

La chirurgie à ciel ouvert « d'aujourd'hui » a encore une bonne place dans les indications

D. CRETON

Les techniques endovasculaires (TEV), en valorisant le confort postopératoire, avaient pour but le remplacement du stripping. Mais pendant ces 15 dernières années, la chirurgie classique dite « à ciel ouvert » a, elle aussi, fait d'énormes progrès et il est particulièrement inexact de ne parler aujourd'hui que des TEV dans les recommandations actuelles. Tout d'abord parce que les indications de suppression tronculaires diminuent en quantité et en étendue. Elles ne représentent plus le pivot de l'intervention. Ensuite parce que le stripping d'aujourd'hui ressemble plus à une TEV qu'au stripping d'il y a 20 ans.

I. Les indications de suppression du tronc saphènes diminuent depuis 15 ans

1) Le nombre de suppression tronculaire diminuée

Une étude rétrospective de 8595 indications opératoires de première intention réalisée entre 1997 et 2008 (1) a montré que le pourcentage de suppression tronculaire partant de la jonction saphéno-fémorale (avec ou sans crossectomie) diminuait régulièrement avec les années (de 69 % à 43 %).

En effet, même en présence d'un tronc incontinent, la suppression d'une tributaire incontinente a permis un mois après de constater une diminution significative du diamètre (2), de la durée du reflux et de la vitesse maximum du reflux du tronc saphène (3). Dans l'étude de Pittaluga (4) concernant 811 membres opérés avec conservation du tronc saphène incontinent, 66,3 % n'avaient plus de reflux, 88,5 % n'avaient pas de récurrence et 78 % avaient toujours une amélioration des symptômes après 4 ans.

Non seulement 60% de troncs saphènes sont continents au jour de l'opération mais il y a aussi des troncs incontinents qu'on ne doit pas supprimer. La méthode de CHIVA en est le bon exemple car elle préserve les troncs incontinents. Les résultats à 10 ans de l'étude comparative randomisée de Carandina (5) (stripping versus CHIVA) ont montré un taux de récurrence plus important dans le groupe stripping (35 % versus 18 %).

Aujourd'hui, dans la chirurgie de première intention, l'indication de supprimer le tronc saphène représente moins de 40 % des indications opératoires.

2) La longueur de la suppression tronculaire diminuée

L'indication opératoire doit suivre exactement le bilan hémodynamique réalisé avec le marquage préopératoire. Dans cette même étude (1) l'incontinence du tronc de la grande veine saphène débutant au niveau des valves terminales ou préterminales descendait jusqu'au tiers supérieur de la cuisse dans 11 % des cas (fig. 1), jusqu'au tiers inférieur de la cuisse dans 14 % des cas, jusqu'au bord médial du genou dans 25 % des cas, jusqu'au tiers supérieur de jambe dans 44 % des cas, jusqu'au tiers inférieur de jambe dans 3 % des cas et jusqu'à la malléole dans 3 % des cas. Cela signifie qu'une fois sur deux seulement, la suppression du tronc saphène doit descendre au niveau du genou et que

dans environ un quart des cas elle n'est justifiée qu'au niveau de la cuisse. Ces données hémodynamiques réduisent la place de la suppression tronculaire dans le protocole de traitement.

A partir de 1998 le stripping sans crossectomie a peu à peu remplacé le stripping traditionnel pour devenir pratiquement systématique depuis 2005 (1). Cette façon de faire simplifie et rend le stripping encore moins traumatisant. La suppression tronculaire réalisée aujourd'hui sans crossectomie donne de très bons résultats (6).

II. La chirurgie à ciel ouvert a fait d'énormes progrès

Aujourd'hui, en dehors de problèmes sociaux, la chirurgie des varices peut être réalisée systématiquement



Figure 1 : L'incontinence isolée de la dernière portion du tronc saphène (11 % des cas) n'est pas une indication de TEV.

en ambulatoire. La chirurgie est devenue plus légère et moins douloureuse (stripping sans crossectomie, stripping court, invagination sur le pin-Stripper). L'anesthésie locale tumescente (ALT) qui permet d'éviter les saignements pendant l'intervention a facilité la chirurgie ambulatoire. En utilisant de la lidocaïne adrénalinée à 1% diluée à 0,028% dans du bicarbonate isotonique à 1,4 % l'ALT peut être effectuée dans toutes les interventions de varices associées ou non à une légère sédation par voie intraveineuse. Nous avons évalué la possibilité de faire ces interventions classiques dites « à ciel ouvert » sous ALT sans aucune sédation dans une étude incluant 215 patients consécutifs et regroupant 2 centres français de chirurgie veineuse (7). Les interventions comportaient 32 % de stripping et 16 % de TEV. L'anesthésie a été réalisée en partie sans prémédication. L'intervention a été jugée très peu ou pas du tout douloureuse dans 91,9 % des cas et 51 % des patients avaient repris le travail le lendemain de l'intervention. Au total, avec un engagement et une motivation de l'équipe chirurgicale et du patient, aujourd'hui un stripping peut être réalisé sans prémédication, sans médecin anesthésiste avec seulement 1,14 mg de lidocaïne par kg de poids et un séjour de quelques heures au centre chirurgical. C'est-à-dire dans les mêmes conditions qu'une TEV réalisée au cabinet. De plus, cette façon de faire ne nécessite aucun contrôle écho-Doppler postopératoire à la différence des TEV.

III. Place du stripping et des TEV dans la suppression tronculaire saphène

Le stripping réalisé dans les conditions d'aujourd'hui est très proche des TEV en terme de qualité de vie, surtout dans certaines circonstances.

1) Le patient mince

Chez un patient mince, un stripping sans crossectomie pratiqué de cette façon ou une technique endovasculaire s'accompagne d'un confort et d'une qualité de vie postopératoire pratiquement identique (fig. 2). Pendant l'opération, le stripping peut être jugé plus impressionnant par le patient du fait des sensations de traction. En postopératoire, le risque d'hématome avec une invagination sous tumescence est exceptionnel, les suites sont identiques à celles d'une TEV (fig 3). Par contre, les suites pour le laser 980-nm sont souvent plus douloureuses.

Par contre, chez le patient obèse le stripping n'est jamais facile, l'incision inguinale est plus grande, l'accès au tronc plus profond, la palpation des tributaires est impossible et le rattrapage au crochet du tronc après une rupture est souvent traumatisant. L'obésité ne gêne pas la procédure endovasculaire qui est contrôlée par écho-



Figure 2 : Incision inguinale pour un stripping sans crossectomie.

Doppler. De plus, des troncs plus volumineux peuvent plus facilement être traités par TEV car la réaction inflammatoire qui peut en résulter est moins visible car plus profonde.

2) Le TS très court

Le traitement de tronc très court (de la JSF à la partie haute de cuisse) que l'on trouve dans 11 % des indications de suppression saphène (1) est aussi une indication limite de TEV (fig.1).

3) Le risque thrombotique postopératoire

Le risque thrombotique postopératoire est très faible dans le stripping même réalisé de façon traditionnelle. Sur 788 patients opérés de varices, inclus prospectivement, dont moitié était sous HBPM à dose prophylactique, aucune thrombose veineuse profonde n'a été retrouvée sur un examen écho-Doppler postopératoire systématique. Huit thromboses seulement de veines musculaires ont été retrouvées en postopératoire (8).

Le risque thrombotique des TEV est par contre plus important. Les thromboses



Figure 3 : Aspect d'un membre à J8 après phlébectomies/stripping sans crossectomie sous ALT

correspondant à des extensions thrombotiques vers la JSF et la veine fémorale sont rares mais justifient un contrôle systématique écho-Doppler précoce postopératoire. Elles sont dues à l'inévitable imprécision du début de la brûlure ou de l'échauffement pariétal qui dépasse l'extrémité de la fibre ou du cathéter. Les complications thrombotiques des TEV représentent moins de 1 % des cas (9). Concernant le LEV, le risque semble plus important chez les sujets âgés (10, 11), chez les patients de classe CEAP élevée et pour les traitements de la PVS (12). Ceci justifie l'utilisation systématique d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à titre préventif et le contrôle écho-Doppler précoce.

4) Comparaison stripping versus TEV

Beaucoup d'études prennent malheureusement comme point de comparaison le stripping traditionnel avec crossectomie souvent réalisé sous anesthésie générale ou péridurale (13, 14). Dans ces conditions, les suites sont en faveur des TEV. Une étude récente (15) a comparé le laser, la radiofréquence, la sclérose mousse et le stripping traditionnel avec crossectomie sous ALT en terme de qualité de vie. Globalement, le stripping et le laser étaient significativement plus douloureux que la radiofréquence et la sclérose. Le stripping et le laser avaient significativement des durées d'arrêt de travail plus longues. En ajoutant le prix du matériel et le coût des journées d'arrêt de travail, le laser et le stripping étaient les plus chers. On peut imaginer qu'un stripping réalisé sans crossectomie avec une ALT utilisant le bicarbonate 1,4 % comme excipient aurait été même moins cher et plus confortable que le laser.

IV. Conclusions

La suppression du tronc saphène dans les indications de chirurgie de varices diminue donc régulièrement en raison de l'amélioration de nos connaissances hémodynamiques qui nous incite à faire de plus en plus de phlébectomies et de moins en moins de suppression tronculaire saphène. Quand elle est décidée, la suppression tronculaire est de plus en plus courte et presque toujours sans crossectomie. La place du stripping dans le traitement n'est plus ce qu'elle était il y a une vingtaine d'années. Aujourd'hui, chez un patient mince, un stripping sans crossectomie, sous ALT utilisant le bicarbonate 1,4% comme excipient se déroule dans des conditions presque identiques à celles d'une TEV et avec des résultats presque identiques en terme de qualité de vie. Néanmoins, chez le patient en surpoids ou obèse les TEV sont des meilleures indications que le stripping. Des études comparatives seront nécessaires pour vérifier ce que l'on sent intuitivement par l'expérience.

V. Références

1. Creton D Apport des nouvelles hypothèses physiopathologiques de l'insuffisance veineuse superficielle dans le traitement endoveineux par radiofréquence ou laser endoveineux. Société Française de Phlébologie, Paris, 19 novembre 2010.
2. Creton D Diameter reduction of the proximal long saphenous vein after ablation of a distal incompetent tributary. *Dermatol Surg* 1999; 25: 1-5.
3. Pittaluga P, Chastanet S, Locret T, Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: a prospective study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 40: 122-8.
4. Pittaluga R, Chastanet S, Rea B, Barbe R Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J Vasc Surg* 2009; 50: 107-18.
5. Carandina S, Mari C, De Palama M et al. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008; 35 : 230-7.
6. Pittaluga P, Chastanet S, Guex JJ. Great saphenous vein stripping with preservation of sapheno-femoral confluence: hemodynamic and clinical results. *J Vasc Surg.* 2008; 47:1300-4.
7. Evaluation of the pain in varicose vein surgery under tumescent local anesthesia using sodium bicarbonate as excipient without any intravenous sedation. Creton D, Réa B, Pittaluga P, Chastanet S, Allaert FA. *Phlebology* 2011 (in press).
8. Moreau P, Nicolini PH, Garbé JF, et le groupe ARCHIV Prévention de la thrombose veineuse profonde post-opératoire par une héparine de bas poids moléculaire dans la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle chronique. Résultats d'une étude prospective multicentrique. Congrès annuel de la Société Française de Chirurgie Vasculaire. Nîmes – juin 2010.
9. Van den Bos R, Arends L, Kockaert M, et Al. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: A meta analysis. *J Vasc Surg* 2009; 49: 230-9.
10. Puggioni A, Kalra M, Carmo M et al. Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: analysis of early efficacy and complications. *J Vasc Surg* 2005 ; 42 : 488-93.
11. Mozes G, Kalra M, Carmo M et al. Extension of saphenous thrombus into the femoral vein: a potential complication of new endovenous ablation techniques. *J Vasc Surg* 2005; 41: 130-5.
12. Proebstle TM, Gül D, Kargl A, Knop J Endovenous laser treatment of the lesser saphenous vein with a 940-nm diode laser: early results. *Dermatol Surg* 2003; 29: 357-61.
13. Helmy ElKaffas K, ElKashef O, ElBaz W. Great saphenous vein radiofrequency ablation versus standard stripping in the management of primary varicose veins-a randomized clinical trial. *Angiology*.2011;62:49-54.
14. Subramonia S, Lees T. Randomized clinical trial of radiofrequency ablation or conventional high ligation and stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg.* 2010; 97:328-36.
15. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L, Vennits B, Blemings A and Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 2011; 98: 1079-1087.