

# Le patient veinard à votre cabinet

1

Céline Croteau

*M<sup>me</sup> V. Harris, caissière dans un supermarché, vous consulte pour des lourdeurs et de la fatigue dans les membres inférieurs, plus marquées à la jambe droite le soir après sa journée de travail. Ses varices peuvent-elles être à l'origine de ses symptômes ? La maladie veineuse peut-elle être plus étendue qu'il n'y paraît ?*

*Devez-vous orienter cette patiente en spécialité ? Si oui, à qui ?*

## Des varices, est-ce que ça fait mal ?

*Il y a plus de gens qui ont de la veine qu'on le croit !*

La maladie veineuse des membres inférieurs est très commune dans les pays industrialisés. Contrairement à la croyance populaire, les varices ne sont pas uniquement l'apanage des femmes. Cependant, ces dernières consulteraient davantage à ce sujet. Selon l'Edinburgh Vein Study<sup>1</sup>, une étude réalisée sur 1566 personnes de 18 à 64 ans, 80 % des gens auraient minimalement des varices réticulaires et des varicosités ou télangiectasies (*encadré*) (*photo 1*). Près du tiers des gens (40 % des hommes et 32 % des femmes) présenterait des varices tronculaires (varices provenant des veines saphènes) (*photos 2 et 3*). La maladie veineuse chronique, stade évolué de la maladie veineuse auquel s'ajoutent des changements cutanés ou sous-cutanés, se retrouve chez 9 % des hommes et 7 % des femmes. Une autre étude signale qu'environ 1 % de la population a déjà souffert ou souffre d'ulcère veineux<sup>2</sup>.

Donc, le cas de M<sup>me</sup> V. Harris n'est malheureuse-

*La D<sup>re</sup> Céline Croteau, omnipraticienne, pratique la phlébologie en clinique depuis 1995, à Saint-Bruno-de-Montarville.*

### Encadré

#### Terminologie de la phlébologie<sup>9</sup>

<b>Atrophie blanche :</b>	atrophie cutanée blanchâtre et souvent circulaire entourée de capillaires dilatés et quelquefois d'hyperpigmentation (maladie veineuse chronique grave).
<b>Dermite ocre (hyperpigmentation cutanée) :</b>	zone cutanée hyperpigmentée de coloration brunâtre résultant d'extravasation sanguine, se trouvant en général dans la région de la cheville, mais pouvant s'étendre à la jambe ou au pied.
<b>Hypodermite :</b>	œdème inflammatoire diffus de la peau qui peut être douloureux.
<b>Lipodermatosclérose :</b>	inflammation chronique et fibrose de la peau et des tissus sous-cutanés du tiers inférieur de la jambe (maladie veineuse chronique grave).
<b>Télangiectasie :</b>	confluence de veinules dilatées intradermiques (moins de 1 mm) ; coloration rougeâtre.
<b>Varice :</b>	veine dilatée et tortueuse sous-cutanée (3 mm et plus).
<b>Varice réticulaire :</b>	veine bleutée dilatée hypodermique (de 1 mm à 3 mm).
<b>Varicosité :</b>	confluence de veinules dilatées intradermiques (environ de 1 mm à 3 mm) ; coloration bleutée violacée.

ment pas unique, si ce sont ses varices qui lui font mal.

#### Comment reconnaître les veinards ?

En questionnant M<sup>me</sup> V. Harris, vous apprenez que sa mère présentait des varices pour lesquelles elle avait été opérée à deux reprises. Cette dernière a terminé sa vie avec un ulcère variqueux qui l'invalidait



Photo 1. Varicosités C1



Photo 2. Varices provenant de la grande saphène C2



Photo 3. Varices provenant de la petite saphène C3

### Tableau 1

#### Facteurs de risque de la maladie veineuse<sup>3-5,7,13,14,18</sup>

##### Non modifiables

- ⦿ Âge
- ⦿ Héritéité++ : antécédents familiaux de varices, d'éveinage chirurgical, d'ulcère variqueux
- ⦿ Antécédents familiaux ou personnels de maladies thrombo-emboliques (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)

##### Modifiables

- ⦿ Travail debout ou assis (orthostatisme prolongé)
- ⦿ Sédentarité
- ⦿ Grossesse
- ⦿ Obésité, facteur concomitant

beaucoup et ne pouvait tolérer le port de bas de compression en raison d'une insuffisance artérielle grave, de diabète et d'arthrose au niveau du tarse. Les six frères et sœurs de votre patiente sont atteints soit de « varices qui bombent, soit de varices en forme de toiles d'araignée ». Aucun membre de la famille n'aurait souffert de problème thrombo-embolique, mais un cousin éloigné s'est fait amputer la jambe à 50 ans (cause inconnue). M<sup>me</sup> V. Harris est très inquiète, car à la fin de sa journée de travail au supermarché, ses

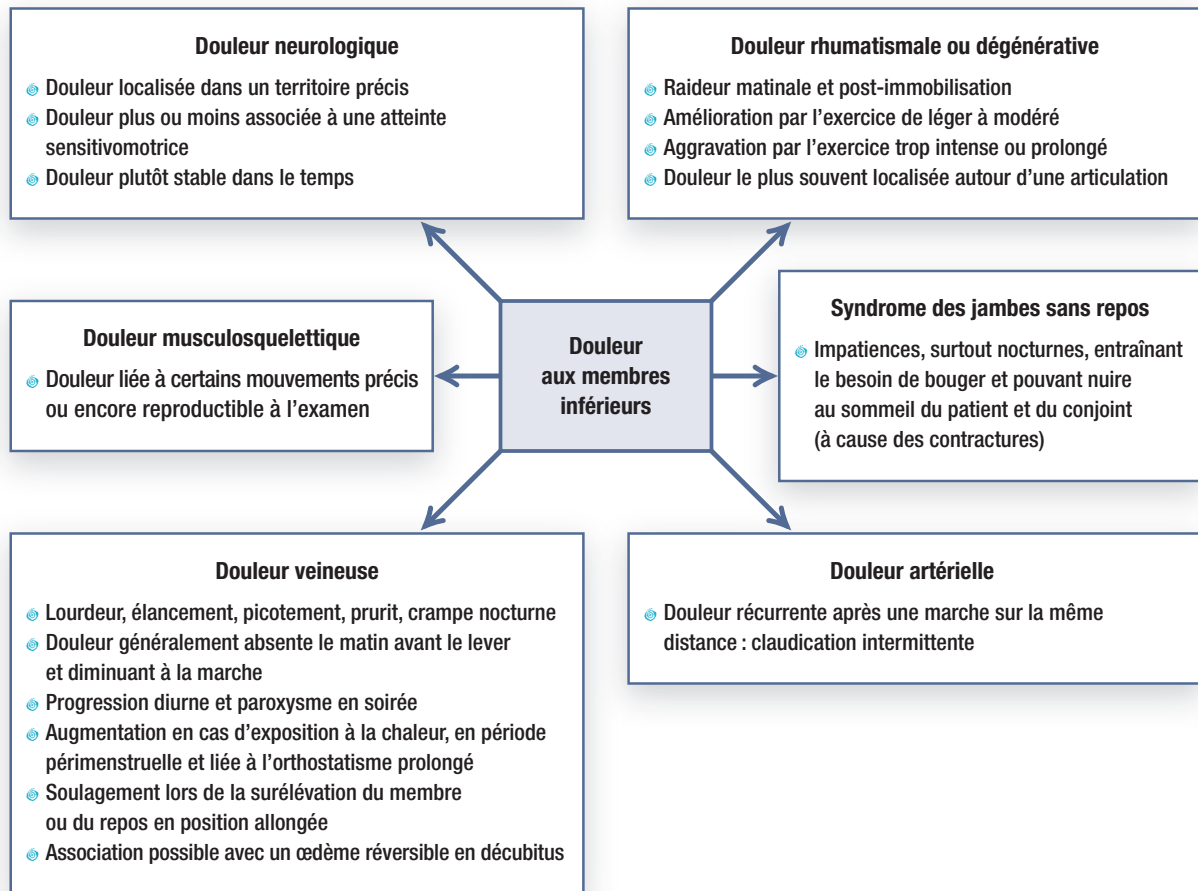
jambes sont lourdes et ont tendance à enfler, surtout la droite. Des crampes au mollet droit la réveillent à l'occasion. Elle se demande si une troisième grossesse est réaliste, puisqu'elle a eu beaucoup de varices vulvaires au cours de sa dernière grossesse, de même qu'une sciatalgie, qui sont disparues quelques mois après l'accouchement. Elle veut aussi savoir si la douleur actuelle provient de son nerf sciatique, d'une veine bloquée ou, pire encore, d'un problème semblable à celui de son cousin.

La tension commence à monter dans votre cabinet. Il est temps d'essayer de voir clair dans le cas de M<sup>me</sup> V. Harris.

Face à un problème de douleur aux membres inférieurs, il est évidemment indiqué d'éliminer d'abord toutes les causes aiguës de douleur, qui doivent être traitées d'urgence (phénomène thrombo-embolique, syndrome de la queue de cheval, syndrome compartimental, rupture du tendon d'Achille ou du plantaire grêle, insuffisance artérielle aiguë, rupture d'un kyste de Baker, etc.). Par la suite, l'anamnèse et l'examen clinique sont toujours d'actualité et demeurent la base de l'évaluation phlébologique. Certaines questions-clés pourront assez facilement orienter le clinicien vers une maladie veineuse. La *figure 1* résume bien les caractéristiques de la douleur veineuse. Il faudra rechercher les facteurs de risque de maladie veineuse

**Figure 1**

**Diagnostic différentiel des douleurs aux membres inférieurs**



à l'anamnèse (*tableau I*), en gardant en tête la forte prédominance familiale de la maladie<sup>3</sup>. Dans le cadre du dépistage et de la prévention de la maladie veineuse, il est important de préciser les facteurs de risque comme pour la maladie artérielle<sup>4</sup>.

D'un point de vue clinique, la grosseur d'une veine variqueuse n'est pas directement proportionnelle à l'intensité des symptômes ou de la douleur. Les symptômes sont très variables d'un patient à l'autre<sup>5,6</sup>.

Même une maladie veineuse légère peut être la source de malaises (lourdeurs, fatigue et douleurs périmenstruelles), souvent réversibles lorsque les patients sont traités de façon appropriée. Une étude internationale sur la maladie veineuse chronique laisse cependant voir une corrélation entre la gravité des symptômes et la durée de la maladie veineuse de même que le stade clinique<sup>7,8</sup>. Le *tableau II* représente la classification internationale de base de la maladie veineuse, appelée

**Les symptômes sont très variables d'un patient à l'autre. Même une maladie veineuse légère peut être la source de malaises (lourdeurs, fatigue et douleurs périmenstruelles), souvent réversibles lorsqu'ils sont traités de façon appropriée.**

**Repère**



Photo 4. Dermite ocre C4



Photo 6. Ulcère ouvert C6



Photo 5. Atrophie blanche C4 (préulcération)

CEAP (pour *clinical, etiology, anatomy, pathophysiology*)<sup>9</sup>. Pour les besoins de cet article, nous vous présentons seulement la classification clinique qui vous permettra de constater le continuum entre la maladie veineuse légère et la maladie veineuse chronique.

Lorsqu'un doute persiste quant à l'origine des symptômes, on peut tenter, si le patient ne souffre pas d'insuffisance artérielle marquée, de lui faire porter des bas médicaux de compression pour vérifier s'il y a une diminution de la douleur<sup>10</sup>.

L'atténuation des symptômes par le port des bas oriente généralement vers une cause veineuse. Enfin, on doit garder à l'esprit que des douleurs artérielles, neurologiques ou autres peuvent coexister avec la maladie veineuse.

### D'où viennent ces varices ?

Voici quelques notions d'anatomie fort utiles pour effectuer votre évaluation phlébologique de M<sup>me</sup> V. Harris. Les veines des membres inférieurs sont divisées en deux réseaux veineux, un superficiel (10 % du retour veineux) et un profond (90 % du retour veineux) qui sont liés entre eux par une série de veines perforantes. Le réseau veineux superficiel est situé au-dessus de l'aponévrose musculaire tandis que le système profond se trouve en dessous<sup>5,6</sup>.

Le réseau veineux superficiel comprend tout un réseau de veines interconnectées qui ser-

vent de collecteur primaire en dirigeant le sang vers plusieurs veines superficielles tronculaires (veine grande saphène, veine petite saphène) qui, elles, se jettent dans le réseau veineux profond au niveau des jonctions saphénofémorales et saphéno-poplitées<sup>11</sup> (figure 2).

### Notions de physiopathologie

Le retour veineux normal se fait de bas en haut en luttant contre la gravité terrestre et la pression hydrostatique exercée sur les veines par la colonne de sang. Les valvules antiretour jouent un rôle prépondérant en empêchant le sang veineux de redescendre. Lors de la marche, l'écrasement de la semelle veineuse plantaire et la contraction séquentielle des muscles du pied, du mollet et de la cuisse effectuent un massage externe

## Tableau II

### Classification clinique de la maladie veineuse (CEAP)<sup>9</sup>

- C0** Pas de signe clinique
- C1** Télangiectasies et varices réticulaires (photo 1)
- C2** Varices (photo 2)
- C3** Varices + œdème (photo 3)
- C4** Changements cutanés ou sous-cutanés : hyperpigmentation cutanée ou dermite ocre (photo 4), eczéma, hypodermite, lipodermatosclérose ou atrophie blanche (photos 4, 5, 7 et 8)
- C5** Changements cutanés + ulcère cicatrisé fermé
- C6** Changements cutanés + ulcère ouvert (photo 6)

Chaque classe clinique est caractérisée par un s (symptomatique) ou un a (asymptomatique).



Photo 7. Lipodermatosclérose



Photo 8. Hypodermite C4

du réseau veineux et font progresser le sang veineux vers le cœur par un effet de pompe<sup>5-7</sup>. Chez le sujet variqueux, la paroi veineuse altérée et ramollie (hyperdistensibilité pariétale) se dilate et engendre une in-

continence valvulaire. En orthostatisme, ce phénomène de reflux valvulaire crée une fuite de sang vers le bas au lieu de la progression céphalique habituelle<sup>5-7</sup>. Ainsi, l'augmentation conjuguée de la pression hydrostatique et hydrodynamique, associée à la stase, fera décompenser progressivement les veines sous-jacentes qui finiront par devenir tortueuses, dilatées

**Figure 2**

**Anatomie normale du réseau veineux des membres inférieurs<sup>5,11</sup>**

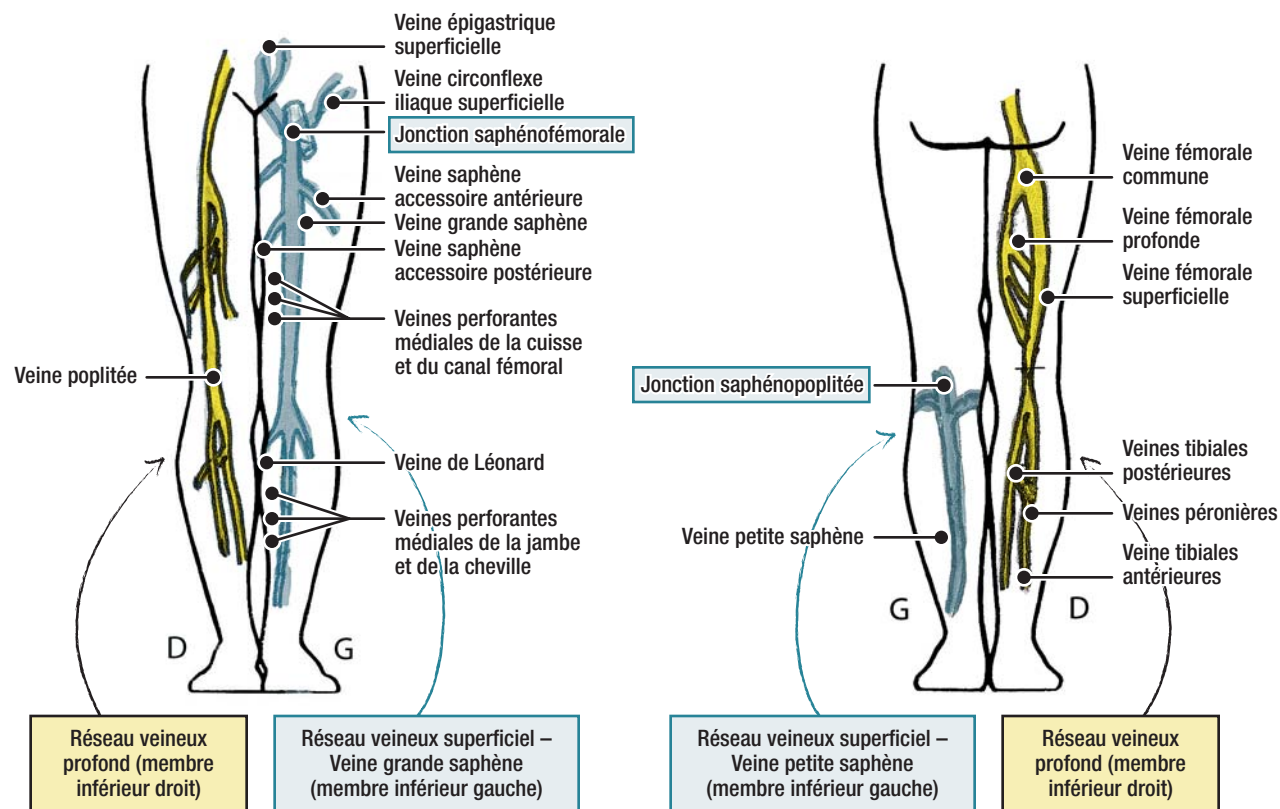
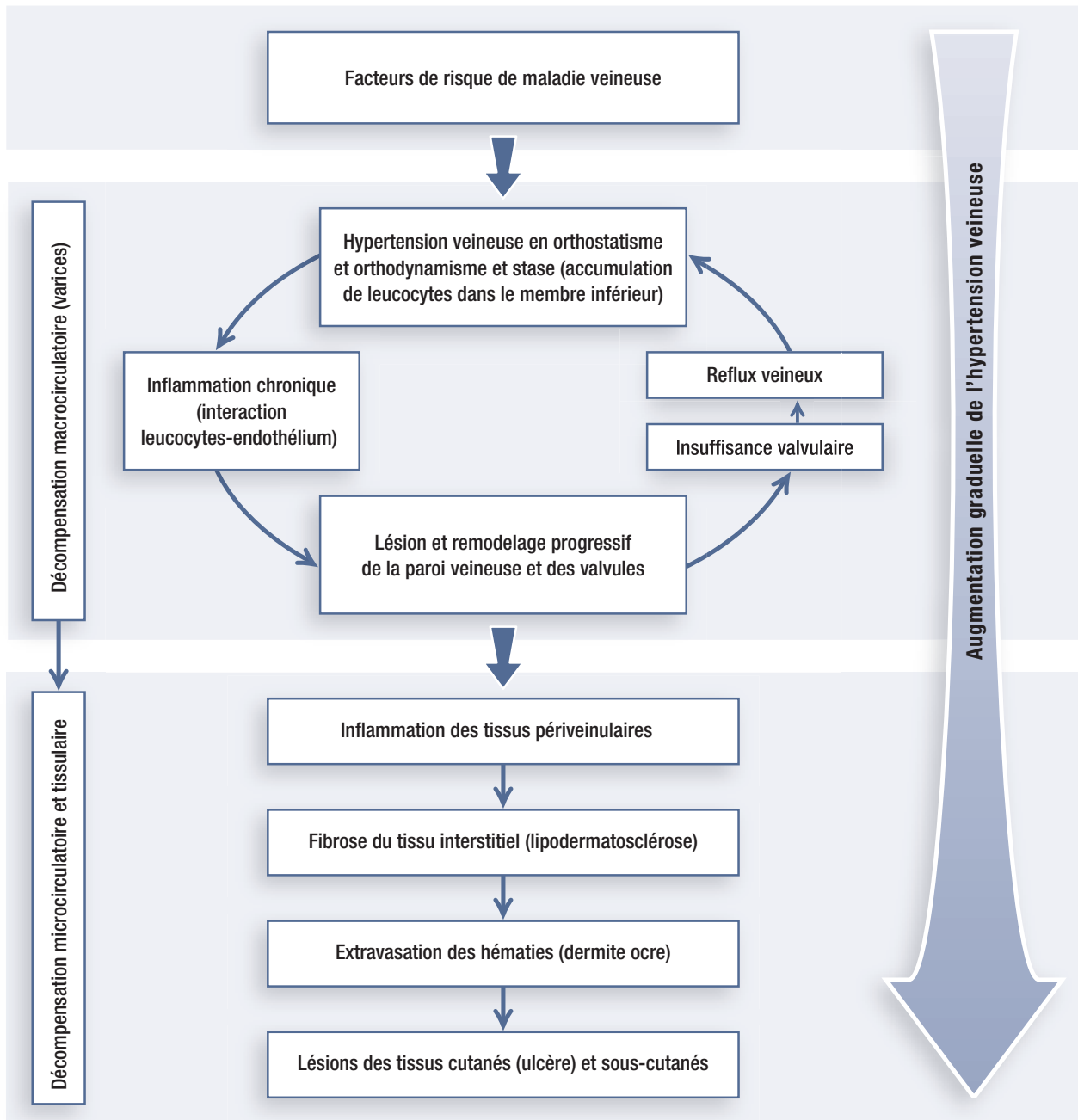


Figure 3

Physiopathologie de l'insuffisance veineuse<sup>7,18</sup>



et gonflées (définition d'une varice par l'Organisation mondiale de la Santé). Plus cette combinaison d'éléments durera longtemps, plus le patient sera susceptible de présenter des troubles trophiques cutanés, voire un ulcère, attribuables à l'hypertension veineuse chronique, à la décompensation microcirculatoire et

à l'inflammation présentes dans la maladie veineuse chronique<sup>7</sup> (figure 3).

L'hypertension veineuse, la stase et les altérations de la paroi veineuse s'installent lentement mais sûrement et peuvent même aller jusqu'à provoquer des problèmes thrombo-emboliques. En effet, les varices constituent

**Tableau III****Facteurs à rechercher à l'examen**

- 🕒 Varices périnéales
- 🕒 Bombements veineux ou zones de pression augmentée à la palpation (*photos 2 et 3*)
- 🕒 Veines dilatées et tortueuses (varices provenant des troncs saphéniens ou d'une veine collatérale s'abouchant dans la saphène) (*photos 2 et 3*)
- 🕒 Veines bleu-vert peu apparentes qui sont en fait des varices réticulaires
- 🕒 Varicosités (les toiles d'araignée de la famille de M<sup>me</sup> V. Harris !) (*photo 1*)

un facteur de risque connu de thrombose veineuse profonde (échelle de Wells) et la première cause de thrombose veineuse superficielle. On reconnaît d'ailleurs de plus en plus un lien entre la thrombose veineuse superficielle, la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire<sup>12</sup>. Les varices (plus ou moins associées à d'autres facteurs de risque) peuvent ainsi engendrer des troubles thrombo-emboliques. Ces derniers pourront ensuite aggraver les varices elles-mêmes, créant un cercle vicieux.

Par ailleurs, 20 % des personnes atteintes de maladie veineuse chronique souffriront d'un ulcère veineux. Le pronostic général de l'ulcère est mauvais, la guérison, lente et les récurrences, fréquentes. Plus de la moitié des patients doivent être traités pendant plus d'une année avant de guérir<sup>13</sup>, tandis que les deux tiers connaîtront une récurrence<sup>2</sup>. L'incapacité liée à l'ulcère veineux engendre une perte d'heures productives estimée à deux millions de jours de travail par an et peut pousser un patient à prendre une retraite anticipée, ce qui se produit chez plus de 12,5 % des travailleurs ayant un ulcère veineux<sup>13</sup>. La diminution de la qualité de vie associée aux classes C5 et C6 est comparable à celle des patients souffrant d'insuffisance cardiaque<sup>7</sup>.

**Tableau IV****Facteurs mécaniques nuisant au retour veineux**

- 🕒 Atrophie musculaire
- 🕒 Affaissement de l'arche plantaire
- 🕒 Diminution de la mobilité du pied ou du tarse (arthrose, hallux valgus, etc.)
- 🕒 Mauvais alignement des membres inférieurs

**Art de l'examen phlébologique en médecine familiale**

Maintenant que vous avez une bonne idée de la provenance des symptômes, vous examinez M<sup>me</sup> V. Harris. Elle doit se tenir debout devant vous, une jambe légèrement en rotation externe pour permettre l'examen de la veine grande saphène (*photo 2*) et de son territoire. Ensuite, elle se tourne dos à vous pour l'examen de la veine petite saphène et de son territoire (*photo 3*). Déjà, visuellement et à la palpation, vous recherchez des zones de pression augmentée dans le système veineux superficiel. Y a-t-il des bombements veineux visibles sur le trajet de veines dilatées et tortueuses ? Alors, il s'agit bien d'une veinarde ! Le *tableau III* résume ce que vous devez rechercher à l'examen. L'aspect cutané du tiers inférieur de la jambe est crucial, car il est le siège des complications de la maladie veineuse chronique. Les *photos 4 à 8* illustrent bien ce qui devrait attirer particulièrement votre attention dans cette région anatomique.

Vous détecterez certains problèmes mécaniques qui peuvent nuire à l'effet de pompe et donc au retour veineux. Le *tableau IV* vous guidera dans votre recherche.

L'examen physique devrait être complété par les étapes habituelles de l'examen cardiovasculaire de base, prioritairement par l'examen des pouls artériels périphériques.

**Quand, pourquoi et vers qui orienter le patient ?**

La maladie veineuse initiale peut paraître bénigne,

**L'hypertension veineuse, la stase et les altérations de la paroi veineuse s'installent lentement mais sûrement et peuvent même aller jusqu'à provoquer des problèmes thrombo-emboliques.**

**Repère**

mais il ne faut pas oublier qu'elle peut être symptomatique, même à un stade précoce. L'installation de signes d'hypertension veineuse chez un patient ne devrait jamais être passée sous silence, compte tenu de la morbidité engendrée par les complications de la maladie veineuse chronique. Cette dernière s'aggravera avec l'âge du patient<sup>1,7</sup>. Les répercussions sur la microcirculation deviendront de plus en plus difficiles à gérer, principalement si d'autres maladies concomitantes, telles que l'insuffisance artérielle, le diabète et l'arthrose, viennent compliquer la prise en charge et le traitement.

Les coûts sociaux liés à la maladie veineuse, de 1 % à 3 % du budget total de la santé dans les pays industrialisés<sup>7,15,16</sup>, l'augmentation notable de la prévalence de la maladie veineuse chronique chez les personnes de plus de 50 ans (plus d'une personne sur cinq)<sup>1,7</sup>, de même que l'augmentation constante de l'espérance de vie devraient achever de vous convaincre qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème esthétique. Pour terminer, comme on sait maintenant que 45 % des ulcères variqueux sont d'origine veineuse superficielle (varices tronculaires)<sup>7,17</sup> et qu'ils auraient pu être évités dans bien des cas par une prise en charge plus précoce de la maladie veineuse, il devient de plus en plus évident que M<sup>me</sup> V. Harris devrait être orientée pour une évaluation phlébologique.

Idéalement, vous devez adresser votre patient à un médecin formé en phlébologie. Ce dernier doit bien maîtriser les méthodes d'exploration, telles que le Doppler et l'échographie Doppler veineuse, et connaître suffisamment les options thérapeutiques. Il fera une corrélation entre les résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique et ceux de l'exploration veineuse et pourra recommander un traitement et un suivi adéquats au patient.

## Retour au cas de M<sup>me</sup> V. Harris

*L'évaluation de M<sup>me</sup> V. Harris vous laisse soupçonner une insuffisance de la veine petite saphène droite accompagnée de varices réticulaires et de varicosités. Vous croyez que ses symptômes sont probablement liés à la maladie veineuse et décidez de la diriger vers un médecin qui pratique la phlébologie près de chez vous pour une prise en charge.*

Date de réception : 14 janvier 2008

Date d'acceptation : 13 mars 2008

**Mots clés :** maladie veineuse chronique, dépistage, diagnostic différentiel, douleur aux membres inférieurs, varices symptomatiques, maladie veineuse

La D<sup>re</sup> Céline Croteau n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV et coll. 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 (3) : 149-53.
2. Fowkes F. Épidémiologie de l'ulcère veineux. *Phlébologie* 1999; 52 (4) : 377-82.
3. Cornu-Thénard A, Boivin P, Baud JM et coll. Importance of the familial factor in varicose disease: clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20 (5) : 318-26.
4. Blanchemaison PH, Louisy F, Clément R et coll. Actualités dans la prévention et le traitement de la maladie veineuse des membres inférieurs. *Décision thérapeutique en médecine générale* 2004; N° 13 : 14-7.
5. Vin F, Schadeck M. *La maladie veineuse superficielle* (chapitres 3-4). Paris : Masson ; 1991. pp. 18, 19, 37-44, 58.
6. Ramelet AA, Monti M. *Phlébologie* (chapitres 1 et 16). 3<sup>e</sup> éd. Paris : Masson ; 1994. pp. 1 et 185.
7. Bergan JJ, Schmid-Schönbein GW, Smith PD et coll. Chronic venous disease. *N Engl J Med* 2006; 355 (5) : 488-98.

**Les coûts sociaux liés à la maladie veineuse, de 1 % à 3 % du budget total de la santé dans les pays industrialisés, l'augmentation notable de la prévalence de la maladie veineuse chronique de même que l'augmentation constante de l'espérance de vie devraient achever de vous convaincre qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème esthétique.**

**Une proportion de 45 % des ulcères variqueux sont d'origine veineuse superficielle (varices tronculaires). Ils auraient pu être évités dans bien des cas par une prise en charge plus précoce de la maladie veineuse.**

Repères



## Summary

**Phlebology 101.** Even with its high prevalence among the population, varicose disease of the lower limbs remains underestimated in family medicine. Family physicians can identify its symptomatology with a questionnaire and proper examination.

Complications of chronic venous disease, affecting one of five among the over 50 population, can be avoided by early and proactive intervention by health professionals. Since one to three percent of total health budget is currently being used to treat venous diseases, it is highly plausible that they will become an important public health problem because of our aging population.

This article is an introduction to basic notions in phlebology and a clinical tool for front-line doctors.

**Keywords:** chronic venous disease, screening, differential diagnosis, lower limb pain, symptomatic varicose veins, venous disease

8. Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL et coll. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. *J Vasc Surg* 2004; 39 (4) : 823-8.
9. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ et coll. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; 40 (6) : 1248-52.
10. Partsch H. Evidence-based compression therapy. *Vasa* 2003; 32 (63) : 7-36.
11. Caggiati A, Bergan JJ, Gloviczki P et coll. International Interdisciplinary Consensus Committee on Venous Anatomical Terminology. Nomenclature of the veins of the lower limbs: an international interdisciplinary consensus statement. *J Vasc Surg* 2002; 36 (2) : 416-22.
12. Marchiori A, Mosena L, Prandoni P. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis and treatment. *Semin Thromb Hemost* 2006; 32 (7) : 737-43.
13. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005; 111 (18) : 2398-409.
14. Allaert FA, Levardon M, Vin F. Influence de l'obésité sur la maladie veineuse. Étude des facteurs concomitants. *Phlébologie* 1991; 44 (2) : 271-80
15. Laing W. *Chronic venous diseases of the leg*. Londres : Office of Health Economics; 1992. 1-44.
16. Van den Oever R, Hepp B, Debbaut B, Simon I. Socio-economic impact of chronic venous insufficiency: an underestimated public health problem. *Int Angiol* 1998; 17 (3) : 161-7.
17. Tassiopoulos AK, Golts E, Oh DS, Labropoulos N. Current concepts in chronic venous ulceration. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000; 20 (3) : 227-32.
18. Vin F. L'inflammation au cœur de la maladie veineuse et de son traitement. Congrès des 60<sup>e</sup> Journées internationales francophones d'angéiologie. *Symposium Servier Médical/Euthérapie* 11 janvier 2008. Site Internet : [www.angiophlebonews.org/videos/DrFvin.pdf](http://www.angiophlebonews.org/videos/DrFvin.pdf) (Page consultée en février 2008).