Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2022, 75, 4, p. 77-80

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE Phlébologie

Prise en charge d'une insuffisance veineuse pelvienne associée à une insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs.
Expérience sur 4 ans de pratique en cabinet de ville.

Management of pelvic venous insufficiency associated with lower limbs superficial venous insufficiency. Experience over 4 years of practice in a town practice.

Rabah Y.

Résumé

Notre étude clinique porte sur une série de 19 patients qui ont été inclus suite à une consultation pour recherche d'IVSMI, suspectée par la présence de VMI ou d'une symptomatologie fonctionnelle d'allure veineuse et pour lesquelles une IVP avait été objectivée par phlébographie.

L'insuffisance veineuse pelvienne (IVP) peut être responsable d'un syndrome de congestion pelvienne (PCS) ainsi que de varices des membres inférieurs (VMI), via les anastomoses entre le réseau veineux abdominal et celui des membres inférieurs [1].

Le reflux pelvien est en cause chez 10 % des patients présentent des VMI (93 % de femmes) [2]. Dans la plupart des cas, cette IVP est due à un reflux et elle peut être traitée sous anesthésie locale par embolisation.

Il existe aujourd'hui une controverse entre ceux qui prônent un traitement systématique de l'IVP avant la prise en charge des VMI, et ceux qui pensent qu'il ne faut traiter que les IVP responsables d'un syndrome de congestion pelvienne (SCP) [3, 4].

Mots-clés : *insuffisance veineuse pelvienne, syndrome de congestion pelvienne, varices des membres inférieurs, controverse*

Abstract

Our clinical study includes a series of 19 patients who were included following a consultation for IVSMI, suspected by the presence of VMI or a functional symptomatology of venous appearance and for whom a PVI had been objectified by phlebography.

Superficial venous insufficiency of the lower limbs (IVSMI) is not always of saphenous origin. This is even more true for varicose recurrences. Pelvic venous insufficiency (PVI) can be responsible for a pelvic congestion syndrome (PCS) as well as varicose veins of the lower limbs (VMI), via the anastomoses between the abdominal and lower limb venous networks [1].

Pelvic reflux is involved in 10% of patients with VMI (93% women) [2]. *In most cases, this PVI is due to reflux and can be treated under local anaesthesia by embolisation.*

There is now a controversy between those who advocate routine treatment of PVI before management of IMV, and those who believe that only PVI causing pelvic congestion syndrome (PCS) should be treated [3, 4].

Keywords : pelvic venous insufficiency, pelvic congestion syndrome, lower limb varicose veins, controversy.

Yacine Rabah, médecin vasculaire, 77, route de Rochelongue, F-34300 Agde.
dr.yacine.rabah@gmail.com

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Introduction

Ce travail est une étude observationnelle rétrospective faite à partir des comptes rendus écho-Doppler initiaux, des comptes rendus de radiologie-interventionnelle standardisés, et des consultations de suivi chez des patientes prises en charge entre janvier 2018 et avril 2022.

Les critères d'évaluation choisis ont été fondés sur l'amélioration de la symptomatologie fonctionnelle veineuse sur les membres inferieurs, après embolisation des varices pelviennes.

Matériel et méthode

Patients

Critères d'inclusion

Entre 2016 et 2022, 19 patients ont été inclus suite à une consultation pour recherche d'IVSMI, suspectée par la présence de VMI ou de symptomatologie fonctionnelle d'allure veineuse, et pour lesquelles une IVP avait été objectivée par phlébographie.

L'IVP avait été recherchée si un SCP avait été rapporté, suite à la constatation de varices périnéales, du pli de l'aine, ou d'une varicose abdomino-pelvienne en connexion avec le réseau veineux superficiel des membres inférieurs à l'échoDoppler.

Bilan diagnostique et thérapeutique : examen clinique, échoDoppler vasculaire, phlébographie et embolisation

L'évaluation échoDoppler initiale a été effectuée dans un cabinet de médecine vasculaire de ville à Agde.

Le patient en position debout sur un escabeau de phlébologie pour l'exploration du réseau veineux des membres inférieurs, et en position allongée pour celle des veines abdominales (veine cave inférieure et veines iliaques).

L'échographe utilisé fut un GE Voluson E9 mis en service en octobre 2014 puis un Canon APLIO A450 mis en service en mars 2019.

La phlébographie et l'intervention sur le réseau veineux pelvien ont été réalisées au centre hospitalier de Béziers au service de radiologie interventionnelle et au service de radiologie vasculaire et interventionnelle de la Clinique du millénaire à Montpellier.

Une nouvelle évaluation échoDoppler a été réalisée 2 à 3 mois après l'intervention sur le réseau veineux pelvien avec (ou sans) réalisation de sclérothérapie (la molécule utilisée était du Polidocanol (Aetoxisclerol®) sur les VMI.

Les patients avaient à cette occasion été interrogés sur l'amélioration de la symptomatologie des membres inférieurs (douleurs, lourdeurs, œdème).

Résultats

Données des patients (Tableau 1)

Les femmes représentaient 84,2 % des patients étudiés. Elles étaient multipares dans 81,3 % des cas.

Paramètres		Effectif (%)
Sexe	Homme	3 (15,8)
	Femme	16 (84,2
Femme	Nullipare	1 (6,2)
	Unipare	2 (12,5)
	Multipare	13 (81,3)
Âge (années)		52,6 (extrêmes 24 et 76 ans)
Syndrome de congestion pelvienne		7 (36,8)
Hérédité familiale d'IVSMI		12 (63,1)
Type d'IVP		
Reflux	Fuite gonadique	6 (31,6)
	Fuite glutéale	3 (15,8)
	Fuite obturatrice	11 (57,9)
	Fuite honteuse interne	10 (52,6)
Cavernome (sans précision)		4 (21)
Sd Cockett		5 (26)
Nutcracker Sd		0 (0)
Associations		15 (78,9)
Latéralité	Droite	9 (47,3)
	Gauche	18 (94,7)
	Bilatérale	9 (47,3)
Type IVSMI	Saphène	14 (73,6)
	Non-saphène (varces du plancher pelvien, du pli de l'aine et varices non systématisées des membres inférieurs	5 (26,3)
	REVAS	8 (42,1)
	Association	11 (57,9)
Latéralité	Droite (seulement)	2 (10,5)
	Gauche (seulement)	5 (26,3)
	Bilatérale	12 (63,1)

***TABLEAU 1:** Données des patients.*

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

L'âge moyen était de 52,6 ans (extrêmes : 24-76 ans).

Les veines traitées à l'étage abdominal appartenait principalement au système iliaque interne (glutéales obturatrices et pudendales) avec de nombreuses associations entre les différentes afférences (78,9 % d'associations), ainsi que cinq syndromes de Cockett (26 %).

Les veines superficielles des membres inférieurs concernées étaient dans les trois quarts des cas des veines saphènes (73,6 %), contre un quart de varices non saphènes.

Les récidives variqueuses postopératoires tiennent une part importante d'environ la moitié des effectifs avec 42,1 % des patients.

Une hérédité familiale d'insuffisance veineuse des membres inférieurs a été rapportée dans deux tiers des cas (63,1 %).

Concernant la latéralité, l'insuffisance veineuse pelvienne a été retrouvée dans 94,7 % des cas à gauche, alors que l'IVSMI était plutôt bilatérale dans 63,1 % des cas.

Données des traitements (Tableau 2)

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement endoveineux par embolisation des fuites, sauf un patient.

Sur ces 18 patients, la moitié des patients a bénéficié d'un traitement bilatéral et l'autre moitié uniquement du côté gauche.

8 patients sur 19 ont bénéficier uniquement d'un traitement de leur IVP, avec amélioration notable sur les symptômes des membres inférieurs.

Le traitement combiné d'IVP et d'IVSMI a été effectué chez 10 patients.

Pour la prise en charge des VMI à la sclérothérapie a été le traitement de choix avec 10 patients ayant bénéficié d'une occlusion de leurs varices par écho-sclérothérapie à la mousse (52,3 %).

Un seul patient a bénéficié de phlébectomies étagées sur des récidives variqueuses, et un autre patient était en attente de prise en charge chirurgicale.

Un seul patient réfractaire à l'embolisation a préféré bénéficier uniquement d'une occlusion par échosclérothérapie à la mousse de ses varices de ses membres inférieurs (qui s'est avéré par ailleurs efficace).

Complications

Aucune complication n'a été rapportée sur les comptes rendus de procédures intraveineuses d'embolisation des varices pelviennes ou de mise en place d'endoprothèses dans le syndrome de Cockett.

Un léger malaise vagal est à noter au cours d'une séance sclérothérapie.

Pas de complications sur le compte rendu opératoires chez le patient ayant bénéficié de phlébectomies étagés.

Type de traitement	Âge (%)
Embolisation de varices pelviennes :	18 (94,7)
Latéralité :	
Côté gauche (seulement)	9 (50)
Côté droit (seulement)	0 (0)
Fuites bilatérales	9 (50)
Endoprothèse sur un Sd de Cockett	5(26)
Sclérothérapie des VMI (seulement)	1 (5,2)
Sclérothérapie des VMI	10 (52,6)
Chirurgie des varices des membres inférieurs : phlébectomie étagée	1 (5,2)
Traitement par laser endoveineux ou radiofréquence	0 (0)
Traitement combiné : traitement de l'IVP et des VMI	10 (52,6)
Pas de traitement adjuvant après traitement de l'IVP	8 (42,1)

*TABLEAU 2: **Données du traitement.***

Discussion

Contrairement à l'IVSMI, l'IVP reste très largement sous diagnostiquée en cabinet de ville.

L'interrogatoire chez tous les patients consultant pour une IVSMI devrait également aborder les questions relatives à un SCP, les patients ne faisant pas forcément le rapprochement entre les deux symptomatologies.

Pour preuve, on constate l'étonnement des patients lors de l'examen du réseau veineux abdominal (veine cave inférieure et réseau iliaque) lors de l'échoDoppler.

Une attention particulière devrait être portée aux patientes multipares ainsi que les patients présentant des récidives variqueuses récurrentes postopératoires.

En effet une origine pelvienne et supra-pelvienne est retrouvée dans 16,6 % des récidives de varices des MI après chirurgie [5].

Dans notre étude la moitié des patients présentaient une IVSMI sous forme de REVAS et la moitié des patients n'ont pas poursuivi le traitement de l'IVSMI suite au traitement de l'IVP, en raison d'une amélioration fonctionnelle notable.

Une analyse complémentaire aurait pu déterminer s'il existe une efficacité substantielle de la sclérothérapie sur l'IVS après traitement de l'IVP.

Ce modeste recueil de données ne permet malheureusement pas d'établir de lien de causalité entre l'IVP et l'IVSMI, même si celle-ci est depuis toujours admise en raison des nombreuses anastomoses existant entre les deux réseaux.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

Cependant, les résultats des études restent divergents sur le sujet. Par exemple dans une étude de 2001 [6], Jiang rapporte que 3 % des reflux veineux non saphéniens sont d'origine pelvienne.

Dans une autre étude parue 2 ans plus tard, ce pourcentage était de 34 % [7], ce qui démontre l'absence de consensus sur le sujet.

La quasi-totalité des patients présentaient une atteinte pelvienne gauche, alors que seulement les deux tiers présentaient une atteinte du réseau veineux gauche au niveau des membres inférieurs. Ceci suggère que dans un tiers des cas l'IVP n'était pas responsable d'IVSMI.

Il serait donc intéressant d'établir un protocole de soins concernant la nécessité ou non d'intervenir d'abord sur l'IVP avant l'IVSMI, ou la prise en compte de la présence ou non d'un SCP dans l'algorithme décisionnel.

Une étude plus robuste pourrait déterminer s'il existe réellement une meilleure efficacité sur le traitement de l'IVSMI après prise en charge d'une IVP associée.

Limites de notre étude

Il s'agit d'un registre rétrospectif, ce qui induit des biais dans le recueil des données et le recul à plus long terme dans la surveillance des récidives.

Certaines données sont manquantes comme l'absence de poursuite de la prise en charge de l'IVSMI chez certains patients (amélioration suite à la prise en charge de l'IVP ou simple abandon de soin ?).

Autre élément regrettable, le suivi au long cours des patients avec notamment le taux de recanalisation (sur les varices pelviennes et les varices des membres inférieurs) n'est pas connu.

Un recueil de données standardisé des informations, pourrait permettre de poursuivre l'analyse en prospectif pour le long terme des patients atteints conjointement d'IVP et d'IVSMI.

Conclusion

Contrairement à l'IVSMI, l'IVP reste très largement sous-diagnostiquée en cabinet de ville.

L'interrogatoire chez tous les patients consultant pour une IVSMI devrait également aborder les questions relatives à un SCP, les patients ne faisant pas forcément le rapprochement entre les deux symptomatologies.

Il serait intéressant d'établir un protocole de soins concernant la nécessité ou non d'intervenir d'abord sur l'IVP avant l'IVSMI, ou la prise en compte de la présence ou non d'un SCP dans l'algorithme décisionnel.

Une étude plus robuste pourrait déterminer s'il existe réellement une meilleure efficacité sur le traitement de l'IVSMI après prise en charge d'une IVP associée.

Références

1. Kamina P., Chansigaud J.P. Anatomie fonctionnelle des veines pelviennes chez la femme [Functional anatomy of the pelvic veins in women]. Phlébologie 1989 Jul-Oct ; 42(3) : 363-79 ; discussion 380-4.
2. Labropoulos et al. Nonsaphenous superficial vein reflux. JVS 2001 ; 34 ; 872-7.
3. Hartung O. Embolization is essential in the treatment of leg varicosities due to pelvic venous insufficiency. Phlebology 2015 Mar ; 30(1 Suppl) : 81-5.
4. Rabe E., Pannier F. Embolization is not essential in the treatment of leg varices due to pelvic venous insufficiency. Phlebology 2015 Mar ; 30(1 Suppl) : 86-8.
5. Jiang P., van Rij A.M., Christie R.A., Hill G.B., Thomson I.A. Non-saphenofemoral venous reflux in the groin in patients with varicose veins. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2001 Jun ; 21(6) : 550-7.
6. Labropoulos N., Tiongson J., Pryor L., et al. Definition of venous reflux in lower extremity veins. J. Vasc. Surg. 2003 ; 38 : 793-8.
7. Perrin M., Labropoulos N., et al. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery(REVAS). JVS 2006 ; 43 ; 327-34.