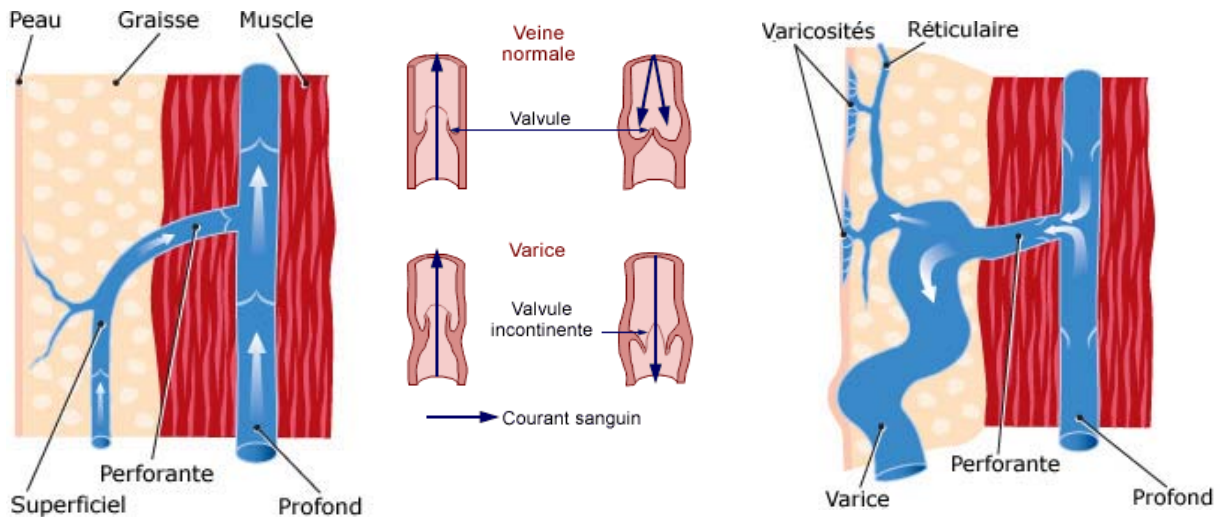


Vous allez être opéré(é) de varices. Cette note a pour objet de vous renseigner sur cette "maladie", la technique opératoire, les suites de la chirurgie et ses résultats. **Il ne s'agit que d'une information assez schématique; nombreux sont les cas particuliers. Votre chirurgien et votre anesthésiste vous fourniront des explications plus personnelles et précises.**

De quoi s'agit-il ?

Les varices sont des dilatations de veines superficielles situées entre les muscles et la peau. Les membres inférieurs comportent un réseau veineux profond, au contact des os et de la face profonde des muscles, assurant l'essentiel du retour veineux, et un réseau superficiel. Les multiples veines superficielles se jettent dans un des deux collecteurs principaux. Des deux, la veine saphène interne est la plus importante: elle s'étend de la cheville au pli de l'aîne, se terminant là dans la veine fémorale. L'autre collecteur est situé à la face postérieure du mollet, entre la cheville et le pli du genou (veine saphène externe). La pression du sang dans les veines est très faible (à la différence de la pression artérielle, appelée aussi tension artérielle), si bien qu'en position debout, ou même assise, le sang n'a pas tendance à "remonter" vers le cœur, la pesanteur s'oppose à cette "ascension" qui s'effectue quand même, le sang étant chassé des veines par la compression effectuée par les contractions musculaires.



Fonctionnement normal

Défaillance des valves : cause de varices

Cette chasse se fait vers le "haut" et pas vers le "bas" parce-que les parois veineuses sont pourvues de sortes de soupapes, clapets appelés valves, qui n'autorisent le passage du sang que dans un sens. C'est la défaillance de ces valves, habituellement des principales situées à la terminaison des saphènes qui est à l'origine des varices: en position debout, non seulement le sang ne "remonte" plus vers le cœur, mais il stagne et même reflue dans la veine, la dilatant progressivement, ainsi que ses collatérales.

Conséquences

Outre le préjudice esthétique, la stase du sang veineux est cause de douleurs, d'œdème, et à long terme d'une atrophie progressive de la peau, fragilisée. Eczéma, plaques colorées, voire ulcère peuvent survenir à la longue.

Comment les traiter ?

La compression continue des veines superficielles par le port de bas, collants, bandes spéciales est efficace, mais contraignante et sans bénéfice esthétique. Les médicaments agissent sur les symptômes, mais pas sur les varices elles-mêmes. Les scléroses, injection directe dans la varice d'un produit sclérosant, fibrosent, "ratatinent" la veine qui se bouche. Cela n'est efficace que si le calibre de la veine et le débit sanguin sont faibles. C'est pourquoi ce traitement est surtout appliqué en complément de la chirurgie.

Les interventions

Lorsqu'elles sont vues à un stade précoce et en l'absence d'anomalie des valves principales des saphènes, une simple extraction des branches variqueuses, éventuellement sous anesthésie locale est possible. Mais lorsque les varices sont importantes, qu'il y a incontinence des valves des troncs des saphènes, un geste plus radical est nécessaire : le stripping. Il s'agit d'enlever la totalité de la veine saphène défailante. Cela s'effectue sous anesthésie générale ou péridurale, par deux incisions, à la cheville et à la partie haute, terminale de la veine. A ce stripping, selon les cas, on associe des incisions supplémentaires pour enlever les plus grosses varices. Mais l'objectif du stripping n'est pas de retirer toutes les varices : il est plutôt de couper leur alimentation. C'est pourquoi il persiste souvent des petites varices en postopératoire qu'il faut faire scléroser ultérieurement pour éviter leur développement.

Les récidives

Elles sont effectivement possibles, même après une opération complète et bien faite. Elles surviennent par le développement progressif de veines dont l'origine est :

- a) une saphène laissée en place si les deux saphènes n'ont pas été opérées initialement
- b) une alimentation directe du réseau superficiel à partir du réseau profond,
- c) des veines du bassin,
- d) une prolifération de petits vaisseaux à partir de la ligature haute de la veine.

Cependant ces récidives n'affectent guère plus de 10% des opérés, sont généralement de petite taille pendant des mois et donc accessibles à un traitement par scléroses.

En pratique

Le chirurgien vous prescrira, si ce n'est déjà fait, un examen Doppler des veines, notamment pour analyser le réseau saphène externe dont l'insuffisance n'est pas toujours évidente à l'examen clinique. Une préparation des membres inférieurs, par rasage et badigeonnage est indispensable. L'hospitalisation est brève, de quelques heures (Hôpital de Jour) à 2 jours.

Si l'atteinte est bilatérale, les deux côtés seront opérés le même jour.

Les pertes sanguines pendant l'opération sont modérées et ne nécessitent pas de transfusion.

Les fils cutanés seront enlevés au 10ème jour, par une infirmière libérale que vous ferez venir à votre domicile. Les cicatrices des jambes peuvent être laissées à l'air à partir du 3ème jour, mais il vaut mieux conserver des pansements sur les cicatrices des plis inguinaux pendant 10 jours environ, pour éviter une macération cutanée. Vous devrez porter des bandes (pas des bas) de contention pendant un mois. Elles seront posées dès la fin de l'intervention (vous devez donc vous les procurer avant l'intervention). Mais vous pouvez dormir jambes nues dès le lendemain de l'intervention. Vous mettrez vos bandes au lever. Ces bandes diminuent le risque d'hématome dans les premiers jours, puis d'œdème par la suite. Les douches sont autorisées dès le 5ème jour. La prescription d'anticoagulants (une injection par jour) est décidée cas par cas. La marche est autorisée et recommandée dès le lendemain et même le soir de l'intervention. La douleur post-opératoire est habituellement modérée, bien calmée par des antalgiques courants. La reprise du travail a lieu entre le 7ème et le 25ème jour selon les cas. Vous serez revu en consultation vers la 3e ou 4e semaine post-opératoire.

Quelles sont les complications possibles ?

Des hématomes le long des trajets d'excision (surtout à la cuisse) sont possibles. Ils se résorbent en trois semaines, rarement doivent être évacués par la réouverture d'une incision. En revanche la survenue d'une ecchymose (un bleu) le long de l'éveinage est constante, n'est pas une complication et disparaît en 12 à 15 jours.

Les infections des incisions de jambe et de cuisse sont très rares, mais s'observent dans 5 à 10% des cas sur l'incision du pli de l'aîne. La macération cutanée, fréquente à cet endroit, surtout en cas de surcharge pondérale, en rend compte. Des soins locaux avant l'intervention sont parfois utiles et même indispensables pour diminuer ce risque.

Vous sentirez des sortes d'indurations au voisinage des cicatrices : c'est normal et cela disparaîtra en 4 à 6 semaines.

L'éveinage peut-être responsable d'irritations, élongations, voire sections de petits filets nerveux sous-cutanés. Cela se traduit par des sensations de picotements, une diminution de la sensibilité locale, voire une zone insensible. Généralement tout cela régresse en quelques mois.

Dr Rémi Houdart

Octobre 1998

Mise à jour : novembre 2005

www.hopital-dcss.org