**PRÓLOGO** (A redactar)

Trop souvent des patients qui ont un besoin vital de pontage artériel distal ou coronaire complémentaire ont perdu leur capital veineux lors d’un stripping ou procédure endo-veineuse pour une bénigne maladie variqueuse. Ce fut il y a plus de 30 ans et aujourd’hui encore la raison de mon combat pour conserver la Saphène des sujets variqueux. Il fallait pour cela bouleverser le dogme de l’indispensable destruction des veines variqueuses inaugurée par le stripping de Mao au début du vingtième siècle puis encore repris ou associé à des procédures endo-veineuses jusqu’à aujourd’hui. La base théorique de cette croyance était et est encore est que toute veine refluente, variqueuse ou non, est la cause et non la conséquence d’un désordre hémodynamique et que les échecs du traitement et les récidives variqueuses sont dus à une destruction incomplète des veines. Pourtant, cette approche n’a pas résolu le haut degré de récidives des traitements destructeurs bien que toujours plus radicaux et servis par des technologies de plus en plus innovantes. En effet, les innovations techniques sont faussement présentés comme des progrès scientifiques et masquent la fausseté des concepts scientifiques qu’ils servent. C’est oublier le fait proprement scientifique que supprimer la dysfonction d’une veine par sa destruction supprime aussi sa fonction essentielle de drainage tissulaire. Il en résulte que , sous l’effet de l’augmentation de la pression résiduelle de drainage ( vis a tergo) les capillaires ,veinules et petites veines restantes des tissus correspondant peuvent secondairement se dilater et causer matting, télangiectasies et neo-varices. Je proposai donc la cure CHIVA ou cure Conservatrice et Hémodynamique de l’Insuffisance veineuse en Ambulatoire , dont l’objectif était de corriger le dysfonctionnent hémodynamique des veines variqueuses tout en conservant leur fonction de drainage et réduisant esthétiquement leur calibre. Pour cela il a fallu reconsidérer la physiopathologie du système veineux, notamment sous son aspect hémodynamique jusqu’alors trop négligé, L’histoire de la phlébologie depuis l’antiquité et plus particulièrement depuis les tests de Trendelenburg et Perthes à la fin du dix-neuvième siècle avait pourtant donné les premières clé de cette physiopathologie et de son traitement. La cure CHIVA s’est fondée sur les concepts de ces brillants prédécesseurs enrichis des apports inestimables de l’Ultrasonographie vasculaire au cours des dernières décades du vingtième siècle. Nous devons à Trendelenburg la première intuition de « circulation privée » qui devait prendre la forme des Shunts Fermés actuels et la première preuve de l’effet du fractionnement de la colonne de pression hydrostatique par son test de compression veineuse au niveau de l’aine pendant le passage de la position couché à la position qui montrait le remplissage retardé des varices des membres inférieurs. Nous devons à son assistant Perthès le test éponyme , première preuve de l’effet de la réentrée des shunts, de l’aspiration par la pompe musculaire et de la qualité du réseau veineux profond , aujourd’hui plus explicite dans les concepts de Shunts Fermés et Ouverts par Déviation. En effet, ce test montre que cette compression maintenue pendant la marche aboutit à une nouvelle réduction du calibre variqueux d’autant plus importante que le système de drainage profond est plus efficace.

En d’autres termes, les varices sont des veines surchargées en débits et pressions qui retrouvent un calibre et une fonction normaux quand ses débits et pressions sont normalisés par une action hémodynamique spécifique CHIVA adaptée à chaque configuration : fractionnement de la pression hydrostatique, déconnexions des shunts fermés et ouverts par dérivation, libération des obstacles à l’écoulement, respect des veines drainantes, fussent-elles variqueuses.

Aujourd’hui, mais depuis 30 ans déjà, l’affinement et enrichissement des concepts hémodynamiques, tels que les notions de compartiments et réseaux veineux, le fractionnement dynamique de la pression hydrostatique, la localisation précise des points de fuite pelviens, la caractérisation hémodynamique et topographique de divers types de Shunts et leur prise en compte dans le diagnostic et la cartographie hemodynamique Doppler ont permis à la cure CHIVA une stratégie thérapeutique toujours plus précise. La technique chirurgicale elle-même a progressé, moins invasive, plus efficace sur le long terme. Les études multicentriques randomisées et contrôlés, réalisées par des praticiens correctement formés à cure CHIVA, ainsi qu’une revue Cochrane ont démontré la supériorité de cette dernière sur les méthodes destructrices, notamment en termes de récidives. Plus particulièrement, le moindre taux de récidives contredit formellement les dogmes phlébologiques classiques et valide les fondements physiolopathologiques de la cure CHIVA .

Pour ces raisons, la pratique de la cure CHIVA demande une connaissance approfondie de ses concepts de physiopathologie hémodynamique, de sa stratégie et de ses techniques. Ces efforts nécessaires sont vite récompensés par plus de maitrise , plus le plaisir au travail et l’honneur d’offrir le meilleur des possibilités thérapeutiques actuelles aux patients qui nous ont honoré de leur confiance.

Bien sûr, des progrès restent à faire , mais ces bases de physiopathologie hémodynamiques qui ont abouti à la cure CHIVA seront très utiles, car elles sont applicables, comme aujourd’hui déjà, aux veines profondes.

Grâce aux efforts enthousiastes, rigoureux , scientifiques, et créatifs incessants de validation, d’amélioration et d’enseignement, Jordi Juan et de ses collaborateurs Oriol Pares et José Escribano, la cure CHIVA s’est rapidement imposée en Espagne et sa crédibilité internationale fortement imposée notamment par leur étude randomisée CHIVA vs Stripping. Notre estime professionnelle mutuelle ne pouvait qu’aboutir rapidement à une solide amitié.

Je suis sûr que ce livre tout à la fois scientifiquement rigoureux et extrêmement didactique pourra conforter le savoir les lecteurs hispanophones déjà praticiens de la cure CHIVA et ouvrir la porte d’une phlébologie véritablement scientifique et éthique à tous ceux qui n’ont as encore reçu cet enseignement. Pourquoi éthique me direz-vous ? Par ce que conformément au serment d’Hippocrate et au consentement éclairé des patients légalement obligatoire dans les pays respectueux des droits de l’homme , on doit informer nos patient et leur offrir le meilleur traitement actuel, en l’occurrence la cure CHIVA, validé selon les règles de l’Evidence Based Medecine serait-ce au prix d’une formation complémentaire indispensable à la fiabilité des traitements. Les innovations techniques et technologiques en phlébologie se font passer pour des progrès scientifiques alors qu’elles sont au service de concepts phlébologiques classiques mais erronés , soutenues par les puissants marketing et sponsoring qui favorisent la paresse intellectuelle , augmentent le coût des traitements, et privent les patients de leur capital veineux possiblement vital.

Pienso que faltan unas referencias bibliografcas

C Franceschi, A. Bahnini Points de fuite pelviens viscéraux et varices des membres inférieurs *Phlébologie* 2004; 57: 37-42.**7**

C Franceschi, A. Bahnini Treatment of lower extremity venous insufficency due to pelvic leak points in women *Ann Vasc Surg* 2005; 19: 284-288.

Franceschi C. Anatomie fonctionnelle et diagnostic des points de fuite bulboclitoridiens chez la femme (point C). *J Mal Vasc*. 2008;33:42.

Franceschi C, Zamboni P. Principles of venous haemodynamics. Novapublishers. New York. 2010

C.Franceschi . Fractionnement dynamique de la pression hydrostatique, shunts fermés et ouverts, évolutivité variqueuse vicariante : en quoi ces concepts ont-ils fait évoluer le traitement des varices. Phlebologie **2003 ,56,N°1,**61-66