



Prévention de la maladie veineuse chronique : quels conseils donner à nos patients ?



Rev Med Suisse 2012; 8: 306-10

**F. Glauser
A. Codreanu
B. Tribout
L. Mazzolai
M. Depairon**

Drs Frédéric Glauser,
Andrea Codreanu, Bruno Tribout
et Michèle Depairon
Pr Lucia Mazzolai
Service d'angiologie
CHUV, 1011 Lausanne
frederic.glauser@chuv.ch
andrea.codreanu@chuv.ch
bruno.tribout@chuv.ch
michele.depairon@chuv.ch
lucia.mazzolai@chuv.ch

Prevention of chronic venous disease: which advice for our patients?

Chronic venous disease (CVD) is a major public health problem due to its high prevalence and socioeconomic costs. In absence of adequate care, it can lead to chronic venous insufficiency (CVI). Disturbed venous-flow patterns lead to venous hypertension. Therefore, prevention of CVD involves venous hypertension reduction. In primary prevention, it is essential to inform the patient about necessary lifestyle changes. In case of CVD, it is essential to propose treatment (compression, venoactive drugs, and interventional treatments) to avoid CVI appearance and eventually offer the best therapy solutions for CVI complications.

La maladie veineuse chronique (MVC) constitue un problème de santé publique majeur en raison de sa prévalence et de ses coûts socio-économiques élevés. En l'absence d'une prise en charge adéquate, elle peut mener à l'insuffisance veineuse chronique (IVC). La MVC a pour origine une altération du retour veineux entraînant une hypertension veineuse (HTV). La prévention de la MVC passe par des mesures visant à réduire l'HTV. En prévention primaire, celles-ci consistent à informer le patient sur l'hygiène de vie à adopter. En cas de MVC, il convient de proposer des traitements (compression, veinotoniques, traitements interventionnels) pour éviter l'apparition d'une IVC ou en traiter au mieux les conséquences.

INTRODUCTION

Une grande confusion persiste dans le corps médical concernant les définitions des affections veineuses. Il nous paraît donc essentiel de revenir sur l'évolution récente de la terminologie des affections veineuses chroniques (AVCh).¹ Les AVCh englobent l'ensemble des anomalies fonctionnelles et morphologiques du système veineux évoluant sur un mode chronique. Elles se manifestent par une série de signes qui vont de la télangiectasie à l'ulcère veineux. La classification CEAP qui tient compte des paramètres cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques permet de classer les AVCh en différents stades évolutifs (tableau 1).² On parle de maladie veineuse chronique (MVC) lorsqu'on est en présence d'une anomalie anatomique ou physiologique du retour veineux responsable de symptômes ou de signes cliniques nécessitant des investigations et éventuellement un traitement. On parle d'insuffisance veineuse chronique (IVC) lorsque la MVC est avancée et responsable d'œdème et/ou d'altérations cutanées pouvant aller jusqu'à l'ulcération (stade C3 à C6 de la CEAP).

La MVC est un motif fréquent de consultation. Elle touche près d'un individu sur deux. Son caractère chronique et évolutif associé à sa forte prévalence engendre un coût socio-économique élevé. Une meilleure compréhension de la physiopathologie veineuse, notamment grâce à l'évolution des techniques d'imagerie associée à l'apparition de nouveaux traitements interventionnels, a amené une amélioration considérable de sa prise en charge ces dernières années. Cet article se concentre sur les moyens de prévention de la MVC en détaillant les conseils d'hygiène de vie à prodiguer au patient (prévention primaire) et en évoquant les traitements à instaurer en présence d'œdème ou de troubles trophiques cutanés (prévention secondaire).

La MVC est un motif fréquent de consultation. Elle touche près d'un individu sur deux. Son caractère chronique et évolutif associé à sa forte prévalence engendre un coût socio-économique élevé. Une meilleure compréhension de la physiopathologie veineuse, notamment grâce à l'évolution des techniques d'imagerie associée à l'apparition de nouveaux traitements interventionnels, a amené une amélioration considérable de sa prise en charge ces dernières années. Cet article se concentre sur les moyens de prévention de la MVC en détaillant les conseils d'hygiène de vie à prodiguer au patient (prévention primaire) et en évoquant les traitements à instaurer en présence d'œdème ou de troubles trophiques cutanés (prévention secondaire).

PRÉVALENCE ET IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE

La MVC est très fréquente et sa prévalence augmente avec l'âge.³ Dans une étude écossaise concernant 1566 sujets (18-64 ans), 80% des hommes et 85% des femmes présentaient des télangiectasies et varices réticulaires. Des varices étaient



retrouvées chez 40% des hommes et 16% des femmes. Des œdèmes des membres inférieurs étaient présents chez 7% des hommes et 16% des femmes et 1% de la population générale présentait ou avait présenté un ulcère veineux.⁴ La prévalence de l'IVC varie de 1 à 17% chez l'homme et de 1 à 40% chez la femme selon les études.⁴ Cette importante variabilité s'explique par l'utilisation de critères de sélection et de définition différents.

La prise en charge de la MVC absorbe entre 1 et 3% du budget de la santé publique des pays industrialisés.³ Ce sont les formes les plus sévères de la MVC qui coûtent le plus cher, non seulement sur le plan économique mais également en termes d'altération de la qualité de vie.

PHYSIOPATHOLOGIE

L'altération du retour veineux, secondaire à une insuffisance valvulaire, à une obstruction veineuse ou à un déficit de la pompe musculaire ou articulaire, génère une hypertension veineuse (HTV) entravant l'écoulement normal au niveau des capillaires en y causant une stase leucocytaire. Les leucocytes libèrent des enzymes protéolytiques et des radicaux libres d'oxygène induisant un dommage de la paroi capillaire. L'augmentation de la perméabilité capillaire a pour effet une fuite des protéines plasmatiques vers les tissus et l'installation d'un œdème et d'une hypoxie locale. Il en résulte un état inflammatoire qui contribue à l'apparition de troubles trophiques cutanés.⁵

FACTEURS DE RISQUE

La MVC est liée à des facteurs de risque non modifiables comme l'âge, l'hérédité, le sexe, la grande taille, la grossesse et d'autres modifiables comme les conditions de travail, la surcharge pondérale et la sédentarité.⁴ En ce qui concerne l'hérédité, un patient, dont les deux parents sont porteurs de varices, a 90% de risques de développer une MVC. Ce risque est de 47% si l'un des parents est atteint et de 20% si les deux parents sont indemnes de signe d'insuffisance veineuse.⁶ Concernant le sexe, la plupart des études montrent une prévalence de MVC plus élevée chez la femme. Toutefois, cette prévalence est probablement sous-estimée dans la population masculine suite à un biais de recrutement. De nos jours, en effet, plus de 15% des consultations pour MVC concernent des hommes, contre à peine 5% il y a une trentaine d'années. La grossesse augmente le risque

de développer des varices. Ce risque ainsi que celui de développer une IVC augmentent avec le nombre de grossesses.⁷ Ceci s'explique notamment par la compression veineuse due à l'utérus gravide. Les longues stations debout, assis ou immobile, le port de charges lourdes ainsi que le travail dans une ambiance à température élevée favorisent l'apparition de varices.⁸ La surcharge pondérale et l'obésité sont également associées à une prévalence augmentée de MVC et d'IVC. Toutefois, certains auteurs relativisent ces associations en relevant que la surcharge pondérale est associée à la sédentarité et que beaucoup d'obèses développent des signes d'IVC comme la lipodermatosclérose ou des ulcères (C4-C6) sans qu'aucun reflux ne soit mis en évidence.⁹

DIAGNOSTIC

La MVC peut être suspectée sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Les symptômes sont fréquents et peu spécifiques. Les patients rapportent classiquement une sensation de lourdeur ou de douleur de jambes, un prurit jambier ou des crampes. L'origine veineuse de la symptomatologie doit être suspectée en cas de majoration vespérale, lors des périodes estivales ou d'immobilité prolongée. On assistera classiquement à une diminution de la symptomatologie lors du port de compression élastique, de la surélévation des membres, de la pratique d'exercices physiques ou durant la période hivernale. Plus rarement, la MVC peut être à l'origine d'un syndrome de jambes sans repos. Les différents signes cliniques de la MVC sont résumés dans le **tableau 1**. En cas de symptômes ou de signes cliniques évocateurs, l'angiologue confirmera le diagnostic et précisera le mécanisme en réalisant un écho-doppler veineux des membres inférieurs, lequel représente la méthode de choix pour dépister un reflux veineux ou une possible obstruction. Il est un préalable indispensable au choix thérapeutique.

MOYENS DE PRÉVENTION

La prévention primaire tente de prévenir l'apparition d'une IVC par des conseils d'hygiène de vie et d'agir sur les facteurs de risque influençables de la MVC.

Conseils d'hygiène de vie

Bien que leur valeur n'ait pas été démontrée scientifiquement, ces conseils permettent souvent de diminuer de

Tableau 1. Classification CEAP (signes cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques) simplifiée

A = asymptomatique; S = symptomatique.

C: signes cliniques	E: étiologiques	A: anatomiques	P: physiopathologiques
C0: pas de signe clinique visible ou palpable	Ec: congénitale	As: système veineux superficiel	P: reflux
C1: télangiectasies ou veines réticulaires	Ep: primitive	Ad: système veineux profond	Po: obstruction
C2: varices	Es: secondaire	Ap: veines perforantes	Pro: obstruction et reflux
C3: œdème sans trouble trophique cutané	En: pas d'étiologie retrouvée	An: pas de lésion anatomique identifiée	Pn: pas de mécanisme physiopathologique identifié
C4: atteinte cutanée			
C4a: dermite ocre ou eczéma			
C4b: hypodermite scléreuse ou atrophie blanche			
C5: ulcère cicatrisé			
C6: ulcère ouvert, non cicatrisé			



nombreux symptômes.

Sont conseillées:¹⁰

- La pratique de certaines activités physiques qui abaissent l'HTV par activation de la pompe veineuse. La marche, le vélo, l'aquagym ou la natation sont classiquement conseillés.
- Les douches d'eau froide matin et soir entraînent une vasoconstriction veineuse. Elles diminuent l'œdème du pied et de la cheville et soulagent les symptômes d'insuffisance veineuse.
- La surélévation des jambes la journée si possible, et des pieds du lit la nuit (10-15 cm) conduit aux mêmes effets.
- La lutte contre la surcharge pondérale.
- La pratique d'exercices musculaires simples. On pourra, par exemple, en cas de position assise prolongée, pratiquer des flexions de la cheville en surélevant le pied tout en gardant le talon au sol ou se hisser sur la pointe des pieds en cas de position debout prolongée.

Sont déconseillés:

- Les stations debout et assise prolongées dans la mesure du possible. Elles diminuent le retour veineux et favorisent la sensation de jambe lourde, la survenue de varices et d'œdème.
- L'exposition prolongée à des sources de chaleur (exposition solaire, sauna, hammam...). La chaleur entraîne une vasodilatation veineuse risquant d'aggraver la MVC. Ce type d'activité doit être suivi de l'application d'une douche d'eau froide à visée vasoconstrictive sur les jambes.
- Le port de talons hauts et de mi-bas à élastiques trop serrés car ils ralentissent le retour veineux.

La prévention secondaire a pour objectif de freiner la progression de la MVC, d'éviter le développement d'une IVC ou d'en diminuer les signes. En plus des conseils d'hygiène de vie susmentionnés, d'autres traitements doivent alors être envisagés.

Compression veineuse

Le port d'une compression élastique fait partie des principaux traitements de la MVC. Elle réduit la dilatation des veines, diminue le reflux veineux superficiel, augmente le débit sanguin et en conséquence abaisse l'HTV. La compression entraîne aussi une augmentation de la pression tissulaire réduisant la filtration capillaire et exerçant un effet anti-œdémateux. Elle améliore l'efficacité de la pompe musculaire du mollet. La compression médicale comprend deux types de traitement: la contention et la compression élastique. La contention est un bandage non élastique dont l'effet prépondérant s'exerce lors de la marche en s'opposant à l'augmentation du volume du muscle, menant ainsi à une compression de l'ensemble des tissus du membre. Elle permet une résorption rapide d'un œdème. La compression élastique exerce une pression aussi bien au repos qu'à l'effort (force de rappel de la fibre élastique étirée). Il existe quatre classes de compression croissantes en fonction de la pression exercée au niveau de la cheville dont les indications sont résumées dans le **tableau 2**. La compression élastique est contre-indiquée en cas d'artériopathie des membres inférieurs avancée (pression artérielle à la cheville < 80 mmHg), de pontage veineux infra-géniculé, de lymphangite, de dermohypodermite ou d'insuffisance cardiaque.¹¹ L'enseignement du patient et l'utilisation ré-

Tableau 2. Indications de la compression élastique

TVP: thrombose veineuse profonde; IVC: insuffisance veineuse chronique.

Classes	Indications de la compression élastique
I (18-21 mmHg)	<ul style="list-style-type: none">• Formes débutantes de la maladie veineuse avec symptômes (lourdeurs, douleurs)• Travail en position debout ou assise prolongée/grossesse
II (23-32 mmHg)	<ul style="list-style-type: none">• Varices étendues/post-traitement interventionnel• TVP/syndrome post-thrombotique/IVC/lymphœdème
III (34-46 mmHg)	IVC/syndrome post-thrombotique/lymphœdème
IV (> 49 mmHg)	Lymphœdème

gulière du traitement compressif sont indispensables à son efficacité.

Médicaments veino-actifs (MVA)

Les MVA augmentent le tonus veineux et exercent un effet anti-œdémateux en diminuant la perméabilité capillaire.¹² Le mécanisme d'action de la plupart d'entre eux reste encore indéterminé. Certains MVA ont également un effet anti-inflammatoire par inhibition de l'adhésion des leucocytes à la paroi veineuse et de la libération de médiateurs de l'inflammation.¹³ Ils peuvent agir efficacement contre les sensations de lourdeur, douleur de jambe et d'œdème.^{12,14} Il a été démontré récemment que l'association de deux flavonoïdes (diosmine et hespéridine), sous forme de fraction flavonoïque micronisée purifiée, permet d'accélérer la guérison de l'ulcère veineux.¹⁵ Il est conseillé de ne pas associer les MVA mais de les administrer sous forme de cures d'un à trois mois à doses efficaces à tous les stades de la MVC.

Traitements interventionnels

L'arsenal thérapeutique a considérablement évolué ces dernières années. En effet, des techniques endoveineuses mini-invasives thermiques (laser endoveineux, radiofréquence) ou chimiques (sclérothérapie à la mousse échoguidée) sont venues s'ajouter à la chirurgie classique. Un traitement interventionnel doit être discuté en cas d'IVC.

CONCLUSION

La MVC constitue un problème de santé publique majeur notamment en raison de sa prévalence, de son caractère évolutif et de ses conséquences socio-économiques. Il paraît donc essentiel de sensibiliser le patient sur l'importance de l'hygiène de vie pour tenter d'en prévenir l'apparition. En cas de symptômes ou de signes cliniques évocateurs, il convient au plus vite de poser un diagnostic précis (consultation spécialisée) et de proposer des traitements (compression, MVA, traitement interventionnel) pour éviter l'apparition d'une IVC ou en limiter au mieux les conséquences. ■



Implications pratiques

- > La maladie veineuse chronique (MVC) est une plainte fréquente de nos patients
- > L'hypertension veineuse secondaire (HTV) à l'altération du retour veineux est à l'origine de la MVC
- > La prévention de la MVC passe par l'information du patient sur les facteurs de risque modifiables de la MVC et les conseils d'hygiène de vie à adopter
- > En cas de MVC, il convient de proposer des traitements (compression, médicaments veino-actifs, traitement interventionnel) pour éviter l'évolution vers l'insuffisance veineuse chronique (IVC)

Bibliographie

- 1 Eklof B, Perrin M, Delis KT, et al. Updated terminology of chronic venous disorders: The vein-term transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg* 2009;49:498-501.
- 2 Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the ceap classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg* 2004;40:1248-52.
- 3 Rabe E, Pannier F. Societal costs of chronic venous disease in ceap c4, c5, c6 disease. *Phlebology* 2010;25 (Suppl. 1):64-7.
- 4 Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, et al. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh vein study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:149-53.
- 5 *** Bergan JJ, Schmid-Schonbein GW, Smith PD, et al. Chronic venous disease. *N Engl J Med* 2006;355:488-98.
- 6 Criqui MH, Jamosmos M, Fronck A, et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: The San Diego population study. *Am J Epidemiol* 2003;158:448-56.
- 7 Chiesa R, Marone EM, Limoni C, et al. Demographic factors and their relationship with the presence of cvl signs in Italy: The 24-cities cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30:674-80.
- 8 Robertson L, Evans C, Fowkes FG. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology* 2008;23:103-11.
- 9 Danielsson G, Eklof B, Grandinetti A, et al. The influence of obesity on chronic venous disease. *Vasc Endovasc Surg* 2002;36:271-6.
- 10 Ramelet AA, Perrin M, Kern P. Les varices et télangiectasies. 2^e éd. Paris: Masson, 2010.
- 11 Gardon-Mollard C, Ramelet AA. La compression médicale. 2^e éd. Paris: Masson, 2005.
- 12 * Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005;111:2398-409.
- 13 Takase S, Pascarella L, Lerond L, et al. Venous hypertension, inflammation and valve remodeling. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004;28:484-93.
- 14 Martinez MJ, Bonfill X, Moreno RM, et al. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD003229.
- 15 Coleridge-Smith P, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: A meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30:198-208.

* à lire

** à lire absolument