

Varices

Table des matières

1. Epidémiologie, types et classification des varices
2. Clinique et complications
3. Diagnostique
4. Thérapies
 - a. Thérapie conservative
 - b. Thérapie interventionnelle
5. Liens utiles / Références
6. Littérature
7. Mentions légales – Impressum

Remarque

Le sujet de la thrombophlébite et de la thrombose veineuse profonde comme complication des varices est inclus dans la directive mediX Thromboembolie (pas encore disponible en français).

Epidémiologie, types et classification des varices

Epidémiologie

Les varices représentent une dilatation des veines superficielles (épi-fasciales). Leur aspect ne corrèle pas avec la gravité de la situation, et il s'agit d'une affection très fréquente. Elles sont souvent asymptomatiques et ne nécessitent pas d'intervention. Il s'agit de la cause la plus fréquente de l'insuffisance veineuse chronique, qui elle nécessite souvent un avis spécialisé.

Il peut y avoir des varices sans insuffisance veineuse et une insuffisance veineuse sans varices. Elles peuvent être réparties dans les catégories suivantes :

- **Varices primaires (95 %)** : vasopathie dilatatoire héréditaire, dégénérative et idiopathique
- **Varices secondaires (5 %)** : acquises, principalement à la suite d'une phlébite, thrombose veineuse profonde, traumatisme.



Image 1 – Source : uptodate – varice tronculaire

Facteurs de risque (2):

- Prédilections familiales
- *Multiplés grossesses*
- Activité stationnaire de longue durée tant en position assise que debout
- Age
- Obésité
- Tabac
- Trauma des extrémités
- Laxité ligamentaire

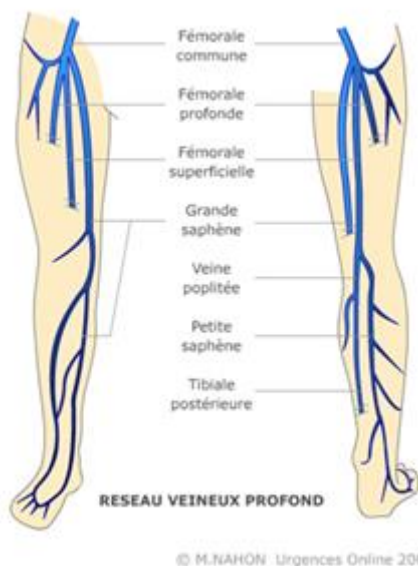


Image 2

Classification des varices

- Varices tronculaires impliquant la veine petite et grande saphène (image 1)
- Varices de ramification ou tributaires accessoires, impliquant des branches de la veine petite saphène (se voit surtout à l'ultrason)
- Varices réticulaires (couleur bleu-vert) (image 3)
- Varices intradermiques (télangiectasies, souvent vers les malléoles) (image 4)
- Varice en araignée (télangiectasies)

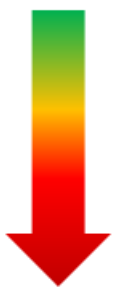


Image 3 : Source - elsevier



Image 4 : Source - uptodate

Classification clinique



C0	<u>Pas de signe visuel ou palpable de maladie veineuse</u>	
C1	<u>Téléangiectasies ou veines réticulaires</u>	
C2	<u>Varices</u>	
C3	<u>Œdèmes</u>	C3-C6 Insuffisance veineuse chronique
C4a	<u>Pigmentation ou Eczéma</u>	
C4b	<u>Lipo-dermato-sclerose ou atrophie blanche</u>	
C5	<u>Ulcère guéri</u>	
C6	<u>Ulcère présent</u>	

Tableau 1 : Classification des maladies veineuses chroniques (varices et CVI),[5]

Un avis spécialisé angiologique est recommandé en cas d'insuffisance veineuse et/ou signes d'insuffisance artérielle

Clinique et complications

Signes et symptômes

- Les varices peuvent être asymptomatiques
- Elles peuvent être également accompagnées de :
 - douleur, tension, pression, lourdeur ou crampes
 - tendance à l'œdème de la cheville le soir
 - démangeaisons

Les symptômes s'aggravent généralement le soir, après de longues périodes d'assise ou de station debout ou par temps chaud, et s'améliorent lorsque les jambes sont levées et en mouvement

Complications (7)

- Varico-/thrombophlébite (3-11%)
- Thrombose veineuse profonde (TVP) de la jambe (17-40%) : Les porteurs de varices souffrent plus souvent de TVP fréquemment liée à une varicophlébite
- Hémorragie variqueuse : spontanée ou consécutive à un traumatisme
- Insuffisance veineuse chronique (IVC).

<u>Stade I</u>	- Œdème réversible - Veines péri malléolaires - Phlébite coronaire para-plantaire (marquages accrus des veines de la peau au bord du pied)
<u>Stade II</u>	- Œdème persistant, eczéma de stase avec démangeaisons, hyperpigmentation (dermite ocre) - Dépigmentation avec atrophie de la peau (atrophie blanche) - Induration du derme et sous-cutanée (dermatoliposclérose) - Couleur de la peau cyanosée
<u>Stade III</u>	- Ulcère de la jambe veineux présent ou cicatrisé (site de pré dilatation sur une veine perforante insuffisante)

Tableau 3 : Stades de l'insuffisance veineuse chronique selon Widmer

Diagnostique

Anamnèse

- Identifier les plaintes typiques du patient et les facteurs de risque prédisposant aux varices
- Déterminer si les varices peuvent être secondaires et une expression du syndrome post-thrombotique

Examen clinique

- Localisation et distribution des varices
- Changements cutanés et œdèmes qui les accompagnent et qui doivent déjà être interprétés comme des complications à long terme de la maladie
- Statut artériel : tous les pouls, index cheville-bras, s
- En cas d'insuffisance veineuse un examen chez un spécialiste est généralement nécessaire.

Thérapies

Thérapie conservatrice

Mesures générales

- Activités physiques, activation de la pompe musculaire du mollet et mobilisation de l'articulation de la cheville pour favoriser le retour veineux
- Élévation fréquente des jambes et arrosage à froid jusqu'à deux fois par jour pour soulager les symptômes de congestion et de démangeaison.

Thérapies de compression

1. Indication

- Varices symptomatiques
 - insuffisance veineuse

Les buts sont de diminuer l'œdème et de ralentir la progression vers les stades plus avancés d'insuffisance veineuse, mais en aucun de traiter les varices.

2. Sélection des bas de compression (4-6)

💡 *Attention, les classes françaises ne sont pas les mêmes qu'en Suisse.*

Prescrire des mi-bas en mentionnant chaussettes fermées

- **Classe 1 dit de soutien** : Les coûts d'un bas de classe I ne sont pris en charge par l'assurance maladie que lors de cas spécialement justifiés (ex. circulation sanguine très limitée au repos (pression distale <80 mmHg) ou polyarthrose). Pression 18-21mmHg
- **Classe 2** : Recommandés par les directives actuelles (30-40mmHg)
- **Classe 3** : Pour les varices avec complications associées (sur avis spécialisé) Pression supérieure à 45mmHg

3. Contre-indications du traitement par compression

- IAMI
- Insuffisance cardiaque décompensée,
- Polyneuropathie (en raison du fait que le pli de chaussettes risque de ne pas être ressenti)

4. Médicaments véno-actifs

- Il est clairement démontré qu'en plus du traitement par compression, un traitement au Daflon© peut atténuer les symptômes de lourdeur, œdème et accélérer la guérison des ulcères veineux (11). L'utilisation est une recommandation 1B
- Une posologie relativement élevée (p. ex. Daflon® 1000 mg par jour) est recommandée, avec une relation dose-effet claire démontrée dans diverses études

Concernant les mesures conservatrices, aucune de ces mesures ne permet de ralentir l'évolution d'une maladie veineuse chronique ou de la guérir, sauf les bas de contention dans le cas d'un ulcère : permet d'accélérer la guérison et participe, avec les thérapies plus invasives, à prévenir la récurrence.

Thérapie interventionnelle

A noter, en cas d'apparition ou d'aggravation de varices pendant la grossesse, il faut prévoir un délai d'environ 6 mois avant de procéder à une intervention.

1. Lors de gêne sans insuffisance veineuse, la sclérothérapie, non remboursée par la Lamal, peut être envisagée (visée esthétique).
2. En cas d'insuffisance veineuse, varices symptomatiques non compliquées, hémorragie variqueuse (perle variqueuse), thrombose veineuse superficielle sur veine variqueuse à répétition, en plus du traitement conservateur, un traitement invasif est efficace, dont voici les options :
 - Echosclérose à la mousse à faisable en cabinet, remboursé pour le traitement des varices et pour l'insuffisance veineuse chronique non traitable autrement.
 - Endoveineux thermiques (laser ou radiofréquence) à en cas d'insuffisance veineuse chronique, remboursés, pas d'arrêt maladie nécessaire, faisable en ambulatoire.
 - Le traitement chirurgical est surtout pour les veines tributaires mais risque de complications, arrêt maladie, peu d'effet sur les ulcères.

Site d'informations pour les patients : <https://www.planetesante.ch/Maladies/Insuffisance-veineuse-chronique>

Liens utiles / Références

- Site d'informations pour les patients : <https://www.planetesante.ch/Maladies/Insuffisance-veineuse-chronique>
- Présentation Cercle Qualité septembre 2019

Littérature

1. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K et al.: Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003; 32:1–14.
2. Rabe E, Pannier F: Epidemiologie chronischer Venenkrankheiten. In: Noppeney T, Nüllen H (Hrsg) *Varikose*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2010.
3. Gloviczki P, Gloviczki ML. Guidelines for the management of varicose veins. *Phlebology/ Venous Forum of the Royal Society of Medicine*. 2012; 27 Suppl 1:2-9.
4. Amsler F, Blattler W: Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2008;35(3):366-72.
5. Partsch H, Flour M, Smith PC, International Compression Club: Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease consensus based on experimental data and scientific evidence. Under the auspices of the IUP. *International angiology : a journal of the International Union of Angiology*. 2008;27(3):193-219.
6. Coleridge-Smith PD: Leg ulcer treatment. *Journal of vascular surgery*. 2009;49(3):804-8.
7. Nüllen H, Reese Ohlen C: Ambulante Varizenchirurgie in der Praxis. In: Imig H, Schröder A (Hrsg): *Varizen, Popliteaneurysmen*. Steinkopff, Darmstadt, 1995, S. 73–79.
8. Michaels JA, et al. : Randomized clinical trial comparing surgery with conservative treatment for uncomplicated varicose veins. *The British journal of surgery*. 2006;93(2):175-81.
9. Palfreyman SJ, Michaels JA :A systematic review of compression hosiery for uncomplicated varicose veins. *Phlebology / Venous Forum of the Royal Society of Medicine*. 2009;24 Suppl 1:13-33.
10. Palfreyman S, Nelson EA, Michaels JA. Dressings for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;335(7613):244.
11. Coleridge-Smith P, Lok C, Ramelet AA. Venous leg ulcer: a meta-analysis of adjunctive therapy with micronized purified flavonoid fraction. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2005;30(2):198-208.
12. Rabe E, Pannier F. Indications, contraindications und performance: European Guidelines for Sclerotherapy in Chronic Venous Disorders. *Phlebology*. 2014 ; 29(1supl) :26-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23559590>
13. NICE Guidelines 2013 (CG 168): Varicosis veins in the legs; the diagnosis and manegement ohnthe varicosis veigns. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg168/resources/guidance-varicose-veins-in-the-legs-pdf>
14. Pröbstle T, Vago B, Alm J et al.: Treatment of the incompetent great saphenous vein by endovenous radiofrequency powered segmental thermal ablation: First clinical experience. *J Vasc Surg* 2008; 47:151–156.
15. Noppeney T, Nüllen H: Die Rezidivvarikose – was ist das? *Gefässchirurgie* 2005; 10:424–427.
16. Noppeney T: Invasiv: Varikosis, Thromophlebitiden. *Angio Update* 2010; 15:1–20.
17. van den Bos R, Arends L, Kockaert M, Neumann M, Nijsten T: Endovenous therapies of lower extremity varicosities: ametaanalysis. *J Vasc Surg* 2009; 49: 230-239.

Mentions légale - Impressum

Cette Guideline a été publiée en septembre 2019.

© mediX romandie

Auteur de la première version

Dre Andrea Rosemann,
cardiologue et angiologue
FMH, Rämistrasse 34 – 8001
Zürich

Revue et adaptation mediX romandie

Dr Naouaf Sabeh
Dr Hervé Spechbach
Dre Isabel Boehler

Traduction française

Pierre Nicollier

La présente guideline a été préparée sans influence extérieure. Il n'existe aucune dépendance financière ou liée envers l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêt.

Les directives mediX contiennent des recommandations thérapeutiques pour des symptômes ou des situations de traitement spécifiques. Cependant, chaque patient doit être traité en fonction de sa situation particulière.

Les directives mediX sont élaborées et contrôlées avec le plus grand soin, mais mediX romandie décline toute responsabilité, en particulier en ce qui concerne les informations de dosage.

Toutes les guidelines mediX sont disponibles sur Internet à l'adresse www.medix-romandie.ch

L'association mediX suisse est une association de réseaux de médecins et de médecins en Suisse dont fait partie mediX romandie.

mediX romandie, chemin du Jaillet 22, 1277 Borex

Veillez envoyer vos commentaires à : secretariat@medix-romandie.ch