

Varices et insuffisances veineuses superficielles chroniques: notre expérience en chirurgie conventionnelle



Rajaonanahary TMA^{*1}, Raherinantenaina F¹, Ralijaona HS¹,
Radriamandrato TAV², Rakoto Ratsimba HN¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar
²Service de Réanimation Chirurgicale, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo Madagascar

Résumé

Objectif: Le but de cette étude était de décrire les résultats à moyen terme de la chirurgie des varices des membres inférieurs.

Patients et méthode: Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur les cas de varices des membres inférieurs opérés sur une période d'un an, au service de chirurgie générale et vasculaire de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIRA). L'aspect clinique préopératoire, la méthode chirurgicale et l'évolution étaient décrits. L'absence de suivi constituait un critère d'exclusion.

Résultats: Au total, 35 dossiers de patients étaient retenus. L'âge moyen était de 55,7 ans. Le sex-ratio était de 0,34. Les patients consultaient après une évolution moyenne de 16 ans. Les varices étaient négligées dans 26 cas (74,3%). La lourdeur de jambe était toujours mentionnée. Elle s'associait parfois à un prurit (40%) ou à un trouble trophique avec ou sans ulcère (20%). L'atteinte était bilatérale dans 65,7% (n=23). Il s'agissait de varices systématisées dans 25 cas (71,4%) et non systématisées dans 10 cas (28,6%). L'Echo-doppler évoquait une incontinence valvulaire des saphènes dans 71,4% (n=25). La chirurgie pratiquée était une ligature de la jonction saphénofémorale ou saphénopoplitée avec ou sans stripping tronculaire (71,4%) (n=25) et une ligature des perforantes (34,3%). Une contention élastique postopératoire était préconisée pour 4 semaines. Au premier mois, les signes fonctionnels disparaissaient et les ulcères étaient cicatrisés dans 57,1% des cas (4/7). Aucune récurrence n'était retrouvée après 6 mois d'évolution.

Conclusion: Les résultats de la chirurgie des varices sont favorables avec un bilan morphologique adéquat et des techniques conventionnelles appropriées.

Mots clés: Chirurgie; Echo-doppler; Incontinence valvulaire; Varice

Abstract

Titre en anglais: Varicose veins and superficial chronic venous insufficiency: our experience in conventional surgery.

Aim: Aim of this study was to describe the medium-term results of conventional surgery for treatment of lower limbs varicose veins.

Patients and method: It is a prospective study of patients with varicose veins of lower limbs operated during one year period in general and vascular surgery ward of Ravoahangy Andrianavalona teaching hospital. Preoperative clinical features, surgical method and postoperative evolution were studied. No follow-up was criterion of exclusion.

Results: Thirty-five files of patients were recorded. Average age was 55.7. Sex-ratio was 0.34. Patients consulted after mean period of 16 years evolution. The varicose veins were neglected in 26 cases (74.3%). Heaviness of leg was always mentioned associated sometimes with a pruritus (40%) or trophic disorder with or without ulcer (20%). Localization was bilateral in 65.7% of cases (n=23). Varicose veins were systematized in 25 cases (71.4%) and not systematized in 10 cases (28.6%). Doppler ultrasound showed valvular incompetence of saphenous veins in 71.4% of cases (n=25). Practised surgery was high ligation of saphenofemoral or saphenopopliteal junction with or without troncular stripping (71.4%) (n=25) and ligation of perforating veins (34.3%). Postoperative elastic application was prescribed for 4 weeks. First month later, functional signs disappeared and ulcers were healed in 57.1% of cases (4/7). After six months follow up, no recurrence was found.

Conclusion: Results of varicose veins surgery are favorable with adequate morphological assessment and suitable conventional techniques.

Key words: Doppler ultrasound; Surgery; Valvular incompetence; Varicose vein

Introduction

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est une maladie fréquente touchant environ 20% de la population avec une prédominance féminine [1]. Les varices sont les manifestations les plus fréquentes de l'IVC et représentent le stade C2 de la classification CEAP [2]. La méconnaissance ou la négligence du risque de survenue des complications trophiques, hémorragiques et thrombotiques, expose souvent au retard de prise en charge thérapeutique. La chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle se conçoit en présence de varices associées à une incontinence valvulaire ostiale, tronculaire ou des perforantes. Le but de notre étude était de rapporter notre expérience concernant la chirurgie des varices des membres inférieurs tout en évaluant les résultats à court et moyen termes.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude prospective descriptive des insuffisances veineuses superficielles chroniques avec des varices des membres inférieurs, opérées sur une période d'un an, allant du 01 Avril 2013 au 31 Mai 2014, au service de

chirurgie générale et vasculaire de l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIRA). Le diagnostic clinique était complété d'un écho-doppler (ED) pour une cartographie préopératoire. Un échomarkage était réalisé par l'échographiste en cas d'incontinence ostiale de la veine petite saphène ou incontinence des perforantes. L'indication opératoire était la présence de véritables varices, associées ou non à des troubles trophiques et/ou d'ulcères, avec une incontinence valvulaire ostiale et/ou tronculaire des veines saphènes et/ou des perforantes. Le repérage dermatographique des varices était marqué la veille de l'opération. La rachianesthésie était toujours priorisée. La chirurgie à ciel ouvert adoptée était celle décrite par Perrin en 2007 [3]. Elle consistait à faire une ligature-exérèse de la jonction saphénofémorale (JSF) et/ou de la jonction saphénopoplitée (JSP) associée à un arrachement de toutes les afférences veineuses de la dite jonction (crossectomie) avec un stripping par invagination, une ligature par abord direct des perforantes et une phlébectomie. Les techniques chirurgicales conservatrices du tronc saphène par valvuloplastie, CHIVA (cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire) ou ASVAL (ablation sélective des varices sous anesthésie locale) n'étaient pas pratiquées. La contention élastique postopératoire pour 4 semaines était

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: tokybeloh@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

prescrite de façon systématique. Les soins locaux destinés aux ulcères des jambes n'avaient pas de spécificité. Les paramètres étudiés étaient l'aspect clinique préopératoire, la méthode chirurgicale et l'évolution postopératoire. L'étiologie post-thrombotique et l'absence de suivi constituaient des critères d'exclusion. Les données étaient relevées à partir des dossiers médicaux contenant les observations médicales, les comptes rendus opératoires et le suivi postopératoire au premier et au sixième mois de la chirurgie. Les informations manuscrites recueillies de façon prospective étaient saisies dans une base de données sous forme de tableau Excel®, permettant ainsi de faciliter la réalisation de l'étude statistique.

Résultats

Au total, 51 dossiers de patients ayant présenté des varices des membres inférieurs étaient répertoriés dont 35 étaient retenus pour la réalisation de cette étude. Les dossiers exclus concernaient des patients perdus de vue ($n=14$) et des patients qui présentaient des varices secondaires post-thrombotiques ($n=2$). L'âge moyen était de 55,7 ans (23 à 80 ans). Le sex-ratio était de 0,34. Les patients consultaient après une évolution moyenne de 16 ans. Parmi eux, il existait 14,3% ($n=5$) et 11,4% ($n=4$) des cas qui avaient respectivement bénéficiés d'un traitement médical et chirurgical. Les varices étaient négligées dans 26 cas (74,3%). La lourdeur de jambe était toujours mentionnée. Elle s'associait quelques fois à un prurit (40%) ou à un trouble trophique avec ou sans ulcère (20%) (Figures 1 à 4). Les varices étaient compliquées d'œdème dans 21 cas (60%). La majorité des ulcères étaient superficiels et dont le plus étendu mesurait 8cm². Aucun cas de thrombose veineuse superficielle ni rupture des varices n'était constaté. L'atteinte était bilatérale dans 65,7% des cas ($n=23$). Il s'agissait de varices systématisées dans 25 cas (71,4%) et non systématisées dans 10 cas. Les varices étaient toutes primitives. L'ED évoquait une incontinence valvulaire des saphènes dans 71,4% des cas ($n=25$) et des perforantes dans 28,6% des cas ($n=10$). L'incontinence ostiale intéressait la grande veine saphène dans 76% des cas ($n=19$) et la petite veine saphène dans 24% des cas ($n=6$). Toutes les interventions étaient réalisées sous rachianesthésie. La chirurgie pratiquée était une ligature-exérèse de la JSF ou de la JSP avec stripping tronculaire saphène dans 71,4% des cas ($n=25$), une ligature des perforantes dans 34,3% des cas ($n=12$) et une phlébectomie des tributaires saphènes dans 20% des cas ($n=7$). L'intervention était pratiquée en ambulatoire dans 40% des cas ($n=14$). La durée moyenne d'hospitalisation était de 18h (10 à 22h). Les suites opératoires étaient simples. Au premier mois, les signes fonctionnels disparaissaient et les ulcères étaient cicatrisés dans 57,1% des cas (4/7). La résorption des œdèmes était obtenue dans 23,8% des cas (5/21). Aucune récurrence clinique n'était retrouvée. L'ED de contrôle à moyen terme, à la recherche d'une éventuelle récurrence asymptomatique, n'était pas demandée. Au bout de six mois, tous les patients étaient asymptomatiques et aucun œdème ni ulcère non cicatrisé n'était observé. Un trouble neurosensoriel à type de dysesthésie était rapporté chez une patiente (2,8%).

Discussion

La terminologie sémantique des affections veineuses chroniques a beaucoup changé depuis les récents travaux de Ramelet [4]. Cette modification devrait faciliter la compréhension et la prise en charge des maladies veineuses chroniques ainsi que leur symptomatologie. Dans cette



Fig.1: Varices de la veine petite saphène (C2)



Fig.2: Varices tributaires de la grande saphène (C2)



Fig.3: Varice bilatérale avec troubles trophiques et ulcère cicatrisé (C5)



Fig.4: Varice bilatérale avec troubles trophiques et ulcère non cicatrisé (C6)

étude, nous nous sommes limités aux varices symptomatiques et/ou compliquées de troubles trophiques et/ou d'ulcère (C2-C6). Les varices des membres inférieurs sont fréquentes. Le plus souvent, elles sont essentielles, liées à une maladie de la paroi veineuse [5]. La forme secondaire, consécutive au syndrome post-thrombotique est rare. La population cible est habituellement l'adulte jeune avec une nette prédominance féminine. Les autres facteurs de risque sont actuellement bien établis: hérédité, grossesses multiples, grande taille, sédentarité, longue station debout [4]. La symptomatologie est peu spécifique et variable, dépendant de la localisation et de l'étendue d'un reflux ou d'une obstruction. Elle faisait l'objet d'une classification internationale qui est actuellement bien décrite [2]. En pratique, le retard de consultation dans les centres moins équipés comme le notre est attribué à la bénignité de la maladie, au manque d'éducation sanitaire et au faible niveau socio-économique de la population. Ceci explique la fréquence des stades avancés (C3-C6) au moment du diagnostic. De plus, le coût des soins dans la prise en charge de ces affections reste élevé [4], ce qui contribue à la négligence des formes peu symptomatiques chez certains patients. La fréquence des lésions bilatérales dans notre série est probablement liée aux modes de vie professionnelles dominés par la station debout prolongée. Sur le plan cartographique, les varices des membres inférieurs sont souvent bien systématisées et intéressent fréquemment la grande veine saphène. La petite veine saphène n'est atteinte que dans 25% des varices diagnostiquées [4]. La mise en évidence des veines perforantes joue un rôle important dans la prise en charge des varices par rapport au risque de récurrence. Le repérage de ces veines communicantes facilite leur ligature qui est souvent réalisée de façon élective. La confirmation diagnostique est complétée par le repérage à l'ED des niveaux de reflux en rapport avec l'incontinence valvulaire. Cet examen est largement accessible et a l'avantage de pouvoir établir une cartographie préopératoire avec une appréciation de la perméabilité des troncs veineux profonds. Il doit être indiqué de façon systématique avant tout traitement invasif des varices [4] afin de bien adapter pour chaque cas la méthode thérapeutique à adopter. Les autres techniques d'examen (phlébographie, varicographie) sont d'indication exceptionnelle. Elles sont particulièrement utiles en cas de thrombose veineuse profonde persistante, qui contre-indique un traitement invasif sur le réseau veineux superficiel. Dans cette étude, l'indication opératoire était décidée devant une incontinence ostiale ou en présence de veines perforantes directes non continentes. Cependant, nos moyens thérapeutiques se limitent à la chirurgie conventionnelle d'exérèse à ciel ouvert (CCCO). Habituellement, nous pratiquons dans le même temps opératoire une ligature de la JSF et/ou de la JSP avec stripping tronculaire saphène et/ou ligature des perforantes incontinentes. La ligature des perforantes était réalisée par abord direct même en présence de troubles trophiques puisque la chirurgie endoscopique des perforantes sous-fasciales (CEPS) n'est pas réalisable. La phlébectomie était systématique pour les tributaires saphènes et les collatérales non arrachées par le stripper. Le cryo-évinage, qui consiste à faire une exérèse d'un tronc saphène par le froid sans incision basse et les méthodes endoveineuses par obstruction thermique (laser, radiofréquence, vapeur d'eau) ou chimique (sclérothérapie) ne sont également pas disponibles à Madagascar. Actuellement, la chirurgie des varices est souvent pratiquée en ambulatoire. Elle est améliorée

grâce au développement des techniques mini-invasives et au progrès des anesthésies locorégionales par tumescence [4,5]. L'évolution à moyen terme est favorable avec amélioration de la symptomatologie et de la qualité de vie et absence d'ulcère. Les troubles neurosensoriels sont rares [4] voire exceptionnels comme cela avait été le cas dans notre étude. Néanmoins, les échecs à long terme ne sont pas négligeables. En effet, deux études prospectives de varices traitées par CCCO ont rapporté un taux de récurrence qui s'établit à 25 et 47% après 5 ans de recul [6,7]. Les types et causes de récurrences étaient la néovascularisation à la JSF et l'évolution de la maladie variqueuse. Parfois, les récurrences post-chirurgicales sont en rapport avec une incontinence valvulaire du système veineux profond sous jacent [4]. Dans ce contexte, le traitement chirurgical le plus approprié est la reconstruction valvulaire qui offre, selon la littérature, de bons résultats à long terme. La technique endoveineuse en particulier l'échosclérose est fortement recommandée en cas de lésions obstructives associées ou en présence d'un tronc saphène persistant [4]. Le taux de cicatrisation des ulcères dans cette étude est meilleur par rapport à ce qui a été observé dans la littérature: 57% versus 50% sans tenir compte des traitements adoptés [4]. En intention curative, la contention et la compression élastique constituent le meilleur traitement pour favoriser la cicatrisation des ulcères. Il a été rapporté que la chirurgie classique (avec 97% de ligature des perforantes) associée à la compression n'apporte un bénéfice par rapport à la compression seule que chez les patients qui présentaient un ulcère non récidivé [8]. La chirurgie à ciel ouvert n'est recommandée que dans les ulcères alimentés par un reflux majeur au niveau des crosses saphènes et du tronc saphène étendu [9].

Conclusion

Les insuffisances veineuses chroniques avec des varices sont fréquentes et bénignes. Ces affections peuvent se soigner de manière acceptable avec les méthodes thérapeutiques disponibles à Madagascar. La chirurgie ouverte garde une place indéniable dans les attitudes thérapeutiques.

Références

- 1- Robertson L, Evans C, Fowkes FG. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology* 2008; 23: 103-11.
- 2- Caggiati A, Bergan JJ, Gloviczky P, Jantet G, Wendell-Smith CP, Partsch H. Nomenclature of the veins of the lower limbs: an international interdisciplinary consensus statement. *J Vasc Surg* 2002; 36: 416-22.
- 3- Perrin M. Chirurgie à ciel ouvert de l'insuffisance veineuse superficielle. Principes. Techniques. Résultats. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire*, 43-161-B. 2007.
- 4- Ramelet AA, Perrin M, Kern P. Les varices et télangiectasies. 2^{ème} éd. Paris: Masson 2010.
- 5- Bloc S. Anaesthesia for lower limb veins stripping surgery. *Prat Anesth Reanim* 2009; 13: 41-4.
- 6- Kostas T, Loannou CV, Touloupakis E, Daskalaki E, Giannoukas AD, Tsetis D, et al. Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; 27: 275-82.
- 7- Van Rij AM, Jiang P, Solomon C, Christie RA, Hill GB. Recurrence after varicose vein surgery: a prospective long-term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography. *J Vasc Surg* 2003; 38: 935-43.
- 8- Van Gent WB, Hop WC, Van Prag MC, Mackaay AJ, De Boer EM, Wittens CH. Conservative versus surgical treatment of venous leg ulcers: a prospective, randomized, multicenter trial. *J Vasc Surg* 2006; 44: 563-71.
- 9- Perrin M. Indications du traitement chirurgical dans les varices des membres inférieurs. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire*, 43-161-D, 2007.