

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche scientifique



Republique du Mali
Un Peuple-Un But -Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2019-2020

n°

MEMOIRE DE MASTER D'ANATOMIE CLINIQUE ET MORPHOLOGIQUE



Présenté et soutenu le 27/11/ 2020 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie par :

Dr Ousmane Ibrahim TOURE

JURY

Président	: Pr Drissa	TRAORE
Membre	: Pr Brehima	COULIBALY
Co-directeur	: Dr Habou	Baye dit Babou BA
Directeur	: Pr Nouhoun	ONGOÏBA

***HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY***

À notre maitre et président du jury

Professeur Drissa TRAORE

- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la F.M.O.S.
- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Membre de l'Association Française de Chirurgie
- Secrétaire général de la Société de Chirurgie du Mali
- Membre de l'Association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F.)

Honorable maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré votre agenda chargé. Vous êtes un pédagogue émérite. Votre assiduité, votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous un maitre que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

À notre maître et Juge :

Professeur Bréhima COULIBALY

- Maître de conférences en chirurgie générale à la FMOS
- Spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Praticien hospitalier au CHU du Point G

Honorable maître,

Nous vous remercions de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Nous avons été séduits par vos qualités de pédagogue, votre souci pour la formation et vos qualités de chercheur. Cher maître, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre maître et co-directeur :

Docteur Habou Baye dit Babou BA

- Maître-assistant en anatomie à la FMOS
- Chirurgien praticien hospitalier
- Spécialiste en Médecine légale et réparation juridique du dommage corporel
- Expert National près des Cours et Tribunaux du Mali
- Membre du Collège Ouest Africain des Morphologistes
- Trésorier général Adjoint de l'Association des chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F.)

Honorable Maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'encadrer la rédaction de ce mémoire. Vous nous avez donné force et encouragement à chaque étape de ce travail. Votre sens du partage, votre dynamisme nous ont grandement marqués. Recevez ici, l'expression de notre grande admiration.

À notre maître et directeur de mémoire :

Professeur Nouhoun ONGOÏBA

- Professeur titulaire en chirurgie générale, en anatomie humaine et organogénèse
- Spécialiste en chirurgie pédiatrique
- Chef de service de la Chirurgie B du C.H.U. Point-G
- Chef de département du laboratoire d'anatomie des Facultés de Médecine et d'Odontostomatologie, et de Pharmacie de Bamako

Honorable Maître,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités humaines et scientifiques ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime et de notre respect.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
OBJECTIFS	15
1.MÉTHODOLOGIE	17
1. CADRE ET LIEU D'ÉTUDE	17
1.1. HISTORIQUE	17
1.2. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE	18
2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE	19
3. ECHANTILLONNAGE	19
3.1. CRITÈRES D'INCLUSION	19
3.2. CRITÈRES DE NON INCLUSION	19
4. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	19
4.1. FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES	19
4.2. MATÉRIEL DE DISSECTION	20
4.3. MÉTHODE DE DISSECTION :	21
4.4. COLLECTE DES DONNÉES	23
5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES	23
6. ASPECTS ÉTHIQUES :.....	23
2.RÉSULTATS.....	25
1. DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA VEINE CEPHALIQUE (DISPOSITION MODALE).....	25
1.1. ORIGINE	25
1.2. TRAJET	26
1.3. TERMINAISON	30
2. MORPHOMETRIE DE LA VEINE CEPHALIQUE.....	31
3. RAPPORTS ANATOMIQUES	31
4. VARIATIONS DE LA VEINE CEPHALIQUE	36
4.1. VARIATIONS AU NIVEAU DE L'ORIGINE	36
4.2. VARIATIONS AU NIVEAU DU SEGMENT ANTEBRACHIAL	37
4.3. VARIATIONS AU NIVEAU DU PLI DU COUDE.....	38
4.4. VARIATIONS AU NIVEAU DU SEGMENT BRACHIAL	39
4.5. VARIATIONS AU NIVEAU DU TRIGONE CLAVIPECTORAL	39
3.DISCUSSION	42
ORIGINE DE LA VEINE CÉPHALIQUE	42
TRAJETS ET RAPPORTS DE LA VEINE CÉPHALIQUE	44
TERMINAISON DE LA VEINE CÉPHALIQUE.....	48
RESUME.....	51
CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES.....	56
ANNEXES.....	59

ABREVIATIONS

ABBREVIATIONS

CHU :	Centre Hospitalo-universitaire
DIEP :	Deep Inferior Epigastric Perforator
FAV :	Fistule artério veineuse
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
IRM :	Imagerie par résonnance magnétique
LAMOP :	Laboratoire d'Anatomie de Médecine, d'Odontostomatologie et de Pharmacie
TDM :	Tomodensitométrie
TRAM :	Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap
v. :	veine
n. :	nerf
a. :	artère
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le membre thoracique est drainé par des veines superficielles (sous cutanées) et des veines profondes (sous fasciales). Celles superficielles sont nombreuses et extrêmement variables d'un individu à l'autre. Elles ne sont pas satellites des artères.[1]

La veine céphalique fait partie du réseau de drainage veineux superficiel du membre supérieur. C'est l'une des trois principales veines superficielles de l'avant-bras et du bras. Elle prend naissance au niveau du bord latéral du réseau dorsal de la main, parcourt l'avant-bras et le bras pour prendre fin dans le trigone clavipectoral en s'abouchant à la veine axillaire.[1]

Sa facilité d'accès fait qu'elle est assez utilisée entre autres pour les abords veineux périphériques (appelée veine de l'anesthésiste en regard de la styloïde radiale), celles centrales [2] et pour la mise en place des chambres d'implantation pour chimiothérapie.

En outre, le succès de l'implantation d'un stimulateur cardiaque et d'un défibrillateur et de l'accès veineux central est facilement obtenu avec la veine céphalique. [3–5]

L'utilisation réussie de la veine céphalique dans le patch carotidien a également été décrite. [6]

En chirurgie, la veine céphalique a également été décrite dès 1996 dans la reconstruction mammaire, soit en greffon, soit en la déroutant. Son déroutage a d'abord été utilisé sur les TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap) libres lors de surcharges veineuses ou en cas de calibre inadapté. Une autre étude utilisait la veine céphalique dans 11 cas sur 1278 lambeaux libres, et dans la majorité des cas pour des sauvetages secondaires après thrombose. Son utilisation dans le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) a ensuite été décrite dans 6 cas sur 141 (4,25 %).[7]

Certaines études indexent son absence dans 5 à 20 % des cas (selon les séries) et dans certains cas très rares elle se termine au niveau de la veine jugulaire externe en passant en avant de la clavicule.[7]

Le peu de descriptions anatomiques détaillées de la veine céphalique justifie les rapports indiquant des difficultés à localiser et à reconnaître la veine céphalique

aussi bien au cours des interventions chirurgicales [6] que lors des abords veineux. Ces difficultés sont d'une importance clinique critique.[8]

Peu d'études ont été menées sur la topographie de cette veine en Afrique, alors que son agénésie ou ses différentes présentations conditionnent un certain nombre de prises en charge en cliniques et en thérapeutiques.

Au Mali, vue l'utilisation de plus en plus croissante de cette veine dans la pratique aussi bien médicale que chirurgicale et vue l'importance d'une documentation scientifique de ses variations afin de réduire les confusions et les complications lors de son utilisation, l'initiation de la présente étude nous a paru pertinente.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

➤ **Objectif général :**

- ✚ Etudier la veine céphalique par la dissection anatomique des sujets frais cadavériques au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Décrire la veine céphalique
- Déterminer la morphométrie de la veine céphalique
- Déterminer les différents rapports de la veine céphalique
- Identifier les variations anatomiques

1. METHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

1. CADRE ET LIEU D'ÉTUDE :

1.1. HISTORIQUE : [9]

L'histoire du Laboratoire d'anatomie de Bamako est étroitement liée à celle de l'Ecole Nationale de Médecine, de Pharmacie et de Dentisterie. En effet le Laboratoire d'Anatomie de Médecine, d'Odontostomatologie et de Pharmacie (LAMOP) a été créé avec la construction de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie située en commune III du district de Bamako, sur la colline du Point G, à proximité de l'hôpital du même nom.

C'est un complexe de bâtiments qui a été construit sur financement de la Coopération Française et du Trésor Public Malien et comprenait :

- la direction de l'école
- l'amphithéâtre Pierre PENE de 90 places
- un bâtiment comprenant cinq bureaux, deux salles de cours, deux salles de travaux pratiques (une de biochimie et une de parasitologie) et une salle de dissection pour l'anatomie.

Ces travaux ont été achevés en 1968 et ont permis l'ouverture de l'établissement le 1er Novembre 1969.

Le laboratoire d'anatomie occupait un seul niveau dans le bâtiment de l'Ecole Nationale de Médecine, de Pharmacie et de Dentisterie avec une surface de 98 m² comportant une grande salle de travaux pratiques avec quatre tables de dissection, un bureau, un magasin.

Le premier anatomiste responsable du laboratoire d'anatomie a été le Pr Sadio Sylla du Sénégal, qui était aussi chargé des cours d'anatomie de 1969 à 1978. En 1980, le Pr Sylla était en fin de mission et la direction du laboratoire d'anatomie a été confiée au Pr Koumaré Abdel Karim. Sous sa direction le laboratoire d'anatomie a été le théâtre de nombreuses séances de dissection auxquelles participaient d'autres enseignants (chirurgiens) et un tournant déterminant pour l'enseignement de l'anatomie et de dissection au Mali.

En 1994 le doyen de la faculté de l'époque a décidé de transformer le laboratoire d'anatomie en laboratoire de recherche sur la tuberculose et le VIH Sida.

Suite à un projet initié par le Pr Koumaré depuis 2006, le Ministère de l'Education Nationale a construit en 2010 un nouveau bâtiment pour le laboratoire d'anatomie.

1.2. PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE : [9]

Le laboratoire d'anatomie est établi sur une superficie de 700 m² et comporte :

- trois bureaux : un bureau pour le chef de service, un bureau pour les assistants, un bureau pour les techniciens
- deux vestiaires : un vestiaire pour les hommes et un pour les femmes
- quatre toilettes
- une grande salle subdivisée en trois espaces : un grand espace dit salle de travaux pratiques comportant une surface en ciment carrelée (paillasse) et huit tables de dissection, deux salles destinées pour la conservation des corps frais et formolés.

Le laboratoire possède plusieurs équipements pour la recherche : 8 Tables de dissection , 8 chaises avec accoudoirs, 3 bureaux demi ministre, 3 fauteuils demi ministre, 80 tabourets métalliques ajustables, 2 tableaux noirs en toise lisse dimension 4Mx2M, 3 ordinateurs de bureau écran plat tactile, 1 compas, 1 mètre ruban, 1 ordinateur portable premium notebook, 1 retro projecteur avec écran de projection, 2 négatoscopes 4 plages , 4 boites de dissection viscérale, 4 boites de dissection orthopédique, 2 boites d'amputation, 4 boites de petite dissection , 50 blouses, 50 tabliers, 50 bottes, 50 lunettes de protection

Le laboratoire compte également des personnels :

- Personnels enseignants : Le laboratoire compte 6 enseignants : Un Professeur titulaire en anatomie et en chirurgie générale, un Professeur en traumatologie, Deux maitres de conférences agrégé en chirurgie générale et Deux maitres-assistants en anatomie.
- Un technicien de surface.

Les activités du laboratoire sont régies par Ordonnance N° 29 CMLN du 22 Mars 1975 qui stipule que : les cadavres déclarés inconnus au-delà d'un délai légal de trente jours peuvent être affectés à l'Ecole Nationale de Médecine à la demande du Directeur général de cet établissement en vue de l'exercice de la dissection didactique.

2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE :

Il s'agissait d'une étude anatomie descriptive, par la dissection de la veine céphalique chez des sujets frais cadavériques sur une période allant du 9 juillet 2019 au 29 Février 2020, soit sur une durée de 8 mois.

3. ECHANTILLONNAGE :

L'échantillonnage a été fait par commodité. La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche individuelle d'enquête comportant les données démographiques, les variables qualitatives et quantitatives.

3.1. CRITÈRES D'INCLUSION

Ont été inclus dans cette étude, les sujets frais cadavériques de tout sexe, qui ne présentaient pas de traumatisme le long du trajet de la veine céphalique, admis au laboratoire d'anatomie du 9 juillet 2019 au 29 Février 2020, selon la procédure légale comme le stipule l'ordonnance N° 29 CMLN du 22 Mars 1975.

3.2. CRITÈRES DE NON INCLUSION

Ont été exclus de cette étude les sujets frais cadavériques :

- en décomposition,
- présentant un ou plusieurs traumatismes le long du trajet de la veine céphalique.
- présentant une ou plusieurs cicatrices opératoires le long du trajet de la veine céphalique.

4. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES :

4.1. FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES

Nous avons élaboré une grille d'exploitation documentaire constituée de deux chapitres et trente-trois variables. Cette fiche de collecte a été faite par nous-mêmes, corrigée par le directeur de thèse et validée.

4.2. MATÉRIEL DE DISSECTION (PHOTO N°1):

Le matériel utilisé était composé de :

- lame de bistouri n°23
- manche de bistouri N°4.
- pince à disséquer à griffes
- pince à disséquer sans griffe
- 3 pinces de type Kocher avec griffes
- 2 pinces de type Kocher sans griffe
- 2 écarteurs de Farabeuf
- 1 paire de ciseaux fins courbes à bouts pointus
- 1 paire de ciseaux courbes de type Mesenbaum
- 1 paire de ciseaux fins courbes à bouts pointus
- 1 pince porte aiguille du doyen
- Une règle métallique graduée
- Fils de suture non résorbable.

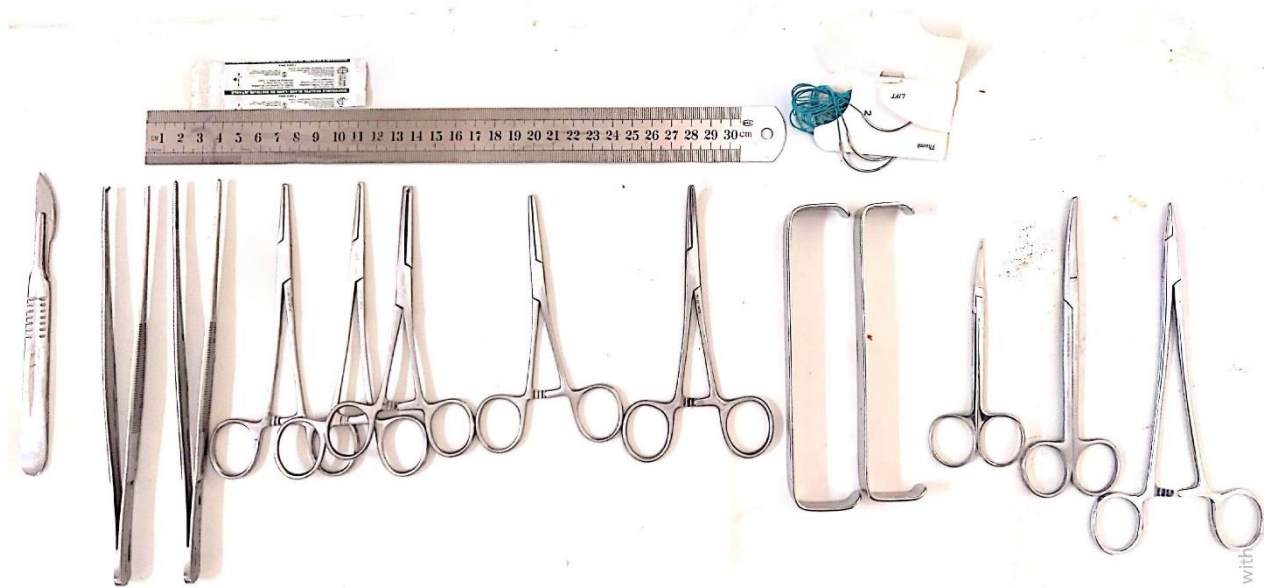


Photo n°1 : Matériels utilisés pour la dissection (laboratoire d'anatomie Clinique et morphologique de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

4.3. MÉTHODE DE DISSECTION :

Avant toute dissection, nous avons réalisé un examen externe du corps depuis le trigone clavipectoral jusqu'au dos de la main. Il s'agissait dans 100% des cas des corps frais.

Pour la voie d'abord :

- une première incision longitudinale, commençant en regard du bord antérieur de la clavicule (jonction 1/3 externe 1/3 moyen), passant par le sillon deltopectoral puis la face antérieure du bras et de l'avant-bras et enfin contournant au niveau du poignet pour rejoindre la face dorsale du 1er métacarpien.
- Latéralement une deuxième incision, partait de la ligne médiane en regard du manubrium sternal, longeait le bord antérieur de la clavicule jusqu'en regard de l'articulation acromio-claviculaire.
- Une troisième incision, perpendiculaire à la première au niveau de l'articulation du coude et unissant antérieurement l'épicondyle médiale à celle latérale.
- Et enfin une quatrième incision sur la face dorsale du poignet allant du processus styloïde radial au processus styloïde ulnaire (photos 2 et 3).

Pour mieux identifier la veine sur tout son trajet, du bleu de méthylène a été injecté à son origine. Ensuite la mise à nue de la veine céphalique (et de ses affluents) a été effectuée de son origine à sa terminaison.

Les pièces disséquées ont été photographiées avec un appareil téléphonique de marque Techno®, model CX Pro, caméra arrière de 16 mégapixels.

Crânial
↑
Latéral ←



Photo n°2 : Plan de dissection de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

Crânial
↑
← Latéral



Photo n°3 : Mise à nue de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

4.4. COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été faite à partir des fiches sur lesquelles étaient retranscrites les caractéristiques anatomiques de la veine céphalique lors de dissections sur des sujets cadavériques frais.

5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES :

Les fiches de collecte des données ont été dépouillées pour les purger des erreurs éventuelles.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur « IBM®SPSS®Statistics version 25 ». Les graphiques ont été élaborés sur « Microsoft Excel® 2016 ». Le traitement de texte du rapport final a été effectué sur « Microsoft Word® 2016 ». Le logiciel « Minitab®18 » a été utilisé pour les différents tests statistiques.

Toutes les variables à caractère quantitatif ont été exprimées en moyenne et en écart-type, celles à caractère qualitatif en pourcentage.

Le seuil de signification a été de 5% pour tous les tests statistiques.

6. ASPECTS ÉTHIQUES :

Au cours de ce travail, le respect de l'anonymat des sujets cadavériques et la confidentialité de l'information ont été respectés. Il s'agissait de sujets cadavériques déclarés inconnus au-delà d'un délai légal de trente jours et qui sont affectés aux facultés de Médecine et d'Odontostomatologie et de Pharmacie conformément à l'ordonnance N°29 CMLN du 22 Mars 1975.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

2. RESULTATS

RÉSULTATS

Durant la période considérée, nous avons réalisé 14 dissections de veines céphaliques chez 7 sujets frais cadavériques. Il s'agissait de six sujets de sexe masculin et d'un sujet de sexe féminin. Les 2 membres thoraciques ont été disséqués chez chaque sujet.

1. DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA VEINE CEPHALIQUE (DISPOSITION MODALE)

1.1. ORIGINE (PHOTO N°4)

Huit (8) veines céphaliques disséquées prenaient naissance en drainant la veine céphalique du pouce et l'arcade veineuse dorsale de la main.

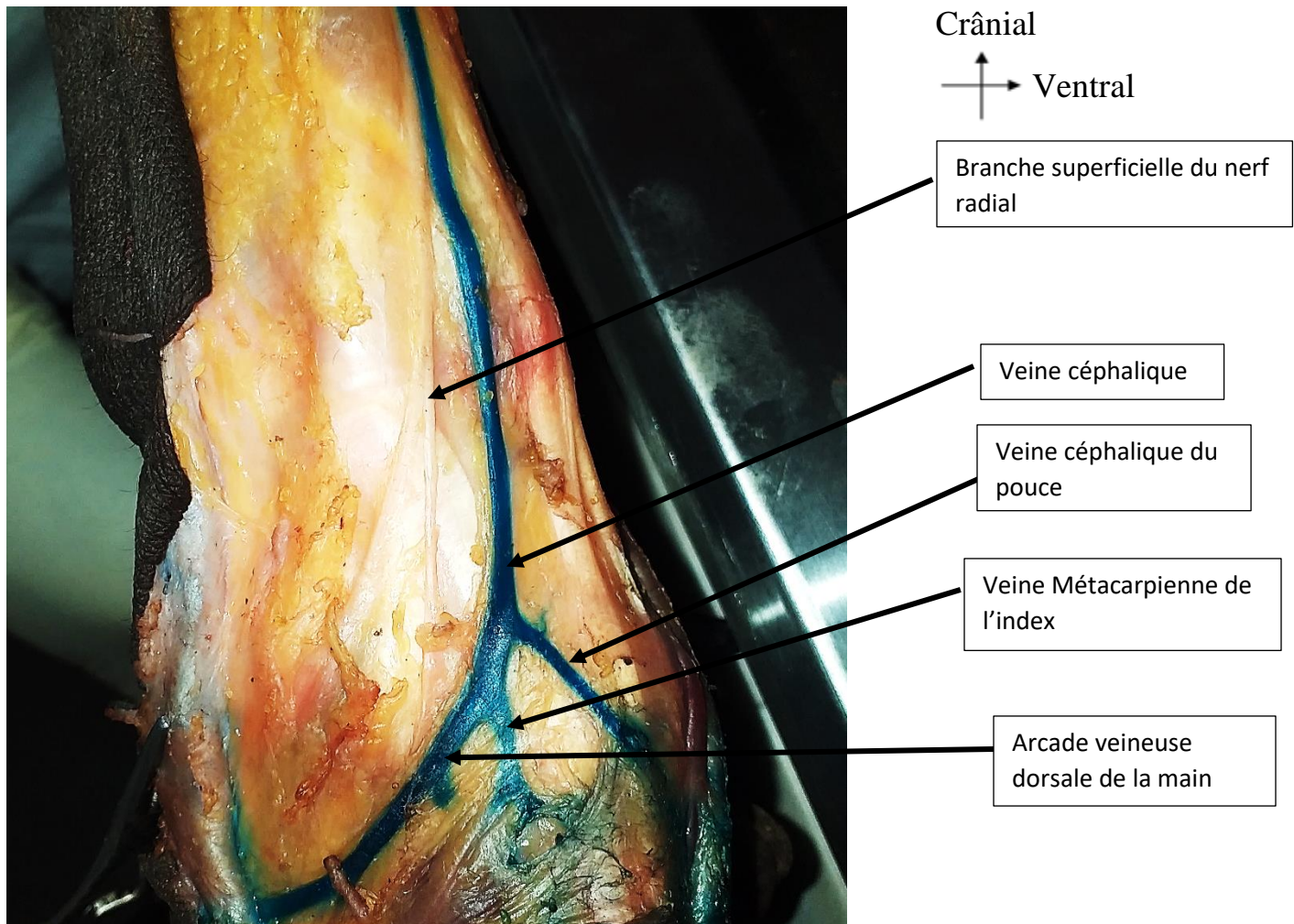


Photo n°4 : Origine de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako).

1.2. TRAJET

✚ Région de contour de l'avant-bras (photo n°5)

Dans notre étude, au niveau de l'avant-bras, 85,7% (n=12) des veines céphaliques ont contourné latéralement pour rejoindre la face ventrale dès le 1/3 distal.

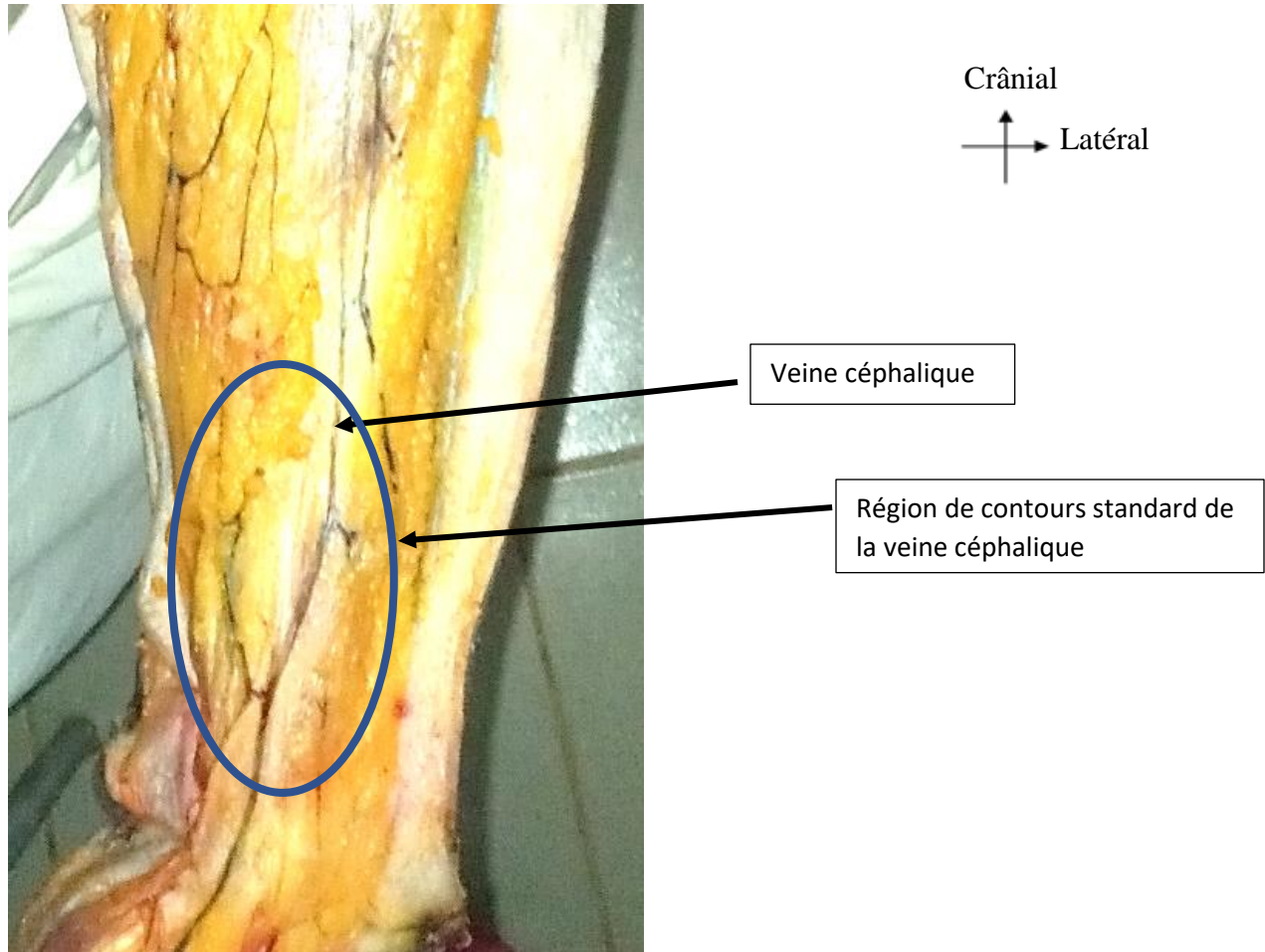


Photo n°5 : Région de contours de la veine céphalique antébrachiale (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

+ Affluents veineux de la veine céphalique au niveau du segment antébrachial (Tableau I)

TABLEAU I : Répartition des veines céphaliques antébrachiales disséquées selon la présence des différentes branches affluentes

Branches affluentes	Fréquence	Pourcentage
La veine céphalique accessoire	2	14,3
La veine céphalique accessoire+	3	21,4
La veine médiane céphalique+		
L'arcade veineuse dorsale+		
Une autre branche affluente latérale		
La veine céphalique accessoire+	3	21,4
L'arcade veineuse dorsale		
La veine céphalique accessoire+	1	7,1
Une autre branche affluente latérale		
La veine céphalique accessoire+	3	21,4
L'arcade veineuse dorsale+		
Une autre branche affluente		
L'arcade veineuse dorsale+	2	14,3
Une autre branche affluente médiale		
Total	14	100

Concernant les veines affluentes classiques présentes au niveau du segment antébrachial de la veine céphalique :

- La veine céphalique accessoire est l'affluente la plus présente avec 85,71% (n=12) des cas.
- L'arcade veineuse dorsale était présente chez 78,5% (n=11) des cas.
- La veine médiane céphalique était présente chez 21,4% (n=3) des cas.

+ Disposition des veines superficielles au pli du coude (photo n°6)

Le « M veineux standard », qui est la disposition classique de la topographie classique des veines superficielles au niveau du pli du coude, n'a été retrouvé que dans 2 cas (14,3%).

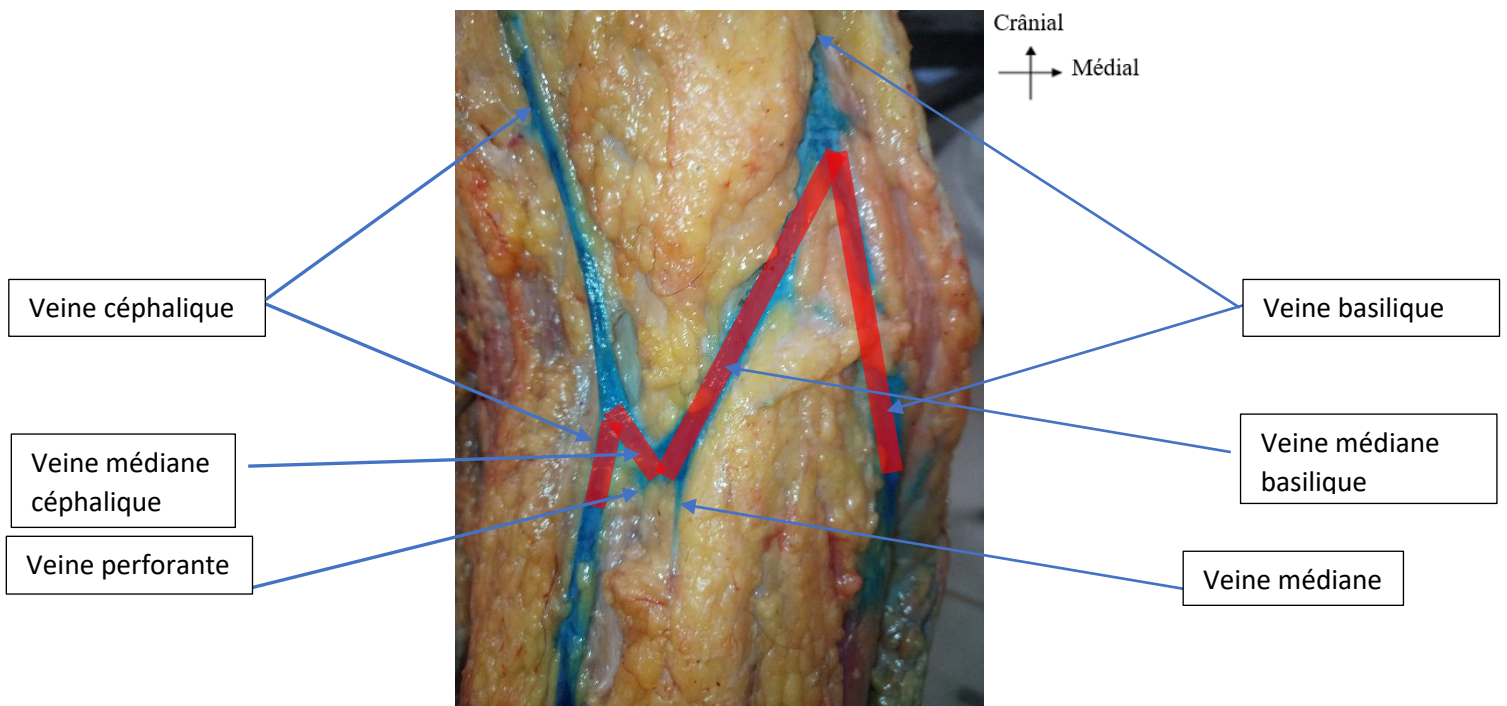


Photo n°6 : Le « M veineux » du pli du coude (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

✚ Segment brachial de la veine céphalique (photo n°7)

Au niveau du bras, la veine céphalique était présente chez 92,9% des cas (n=13).

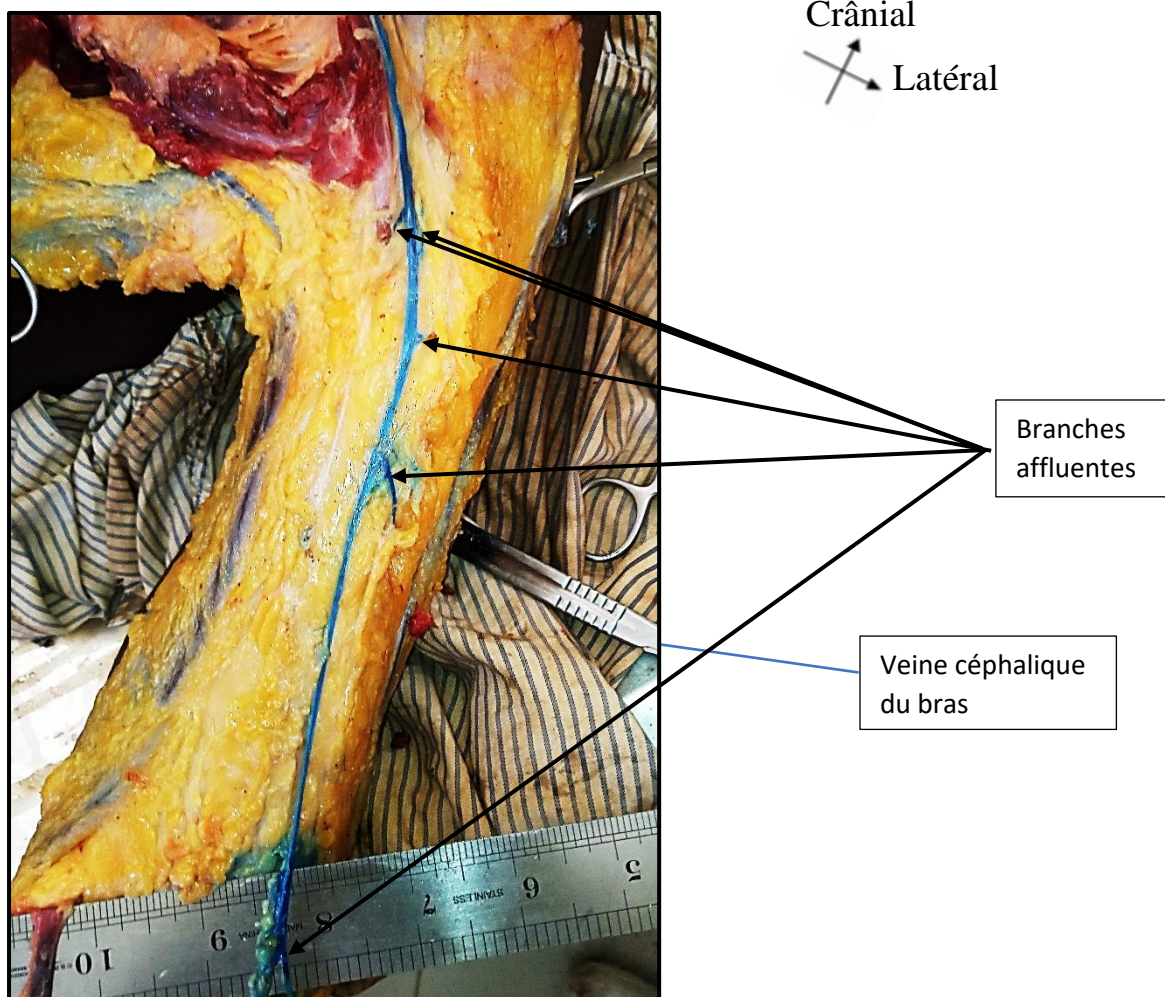


Photo n°7 : Le segment brachial de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

Aucun cas de dédoublement de la portion brachiale n'a été retrouvé.

Treize (13) veines céphaliques disséquées avaient dans leur portion brachiale, des affluents veineux. Les affluents veineux provenant du deltoïde sont présents dans 100% des cas (n=13).

1.3. TERMINAISON (PHOTO N°8)

Aucun passage antérieur à la clavicule n'a été retrouvé.

Dans la fosse axillaire, 71,4% (n=10) des veines céphaliques disséquées reçoivent des veines affluentes. La veine thoraco-acromiale est l'affluent veineux le plus constant (n=10).

Le niveau d'abouchement classique, à savoir sur la veine axillaire a été observé chez 46,2% (n=6).

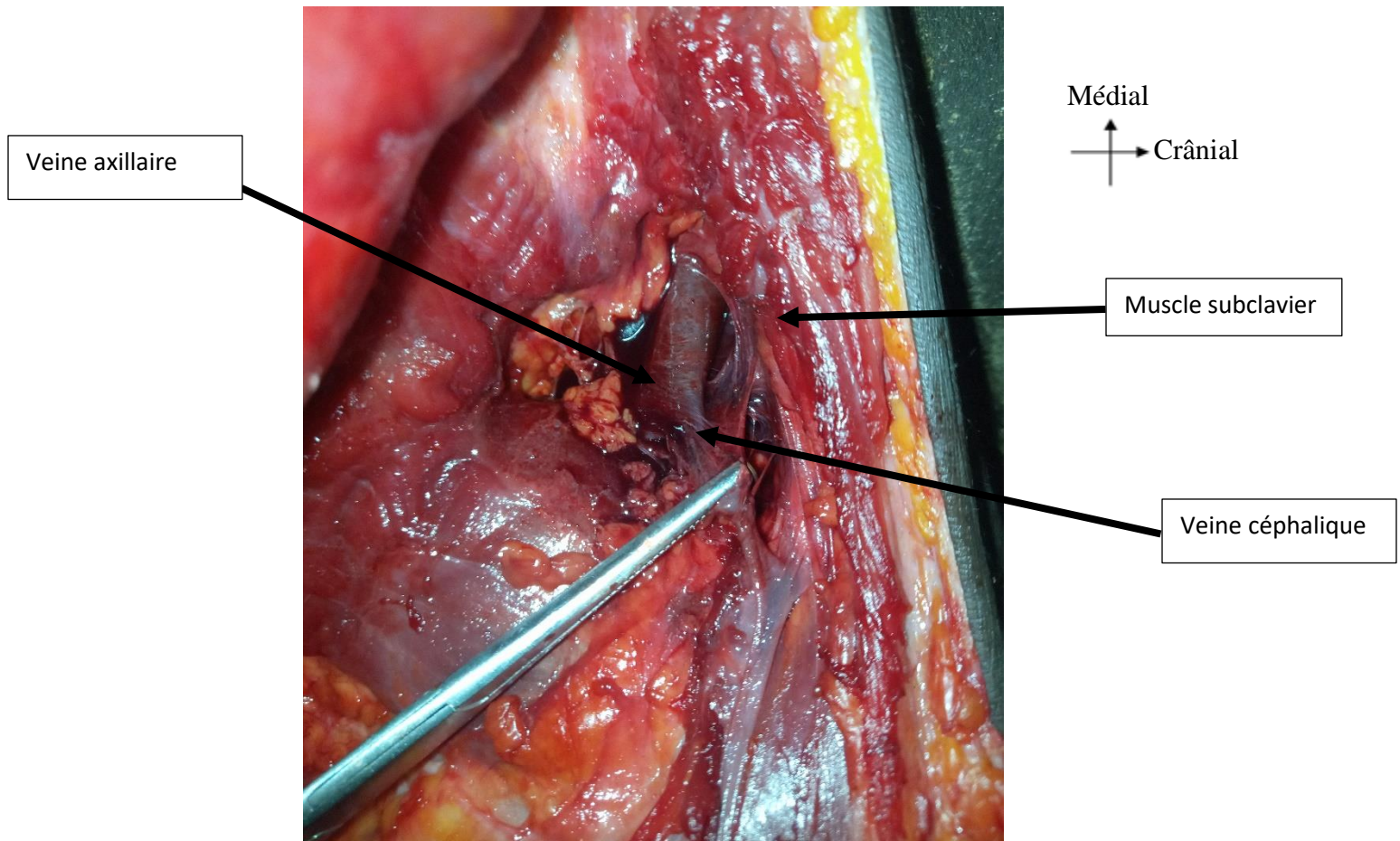


Photo n°8 : Terminaison axillaire de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako).

2. MORPHOMETRIE DE LA VEINE CEPHALIQUE

Le Diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du poignet a été de 3 mm $\pm 0,9608$ pour des extrêmes de 1,5 mm et 4,5 mm.

Le Diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du 1/3 moyen du segment antébrachial a été de :

- 4,05 mm $\pm 0,7891$ pour des extrêmes de 3 mm et 5,5 mm pour les portions non dédoublées à leurs parties moyennes.
- 1,92 mm $\pm 0,5845$ pour des extrêmes de 1,5 mm et 3 mm pour les portions dédoublées à leurs parties moyennes.

Le Diamètre moyen de la portion brachiale de la veine céphalique au niveau de son 1/3 moyen a été de 4,31 mm $\pm 1,3775$ pour des extrêmes de 1 mm et 7 mm.

Au niveau du sillon delto-pectoral, le diamètre moyen était de 4,5 mm $\pm 1,2076$ pour des extrêmes de 2,5 mm et 7 mm.

Son diamètre moyen dans sa partie terminale a été de 6,20 mm $\pm 1,6440$ pour des extrêmes de 4 mm et 9 mm.

3. RAPPORTS ANATOMIQUES

Rapport de l'origine de la veine céphalique avec le 1^{er} métacarpien (Tableau II)

TABLEAU II : Répartition des veines céphaliques disséquées selon les positions de leurs origines par rapport au premier métacarpien

Position par rapport au premier métacarpien	Fréquence	Pourcentage
Dorsale	6	42,9
Dorso-médiale	4	28,6
Dorsolatérale	1	7,1
Crâniale	3	21,4
Total	14	100

La position dorsale par rapport au premier métacarpien a été la plus retrouvée avec presque la moitié des cas (n=6).

✚ Rapport de la veine céphalique avec la tabatière anatomique (Tableau III et photo n°9)

TABLEAU III : Répartition des veines céphaliques disséquées selon leurs dispositions par rapport à la tabatière anatomique

Position par rapport à la tabatière anatomique	Fréquence	Pourcentage
Dans l'axe	9	64,3
Médiale	1	7,1
Latérale	1	7,1
Crâniale	3	21,4
Total	14	100

La veine céphalique est passée par l'axe de la tabatière anatomique chez 9 cas sur 14.

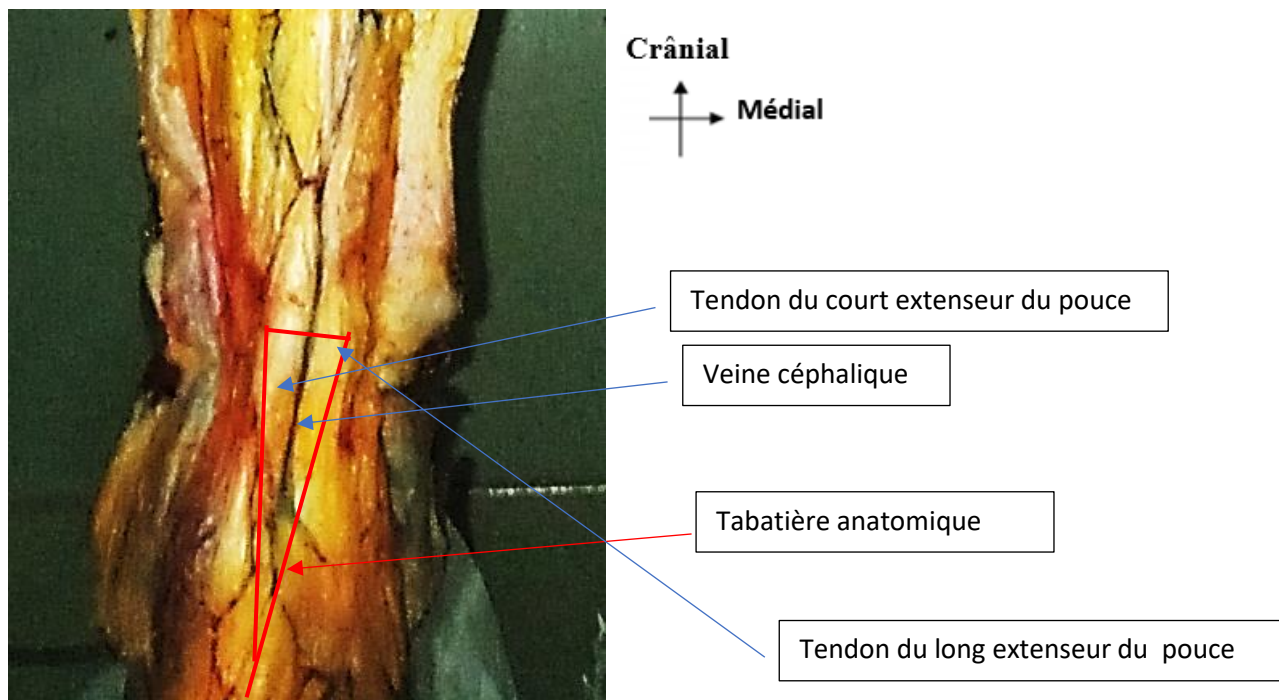


Photo n°9 : Tabatière anatomique (laboratoire d'anatomie Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

+ Rapport de la veine céphalique avec la branche superficielle du nerf radial (photo n°4 bis)

Au niveau du poignet 85,7% (n=12) des veines avait une position latérale par rapport à la branche superficielle du nerf radial.

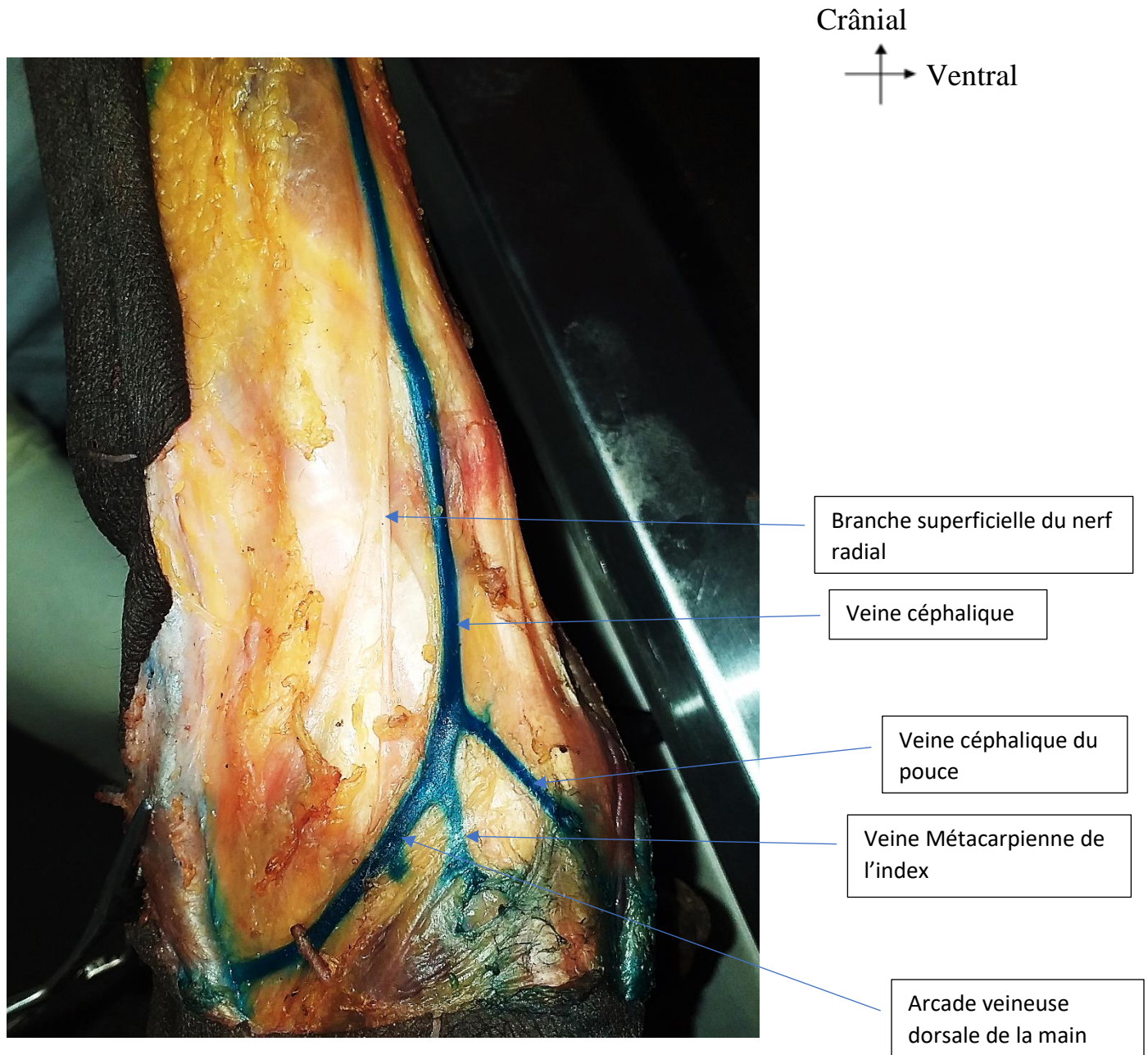


Photo n°4 bis : Branche superficielle du nerf radial par rapport à la veine céphalique au niveau du poignet (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako).

+ Rapport de la veine céphalique avec la face ventrale du muscle brachioradial (photo n°10)

Dans plus de 2/3 des cas (n=10), la veine céphalique était (sur sa portion antébrachiale) sur la face ventrale du muscle brachioradial.

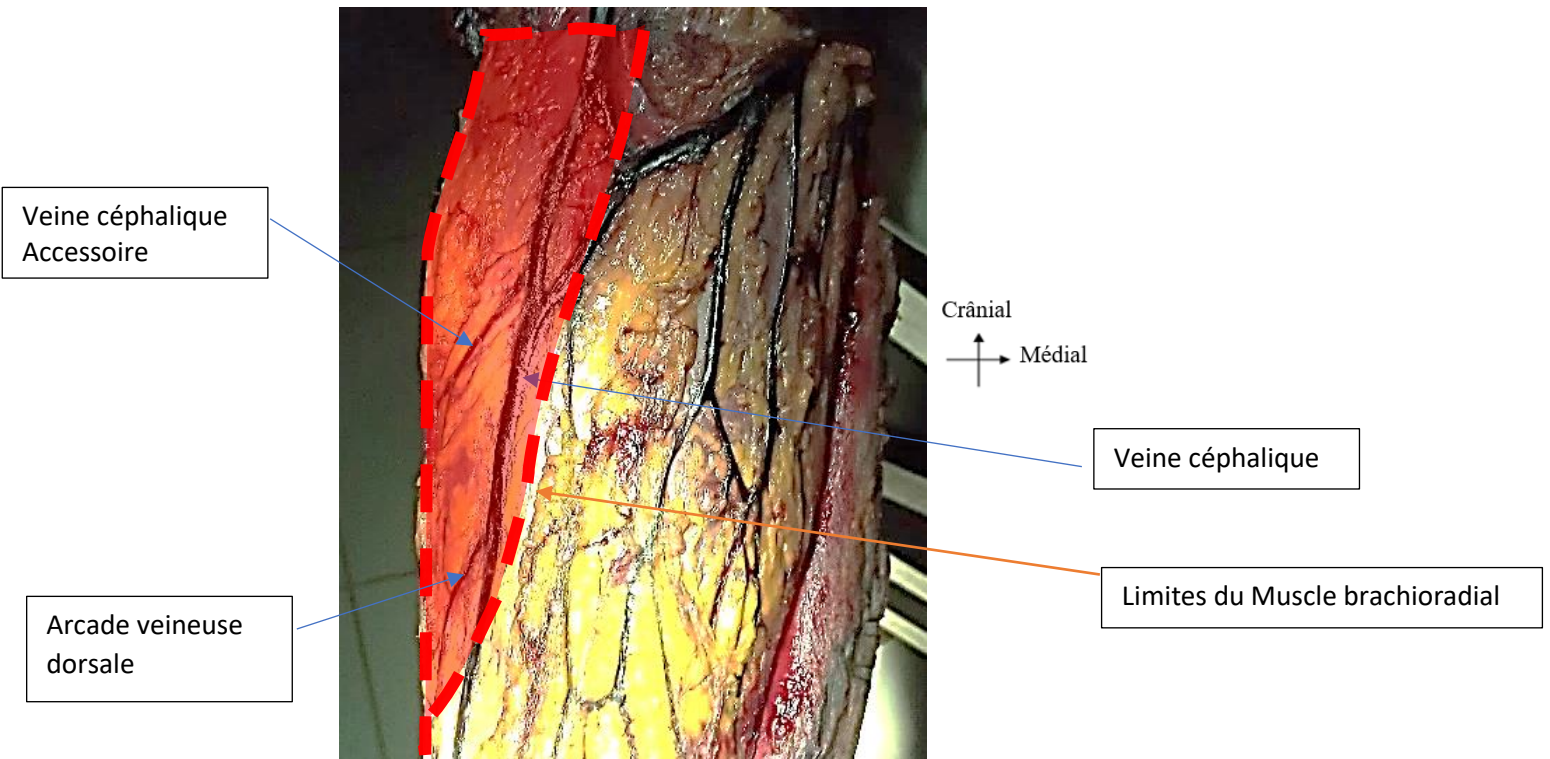


Photo n°10 : Rapports de la veine céphalique avec la face antérieure du muscle brachioradial (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

+ Rapport de la veine céphalique avec le nerf cutané latéral au pli du coude (photo n°11)

Dans 9 cas, la veine céphalique au niveau du pli du coude avait une position médiale par rapport au nerf cutané latéral.

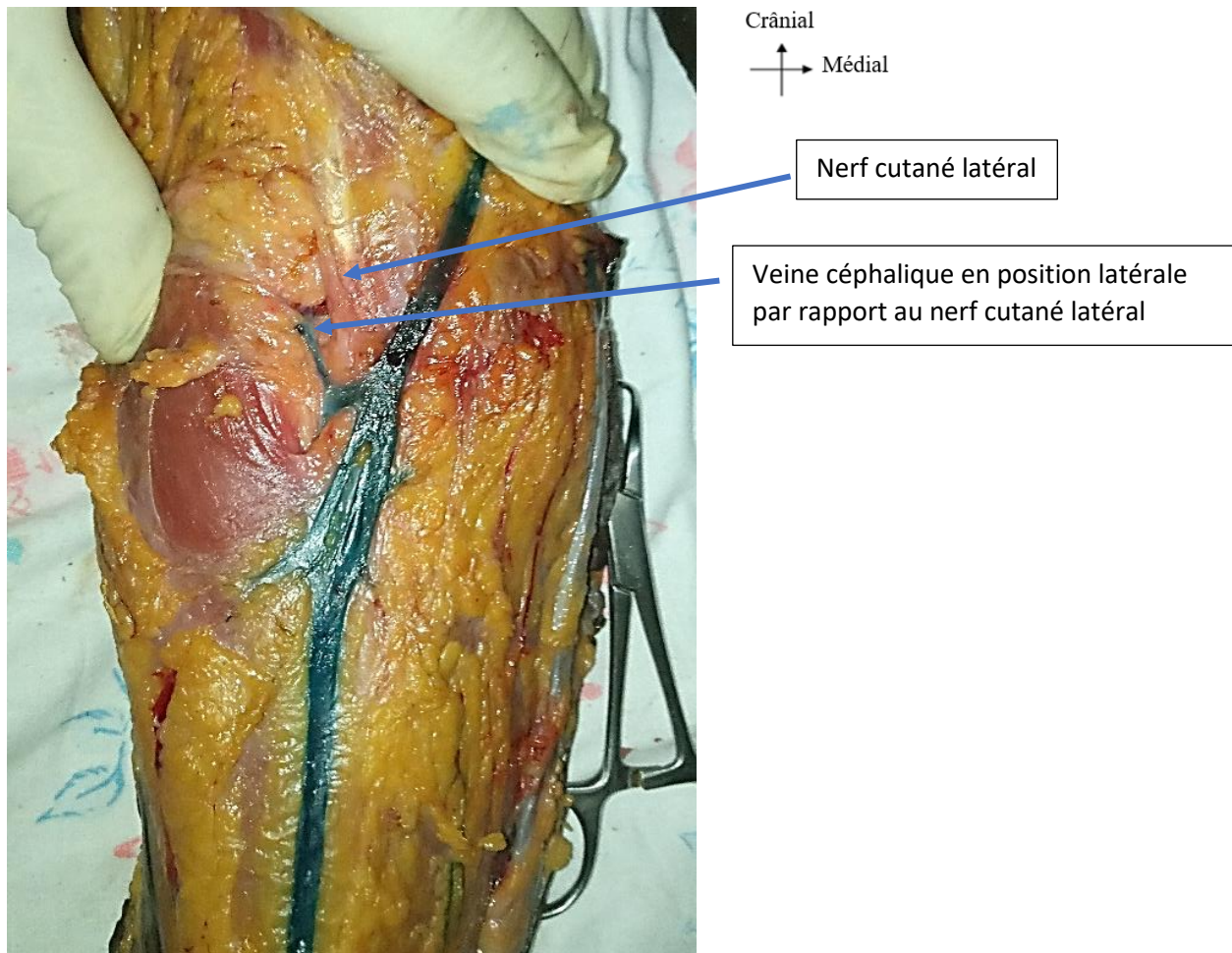


Photo n° 11 : Rapport de la veine céphalique avec le nerf cutané latéral au pli du coude (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

4. VARIATIONS DE LA VEINE CEPHALIQUE

4.1. VARIATIONS AU NIVEAU DE L'ORIGINE (PHOTO N°12)

Les variations du mode de naissance ont représenté 42,86 % (n=6/14).

La variation majoritaire a été la naissance par l'union de la veine céphalique du pouce avec la veine métacarpienne de l'index 35,71% (n=5/14). Le cas restant avait pour origine la seule veine céphalique du pouce.

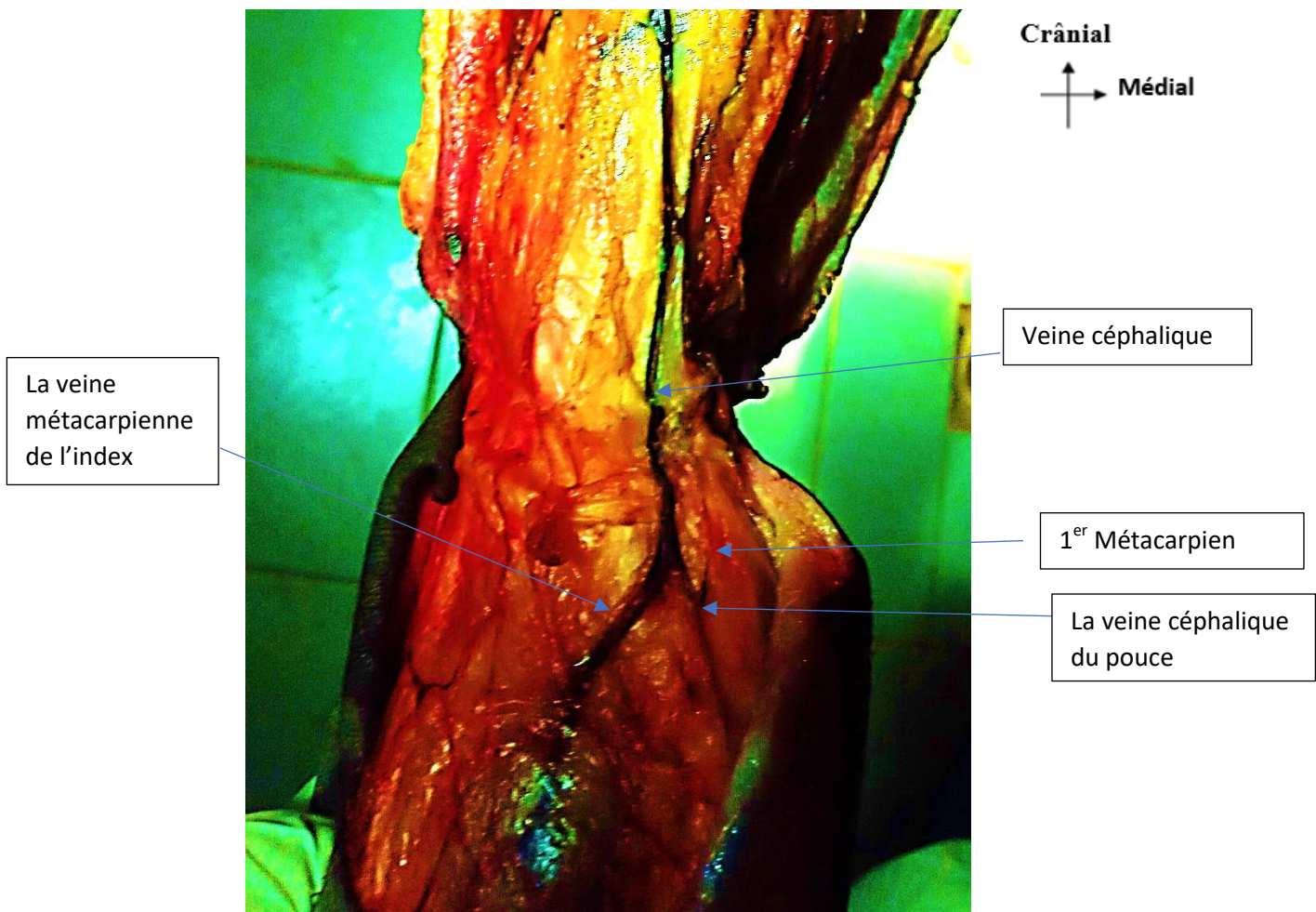


Photo n°12 : Principale variation de l'origine de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

4.2. VARIATIONS AU NIVEAU DU SEGMENT ANTEBRACHIAL (PHOTO N°13)

Dans sa portion antébrachiale, la veine céphalique présentait un dédoublement dans 4 cas (28,6%), contrairement à la disposition classique.

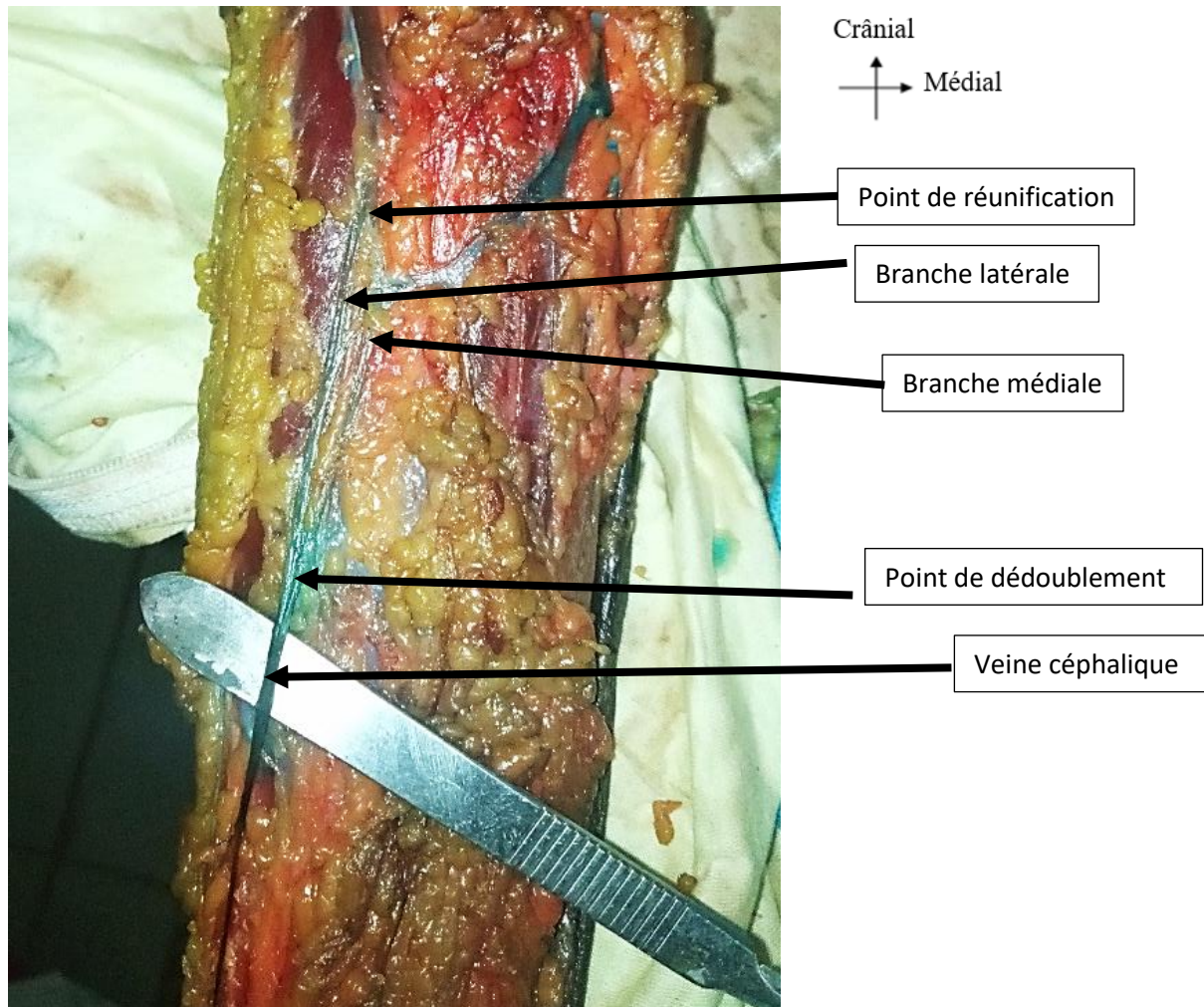


Photo n°13 : Dédoublement de la portion antébrachiale de la veine céphalique (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

La topographie des différents affluents veineux est très variable et même propre à chaque veine céphalique disséquée. En outre, des affluents veineux sans nom ont été observés chez 64,3% des cas (n=9).

4.3. VARIATIONS AU NIVEAU DU PLI DU COUDE (PHOTO N°14)

Concernant la topographie veineuse au niveau du pli du coude, les variations ont représenté 10 cas (71,4%) répartis comme suit :

- 3 cas en « Y » soit 21,4%
- 1 cas en « N inversé » soit 7,1%
- 1 cas en « N » soit 7,1%
- 2 cas en « H » soit 14,3%
- 1 cas en « Y inversé » soit 7,1%
- Enfin 4 cas de variantes non classiques soit 28,6%.

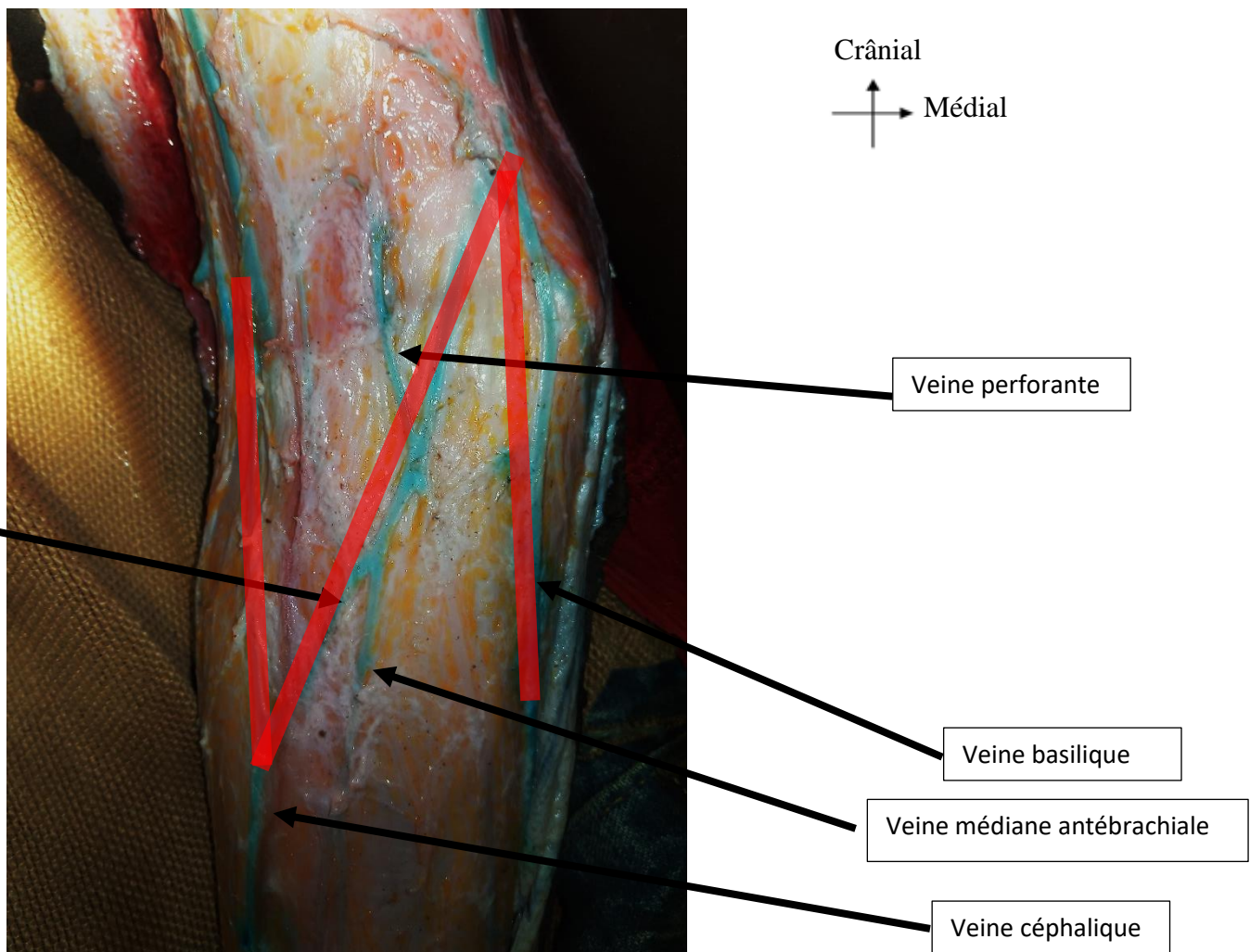


Photo n°14 : Variante en « N inversé » de la topographie veineuse au niveau du pli du coude (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

4.4. VARIATIONS AU NIVEAU DU SEGMENT BRACHIAL

Concernant le segment brachial :

- Elle était absente chez un (1) sujet
- Elle était d'aspect grêlique chez un (1) sujet

Aucun cas de dédoublement de ce segment n'a été retrouvé.

Un (1) cas de veine céphalique sans aucun affluent veineux dans son segment brachial a été observé.

4.5. VARIATIONS AU NIVEAU DU TRIGONE CLAVIPECTORAL (PHOTOS N°15 ET N°16)

Un (1) cas de dédoublement de la veine céphalique dans le trigone clavipectoral a été retrouvé soit 7,69% (n=1/13) des cas.

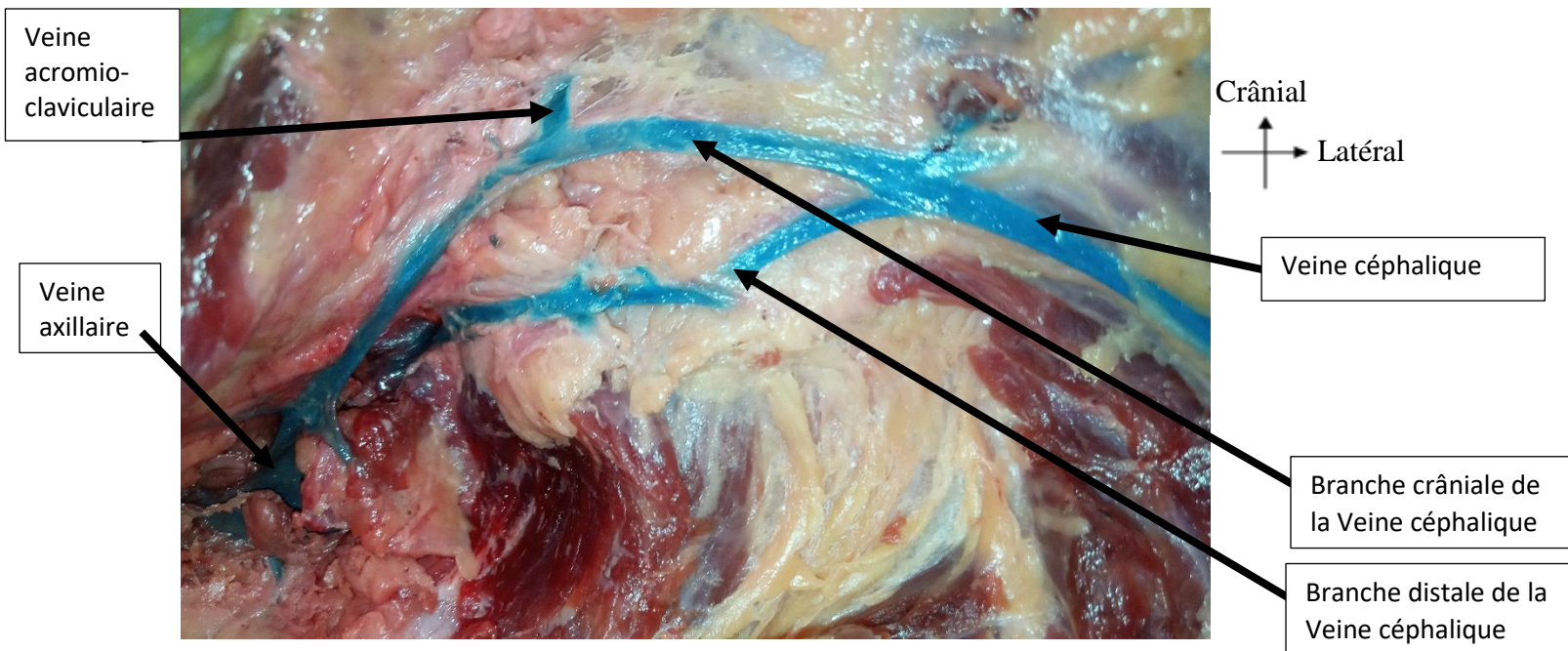


Photo n°15 : Dédoublement de la veine céphalique dans le trigone clavipectoral (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

Dans la fosse axillaire également, la topographie des veines affluentes varie pour chaque cas mais ces dernières étaient absentes chez 28,6% des cas (n=3/13).

Concernant le niveau d'abouchement, les variations ont représenté 53,8% des cas (n=7/13) qui se terminaient en se drainant dans la veine subclavière.

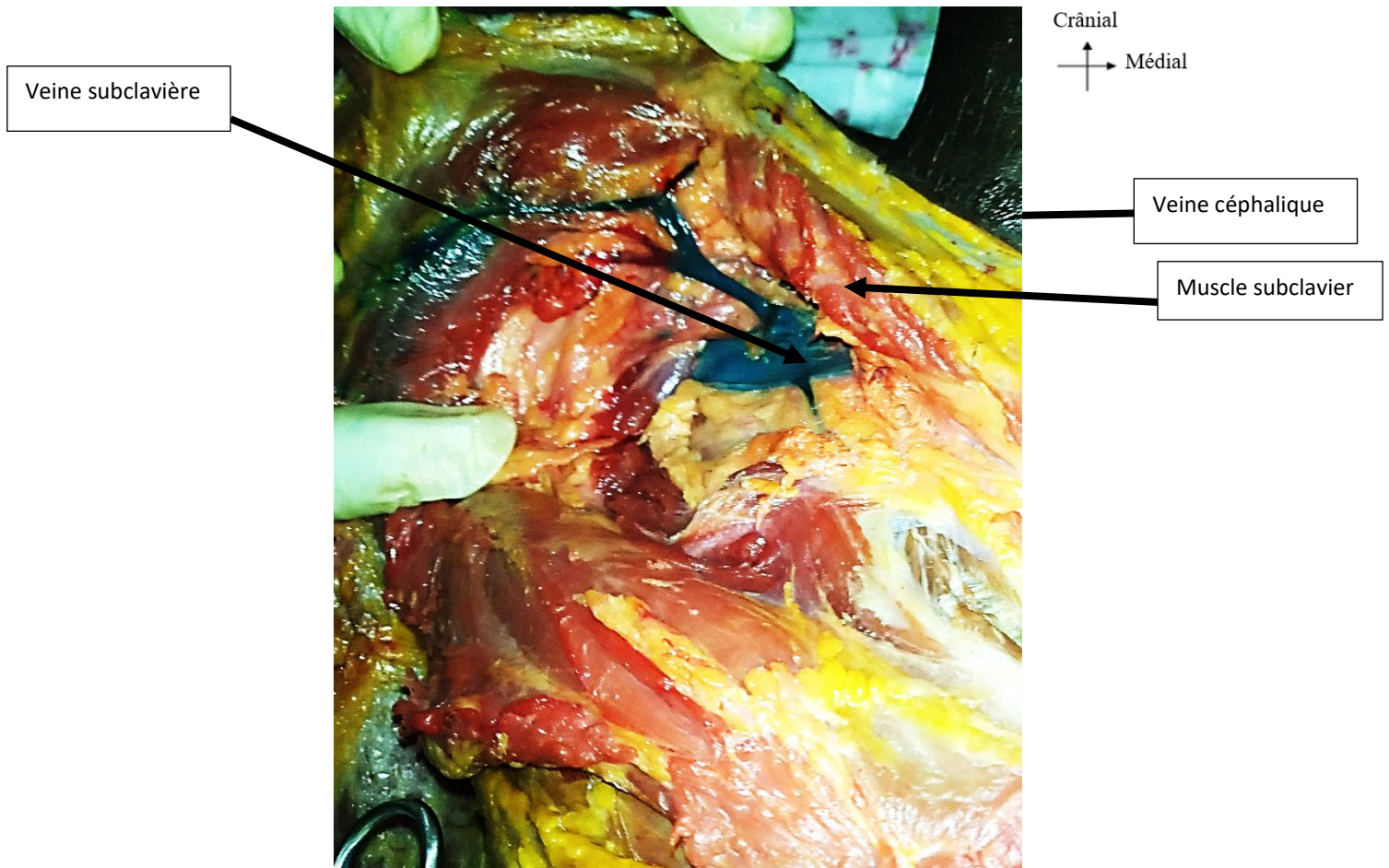


Photo n°16 : Terminaison de la veine céphalique sur la veine subclavière (laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako)

3. DISCUSSION

DISCUSSION

Les difficultés auxquelles nous avons été confrontés durant cette étude ont été :

- Le problème de luminosité au cours des dissections vespéro-nocturnes (car les ampoules de la salle n'étaient pas fonctionnelles) avec pour seule source lumineuse une lampe ajustable avec certaines ampoules grillées ;
- Le manque d'eau au sein du laboratoire ;
- Le fait d'avoir effectué la quasi-totalité des dissections seul ou quelques rares fois accompagnés d'une seule personne ;
- L'obtention aux sujets anatomiques n'était pas souvent facile par le manque de compréhension de la part de certains membres des morgues des différentes structures hospitalières (4 mois sans corps provenant du CHU Gabriel TOURE par refus du régisseur de la morgue ladite structure).

Tous ces problèmes pourraient expliquer la faible taille de notre échantillon.

Malgré ces difficultés nous avons réalisé 14 dissections de veines céphaliques (7 droites et 7 gauches) chez 7 sujets anatomiques (6 hommes et 1 femme) de la face dorsale de la main jusqu'au trigone clavi-pectoral.

Origine de la veine céphalique (figure 1)

Le mode de naissance de la veine céphalique (anciennement appelée veine radiale superficielle à son origine) est très peu spécifié dans la littérature mais elle naît toujours en drainant la région dorsolatérale de la main [1,10–12].

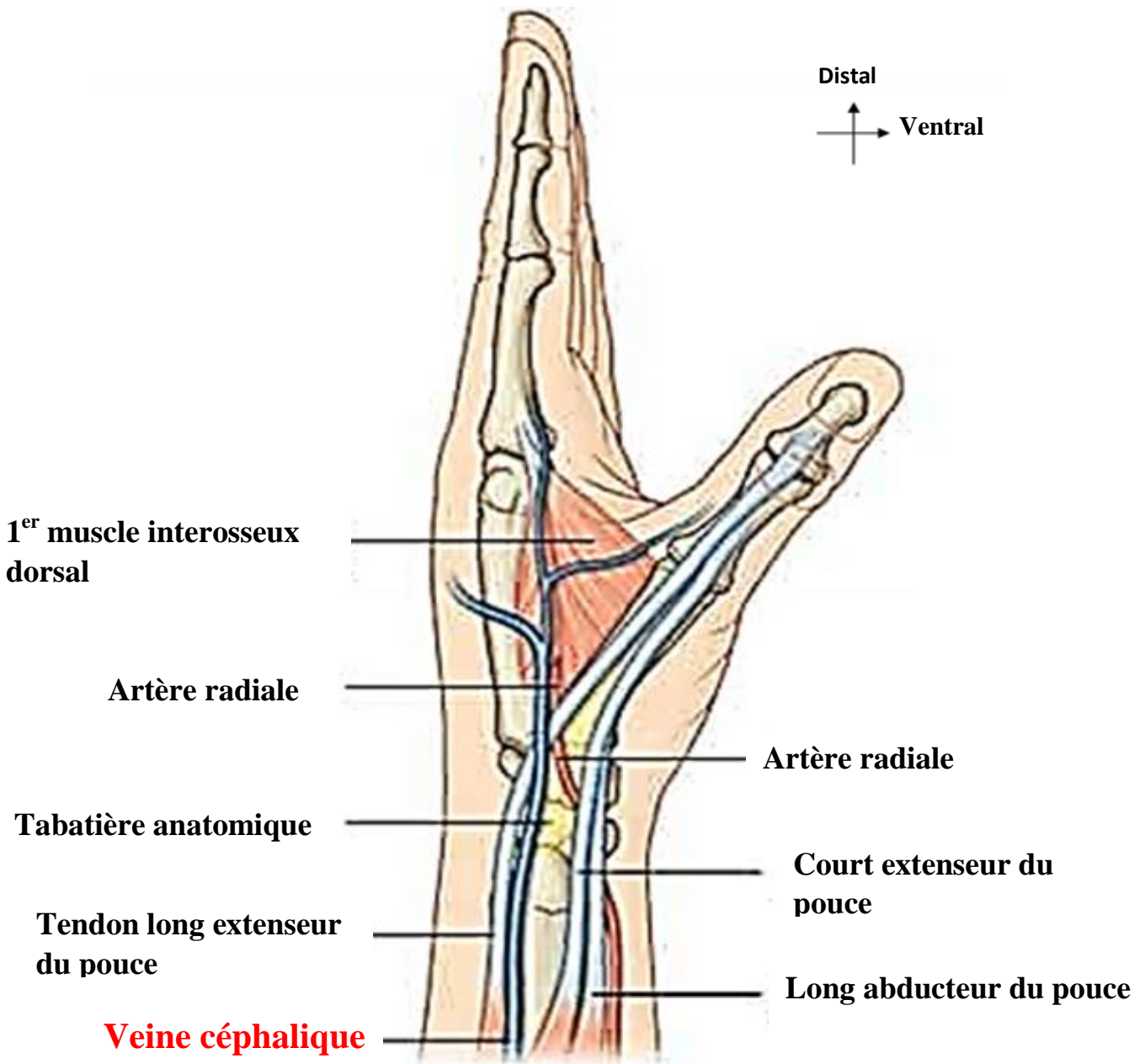


FIGURE 1 : Origine de la veine céphalique.

Dans notre étude, la quasi-totalité (n=8) des veines céphaliques disséquées (57,14%) avaient pour origine la réunion (avec divers types d'anastomoses) de la veine céphalique du pouce avec l'arcade veineux dorsal de la main. La grande

diversité des types d'anastomose pourrait expliquer la non description d'une présentation type de cette origine dans la littérature.

Notre étude a retrouvé un diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du poignet de $3 \text{ mm} \pm 0,9608$. Cette moyenne n'a pu être comparée à d'autres mesures faute de littérature suffisante l'avant évoquée.

✚ Trajets et rapports de la veine céphalique (figures 2, 3, 4)

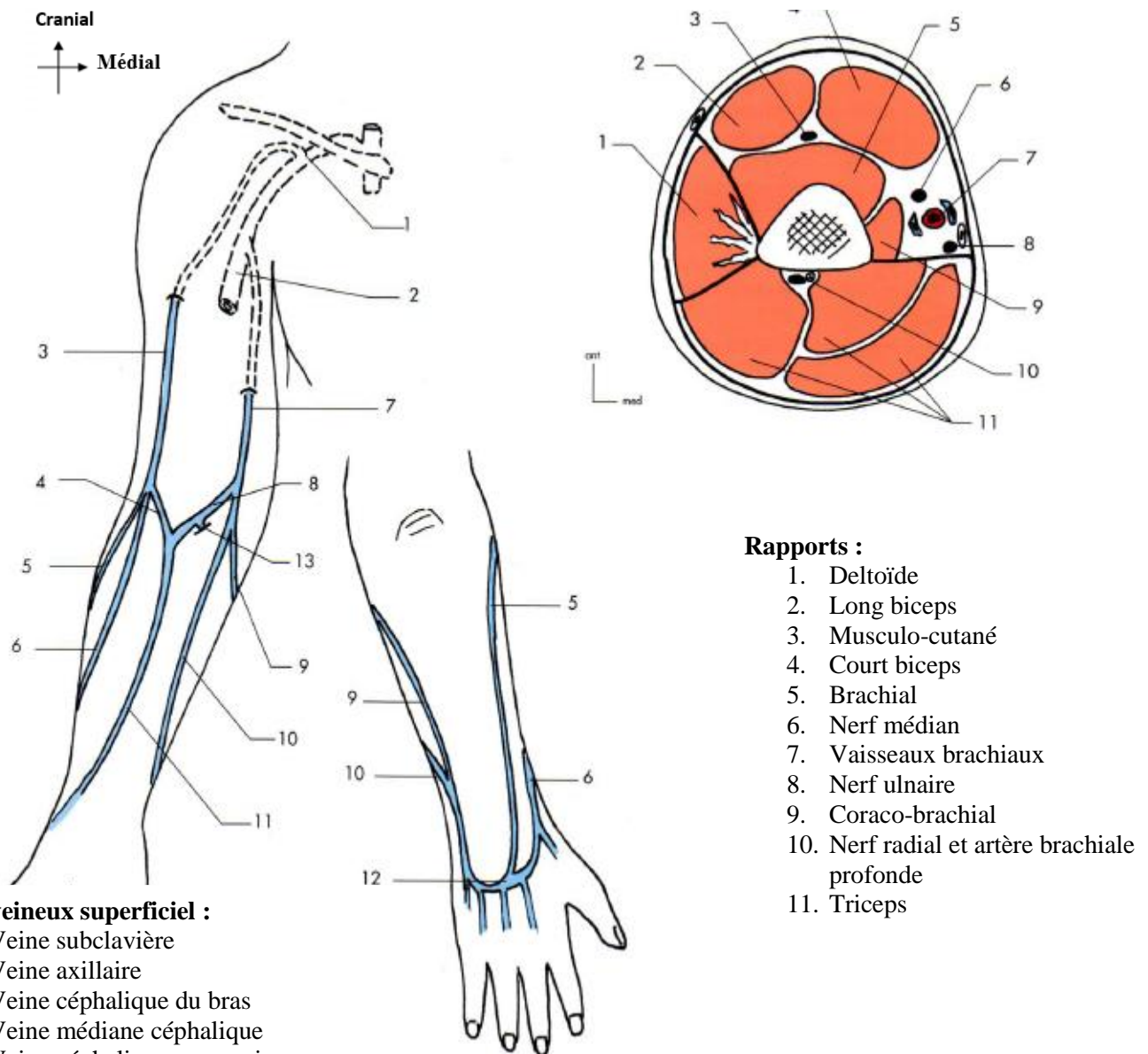


FIGURE 2 : Trajets et rapports de la veine céphalique

Au niveau du poignet, notre étude a retrouvé une veine céphalique qui passe par l'axe de la tabatière anatomique dans 64,3% des cas (n=9) alors que 85,7% (n=12) avaient une position latérale par rapport à la branche superficielle du nerf radial. Cette position est la même que celle décrite par Kamina P.[1] et Frank H. Netter [12]. Cette configuration souligne l'importance de la tabatière anatomique comme repère afin de bien repérer la veine céphalique au niveau du poignet mais surtout du risque de piqure nerveuse lors des injections intraveineuses avec la proximité de la branche superficielle du nerf radial située latéralement.

Concernant la veine céphalique antébrachiale, 100% des cas disséqués étaient bien distinctes de la veine médiane antébrachiale. Cette distinction qui n'avait pas encore été faite avec H. Rouvière[13] (qui décrit la veine céphalique antébrachiale anciennement appelée veine radiale superficielle comme en même temps la veine médiane antébrachiale), est actuellement faite par Kamina P.[1], R. Putz et R. Pabst[10], Frank H. Netter[12], Jean-Marc Chevallier[14] et Michel Dufour[15].

Au cours de notre étude, 85,7% (n=12) des veines céphaliques ont contourné latéralement pour rejoindre la face ventrale au niveau du tiers distal de l'avant-bras. Cette disposition majoritaire est conforme à celle décrite par Kamina P.[1] mais différente de celle décrite par Frank H. Netter[12] avec un contournement plutôt au niveau du tiers moyen de l'avant-bras.

Au cours de notre étude, 71,4% (n=10) des veines céphaliques antébrachiales disséquées avaient pour trajet la face ventrale du muscle brachioradiale. Ce trajet est le même que celui décrit par Jean-Marc Chevallier[14], Werner Platzer[16], Frank H. Netter[12] et Kamina P. [1].

Au niveau du plis du Coude, au cours de notre étude, 64,3% (n=9) des veines céphaliques disséquées avaient une position médiale par rapport au nerf cutané

latéral. Cette présentation est différente de celle décrite par Jean-Marc Chevalier [14], Frank H. Netter[12] et Kamina P.[1] qui évoquent plutôt une position latérale de la veine céphalique, ce qui n'a représenté au cours de notre étude que 5 cas sur 14.

Les veines affluents les plus décrites dans la présentation standard [1,12] de la portion antébrachiale sont :

- l'arcade veineuse dorsale [12]
- la veine céphalique accessoire [1,12,15]
- et la veine médiane céphalique [1,12,14,15]

Au cours de notre étude, la veine céphalique accessoire (n=12) aussi bien que l'arcade veineuse dorsale (n=11) sont les affluents veineux les plus constants. Par contre la veine médiane céphalique n'était présente que dans 21,43% (n=3) des cas alors qu'elle est l'affluente veineuse la plus constante dans la littérature.

Au niveau du pli du coude, au cours de notre étude, le « M veineux » standard n'a été retrouvé que dans 14,3% des cas (n=2). Donc les variantes ont représenté 85,71% (n=12) des cas. Cette proportion de variantes est significativement supérieure à celle évoquée par Kamina P. [1] qui est de 50% des cas. Et la variante en Y n'a été retrouvée que dans 1 cas sur 10 également, ce qui est inférieur au quart de proportion évoqué par Kamina P. [1]

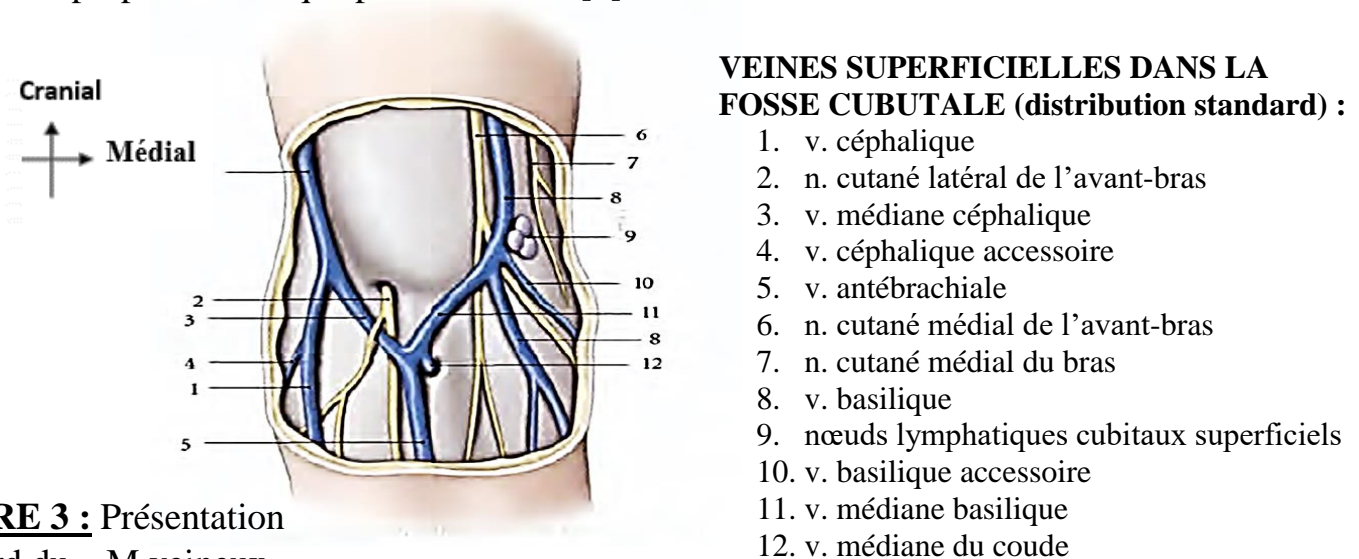
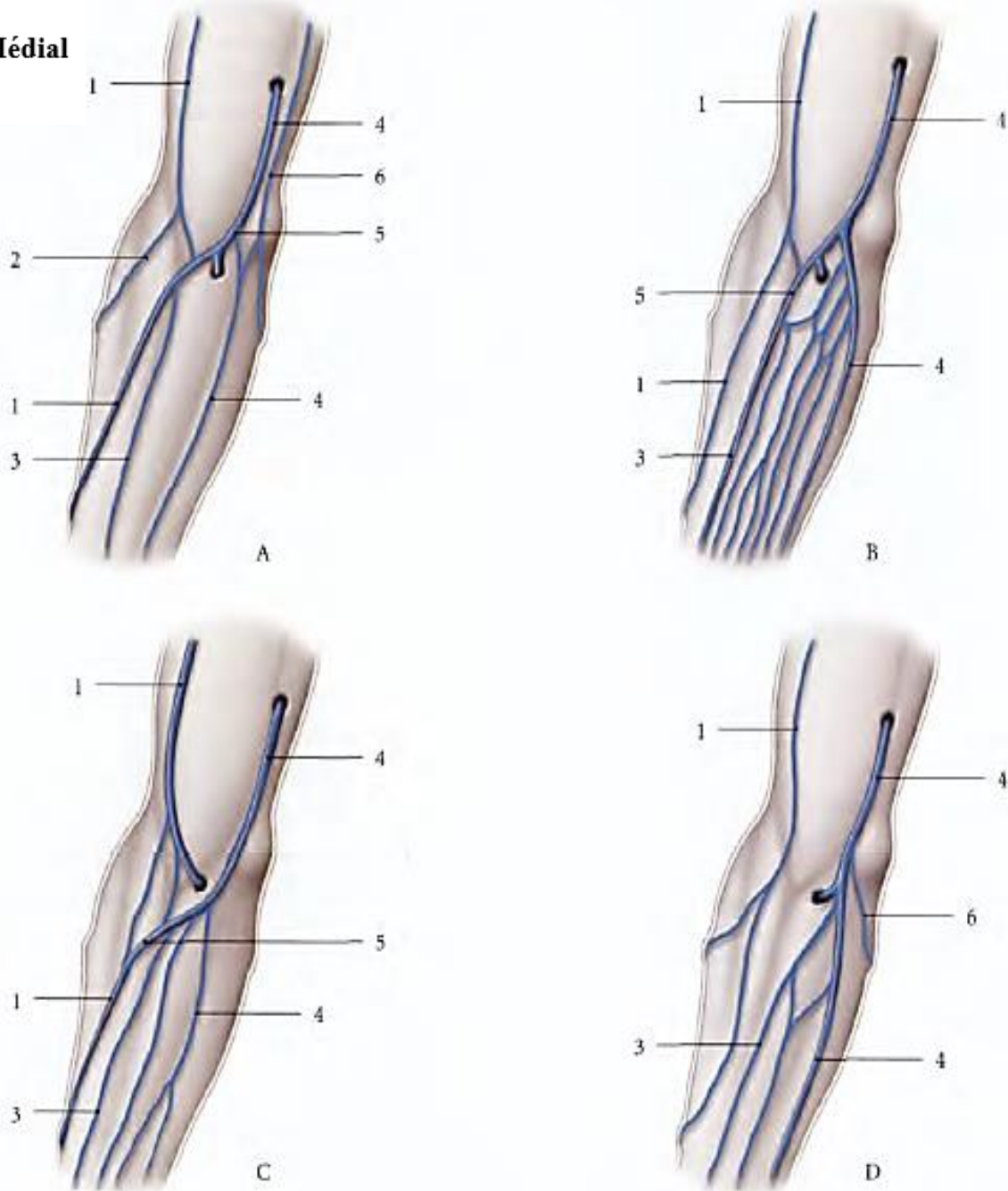
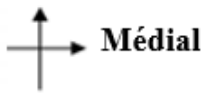


FIGURE 3 : Présentation standard du « M veineux »

Cranial



A. distribution habituelle
B, C, D : variations

- 1.** v. céphalique
- 2.** v. céphalique
- 3.** v. antébrachiale

- 4.** v. basilique
- 5.** v. médiane du coude
- 6.** v. basilique accessoire

FIGURE 4 : Variantes du M veineux.

Au niveau du bras, au cours de notre étude :

- la veine céphalique était présente chez 92,9% des cas (n=13/14). Cette proportion majoritaire est assez proche de celle retrouvée par M. Loukas et al. [17] qui est de 95% (n=190/200) mais diffère de celle retrouvée par Dogood et al. [2] qui est de 100%.
- Une veine (sur les treize présentes) était d'aspect grêlique.

Ces deux constats d'atypie ont tous été rapportés également par d'autres auteurs. [18] Ils permettent de déduire que dans certains cas, il n'y a pas de possibilité d'utilisation de la veine céphalique brachiale ni pour la pose d'une voie centrale, ni pour ses différentes chirurgies.

L'utilisation préalable d'échographie-doppler en vue de son identification pourrait être une alternative pour anticiper avec ces cas d'absence ou d'impossibilité d'utilisation.

Au cours de notre étude, les portions brachiales des veines céphaliques existant à ce niveau reçoivent toutes (100%) des affluents veineux d'une grande variabilité d'un cas à l'autre. Dans la fosse axillaire 71,4% (n=10/13) des cas avaient des affluents veineux. Cette proportion est significativement inférieure à celle retrouvée par M. Loukas et al. [17] qui est de 100% des cas. L'identification de ces veines affluentes est importante dans la chirurgie des veines céphaliques.

Terminaison de la veine céphalique (figure 5)

Concernant la terminaison de la veine céphalique, au cours de notre étude, la variante avec abouchement au niveau de la veine subclavière a été la plus retrouvée, soit 53,8% (n=7/13) ce qui est la forme classique décrite par Michel Dufour [15]. Par contre la veine axillaire est décrite comme le niveau d'abouchement classique par la majorité des auteurs occidentaux. [1,13,14,16,19]

Il existe dans la littérature d'autres variantes décrivant un parcours de la veine céphalique remontant antérieurement et au-dessus de la clavicule puis se drainant dans la veine jugulaire externe du cou [2,6,17,18,20] ou même dans une autre veine sans nom du cou [2]. Plus encore, une veine communicante veineuse collatérale peut également passer au-dessus de la clavicule entre la veine céphalique et la veine jugulaire externe. [2] Aucune de ces variantes n'a été retrouvée dans notre série.

La proximité constante de la partie terminale de la veine céphalique avec la clavicule a comme signification clinique que toute fracture de cette dernière peut rompre une veine céphalique et provoquer un saignement sévère inattendu.

Au cours de notre étude, le diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du poignet a été de $3 \text{ mm} \pm 0,9608$. Cette dimension a doublé au niveau de sa partie terminale et a été de $6,20 \text{ mm} \pm 1,6440$. Un calibre adéquat est nécessaire pour l'utilisation aussi bien médicale que chirurgicale de cette veine quelle que soit la portion concernée.

TRIGONE DELTO-PECTORAL :

1. Deltoïde moyen
2. Deltoïde antéro-lat.
3. Deltoïde antéro-méd.
4. Trigone
5. Veine céphalique
6. Veine subclavière
7. Grand pectoral
8. Court biceps
9. Coraco-brachial
10. Petit pectoral
11. Artère thoraco-acromiale

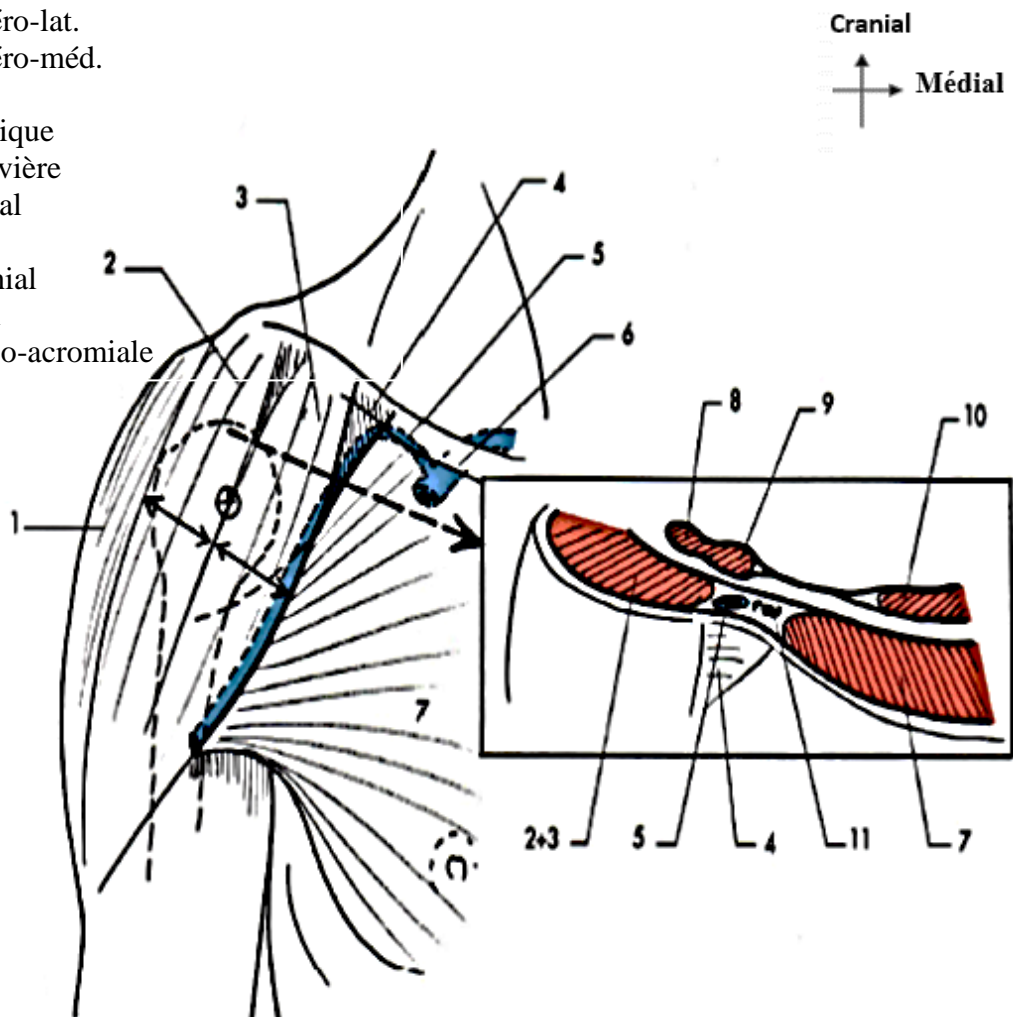


FIGURE 5 : Terminaison de la veine céphalique

RESUME

RESUME

La veine céphalique est une composante du réseau veineux superficiel du membre thoracique, très utilisée en pratique médicale. Le peu de descriptions anatomiques détaillées induit des difficultés à localiser et à reconnaître la veine céphalique lors des interventions chirurgicales ou lors des abords veineux. Cette problématique justifie la présente étude.

Objectifs : Etudier la veine céphalique par la dissection anatomique des sujets frais cadavériques au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude anatomie descriptive, par la dissection de la veine céphalique chez des sujets frais cadavériques sur une période allant du 9 juillet 2019 au 29 Février 2020.

Résultats : Nous avons réalisé 14 dissections de veines céphaliques chez 7 sujets frais cadavériques. La veine céphalique type retrouvée a eu pour mode de naissance l'union de la veine céphalique du pouce avec l'arcade veineuse dorsale de la main 57,14% (n=8/14) au niveau la face dorsale du 1^{er} métacarpien 42,9% (n=6/14), passe par l'axe de la tabatière anatomique 64,3% (n=9/14), contourne latéralement au niveau du 1/3 distal de l'avant-bras 85,7% (n=12/14), longe la face ventrale du muscle brachioradial 71,4% (n=10/14) arrive au niveau du pli du coude sans disposition type, parcourt sa face latérale du bras et traverse le fascia clavi-pectoral au niveau du trigone clavi-pectoral 92,9% (n=13/14), et enfin, elle s'abouche à la veine axillaire 46,2% (n=6/13).

Malgré la très grande variabilité topographique des affluents veineux, les plus constamment retrouvés ont été la veine céphalique accessoire 85,71% (n=12/14) et l'arcade veineuse dorsale 78,5% (n=11/14) au niveau du segment antébrachial, des affluents veineux du deltoïde 100% (n=13/13) au niveau du sillon delto-pectoral et enfin la veine thoraco-acromiale 76,92% (n=10/13) dans la fosse axillaire.

Le Diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du poignet a été de 3 mm \pm 0,9608 ; au niveau du 1/3 moyen du segment antébrachial de 4,05 mm \pm 0,7891 (segments non dédoublées) ; au niveau du 1/3 moyen de la portion brachiale de 4,31 mm \pm 1,3775 ; au niveau du sillon delto-pectoral de 4,5 mm \pm 1,2076 et enfin au niveau de sa partie terminale de 6,20 mm \pm 1,6440.

Les variations retrouvées ont été entre autres de l'ordre de 42,86% (n=6/14) pour le mode de naissance, de 14,3% (n=2/14) pour la région de contour pour la face ventrale antébrachiale, de 28,6% (n=4/14) de cas de dédoublements du segment

antébrachial, de 64,3% (n=9/14) pour les affluents veineux antébrachiaux sans noms, de 85,7% (n=12/14) pour la topographie veineuse superficielle au niveau du pli du coude, de 7,14% (n=1/14) pour l'absence du segment brachial, de 7,69% (n=1/13) pour la présence de dédoublement de la veine céphalique dans la fosse axillaire et de 53,8% (n=7/13) pour le niveau l'abouchement.

Mots-clés : Veine – Céphalique – Dissection – Variations

CONCLUSION

CONCLUSION

La veine céphalique est une veine d'abord assez facile, mais dont les différentes variations peuvent rendre difficile son utilisation à des fins médicales ou chirurgicales.

La connaissance de ses variations est donc essentielle aux cliniciens et chirurgiens pour l'accès veineux lors des injections de produits intraveineux, d'urgences ou des démarches chirurgicales.

REFERENCES

RÉFÉRENCES

- [1] Kamina P. Anatomie clinique. Paris: Maloine; 2009.
- [2] Dogood AA, Aidemise OC. Variation in the Course and Termination of the Cephalic Vein in the Deltopectoral Triangle. *Acta Fac Medicae Naissensis* 2017;34:99–106. <https://doi.org/10.1515/afmnai-2017-0011>.
- [3] Chen J-Y, Chang K-C, Lin Y-C, Chou H-T, Hung J-S. Feasibility and accuracy of pre-procedure imaging of the proximal cephalic vein by duplex ultrasonography in pacemaker and defibrillator implantation. *J Interv Card Electrophysiol Int J Arrhythm Pacing* 2004;10:31–5. <https://doi.org/10.1023/B:JICE.0000011482.58569.74>.
- [4] Neri R, Cesario AS, Baragli D, Monti F, Danisi N, Glaciale G, et al. Permanent pacing lead insertion through the cephalic vein using an hydrophilic guidewire. *Pacing Clin Electrophysiol PACE* 2003;26:2313–4. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8159.2003.00365.x>.
- [5] Povoski SP. A prospective analysis of the cephalic vein cutdown approach for chronic indwelling central venous access in 100 consecutive cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000;7:496–502. <https://doi.org/10.1007/s10434-000-0496-9>.
- [6] Khan RSA, Simms M. Cephalic Vein for Carotid Patching. *EJVES Extra* 2005;9:35–6. <https://doi.org/10.1016/j.ejvsextra.2005.01.011>.
- [7] Silhol T, Suffee T, Hivelin M, Lantieri L. Déroutage de la veine céphalique dans la reconstruction mammaire par lambeaux libres : note technique. *Ann Chir Plast Esthét* 2018;63:75–80. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.10.007>.
- [8] Fc A. The anatomy of the cephalic vein. *Am Surg* 1989;55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2802390/> (accessed September 21, 2020).
- [9] KANTE A. DISSECTION ANATOMIQUE DU PLEXUS BRACHIAL. MEMOIRE. USTTB, 2017.
- [10] Sobotta J, Putz R, Pabst R, Dhem A, Gouazé A. Tête, cou, membre supérieur. Paris; Cachan: Technique & documentation Lavoisier; Editions médicales internationales; 2000.
- [11] Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. Gray's Anatomie pour les étudiants. 2012.

- [12] Netter FH, Richer J-P, Netter FH. Atlas d'anatomie humaine. 2015.
- [13] Rouvière H, Delmas A. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle : TRONC. vol. 2. 11 ième. Paris; New York; Barcelone; Milan: MASSON; 1978.
- [14] Chevallier J-M. Anatomie. Paris: Lavoisier médecine sciences; 2016.
- [15] Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur: ostéologie, arthrologie, myologie, neurologie, angiologie, morpho-topographie. Tome 2, Tome 2., Issy-les-Moulineaux [France: Elsevier Masson; 2007.
- [16] Platzer W, Kahle W. Atlas de poche d'anatomie. Paris: Flammarion médecines-sciences; 2007.
- [17] Loukas M, Myers CS, Wartmann CT, Tubbs RS, Judge T, Curry B, et al. The clinical anatomy of the cephalic vein in the deltopectoral triangle. *Folia Morphol* 2008;67:6.
- [18] J LS, B V, H P, M D, J B, H N. [Anatomical basis for the surgical use of the cephalic vein (V. Cephalica). 74 anatomical dissections. 189 surgical dissections]. *J Chir (Paris)* 1983;120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6853618/> (accessed September 21, 2020).
- [19] Marieb EN, Artigau J-P. Anatomie et physiologie humaines. Paris; Bruxelles: De Boeck Université; 1999.
- [20] Cd R, Gi T. The vascular territory of the acromiothoracic axis. *Br J Plast Surg* 1984;37. [https://doi.org/10.1016/0007-1226\(84\)90010-9](https://doi.org/10.1016/0007-1226(84)90010-9).

ANNEXES

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES :

Fiche n° :

Sujet n° :

Membre thoracique : Droit : Gauche :

Date de la dissection :/...../2019

I. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :

1. Sexe : Masculin Féminin

2. Âge :

II. ANATOMIE DESCRIPTIVE DE LA VEINE CÉPHALIQUE/ RAPPORTS :

3. Origine :

a. Par Réunion :

- De la veine céphalique du pouce et de la veine métacarpienne de l'index :
- Autres types de réunions (préciser) :

b. Position par rapport au 1^{er} métacarpien :

- Dorsale :
- Dorso-médiale :
- Dorsolatérale :

c. Diamètre au niveau du poignet :

4. Trajets/Rapports :

a. Au niveau du poignet :

- Situation par rapport à la tabatière anatomique :
En Dedans : Médiale : Latéral :
- Situation par rapport à la branche superficielle du nerf radial :
Médiale Latérale

b. La veine céphalique de l'avant-bras :

- Région de contours pour la face ventrale de l'avant-bras :
1/3 inférieur 1/3moyen Poignet
- Position par rapport au muscle brachio- radial :
Ventrale Médiale Latérale
- Position par rapport au nerf cutané latéral :
Médiale Latérale

- Dédoublement : Oui Non
 - Si oui décrire le(s) type (s) :
 -
- Branches à affluentes :
 - La veine céphalique accessoire
 - La veine médiane céphalique
 - L'arcade veineuse dorsale
 - Autres branches affluentes
- Diamètre au niveau du 1/3 moyen de l'avant-bras :
- Topographie du « M » veineux :
 - Présentation standard (en « M »)
 - Variante en « Y »
 - Variante en « N » (inversé)
 - Variante en « W »
 - Autres variantes (à préciser)
-
-

c. La veine céphalique du bras :

- Grêlique : Oui Non
- Dédoublement : Oui Non
 - Si oui décrire le(s) type (s) :
 -
- Affluents musculaires : Oui Non
 - Si oui décrire le(s) type (s) :
 -
- Diamètre au niveau du 1/3 moyen du bras :
- Diamètre au niveau du sillon delto-pectoral :

5. Terminaison :

- a. Branches affluentes dans la fosse axillaire : Oui : Non :
 - Si oui décrire le(s) type (s) :
 -
- b. Niveau d'abouchement :
 - Veine axillaire
 - Veine subclavière
- c. Diamètre dans la fosse axillaire :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Ousmane Ibrahim

Adresse : Bamako/Doumanzana Rue :433 ; Porte : 605 ;

Email : toure.ousby87@gmail.com Tel :(00223)73487394

Date et lieu de naissance : 20 Avril 1991 à Bamako.

Titre du Mémoire : Anatomie de la veine céphalique au
Laboratoire d'anatomie de Bamako

Secteur d'intérêt : Anatomie clinique et morphologique

Pays d'origine : Mali **Ville :** Bamako

Année de soutenance : 2020

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la F.M.O.S./F.A.PH.



La veine céphalique est une composante du réseau veineux superficiel du membre thoracique, très utilisée en pratique médicale. Le peu de descriptions anatomiques détaillées induit des difficultés à localiser et à reconnaître la veine céphalique lors des interventions chirurgicales ou lors des abords veineux. Cette problématique justifie la présente étude.

Objectifs : Etudier la veine céphalique par la dissection anatomique des sujets frais cadavériques au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude d'anatomie descriptive, par la dissection de la veine céphalique chez des sujets frais cadavériques sur une période allant du 9 juillet 2019 au 29 Février 2020.

Résultats : Nous avons réalisé 14 dissections de veines céphaliques chez 7 sujets frais cadavériques. La veine céphalique type retrouvée a eu pour mode de naissance l'union de la veine céphalique du pouce avec l'arcade veineuse dorsale de la main 57,14% (n=8/14) au niveau la face dorsale du 1^{er} métacarpien 42,9% (n=6/14), passe par l'axe de la tabatière anatomique 64,3% (n=9/14), contourne latéralement au niveau du 1/3 distal de l'avant-bras 85,7% (n=12/14), longe la face ventrale du muscle brachioradial 71,4% (n=10/14) arrive au niveau du pli du coude, parcourt sa face latérale du bras et traverse le fascia clavi-pectoral au niveau du trigone clavi-pectoral 92,9% (n=13/14), et enfin, elle s'abouche à la veine axillaire 46,2% (n=6/13).

Malgré la très grande variabilité topographique des affluents veineux, les plus constamment retrouvés ont été la veine céphalique accessoire 85,71% (n=12/14) et l'arcade veineuse dorsale 78,5% (n=11/14) au niveau du segment antébrachial, des affluents veineux du deltoïde 100% (n=13/13) au niveau du sillon delto-pectoral et enfin la veine thoraco-acromiale 76,92% (n=10/13) dans la fosse axillaire.

Le Diamètre moyen de la veine céphalique au niveau du poignet a été de 3 mm \pm 0,9608 ; au niveau du 1/3 moyen du segment antébrachial de 4,05 mm \pm 0,7891 (segments non dédoublées) ; au niveau du 1/3 moyen de la portion brachiale de 4,31 mm \pm 1,3775 ; au niveau du sillon delto-pectoral de 4,5 mm \pm 1,2076 et enfin au niveau de sa partie terminale de 6,20 mm \pm 1,6440.

Les variations retrouvées ont été entre autres de l'ordre de 42,86% (n=6/14) pour le mode de naissance, de 14,3% (n=2/14) pour la région de contour pour la face ventrale antébrachiale, de 28,6% (n=4/14) de cas de dédoublements du segment antébrachial, de 64,3% (n=9/14) pour les affluents veineux antébrachiaux sans noms, de 85,7% (n=12/14) pour la topographie veineuse superficielle au niveau du pli du coude, de 7,14% (n=1/14) pour l'absence du segment brachial, de 7,69% (n=1/13) pour la présence de dédoublement de la veine céphalique dans la fosse axillaire et de 53,8% (n=7/13) pour le niveau l'abouchement.

Mots-clés : Veine – Céphalique – Dissection – Variations