



Traitements endoveineux thermiques de l'insuffisance de la Petite Veine Saphène : spécificités anatomiques et pièges thérapeutiques

Claudine Hamel-Desnos
HP Saint martin - Caen

4 grandes particularités par rapport à la GVS

1. Trajet face postérieure du MI
2. Terminaison variable; face d'abouchement variable
3. Proximité nerfs
4. Trajet court

Implications pratiques

1. Trajet face postérieure du MI

Patient à plat ventre



2. La terminaison

- Veines gastrocnémiques
- Prolongement crânial / Anastomose de Giacomini

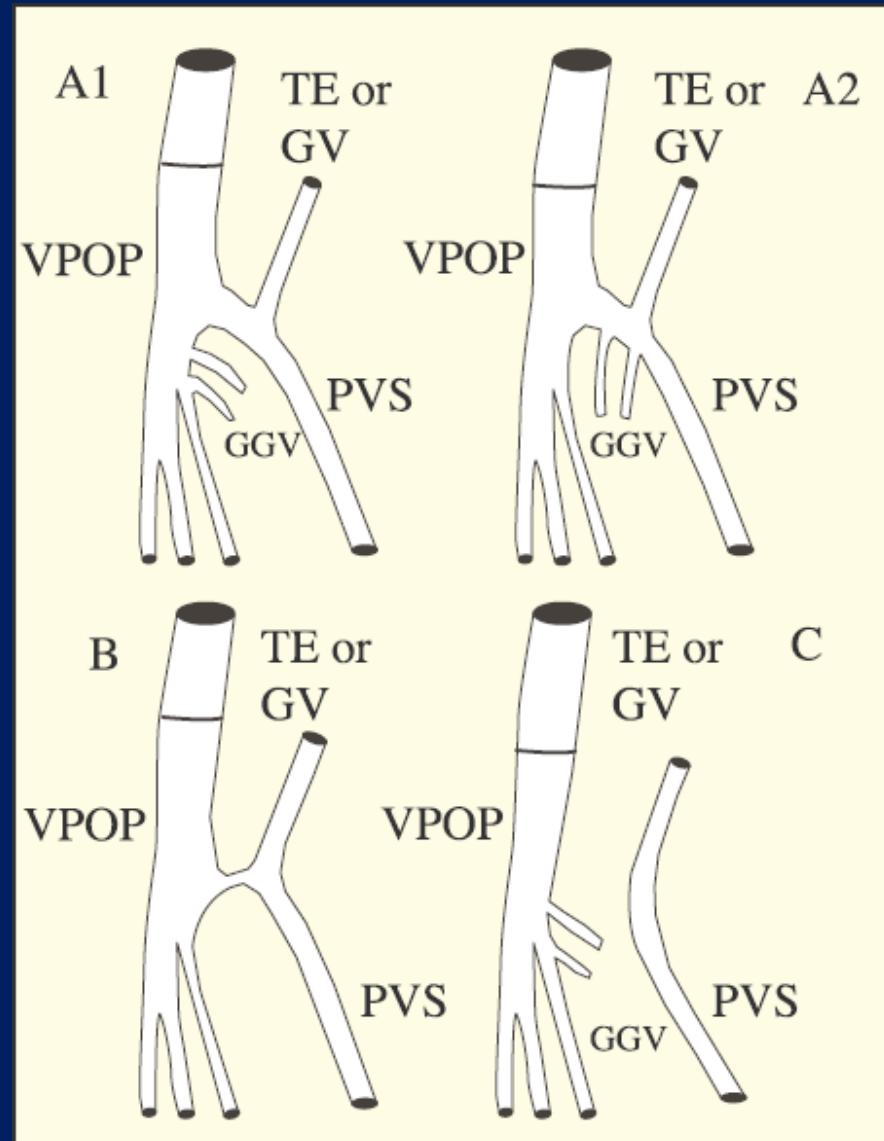


Fig. 8. – La jonction saphéno-poplitée : variations anatomiques

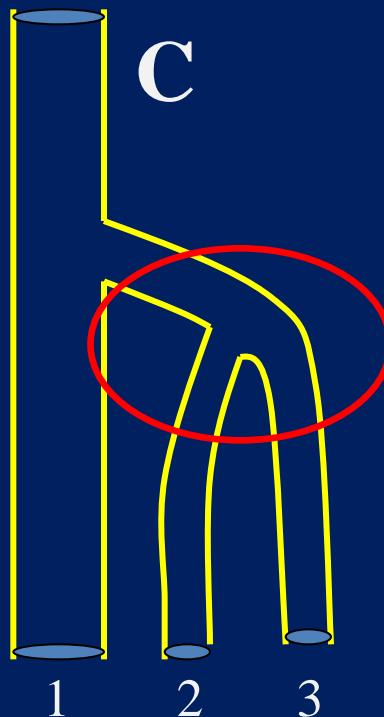
Veines gastrocnémiennes

Types Anatomiques

[selo

logy 2013]

Où s'arrête t'on?



D
Autres

1 : Veine Poplitée

2 : Veines Gastrocnémiennes Médiales

3 : Petite Veine Saphène

Prolongement crânial

[selon Levent Oğuzkurt. Diagn Interv Radiol 2012]

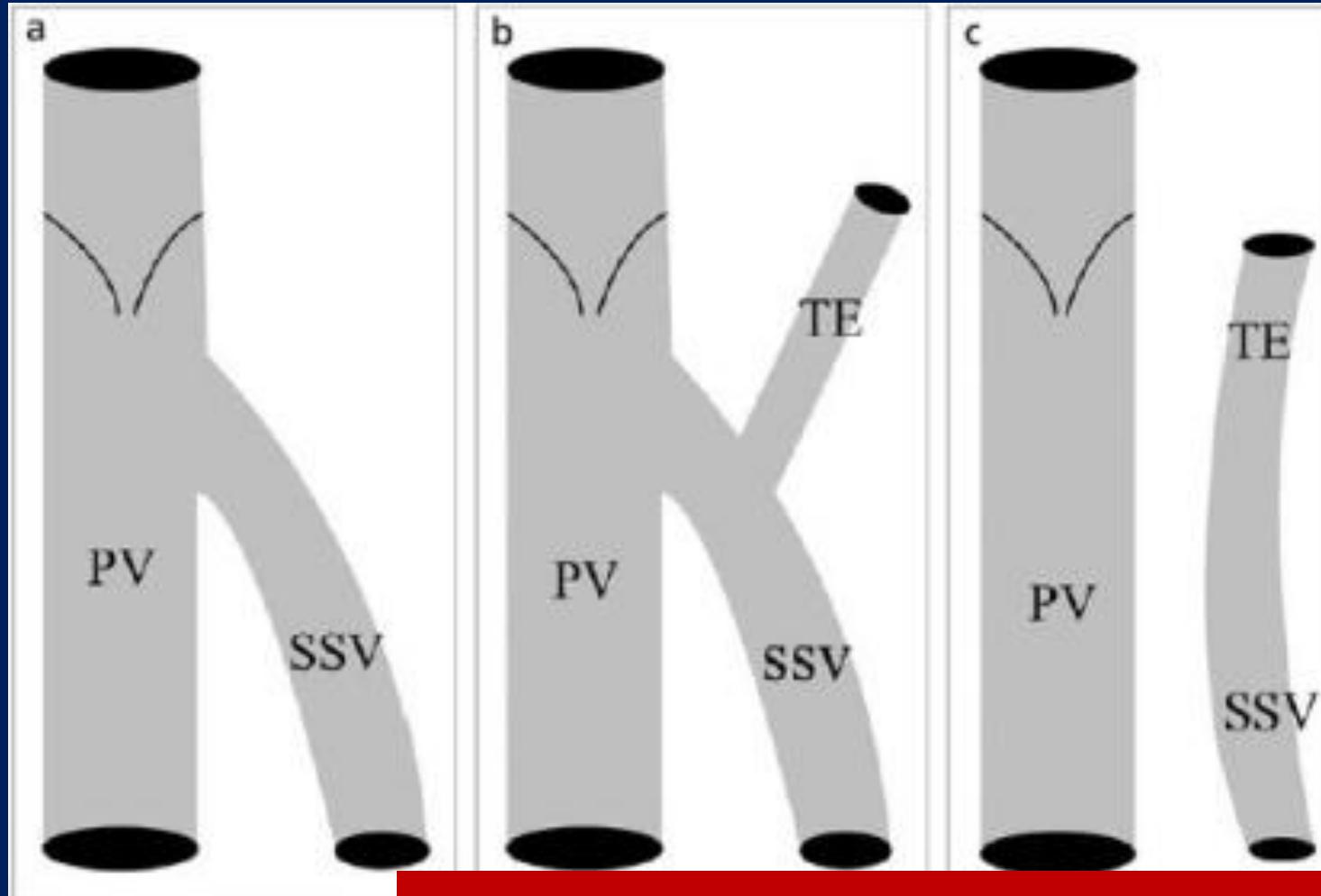


Figure 10. a-c. The SSV may have a relationship with the popliteal vein, while another type have a direct relationship with the popliteal vein but extends up as the thigh extension (c). SSV, small saphenous vein; PV, popliteal vein; TE, thigh extension.

Passage de la fibre +/- facile

Prolongement crânial ou anastomose de Giacomini ?

[selon Levent Oğuzkurt. Diagn Interv Radiol 2012]

Faut' il traiter?

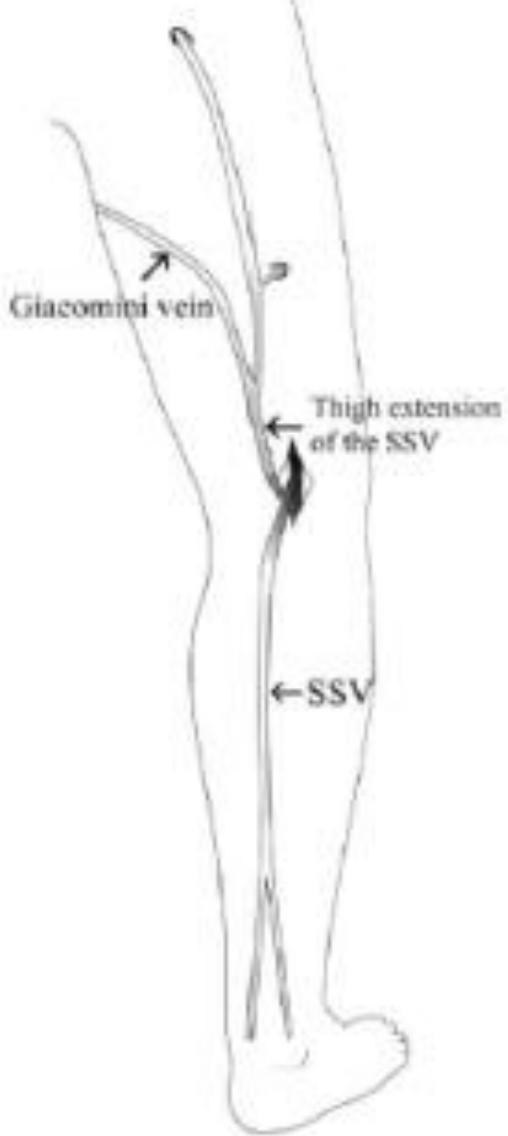


Figure 11. The thigh extension of the SSV may join the femoral vein via a perforator, extend up to terminate in a gluteal vein, or extend up and medially to join the posterior thigh circumflex vein to form the Giacomini vein. SSV, small saphenous vein.



Claudine Hamel-Desnos 2014



Claudine Hamel-Desnos 2014



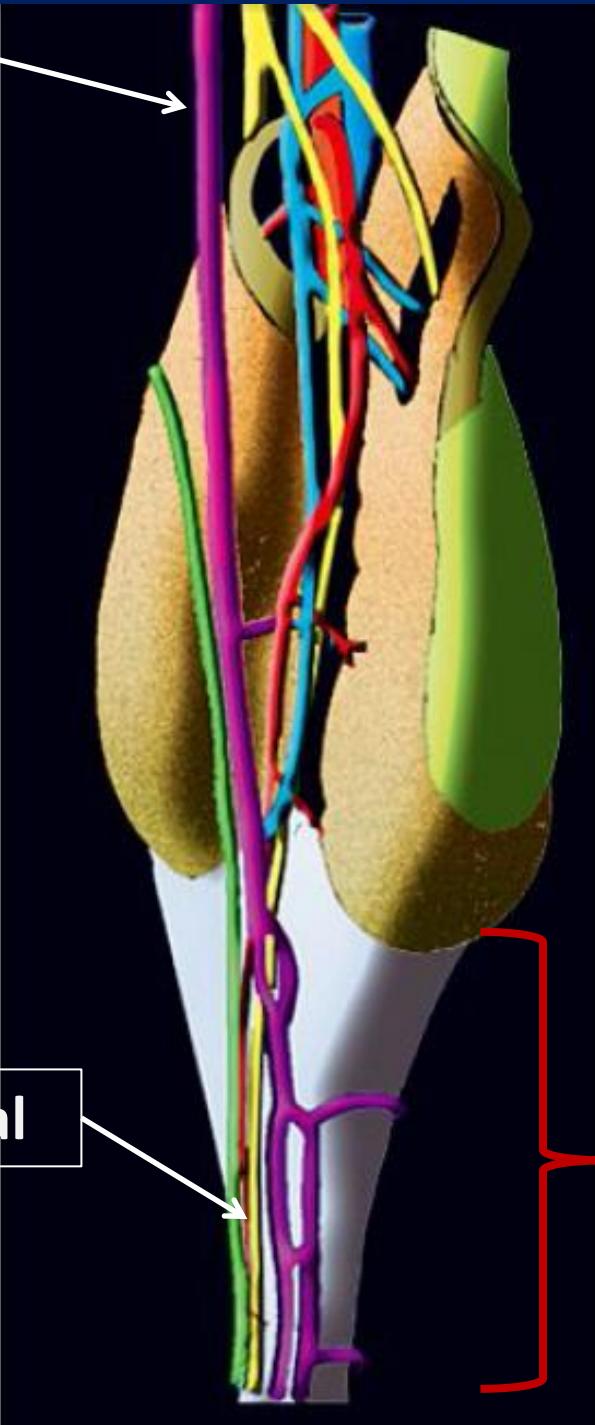
Anastomose de Giacomini

2. bis - Face d'abouchement en veine poplitée

Attention si abouchement haut et sur face latérale (ou postéro-latérale) de veine poplitée
(risque = nerf fibulaire commun)

3. La proximité des nerfs

PVS



Nerf sural

Au 1/3 inf. de jambe,
on ne traite pas

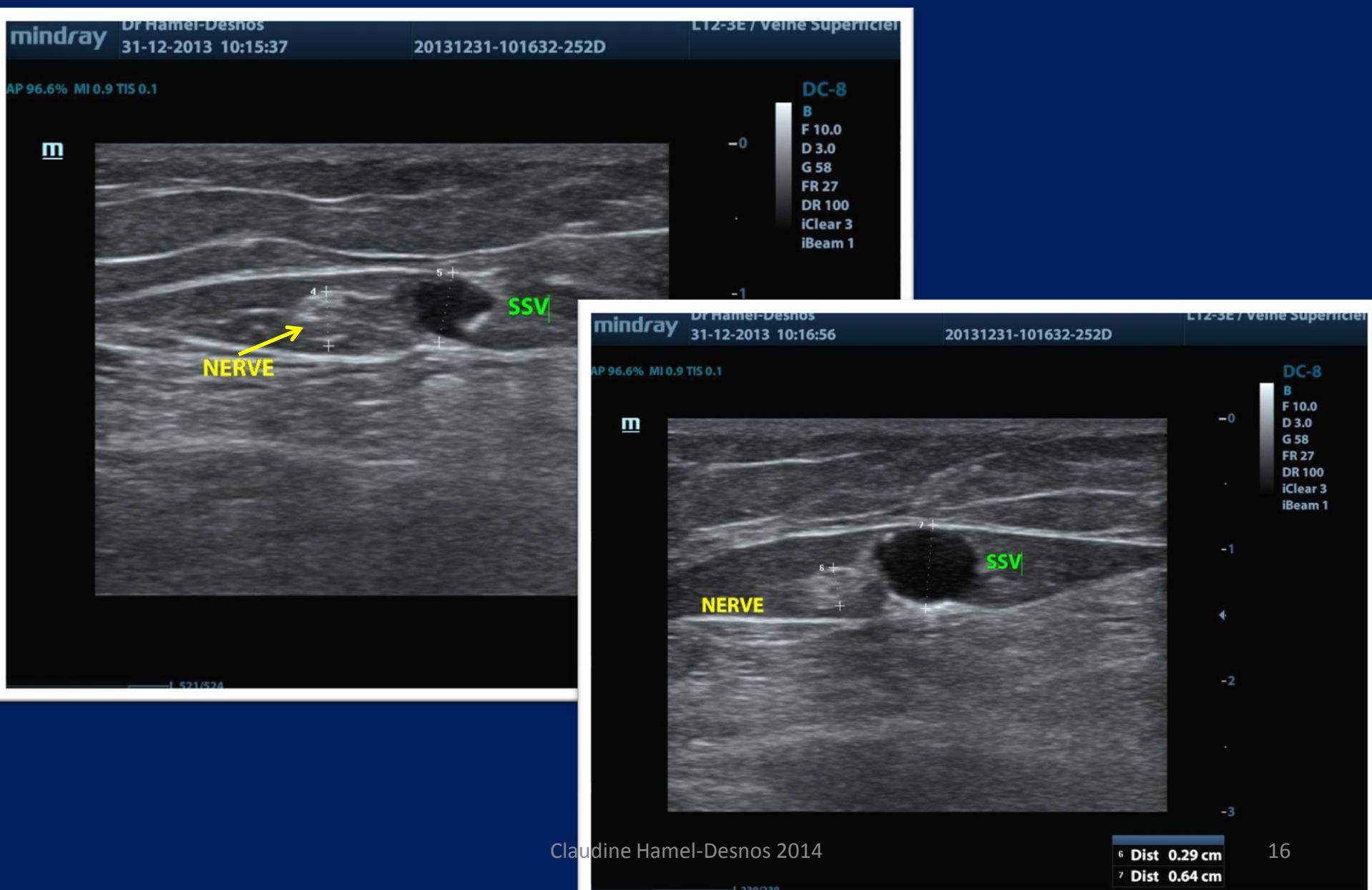


Au 1/3 inf. de jambe,
on ne traite pas

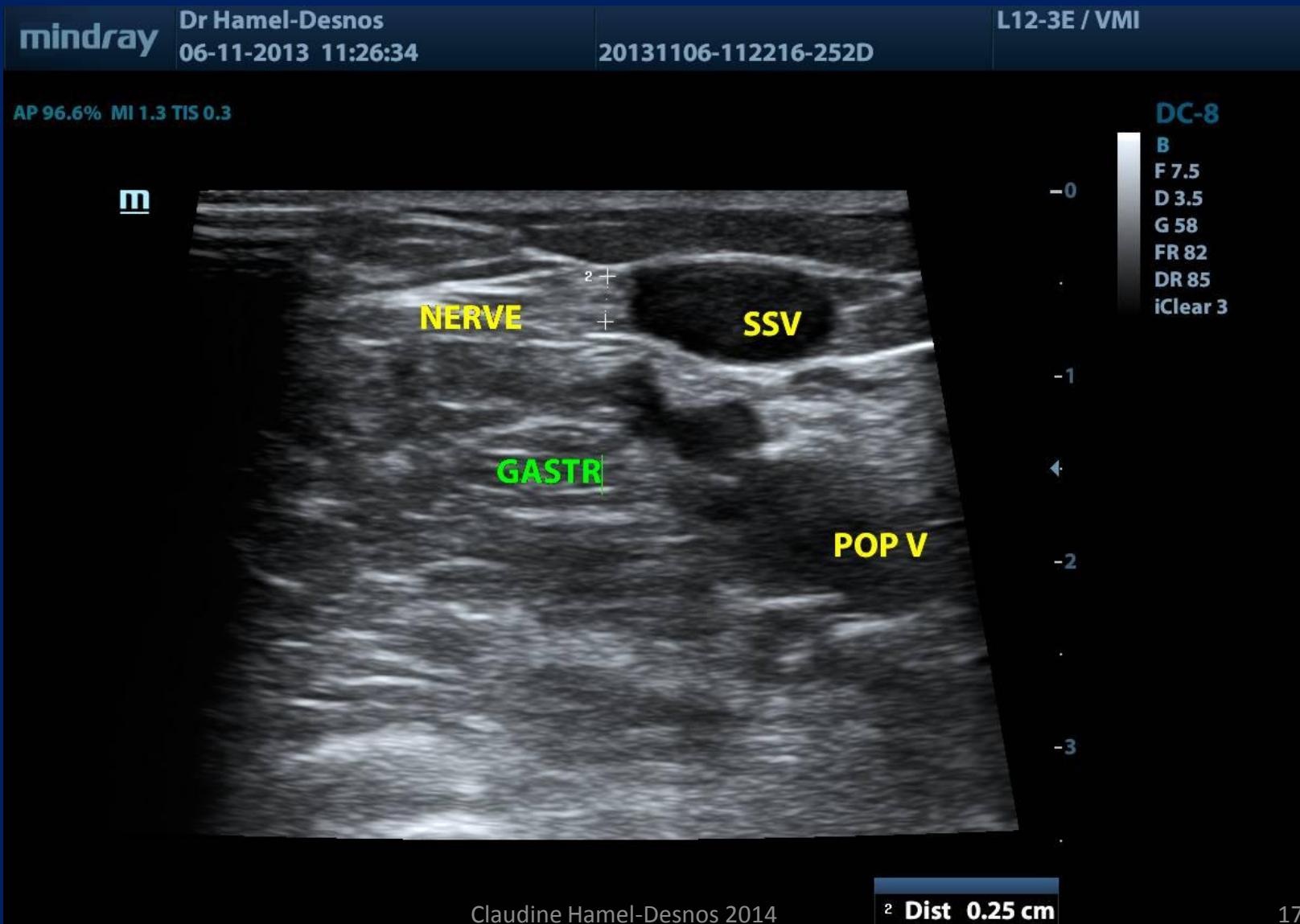
Pour le reste du trajet à traiter:

- repérage,
- marquage,
- bonne tumescence++ (isoler la PVS),
- anesthésie locale stricte,
- vigilance, réactivité
- préférer un applicateur court

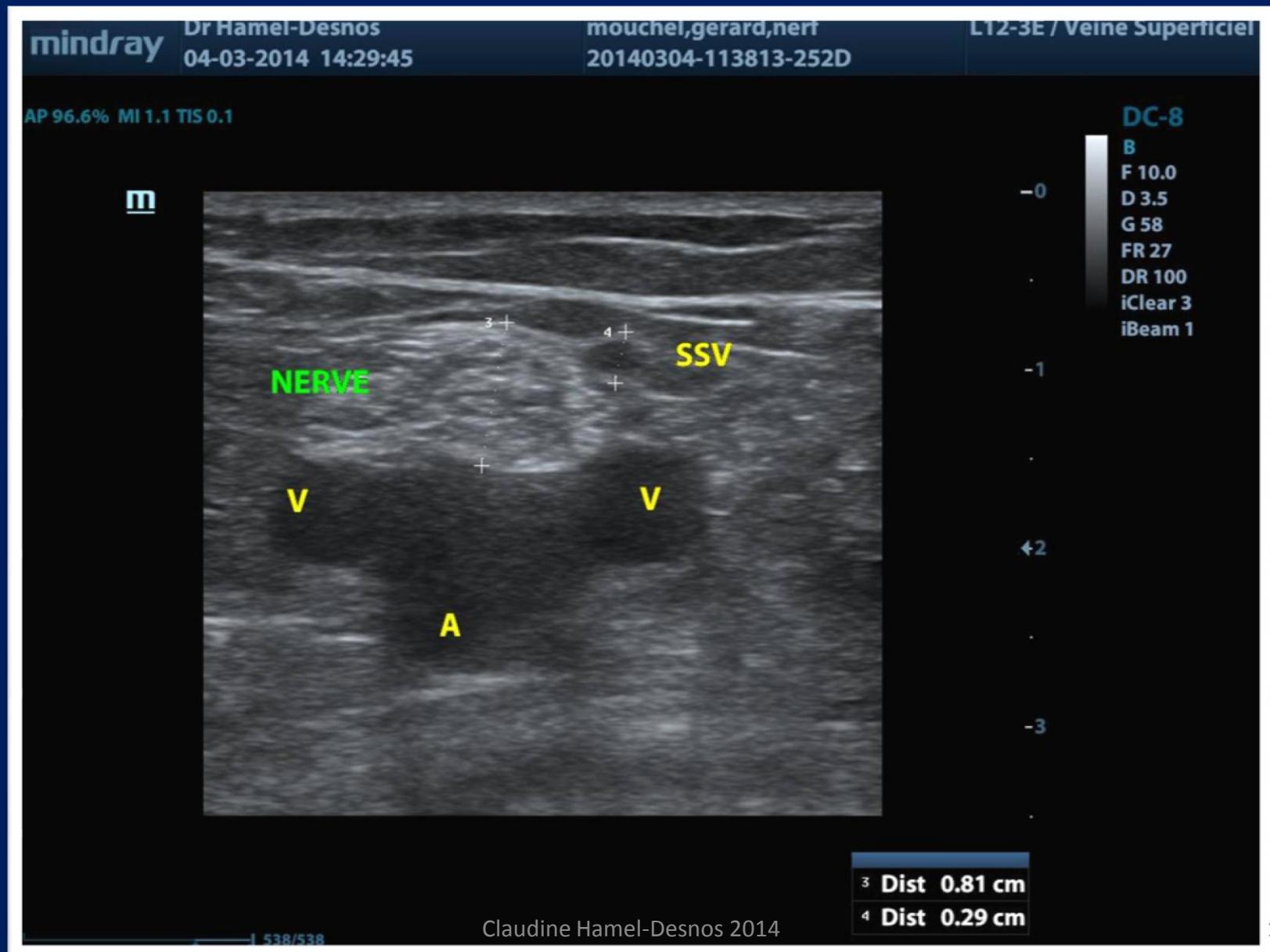
repérage



repérage



repérage



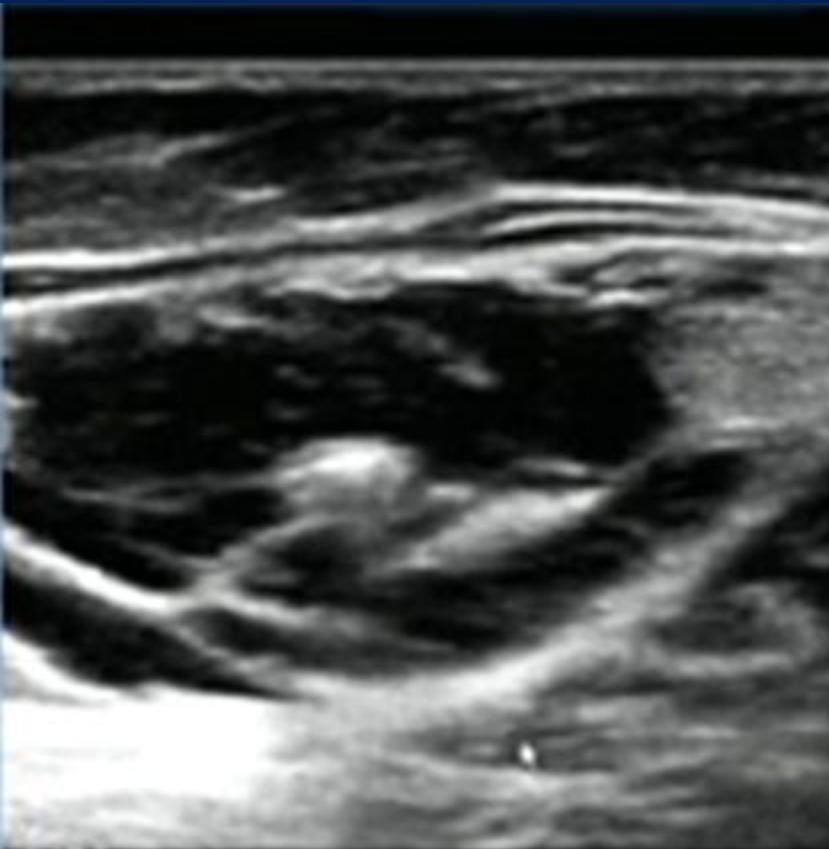
marquage



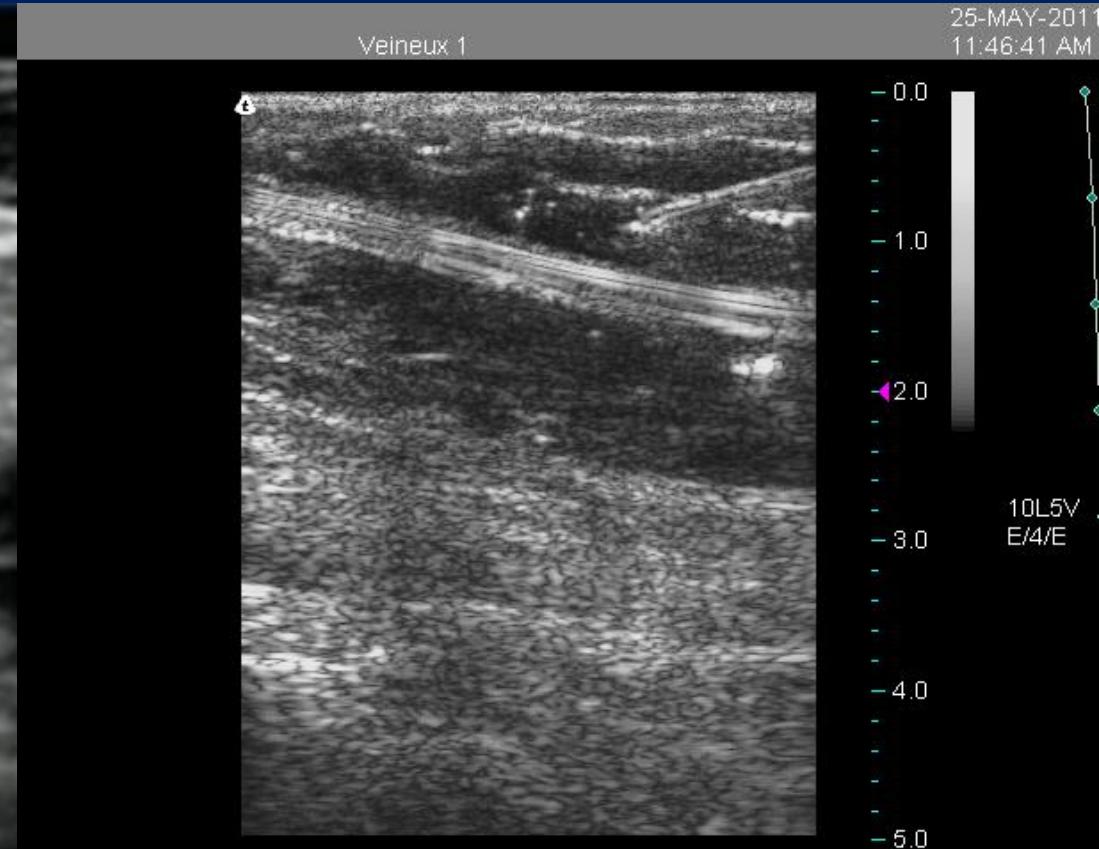
marquage



Qualité de la Tumescence++



Coupe transversale



Coupe longitudinale

Échoguidage +++

Locale stricte / vigilance, réactivité

pas d'AG++



Cédric D.



Réactivité

Fibre laser radiale



Celon RFITT™



Préférer un applicateur court avec peu d'inertie

vapeur



ClosureFast™ 3 cm

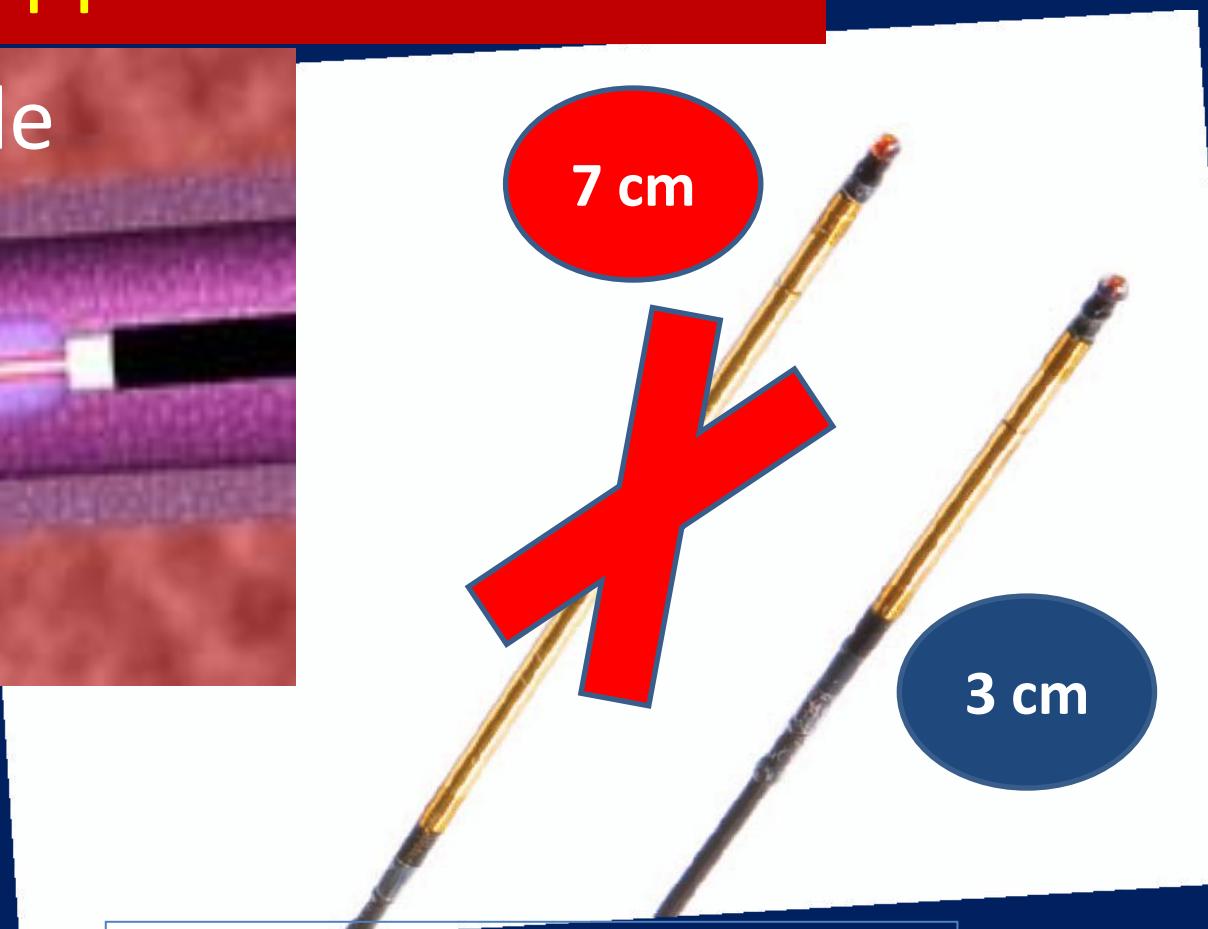
4. Trajet PVS court

Préférer un applicateur court

Fibre laser radiale



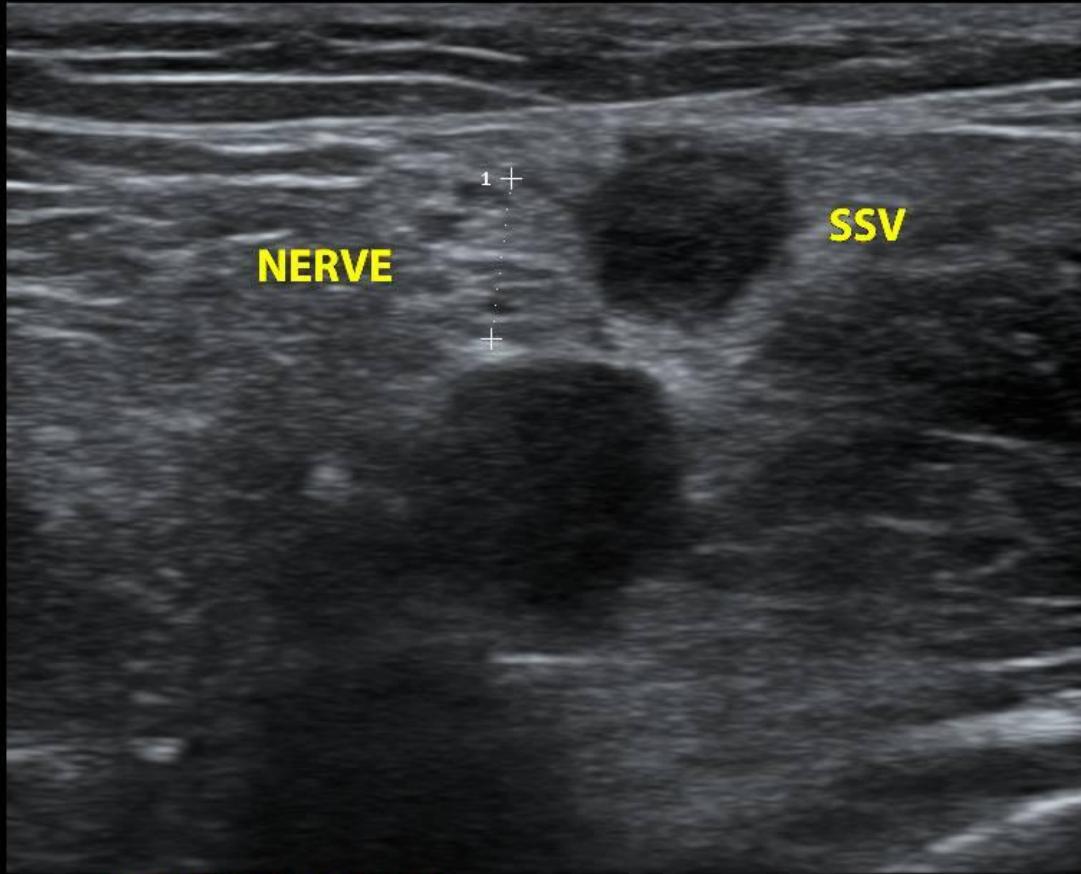
Technique la +utilisée



ClosureFast™

Contrôle à 2 mois PVS et Nerf

m



B
F 10.0
D 3.0
G 58
FR 27
DR 100
iClear 3
iBeam 1

-0

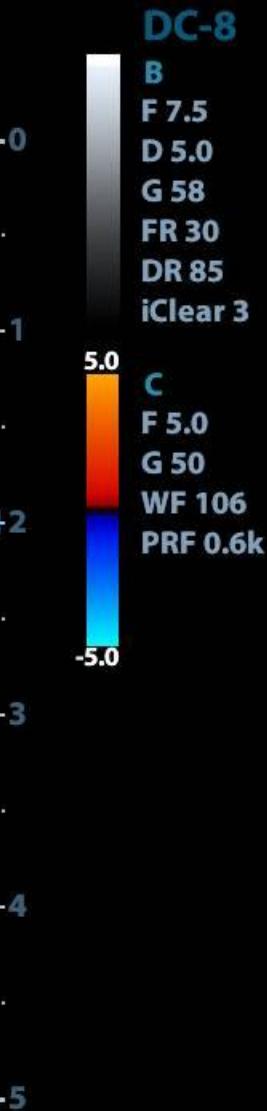
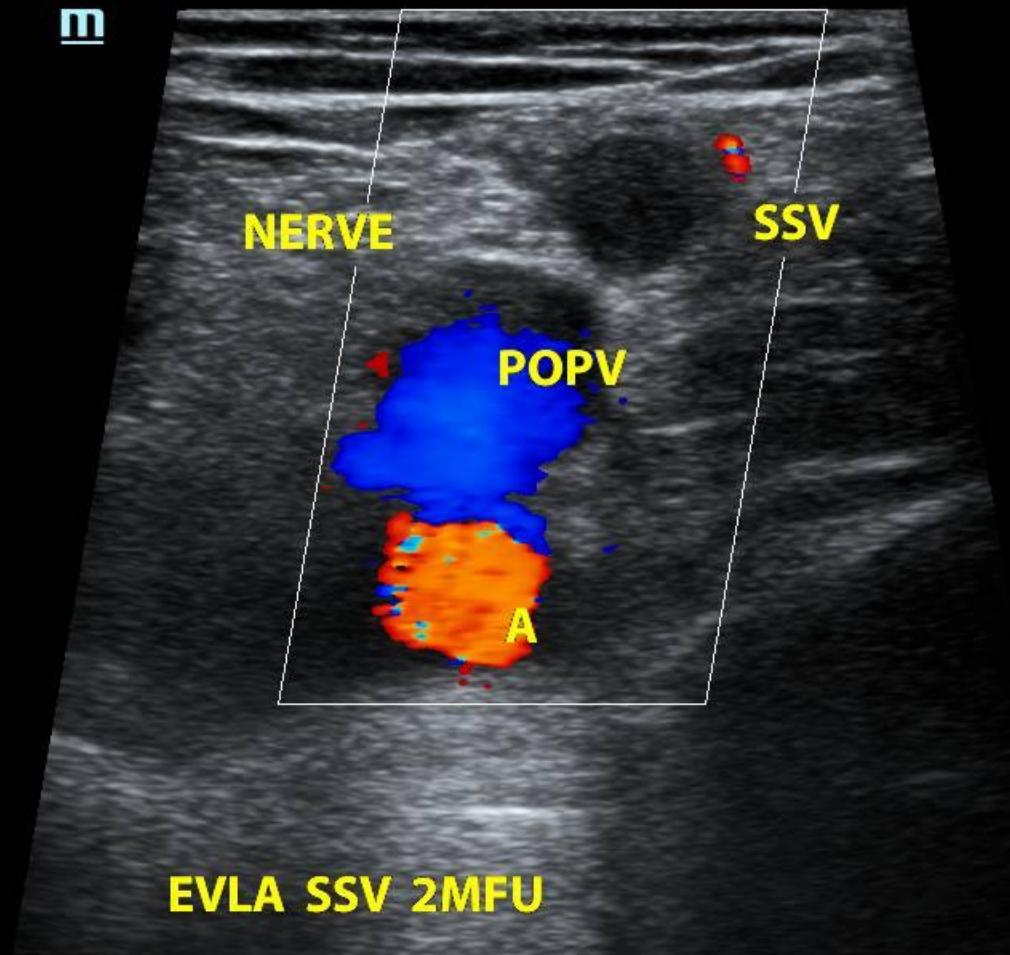
-1

-2

-3

1 Dist 0.56 cm

AP 96.6% MI 1.1 TIS 0.3



Cas clinique Cédric D. (18 ans)

Avant



Cas clinique Cédric D.(18 ans)

Après



conclusion

Particularités PVS / Implications pratiques:

- LOCALE STRICTE (jamais d'AG)
- Qualité de la tumescence++
- Applicateur court
- Pas d'application thermique au 1/3 inf. de jambe

Merci de votre attention