
Pathologie variqueuse des membres inférieurs : à propos de 52 cas opérés au CHU de Dakar

O. Diarra, M. Bâ, O. Kane, A.A. Sankalé, A. Ndiaye, G. Ciss, P.A. Dieng, A. Ndiaye, M Ndiaye

Unité de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (Pr M. NDIAYE)
Clinique chirurgicale Hôpital Le Dantec B.P 6308 Dakar-Etoile
DAKAR

Résumé

Réputées rares chez le Noir, les varices occupent 6,52 % de notre pratique. Ce travail rétrospectif analyse leurs aspects épidémiologiques, cliniques et les résultats de la chirurgie.

Entre 1989 et 1998, 52 patients étaient opérés pour varices tronculaires des membres inférieurs après un doppler du réseau veineux profond. Une contention postopératoire était utilisée.

L'âge moyen des patients était de 31 +/- 10 ans, le sexe ratio de 1,88. Les varices étaient « essentielles » chez 50 patients, malformatives chez 2. Les principaux facteurs favorisants étaient la multiparité (23,07 %) et les professions à risque (15,38 %). Le réseau veineux profond était perméable dans tous les cas. L'indication opératoire était motivée par les manifestations fonctionnelles (59,61 %), les complications (36,53 %) et l'esthétique (15,38 %). Les troncs veineux intéressés étaient : saphène interne (64,86 %), saphène externe (25,67 %), saphène accessoire (4,05 %) et perforantes (5,42 %). Le geste chirurgical était un éveinage (58,34 %), des ligatures (3,12 %), les 2 associées (37,50 %) et une crossectomie (1,04 %). Trois cas d'hématome postopératoire étaient notés. Après un recul moyen de 7 ans et selon la classification d'Ayachi, nous avons noté 82,70 % de résultats satisfaisants, 13,46 % de résultats moyens et 3,84 % de mauvais résultats (2 récurrences).

La maladie variqueuse existe au Sénégal. La chirurgie associée à la contention et à l'hygiène veineuse donne des résultats satisfaisants.

Mots clés : Varices des membres inférieurs / Chirurgie / Contention.

Introduction

L'insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs (MI) communément appelée varices se définit comme une dilatation sacculaire de veines des MI qui sont le plus souvent tortueuses (OMS). Bassi [1] la définit comme « une dilatation permanente des veines du réseau superficiel des MI avec lésions pariétales dégénératives et insuffisance valvulaire », responsable d'une circulation veineuse pathologique [2].

Les varices des MI sont connues depuis l'antiquité (XV^{ème} siècle avant Jésus Christ) [3], mais peu de

Abstract

Varicose veins of lower limbs: about a series of 52 patients operated on in Dakar

Varicose vein disease is considered rare among black people. Nevertheless, it represents 6.52% of our practice. This retrospective study reviews some epidemiological factors, clinical features and surgical results in a series of 52 patients operated on between 1989 and 1998.

All patients suffered from troncular varicose veins of the lower limbs diagnosed by Doppler imaging of the deep venous system. A postoperative elastic stocking was used.

The average age was 31 +/- 10 years with a sex ratio of 1.88. The varicose veins were "essential" among 50 patients (96.15%) and malformative in 2 (3.85%). The risk factors were mostly multiparity (23.07%) and professional exposure (15.38%). The deep venous system was permeable in all patients. Operative indications were based on functional symptoms (59.61%), the occurrence of complications (36.53%) and esthetical concerns (15.38%). The internal saphenous vein was involved in 64.86% of the cases, the external in 25.67%, the accessory in 4.05% and the communicating veins in 5.42%. Surgical procedures included stripping (58.34%), varicose veins ligating (3.12%), the association of both (37.50%) and crossectomy (1.04%). Three postoperative cases of hematomas were recorded. With an average follow-up time of 7 years, and according to Ayachi's classification, we noted 82.70% of excellent results, 13.46% of good results and 3.84% of fair results, and 2 recurrences.

Varicose venous disease exists in Senegal. Surgery combined to elastic stocking and venous hygiene provides excellent results.

Keywords: Varicose veins of lower limbs, / Surgery / Elastic stocking.

publications sont rapportées chez l'Africain. La chirurgie des varices représente 6,52 % de notre pratique hospitalière [4]. Leur traitement par la chirurgie conventionnelle associée à la contention élastique reste d'actualité à côté de la cryochirurgie, du cryoéveinage, plus récemment de la cure conservatrice hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire (CHIVA).

Cette étude rétrospective a pour objectifs d'identifier les modes de présentation clinique des varices des membres

inférieurs, de préciser la place de la chirurgie dans leur traitement et d'apprécier ses résultats.

Malades et Méthode

Cinquante deux dossiers de patients des deux sexes opérés entre avril 1989 et décembre 1998 pour varices des MI dans l'Unité de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire du CHU de Dakar ont été étudiés. Tous les dossiers incomplets ont été exclus de l'étude. Pour chaque malade sont étudiés : les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, les aspects épidémiologiques, étiopathogéniques et cliniques de la maladie, ainsi que la perméabilité du réseau veineux profond par échodoppler veineux. Tous les malades ont été opérés sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. Une crossectomie a été réalisée, seule ou associée à un éveinage pour les varices tronculaires systématisées et des ligatures étagées pour les varices tronculaires non systématisées.

Après chirurgie, une contention élastique par bandes a été mise en place et le membre opéré surélevé ; le premier pansement est effectué au 7^{me} jour postopératoire. Le port de bas de contention diurne à titre externe et les mesures d'hygiène veineuse sont préconisés. Une sclérothérapie complémentaire a été proposée pour les varices réticulaires résiduelles.

Les suites opératoires précoces et tardives ont été analysées. Les résultats exprimés par le pourcentage ou la moyenne, ont été évalués par classification d'Ayachi [5].

Epidémiologie

La série comprenait 34 hommes et 18 femmes soit un sex-ratio de 1,88. L'âge moyen global était de 30,82 ans (extrêmes : 16 et 66 ans) avec un pic entre 20 et 40 ans (65,38 % des patients) et entre 16 et 20 ans (19,23 % des patients) ; 84,61 % des malades avaient moins de 40 ans (Tableau I). Selon le sexe l'âge moyen était plus bas chez les hommes (27,88 ans) que chez les femmes (36,38 ans).

Tableau I : Répartition des varices des membres inférieurs selon la tranche d'âge

Age	< 20 ans	20-40 ans	40-60 ans	> 60 ans	Total
Nombre	10	34	6	2	52
Pourcentage	19,23	65,38	11,54	3,85	100

Tableau II : Facteurs étiologiques des varices des membres inférieurs

Facteurs favorisants	Nb	%
Antécédent familial de varices	4	11,43
Multiparité (2 à 7 gestes)	12	34,28
Antécédent de chirurgie des membres inférieurs	4	11,43
Profession à risque	8	22,86
Sédentarité	5	14,29
Contraception orale	2	5,71
Total	35	100

Etiopathogénie

Il y avait 50 cas de varices essentielles (96,16 %) et 2 cas de varices malformatives (3,84 %). Il n'y avait pas de varices secondaires. Le Tableau II montre les facteurs déterminants ou aggravants dominés par la multiparité (de 2 à 7 gestes) : 12 cas (23,07 %) et les professions à risque (orthostatisme prolongé) : 8 cas (15,38 %).

Clinique

Le délai moyen de consultation était de 4 ans (extrêmes : 2 et 13 ans) avec 16 patients (30,76 %) ayant consulté après 5 ans d'évolution de la maladie.

Les motifs de consultation comprenaient les manifestations fonctionnelles (59,61 %) dominées par les lourdeurs (25 %), les complications évolutives (36,53 %) avec notamment 25 % d'ulcères de jambe et enfin les préoccupations esthétiques (15,38 %) (Tableau III).

L'Echodoppler veineux des MI a révélé une perméabilité du réseau veineux profond chez tous les patients.

Au plan topographique les varices concernaient la veine saphène interne dans 48 cas (64,86 %), la saphène externe dans 18 cas (25,67 %), la saphène accessoire dans 3 cas (4,05 %) et les perforantes de jambes dans 5 cas (5,42 %). Les varices concernaient 74 MI avec 38 atteintes gauches (51,35 %), 36 localisations droites (48,65 %) dont 11 atteintes bilatérales.

Résultats

Soixante MI ont été opérés : 31 MI gauches, 29 MI droits et 4 atteintes bilatérales.

La crossectomie et l'éveinage saphène interne ont été le geste le plus pratiqué (44 cas), suivie des ligatures

Tableau III : Motifs de consultation pour varices des membres inférieurs

Motifs de consultation	Symptômes	Nb	%
Manifestations fonctionnelles	Lourdeur de jambe	13	25
	Douleur de jambe	9	17,31
	Paresthésie de membres inf.	5	9,61
	Crampes	3	5,77
	Prurit localisé	1	1,92
Complications évolutives	Ulçère de jambe	13	25
	Rupture hémorragique	5	9,61
	Thrombose variqueuse	1	1,92
Préoccupations esthétiques	Cordons veineux disgracieux	4	7,69
	Platypodie bilatérale	4	7,69

Tableau IV : Gestes opératoires réalisés pour les varices des membres inférieurs

Gestes	Nb	%
Crossectomie et éveinage saphène interne	44	45,84
Crossectomie et éveinage saphène externe	6	6,25
Crossectomie et éveinage saphènes interne et externe	5	5,21
Ligatures étagées, crossectomie et éveinage	36	37,50
Ligatures étagées seules	3	3,12
Crossectomie et éveinage saphène accessoire	1	1,04
Crossectomie seule	1	1,04

étagées combinées à la saphénectomie interne, externe ou accessoire (36 cas) (Tableau IV). Onze greffes de peau sur ulcères variqueux ont été réalisées.

Les suites opératoires ont été émaillées par la persistance de quelques paquets variqueux chez 7 patients et par 7 complications postopératoires dont 5 précoces (2 suppurations locales, 2 lésions nerveuses régressives et 1 hématome évacué), 2 récidives tardives ont été notées chez 2 patients. Ils ne portaient pas leurs bas de contention. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours (7 et 15 jours). Le suivi a été complet pour tous les malades.

Avec un recul moyen de 7 ans (extrêmes : 4 et 13 ans) et selon la classification de AYACHI [4], 82,70 % des patients avaient un résultat satisfaisant, 13,46 % un résultat moyen ; deux patients (3,84 %) ont eu une récurrence (mauvais résultats).

Discussion

La prédominance masculine notée dans notre série est rapportée dans la littérature africaine : en effet, Ayachi [5] en Tunisie, Diallo [6] en Côte-d'Ivoire et Bensaid [7] au Maroc décrivent 65 %, 58,1 % et 72,8 % de patients de sexe masculin dans leurs séries respectives. A l'opposé, les séries occidentales notent une prédominance féminine : 84,58 % dans l'étude d'Envol [8] et 79 % pour Occeilli [9]. Cette dichotomie pose la question d'une éventuelle relation entre la maladie variqueuse et le sexe en fonction de la race.

L'âge moyen dans notre série est de 30,82 ans avec 84,61 % de patients de moins de 40 ans. Ces résultats sont superposables à ceux des séries africaines [6, 7,10]. Par contre dans les séries occidentales, la maladie variqueuse est plus décrite chez les patients de plus de 40 ans (57 %) dans l'étude de Gerson [11] et 65,5 % dans celle d'Occeilli [9]. Cette différence entre réalités européenne et africaine quant à l'âge de prédilection des varices laisse penser à la possibilité d'un facteur racial qui jouerait un rôle dans l'âge d'apparition de la maladie. Seules des études expérimentales conséquentes permettront d'y répondre. De plus, on peut penser à une plus grande exposition des jeunes africains aux facteurs de risque des varices, si ce n'est une importance marquée des varices malformatives ; dernière hypothèse qui reste à vérifier. Enfin ces constatations peuvent être en rapport avec un biais de sélection : les femmes africaines sollicitent moins la chirurgie que les femmes européennes, les varices essentielles apparaissant plus volontiers chez elles après l'âge de 30 ans.

Quatre de nos patients (7,69 %) avaient un antécédent familial de varices. Diallo [6], Bensaid [7] et Dhobb [12] décrivent des taux respectifs de 38 %, 70 % et 62,1 %. Seul Ayachi [5] avec 9 % se rapproche nos résultats. Cette différence peut être due à la méconnaissance par la plupart de nos malades de leurs antécédents familiaux.

Huit de nos patients (15,38 %) avaient une profession à risque. Perrin [13], Envol [8] et Diallo [6] rapportent respectivement 36,9 %, 58 % et 60 %. Cette différence semble imputable à l'inégalité de développement entre

notre pays à fort taux de chômage et les pays hôtes de ces études.

Sur les 18 patientes de notre série, 12 (66,66 %) étaient des multipares, résultats supérieurs à ceux trouvés dans la littérature occidentale [14, 15, 16,17]. La taille de notre échantillon combinée à l'importance de la parité chez les femmes de notre série peut en être l'explication.

Les antécédents de chirurgie des membres inférieurs sont souvent évoqués comme facteur étiologique des varices des membres inférieurs [5]. Dans notre étude, nous avons trouvé 7,69 % d'antécédents de chirurgie des MI. Ce résultat est superposable à ceux de Bensaid [7], d'Occeilli [9] et d' Ayachi [5].

Dans notre étude, 9 % des femmes étaient sédentaires au foyer contre respectivement 24,8 % et 32,61 % pour Gerson [11] et Diallo [6]. La prise d'oestrogénostatifs est notée chez 11,11 % des femmes de notre série contre 4,2 % dans celle d' Ayachi [5].

Dans notre étude, 42,3 % des patients ont consulté dans les cinq premières années. Dhobb [12] au Maroc décrit des résultats similaires (43,6 %).

Les manifestations fonctionnelles (59,61 %) sont le principal motif de consultation chez nos patients, comme décrit dans la littérature [6, 7,8].

La consultation pour raisons esthétiques représente 15,38 % dans notre étude, résultat superposable à ceux des études africaines [6, 7,12], cependant inférieur à ceux des séries occidentales [18,19]. Cette différence peut être en rapport avec une négligence des varices chez les populations africaines ou avec une plus grande frilosité des populations européennes face aux préjugés esthétiques de la maladie plus visible sur peau blanche dénudée.

Dans notre étude 36,53 % des patients ont consulté pour des complications comme dans certaines séries africaines [5, 6,7] : ces chiffres sont supérieurs à ceux de la série européenne de Videau [19] avec 18,4 %. Cela s'explique par la précocité et la qualité de la prise en charge des varices en Europe. Nous avons noté une prédominance des varices de la saphène interne (64,86 %), suivies par celles de la saphène externe (25,67 %) et par celles de la saphène accessoire (4,05 %). Des résultats similaires sont trouvés par d'autres auteurs [7,13].

Cinquante de nos malades (96,16 %) avaient des varices essentielles, et seuls 2 (3,84 %) avaient des varices malformatives. Aucun cas de varice secondaire n'a été trouvé. Cette prédominance des varices essentielles est notée en Occident par Perrin [13], Di Maria [18] et Maraval [20] qui les estiment respectivement à 88,2 %, 85 % et 91 % et en Afrique par Bensaid [7] et Dhobb [12] avec respectivement 79 % et 84,66%.

La saphénectomie interne par éveinage est le geste chirurgical le plus couramment réalisé [6, 13,18] comme ce fut le cas dans notre étude (77,19 %), en rapport avec une atteinte plus fréquente de cette veine.

La lésion nerveuse saphène interne est l'une des

complications postopératoires les plus couramment rencontrées en chirurgie veineuse des MI [6, 12,17]. Nous en avons rencontré 2 (3,84 %).

Nous avons noté 2 cas d'infections de la plaie opératoire (3,84 %) ; Bensaid [7], Dhobb [12] et Ayachi [5] rapportent des taux respectifs de 1,18 %, 1 % et 1,6 %.

Deux cas de récurrence variqueuse (3,84 %) ont été notés chez nos patients : ce qui reste acceptable [6,12].

La persistance de quelques paquets variqueux a été trouvée chez 7 de nos patients (13,46 %), chiffre supérieur à ceux de Frileux [14] 0,8 %, de Dhobb [12] 4,6 % et de Diallo [6] 6,5 %.

En fonction de la classification établie par Ayachi [5] nous avons obtenu 3,84 % de mauvais résultats, 13,46 % de résultats moyens et 82,70 % de résultats satisfaisants. Ce qui reste acceptable, comparé aux résultats de Perrin [13], de Frileux [14] et de Rioux [21].

Conclusion

Cette étude a permis de préciser la place de la chirurgie dans la stratégie thérapeutique multidisciplinaire des varices des MI. Il s'agit d'une chirurgie à faible morbidité, qui reste actuelle, et dont les résultats sont satisfaisants. Elle doit cependant être suivie de la contention élastique et des mesures d'hygiène veineuse pour conforter ses résultats et prévenir les récurrences.

Références

1. Bassi G. Les varices des membres inférieurs. Doin et Cie, Paris 1967 : 21-54
2. Arnoldi D.D. The aetiology of primary varicose veins. Dan. Med. Bull., 1957 ; 1 : 102-7.
3. Jambon C., Laborde J.C., Quere I. Aperçu historique du traitement des varices. Journal des Maladies Vasculaires, 1994 ; 19 : 210-5.
4. Ba M. S., Chirurgie thoracique et cardiovasculaire dans un pays en voie de développement (bilan de l'activité au CHU de Dakar), Thèse Médecine, 1997 ; 4 : 51
5. Ayachi Y., Essafi N. Varices des membres inférieurs à propos de 124 cas opérés de 1977 à 1981. Tunisie Médicale, 1984 ; 4 : 47-9.
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 : 210-5.
7. Bensaid Y., Ammar F., Dhobb M. : varices des membres inférieurs à propos de 254 cas. Information Maghreb Med., 1982 ; 13 : 85-7.
8. Etude d'Envol. Boots-Dacour, Panorama du médecin, 1987, 2596.
9. Occeilli R., Langle I. Varices, statistiques et traitement. Revue du praticien, 1970 ; 13 : 82-6.
10. Rougemont A. Prévalence des varices des membres inférieurs dans une population africaine (Rep. MALI). Médecine Tropicale, 1973 ; 25 : 109-23.
11. Gerson L. Statistique de 428 cas de varices des membres inférieurs, traitées non chirurgicalement. Angiologie, 1973 ; 33 : 109-23.
12. Dhobb M. Chirurgie des varices des membres inférieurs à propos de 75 cas opérés. Espérance Médicale, 1998 ; 5 : 299-305.
13. Perrin M. Compression élastique et chirurgie veineuse. Phlébologie, 1991 ; 36 : 75-80.
14. Frileux C., Corner J.M. Chirurgie des varices des membres inférieurs à propos de 125 cas. Journal des Maladies Vasculaires, 1989 ; 12 : 106-10.
15. Schaedek M., Vin F. Varices des membres inférieurs et grossesses. Phlébologie, 1984 ; 37 : 561-9.
16. Melliere D. Traitement des varices des membres inférieurs. Journal des Maladies Vasculaires, 1994 ; 29 : 216-21.
17. Martinet J.B. Traitement chirurgical des maladies variqueuses des membres inférieurs. Doin ed., 1965.
18. Di Maria G. Traitement chirurgical des varices. Vie Médicale, 1975 ; 5 : 296.
19. Videau J., Cazenave M.J.P., Reviere J., Shawiski P. Chirurgie des varices. Bordeaux Méd., 1979 ; 52 : 1759-66.
20. Maraval M. Chirurgie des varices essentielles. Revue du praticien, 1994 ; 44 : 777-80.
21. Rioux R.J. Eveinage à propos de 4000 membres opérés en 12 ans. Lyon Méditerranée Médical-Médecine du Sud-Est, 1992 ; 28 : 1020-5.