

# ***L'insuffisance Veineuse et les Varices***

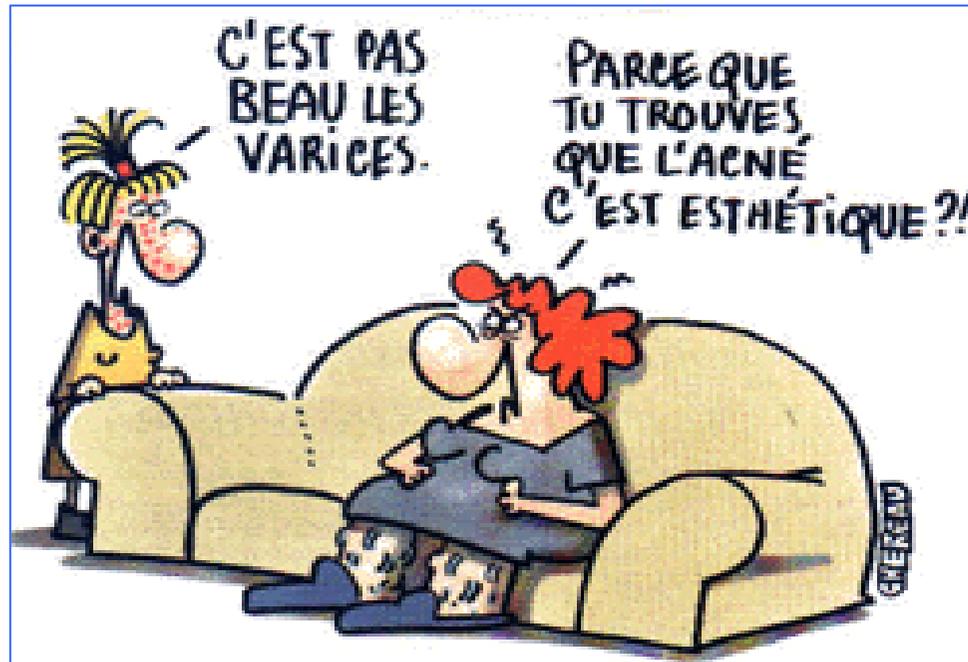
***Jean-Pierre Laroche***  
CHU de Montpellier

# ***L'insuffisance Veineuse et les Varices***

***Jean-Pierre Laroche***  
CHU de Montpellier

**1<sup>ère</sup> Partie**

*« Les jambes des femmes sont des compas qui arpentent le globe terrestre en tout sens, lui donnant son équilibre et son harmonie » François Truffaut*

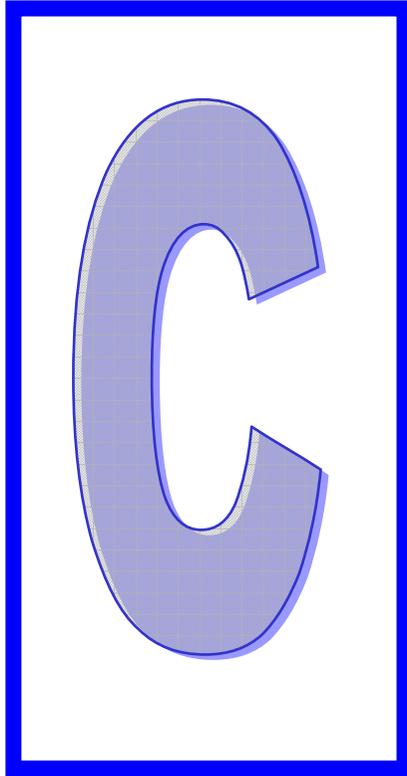


*Lorsqu'une question soulève des opinions violemment contradictoires, on peut assurer qu'elle appartient au domaine de la croyance et non à celui de la connaissance*  
**Voltaire**

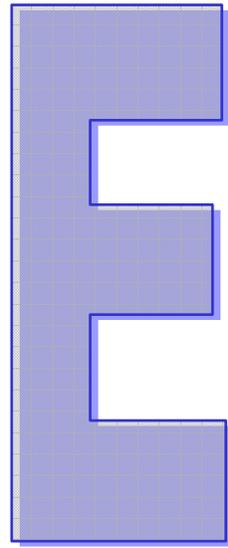
# Définitions

- **Varices essentielles ou primaires**
  - \* Systématisées : saphéniennes
  - \* Non systématisées : sans lien direct avec une incontinence saphène
- **Varices secondaires** liées à une étiologie précise : TVP le plus souvent, mais il peut s'agir plus rarement d'une dysplasie veineuse (angiodyplasie).

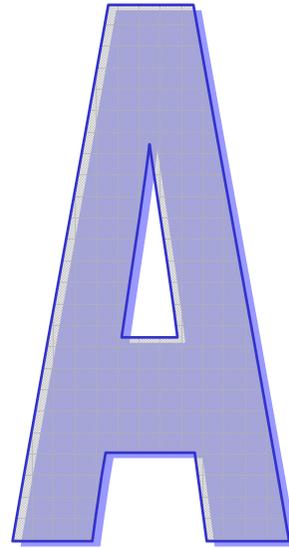
- **Varices Tronculaires** : dilatation saphène ou de ses branches
- **Varices Réticulaires** : dilatations tortueuses de petit calibre : < 4 mm (veines très superficielles, sous dermiques)
- **Varicosités ou téléangiectasies** : dilatation de veinules intra dermiques de très petit calibre : < 1 mm



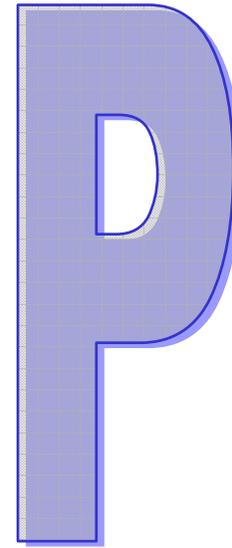
**Clinique**



**Étiologie**



**Anatomie**



**Physio pathologie**

# Varices, affections Veineuses Chroniques , une classification : La CEAP

- ❖ C0 : Pas de signe clinique ou palpable de la maladie veineuse
- ❖ C1 : Télangiectasies ou veines réticulaires
- ❖ C2 : Veines variqueuses. Elles se différencient des veines réticulaires par leur diamètre > 3 mm
- ❖ C3 : Œdème
- ❖ C4 : Altérations cutanées ou du tissu cellulaire sous cutanée liées à une maladie veineuse chronique. Cette classe est divisée en 2 parties afin de mieux différencier la sévérité de la maladie veineuse.
  - C4a : pigmentation et ou eczéma veineux
  - C4b : hypodermite scléreuse et ou atrophie blanche
- ❖ C5 : Ulcère cicatrisé
- ❖ C6 : Ulcère non cicatrisé

***Chaque classe doit être complétée par (A) pour asymptomatique et (S) pour symptomatique***

***Traitement des varices des membres inférieur,  
Rapport HAS, Juin 2004, [www.has.fr](http://www.has.fr)***











# **Place de l'Écho Doppler**

- **Rarement diagnostique**
- **Topographie des reflux superficiels et profonds**
- **Pré thérapeutique : écho marquage**
- **Thérapeutique : geste sous échographie**



***John Bergan : « Nous sommes dans le XXI<sup>e</sup> siècle et il est temps pour valider la sclérothérapie, qu'elle bénéficie d'études qui fournissent des preuves d'efficacité de niveau 1 ».***



# HANDBOOK OF VENOUS DISORDERS

2ND EDITION

## Guidelines of the American Venous Forum

Edited by  
Peter Gloviczki  
and  
James S T Yao

**2001**





**400 av.JC : Hippocrate** provoque la thrombose par piquûre des varices

**105 av.JC : Celse**, 1<sup>o</sup> description de la phlébectomie.

**200 ap.JC : Galien**, ligatures et Extirpation de varices.

**1363 : Gui de Chauillac**, compression et cautérisation des varices.

**1540 : Ambroise Paré** , utilise la Compression et traite les ulcères

**1603 : F d'Acquapendente** découvre La valvule veineuse.

**1628 : W Harvey**, description générale de la circulation sanguine.

**1846 : C Brodie**, reflux veineux

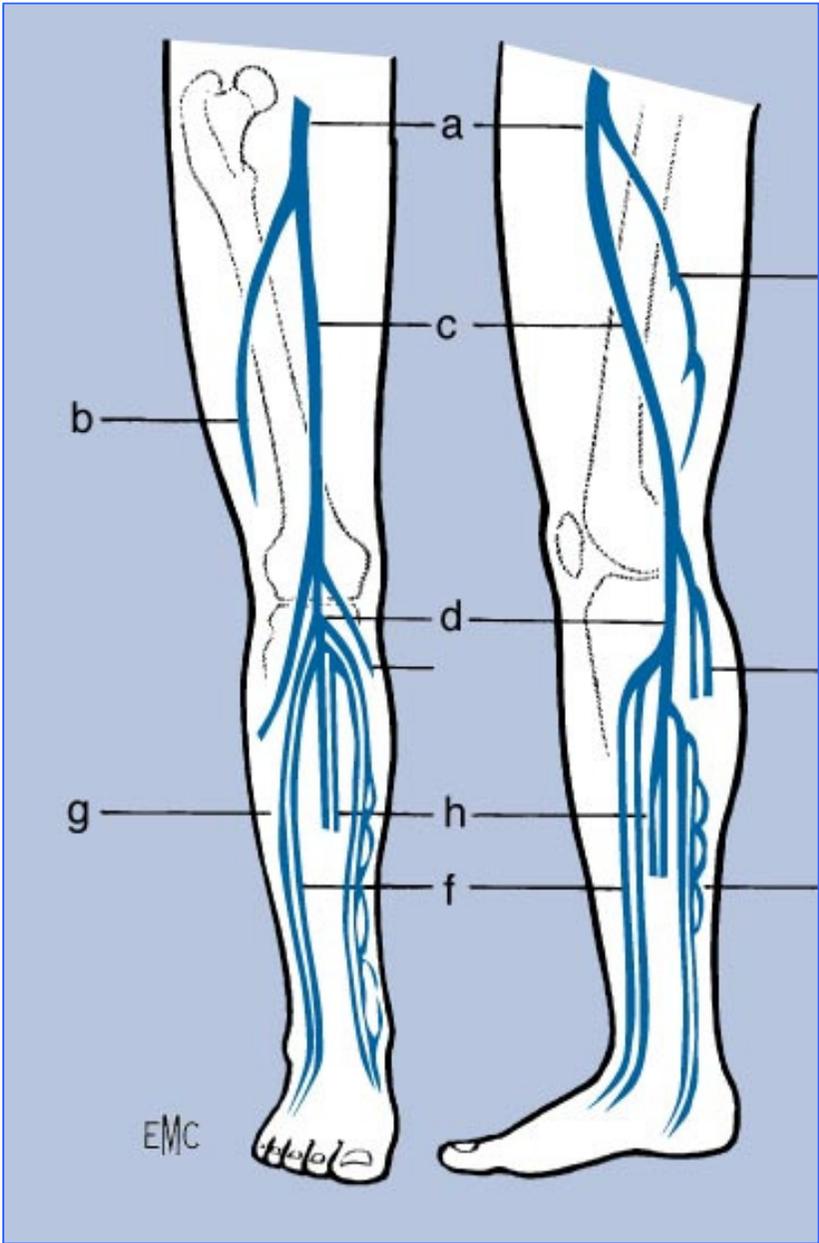
**1868 : Triade de Virchow.**

**1907 : Babcock**, stripping.

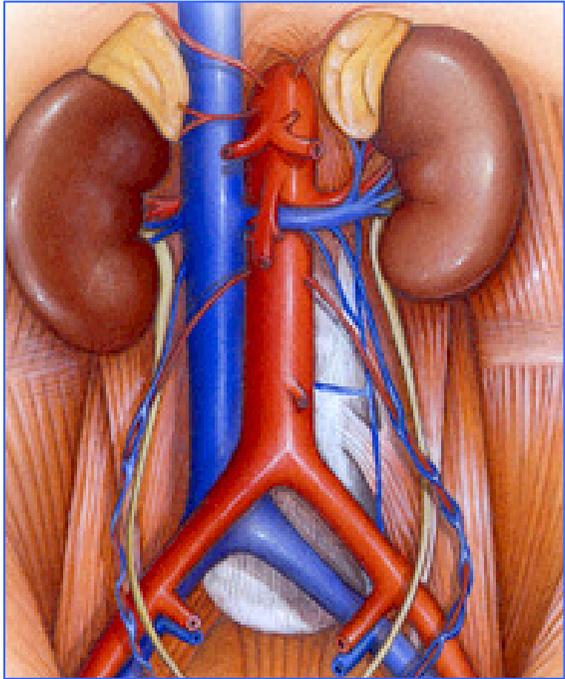
**1916 : découverte Héparine**

**1920 : Jean Sicard : bases de la sclérose**

# Anatomie



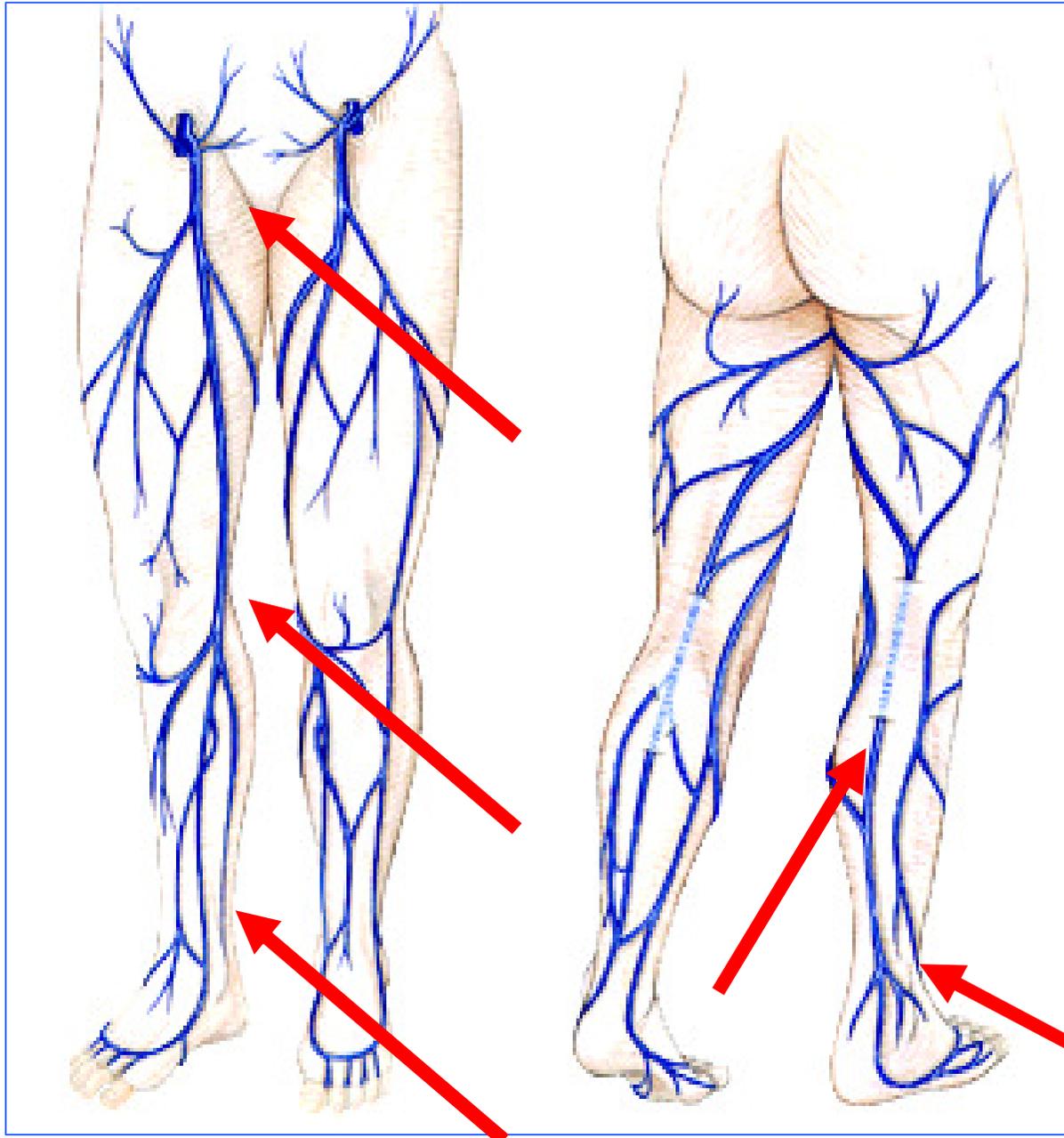
A : VFC  
 B : VFP  
 C : VFS  
 D : VP  
 E : VJ  
 F : VTA  
 G : VTP  
 H : VP



# Nouvelles dénominations

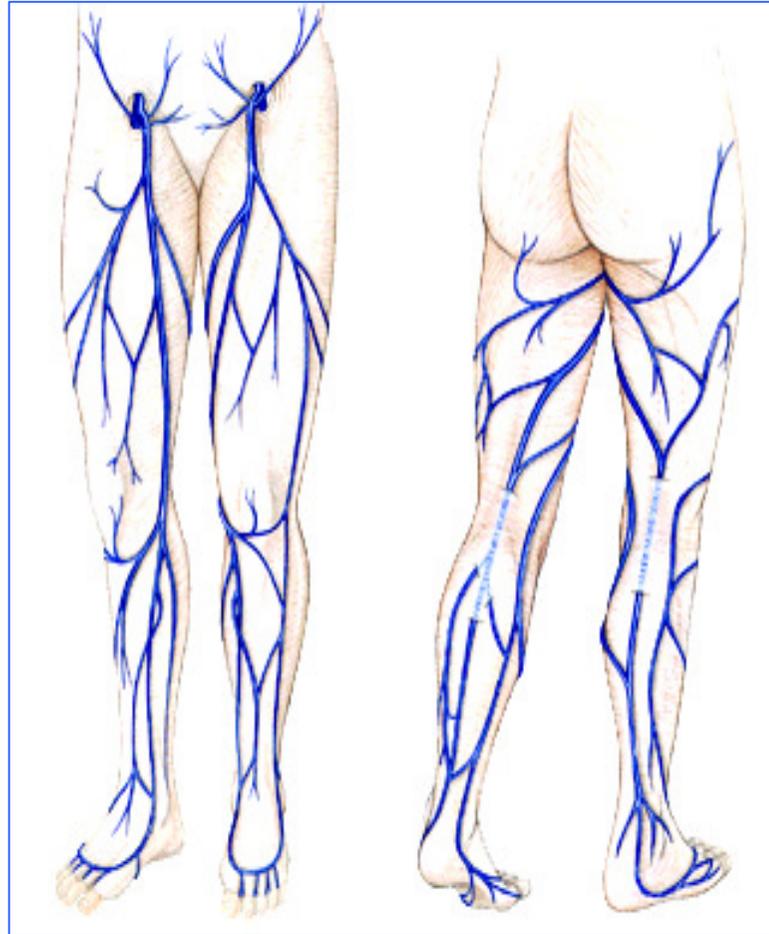
++++

- 1. Saphène interne devient la veine grande saphène.
- 2. Saphène externe devient le veine petite saphène.

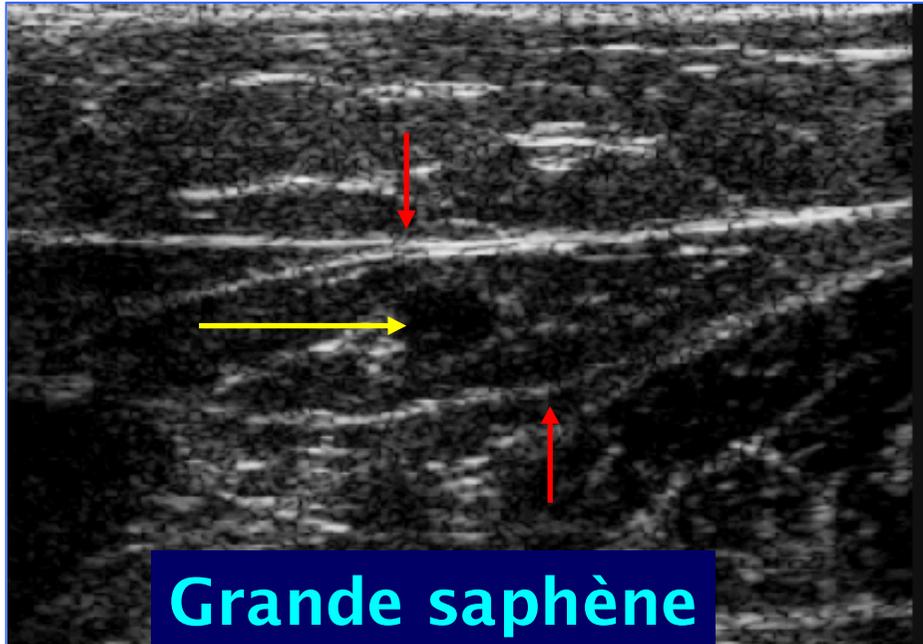


***Grande  
Saphène***

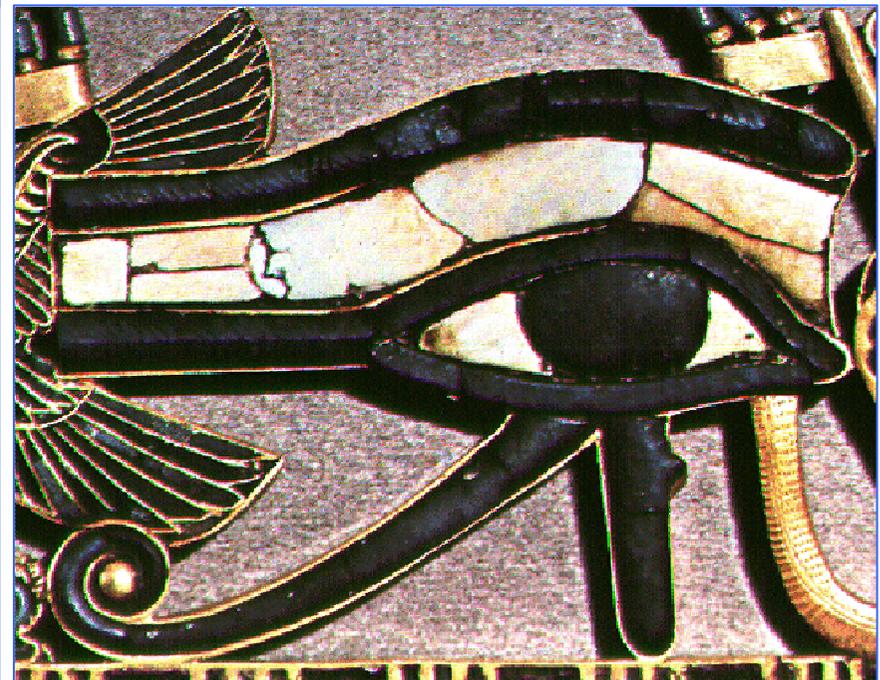
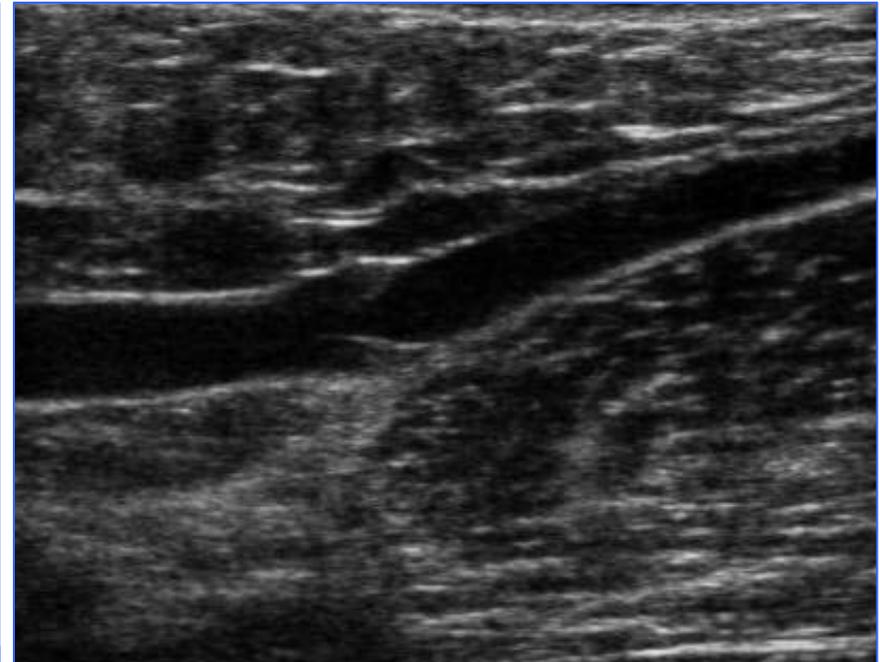
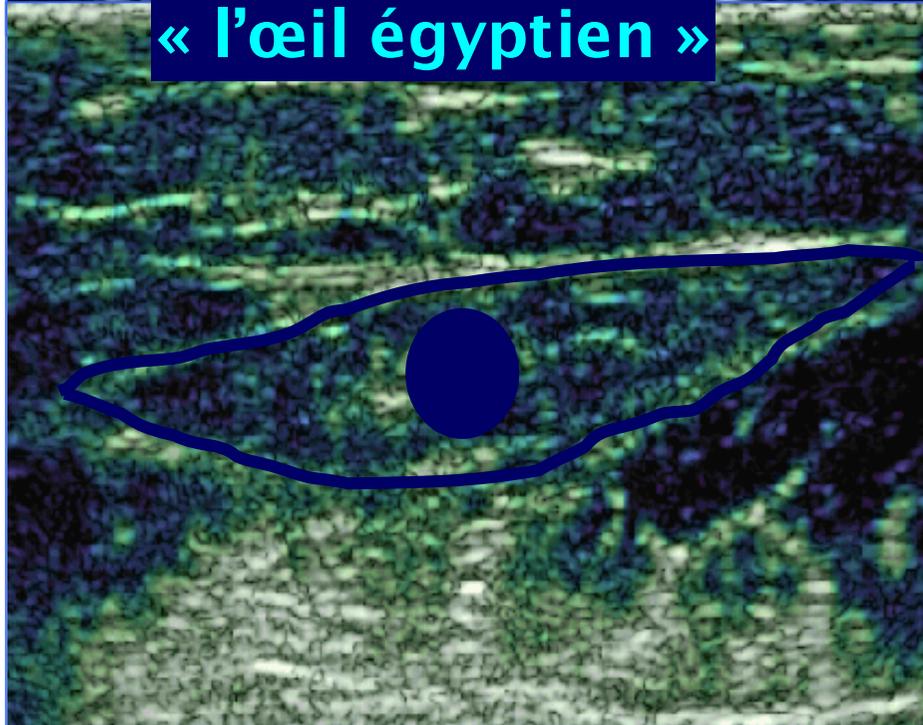
***Petite  
Saphène***

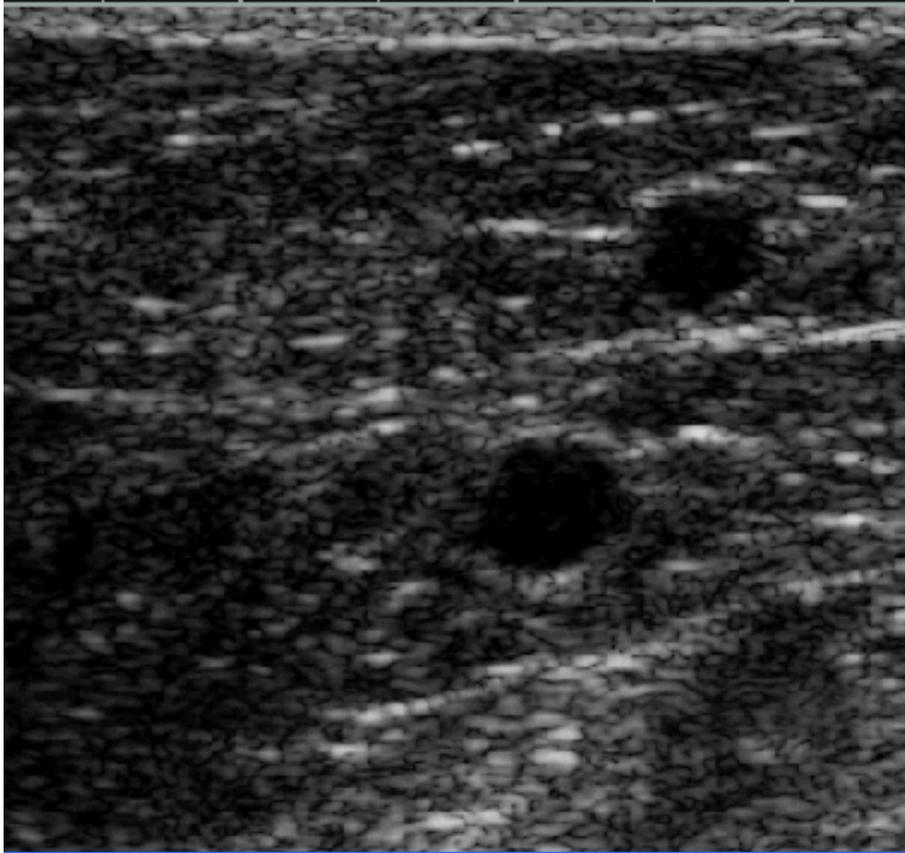


***Grande  
Saphène***

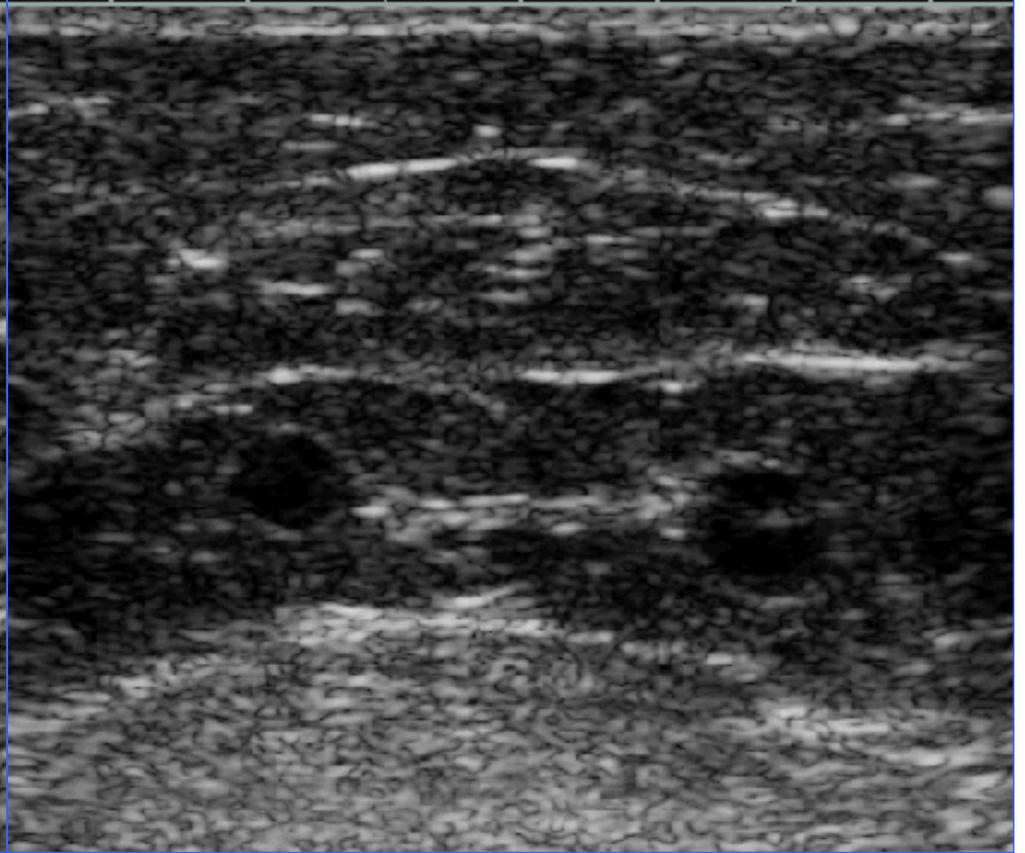


Grande saphène  
« l'œil égyptien »

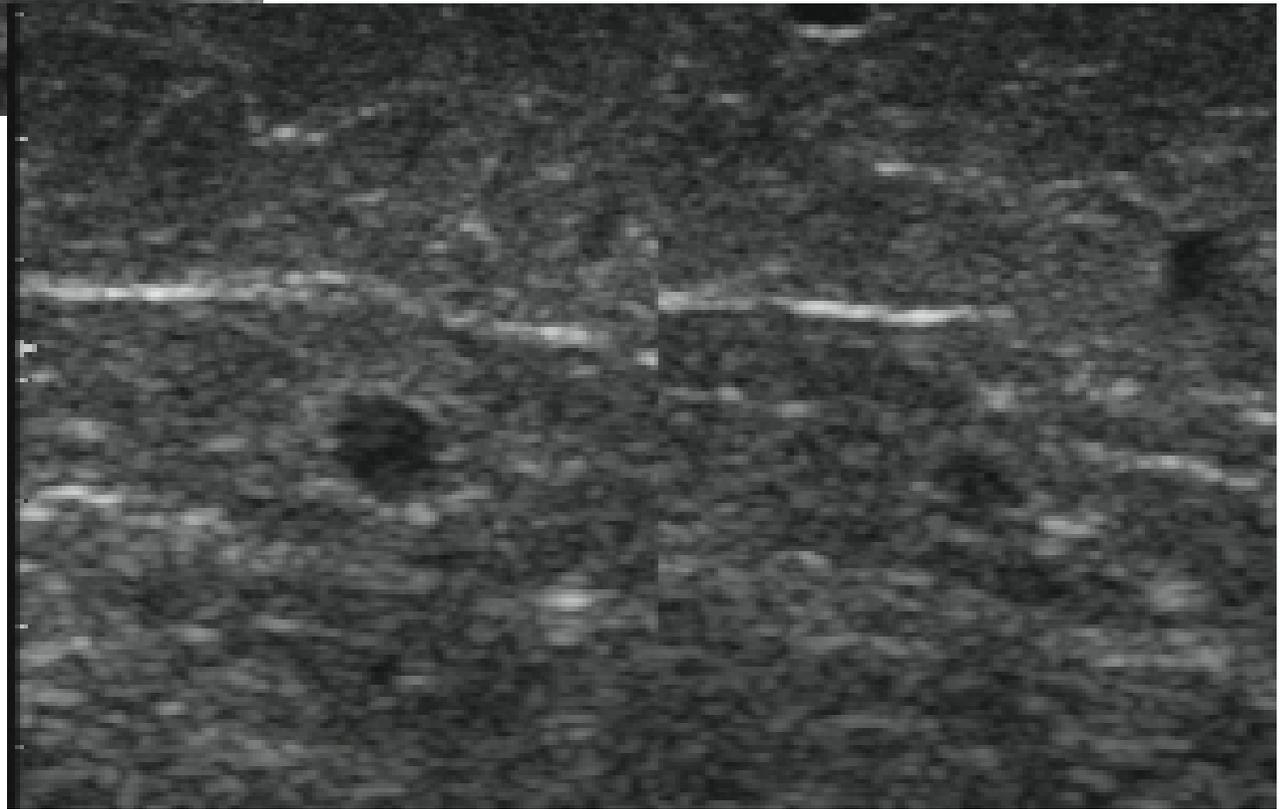
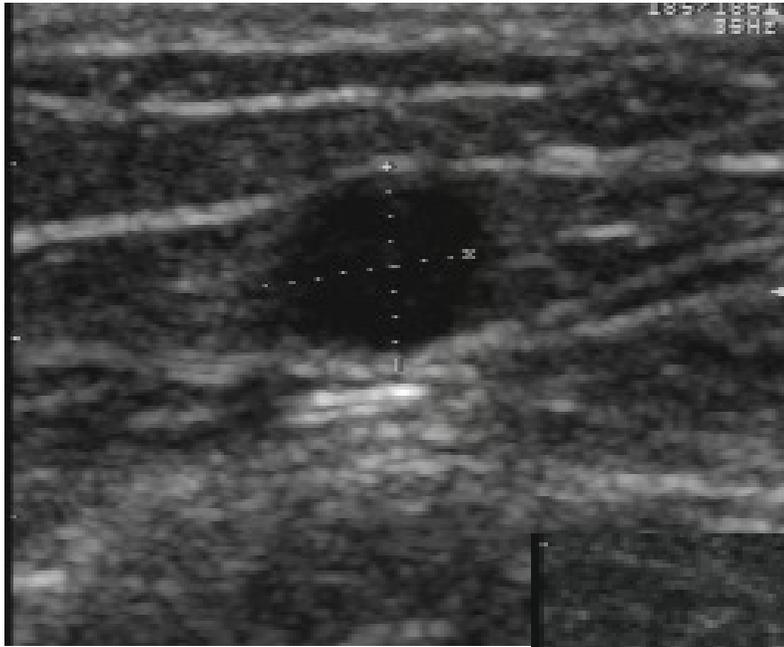


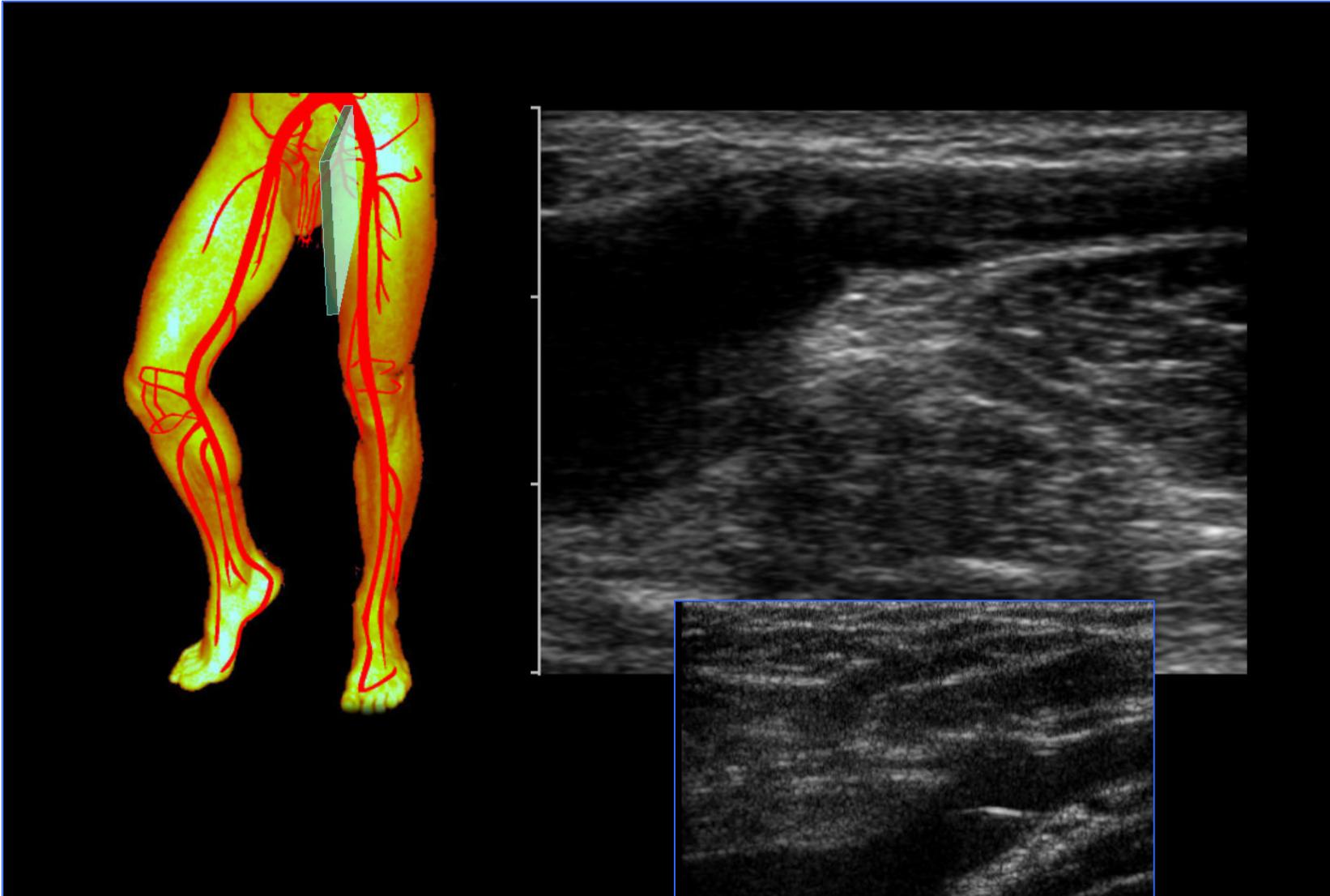


**GVS et S Accessoire**



**Double V GS**





**Veine Grande Saphène**

# Echo-Anatomie Normale

V. Grande Saphène



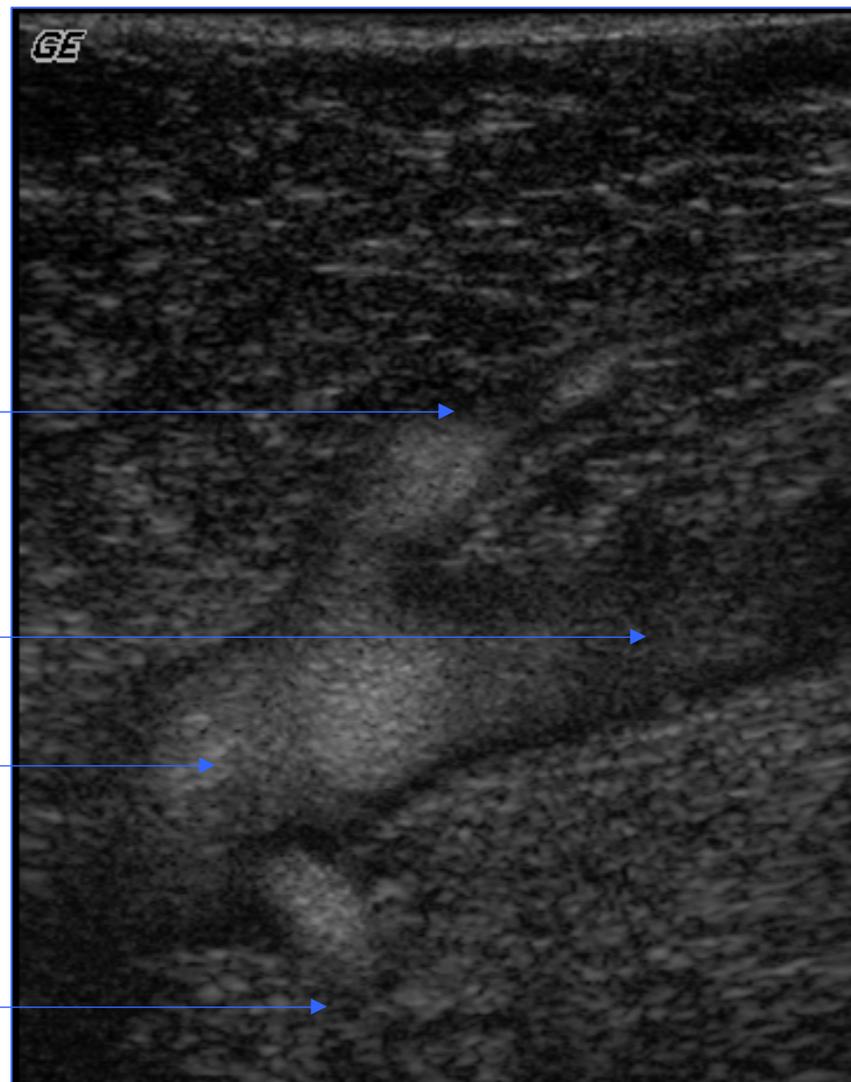
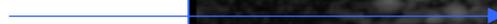
V. Fémorale Superficielle

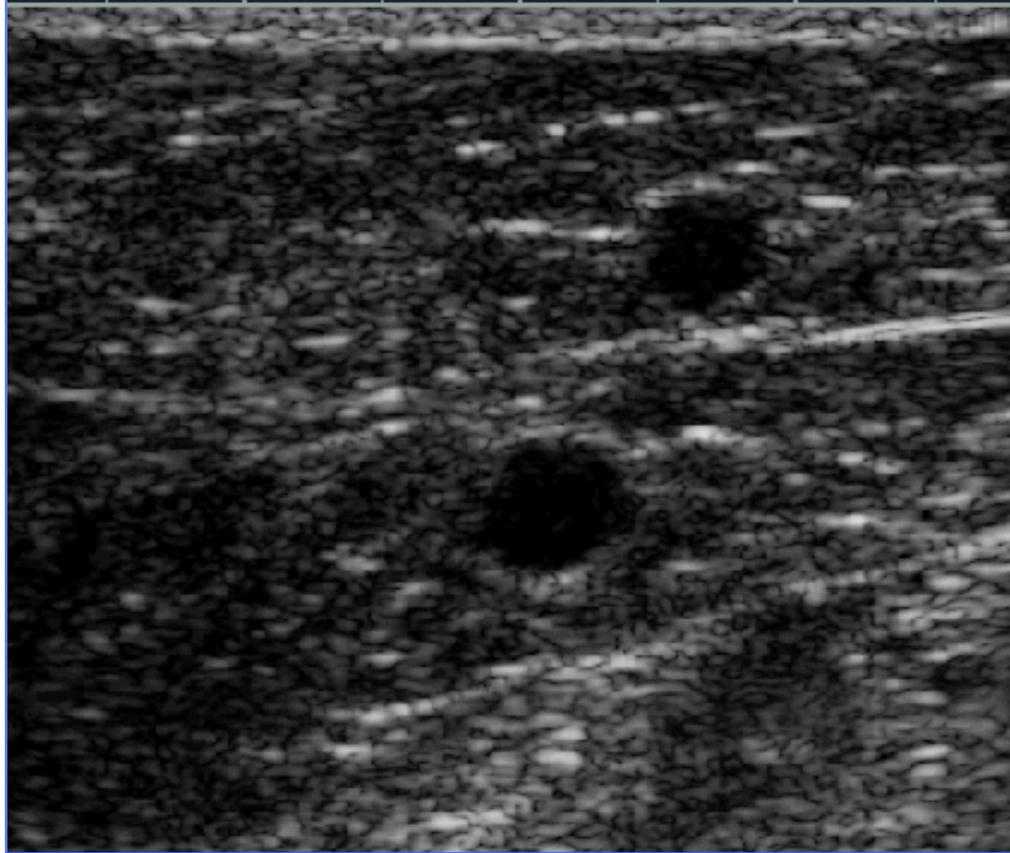


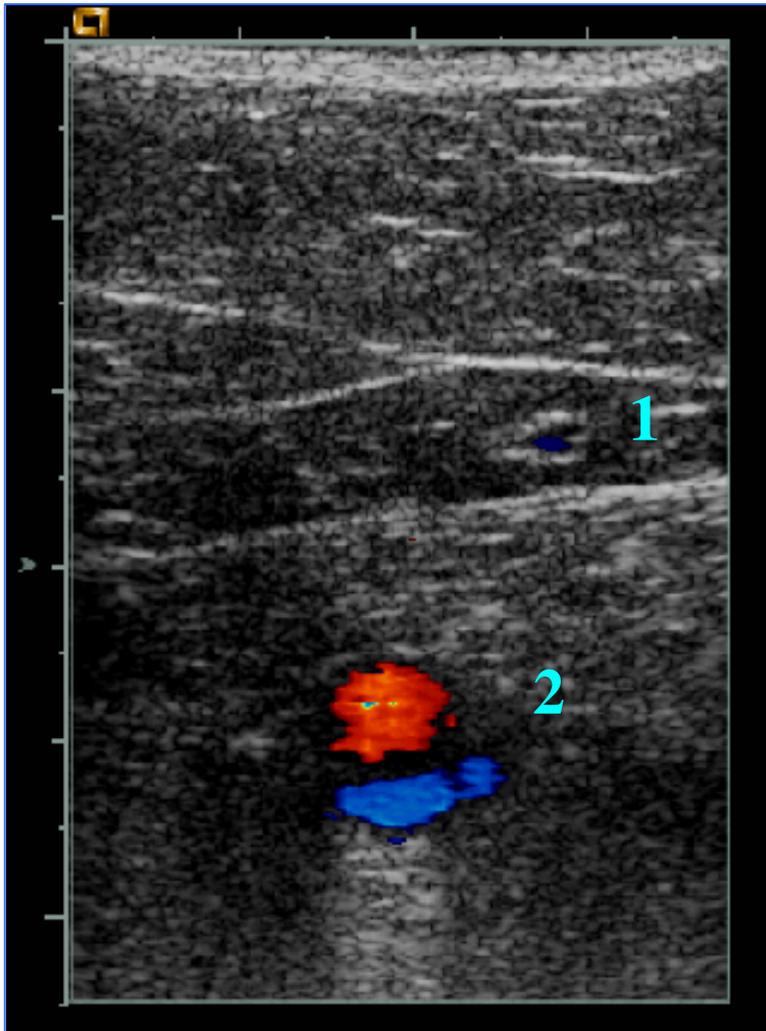
V. Fémorale Commune



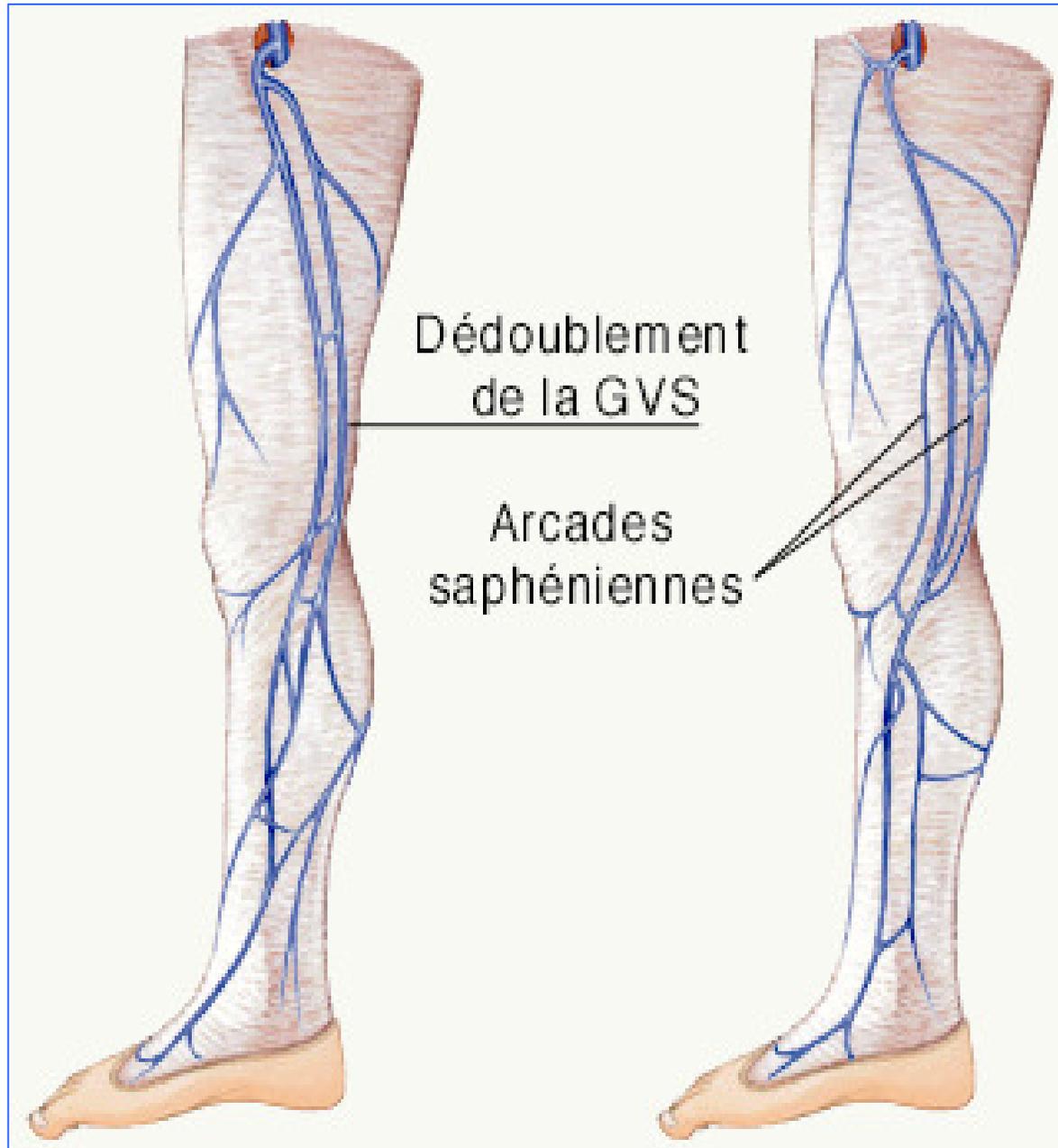
V. Fémorale profonde



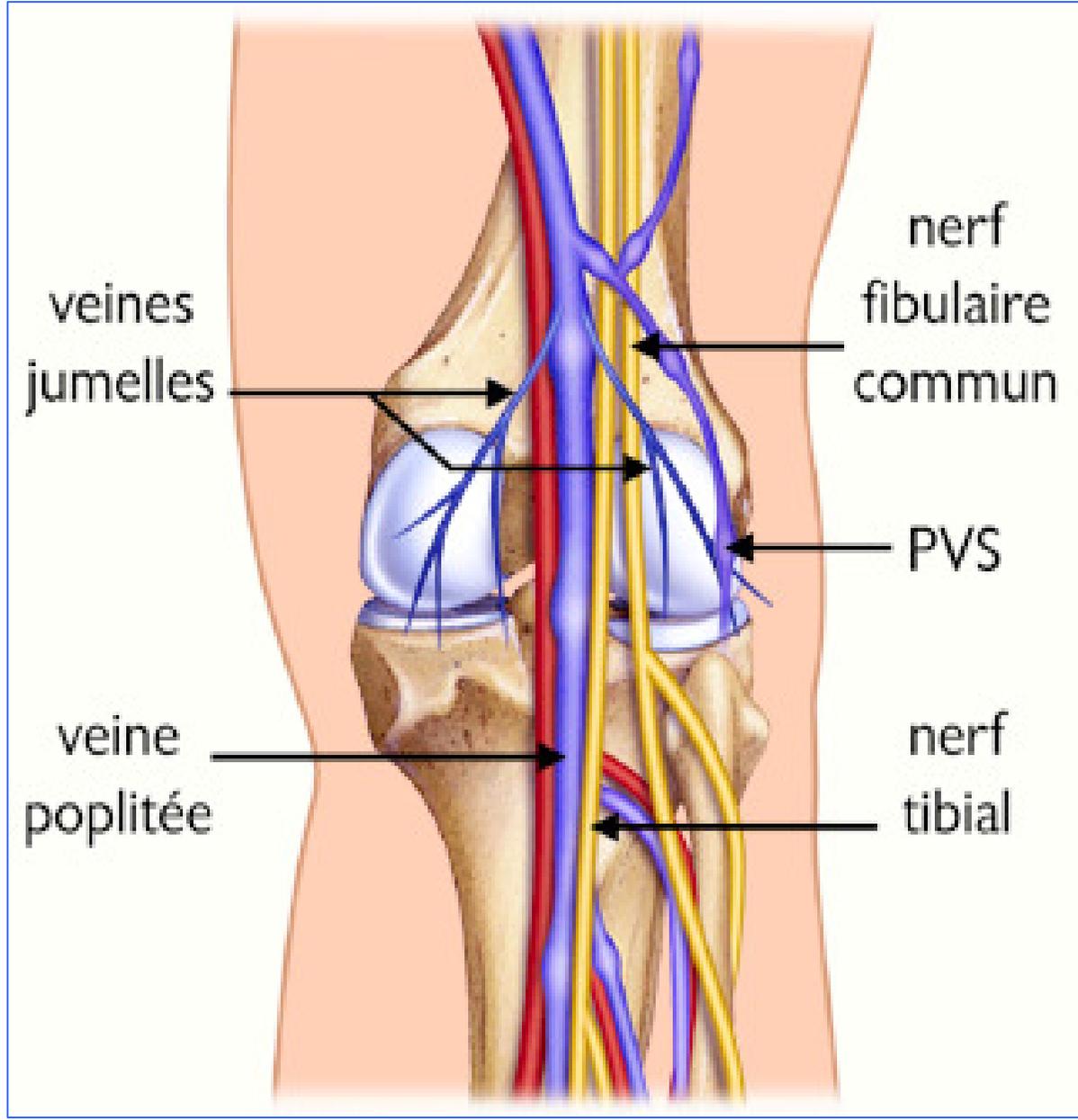


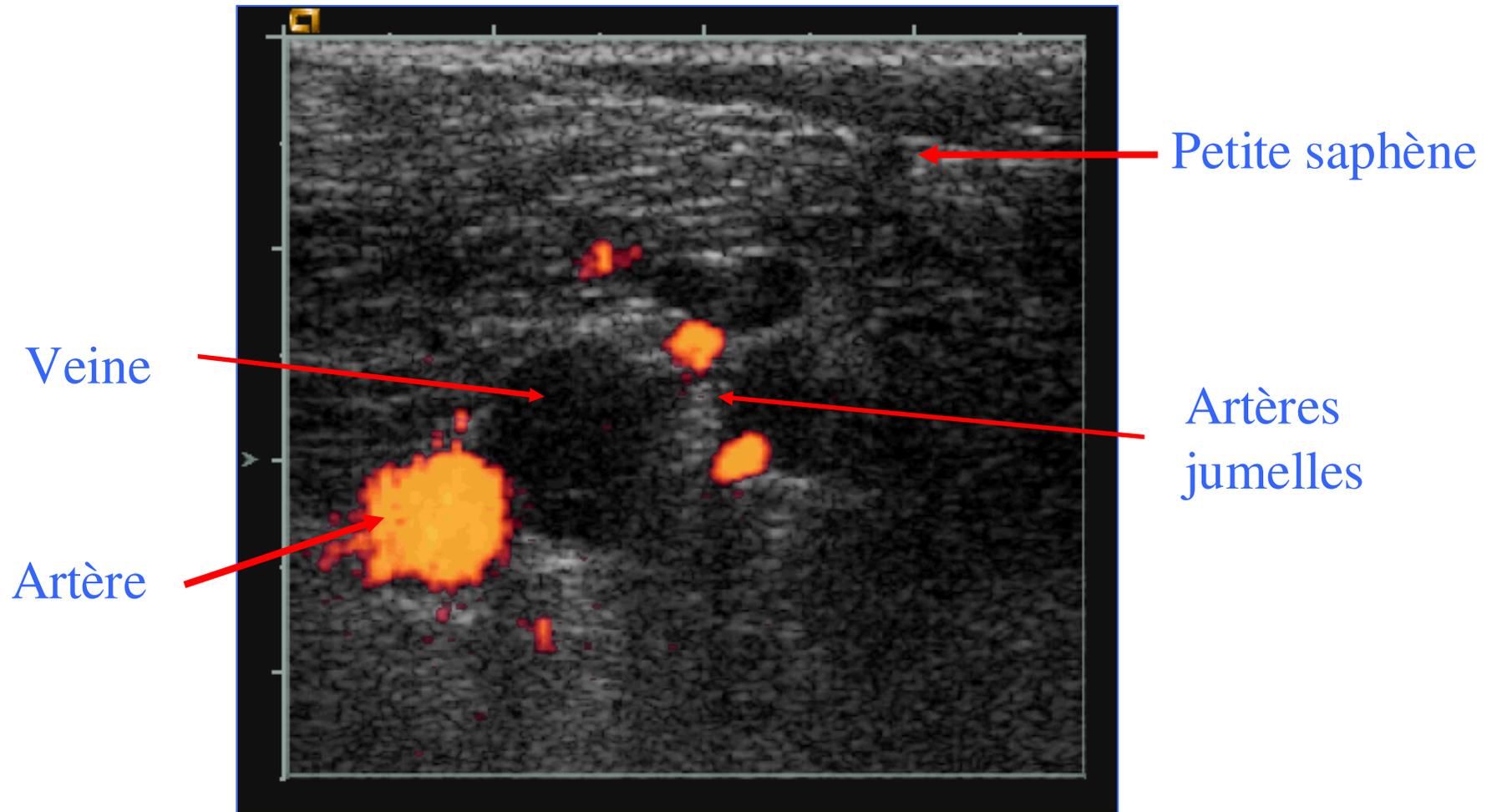


**Dans le même plan de coupe :**  
**Veine grande saphène (1)**  
**Veine et artère fémorale**  
**superficielle (2), mi cuisse**

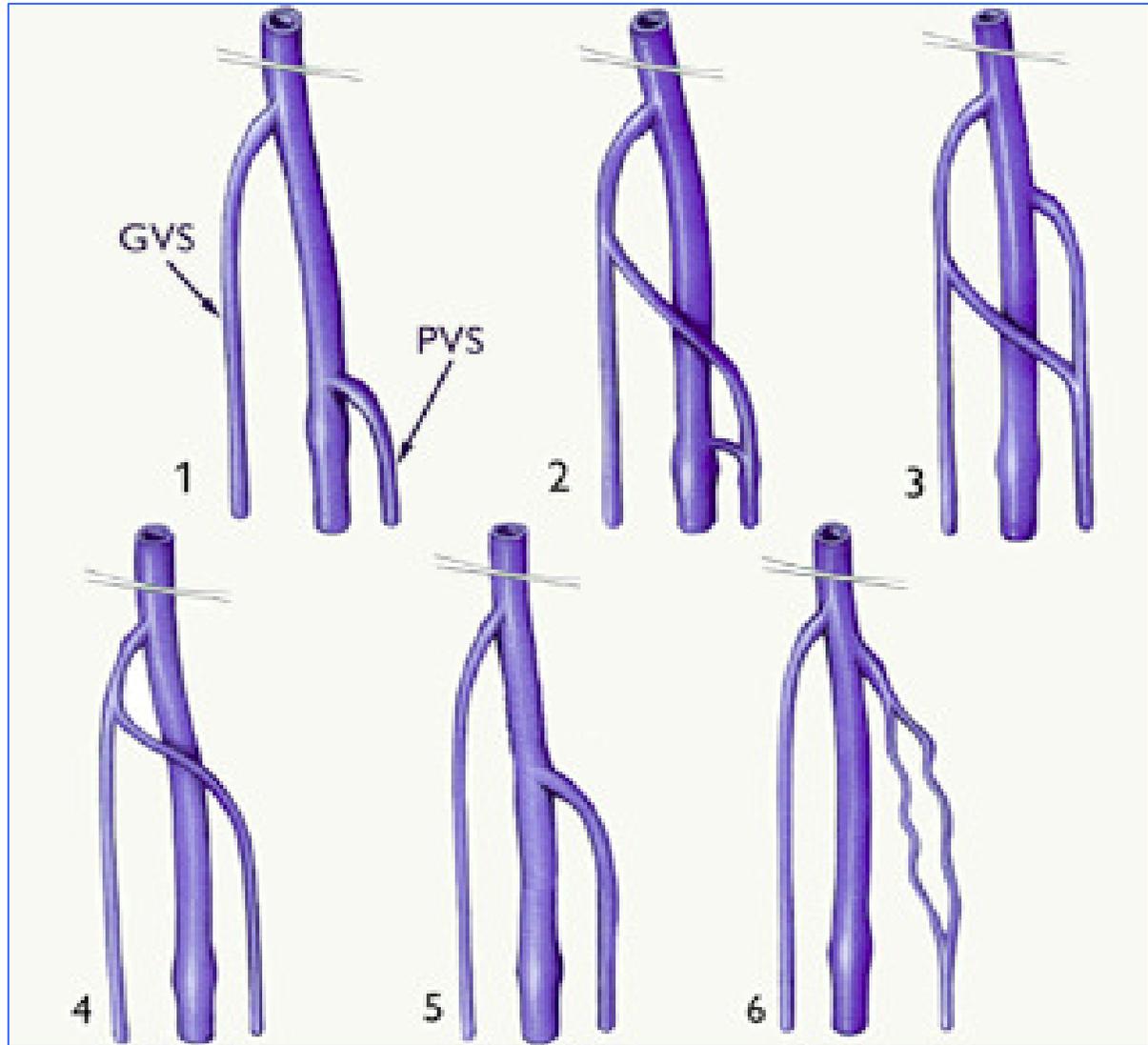
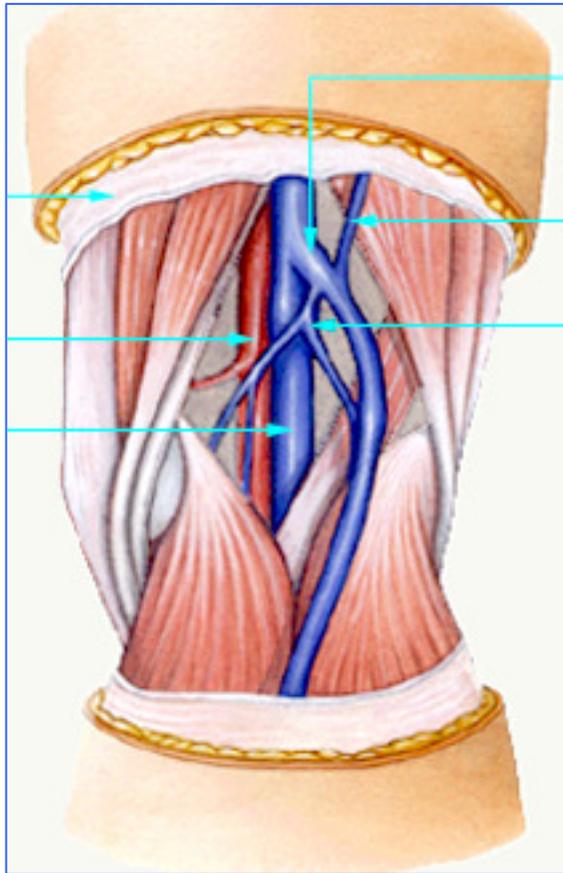


## **Variations anatomiques**

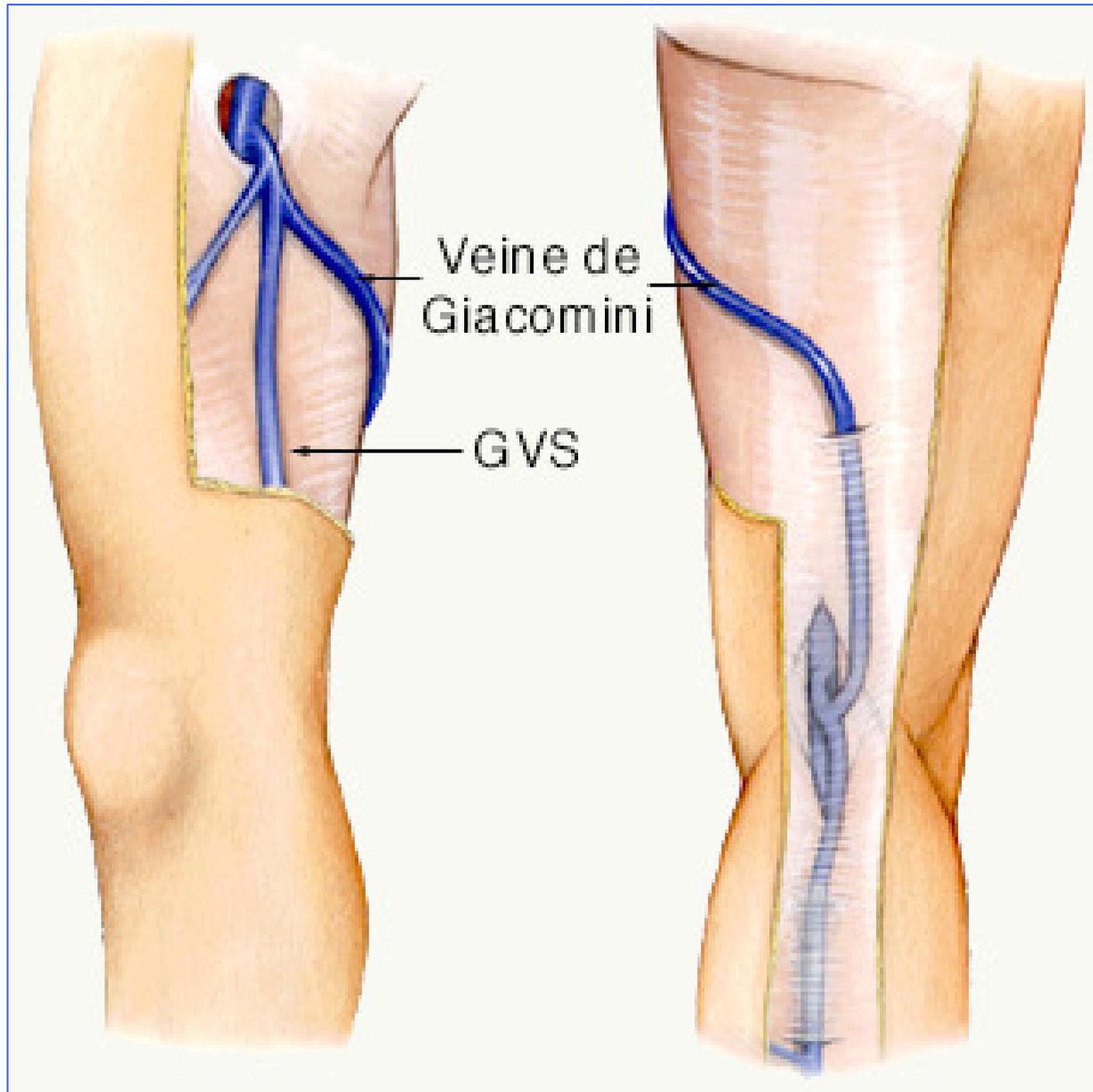


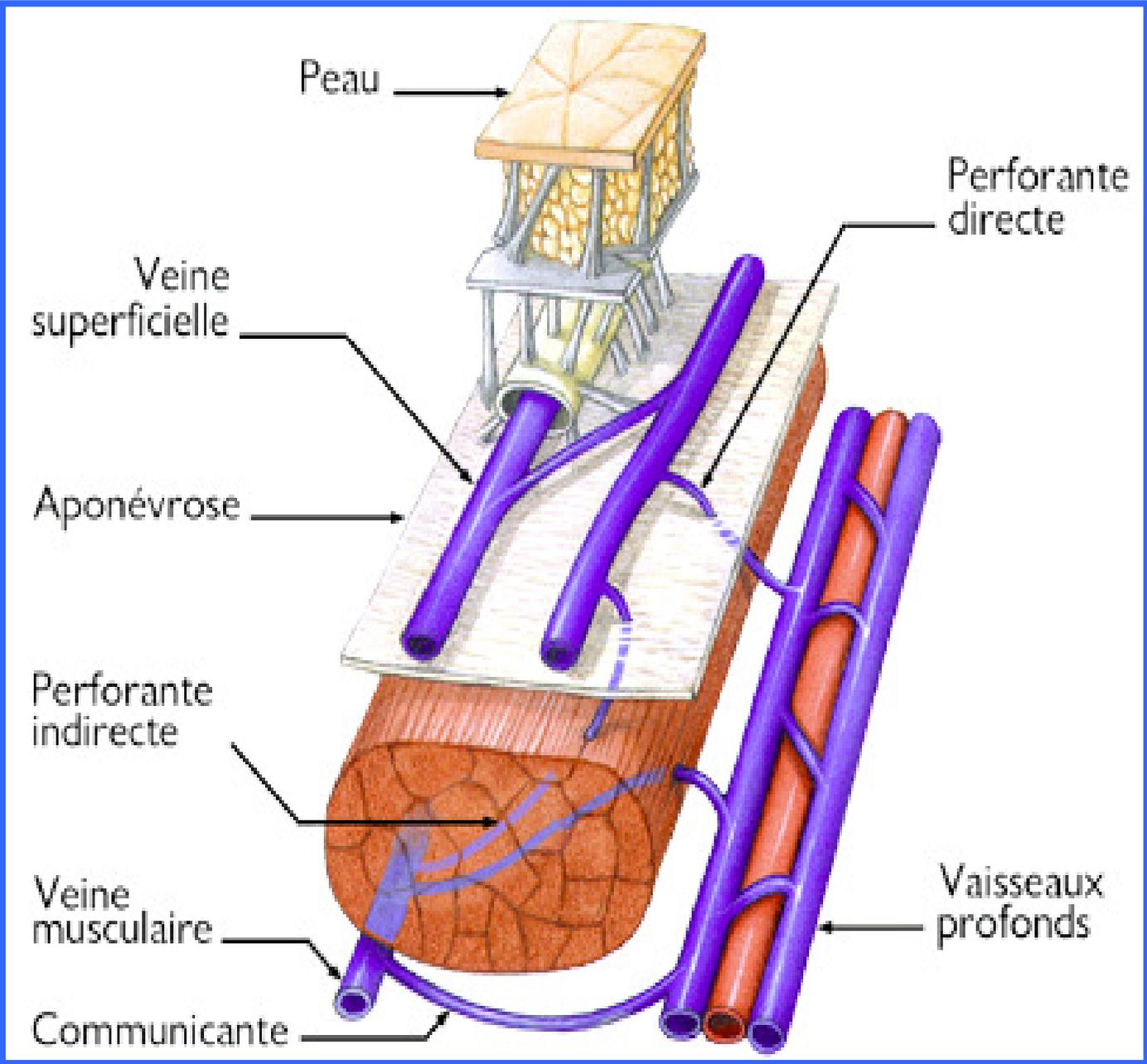


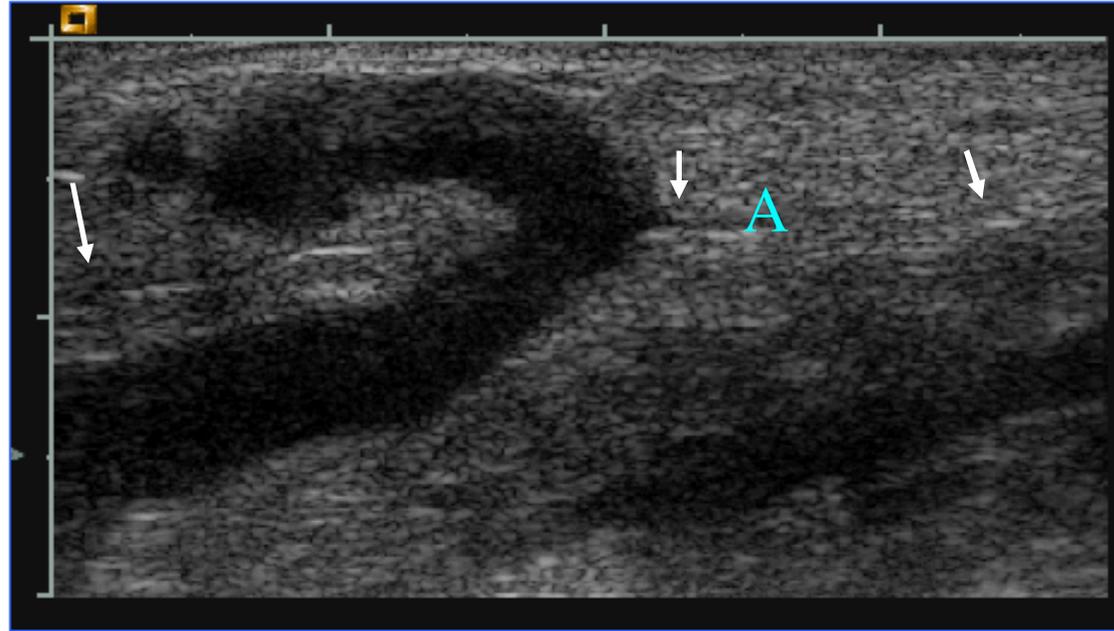
**Creux poplité, coupe transversale**



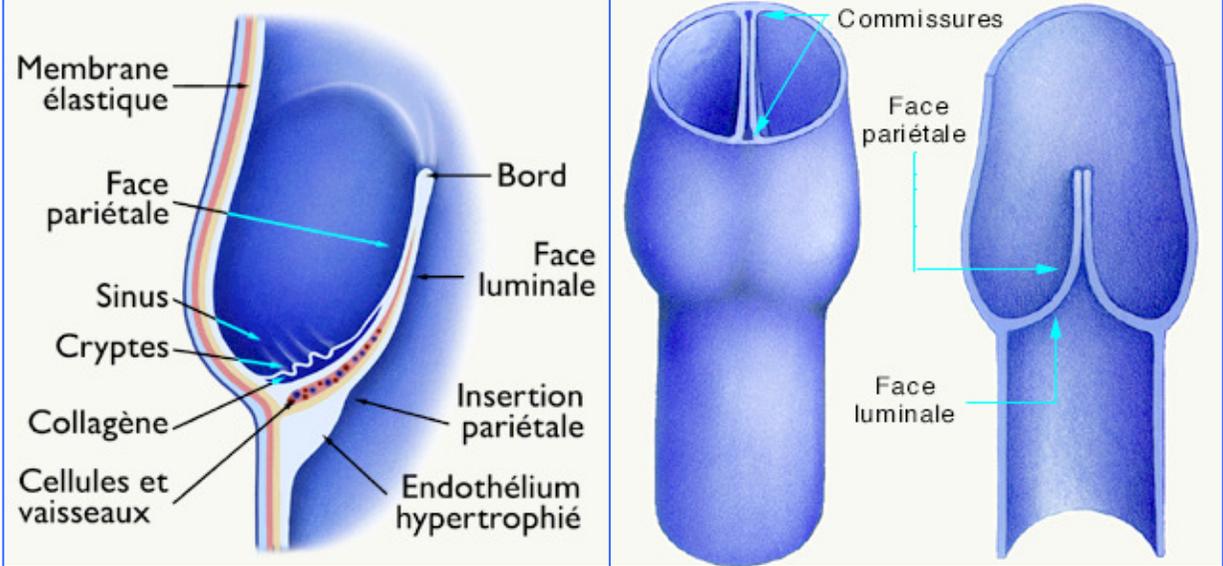
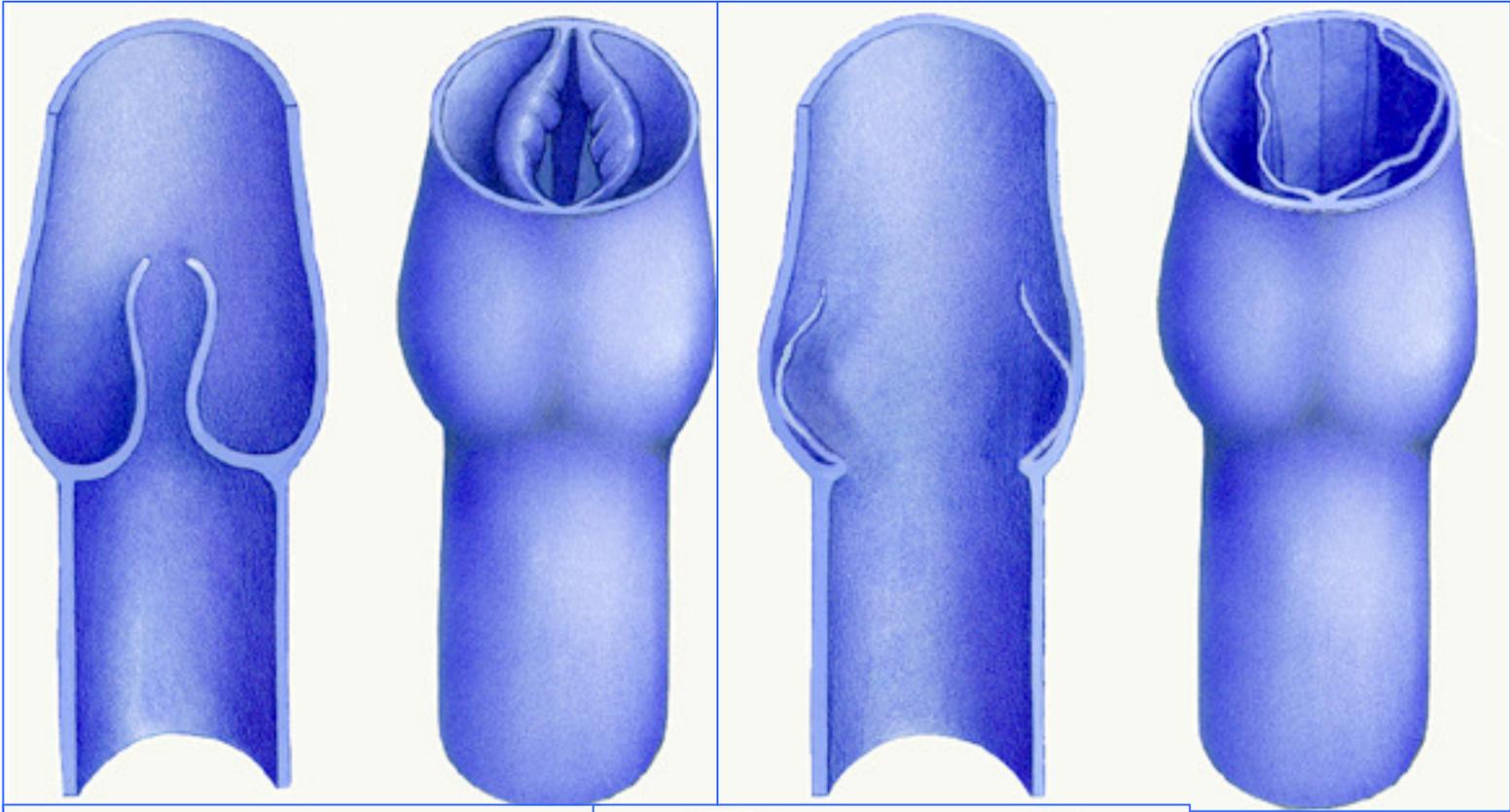
# Variations anatomiques

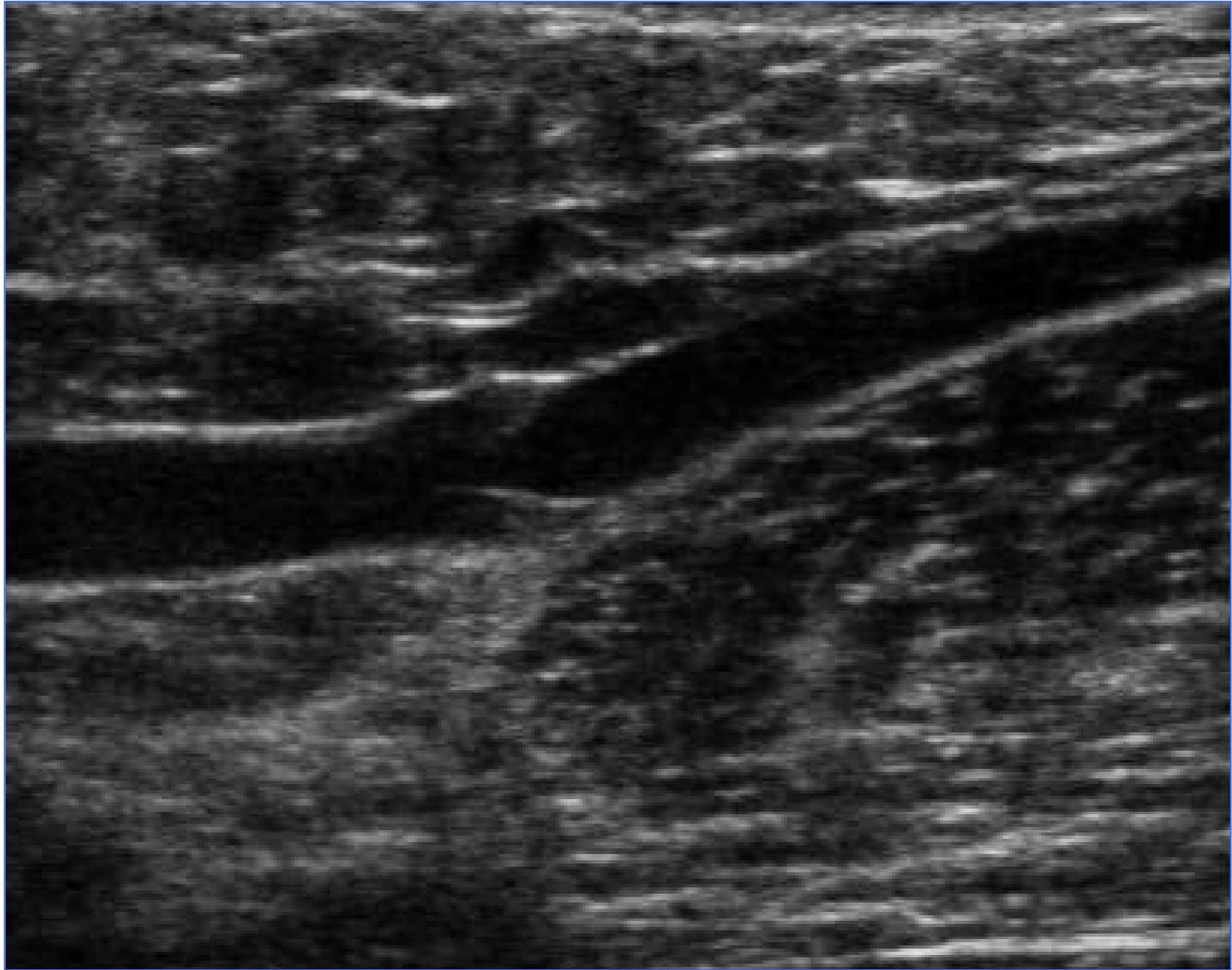




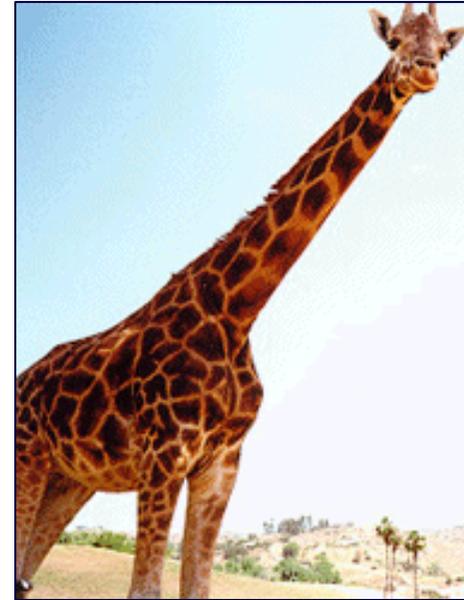
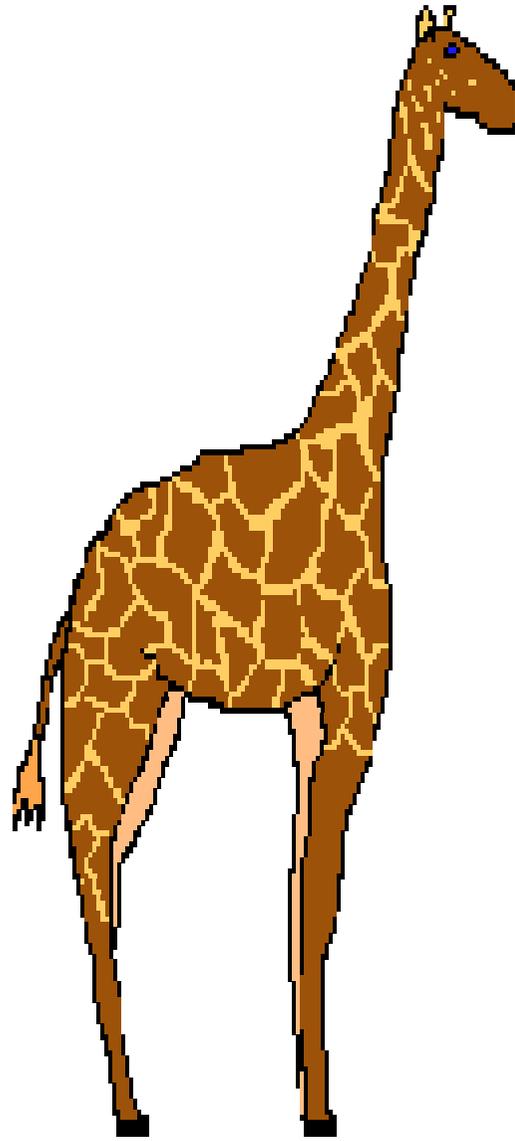


**Perforante de Cockett  
(A) : aponévrose**

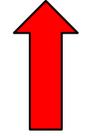
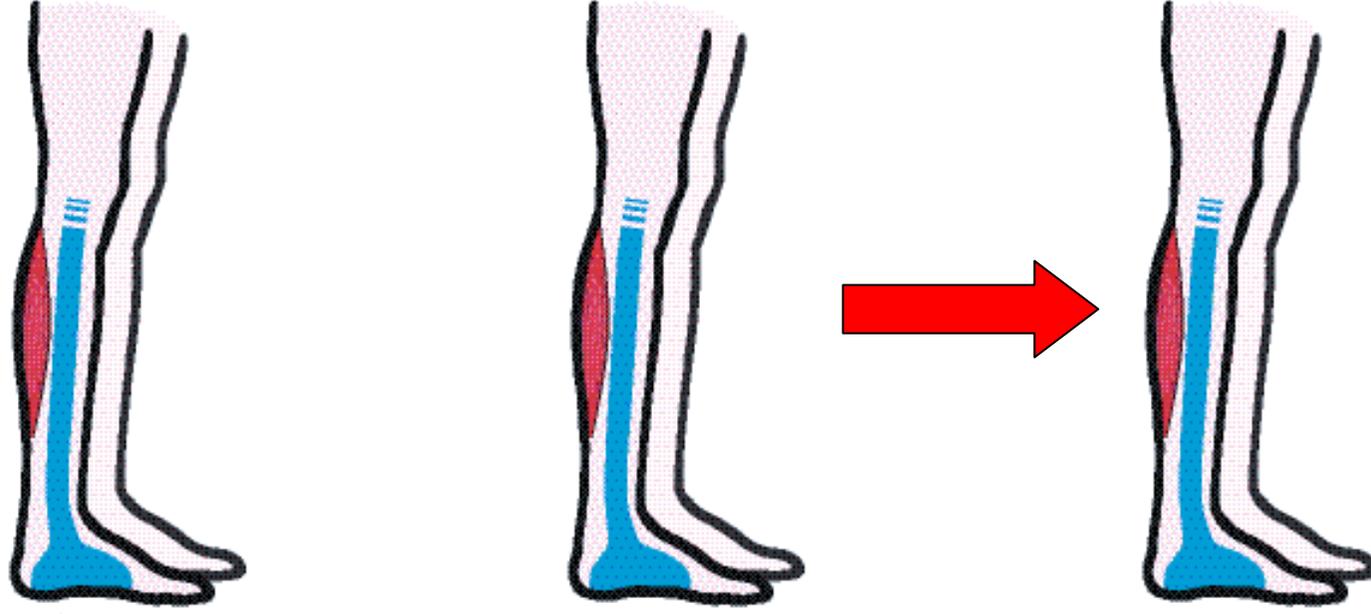


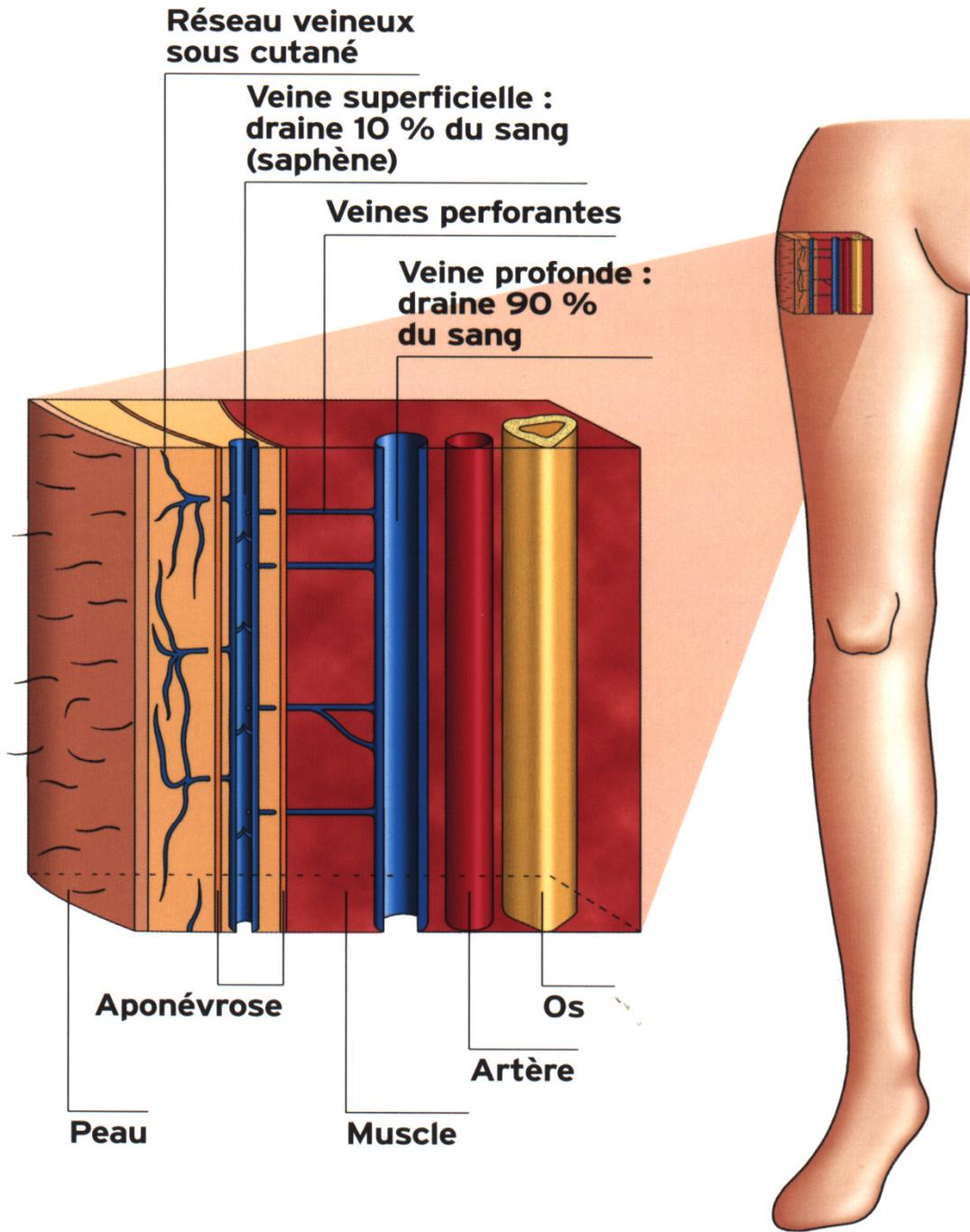


# **Physiopathologie**



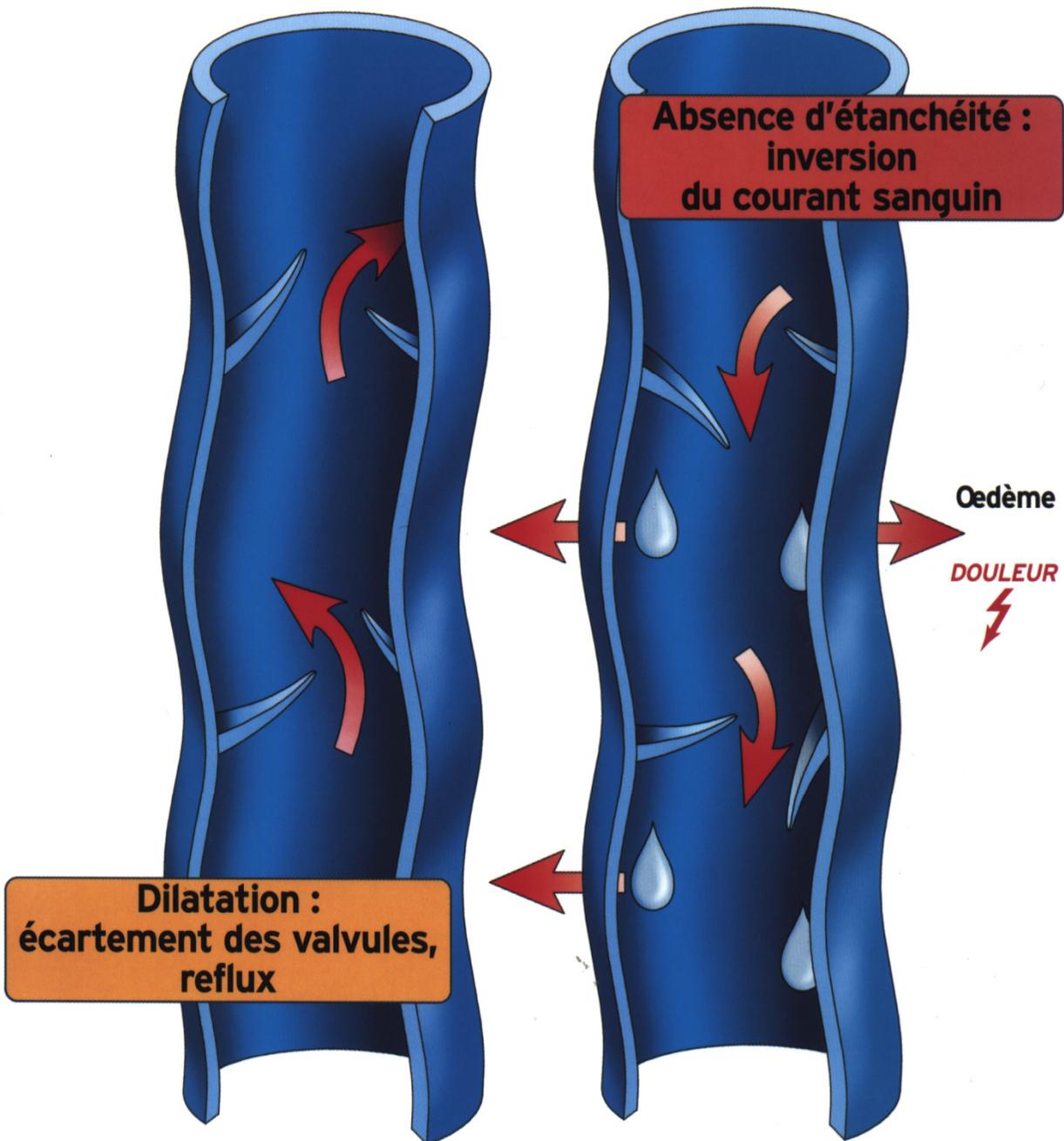






**90%**

**10%**

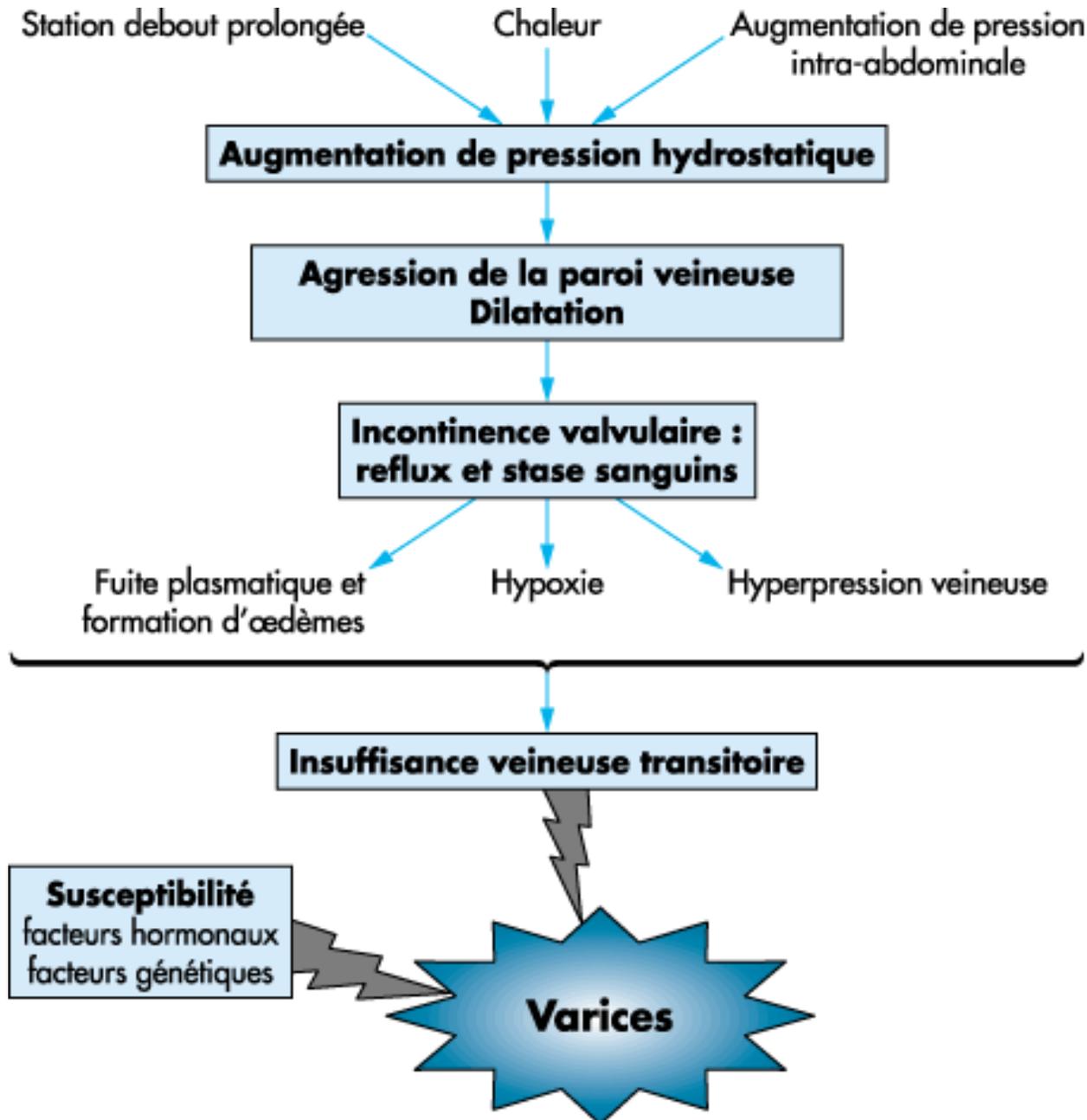


**Dilatation :**  
écartement des valvules,  
reflux

**Absence d'étanchéité :**  
inversion  
du courant sanguin

Oedème  
**DOULEUR**  
⚡

# Théorie valvulaire



## Théorie du remodelage veineux

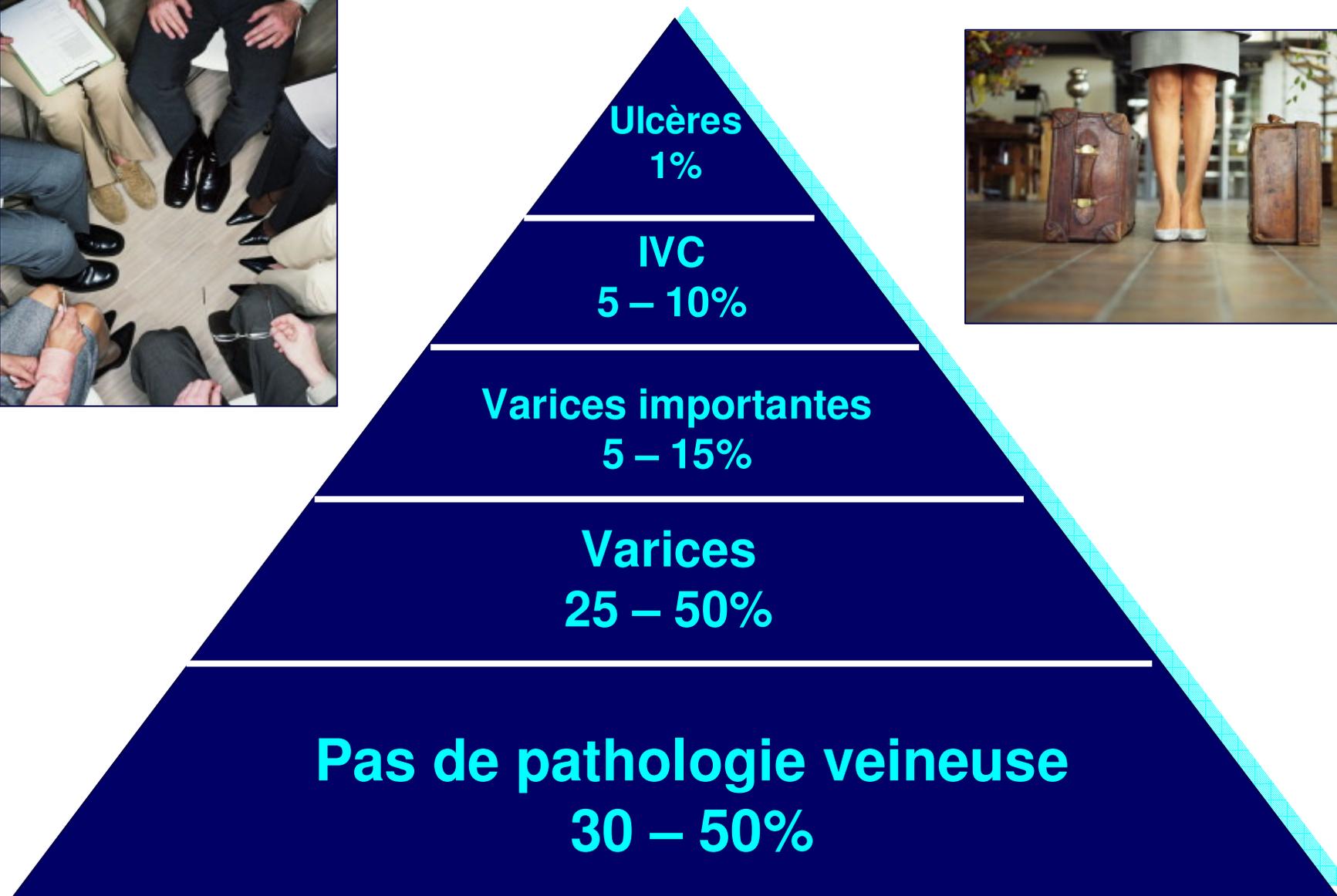
*Méd Thérapeut 2000  
INSERM U 460*

Telle mère, telle fille ?



*Hérédité*

**Clinique**

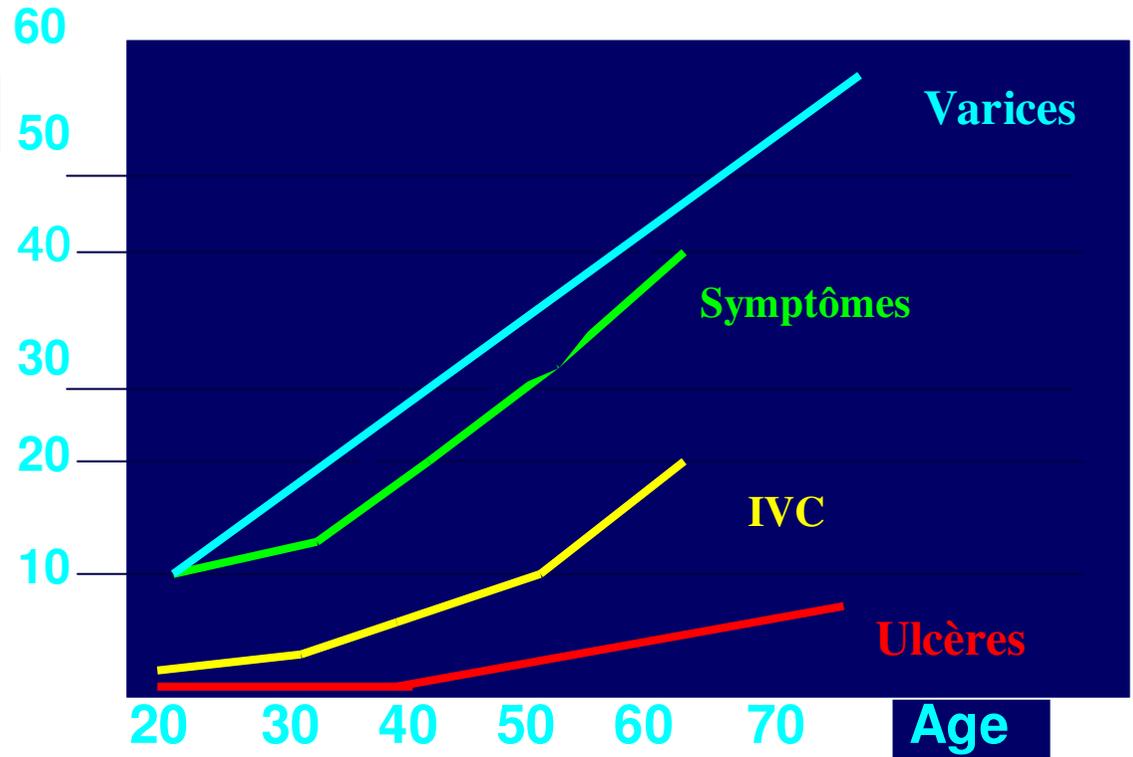


*Prévalence des affections veineuses : Schimmelpfenning 1996*

# Facteurs de risques des varices

- **Age**
- **Hérédité**
- **Sexe (?)**
- **Grossesses multiples**
- **Taille**
- **Type de travail**
- **Sédentarité**
- **Pilule, troubles de la statique du pied, classe sociale, obésité, race, tabagisme (plus de varices chez le fumeur).**
- **Alimentation, constipation etc....**

Prévalence %



# MVC et Tabac

- Etude cas témoins réalisée en France entre Avril 1997 et Avril 1998 a inclus, 1807 patients atteints d'une MVC et 1806 témoins appariés selon l'âge et le sexe.
- Résultats : association significative entre le tabagisme et la MVC :
  - \* OR = 1,7 (10-10 cig./j)
  - \* OR = 2,4 (> 20 cig./j) –  $p < 0,001$ .

***Talleyrand, "Je promets de bannir ce vice affreux [le tabac], le jour où on m'indiquera une seule vertu capable de faire rentrer, chaque année, cent vingt millions dans les caisses de l'État.***

***Gourgou S et Coll, Am J Epidemiol 2002***

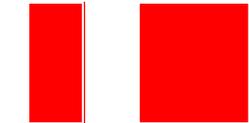
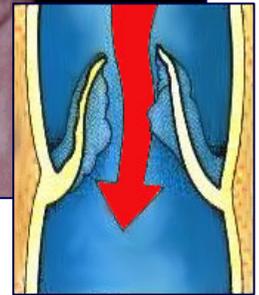
# **IVC : données épidémiologiques récentes**

- Les formes visibles (varices , troubles trophiques) et fonctionnelles (IVC superf. ou prof.) sont étroitement liées, avec un taux de concordance de 92%.
- Quand les 2 états co existent au niveau d'une jambe, la prévalence (ajustée selon l'âge) de l'œdème est de 48,2%, des complications superficielles de 11,3% et profondes de 24,6%, versus 1,7%, 0,6% et 1,3% quand la jambe est normale.
- L'existence d'une IVC visible ne permet pas de prédire invariablement, une IVC fonctionnelle et vice versa. De plus les TVP peuvent survenir en l'absence d'IVC visibles.

**L'évolution de cette affection est difficile à prédire**

*Cinqui MH et Coll, Am J Epidemiol 2003  
The San Diego Population Study (2211 sujets)*

# Remarque 1



1985

1990

2000

Évolutivité

**Remarque 2**



**Clinique / Cohabitation / Chronicité**

## Remarque 3

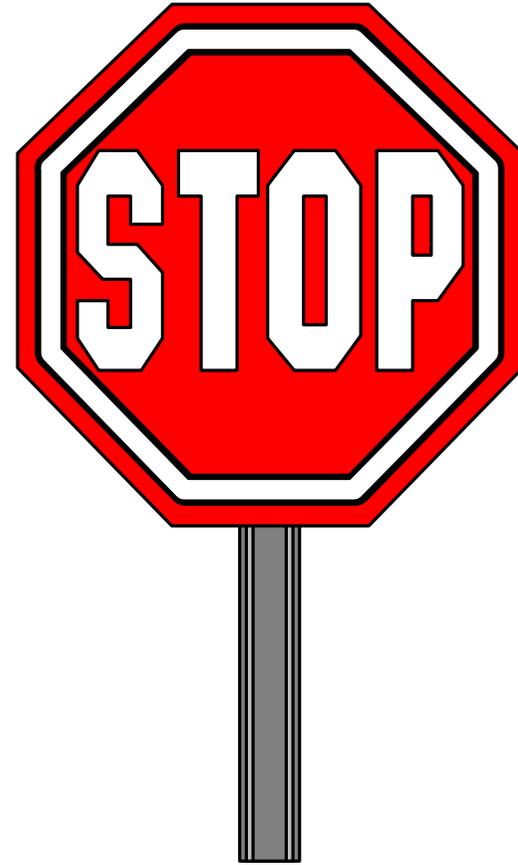
### **Plainte du patient / Évolution de la maladie veineuse**

- *Variabilité d'un sujet à l'autre*
- *Variabilité en fonction de l'évolutivité.*
- *Variabilité en fonction des examens para cliniques.*
- *Savoir rattacher cette plainte à la maladie veineuse.*
- *Évolutivité dans le temps.*

**Clinique = STASE**

# Varices : Un dogme

- Préserver la grande saphène dans la mesure du possible : c'est le pontage idéal.





***Pontage fémoro poplité***

***Saphène  
Pontage  
idéal***



***Grefe veineuse  
carotidienne***

# **Varices ,symptomatologie**

- **Douleurs : 50% (32%)**
- **Crampes : 42% (34%)**
- **Jambes sans repos : 35% (20%)**
- **Lourdeurs : 28% (16%)**
- **Démangeaisons : 25% (19%)**
- **Sensation de gonflement : 23% (9%)**
- **Fourmillements : 19% (16%)**



**Bradbury A 1999, BMJ, 318 : 353-6**

# Douleur veineuse : diagnostic différentiel

La douleur est-elle présente le matin au réveil ?

oui

non

La douleur est-elle déclenchée ou augmentée à la marche puis cessant à l'arrêt ?

oui

non

La douleur est-elle influencée par la toux, remontant à la fesse ?

oui

non

Avez-vous l'impression de marcher sur du coton de manière permanente ?

oui

non

*Une seule réponse positive exclut le diagnostic d'une douleur d'origine veineuse*