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



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

# Communication à la réunion de la Société Française et Bénéluxienne de Phlébologie Bruges, le 5 mai 1979.

## *Paper presented at the meeting of the Société Française et Bénéluxienne de Phlébologie Bruges, May 5, 1979.*

## Incontinence de la saphène externe avec retentissement progressif sur la saphène interne. Guérison par stripping de la saphène externe seulement.

## *Incontinence of the small saphenous vein with progressive repercussions on the great saphenous vein, cured by only stripping the small saphenous vein.*

Gandouet J. (Paris), Pointillart B. (Niort)

*La dilatation isolée de la crosse de la saphène externe (DE) est assez rare*, et dans nos statistiques opératoires nous relevons une intervention sur la SE contre 35 sur la saphène interne (SI).

Cette dilatation de SE isolée est plus ou moins importante, mais il arrive parfois qu'elle soit considérable.

Dans le cas rapporté plus loin, elle était du volume d'une petite mandarine.

Avec une telle dilatation, le retentissement sur toute la jambe est très important.

Ce retentissement s'explique par les anastomoses de SE et SI.

***Au point de vue anatomique***, la SE partant du bord postérieur de la malléole externe gagne la ligne médiane de la face postérieure de la jambe.

Au niveau du creux poplité, elle forme une crosse, et se jette dans la veine poplitée.

Mais le niveau de son abouchement est assez variable, et la crosse peut avoir 2 ou 3 branches.

**Aussi, il est utile de bien localiser cette crosse pour l'intervention au besoin par phlébographie.**

*Au cours de son trajet, la SE reçoit de nombreux rameaux superficiels, provenant de la région plantaire externe, du talon, et des postérieure et externe de la jambe.*

*Cette disposition anatomique explique la diffusion des varices prenant toute la jambe, dans les énormes incontinences isolées de la saphène externe.*

En plus de ces collatérales, la SE est anastomosée au pied avec la SI, par la veine marginale externe, l'arcade veineuse dorsale du pied, qui se continue par la veine marginale interne.

Et la vascularisation importante de tout le pied fait communiquer abondamment les deux réseaux saphéniens.

Il existe également des anastomoses plus importantes au pied, avec les veines plantaires externes, au cou-de-pied avec les veines péronières.

Mais dans le cas que nous présentons, il existait une volumineuse branche pré-tibiale, partant de la veine marginale externe, se terminant dans la SI au tiers moyen de la jambe.

De plus, à la face postérieure de la jambe, se détachait à la partie moyenne, là où la SE devient intra-aponévrotique, deux grosses anastomoses avec la SI, et au tiers inférieur de la jambe, une autre grosse anastomose se dirigeant vers la malléole interne.

Enfin, lors de l'intervention, nous avons trouvé une veine de Giacomini assez importante que nous ayons liée.

Une autre cause d'un retentissement d'un réseau saphénien sur l'autre vient de la veine jumelle interne, souvent anastomosée avec la SI.

Elle n'a pas été retrouvée chez le malade lors de l'intervention.

***Ce bref rappel anatomique étant fait, voici l'observation de ce malade.***

M. C..., 43 ans, négociant en bestiaux, légèrement obèse, vient consulter en mars 1971 pour une importante varice à la face postérieure de la jambe gauche. La SE est très dilatée, légèrement flexueuse. On arrive même à la palper facilement dans son trajet intra-aponévrotique. Au niveau de la crosse, on voit une énorme ectasie, du volume d'une petite mandarine.

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



Le signe de Schwartz est très positif, l'épreuve de Trendelenburg également, avec un lent remplissage sous le garrot laissé en place plus d'une minute. On note également une grosse branche pré-tibiale inférieure, et à la face postérieure de la jambe, trois veines anastomotiques avec la SI. Par contre la SI semble normale dans sa totalité. Pas de dilatation de la crosse qui n'est pas palpable. On ne trouve pas de perforante au Hunter. Seule la SI jambière est turgescente en dessous du genou, ainsi que l'arcade dorsale du pied.

Cette ectasie de la SE remonterait à 5 mois environ. Elle serait survenue à la suite d'un effort à la chasse, accompagné d'une violente douleur dans le creux poplité, et irradiant à la face postérieure de la jambe. Aucune ecchymose les jours suivants, et la douleur disparut en une semaine environ. Mais la jambe paraissait de plus en plus lourde au malade, avec un œdème le soir, et une gêne dans les chaussures. En même temps, une augmentation progressive de l'ectasie du creux poplité. L'examen des artères périphériques du membre est normal.

Devant cette varice d'effort, on propose une crossectomie-stripping de la SE, mais qui est refusée catégoriquement par M. C... qui prétend n'avoir pas le temps en raison de ses occupations, mais surtout a une peur considérable tant de l'anesthésie que de l'intervention.

La sclérose est proposée sans beaucoup insister, pensant que devant une telle dilatation elle serait peu efficace, peu durable, et nécessiterait plusieurs séances.

Cette thérapeutique est refusée aussi vigoureusement que la première, M. C... ayant autant peur de l'aiguille que du bistouri, et prétendant n'avoir pas le temps.
Finalement il lui est prescrit un bas à contention forte, et pour lui être agréable un tonique veineux.

Le malade vient consulter assez régulièrement 3 à 4 fois par an. Il est inquiet, car malgré le bas compressif qui n'est pas porté tous les jours, les varices augmentent beaucoup, ainsi que l'ectasie du creux poplité.
La saphène interne se dilate progressivement jusqu'au-dessus du genou, mais les examens au niveau de la crosse et de la perforante de Hunter restent négatifs.
En même temps que la dilatation de SI jambière, les anastomoses saphéno-saphéniennes augmentent de volume, et sur l'anastomose inférieure survient une ectasie qui rapidement est en menace de rupture.
Celle-ci survient en mai 1973, sur un champ de foire, à l'occasion d'un léger choc (le malade ne portait pas son bas compressif une fois de plus). Hémorragie brutale d'une ectasie de 2 cm de diamètre.

Hospitalisation en urgence et compression par plaque de « Varico » et bande. Cette fois, M. C..., ayant eu très peur, accepte l'intervention pratiquée 48 heures après, le temps de faire quelques examens sanguins.

Intervention simple. Crossectomie de la SE au ras de la veine poplitée. Stripping avec ligatures de trois anastomoses saphéno-saphéniennes postérieures et de la veine pré-tibiale inférieure. Ligature de la veine de Giacomini assez dilatée.

Selon la méthode proposée par l'un de nous en 1962, pansement compressif par languette NN et Elastoplaste.

Le malade part de l'hôpital avec son pansement 48 heures après et va bien.

Il revient 10 jours après à la consultation pour l'ablation des fils.

Le résultat opératoire est excellent.

Un mois après, la SI jambière dilatée était considérablement diminuée de volume. Elle serait probablement disparue seule.

Par prudence une injection de 2 ml de Sclérémo au tiers supérieur de la SI jambière a amené la disparition définitive de cette veine.

Depuis, l'opéré a été revu à la consultation environ 2 fois par an, jusqu'en 1978.

On n'a jamais observé une dilatation veineuse dans le territoire de la SI. Il porte de temps en temps, dit-il, des chaussettes compressives.

**Cette observation nous montre trois choses :**

1) Dans une varice d'effort, le tissu veineux a en général une bonne musculature. La suppression du point de fuite amène la guérison des dilatations sous-jacentes, si elles ne sont pas trop vieilles et trop importantes. La récidive des varices est exceptionnelle.

2) Il existe des anastomoses entre les deux réseaux saphéniens qui peuvent être importantes et amener un retentissement de l'un sur l'autre. Nous avons vu peu souvent l'incontinence de la SE retentir sur la SI, alors que l'inverse est beaucoup plus fréquent. Ceci plaide en faveur d'une intervention précoce, stripping ou sclérose suivant le contexte, car la dilatation débutant dans la région sus-malléolaire, remontera peu à peu jusqu'à la crosse, qui deviendra incontinente à son tour, avec apparition de varices sur les collatérales.

3) Enfin, il y a intérêt à opérer rapidement une SE incontinente avant retentissement sur la SI. Il importe de conserver cette veine encore saine, pour un éventuel pontage artériel ultérieur.