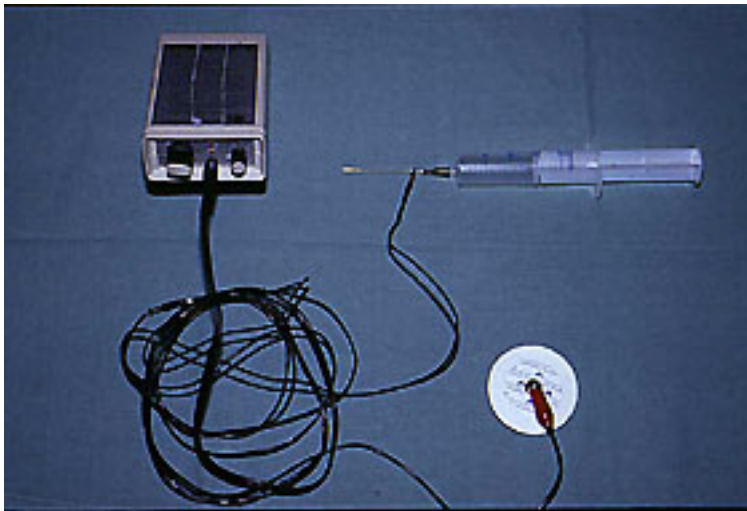


L'anesthésie loco régionale par bloc crural

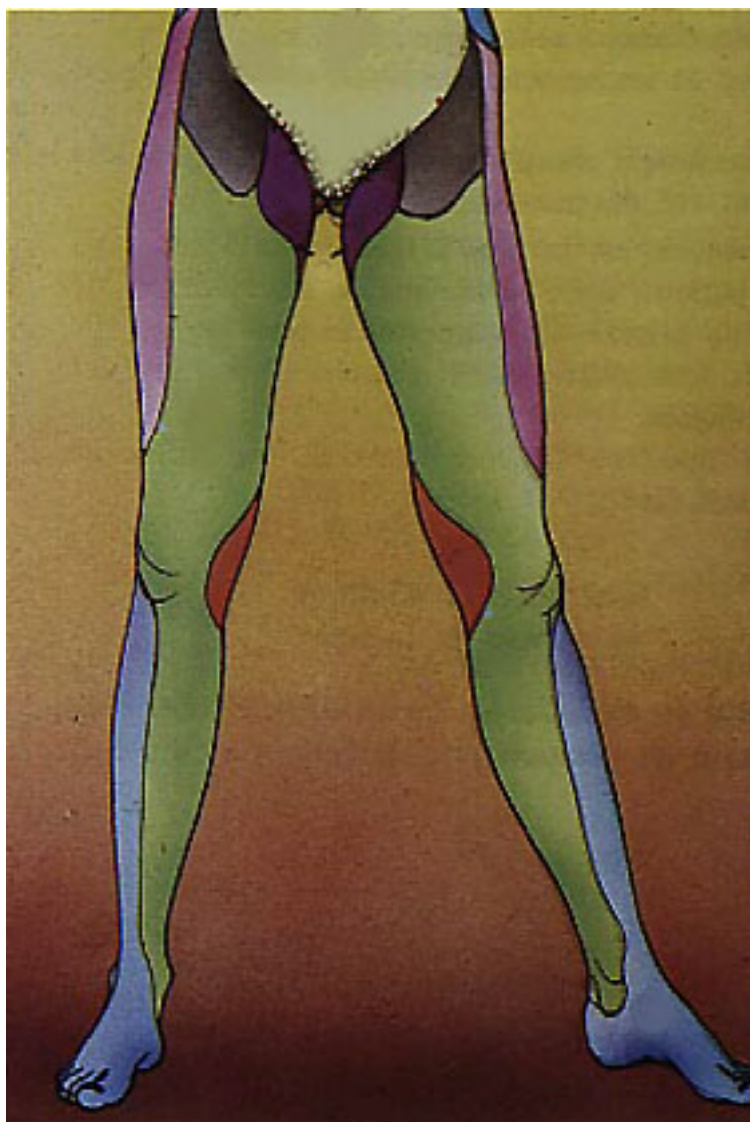
Le matériel d'anesthésie comprend un électro stimulateur qui produit des micro-impulsions dont l'intensité et le rythme sont réglable , un fil conducteur, relié à une aiguille 22 Gauge, en principe gainée ; mais des aiguilles simples suffisent car l'électro stimulation semble apparaître essentiellement à l'extrémité de l'aiguille.



Le repérage du nerf crural par électro stimulation permet de repérer non seulement le nerf du quadriceps par les contractions rythmées induites par l'appareil d'électro stimulation, mais aussi les 3 branches sensibles du crural : nerf musculo cutané externe, nerf musculo cutané interne et nerf saphène interne. L'injection de 5 ml de Lidocaine est suffisante.

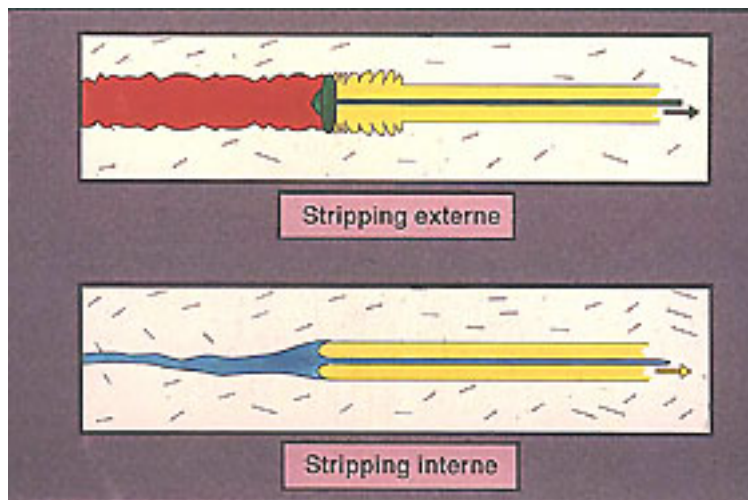


L'anesthésie s'étend sur la face interne du membre (zone verte) ; elle correspond pratiquement à tout le trajet de la grande saphène, à l'exception de la partie haute de la face interne de cuisse qui correspond au territoire du nerf génito crural et à l'exception du bord interne et postérieur du genou qui correspond au territoire du nerf sciatique.



Le stripping par invagination

L'invagination consiste à retirer la saphène en la retournant dans sa propre lumière comme une manche de veste. Tractée par un fil , elle est retirée progressivement par traction.



Voici l'image de la même saphène retirée en partie, en haut par le stripping classique de type Babcock (par télescopage exoluminal) et en partie, en bas par invagination. Le stripping classique emporte en même temps que la veine des fragments de tissus entourant la saphène : graisse, lymphatique et nerfs, alors que l'invagination réalise une exérèse saphène beaucoup moins traumatisante.



L'intervention sous anesthésie loco régionale

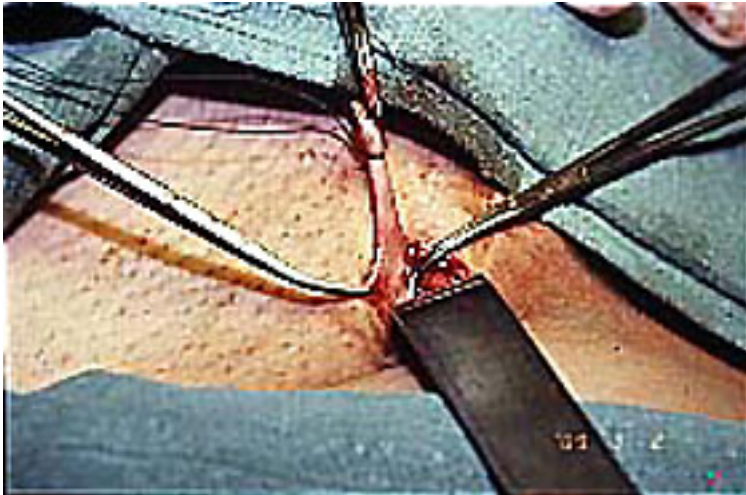
L'intervention se déroule dans les conditions normales de surveillance d'une anesthésie générale et dans les conditions de stérilité normales d'une salle d'opération chirurgicale.

L'incision de crossectomie est petite pour limiter la douleur postopératoire.

Le stripper est descendu de haut en bas et la saphène est fixée sur la partie proximale du stripper qui servira à tracter le tronc saphène .



L'invagination se réalise de haut en bas.

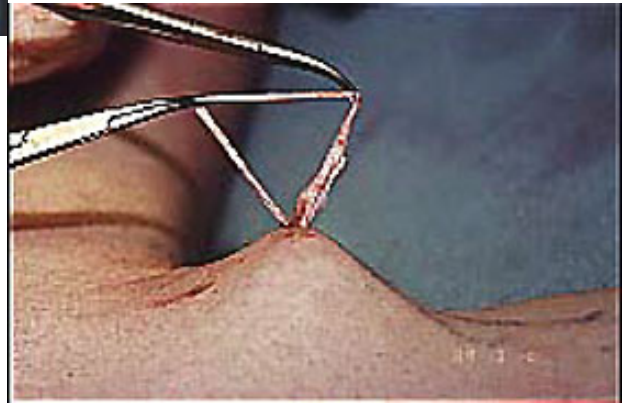


L'intervention se poursuit par les phlébectomies, les sutures intradermiques, les phlébectomies sont recouvertes par des stéri strips et par une double contention élastique de classe 2.

La phlébectomie ambulatoire

La phlébectomie superficielle nécessite une lame de bistouri n°11 ou une aiguille intramusculaire, elle permet, avec le crochet de MULLER, de retirer sans exception toutes les

veines superficielles et les troncs saphènes par des mini incisions dont la taille, compte tenu de la distension des incisions et de la rétraction cutanée, peut aller de 1 à 3 mm. Elles sont fermées sans suture par des stéri strips.



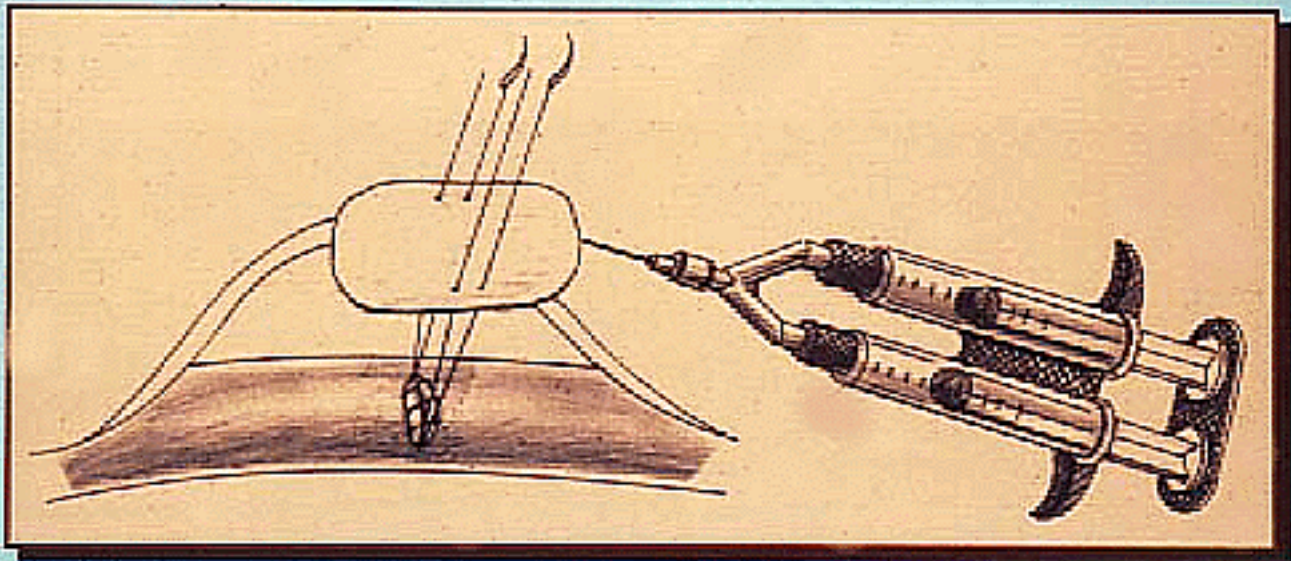
La récurrence variqueuse en territoire grande saphène

La récurrence en territoire grande saphène associe une néojonction fémoro variqueuse majeure associée à une saphène interne résiduelle dans 62% des cas. Une néojonction fémoro variqueuse majeure et une saphène interne résiduelle correspondent souvent à des insuffisances techniques de la première exérèse. Leur traitement est essentiellement chirurgical.

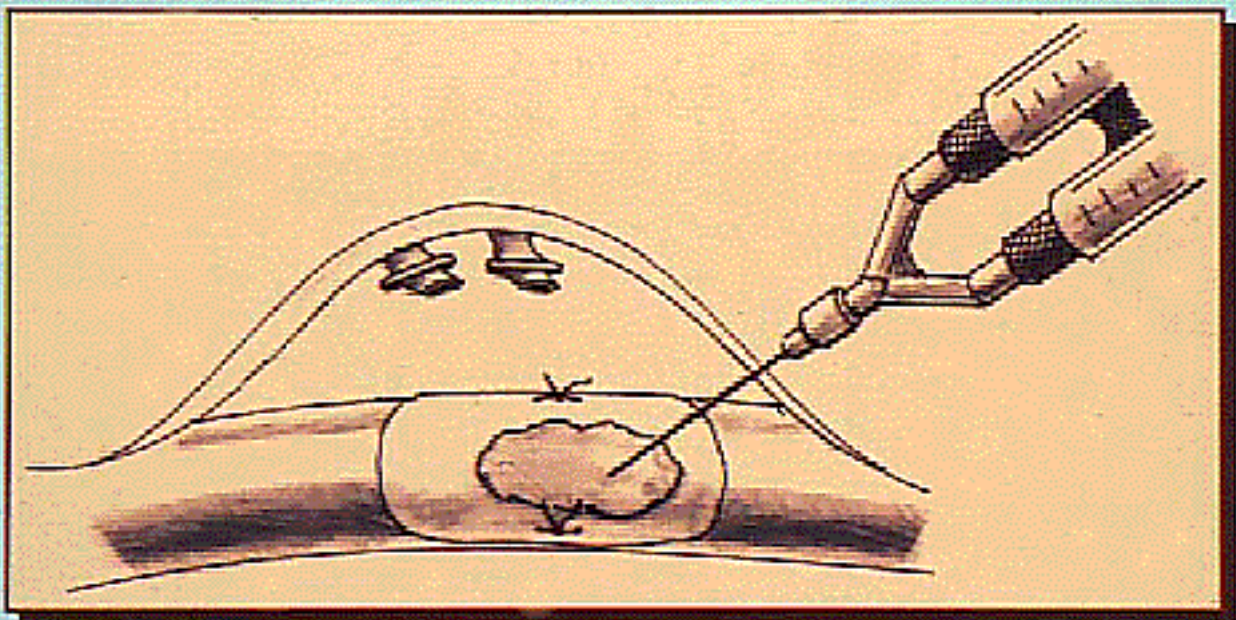
On retrouve une néojonction fémoro variqueuse mineure (angiogénèse) associée à des varices diffuses dans 57% des cas. Dans ce cas il s'agit souvent d'une angiogénèse dont le traitement chirurgical est difficile car il risque de réinduire de nouveaux phénomènes de prolifération microvasculaires. La sclérothérapie est indiquée dans ce cas.

On propose dans certains cas, après résection de l'ancien moignon de crossectomie, de coaguler l'endothélium résiduel, de suturer et d'enfouir transversalement le moignon à l'aide d'un fil inerte et de recouvrir le moignon à l'aide d'un patch non poreux. Ceci pourraient éviter les nouvelles néojonctions fémoro variqueuse. Voici le schéma de la mise en place d'un patch.

POSITIONNING OF THE PATCH



ISOLATION OF THE FEMORAL VEIN





La récurrence variqueuse de la fosse poplitée

87 % de récurrences sont dues à des insuffisances techniques de la 1 ère intervention chirurgicale.



La jonction entre la petite saphène et la voie profonde est en effet très variable. Cette

importante variation anatomique peut facilement être responsable d'une erreur technique en l'absence de repérage échodoppler bi dimensionnel précis, réalisé en préopératoire. 1 ère intervention en 1973 : mauvaise situation anatomique des incisions. 1 ème réintervention pour récurrence en 1980 : mauvais repérage écho doppler préopératoire. 2 ème réintervention pour récurrence en 1996 avec un repérage echodoppler précis montrant l'implantation véritable de l'ancienne saphène externe.



Jonction très haute d'un moignon résiduel saphène externe expliquant la récurrence.



Section endoscopique des perforantes par voie sous fasciale

Sous garrot, l'introduction sous fasciale de l'endoscope permet de disséquer l'espace sous fascial et de visualiser les perforantes.

.
.
.

Les perforantes sont tendues entre les masses musculaires et l'aponévrose. Clipage et section des perforantes. L'indication de cette technique élégante concerne essentiellement les perforantes incontinentes de jambe responsables de troubles trophiques (en dehors des insuffisances veineuses profondes).

.
.

Chirurgie hyper sélective - chirurgie conservatrice saphène

Aujourd'hui, la chirurgie est une chirurgie sur mesure.

Compression élastique préopératoire

La compression élastique préopératoire est nécessaire pour traiter les troubles trophiques.

Légende N° 1 : La compression élastique fixe à allongement court est nécessaire pour le traitement des troubles trophiques, induits souvent par l'insuffisance veineuse profonde.

La compression élastique amovible à allongement long est nécessaire pour le traitement des troubles trophiques induits par l'insuffisance veineuse superficielle.

Les collants , chaussettes ou bas à varices sont suffisants pour assurer la consolidation de la guérison après cicatrisation des troubles trophiques. Il faut savoir que la superposition de 2 chaussettes de force de contention différentes produit une force de compression équivalente à la somme des forces de chaque éléments. On pourra obtenir une compression de classe 4, nécessaire pour le traitement d'un trouble trophique en superposant 2 bas de classe 2.

Légende N° 2 : la compression est l'essentiel du traitement des troubles trophiques . En effet, l'oedème est responsable de la dilatation mécanique et de l'ouverture des ulcères . L'oedème est responsable d'une extravasation de protéines toxiques, elle-même responsable d'une sclérose artériolaire pré capillaire et de l'ouverture de shunt précapillaire qui entretiennent une ischémie artérielle.

La mise en place correcte d'une bande élastique est nécessaire au traitement , une bande mal mise ou trop usagée est sans aucun effet.

Complications neurologiques du stripping



Le stripping saphène interne long de la malléole jusqu'à l'aîne est responsable de 30 à 50 % de lésions neurologiques par arrachement du nerf saphène au niveau de la jambe.

Le stripping long par invagination sous anesthésie générale est responsable de 2 % de lésions neurologiques saphène par étirement du nerf saphène.

Le stripping saphène interne long par invagination sous anesthésie loco régionale permet d'éviter une lésion neurologique.

Le stripping court par invagination sous le genou n'induit pas de lésion neurologique.

Complications lymphatiques du stripping

Une lymphocèle sur le trajet d'éveinage est une complication banale qui disparaît après quelques ponctions.



Echosclérose

L'échosclérose consiste à injecter le produit de sclérose sous contrôle échographique donc avec précision.



Il apparaît immédiatement un épaissement de la paroi veineuse, témoin de l'efficacité de la sclérose.

