

Chirurgie: Radiofréquence et laser – fossoyeurs du stripping des varices?

Pius Wigger, Christoph Binkert, Regula Jenelten

GefässZentrum Kantonsspital, Winterthur

Introduction

Près de 50% des personnes de plus de 50 ans ont des varices [1]. Pathogénétiquement, une fermeture incomplète ou nulle des valves du système veineux superficiel des membres inférieurs provoque un reflux. Par la suite s'installent les différents stades de l'insuffisance veineuse chronique avec varices, œdèmes et atrophies cutanées pouvant aller jusqu'à l'ulcère jambier. Le principe de base de toute opération des varices est de bloquer le reflux et d'extraire les veines superficielles variqueuses.

Le stripping décrit par Babcock en 1907 fut pendant des décennies le traitement de choix [1, 2]. En 2006, selon le BFS, le stripping des varices a été à la seconde place des interventions les plus fréquemment pratiquées en milieu hospitalier en Suisse dans la classe d'âge 40-69 ans, avec près de 9000 interventions. Cette opération est concurrencée depuis quelques années par la thermoablation endoveineuse.

Méthode classique: crossectomie et stripping

La crossectomie consiste à sectionner et ligaturer la veine saphène interne (VSI) à proximité de son embouchure et à ligaturer toutes les veines qui s'y abouchent dans le but de bloquer le reflux. Ensuite de quoi s'effectue le stripping de la VSI. De routine, ce stripping ne se fait que jusqu'en dessous du genou pour prévenir toute lésion du nerf saphène, sans pour autant compromettre le résultat hémodynamique de l'opération [3]. Les petites veines variqueuses et varices réticulaires sont ensuite extraites au crochet par de petites incisions (miniphlébectomie selon Muller) et les veines perforantes insuffisantes généralement ligaturées. La technique est semblable pour l'embouchure de la veine saphène externe.

Techniques endoveineuses

Les techniques endoveineuses consistent à remplacer la crossectomie et le stripping par une thermo-oblitération de la veine principale. Elle est ponctionnée sous contrôle échographique à son point d'insuffisance distal, et un cathéter est introduit dans le système veineux profond

presque jusqu'à la crosse. La VSI est anesthésiée sur toute sa longueur par injection d'un important volume (anesthésie par tumescence) d'une solution d'un anesthésique local fortement dilué (0,05%). En plus de l'effet anesthésique, les structures environnantes sont ainsi isolées de la chaleur et il se produit un collapsus veineux. Sous l'effet de l'application de chaleur, la paroi veineuse est lésée au point de se contracter jusqu'à l'occlusion.

En principe, la chaleur est induite par radiofréquence ou appliquée par laser. Il est possible d'effectuer la miniphlébectomie et la ligature des perforantes pendant la même séance sous anesthésie par tumescence.

Le dogme de la crossectomie est attaqué

Pour les chirurgiens, la ligature de toutes les veines s'abouchant dans la crosse était jusqu'ici une partie indiscutable de l'opération des varices, car une crossectomie incomplète a longtemps été considérée comme la principale cause de récurrences de la crosse. Avec la technique endoveineuse, les veines proches de la crosse ne sont pas occluses, car la pointe de la sonde est placée 1-2 cm plus bas, de manière à prévenir toute lésion de la veine fémorale par la chaleur. La question se pose donc de savoir si la récurrence de la crosse n'est pas forcément prévisible avec le traitement endoveineux. Il devient de plus en plus clair depuis quelque temps que la néovascularisation est la principale cause de jusqu'à 60% de ces récurrences, et pas la chirurgie incomplète. La néovascularisation semble être nettement plus rare après traitement endoveineux [5]. La crossectomie classique est-elle véritablement nécessaire? La question reste ouverte. Dans un travail récemment publié, qui s'est intéressé au stripping sans crossectomie, la réponse a été non, du fait d'une très faible proportion de récurrences et de néovascularisation [6].

Quelle est la meilleure méthode?

Les techniques endoveineuses sont moins invasives et grevées de moins de complications [7]. En évitant la voie d'abord inguinale, les rares risques de la crossectomie sont évités, dont les trauma-

tismes du système veineux profond et de l'artère fémorale, les hémorragies et infections post-opératoires. Le risque accru de thromboses veineuses profondes discuté initialement pour les techniques endoveineuses n'a pas pu être confirmé. Les hématomes sont nettement plus rares. Quelques jours après ablation au laser – plus fréquemment qu'après traitement par radiofréquence – apparaissent des symptômes phlébitiques le long de la veine principale traitée. Des études comparatives montrent des douleurs généralement plus faibles et un arrêt de travail de plus brève durée. A moyen terme, les résultats en matière de récurrences et autres problèmes sont comparables. Une étude randomisée ayant comparé les deux techniques ambulatoires et sous anesthésie par tumescence n'a pu montrer aucune différence [8].

L'avenir de la chirurgie des varices est endoveineux

En résumé, pour une grande partie des patients variqueux, le traitement endoveineux est une technique qui, à résultats comparables, est moins invasive et peut être effectuée au cabinet sous anesthésie par tumescence comme «walk-in – walk-out procedure». Les patients peuvent généralement reprendre leurs activités habituelles le lendemain, ce qui fait qu'ils acceptent très bien cette intervention. La fréquence des récurrences à long terme n'est pas encore bien connue. Reste la question de la fréquence des récurrences résultant des veines non occluses au niveau de la crosse après traitement endoveineux – probablement plus faible que prévu. Les chances de boom de cette nouvelle méthode sont bonnes dès que les coûts en seront pris en charge par les caisses, comme c'est déjà le cas en Angleterre ou aux Etats-Unis par ex., car la méthode classique est tout sauf convaincante par ses proportions de récurrences.

Références

- 1 Widmer LK, Kamber V, Da SA, Madar G. [Overview: varicosis (author's transl)]. *Langenbecks Arch Chir.* 1978;347:203-7.
- 2 Babcock W. A new operation for the exstirpation of varicose veins. *New York Med J.* 1907;23:153-156. Ref Type: Generic
- 3 Nishibe T, Nishibe M, Kudo F, Flores J, Miyazaki K, Yasuda K, et al. Stripping operation with preservation of the calf saphenous veins for primary varicose veins: hemodynamic evaluation. *Cardiovascular Surgery.* 2003;11(5):341-5.
- 4 Jones L, Braithwaite BD, Selwyn D, Cooke S, Earnshaw JJ, Jones L, et al. Neovascularisation is the principal cause of varicose vein recurrence: results of a randomised trial of stripping the long saphenous vein. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery.* 1996 Nov;12(4):442-5.
- 5 Kianifard B, Holdstock JM, Whiteley MS, Kianifard B, Holdstock JM, Whiteley MS. Radiofrequency ablation (VNUS closure) does not cause neo-vascularisation at the groin at one year: results of a case controlled study. *Surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland.* 2006; 4(2):71-4.
- 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(6): 1300-4.
- 7 Mundy L, Merlin TL, Fitridge RA, Hiller JE. Systematic review of endovenous laser treatment for varicose veins. *Br.J Surg.* 2005;92(10):1189-94.
- 8 Rasmussen LH, Bjoern L, Lawaetz M, Blemings A, Lawaetz B, Eklof B, et al. Randomized trial comparing endovenous laser ablation of the great saphenous vein with high ligation and stripping in patients with varicose veins: short-term results. *Journal of Vascular Surgery.* 2007;46(2):308-15.

Correspondance:
Dr Pius Wigger
Chirurgische Klinik
Kantonsspital
Brauerstr. 15
CH-8401 Winterthur
pius.wigger@ksw.ch