

INFORMATIONS PRÉ OPÉRATOIRES - VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Docteur Fabien HELLER
Chirurgie vasculaire

Fiche explicative proposée par la Société de Chirurgie Vasculaire

Madame, Monsieur,

Vous souffrez d'une « **insuffisance veineuse superficielle chronique** » (plus communément appelée varices) qui est due à un mauvais fonctionnement des veines superficielles.

Qui est concerné ?

La cause exacte de cette insuffisance veineuse superficielle est inconnue, mais elle survient **préférentiellement chez la femme** (36% versus 14% des hommes), **favorisée par la grossesse**. On retrouve fréquemment des facteurs aggravants : une **hérédité familiale** (20% de risque d'avoir des varices chez les patients sans parents atteints, 44% si un des parents est atteint et plus de 70% si les 2 parents sont atteints), l'obésité, la sédentarité, une activité professionnelle statique et la station debout prolongée.

Qu'est-ce qu'une varice ?

Les varices sont des dilatations accompagnées d'élongation des veines superficielles des membres inférieurs (appelées veines saphènes et plus fréquemment leurs branches) qui deviennent ainsi tortueuses. On différencie en fonction de leur aspect et de leur taille (Figure A). Elles peuvent poser des problèmes esthétiques mais aussi être la cause de symptômes divers, voire de complications. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique et de médecine générale puisqu'après 40 ans, 50% de la population présente des télangiectasies et/ou des varices réticulaires, 10-20% des varices vraies et 0.5% souffre d'ulcères.

Les veines profondes ne sont pas concernées par les varices mais peuvent être le siège de mauvais fonctionnements (formation de caillots ou phlébite) entraînant secondairement des varices.

Figure 1 : Différents types de varices présentées par les patients :

- A : télangiectasies
- B : varices réticulaires
- C : varice



Dans tous les cas, cela se traduit par une mauvaise circulation veineuse au niveau de vos jambes, particulièrement en position debout : le sang a alors tendance à descendre dans les parties les plus basses du fait de la pesanteur.

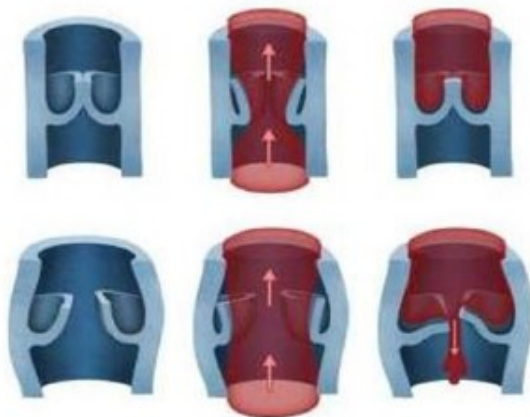
Quels sont les mécanismes ?

Les veines ont pour rôle de ramener le sang de la périphérie vers le cœur en luttant contre la pesanteur. Le sang est poussé vers le haut par différents mécanismes (mouvements musculaires du mollet surtout) et les veines sont pourvues de valves (Figure 2) qui empêchent le sang de redescendre vers les pieds.

Les varices sont dues le plus souvent à une altération de la structure de la paroi veineuse entraînant une dilatation de la veine et un défaut de fonctionnement des valves qui induit un reflux (Figure 2).

Figure 2 : Fonctionnement des valves veineuses :

- *Valves veineuses normales* (Les 3 images du haut) : les valvules sont affrontées (image de gauche) et laissent passer le flux sanguin de façon ascendante (image du milieu) mais empêchent le reflux descendant (image de droite),
- *Valves veineuses anormales* (les 3 images du bas) : les valvules ne sont pas affrontées et les parois de la veine sont dilatées (image de gauche) ; le flux veineux ascendant est maintenu (image du milieu) mais il y a une fuite laissant passer un reflux descendant (image de droite)



Quels sont les symptômes et les complications ?

Ceci explique les dilatations inesthétiques plus ou moins importantes, mais également les différents signes retrouvés fréquemment : lourdeurs et douleurs de jambe, fourmillements, démangeaisons et impatiences, crampes nocturnes, sensation de brûlure et de rougeur, gonflement de la cheville et du mollet, coloration foncée de la peau. À un stade plus important, la stase veineuse peut entraîner une atteinte du tissu cutané responsable d'eczéma, d'hypodermite (placard inflammatoire rouge, dur et douloureux de la peau et du tissu sous-jacent), voire d'ulcère de jambe d'évolution prolongée avec des périodes de cicatrisation complète plus ou moins prolongées.

En dehors de cette évolution traînante, l'insuffisance veineuse superficielle peut être responsable de complications aiguës :

- > **Hémorragie** au niveau d'une grosse dilatation (soit spontanée, soit due à un traumatisme direct),
- > **Thrombose veineuse superficielle** improprement appelée para- ou péri-phlébite, pouvant évoluer vers une thrombose veineuse profonde dont le risque majeur immédiat est l'embolie pulmonaire.

Quels sont les traitements possibles ?

Un des traitements reconnus de longue date de l'insuffisance veineuse superficielle est la chirurgie. Le but du traitement chirurgical est d'enlever les veines superficielles "malades" et ainsi supprimer les effets de la stase du sang au niveau des jambes. Le fait de supprimer les veines malades sans les remplacer ne modifie pas la circulation dans la mesure où les veines atteintes ne remplissaient déjà plus leur rôle normal : les supprimer améliore donc la circulation (les veines profondes assurant parfaitement la circulation veineuse). Un examen Echo-Doppler permet de déterminer s'il est nécessaire de pratiquer une intervention chirurgicale.

*Traitement médicamenteux :

Les médicaments veino-actifs peuvent améliorer les symptômes mais n'ont pas d'effet démontré sur les varices et leur évolution, ni sur leur prévention. Ils sont pris par voie orale et ne doivent pas être prescrits plus de 3 mois sauf en cas de réapparition des symptômes après leur arrêt.

*Compression élastique :

Les collants, les bas élastiques et les bandes représentent une partie essentielle du traitement de la maladie variqueuse en soulageant les symptômes, en faisant régresser l'œdème (gonflement). De plus il permet aussi d'éviter l'aggravation des lésions et de limiter la survenue de complications. Ce traitement est contraignant (légèrement au stade varices non compliquées) mais extrêmement efficace en cas de symptômes et de complications. De plus après traitement des varices, il réduit le risque de récurrence. La compression est par contre contre-indiquée en cas de maladie artérielle sévère des membres inférieurs.

L'industrie a développé des bas confortables et élégants qui permettent un port plus aisé. En effet, ils ne sont efficaces que s'ils sont régulièrement portés dès le lever ou immédiatement après la douche matinale, et jusqu'au soir avant le coucher, les membres inférieurs surélevés. En cas de maladie variqueuse non compliquée une contention de classe 1 ou plutôt 2 est généralement suffisante (la classe évalue le degré de compression du bas).

*Sclérose :

Elle a pour principe d'injecter dans la veine dilatée un produit irritant provoquant un spasme veineux puis un épaississement de la paroi qui évolue rapidement vers l'oblitération : la veine devient alors un cordon fibreux. Ses inconvénients essentiels sont la durée du traitement (nombreuses séances) et la récurrence. En effet, les scléroses, pour être durables, doivent être répétées régulièrement. Il s'agit du traitement de choix des télangiectasies et de certaines varices réticulaires. Actuellement l'injection de sclérosant sous forme de mousse semble augmenter considérablement l'efficacité de la sclérothérapie surtout pour le traitement des gros troncs veineux et des récurrences après chirurgie. Elle nécessite un guidage échographique (écho-sclérose à la mousse). Cependant là encore cette technique expose à un taux de récurrence supérieur à celui des techniques chirurgicales.

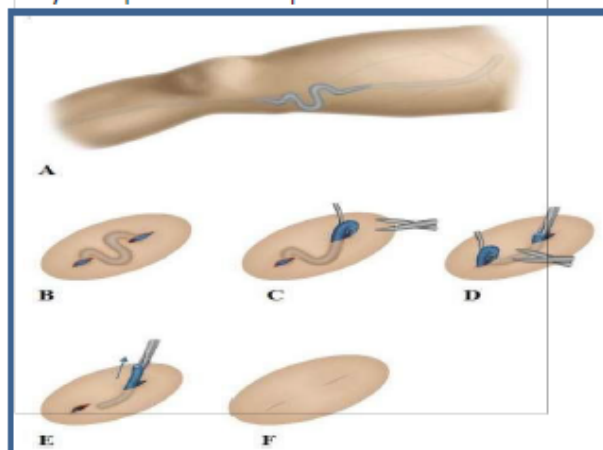
Ces techniques sont réalisées en consultation en cabinet. Les complications sont rares et le plus souvent bénignes. La sclérothérapie est souvent nécessaire en complément de l'acte chirurgical.

***Laser trans-cutané :** Il est indiqué pour les télangiectasies en cas d'échec de la sclérothérapie et dans certaines indications ou localisations particulières.

***Phlébectomies :** Il s'agit d'une intervention visant à supprimer les veines variqueuses par de minimes incisions étagées (Figure 5). Elles sont, selon les cas, associées ou non à un traitement des troncs saphènes (techniques endo-veineuses, stripping). Isolées, elles peuvent être réalisées sous anesthésie locale en ambulatoire et ont surtout un but esthétique. Elles peuvent permettre de conserver le tronc saphène quand celui-ci est peu ou pas atteint et ainsi améliorer les signes, les symptômes et l'hémodynamique veineuse superficielle.

Figure 5 : Principes de la phlébectomie

La veine variqueuse (A) est extériorisée par de petites incisions à l'aide d'un crochet (B, C & D) puis retirée par traction douce (E). La fermeture cutanée est esthétique (F).

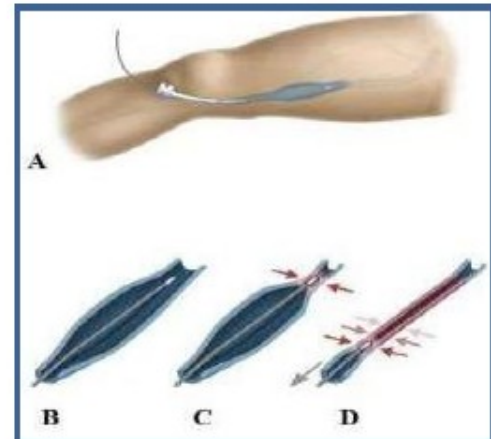


*Techniques endo-veineuses :

Qu'il s'agisse du laser endoveineux, de la radiofréquence, leur but est de délivrer par l'intérieur de la veine une énergie entraînant une **destruction thermique avec réaction fibreuse et rétractation** de la paroi ne laissant plus de chenal pour la circulation du sang (Figure 6) conduisant à terme à la disparition de la veine traitée. Seuls les troncs veineux superficiels sont accessibles à ce type de traitement (veines saphènes). Les varices situées sur les branches sont traitées dans le même temps ou secondairement par ablation chirurgicale (voir phlébectomies) ou par sclérose.

Figure 6 : Principes des techniques endo-veineuses (laser, radiofréquence)

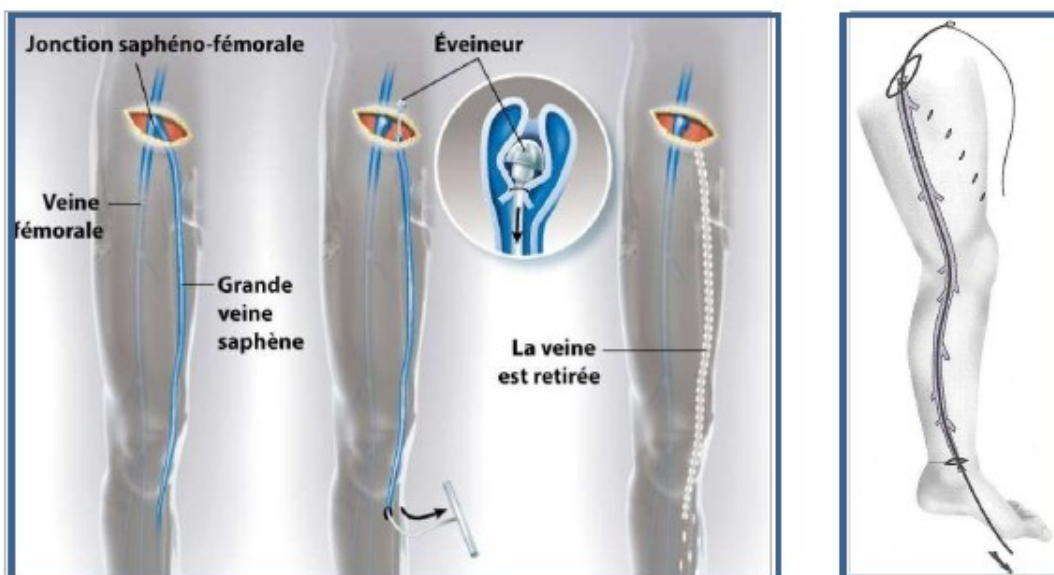
- A : schéma général avec simple ponction de la peau, puis de la veine sans incision chirurgicale,
- B : montée du cathéter de traitement dans la veine dilatée,
- C : activation du système délivrant l'énergie entraînant une rétraction de la veine,
- D : retrait progressif de la sonde sur une veine qui ne circule plus.



Ces techniques sont pratiquées sous anesthésie locale ou générale, **en ambulatoire** et permettent une reprise rapide de l'activité. Les complications sont le plus souvent mineures (douleurs, hématomes) et le risque de reperméabilisation est inférieur à 10% à 2 ans.

*Stripping :

Il s'agit de l'ablation de la veine saphène par voie chirurgicale, par 2 courtes incisions. Cette intervention est souvent associée à des phlébectomies. Il s'agit de l'intervention de référence, surtout en cas d'importantes varices. Cette intervention est bien codifiée et est maîtrisée par de nombreux chirurgiens. Elle peut être pratiquée sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale et peut dans la plupart des cas être faite en ambulatoire. Les effets secondaires postopératoires sont le plus souvent mineures (douleurs, hématomes).



Cette technique est réalisable aussi bien pour la veine saphène interne (A) mais également pour la veine saphène externe (B).



Quelles sont les complications possibles ?

Les suites opératoires sont généralement simples permettant une reprise d'activité presque normale dans les jours qui suivent l'intervention. Un arrêt de travail est souvent nécessaire (sa durée dépend de l'importance de geste chirurgical et de votre activité professionnelle).

Cependant, un certain nombre de complications liées à l'acte chirurgical, peuvent survenir. Celles-ci sont classées ci-dessous par ordre de gravité et leur fréquence est précisée lorsqu'elle est connue.

Complications bénignes :

- ✓ Ecchymoses diffuses (quasi constant) sans conséquence, qui disparaissent rapidement.
- ✓ Hématomes collectés au niveau des incisions, ou sur le trajet du stripping (peu fréquent).
- ✓ Inflammation responsable d'une induration douloureuse au niveau des incisions ou sur le trajet du stripping (assez fréquent).
- ✓ Troubles ou retard de cicatrisation au niveau des incisions pouvant être ou non en rapport avec une infection localisée (rare mais plus fréquents chez les sujets obèses).
- ✓ Cicatrices inesthétiques ou hypertrophiques (chéloïdes) (rare).
- ✓ Coloration cutanée à type de pigmentation ou de rougeurs persistantes, apparition de télangiectasies (petites veinules dilatées de coloration bleue ou rouge) (peu fréquent).
- ✓ Saignement au niveau des incisions (rare) nécessitant parfois une ré intervention.
- ✓ Œdème postopératoire transitoire (très fréquent) des mollets et/ou des pieds disparaissant sans séquelle (nécessité de porter correctement la compression prescrite).
- ✓ Thrombose veineuse superficielle sur une branche collatérale sans gravité mais nécessitant un traitement médical.

Complications mineures :

- ✓ Thrombose veineuse superficielle d'évolution le plus souvent favorable sans séquelle.
- ✓ Troubles sensitifs localisés (sensation au niveau de la peau) pouvant se traduire par :
 - Des dysesthésies : diminution localisée de la sensibilité au toucher ou anesthésies, sensation de picotements, fourmis (disparition sans séquelle le plus souvent en quelques semaines).
 - Des hyperesthésies : sensation de brûlures, secousses électriques nécessitant parfois la prise de médicaments jusqu'à leur disparition.
 - Œdème persistant nécessitant une compression élastique prolongée

Cas particulier :

1/ La thrombose veineuse profonde (= phlébite). Sa fréquence est rare, elle est estimée à 2/1000. Elle peut être : Localisée (au niveau des veines du mollet) souvent sans séquelle après traitement.

Étendue vers la racine de la cuisse ou plus haut avec risque de syndrome post-thrombotique à distance : œdème voire ulcère de jambe.

Elle peut se compliquer exceptionnellement d'une embolie pulmonaire (= migration d'un caillot jusqu'aux poumons) qui est grave et qui peut entraîner le décès immédiat ou des problèmes respiratoires à distance. La thrombose veineuse profonde survient préférentiellement chez les sujets obèses ou à mobilité réduite, chez les sujets âgés, chez les patients atteints d'un trouble de la coagulation ou d'antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse profonde, chez les patients ayant des maladies graves associées, dans ces cas une prévention post-opératoire est nécessaire.

2 / Opérations pour récidives de varices :

- Les complications cutanées et les troubles de la cicatrisation sont plus fréquents. Les risques de lymphorrhée sont plus fréquents au niveau des reprises au pli de l'aîne lorsqu'on réopère au niveau de la veine grande saphène. Les risques de troubles sensitifs sont plus fréquents dans les reprises de la fosse poplitée (derrière le genou) au niveau de la veine petite saphène.

Par ailleurs, l'insuffisance veineuse superficielle chronique est une maladie évolutive, raison pour laquelle il est indispensable d'avoir un suivi phlébologique post-opératoire au long cours afin de prévenir les récidives. Cette information n'a pas pour but de vous inquiéter mais de vous informer et de vous faire prendre conscience qu'il n'y a pas de petite intervention chirurgicale. Par ailleurs, soyez sûr que l'intervention chirurgicale qui vous est proposée est une décision réfléchie et motivée qui tient compte du rapport bénéfice/risque pour vous-même.

Au cours d'un entretien avec le Dr HELLER je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur l'intervention chirurgicale programmée. J'ai été prévenu des risques particuliers et des complications possibles de cette intervention.

Merci de remettre cette fiche signée à l'infirmière qui vous accueillera dans le service, comme nous le demande la procédure d'accréditation des établissements de santé.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature