

## RÉSULTAT DES STRIPPINGS SAPHÈNE INTERNE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE EN AMBULATOIRE (700 cas)

D. CRETON \*

(Nancy)

Cette intervention réalisant en un seul temps l'ablation complète des varices par une crossectomie, un stripping long invaginant et l'ensemble des phlébectomies a été réalisée sous anesthésie loco-régionale et sur le mode ambulatoire pour la première fois en 1986. Très vite conquis par les avantages évidents de cette intervention qui conjugue l'efficacité, le confort à l'esthétique, nous avons voulu connaître, après plus de trois ans de recul, les inconvénients et les séquelles de cette intervention.

### L'étude

L'étude porte sur les dossiers de 1 475 personnes opérées de varices en deux ans dont 1 300 ont eu un stripping saphène interne long. Parmi eux ont été retenus 700 dossiers d'intervention sous anesthésie loco-régionale et 500 dossiers d'intervention sous anesthésie générale comportant un suivi d'au moins 10 jours et 60 jours post-opératoires. Il s'agissait de varices essentielles sans lésion cutanée. Le mode anesthésie a toujours été choisi librement par les patients en dehors de toute considération anatomique.

#### *La technique associée :*

— la crossectomie avec dissection de la veine fémorale sur quelques centimètres par une incision la plus petite et la plus interne possible pour réduire sa mobilité et la douleur en post-opératoire,

\* Clinique Ambroise Paré, rue Hélène-Boucher, 54100 NANCY.  
29, rue de la Visitation, 54000 NANCY.

*Communication à la Séance de la Société Française de Phlébologie, Paris le 14 décembre 1990.*

- le stripping invaginant long réalisé de haut en bas en une fois ou partiellement de bas en haut pour la partie restante jambière en cas de rupture (l'incision de la cheville est basse et ne dépasse pas 7 mm),

- l'exérèse complète de tout le réseau variqueux (branche saphène, perforante, communicante, varice en écharpe externe de cuisse, varice du pied ou varice honteuse externe) en un seul temps selon la technique de Muller [9, 10] par des mini-incisions ne dépassant pas 2 mm,

- le stripping saphène externe invaginant indifféremment de haut en bas ou de bas en haut, a été réalisé en même temps dans 5 p. cent des cas.

*L'anesthésie loco-régionale* utilise le bloc crural et la Mèpivacaïne ou la Lidocaïne.

- Le bloc crural a été réalisé de deux façons successivement dans notre expérience.

- La recherche directe de la paresthésie et injection unique de 5 à 7 ml de Mèpivacaïne 2 p. cent donne une anesthésie très rapide mais qui n'est pas toujours complète sur l'ensemble du territoire (250 cas).

- L'utilisation d'un appareil d'électro-stimulation nerveuse pour repérer le nerf crural et ses branches est un progrès car il permet à la fois la recherche motrice de la contraction musculaire et la recherche sensitive des paresthésies (450 cas). Le bloc est alors plus complet avec une consommation moindre de produit anesthésique : 44 ml de Mèpivacaïne par intervention lorsque le bloc est fait par électro-stimulation et 47 ml lorsqu'il est fait avec recherche de la paresthésie.

- La Mèpivacaïne est intéressante par sa rapidité d'action, sa durée (le bloc dure trois heures) et surtout par ses possibilités d'utilisation diluée (utilisation à 0,5 ou 0,25), ce qui permet d'augmenter les injections locales pour agrandir la surface d'anesthésie. 596 blocs ont été réalisés avec la Mèpivacaïne, 104 autres ont été réalisés à la Lidocaïne, plus lente et moins puissante, réservée dans cette expérience aux varices dépassant peu la surface d'anesthésie du bloc crural (43,5 ml en moyenne par intervention).

700 interventions de ce type ont été réalisées avec 80 p. cent de femme et une répartition des âges qui s'étend de 18 à 77 ans avec un maximum entre 35 et 40 ans.

Le nombre d'incisions de Muller est en moyenne de 23 avec des extrêmes allant de 6 à 70.

## Résultats

Les résultats se jugent sur le confort et sur le peu d'échec et d'inconvénient imputable au mode d'anesthésie, au mode ambulatoire ou à la technique elle-même.

**Le confort de l'intervention** a été considéré comme excellent dans 95 p. cent des cas, en effet seulement :

- 2 p. cent des patients déplorent le caractère douloureux des injections d'anesthésique local,



- 2 p. cent des patients trouvent l'intervention beaucoup trop impressionnante,
- 1 p. cent regrette pour la durée de l'intervention, mal supportée lorsqu'elle dépasse 1 h 15, surtout chez les patients arthrosiques.

Il faut reconnaître que la Mèpivacaïne par l'anesthésie plus large et plus profonde qu'elle induit rend l'intervention plus confortable. Enfin, le contact psychologique permanent péri-opératoire est fondamental dans l'appréciation du confort de l'opération par le patient.

**Le mode ambulatoire** n'a été responsable d'aucun incident post-opératoire. Aucun patient n'a présenté d'hématomes, d'hémorragie ou de malaise post-opératoire.

#### Les échecs et inconvénients de l'anesthésie loco-régionale

Aucun accident allergique n'a été rencontré.

- 38 fois, la survenue d'un malaise vagal durant l'anesthésie ou au début de l'intervention a imposé l'injection efficace d'Atropine (5 p. cent).

- 15 fois, à la demande des patients, nous avons dû injecter 1 mg de Midazolam sans que cela ne compromette le côté ambulatoire de l'intervention (2 p. cent).

- 5 fois, l'anesthésie loco-régionale a été poursuivie en anesthésie générale, 3 fois pour une mauvaise perception des sensations proprioceptives de l'intervention, 1 fois pour une injection accidentelle de Lidocaïne intraveineuse pendant la réalisation du bloc crural (crise d'épilepsie), 1 fois pour une injection accidentelle de Mèpivacaïne 0,5 p. cent dans une veine proche de la crosse pendant la crossectomie (arrêt cardiaque de 30 secondes suivi d'une crise d'épilepsie).

- 6 fois la trop grande surface d'anesthésie à couvrir a nécessité la réalisation d'une intervention en deux temps, ceci concernait des varices qui ajoutaient au territoire crural et fémoro-cutané d'importants réseaux variqueux disposés sur le territoire obturateur, abdomino-génital ou sciatique et, 2 fois, limité par une dose maximale (60 ml) de Lidocaïne ou de Mèpivacaïne, nous avons dû compléter par une injection d'Alfentanil pour terminer l'intervention sans compromettre son aspect ambulatoire.

#### Les échecs et inconvénients de la technique opératoire (résultat à court terme)

*La persistance de quelques varices visibles 2 mois après l'intervention, reconnue comme échec, est difficile à étudier car ces dossiers concernent surtout des patients présentant d'importants réseaux variqueux avec un nombre d'incisions dépassant volontiers 50.*

Par contre, pour des varices d'importance moyenne (20 incisions), cet échec dû à une insuffisance de repérage pré-opératoire doit être évité par un examen clinique et Doppler réalisé deux fois en pré-opératoire pour éviter les variations fonctionnelles dues à la fatigue, à la température, ou aux variations œstro-progestatives du cycle hormonal chez la femme.



*Les inconvénients esthétiques sont mineurs.* En effet, les incisions de Muller [9, 10] disparaissent totalement et dans 10 p. cent des cas, les varicosités diminuent. Par contre, elles augmentent dans 25 p. cent des cas, se développant à la face externe des cuisses ou à la face interne des genoux, à des endroits ne correspondant pas à des zones d'hématome ou de traumatisme opératoire. Les varicosités apparaissent 2 à 3 mois après l'opération, au moment des périodes de fin de cycle hormonal. Elles ne semblent pas dépendre du traumatisme général de l'opération mais plutôt à la perte d'une voie de drainage veineux cutané (apparition de varicosités sur l'hémi-abdomen (2 fois) après ligature de la branche supérieure du tronc circonflexe iliaque superficiel ou à la face externe de la cuisse après suppression d'une branche antéro-externe de cuisse) et à l'hormonodépendance œstrogénoprogrestative propre à chaque patiente.

*Les séquelles neurologiques sont les plus intéressantes.* On en a relevé trois types :

– L'anesthésie locale suspendue (7 p. cent) est due à l'accrochage bien visible d'un filet nerveux par le crochet de Muller. Cet accident pratiquement inévitable au niveau de la cuisse et de la jambe laisse une zone d'anesthésie de 10 cm<sup>2</sup>, totalement régressive en quelques mois. Une fois sur quatre, cet accident survient au dos du pied laissant une zone d'anesthésie douloureuse plus durable au dos du pied ou d'un orteil. Cet accident au niveau du pied peut plus facilement être évité par une minutie particulière dans la séparation des branches variqueuses, des branches nerveuses, terminales assez facilement reconnaissables durant la phlébectomie.

L'anesthésie locale sous-malléolaire par lésion des branches terminales du nerf saphène interne donne une anesthésie de 10 cm<sup>2</sup> sur la malléole (2,7 p. cent). Cette lésion survenue uniquement durant les 300 premiers cas est évitée complètement actuellement en faisant la cicatrice sous-malléolaire du stripping beaucoup plus basse.

– La blessure du nerf saphène interne jambier ou d'une de ses branches durant le stripping se traduit soit par une anesthésie complète du tiers inférieur de la jambe et de la malléole (environ 40 cm<sup>2</sup>), soit par une anesthésie douloureuse du tiers inférieur de la jambe traduisant la constitution d'un névrome au point d'arrachement partiel du nerf. Retrouvée 6 fois chez les patients opérés sous anesthésie générale, cette blessure représente donc 1,2 p. cent des cas d'anesthésie générale. Parmi les dossiers d'anesthésie loco-régionale, on retrouve cette lésion avec la même fréquence (1,5 p. cent) dans les 200 premiers cas de notre expérience. Cette blessure du nerf saphène a pu être totalement évitée dans les 500 cas suivants par la reconnaissance de la douleur particulière due à l'étirement du nerf saphène interne durant le stripping (tableau I). L'étirement du nerf saphène interne durant le stripping invaginant se traduit par l'apparition malgré le bloc crural d'une violente douleur à type de crampes de la jambe, quand la boucle de retournement se bloque un peu en dessous de la perforante de Boyd. Reconnu 19 fois depuis, ce blocage irréductible du stripping oblige la reprise du stripping de bas en haut et le franchissement de cette zone de croisement par la technique de Muller qui libère toujours une perforante ou collatérale particulière. Dans ces 19 cas (3 %), nous avons pu totalement préserver le nerf saphène interne puisqu'il n'y a eu, dans ces cas, aucune lésion neurologique sensitive post-opératoire (tableau II) (tableau III).



TABLEAU I

*Fréquence des lésions du nerf saphène interne en fonction du mode d'anesthésie*

	Anesthésie générale		Anesthésie loco-régionale	
	500	200	500	
Lésion du nerf saphène interne	6	3	0	
	1,2 %	1,5 %	0 %	

TABLEAU II

*Technique évitant la lésion du nerf saphène interne pendant le stripping invaginant*

Anesthésie loco-régionale	Blocage douloureux infranchissable du stripping invaginant	Technique de franchissement	Lésion neurologique du nerf saphène interne
200	3	Hypnotique ou antalgique puissant	3
500	19	Technique de Muller	0

TABLEAU III

*Fréquence des complications neurologiques des strappings sous anesthésie loco-régionale*

Complications neurologiques	
● Anesthésie locale suspendue transitoire	7 %
● Anesthésie locale sous-malléolaire	2,7 % → 0 %
● Blessure du nerf saphène interne	1,5 % → 0 %

## Discussion

Cette étude rétrospective impose plusieurs réflexions :

– Il est possible de faire une chirurgie d'exérèse variqueuse (stripping et phlébotomie ambulatoire) sous anesthésie locale en une seule séance dans presque tous les cas, ceci avec une bonne connaissance tactique de l'anesthésie locale. L'exérèse radicale des varices est une question de principe qui doit être discutée en fonction d'un bilan pré-opératoire très précis. En effet, si on s'expose aux récurrences à court terme en laissant en place une veine alimentée par un reflux, on s'expose à des efflorescences de varicosités en supprimant une veine de drainage d'un territoire cutané. Ceci explique la nécessité de réaliser des interventions d'exérèse plus modulables, exérèse à la

demande dirigée par une véritable cartographie veineuse fonctionnelle pré-opératoire. Cette démarche moins radicale de l'exérèse est très bien acceptée ; elle se justifie par le côté plus reproductible d'une intervention sans séquelle réalisée sous anesthésie locale ambulatoire. Cette technique chirurgicale atraumatique nous a permis d'orienter nos indications opératoires vers des interventions plus conservatrices.

- Le stripping et l'exérèse complète des varices n'est possible en ambulatoire avec une hospitalisation de 4 à 6 heures post-opératoire qu'avec une technique opératoire parfaitement rigoureuse et atraumatique. L'anesthésie locale diminuant considérablement le saignement per-opératoire minimise les hématomes post-opératoires et donc la douleur lors de la marche. L'absence de vasoplégie per-opératoire associée à une accélération de la circulation veineuse profonde expliquerait le faible risque thrombo-embolique [13, 14]. Nous n'avons eu en effet aucun accident thrombo-embolique post-opératoire avec une prévention systématique d'une semaine d'Héparine de bas poids moléculaire.

- L'indication du stripping long a longtemps été contesté par le fait que ce stripping n'intéressait qu'une des trois branches de la saphène interne jambière (quelquefois sous aponévrotiques) mais surtout par les complications neurologiques par arrachement du nerf saphène qui suivait dans 20 à 50 p. cent des cas de stripping classique de type Babcock [4]. Les relations anatomiques du nerf et de la veine expliquent le risque d'arrachement par le contact intime du nerf de la veine au long de la jambe et par la présence à certains endroits d'adhérence particulièrement forte entre le nerf et l'adventice veineuse [8]. D'autre part, l'écartement progressif du nerf et de la veine à la pointe de la malléole rencontré 10 fois sur 60 pièces anatomiques [8] expliquerait peut-être le moindre risque de lésion nerveuse en faisant l'incision basse rigoureusement sous-malléolaire.

L'incidence du risque de lésions neurologiques peut être diminuée en réalisant le stripping classique de haut en bas : 27 p. cent de risque dans ce cas au lieu de 50 p. cent dans le stripping réalisé de bas en haut [2, 5, 11]. L'ascension de la tête du stripper en s'engageant dans le V inversé formé par les branches de division du nerf saphène provoquerait un arrachement définitif de celui-ci alors que le stripping de haut en bas provoquerait des lésions partielles par frottement-étirement, lésion plus fréquente certes, mais souvent transitoire et régressive [2, 11] (tableau IV).

TABLEAU IV  
*Fréquence de lésion du nerf saphène interne en fonction du type de stripping*

<i>Blessure du nerf saphène interne pendant le stripping</i>	
Stripping type Babcock de bas en haut	50 % (Cox)
Stripping type Babcock de haut en bas	27 % (Cox)
Stripping invaginant sous anesthésie générale	1,2 %
Stripping par télescopage de haut en bas	0,5 % (Degni)
Stripping invaginant sous anesthésie loco-régionale	0 %



Le stripping invaginant réalisé sous anesthésie générale permet de réduire considérablement ce risque puisqu'il est retrouvé dans 1,2 p. cent des 500 cas répertoriés d'anesthésie générale et dans 1,5 % des 200 premiers cas d'anesthésie locale où nous avons eu rétrospectivement le sentiment d'avoir blessé le nerf par inexpérience. Cet étirement ne correspond pas à une zone d'adhérence particulière [8] mais à la mise en tension d'une branche collatérale cravatant le nerf ou une de ses branches collatérales (toujours entre 10 ou 20 cm en dessous de l'interligne du genou). Nous avons rencontré ce blocage du stripping par croisement 19 fois sur les 500 cas suivants, ce blocage douloureux a pu être libéré par section d'une collatérale veineuse de la saphène.

Entre le stripping ascendant type Babcock [1] aux olives tranchantes externes et le stripping invaginant, le stripping par télescopage avec une olive rigoureusement intraveineuse semble être une solution intermédiaire beaucoup plus facile à réaliser et peu traumatisante. Degni [3] rapporte 0,5 p. cent de complications neurologiques sur 2 000 cas avec un stripping de ce type. Il est en effet logique de penser que le risque traumatique dépende surtout de la taille de l'olive utilisée pour le stripping (tableau IV).

Un reproche classique du stripping invaginant est qu'il laisse en place des lambeaux d'adventice qui pourraient participer par néo-vascularisation à la reconstitution d'un fragment veineux ou à la mise en communication de perforante avec des veines sous-cutanées. Cette néo-vascularisation [6, 7] est un phénomène certainement sous-estimé dans l'étiologie des récurrences à long terme. Nous n'avons jamais pu faire la preuve que la repermeabilisation d'un trajet saphène après stripping invaginant.

- L'évolution de notre expérience nous a permis de faire reculer les contre-indications à l'anesthésie loco-régionale qui sont aujourd'hui uniquement d'ordre psychologique. Certes, l'obésité est toujours gênante [12] mais l'utilisation du bloc par électro-stimulation rend l'anesthésie plus efficace. L'importance et le nombre des varices peuvent être un argument en faveur de l'anesthésie locale du fait du peu de saignement per-opératoire qui rend l'opération plus confortable. Enfin, la répartition des varices sur le membre est aussi un argument en faveur de l'anesthésie locale car la mobilisation des patientes est alors beaucoup plus aisée.

## Conclusion

Au terme de cette étude, nous pouvons dire :

- que l'anesthésie loco-régionale permet paradoxalement d'améliorer les résultats de la chirurgie en réduisant le risque thrombo-embolique et en permettant au chirurgien d'éviter toute lésion neurologique durant le stripping,

- que l'anesthésie loco-régionale ambulatoire a permis de faire évoluer les indications opératoires vers des interventions plus conservatrices et mieux adaptées à l'extrême variété de la maladie variqueuse.



## RÉSUMÉ

700 interventions comportant en un seul temps l'ablation complète des varices par un stripping long invaginant et des phlébectomies sous anesthésie locale en ambulatoire ont été étudiées. L'anesthésie associe les injections locales et un bloc crural à la Mepivacaïne ou Lidocaïne. Le mode ambulatoire n'a induit aucune complication. 95 p. cent des patients sont satisfaits du mode d'anesthésie. Trois types de séquelles neurologiques sont étudiés : - l'anesthésie locale par arrachement d'un filet nerveux par le crochet de Muller (7 %) est transitoire, - l'anesthésie sous-malléolaire est évitée lorsque l'incision inférieure du stripping est basse, sous-malléolaire, - la blessure du nerf saphène interne représente 1,2 p. cent des anesthésies générales, elle disparaît totalement des cas d'anesthésie loco-régionale par la reconnaissance de la douleur particulière due à l'étirement nerveux durant le stripping et au franchissement de cette zone de croisement par la technique de Muller.

RESULTS OF STRIPPING OF THE GREAT SAPHENOUS VEIN UNDER LOCAL ANESTHESIA  
AS AN OUT-PATIENT PROCEDURE (700 CASES)

700 operations involving complete removal of varicose veins in a single stage by invaginated long stripping and phlebectomies under local anesthesia on an out-patient basis were reviewed. Anesthesia consisted of local injections and a femoral block using Mepivacain or Lidocain. The out-patient approach adopted did not cause any complications. 95% of patients were satisfied with the method of anesthesia. Three types of neurological sequelae were studied: local numbness due to tearing of a strip of nerve by Muller's hook (7%) was transitory: sub-malleolar numbness was avoided when the lower incision for the stripping was low and sub-malleolar; damage to the saphenous nerve occurs in 1.2 per cent of cases following general anesthesia because of recognition of the particular pain associated with stretching of the nerve during stripping and passage through this junctional area by the Müller technique.

RESULTADO DE LOS STRIPPINGS SAFENO INTERNO CON ANESTESIA LOCAL  
EN AMBULATORIO (700 CASOS)

Se han estudiado 700 intervenciones que comprendían en una sola vez la ablación completa de las várices mediante un stripping largo invaginante y flebectomías con anestesia local en ambulatorio. La anestesia asocia las inyecciones locales y un bloque crural con Mepivacaína o Lidocaína. El modo ambulatorio no indujo ninguna complicación. 95% de los pacientes están satisfechos del modo de anestesia. Se han estudiado tres tipos de secuelas neurológicas: - la anestesia local mediante arranque de un filete nervioso mediante el gancho de Muller (7%) es transitorio, - la anestesia submaleolar se evita cuando la incisión inferior del stripping es baja, submaleolar; la herida del nervio safeno interno representa 1,2 por ciento de las anestésias generales, desaparece totalmente en caso de anestesia loco-regional mediante et reconocimiento del dolor particular debido al estiramiento nervioso durante el stripping y al paso de esta zona de cruce con la técnica de Müller.

ERGBNIS DER AMBULANT UNTER LOKALANÄSTHESIE AUSGEFÜHRTEN STRIPPINGS  
DER VENA SAPHENA INTERNA (700 FÄLLE)

Es werden 700 Eingriffe, die aus der einstufigen vollständigen Ablation der Krampfädern durch ein langes invaginierendes Stripping und Phlebektomien ambulante unter Lokalanästhesie bestehen, studiert. Die Anästhesie wird mit lokalen Injektionen und einem Schenkelblock durch Mepivacain oder Lidocain kombiniert. Die ambulante Methode hat keine Komplikation ausgelöst. 95 % der Patienten waren mit der Anästhesie-methode zufrieden. Es wurden drei Arten von neurologischen Folgeerscheinungen studiert : - die Lokalanästhesie durch Ausreißen eines Nervenstranges mit Hilfe des Mullerschen Hakens (7 %) ist vorübergehend. - die submalleolare Anästhesie wird vermieden, wenn die untere Inzision des Strippings niedrig, d.h. submalleolar ist. - die Verletzung des Nervus saphenus internus stellt 1,2 % der Vollnarkosen dar, sie verschwindet vollständig im Falle der Lokalanästhesie durch die Erkenntnis des besonderen Schmerzes, der durch das nervöse Dehnen während des Strippings und das Überschreiten dieser Kreuzungzone durch die Mullersche Methode bedingt wird.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE.

1. Bab  
86,  
2. Cox  
vein  
3. Deg  
J. V  
4. Ful  
peri  
5. Gar  
Obs  
6. Gla  
tran  
7. Gla  
Sur  
8. Hol  
the  
9. Mu  
10. Mu  
11. Ran  
strip  
12. Ret  
13. Var  
saph  
196  
14. Van

R. Rett  
Je  
haut il

D. Creton  
Je  
qui res  
irréduc  
compre  
d'étirent

R. Rett  
Est

ANNÉE



## RÉFÉRENCES

1. Babcock W.W. – A new operation for the extirpation of varicose vein of the leg. *Med. J., N. York*, 1907, 86, 153-156.
2. Cox S.J., Welwood J.M., Martin A. – Saphenous nerve injury caused by stripping of the long saphenous vein. *Br. Med. J.*, 1974, 1, 415-417.
3. Degni M. – Un nouveau type d'extirpateur de veine saphène interne ou externe. *Phlébologie* 83, A. Davy, J. Van Der Stricht 1989. *Ars Medici Congress Series*, 825-830.
4. Fullarton G.M., Calvert M.H. – Intraluminal long saphenous vein stripping: a new technique minimizing perivenous tissue trauma. *Br. J. Surg.*, 1987, 74, 255.
5. Garnjobst W. – Injuries of the saphenous nerve following operations for varicose veins. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1964, 119, 359-361.
6. Glass G.M. – Neovascularization in recurrence of the varicose great saphenous vein. Following transection. *Phlebology*, 1987, 2, 81-91.
7. Glass G.M. – Prevention recurrent saphenofemoral incompetence after surgery of varicose veins. *Br J. Surg.*, 1989, 76, 1210.
8. Holme J.B., Holme K., Sorensen L.S. – The anatomic relationship between the long saphenous vein and the saphenous nerve. *Acta Chir Scand*, 1988, 154, 631-633.
9. Muller R. – La Phlébectomie Ambulatoire. *Phlébologie*, 1978, 31, 273-278.
10. Muller R. – La Phlébectomie Ambulatoire. *Helv. Chir. Acta*, 1987, 54, 555-558.
11. Ramasastry S.S., Dick G.O., Futrell J.W. – Anatomy of the saphenous nerve: relevance to saphenous vein stripping. *Am. Surgeon.*, 1987, 53, 274-277.
12. Rettori R. – L'obésité modifie-t-elle les techniques chirurgicales? *Phlébologie*, 1988, 41, 576-584.
13. Van Der Stricht J., Goldstein M., Van Hoorn M., Delcroix G. – Etude des indications et des résultats des saphénectomies et des scléroses/in : *crosssection et stripping*, pp. 123-129. Paris, Expansion Scientifique 1962.
14. Van Der Stricht J. – La saphénectomie par invagination sur fil. *Presse Med.*, 1963, 71, 1081-1082.

## Discussion

## R. Rettori

Je suis un peu surpris quand vous dites « je m'aperçois que le nerf est coincé ». En haut il n'est pas fixé vous l'avez disséqué, vous avez amorcé le décollement.

## D. Creton

Je m'en suis aperçu a posteriori : cela donne une douleur tout à fait particulière qui ressemble à une crampe du mollet. Le stripping invaginant s'arrête de façon irréductible quand la boucle arrive en dessous du genou à 10 cm. Au début je ne comprenais pas cette douleur malgré le bloc parfaitement fait. Cette douleur d'origine nerveuse du nerf saphène persiste malgré l'anesthésie.

## R. Rettori

Est-ce que cette douleur vous conduit à faire quelque chose ?



**D. Creton**

Au début j'ai cru que la patiente ne supportait pas, et j'ai forcé avec une médication adjuvante. A chaque fois on a eu une blessure définitive sur les trois cas.

**R. Rettori**

Cela est a posteriori. Si cela se produit maintenant : que faites-vous ?

**D. Creton**

Si cela se produit maintenant j'arrête. Je reprends le stripping invaginant de bas en haut. Pour la zone de conflit je me sers de la technique de Muller pour essayer de décrocher une collatérale. Il y a toujours une branche « qui bloque ». Lorsque cette branche se libère la douleur disparaît ; je continue ensuite le stripping. Je ne sais pas par quel mécanisme cela se produit car je n'ai pas voulu ouvrir pour voir ce qui se passait. Il y a certainement un croisement anatomique particulier dans ce cas.

**R. Rettori**

Il n'est pas exclu que la branche arrachée se mette à tourner autour du filet nerveux.

**D. Creton**

Il peut s'agir d'une branche de bifurcation du nerf saphène avec la saphène qui passe dans la fourche.

Enfin si on fait très attention on peut éviter toute lésion neurologique en reconnaissant cette douleur très particulière à type de crampe du mollet.