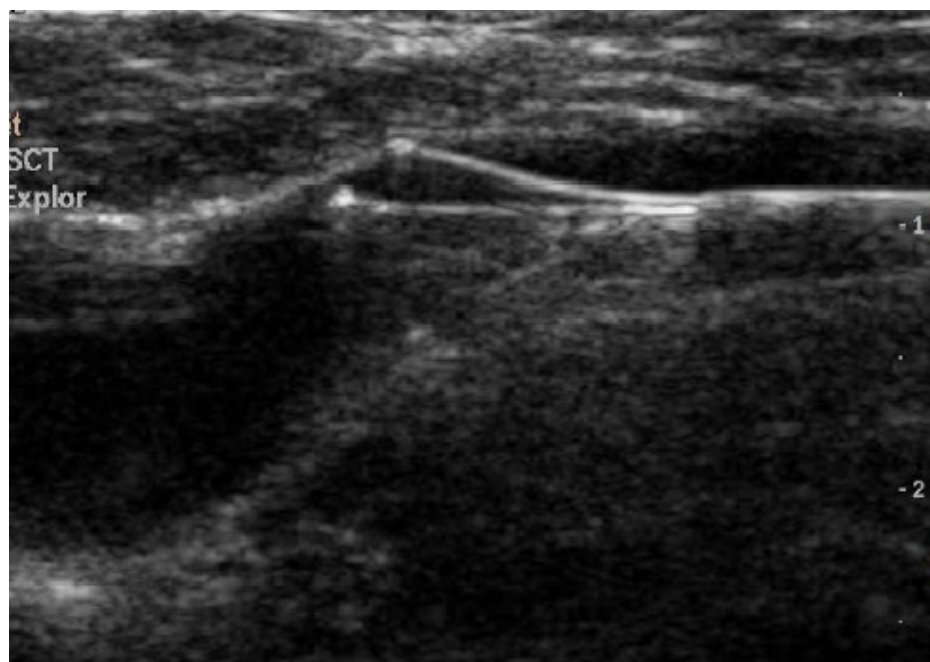
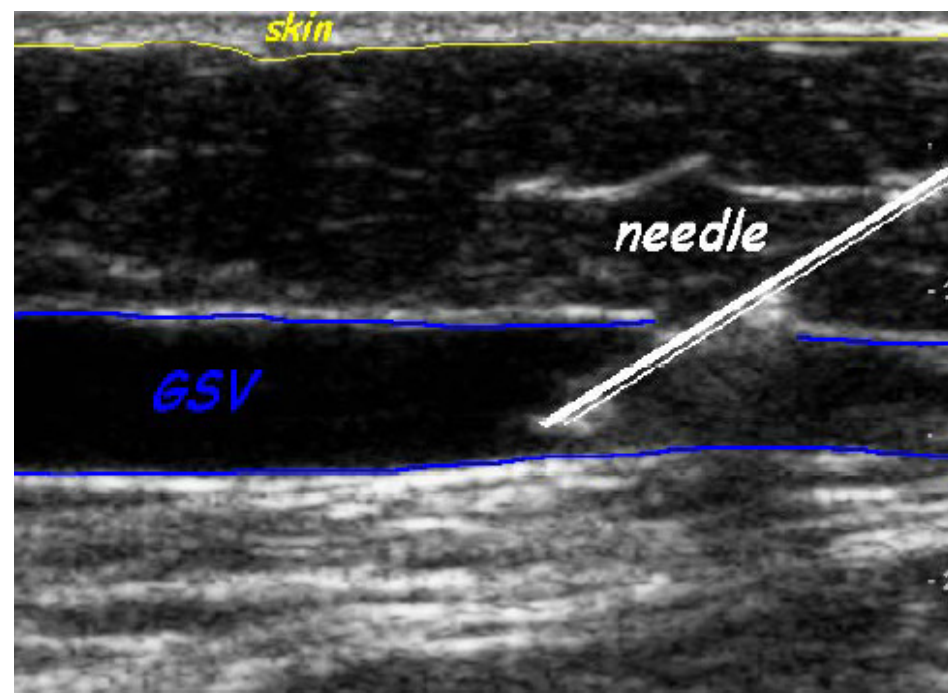
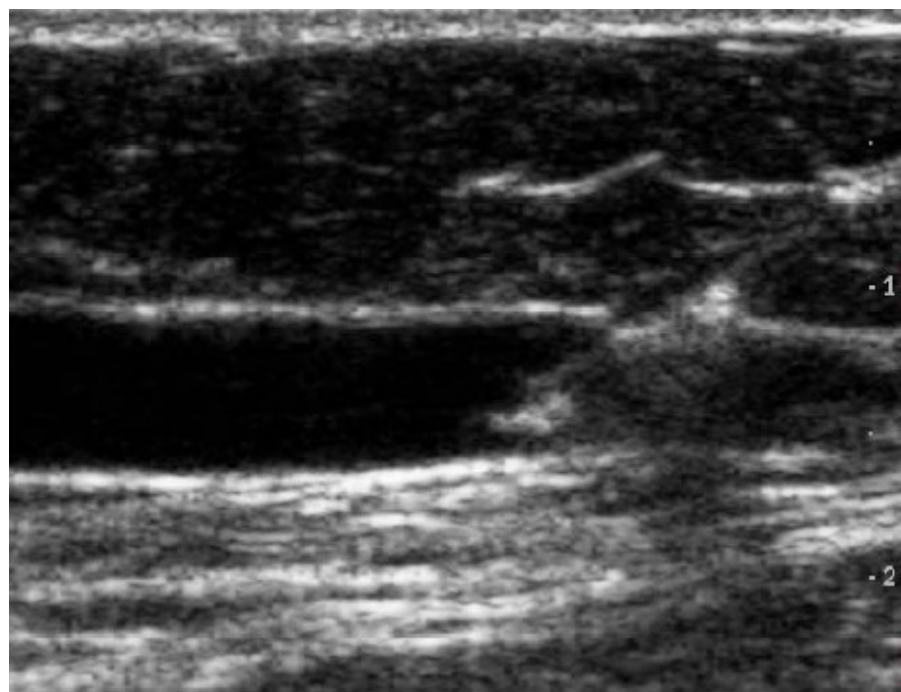
retrait progressif du
cathéter le long de
la veine à traiter
avec fermeture en
amont

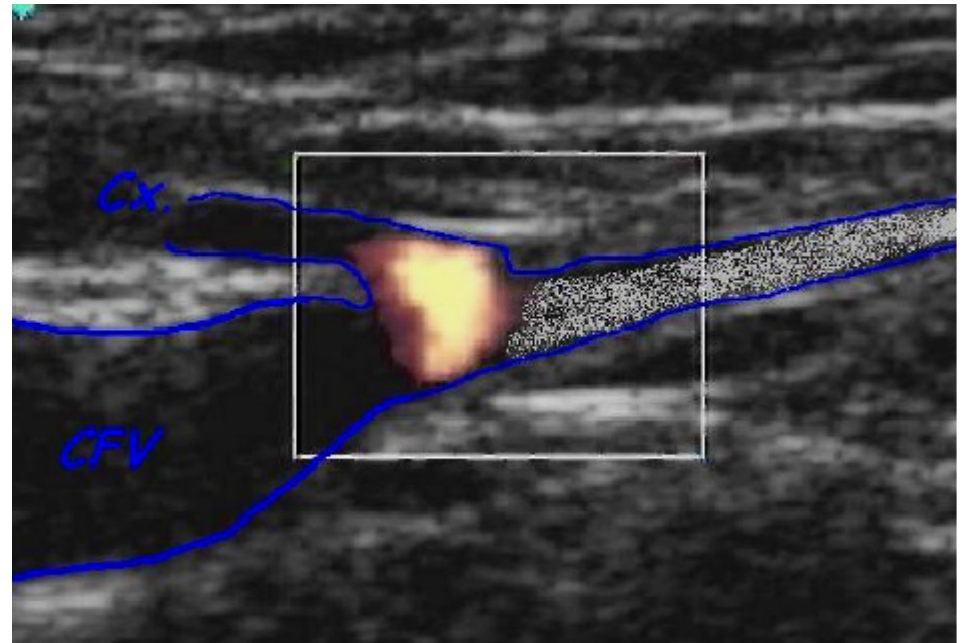
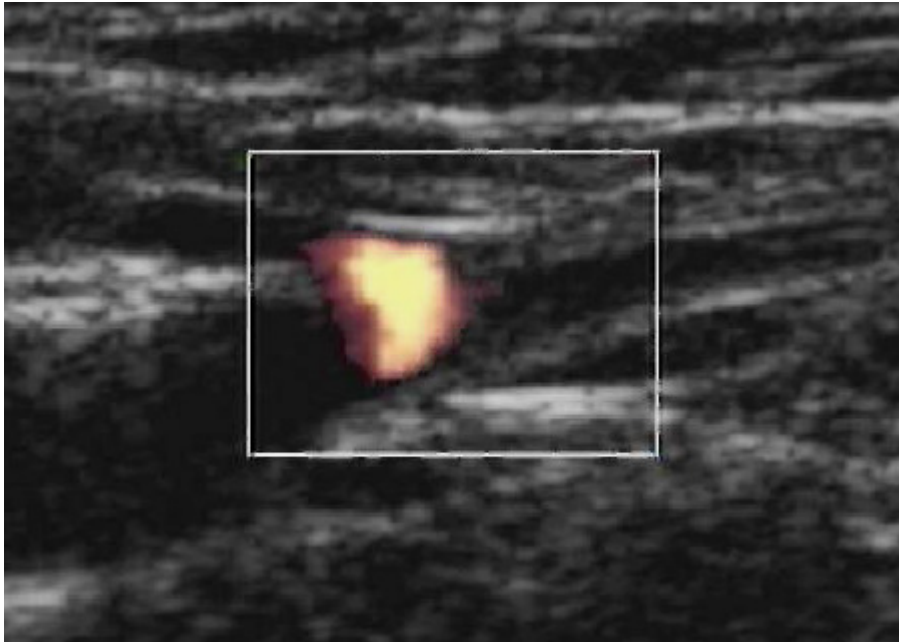


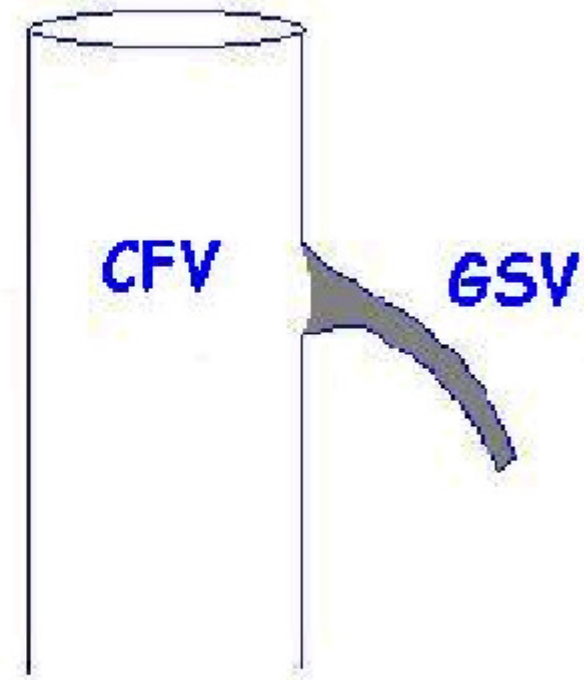
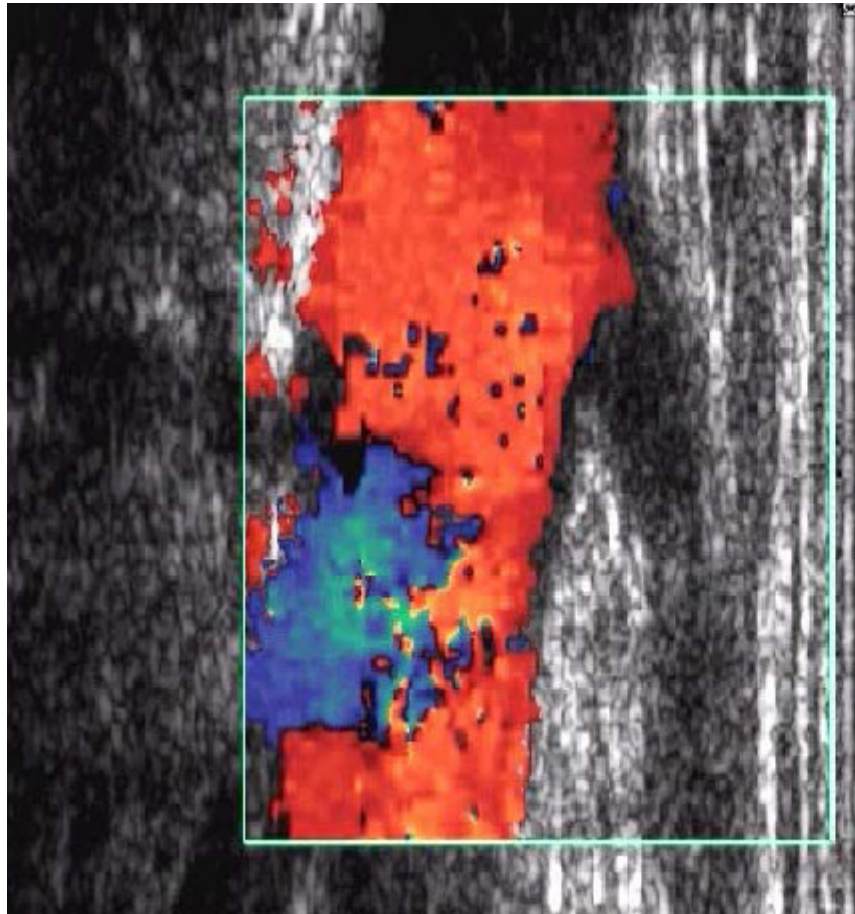
fermeture complète
de la veine traitée

Terminal Valve Incompetence: Total









Prospective randomized study of endovenous radiofrequency obliteration (closure procedure) versus ligation and stripping in a selected patient population (EVOLVEs Study).

Lurie F, Creton D, Eklof B, Kabnick LS, Kistner RL, Pichot O, Schuller-Petrovic S, Sessa C.

Straub Foundation, Straub Clinic and Hospital, 1100 Ward Avenue, Suite 1045, Honolulu, HI 96814, USA. tedlurie@yahoo.com

PURPOSE: This study was designed as a prospective multicenter randomized comparison of procedure-related complications, patient recuperation, and quality-of-life outcomes between patients undergoing vein stripping with high ligation and patients undergoing great saphenous vein (GSV) obliteration with temperature-controlled radiofrequency ablation without adjunctive high ligation (Closure procedure). **METHODS:** Eighty-five patients (86 limbs) from five sites (France, 2; Austria, 1; United States, 2) were randomly allocated to undergo radiofrequency obliteration (RFO) or stripping and high ligation (S&L). Final analysis included data for 44 limbs in the RFO group and 36 limbs in the S&L group. Follow-up examinations were performed at 72 hours, 1 week, 3 weeks, and 4 months. All patients completed the CIVIQ2 quality-of-life (QOL) questionnaire and underwent clinical and ultrasound examinations at each follow-up visit. **RESULTS:** Immediate success on the day of treatment was reported for 95% (42 of 44) of limbs in the RFO group and 100% (36 of 36) of limbs in the S&L group. In seven RFO limbs (16.3%) a scan obtained 72 hours after the procedure showed flow in the proximal GSV. Five of these segments had reflux in the open segment. At 1 week two of these closed, and an additional segment closed at 3 weeks. In no cases did flow reappear after complete occlusion of the GSV. Time to return to normal activities was significantly less in the RFO group (mean, 1.15 days; 95% confidence interval [CI], 0.05-2.34) compared with the S&L group (mean, 3.89 days; CI, 2.67-5.12; $P = .02$). In the RFO group, 80.5% of patients returned to routine activities of daily living within 1 day, compared with 46.9% of patients in the S&L group ($P < .01$). Patients in the RFO group were able to return to work in 4.7 days (CI, 1.16-8.17), compared with 12.4 days (CI, 8.66-16.23) for the S&L group ($P < .05$). Analysis of the QOL surveys showed statistically significant differences in favor of the RFO group for global score and pain score during follow-up. The magnitude of the difference, however, progressively decreased between 1 week and 4 months. **CONCLUSIONS:** In the absence of significant complications, such as deep vein thrombosis and pulmonary embolism, severe neuritic sequelae, and skin burns, there are significant early advantages to endovascular obliteration of the GSV compared with conventional vein stripping.

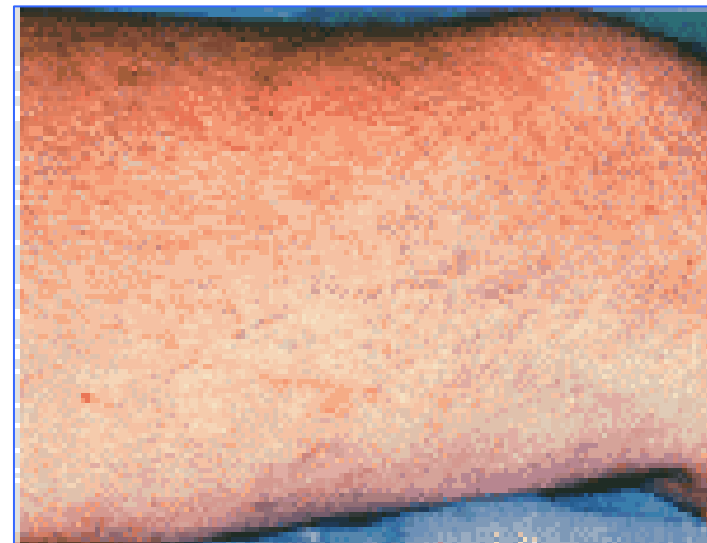


Duplex ultrasound scan findings two years after great saphenous vein radiofrequency endovenous obliteration.

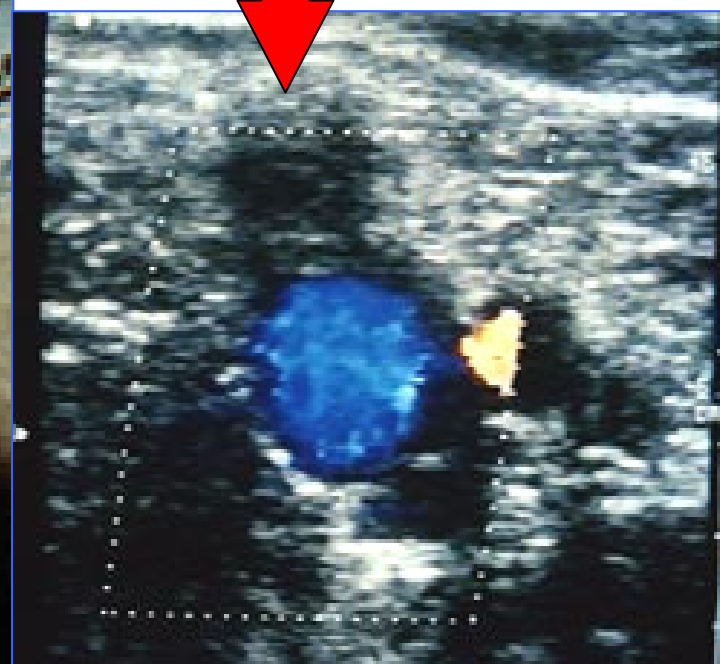
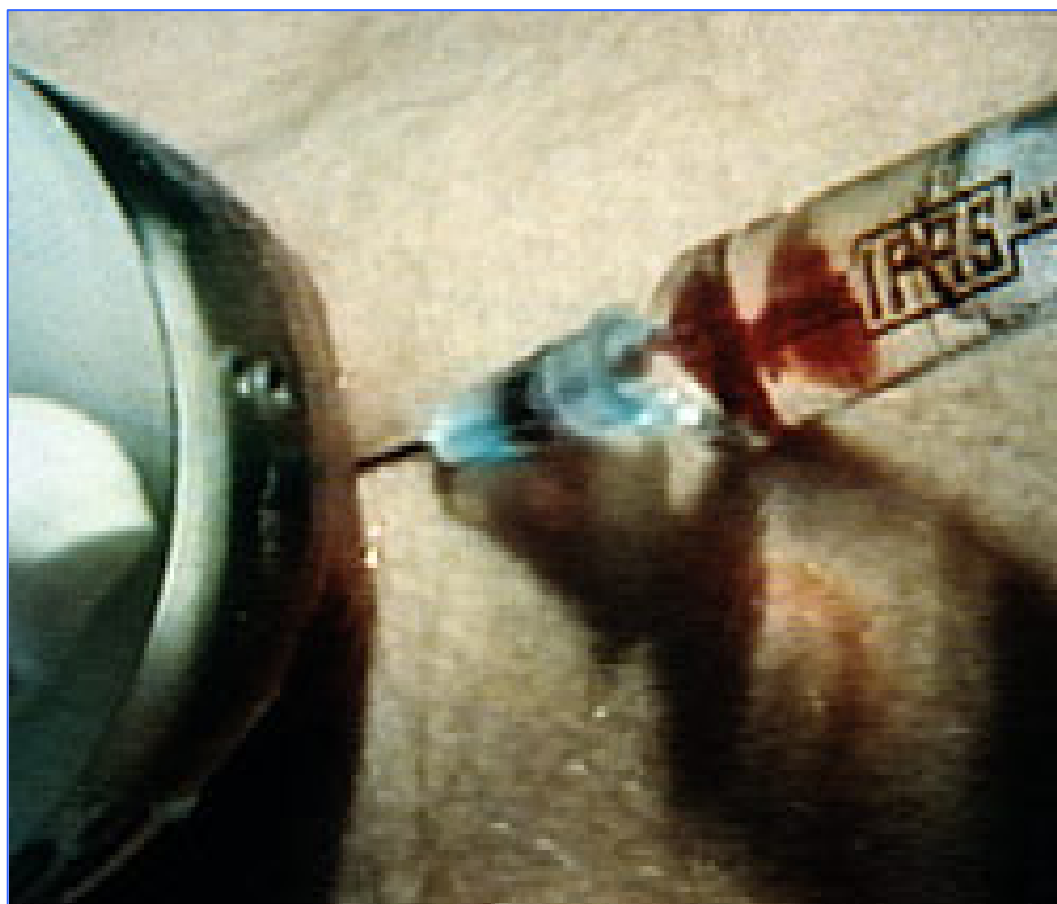
Pichot O, Kabnick LS, Creton D, Merchant RF, Schuller-Petroviae S, Chandler JG.

Division of Vascular Medicine, Grenoble University Hospital, 38043 Grenoble Cedex 9, France. opichot@wanadoo.fr

OBJECTIVE: To assess the clinical and duplex ultrasound scan findings in the groin and thigh 2 years after great saphenous vein (GSV) radiofrequency endovenous obliteration (RFO). **METHODS:** Sixty-three limbs in 56 patients with symptomatic varicose veins and GSV incompetence were treated with RFO, usually with adjunctive stab-avulsion phlebectomies, and examined at a median follow-up of 25 months, by using a color-coded, duplex sonography protocol that mandated views in at least two planes of the saphenofemoral junction (SFJ) and its tributaries and at three GSV levels in the thigh. **RESULTS:** The commonest duplex finding in the groin was an open, competent, SFJ with a $\leq$ or $\approx$ 5-cm patent terminal GSV segment conducting prograde tributary flow through the SFJ (82%). Despite the presence of a total of 104 patent junctional tributaries, SFJ reflux was uncommon, affecting only five limbs. GSV truncal occlusion was observed in 90% of treated GSVs. Limited segmental treatment was successful in three limbs with a midthigh reflux source well below competent terminal and subterminal valves. Six GSV trunks had partial or no occlusion, but only one refluxed. These were anatomical RFO failures (9.5%) but were clinically improved, including the refluxing limb. Neovascularity was not identified in any groin. Thigh varicosities were observed in 12 limbs, including telangiectasias and isolated small tributary branches. New varicosities, linked to refluxing thigh perforators (two), or patent SFJ tributaries (three), were present in five limbs. **CONCLUSION:** RFO is the ideological opposite of high ligation without GSV stripping. It leaves physiologic tributary flow relatively undisturbed, does not incite groin neovascularity, eliminates the GSV as a refluxing conduit in $>90\%$ of limbs and has a 2-year, postadjunctive phlebectomy varicosity prevalence of 7.9%, with symptom score improvement in 95% of limbs with an initial score higher than zero.







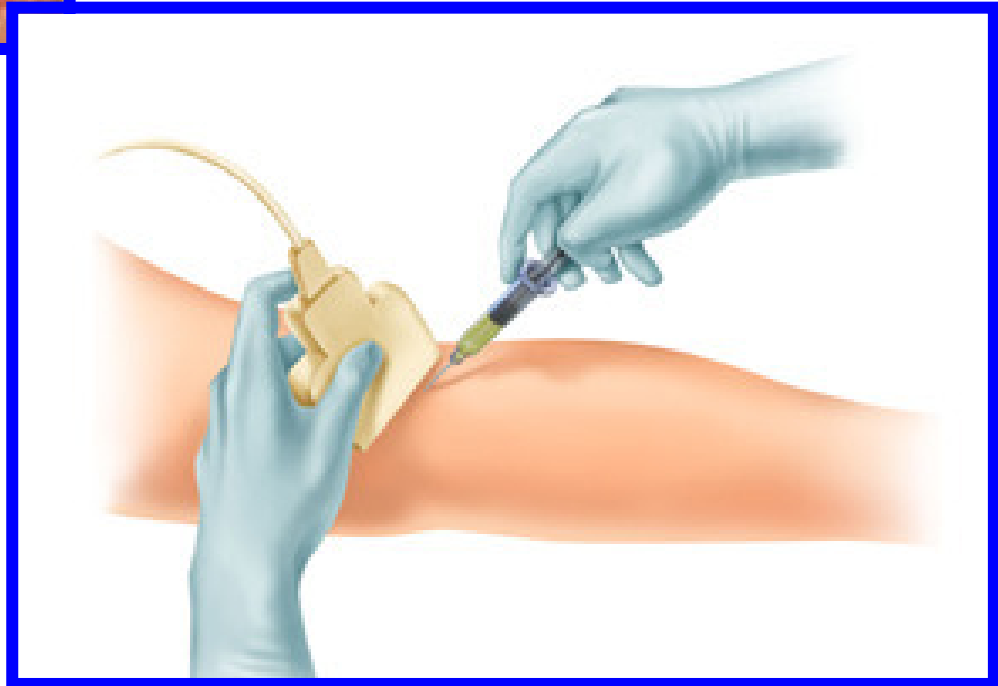
Echosclérose

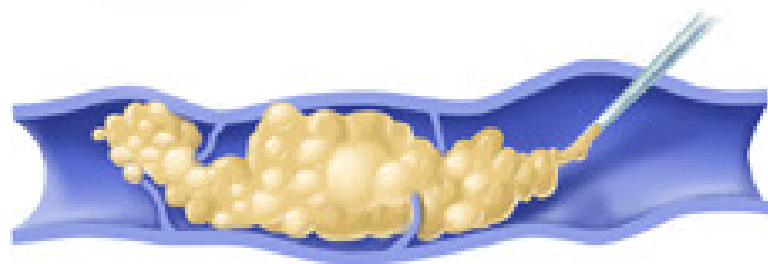
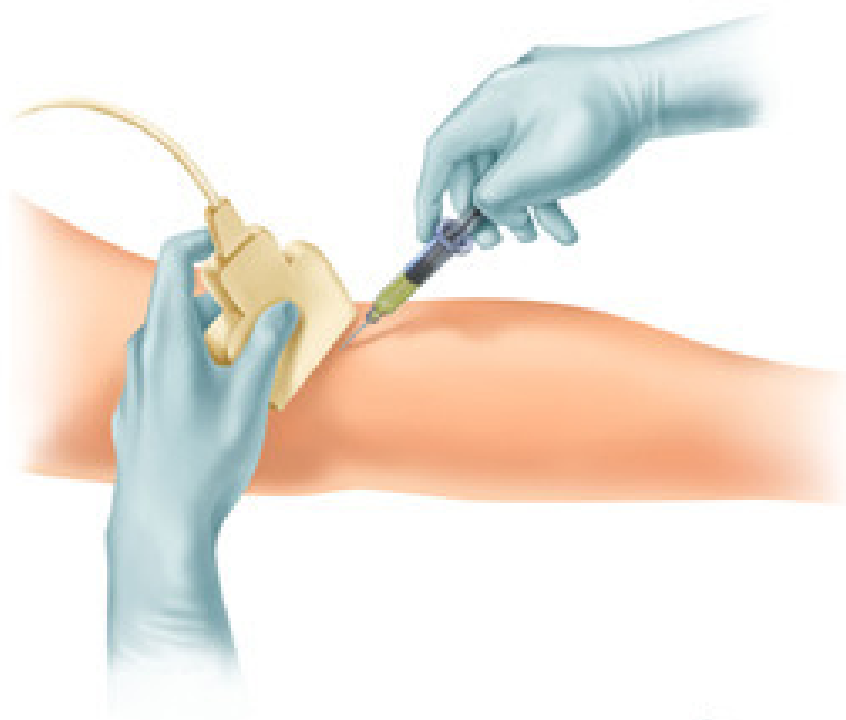




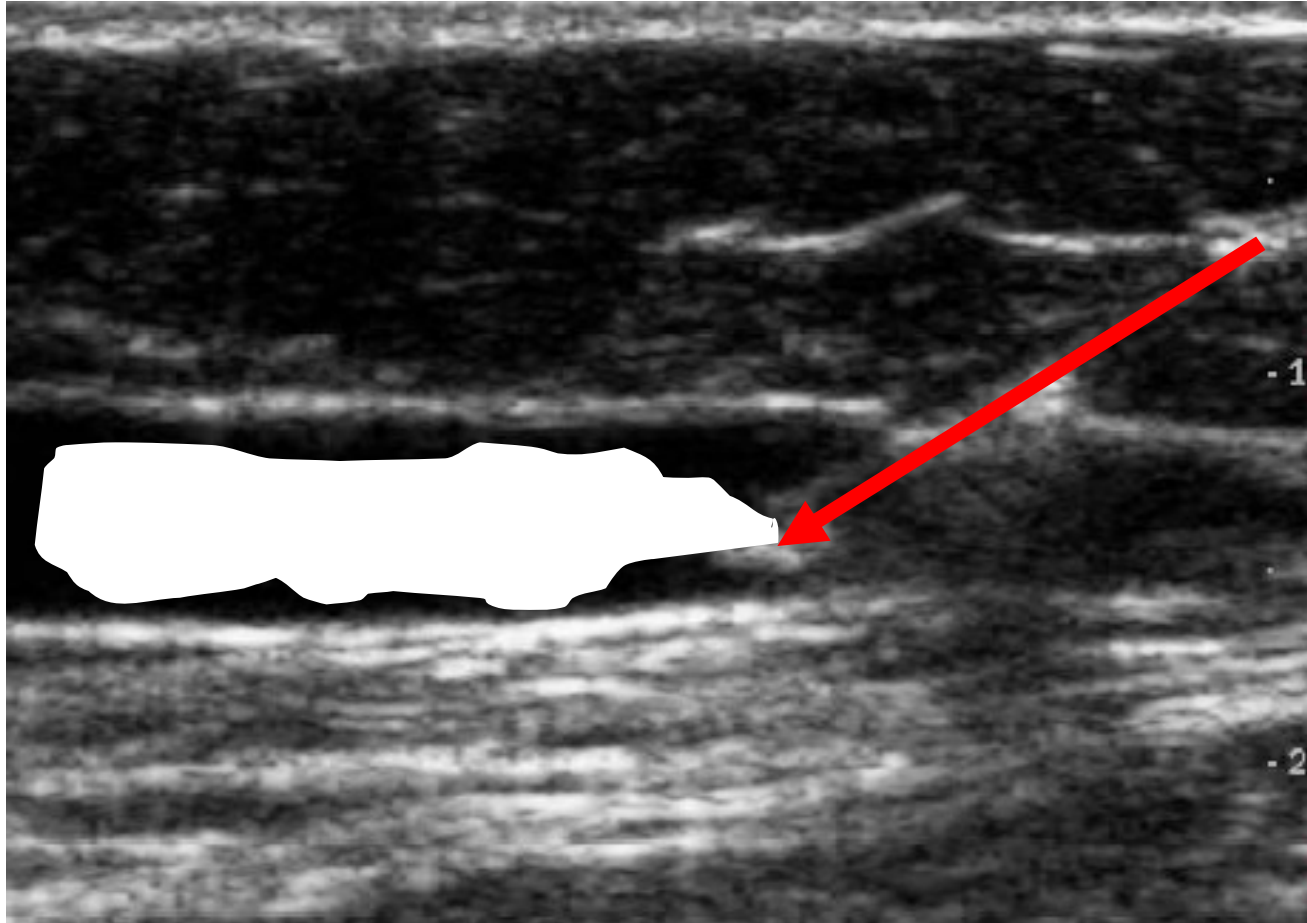
Varices tronculaires

Écho Sclérose

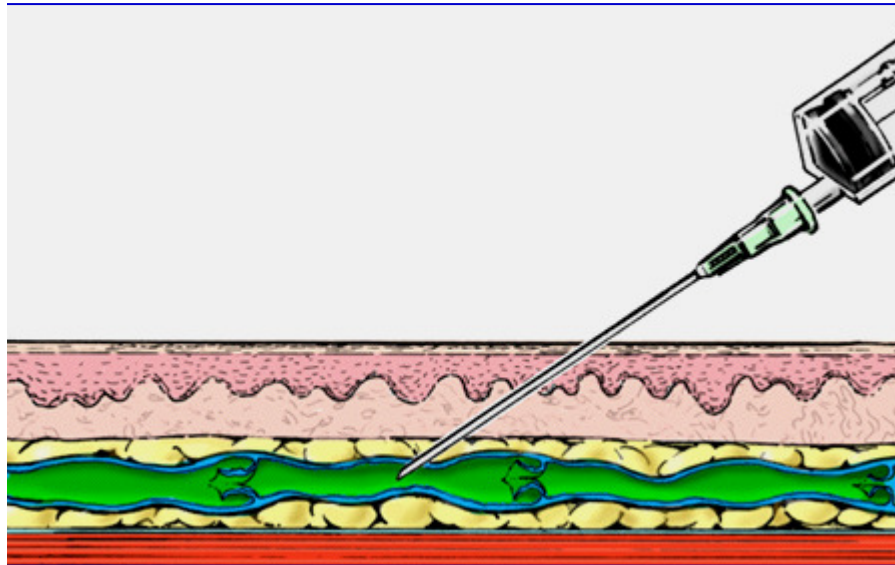




**Écho Sclérose
à la mousse**

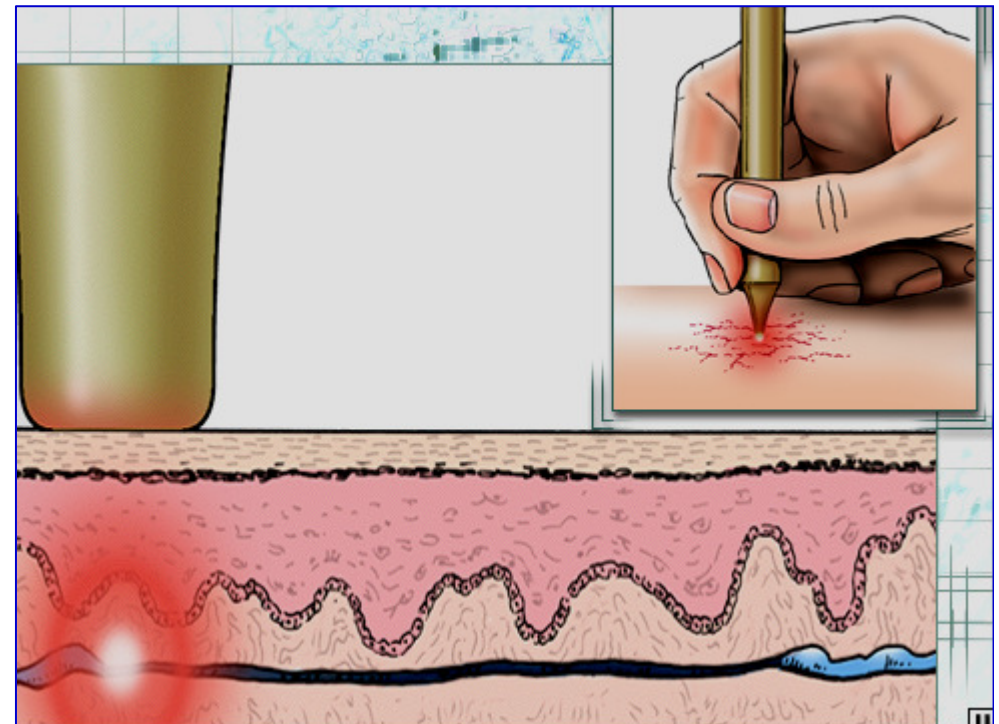
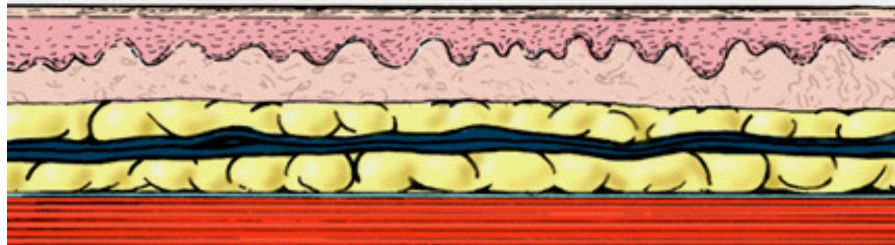


Écho Sclérose à la Mousse

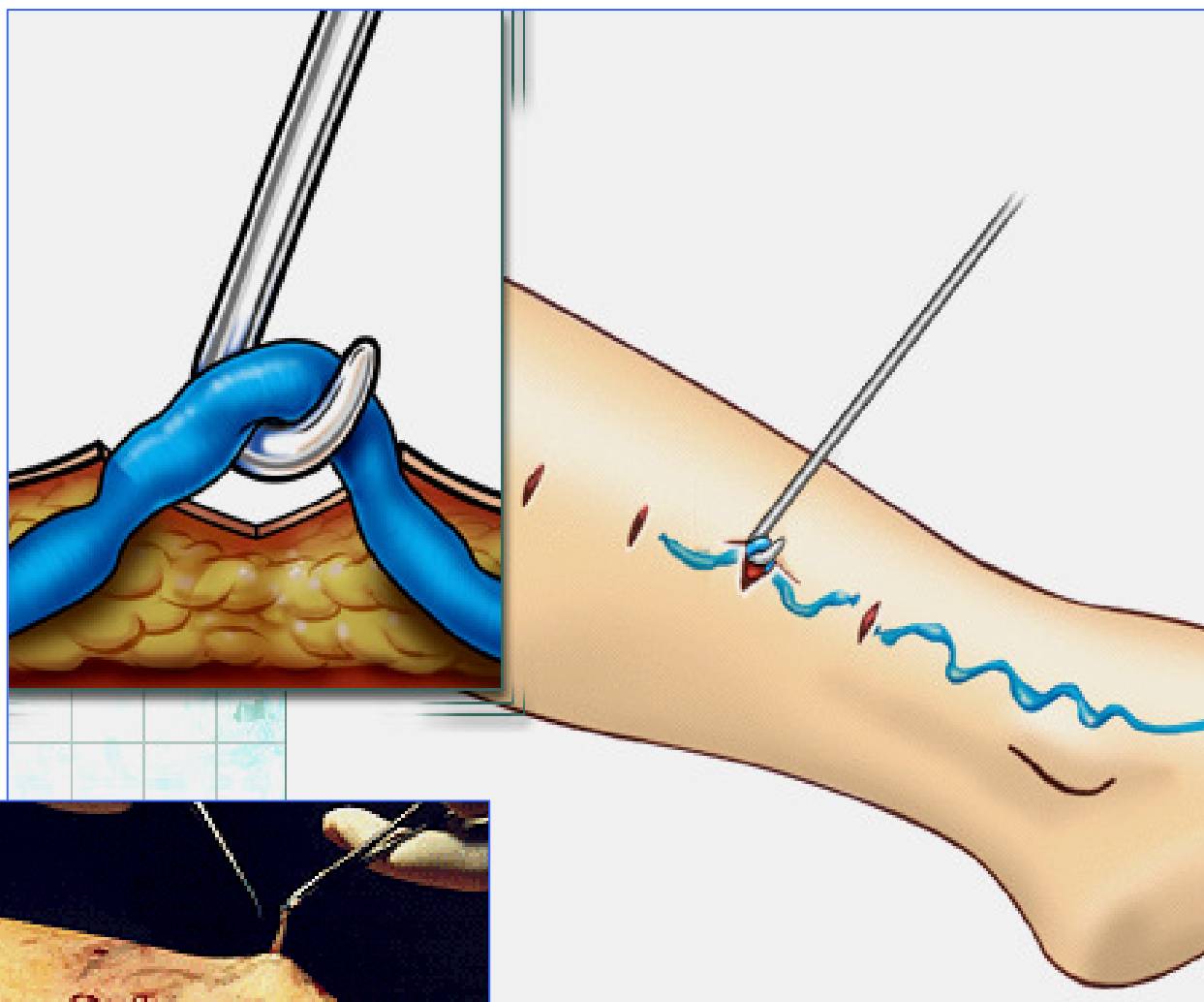


Sclérose chimique

Mousse



Aetoxyslérol, Trombovar, Sclérémo



Phlébectomie au crochet

Before



After



Sclérose

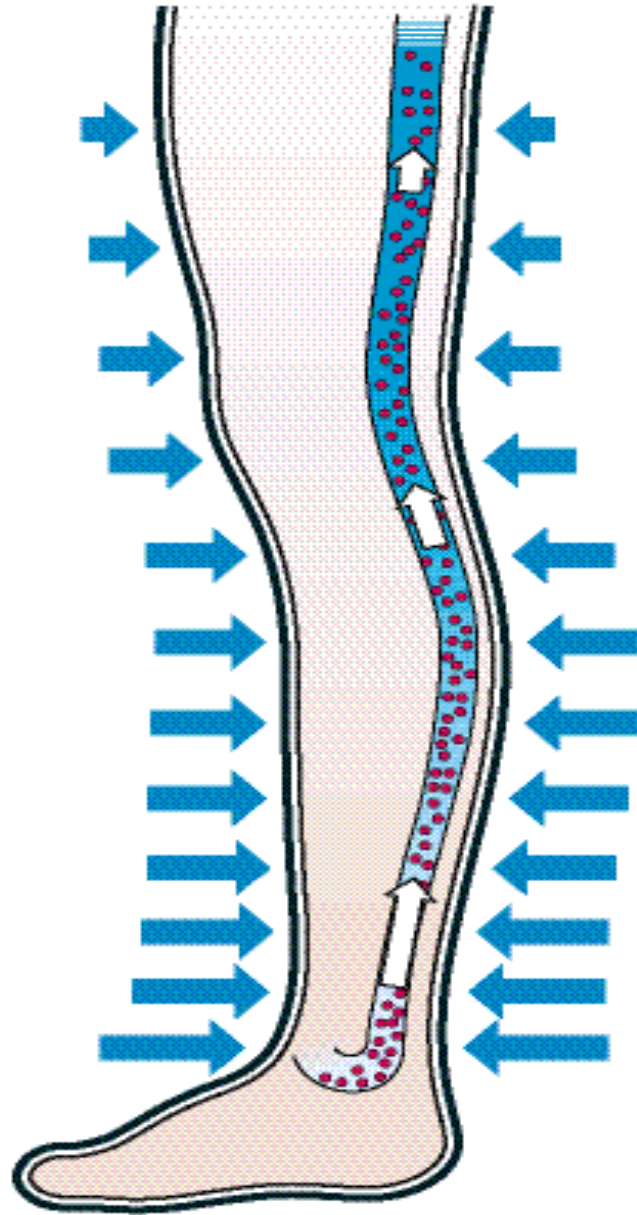
Before



After



Phlébectomie



Contention Compression élastique

1. Effet TISSULAIRE

Augmente Pression extra vasculaire

Diminue Pression transmurale

DECONGESTION TISSULAIRE

2. Effet HEMODYNAMIQUE

Diminue calibre veineux

Augmente vitesse circulation
veineuse

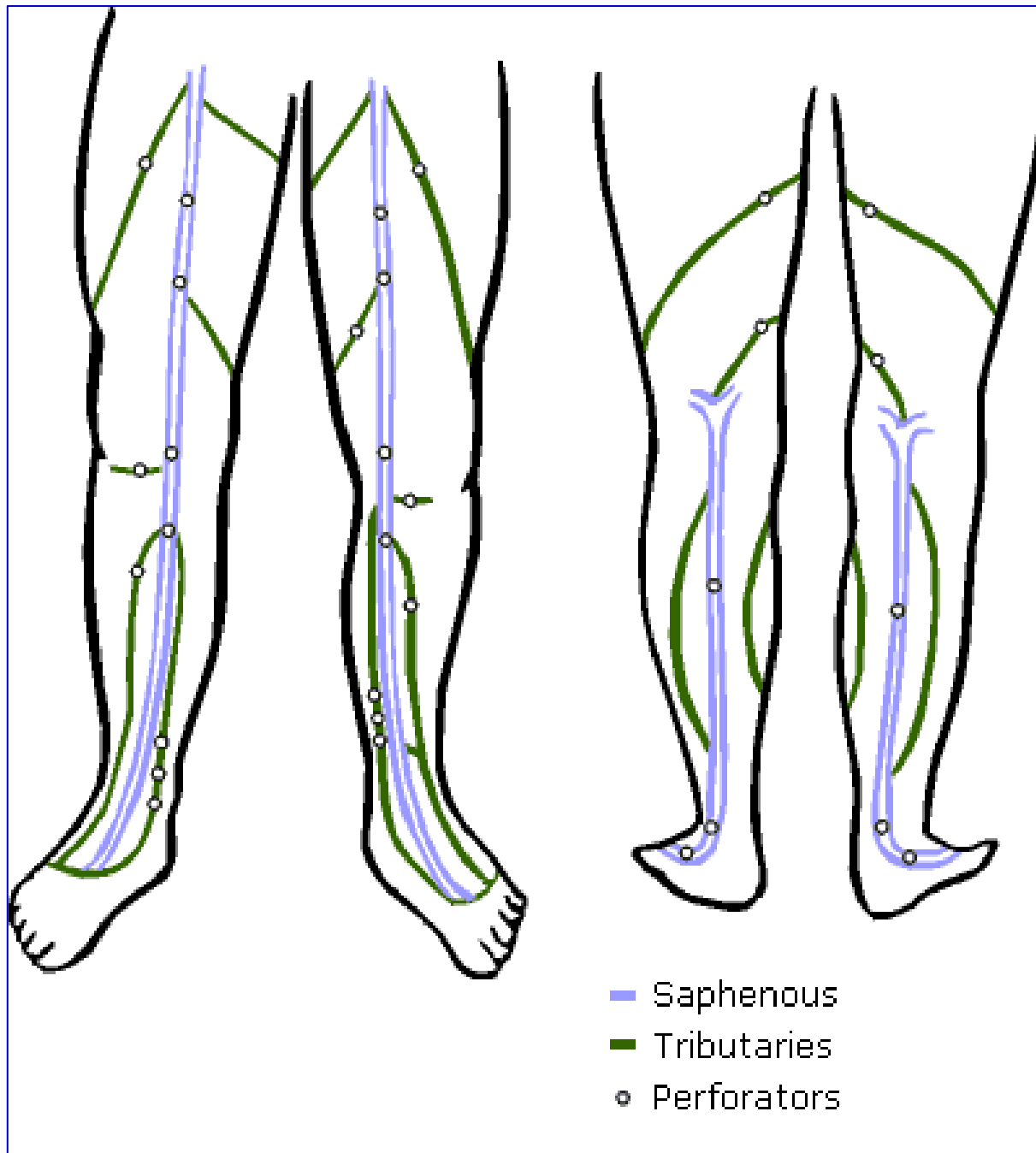
DIMINUTION STASE

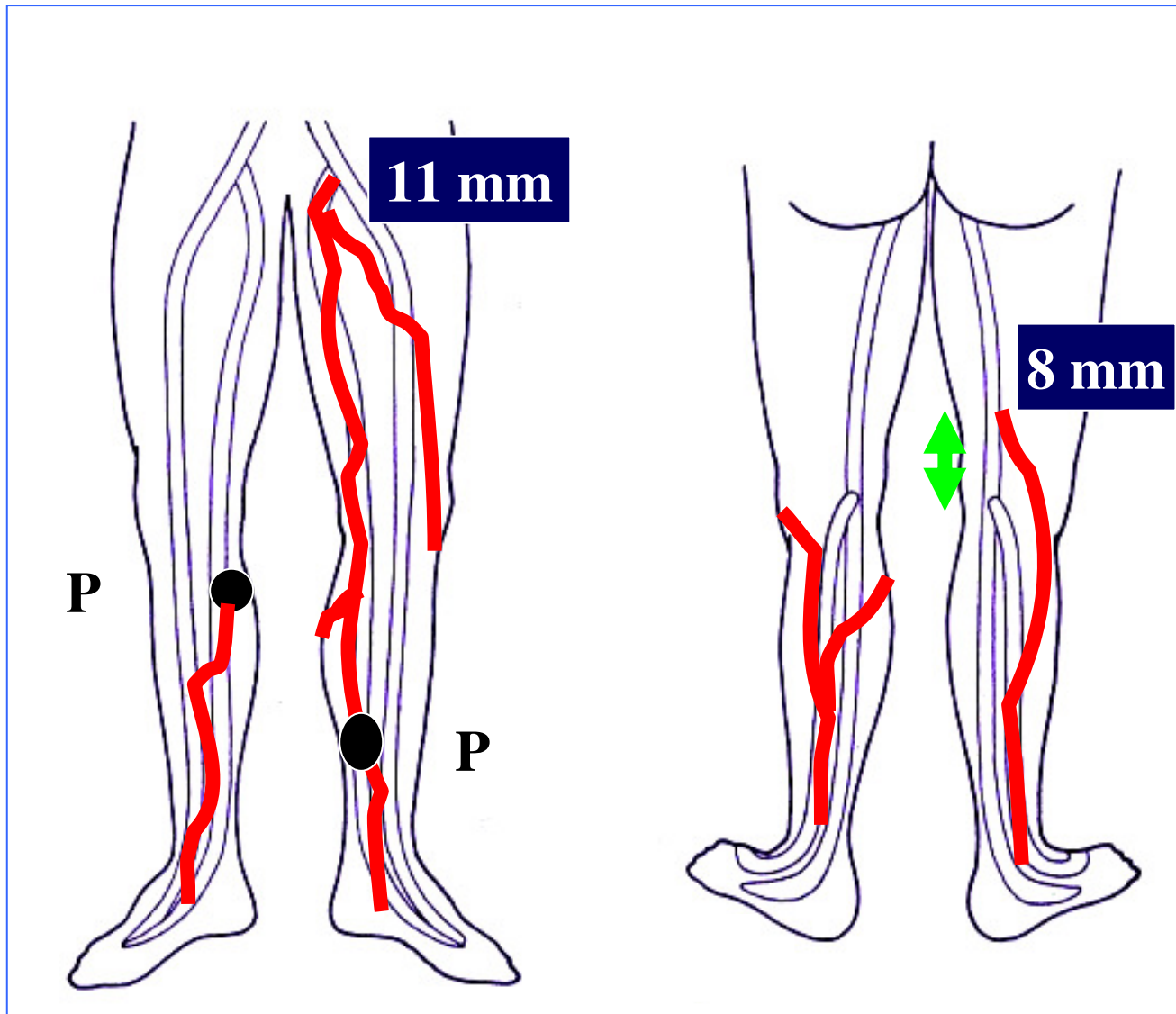
3. Quatre classes : 1 (10/15mmHg)

**2 (15/20mmHg) et 3 (20/36
mmHg) et 4 (> 36 mmHg)**

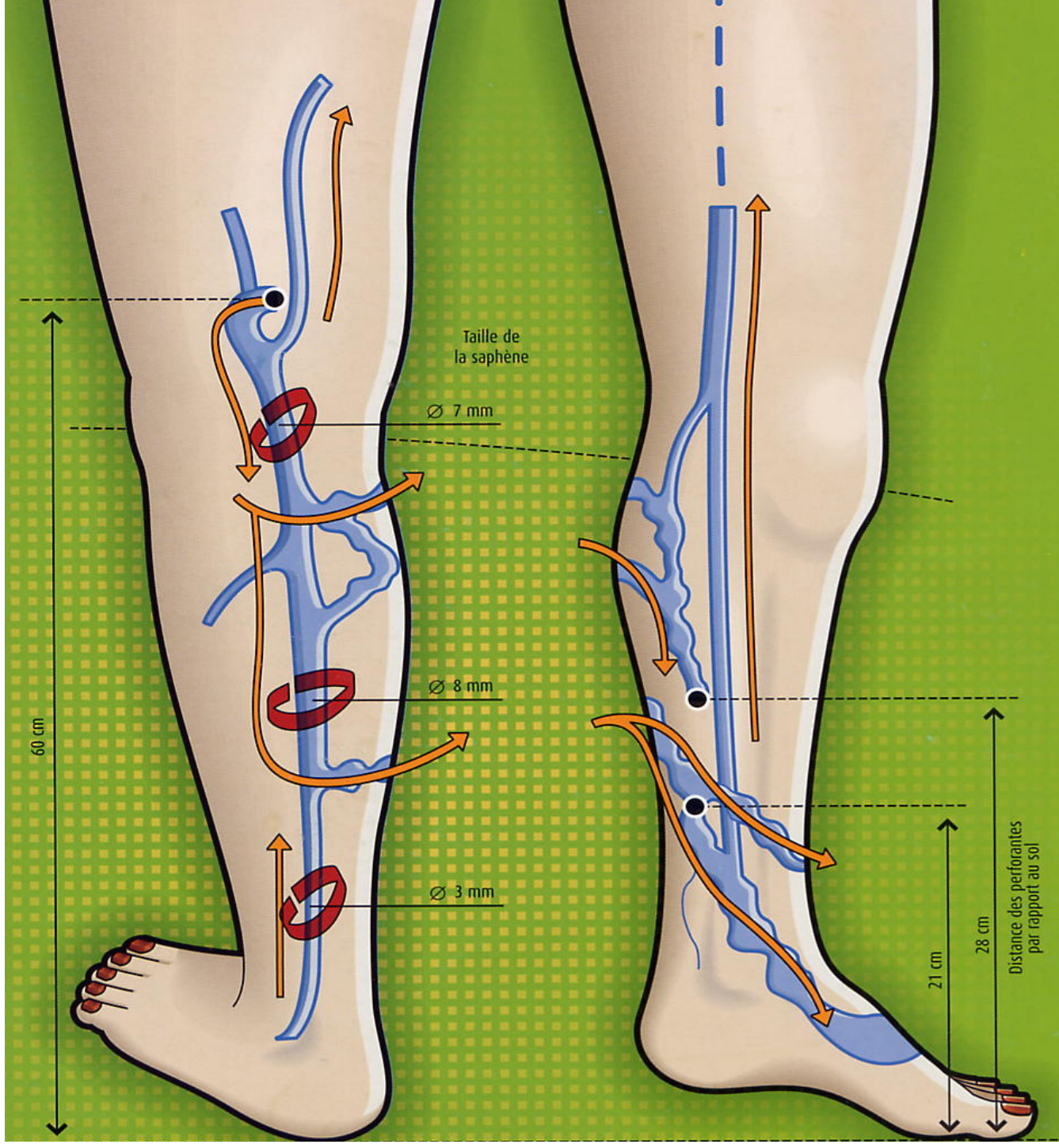
C'est un médicament

La démarche thérapeutique





Cartographie



L'écho marquage

- **Mise en évidence d'anomalies anatomiques non détectables cliniquement.**
- **Recherche et compréhension des reflux.**
- **Marquage pré-opératoire afin d'optimiser le geste thérapeutique.**

L'écho marquage

- **La veille ou le matin de l'intervention.**
- **Au préalable : accord avec le chirurgien sur les données de l' écho marquage.**
- **Dessiner avec un feutre des varices détectées cliniquement et au Doppler de poche.**
- **Affinement du repérage au Doppler Couleur.**

L'écho marquage : les cibles

- **1. Petite et Grande Saphène : repérage des crosses et leurs variations.**
- **2. Grande Saphène : repérage duplicité ou autre dans la portion crurale.**
- **3. Repérage perforantes au niveau des sites classiques (++++).**



Figure 2 : Cartographie cutanée : Marquage clinique sur les données palpatoires et visuelles.



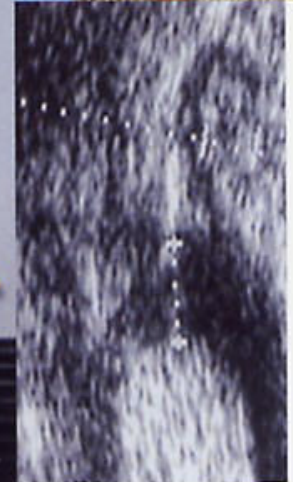
Figure 3 :
Repérage échographique du tronc
de la grande saphène gonale
et marquage au feutre indélébile
au-dessus de la sonde, à distance
de la zone de gel.



Figure 4 :
Manœuvres de compression /
décompression du mollet (flèches
jaunes) : écho-Doppler couleur
d'un reflux de la jonction
saphéno-fémorale (en haut).



Figure 5 :
Marquage d'une perforante de Cockett
(dessinée par un rond), aspect
échographique et résultat de l'exérèse
par phlébectomie au crochet de Müller.



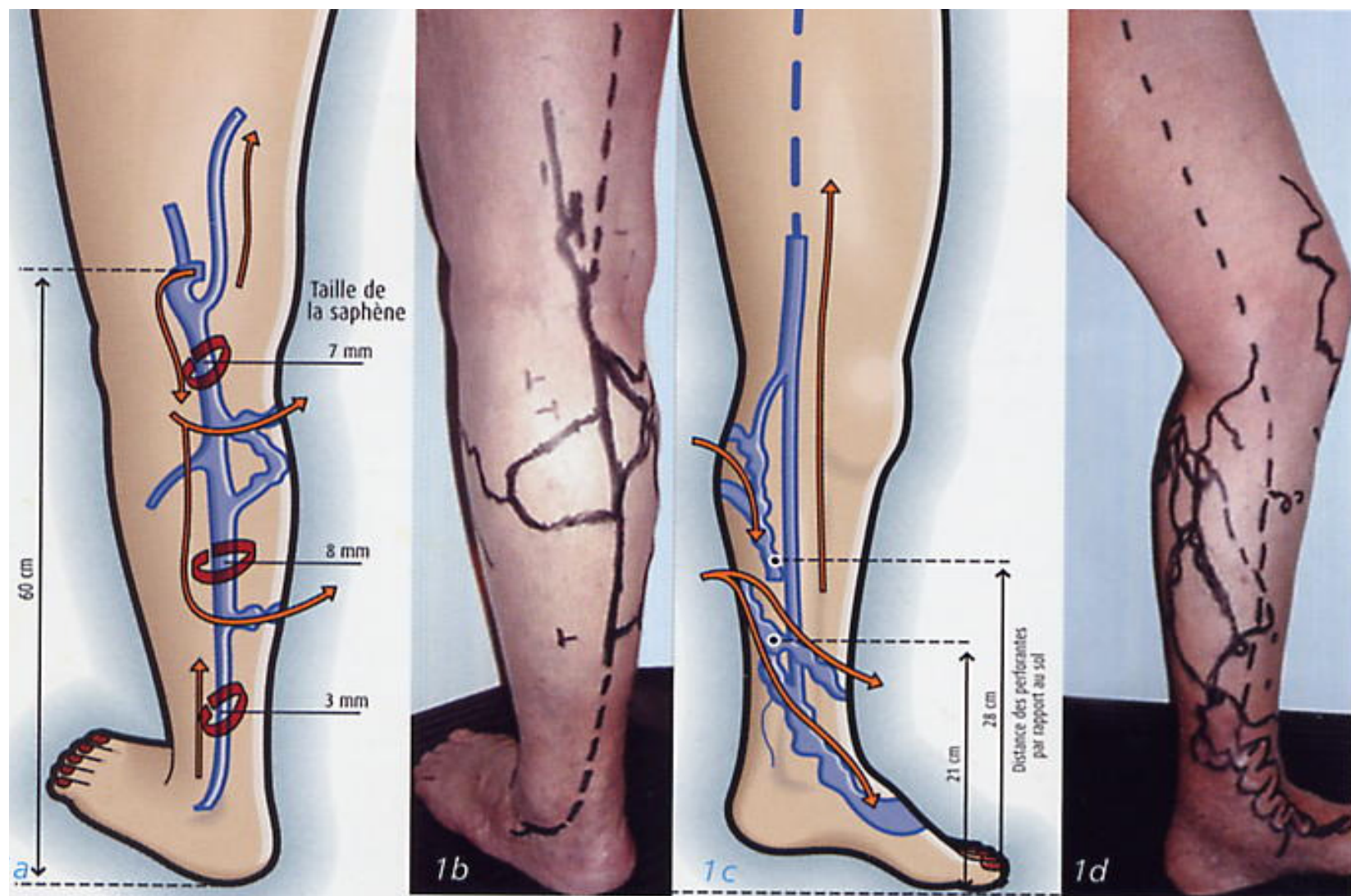
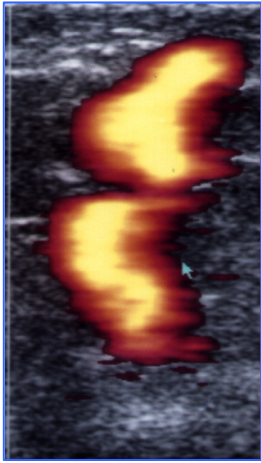
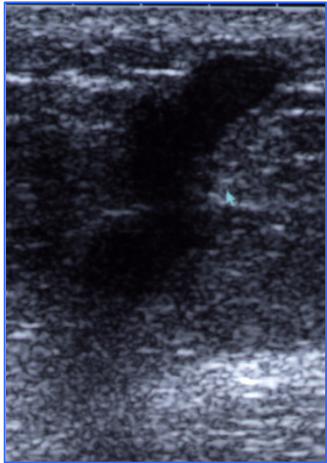
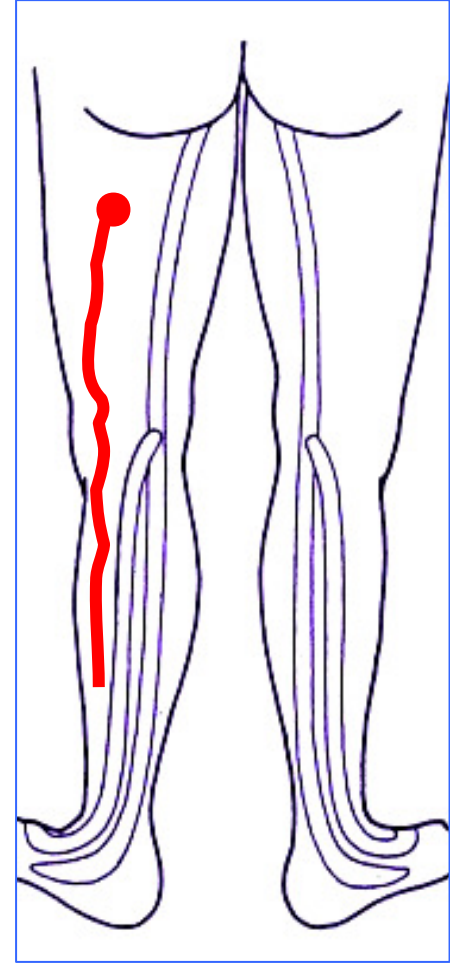


Figure 1 : Cartographie et échomarquage d'une varicose avec insuffisance ostio-tronculaire de la petite saphène gauche, responsable de troubles trophiques cutanés.







P

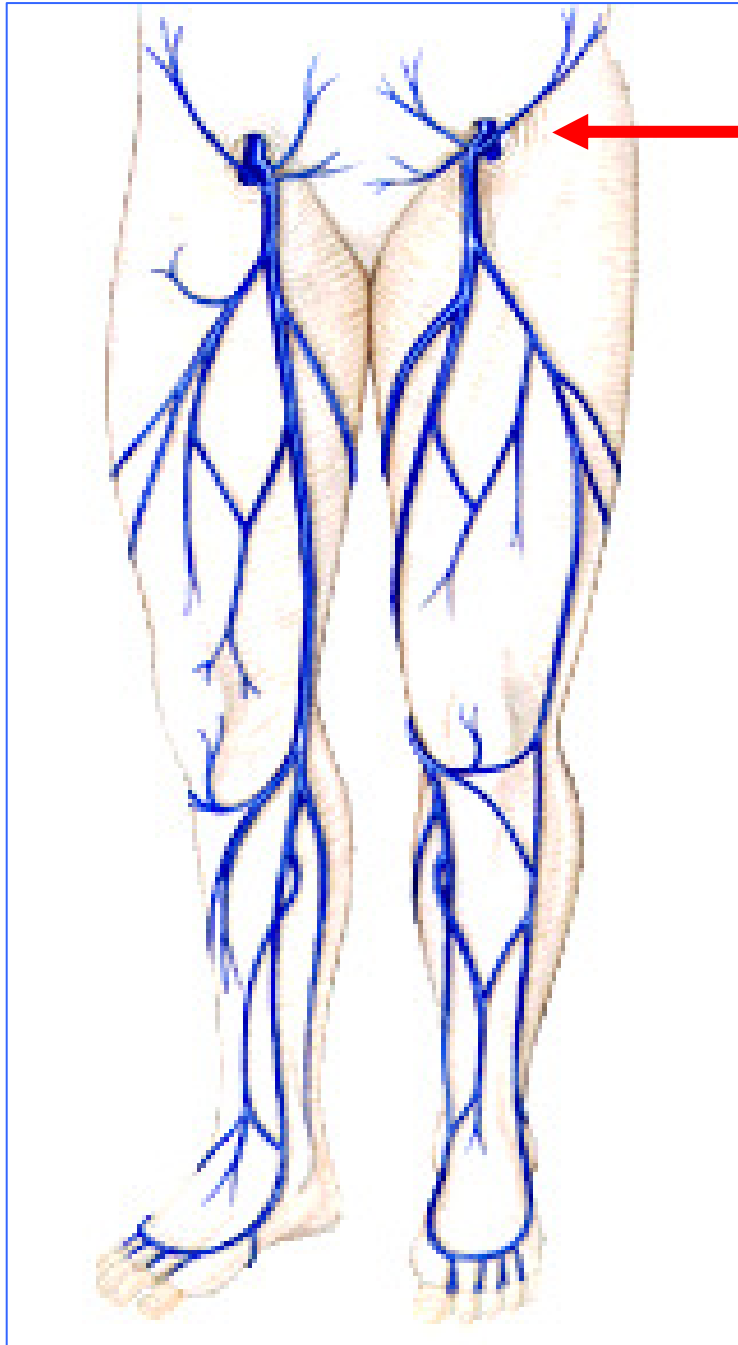
Traitements des varices : indications

- **1. Varicosités, télangiectasies, varices non systématisées sans reflux de crosse = SCLEROSE.**
- **2. Reflux de crosse (GS/PS) = suppression de ce reflux : CROSSECTOMIE chirurgicale, Closure, Sclérose, Laser, CCHIVA, V Clip**
- **3. Reflux Saphène sous jacente : CHIRURGIE, Phlébectomie, sclérose.**

Les Indications thérapeutiques en 2009

Diamètre V GS , 15 cm < jonction saphène fémorale	Niveau Supérieur d'incontinence valvulaire		
	TERMINAL	PRE TERMINAL	TRONCULAIRE
Diamètre (D) < 5 mm	Abstention Echo sclérose mousse	Abstention Echo sclérose mousse	Abstention Echo sclérose mousse
5mm< D <8mm	Echo sclérose mousse Laser Closure Crossectomie/Eveinage	Echo sclérose mousse Laser Closure Phlébectomie	Echo sclérose mousse Laser Closure Phlébectomie
8mm< D <12mm	Crossectomie/Eveinage Laser, Closure, Echo sclérose mousse	Laser, Closure, Echo sclérose mousse	Echo sclérose mousse Phlébectomie
D > 12 mm	Crossectomie/Eveinage Laser, Closure	exceptionnel	exceptionnel

CO CO(S)	Pas de signe clinique ou palpable de la maladie veineuse Hygiène Veineuse, Phlébotrope, Compression médicale
C1 (S)	Télangiectasies ou veines réticulaires Hygiène Veineuse, Phlébotrope, Compression médicale , Sclérose
C2	Veines variqueuses Hygiène Veineuse, Phlébotrope, Compression médicale , <u>éradication des varices</u> : Sclérose, Echo Sclérose, Eveinage chirurgical, Laser endo veineux, Radio fréquence, ASVAL
C3	Œdème Hygiène Veineuse, Phlébotrope, Compression médicale , Drainage Lymphatique
C4	Altérations cutanées ou du tissu cellulaire sous cutané liées à une maladie veineuse chronique. C4a : pigmentation et ou eczéma veineux C4b : hypodermite scléreuse et ou atrophie blanche Traiter la cause, éradication des varices, compression médicale
C5	Ulcère cicatrisé Traiter la cause : éradication des varices, compression médicale
C6	Ulcère non cicatrisé Traiter la cause : éradication des varices, compression médicale



Reflux ostial

Suppression :

Crossectomie

Ligature

Sclérose écho guidée

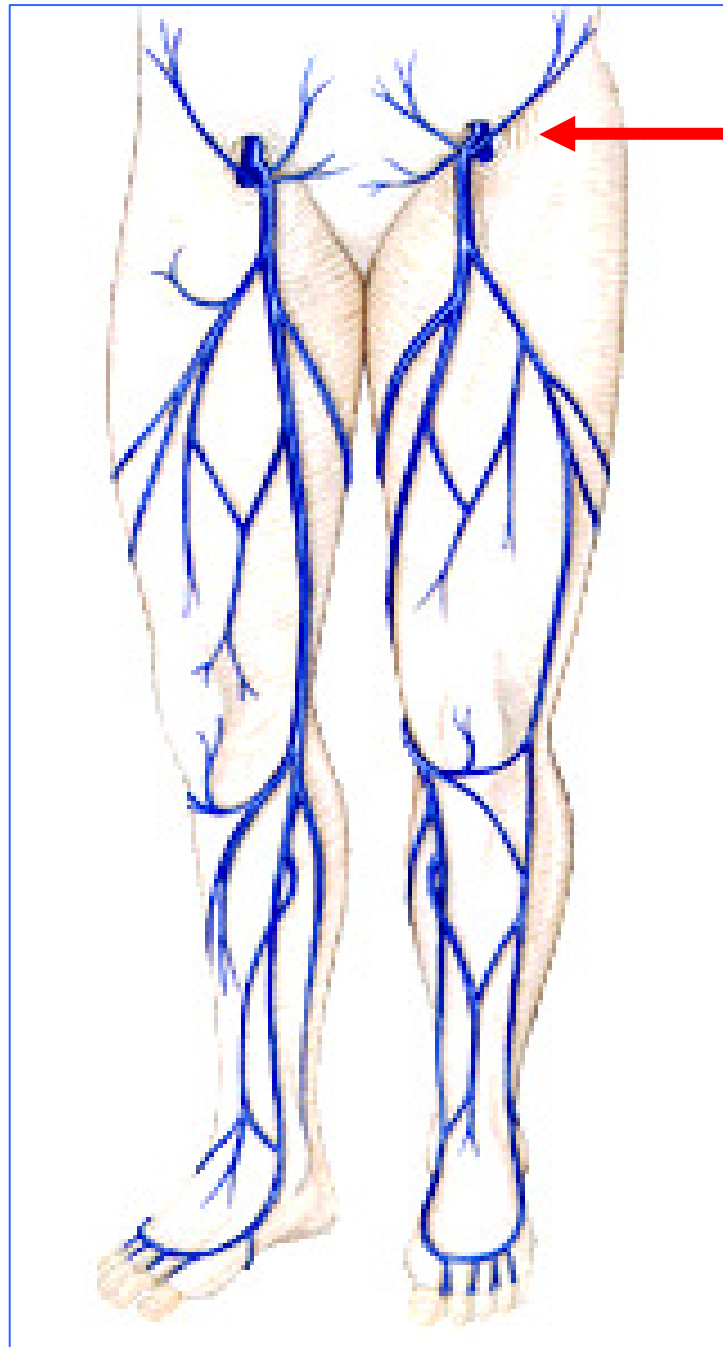
Closure

Laser endo veineux

Clip + sclérose



Varices tronculaires + dermite de stase



Reflux ostial + reflux tronculaire

Suppression :

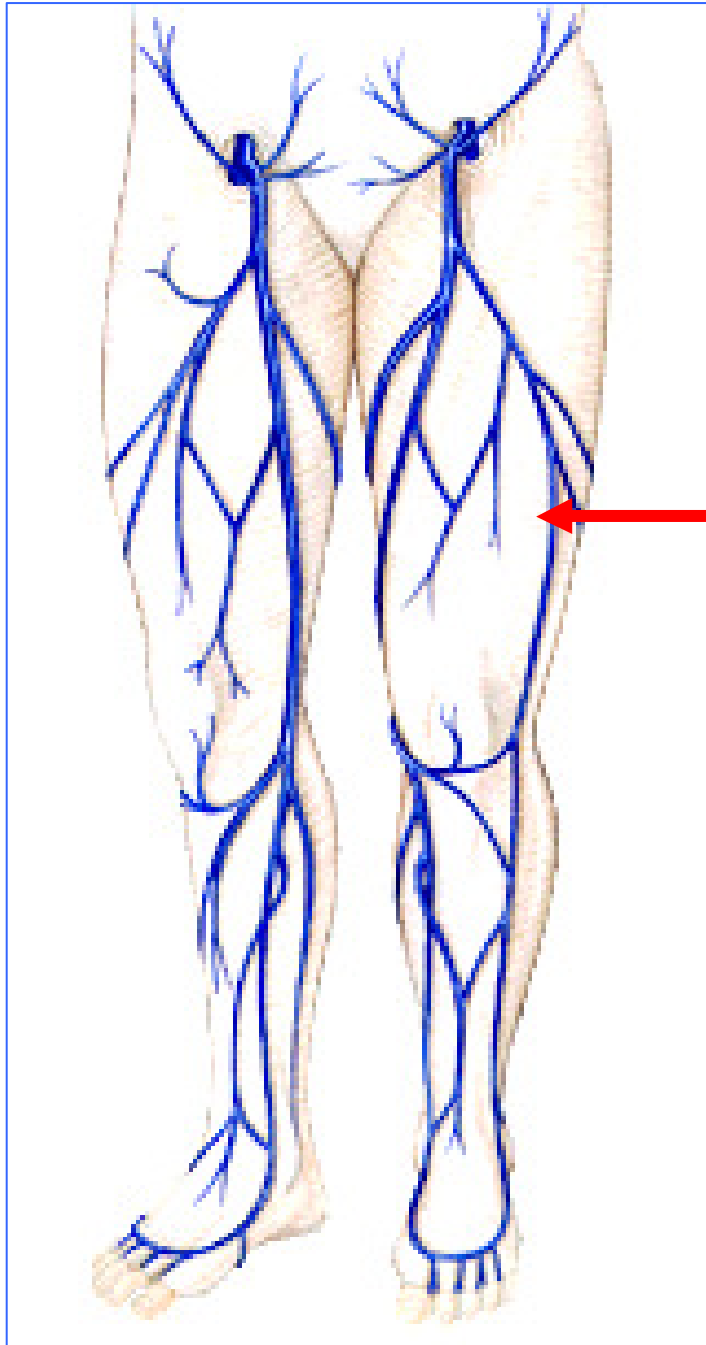
Éveinage (stripping)

Sclérose écho guidée

Closure

Laser endo veineux

Phlébectomie



Reflux collatérales

Suppression :

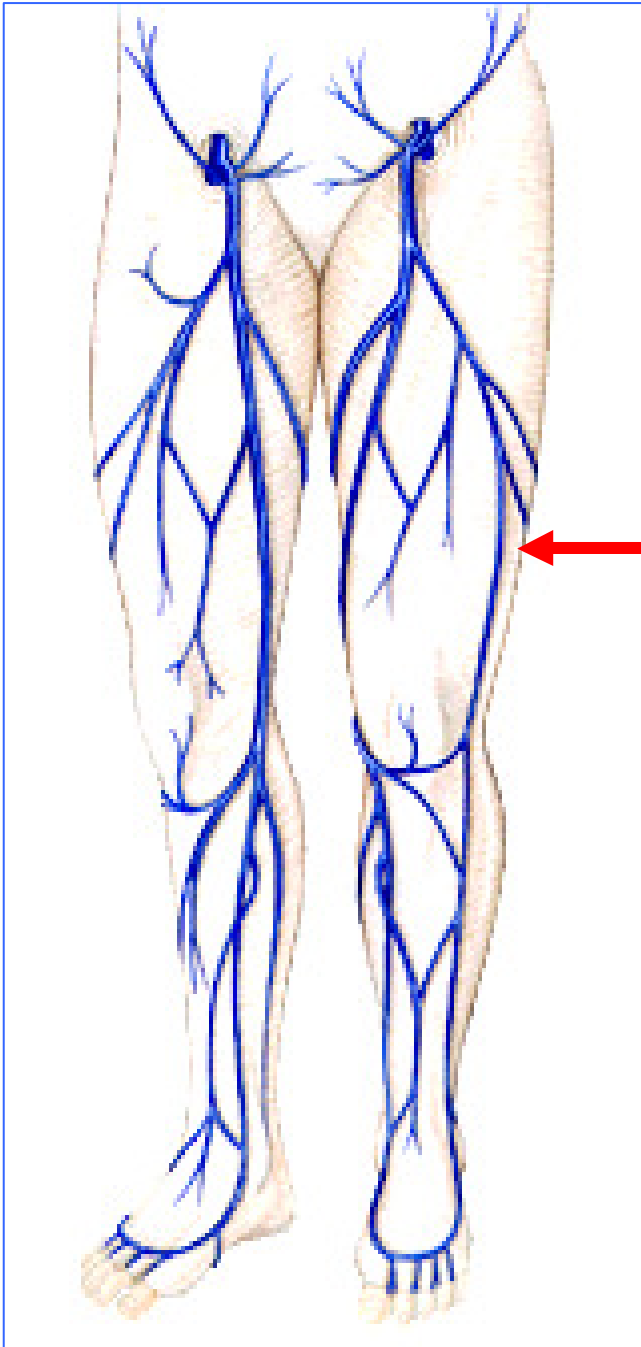
Éveinage (stripping)

Sclérose écho guidée

Laser endo veineux

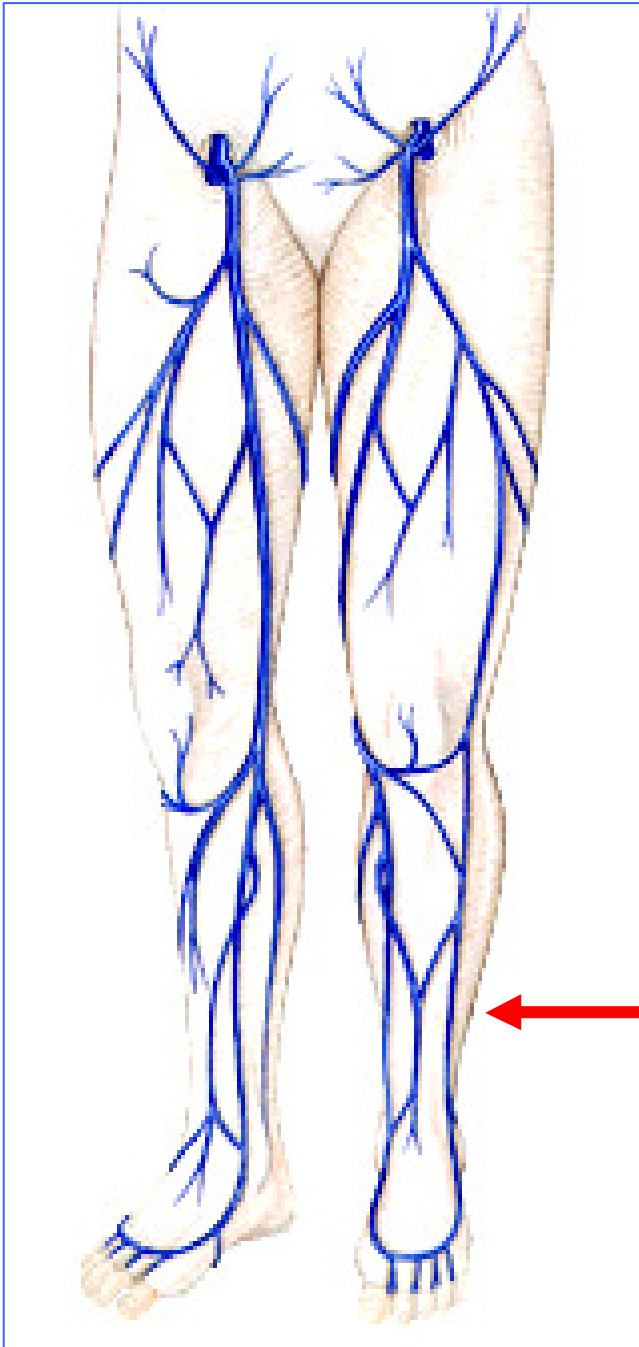
Phlébectomie

Sclérose

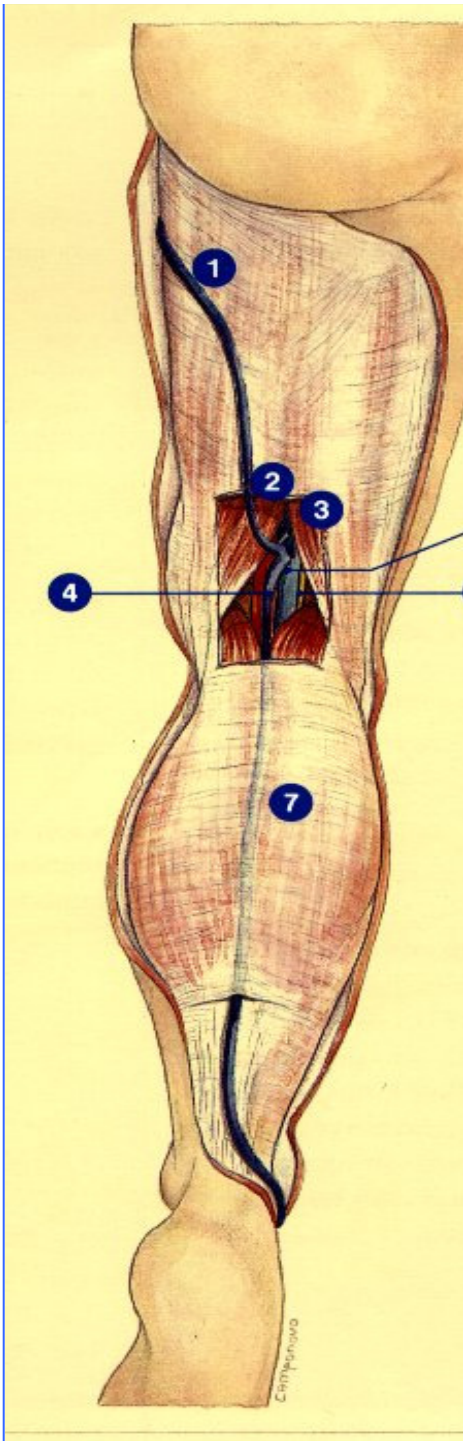


**Varices réticulaires, varicosités
télangiectasies
Suppression :**

**Sclérose
Laser
Phlébectomie**



**Perforantes
Suppression :
Sclérose
Ligature**



Reflux ostial et tronculaire

Suppression :

Crossectomie

Écho Sclérose

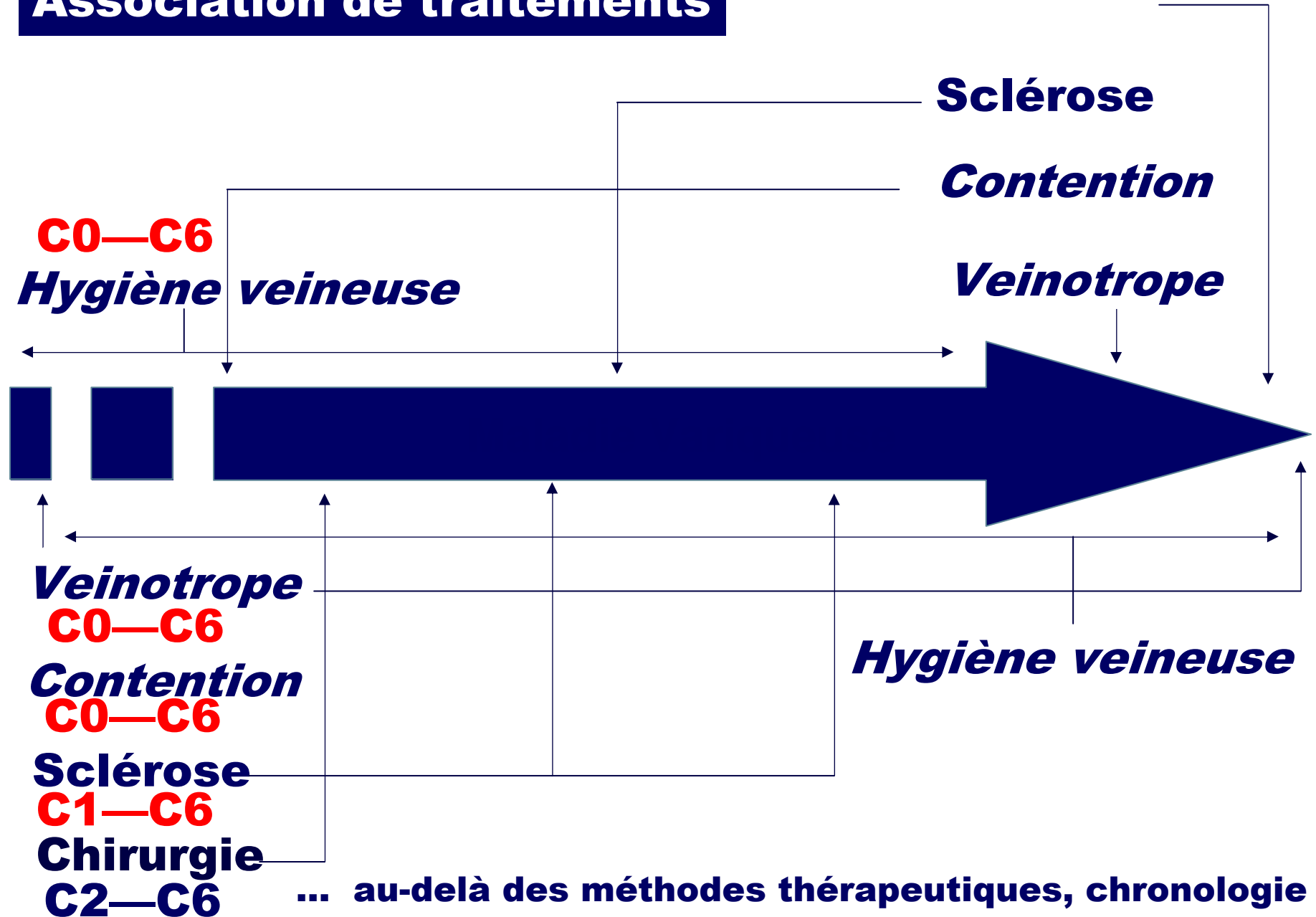
Closure

Phlébectomie

Clip + sclérose

Sclérose

Association de traitements



Écho sclérose, chirurgie, chirurgie plus sclérothérapie, dans le
 Traitement de l'insuffisance veineuse superficielle : résultats
 après 10 ans de suivi d'une étude randomisée.
 Belcaro G et Coll, Angiology 2000; 51 (7) : 520-4

	n	Perdus de vue	Incompétence à 10 ans	
			Jonction saphéno-fém.	Distale
Groupe A	39	7	6/32 (18,8 %)	14/32 (43,8 %)
Groupe B	40	9	0/31 (0 %)	5/31 (16,1 %)
Groupe C	42	9	0/33 (0 %)	12/33 (36,4 %)
Total	121	25	6/96 (6,3 %)	31/96 (32,3 %)

A : Echosclérose, B : Chirurgie + Sclérose C : Chirurgie
Résultat Echo Doppler

Guérison et réapparition des symptômes après opération
d'éveinage pour varices : suivi de 34 ans
Fischer R et Coll, Journal of Phlebology 2001, Vol 1, N° 1, 49-60

Suivi de 77 patients (125 MI) opérés en moyenne 34 ans auparavant

Réapparition des douleurs : 58%

Réapparition des crampes : 77%

Fatigabilité du MI opéré : 83%

Œdème : 93%

TVS : 58%

**77% des patients opérés considéraient que leurs varices avaient
récidivé : récidive 18% à 3 ans et 48% à 10 ans.**

Au total satisfecit des patients dans un premier temps, mais
chronicité de la maladie ++++ = **INFORMATIONS**