

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

VARICES : TRAITEMENT PAR ABLATION ENDOTHERMIQUE (RADIOFRÉQUENCE OU LASER)

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Vous souffrez d'une insuffisance veineuse superficielle chronique (plus communément appelée varices) due à un mauvais fonctionnement de vos veines superficielles, qui sont situées sous la peau. Les veines les plus concernées sont les veines saphènes (grandes et petites)

I – CAUSE

La cause exacte de cette insuffisance veineuse superficielle primitive demeure inconnue, mais elle survient préférentiellement chez la femme, notamment parce qu'elle est favorisée par la grossesse, les traitements hormonaux (pilule). Des facteurs « aggravants » interviennent aussi hérédité familiale, surpoids, sédentarité, activité professionnelle statique, troubles de la voute plantaire. Beaucoup plus rarement, l'insuffisance veineuse superficielle est secondaire à une anomalie des veines profondes (syndrome post-thrombotique ou malformations congénitales).

II – SYMPTÔMES ET RISQUES ÉVOLUTIFS

Dans tous les cas, l'insuffisance veineuse se traduit par une mauvaise circulation du sang dans les veines, particulièrement en position debout prolongée, le sang a alors tendance à stagner dans les parties les plus basses (pieds, chevilles, mollets) du fait de la pesanteur. Ceci explique les dilatations inesthétiques plus ou moins importantes, mais aussi les différents signes souvent associés : lourdeurs et douleurs de jambe, fourmillements, démangeaisons et impatience, crampes nocturnes, sensation de brûlures et de rougeur, gonflements de la cheville et du mollet appelés œdèmes, coloration foncée de la peau (dermite malheureusement définitive). A un stade plus évolué, la stase veineuse peut entraîner une atteinte plus sévère de la peau (eczéma, hypodermite, voire ulcère de jambe) d'évolution prolongée.

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

- Une **hémorragie** au niveau d'une grosse dilatation (soit spontanée, soit à l'occasion d'un traumatisme direct) ;
- Une **thrombose veineuse superficielle** (appelée à tort para ou périphlébite). Il s'agit d'un caillot développé dans une veine superficielle mais pouvant évoluer vers une **thrombose veineuse profonde** dont le risque majeur immédiat est l'**embolie pulmonaire** lorsque le caillot se détache et migre vers la circulation pulmonaire. Si la taille du caillot est importante, l'embolie peut être fatale.

Plusieurs années après la thrombose veineuse profonde, peut apparaître un syndrome post-thrombotique qui se traduit par un tableau clinique identique à l'insuffisance veineuse superficielle évoluée (œdème, eczéma, hypodermite, ulcère...) mais avec des possibilités thérapeutiques et de guérison plus limitées. Ces complications imprévisibles doivent toujours susciter un avis auprès d'un médecin spécialiste (médecin vasculaire, chirurgien vasculaire...)

III – EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Un des traitements reconnus de longue date de l'insuffisance veineuse superficielle est la chirurgie. Il existe toutefois d'autres possibilités thérapeutiques, en dehors de la chirurgie :

- Le **port d'une compression élastique** (le plus souvent par bas ou collant de contention)
- La **sclérothérapie** qui utilise un produit sclérosant dans le but de détruire la veine atteinte.

Ces méthodes sont souvent proposées avant un acte chirurgical, au début des symptômes), puis en complément de l'acte chirurgical.

IV – POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES CHIRURGICALES

La chirurgie proprement dite se résume à deux types de traitements :

- La chirurgie d'éveinage, qui associe le plus souvent « crossectomie, stripping et phlébectomies ». Votre chirurgien vous a détaillé les grandes lignes de ce type de traitement.
- La chirurgie d'ablation endothermique (par « radiofréquence ou laser ») qui vous a été proposée, s'adresse surtout à la grande saphène, et consiste à appliquer une énergie thermique transmise à la veine par la sonde de radiofréquence ou la fibre laser provoquant une réaction inflammatoire puis une rétraction de la veine traitée qui va ainsi s'occlure.

V – MODALITÉS TECHNIQUES DE L'ABLATION ENDOTHERMIQUE

Dans la majorité des cas, cette intervention est réalisée dans le cadre d'une **hospitalisation ambulatoire**, sous anesthésie locale pure, avec ou sans sédation, plus rarement sous anesthésie générale. Le médecin anesthésiste pourra vous fournir également tout renseignement utile concernant cette éventualité lors de sa consultation.

Les veines responsables de l'insuffisance veineuse superficielle sont au nombre de deux sur chaque membre :

- La **veine grande saphène** (anciennement nommée saphène interne), qui commence à la face interne de la cheville, chemine à la face interne de la jambe puis de la cuisse et se termine au pli de l'aîne en faisant une crosse qui rejoint en profondeur la veine fémorale commune (veine profonde principale de la cuisse).
- La **veine petite saphène** (anciennement nommée saphène externe), qui commence à la face externe de la cheville, chemine à la face postérieure de la jambe, et se termine au pli de flexion du genou, en faisant une crosse qui rejoint en profondeur le veine poplitée (veine profonde principale de la jambe).

Dans les deux territoires, des micro-incisions permettent de réaliser des phlébectomies complémentaires, guidés par le repérage échographique préopératoire.

L'ablation endothermique se déroule sous contrôle échographique qui permet de repérer la veine grande saphène au niveau de la jarrettière, ponctionnée à travers la peau ou bien aborder par une petite incision. Une sonde spécifique est alors montée dans la lumière de la grande saphène jusqu'au pli de l'aîne, guidée par l'échographie. Un liquide contenant un anesthésiant est alors injecté autour de la veine (tumescence) pour diminuer la douleur et éviter une brûlure de la peau par la radiofréquence ou le laser. La sonde est reliée à un générateur permettant au chirurgien de « chauffer » la veine qui s'occlut. Des phlébectomies réalisées par de très petites incisions sur des veines accessoires préalablement repérées par échographie, complètent le geste principal.

Un bandage et une contention sont mis en place. S'il s'avère nécessaire un traitement anticoagulant peut être proposé dont les modalités d'administration, de surveillance et contraintes spécifiques vous seront détaillées, avant le retour au domicile. Un contrôle échographique est programmé pour les jours suivants, avant la reprise rapide des activités.

VI – QUELS SONT LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES AU COURS DE CETTE INTERVENTION ?

La complication la plus grave est représentée par la **thrombose veineuse profonde**, dans environ 1% des cas, qui peut être responsable d'une **embolie pulmonaire**. La prévention repose sur le maintien d'un traitement anticoagulant chez les patients à risque (antécédents de maladie thrombo-embolique personnelle ou familiale, surpoids, déficit connu en facteur de la coagulation...alitement prolongé, contexte particulier...). Toute jambe douloureuse, gonflée, rouge ou chaude doit conduire à contacter son chirurgien ou son médecin vasculaire sans tarder.

D'autres incidents peuvent survenir, le plus souvent transitoires, tels que :

- Dysesthésies, insensibilité, brûlures, impression de courant électrique, par « irritation » des branches sensibles périphériques ;
- Hématomes, ecchymoses ;
- Pigmentation cutanée, le long du trajet veineux, parfois accompagnée d'une réaction inflammatoire ;
- Surinfection ou écoulement, avec ou sans fièvre, au niveau des incisions, pouvant nécessiter des soins locaux, un prélèvement bactériologique, voire un nettoyage chirurgical.
- Exceptionnellement, des fistules artérioveineuses ont pu être observées.

X – SURVEILLANCE

Votre chirurgien vous a proposé un rendez-vous de consultation pour effectuer un premier bilan post-opératoire.

L'insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs étant une maladie évolutive, une surveillance par échodoppler doit également être effectuée par votre médecin vasculaire qui pourra vous proposer des séances de sclérothérapie afin de limiter le risque de récurrences.

EN RÉSUMÉ

*L'ablation de matériel au niveau du membre supérieur est un geste chirurgical fréquent en traumatologie-orthopédie. C'est un geste le plus souvent simple et rapide.
La récupération après chirurgie est également souvent plus rapide que lors de la chirurgie première.*

*L'amélioration est significative après un délai de quelques semaines. Dans certains cas, le geste peut être plus lourd ou porteur de complications.
Il ne s'agit donc pas d'un geste anodin et la balance bénéfice risque doit être tout particulièrement discutée avec votre chirurgien.*

NB : POUR TOUT ACTE CHIRURGICAL comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post opératoires étant dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, ...).
Ces explications ne peuvent être exhaustives et votre médecin traitant a également été informé des propositions thérapeutiques qui vous ont été faites. Le chirurgien et le médecin anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaitez faire préciser.

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.