

INFLUENCE DES EXAMENS ULTRASONORES PRÉOPÉRATOIRES POUR UNE CHIRURGIE D'EXÉRÈSE VARIQUEUSE PLUS CONSERVATRICE

(évolution des techniques opératoires sur 7 ans)

D. CRETON

R É S U M É

L'évolution vers une chirurgie d'exérèse variqueuse plus conservatrice vient du souci d'éviter l'exérèse de veines fonctionnelles ; elle a été possible par la mise au point d'interventions peu agressives donc plus reproductibles ; elle a nécessité l'usage des examens pré-opératoires ultrasonores.

La systématisation progressive des examens ultrasonores préopératoires a fait évoluer nos indications opératoires dans la chirurgie d'exérèse variqueuse. 3 916 indications d'exérèse variqueuse ont été étudiées sur 7 ans. Le stripping saphène interne représentait 98 % des indications opératoires en 1987. En 1993 le stripping saphène interne ne représente que 75 % des indications opératoires.

D'autres types d'interventions, ayant toutes une justification hémodynamique se sont développées : la chirurgie isolée de la saphène externe (8 %), ou de la veine fosse poplitée (2 %), ablation simple d'une branche saphène (11 %), hémicrossectomie et saphénectomie antérieures (2,5 %), stripping partiel haut, bas ou moyen (4,4 %).

Le développement de ces techniques correspond à une meilleure connaissance de l'hémodynamique veineuse pathologique de la maladie variqueuse débutante ; l'étude met en évidence les limites importantes d'interprétation de l'examen clinique, de l'examen doppler continu et du doppler pulsé dans l'évaluation de la pathologie saphène externe.

La fréquence de ces interventions atypiques est en progression constante. Elles tendent, par la recherche d'une meilleure adaptation de l'intervention aux troubles hémodynamiques, vers une chirurgie d'exérèse variqueuse plus conservatrice : la conservation d'une saphène interne fonctionnelle est possible dans 25 % des cas.

Mots-clés : stripping saphène interne – chirurgie conservatrice – exérèse variqueuse – cartographie.

S U M M A R Y

The development of surgery towards a more conservative varicose exeresis has been made in order to avoid the exeresis of functional veins; it has been possible thanks to the perfecting of soft interventions that is to say more reproducible ones; the use of ultrasonorous pre-operative examinations was required.

Our operative indications in the surgery of varicose exeresis progressed thanks to the progressive systematization of pre-operative ultrasonorous examinations. 3 916 indications of varicose exeresis were studied on a 7-year period. The long saphenous stripping represented 98% of operative indications in 1987. In 1993, the long saphenous stripping only represented 75% of operative indications.

Other kinds of interventions developed, the majority of which having a haemodynamic justification: surgery of the short saphenous vein (8%), or of the popliteal vein (2%), simple removal of a saphenous branch (11%), hemi-resection of the sapheno-femoral junction and lower saphenectomy (2.5%), high, low or medium partial stripping (4.4%).

The reason of the development of these techniques comes from a better knowledge of the pathological veinous haemodynamics of the starting varicose disease; the study shows the important limits of the interpretation of the clinical examination, the doppler examination as well as the pulsated doppler in the assessing of the external saphenous pathology.

The use of such ordinary techniques is more and more frequent. They aim at being a more conservative surgery of varicose exeresis, thanks to the search of a better adaptation of the intervention to the haemodynamic disorders: keeping a functional long saphenous vein is now possible in 25% of cases.

Key words: long saphenous stripping – conservative surgery – varicose exeresis – cartography.

* Espace chirurgical
Ambroise Paré,
rue Hélène Boucher
54100 NANCY.

RÉFÉRENCES

1 Blanchemaison Ph., Gorny P.L. Faut-il conserver l'axe saphénien dans la chirurgie ambulatoire des varices. *Phlébologie* 92 Eds P. Raymond Martinbeau, R. Prescott, M. Zummo, John Libbey Eurotext, vol.2, Paris 1992; 1021-1022.

2 Creton D. Résultats comparés des strippings sous anesthésie générale et sous anesthésie loco régionale (200 cas). *Phlébologie* 1989; 42: 121-130.

3 Daniel C.H., Lefebvre-Vilardabo M., Launay J. Varices des membres inférieurs: plaider pour une cartographie dynamique quantifiée. *Phlébologie* 92 Eds P. Raymond Martinbeau, Prescott R., Zummo M. John Libbey Eurotext, Paris 1992, vol. 1, 556-558.

4 Lemasle P.H., Baud J.M. Intérêt et limites de l'écho doppler dans l'exploration des saphènes de cuisse et conséquences thérapeutiques. *Phlébologie* 1993; 46: 101-116.

5 Franco G., Nguyen-Khac G., Nguyen-Morere M.C. Intérêt de l'échodoppler de la saphène externe. Confrontation clinique. *Phlébologie* 1990; 43: 135-145.

6 Brunner U., Hauser M., Mollia J.F. Rôle de la veine saphène externe dans l'insuffisance veineuse profonde. *Phlébologie* 1992; 45: 255-258.

7 Schadeck M. Le reflux sur valvules saines en grande saphène. *Phlébologie* 1991; 44: 603-613.

Si la méconnaissance des zones de reflux et l'insuffisance d'exérèse apportent leur lot de mauvais résultats à long terme par le redux, l'excès d'exérèse, en plus du sacrifice veineux et de l'intervention inutile apporte un lot d'inconvénients plus subtiles.

– la surcharge de collatéralité avec des possibilités de récides,

– les efflorescences de varicosités inesthétiques postopératoires. En effet le rôle des veines superficielles dans le drainage cutané n'est pas discuté. L'angioscopie nous a montré l'existence de micro veines multiples sur la saphène de cuisse [1].

C'est pour éviter ces deux excès que nous avons systématisé progressivement les examens ultrasonores préopératoires.

En 1986 deux éléments nous ont incité à changer progressivement nos indications opératoires.

1) la conscience d'avoir (dans le but de limiter le risque de redux) des interventions d'exérèses un peu trop extensives: nous avons 20% d'augmentation de varicosités dans les trois mois suivants l'intervention [2].

2) La mise au point d'intervention moins agressive, avec utilisation systématique du stripping par invagination, de la phlébecto-

mie de Muller et surtout de l'anesthésie locale par bloc crural qui nous a permis d'avoir des interventions peu traumatisantes, peu invalidantes, donc plus reproductibles, permettant de donner une « deuxième chance » à des secteurs de reflux jugés réversibles.

Les examens ultrasonores préopératoires sont devenus aussi nécessaires aujourd'hui dans la chirurgie d'exérèse que dans la chirurgie conservatrice [3] et [4]. Leur développement et leur systématisation ces dernières années ont fait évoluer nos indications et nos techniques opératoires. A défaut de pouvoir, par manque de recul, justifier cette nouvelle attitude par de meilleurs résultats à long terme, nous avons jugé intéressant d'expliquer la réflexion qui nous a conduit à cette attitude et de dresser un catalogue évolutif chiffré en fréquence des différents types d'interventions réalisés sur les 7 dernières années.

L'étude porte sur 3 916 indications opératoires d'exérèses variqueuses primitives de 1987 à 1993, ce qui exclut la chirurgie conservatrice et la chirurgie de la récide. Avec environ 660 interventions par an (tableau I).

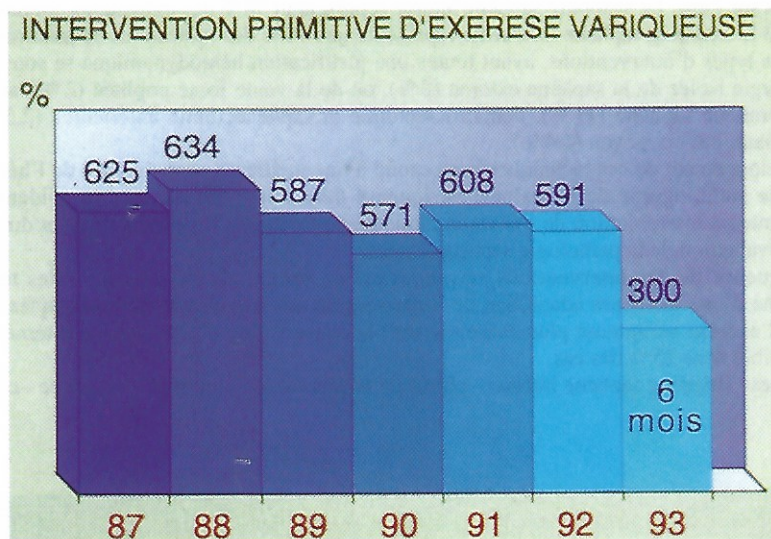


TABLEAU I

1 – La chirurgie de la saphène externe est très démonstrative.

En effet, nos indications de gestes saphène externe ont été progressivement divisés par 5 sur 7 ans. Les indications de gestes saphène externe étaient de 45% en 87; aujourd'hui, nos indications de gestes saphène externe représentent 8% des indications opératoires (tableau II).

Cette diminution s'est faite en deux paliers.

– un premier palier avec l'utilisation systématique du doppler acoustique qui nous a permis de supprimer environ moitié des indications opératoires (l'intervention à

l'époque consistait en une simple ligature par une mini incision dans le pli poplité ou simple phlébectomie saphène externe au crochet de Muller dans sa partie accessible), cela nous permet d'affirmer que chez le patient variqueux, l'examen clinique apporte beaucoup de faux positifs [5] puisque dans notre expérience la saphène externe est palpable, jugée dilatée avec un signe du flot ou un signe de Schwartz positif dans environ 45% des cas.

– Un deuxième palier avec utilisation systématique du repérage échographique qui nous a permis de supprimer environ moitié

des indications opératoires restantes, car l'existence d'un reflux audible au doppler acoustique dans la région poplitée est en rapport avec une pathologie exclusive saphène externe, une fois sur deux seulement. Il s'agit, dans les autres cas, de reflux transmis de la saphène interne par une collatérale croisant le creux poplité, ou d'une veine de Giacomini, de reflux par une perforante fosse poplitée, de reflux dans les veines jumelles ou le reflux femoro poplité [6].

Au total, nous faisons, aujourd'hui environ 8 % d'exérèse de la saphène externe comme premier geste opératoire chez le patient variqueux, avec une ligature au ras de la poplitée par une incision parfaitement centrée.

Notre expérience nous a montré que le repérage échographique est indispensable pour connaître l'origine du reflux saphène

externe en préopératoire et pour étudier l'accessibilité chirurgicale du point d'origine du reflux saphène externe.

– Le reflux peut venir directement de la veine de Giacomini sans communication avec la veine poplitée ou avec une communication poplitée filiforme non fonctionnelle (l'incision poplitée peut ne pas être indispensable si on réalise un stripping invaginant continu saphène externe veine de Giacomini).

– Le reflux peut venir directement de la veine de Giacomini avec une communication poplitée fonctionnelle non refluyente (l'incision poplitée est nécessaire pour préserver la fonction normale de la crosse saphène externe).

– Le reflux peut venir de la veine fémorale ; dans ce cas l'abord direct purement chirurgical de la jonction saphéno fémorale ne

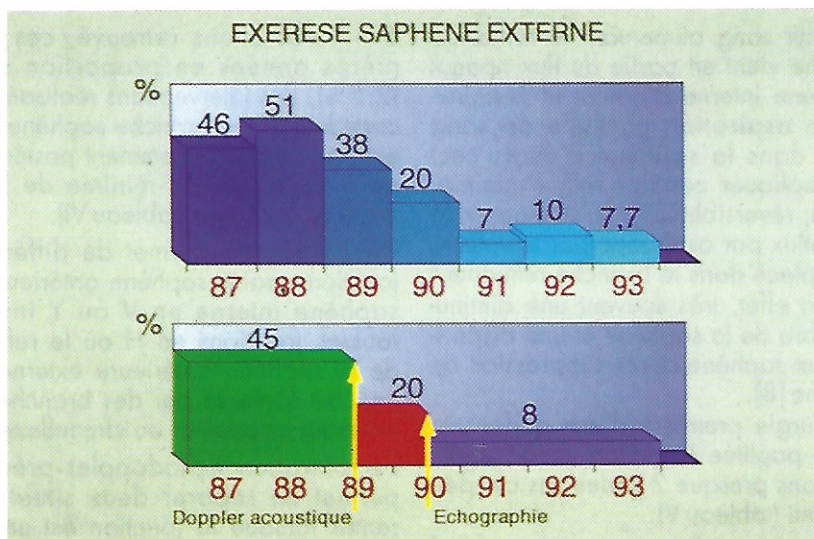


TABLEAU II

peut pas toujours être réalisé, même avec une incision haute (écarteur long et microscope opératoire).

– Le reflux peut venir de la veine poplitée et le problème essentiel est de connaître les rapports d'abouchement avec les veines jumelles.

L'habitude de travailler à la loupe binoculaire de grossissement 4 fois, nous permet de comprendre les limites de fiabilité d'exploration de la saphène externe par l'échographie.

En effet, entre la zone accessible sous cutanée basse et la jonction saphéno poplitée, il existe, en général, en plus de la pratiquement constante veine de Giacomini, entre 3 et 6 branches collatérales dont certaines n'atteignent pas le millimètre de diamètre.

Sans parler de néogénèse veineuse ces branches expliquent les récurrences sur moignons longs [6].

2 – Nos indications de strippings saphène interne sont passées de 95 % en 87 à 75 %

en 93 (tableau III). Le stripping a toujours été de principe un stripping saphène interne long dans la mesure où l'invagination et le bloc crural permettent d'éviter la lésion du nerf saphène à la jambe.

Aujourd'hui un patient variqueux sur quatre n'aura pas de stripping pour sa première opération.

La raison n'est pas seulement dans le meilleur écho marquage mais aussi dans une extension des indications opératoires vers des patients présentant des varices au stade de début.

3 – La pathologie isolée d'une collatérale saphène est une situation retrouvée, actuellement, dans 11 %. Elle était de 2,8 % en 87 (tableau IV).

C'est un reflux isolé sur une branche, surtout de la saphène interne, surtout au niveau de la cuisse et souvent en situation antéro externe, la jonction est située juste en aval d'une valve saphène continente.

RÉFÉRENCES

8 Vidal-Michel J.P., Bourrel Y., Emsallem J., Bonerandi J.J. Respect chirurgical des croses saphènes internes modérément incontinentes par « effet siphon » chez le patient variqueux. *Phlébologie* 1993 ; 46 : 143-147.

9 Lefebvre-Vilardebo M., Daniel C. La ligature simple de la crosse saphène interne a-t-elle des indications en pathologie variqueuse? *Phlébologie* 1992 Eds P. Raymond Martimbeau, R. Prescott, M. Zummo. John Libbey Eurotext vol. 2. Paris, 1992 ; 1005.

10 Koyano M., Saka-Guchi S. Selective stripping operation based on doppler ultrasonic findings for primary varicose veins of the lower extremities. *Surgery*, 1988 ; 103 : 615-619.

11 Munn S.R., Morton J.B., MacBeth A.G., McLeish A.R. To strip or not to strip the long saphenous vein? A varices veins trial. *Br. J. Surg.* 1981 ; 68 : 426-428.

12 Sarin S., Scurr J.H., Coleridge Smith P.D. Assessment of stripping the long saphenous vein in the treatment of primary varicose veins. *Br. J. Surg.* 1992 ; 79 : 889-893.

13 Seeger J.M., Schmidt J.H., Flynn T.C. Prooperative saphenous and cephalic vein mapping as an adjunct to reconstructive arterial surgery. *Ann. Surg.* 1987 ; 733-739.

RÉFÉRENCES

14 Friedel M.L., Samson R.H., Cohen M.J., Simmons G.T., Rollins D.L., Mawyer L., Semron C.M. Traitement des varices des membres inférieurs par ligature de la crosse de la veine saphène interne : devenir de la veine saphène interne : devenir de la veine et résultats thérapeutiques. *Ann. Chir. Vasc.* 1992 ; 6 : 5-8.

15 Goren G. Primary varicose veins: hemodynamic principles of surgical care: the case for the ambulatory stab avulsion technique. *VASA* 1991 ; 20 : 365-368.

16 Goren G., Yellin A.E. Primary varicose veins: topographic and hemodynamic correlations; *J. Cardiovasc. Surg.* 1990 ; 31 : 672-677.

17 Large J. Surgical treatment of saphenous varices with preservation of the main great saphenous trunk. *J. Vasc. Surg.* 1985 ; 2886-891.

18 Hammersten J., Pedersen P., Cederlund C.G., Campanello M. Long saphenous vein saving surgery for varicose veins: a long term follow-up. *Eur. J. Vasc. surg.* 1990 ; 4 : 361-364.

19 Jakobsen D.H. The value of different forms of treatment for varicose veins. *Br. J. Surg.* 1979 ; 66 : 182-184. *VASA* 1991 ; 20 : 365-368.

20 Rutherford R.B., Sawyer J.D., Jones D.N. The fate of residual saphenous vein after partial removal or ligation. *J. Vasc. Surg.* 1990 ; 12 : 422-428.

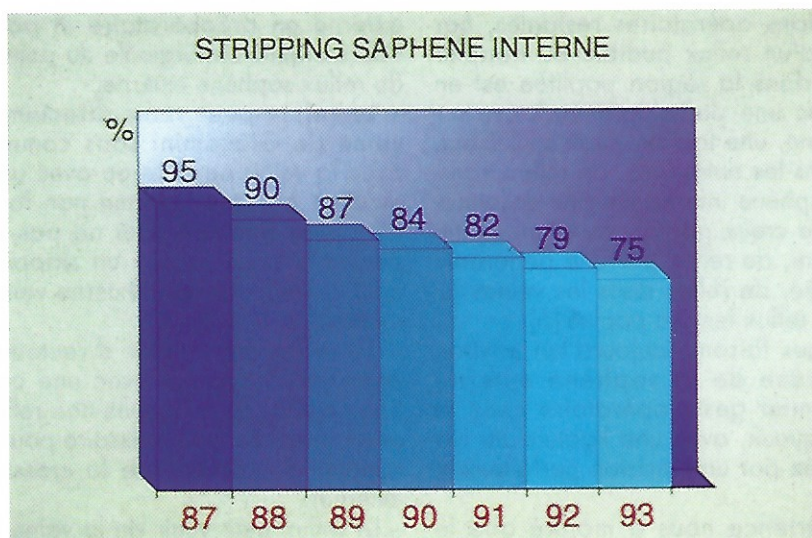


TABLEAU III

Le volume de sang alimentant le reflux de cette branche vient en partie du flux normal de la saphène interne d'amont et certainement d'une aspiration partielle de sang rétrograde dans la saphène d'aval : ceci permet d'expliquer certains reflux minima, fonctionnels, réversibles [7], au niveau de la saphène, reflux par aspiration par le volume de sang déplacé dans la branche refluite. On note, en effet, très souvent une diminution de calibre de la saphène et une disparition du reflux saphène après suppression de cette branche [8].

4 – La chirurgie première d'une perforante de la fosse poplitée inconnue en 87 a été retrouvée dans presque 2 % des cas ces dernières années (tableau V).

Cette perforante extrêmement contournée et fragile impose le repérage échographique préopératoire très précis de son implantation fémoropoplitée.

5 – Nous avons retrouvé, ces deux dernières années en proportion croissante (2,5 %), des interventions réalisant l'ablation complète d'une branche saphène antérieure externe ou plus récemment postérieure interne avec un abord minime de la crosse : *hémicrosectomie* (tableau VI).

L'échographie permet de différencier les jonctions vraies saphène antérieure externe-saphène interne en V ou Y inversé, des fausses jonctions en H où le reflux propre de la saphène antérieure externe, dans ce cas, est alimenté par des branches abdominales sous cutanées ou circonflexes [9].

L'exploration échodoppler préopératoire permet de séparer deux situations différentes lorsque la jonction est une jonction vraie en YV inversé.

a) Il n'existe pas de reflux ostial femoro saphène ni de reflux saphène interne. Le

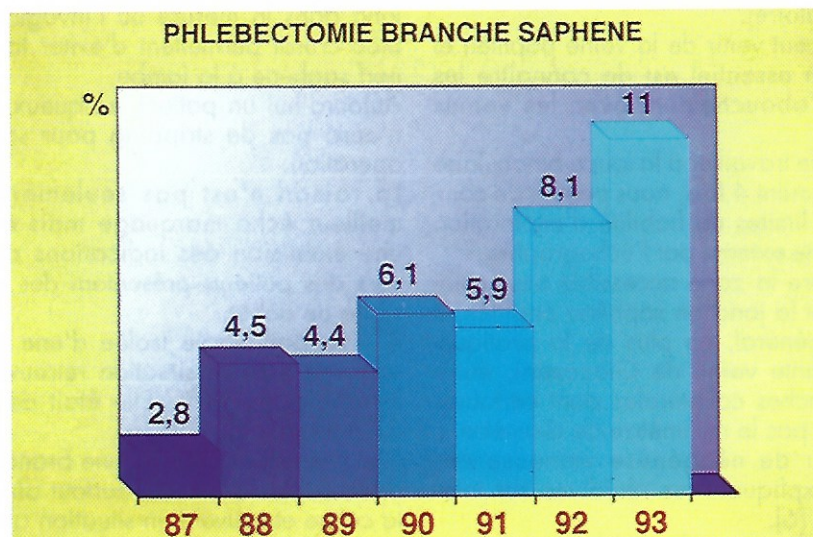


TABLEAU IV

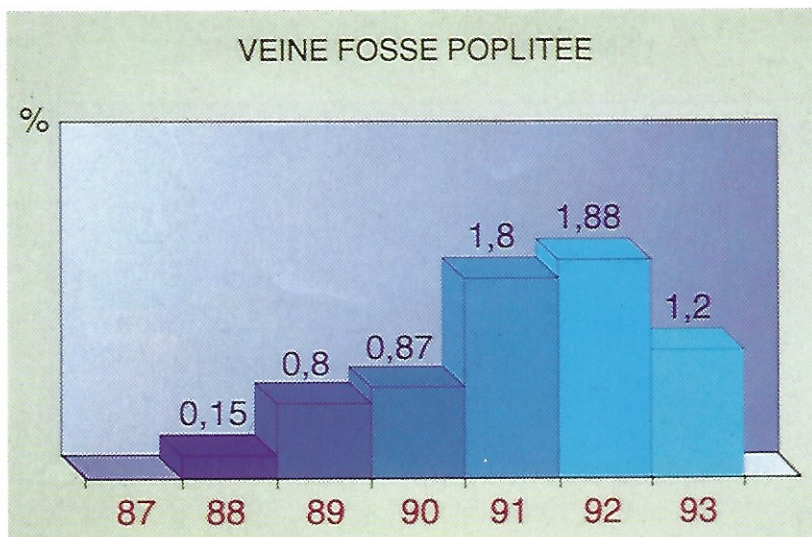


TABLEAU V

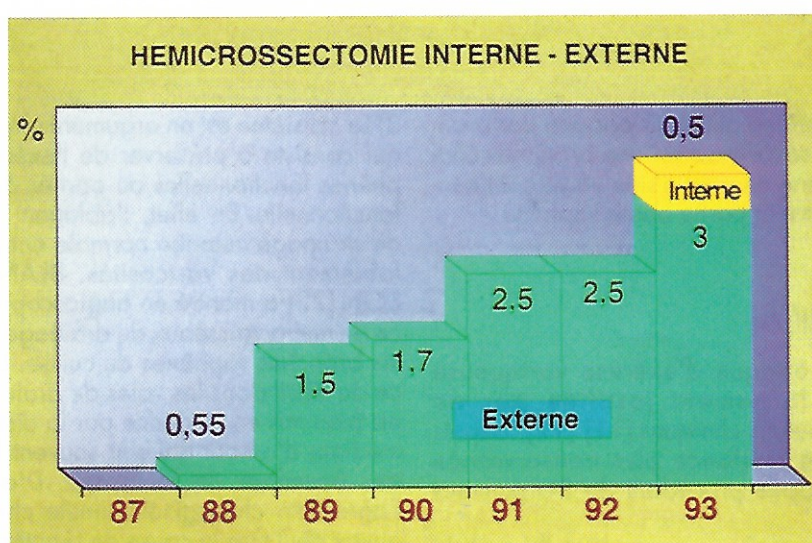


TABLEAU VI

reflux siège, uniquement, dans la saphène antérieure, considérée ici comme une branche collatérale saphène refluyente de variété très haute, et traitée comme telle par phlébectomie et ligature élective au ras de son implantation saphène.

b) Il existe un reflux ostial femoro saphène propagé uniquement sur la saphène antérieure, la saphène interne étant protégée par sa première valve renforcée, faisant office de valvule ostiale. C'est une situation plus rare et dont le mode de traitement sera fortement facilité par l'exploration peropératoire du valsalva.

– Phlébectomie et ligature simple de la saphène antérieure au ras de son implantation saphène.

– Phlébectomie de la saphène antérieure et crossotomie simple laissant un débouché au flux saphène dans les collatérales de la crosse [9].

6 – La saphénectomie partielle est un mode

d'intervention directement né de la cartographie préopératoire (4,4 % en 93) (tableau VII).

Le plus fréquent (2,5 %) : le stripping partiel haut ou proximal consiste à traiter un reflux saphène interne ostial, tronculaire bloqué sur une valve continente à 20 cm environ de la crosse et qui se déverse sur une branche latérale variqueuse, souvent artère externe, il existe une différence de calibre importante entre la saphène refluyente et la saphène normale au niveau de la bifurcation. Koyano [10] donne 4 % de reflux de ce type sur 309 examens saphène.

La situation inverse a été retrouvée dans 1,8 % des cas, c'est un reflux saphène alimenté uniquement par une perforante de cuisse et qui intéresse toute la saphène inférieure. La différence de calibre est là plus spectaculaire.

La saphénectomie partielle inférieure permet de respecter la crosse et les 20 derniers centimètres de la saphène.

La situation intermédiaire est plus rare 0,5 %.

RÉFÉRENCES

21 Lofgren E. Treatment of long saphenous varicosities and their recurrence: a long term follow up. In: Bergan J.J., Yao J.S.T. (eds). Surgery of the veins. Orlando: Grune and Stratton 1985; 285-299.

22 Blanchemaison P.H., Griton P.H., Hugentobler J.P., Cloarec M. Les valvules ostiales du sujet variqueux. Examen endoscopique. *Phlébologie*, 1991; 44: 615-622.

23 Couffinhal J.C., Bouchereau R. Angiogénèse et insuffisance veineuse superficielle « la maladie induite ». *Phlébologie* 1990; 43: 609-613.

24 Glass G.M. Neovascularization in recurrence of varices of the great saphenous vein in the groin: *Phlebography. Angiology* 1988; 39: 577-582.

25 Gérard M., Glass M.D. Neovascularization in recurrence of varices of the Great Saphenous Vein in the Groin: *Surgical Anatomy and Morphology. Vasc. Surg.* 1989; 23: 435-442.

26 Glass G.M. Prevention of recurrent sapheno femoral incompetence after surgery for varicose veins. *Br. J. Surg.* 1989; 76: 1210.

27 Grouden M.C., Stanley S.T., Colgan M.P., El-Madbak S., Waldron D.J., Moore D.J., Shanik D.G. Duplex imaging of suspected Sapheno-Popliteal junction Incompetence in mandatory Abstract in *Phlebology* 1993; 8: 40.

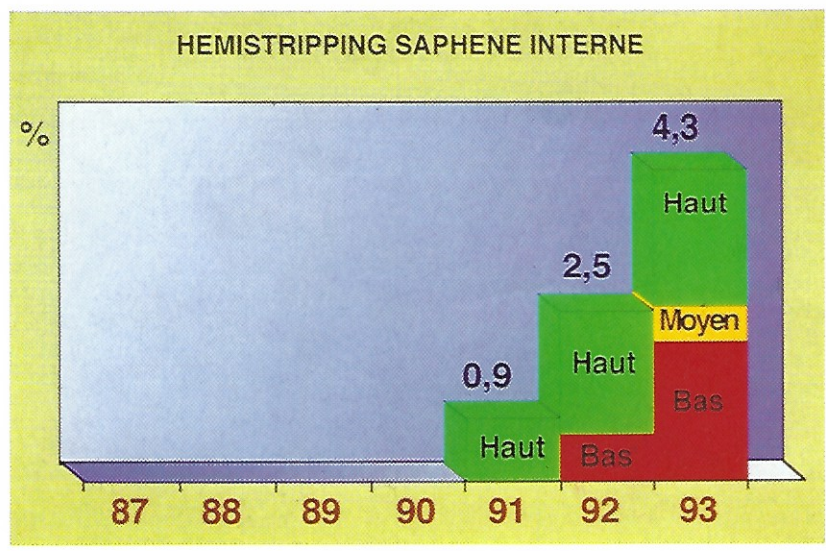


TABLEAU VII

Le reflux saphène alimenté par une perforante de cuisse se déverse sur une branche collatérale saphène en aval d'une valve continente qui préserve la partie basse saphène.

DISCUSSION

Après une époque d'exérèse variqueuse extensive largement justifiée par de meilleurs résultats cliniques [11] [12], depuis dix ans une tendance plus conservatrice s'est développée procédant de 3 arguments différents.

1) Le premier est un argument intellectuel de principe, c'est la méthode de CHIVA où la saphène interne pathologique reste perméable et conserve son flux rétrograde.

2) Le deuxième est un argument de nécessité pour la reconstruction vasculaire artérielle (Seeger) [13]. Certains auteurs [14] [15] [16] [17] se sont attachés à montrer que les résultats cliniques à long terme étaient comparables dans l'association crossectomie stripping saphène et dans l'association crossectomie ligature de perforante.

Ces auteurs ont montré que la saphène interne borgne pathologique restait perméable dans 78 % des cas (HAMMERTEN[18], JAKOBSEN [19], FRIEDEL [14], RUTHERFORD [20]) et, qu'elle était parfaitement utilisable dans plus de 90 % des cas, avec un diamètre supérieur à 2,5 mm et une longueur disponible de 60 cm malgré des thromboses segmentaires isolées.

Bien que le risque d'avoir besoin d'un geste reconstituteur artériel pour un patient ayant eu un stripping soit faible (13 cas sur 580 patients ayant eu un stripping 20 ans auparavant LOEFGREN) [21] l'argument conservateur dans la chirurgie d'exérèse variqueuse est, tout à fait, licite.

3) Le troisième est un argument physiologique qui consiste à préserver de l'exérèse les saphènes fonctionnelles ou parties de saphène fonctionnelle. En effet, l'ablation d'une voie de drainage cutanée normale entraîne inévitablement des varicosités. BLANCHEMASON [22] a montré en angioscopie l'existence de micro vaisseaux de drainage cutané sur les branches saphènes de cuisse. L'importance du débit dans les voies de drainage crural est bien mis en évidence par la distension immédiate d'amont qui suit souvent la ligature des branches de la crosse. D'autre part, l'agression chirurgicale inutile chez le variqueux peut être la cause de réaction tissulaire pathologique, néo angiogénèse diffuse, source de récurrence variqueuse maligne (COUFFINHAL) [23] ou de néoangiogénèse inguinale ou néo crosse (GLASS) [24], [25], [26].

Le développement des appareils d'exploration ultra sonore, de l'écho doppler couleur devrait encore augmenter le pourcentage de 25 % de saphènes conservables parce que fonctionnelles dans la chirurgie d'exérèse.

Parmi 722 membres inférieurs examinés chez les patients variqueux LARGE [17] ne retrouve que 52 % de reflux saphéno fémoral. GOREN [16] ne trouve que 64 % de reflux saphéno fémoral parmi 230 examens de patients variqueux. KOYANO [10] donne 66 % de reflux longs sur 309 membres examinés et 24 % de reflux courts sous le genou. Les pourcentages sont intéressants parce qu'ils dénoncent l'ancienne théorie très mécaniste qui voulait que le reflux soit d'abord ostial saphéno fémoral, puis tronculaire avant de toucher les branches saphènes.

GOREN [16] donne 10 % de lésions par reflux des collatérales saphènes internes avec conservation de la fonction saphène ostiale et tronculaire.

Pour notre activité nous avons 11 % de lésions isolées des branches saphènes sur les 300 dossiers étudiés en 93 et 3 % de lésions isolées d'une branche saphène se jetant sur la crosse et respectant la fonction saphène.

Il semble qu'il y ait, aujourd'hui plus de 14 % de reflux isolés d'une branche saphène interne évoluant comme mode de début d'une maladie variqueuse tronculaire.

L'évaluation précise de la pathologie saphène externe exige, au minimum, l'écho doppler pulsé. En effet, sur 946 explorations cliniques de la saphène externe entre 87 et 90, nous avons noté 50 % de faux positifs à l'examen clinique : saphène externe dilatée, palpable avec signe de la percussion positif, mais qui ne présentait pas de reflux au

doppler continu 4 MHz. Franco [5] donne un tiers de faux positifs à l'examen clinique. L'évaluation de la pathologie saphène externe ne peut se faire sur l'examen au doppler continu : dans notre expérience entre 90 et 93, sur 251 examens positifs au doppler continu, nous avons éliminé 59 % de faux positifs à l'examen écho doppler pulsé.

GROUDEN [27] sur 75 examens doppler continu note 58 % de faux positifs, avec 48 % de reflux saphène interne transmis, 5 % de reflux poplités et 5 % de reflux poplités associés à des reflux saphène externe.

Au total sur ces 3 dernières années, soit 1 499 dossiers nous avons retrouvé 8,2 % de reflux saphène externe à l'examen écho doppler pulsé.

CONCLUSION

Cette étude évolutive permet de montrer que l'habitude de l'écho marquage systématique a diversifié nos indications opératoires dans la chirurgie d'exérèse variqueuse pour évoluer vers une chirurgie d'exérèse plus conservatrice.

Tous les patients ayant eu une conservation saphène interne, opérés en 92 et 93, ont eu un contrôle hémodynamique satisfaisant au 30^e jour post opératoire.

Malgré le faible recul, il paraît logique de penser que la précision hémodynamique de l'indication opératoire sera profitable au résultat à long terme.

DISCUSSION

P. WALLOIS

Merci, monsieur CRETON de votre exposé : la diversification des indications que vous exprimez rejoint un peu une tendance que nous avons en ce moment en sclérothérapie : nous sommes de moins en moins systématiques vis à vis de la saphène. Quelquefois il faut revenir sur notre approche et reprendre l'étude de la saphène elle-même. Quelles remarques peuvent être faites ?

R. RETTORI

Je voudrais poser une question parce que je m'étais intéressé il y a quelques années aux variétés de perforantes au niveau de la face interne de la cuisse en distinguant essentiellement trois grandes catégories : celles qui sont centrées sur la saphène, le cas particulier où il existe une perforante avec une saphène en lambda et le cas où il existe des perforantes qui sont excentrées avec des troncs qui peuvent doubler la saphène et c'est là probablement l'un des cas les plus intéressants pour les récidives. Quand vous les voyez de première intention, ces troncs qui doublent en quelque sorte la saphène, avec une perforante incontinentine qui n'est pas centrée, vous est-il arrivé, puisque vous cherchez à diversifier, de ne vous occuper que de ce tronc dou-

blant la saphène, en respectant la saphène elle-même, ou en faisant une chirurgie plus ou moins adaptée à la saphène ?

D. CRETON

Je l'ai fait, absolument. Je n'ai pas la diapositive mais c'est une situation que j'ai déjà rencontrée d'une perforante très importante qui débouche sur une seule des branches saphènes en respectant complètement l'autre. De cette façon là, je ne traite que la partie malade donc la partie qui correspond à la zone de la perforante en laissant en place la partie saine.

R. RETTORI

Je me permets d'ajouter quelque chose : il faut voir ce qui se passe dans les années suivantes. Que devient cette saphène qui était considérée comme normale ? Tout le problème est là. Mais ceci n'est pas un argument pour la sacrifier au moment où on la trouve normale.

D. CRETON

C'est tout le problème du délai et du résultat à long terme que nous allons maintenant attendre pendant dix ans.

F. VIN

En ce qui concerne l'imagerie, je pense que l'apport de vos appareils a dû faire évoluer les choses ? Nous en sommes tous convaincus.

P. OUVRY

Je travaille avec une équipe où il y a deux échodoppleristes distingués. Au départ je n'étais pas tout à fait persuadé que l'écho-doppler et la cartographie pré-opératoire systématique allaient m'apporter quelque chose. Ce en quoi je me trompais parce que il est un fait à savoir que notre but n'est pas de supprimer des veines normales mais de traiter par sclérose ou par chirurgie des veines où se produisent des reflux et je pense que dans certains cas la stratégie opératoire n'est pas aussi simple que vous semblez le dire. Il y a quelquefois à la fois un reflux ostial et un reflux d'une perforante qui n'est pas centrée et cela pose des problèmes qui compliquent un peu les choses. Je suis quant à moi persuadé que le reflux ostial est quand même beaucoup plus souvent en cause dans les grosses varicoses que les reflux dans les perforantes. Je veux dire par là que la suppression du reflux ostial suffit quelquefois à permettre à la partie distale de la saphène de redevenir normale et donc de pouvoir constituer un matériel pour une prothèse vasculaire ultérieure éventuelle.

G. FRANCO

Ce que D. CRETON a montré est d'autant plus intéressant que cela correspond à la philosophie qu'ont la majorité des explorateurs actuellement notamment ceux qui utilisent des explorations beaucoup plus larges que le Doppler pulsé qui a beaucoup de limites. Le Doppler couleur a une vision beaucoup plus loco-régionale des choses et ce que D. CRETON a montré illustre bien ce que j'écris déjà depuis de nombreuses années que le reflux n'est que la partie émergée de l'iceberg. C'est la conséquence bien plus souvent que la cause des varices et il faut dissocier le traitement de l'insuffisance valvulaire du traitement des varices elles-mêmes. Parfois il est possible qu'il y ait deux traitements : celui des insuffisances valvulaires majeures et celui des varices elles-mêmes : plus on fera de Doppler couleur et plus les thérapeutes auront cette notion.

D. CRETON

Les problèmes que l'on pose aujourd'hui, on se les pose parce que l'on voit des patients qui ont des varices de plus en plus jeunes. Autrefois la question était beaucoup plus simple : les varices étaient installées beaucoup plus complètement, maintenant on voit des malades qui ont des varices débutantes et on s'aperçoit que leurs varices ne sont pas du tout les varices traditionnelles qu'on décrivait dans nos livres il y a une quinzaine d'années.