

KALON

Les solutions thérapeutiques :

Avant toute chose une modification du mode de vie s'impose : marcher régulièrement, contrôler son poids, éviter la station debout prolongée et le piétinement, éviter la chaleur sur les jambes (soleil, chauffage par le sol, couverture chauffante...), s'alimenter de manière équilibrée (alimentation riche en fibres), maintenir un bon transit intestinal. On peut y ajouter des médicaments phlébo-actifs et surtout une contention élastique (« bas à varices »).

Si l'état veineux nécessite d'aller plus loin diverses options thérapeutiques pourront être proposées au patient : la chirurgie, la sclérothérapie ou encore les traitements thermiques par radiofréquence ou par laser, le choix ne dépendant pas seulement du souhait du patient mais aussi des contraintes techniques.

La chirurgie :

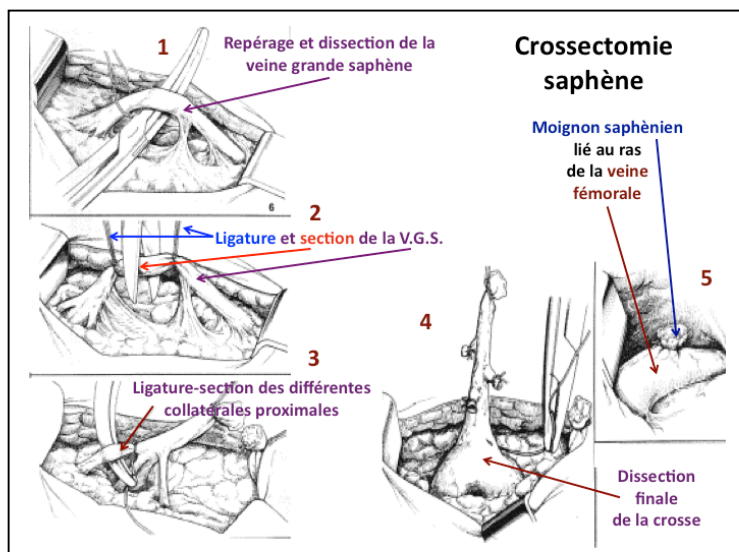
Elle peut s'attaquer aux reflux en ligaturant des perforantes ou en procédant à une ablation des la crosse de la saphène (« crossectomie »).

Ou intervenir directement sur les varices (éveinage / « phlébectomie »).

N.B. : la cure hémodynamique (CHIVA cf. K.9) n'est plus guère utilisée aujourd'hui.

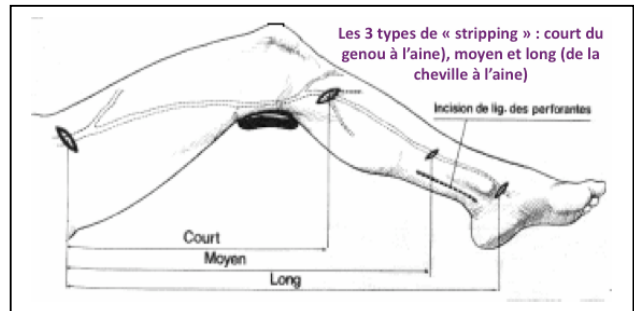
La crossectomie :

ablater la crosse de la grande saphène nécessite de repérer puis disséquer la veine grand saphène dans sa portion terminale puis de la ligaturer et la sectionner, de ligaturer et sectionner ses différentes branches collatérales proximales avant de procéder à la dissection finale de la crosse et à son ablation.



L'éveinage de la grand saphène :

Appelé aussi « stripping », consiste en un cathétérisme de la veine par un « stripper », sorte



de câble semi-rigide, le plus souvent en polyamide, introduit en général au niveau du genou (stripping « court ») et remonté dans la veine jusqu'à l'aîne. Il comporte à son extrémité terminale (où est fixée la veine après ligature-section) une « boule » qui permet lorsqu'on le retire d'emporter la veine par retournement.

Cette technique peut aussi s'appliquer à la petite saphène ou même à certaines branches veineuses secondaires

La phlébectomie :

Elle consiste en la réalisation d'une micro incision de 1 à 2 mm au niveau de la veine malade et de la

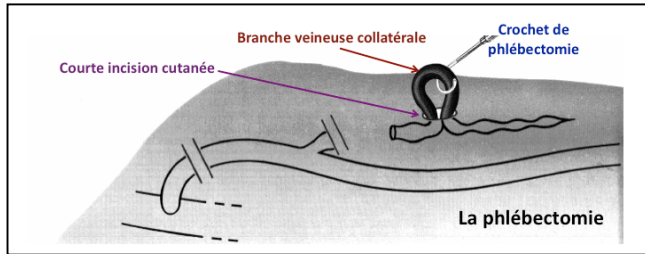
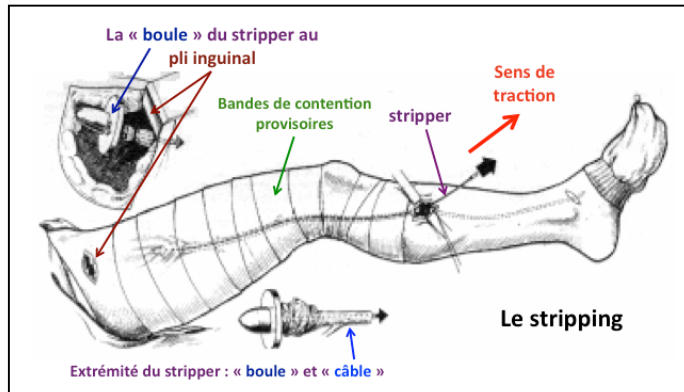
« crocheter » dans le tissu sous-cutané ; la veine est retirée par traction progressive sur le crochet.

Cette technique peut être utilisée seule ou en complément d'une chirurgie classique. Elle améliore le résultat sur le plan esthétique, diminue le risque de

récidive et le nombre de séances de sclérothérapie complémentaires nécessaires.

Traitement des varices

Suites opératoires : simples en général. Ces interventions se pratiquent le plus souvent en ambulatoire. La prescription d'un anticoagulant n'est pas systématique (sauf terrain particulier comme des anté-



cédents de phlébite ou une obésité et dans ce cas cela se limite le plus souvent en une huitaine de jours d'Héparine de bas poids moléculaires par voie sous cutanée / cf. K. 52). L'ablation des fils de suture se fait vers le 7^{ème} / 8^{ème} jour. La contention élastique par bandes, bas ou collants est systématique pendant 4 semaines en moyenne.

Après la sortie, la marche à pied est indispensable et les pieds du lit doivent être surélevés. Un arrêt de travail de 3 semaines à 1 mois est souhaitable et les règles hygiéno-diététiques classiques doivent être respectées (cf. K.34). Une sclérothérapie (voir plus loin) complémentaire est souvent nécessaire, en règle 4 à 6 mois après l'intervention (de toute façon pas avant la résorption complète des hématomes).

Complications de la chirurgie :

Les hématomes sont fréquents et sans gravité ; ils dépendent de l'importance des varices et de la technique opératoire ; ils peuvent être douloureux.

Les infections cutanées sont rares et intéressent surtout les plis inguinaux chez l'obèse.

Les paraplébités sont très fréquentes mais sans conséquences.

Les phlébités profondes, par contre, sont rares (moins de 2% des interventions) et difficiles à diagnostiquer.

Les atteintes nerveuses périphériques peuvent toucher les nerfs accessoires de saphènes.

Résultats de la chirurgie : ils sont excellents (90% de bons résultats) lorsqu'on peut réaliser un traitement « complet » et que le patient est régulièrement suivi (scléroses répétées dès que nécessaire). Si ce suivi n'est pas assuré, le risque de récurrences est très important et il faut savoir que la chirurgie des récurrences est moins performante.

La sclérothérapie :

La sclérose des varices consiste en une injection directement dans la veine pathologique d'un produit sous forme liquide ou sous forme de mousse (plus efficace) qui agresse la paroi interne de la veine qui durcit, se fibrose ; la veine se rétracte

et finalement s'obstrue. Plusieurs injections sont nécessaires à différents niveaux de la veine. Pour plus de sûreté, les injections sont pratiquées sous contrôle échographique.

C'est une technique efficace dont les indications sont esthétiques et fonctionnelles.



Elle a peu d'effets secondaires (essentiellement des ecchymoses, une pigmentation localisée ou de petites ulcérations qui disparaissent spontanément).

Le traitement thermique par radiofréquence :

une sonde munie d'électrodes émettant un courant alternatif à haute fréquence est introduite sous anesthésie locale dans la veine malade. Les électrodes chauffent l'intérieur de la veine vers 85° ce qui provoque une rétraction de sa paroi, un rétrécissement de son calibre et finalement sa sclérose. L'énergie délivrée est facile à contrôler ce qui évite les complications. Les seules contraintes sont le diamètre veineux (les veines trop petites ne peuvent être traitées) et certaines localisations (veines trop superficielles). La reprise de travail peut intervenir dès le lendemain (moyennant une contention élastique pendant un mois). Cette technique donne de très bons résultats avec un taux de récurrence très faible.

Le traitement thermique par laser est similaire ; la sonde est une fibre optique qui transmet la lumière du laser jusqu'à son extrémité où elle est transformée en chaleur.

Docteur L. PODEUR (chirurgien à la P.Q.S.)
Docteur B. PENNANEAC'H (angéiologue C.H.Dz.)
Dr. J-F. HOUËL (cardiologue)