

Summary :

Aim : To describe epidemiological, clinical, etiologic, and therapeutic aspects of lower limbs varicose veins. **Patients-methods :** It was a retrospective study, carried out from May 2016 to June 2018 at Brazzaville teaching hospital. All patients who has been operated and medical records had surgical approach data were included. Patients were classified according to modified Hawai 2004 classification. Surgery and sclerotherapy were principals approaches used. Variables were ;demographic, clinicals etiologic, and therapeutic.**Results :** Forty five patients were operated, with average age of 42+/-2,5 ans. Sex ratio was 0,8. More than ninety percent of patients were symptomatic before treatment. Heaviness limbs was the most representative symptoms. Twenty six-seven percent of patients were admitted in stage C3. Varicose veins were essential in 55,5%, follow by post thrombotic varices with 17,8%. Superficial venous were more affected, and reflux was mojour pathophysiologic mechanism in 68,5%. Saphenous-femoral ligation with stripping and phlebectomies was the principal surgical technic. There were two cases of recidivism varicose veins after sclerotherapy. **Conclusion :** Varicose veins treatments in our context are still dominated by surgical approach. It will be better to add new vascular technics in our facility. Key words : Varicose veins, lower limbs, Brazzaville teaching hospital.

Introduction

La prévalence de l'insuffisance veineuse chronique est d'une façon générale entre 30-60% dans les pays industrialisés ; cette prévalence augmenterait avec l'âge, qui en constitue le premier facteur de risque. La pathologie variqueuse est très présente dans la population, selon une étude Américaine, sa prévalence serait de 10,4-23,0% et 29,5-30,0% ; respectivement chez les hommes et les femmes ^[1]. Dans les pays sous-développés, sa prévalence est mal inconnue. Les varices constituent un motif fréquent de consultation dans notre exercice. D'après les données hospitalières (CHU de Brazzaville, Service de chirurgie polyvalente), en 2016, elles ont représentées environ 40% de l'ensemble de l'activité vasculaire en chirurgie polyvalente. Les patients consultent le plus souvent à un stade de complications ; cela peut s'expliquer par l'errance diagnostique et thérapeutique, car le plus souvent, ils débutent par un traitement traditionnel. Dans les pays développés, l'arsenal thérapeutique actuel des varices, comprend la thérapie thermique (Radiofréquence et Laser), l'ablation chimique (Sclérothérapie), et la chirurgie conventionnelle ^[2,3]. Dans notre service, seules la chirurgie et la sclérothérapie sont disponibles.

L'objectif de ce travail était de présenter les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques des varices des membres inférieurs au centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

Patients et Méthodes Il s'est agi d'une étude rétrospective, transversale, réalisée au centre hospitalier universitaire de Brazzaville entre Mai 2016 et Juin 2018, dans le service de chirurgie polyvalente. Les données des patients ont été extraites à partir des observations médicales et compte-rendus opératoires. Les patients hospitalisés durant cette période d'étude, ayant bénéficié d'un traitement des varices, et dont le dossier médical avait un compte-rendu opératoire ont été inclus. Les patients dont le dossier médical ne disposait pas d'information sur la nature des lésions, et l'absence de compte-rendu opératoire, ont été exclus. Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie doppler préopératoire, pour cartographie et repérage. Nos patients étaient repartis en différents stades, selon la classification CEAP d'Hawaï modifié de 2004. Le choix entre les deux techniques chirurgie ou sclérothérapie, était basé sur le caractère systématisé ou non des varices, le diamètre des veines variqueuses.

Dans certains cas, le traitement fut hybride. Ainsi, pour les varices diffuses, réticulaires avec un diamètre inférieur à 3 mm (C1-C2), la sclérothérapie combinée à des phlebectomies furent pratiquées. Les patients C3, avec varices systématisées sur un réseau saphène, ont bénéficié soit d'une ligature de la jonction saphène-fémorale ou saphène-poplitée avec stripping et phlebectomies étagées, ou d'un stripping avec phlebectomies ; en fonction de l'anatomie des lésions. Les gestes étaient réalisés sous rachianesthésie ou anesthésie locale. L'abord du pli de l'aîne, en dedans du poulx fémoral était pratiqué pour la ligature de la jonction saphène-fémoral (Iconographique 1a). Nous réalisâmes les phlebectomies stripper en place, avant de réaliser le stripping par invagination à la fin de l'intervention (Iconographique 1b). Le stripper que nous avons utilisé était un semi-rigide (Icono 2a). Les patients ont bénéficié d'une héparinothérapie à base d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pendant 24 heures. La sclérothérapie à Aetoxiscérol* en anesthésie locale par détumescence, complétée par des phlebectomies a été réalisée chez les patients répondant aux caractères anatomiques, avec un diamètre du segment variqueux inférieur à 6 mm. Les variables analysées ont été : sociodémographiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Epi-info, version 7.2.2.6.

Résultats

A) Données sociodémographiques

Figure 1: Répartition des patients selon le sexe Vingt hommes et vingt cinq femmes (sexe ratio : 0,8)



Vingt hommes et vingt cinq femmes (sexe ratio : 0,8)

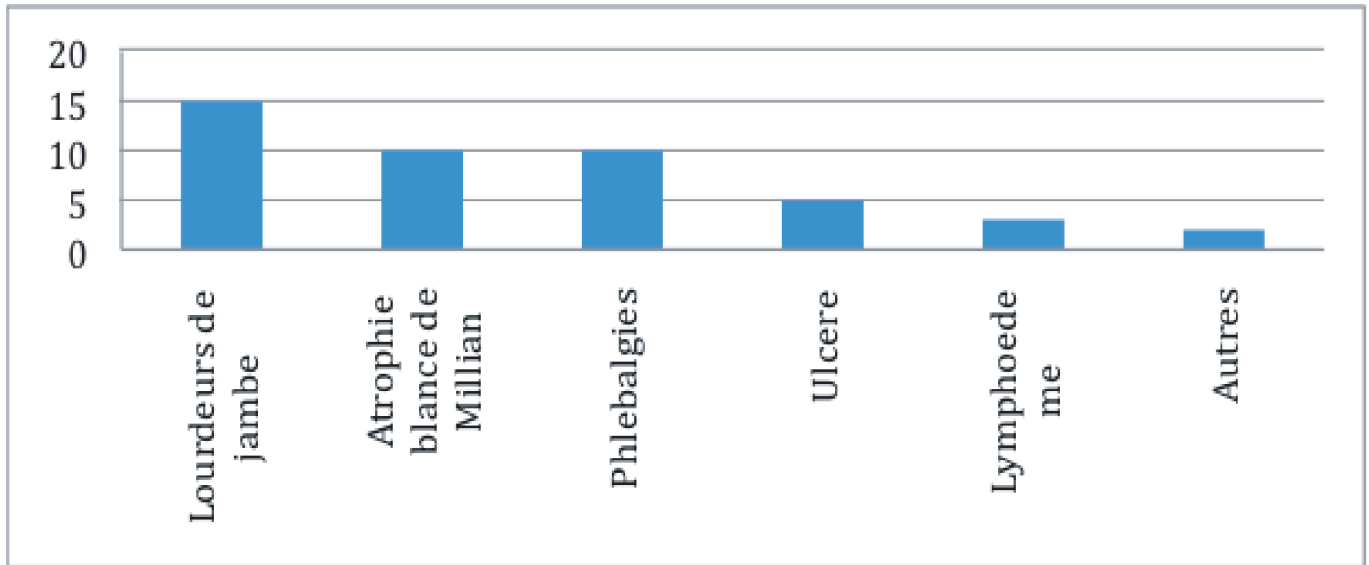
2) Age des patients Un total de quarante-cinq patients inclus (75 membres inférieurs concernés), l'âge moyen était de 42+/-2,5 ans (extrêmes 11- 69 ans). Le tableau I, illustre la répartition des patients selon les tranches d'âge, et du sexe.

Tableau I : Répartition selon les tranches d'âges et le sexe

Age (ans)	Nombre		Pourcentage(%)	p value
	M	F		
10 – 19	2	3	11,1	0,179
20 – 29	2	0	4,4	0,181
30 – 39	4	6	22,2	0,852
40 – 49	9	13	49	0,766
50 – 59	1	3	8,9	0,726
>60	2	0	4,4	0,605
Total	20	25	100	

B) **Données cliniques**
1) *Motif de consultation*

Figure 2 : Répartition selon le motif de consultation



Autres : Syndrome de jambes sans repos, prurit,...

2) Classification CEAP d'Hawaï modifié

a) *La présentation clinique (C)*

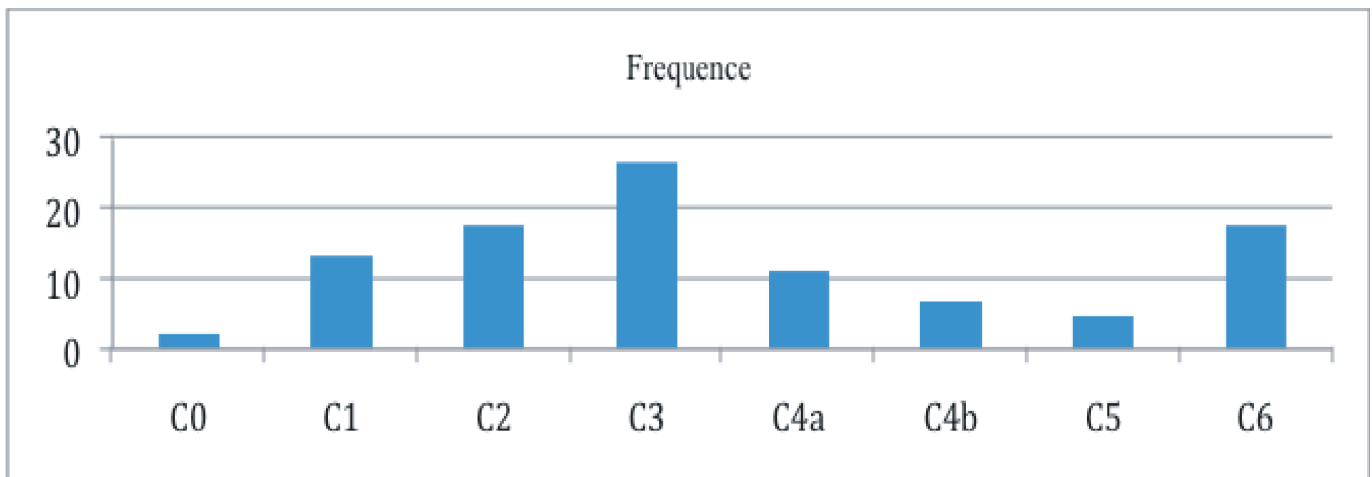


Figure 3 : Répartition clinique

Sur le plan clinique plus de 90% de nos patients étaient symptomatiques, les pourcentages étaient les suivants : C0.2, 2% ; C1.13, 3% ; C2.17, 8% ; C3.26, 7% ; C4a.11, 1% ; C4b.6, 7% ; C5.4, 4% ; et C6.17, 8%.

b) *Etiologies (E)*

Parmi les quarante-cinq patients, vingt-cinq (55,5%) avaient des varices essentielles, et huit patients (17,8%) elles étaient secondaires ; dominées par la maladie post thrombotique. L'origine a été congénitale chez cinq patients (11,1%); parmi eux, quatre cas du syndrome de Klippel-Trenaunay , (Iconographique 2b) enfin chez sept patients (15,6%) la cause a été par compression extrinsèque et post traumatiques.

c) Anatomie

(A) Les lésions étaient réparties de la manière suivante : Les veines superficielles dans 66,7%, les veines perforantes dans 11,1%, et veines profondes dans 22,2%.

d) Physiopathologie (P)

De Soixante-dix membres inférieurs classés II et III CEAP : 40 (57,1%) avaient un reflux, 12 (17,1%) avaient une obstruction, 8 (11,4%) avaient à la fois reflux et obstruction, et 10 (14,2%) n'avaient pas d'insuffisance veineuse identifiable. Au total, 48 (68,5%) membres inférieurs avaient un reflux. En ce qui concerne la location de la veine, la plus atteinte a été la grande saphène au-dessus du genou (Veine N0.2 selon la nomenclature veineuse internationale CEAP) n=25 (52%) ; suivi par la grande saphène au-dessous du genou (Veine N0.3) n=10 (20,9%) ; puis par la veine fémorale commune (Veine N0.11) avec 8 (16,7%), et enfin, la petite saphène (Veine N0.4) n=5 (10,4%). Vingt (28,5%) membres inférieurs avaient une obstruction, 9 (45%) concernaient la veine N0.11 ; 5 (25%) la veine N0.13 ; 3 (15%) la veine N0S.2, 3,14, and 3 (15%) la veine AP18.

C) Données thérapeutiques

1) Type d'intervention réalisé

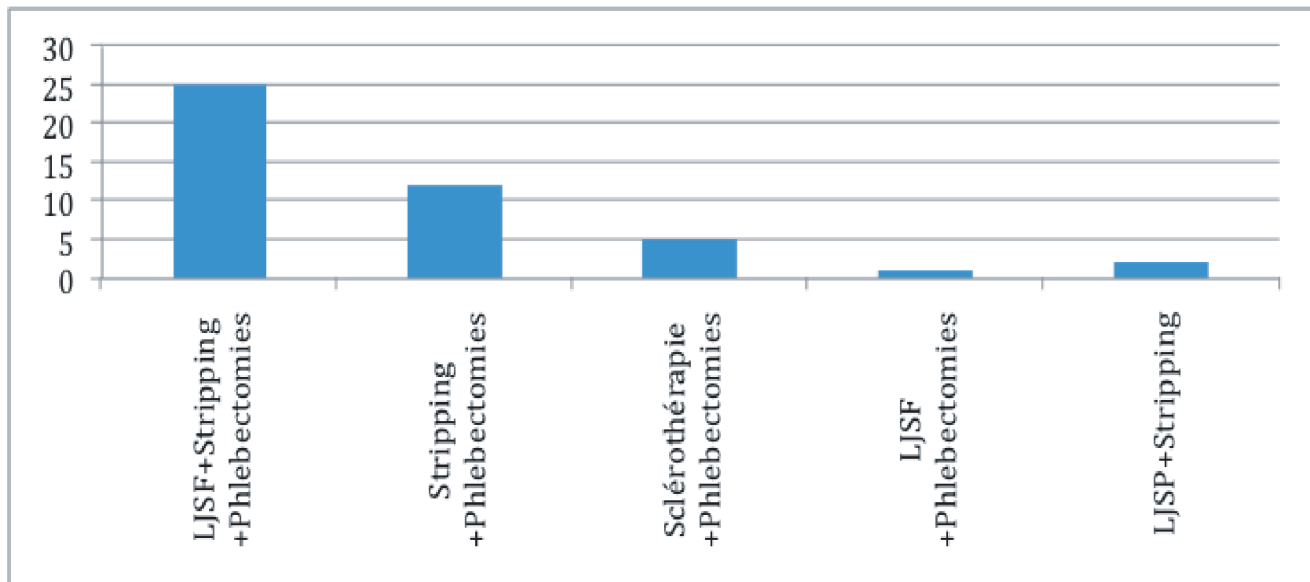


Figure 4 : Type d'intervention réalisé
LJSF=Ligature de la jonction saphène-fémorale
LJSP=Ligature de la jonction saphène-poplitée

Parmi les patients ayant bénéficié d'une LJSF associée à un Stripping et Phlebectomies, un avait une thrombose superficielle localisée au niveau de la jarretière. Une seule patiente a bénéficié d'une LJSF associée à des Phlebectomies, avec une ectasie de la jonction saphèno-fémorale (Icono 2c).

2) Séjour hospitalier La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3 jours (extrêmes 1- 6 jours). L'héparinothérapie à base d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM), à dose préventive a été systématique pendant vingt-quatre heures chez tous les patients. Une contention élastique systématique était réalisée durant le séjour hospitalier à l'aide d'une bande à contention (Bande Velpeau®). Les suites opératoires ont été simples. Il n'y a eu aucune reprise opératoire.

3) Suivi à moyen terme. Le suivi moyen était de 10+/- 1,5 mois (extrêmes 3- 20 mois). Trois patients étaient perdus de vue. Parmi les quarante-deux patients restants, deux ayant été traités préalablement par sclérothérapie, avaient été repris pour récurrence.

Discussion

Limites de l'étude : Il s'est agi d'une étude rétrospective ; avec comme limite principale le biais de sélection dépendant de la qualité d'archivage des dossiers médicaux. C'est ainsi que, certains dossiers incomplets n'ont pu être exploités, donc exclus de l'étude. En outre, les conditions d'archivage étant encore en format papier non numérisé ; cela pourrait aussi expliquer la faible taille de l'échantillon, vu la prévalence de l'insuffisance veineuse chronique dans la littérature.

Interprétation des résultats

Notre population d'étude comprenait vingt hommes et vingt cinq femmes, avec un âge moyen de 42+/-2,5 ans. Il s'agit d'un échantillon constitué plus de sujets jeunes, à la différence des séries occidentales constituées plus de cohortes de sujets âgés. Notre sexe ratio a été de 0,8. L'étude camerounaise de Fokou et al^[4], rapporte une légère supériorité masculine. Plus d'un quart de nos patients ont consulté au stade C3 de la classification CEAP d'Hawaï modifiée, et 22,2% au stade C5-C6, avec complications à type d'ulcère variqueux. Ces stades tardifs de consultations peuvent aussi s'expliquer par des pesanteurs culturelles, où les patients passent par les guérisseurs

traditionnels avant de décider de venir à hôpital ; car ils associent à la maladie une connotation mystique. Parfois, il peut s'agir des patients se présentant avec des ulcères, comme le rapportent certains auteurs asiatiques^[5]. Plus de la moitié de patients avaient des varices essentielles. Chez cinq patients l'étiologie a été congénitale, parmi eux, quatre cas du syndrome de Klippel-Trenaunay. Certains cas de varices survenant dans le contexte d'anomalies capillaires, du tissu conjonctif et une hypertrophie osseuse^[6-9]. Sur le plan anatomique, les veines superficielles ont été les plus touchées. Le reflux a été le mécanisme physiopathologique le plus rencontré dans notre étude. Certains auteurs rapportent les mêmes constats. Dans les reflux pelvi-perineaux, compliqués de varices de membres pelviens, le plus souvent le mécanisme lésionnel en est le plus souvent, une compression de la veine rénale gauche par l'aorte et l'artère mésentérique supérieure ; qualifiée du nom de syndrome de Nutcracker^[10,11]. La chirurgie a été la principale stratégie thérapeutique ; notamment la ligature de la jonction saphèno-femorale associée à un stripping plus des phlebectomies étagées. La sclérothérapie a été réalisée chez cinq patients. Actuellement, d'après les recommandations des sociétés savantes, la séquence idéale de la stratégie thérapeutique serait ; les thérapies thermiques, suivies de la sclérothérapie, puis la chirurgie qu'en troisième position^[12]. Mais cela dépend d'une grande partie du plateau technique local, et aussi des courbes d'apprentissages des chirurgiens. Certains auteurs pensent qu'il n'existerait pas la suprématie d'une approche par rapport à l'autre. Les données cliniques, anatomiques, étiologiques, et voir même physiopathologiques selon la classification CEAP d'Hawaï modifiée, sont d'un apport considérable pour le choix d'une approche par rapport à une autre. C'est ainsi que, le diamètre des veines, leur caractère tortueux ou non, l'existence d'un reflux ou d'une obstruction sont à prendre en compte avant d'opter pour une sclérothérapie, d'éviter les risques d'échecs et récurrences^[2]. Une étude brésilienne, sur deux cohorte bien sélectionnées comparant la chirurgie à la sclerotherapie, a abouti à une conclusion sur la supériorité de la chirurgie sur la radiofréquence sur le plan hémodynamique^[13].

La sclérothérapie a des indications bien précises ; Certains auteurs ont pensés a des techniques modifiées de la sclérothérapie, aussi des modalités anesthésiques ; pour en augmenter les taux de succès [14]. Dans le cas des varices secondaires à un reflux pelvi-périnéal la technique la plus utilisée est l'embolisation le plus souvent de l'artère gonadique concernée avec du coils [15,16]. La radiofréquence paraît être une approche inoffensive, dont le résultat est le plus souvent excellent ; mais dans de rares cas, comme celui rapporté par l'équipe tunisienne certaines complications peuvent subvenir [17].

Conclusion

Les varices des membres pelviens sont une réalité dans notre pratique chirurgicale. Avec une population jeune par rapport aux cohortes occidentales, la pratique des nouvelles techniques vasculaires seraient l'idéal dans l'amélioration de leur prise en charge ; la réduction du séjour hospitalier et surtout de la reprise rapide de l'activité professionnelle.

Références

1. Medical Services Advisory Committee. Endovenous Laser Treatment (EVLT) for Varicose Veins. MSAC Application 1059, Assessment Report. Canberra: MSAC, 2003,
2. R. Jacquet. Traitement des varices des membres inférieurs en 2015 : le présent et l'avenir. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2015) 142, 483—492,
3. M. Perrin. Traitement endovasculaire des varices des membres inférieurs. Annales de chirurgie 129 (2004) 248—257,
4. Marcus Fokou., MDA., Boniface Moifo., MD_B et al., Emmanuel Fongang., MDC. Characteristics of patients and patterns of chronic venous disease of the lower limbs in a referral hospital in Cameroon. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2018 Jan;6(1):90-95,
5. Kanchanabat B., Wongmahisorn Y., Stapanavatr W., et al. Clinical presentation and patterns of venous reflux in Thai patients with chronic venous insufficiency. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:399-402,
6. Anthonia Asanye Ikpeme^{1*}, Usang Edet Usang², Akan Wilson Inyang² et al. Klippel Trenaunay Syndrome: A Case Report in an Adolescent Nigerian Boy. OA Maced J Med Sci. 2015 Jun 15; 3(2):322-325,

7. Carlos Alberto Araujo Chagas^{1*}, Lucas Alves Sarmiento Pires¹, Marcio Antonio Babinski¹ et al. Klippel-Trenaunay and Parkes-Weber syndromes: two case reports. J Vasc Bras. 2017 Out.-Dez.; 16(4):320-324,
8. Malgor RD¹, Gloviczki P², Fahrni J³ et al. Surgical treatment of varicose veins and venous malformations in Klippel-Trenaunay syndrome. Phlebology. 2016 Apr;31(3):209-15,
9. Noel AA¹, Gloviczki P, Cherry KJ Jr et al. Surgical treatment of venous malformations in Klippel-Trénaunay syndrome. J Vasc Surg. 2000 Nov;32(5):840-7,
10. Andrew K. Kurklinsky., MD, MACP., and Thom W. Rooke., MD. Nutcracker Phenomenon and Nutcracker Syndrome. Mayo Clin Proc. 2010;85(6):552-559,
11. David M Riding¹, Vivak Hansrani² ; Charles McCollum¹. Pelvic vein incompetence: clinical perspectives. Vascular Health and Risk Management 2017;13 439—447,
12. B. Campbell. New evidence on treatments for varicose veins. BJS 2014; 101: 1037—1039.
13. Cynthia de Almeida Mendes^{1,III}, Alexandre de Arruda Martins^{1,III}, Juliana Maria Fukuda^{1,*} et al. Randomized trial of radiofrequency ablation versus conventional surgery for superficial venous insufficiency: if you don't tell, they won't know. Clinics. 2016;71(11):650-656,
14. ALBERT-ADRIEN RAMELET., MD*†. Sclerotherapy in Tumescence Anesthesia of Reticular Veins and Telangiectasias. Dermatol Surg 2012;38:748—751.
15. Sonya Koo., MD, PhD., and Chieh-Min Fan., MD., FSIR. Pelvic Congestion Syndrome and Pelvic Varicosities. Tech Vasc Interventional Rad 17:90-95,
16. O Hartung. Embolization is essential in the treatment of leg varicosities due to pelvic venous insufficiency. Phlebology 2015, Vol. 30(1S) 81—85,
17. A. Abdi., C. Belghith ., S. Ayechi et al. Traitement des varices des membres inférieurs par radiofréquence : indications et limites. À propos d'une complication rare. Phlébologie 2015, 68, 1, p.37-40.



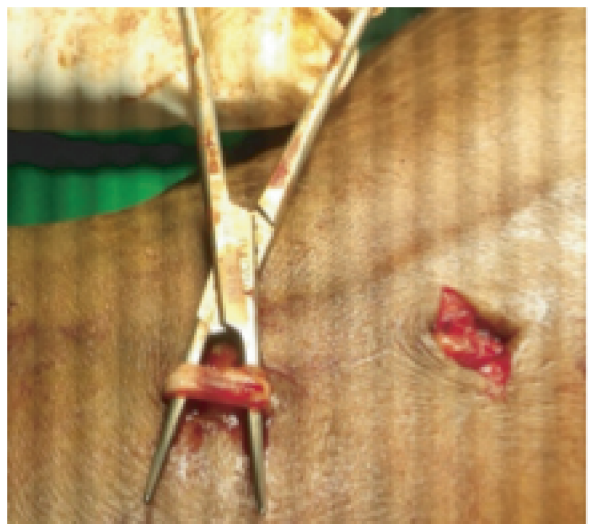
Iconographie 1a : Vue per opératoire d'une jonction sapheno-femorale



Iconographie 1b : Vue opératoire avec introduction du stripper par voie retrograde



Iconographie 2b : Aspect préopératoire du syndrome de Klippel-Trenaunay



Iconographie 2a : Vue opératoire avec réalisation des phlebectomies stripper en place



Iconographie 2c : Vue préopératoire d'une jonction sapheno-fémorale ectasique



CHIRURGIE THORACIQUE / THORACIC SURGERY

CHEST SURGICAL APPROACHES IN AFRICA: A CONSTANT CHALLENGE

MENEAS GC, ABRO S, YANGNI-ANGATE KH.

Department of Cardiovascular and Thoracic Diseases,
Anatomy Unit, Bouake Teaching Hospital, Cote d'Ivoire

Correspondence: Koffi Herve Yangni-Angate

Cardiothoracic and Vascular Surgery Department and Anatomy Unit, Bouake Teaching Hospital, Cote d'Ivoire.

Email: Cardiovascthodiseasesdept@gmail.com

Summary

Objective: Thoracic surgical approach has taken a decisive turn since videoscropy utilization for cardiac and non-cardiac thoracic surgery. This study aims to present indications and results of chest surgical approaches performed in Cote d'Ivoire. **Methods:** Using the 1998 and 2014 nationwide inpatient database, we identified retrospectively 814 patients including 475 men and 339 women who underwent a cardiothoracic surgery. Mean age was 32.73 years; range was: 2 months - 88 years. **Results:** Cardiac Surgery was performed on 473 patients (58.10%) and General Thoracic Surgery on 341 patients (41.89%). For Cardiac Surgery, median vertical sternotomy was the most surgical approach performed (n=250; 52.85%), while classic postero-lateral thoracotomy was the most surgical approach performed in General Thoracic Surgery (n=321; 94.13%). Immediate postoperative pain required opioids administration in 84.39% of cases. Average length of hospitalization and healing were respectively 9.43 days (range: 2-50 days) and 18.30 days (range: 1-56 days). **Conclusion:** Development of minimally invasive chest approaches remains one of our challenges because those currently practiced are uncomfortable for patients and make longer hospital stay and wound healing.

Keywords: Surgical Approach, Thorax, Minimally Invasive Procedures.