

Item 136 : Insuffisance veineuse chronique. Varices

Collège des Enseignants de Médecine vasculaire et Chirurgie vasculaire

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

I	Item 136A : Diagnostiquer une insuffisance veineuse chronique et/ou des varices.....	3			
	I.1	Rappel d'anatomie et de physiologie.....	3		
	I.2	Etiologie.....	3		
		I.2.1	La maladie variqueuse.....	3	
		I.2.2	Le syndrome post-thrombotique.....	4	
		I.2.3	L'insuffisance veineuse fonctionnelle.....	4	
		I.2.4	Autres causes d'insuffisance veineuse.....	4	
	I.3	Expression clinique de l'insuffisance veineuse chronique.....	4		
		I.3.1	Symptômes.....	5	
		I.3.2	Signes physiques : Ils sont recherchés chez un malade en position debout.....	5	
			I.3.2.1	Signes de stase.....	5
			I.3.2.2	Signes du retentissement tissulaire.....	5
	I.4	Complications propres aux varices.....	6		
		I.4.1	Complications thrombotiques.....	6	
		I.4.2	Complications hémorragiques.....	7	
	I.5	Evaluation d'une insuffisance veineuse chronique.....	7		
		I.5.1	Evaluation clinique.....	7	
		I.5.2	L'échographie Doppler.....	7	
		I.5.3	Autres techniques.....	8	
II	Item 136B : Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient	8			
	II.1	Hygiène de vie.....	8		
	II.2	Contention.....	8		
	II.3	Traitement médicamenteux.....	9		
	II.4	La sclérose.....	9		

II.5 La phlébectomie.....	10
II.6 La chirurgie.....	10

OBJECTIFS

- Diagnostiquer une insuffisance veineuse chronique et/ou des varices.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I ITEM 136A : DIAGNOSTIQUER UNE INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE ET/OU DES VARICES

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) des membres inférieurs est un problème de santé publique important. Sa prévalence globale est estimée entre 11 et 24% dans les pays industrialisés, 5% en Afrique et 1% en Inde, avec une nette prépondérance féminine (sex-ratio = 1/3). Selon les statistiques de l'INSEE, en 1996 en France, 18 millions de patients se plaignaient de problèmes de circulation veineuse au sens large, 10 millions déclaraient avoir des varices. L'insuffisance veineuse concerne 2,6% de l'ensemble des dépenses de santé.

I.1 RAPPEL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Il existe deux réseaux veineux du membre inférieur: le réseau veineux profond (qui draine 90% du sang veineux) et le réseau veineux superficiel (veines saphènes) qui prend en charge les 10% restants. Ces deux réseaux sont reliés par des veines perforantes. Le retour veineux est assuré par trois systèmes successifs :

- la semelle plantaire de Lejars qui dépend de la statique plantaire et du déroulement du pas
- la pompe musculaire du mollet, essentielle
- le système abdomino-diaphragmatique.

Les veines des membres inférieurs sont pourvues de valvules qui empêchent le reflux.

I.2 ETIOLOGIE

Trois mécanismes essentiels contribuent à la défaillance du retour veineux :

I.2.1 La maladie variqueuse

Les varices se définissent comme des veines dont la paroi est pathologique, et qui deviennent dilatées et tortueuses, avec incontinence valvulaire.

Il existe deux types de varices :

- **Les varices systématisées** : elles sont développées aux dépens des réseaux grande et petite saphènes.
- **Les varices non systématisées ou diffuses** dites non saphènes.

L'incontinence des perforantes de cheville joue un rôle fondamental dans l'apparition d'une insuffisance veineuse chronique.

Le plus souvent les varices sont **primitives** et relèvent de plusieurs facteurs favorisants : l'hérédité (facteur majeur), le mode de vie occidental, l'âge, le sexe féminin, les grossesses multiples, l'obésité...

Plus rarement elles sont **secondaires** : syndrome post-thrombotique essentiellement, IV profonde primitive plus rarement (insuffisance valvulaire primitive, agénésie valvulaire).

I.2.2 Le syndrome post-thrombotique

La thrombose veineuse peut générer une maladie post-thrombotique, surtout si elle est mal ou insuffisamment traitée (**contention**, traitement anticoagulant). Le mécanisme essentiel en est la destruction valvulaire, source de reflux, sans ou avec obstruction résiduelle. Le risque est particulièrement important en cas de thrombose suro-poplitée. L'obstruction chronique de la veine fémorale commune est également très péjorative.

I.2.3 L'insuffisance veineuse fonctionnelle

Ce terme est actuellement réservé au retour veineux défaillant avec des veines morphologiquement normales. Cette situation peut être liée à une diminution de la marche, une ankylose tibio-tarsienne, à une perte du volume musculaire, ou encore à une altération de la dynamique cardio-respiratoire. Elle est fréquemment rencontrée chez le sujet âgé.

I.2.4 Autres causes d'insuffisance veineuse

Elles ne représentent qu'une partie infime des causes d'insuffisance veineuse :

Les malformations veineuses ou artério-veineuses

- Les compressions veineuses extrinsèques chroniques
- Les dysgénésies valvulaires.

I.3 EXPRESSION CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

I.3.1 Symptômes

Ils sont fréquents, variés et peu spécifiques : jambes lourdes, crampes, démangeaisons... Le caractère veineux de cette symptomatologie est évoqué devant leur **majoration** :

- au cours de la journée
- après station debout ou assise prolongée
- par la chaleur (chauffage par le sol)
et leur **amélioration** par :
- le froid
- la surélévation des membres inférieurs (diminution de la pression),
- l'exercice physique (activation de la pompe musculaire),
- la contention-compression veineuse.

D'autres, moins connus, peuvent introduire une confusion avec un autre diagnostic :

- impatience nocturne (besoin impérieux de mobiliser les jambes), pouvant s'intégrer dans le vaste cadre du syndrome des jambes sans repos ;
- brûlures et rougeur du pied après quelques heures de sommeil, réveillant le malade, l'obligeant à rechercher le contact avec le froid (carrelage, eau froide), et à différencier de l'érythermalgie vraie (qui touche les 4 extrémités et doit faire rechercher un syndrome myéloprolifératif) ;
- claudication intermittente veineuse en rapport avec l'obstruction chronique d'un confluent veineux majeur. A l'inverse de la claudication artérielle, elle ne cède pas rapidement à l'arrêt de la marche en position debout mais en decubitus.

I.3.2 Signes physiques : Ils sont recherchés chez un malade en position debout

I.3.2.1 Signes de stase

- **L'oedème du pied** est blanc, mou, prenant le godet, avec une nette recrudescence vespérale, sans redistribution vers d'autres territoires.
- **Les varicosités bleutées de la cheville et de l'arche plantaire** dilatations de petites veines cutanées et sous-cutanées de l'arche plantaire et des régions malléolaires

I.3.2.2 Signes du retentissement tissulaire

1.3.2.2.1 Lésions cutanées

- *Les dermites purpuriques et pigmentées*, traduisent le passage dans le derme des hématies, libérant leurs pigments ferriques. La dermite ocre en est la variété la plus commune. Dans l'insuffisance veineuse, la dermite ocre a une accentuation distale franche.
- *L'atrophie blanche de Milian* prend l'aspect de zones blanches porcelaine, cicatricielles, arrondies, de siège essentiellement malléolaire. Elle traduit une raréfaction des capillaires au sein d'un tissu fibreux.
- *L'eczéma*, localisé au tiers inférieur de jambe, est une complication également fréquente de la stase veineuse chronique. Il s'agit souvent d'un eczéma de contact liée à l'application de topiques.

1.3.2.2.2 Lésions cutanées et sous-cutanées

- *La dermo-hypodermite de stase* (lipodermatosclérose) est localisée au tiers inférieur de jambe, prenant initialement un aspect inflammatoire avec rougeur cutanée et douleurs. Progressivement ces lésions font place à des lésions scléreuses engainant la jambe d'une véritable guêtre rigide ("hypodermite scléreuse"); elle est en rapport avec l'extravasation de polynucléaires, elle représente un véritable tournant évolutif dans l'histoire du patient car elle altère définitivement la dynamique du retour veineux en raison de l'ankylose de la cheville par une fibrose engainante et rétractile.
- *La stase lymphatique* est la conséquence de l'insuffisance veineuse chronique évoluée qui sature puis détruit le réseau lymphatique, et aboutit au caractère permanent de l'oedème et à la modification de ses caractères sémiologiques : oedème infiltré, peau épaissie et cartonnée, orteil boudiné. La stase lymphatique est aggravée par les surinfections itératives, les épisodes d'hypodermite infectieuses ou d'érysipèles qu'elle favorise. Le diagnostic d'érysipèle est un diagnostic différentiel de l'hypodermite inflammatoire de stase important à connaître.

1.3.2.2.3 Ulcères

L'évolution de l'insuffisance veineuse chronique aboutit à l'ulcère veineux dont les principales caractéristiques sont le caractère indolore, non creusant, le fond humide et le siège péri- malléolaire. Ces complications trophiques sont traitées en détail dans le thème 137.

I.4 COMPLICATIONS PROPRES AUX VARICES

I.4.1 Complications thrombotiques

1.4.1.1 La thrombose veineuse superficielle

Elle survient sur une veine dont la paroi est altérée et se traduit par un cordon rouge induré inflammatoire sur le trajet d'une varice. On doit distinguer :

- Les thromboses veineuses superficielles segmentaires dont le potentiel évolutif est banal
- Les thromboses saphènes extensives vers les crosses ou par les veines perforantes avec un risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire.

Ces thromboses veineuses superficielles sur varices sont à différencier des thromboses veineuses superficielles sur veines saines.

1.4.1.2 Thrombose veineuse profonde

La stase veineuse liée aux altérations valvulaires est propice à la survenue de thromboses veineuses profondes.

I.4.2 Complications hémorragiques

La rupture d'une ampoule variqueuse est une complication hémorragique classique (mais rare) des varices des membres inférieurs. Il convient de la juguler rapidement par une compression locale et une surélévation du membre.

I.5 EVALUATION D'UNE INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

Le diagnostic positif d'insuffisance veineuse chronique est essentiellement clinique. Le diagnostic étiologique et l'importance des lésions en cause sont précisés par des examens complémentaires, en premier lieu l'examen doppler et l'échographie.

I.5.1 Evaluation clinique

Interrogatoire : âge, sexe, facteurs environnementaux, familiaux, antécédents thrombotiques.

Examen clinique en position debout : précise le caractère systématisé ou non des varices, les complications trophiques, sélectionne les patients qui nécessitent des explorations complémentaires qui préciseront les indications thérapeutiques.

I.5.2 L'échographie Doppler

L'examen au Doppler continu est la prolongation de l'examen clinique et permet de mettre en évidence un reflux veineux pathologique (par insuffisance valvulaire ostiale ou tronculaire), une incontinence de veine perforante.

L'échographie permet de visualiser des séquelles de thrombose veineuse (reflux ou obstruction), ou encore une compression veineuse.

L'échographie doppler permet donc l'examen complet et détaillé, à la fois morphologique et dynamique, de la circulation veineuse.

I.5.3 Autres techniques

Elles sont d'indication plus rare (*pléthysmographie, pression veineuse ambulatoire, phlébographie*).

II ITEM 136B : ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

Les moyens thérapeutiques et leurs indications :

II.1 HYGIÈNE DE VIE

Il convient de favoriser le retour veineux :

- jambes surélevées,
- marche régulière,
- éviter le chauffage par le sol et l'exposition au soleil prolongée.

II.2 CONTENTION

La pose de la contention est un acte médical. Il s'agit d'appliquer sur un segment de membre une pression par un matériel élastique (bandes ou chaussettes, bas, collants). A tension élastique constante, cette pression sera naturellement dégressive de la cheville à la cuisse en raison de la morphologie du membre : selon la loi de Laplace, la force (F) appliquée en un point est exprimée en fonction de la tension élastique (T) et à l'inverse du rayon de courbure (r) du segment du membre :

$F = T/r$. Le corollaire de la loi de Laplace est l'utilisation nécessaire de coussinets permettant de combler les creux et d'arrondir les angles pour une obtenir une transmission de la force de compression homogène et optimale.

La contention réduit la dilatation des veines et augmente la vitesse d'écoulement du sang veineux. Elle diminue le volume du membre avec un effet anti oedème et elle améliore l'efficacité de la pompe musculaire du mollet lors de la marche. De plus il existe un effet bénéfique sur la microcirculation cutanée et lymphatique.

Pour les bas et collants de contention, il existe quatre classes en fonction de la pression exercée au niveau de la cheville :

- Contention faible (classe I) ; indication : prévention de la TVP, IV fonctionnelle.
- Contention moyenne (classe II) ; indication : varicose, TVP.
- Contention forte (classe III) ; indication : syndrome post-thrombotique, TVP.
- Contention très forte (classe IV) ; indication : insuffisance lymphatique.

La classe I française correspond à une classe II européenne et ainsi de suite...

II.3 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les traitements anticoagulants sont réservés :

- à titre curatif aux thromboses veineuses profondes et aux thromboses veineuses superficielles extensives
- à titre préventif lors de circonstances à risque

Les médicaments veinotropes et veinotoniques.

Il en existe deux types :

- les extraits végétaux (? et ? benzopyrones, extraits de houx)
- les molécules de synthèses.

Ces molécules sont réputées avoir un double effet : un effet hémodynamique qui améliore le retour veineux et un effet anti-inflammatoire "veineux" en inhibant l'interaction entre endothélium et leucocytes.

RMO concernant l'utilisation des veinotropes dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs

1 - Il n'y a pas lieu de prescrire un veinotrope en présence de maladie variqueuse asymptomatique.

2 - Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope pendant plus de trois mois, sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle à l'arrêt du traitement.

3 - Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs spécialités veinotropes.

II.4 LA SCLÉROSE

Elle consiste à injecter un produit sclérosant dans une varice. Son indication et sa réalisation relèvent du spécialiste. Elle est habituellement réservée à des varices non systématisées, ou en complément de la chirurgie d'éveinage.

II.5 LA PHLÉBECTOMIE

La phlébectomie ambulatoire des varices de moyen et gros calibre consiste à pratiquer l'ablation de segments de veines variqueuses après ligature de la veine et section au niveau de micro-incisions cutanées.

II.6 LA CHIRURGIE

Elle concerne essentiellement la maladie variqueuse, plus particulièrement les varices systématisées le long d'un réseau saphène. Cette chirurgie repose essentiellement sur l'éveinage par stripping. Elle évolue vers une agressivité moindre, mais son but reste l'éradication la plus complète de la maladie variqueuse.

Ses modalités et indications sont résumées en annexe.

La chirurgie de l'insuffisance veineuse profonde (restauration valvulaire, dérivations veineuses...) n'est pas appliquée en routine à l'heure actuelle, réservée à quelques équipes spécialisées. Ses résultats sont encore en cours d'évaluation et semblent prometteurs dans l'insuffisance valvulaire primitive.

Annexe : Pour en savoir plus ... : http://umvf.univ-nantes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/annexes_136.pdf

Points essentiels : Révisions rapides : http://umvf.univ-nantes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/revisions_136.pdf