

Les objectifs du CNCI pour l'ECN 2016	Plan
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostiquer une insuffisance veineuse chronique et/ou des varices. ▪ Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> I. DEFINITIONS II. PHYSIOPATHOLOGIE III. ETIOLOGIES IV. SIGNES CLINIQUES V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES VI. CLASSIFICATIONS DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE VII. EVOLUTION VIII. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS IX. TRAITEMENT X. SUIVI XI. CAS PARTICULIER

D'après les recommandations du Collège français de chirurgie vasculaire : repères pour les décisions en chirurgie vasculaire (mai 2006).

L'insuffisance veineuse chronique est la plus fréquente des maladies chroniques. Elle touche environ 30% de la population globale. Il s'agit d'un motif extrêmement fréquent de consultation médicale, qui est marqué par sa tendance à la chronicisation et à la survenue de complications.

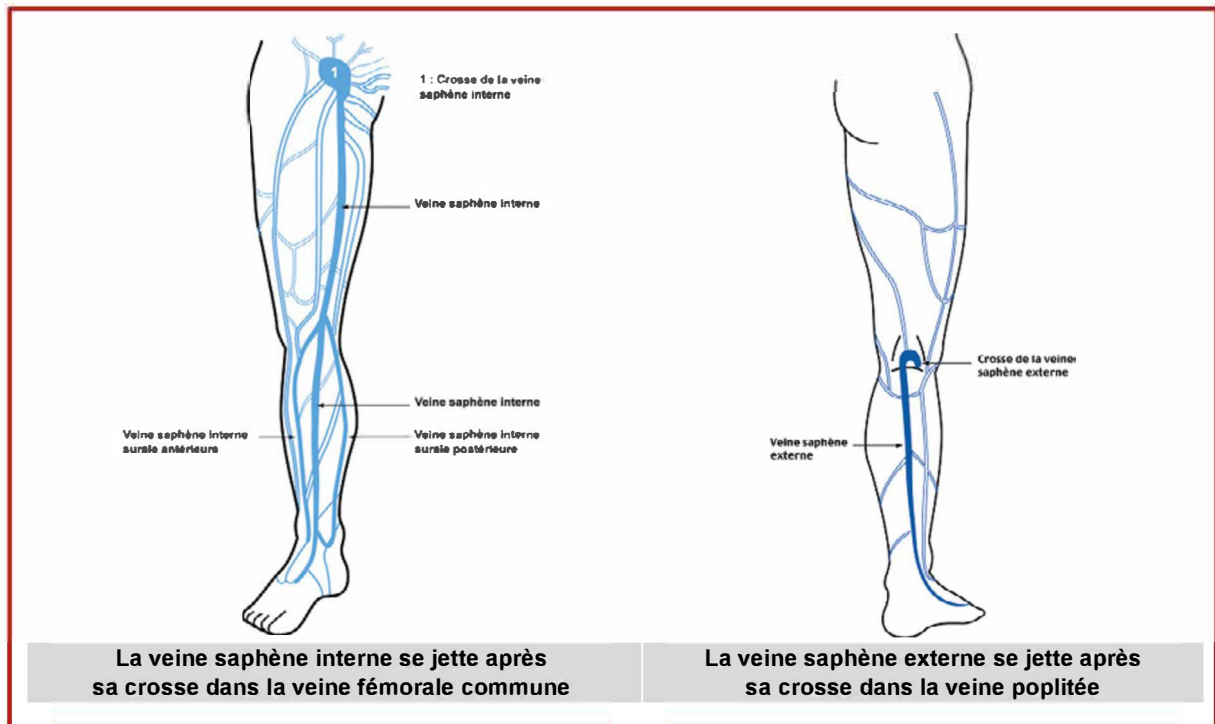
I. DEFINITIONS

- L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est définie comme une dysfonction du système veineux par incontinence valvulaire touchant le système veineux superficiel, ou profond, ou les 2, avec ou sans obstruction veineuse associée. Elle peut être **essentielle** (le plus souvent) ou **acquise**, liée notamment à une anomalie du réseau veineux profond.
- La **varice**, qui est une cause d'IVC, est une anomalie anatomique caractérisée par la dilatation permanente et pathologique d'une ou de plusieurs veines superficielles, avec incontinence de leurs valvules et un calibre > 3 mm. Les varices peuvent être fonctionnellement muettes et s'exprimer par un préjudice esthétique ou bien provoquer des signes d'IVC.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

A. RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

- Le système veineux des membres inférieurs comporte 2 réseaux : **réseau veineux profond**, qui draine 90% du retour veineux, et le réseau superficiel qui draine 10% du retour veineux.
- Le réseau superficiel (en cause dans les varices) est composé de 2 voies principales : la grande veine saphène (GVS), ou veine saphène interne, et la petite veine saphène (PVS), ou veine saphène externe.
- Il existe un système anastomotique d'une part entre le réseau saphène externe et interne (**veines communicantes**) et, d'autre part, entre le réseau superficiel et profond (**veines perforantes**).



B. PHYSIOLOGIE DU RETOUR VEINEUX

- Le retour veineux en orthostatisme se fait contre la pression orthostatique due à la pesanteur.
- Plusieurs mécanismes participent au retour veineux :

1-Les valvules

- Elles sont présentes dans toutes les veines du membre inférieur, au niveau des confluent veineux (valvules ostiales).
- Elles empêchent le sang de refluer dans le sens contraire du retour veineux. Leur intégrité est donc fondamentale pour un retour veineux normal.

2-Pression résiduelle

- Elle est due à l'éjection du ventricule gauche, bien atténuée après passage dans le réseau artériel, artériolaire et capillaire.

3-Rôle musculaire

- Le retour veineux est assuré par la semelle plantaire statique et le déroulement du pied, la pompe musculaire du mollet, le système abdomino-diaphragmatique.
- La contraction des muscles (surtout du mollet) dans une aponévrose inextensible va comprimer les veines et imprimer une impulsion au retour veineux grâce aux valvules qui rendent le courant unidirectionnel.
- L'IVC est secondaire à une incapacité des veines superficielles des membres inférieurs à assurer correctement le retour sanguin (« à chasser le sang »). Pour avoir une IVC, il faut 2 conditions :
 - Élévation chronique de la pression veineuse locale. Les membres inférieurs sont le lieu du corps où la pression veineuse est la plus élevée en permanence. **C'est la raison pour laquelle l'IVC siège quasi exclusivement aux membres inférieurs.**
 - Anomalie anatomique de la veine qui peut être d'origine génétique, congénitale, hormonale ou secondaire à une maladie post-phlébitique (TVP).

III. ETIOLOGIES

Causes d'IVC et de varices	
Primitives	Secondaires
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance veineuse superficielle essentielle (varices) ++++ • Insuffisance valvulaire profonde primitive <p>Facteurs favorisants des varices : prédominance féminine, âge, terrain familial, grossesse, obésité, constipation, striction vestimentaire, sédentarité, station debout prolongée, exposition prolongée à la chaleur, le chauffage par le sol, œstrogènes...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie post-thrombotique +++++++ • Syndrome compressif • Angiodysplasie veineuse • Déficience de la pompe musculaire du mollet

A. INSUFFISANCE VALVULAIRE PROFONDE PRIMITIVE

- Souvent rencontrée chez le sujet âgé, c'est une anomalie caractérisée par un **défait de coaptation des valvules**, créant un reflux valvulaire profond.
- Elle peut s'associer à des varices.
- Elle est à distinguer d'une agénésie valvulaire.
- Les mêmes hypothèses physiopathologiques que pour les varices essentielles sont évoquées.

B. INSUFFISANCE VEINEUSE SUPERFICIELLE (= VARICES)

- **Soit essentielle, ou primaire.** Les varices sont alors favorisées par l'âge, le terrain familial, la grossesse, l'obésité, la constipation, la striction vestimentaire, la sédentarité, la station debout prolongée, l'exposition prolongée à la chaleur, le chauffage par le sol.
- **Soit secondaire**, le plus souvent après une séquelle de TVP profonde ; parfois secondaire à une fistule artério-veineuse, une dysgénésie valvulaire profonde, une angiodysplasie veineuse (anomalie embryologique).

C. LA MALADIE POST-THROMBOTIQUE

- Survient après une thrombose veineuse. L'insuffisance veineuse est due à une destruction des valvules par la réaction inflammatoire locale et à la mise en jeu d'une collatéralité moins compétente.
- L'évolution peut se faire vers :
 - Un syndrome obstructif chronique, qui est lié soit à un thrombus séquellaire non résorbé, soit à la formation secondaire de synéchies veineuses. Les veines superficielles assurent initialement la collatéralité. Néanmoins, cette collatéralité peut devenir à terme insuffisante, avec apparition de varices.
 - Un syndrome de reperméation par recanalisation du thrombus qui s'accompagne d'un reflux valvulaire profond et d'une dégradation des parois veineuses.

D. LES SYNDROMES COMPRESSIFS

- **Syndrome de Cockett** défini par la compression de la veine iliaque primitive gauche par l'artère iliaque primitive droite (la veine cave étant à droite de l'aorte, la veine iliaque primitive gauche a un trajet en arrière de l'artère iliaque primitive droite).
- Compression des vaisseaux iliaques par une **tumeur pelvienne**.
- **Syndrome soléaire** défini par une compression des veines soléaires tibio-péronières par l'arcade du soléaire.

E. DEFICIENCE DE LA POMPE MUSCULAIRE DU MOLLET

- Peut être liée à une ankylose de cheville d'origine musculaire.

IV. SIGNES CLINIQUES

A. INTERROGATOIRE

- Antécédents familiaux (malformation génétique) ou personnels (anomalie congénitale) d'anomalies veineuses.
- Antécédents de phlébite.
- **Facteurs favorisants** : prédominance féminine, stase veineuse provoquée par la grossesse, l'obésité, la constipation, la striction vestimentaire, la sédentarité, la station debout prolongée, l'exposition prolongée à la chaleur, le chauffage par le sol, la prise d'œstroprogestatifs...
- **Signes fonctionnels** : jambes lourdes (+ marqué en fin de journée), douleur, prurit...
- A noter qu'il n'existe pas de corrélation entre la gêne fonctionnelle et l'importance des lésions veineuses.

B. SIGNES FONCTIONNELS

1-Lourdeurs et pesanteurs

- Notées chez 70% des consultants pour IVC.
- Siègent majoritairement au niveau des jambes et des mollets, à type de fatigabilité ou de simple gêne.
- Majorées en fin de journée, en période prémenstruelle, au cours de forte chaleur et en position debout ou assise prolongée. Elles sont calmées par la marche et la position allongée des jambes.

2-Les phlébalgies

- Ce sont des douleurs spécifiques d'un trajet veineux : surtout la saphène interne.

3-Les crampes

4-Les impatiences

- Ce sont des sensations d'engourdissement apparaissant lors de la position immobile, obligeant le patient à se mobiliser et, s'il est en position allongée, à se lever.
- C'est le **syndrome des jambes sans repos** dans lequel la stase veineuse de repos est mal tolérée et réclame la pompe musculaire.

5-La claudication veineuse

- Lourdeur musculaire apparaissant à la marche et présente dans certains syndromes post-thrombotiques.

6-Les œdèmes

7-Gêne esthétique : varices ou varicosités sans aucune gêne fonctionnelle

C. EXAMEN PHYSIQUE

1-Position du sujet

- Il doit être dévêtu, debout, son corps reposant sur le membre non concerné, **sur un escabeau de Phlébologie**.
- Cet examen est **bilatéral et comparatif**.
- L'examen de la veine grande saphène demande à ce que le membre concerné soit en rotation externe de 45° et en légère flexion. L'examen de la petite saphène demande à ce que le membre concerné soit légèrement fléchi (jambe sur cuisse), reposant sur le sol par le biais de la pointe du pied (le médecin étant derrière le sujet).

2-Inspection des veines et des téguments

- Télangiectasies (< 1 mm), veines réticulaires (< 3 mm), **varices (> 3 mm) visibles directement lors de l'inspection.**
- On distingue :
 - Les varices saphènes internes qui suivent le trajet de la GVS.
 - Les varices saphènes externes qui suivent le trajet de la PVS.
 - Les varices non systématisées.
- La palpation recherche aussi une induration au niveau de la veine, une douleur, une inflammation locale, évocatrice d'une thrombose superficielle.
- Il faut noter que l'apparition de varices chez un enfant doit faire rechercher une anomalie veineuse congénitale (avalvulation).
- L'auscultation de varices doit rechercher un souffle, évocateur d'une fistule artério-veineuse (thrill).
- L'IVC peut se manifester par différents signes cliniques :
 - Douleurs.
 - Œdème.
 - Conséquences dermatologiques :
 - × Dermite ocre.
 - × Atrophie blanche.
 - × Ulcères veineux de jambe, dont il faut préciser la taille, le nombre et éventuellement les entourer au feutre.
 - × Recherche d'une eczématisation, nécessitant un traitement spécifique (cf. question Ulcères de jambe).
- Signes en faveur d'une étiologie :
 - Varices.
 - Phlébite.
 - Angiomes veineux.
 - Compression pelvienne (touchers pelviens).
- Les manœuvres de palpation visent d'abord à objectiver l'incontinence valvulaire veineuse :
 - **Le signe du flot :** s'effectue sur patient allongé, en se servant des 2 mains. **On effectue des percussions répétées de la partie proximale de la veine saphène (partie distale du membre) avec un doigt, cela envoie une onde de pression qui est recherchée par un doigt de l'autre main sur la partie distale de la saphène (partie proximale du membre).** Le signe du flot permet de mieux repérer le trajet veineux lorsqu'il est mal perceptible spontanément ; cette manœuvre est répétée par segment de 5 cm de la partie proximale à la partie distale de la veine. **Il ne permet pas de tester le reflux valvulaire.**
 - **Le signe de Schwartz :** la percussion de la veine s'effectue en mode inverse de celui du signe du flot. Elle se réalise sur un patient debout. Le doigt qui percute est en aval veineux ; le doigt qui perçoit est en amont veineux (vers la partie distale du membre). Si l'onde de pression déclenchée rétrograde est perçue \Rightarrow c'est qu'elle a pu franchir la ou les valvules à contre-courant et qu'il existe une incontinence valvulaire. Les explorations actuelles rendent cette manœuvre d'intérêt secondaire.
 - **Epreuve de Trendelenburg :** on vide la jambe en la surélevant (le patient étant couché) et on met en place un garrot à la racine de la cuisse. Lorsque le patient se lève, normalement les veines superficielles se remplissent progressivement de bas en haut et l'ablation du garrot n'a aucun effet (ostium de la saphène interne continente). Si, par contre, les veines se remplissent brutalement à l'ablation du garrot, cela traduit l'incontinence de la valvule ostiale de la veine saphène interne.
 - **Epreuve des garrots étagés :** alors que les veines superficielles sont vidées en surélevant la jambe, 2 garrots sont placés à distance l'un de l'autre. Si, lors de la mise en position debout, le segment de veine entre les 2 garrots se remplit, c'est qu'il existe forcément une incontinence valvulaire des veines perforantes.



V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Le **diagnostic de varice et/ou d'IVC** est un **diagnostic essentiellement clinique**.
- L'examen clinique peut être prolongé par une **échographie-Doppler veineuse des membres inférieurs, dont les indications sont :**
 - Bilan préopératoire (*systématique ++++*).
 - Bilan pré-sclérose : cartographie, diamètre des varices.
 - Ulcère des membres inférieurs.
 - Suspicion de TVP.
- Les explorations Doppler permettent de résoudre les problèmes d'indications thérapeutiques et d'éliminer les varices post-phlébitiques.
- **L'écho-Doppler veineux :**
 - Confirme la réalité du diagnostic de varices, explore les **veines profondes**.
 - Recherche un reflux veineux pathologique (par insuffisance valvulaire ostiale ou tronculaire).
 - Recherche une incontinence de veine perforante.
 - Recherche des séquelles de TVP (reflux ou obstruction) ou de compression extrinsèque (syndrome de Cockett par exemple).
 - Recherche des signes de TVP (incompressibilité de la veine).
 - Permet de réaliser le **marquage cutané** préopératoire des différentes anomalies (permettant de guider le geste chirurgical).

VI. CLASSIFICATIONS DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE

- La **classification CEAP** est la plus utilisée en pratique courante.

CLASSIFICATION CEAP
C-POUR LES SIGNES CLINIQUES (GRADES 0-6)
<ul style="list-style-type: none"> ●- Pas de signe visible ou palpable 1- Présence de télangiectasies ou de veines réticulaires 2- Veines variqueuses 3- Œdème 4- Troubles trophiques : pigmentation, eczéma, hypodermite 5- Troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère cicatrisé 6- Troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère non cicatrisé
E-POUR ETIOLOGIE
<ul style="list-style-type: none"> C pour Congénital P pour Primaire S pour Secondaire
A-POUR ANATOMIE (ces lésions peuvent intéresser 1 seul ou plusieurs secteurs)
<ul style="list-style-type: none"> S pour Superficiel D pour profond P pour Perforant
P-POUR PHYSIOPATHOLOGIE (mécanisme responsable : ces 2 mécanismes peuvent être isolés ou associés)
<ul style="list-style-type: none"> R pour Reflux O pour Obstruction

VII. EVOLUTION

1-Les varices

- S'il existe un facteur causal aigu (= grossesse, prise de contraceptifs...), elles peuvent régresser lors de la disparition de ce facteur.
- Dans les autres cas, elles peuvent régresser (grâce au traitement entrepris), mais le plus souvent elles restent stables ou s'aggravent (cf. Complications).

2-L'IVC

- L'évolution, en l'absence de traitement, est marquée par une aggravation progressive et l'apparition de complications.

3-Complications aiguës

a-Les ruptures

- Rupture externe provoquée par un traumatisme au niveau d'un paquet variqueux
⇒ s'accompagne d'une **hémorragie externe souvent impressionnante** (nécessitant parfois une transfusion sanguine), le plus souvent sur des varicosités anciennes malléolaires.
- La rupture interstitielle correspond au déchirement d'une perforante lors d'un effort musculaire ; un hématome très douloureux apparaît.

b-Les thromboses

- La **thrombose veineuse superficielle** se manifeste par l'apparition d'un cordon inflammatoire, douloureux et chaud sur un trajet variqueux.
- Elle peut s'étendre au **réseau profond avec risque de thrombose veineuse profonde** dans un nombre de cas non négligeable (3 fois plus fréquent que chez le non variqueux), justifiant la pratique systématique d'un **écho-Doppler veineux**, car la prise en charge thérapeutique est **différente (risque d'EP)**.

4-Complications chroniques

- **La dermatite ocre** est liée à l'extravasation sanguine avec des dépôts pigmentaires (donnant un aspect purpurique et pigmenté). Elle débute à la partie inférieure et interne de la jambe. Parfois précédée de prurit.
- **La dermatite atrophique ou atrophie blanche de Millian** apparaît dans certaines IVC anciennes sous la forme de zones blanchâtres de siège malléolaire interne ou externe, généralement entourées de fines télangiectasies et associées à une importante insuffisance veineuse. Elle traduit une véritable ischémie cutanée. Elle précède et annonce souvent l'ulcère veineux.
- **Les hypodermes** associent un œdème permanent de la cheville accompagné de fibrose, de sclérose et de poussées inflammatoires. Au stade ultime, cela aboutit à une botte de lipodermatosclérose par rétraction scléreuse des zones dermo-hypodermiques.
- **L'eczéma variqueux** associe à la stase veineuse chronique une allergie mycosique ; il se caractérise par des lésions érythémato-vésiculeuses ou squameuses, sur le trajet des varices. Une mycose interdigitale des pieds peut être retrouvée ; les ongles peuvent être épaissis.
- **Les ulcères veineux chroniques** sont le plus souvent volumineux, indolores, siégeant autour de la cheville, avec des contours polycycliques (en carte de géographie). Ils ont une tendance à l'extension et peuvent se compliquer d'eczématisation et/ou de surinfection, pouvant aller jusqu'à l'arthrite de cheville. Ils sont en tout point différents de l'ulcère artériel.
- La **cancérisation est exceptionnelle**, mais justifie une biopsie en cas de bourgeonnement excessif.



VIII. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

1-Pour les varices

- Il existe *peu de diagnostics différentiels* en dehors de la dilatation des veines du sportif qui est physiologique.
- On peut citer :
 - Vicariances = collatéralité physiologique après TVP obstructive \Rightarrow le réseau veineux superficiel assure alors le drainage veineux du membre inférieur avec des veines superficielles dilatées mais fonctionnelles (\neq varices).
 - Les malformations vasculaires congénitales chez l'enfant.
 - Les fistules artério-veineuses post-traumatiques qui provoquent des dilatations veineuses et s'accompagnent d'un souffle et d'un thrill continu.
 - Les compressions pelviennes qui dilatent le réseau veineux en amont.
 - Les pathologies non veineuses : hernie crurale, kyste synovial, anévrisme poplité, hernie aponévrotique musculaire à la face externe de jambe (pouvant créer une dilatation veineuse de perforante incontinente).

2-Pour l'IVC

- Le problème ne se pose que lorsqu'il n'existe pas de varices associées. L'**écho-Doppler veineux** aide au diagnostic positif. En cas d'œdème isolé, les autres diagnostics à évoquer sont ceux d'œdèmes unilatéraux non inflammatoires (cf. question Œdème des membres inférieurs).

IX. TRAITEMENT

- **Il n'existe aucun traitement curatif car l'IVC est une maladie évolutive.**

A. PREVENTION

- Ne concerne que les **varices essentielles**. Il va de soi que la meilleure prévention des varices post-thrombotiques est le traitement adapté de la thrombose veineuse profonde.
- **But : corriger tout phénomène susceptible d'engendrer une augmentation permanente de la pression veineuse en position debout (hyperpression) afin de prévenir l'œdème, les troubles trophiques, les ulcères de jambe et la survenue de complications.**

1-Utiliser la pompe musculaire

- La station debout prolongée immobile, la position assise jambes croisées sont à éviter.
- **L'activité physique régulière est conseillée.**

2-Favoriser le drainage veineux

- Surélever les pieds du lit de 10 cm ou effectuer des mouvements de pédalage jambes en l'air avant l'endormissement.

3-Eviter l'exposition à la chaleur

4-Lutter contre le surpoids ; régime riche en fibres pour lutter contre une constipation chronique

B. TRAITEMENT MEDICAL

1-Médicaments veino-actifs ou veinotropes

- Il n'a jamais été démontré que ces médicaments puissent avoir un effet prophylactique en ce qui concerne la survenue de l'aggravation d'une IVC.
- Leur effet étant faible, ils ont donc peu d'intérêt et gardent pour certains **une indication en présence d'une gêne fonctionnelle** (en particulier devant des jambes lourdes, des douleurs et des impatiences).
- Leur efficacité est très variable d'un patient à l'autre.
- La gêne esthétique ne justifie pas la prise d'un veino-actif.

2-La compression élastique

- Classée en fonction du degré de contention qu'elle exerce sur le membre inférieur : contention faible (classe I), contention moyenne (classe II), contention forte (classe III), contention très forte (classe IV).
- **Moyens** : bas à varices auto-fixants remontant jusqu'à mi-cuisses, collants de contention, chaussettes de contention et bandes (plus faciles à poser si ulcère veineux).
- Son efficacité est maximale si elle est mise le matin au réveil avant d'avoir posé le pied par terre (le sang n'ayant pu refluer dans le membre inférieur).
- **Les indications des bas de contention sont :**
 - Prévention de l'aggravation d'une IVC dans le cas de professions exposées (debout).
 - Prévention d'une IVC au cours de la grossesse.
 - Régression de la gêne fonctionnelle d'une IVC.
 - Impossibilité, contre-indication ou complémentarité à une chirurgie ou sclérose de varices.
 - Traitement complémentaire des troubles trophiques veineux (tous types), de lymphœdèmes.
 - Pour rappel, très important en prévention du syndrome post-thrombotique dans le traitement d'une thrombose veineuse profonde des MI (voir question MTEV).
- Les contre-indications classiques de la compression médicale sont l'AOMI sévère avec IPS < 0,5, la micro-angiopathie diabétique évoluée, la *phlegmatia cerulea dolens*, la thrombose septique.

3-Cure thermique (= crénothérapie)

- Cure de 21 jours, après entente préalable avec la Sécurité Sociale.
- Indiquée en cas de gêne clinique persistante après une prise en charge médicale et/ou chirurgicale adaptée.
- **Indications :**
 - IVC avec signes cutanés de sévérité, de la dermite pigmentée à l'ulcère.
 - Maladie post-thrombotique invalidante.
 - Œdème veineux et syndrome des jambes lourdes invalidants.
 - Lymphœdème avec ou sans fibrose.
 - Acrosyndromes mal tolérés : Raynaud, acrocyanose.
- **Non indications :**
 - Varices non compliquées.
 - Jambes lourdes isolées (prévention des varices).

C. SCLEROTHERAPIE

1-Les principes

- La sclérothérapie, qui peut être écho-guidée, consiste en l'injection d'un produit sclérosant (parfois sous forme de mousse) dans la veine superficielle.
- Le produit injecté va léser l'endothélium et la partie sous-jacente de la média, va évoluer vers un tissu conjonctif cicatriciel nommé « *sclerus* », différent d'un thrombus.

2-Indications

- Varices sur un tronc saphène, en évitant une varice de trop grand diamètre (moins de 1 cm).
- Sclérose des perforantes qui peuvent entretenir des récives variqueuses.
- Varices des collatérales des troncs saphènes, après s'être assuré que les varices ou les reflux des systèmes ci-dessus aient été préalablement traités.

3-Contre-indications

- Antécédent de thrombose veineuse profonde.
- Foramen ovale perméable connu et symptomatique.

4-Complications

- Réaction inflammatoire locale avec risque de thrombose veineuse superficielle (en cas de surdosage).
- Risque de pigmentation.
- Hématome.
- Hypodermite ou nécrose cutanée en cas d'extravasation du produit.
- L'injection intra-artérielle est exceptionnelle, mais gravissime (risque de nécrose musculaire, voire d'amputation).

D. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il s'agit d'un traitement efficace, mais qui n'empêche pas les récurrences à 100%. Il supprime le réseau de suppléance en cas de thrombose veineuse profonde :

- Les buts du traitement chirurgical peuvent être de corriger le préjudice esthétique, de prévenir les récurrences d'ulcère de jambe, de raccourcir leur délai de cicatrisation, d'améliorer la qualité de vie des patients porteurs de troubles trophiques ou d'améliorer les symptômes fonctionnels liés aux varices.
- Une indication de traitement chirurgical ne se conçoit que si le malade présente réellement des varices.
- A l'inverse, en l'absence de varices, l'existence d'un reflux isolé asymptomatique n'est pas un argument suffisant pour pratiquer un éveilage.
- La chirurgie doit être uniquement réservée aux **veines réellement pathologiques**, notamment chez le patient poly-athéromateux (chez qui la veine saphène pourra être éventuellement utilisée au cours d'un pontage aorto-coronarien ou fémoro-poplité).
- Le traitement chirurgical est contre-indiqué en cas de syndrome obstructif veineux (le plus souvent post-thrombotique).
- La technique de référence est le **stripping** de la grande ou de la petite saphène (GVS ou PVS) associé ou non à une ligature de perforantes +/- des phlébectomies complémentaires.
- Il est réalisé sous anesthésie locale, générale, ou rachianesthésie.



Marquage de varices avant stripping

1-Principe du stripping

- Après marquage cutané guidé par l'écho-Doppler, on isole la GVS à sa partie proximale. Puis on monte un stripper par l'incision proximale, que l'on récupère dans la crosse de la GVS.
- Ainsi, on peut retirer toute la veine par éversion.

2-Principe de la phlébectomie

- La phlébectomie constitue un traitement complémentaire du traitement de l'insuffisance veineuse superficielle ou des perforantes.
- Elle consiste à retirer les collatérales des veines saphènes au crochet par des micro-incisions cutanées.

3-Principe chirurgical du CHIVA (Cure Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire)

- C'est une technique peu pratiquée, conservatrice, qui peut être proposée lorsque le schéma de l'insuffisance veineuse s'y prête. Elle est basée sur le fractionnement de la colonne de pression hydrostatique, la conservation du réseau saphène et la suppression des reflux.
- On déconnecte seulement la GVS, ainsi que les collatérales de la crosse de la GVS sans la stripper. Son but est de provoquer l'affaissement des veines superficielles anormales.

4-La place du traitement endovasculaire par laser ou radiofréquence avec sclérose des varices est en cours d'évaluation. Il semble donner de bons résultats

5-Les complications de la chirurgie sont rares

- Les risques liés aux différents types d'anesthésies.
- Un hématome au niveau du Scarpa (peut évoluer vers un abcès) ou sur le trajet du stripping.
- Des paresthésies résiduelles en cas de lésion du nerf saphène interne ou externe (l'atteinte du NSE est plus invalidante que celle du NSI).
- Les thromboses veineuses.
- A long terme : la récurrence (entre 3 et 20% à 5 ans).

E. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS**1-Ulcères**

- Désinfection locale stricte.
- SAT + VAT +++++.
- Contention élastique = « compression médicale ».
- Déterision chirurgicale si nécessaire.
- Application de corps gras.
- En dernier recours, greffe de peau.
- Le stripping de la GVS doit s'arrêter avant l'atteinte cutanée (+++).

2-Surinfection locale (prélèvements bactériologiques +++)

- Pommade à base d'antibiotiques.
- Antibiothérapie générale si infection systémique.

3-Eczématisation

- Pommade à base de corticoïdes.

4-Hémorragie

- Elle est due à la rupture d'un cordon variqueux, suite le plus souvent à un traumatisme local (traumatisme pouvant être minime). L'hémorragie peut être très importante.
- Son traitement d'urgence repose sur la surélévation de la jambe et la mise en place d'un pansement compressif. *Un traitement définitif doit être envisagé rapidement.*

5-La phlébite superficielle (= thrombose veineuse superficielle)

- La thrombose au niveau d'une varice se manifeste par la présence d'un cordon induré, inflammatoire et douloureux, qui signe le diagnostic. Sa survenue peut accélérer l'évolution d'une insuffisance veineuse chronique (par augmentation de l'hyperpression veineuse).
- Pansement alcoolisé si cordon induré inflammatoire (thrombose veineuse superficielle du membre supérieur, après perfusion, par exemple).
- Le traitement a longtemps été controversé : AINS, repos au lit, HBPM, voire chirurgie.
- **Les dernières études vont dans le sens d'un traitement associant :**
 - **Fondaparinux ARIXTRA® 2,5 mg : 1 injection/jour pendant 45 jours.**
 - **ET contention élastique classe III.**
- Un traitement anticoagulant efficace prolongé ne sera prescrit que si la phlébite atteint le réseau veineux profond (cf. question MTEV, prise en charge d'un TVP).

X. SUIVI

- Suivi phlébologique annuel.
- Règles d'hygiène veineuse, notamment au travail.
- Education du patient sur le caractère évolutif et chronique de la maladie veineuse.

XI. CAS PARTICULIER : LA MALADIE POST-THROMBOTIQUE (= post-phlébitique)

- Elle correspond à une des causes d'IVC. Toutefois, sa fréquence et surtout son caractère de gravité par rapport aux autres causes d'IVC en font une maladie à part entière.
- Cette maladie se développe plusieurs années après un **épisode de TVP** qui a été ou non diagnostiqué.
- On estime qu'entre 5 et 10 ans après une phlébite, 50% des patients vont développer une IVC.
- **Physiopathologie** : obstruction d'une veine profonde avec destruction valvulaire au niveau du thrombus et élévation des pressions en amont de la thrombose. Ces 2 facteurs sont responsables d'une redistribution du retour veineux vers le réseau superficiel.
- **Clinique** : les signes cliniques sont ceux d'un antécédent de phlébite et de signes d'IVC. Toutefois, il faut noter que les signes cliniques sont en général plus sévères que pour les autres étiologies d'IVC.
- Le diagnostic définitif est apporté par l'écho-Doppler veineux qui retrouve une séquelle de TVP.
- Traitement :
 - **Préventif +++** : anticoagulation efficace et contention élastique lors du diagnostic de phlébite.
 - **Curatif** : voir traitement de l'IVC.

FICHE FLASH : INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE ET VARICES

I. DEFINITIONS

- L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est définie comme une dysfonction du système veineux par incontinence valvulaire touchant le système veineux superficiel, profond, ou les 2.
- La varice, qui est une cause d'IVC, est une anomalie anatomique caractérisée par la dilatation permanente (calibre > 3 mm) et pathologique d'une ou de plusieurs veines superficielles. Télangiectasies (diamètre < 1 mm), veines réticulaires (diamètre < 3 mm).

II. PHYSIOPATHOLOGIE

- **2 conditions pour développer une IVC :**
 - Elévation chronique de la pression veineuse locale. Toutefois, cette hyperpression est nécessaire mais non suffisante.
 - Anomalie anatomique de la veine.
- **2 conséquences :**
 - Reflux par incontinence valvulaire veineuse.
 - Obstacle à l'écoulement veineux.

III. ETIOLOGIES

Causes d'IVC primitive	Causes d'IVC secondaire
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance veineuse superficielle essentielle (varices) ++++ • Insuffisance valvulaire profonde primitive <p>Facteurs favorisants des varices : prédominance féminine, âge, terrain familial, grossesse, obésité, constipation, striction vestimentaire, sédentarité, station debout prolongée, exposition prolongée à la chaleur, chauffage par le sol, œstrogènes...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie post-thrombotique ++++++ • Syndrome compressif • Angiodysplasie veineuse • Déficience de la pompe musculaire du mollet

IV. SIGNES CLINIQUES

1-Antécédents personnels (phlébite, varices) et familiaux (facteur génétique)

2-Signes fonctionnels

- Jambes lourdes (+ marqué en fin de journée), douleur, prurit, crampes, impatiences, œdèmes...
- Signes fonctionnels souvent aggravés par la chaleur, la fatigue, la position assise ou debout prolongée ; calmée par le froid, la marche, la surélévation des jambes.

3-Examen clinique

- Diagnostic à l'inspection et à la palpation : télangiectasies et veines réticulaires (< 3 mm), varices (> 3 mm).
- Auscultation à la recherche d'un souffle (FAV).
- Examen dermatologique : dermite ocre, atrophie blanche, ulcère veineux de jambe.
- Signes en faveur d'une étiologie : varices, phlébite, angiomes veineux, compression pelvienne.
- Manœuvre à la recherche d'une incontinence valvulaire : signe du flot +++.

V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES = écho-Doppler veineux superficiel et profond des membres inférieurs

- **Indications :**
 - Systématique en bilan préopératoire ou pré-sclérose.
 - Ulcère des membres inférieurs.
 - Suspicion de thrombose veineuse profonde et de maladie post-phlébitique.
- **L'écho-Doppler veineux :**
 - Confirme et précise la réalité du diagnostic de varices, explore les veines profondes.
 - Recherche un reflux veineux pathologique (par insuffisance valvulaire ostiale ou tronculaire).
 - Recherche une incontinence de veine perforante.
 - Recherche des séquelles de TVP (reflux ou obstruction) ou de compression extrinsèque (syndrome de Cockett par exemple).
 - Recherche des signes de TVP (incompressibilité de la veine).
 - Permet de réaliser le *marquage cutané* préopératoire des différentes anomalies (guide le geste chirurgical).

VI. CLASSIFICATION CEAP DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE (cf. Tableau ci-dessous)

VII. COMPLICATIONS

A. POUR LES VARICES

1-L'hémorragie

- Correspond à la rupture d'un cordon variqueux, suite le plus souvent à un traumatisme local (traumatisme pouvant être minime). L'hémorragie peut être très importante.
- Son traitement d'urgence repose sur la surélévation de la jambe et la mise en place d'un pansement compressif. Un traitement définitif doit être envisagé rapidement.

2-La phlébite superficielle (= thrombose veineuse superficielle)

- Signes cliniques : cordon induré, douloureux, inflammatoire.

B. POUR L'IVC

- Complications dermatologiques :
 - Troubles trophiques : dermite ocre ou blanche ; *dermite atrophique ou atrophie blanche de Millian*.
 - Hypodermite : œdème au début intermittent puis constant, pouvant être associé à une sclérose de la peau.
 - Ulcères veineux de jambe : indolores, siégeant autour de la cheville, avec des contours polycycliques (en carte de géographie). Complications : eczématisation et/ou surinfection, pouvant aller jusqu'à l'arthrite de cheville. Cancérisation exceptionnelle, mais justifie une biopsie de tout ulcère variqueux en cas de bourgeonnement.

VIII. PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Il n'existe aucun traitement curatif car l'IVC est une maladie évolutive

1-Mesures symptomatiques

- Décubitus prolongé lors des crises.
- Exercice physique ; favoriser le drainage veineux ; éviter l'exposition à la chaleur ; éviter un surpoids.
- Médicaments veinotoniques.
- Eviction des circonstances favorisantes : chaleur, prise de contraceptifs, chauffage par le sol...
- Contention élastique ++, adaptée à la taille du patient.
- Cure thermique.

2-Traitement interventionnel

- Uniquement si le patient présente réellement des varices importantes et/ou symptomatiques. A l'inverse, en l'absence de varices, si reflux veineux isolé asymptomatique : pas de traitement interventionnel.
- Principales méthodes :
 - Sclérothérapie ++.
 - Chirurgie : stripping ++++++ ou phlébectomies.

3-Traitement des complications

- Ulcères :
 - Désinfection locale stricte.
 - SAT + VAT +++++.
 - Contention élastique ++.
 - Détersion chirurgicale si nécessaire ; application de corps gras.
 - En dernier recours, greffe de peau.
- Surinfection locale :
 - Pommade à base d'antibiotiques.
 - Antibiothérapie générale si infection systémique.
- Eczématisation :
 - Pommade à base de corticoïdes, en périphérie de l'ulcère.
- Hémorragie :
 - Surélévation de la jambe + un pansement compressif.
- Phlébite superficielle (thrombose veineuse superficielle du membre supérieur, après perfusion, par exemple) :
 - Pansement alcoolisé si cordon induré inflammatoire.
 - Le traitement a longtemps été controversé : AINS, repos au lit, HBPM, voire chirurgie.
 - Les dernières études vont dans le sens d'un traitement associant fondaparinux ARIXTRA® 2.5 mg 1 injection/jour pendant 45 jours ET contention élastique classe III.
 - Un traitement anticoagulant efficace prolongé ne sera prescrit que si la phlébite atteint le réseau veineux profond (cf. question MTEV, Prise en charge d'un TVP).

CLASSIFICATION CEAP	
C-POUR LES SIGNES CLINIQUES (GRADES 0-6)	
0-	Pas de signe visible ou palpable
1-	Présence de téléangiectasies ou de veines réticulaires
2-	Veines variqueuses
3-	Œdème
4-	Troubles trophiques : pigmentation, eczéma, hypodermite
5-	Troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère cicatrisé
6-	Troubles trophiques comme définis dans 4 avec ulcère non cicatrisé
E-POUR ETIOLOGIE	
C pour	Congénital
P pour	Primaire
S pour	Secondaire
A-POUR ANATOMIE (ces lésions peuvent intéresser 1 seul ou plusieurs secteurs)	
S pour	Superficiel
D pour	profond
P pour	Perforant
P-POUR PHYSIOPATHOLOGIE (mécanisme responsable : ces 2 mécanismes peuvent être isolés ou associés)	
R pour	Reflux
O pour	Obstruction