

# INSUFFISANCE VEINEUSE PELVIENNE chez la FEMME PRÉSENTANT des VARICES PÉRINÉALES. CORRÉLATION ANATOMO-CLINIQUE, TRAITEMENT par EMBOLISATION et RÉSULTATS (31 CAS)

PELVIC VEIN INSUFFICIENCY in WOMEN PRESENTING with PERINEAL VARICES,  
ANATOMICAL and CLINICAL CORRELATION,  
TREATMENT by EMBOLISATION and RESULTS (31 PATIENTS)

D. CRETON<sup>1</sup>, L. HENNEQUIN<sup>2</sup>

## R É S U M É

**Méthodes :** Sur une série de 31 femmes présentant des varices périnéales d'origine extra-saphéniennne ayant bénéficié d'une exploration radiologique veineuse pelvienne et de l'embolisation des veines incontinentes, nous avons étudié les résultats et les corrélations anatomo-cliniques entre les varices et les signes cliniques de l'insuffisance veineuse pelvienne. Un sous-groupe B de 23 patientes présentant une insuffisance veineuse pelvienne et des signes cliniques a été comparé à un groupe A de 4 patientes qui ne présentaient pas d'insuffisance veineuse pelvienne à l'exploration. Nous avons choisi d'étudier 3 signes cliniques : la douleur pelvienne et la douleur des membres inférieurs survenant au début ou pendant les règles ainsi que la dyspareunie. La symptomatologie a été évaluée sur une échelle analogique de 0 à 10 et un score clinique (de 0 à 30) a été établi en ajoutant ces 3 chiffres.

**Résultats :** 68 % présentaient des douleurs pelviennes en moyenne à 4,6 sur l'échelle analogique, 44 % des dyspareunies évaluées à 2,9 et 68 % des douleurs veineuses évaluées à 4,8. Le score moyen était de 12,6. Le groupe de patientes chez lesquelles l'exploration avait été blanche avait, par contre, un score de 4,7. La différence de score entre les 2 groupes A et B était significative. Le croisement latéral était très fréquent. L'insuffisance ovarienne ou hypogastrique était significativement corrélée aux varices périnéales ou sciatiques. Lors de l'exploration veineuse pelvienne, 19 patientes présentaient une insuffisance isolée de la veine ovarienne gauche, 5 une insuffisance isolée de la veine hypogastrique droite, 2 une insuffisance isolée de la veine hypogastrique gauche, 1 une insuffisance des 2 veines hypogastriques

## S U M M A R Y

**Method :** 31 women showing non-saphenous perineal varicose veins were submitted to pelvic vein radiological exploration. Embolisation was carried out at the same time. The correlation between clinical symptoms and pelvic venous reflux as well as short term results were evaluated. A group B of 23 female patients, who had pelvic vein insufficiency and clinical symptoms, was compared with a group A of 4 female patients who had no pelvic vein insufficiency. Only 3 clinical signs were taken into consideration : pelvic pain and pain along the varicose vein occurring before or during the periods and dyspareunia. These three clinical symptoms were scored on a visual analog scale ranging from 0 to 10 and a clinical score (0 to 30) was defined by adding these 3 figures.

**Results :** 68 % who had pelvic pain scored at 4,6, 44 % with dyspareunia scored at 2,9 and 68 % with venous pain scored at 4,8. The mean clinical score was 12,6. Group A, with female patients showing no venous insufficiency during the radiological exploration, came up with a clinical score at 4,7. The respective scores of group A and group B were significantly different. Transverse crossing was frequent. A correlation between the reflux of ovarian versus internal iliac veins and perineal versus sciatic veins could be demonstrated. Nineteen patients showed an isolated insufficiency of the left ovarian vein, 5 ones showed an isolated insufficiency of the right internal iliac vein, 2 patients had an isolated insufficiency of the left internal iliac vein, another one had an isolated insufficiency of both right and left internal iliac veins, 5 patients had an insufficiency of both internal iliac and left ova-

1. Espace chirurgical Ambroise Paré, rue Ambroise Paré 54100 NANCY.  
2. 125, rue Saint-Dizier 54000 NANCY.

droite et gauche, 5 une insuffisance mixte des veines ovarienne et hypogastrique gauches, 1 une insuffisance ovarienne gauche et hypogastrique droite et 1 une insuffisance ovarienne gauche et des 2 hypogastriques droite et gauche. Toutes ont été embolisées avec succès. A 45 jours, le même contrôle clinique a été réalisé : toutes les patientes présentaient une amélioration de 80 % de la symptomatologie.

**Conclusion :** La présence de varices non saphéniennes à la racine de la cuisse associée à une symptomatologie d'insuffisance veineuse pelvienne (score > 8) chez la jeune femme doit nécessiter une exploration veineuse pelvienne car la symptomatologie est un bon signe d'insuffisance veineuse pelvienne chez la femme jeune. Les résultats de l'embolisation sont très satisfaisants sur la symptomatologie.

**Mots-clés :** varices périnéales, insuffisance veineuse pelvienne, embolisation, varicocèle, congestion pelvienne.

*rian veins, 1 patient had an isolated insufficiency of the right internal iliac vein and left ovarian vein and another one had an isolated insufficiency of the left ovarian vein and of the left and right internal iliac veins. All of them were successfully embolised. A similar test was carried out 45 days later. The entire group experienced an improvement of 80 % of the clinical score.*

**Conclusion :** *In young women, varicose veins, located on the thigh and fed by a non-saphenous reflux, in association with pelvic clinical symptoms (score > 8), require radiological pelvic vein exploration. Clinical symptoms reveal pelvic vein insufficiency in young women. Embolisation give very satisfactory short term results of clinical symptoms.*

**Keywords :** perineal varices, pelvic vein insufficiency, embolisation, varicocele, pelvic congestion syndrome.

## INTRODUCTION

La symptomatologie clinique de l'insuffisance veineuse pelvienne de la femme est connue depuis longtemps [1, 2]. Souvent décrite avec une sorte de fatalité, elle a largement fait partie du tableau clinique étiqueté « douleur chronique » de la jeune femme multipare. Actuellement, le développement de l'écho-Doppler des veines pelviennes par voie endovaginale [3] et surtout des explorations radiologiques endoveineuses pelviennes ont permis de mieux comprendre, d'une part, l'anatomie des veines pelviennes et leurs anastomoses entre les veines abdominales et les veines des membres inférieurs [4, 5] et, d'autre part, le rôle pathologique des insuffisances veineuses pelviennes dans la symptomatologie clinique pelvienne et dans la pathologie variqueuse des membres inférieurs.

De nombreuses études écho-Doppler réalisées chez le patient variqueux ont montré que l'origine des varices n'était pas toujours située sur les systèmes saphéniens [6, 7], ce qui est particulièrement vrai pour les récives [8]. L'origine des varices des membres peut être entièrement sous la dépendance des varices pelviennes. Devant l'existence de varices crurales ne paraissant pas dépendantes du système saphène, seul l'interrogatoire permet d'orienter le diagnostic étiologique vers l'origine pelvienne des varices. Sur une série de 31 cas de femmes présentant des varices périnéo-crurales d'origine non-saphéniennes ayant bénéficié d'une exploration radiologique veineuse pelvienne, nous avons étudié les corrélations anatomo-cliniques entre les varices, les signes cliniques et le type d'insuffisance veineuse pelvienne. D'autre part, nous avons étudié les résultats cliniques précoces quand une embolisation était réalisée. Cette étude avait pour but de définir des critères cliniques quantifiables de l'insuffisance veineuse pelvienne afin de proposer une exploration veineuse pelvienne ayant de grandes chances de mettre en évidence une insuffisance veineuse pelvienne.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### Patients

Entre 1999 et 2002, 31 patientes présentant des varices ont été sélectionnées pour exploration veineuse pelvienne. Les critères d'inclusion ont été la présence de varices périnéales descendant à la face interne de la cuisse ou de varices fessières descendant à la face postérieure de la cuisse associées à un syndrome clinique d'insuffisance veineuse pelvienne. Le syndrome complet ou syndrome de congestion pelvienne, décrit par Taylor en 1949 [1], rassemble les douleurs pelviennes prémenstruelles ou menstruelles, la dyspareunie, la congestion vulvaire, les mictions impérieuses, les troubles digestifs, les antécédents de varices vulvaires lors des accouchements, les hémorroïdes ; nous avons ajouté les douleurs sur le trajet des varices durant les règles.

Trois signes cliniques particulièrement reconnaissables ont été sélectionnés et rapportés sur une échelle analogique graduée de 0 à 10 : la douleur pelvienne menstruelle survenant au début ou pendant les règles, la dyspareunie et la douleur sur le trajet des varices survenant spécifiquement au début ou pendant les règles. Ces 3 critères ont été additionnés pour définir un score global de symptomatologie de 0 à 30. Ont été exclues les patientes dont les varices présentaient une origine unique issue de l'axe fémoral (jonction saphéno-fémorale, perforante)

Durant cette même période, un groupe A de 4 patientes jeunes en activité génitale avait eu une exploration veineuse pelvienne motivée par la présence de varices périnéales qui n'avait pas objectivé d'insuffisance veineuse pelvienne. Ce groupe a été comparé rétrospectivement à un sous-groupe B de 23 patientes en activité génitale dont l'exploration veineuse pelvienne motivée par la symptomatologie clinique avait mis en évidence une insuffisance veineuse

pelvienne. Cette comparaison avait pour but de définir des critères cliniques d'insuffisance veineuse pelvienne permettant de suspecter l'existence d'une insuffisance pelvienne. Ce sous-groupe B de 23 patientes correspondait au groupe total de 31 patientes duquel avait été exclu 6 patientes ménopausées qui ne présentaient pas de symptômes et 2 patientes dont l'examen était motivé par un angiome et non par la symptomatologie.

### Examen écho-Doppler

Le bilan écho-Doppler a été réalisé en position debout (Hitachi Katana 5 [sonde 7,5 MHz]; Ecoscan, Les Ulis, France); un reflux d'une durée supérieure à 0,5 seconde a été jugé significatif. Chez les patientes qui avaient déjà été opérées de varices, il a été vérifié qu'aucune source de varices ne venait de l'ancienne jonction saphéno-fémorale. Le système profond a été exploré dans le même temps. L'exploration écho-Doppler trans-vaginale n'a pas été faite de façon systématique car, lorsque le reflux était visualisable en écho-Doppler couleur et le diamètre des veines pelviennes mesurable, il nous a semblé difficile de quantifier ces reflux, de suivre et d'orienter anatomiquement avec précision ces veines. L'examen a permis d'éliminer un syndrome de compression veineuse de Cockett ou un syndrome de « Nut cracker » associé.

### Angiographie veineuse pelvienne et embolisation

L'exploration veineuse pelvienne a été réalisée la veille de l'intervention. L'examen a été conduit en hospitalisation de jour, en salle d'angiographie numérisée. L'introduction du cathéter a été réalisée par voie veineuse fémorale par la technique de Seldinger, sous neuroleptanalgie (Midazolam : 2 à 3 mg), après anesthésie locale large du point de ponction. Le cathétérisme percutané des différents segments veineux a été réalisé au moyen d'une sonde Sidewinder de courbure 1 et de calibre externe 4 ou 5F. Les veines explorées, cathétérisées sélectivement, ont été dans l'ordre :

- 1 – la veine rénale gauche ;
- 2 – la veine ovarienne gauche ;
- 3 – la veine ovarienne droite ;
- 4 – la veine hypogastrique gauche ;
- 5 – la veine iliaque externe gauche ;
- 6 – la veine hypogastrique droite ;
- 7 – la veine iliaque externe droite.

L'opacification veineuse a été faite au repos puis en poussée, au moyen de produit de contraste hydro-soluble hypo-osmolaire concentré au débit de 3 à 4 ml/sec. La poussée abdominale a été obtenue après explication détaillée et exhortation par le radiologue interventionnel.

Le temps diagnostique et le temps thérapeutique ont été effectués simultanément. Toute veine ovarienne ou hypogastrique pathologique, donnant un reflux significatif, a été embolisée dans le même temps que

le cathétérisme sélectif, donc avant l'exploration des territoires veineux suivants. Les critères de reflux pathologique, conduisant à l'embolisation, étaient :

- varicocèle péri-ovarienne de gros volume (alimentée par une veine ovarienne incontinente refluant dès l'injection dans la veine rénale pour le côté gauche) ;
- reflux variqueux vers la racine de cuisse homo ou contro-latérale ;
- reflux vers les varices périnéales et vulvaires ;
- reflux vers la veine sciatique homolatérale le cas échéant.

L'embolisation a été réalisée au moyen de spires métalliques ou « coils » (Cook, Bloomington, USA) de calibre 0,038", de longueur déroulée de 3 à 8 cm, choisies en fonction du calibre du segment veineux concerné et de sa morphologie. Dans une veine ovarienne, le dépôt des coils a été adapté à la présence éventuelle de collatérales plus haut situées, jusqu'à obtention d'une occlusion complète et de la disparition de tout reflux descendant en poussée abdominale. Dans une veine hypogastrique ou une veine sciatique, le cathétérisme super-sélectif a été poussé jusqu'à l'origine de la veine pathologique refluyente, à fins d'embolisation. Il n'a pas été utilisé de colle, de mousse ni de produit sclérosant.

### Intervention

Après écho-marquage de l'ensemble des varices du membre (Esaote AU 530, Sonde 10 MHz) l'intervention a toujours été réalisée sous anesthésie loco-régionale à l'aide d'un bloc fémoral avec repérage neurologique par électrostimulation et injection de lidocaïne. L'intervention a consisté essentiellement en des phlébectomies. La compression postopératoire a toujours été réalisée par la superposition de 2 collants ou bas cuisse de classe II mis en place pour 2 jours suivie d'un seul collant ou bas de classe II pour un mois. La chirurgie ambulatoire a été laissée au choix des patientes.

### Le contrôle clinique et écho-Doppler

Ils ont été réalisés entre 1 et 2 mois après par le même opérateur en posant les mêmes questions sur l'échelle analogique. Ce contrôle a été effectué au-delà d'un mois pour que l'éventuelle douleur des membres ne soit pas masquée par le port de la compression postopératoire et pour pouvoir apprécier la symptomatologie lors des règles suivantes. Le contrôle écho-Doppler a été réalisé pour vérifier le caractère complet de l'exérèse et l'absence de reflux résiduel.

### Statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS V8. Elle a consisté d'abord en une analyse descriptive des différentes variables des deux groupes A et B avec dénombrement des diverses valeurs prises par les différentes variables. La comparaison des scores initiaux des deux groupes a été réalisée avec une analyse

de la variance à un facteur. Une valeur de P inférieure à 0,05 a été considérée comme significative. Compte tenu du faible effectif du groupe A, nous avons réalisé un test de rang de Wilcoxon. Les scores cliniques moyens avant et après l'embolisation ont été comparés deux à deux par la méthode de Scheffe en prenant un risque alpha de 5%. Compte tenu de la petite taille des échantillons, le test de Fischer a été utilisé pour l'étude des relations entre les varices périnéales et les veines pelviennes insuffisantes.

## RÉSULTATS

La moyenne d'âge au jour de l'embolisation était de 43,7 ans (extrêmes 31/59). La moyenne de grossesse était de 2,6 par patiente (extrêmes 1/6). Parmi elles, 9 avaient déjà été opérées une fois de varices et 4 avaient déjà été opérées 2 fois (Photo 1). Quand une patiente avait été opérée d'un côté seulement, l'embolisation a été réalisée de ce côté. Une pathologie hémorroïdaire habituelle était retrouvée dans 72% des cas, la présence de volumineuses varices vulvaires pendant l'accouchement était retrouvée dans 45% des



Photo 1. – Récidives crurales issues d'une incontinence de la veine hypogastrique

cas. Trois patientes présentaient des antécédents de thrombose veineuse profonde et 2 une insuffisance veineuse profonde de grade 3 de Kistner. Concernant ces 5 patientes, l'embolisation était réalisée du même côté. Deux patientes présentaient un très large angiome cutané de la face antéro-externe de la cuisse. Toutes les patientes étaient classées C1 ou C2 (3 étaient classées C3) dans la classification CEAP.

Toutes sauf 2 patientes présentaient des varices périnéales, une présentait une veine du sciatique incontinente et une une perforante fessière. Quatre patientes présentaient, en plus, une incontinence de la jonction saphéno-fémorale et du tronc de la grande veine saphène étendue jusqu'au genou. (Ces patientes avaient été incluses car elles présentaient un score clinique en moyenne à 21 sur 30.) Les autres varices associées sont réparties dans le Tableau I.

Varices	n
Veines périnéales droites ou gauches	31
Perforantes hautes de la cuisse ou de la fesse	10
Veines sciatiques	4
Insuffisance ostiale GVS ± tronc	4
Petite veine saphène	1
Veines lymphoganglionnaires	2
Récidives GVS	13
Récidives PVS	1

Tableau I. – Répartition des varices dans le groupe de 31 patientes présentant une insuffisance veineuse pelvienne. Plusieurs types de varices pouvaient être associés pour une même patiente. GVS : grande veine saphène ; PVS : petite veine saphène

Dans le groupe total, 74% présentaient des douleurs pelviennes menstruelles, 48% des dyspareunies et 74% des douleurs veineuses menstruelles.

La douleur pelvienne ressentie spécifiquement juste avant, au début ou pendant les règles, était évaluée en moyenne à 4,6 sur l'échelle analogique (extrêmes 0/10), la dyspareunie à 2,9 (extrêmes 0/10) et la douleur ressentie sur le trajet des varices périnéale ou fessière juste avant, au début ou pendant les règles, était évaluée en moyenne à 4,8 (extrêmes 0/10). Le score clinique moyen d'insuffisance pelvienne était de 12,6.

Six patientes de plus de 50 ans, ménopausées, ne présentaient pratiquement aucune symptomatologie clinique (score clinique 0,8). En excluant ces patientes ménopausées, la symptomatologie moyenne relevée chez les patientes en activité hormonale était importante (score clinique 13,8) : douleur pelvienne (5), dyspareunie (3,2), douleur variqueuse (5).

Une patiente présentait des douleurs caractéristiques de type sciatique survenant au début des règles. Deux patientes, dont la précédente, présentaient à l'intervention des varices issues du sciatique sur le trajet du nerf saphène fibulaire.

Le groupe A comparatif de 4 patientes chez les-

Patientes	N	Age	Score	Exploration	P
Activité génitale groupe B	23	41	13,8	IVP	< 0,0094
Activité génitale groupe A	4	37	4,7	Normale	
Ménopausées	6	53	0,8	IVP	

Tableau II. – Répartition des groupes de patientes en fonction de l'activité génitale, de la symptomatologie (score) et des résultats de l'exploration veineuse pelvienne normale ou mettant en évidence une insuffisance veineuse pelvienne (IVP). Il existait une différence significative entre les résultats d'exploration (IVP versus normal) en fonction du score clinique d'insuffisance veineuse pelvienne des groupes A et B ( $P < 0,0094$ )

quelles l'exploration n'avait pas mis en évidence d'insuffisance veineuse pelvienne était comparable en ce qui concerne l'âge (37 ans), le nombre de grossesses (2,75), la présence de varices périnéales mais la symptomatologie clinique était quasi inexistante. Le score clinique était en moyenne de 4,75 (douleur pelvienne : 3,25, dyspareunie : 0,25 et douleur veineuse : 1,25).

Malgré la petite taille du groupe A de 4 patientes sans insuffisance veineuse pelvienne, la différence de score clinique entre ce groupe et le sous-groupe témoin B des 23 patientes présentant une insuffisance veineuse pelvienne était significative (13,8 versus 4,7). Avec un F à 8,55 pour 1 et 25 degrés de liberté, la différence était significative entre les deux groupes  $P < 0,0072$ ; T de Wilcoxon = 14,5  $P < 0,0094$  (Tableau III). La répartition des résultats de l'exploration veineuse pelvienne des patientes en activité génitale en fonction du score clinique est rapportée dans le Tableau III.

L'exploration veineuse pelvienne a été réalisée par voie fémorale droite dans 26 cas, gauche dans 4 cas, bilatérale dans 2 cas.

Lors de l'exploration veineuse pelvienne, 19 patientes présentaient une insuffisance isolée de la veine ovarienne gauche, 5 une insuffisance isolée de la veine hypogastrique droite, 2 une insuffisance isolée de

la veine hypogastrique gauche, 1 une insuffisance des 2 veines hypogastriques droite et gauche, 5 une insuffisance mixte des veines ovarienne et hypogastrique gauches, 1 une insuffisance ovarienne gauche et hypogastrique droite et 1 une insuffisance ovarienne gauche et des 2 hypogastriques droite et gauche.

Dans 3 cas, il s'agissait d'un reflux veineux sciatique (gauche dans 2 cas, droit dans 1 cas) (Photo 2). Toutes ces veines incontinentes ont été traitées efficacement par embolisation.

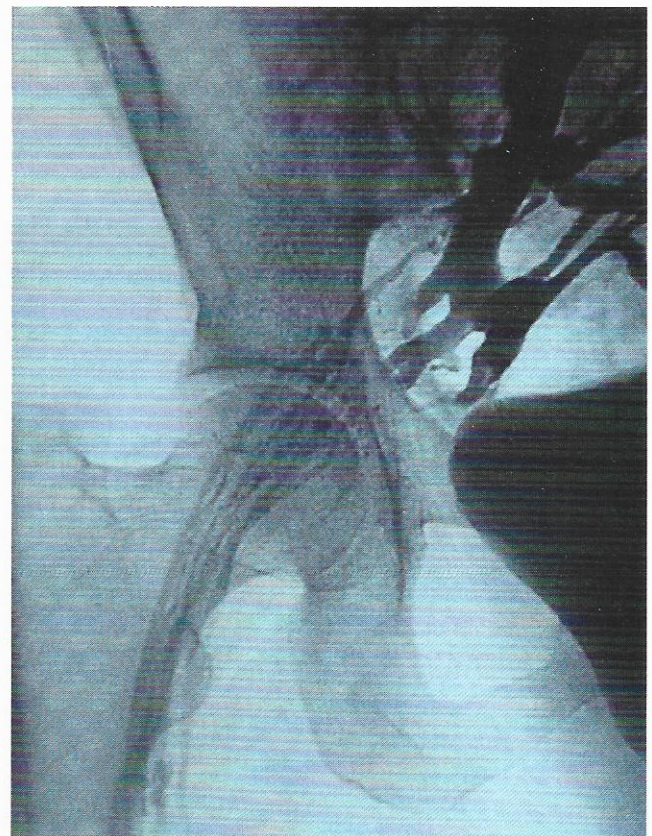


Photo 2. – Incontinence de la veine du nerf sciatique issue d'une incontinence de la veine hypogastrique

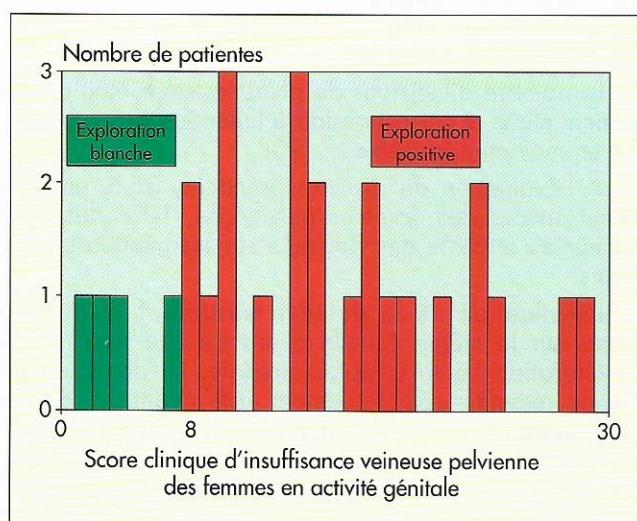


Tableau III. – Au-delà d'un score clinique de 8, toutes les patientes en activité génitale présentaient une insuffisance veineuse pelvienne à l'exploration radiologique.

Toutes les patientes ayant un score clinique entre 0 et 8 n'avaient pas d'insuffisance veineuse pelvienne ( $P < 0,0094$ )

la tentative de cathétérisme sélectif de l'ovarienne droite a échoué dans 19 cas, de l'ovarienne gauche dans 1 cas et de l'hypogastrique droite dans 1 cas. Le nombre de coils utilisés était en moyenne de 6 par veine (extrêmes de 1 à 11).

La seule complication immédiate a été la migration d'un coil de 3 mm, juste après son largage lors de

Côtés	Varices gauches	Varices droites	Varices bilatérales
22 IVP gauches	9	4	9
5 IVP droites	0	3	2
4 IVP bilatérales	0	2	2

Tableau IV. – Répartition des côtés des varices périnéales droites ou gauches et des côtés des reflux pelviens associés (IVP) (P = NS)

l'embolisation d'une veine hypogastrique gauche, dans une branche lobaire inférieure de l'artère pulmonaire gauche; il n'y a eu aucune conséquence clinique ni radiologique.

Le Tableau IV montre les relations entre le côté des veines pelviennes incontinentes et le côté des varices périnéales. Les chiffres montrent une relation forte entre la latéralité de l'insuffisance pelvienne et les varices périnéales mais qui n'atteint pas le seuil de statistique significatif. Parmi 22 patientes présentant une insuffisance pelvienne gauche, 4 seulement ont des varices périnéales droites; parmi 5 patientes présentant une insuffisance pelvienne droite, aucune n'a de varices à gauche. Un croisement de gauche vers la droite a été constaté fréquemment. Le croisement était situé soit en sus-vésical (Photo 3) ou en sous vésical (Photo 4).



Photo 3. – Croisement veineux sus-vésical

Le Tableau V montre les relations entre l'origine veineuse pelvienne antérieure (veines ovariennes) ou postérieure (veines hypogastriques) et les varices du membre. Il existe une corrélation significative entre les varices périnéales et l'insuffisance des veines ovariennes et entre les varices du sciatique et l'insuffisance des veines hypogastriques ( $P = 0,05$ ).

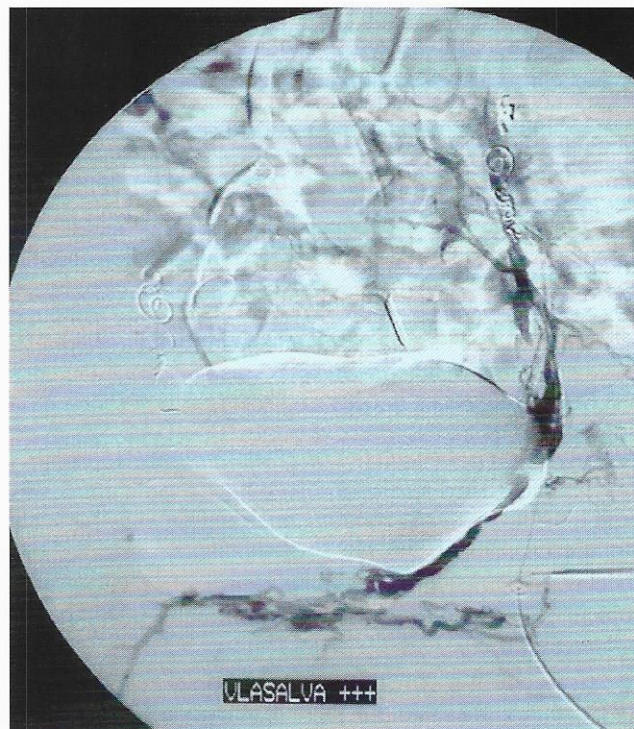


Photo 4. – Croisement veineux sous-vésical

Le nombre d'incisions de phlébectomies était relativement élevé et correspondait à l'étendue des varices: 35 en moyenne (extrêmes 7/90).

À l'évaluation de résultats précoces, 35% présentaient encore des douleurs pelviennes, 10% des dyspareunies et 39% des douleurs sur les membres inférieurs.

L'évaluation de la douleur mesurée 1 à 2 mois après sur la même échelle a montré une importante amélioration de la symptomatologie. La douleur pelvienne ressentie spécifiquement juste avant, au début ou pendant les règles était évaluée en moyenne à 1 sur l'échelle analogique (extrêmes 0/4), la dyspareunie à 0,32 (extrêmes 0/4) et la douleur ressentie sur le trajet des anciennes varices périnéales ou fessières juste avant, au début ou pendant les règles était évaluée en moyenne à 1,41 (extrêmes 0/7). Le score clinique était passé de 12,6 à 2,6, soit une amélioration du score clinique de 80% avec une différence significative ( $P < 0,0001$ ).

Varices	Origine ovarienne	Origine hypogastrique	Origine mixte
8 V périnéales G	5	2	1
10 V périnéales D	8	1	1
6 V périnéales D + G	3	2	1
1 V sciatique D		1	
2 V sciatique G		1	1

Tableau V. – Répartition des varices périnéales ou sciatiques en fonction de l'origine pelvienne des reflux associés ovariens, hypogastriques ou mixtes. Les reflux ovariens sont associés significativement à des varices périnéales et les reflux hypogastriques à des varices sciatiques ( $P = 0,05$ )

## DISCUSSION

Parmi l'ensemble des signes cliniques, souvent vagues, inclus dans le syndrome pelvien (dysménorrhée, dyspareunie, lourdeur pelvienne, miction impérieuse, irritabilité vésicale, constipation, douleur veineuse), nous avons préféré sélectionner seulement 3 signes précis facilement identifiables. Il semble que la méthode d'évaluation du score clinique d'insuffisance veineuse pelvienne soit suffisante pour pouvoir affirmer la présence d'une insuffisance veineuse pelvienne. Quand ce score était supérieur à 8 chez une patiente en activité génitale porteuse de varices non saphéniennes à la racine de la cuisse, il existait une insuffisance veineuse pelvienne. Bien que l'examen écho-Doppler ne permette pas de quantifier l'insuffisance pelvienne à la différence du score clinique, il reste néanmoins indispensable pour éliminer un syndrome veineux compressif.

Les patientes qui présentaient un score clinique inférieur à 5 étaient des patientes ménopausées ou qui nécessitaient une exploration veineuse pelvienne pour une raison supplémentaire (deux angiomes cutanés de la cuisse).

Les reflux veineux superficiels non saphènes représentaient 10 % des reflux explorés chez les patients porteurs de varices dans l'étude de Labropoulos [6] et parmi eux 34 % des reflux étaient issus des veines pelviennes et 8 % des veines du sciatique. La série de Jiang [7] évaluait à 9,9 % les reflux non saphéniens à l'aîne, 29,7 % d'entre eux étaient périnéaux. Dans ces deux études, la prévalence significative du sexe féminin dans le groupe de patients porteurs de reflux non saphènes a été démontrée (93 %) avec un nombre moyen de grossesses significativement plus élevé (3,2 versus 2,2). Ces chiffres sont comparables à ceux relevés dans notre étude.

Certaines récurrences variqueuses peuvent être dues à une insuffisance veineuse pelvienne [9]. L'insuffisance veineuse pelvienne ovarienne peut, par ailleurs, être la seule cause de récurrence apparaissant après un stripping bien réalisé [8]. Dans notre série, 13 patientes présentaient une récurrence alimentée par des varices pelviennes. On pouvait, rétrospectivement, se demander si une embolisation réalisée lors de la première

intervention aurait pu empêcher ce type de récurrence. Aucune étude ne permet actuellement de répondre à cette question.

L'examen écho-Doppler semble assez difficile à réaliser, que ce soit par voie transpariétale [10] ou par voie transvaginale [3]. En effet la veine ovarienne est profonde et mal visible. De plus, le remplissage vésical nécessaire à l'échographie gêne probablement la circulation veineuse péri-vésicale. L'insuffisance pelvienne peut, par contre, être facilement mise en évidence en plaçant la sonde sur les varices vulvaires. Le reflux parfaitement visualisé en Valsalva préjuge d'une origine pelvienne, malheureusement on ne peut définir ni le côté, ni le tronc responsable. Si certains [3] semblent pouvoir définir l'origine pelvienne des varices cliniquement et par écho-Doppler transvaginal, les corrélations anatomo-cliniques sont en fait très difficiles à établir tant les connexions veineuses droite/gauche et antéro-postérieures sont nombreuses.

Le syndrome de congestion pelvienne ne dépend pas seulement de l'insuffisance veineuse ovarienne. Il dépend souvent d'une insuffisance veineuse mixte ovarienne et hypogastrique. Dans la série de Maleux [11] il n'y avait pas de corrélation entre l'amélioration clinique et l'aspect uni ou bilatéral de l'embolisation mais, dans cette série, les explorations n'avaient concerné que les veines ovariennes.

Le croisement du reflux pelvien gauche vers le côté droit semble fréquent pour certains [3]. Bien que les chiffres le laissent penser, il semble difficile d'affirmer, compte tenu de la petite taille des échantillons, que le croisement du reflux dans le sens gauche/droite soit plus fréquent que le croisement dans le sens droite/gauche. De plus, l'impossibilité d'exploration de la veine ovarienne droite dans 19 cas sur 31 pour seulement 1 cas sur 31 pour la veine ovarienne gauche présente un biais statistique. Si l'absence d'un large ostium dans la veine cave invisible lors des manœuvres de Valsalva rend improbable l'existence d'un reflux dans la veine ovarienne droite, celle-ci est pourtant reconnue incontinentement par certaines équipes dans 60 % des cas [12] et dans 22 % des cas [11].

Nos résultats précoces semblent comparables à ceux d'autres séries. Les résultats cliniques de Venbrux [13], réalisés sur les mêmes échelles analogiques,

montrent une très bonne amélioration progressive de la symptomatologie jusqu'à un an avec 96 % des patientes qui présentent une amélioration des symptômes. Ces résultats comparables pourraient s'expliquer par le fait que Venbrux a systématiquement

embolisé les 4 axes veineux. Les très nombreuses connexions droite/gauche et antéro-postérieures justifient certainement cette attitude consistant à explorer systématiquement les 4 axes veineux et à emboliser largement les veines incontinentes.

**Remerciements :** Les études statistiques ont été réalisées par le Pr. F. Kohler, Spieao, Université et Faculté de Médecine de Nancy et par F. A. Allaert, 2, boulevard du Maréchal de Lattre de Tassigny, 21000 Dijon.

## CONCLUSION

La présence de varices non saphéniennes à la racine de la cuisse associée à une symptomatologie d'insuffisance veineuse pelvienne (score > 8) chez la jeune femme en activité génitale nécessite une exploration veineuse pelvienne. La symptomatologie, en effet, est un très bon signe d'insuffisance veineuse pelvienne chez la femme jeune en activité génitale. Compte tenu des nombreuses connexions veineuses pelviennes, les 4 axes veineux pelviens devraient être explorés systématiquement.

Les résultats précoces sont très satisfaisants sur la symptomatologie mais les résultats sur les récurrences ne sont pas évaluables aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle les indications chez la femme ménopausée sont plus discutables car l'embolisation, dans ce cas, n'aura d'action ni sur la symptomatologie ni, en l'absence d'étude à long terme, sur la prévention de la récurrence.

## RÉFÉRENCES

- 1 Taylor H.C. Jr. Vascular congestion and hyperemia: the effect on function in the female reproductive organs. Part I. Physiological basis and history of the concept. *Am J Obstet Gynecol* 1949; 57: 211-30.
- 2 Langeron P., Quehen E. Les algies pelviennes chez la femme. Étude d'une série de 50 observations. *Ann Chir* 1966; 20: 1096-108.
- 3 Pieri A., Vannuzzi A., Nicolucci A., Ludovici M., Caillard P., Vin F. L'écho-Doppler couleur transvaginal dans l'étude des reflux pelviens et de la varicocèle féminine. *Phlébologie* 1999; 52: 45-51.
- 4 Castro Castro J., Zubicoa Ezepeleta S., Cadena Corrales J., Carrion Otero E.O., Leal Monedero J. Anatomía del sistema venoso de los miembros inferiores y de la pelvis. In: Leal Monedero J., ed. *Insuficiencia venosa crónica de la pelvis y de los miembros inferiores*. Madrid, Mosby, 1997: 1-11.
- 5 Kamina P., Chansigaud J.P. Anatomie fonctionnelle des veines pelviennes chez la femme. *Phlébologie* 1989; 42: 363-84.
- 6 Labropoulos N., Tiongson J., Pryor L., Tassiopoulos A.K., Kang S.S., Mansour A., Baker W.H. Nonsaphenous superficial reflux. *J Vasc Surg* 2001; 34: 872-7.
- 7 Jiang P., Van Rij A.M., Christie R.A., Hill G.B., Thomson I.A. Non-saphenous venous reflux in the groin in patients with varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2001; 21: 550-7.
- 8 Giannoukas A.D., Dacie J.E., Lumley J.S.P. Récidive de varice des membres inférieurs due à une incontinence bilatérale des veines ovariennes. *Ann Chir Vasc* 2000; 14: 397-400.
- 9 Perrin M.R., Guex J.J., Ruckley C.W., De Palma R.G., Royle J.P., Eklof B., Nicolini P., Jantet G., and the REVAS group. Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. *Cardiovasc Surg* 2000; 8: 233-45.
- 10 Cordts P.R., Eclavea A., Buckley P.J., De Maiores C.A., Cockerill M.L., Yeager T.D. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vasc Surg* 1998; 28: 862-8.
- 11 Maleux G., Stockx L., Wilms G., Marchal G. Ovarian vein embolization for the treatment of pelvic congestion syndrome: long-term technical and clinical results. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11: 859-64.
- 12 Leal Monedero J. La pathologie veineuse pelvienne. Traitement embolisant. *Phlébologie* 1999; 52: 299-310.
- 13 Venbrux A.C., Chang A.H., Kim H.S., Montague B.J., Hebert J.B., Arepally A., Rowe P.C., Barron D.F., Lambert D., Robinson J.C. Pelvic congestion syndrome (pelvic venous incompetence): impact of ovarian and internal iliac vein embolotherapy on menstrual cycle and chronic pelvic pain. *J Vasc Interv Radiol* 2002; 13: 171-8.