

POINTS de FUITE PELVIENS VISCÉRAUX et VARICES des MEMBRES INFÉRIEURS

INCOMPETENCE of PELVIC VEINS and VARICES of the LOWER LIMBS

C. FRANCESCHI¹, A. BAHNINI²

R É S U M É

Les varices des membres inférieurs alimentées par des points de fuite pelviens atteignent un nombre important de femmes mono et multipares. Ces points de fuite n'étaient pas précisément décrits par la phlébographie. Les auteurs ont identifié sous écho-Doppler deux points de fuite principaux situés respectivement au niveau du périnée et du canal inguinal. Ils proposent une systématisation anatomo-fonctionnelle et physiopathologique de la circulation veineuse pelvienne permettant une modélisation des reflux intra et extrapelviens. Le point de fuite périnéal (point P) traverse l'aponévrose superficielle du périnée au niveau du muscle transverse superficiel. Il est traversé par la confluence des veines périnéales et labiales qui sont alimentées en reflux par la veine honteuse interne. Le point de fuite inguinal (point I) est constitué par l'anneau superficiel du canal inguinal et est alimenté par les veines ovariennes et utérines via la veine du ligament rond qui le traverse. Ces deux points semblent constants dans leur topographie de sorte qu'ils sont faciles à repérer et explorer par écho-Doppler. Les auteurs proposent une méthodologie diagnostique et une thérapeutique chirurgicale de ces points.

Mots-clés : varicocèle, varices périnéales, varices inguinales, syndrome de congestion pelvienne.

S U M M A R Y

An important number of uniparous and multiparous women develop varices of the lower limbs associated with incompetent pelvic veins. The sites of reflux are not clearly defined by phlebography. With duplex scanning, the authors have identified two main sites of reflux respectively in the perineum and the inguinal canal. They present an anatomophysiological and pathophysiological description of the pelvic venous network with intra- and extrapelvic reflux patterns. The perineal site of reflux (point P) pierces the perineal superficial fascia at the level of transversus perinei superficialis muscle. It is associated with the junction of the perineal and labial veins which are reflexly filled by the internal pudental vein. The inguinal site of reflux (point I) is situated at the superficial inguinal ring and is fed by the ovarian and uterine veins via the vein of the round ligament which lies in the inguinal canal. These two sites of reflux appear to be topographically constant and thus are easy to identify and explore by duplex scanning. The authors present a diagnostic methodology with surgical management of these sites of reflux.

Keywords : perineal varices, inguinal varices, pelvic congestion syndrome.

INTRODUCTION

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs qui survient pendant la grossesse et se maintient en post-partum se traduit souvent cliniquement et en écho-Doppler par des varices saphéniennes et/ou extra saphéniennes particulières en ce qu'elles sont alimentées en tout ou partie par des reflux issus du pelvis par des points de fuite. Ces points de fuite sont réputés difficiles à identifier et à traiter. Nous voulons montrer ici que l'analyse anatomique et hémodynamique du système veineux pelvien permet d'aboutir à une systématisation théorique et pratique du diagnostic et du traitement de ces reflux.

Selon Rouvière [1], les veines pelviennes viscérales

et génitales de la femme sont dépourvues de valvules à l'exception de la veine ovarienne droite. Des études plus récentes montrent que les veines gonadiques seraient valvulées dans près de 50 % des cas [2] et les veines hypogastriques dans près de 10 % des cas [3]. Comme elles communiquent largement entre elles et avec leurs homologues contro-latérales par des plexus veineux (plexus hémorroïdal, utérin, vaginal, vésical et périurétral (Fig. 1)), on peut dire qu'elles réalisent un réseau unique et incontinent et donc constitutionnellement refluant dans la grande majorité des cas. En revanche, les veines superficielles (veines périnéales, labiales) qui s'y drainent sont valvulées, ce qui empêche tout reflux du pelvis vers le réseau superficiel.

La grossesse crée un événement hémodynamique responsable de la complexité des désordres veineux

1. Hôpital Saint Joseph, 185, rue Raymond Losserand 75674 PARIS Cedex 14.

2. Hôpital américain de Paris, 63, boulevard Victor Hugo, BP 109 92202 NEUILLY-SUR-SEINE Cedex.

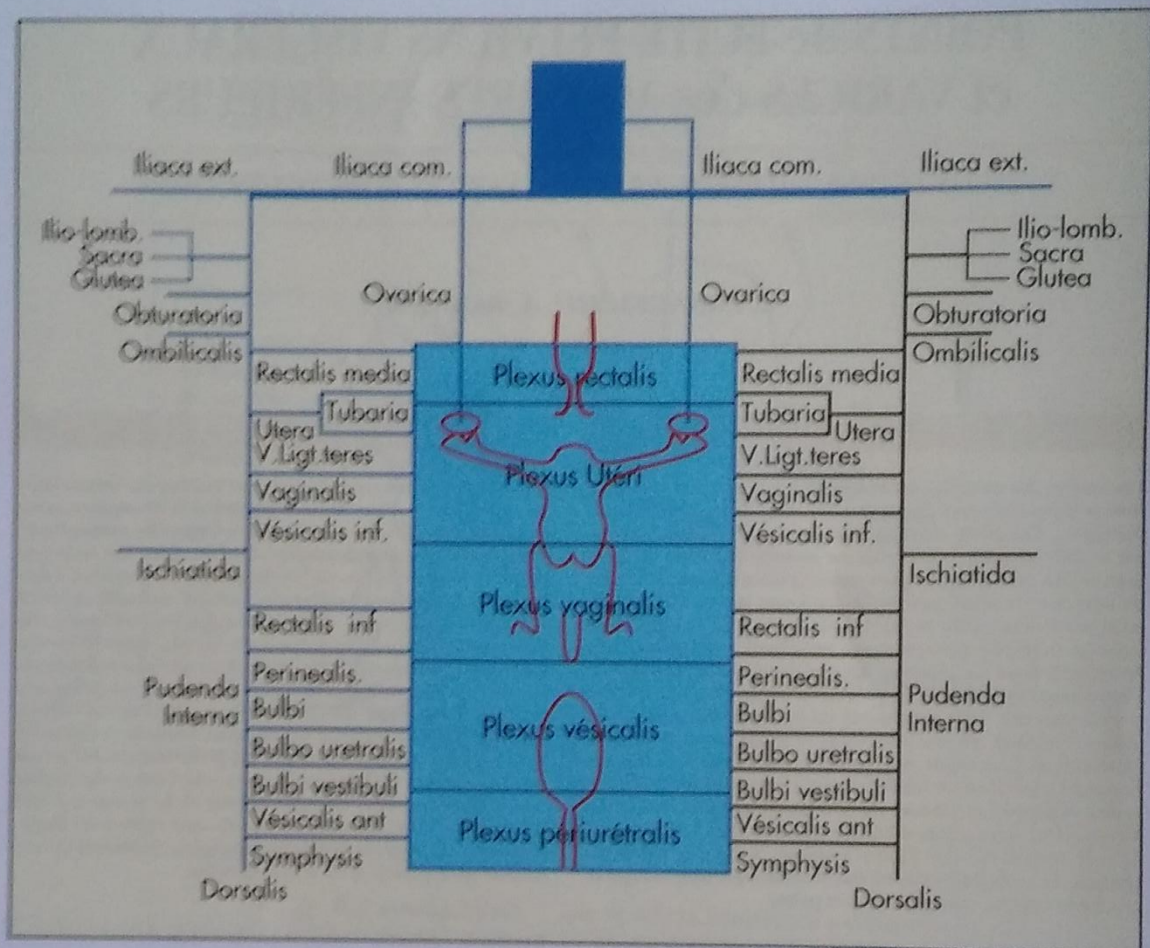


Fig. 1. - Systématisation anatomo-fonctionnelle des veines pelviennes de la femme

du pelvis et des membres inférieurs. Elle fait subir aux veines génitales des modifications hémodynamiques et anatomiques sous l'effet conjugué de trois phénomènes. D'abord, les basses résistances utéro-placentaires constituent de véritables fistules artério-veineuses responsables de dilatations et tortuosités veineuses. Ensuite, l'utérus gravide comprime les veines iliaques (notamment la veine iliaque primitive gauche) et la veine cave inférieure, ce qui accentue la dilatation des veines pelviennes d'amont. Enfin, l'imprégnation hormonale augmente la compliance veineuse. Sous l'effet de ces excès de pression et de compliance, les veines génitales deviennent variqueuses et ne régressent que partiellement après la délivrance. Parfois, ces pressions pelviennes rendent les veines superficielles incontinentes, sources de reflux et de varices des réseaux veineux superficiels du périnée, de la vulve et des membres inférieurs. Ces varices superficielles régressent ou persistent après l'accouchement selon la capacité des veines superficielles à recouvrer leur contenance.

L'un de nous a décrit au moyen de l'écho-Doppler deux points de fuite pelviens alimentant par reflux des

veines superficielles. Il s'agit du point périnéal ou Point P alimenté par la veine honteuse interne et du point inguinal ou Point I alimenté par la veine du ligament rond de l'utérus [4]. Ils ne diffèrent pas hémodynamiquement des autres points de fuite du système profond vers le système superficiel que sont les crosses et perforantes incontinentes.

Le Point P est constitué de l'orifice de l'aponévrose superficielle du périnée (fascia perinealis) que traverse la veine périnéale après avoir reçu les veines labiales pour aller se jeter plus haut dans la veine honteuse interne qui chemine dans le canal d'Alcock.

Le Point I est constitué par l'orifice superficiel du canal inguinal quand la veine du ligament rond (v. lig. teres uteri) reflue vers les veines persistantes du Canal de Nuck.

C'est habituellement par l'un de ces deux points de fuite que sont alimentées les varices vulvaires et périnéales, varices qui peuvent s'étendre aux veines superficielles du membre inférieur ipsi et/ou controlatéral par le biais des anastomoses. D'autres points de fuite alimentés par les veines fessières, sciatiques et obturatrices semblent peu concernés par la grossesse

mais plutôt par les malformations congénitales et les séquelles post-phlébitiques.

Les causes d'hypertension veineuse pelvienne disparaissent avec l'accouchement mais les varices pelviennes ne régressent que partiellement. Les varices superficielles régressent ou non dans un délai de quelques semaines selon leur capacité à recouvrer ou non leur contenance.

Les varices pelviennes persistent habituellement après l'accouchement et sont généralement bien tolérées. Elle ne génèrent pas d'excès de pression par rapport à la nullipare car l'incontinence est constitutionnelle même si l'on a pu retrouver des valvules dans les veines honteuses de près de 10 % des femmes et 50 % des veines ovariennes (if 90 % of the individuals do not have valves in the internal iliac system, why do we not see more women with vulvar varices and symptoms of pelvic venous insufficiency? Twenty percent of pregnant women will develop varicose veins, but only one out of three will have vulvar varices [5]). En revanche, la tension pariétale sera plus importante conformément à la loi de Laplace en raison du calibre augmenté. Toute néo-valvulation ou ligature ou embolisation d'une de ces veines constitutives de ce réseau maillé unique et incontinent est hémodynamiquement illusoire en ce qu'elle sera immédiatement contournée et que la ten-

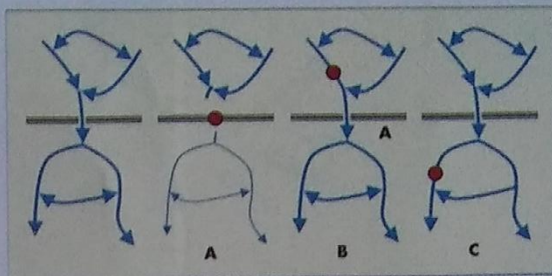


Fig. 2. – Les Points I et P sont les points de fuite d'origine pelvienne essentiels de la varicose de la femme.

L'interruption à distance en amont ou en aval des Points I ou P (B et C) est vouée à l'échec immédiat ou secondaire en raison de la multiplicité des branches et anastomoses. Seule une section ligature veineuse avec fermeture de l'aponévrose au Point I ou P permet d'espérer un traitement durable

sion ne sera pas réduite, pas plus que ne seront réduites les fuites par les Points I et/ou P. La seule action efficace sur le reflux superficiel d'origine pelvienne n'est alors qu'une action de déconnexion au niveau de ces points de fuite, au même titre que l'on déconnecte une perforante ou une crosse refluyente. La seule déconnexion en amont ou en aval sans déconnexion précise au Point I est vouée à la récurrence par contournement (Fig. 2).

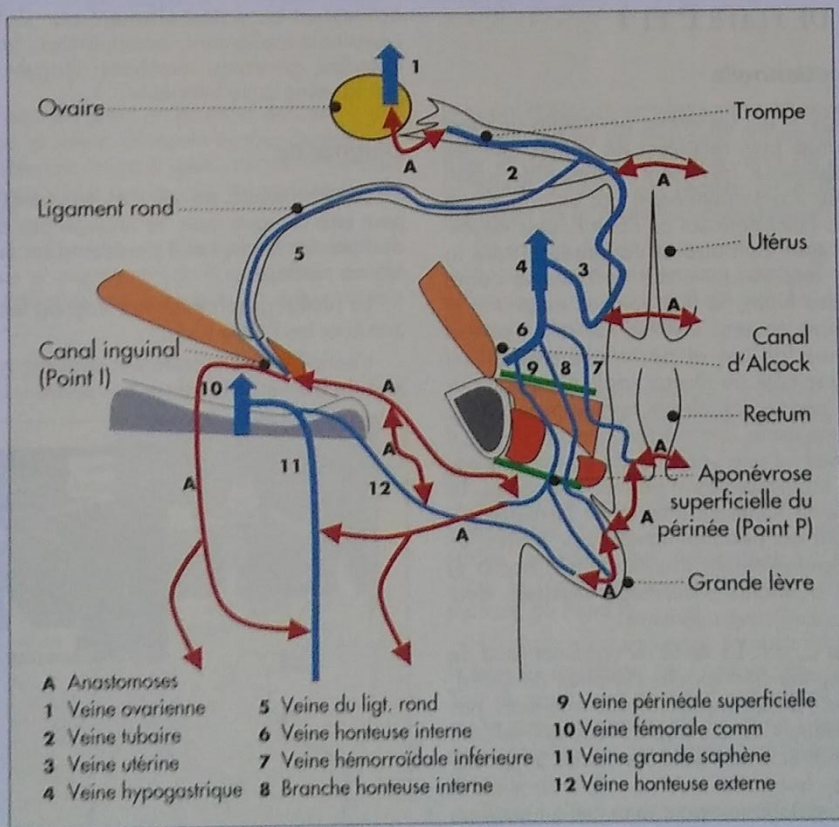


Fig. 3. – Schématisation anatomo-fonctionnelle des réseaux veineux pelviens et superficiels de la femme avec leurs connexions par les Points I et P. Vue antérieure

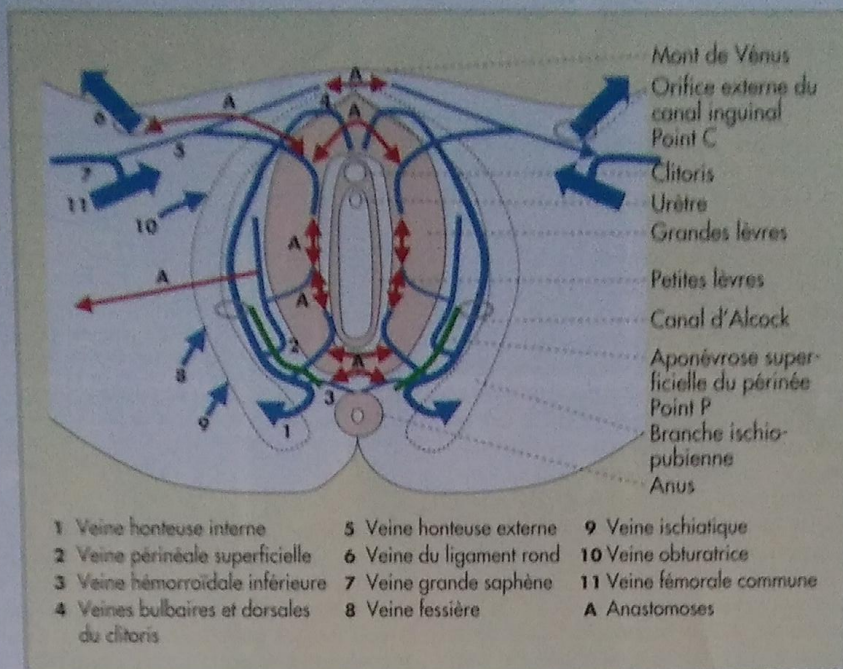


Fig. 4. - Schématisation anatomico-fonctionnelle des réseaux veineux palviens et superficiels de la femme avec leurs connexions par les Points I et P. Vue périnéale

LES POINTS DE FUITE P ET I

Anatomie fonctionnelle

Le Point P (Figs 3, 4) : Les veines périnéales drainent la peau du périnée puis reçoivent les veines labiales antérieure et postérieure, traversent l'aponévrose superficielle du périnée (fascia perinealis) par un orifice que nous appelons le Point périnéal ou Point P, puis remontent avec les veines bulbaires et cavernose vers la veine honteuse interne qui chemine dans le canal d'Alcock. Lors des fuites, le flux veineux emprunte le même chemin mais en sens inverse. Ce reflux pourra dilater les veines labiale et périnéale mais aussi s'étendre du même côté au réseau saphénien, soit par les anastomoses périnéo-labiales et honteuses externes, soit par tout autre veine intermédiaire incontinente. Il pourra aussi alimenter une varicose contra-latérale par les anastomoses labio-labiales et périnéo-périnéales. Le reflux dans la veine honteuse interne est lui-même alimenté activement ou potentiellement par toutes les veines constitutionnellement incontinentes, homo et contra-latérales, génitales, viscérales, iliaques, ovariennes et par la veine cave inférieure.

Le Point I (Figs 3, 4) : La veine du ligament rond de l'utérus peut alimenter des varices vulvaires (labiales), périnéales et des varices des membres inférieurs par des canaux résiduels du canal de Nuck qui refluent directement ou indirectement vers les veines sous-cutanées abdominales, honteuse externe, dorsale superficielle du clitoris et labiales puis éventuellement vers des varices du réseau saphénien. Ici aussi, le reflux dans la veine du ligament rond est lui-même alimenté

activement ou potentiellement par toutes les veines constitutionnellement incontinentes, homo et contra-latérales, génitales, viscérales, iliaques, ovariennes et par la veine cave inférieure.

Diagnostic

Le diagnostic de varices vulvaires et périnéales peut être clinique mais ne préjuge pas du site du point de fuite, les Points I et P pouvant créer des tableaux cliniques similaires.

La phlébographie montre trop de lacis qui viennent masquer les Points P et I.

L'écho-Doppler, préférentiellement couleur, permet seul de bien individualiser ces points.

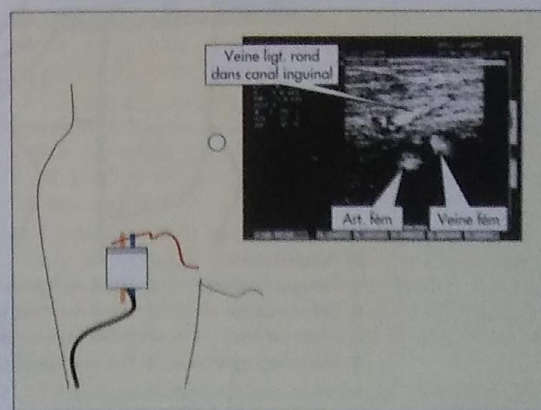


Fig. 5. - Reperage du Point I par écho-Doppler

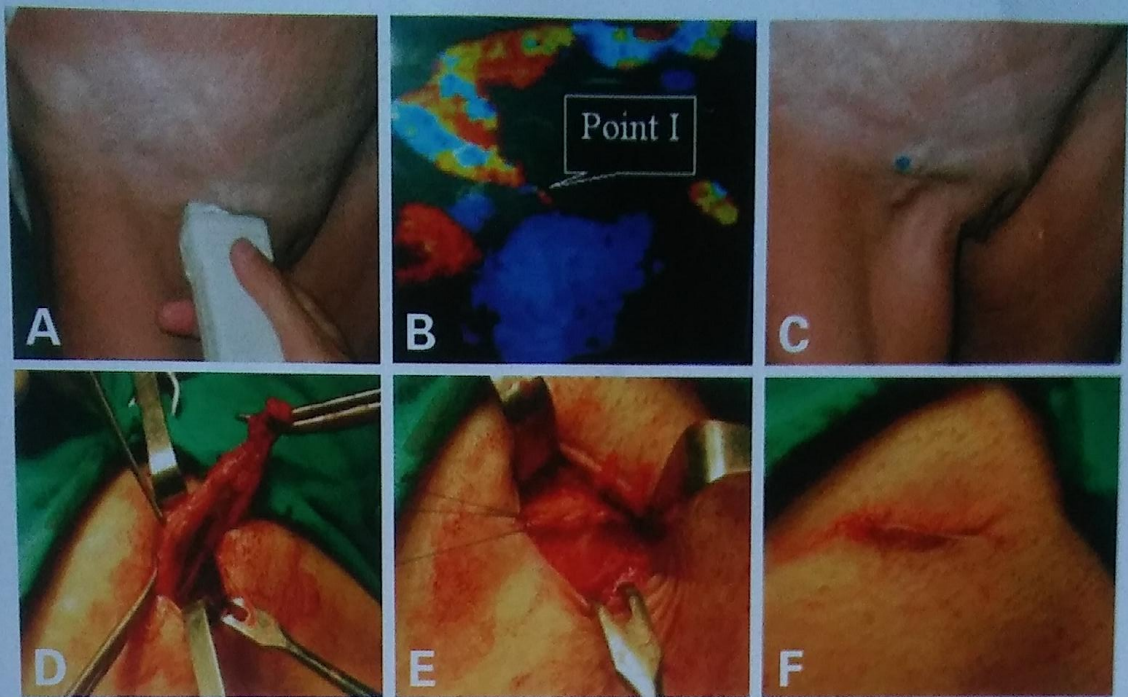


Fig. 6. – Repérage du point I par écho-Doppler (A). Reflux dans la veine du ligament rond en Valsalva sous écho-Doppler couleur (B). Marquage sous écho-Doppler (C). Traitement : incision 20 mm puis section ligature de la veine du ligament rond (D) et fermeture du canal inguinal au fil non résorbable (E). Suture de la peau (F)

On recherchera le Point I en position debout, 1 à 3 cm au-dessus de la veine fémorale et tout de suite en dedans des vaisseaux épigastriques. Le reflux ne peut être affirmé que s'il est activé par la manœuvre de Valsalva (Fig. 5).

Le Point P est recherché en position gynécologique en trans-périnéal et extra-vaginal. Il est activé par la manœuvre de Valsalva qui provoque un reflux depuis

le canal d'Alcock vers les veines périnéales et labiales. Ce point est en général situé à l'union du quart postérieur et des trois quarts antérieurs de la grande lèvre. Le canal d'Alcock est repéré en dedans et en haut immédiat de la branche ischio-pubienne (Fig. 7).

En raison des multiples anastomoses horizontales et verticales, on ne s'étonnera pas qu'un Point I pourra alimenter une varicose périnéale et/ou inguinale homo ou contro-latérale.

Traitement :

Point P : échomarquage : patiente en position gynécologique. Périnée préalablement rasé. Marquage des varices périnéales au plus près du Point P. Marquage en regard du Point P (Fig. 8).

Chirurgie : patiente en position gynécologique : anesthésie locale des sites marqués. Abord de la varice périnéale par micro-incision. Incision sur 1 à 2 cm le long du pli génito-crural en regard de la marque du Point P.

Dissection de la varice jusqu'à l'aponévrose superficielle et repérage de l'orifice (Point P). Après isolation du petit nerf périnéal superficiel, section ligature au fil non résorbable de la veine puis fermeture au fil non résorbable de l'orifice aponévrotique (Point P) (Fig. 8).

Point I : échomarquage : patiente en décubitus dorsal (position opératoire). Marquage en regard du Point I (orifice superficiel du canal inguinal) (Figs 5, 6).

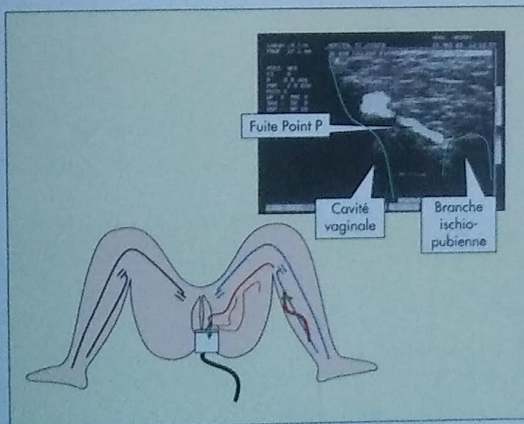


Fig. 7. – Repérage du point P par écho-Doppler

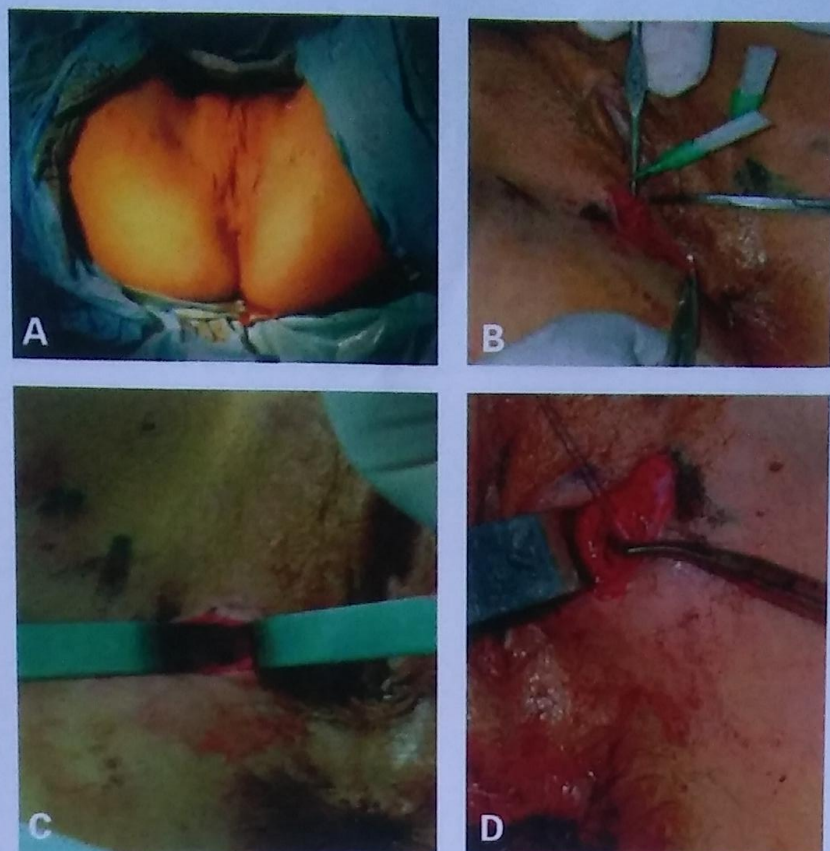


Fig. 8. – Marquage du Point P (ici bilatéral) (A).
Traitement : section ligature de la veine périnéale (B) et fermeture
de l'aponévrose superficielle du périnée au fil non résorbable (C, D)

Chirurgie : patiente en décubitus dorsal. Anesthésie locale du site. Abord de la varice souvent cavernomeuse au ras du Point I. Après isolation du petit abdo-

mino-génital, section ligature au fil non résorbable de la veine puis fermeture au fil non résorbable de l'orifice inguinal superficiel (Point I) (Fig. 6).

CONCLUSION

Nous pouvons conclure, après quelques travaux préliminaires encourageants, que le repérage et le traitement des Points I et P devraient résoudre simplement des situations variqueuses jusqu'à aujourd'hui réputées inextricables. Des études ultérieures seront nécessaires pour le vérifier. De même, les moyens de traitement des algies pelviennes d'origine veineuse devraient tenir compte des particularités hémodynamiques du système veineux pelvien, telles que nous les avons soulignées.

RÉFÉRENCES

- 1 Rouvière H. Anatomie humaine Masson Edit. 1959. Tome II : 731-2, 737-8.
- 2 Lechter A., Lopez G., Martinez C. Camacho J. Anatomy of the gonadal veins : a reappraisal. *Surgery* 1991 ; 109 : 735-9.
- 3 Lepage Paul A., Villa Vicencio Leonel J., Gomez Edward R., Sheridan Michael N., Rich Norman M. The valvular anatomy of the iliac venous system and its clinical implications. *J Vasc Surg* 1991 ; 5 : 678-83.
- 4 Franceschi C. Points de fuite périnéaux et inguinaux. Réunion de la Société Européenne CHIVA. Teupitz RFA 22-25 mai 2002.
- 5 Dixon J.A., Mitchell W.A. Venographic and surgical observations in vulval varicose veins. *Surg Gynecol Obstet* 1979 ; 131 : 458-64.

