

Traitement chirurgical de la récurrence variqueuse

D. Creton

Résultats à long terme de la chirurgie de la récurrence grande saphène avec mise en place d'un patch devant la veine fémorale

Cette étude rétrospective du résultat à 5 ans de l'interposition d'un patch en Gore-Tex devant la veine fémorale au cours des interventions de récurrences inguinales après chirurgie de la grande saphène a été réalisée sur 129 patients consécutifs opérés d'une récurrence variqueuse inguinale avec interposition d'un patch devant la veine fémorale entre 92 et le 94.

Tous présentaient un moignon résiduel incontinent de plus de 3 mm de diamètre à l'emplacement de l'ancienne crossectomie. Nous avons défini 4 types anatomiques de récurrences inguinales:

- Type 1: existence d'un tronc saphène communiquant directement avec la veine fémorale par l'intermédiaire d'un moignon résiduel (crosse intacte).
- Type 2: existence d'un tronc saphène communiquant indirectement avec la veine fémorale par l'intermédiaire de néovascularisation inguinale de quelques cm.
- Type 3: existence d'un tronc saphène isolé, dont l'extrémité supérieure était située très à distance du moignon résiduel incontinent.
- Type 4: moignon résiduel associé à des varices diffuses.

L'intervention a été réalisée sous anesthésie loco-régionale par un bloc fémoral avec une voie d'abord latérale réalisée avec une dissection minimum.

Une barrière d'isolement entre la suture du moignon enfoui et les collatérales sectionnées dans les tissus sous cutanés a été réalisée par un patch de e-PTFE simplement collé sur la veine fémorale. L'exérèse complète des varices a été réalisée par phlébectomies: 40 en moyenne (9 à 92) et par Pin-Stripping des troncs saphènes résiduels.

119 membres sur 100 patients ont été revus avec un suivi moyen de 5 ans. Le délai moyen entre la première intervention et l'intervention de reprise de crossectomie était de 13,7 ans (extrême 9,2 à 42 ans). Le délai moyen de suivi entre l'intervention de reprise de crossectomie et le contrôle était de 5 ans (extrême 1,5 à 7 ans).

Le contrôle clinique et écho-Doppler à 5 ans a permis de classer les patients en différentes catégories:

Les mauvais résultats (type A) ont été définis par la présence d'une nouvelle communication fémorovariqueuse incontinente de 4 à 6 mm de diamètre à l'emplacement de l'ancien moignon de crossectomie entre la veine fémorale et des varices inguinales ou crurales: 5 cas (4%).

Les bons résultats (type B) ont été définis par l'absence de communication fémoro-variqueuse inguinale: 114 cas (96%). Ces bons résultats ont été classés en 3 groupes.

Le type B0 correspondait à l'absence de varice et de signe d'insuffisance veineuse: 28%. Le type B1 correspondait à la présence de varices diffuses sans communication profonde: 45%. Le type B2 correspondait à la présence d'une autre communication entre le système veineux superficiel et profond (perforante): 23%.

Le groupe de patients à 5 ans présentant de nouveau des varices (type A, B1, B2) était significativement corrélé aux récurrences de type 4 et au nombre de phlébectomies réalisées lors de l'intervention de récurrence. La comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études montre que le patch n'est peut être pas la seule explication de ces bons résultats (4% de re-récurrence). La dissection limitée de la reprise inguinale sans exérèse large de la néovascularisation et l'exérèse extensive des varices lors de l'intervention sont des éléments certainement favorisant ces bons résultats.

Résultats précoces des interventions pour récurrence variqueuse de la fosse poplitée après chirurgie de la petite saphène

La récurrence poplitée après chirurgie de la petite saphène est souvent due à une résection incomplète de la Veine Petite Saphène.

24 patients ont été opérés d'une récurrence poplitée après exérèse de la Veine Petite Saphène incontinente. Le moignon résiduel est en général facilement accessible car la jonction saphéno-poplitée est située dans 87% des cas en dessous de 7 cm par rapport au pli poplité.

Un patient présentait une Veine Petite Saphène intacte, 11 patients présentaient un moignon long résiduel, 6 patients présentaient un tronc saphène résiduel, 4 patients présentaient une veine perforante de la fosse poplitée. L'insuffisance d'exérèse représentait 75% des cas. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie locale simple avec 37 ml de Lidocaïne, 3ml de Midazolam et 0.7ml d'alfentanil. Dix huit patients ont été opérés en ambulatoire (avec une distance de retour à domicile entre 2 et 230 km). Le suivi de ces 24 réinterventions consécutives nous a permis d'évaluer la morbidité de ces réinterventions pour récurrence poplitée. L'arrêt de travail moyen était de 11.8 jours (entre 0 et 21 jours). La section d'une branche sensitive du nerf petit sciatique reconnue en per-opératoire, du fait de l'anesthésie locale, a pu être traitée par une suture nerveuse pendant l'intervention avec un bon résultat à 6 mois. Une double veine fosse poplitée n'a pu être réséquée complètement. Le contrôle réalisé entre un et 6 mois n'a pas montré de varices ni de reflux résiduel. Aucune complications thromboemboliques n'ont été constatées.

La morbidité de cette réintervention réalisée sous anesthésie locale s'est avérée minime mais le caractère malheureusement récidivant de cette pathologie devrait laisser une place importante à l'échosclérose surtout après plusieurs réinterventions qui rendent cette chirurgie difficile.

Conclusions

La chirurgie de la récurrence est une chirurgie difficile qui doit être réalisée de la façon la plus atraumatique possible, c'est

a dire avec un minimum de dissection afin d'éviter les facteurs cicatriciels induisant la néovascularisation (surtout an niveau inguinal), avec une anesthésie loco-régionale pour la récurrence grande saphène afin de limiter les hématomes, et une anesthésie locale pour la récurrence petite saphène afin de

limiter le risque neurologique. Le but de la chirurgie est de fermer les sources incontinentes entre le système profond et superficiel, de supprimer les troncs résiduels incontinents avec le Pin-Stripper ou le thermo-éveinage Closure® et de réaliser une exérèse complète des varices.