

Phlébologie et cardiologie

● M. Cazaubon*

Points forts

Cet article est une mise au point dans le domaine de la phlébologie. Aussi ne traiterons-nous pas de la maladie thromboembolique, que le cardiologue connaît bien, mais essentiellement de la maladie veineuse chronique (MVC). Le terme de MVC est plus en accord avec la terminologie internationale que celui d'insuffisance veineuse. La MVC est définie comme l'ensemble des symptômes en rapport avec la défaillance du retour veineux des membres, dans les veines profondes et/ou superficielles. Ainsi, elle ne se limite pas aux seules varices, mêmes si celles-ci représentent la pathologie la plus fréquente.

Mots-clés : Varices - Insuffisance veineuse chronique - Ulcère - Échographie doppler - Reflux.

RAPPEL ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

Les veines profondes des membres inférieurs sont sous-aponévrotiques et satellites des artères, elles assurent les 9/10^e du retour veineux.

Les veines superficielles des membres inférieurs sont sus-aponévrotiques. On distingue deux systèmes saphéniens : la grande saphène, ou saphène interne, et la petite saphène, ou saphène externe (*figure 1*). Ils drainent le sang veineux des téguments et transportent 1/10^e du retour veineux ; ils jouent aussi un rôle de suppléance, dit de vicariance, en cas d'occlusion du réseau profond.

Les veines communicantes relient deux veines superficielles ou deux veines profondes entre elles ; **les veines perforantes** relient une veine superficielle à une veine profonde, et traversent donc

les aponévroses. Cent cinquante perforantes ont été décrites au niveau des membres inférieurs et certaines sont connues sous le nom des anatomistes qui les ont identifiées (Dodd, Boyd, Cockett par exemple), mais il est préférable de les identifier en fonction des repères anatomiques.

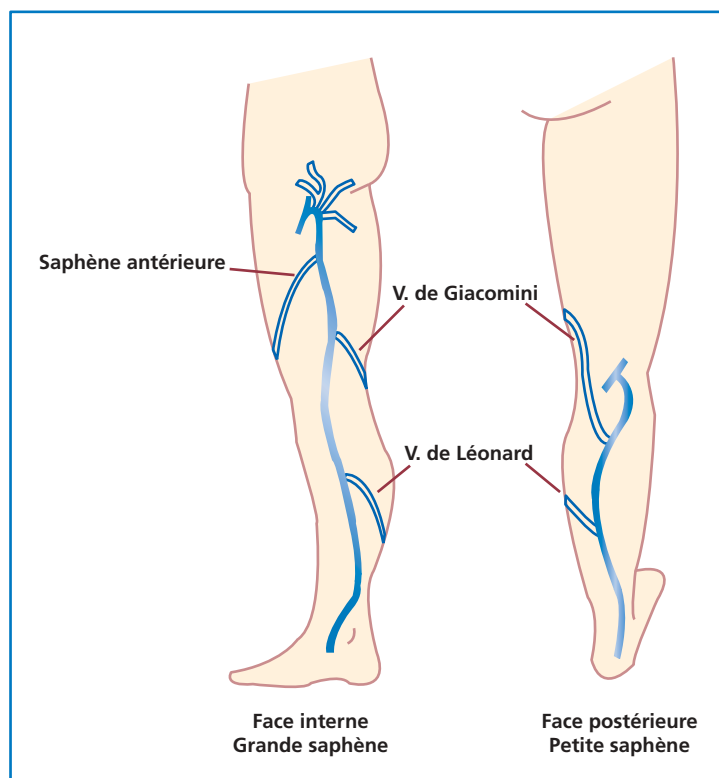


Figure 1. Schéma des veines superficielles.

La paroi veineuse, comme celle des artères, est composée de trois tuniques : l'intima, la média (avec des fibres musculaires lisses et une trame élastique et conjonctive riche en collagène), et l'adventice. Elle dispose de valvules, formées de deux replis endothéliaux concaves et dont le rôle est d'empêcher le reflux du sang en distalité. Ces valvules existent dans les veines profondes et superficielles et dans la plupart des veines perforantes. Le rôle des valvules ostiales, aux confluent des veines saphènes dans les veines profondes, est capital dans l'installation et la progression de la maladie variqueuse.

* Paris.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE

Le système veineux fait partie du système à basse pression, comme le lit capillaire, le système lymphatique et la circulation pulmonaire. Il est caractérisé par sa grande capacité (60 % du volume sanguin circulant total) et sa distensibilité.

La circulation veineuse résulte du régime des pressions et du jeu valvulaire nécessaire à la circulation veineuse dans le seul sens centripète. Les différentes étapes et les facteurs du retour veineux sont représentés sur le **tableau I**.

Tableau I. Principaux facteurs du retour veineux (selon Ramelet [1]).

- étirement de la "semelle veineuse plantaire"
- pompe musculaire du mollet dans laquelle intervient la mobilité de la cheville
- valvules veineuses
- autres mécanismes : tonus veineux, vasoconstriction posturale, pulsation des artères de voisinage, mouvements du diaphragme, aspiration cardiaque, etc.

Tous ces éléments jouent un rôle, dont le plus important est représenté par la pompe musculaire du mollet ; il est nécessaire de vérifier leur intégrité lors de l'examen clinique d'un patient présentant une insuffisance veineuse chronique.

L'altération du réseau veineux entraîne une hyperpression veineuse avec des anomalies microcirculatoires responsable de la MVC. On ignore cependant encore pourquoi certains sujets développent une maladie veineuse sévère et d'autres pas.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

Quelques chiffres situent bien le problème dans les pays industrialisés :

- La MVC concerne une personne active sur trois et la moitié des retraités, avec une nette prédominance féminine (1,5 à 3 selon les études) (2).

- Les pathologies veineuses suivent immédiatement l'hypertension artérielle comme motif de recours au médecin (4,7 fois versus 10 fois sur 100 consultations selon le rapport du CREDES en 1994).

- L'enquête de trois équipes universitaires de médecine du travail (3), réalisée en 1996, apporte un autre élément : si l'on retrouve une insuffisance veineuse chez 40 % des travailleurs interrogés, ces derniers sous-estiment la gravité de leur maladie et seulement un sur deux consultera un médecin. Ceci a pour corollaire qu'en l'an 2000, certains patients ne bénéficient du traitement de la maladie veineuse que tardivement, aux stades avancés de la maladie.

En ce qui concerne le coût des MVC, il représente 1 à 2 % des dépenses de santé. Le retentissement des maladies veineuses sur la qualité de vie domine le problème de la prise en charge des MVC.

CLASSIFICATION DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

Nous suivrons le plan pratique de la classification internationale des maladies veineuses. Cette classification a été proposée par l'*Ad Hoc Committee* de l'*American Venous Forum* (Hawaï, 1994)

(4). Elle est largement adoptée dans le monde entier. Elle repose sur des critères cliniques (C), étiologiques E, anatomiques (A) et physiopathologiques (P), d'où son nom de classification CEAP (**tableau II**). L'existence ou non de symptômes est mentionnée (S ou A).

Elle est complétée par le calcul de scores de sévérité clinique et d'invalidité. Le score de sévérité clinique tient compte des différents symptômes de la MVC : douleur, œdème, claudication veineuse, pigmentation, hypodermite, ulcère, en leur accordant des scores de 0 à 2 (absence de symptôme, symptômes modérés ou sévères). Le score d'invalidité établi de 0 à 3 est un excellent indicateur de la qualité de vie (**tableau III**).

Tableau II. Classification CEAP.

Classification clinique (C0-C6) asymptomatique ou symptomatique (A ou S)

C0 = pas de signe visible ou palpable de maladie variqueuse

C1 = présence de télangiectasies ou de veines réticulaires.

C2 = varices

C3 = œdème

C4 = troubles trophiques (pigmentation, dermite de stase, hypodermite)

C5 = C4 avec ulcère cicatrisé

C6 = C4 avec ulcère évolutif

Classification étiologique (Ec, Ep, Es) selon la nature congénitale, primitive ou secondaire (post-thrombotique, post-traumatique) de la maladie veineuse

Classification anatomique selon les territoires atteints : veines profondes, superficielles ou perforantes

Classification physiopathologique selon l'existence d'une obstruction, d'un reflux ou l'association des deux

Tableau III. Les scores d'invalidité.

0 = patient asymptomatique

1 = symptomatique, pouvant mener une activité normale sans contention

2 = travail possible uniquement avec le port d'une contention

3 = patient incapable de travailler même avec une contention correcte

L'application de cette classification permet d'obtenir un dossier informatisé simple et utile pour la surveillance de la MVC chez un patient donné, et surtout pour la réalisation d'études épidémiologiques ou thérapeutiques multicentriques.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

Ils **complètent** l'examen clinique et sont nécessaires pour la mise en route d'un traitement approprié. Leur rôle et leur intérêt respectifs ont été établis par des références médicales opposables, qui privilégient en première intention le doppler continu et l'écho doppler. Les explorations pléthysmographiques, la prise des pres-

sions veineuses et les examens phlébographiques sont réservés aux patients susceptibles de bénéficier d'une chirurgie veineuse profonde reconstructrice (5).

Quant aux explorations microcirculatoires (capillaroscopie, laser doppler et mesures de TCPO2 et TCO2), leur utilisation est réservée aux laboratoires de recherche, principalement à l'étude des ulcères veineux et autres troubles trophiques.

QUELQUESTABLEAUX CLINIQUES DE LA MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE

Les télangiectasies des membres inférieurs (TMI) correspondent à des dilatations intradermiques du plexus veineux sous-papillaire. Elles sont consécutives à une hyperpression veineuse localisée et à une fragilité capillaire constitutionnelle (1). Leur calibre et leur situation dans le derme sont variables : ainsi les télangiectasies écarlates sont de petit diamètre (0,1 à 0,4 mm) et superficielles, alors que les télangiectasies violettes sont plus larges (0,4 à 2 mm) et plus profondes. Apanage des femmes, elles sont souvent asymptomatiques mais entraînent une plainte esthétique et une demande de traitement correcteur efficace. En langage CEAP, elles s'inscrivent C1.

Le bilan phlébologique devant des TMI a deux objectifs : d'une part, rechercher l'existence d'une varice ou d'une perforante le alimentant, d'autre part, rechercher une insuffisance veineuse profonde méconnue ou une insuffisance des troncs saphènes associée. Si une insuffisance veineuse superficielle ou profonde est décelée, le traitement de cette pathologie sera réalisé dans un premier temps (*voir plus loin*). Si aucune anomalie n'est retrouvée, le traitement des TMI sera limité à la sclérose des varicosités, ou microsclérose. Quant aux traitements par photocoagulation (laser à impulsion variable en particulier), très médiatisés, il faut savoir que leur action se limite à la coagulation sélective des varicosités, sans correction des reflux éventuels. Il n'existe à ce jour aucune étude permettant de démontrer la supériorité de cette technique sur la microsclérose traditionnelle réalisée par un médecin spécialiste.

LES VARICES

Varices non compliquées

Une varice, selon la description de l'Organisation Mondiale de la Santé, est une veine superficielle dilatée et tortueuse dans laquelle il existe un reflux de sang. On ignore encore le *primum movens* de la maladie : incontinence valvulaire induisant un reflux avec dilatation secondaire du système veineux ou atteinte primaire de la paroi veineuse avec remodelage entraînant l'incontinence valvulaire. Cette seconde hypothèse est actuellement la plus acceptée (6).

On connaît par contre très bien les **facteurs de risque des varices**, et leur connaissance est d'un grand intérêt dans les conseils de prévention que tout médecin est amené à donner à son patient variqueux (7).

Les facteurs de risque déterminants et aggravants sont : l'âge, l'hérédité (8), le sexe, la posture de travail (3), le nombre de grossesses à terme pour les premiers ; l'excès pondéral avec une prise rapide de poids, les strictions vestimentaires, certains sports, les

habitudes alimentaires, la pilule et la chaleur pour les seconds. Les sports à éviter sont ceux avec efforts statiques, sollicitant la valvule veineuse, tels que le tennis, le rugby, le volley. Les sports recommandés sont la marche et la course à pied, le cyclisme, le ski de fond. Il faut aussi savoir que chez le sportif, les veines superficielles peuvent être dilatées et saillantes sans qu'il existe de reflux, comme le confirme le doppler continu.

Le patient porteur de varices peut être symptomatique ou asymptomatique (C2 S ou C2 A). La symptomatologie est variée, trompeuse, associant lourdeurs ou pesanteurs des membres inférieurs, gonflement des chevilles, crampes, paresthésies, sensation de chaleur. Ces symptômes sont majorés par la station debout, surtout le piétinement et la chaleur, et disparaissent en décubitus et à la marche. Les impatiences nocturnes et le *restless leg syndrome*, ou syndrome des jambes sans repos, classiquement attribués à une pathologie veineuse, sont en fait souvent en accord avec une spasmophilie ou des anomalies des voûtes plantaires. L'œdème au cours des varices reste souvent très modéré. S'il est important, il faudra se méfier d'une participation lymphatique ou d'une insuffisance veineuse profonde primitive ou secondaire associées, ou d'une autre cause d'œdème.

L'exploration du patient variqueux se fait par l'examen clinique et par le doppler continu associé à l'échographie doppler. L'examen est réalisé en décubitus puis sur le sujet debout (9). Les résultats attendus sont :

- l'appréciation de la perméabilité des veines profondes et de l'efficacité des valvules profondes ;
- le siège des reflux sur les trajets des saphènes et perforantes et leur importance (**figure 2**) ;
- l'anatomie précise des troncs saphènes, de leurs collatérales et des perforantes.

On recherchera aussi une compression des veines profondes ou superficielles, en particulier la compression de la veine iliaque commune gauche par l'artère iliaque droite réalisant le syndrome de Cockett. L'examen du creux poplité vérifiera l'absence de kyste liquidien.

L'examen artériel avec prise des pressions distales et mesure de l'indice de pression (IPS) doit être systématiquement effectué, en particulier à la recherche d'une artériopathie sévère périphérique, pouvant modifier la prise en charge thérapeutique.



Figure 2. Échographie doppler couleur d'une saphène interne incontinente (reflux net en inspiration forcée).

Au terme de cet examen, on pourra dire si les varices sont primitives ou secondaires (maladie thromboembolique, syndrome de compression) ou congénitales (dysplasies veineuses).

Les varices de la femme enceinte justifient un chapitre à part : il peut s'agir de varices essentielles préexistantes ou de varices apparues lors de la grossesse. Les varices de la grossesse se manifestent dès le premier trimestre, elles ne sont pas systématisées dans l'un ou l'autre territoire saphène. À ces varices s'associent souvent des varicosités avec des zones de lacs veineux pseudo-angiomateux (10). Elles sont chaudes, turgescents, la localisation périnéo-valvulaire est spécifique. La régression des varices se fait dans les heures qui suivent l'accouchement ; cependant il faut attendre la reprise des cycles menstruels normaux pour refaire le point au cabinet du phlébologue.

Les causes sont multiples (1) : distension veineuse et imprégnation hormonale, augmentation du volume sanguin et de la pression veineuse, compression de la veine cave inférieure au dernier trimestre, hypercoagulabilité. Une insuffisance veineuse tricuspéidienne fonctionnelle a pu être détectée chez la moitié des femmes enceintes asymptomatiques et retentit sur les flux veineux d'amont.

Le traitement, en l'absence de toute complication, repose sur les mesures de prévention classiques et sur la compression (collants de grossesse).

Traitement des varices non compliquées

En dehors du contexte particulier de la femme enceinte, le **traitement des varices non compliquées** repose sur les veinotoniques et la compression, la sclérothérapie et/ ou la chirurgie. **Les veinotoniques** ont une action sur les symptômes de la maladie veineuse chronique. Ils concourent à l'amélioration de la qualité de vie du patient, et à ce titre, leur prescription est justifiée dans la limite des références médicales opposables : patient symptomatique, pas d'association de deux veinotoniques, pas de traitement de plus de trois mois. Chez le cardiaque, il est toujours prudent de vérifier la composition exacte des veinotropes avant toute prescription en raison des possibles interactions médicamenteuses. Ainsi, en cas d'hypertension artérielle sévère, il est conseillé d'éviter les veinotoniques contenant de l'heptaminol et, chez les sujets traités par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ceux contenant du bicarbonate de potassium.

La compression a fait la preuve de son efficacité. Parmi les actions invoquées, on peut citer (11) : la réduction du calibre des veines des territoires superficiels et profonds et des perforantes, la diminution de 30 à 40 % du reflux pathologique, l'augmentation du flux veineux, l'augmentation de l'activité fibrinolytique, l'amélioration de l'oxygénation cutanée, la diminution de l'œdème interstitiel, l'augmentation de la vitesse microcirculatoire des globules rouges. Elle est réalisée par bandes, collants, bas ou chaussettes avec une force adaptée à la gravité de la maladie veineuse (classe II le plus souvent nécessaire et suffisante dans les varices non compliquées). Chez le patient présentant une artériopathie des membres inférieurs et des varices, elle ne sera interdite que si la pression systolique artérielle à la cheville est < 50 mmHg. La compliance du patient au traitement a été estimée à 30 %, souvent due à une insuffisance d'information sur les effets de la contention.

La sclérose des varices a longtemps été la seule alternative au traitement chirurgical. Elle consiste en l'injection d'un agent sclérosant (iode, tétradécyl sulfate de sodium ou salicylate de soude) dans une veine variqueuse de manière à obtenir sa rétraction fibreuse ("sclérus") et non sa thrombose.

Les indications, quasiment consensuelles (12) et couramment admises, sont les varices simples, disséminées, sans incontinence ostiale sévère, et les varices résiduelles ou récidivantes après chirurgie.

Les incidents et accidents regroupent :

- Les incidents mineurs à type de malaises fugaces ou de lipothymies ; les chutes de la pression artérielle sont fréquentes chez les femmes jeunes, souvent hypotendues, et favorisées par les injections réalisées debout (13). Il a par ailleurs été noté une augmentation significative des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus lors des séances de sclérothérapie (14).

- Les accidents généraux : ils sont extrêmement rares, mais des cas d'accidents thromboemboliques ont été rapportés après sclérose. Ils imposent la recherche d'une anomalie de la coagulation préexistante et méconnue.

- Les incidents locaux résultent le plus souvent d'un surdosage avec formation d'un thrombus local au lieu du "sclérus". Il n'existe pas de majoration du risque d'hématome chez le patient cardiaque sous traitement anticoagulant au long cours (15), mais peu d'études ont été publiées. L'injection du produit non pas dans la veine mais dans le derme (escarre) ou l'injection intra-artérielle, avec sa conséquence dramatique de nécrose tissulaire, sont d'autant plus rares que le phlébologue est expérimenté.

Néanmoins, ceci a justifié la mise au point dès 1989 (Knight et Vin [16]) de la sclérose guidée sous échographie ou échoscclérose. Ses recommandations préférentielles sont les varices de la petite saphène, les varices des saphènes antérieures, les récidives de varices, et les varices de l'obèse mal accessibles à l'examen clinique. Les résultats à court terme sont encourageants. Les études randomisées sclérose versus échoscclérose manquent encore.

La phlébectomie ambulatoire des varices (*figure 3*) a été remise au goût du jour par R. Müller en 1966 (17). Elle consiste en l'extraction chirurgicale des varices des membres inférieurs, à l'exclusion des troncs saphènes, à l'aide d'un crochet, sous anesthésie locale. Elle doit donc être limitée à l'exérèse des varices sans point de fuite important entre le réseau veineux profond et superficiel.

Le traitement chirurgical des varices est né vers 1905. Le stripping permettait l'éradication des troncs saphènes incontinents au prix de délabrements tissulaires parfois sévères. La méthode d'invagination sur fil, mise au point par Van der Stricht dans les années 60, associée à la ligature de la crosse de la saphène incontinente (crossectomie), est actuellement la manière la moins agressive pour supprimer les axes saphènes incontinents ainsi que les varices collatérales, en laissant en place le réseau continent. Ainsi, dans l'optique d'un éventuel pontage coronaire ultérieur, il est recommandé de préserver sur l'ensemble des deux réseaux saphènes internes une longueur au moins équivalente à deux pontages (soit un segment de membre) (18). Par ailleurs, les veines de plus de 8 mm de diamètre, avec des parois épaisses et des ectasies en chapelet, ne sont pas utilisables pour les pontages (18).

L'invagination est pratiquement toujours associée à la ligature de la crosse de la saphène incontinente (crossectomie).

Le pourcentage des récurrences de varices après éveinage et crossectomie est compris entre 20 et 30 % selon les équipes et les indications chirurgicales (19). Il faut distinguer récurrences variqueuses liées à une erreur technique ou à l'évolutivité propre de la maladie veineuse, les varices résiduelles et la néovascularisation. Il existe des facteurs favorisant la récurrence parmi lesquels l'obésité ou l'hérédité jouent certes un rôle, mais aussi l'absence de suivi phlébologique. Un autre facteur est l'insuffisance veineuse profonde primitive ou post-thrombotique non diagnostiquée lors des échographies préopératoires (19).

L'avenir du traitement des varices réside dans les méthodes conservatrices traitant les veines variqueuses tout en restaurant la fonction valvulaire au niveau des troncs. Plusieurs techniques sont en cours d'évaluation : valvuloplastie externe, aplatissement de la saphène par pose d'un clip, Restore®. Ce procédé utilise l'électrocoagulation pour obtenir une diminution du calibre de la veine en restaurant la fonction valvulaire.

Quant au traitement de l'évolutivité propre de la maladie veineuse, il reste encore à trouver. L'étude de Fowkes (20), sur un suivi de onze ans, montre que le risque de voir se développer une maladie veineuse chronique sévère chez les patients variqueux est de 21 % si les varices sont modérées et de 50 % si elles sont importantes.

Complications des varices

La thrombose veineuse superficielle sur veine variqueuse est fréquente et source de complications sous-estimées. Elle peut être isolée ou accompagner une thrombose profonde. Elle peut aussi se compliquer d'une atteinte des voies profondes par extension, en particulier lorsque le caillot est situé sur un tronc saphène (8,6 % des cas selon Blumemberg [21]) et lorsqu'il atteint la jonction entre une veine superficielle et une veine profonde (crosses ou perforantes jambières) (22). Il y a là risque d'embolie pulmonaire, avec une fréquence variable dans la littérature, comprise entre 0 et 50 % (23). Le diagnostic est clinique, posé sur l'existence d'un cordon douloureux le long d'une varice préexistante. L'échographie doppler **est indispensable** pour éliminer une thrombose des veines profondes et aussi pour voir la limite supérieure du thrombus, pratiquement toujours située plus haut que ne le laissait envisager la clinique. La distance de cette tête du thrombus par rapport au confluent entre la veine superficielle et la veine profonde doit être déterminée. Le thrombus flottant de la grande saphène atteignant la crosse fémorale (figure 3) peut être une indication de crossectomie (24). Le traitement des thromboses superficielles sur veines variqueuses en dehors de cette urgence est très mal codifié et dépend plus des habitudes du médecin qui prend en charge la thrombose que d'un consensus. Il n'existe pas de recommandations opposables sur ce thème. La contention par bande ou collant et la poursuite de la déambulation sont de règle. Le traitement par les anti-inflammatoires est justifié dans les thromboses superficielles très localisées alors que les héparines de bas poids moléculaire à dose préventive ou curative sont de plus en plus prescrites dès qu'il y a atteinte du tronc saphène, et a fortiori de la crosse.

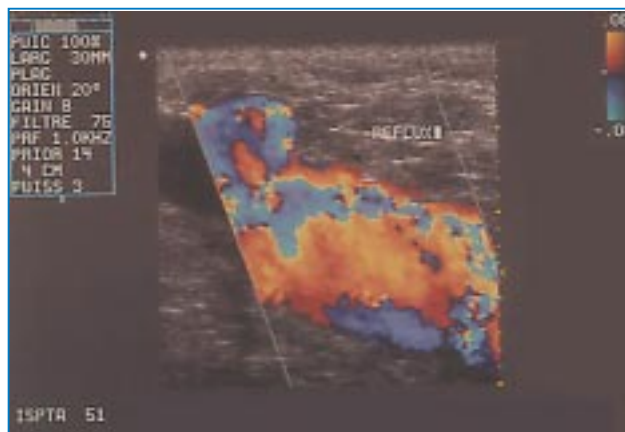


Figure 3. Thrombose SIDT à la crosse.

Les hémorragies variqueuses : elles peuvent survenir en cas de maladie variqueuse avec troubles trophiques sévères, avec ou sans traumatisme. Une perte de sang sévère justifie un traitement en urgence : surélévation de la cuisse, compression, voire thrombectomie au bistouri et sclérothérapie immédiate (25).

Les troubles trophiques : on peut opposer les troubles trophiques non ulcéreux et les ulcères. Les premiers sont deux à cinq fois plus fréquents. La fréquence de l'ulcère est de 0,3 % dans la population générale, mais le risque de voir apparaître un ulcère chez un variqueux est de 20 % (20). Si leur fréquence est modeste, le coût de leur traitement et l'invalidité qu'ils entraînent justifient les efforts actuellement menés pour une thérapeutique adaptée, rapide, réalisable en ambulatoire et aussi pour la prévention des récurrences.

Le diagnostic d'ulcère de jambe d'origine variqueuse repose sur la clinique et les examens d'échographie doppler : **existence de varices, de troubles trophiques à type de lipodermatosclérose (LDS), et reflux au niveau des veines superficielles ou des perforantes**. La LDS est caractérisée par son siège distal, périmaléolaire, respectant toujours les plantes des pieds (26) (figure 4).



Figure 4. Lipodermatosclérose (IVC stade VI CEAP).

Le diagnostic différentiel se pose avec les ulcères de l'insuffisance veineuse primitive et avec les ulcères non veineux. Il repose sur les résultats des examens complémentaires (27) qui guideront le traitement. Celui-ci comprend le traitement local de l'ulcère et la correction de la stase veineuse par compression, chirurgie des varices ou sclérose. Ces dernières années, le traitement par voie endoscopique des perforantes reconnues comme responsables du trouble trophique, associé au traitement des veines superficielles, semble limiter la fréquence des récidives ulcéreuses (5). Quant à la chirurgie profonde (plastie valvulaire, transposition veineuse...), elle doit être envisagée après échec des autres traitements, en présence d'anomalies des veines profondes associées ou non à une pathologie des veines superficielles et des perforantes (5).

L'ŒDÈME VEINEUX

Un patient porteur d'un œdème veineux sera classé C3 dans la classification CEAP. L'œdème de la maladie veineuse chronique a des caractères particuliers. Il s'installe très progressivement, sans prise de poids, s'accompagnant d'une sensation de gonflement des membres inférieurs ; il peut rendre pénible le port des chaussures. Il est plus net en fin de journée que le matin et, surtout, il disparaît lorsque les membres inférieurs sont surélevés au-dessus du niveau de cœur. Il n'est pas limité à la face postérieure des chevilles et ne s'accompagne pas, chez le sujet alité, d'un œdème du dos et des lombes. Il peut être uni- ou bilatéral. Il n'existe pas d'atteinte des autres séreuses. De plus, il survient dans un contexte caractéristique de maladie veineuse : varices, troubles trophiques ou antécédents veineux thromboemboliques. Aux stades avancés de la MVC, il peut être associé à un œdème d'origine lymphatique ou cellulitique.

Le premier diagnostic à éliminer est l'existence d'une thrombose veineuse profonde récente. L'échographie doppler sera donc demandée sans délai.

Le problème du diagnostic différentiel se pose chez le cardiaque, et rattacher un œdème à une insuffisance cardiaque n'est pas si facile qu'il y paraît. Une étude récente (28) montre le mauvais score des généralistes en présence d'œdème des membres inférieurs : le diagnostic d'insuffisance veineuse est beaucoup plus fréquemment posé à la fin de leur examen clinique (71 % des cas versus 18 % pour l'étiologie cardiaque), alors que les explorations complémentaires ne confirment cette étiologie que dans 22 % des cas versus 75 % pour une origine cardiaque. Il est en outre évident que les patients âgés atteints d'insuffisance veineuse chronique peuvent aussi présenter une insuffisance cardiaque.

Certaines thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque, telles que les inhibiteurs calciques, peuvent, par leur action microcirculatoire, être responsables d'œdème des membres inférieurs ou aggraver des œdèmes d'origine veineuse.

Le traitement de l'œdème veineux associe les méthodes physiques (compression classe II, III ou IV, drainage lymphatique et pressothérapie) (11) aux traitements veinotoniques.

CONCLUSION

Ces quelques notions de phlébologie montrent qu'il existe de grandes différences entre les divers symptômes de la MVC et les

motivations des patients. On dispose aussi d'une grande variété de traitements, certains ne résistant pas à l'épreuve du temps (et à la connaissance de la physiopathologie veineuse), d'autres méritant des études d'évaluation plus complètes. Le potentiel économique représenté par la prise en charge des maladies veineuses est énorme et doit toujours être pris en considération, dans ce domaine en particulier. Tout doit être fait pour améliorer la qualité de vie des patients. Il existe une École européenne de Phlébologie permettant à tout médecin, angiologue ou non, de se former à la prise en charge des maladies veineuses. ■

Remerciements au Dr Michel Perrin pour sa participation à cet article

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Ramelet AA., Monti M. *Phlébologie*. 4^e ed. Masson, Paris, 1999.
2. Boccalon H. *Guide pratique des maladies vasculaires*. Collection Médi-guides. EMS. Paris 1999.
3. Sobaszek A., Domont A., Frimat P., Dreyfus J.P., Mirabaud C., Catilina P. L'insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs : enquête réalisée auprès de trois populations de salariés français. *Arch Med Prof* 1996 ; 57 (3) : 157-67.
4. *Classification CEAP - Phlébologie*. *Annales Vasculaires* 1995 ; 48 : 275-81.
5. Perrin M. L'insuffisance veineuse chronique. In : M. Perrin, Arnette. Paris, 1990.
6. Gobin J.P., Grossetête C. Insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Angéiologie* 1997 ; 19-2010 : 11.
7. Cazaubon M., Blanchemaison P.H. Règles de prévention en pathologie vasculaire périphérique. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Angéiologie* 1997 ; 19-3680 : 6.
8. Cornu Thénard A., Boivin P., Baud J.M., de Vicenzi I., Carpentier P.H. Importance of familial factor in varicose disease. *J Derm Surg Onc* 1994 ; 20 : 318-26.
9. Vin F., Schadeck M. *La maladie veineuse superficielle*. Masson, Paris, 1991.
10. Zicot M. Pathologie veineuse et grossesse. *Rev Med Liège* 1999 ; 54 (5) : 424-34.
11. Cluzan R.V. Dysfonction lymphatique et compression. *Angéiologie* 1999 ; 52 (4) : 45-57.
12. Baccaglioni U. Document de consensus sur la sclérothérapie des varices des membres inférieurs. *Phlébologie* 1996 ; 49 : 311-34.
13. Griton Ph. Traitement des varices par sclérothérapie. *Actualités d'Angéiologie* 1993 ; (XVIII) : 87-93.
14. Belcaro G., Cesarone M.R., Nicolaidis A.N., Geroulakos G., Laurora G., Incandela L., De Sanctis M.T. Variations tensionnelles après sclérothérapie. *Angéiologie* 1997 ; 49 (3) : 5-7.
15. Siegal B. Traitement anticoagulant et sclérothérapie. *Angéiologie* 1999 ; 50 (2) : 39-40.
16. Knight R.M., Vin F., Zigmont J.A. Ultrasonor guidance of injections into the superficial venous system. *Phlebologie* 1989. A. Davy, R. Stemmer eds, 1989, J. Libbey Ltd, 339-41.
17. Muller R. Mise au point sur la phlébectomie ambulatoire selon Müller. *Phlébologie* 1996 ; 49 : 335-44.
18. Gorny P. Les excès de la "philosophie" conservatrice dans la chirurgie des varices. *Phlébologie* 1995 ; 48 (3) : 303-5.

19. Perrin M., Gobin J.P., Calvignac J.L., Grossetête C., Leprêtre M. Comprendre les mauvais résultats après chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle. *J Mal Vasc* 1994 ; 19 : 265-71.

20. Fowkes F.G.R. Epidemiology of chronic venous insufficiency. *Phlebology* 1996 ; 11 : 2-5.

21. Blumemberg R., Barton E., Gelfand M., Skudder P., Brennan J. Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1998 ; 27 : 338-43.

22. Bilancini S., Lucchi M. Toutes les thromboses veineuses superficielles ne sont pas des maladies bénignes. *Angéiologie* 1998 ; 50 (4) : 45-8.

23. Barrelier M.T. Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs. *Phlébologie* 1993 ; 46 (4) : 633-9.

24. Lebard C. La crossectomie chirurgicale en urgence. *Angéiologie* 1999 ; 52 (3) : 145.

25. Guex J.J. Traitement des télangiectasies préhémorragiques. *Phlébologie* 1995 ; 48 (1) : 41-2.

26. Agache P. Pathogénie des ulcères de jambe d'origine veineuse. *Angéiologie* 1998 ; 1 : 11-27.

27. Villemur B. et coll. Place des examens complémentaires face à un ulcère de jambe. *Angéiologie* 1998 ; 50 (1) : 29-37.

28. Blankfield R.P., Finkelhor R.S., Alexander J.J. et coll. Etiology and diagnosis of bilateral leg edema in primary care. *Am J Med* 1998 ; 105 : 192-7.

AUTOQUESTIONNAIRE **FMC**

1. Le traitement par laser est réservé aux varicosités les plus profondes alors que la microsclérose est plutôt à conseiller si celles-ci sont superficielles.

- a. vrai
- b. faux

2. Le traitement des varicosités par laser permet le traitement des veines d'alimentation sous-jacentes.

- a. vrai
- b. faux

3. Citer trois facteurs de risque de la maladie veineuse chronique parmi les suivants :

- a. l'âge
- b. le sexe
- c. le nombre de grossesses
- d. le tabac
- e. le diabète

4. L'œdème est l'un des signes cliniques les plus fréquemment retrouvés dans les varices essentielles des membres inférieurs.

- a. vrai
- b. faux

5. Le vélo et la marche font partie des sports conseillés dans la prévention de la maladie variqueuse.

- a. vrai
- b. faux

RÉPONSES **FMC**

1. b ; 2. b ; 3. a, b, c ; 4. b ; 5. a.



Abonnez-vous
Abonnez-vous
Abonnez-vous
Abonnez-vous
Abonnez-vous
Abonnez-vous
Abonnez-vous