

ARTICLE ORIGINAL**TRAITEMENT CHIRURGICAL DES VARICES DES MEMBRES INFERIEURS
A DAKAR : ETUDE RETROSPECTIVE DE 91 CAS****SURGICAL TREATMENT FOR LEGS VARICOSE VEINS IN DAKAR :
RETROSPECTIVE STUDY OF 91 CASES****DIENG PA, DIATTA S, BA PS, TOURÉ FB, CISS AG, GAYE M, FALL ML, DIARRA O, NDIAYE M***Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique du Centre Hospitalier Universitaire National de Fann, Dakar, Sénégal**Auteur Correspondant : Dr Papa Adama Dieng**Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique CHUN de Fann, Dakar**BP 5035 Dakar Sénégal Email : padiengsala@yahoo.fr***Résumé :**

But : Il s'agissait d'une étude des indications et résultats de la chirurgie des varices du membre inférieur. **Malades et méthode :** Cette étude rétrospective, de janvier 2004 à décembre 2010, concernait 91 membres de 75 patients avec un âge moyen de 35,45 ans [12-81 ans]. L'indication chirurgicale était motivée par les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse (32%), le souci esthétique (44%) et les complications (24%). Les varices étaient malformatives dans 9,3% des cas et essentielles pour le reste. Les veines intéressées étaient la grande saphène (53,8%), la petite saphène (25,3%), une saphène accessoire (7,7%), les perforantes (2,2%). Les varices étaient non systématisées dans 11% des cas. Elles étaient bilatérales chez 19 patients. La contention était instituée chez 65 patients avant la chirurgie, durant 3 mois. **Résultats :** Les facteurs favorisants étaient la multiparité (17,3%), les professions à risque (16%), la chirurgie du membre pelvien (6,7%) et les œstroprogestatifs (4%). Le délai d'évolution des varices était de 5 ans [3 mois-30 ans]. Le geste opératoire le plus fréquent était l'éveinage de la Grande Saphène et les ligatures. Les suites immédiates étaient simples dans 92% des cas. On notait une persistance des paquets variqueux dans 4 cas, un hématome inguinal dans 1 cas, et une thrombose veineuse profonde dans 1 cas. Le délai de suivi des patients était de 2 ans [3 mois à 5 ans]. Les suites tardives étaient marquées par un œdème du membre opéré dans 12 cas, la présence de varicosités chez 5 patients, et une récurrence dans 4 cas. Dans 11 cas une sclérothérapie complémentaire a été faite et le résultat était satisfaisant dans les 10 cas et 1 patient a bénéficié d'une reprise chirurgicale. Le délai moyen de cicatrisation des ulcères de jambes était de 2 mois [3 sem-6 mois] après la chirurgie. **Conclusion :** La chirurgie des varices reste actuelle malgré l'essor de nouvelles techniques mini-invasives et ses résultats sont satisfaisants.

Mots-clés : varices, chirurgie, complications**Summary:**

This is a retrospective study from January 2004 to December 2010 assessing indications and outcomes of varicose veins surgery. During this period, 91 cases were done with a mean age of 35.45 years. Surgical indications were taken considering the symptoms of venous insufficiency (32%), cosmetic concern (44%), and complications (24%). Varicose veins were located at the Great Saphenous vein (53.8%), the Small Saphenous vein (25.3%), an accessory saphenous vein (7.7%), the perforating veins (2.2%), and in 11 were without systematic topography. Saphenous ablations with ligations were done in the majority of cases. In 92% of cases the post-operative period was eventless and no death reported.

Key words: varicose veins, surgery, complications

INTRODUCTION

Les varices sont une dilatation permanente des veines superficielles des membres inférieurs, associée à une altération de leur paroi en l'absence de fistule artério-veineuse. Bassi [1] les définit comme « une dilatation permanente des veines du réseau superficiel des membres inférieurs avec des lésions pariétales dégénératives et une insuffisance valvulaire », responsable d'une circulation veineuse pathologique.

Ce sont des affections cosmopolites touchant 10 à 20% de la population mondiale [2]. Elles sont supposées rares en Afrique [3,4], et très répandues en Occident [5].

Cette étude avait pour but d'analyser les indications et d'évaluer les résultats de la prise en charge chirurgicale de la pathologie variqueuse du membre inférieur.

MALADES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée au Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar sur une période de sept ans ; allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2010.

Tous les patients qui ont eu à bénéficier d'une chirurgie des varices des membres inférieurs durant cette période ont été inclus, et ont été exclus les malades non opérés.

Pour chaque malade, étaient étudiés : les antécédents, les aspects épidémiologiques, les signes cliniques de la maladie, la perméabilité du réseau veineux profond par échographie- doppler veineux, ainsi que les zones de reflux et la topographie des varices, le traitement chirurgical effectué et les résultats.

Epidémiologie : Ainsi 91 membres inférieurs de 75 patients, ont été pris en charge. Il s'agissait de 50 hommes et 25 femmes avec un sex-ratio de 2.

L'âge moyen était de 35,5 ans (12 à 81 ans).

Le délai moyen d'évolution de la maladie variqueuse était de 5 ans [3 mois-30 ans] avant la prise en charge.

On notait des facteurs favorisants de la maladie veineuse (Tableau I) dominés par la multiparité et les professions exposant à l'orthostatisme prolongé.

L'étiopathogénie était dominée par les varices essentielles avec la présence d'un facteur de risque dans 90,7% des cas. Elles étaient malformatives et présentes depuis la naissance chez 9,3% des patients.

Tableau I : Les facteurs favorisants des varices des membres inférieurs

Facteurs favorisants	Nombre de cas	%
Multiparité (3-12 gestes)	13	17.3
Profession à risque	12	16
Sédentarité	5	6.7
Chirurgie du membre inférieur	5	6.7
Contraception orale	3	4
Antécédent de TVP	1	1.3
Chirurgie pelvienne	1	1.3
Hémorroïdes	1	1.3

Indications chirurgicales : L'indication d'une intervention chirurgicale (Tableau II) était retenue après une évaluation des motifs de consultation, mais également l'importance du reflux veineux. Elle était retenue pour :

Le souci esthétique : 44% ; demande motivée par l'aspect disgracieux des varices aux membres inférieurs.

Les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse qui représentaient 32% des indications chirurgicales : la lourdeur de jambe, les crampes, les paresthésies, l'œdème. Elles étaient des symptômes très gênants pour les patients.

Les complications des varices qui représentaient 24%. Elles étaient à type d'ulcère chronique de jambe (14), d'hémorragie par rupture de varices (5) et de thrombose variqueuse (3).

Tableau II : les motifs de consultation

Signes	Nombre de cas	%
Signes fonctionnels		
Douleur de jambe	13	17.3
Lourdeur de jambe	22	29.3
Paresthésies	3	4
Crampes	1	1.3
Prurit localisé	2	2.7
Complications évolutives		
Ulcère de jambe	14	18.7
Rupture hémorragique	5	6.7
Thrombose variqueuse	3	4
Œdème des MI	12	16
Préoccupations esthétiques		
Cordon variqueux	57	76
Hypodermite	4	5.3
Dermite hyperchrome	1	1.3

Les troncs veineux intéressés étaient (**figure 1**) la Veine Grande Saphène (VGS) ; 53,8%, la Veine Petite Saphène (VPS) ; 25,3%, une saphène accessoire (7,7%), les perforantes (2,2%).

Les varices étaient non systématisées dans 11% des cas. La topographie était bilatérale chez 19 patients.

Les indications étaient toujours sous-tendues par un reflux veineux significatif à l'écho doppler des membres inférieurs. Ce reflux veineux intéressait: la veine Grande Saphène pour 53,8%, la veine Petite Saphène pour 25,3%, les veines Saphènes accessoires pour 7,7%, les perforantes 2,2%. Ce reflux concernait toujours la crosse et était parfois lié à une insuffisance valvulaire (20%). Dans 11% des cas il s'agissait de varices non systématisées sans reflux décelable. Chez tous les patients le réseau profond était perméable.

Tous les patients avaient bénéficié avant la chirurgie, d'une contention élastique pendant une durée moyenne de 3 mois [2-6mois], par des bas de classe III ou IV.

RESULTATS

Les gestes chirurgicaux : La chirurgie des varices des membres inférieurs était faite sous rachianesthésie.

Le principe était une déconnection des varices du

système superficiel par rapport au système profond (crossectomies, ligatures des perforantes), une excision des veines variqueuses (éveinages), ou une oblitération des veines variqueuses (ligatures étagées).

Les gestes chirurgicaux étaient dominés par l'éveinage de la veine Grande Saphène associé à des ligatures étagées des varices jambières (Tableau III).

Tableau III : Les gestes opératoires réalisés

Gestes	Nombre (n= 91)	%
Crossectomie+eveinage		
VGS +Ligatures étagées(LE)	31	34.1
Crossectomie+eveinage VGS	24	26.4
Crossectomie+eveinage VPS	10	11
Crossectomie VPS+LE	8	8.8
LE seules	18	19.7

L'éveinage de la Grande Saphène (stripping) était effectué dans 26% des cas. Il consistait à une crossectomie de la Grande Saphène suivie de son ablation, en utilisant un stripper rectiligne et une olive de Babcock.

La Crossectomie de la Petite Saphène représentait 11% des gestes opératoires et se faisait sans marquage échographique.

Des Ligatures Etagées au niveau des varices de la jambe étaient associées dans 34% des cas.

Une Crossectomie simple de la Veine Grande Saphène était associée à des ligatures étagées dans 9% des cas. Des Ligatures étagées isolées des varices jambières étaient effectuées dans 20% des cas et concernaient les varices sans reflux saphénien.

Une compression veineuse par bandage élastique était appliquée pendant la première semaine, et remplacée ensuite par des bas durant 6mois.

Les suites opératoires

Les suites opératoires étaient simples dans 92% des patients, avec la disparition des varices tronculaires, et une régression des symptômes de l'insuffisance veineuse, ou la cicatrisation des ulcères veineux. Cependant quelques complications ont été notées. Les complications immédiates étaient : l'hématome inguinal dans un seul cas (résolu par l'évacuation des caillots), la thrombose veineuse profonde (TVP) dans un cas (résolu par un traitement anticoagulant). Aucun cas d'hémorragie post-opératoire n'a été noté. La mortalité était nulle aussi bien en post-opératoire que durant le suivi.

Le délai moyen de suivi des patients après la chirurgie était de 2 ans [3mois – 5ans].

Les complications tardives qui ont été notées sont : la persistance de varicosités(5 cas), la récurrence des varices chez 4 patients dont la moitié après abandon précoce de la compression veineuse. Le délai moyen de cicatrisation des ulcères était de 2 mois [3sem-6mois]après la chirurgie et les soins locaux sous compression veineuse.

La reprise chirurgicale a été notée pour des ligatures étagées chez un patient qui avait récidivé ses varices jambières après une crossectomie de la Petite Saphène associée à des ligatures étagées.

DISCUSSION

En Afrique les varices des membres inférieurs sont une réalité [3, 6]. Cette composante de l'insuffisance veineuse touche dans notre série et en Afrique une population jeune (autour de trente-cinq ans) [3, 6] et masculine [7, 8] contrairement aux séries européennes [9] ou on les retrouve surtout des femmes au-delà de la quarantaine.

Les varices des membres inférieurs sont le plus souvent primaires, favorisées par des facteurs de risque ; en particulier les professions exposant à l'orthostatisme prolongé, qui représentent 16% des cas. Les grossesses multiples et la prise prolongée d'œstroprogestatifs sont également notées comme facteurs de risque des varices, dans les séries africaines [3,6]

Les indications chirurgicales sont motivées par les raisons esthétiques ; de loin plus importantes comparées aux autres séries africaines (40% contre 15%) [3,7]. Cette population jeune et active est particulièrement gênée par ces cordons disgracieux lors des activités sportives, ludiques ou pour le port vestimentaire.

La gêne fonctionnelle motive également l'indication chirurgicale ; il s'agit de l'inconfort des membres inférieurs, se manifestant par la lourdeur de jambe, les paresthésies, les crampes.

Cependant la chirurgie est systématiquement retenue au stade des complications (24%) comme l'œdème, l'eczéma, les ulcères chroniques de jambe et les hémorragies par rupture de varices contrairement aux séries occidentales [6].

La chirurgie est précédée d'une contention élastique par des bas autocollants de classe 3 ou 4 [10]. Ceci permet l'acceptation du port des bas en post-opératoire, indispensable au succès de la chirurgie.

Certains auteurs ont évoqué son apport dans la diminution des phénomènes hémorragiques [5,10].

Le geste chirurgical est guidé par l'importance et la topographie du reflux veineux [3,10]. L'imagerie médicale, en particulier l'échographie-doppler veineux des membres inférieurs, permet l'exploration des varices, par la réalisation d'une cartographie complète, anatomique et hémodynamique du réseau veineux des membres inférieurs, en confirmant la perméabilité du réseau profond avant la cure chirurgicale [3,11].

Le geste chirurgical consiste à déconnecter et à extirper au besoin les veines variqueuses. L'éveinage de la Grande Saphène associée à des ligatures étagées au niveau des varices jambières, est le geste chirurgical le plus fréquent comme dans la littérature [3,10]. L'éveinage chirurgical tronculaire reste d'actualité malgré l'essor des phlébectomies localisées [11], la valvuloplastie veineuse, le laser, la radiofréquence ou la sclérothérapie [5]. Même si la morbidité est plus importante, liée aux lésions nerveuses, aux hématomes, le taux de récurrence est faible [3,6], le geste chirurgical est bien maîtrisé et le coût est plus accessible dans l'absolu pour des équipes moins nanties comme la nôtre.

Les complications immédiates à type d'hémorragie, de lésions nerveuses étaient absentes dans notre série.

Les récurrences post-opératoires sont faibles (moins de 5%), le plus souvent lié à un abandon précoce de la contention par le patient.

La persistance de varicosités ou de quelques paquets variqueux sans reflux tronculaire est rencontrée chez certains patients (6,7%) comme d'ailleurs chez Diarra (13%) [3], Diallo (6,5%) [6] ou Frileux [12] dans une moindre mesure (0,8%). Mais ceci ne constitue pas un échec du traitement ; en effet une sclérothérapie complémentaire à la mousse de polydocanol est utilisée pour permettre une oblitération thrombose et disparition des reliquats variqueux.

Une seule reprise chirurgicale est notée pour récurrence après la chirurgie et une sclérose complémentaire; ce patient a bénéficié de ligatures étagées complémentaires. La récurrence des varices jambières est le plus souvent liée à la méconnaissance ou la prise en charge inadéquate du reflux au niveau des perforantes jambières [5,11]

La mortalité était nulle comme dans les autres séries ; il s'agit d'une chirurgie sûre [3,12].

CONCLUSION

La chirurgie des varices des membres inférieurs a une faible morbidité. Elle reste actuelle et ses résultats sont satisfaisants malgré l'essor de nouvelles techniques mini-invasives. Elle doit cependant s'intégrer dans une prise en charge globale de l'insuffisance veineuse avec la contention élastique et les mesures d'hygiène veineuse pour conforter ses résultats et éviter les récurrences.

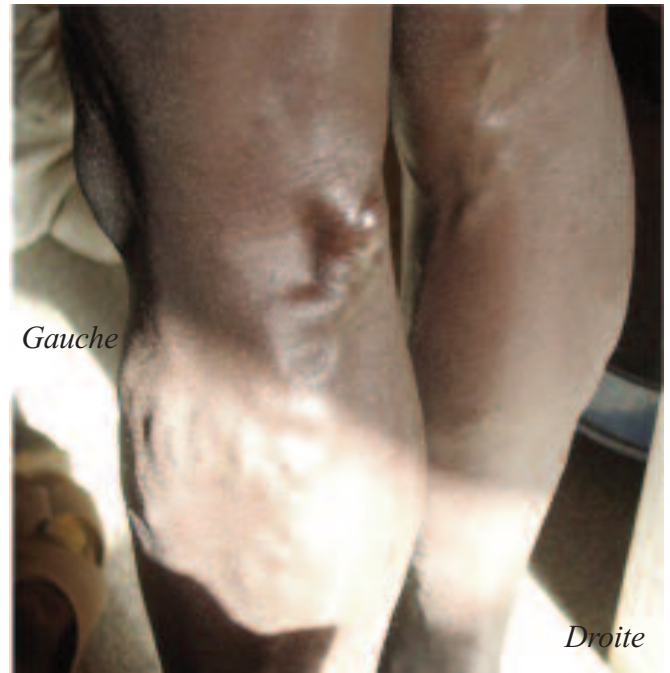


Figure 1 : Varices de la Veine Petite Saphène Gauche et de la Grande Saphène droit

REFERENCES

1. **Bassi G.** Les varices des membres inférieurs. DoinetCie, Paris, 1967: 21-54
2. **Arenas-Ricart J, Sellés-Dechent R, Ballester-Ibáñez C et al** Classical surgery versus 3-S saphenectomy in the treatment of lower extremity varices. *Cir Esp.* 2006, 79(6):370-374.
3. **Diarra O, Bâ M, Kane O, Sankalé AA, Ndiaye A, Ciss G, Dieng PA, Ndiaye M.** Pathologie variqueuse des membres inférieurs : à propos de 52 cas opérés au CHU de Dakar. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003; 2 (2) : 35-38
4. **Sani R, Bako H, Adehossi E and al.** The treatment of lower limb varices by stripping and cross sectioning of the saphenous vein at the National Hospital of Niamey: 31 operated limbs *Mali Med*, 2007; 22(3):38-42
5. **UhlJF.** Les nouvelles stratégies thérapeutiques pour la chirurgie des varices des membres inférieurese-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2009 ; 8 (1) : 12-22.
6. **Diallo G., Ongoiba N., Diallo Y., Keita S.** Varices des membres inférieurs : traitement chirurgical à propos de 60 cas opérés. *Annales de chirurgie*, 1998 ; 52 : 210-215.
7. **Ayachi Y, EssafiN.** Varices des membres inférieurs à propos de 124 cas opérés de 1977 à 1981. *Tunisie Médicale*, 1984 ; 4 : 47-49.
8. **Bensaid Y, Ammar F, Dhobb M.** : varices des membres inférieurs à propos de 254 cas. *Information Maghreb Med.*, 1982 ; 13 : 85-87.
9. **Dhobb M.** Chirurgie des varices des membres inférieurs à propos de 75 cas opérés. *Espérance Médicale*, 1998 ; 5 :299-305.
10. **DenisC.** Traitement chirurgical des varices, *Médecine thérapeutique*, 2000 ; 6 : 9(748-53)
11. **PerrinM.** Chirurgie des varices. Stripping versus the CHIVA method: a randomized controlled trial. *Phlébologie*, 2010; 63: 3(73-74).
12. **Frileux C., Corner J.M.** Chirurgie des varices des membres inférieurs à propos de 125 cas. *Journal des Maladies Vasculaires*, 1989 ; 12 :106-110.