

**PRÉVENTION DES THROMBOSES VEINEUSES ET DES
NÉCROSES CUTANÉES PAR LES MÉTHODES
PHYSIQUES ET LA PRESSOTHÉRAPIE
DANS LA CHIRURGIE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE
CHRONIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS**

J. VALENTIN, D. LEONHARDT, M. PERRIN *

La place du traitement chirurgical dans l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, n'est pas clairement définie. Elle mérite, à notre avis, une part plus importante que celle qui lui est généralement accordée. Elle s'est longtemps cantonnée à la résection des réseaux saphéniens pathologiques (stripping SI et SE) qui n'est pas toujours justifiée, notamment dans la maladie post-phlébitique [1].

La place dévolue à la chirurgie des Perforantes, qu'il s'agisse des varices dites essentielles, ou surtout de la maladie post-phlébitique, mérite une réappréciation, si on en juge par les résultats qu'elle apporte à long et à moyen terme [2, 3].

Une des raisons qui explique les réserves faites à son égard est le risque de nécrose cutanée ou de désunion cicatricielle. Ce risque est surtout important dans les interventions type Linton ou Felder, où on réalise des incisions jambières étendues. Elles ont été évaluées, suivant les séries, entre 5 et 45 % [4]. Cette complication nous paraît pouvoir être ramenée à des chiffres acceptables, dans la mesure où une préparation soignée est réalisée, dès lors que l'on est en présence de lésions d'hypodermite chronique.

* Unité de Pathologie vasculaire J. Kunlin, Clinique du Grand Large, 2-4, rue Léon-Blum, DECINES-CHARPIEU 69154 Cedex.

La chirurgie restauratrice du réseau veineux profond dans la maladie post phlébitique, bénéficie d'un recul moins important. La réparation valvulaire, l'interposition d'un segment veineux valvule, au niveau fémoral ou poplité, ont fait l'objet de publications, dont les résultats sont assez prometteurs [5, 6, 7].

Là aussi, la préparation et les soins post opératoires jouent un rôle majeur dans la prévention des thromboses post opératoires.

Le protocole que nous utilisons de façon quasi systématique dans la préparation et les suites post opératoires, s'établit ainsi :

Méthodologie

Phase pré-opératoire

En ambulatoire

Le sujet est pris en charge un mois environ avant l'intervention, à raison de 3 à 4 séances par semaine.

Le traitement comporte :

- une contention permanente,
- le drainage lymphatique manuel,
- la pressothérapie pneumatique intermittente étagée,
- des exercices physiques et respiratoires,
- la prévention de l'œdème.

^e *La contention permanente*

Elle est réalisée par des bas élastiques, type Sigvaris (contention moyenne 503). Les bas augmentent la pression tissulaire, freinent la filtration et facilitent la résorption du liquide interstitiel par les capillaires sanguins.

« *Le drainage lymphatique manuel*

Il est réalisé selon la méthode codifiée par: A. Leduc (Université -Brussel) [8, 9].

Il comprend : des manœuvres d'appel sur les aires ganglionnaires et sur les téguments en aval de la stase (Fig. 1 et 2).

La zone œdématisée est traitée par des manœuvres de résorption (Fig. 3).

• *La pressothérapie intermittente étagée*

Elle est réalisée au moyen d'un appareil Eureduc Type TP 35, équipé de bottes compartimentées à 5 étages. (Fig. 4). L'appareil a été conçu avec un double gradient de pression, qui va permettre de :

— drainer tous les liquides, qu'ils soient veineux, lymphatiques ou interstitiels, par la mise en pression successive, en direction du cœur, des différents



Fig. 1

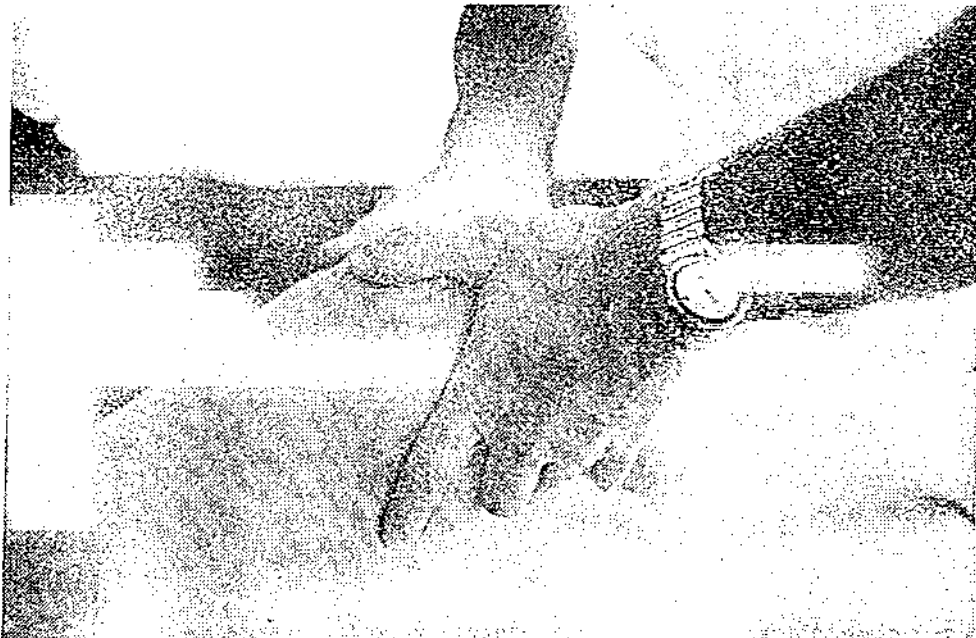


Fig. 2

compartiments cc>;-;iiuants le manchon. On parle alors de gradient de pression dynamique,

— contrebalancer les effets anti-physiologiques du gradient inverse, . résultant de la forme conique des manchons, par une pression dans les compartiments, diminuant de l'ex;remité vers la racine.

L'appareil réalise alors un deuxième gradient de pression, dit gradient de pression statique.

L'intensité de la pression $cr>i$ toujours inférieure à 80 mm de Hg. La durée du traitement est d'environ 40 minutes. (Fig. 5).

• *Exercices physiques et respiratoires*

— Ils sont réalisés en position déclive.



Fig. 3

— Ce sont les classiques mouvements de griffe des orteils : de flexion, extension, rotation des chevilles, etc... (pompe cutanéoveineuse de Van der Molen).

Les exercices respiratoires, en produisant des pressions au niveau du canal thoracique et de la citerne de Pecquet, favorisent la circulation de la lymphe.

Le retour veineux est également amélioré par les exercices respiratoires.

⁹ *Prévention de l'œdème* [10]

Conseils d'hygiène de vie :

- éviter les bains de soleil.
- éviter les bains chauds.
- ne pas blesser le membre,
- position de repos en déclive,
- faire des exercices physiques appropriés,
- porter la contention élastique prescrite.

Dans la phase d'hospitalisation pré-opératoire (4-5 jours) : Le

patient est pris en charge deux fois par jours.

— en drainage lymphatique manuel suivi de pressothérapie et,

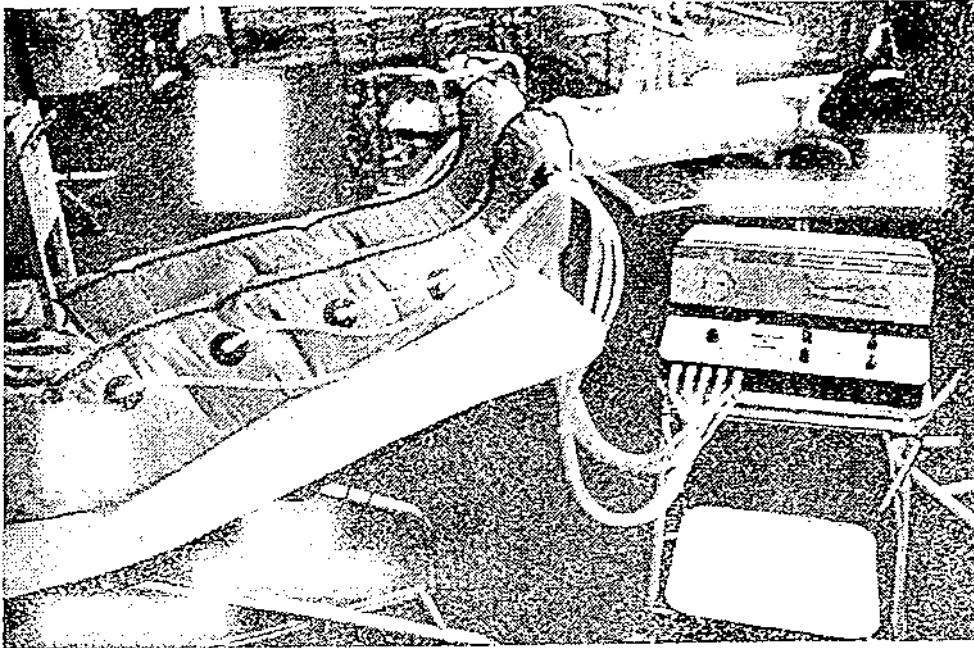


Fig. 4

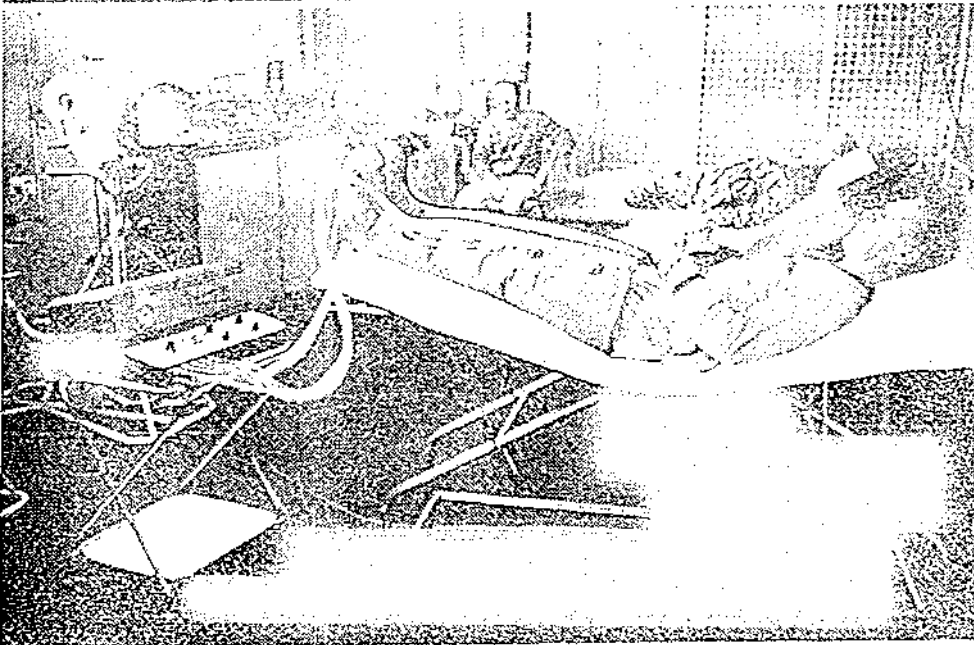


Fig. 5

—•d'exercices physiques et respiratoires.

Le traitement sera appliqué le matin même de l'intervention.

Phase post-opératoire

Dès la sortie du bloc opératoire, la pressothérapie est mise en œuvre de façon continue pendant 24 heures.

Ensuite, même procédure que pendant la phase pré-opératoire : Contention élastique par bandes, drainage lymphatique, pressothérapie, exercices physiques et respiratoires.

Après la sortie de clinique, le malade sera vu encore pendant 1 mois, à raison de 2 fois par semaine.

Résultats et discussions

La mise en œuvre systématique de cette procédure nous a permis de réduire considérablement les nécroses jambières cutanées, dans la chirurgie des perforantes, chez les malades présentant des lésions d'hypodermite.

Sur 96 interventions : (81 ligatures ponctuelles, 15 interventions extensives sous-aponévrotiques de type Felder), nous n'avons eu que deux retards de cicatrisation ayant nécessité une mise à plat chirurgicale.

Dans la chirurgie restauratrice de la voie profonde (interposition d'un segment veineux valvule, réparation valvulaire) au niveau de la veine fémorale ou poplitée (32 interventions;), la pressothérapie semble également réduire le risque de thrombose post opératoire [5].

Il nous paraît donc, que la kinésithérapie bien conduite, permet de proposer à la chirurgie, des malades jusque là récusés, avec un risque de complication post-opératoire, minime, et un résultat à long terme, satisfaisant.

RESUME

Le traitement chirurgical de l'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs, qu'il s'agisse de varices dites essentielles, ou de la maladie post phlébitique, présente un certain nombre de risques de thrombose veineuse et surtout de nécrose cutanée ou de désunion cicatricielle dans les interventions type Lindon ou Felder. Bénéficiant d'un recul moins important, la chirurgie restauratrice du réseau veineux profond, par réparation valvulaire ou interposition d'un segment valvule a également été proposée dans le traitement de la maladie post phlébitique. La préparation des malades, et les soins post opératoires, par une kinésithérapie spécifique associant le drainage lymphatique manuel, type Leduc, à de la pressothérapie, ont permis d'obtenir des résultats prometteurs.

PREVENTION OF VENOUS THROMBOSIS AND CUTANEOUS NECROSIS, USING PHYSICAL METHODS AND PRESSOTHERAPY IN THE SURGERY OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN THE LOWER LIMBS

The surgical treatment of chronic venous insufficiency in the lower limbs, whether it is a case of so-called 'essential' varices or of post-phlebotic disorders, presents a certain number of risks of venous thrombosis and especially of cutaneous necrosis or of cicatricial detachment in operations of the Lindon or Felder type. Given a less significant set-back, it has been suggested that restorative surgery of the deep venous network, valve repair or insertion of a valvulated section, should be used in the treatment of post-phlebotic illness. Promising results have been obtained through specific kinesitherapy, involving a Leduc type manual lymph drainage together with pressotherapy, in the preparation of patients and in post-operative follow-up care.

VORBEUGUNG DER VENENTHROMBOSEN UND DER HAUTNEKROSEN DURCH PHYSIKALISCHE METHODEN UND DIE KOMPRESSIONSTHERAPIE IN DER CHIRURGIE DER CHRONISCHEN VENENINSUFFIZIENZ DER UNTEREN EXTREMITÄTEN

Die chirurgische Behandlung der chronischen Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten stellt ein gewisses Risiko der Venenthrombose und vor allem der Hautnekrose oder der Narbentrennung bei den Eingriffen vom Typ Lindon oder Feldef dar, und zwar unabhängig davon, ob es sich um sog. essentielle Krampfaderen oder um das postphlebotische Syndrom handelt. Die Wiederherstellungschirurgie des tiefen Venennetzes durch Klappenreparatur oder Einschaltung eines Klappensegmentes, die aus einem weniger bedeutenden Rückblick Nutzen zieht, wurde ebenfalls bei der Behandlung des postphlebotischen Syndroms vorgeschlagen. Die Vorbereitung der Patienten und die postoperative Versorgung durch eine spezifische Kinesiotherapie, die die manuelle Lymphdrainage vom Typ Leduc mit der Kompressions-therapie kombiniert, haben gestattet versprechende Ergebnisse zu erhalten.