

# Traitement de la maladie veineuse chronique

A. A. Ramelet

**Le traitement de la maladie veineuse chronique (MVC) est essentiel, quel que soit le stade de son évolution, tant pour soulager le patient de ses symptômes, que pour prévenir les complications ou la lente dégradation d'une maladie évolutive. La nouvelle classification basée sur des critères cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques (CEAP) permet d'ordonner les différents stades de la MVC de manière cohérente, ce qui facilite également le choix du traitement optimal.**

**De nombreuses mesures et thérapeutiques effi-**

**caces permettent au patient souffrant de MVC de vivre en meilleure harmonie avec son affection (hygiène de vie, physiothérapie, compression, médicaments veino-actifs), de corriger avec succès le reflux veineux (chirurgie, phlébectomie, sclérothérapie) et d'améliorer l'esthétique de la jambe variqueuse (chirurgie, phlébectomie, sclérothérapie et, dans une faible mesure, laser). Le traitement du sujet âgé diffère parfois de celui du sujet plus jeune, en tenant compte de la répercussion de la maladie, de son évolutivité et du pronostic vital.**

## Mots-clés :

- maladie veineuse chronique
- gérontologie
- varices
- ulcère de jambe
- classification CEAP

## Treatment of chronic venous disorders

*Chronic venous disease (CVD) requires treatment at all stages in its course (as defined in the CEAP), both to alleviate symptoms and to prevent complications or delay progression. Many effective interventions are available, whether to aid patients in coping with the disease (lifestyle changes, physiotherapy, compression, venoactive drugs) and/or to correct venous reflux and improve aesthetics (sclerotherapy, various surgical techniques, and laser therapy). Treatment's choice may vary in elderly, depending on CVD's repercussion, evolutivity and vital prognostic.*

Med Hyg 2004 ; 62 : 481-7

La maladie veineuse chronique (MVC) entraîne des souffrances et un coût socio-économique considérable, supérieur à 2% des budgets de santé occidentaux.<sup>1,2</sup> Sa prévalence augmente linéairement avec l'âge. Si 1% de la population présentera un ou plusieurs épisodes d'ulcère veineux en cours de vie, la prévalence des ulcères de jambe chez les sujets de plus de 70 ans d'une population rurale suédoise a été évaluée à 12,6%.<sup>3</sup> La prise en charge de la MVC est essentielle à tout âge, tant pour soulager les patients que pour limiter son évolutivité et les frais supplémentaires qui en résultent. Cinquante pour cent des ulcères de jambe veineux dans les pays occidentaux ne proviennent-ils pas d'une insuffisance veineuse superficielle négligée et auraient-ils pu être évités si le malade avait été correctement pris en charge plus tôt?<sup>1,4,5</sup>

La phlébologie n'a pas encore beaucoup bénéficié de l'evidence-based medicine (EBM), pour probablement plusieurs raisons :

- absence d'une classification claire et universelle reconnue (la classification basée sur des critères cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques (CEAP) va probablement jouer ce rôle, surtout si l'on affine les classes C<sub>1</sub> à C<sub>4</sub>) ;

- variabilité de la présentation de la MVC et de son évolutivité, nécessitant de grands collectifs pour être parfaitement comparables ;

- manque d'intérêt des milieux hospitaliers pour la MVC, de grandes études prospectives multicentriques étant difficiles à réaliser en pratique privée ;

- problèmes éthiques et pratiques de ne pas proposer un traitement considéré comme optimal, tant par l'expérience que par les conférences de consensus.

Ainsi, l'intérêt de mesures apparemment aussi évidentes que l'hygiène de vie n'a jamais été démontré. Peu d'études comparatives ont été consacrées à la sclérothérapie, à la chirurgie ou à la compression. Seuls les médicaments veino-actifs (MVA), curieusement décriés par certains

ignares, ont fait l'objet de travaux cliniques récents et de méta-analyses bien conduits, souvent publiés dans des revues prestigieuses. En l'absence d'études EBM suffisantes, de nombreuses conférences de consensus ont permis de déterminer l'avis d'experts sur les meilleurs traitements phlébologiques et leurs indications. Mais il faut relever que le problème spécifique du patient âgé n'a guère été étudié, en dehors du traitement de l'ulcère de jambe.

## Classifications

Widmer et ses collaborateurs en ont été les pionniers. La classification en trois stades, proposée lors des études de Bâle, est simple. Elle est encore utilisée, même si une approche plus nuancée est souhaitable.<sup>1</sup>

La CEAP est basée sur des critères cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques (tableaux 1-4), qui peuvent être complétés par des scores de sévérité. Elle est imparfaite, en particulier pour la maladie veineuse superficielle, mais elle est destinée à s'améliorer régulièrement et devient incontournable.<sup>2</sup>

Cette classification permet de distinguer aisément MVC et IVC, qui sont trop souvent confondues. La *maladie veineuse chronique* (MVC) englobe l'ensemble des anomalies cliniques (symptômes ou signes) résultant d'une pathologie des veines des membres inférieurs et évoluant sur un mode chronique, alors que l'*insuffisance veineuse chronique* (IVC) correspond à la décompensation de la maladie veineuse, d'origine superficielle et/ou profonde (classes C<sub>4,5,6</sub> de la CEAP).

## Evaluation de la MVC

Aucun traitement des signes de la MVC ne peut être entrepris sans une évaluation clinique

Classe	Description des signes
C0	Pas de signe visible ou palpable de maladie veineuse
C1	Présence de téléangiectasies ou de varices réticulaires
C2	Veines variqueuses
C3	Œdème
C4	Altérations cutanées* d'origine veineuse : pigmentation, eczéma veineux, hypodermite
C5	Altérations cutanées* comme définies dans C4 avec ulcère cicatrisé
C6	Altérations cutanées* comme définies dans C4 avec ulcère non cicatrisé

complété par la rubrique: (A) pour asymptomatique, (S) pour symptomatique

**Tableau 1. Classification clinique (C).**

\*Le terme d'altérations cutanées et du tissu cellulaire sous-cutané est souvent désigné en français sous le vocable troubles trophiques.

méticuleuse, qui doit comprendre au moins un Doppler, de préférence un écho-Doppler (ED, duplex), même si les lésions visibles paraissent discrètes.<sup>1,2,6</sup> L'ED, en particulier, permet de classer l'atteinte du sujet examiné dans la nouvelle CEAP. C'est sur cette base que l'on peut proposer un traitement, ce que nous ferons dans ce travail en nous basant sur le caractère clinique (C<sub>0</sub>-C<sub>6</sub>) et les symptômes exprimés par le patient (S = symptomatique, A = asymptomatique) de la classification CEAP.

Cette approche est aussi justifiée chez le patient âgé, en orientant le bilan aussi bien sur le versant artériel que veineux, sans oublier la recherche d'autres pathologies majeures, telles que le diabète, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque. Les particularités du traitement du patient âgé seront mentionnées pour chaque option thérapeutique.

### Traitements à disposition

Ceux-ci peuvent être médicaux (hygiène de vie, compression élastique, MVA) ou chirurgicaux (chirurgie, phlébectomie, sclérose, lasers).

Le cadre limité de ce travail impose des choix. Nous proposons ainsi une attitude très générale, sans prendre en compte les cas particuliers, l'état de santé du patient ou encore certains facteurs de risque associés, tels que le tabagisme qui incite à une plus grande retenue avant de sacrifier une saphène, vu le caractère de greffon potentiel de cette veine. Nous n'aborderons pas non plus le traitement spécifique de l'ulcère de jambe, même s'il est évident qu'il faut éliminer un reflux veineux superficiel lorsque ce dernier est à l'origine de l'ulcère.

Le choix du traitement dépend largement de

la présence de symptômes en l'absence de signes visibles de MVC ou lors de varices non compliquées (classes C<sub>0</sub> à C<sub>2</sub>). Les critères spécifiques du choix thérapeutique du patient âgé seront mentionnés dans chaque rubrique thérapeutique.

Les thromboses veineuses profonde et superficielle ne font pas partie de la CEAP, alors qu'elles compliquent la MVC. D'autre part, la prévention de la thrombose ou des varices au cours de la grossesse recourt également à une partie des traitements mentionnés ci-dessous. Pour cette raison, ces différentes situations sont également mentionnées dans le tableau récapitulatif.

### Hygiène de vie

Efficaces et peu onéreuses, différentes mesures visent à encourager le mouvement: marche, gymnastique antistase, respiration profonde.<sup>1,2</sup> Contrairement à une idée reçue, la pression veineuse périphérique s'abaisse moins lors d'un effort important que lors de la marche régulière.<sup>7</sup> Ce point est important, car il rassure les patients sédentaires, en particulier âgés, qui n'adhéreront jamais à un programme sportif trop intensif! Un patient présentant une insuffisance cardiaque ou une ankylose articulaire peut s'adonner à une marche régulière à plat, favori-

Classe	Etiologies
E <sub>C</sub>	Congénitale
E <sub>P</sub>	Primitive, donc de cause indéterminée
E <sub>S</sub>	Secondaire de cause identifiable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Post-thrombotique</li> <li>• Post-traumatique</li> <li>• Autre</li> </ul>

**Tableau 2. Classification étiologique (E).**

Classe	Physiopathologie
P <sub>R</sub>	Reflux
P <sub>O</sub>	Obstruction
P <sub>R,O</sub>	Association des deux mécanismes

**Tableau 4. Classification physiopathologique (P).**

Classe	Anatomie
<b>A<sub>S</sub> Système veineux superficiel</b>	
1	Télangiectasies, varices réticulaires
2	Grande veine saphène (GVS) au-dessus du genou
3	Grande veine saphène (GVS) au-dessous du genou
4	Petite veine saphène
5	Non saphène
<b>A<sub>D</sub> Système veineux profond</b>	
6	Veine cave inférieure
7	Veine iliaque commune
8	Veine iliaque interne
9	Veine iliaque externe
10	Veines pelviennes : génitale, ligament large, etc.
11	Veine fémorale commune
12	Veine fémorale profonde
13	Veine fémorale (superficielle)
14	Veine poplitée
15	Veines jambières (ou crurales) : tibiales antérieures, postérieures et fibulaires
16	Veines musculaires, gastrocnémiennes, soléaires, autres
<b>A<sub>P</sub> Veines perforantes</b>	
17	A la cuisse
18	A la jambe

**Tableau 3. Classification anatomique (A).**

(D = Deep = Profond).

**Bibliographie**

- 1 Ramelet AA, Monti M. *Phlébologie*, 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 1999.
- 2 Ramelet AA, Kern P, Perrin M. *Les varices et télangiectasies*. Paris : Masson, 2003.
- 3 Marklund B, Sülau T, Lindholm C. Prevalence of non healed and healed chronic leg ulcers in an elderly rural population. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18 : 58-60.
- 4 Grabs AJ, Wakely MC, Nyamekye I, Ghauri AS, Poskitt KR. Colour duplex ultrasonography in the rational management of chronic venous leg ulcers. *Br J Surg* 1996; 83 : 1380-2.
- 5 Bello M, Scriven M, Hartshome T, et al. Role of superficial ulceration in the treatment of venous ulceration. *Brit J Surg* 1999; 86 : 755-9.
- 6 Nicolaidis AN. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement. *Circulation*

sant la stimulation de son retour veineux et le maintien de la trophicité musculaire.

Certains sports sont favorables, car ils associent des mouvements rythmés des articulations de la cheville et du mollet, précédés si possible d'un écrasement des veines collectrices plantaires. C'est le cas en particulier de la natation : la pression veineuse périphérique est atténuée par trois phénomènes simultanés, la position horizontale, le mouvement rythmé de la cheville et de la jambe, la pression de l'eau, sans compter l'effet veinoconstricteur de l'eau froide. La gymnastique dans l'eau peut être pratiquée à un âge avancé, même en présence d'une atteinte articulaire. D'autres sports sont défavorables, provoquant des à-coups dans la colonne sanguine (tennis) ou un effort abdominal excessif (haltérophilie).

Le repos devrait se faire en position de drainage veineux, position à adopter également en milieu de journée si possible.<sup>8</sup>

Le froid (bains ou douches) a un effet vasoconstricteur favorable et les patients en ressentent les bienfaits.

**Physiothérapie**

Elle est bénéfique, en particulier lorsqu'elle vise à améliorer la mobilisation de la cheville et à lutter contre son ankylose, fréquente chez le patient âgé, en particulier souffrant d'ulcère de jambe.<sup>1,2,8</sup>

Le drainage lymphatique manuel est indiqué en présence d'une défaillance lymphatique, que l'on peut observer dans les classes C<sub>3-6</sub> de la MVC.

**Compression et contention élastique**

Clé de voûte des traitements phlébologiques, la compression corrige l'hyperpression veineuse périphérique, diminue le diamètre des vaisseaux superficiels, entraîne une régression partielle des altérations pariétales et prévient les complications thrombotiques.<sup>9,10</sup>

Il faut distinguer la contention élastique (faible pression au repos d'une bande inélastique, non extensible, forte pression au mouvement lors des contractions de la masse musculaire du mollet) de la compression élastique (compression permanente au repos, peu influencée par le mouvement).<sup>9,10</sup>

La contention est principalement indiquée pour la fonte d'un œdème, le traitement d'une thrombose ou encore d'un ulcère de jambe.

La compression peut être légère (bas de soutien des grands magasins, compression A) ou plus importante, la pression exercée par les bas variant selon leur classe (nomenclature suisse):

- I (18-25 mmHg);
- II (26-34 mmHg);
- III (bas de plus de 37 mmHg).

Malheureusement, il n'y a pas encore de consensus international sur les classes de bas, ce qui explique quelques variations entre différents pays.

Il est essentiel d'adapter cette pression à la situation du malade, un bas léger suffisant à soulager les symptômes de la maladie veineuse superficielle, la prescription d'un bas fort étant impérative en présence d'une hypodermite scléreuse ou d'un ulcère (C<sub>4</sub> à C<sub>6</sub>).

La compliance à long terme du malade est souvent insuffisante. Il faut l'encourager régulièrement et faire preuve de beaucoup de persuasion jusqu'à ce qu'il adopte sa compression, car il en a compris les bienfaits.

Le patient âgé a souvent de la peine à poser une bande de compression ou à enfiler ses bas (arthrose de la hanche, des doigts...). On peut pallier ce problème de plusieurs manières:

- pose par une infirmière d'une contention

Groupe	Substance	Origine	Posologie (mg/j)	Nombre de prises/j	Récents travaux en double aveugle randomisés
<b>Benzopyrones - Alpha - benzopyrones</b>	Coumarine (en association seulement)	Mélilot <i>Melilotus officinalis L.</i> Aspérule odorante <i>Asperula odorata L.</i>	90 mg/j associé à 540 mg/j troxérutine	3 x	+
	<b>- Gamma - benzopyrones (flavonoïdes)</b>	Diosmine et fraction flavonoïque purifiée micronisée	<i>Citrus spp.</i> <i>Sophora japonica L.</i>	1000	1 ou 2 x
	Rutine et rutosides O-(β-hydroxy-éthyl)-rutosides (troxérutine, HR)	<i>Sophora japonica L.</i> <i>Eucalyptus spp.</i> <i>Fagopyrum esculentum M.</i>	2 x 500 à 2 x 1000	1 ou 2 x	+
<b>Saponines</b>	Escine	Marron d'Inde <i>Aesculus hippocastanum L.</i>	3 x 40 puis 3 x 20	3 x	+
	Extraits de Ruscus	Ruscus (petit houx) <i>Ruscus aculeatus L.</i>	2-3 x 1 cp	2-3 x	+
<b>Autres extraits végétaux</b>	Anthocyanes	Myrtilles <i>Vaccinium myrtillus L.</i>	2 x 58	2 x	
	Proanthocyanidines (oligomères)	Pépins de raisin <i>Vitis vinifera</i>	100-300	1-3 x	+
		Pin maritime <i>Pinus maritima Lank</i>	300-360	3 x	+
		Ginkgo biloba <i>Ginkgo biloba L.</i>	2 sachets/j	2 x	
<b>Produits de synthèse</b>	Dobésilate de calcium	Synthèse	2-3 x 500	2-3 x	+
	Benzarone	Synthèse	2-3 x 200	2-3 x	
	Naftazone	Synthèse	1 x 30	1 x	+

Tableau 5. Classification des principaux médicaments veino-actifs.

- 2000; 102: e126-e63.
- 7  Stick C, Jaeger H, Witzleb E. Measurements of volume changes and venous pressure in the human lower leg during walking and running. *J Appl Physiol* 1992; 72: 2063-8.
  - 8 Ciocon JO, Galindo-Ciocon D, Galindo DJ. Raised leg exercises for leg edema in the elderly. *Angiology* 1995; 46: 19-25.
  - 9 Gardon-Mollard C, Ramelet AA. La contention médicale. Paris: Masson, 1999.
  - 10 Ramelet AA. Compression Therapy. *Dermatol Surg* 2002; 28: 1-5.
  - 11 Lyzeng-Williamson K, Pery CM. Micronized purified flavonoid fraction. *Drugs* 2003; 63: 71-100.
  - 12 Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horsechestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. *Lancet* 1996; 347: 292-4.
  - 13 Cesarone MR, Belcaro G, Geroulakos G, et al. Flight microangiopathy on long-haul flights: Prevention of edema and microcirculation alterations with Venoruton. *Clin Appl Thromb Hemost* 2003; 9: 109-14.
  - 14 Vanscheidt W, Heidrich H, Jünger M, Rabe E. Guidelines for testing drugs for chronic venous insufficiency. *VASA* 2000; 29: 274-8.
  - 15 Ramelet AA. Intérêt thérapeutique de Daflon 500 dans la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse: résultats préliminaires d'une méta-analyse. XXXVIIème congrès du Collège de Pathologie Vasculaire, Paris 11-14 mars 2003.
  - 16 Goldman MP. Sclerotherapy. Treatment of varicose and telangiectatic leg veins. Mosby- year book. St. Louis: Mosby, 3rd edition, 2001.
  - 17 Frullini A, Cavezzi A. Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases. *Dermatol Surg* 2002; 28: 11-5.
  - 18 Kem P, Ramelet AA, Wutschert R, Bounameaux H, Hayoz D. Single-blind, Randomized Study comparing Chromated Glycerin, Polidocanol solution and Polidocanol foam for Treatment of Telangiectatic Leg Veins. *Dermatol Surg*, 2004, in press.
  - 19 Ferrara F, Bembach HR. La sclérothérapie avec compression des veines perforantes: contrôles par échodoppler et thermographie. *Phlébologie* 2003; 56: 147-50.
  - 20 Hamel-Desnos C, Ouvry P, Desnos P, Escalard JM, Allaert FA. Sclérothérapie et Thrombophilie: démarche pour un consensus dans la sclérothérapie chez les thrombophiles. *Phlébologie* 2003; 56: 165-9.
  - 21 Perrin M. Qualité de vie et chirurgie veineuse. *Phlébologie* 2003; 56: 151-5.
  - 22 Merchant RF, Depalma RG, Kabnick LS. Endovascular obliteration of saphenous reflux: A multicenter study. *J Vasc Surg* 2002; 35: 1190-6.
  - 23 Guex JJ, Min RJ, Pittaluga P. Traitement de l'insuffisance de la grande veine saphène par photo-coagulation endoveineuse. *Phlébologie* 2002; 55: 239-43.
  - 24 Min RJ, Khilnani N, Zimmet SE. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: Long-term results. *J Vasc Interv Radiol* 2003; 8: 991-6.
  - 25 Rautio T, Ohinmaa A, Peralta J, et al. Endovenous obliteration versus conventional stripping operation in the treatment of primary varicose

inélastique, laissée en place plusieurs jours ;  
 – utilisation d'un « enfileur » pour faciliter la pose du bas ;  
 – superposition de deux bas de moindre force, dont l'effet compressif s'additionne.

### Médicaments veino-actifs

Le mécanisme d'action des médicaments veino-actifs (MVA) n'est pas complètement élucidé.<sup>1,2</sup> Globalement, les MVA ont une action favorable et démontrée sur :

- l'œdème: diminution de la perméabilité capillaire, amélioration du drainage lymphatique ;
- le tonus veineux ;
- la microcirculation: inhibition de l'adhésion et de la migration des leucocytes, inhibition de la libération des médiateurs de l'inflammation et de la synthèse des prostaglandines, effets antioxydants (antiradicaux libres), diminution de la viscosité sanguine ;
- les érythrocytes: effet antiagrégant, diminution de la déformation érythrocytaire.

Les principales molécules utilisées en Europe figurent au tableau 5. Leur effet sur l'œdème (classe C<sub>2,3</sub>, lié à la MVC, ou survenant lors des voyages long courrier) et sur les symptômes spécifiques (lourdeurs, douleurs, prurit) ou non spécifiques (crampes, impatiences nocturnes) est bien documenté par de nombreuses études randomisées en double aveugle,<sup>11-13</sup> dont la méthodologie a été bien définie par un groupe d'experts indépendants.<sup>14</sup>

Chez le patient âgé, qui reçoit souvent déjà de nombreux médicaments, les MVA peuvent être prescrits en présence de symptômes liés à la MVC, de crampes ou d'impatiences nocturnes (après avoir exclu une carence en fer, en magnésium...), d'œdèmes d'origine veineuse ou lymphatique. L'effet des fractions flavonoïdes micronisées sur la cicatrisation de l'ulcère de jambe a été documenté par une récente méta-analyse.<sup>15</sup>

### Sclérothérapie

L'injection intravariqueuse d'un produit sclérosant altère l'endothélium veineux et provoque une importante réaction inflammatoire qui doit évoluer vers la fibrose du trajet variqueux en plusieurs mois.<sup>16-19</sup> La sclérothérapie est le traitement de choix des télangiectasies et des fines varices réticulaires. Elle est également indiquée lors du traitement de certaines varices tronculaires et tronculaires accessoires, lors de récurrence chirurgicale ou pour éradiquer la veine nourricière d'un ulcère. De nouvelles techniques assurent un renouveau à la sclérothérapie: mousse de polidocanol, sclérose échoguidée, permettant de traiter électivement des trajets peu accessibles à la chirurgie ou à la sclérothérapie classique.<sup>17-19</sup> Le traitement doit être entretenu à long terme, vu le taux non négligeable de récurrences.

La sclérothérapie à la mousse est une alterna-

tive apparemment prometteuse à la chirurgie des saphènes ou des récurrences saphènes chez le patient âgé. Elle peut se pratiquer chez un patient présentant une thrombophilie ou anticoagulé.<sup>1,2,20</sup>

Les patients âgés « vivent » souvent mal la présence de télangiectasies inesthétiques. Un traitement ambulatoire, simple et peu agressif, à visée cosmétique, est parfaitement indiqué chez eux.

### Chirurgie

La crosssectomie méticuleuse, associée au *stripping* des saphènes malades, est le traitement de choix des varices saphènes étendues. Son efficacité et sa répercussion positive sur la qualité de la vie des malades sont confirmées par de nombreuses études.<sup>21</sup>

Diverses améliorations techniques (invagination, *PIN-stripping*, association aux phlébectomies selon Muller) permettent d'obtenir de meilleurs résultats tant sur le plan hémodynamique qu'esthétique, tout en traumatisant beaucoup moins les tissus avoisinants.<sup>1,2</sup>

De nouvelles approches (traitement endoluminal des saphènes par radiofréquence ou par laser) sont en cours de développement, leur résultat à quatre ans paraissant prometteur, même si l'on renonce à la crosssectomie, considérée jusque là comme incontournable.<sup>22-25</sup> Leur coût global plus favorable (intervention, hospitalisation, arrêt de travail) pourrait être déterminant,<sup>25</sup> de même que leur faible agressivité chez les patients âgés.

Les résultats à long terme d'autres techniques, telles que la chirurgie hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire (CHIVA), se sont avérés décevants, même si ces approches originales ont permis d'approfondir notre réflexion sur l'anatomie et la physiopathologie de la MVC.<sup>26</sup>

La phlébectomie mise au point par R. Muller (Neuchâtel), il y a plus de 50 ans, constitue le traitement de choix des varices saphènes accessoires et des varices réticulaires d'une certaine taille.<sup>27</sup> Elle consiste à extraire en anesthésie locale une veine variqueuse à l'aide d'un crochet par des mini-incisions. Le développement de nouvelles techniques diagnostiques (ED) permet d'engager cette technique de manière bien ciblée, améliorant encore les résultats qu'elle permet d'obtenir. Ceux-ci ont été confirmés par une récente étude randomisée.<sup>28</sup> Il n'y a pas de limite d'âge pour cette technique peu agressive et bien tolérée.

La dissection endoscopique des perforantes incompetentes, principalement jambières, permet de renoncer aux incisions délabrantes décrites par Linton, Cockett et Felder, dont la cicatrisation est souvent problématique dans un tissu d'hypoderme. Elle peut être associée à la fasciotomie para-tibiale, en particulier en cas d'atrophie blanche et d'ulcère de jambe rebelle. Ce traitement s'adresse avant tout aux classes

	Hygiène de vie	Physiothérapie	Compression	MVA*	Crossectomie Stripping <sup>1</sup>	Dissection endoscop. perf. <sup>2</sup>	Techniques endo-luminales <sup>3</sup>	Phlébectomie selon Muller	Sclérothérapie Echosclérose <sup>4</sup>	Lasers
<b>C<sub>0A</sub></b> Ni symptômes ni varices <sup>5</sup>	+	-	(+)	-	-	-	-	-	-	-
<b>C<sub>0S</sub></b> Symptômes sans varices	+++	+	+	+++	-	-	-	-	-	-
<b>C<sub>1A</sub></b> Télangiectasies, varices réticulaires	+	-	-	-	-	-	-	+	+++	+
<b>C<sub>1S</sub></b> Télangiectasies, varices réticulaires	+++	-	+	+++	-	-	-	++	+++	+
<b>C<sub>2A</sub></b> Varices saphènes modérées	++	-	+	-	-	-	(+)	+++	++	-
<b>C<sub>2A</sub></b> Varices saphènes étendues	+++	-	++	-	++	-	+	+++	++	-
<b>C<sub>2S</sub></b> Insuffisance ostiale et varices	+++	-	+++	++	+++	(+)	++	+++ en association	++ en association	-
<b>C<sub>2S</sub></b> Compétence ostiale et varices	+++	-	++	++	(+)	-	(+)	+++	+	-
<b>C<sub>2S</sub></b> Saphènes accessoires	+++	-	++	++	-	-	(+)	+++	++	-
<b>C<sub>3</sub></b> Œdème	+++	++	+++	+++	-	-	-	-	-	-
<b>C<sub>4</sub></b> Troubles trophiques	+++	++	+++	+	+++	+++	+++	++	+++	-
<b>C<sub>5-C<sub>6</sub></sub></b> Ulcère cicatrisé ou ouvert	+++	+++	+++	+	+++	+++	++	++	++	-
Grossesse	+++	(+)	+++	+ <sup>6</sup>	-	-	-	-	-	-
Thromboses profondes et superficielles	++	(+)	+++	-	(+) <sup>7</sup>	-	-	-	-	-
Prophylaxie thrombose	+++	++	+++	(+) <sup>8</sup>	-	-	-	-	-	-

**Tableau 6. Choix des différents traitements en fonction de la classification basée sur les critères cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques (CEAP).**

<sup>1</sup> Uniquement en cas d'insuffisance des saphènes.

<sup>2</sup> En cas d'incompétence de perforantes jambières.

<sup>3</sup> Uniquement en cas d'insuffisance des saphènes.

<sup>4</sup> Pour des trajets veineux non accessibles sans repérage échographique.

<sup>5</sup> **Co asymptomatique**: en l'absence de varices visibles et de symptômes, il n'y a pas de traitement à proposer, en dehors du traitement préventif lors d'une grossesse (compression élastique).

<sup>6</sup> 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres seulement, si la patiente peut en retirer un bénéfice suffisant.

<sup>7</sup> En cas de thrombophlébite superficielle ascendante, proche de la crosse de la saphène avec risque d'extension dans le réseau profond et d'embolie.

<sup>8</sup> Ne remplace en aucun cas la prophylaxie héparinique si elle est indiquée et ne devrait pas dispenser de la compression.

\* MVA: médicaments veino-actifs.

C<sub>4</sub>-C<sub>6</sub> de la MVC.<sup>1,29</sup>

### Lasers

Les lasers sont engagés principalement dans deux indications.

Dans le traitement des télangiectasies,<sup>2,16,30</sup> ils ne parviennent pas à des résultats aussi favorables que la sclérothérapie. Néanmoins, l'amélioration des appareils et des techniques permet de les engager lors du traitement de télangiecta-

veins : A randomized controlled trial with comparison of the costs. *J Vasc Surg* 2002; 35 : 958-65.

26 Escibano JM, Juan J, Bofill R, et al. Durability of reflux-elimination by a minimal invasive CHIVA procedure on patients with varicose veins. A 3-year prospective study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003; 25 : 159-63.

27 Ramelet AA. Phlebectomy. Technique, indications and complications. *Int Angiol* 2002; 21 (Suppl. 1): 46-52.

28 de Roos KP, Nieman FHM, Neumann HAM. Ambulatory phlebectomy versus compression therapy; results of a randomized controlled trial. *Dermatol Surg* 2003; 29 : 221-6.

29 Hafner J, Ramelet AA, Schmeller W, Brunner U. Management of leg ulcers. *Current Problems in Dermatology*. Basel: Karger, 1999; vol. 27.

30 Fournier N, Brisot D, Mordon S. Treatment of leg telangiectasias with a 532nm KTP laser in Multipulse mode emission. *Dermatol Surg* 2002; 28 : 564-71.

sies écarlates rebelles ou de fines varices réticulaires. Les résultats sont loin d'être aussi bons que ne le prétendent certains travaux scientifiques ou surtout la littérature grand public. Le coût des appareils est rédhibitoire.

Le laser est également utilisé par voie endoluminale, permettant de détruire une saphène insuffisante, qui a été cathétérisée par une fibre optique, comme mentionné ci-dessus.<sup>23,24</sup>

## Conclusion

Le spectre de la MVC est large, puisqu'il s'étend des télangiectasies (C<sub>1</sub>, problème esthétique, mais marqueur potentiel d'un reflux veineux superficiel ou profond sous-jacent) à l'ulcère de jambe (C<sub>6</sub>). Les varices (C<sub>2</sub>) et les formes plus avancées de la MVC (C<sub>3-6</sub>) engendrent des souffrances considérables et une lourde charge financière pour la collectivité (traitements, incapacité de travail, invalidité).

La MVC est une affection évolutive, ce qui ne doit jamais être oublié, ni du médecin ni de son patient. Bon nombre de déceptions après traitement provient des espérances disproportionnées d'un malade qui n'a pas compris la nature chronique de son affection.

La prise en charge de la maladie veineuse et

son traitement doivent donc survenir dès les premiers stades de son évolution (C<sub>1-2</sub>), en insistant sur les mesures d'hygiène de vie et s'assurant d'une bonne compréhension du malade.

Le but du traitement est dès lors triple :

- soulager le malade de ses symptômes;
- prévenir les complications de la MVC;
- freiner (à défaut de bloquer) l'évolutivité de la MVC.

La prévention (travail, sport, voyage, grossesse) est essentielle. Le traitement des varices (saphènes et non saphènes) est impératif, vu la répercussion du reflux veineux sur les veines avoisinantes et sur le réseau profond, pouvant entraîner leur défaillance secondaire<sup>1,2</sup> ou/et la survenue d'un ulcère de jambe.<sup>1-5</sup>

Ce traitement doit idéalement être entrepris avant que les patients ne soient trop âgés et ne développent les complications d'une MVC négligée. L'absence de symptômes ne saurait excuser une mauvaise évaluation de l'indication thérapeutique. Chez le sujet âgé, de nouvelles techniques (sclérose échoguidée à la mousse, techniques endoluminales) permettent de traiter des patients du 3<sup>e</sup> âge sans grand risque.

La MVC doit ainsi être considérée comme un tout. Une approche rigoureuse ne peut qu'être bénéfique pour le patient et, globalement, entraîner des économies pour la société. ■

### Adresse de l'auteur :

Dr Albert-Adrien Ramelet  
2, pl. Benjamin-Constant  
1003 Lausanne  
aaramalet@hin.ch

## Actualité

### Canicule : les urgentistes français demandent des excuses

L'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (Amuhf), présidée par le Dr Patrick Pelloux, vient de réclamer «des excuses publiques à la Nation de la part des responsables politiques et administratifs qui ont tenté de minimiser les conséquences de la canicule». «Suite à la publication des chiffres de l'Insee, force est de constater que ce que les urgentistes disaient lors de la canicule était juste et véridique» indique l'association dans un communiqué. Dans son bilan annuel, l'Insee indique que la France a enregistré 560 300 décès en 2003 (550 000 en métropole contre 534 000 en 2002),

soit le niveau le plus important depuis 1985, un pic lié à la canicule du mois d'août 2003. Lors de la canicule de l'été dernier (14 802 morts selon les chiffres publiés en septembre par l'Inserm), l'Amuhf avait été l'une des premières à tirer la sonnette d'alarme. La préfecture de police de Paris avait alors demandé à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris de ne pas communiquer les premiers chiffres alarmants dont elle disposait.

Par ailleurs, selon un expert suisse écrivant dans la revue *Geophysical Research Letters*, cette canicule s'inscrit dans le cadre d'un réchauffement constant de la pla-

nète et ce niveau de chaleur estivale risque de devenir courant. Les modèles climatiques prédisent que d'ici la fin du siècle, les températures dépasseront régulièrement 30°C au cours de l'été dans le sud et l'est de l'Europe, souligne Martin Beniston, de l'université de Fribourg. «Les résultats des modèles suggèrent qu'avec l'augmentation des concentrations atmosphériques de gaz à effet de serre, les températures estivales progresseront probablement de plus de quatre degrés en moyenne, avec une multiplication correspondante de la fréquence des vagues de fortes chaleurs», écrit cet expert. Il estime que des hausses de température plus fortes encore, de 6°C sont à prévoir dans la péninsule ibérique et dans le sud-

ouest de la France. Il devrait en résulter 60 jours supplémentaires de températures supérieures à 30°C, certains jours étant nettement plus chauds encore.

J.-Y. Nau

*Cette actualité est publiée en collaboration avec La Revue du praticien - Médecine générale (parue le 1<sup>er</sup> mars 2004)*