



# LES VARICES

& INFORMATIONS  
& CONSEILS  
destinés au patient

par le Dr Denis CRETON

# Dr Denis CRETON

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant Chef de Clinique à la Faculté  
Membre titulaire de la Société Française de Chirurgie Vasculaire  
Et de la Société Française de Phlébologie  
Membre fondateur de l'European Venous Forum  
Accrédité par la Haute Autorité de Santé

*Cette brochure est destinée à vous guider et à vous accompagner dans les différentes étapes de l'opération. Elle a pour objectif de vous expliquer ce qu'est la maladie veineuse, de répondre aux questions que vous vous posez au sujet de l'intervention et de vous donner des conseils utiles pour vous simplifier vos soins post-opératoires.*

## La maladie veineuse et son traitement

### GENERALITES

L'insuffisance veineuse est un trouble très répandu dans la population. Une enquête récente dans la population française a montré que **57 % des femmes et 26 % des hommes** **présentaient des troubles de la circulation veineuse**. La présence de varices a été retrouvée chez environ 14 %

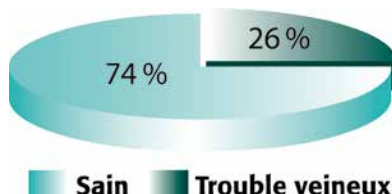
des hommes et 36 % des femmes suivis dans l'étude américaine dite "étude Framingham". Parmi les personnes présentant des varices, 85 % sont des femmes et 15 % seulement sont des hommes. La fréquence des varices augmente régulièrement avec l'âge. Elle augmente avec le nombre de grossesses. L'excès de poids induit un risque supplémentaire surtout chez la femme quand l'index de masse corporelle (qui se calcule en divisant le poids en Kg par le carré de la taille en mètre) est au-dessus de 27 Kg/m<sup>2</sup>. L'hérédité joue un rôle majeur dans l'apparition des varices (les enfants ont 90 % de risque d'avoir des varices lorsque les 2 parents ont déjà des varices). Lorsqu'un seul parent a des varices, les filles ont 62 % de risque

d'en avoir plus tard et les garçons 25 %. Enfin, la maladie variqueuse est une maladie congénitale et une maladie propre à nos sociétés industrielles à culture occidentale. Cette maladie génétique est aggravée par l'imprégnation hormonale chez la femme (variation avec les règles, pilule, grossesse, ménopause), par la station debout, la position assise, la chaleur, la constipation, l'alimentation pauvre en fibres, le manque d'activité physique. L'importance de la maladie veineuse dans la société a été illustrée par une enquête réalisée par la CNAM en 1982 : 700 opérations de varices sont réalisées en France par jour ! Actuellement la meilleure connaissance de la maladie et sa prise en charge plus précoce et plus efficace par les médecins a fait diminuer dans nos pays la fréquence des complications qui représentaient autrefois le stade ultime de la maladie (grosse jambe rouge, plaies variqueuses). Le coût de la maladie variqueuse sans les complications de phlébite est évalué à 30 millions d'euros et les toniques veineux à 5 % de la consommation pharmaceutique.

Troubles de la circulation veineuse chez la femme



Troubles de la circulation veineuse chez l'homme

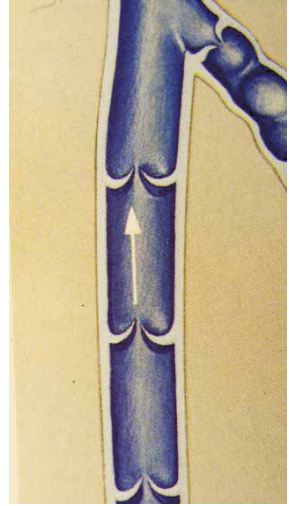


# I. ANATOMIE ET FONCTIONNEMENT DES VEINES DES MEMBRES INFÉRIEURS

*A la différence des artères qui emmènent le sang vers la périphérie et dont la maladie est l'artérite, le système veineux ramène le sang vers le cœur.*

*Il existe, au niveau des membres inférieurs, deux systèmes circulatoires veineux :*

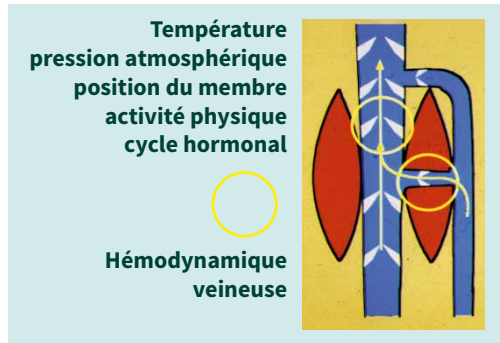
- l'un profond (contre les os et les muscles profonds), draine 90 % du sang veineux de la jambe (c'est ce réseau qui est atteint au moment des phlébites),
- l'autre superficiel (sous la peau), draine les 10 % restants (c'est ce réseau qui est responsable de l'apparition des varices et qui doit être opéré lorsqu'il devient variqueux).



Le courant sanguin veineux se fait normalement depuis le pied vers la cuisse et l'abdomen grâce, d'une part, à la tonicité de la paroi veineuse amplifiée par l'activité musculaire de la jambe et de la cuisse, et d'autre part, à la présence de VALVULES (clapets) qui empêchent le sang de redescendre vers le pied.

L'ensemble muscle et valvule veineuse forme ce qu'on appelle **une pompe motrice veino-musculaire** qui, à chaque contraction, chasse le sang dans le sens des valvules, c'est-à-dire des veines superficielles vers les veines profondes et de bas en haut dans chaque veine.

C'est pourquoi la contraction musculaire du mollet est le moteur de la circulation veineuse. Elle se met en route après le 5e pas (c'est pour cela que les mouvements de piétinement sont insuffisants pour soulager la lourdeur de jambe). Par contre la marche régulière est le meilleur moteur de la circulation veineuse.



La maladie variqueuse est due à l'inefficacité du système des valvules et à l'affaiblissement progressif de la paroi des veines superficielles. Il se produit alors, en position debout, une fuite de sang de haut en bas, de la profondeur du membre vers la surface, dans les veines superficielles qui se dilatent et se détruisent peu à peu pour devenir de véritables poches de sang : ce sont les varices au niveau desquelles il n'y a plus aucune circulation sanguine.

Le reflux de sang de haut en bas dans le système veineux de surface et cette stagnation de sang dans ces "lacs" veineux expliquent :

- les lourdeurs de jambes, crampes nocturnes, fourmillements, impatiences, démangeaisons,
- le gonflement des chevilles, les œdèmes de jambe,

- les troubles cutanés : eczéma et ulcères variqueux, plaques brunes et taches.
- la phlébite superficielle appelée aussi paraphlébite ou périphlébite, qui correspond à la thrombose (caillot de sang) d'une varice.

***Le fait d'enlever ces varices et de fermer les "fuites" ou perforantes ne peut qu'améliorer la circulation veineuse du membre, puisque ces varices, par les fuites qui les alimentent, en position debout, ne font que garder captif le sang qui ne circule absolument pas.***

## II. LES TRAITEMENTS

### LES MÉDICAMENTS (toniques veineux)

Les médicaments servent à soulager les symptômes de la maladie veineuse. Ils sont utiles au traitement ; ils tonifient la paroi veineuse et agissent aussi sur la micro-circulation de la peau. Ce sont souvent des extraits de produits naturels reconstitués (Marron d'Inde, Ginkgo Biloba, extraits de plantes, Ruscus, Rutine, Pépin de raisin blanc).

Ils agissent souvent bien sur l'ensemble des troubles occasionnés par les varices (lourdeur, fourmillements, impatiences, démangeaisons, crampes).

### LES COLLANTS, LES BAS ÉLASTIQUES ET LES BANDES

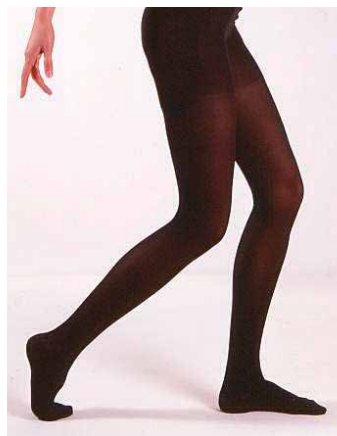


Ils compriment le membre et font disparaître l'œdème.

La compression est un complément très utile au traitement, surtout s'il existe, avant l'opération, des plaques dures sur la jambe.

La compression élastique comprime légèrement les veines dilatées, diminue la quantité de sang qui, sinon, a tendance à redescendre vers le pied.

C'est une façon artificielle de supprimer l'action néfaste des varices sur les tissus de la jambe.





C'est un moyen de traitement contraignant mais extrêmement efficace.

Après l'intervention, la compression élastique permet de réduire l'importance des hématomes et de faciliter la cicatrisation.

Même après une opération parfaitement réalisée, la maladie veineuse, maladie congénitale, étant toujours présente, le port d'une compression élastique permet de reporter l'apparition éventuelle d'autres varices.

## LA SCLÉROSE

a pour principe d'injecter dans la veine dilatée un produit irritant : il s'ensuit un spasme veineux puis, par l'inflammation un épaississement de la paroi qui évolue rapidement vers l'oblitération : la veine devient alors un cordon fibreux.



La microsclérose est une technique idéale pour le traitement des varicosités inesthétiques : petites formations variqueuses superficielles rouges ou bleutées, surtout à la face externe de la cuisse.

Actuellement l'injection de sclérosant sous forme de mousse augmente considérablement l'efficacité de la sclérothérapie surtout pour le traitement des gros troncs veineux.

Ses inconvénients essentiels sont la durée du traitement et la récurrence.

En effet, les scléroses, pour être efficaces et durables, doivent être répétées régulièrement.

Elles s'utilisent dans les petites varices diffuses quand il n'y a pas de sources variqueuses ou de varices en dessous.



## LA SCLÉROSE ÉCHO-GUIDÉE

Elle s'utilise pour la sclérose des veines variqueuses invisibles à l'examen, l'injection de produit sclérosant se fait alors sous contrôle échographique avec ou sans introduction d'un cathéter (sclérose échoguidée).

Cela permet d'injecter le produit sclérosant exactement sous forme liquide ou mieux sous forme de mousse en toute sécurité dans la varice, même si on ne la voit pas sous la peau.

C'est une technique très utilisée pendant une intervention chirurgicale pour fermer des varices ou des veines pathologiques inaccessibles par l'opération.



L'extrémité (le biseau) de l'aiguille est suivie sous échographies jusqu'à l'intérieur de la veine pathologique (petit point brillant au milieu du rond noir représentant la veine en coupe). Le produit sclérosant sous forme de mousse est bien visible à l'échographie. De cette façon, l'injection de produit sclérosant est parfaitement sécurisée.



## LE TRAITEMENT CHIRURGICAL



Le système veineux peut être comparé à un arbre orienté la tête en bas.

Les racines situées en haut sont parfois touchées.

Parfois, les troncs ou les grosses branches ou simplement les petites peuvent être touchés. Parfois, en l'absence de varices visibles, à l'extrémité des plus petites branches, les varicosités peuvent être comparées aux feuilles de l'arbre.

Le principe du traitement consiste à supprimer les varices et les voies de reflux anormales du sang veineux vers le réseau veineux superficiel.

- **LE TRONC DE LA GRANDE SAPHÈNE** est en cause dans la majorité des cas : la grande saphène naît à la cheville, monte le long de la face interne de la jambe, du genou et de la cuisse et se termine au niveau du pli de l'aîne, où elle se jette dans la veine fémorale.

- **LE TRONC DE LA PETITE SAPHÈNE** est en cause dans 15 % des cas. La petite saphène part du côté externe de la cheville et se termine dans le creux du genou.

- **LES BRANCHES SAPHÈNES** sont, elles aussi, souvent touchées par la maladie variqueuse.

- **LES VARICES ISOLÉES**, indépendantes des réseaux saphènes, peuvent être également touchées.

L'ensemble de ces veines superficielles drainant peu de sang quand elles sont saines (10 %), peuvent, a fortiori quand elles sont malades (varices, veines stagnantes, veines parasites) être supprimées sans problème puisqu'elles n'assurent plus aucune circulation sanguine.

Les veines profondes assurent normalement la circulation (90 %) à condition de ne pas être obturées par une fibrose, à la suite d'une phlébite, par exemple.

C'est une éventualité très rare dont l'étude se fait à l'écho-doppler et parfois par une radiographie des veines (phlébographie).

### III. LES POSSIBILITÉS OPÉRATOIRES

#### LA CROSSECTOMIE

consiste à débrancher la communication principale entre le réseau superficiel et le réseau profond au niveau du pli de l'aîne ou du creux du genou (racine de l'arbre).

Elle permet de fermer la fuite principale par une incision de quelques centimètres. Elle est peu souvent nécessaire.



#### L'EXTRACTION DU TRONC DE LA GRANDE SAPHÈNE ET QUELQUEFOIS DE LA PETITE SAPHÈNE

est réalisée par un geste appelé stripping qui doit être fait par invagination et non, comme autrefois, par télescopage qui était une technique beaucoup trop agressive.

Par deux petites incisions pratiquées à l'extrémité supérieure et inférieure de la saphène, on introduit dans la veine une tige semi-rigide.

La veine est fixée à l'extrémité de cette tige et extraite par invagination ou retournement (comme un doigt de gant).

Son avantage est d'être radicale, peu traumatique, et d'empêcher toute récurrence.

Aujourd'hui le stripping est fait à l'aide d'une grande tige métallique appelée "Pin-stripper" qui permet de retirer le tronc veineux par une petite incision de 2 mm.







## LA FERMETURE ET LA SUPPRESSION DU TRONC DE LA GRANDE OU DE LA PETITE SAPHÈNE

Ces techniques permettent de supprimer les troncs sans les enlever. Elles sont donc moins agressives mais nécessitent l'utilisation de matériels plus complexes. Elles consistent, comme le stripping, à supprimer le tronc qui alimente ou qui vidange les varices. C'est un geste qui est nécessaire moins d'une fois sur deux.

### 1/LA CRYOCONGÉLATION

Elle consistait, à l'aide d'une sonde souple introduite dans la veine, à congeler celle-ci sur toute sa longueur. Son inconvénient majeur était la récurrence, du fait de la reperméabilisation de la saphène. Elle n'est plus utilisée.

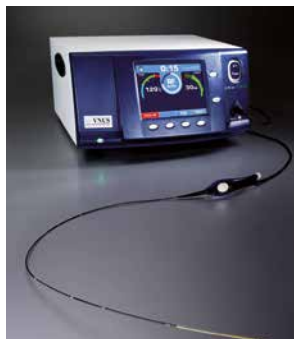


Son extrémité présente un élément chauffant de 7 cm utilisant la radiofréquence. Le tronc est chauffé par portion de 7 cm de haut en bas sous contrôle échographique peropératoire. Son extrémité lumineuse permet de le suivre par transparence sous la peau.

### 2/L'OBLITÉRATION VEINEUSE PAR RADIOFRÉQUENCE

Closure est un traitement endovasculaire du tronc de la veine saphène.

Par une mini-incision sous le genou ou par ponction, la sonde Closure est montée dans la veine jusqu'à l'aïne.



Sous l'effet de cette chaleur dont l'induction est rigoureusement contrôlée par ordinateur, la paroi s'épaissit de 98 % et la lumière veineuse se ferme complètement.



Le tronc veineux traité, totalement oblitéré, reste visible sur l'écran de l'échographe pour disparaître complètement au bout de 6 mois.

Les suites pendant les premières semaines sont beaucoup plus légères qu'avec le stripping classique.



La procédure est souvent totalement indolore sur son trajet au niveau de la cuisse.

#### 4/ LA THERMO-OBLITÉRATION PAR CELON



Un autre matériel (Celon), plus récent, utilisant la radiofréquence existe actuellement.

Il est plus simple et plus rapide, mais un peu moins fiable car il n'y a pas de rétro contrôle. Il est peu diffusé en France.



#### 4/ LA THERMO-OBLITÉRATION PAR LASER



utilise une sonde laser introduite dans le tronc saphène par ponction sous le genou.



Des flashes de lumière laser sont appliqués tout au long du tronc veineux. La brûlure interne de la veine aboutit

à son oblitération. C'est une technique qui n'est aussi réalisable que dans certaines conditions anatomiques. Cette procédure est plus simple et plus rapide mais aussi techniquement moins contrôlée. Elle est souvent assez douloureuse



sur son trajet au niveau de la cuisse, surtout à partir du 3e ou 4e jour et dure parfois plus d'une semaine.



Cela nécessite souvent la prise d'anti-inflammatoire.

#### 5/ LA THERMO-OBLITÉRATION PAR VAPEUR (SVS)

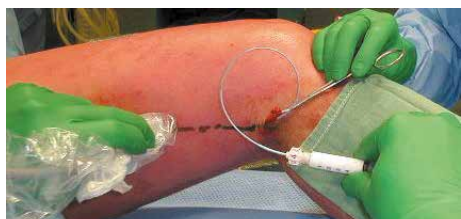
utilise les propriétés thermiques de la vapeur pour chauffer le tronc veineux par l'intérieur et obtenir la destruction de sa paroi par fibrose. La vapeur est produite dans un générateur et propulsée à l'extrémité d'un cathéter souple. Des micro pulses de vapeur sont injectés tous les 5 mm latéralement à l'extrémité d'un cathéter introduit dans le tronc veineux. C'est une technique "écologique" puisqu'elle n'utilise aucun produit chimique mais simplement de la vapeur d'eau.

Elle n'est utilisable aussi que dans certaine condition anatomique de la veine car il faut pouvoir faire passer le cathéter dans la veine à traiter.



#### 6/ LA SCLÉROSE À LA MOUSSE SUR CATHÉTER

utilise les propriétés de la mousse de sclérosant pour traiter tout un tronc veineux pathologique en introduisant la mousse par un long cathéter qui est guidé dans le tronc à fermer sous contrôle échodoppler. Cette technique est réalisée avec une toute petite anesthésie du point de ponction ou pendant une intervention. Elle est un



peu moins efficace que les autres et nécessite parfois une sclérose écho-guidée en cabinet de consultation indolore mais par contre elle est parfaitement indolore et laisse très peu de traces après l'opération.

Elle n'est aussi utilisable que dans certaines conditions anatomiques.

## 7/ LE CLARIVEIN™ OU MECHANOCHEMICAL ENDOVENOUS ABLATION (MOCA)



est un cathéter motorisé avec lequel on irrite l'intérieur de la veine par l'action d'une brosse rotative tout en injectant du produit sclérosant. Totalement indolore sans anesthésie locale il ne peut être utilisée que dans



certaines circonstances anatomiques.

## 8/ LE SAPHEON VENASEAL™

utilise une sorte de « superglue » pour coller et fermer la paroi du tronc veineux. Les gouttes de colles sont injectées à l'extrémité du cathéter lors du retrait de celui-ci. Totalement indolore sans anesthésie locale il ne peut être utilisée que dans certaines circonstances anatomiques.



Elle est par ailleurs très peu utilisée en France du fait de son prix.

Comme Closure, **ces techniques ne servent pas à retirer les varices**, elles permettent de fermer et de faire disparaître des troncs veineux pathologiques qui remplissent les varices.

La technique qui assure le meilleur compromis entre efficacité et traumatisme est Closure, c'est aussi celle qui est la plus précise, la moins douloureuse et la plus contrôlée. Le laser est un peu plus traumatisant, très efficace, un peu plus douloureux la semaine suivante. Une bonne connaissance des avantages et des inconvénients de chacune est nécessaire pour prendre la bonne décision. Cela nécessite un bilan anatomique écho-doppler très précis et un repérage échographique permanent pendant l'intervention.



Plusieurs appareils sont actuellement à notre disposition pour détruire les troncs saphène par des procédés utilisant la chaleur (de haut en bas sur la photo) :



- le générateur radiofréquence "Celon" (encore peu commercialisé)
- le générateur radiofréquence "VNUS Closure" (utilisé depuis 1998)
- le générateur de vapeur hyperbare "SVS"
- le générateur "Laser" (utilisé sous de nombreuses formes depuis 10 ans).

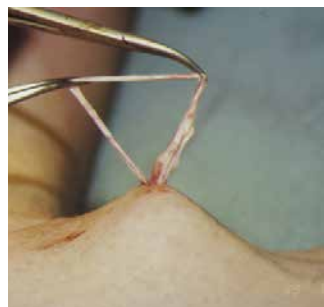
Après ces techniques, il est nécessaire de faire un contrôle par écho-doppler dans la semaine suivant l'opération. Pour une bonne organisation, il est bon de prévoir un rendez-vous 2 à 8 jours après l'intervention chez le médecin qui vous a envoyé.

## LES PHLÉBECTOMIES SUPERFICIELLES ou PHLÉBECTOMIES AMBULATOIRES



C'est la seule partie de l'intervention qui retire les varices. Les phlébectomies sont indispensables et réalisées systématiquement. Elles consistent à enlever avec des petits crochets, par de multiples incisions de 1 ou 2 mm faites par une

petite pointe de bistouri ou par une simple aiguille, l'ensemble des veines variqueuses visibles sous la peau. Le nombre moyen d'incisions est d'une vingtaine par intervention. La cicatrisation de ces micro-incisions est très esthétique. La disparition de ces varices est définitive. L'intervention laisse très peu de traces comme le montre cette vue réalisée à la fin de l'opération. Les petites ecchymoses (bleus) disparaissent en quelques semaines.



## LA PHLÉBECTOMIE TRI-VEX

est une technique qui remplace la phlébectomie. A l'aide d'une petite sonde rigide motorisée introduite sous la peau, les varices sont sectionnées, fractionnées et aspirées. Le repérage des varices s'effectue par transillumination en plaçant une petite source lumineuse sous la peau. C'est une technique plus traumatisante et plus douloureuse que la phlébectomie superficielle et qui entraîne de nombreux hématomes. Elle ne peut se réaliser que sous anesthésie générale. Elle n'est indiquée que pour de très grandes surfaces de varices quand ni l'esthétique ni le confort ne sont une priorité.



## LA SCLÉROSE PEROPÉRATOIRE

permet pendant une opération de fermer une varice ou une veine malade inaccessible. En effet, certaines veines malades ne sont accessibles chirurgicalement que par des ouvertures traumatisantes ; dans ce cas, une injection de produit sclérosant permet d'atteindre, pour les fermer et les faire disparaître, ces veines sans ouverture cutanée.





## L'ENDOSCOPIE SOUS-FASCIALE



est une technique qui permet de couper les communications anormales entre les veines profondes et les varices superficielles en passant un tube dans la jambe par une petite incision (comme une coéloscopie). Elle s'effectue sous anesthésie générale. Il n'y a qu'une seule incision de 2 cm sur le haut de la jambe. Cette technique concerne la maladie variqueuse compliquée de plaques dures, de taches brunes ou de plaie variqueuse cicatrisée.

## L'EMBOLISATION DES VARICES PELVIENNES



permet de traiter les veines pelviennes qui refluent vers la cuisse.

Ces varices de l'appareil gynécologique, parfois développées chez certaines femmes, surtout après plusieurs grossesses, ont tendance à descendre avec la pesanteur pour apparaître à la face interne des cuisses.

Ces varices peuvent être entièrement responsables de la totalité des varices du membre. L'embolisation est très efficace chez les femmes en activité génitale qui présentent des douleurs dans le bas-ventre ou sur le trajet des varices avant ou au début des règles, et qui ont des douleurs persistantes dans le bas-ventre à la fin ou après les rapports sexuels.

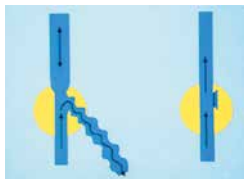


L'embolisation des varices pelviennes permet de faire disparaître ces douleurs dans 85 % des cas. L'exploration de ces veines s'effectue en introduisant une petite sonde dans le système veineux par une simple piqûre comme une prise de sang au niveau de l'aîne. Lorsque la veine responsable est reconnue, elle est fermée par l'intérieur à l'aide de petites spires métalliques. Ce geste peu douloureux, réalisé dans une salle de radiologie, ne nécessite pas d'anesthésie.

## LA MÉTHODE CONSERVATRICE DE CHIVA

est une méthode peu utilisée. Elle consiste à supprimer les points de fuite situés en haut des varices du membre en conservant des communications fonctionnelles vers le système profond situé plus bas sur le membre, de façon à assurer la vidange des varices. L'avantage est "écologique" (conservation possible de certaines veines variqueuses superficielles). Les inconvénients sont la récurrence, le résultat incomplet inesthétique qui nécessite des traitements complémentaires.

## LA MÉTHODE ASVAL



est une méthode d'exérèse qui privilégie l'ablation sélective des varices. Elle consiste à rechercher les endroits où la ma-

ladie (reflux, dilatation) est encore réversible. De fait, la suppression d'une branche malade (incontinente) permet souvent de restaurer la fonction du tronc auquel elle est connectée. Dans ces cas quelques phlébectomies pour enlever des varices permettent parfois de faire disparaître une dilatation ou un reflux sur le tronc. C'est une façon peu agressive de faire fonctionner un segment veineux incontinente. Cette méthode n'est malheureusement applicable que dans quelques cas et souvent au début de la maladie, elle nécessite une prise en charge régulière des patients.

Elle impose de faire des examens hémodynamiques écho-doppler très précis avant l'opération.



## LA CHIRURGIE DE LA RÉCIDIVE

La récurrence de varice est parfois induite par de nouvelles communications variqueuses entre la veine profonde et la veine superficielle au niveau de l'aïne ou du creux du genou. Il est alors nécessaire de faire une nouvelle incision au voisinage de celle de l'ancienne crossectomie ou de faire un autre stripping sur une autre collatérale saphène devenue variqueuse.

Le traitement des récurrences impose toujours d'associer plusieurs techniques : phlebectomies, traitement endovasculaire des troncs résiduels par radiofréquence ou laser, sclérose peropératoire.

La récurrence peut être alimentée par une perforante, c'est-à-dire une communication anormale entre le système veineux et les varices



superficielles au niveau de la cuisse. Dans ce cas, la technique idéale est de mettre en place des petites spires métalliques qui permettent d'obstruer la perforante. Ces petites spires métalliques sont introduites par cathétérisme avec une simple ponction au niveau du pli de l'aïne. Une fois que la perforante est "fermée" par l'intérieur,

il est alors plus facile de faire l'ablation des varices et de scléroser la partie intermédiaire au niveau des varices qui ne sont plus remplies par la perforante.



Photo Pascal Andrieux

### **La stratégie opératoire nécessite une bonne connaissance de l'échographie**

Ces différentes parties chirurgicales

seront choisies et associées dans une seule intervention adaptée à votre type de maladie variqueuse. C'est la raison pour laquelle, avant l'opération, il est indispensable de réaliser un plan de votre système veineux (cartographie) à l'aide d'un appareil d'écho-doppler qui permet de voir les varices et le sens de circula-

tion veineuse anormal dans vos varices.

Ce bilan veineux nécessite l'utilisation d'un appareil d'échographie très performant et régulièrement mis à jour. De la précision de cet examen dépendra la précision du choix opératoire.

L'intervention ne doit retirer que les varices, c'est-à-dire les branches malades et les portions malades du tronc principal (saphène).

Le tronc complet de la saphène ne sera retiré que si le tronc est malade sur toute sa longueur (5 % des cas).



## IV. L'ANESTHÉSIE

### Quels sont les risques de l'anesthésie générale ?

Le risque lié à l'anesthésie dans le cadre du risque opératoire est difficile à chiffrer. Il est très faible. L'enquête de l'INSERM faite sur 198 103 anesthésies générales réalisées en France (de 1978 à 1982) établissait ce risque à 4/10000. Au Canada, les risques pour une personne en bonne santé de mourir à cause d'une complication de l'anesthésie sont probablement de 1/200 000 à 1/400 000. Un relevé fait par la Société Française d'Anesthésie réanimation concernant 8 millions d'anesthésies entre 1996 et 1997 a chiffré ce risque entre 1 et 3 pour 10 000. Le risque de l'anesthésie locale est par contre quasiment inexistant.

Ceci est très important car si retirer à l'aveugle une portion veineuse saine est un geste inutile, c'est aussi un geste néfaste du point de vue esthétique (cela peut faire apparaître des varicosités de voisinage). Cet examen permet donc de réaliser une intervention parfaitement sur mesure en évitant de retirer des veines fonctionnelles saines ou des portions de saphène fonctionnelles.

On appelle cette façon de faire **chirurgie conservatrice** car elle conserve les portions fonctionnelles du système veineux superficiel et elle restaure parfois une meilleure fonction sur les portions saines qui étaient dilatées à cause des varices.

**L'important c'est ce qu'on laisse comme système veineux et non ce qu'on retire !**

Le but est de retirer le minimum tout en conservant un résultat maximum. L'utilisation de l'échographie pendant l'opération nécessite des appareils portables. L'échographie peropératoire est de plus en plus souvent indispensable pour contrôler avec précision l'utilisation du laser, de la radiofréquence, de la sclérothérapie à la mousse ou simplement de l'anesthésie locale.



L'anesthésie locale par tumescence est l'anesthésie la plus intéressante. Elle consiste à injecter sous la peau des volumes importants de liquide de tumescence mais contenant très peu de produit anesthésique. C'est une anesthésie qu'on pourrait appeler "homéopathique" ou "mécanique" car elle contient très peu de produit médicamenteux. Cette anesthésie est la plus longue à réaliser mais c'est celle qui vous donne le meilleur confort après l'opération.

Les ecchymoses (bleus), les hématomes sont très peu fréquents. Avec ce type d'anesthésie vous pouvez rentrer chez vous quelques heures après l'opération car la douleur est très peu importante.

L'anesthésie locale tumescence est le type d'anesthésie qui permet au chirurgien d'effectuer l'opération dans les conditions optimales d'efficacité (saignement minimum, geste atraumatique, positionnement idéal du membre opéré pendant l'opération) et d'assurer aux patients les meilleures garanties d'efficacité. Ce type d'anesthésie est donc faite par le chirurgien lui-même avec de toutes petites aiguilles le long des varices avant de commencer l'opération. Les piqûres réalisées avec de très petites aiguilles sont très peu douloureuses. L'anesthésie est souvent faite sous contrôle échographique ce qui la rend très précise et particulièrement efficace.

Pendant l'opération vous êtes installé sous un drap (champ) avec la jambe opérée qui sort au-dessus par un trou.



**Pour les patients anxieux**, des médicaments spécifiques peuvent être administrés pendant l'intervention dans une perfusion mise en place par le médecin anesthésiste.

**Pour les patients non anxieux**, ceux qui savent maîtriser leurs émotions, ceux qui ne veulent pas avoir de calmants ou de tranquillisants, ceux qui veulent reprendre leurs activités dans l'après-midi et quitter la clinique immédiatement après l'opération, l'intervention peut être faite sans perfusion de tranquillisants, avec simplement l'anesthésie locale tumescence sur le trajet des varices. Dans ce cas, il faut prendre un bon petit déjeuner avant d'arriver à la clinique. Il n'est pas nécessaire de rentrer à 7 h 30 à la clinique, comme votre intervention aura lieu en deuxième partie de matinée mon assistante vous fera entrer plus tard en fonction du planning.

*Comment savoir si vous avez besoin d'une perfusion de tranquillisant ou d'anxiolytique ?* L'anesthésie locale s'effectue par des petites piqûres qui ressemblent (au dire des patients) à des séances d'épilation, à des scléroses de varices faites au cabinet et sont beaucoup moins douloureuses qu'une séance de tatouage. Beaucoup de patients ne les sentent pas.

**Dans mon activité, on ne fait JAMAIS D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE NI DE PÉRIDURALE, vous ne serez donc JAMAIS ENDORMIS. Toutes les interventions sont réalisées en anesthésie locale avec ou sans perfusion de relaxant (faites par le médecin anesthésiste).**

## En résumé :

J'effectue moi-même l'anesthésie locale sur les varices. L'intervention se déroule de 2 façons différentes :

- 1) La première façon consiste à voir le médecin anesthésiste en consultation à la clinique avant l'intervention, à entrer à la clinique à 7 h 30, à être à jeun. Pendant l'opération le médecin anesthésiste vous met une perfusion avec des tranquillisants le temps de l'opération. Vous sortez de la clinique 3 h après, avec parfois l'inconvénient d'avoir des nausées, des maux de tête et parfois une fatigue qui peut durer quelques jours.
- 2) La deuxième façon consiste à entrer à la clinique plus tard sans être à jeun et à sortir immédiatement après l'opération. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'être à jeun (vous pouvez boire et manger, prendre un petit déjeuner le matin avant d'arriver). Cette façon de faire ne convient pas aux personnes émotives ou trop nerveuses.

Il existe d'autres types d'anesthésies comme l'anesthésie générale, la péridurale ou la rachianesthésie mais ces anesthésies n'ont aucun intérêt dans la chirurgie des varices. Elles présentent des risques particuliers, sont mal utilisables en ambulatoire et ne permettent pas de se lever après l'opération et surtout augmentent le risque de faire des phlébites.

Il n'est pas toujours possible de réaliser une intervention sur les deux jambes le même jour car les injections de produits d'anesthésie locale dépasseraient le maximum toxique. Il faut donc attendre environ 24 heures pour que la première dose de produit soit "digérée" par l'organisme avant de pouvoir réinjecter une deuxième dose pour la deuxième opération. L'intervention sur la 2e jambe doit être réalisée un autre jour, éventuellement le lendemain.

Pour bénéficier de la présence de l'anesthésiste et de tranquillisant pendant l'intervention, la consultation auprès d'un médecin anesthésiste de la clinique est obligatoire dans la semaine ou les 2 mois précédant l'opération.

La législation interdit que cette consultation ait lieu le jour de votre arrivée à la clinique.

## V. LE SÉJOUR AU CENTRE CHIRURGICAL

Votre intervention sera réalisée en salle d'opération. Elle dure environ une petite heure car le geste opératoire est entouré d'une préparation assez longue.

- L'opération est réalisée en ambulatoire. Vous entrez le matin de l'opération, vous resterez la journée en secteur ambulatoire. Les entrées se font entre 7 h 30 et 11 h, en fonction du mode d'anesthésie et du planning opératoire qui est fait la veille de l'opération. Mon assistante vous appellera la veille pour vous indiquer votre heure d'arrivée, calculée pour diminuer au mieux votre attente. (À cet égard, il est bon que vous laissiez dans votre dossier un n° de téléphone muni d'un répondeur.)
- Si vous avez choisi l'anesthésie locale simple sans perfusion de tranquillisant vous passerez en moyenne 4 h à la clinique. Même si votre opération ne dure qu'une demi-heure, l'attente due à l'organisation administrative est inévitable. Si vous avez choisi l'anesthésie locale avec une perfusion de tranquillisant vous passerez au moins 3 h de plus. Vous entrerez à 7 h 30 et sortirez entre 14 h et 15 h.
- Certaines circonstances particulières imposent parfois que vous soyez hospitalisé la nuit après votre opération.

## VI. LES SUITES DE L'INTERVENTION

Après l'opération le membre sera enfermé dans deux types de pansements dont le choix dépend du type de varices et du type d'opération effectuée.

- **Soit deux collants ou deux bas élastiques** de contention classe 2 seront mis sur le membre, l'un sur l'autre, laissés en place pendant 1 ou 2 jours. Pour les patients qui ont choisi le collant, il faut penser à apporter le jour de l'opération culotte ou slip munis de protège-slips.

**En cas de douleurs nocturnes, en position allongée (brûlure du talon, sensation d'aiguille dans le talon), il faut enlever impérativement pour la nuit le premier bas ou collant superficiel (même la 1re nuit).**

Les bas ou collants sont souvent tachés de sang pendant la première journée après l'opération, sans que cela entraîne un inconvénient pour votre santé. Pour cela il est préférable de se munir de collants noirs. L'aspect esthétique est meilleur avec un collant noir qu'avec un collant beige ou gris. Il est possible de vous munir d'un collant ou d'une paire de bas ou de deux collants

de couleurs différentes pourvu que se soit de la même marque et de la même taille.

Il est indispensable que la taille soit bien choisie, un collant de trop grande taille est très mal supporté à cause des plis fréquemment situés derrière le genou qui réalisent un triple anneau de compression pouvant blesser la peau. Au 2e jour, il faut ôter les deux bas ou collants, prendre une douche légère pour nettoyer la jambe, et remettre un seul collant du matin au soir pour la position debout.

Il n'est pas nécessaire de mouiller le collant pour l'enlever, les micro-incisions sont protégées par de petites bandelettes collantes. Attention, l'aspect de la jambe avec les hématomes peut être, parfois, impressionnant.





• **Soit un pansement compressif élastique** collé au niveau de la cuisse et au niveau du pied. Des bandes élastiques sont enroulées par-dessus et vous sortirez avec l'ensemble pansement élastique collé + bandes élastiques. Ce type de pansement est indiqué pour les endoscopies sous-fasciales et pour les patients qui présentent des varices avec des complications cutanées. Ces patients sont souvent des patients qui portent déjà des bandes avant l'intervention. Le pansement élastique collé sera enlevé avec le pansement de l'aîne 2 jours après l'opération. Il n'y a aucun fil à enlever.

La bande élastique bien serrée au-dessus du pansement élastique collé doit vous permettre, dès le premier jour, d'être debout, de marcher sans restriction et sans inconvénient pour le résultat de l'opération.

Bien serrée, elle vous assure un confort en position debout durant toute la journée, par contre elle devient insupportable jambe surélevée en position couchée pour la nuit.

Il est alors nécessaire de l'ôter sous peine d'avoir des douleurs au niveau du pied.

La bande élastique mise tous les matins au lever et enlevée le soir au coucher sera portée pendant plusieurs semaines après l'opération. On peut se lever la nuit quelques minutes sans mettre la bande. Elle doit être fortement serrée, c'est-à-dire dès l'enroulement du pied et de la cheville pour être efficace. Durant les 2 jours qui suivent l'opération, la gêne est souvent importante.

#### *Combien de temps doit on porter la compression élastique postopératoire par bas ou collants ?*

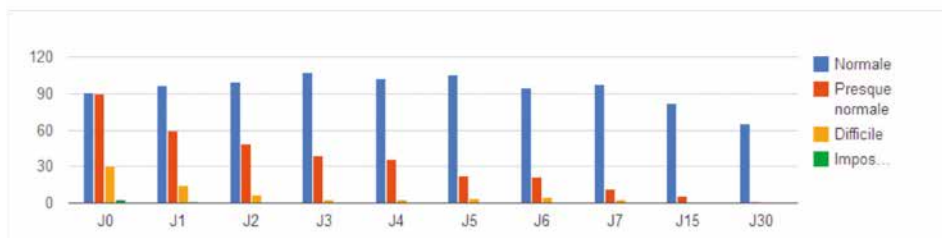
Certaines études ont montré que le port de la compression pendant 6 mois permettait encore d'améliorer les résultats à long terme. D'autres études ont montré que 2 jours étaient suffisants !!

En fait, pour le bénéfice de l'intervention, il semble qu'une semaine soit suffisant.

Pour le confort, il est souvent agréable de la porter plus longtemps et pour la prévention de la maladie veineuse, il serait intéressant de la porter tout le temps.

Le mieux pour un bénéfice maximum de votre intervention est de la porter une semaine et de faire ensuite comme vous sentez en fonction de la température, de vos activités et de vos habitudes.

Vous pouvez, dès le lendemain de l'opération, reprendre une activité la plus normale possible. Sur 295 patients consécutifs interrogés, 86 % avaient jugé leur activité normale ou presque déjà le jour d'opération. <sup>(1)</sup>



**Evaluation par le patient de son niveau d'activité en postopératoire**

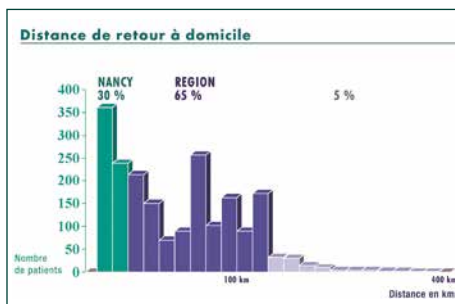


Pendant une semaine, vous pourrez avoir en fonction du type d'opération et de vos risques personnels des piqûres de **LOVENOX** ou d'**INNHOEP** qu'on appelle Héparine de bas poids moléculaire, à faire ou à faire faire tous les jours à heure fixe. Il s'agit d'un médicament qui protège très efficacement contre le risque de phlébite et d'embolie. Avec certains médicaments, il est parfois nécessaire de faire effectuer par votre médecin traitant un contrôle du taux des plaquettes qui se mesure par une simple prise de sang et qui ne nécessite pas d'être à jeun.

Pour la qualité esthétique des cicatrices, il est important de ne pas prendre de bain pendant les deux semaines qui suivent l'opération.

Les douches sont autorisées le 2<sup>e</sup> jour quand les deux collants sont retirés. Il peut y avoir, sur les mini-cicatrices, des petites croûtes hérissées ressemblant à des poils ou à des morceaux de fils qui sortiraient de la cicatrice : ce ne sont pas des fils. Comme toutes les croûtes cicatricielles, il ne faut pas les arracher, mais simplement les couper au ras de la peau au moyen d'une paire de ciseaux, ou attendre qu'elles tombent toutes seules.

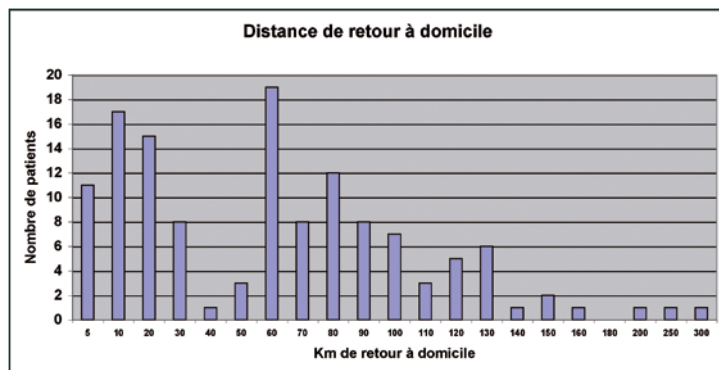
Pour tout patient opéré sous anesthésie locale avec une perfusion de tranquillisant par le médecin anesthésiste, **la législation impose d'être accompagné pour quitter la Clinique**, de le rester pendant 24 heures, et d'avoir le téléphone à domicile. Il est aussi interdit de conduire, d'exercer des activités dangereuses, de signer des documents importants pendant 24 heures. Si vous n'avez pas eu de perfusion de tranquillisant pendant l'intervention. La



conduite automobile est autorisée au sortir de l'opération. Il n'y a pas de contre-indication médicamenteuse à la conduite automobile car vous n'aurez aucune injection de drogue, moyennant quoi vous aurez conservé intacte votre vigilance. Il faut néanmoins rester maître de son véhicule et ne pas se laisser distraire par des petits saignements qui surviennent habituellement au niveau des deux bas élastiques, il ne faudrait pas non plus, se sentir mal à la vue de taches de sang sur les bas élastiques ou sur le pantalon. Etre accompagné est bien sûr toujours plus rassurant.

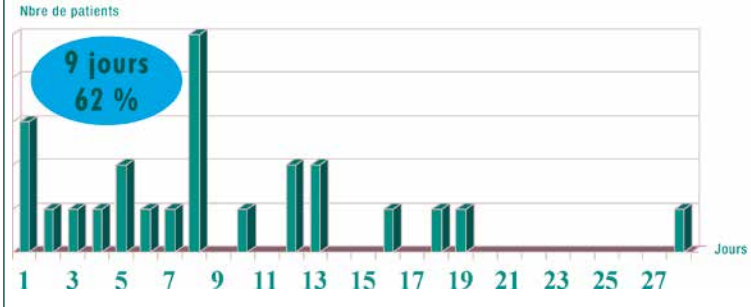
Le fait d'habiter loin n'est pas un inconvénient. Déjà en 1992, parmi 1 500 patients opérés, 95 % avaient quitté la clinique le jour d'opération pour rejoindre leurs domiciles situés jusqu'à 100 km autour de Nancy <sup>(2)</sup>.

En 2009, l'ensemble des patients opérés en ambulatoire sous anesthésie locale sans sédation intraveineuse venait de 22 départements français différents. Parmi 130 patients étudiés, 21 % habitaient à plus de 100 Km, 39 % habitaient à Nancy ou la proche banlieue et 40 % dans la région.



Les sports sont autorisés dès les premières semaines (sauf la piscine : 15 à 21 jours) dans la mesure où leur pratique n'est pas douloureuse.

## Durée de l'arrêt de travail



Si vous le souhaitez, **la reprise de travail est possible médicalement dès le jour de l'opération ou quelques jours après l'opération** à condition de pouvoir adapter votre métier à l'état physique de votre jambe. Si vous n'avez pas eu de perfusion ni de tranquillisant pendant l'opération, vous serez comme à votre arrivée (ni fatigué ni endormi) avec très peu de douleur (surtout si vous avez eu un traitement endovasculaire type radiofréquence). Vous serez surtout gêné par le double bas qui est parfois inconfortable. Sur une enquête personnelle concernant des patients opérés avec perfusion de tranquillisant, 62 % des patients avaient pris moins de 8 jours d'arrêt de travail, et 77 % moins de 15 jours<sup>(3)</sup>. Aujourd'hui, un patient qui vient se faire opérer comme il va "chez son dentiste", c'est-à-dire sans être à jeun, qui n'a pas de perfusion de sédatif ni de tranquillisant pendant l'intervention et qui quitte la clinique après l'opération, peut reprendre son travail immédiatement.

Parmi 215 patients opérés en 2009 sous anesthésie locale pure sans sédatifs intraveineux, la moitié des patients avait repris le travail le lendemain et les autres en moyenne 10 jours après<sup>(4)</sup>.

Dès la sortie de clinique, votre médecin a déjà reçu une lettre, ainsi que le compte-rendu opératoire. Si quelque chose vous trouble dans l'évolution postopératoire, n'hésitez pas à le consulter ou à me contacter à la clinique. On me communiquera votre numéro afin que je vous rappelle à votre domicile.

Une surveillance par Internet nous permet de garder le contact à votre sortie de clinique. Grâce à votre adresse mail vous recevrez un identifiant et un mot de passe pour vous connecter à un site dédié et sécurisé « **QUALIVEIN** ». Vous aurez un court questionnaire à remplir tous les jours pendant 8 jours. Cela nous permet de surveiller à distance la bonne évolution de votre opération.

<sup>(1)</sup> Creton D., Creton O. La compression après la chirurgie des varices. *Phlébologie* 2014 ; 67:2

<sup>(2)</sup> Creton D. Study of the limits of local anesthesia in one day surgery in the case of 1500 strippings of the great saphenous vein. *Ambulatory Surgery* 1993 ; 1:132-125

<sup>(3)</sup> Creton D., Albuissou E., Kohler F. La douleur dans la chirurgie des varices. *Phlébologie* 2005 ; 58-69-76

<sup>(4)</sup> Creton D., Réa B., Pittaluga P., Chastanet S., Allaert FA. Evaluation of pain in varicose vein surgery under tumescent local anesthesia using sodium bicarbonate as excipient without any intravenous sedation. *Phlebologie* 2012 ; 27:368-73

Pour en savoir plus : [www.veinsurg.com](http://www.veinsurg.com)

## VII. L'APRÈS OPÉRATION

Le traitement de la maladie variqueuse ne s'arrête pas à la sortie de la clinique : dans les années qui suivent l'intervention chirurgicale, **une surveillance régulière de votre état veineux** s'impose pour éviter la réapparition de varices.

En effet, si les varices ôtées chirurgicalement ne peuvent réapparaître, d'autres veines peuvent, en revanche, se transformer en varices au fil des années et nécessiter de petites interventions locales afin de les enlever (sans hospitalisation). C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de surveiller votre état veineux même plusieurs années après l'opération.

Laisser en place des veines malades sans les soigner, expose les veines saines à être contaminées par la maladie. Cette surveillance se fait par la sclérose qui fait disparaître régulièrement les varices qui apparaissent.

Aucune intervention ne peut garantir une guérison définitive. Une intervention la mieux réalisée remet le système veineux en parfait équilibre.

**Le port de la compression élastique est la meilleure prévention pour l'avenir.** Il n'y a pas d'accoutumance au port de la compression élastique.

L'idéal est de profiter de l'opération pour intégrer le port de collants, de bas ou simplement de chaussettes à varices dans votre vie de tous les jours en en achetant tous les ans à l'automne pour les mois d'hiver.

Quelques heures par semaine ou par jour sont déjà une prévention pour l'avenir.

En fait, le port de la compression élastique (bas ou collant) repousse, dans le temps, les varices qui sont inscrites dans votre histoire et qui devraient arriver dans l'avenir.

La compression médicalement la plus efficace est la chaussette (sous le genou).

Les femmes qui portent des jupes préfèrent les bas qui montent en haut de la cuisse ou les collants mais la chaussette est médicalement suffisante.

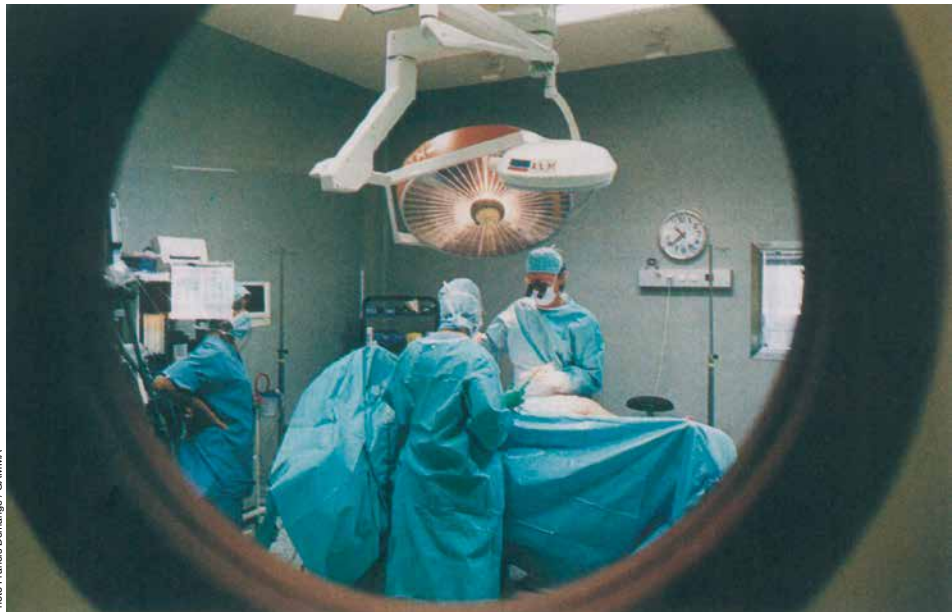


Photo Francis Demange / GAMMA

## UN CERTAIN NOMBRE DE PRÉCAUTIONS VOUS PERMETTENT DE PROTÉGER VOTRE CIRCULATION VEINEUSE.



- Eviter la station debout prolongée et la position assise, jambes croisées (changer souvent le sens de croisement)
- **Porter une contention élastique** pendant les longs voyages en position assise, (bus, voiture) et surtout **pendant les voyages en avion**, car l'altitude aggrave les varices. La pressurisation n'est jamais complète, la sécheresse de l'air ainsi que la prise de boissons alcoolisées aggravent la déshydratation. Pendant un voyage long courrier en avion, le port de chaussettes, de bas ou de collants de classe 2 est indispensable quelle que soit la saison ou la destination. Vous pouvez les enlever dès l'arrivée à l'aéroport. Pour activer la circulation, il faut penser à se lever et marcher (dans la mesure où on peut) et faire des mouvements de pieds (flexion extension de la cheville) ou des contractions des orteils.
- Surélever les jambes dès que vous êtes assis ou couché.
- Surélever les pieds du lit de 8 cm.
- Remuer régulièrement les pieds ou les orteils quand vous êtes assis pour activer la circulation veineuse.
- Eviter les **sports** imposant des efforts importants surtout en position statique ou qui secouent brutalement les jambes (tennis, football, aérobic, squash, step...), leur préférer la natation, le jogging, la marche, le cyclisme.
- Eviter la prise de **pilules contraceptives** fortement dosées.
- Pour l'après **ménopause**, l'insuffisance veineuse sans complication de phlébite vraie n'est pas une contre-indication à la prise d'hormone par patch cutané.
- Protéger vos jambes par une contention bien conduite durant toute grossesse. Le port d'un bas ou d'un collant élastique est conseillé dès les premières semaines de grossesse car ce sont surtout les hormones, secrétées dès le début de la grossesse, qui abîment la paroi veineuse.
- Prendre l'habitude du drainage de posture qui se pratique couché en levant très haut les jambes contre un mur pour vider les varices et reposer la paroi veineuse.
- Les pesanteurs et les douleurs situées au niveau du bas-ventre avant les règles correspondant à des **varices gynécologiques** sont souvent soulagées par cette même position en soulevant en plus le bassin sur un coussin.
- Habituez-vous aux douches alternées chaud-froid surtout l'été.
- Eviter les bains trop chauds qui accentuent la dilatation des veines superficielles.
- Eviter la surcharge pondérale et ayez une alimentation saine.

## VIII. QUESTIONS

- **Intervention pendant les règles ?** Il n'y a pas d'inconvénient médical à se faire opérer pendant les règles, cela gêne seulement votre confort postopératoire.
- **Intervention pendant l'été ?** A part l'inconfort des vacances du fait du port des bas élastiques, il n'est pas du tout gênant, médicalement, de se faire opérer durant la période d'été. Il y a 3 inconvénients à se faire opérer l'été :
  - 1<sup>er</sup> : Garder les bas élastiques pendant une petite semaine.
  - 2<sup>e</sup> : Ne pas tremper la jambe dans l'eau (baignoire, piscine, mer) pendant 15 jours à 3 semaines.
  - 3<sup>e</sup> : Penser que la jambe ne sera pas belle (bleu, ecchymose, marque, tache) pendant quelque temps et que l'exposition au soleil pendant cette période risque de pigmenter la peau.Autant cette précaution est importante chez la jeune femme soucieuse de l'esthétique autant elle a peu d'intérêt chez l'homme après la repousse des poils. Le soleil est un problème pour la peau et non pour les varices !
- **A quel âge se faire opérer ?** A condition que l'intervention soit réalisée avec un risque minimum (anesthésie locale, chirurgie ambulatoire), qu'elle soit non traumatisante, peu invalidante et parfaitement adaptée à votre cas particulier, elle peut être réalisée dès l'apparition des varices. Les interventions réalisées chez les très jeunes filles sont souvent de très petites interventions.
- **Intervention et grossesse ?** Dans certain cas, une grossesse survenant après un stripping peut faire apparaître des varicosités inesthétiques qui nécessiteront un traitement par microscclérose. C'est pour cela que l'indication d'une opération peut être discutée ou repoussée chez une jeune patiente porteuse de petites varices et qui souhaite "mettre en route" une grossesse. Cela dépend du type d'intervention à prévoir. Cette décision personnelle ne peut se prendre qu'après un examen écho-doppler très précis. Par contre, la décision opératoire peut s'imposer avant une autre grossesse chez une patiente qui présente de très grosses varices.
- **Intervention et récurrence ?** Le fait d'avoir été opéré une fois n'augmente pas le risque de réapparition de varices plusieurs années après, au contraire.

## IX. À RETENIR

### Avant l'opération

- Si avant l'intervention vous avez besoin de porter des bandes élastiques pour d'importantes lésions de la peau (zones dures, cartonnées, zones tachées, ulcères, eczéma), il faut serrer la bande le plus fortement possible et la mettre sans discontinuer pour la position debout, le mieux n'apparaîtra qu'après les 8 premiers jours qui sont en général assez difficiles à supporter. Si c'est votre cas pensez à venir en consultation avec votre bande en place afin que je puisse voir comment vous la mettez habituellement.
- La maladie variqueuse est une maladie chronique où toutes les lésions cutanées acquises sont irréversibles.



### L'opération

- Afin de vous éviter les désagréments d'un rasage de votre jambe et du pubis avant l'intervention, vous pouvez vous faire faire une épilation chez votre esthéticienne la veille de votre arrivée. **Les crèmes dépilatoires** sont très efficaces et faciles à utiliser à domicile.
- Penser à vous munir de chaussures larges sur le cou de pied pour quitter la clinique.
- Penser à **apporter les deux collants, les bas ou les bandes élastiques** prescrits lors de la consultation ainsi que vos médicaments habituels et vos examens éventuels. Une jambe opérée nécessite soit 2 boîtes de collants soit 1 boîte de 2 bas cuisses. Deux jambes opérées nécessitent soit 2 boîtes de collants soit 2 boîtes de 2 bas cuisses.
- Ne pas appliquer de crème sur les jambes le jour de l'entrée, cela gêne le repérage et le dessin de vos varices.



- Les consignes présentées dans cette brochure concernent des interventions complètes. Lorsqu'il s'agit d'interventions partielles ou de petites interventions, les consignes sont beaucoup plus simples.
- Tous les patients porteurs de varices peuvent être opérés sous anesthésie locale sans aucune exception et peuvent, s'ils le souhaitent, quitter la clinique dans les heures qui suivent l'opération.

## Après l'opération

- La varice étant enlevée durant l'opération, il est impossible de faire une paraphlébite après l'opération. Les trajets indurés sous la peau sont des hématomes qui suivent les trajets opératoires et qui disparaissent spontanément en quelques semaines.
- Les phénomènes inflammatoires et cicatriciels durent plusieurs mois.
- L'état de votre jambe sera définitif au bout d'un an.
- L'exposition de votre jambe et surtout de vos cicatrices au soleil est contre-indiquée tant que les cicatrices sont rouges et visibles (1 an). Une crème solaire écran total est une protection néanmoins très efficace, en sachant qu'il faut en appliquer régulièrement sur les cicatrices.
- Toutes les marques brunes et varicosités qui existaient avant l'opération ne peuvent en aucune façon disparaître.
- Il est fréquent d'avoir pendant quelques semaines des petites boules dures sous la peau sur la face intérieure de la cuisse et sous la cicatrice au pli de l'aîne.
- Un léger œdème du pied, surtout en arrière de la malléole interne dans la semaine qui suit l'opération, disparaît par l'application correcte de la bande à varices depuis la base des orteils.
- Il est possible d'avoir, après l'opération, une petite zone de peau endormie au bord du pied ou de la cheville ou derrière le mollet : elle disparaît en quelques mois.

## X. LIEU DE L'OPÉRATION

L'opération aura lieu à la clinique Ambroise Paré, Rue Ambroise Paré, 54100 Nancy. Sur les établissements étudiés par les journalistes du Figaro, du Point et du Nouvel Observateur, la clinique Ambroise Paré a été classée meilleure de France pour la chirurgie des varices en 1999, 2001, 2005, 2008, 2010, 2013 et 2014 et deuxième en 2000, 2003, 2004 et en 2007. En l'absence de classement national, la clinique était classée première de la région EST en 2011 et 2012.

| CHIRURGIE VASCULAIRE |                                 | Les 50 meilleures cliniques de France |          |           |             |            | Opération des VARICES | Note sur 20 |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|-------------|------------|-----------------------|-------------|
| Rang                 | ETABLISSEMENT                   | VILLE                                 | Activité | Notoriété | Ambulatoire | Technicité |                       |             |
| 1 <sup>er</sup>      | Clinique Ambroise-Paré          | NANCY (Meurthe-et-Moselle)            | 662      | 33 %      | 32 %        | 10 %       | 1,7                   | 18,62       |
| 2 <sup>e</sup>       | Polyclinique d'Essey            | ESSEYLÈS-NANCY (Meurthe-et-Moselle)   | 789      | 35 %      | 33 %        | 5 %        | 2,1                   | 18,13       |
| 3 <sup>e</sup>       | Clinique Geoffroy-Saint-Hilaire | PARIS                                 | 526      | 62 %      | 43 %        | 5 %        | 2,3                   | 17,94       |

Enquête "Chirurgie vasculaire : les 50 meilleures cliniques", Le FIGARO Magazine, 25 septembre 1999, n° 17145

## Varices : les meilleures cliniques

| RANG            | ÉTABLISSEMENT            | VILLE DÉPARTEMENT          | INFO PUBLIC | ACTIVITÉ | NOTORIÉTÉ | AMBULATOIRE | TECHNIQUE | DURÉE DE SÉJOUR | NOTE SUR 20 |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|-------------|----------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-------------|
| 1 <sup>er</sup> | Clinique Ambroise-Paré   | Nancy (Meurthe-et-Moselle) | ●           | 1136     | 36%       | 33%         | 8%        | 1,6             | 18,21       |
| 2 <sup>e</sup>  | Polyclinique Saint-André | Reims (Marne)              | ●           | 994      | 28%       | 20%         | 11%       | 1,6             | 17,79       |
| 3 <sup>e</sup>  | CH privé Saint-Martin    | Caen (Calvados)            | ●           | 751      | 17%       | 73%         | 27%       | 2,1             | 17,67       |
| 4 <sup>e</sup>  | Clinique du Colombier    | Limoges (Haute-Vienne)     | ●           | 1 013    | 35%       | 18%         | 9%        | 2               | 17,6        |
| 5 <sup>e</sup>  | Clinique Sainte-Marthe   | Dijon (Côte-d'Or)          | ●           | 706      | 34%       | 57%         | 6%        | 2,1             | 17,26       |

“Cliniques, le palmarès 2001”, rubrique Société, Le POINT, 2 septembre 2001, n° 1520

## LES 50 MEILLEURES CLINIQUES 2005

### VARICES

| RANG            | ÉTABLISSEMENT                   | VILLE/DÉPARTEMENT                    | INFO PUBLIC | ACTIVITÉ | NOTORIÉTÉ | AMBULATOIRE | TECHNIQUE | DURÉE DE SÉJOUR | NOTE SUR 20 |
|-----------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------|----------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-------------|
| 1 <sup>er</sup> | Clinique Ambroise-Paré          | Nancy (Meurthe-et-Moselle)           | ●           | 1111     | 37%       | 29%         | 11%       | 1,5             | 18,54       |
| 2 <sup>e</sup>  | Polyclinique Louis-Pasteur      | Essey-lès-Nancy (Meurthe-et-Moselle) | ●           | 1278     | 32%       | 58%         | 7%        | 1,7             | 18,49       |
| 3 <sup>e</sup>  | Clinique Geoffroy-Saint-Hilaire | Paris                                | ●           | 965      | 55%       | 59%         | 6%        | 1,8             | 18,38       |

“Cliniques, le palmarès 2005”, Le POINT, 8 décembre 2006, n° 1734

### VARICES

| RANG            | ÉTABLISSEMENT                                       | VILLE/DÉPARTEMENT             | INFO PUBLIC | ACTIVITÉ | NOTORIÉTÉ | DURÉE DE SÉJOUR | AMBULATOIRE | LUTTE CONTRE LES INFECTIONS | NOTE  |
|-----------------|---|-------------------------------|-------------|----------|-----------|-----------------|-------------|-----------------------------|-------|
| 1 <sup>er</sup> | Clin. Ambroise-Paré, Nancy (Meurthe-et-Moselle)     | Nancy (Meurthe-et-Moselle)    | ●           | 1386     | 43%       | 1,9             | 79%         | ★★                          | 18,85 |
| 2 <sup>e</sup>  | Clin. St-Joseph, Trelazé (Maine-et-Loire)           | Trelazé (Maine-et-Loire)      | ●           | 1372     | 9%        | 1,4             | 75%         | 0                           | 18,78 |
| 3 <sup>e</sup>  | CH privé St-Grégoire, St-Grégoire (Ille-et-Vilaine) | St-Grégoire (Ille-et-Vilaine) | ●           | 1203     | 14%       | 1,9             | 71%         | ★★★                         | 18,47 |

“Le palmarès 2008 des cliniques”, Le POINT, 11 décembre 2008, n° 1891

## CLINIQUES LE PALMARÈS

### Le Point

#### VARICES

| RANG            | ÉTABLISSEMENT                                      | VILLE/DÉPARTEMENT          | INFO PUBLIC | ACTIVITÉ | NOTORIÉTÉ | DURÉE DE SÉJOUR | AMBULATOIRE | TECHNIQUE | LUTTE CONTRE LES INFECTIONS | NOTE  |
|-----------------|--|----------------------------|-------------|----------|-----------|-----------------|-------------|-----------|-----------------------------|-------|
| 1 <sup>er</sup> | Clinique Ambroise-Paré, Nancy (Meurthe-et-Moselle) | Nancy (Meurthe-et-Moselle) | ●           | 1278     | 49%       | 1,9             | 83%         | 12%       | ★★★                         | 18,37 |
| 2 <sup>e</sup>  | Clinique du Grand-Large, Brest (Finistère)         | Brest (Finistère)          | ●           | 630      | 2%        | 1,3             | 73%         | 30%       | ★★★                         | 18,32 |
| 3 <sup>e</sup>  | Clinique Saint-Joseph, Trelazé (Maine-et-Loire)    | Trelazé (Maine-et-Loire)   | ●           | 1245     | 10%       | 1,7             | 79%         | 11%       | ★★★★                        | 18,30 |

“Le palmarès des cliniques”  
Le POINT,  
23 septembre 2010,  
n° 1984

Classement des 450 cliniques pratiquant la chirurgie des varices. C-ouest, les 30 meilleures cliniques.

| Classement      | Rang            | Nom de l'établissement   | Activité | Notoriété | Durée de séjour | Ambulatoire | Technicité | Note (20)    |
|-----------------|-----------------|--|----------|-----------|-----------------|-------------|------------|--------------|
| 1 <sup>er</sup> | 1 <sup>er</sup> | Clinique Ambroise Paré, Nancy (Meurthe-et-Moselle)                       | 1 181    | 52%       | 1,8             | 91%         | 12%        | <b>18,82</b> |
| 2 <sup>e</sup>  | 2 <sup>e</sup>  | Clinique Saint Joseph, Trelazé (Maine-et-Loire)                          | 1 121    | 5%        | 1,4             | 86%         | 15%        | <b>18,50</b> |
| 3 <sup>e</sup>  | 3 <sup>e</sup>  | Centre hospitalier privé Saint Grégoire, Saint-Grégoire (Ile-et-Vilaine) | 792      | 15%       | 1,4             | 84%         | 25%        | <b>18,40</b> |

« Classement des cliniques 2013 » Le Point

| Rang | Statut | Etablissement - Ville - Département           | Activité        |        |               | Lourdeur (sur 100) | Notoriété (sur 100) | Note (sur 20) |
|------|--------|---|-----------------|--------|---------------|--------------------|---------------------|---------------|
|      |        |   | Nbre de malades | DMS HC | % ambulatoire |                    |                     |               |
| 1    |        | CLINIQUE AMBROISE-PARÉ - NANCY (54)           | 1170            | 1,7    | 93            | 54                 | 70                  | 19,6          |
| 2    |        | CHP DE SAINT-GREGOIRE - (35)                  | 830             | 1,5    | 87            | 74                 | 35                  | 19,5          |
| 3    |        | CLINIQUE LOUIS-PASTEUR - ESSEY-LES-NANCY (54) | 975             | 2,0    | 86            | 63                 | 40                  | 19,3          |

« Classement des cliniques 2013/14 » Le Nouvel Observateur

| CLINQUES        |  | ACTIVITE | NOTORIÉTÉ | DURÉE DE SÉJOUR | AMBULATOIRE | TECHNICITÉ | NOTE /20     |
|-----------------|--|----------|-----------|-----------------|-------------|------------|--------------|
| 1 <sup>er</sup> | Clinique Ambroise-Paré, Nancy (Meurthe-et-Moselle)         | 1169     | 52%       | 1,8             | 93%         | 12%        | <b>18,20</b> |
| 2 <sup>e</sup>  | CH privé St-Grégoire, St-Grégoire (Ile-et-Vilaine)         | 833      | 14%       | 1,5             | 87%         | 27%        | <b>18,12</b> |
| 3 <sup>e</sup>  | Polyclin. L.-Pasteur, Essey-les-Nancy (Meurthe-et-Moselle) | 992      | 30%       | 2,1             | 85%         | 26%        | <b>17,90</b> |

« Classement des cliniques » Le Point, le palmarès 2014, 21 août 2014, n°2188

Entrée le :

Entrée le :

à :

à :

Opération le :

Opération le :

Sortie le :

Sortie le :

- Pour prendre un rendez-vous de consultation avant l'opération :  
**03 83 32 83 83 Cabinet de consultation**
- Pour un problème de date d'opération :  
**03 83 95 53 93 (Dr Creton et son assistante Christiane)**
- Pour prendre un rendez-vous de consultation d'anesthésie avant l'opération  
**03 83 97 85 55 Clinique Ambroise Paré (secrétariat anesthésie)**
- Pour un problème ou un conseil suite à l'opération :  
**08 26 66 66 56 Clinique Ambroise Paré (standard)**  
**03 83 95 53 93**  
**03 83 32 83 83**



**Notes :**

