

Référentiel

I DIAGNOSTIQUER UNE INSUFFISANCE VEINEUSE

L'insuffisance veineuse chronique (IVC) des membres inférieurs est un problème de santé publique important. Sa prévalence globale est estimée entre 11 et 24% dans les pays industrialisés, 5% en Afrique et 1% en Inde, avec une nette prépondérance féminine (sex-ratio = 1/3). Selon les statistiques de l'INSEE, en 1996 en France, 18 millions de patients se plaignaient de problèmes de circulation veineuse au sens large, 10 millions déclaraient avoir des varices. L'insuffisance veineuse concerne 2,6% de l'ensemble des dépenses de santé.

A- DEFINITIONS

- Insuffisance veineuse chronique (IVC) : dysfonctionnement du système veineux profond et/ou superficiel, résultant d'une incontinence valvulaire, avec ou sans une oblitération veineuse associée. Il touche préférentiellement les membres inférieurs.
- Varice : en l'absence de fistule artério-veineuse, il s'agit d'une dilatation permanente et pathologique d'une ou de plusieurs veines superficielles à laquelle est associée une altération de la paroi veineuse. Il s'agit d'une cause d'IVC.

B- RAPPEL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Il existe deux réseaux veineux au niveau des membres inférieurs:

- le réseau veineux profond : il draine 90% du sang veineux de retour
- le réseau veineux superficiel (veines grandes et petites saphènes) : il prend en charge les 10% restants. Les VGS et VPS sont reliées par les veines communicantes. Ce réseau sera responsable des varices.
- Ces deux réseaux sont reliés par des veines perforantes.

Les veines des membres inférieurs sont pourvues de valvules passives et continentes qui empêchent le reflux. Elles sont disposées à des endroits précis de l'anatomie veineuse (cf. au niveau des confluent veineux = valvule ostiale)

Le retour veineux des membres inférieurs se fait contre la pression orthostatique liée à la pesanteur. Il est assuré par 3 mécanismes musculaires successifs, qui en plus de la systole ventriculaire gauche facilitent le retour veineux:

- la semelle plantaire de Lejars qui dépend de la statique plantaire et du déroulement du pas

-
- la pompe musculaire du mollet, essentielle pour le drainage du réseau profond. La contraction des muscles de la jambe (cf. surtout mollet) va assurer par une compression répétée des veines profondes, la progression du flux veineux. La direction centripète et unidirectionnelle du flux veineux est assurée par la continence valvulaire.
 - le système abdomino-diaphragmatique.

L'IVC résulte d'une incapacité au réseau veineux d'assurer le drainage correct du membre inférieur. On retrouve alors 2 phénomènes intriqués : l'augmentation permanente de la pression veineuse locale, l'altération de la paroi veineuse.

C- ETIOLOGIES

Trois mécanismes essentiels contribuent à la défaillance du retour veineux :

1- Insuffisance veineuse primitive

1a- La maladie variqueuse ou varices essentielles

Les varices se définissent comme des veines dont la paroi est pathologique, et qui deviennent dilatées et tortueuses, avec incontinence valvulaire.

Il existe deux types de varices :

- **Les varices systématisées** : elles sont développées aux dépens des réseaux des VGS et VPS.
- **Les varices non systématisées ou diffuses**, dites non saphènes.

L'incontinence des perforantes de cheville joue un rôle fondamental dans l'apparition d'une insuffisance veineuse chronique.

Le plus souvent les varices sont **primitives**. Elles relèvent de plusieurs facteurs favorisants : l'hérédité (facteur majeur), le mode de vie occidental, l'âge, le sexe féminin, les grossesses multiples, l'obésité...

Une origine hémodynamique est développée par plusieurs études.

1b- L'insuffisance valvulaire primitive profonde

Elle résulte d'un défaut de continence valvulaire au niveau des veines profondes. Ceci a pour conséquence l'apparition et le développement d'un reflux veineux profond.

Elle se rencontre surtout chez la personne âgée.

Elle peut être associée à une maladie variqueuse.

Elle doit être distinguée par l'examen écho-doppler de l'agénésie valvulaire.

2- Insuffisance veineuse secondaire

2a- Les varices secondaires

Plus rarement les varices peuvent être *secondaires* : syndrome post-thrombotique essentiellement, IV profonde primitive plus rarement (insuffisance valvulaire primitive, agénésie valvulaire).

2b- Le syndrome post-thrombotique :

La thrombose veineuse peut générer une maladie post-thrombotique, surtout si elle est mal ou insuffisamment traitée (contention, traitement anticoagulant). Le mécanisme essentiel en est la destruction valvulaire, source de reflux, sans ou avec obstruction résiduelle (syndrome de reperméation veineuse ou obstructif chronique). La collatéralité veineuse est insuffisante (cf. développement de la collatéralité superficielle).

Le risque est particulièrement important en cas de thrombose suro-poplitée. L'obstruction chronique de la veine fémorale commune est également très péjorative.

Les complications vont survenir plusieurs années après l'épisode de TVP. On estime qu'environ 50% des patients ayant fait une TVP présenteront après 10 ans des signes d'IVC.

2c- Les syndromes veineux compressifs

- Le syndrome de Cockett : il s'agit de la compression plus ou moins importante de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque droite qui croise en avant et la 5^{ème} vertèbre lombaire en arrière. Il peut se compliquer en une thrombose femoro-iliaque gauche complète.
- Le syndrome soléaire : il s'agit de la compression du pédicule tibio-péronier par l'arcade du soléaire au mollet.
- Les compressions veineuses extrinsèques chroniques par une tumeur pelvienne

2d- Autres causes d'insuffisance veineuse :

Elles ne représentent qu'une partie infime des causes d'insuffisance veineuse. Ce sont des anomalies embryologiques :

- Les malformations veineuses ou artério-veineuses

- Les dysgénésies valvulaires veineuses.

2e- L'insuffisance veineuse fonctionnelle :

Ce terme est actuellement réservé au retour veineux défaillant avec des veines morphologiquement normales. Cette situation peut être liée à une diminution de la marche, une ankylose tibio-tarsienne, à une perte du volume musculaire, ou encore à une altération de la dynamique cardio-respiratoire. Elle est fréquemment rencontrée chez le sujet âgé.

D- EXPRESSION CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

1- Symptômes

Ils sont fréquents, variés et peu spécifiques : jambes lourdes, crampes, démangeaisons...

Le caractère veineux de cette symptomatologie est évoqué devant leur majoration :

- au cours de la journée
- après station debout ou assise prolongée, la sédentarité
- par l'obésité,
- par la chaleur (chauffage par le sol) ou l'exposition au soleil
- par une grossesse, par la prise d'oestro-progestatif, en période prémenstruelle

et leur amélioration par :

- le froid
- la surélévation des membres inférieurs (diminution de la pression),
- l'exercice physique (activation de la pompe musculaire),
- la contention ou compression veineuse.

D'autres, moins connus, peuvent introduire une confusion avec un autre diagnostic :

- impatience nocturne (besoin impérieux de mobiliser les jambes), pouvant s'intégrer dans le

vaste cadre du syndrome des jambes sans repos : le patient décrit une sensation d'engourdissement du membre en position d'immobilité, rapidement intolérable, l'obligeant à bouger. La stase veineuse au repos est en effet mal tolérée et nécessite la pompe musculaire.

- brûlures et rougeur du pied après quelques heures de sommeil, réveillant le malade, l'obligeant à rechercher le contact avec le froid (carrelage, eau froide), et à différencier de l'érythermalgie vraie (qui touche les 4 extrémités et doit faire rechercher un syndrome myéloprolifératif)

- claudication intermittente veineuse en rapport avec l'obstruction chronique d'un confluent veineux majeur. A l'inverse de la claudication artérielle, elle ne cède pas rapidement à l'arrêt de la marche en position debout mais en décubitus

2- A l'interrogatoire

On recherchera des antécédents personnels ou familiaux d'atteinte veineuse périphérique (varices, TVP...) ainsi que les facteurs favorisants décrits. On précisera la symptomatologie, son caractère invalidant et sa durée.

Pour autant, il n'existe aucune corrélation entre l'importance de la symptomatologie et l'importance de l'IVC.

3- Les signes fonctionnels

3a- Lourdeurs et pesanteur des membres inférieurs

Très certainement la symptomatologie la plus fréquente dans l'IVC. Elles siègent dans les mollets ou des jambes.

Elles peuvent être comparées à une simple gêne voire une fatigabilité.

3b- Trajet veineux douloureux ou phlébalgies

Douleur exacerbée sur le trajet surtout de la VGS

3c- Les crampes

Crampes surales en position allongée

3d- Les œdèmes

3e- L'atteinte esthétique sans douleur

4- Signes physiques

4a- modalités de recherche

- *Position du patient*

Ils sont recherchés chez un malade en position debout (escabeau de phlébologie), le membre inférieur examiné en rotation externe et légèrement en flexion pour la VGS. L'examen doit être bilatéral et comparatif.

- *Inspection et palpation des veines*

On distingue les varices des secteurs VGS et VPS, des varices non systématisées.

La palpation recherche une douleur, une induration évocatrice d'une thrombose veineuse.

- *l'auscultation*

L'auscultation peut mettre en évidence un souffle, typique avec l'apparition d'un thrill d'une fistule artério-veineuse.

- *les manœuvres cliniques*

Plusieurs manœuvres cliniques permettent d'évaluer et localiser l'incontinence valvulaire veineuse :

- recherche du signe du flot
- le signe de Swartz
- l'épreuve de Trendelenburg (recherche de l'incontinence de la valvule ostiale)
- l'épreuve des garrots étagés (recherche d'une incontinence valvulaire des veines perforantes)

Elles sont maintenant supplantées par la réalisation d'une exploration écho-doppler.

Dans les cas de majoration clinique liée à un facteur résolutif (grossesse, modification de l'hygiène de vie...), la symptomatologie de l'IVC peut régresser. Mais le plus souvent, les varices restent présentes, s'aggravent progressivement en dilatation ampullaire marquée ou se compliquent.

4b- signes à rechercher

4b-1- *Signes de stase*

- *L'œdème du pied* est blanc, mou, prenant le godet, avec une nette recrudescence vespérale, sans redistribution vers d'autres territoires.

- les *varicosités bleutées de la cheville et de l'arche plantaire*: dilatations de petites veines

cutanées et sous-cutanées de l'arche plantaire et des régions malléolaires

4b-2- Signes du retentissement tissulaire ou complications chroniques

Lésions cutanées

- *Les dermatites purpuriques et pigmentées*, traduisent le passage dans le derme des hématies, libérant leurs pigments ferriques. *La dermatite ocre* en est la variété la plus commune, débutant sur la face interne et inférieure de la jambe. Elle est accompagnée d'un prurit.
- *L'atrophie blanche de Milian* ou dermatite atrophique prend l'aspect de zones blanches porcelaine, cicatricielles, arrondies, de siège essentiellement malléolaire. Elle est entourée par de nombreuses télangiectasies. Elle traduit une raréfaction des capillaires au sein d'un tissu fibreux, donc la présence d'une véritable ischémie cutanée. Le derme est alors extrêmement fragile. Ce stade précède celui de l'ulcère veineux.
- *L'eczéma*, localisé au tiers inférieur de jambe, est une complication également fréquente de la stase veineuse chronique. Il s'agit souvent d'un eczéma de contact lié à l'application de topiques. Les lésions sont érythémato-vésiculeuses ou squameuses dans le territoire veineux pathologique.

Lésions cutanées et sous-cutanées

- *La dermo-hypodermite de stase* (lipodermatosclérose) est localisée au tiers inférieur de jambe, prenant initialement un aspect inflammatoire avec rougeur cutanée et douleurs, puis évoluant en poussées. Progressivement ces lésions font place à des lésions scléreuses engainant la jambe d'une véritable guêtre rigide ("hypodermite scléreuse") ; elle est en rapport avec l'extravasation de polynucléaires, elle représente un véritable tournant évolutif dans l'histoire du patient car elle altère définitivement la dynamique du retour veineux en raison de l'ankylose de la cheville par une fibrose engainante et rétractile.
- *La stase lymphatique* est la conséquence de l'insuffisance veineuse chronique évoluée qui sature puis détruit le réseau lymphatique, et aboutit au caractère permanent de l'œdème et à la modification de ses caractères séméiologiques : œdème infiltré, peau épaissie et cartonnée, orteil boudiné.

La stase lymphatique est aggravée par les surinfections itératives, les épisodes d'hypodermes infectieuses ou d'érysipèles qu'elle favorise. Le diagnostic d'érysipèle est un diagnostic différentiel

de l'hypodermite inflammatoire de stase important à connaître.

4b-3- Ulcères

L'évolution de l'insuffisance veineuse chronique aboutit à l'ulcère veineux dont les principales caractéristiques sont le caractère indolore, non creusant, de fond humide et le siège péri-malléolaire. Ils sont toujours surinfectés. Ils évoluent par poussées inflammatoires rythmées par des surinfections et des eczématisations.

Dans de très rares cas, ils peuvent se transformer en carcinome spino-cellulaire. La biopsie est intéressante dans les cas de bourgeonnement exubérant.

E- COMPLICATIONS AIGUES PROPRES AUX VARICES

1- Complications thrombotiques :

1a- La thrombose veineuse superficielle

Elle survient sur une veine dont la paroi est altérée et se traduit par un cordon rouge induré inflammatoire sur le trajet d'une varice. On doit distinguer :

- Les thromboses veineuses superficielles segmentaires dont le potentiel évolutif est banal
- Les thromboses saphènes extensives vers les crosses ou par les veines perforantes avec un risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire.

Ces thromboses veineuses superficielles sur varices sont à différencier des thromboses veineuses superficielles sur veines saines.

1b- Thrombose veineuse profonde

La stase veineuse liée aux altérations valvulaires est propice à la survenue de thromboses veineuses profondes. Elles peuvent être également l'extension d'une thrombose superficielle.

Elles sont 3 fois plus fréquentes chez le patient présentant une IVC superficielle. Ceci justifie la réalisation systématique d'un examen écho-doppler veineux. La prise en charge thérapeutique est alors différente (cf. item 224)

2- Complications hémorragiques ou de rupture

La rupture d'une ampoule variqueuse est une complication hémorragique classique (mais rare) des varices des membres inférieurs, le plus souvent d'origine traumatique ou sur un ulcère. Il

convient de la juguler rapidement par une compression locale et une surélévation du membre.

La rupture interstitielle est une déchirure d'une veine perforante. La symptomatologie se rapproche de celle d'un hématome musculaire, souvent très douloureux.

II- EVALUATION D'UNE INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

Le diagnostic positif d'insuffisance veineuse chronique ou de varices est essentiellement clinique. Le diagnostic étiologique et l'importance des lésions en cause sont précisés par des examens complémentaires, en premier lieu par un écho-doppler pulsé couleur.

A- Evaluation clinique

- Interrogatoire : âge, sexe, facteurs environnementaux, familiaux, antécédents thrombotiques
- Examen clinique en position debout : précise le caractère systématisé ou non des varices, les complications trophiques, sélectionne les patients qui nécessitent des explorations complémentaires qui préciseront les indications thérapeutiques

B- L'échographie Doppler veineux

L'examen au Doppler continu est la prolongation de l'examen clinique et permet de mettre en évidence :

- confirmer le diagnostic de varice et mesurer les diamètres veineux (cartographie)
- un reflux veineux pathologique (par insuffisance valvulaire ostiale ou tronculaire),
- une incontinence de veine perforante,
- recherche des séquelles de thrombose veineuse superficielle et/ou profonde

L'échographie permet de visualiser des séquelles de thrombose veineuse (reflux ou obstruction), ou encore une compression veineuse.

L'échographie doppler permet donc l'examen complet et détaillé, à la fois morphologique et dynamique, de la circulation veineuse.

L'examen écho-doppler a comme indications :

- le bilan ou l'écho marquage des varices en pré-opératoire (réalisation d'une cartographie veineuse superficielle)
- la suspicion d'une thrombose veineuse
- un retentissement cutané ou l'ulcère veineux

C- Autres techniques

Elles sont d'indication plus rare (*pléthysmographie, pression veineuse ambulatoire, phlébographie*).

D- Classification de l'insuffisance veineuse chronique.

La classification utilisée (classification CEAP) prend en compte des critères cliniques, étiologiques, anatomiques et physiopathologiques.

<i>Classification CEAP</i>	
C : les signes cliniques : de 0 à 6	
	0 : pas de signe visible ou palpable
	1 : présence de télangiectasie ou de veines réticulaires
	2 : veines variqueuses
	3 : œdème
	4 : troubles trophiques : dermite ocre, eczéma, hypodermite
	0 : pas de signe visible ou palpable
E : Etiologies : C – P ou S	
	C = congénital
	P = primitive
	S = secondaire
A : Anatomie : S – D ou P	
	S = superficiel
	D = profond
	P = perforante
P : Physiopathologie : R ou O	
	R = reflux
	O = obstruction

III- DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Il y a peu de diagnostics différentiels à évoquer devant la présence d'une dilatation veineuse superficielle des membres inférieurs.

Il convient de rechercher des causes de varices secondaires : malformation artério-veineuse ou veineuse, vicariance veineuse par TVP, compression pelvienne...

Dans le cas d'un œdème (IVC), il convient d'évoquer les diagnostics responsables d'un œdème uni ou bilatéral, inflammatoire ou non (cf. item 323)

III- D'ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

Les moyens thérapeutiques et leurs indications :

A- Hygiène de vie :

Il est préventif. Il ne concerne que les varices essentielles. Il consiste à favoriser le retour veineux afin de diminuer l'hyper-pression veineuse :

- jambes surélevées : surélévation des pieds du lit de 7-10cm
- marche régulière,
- éviter de croiser les jambes en position assise
- éviter les stations debout, immobile prolongées
- éviter le chauffage par le sol, les bains chauds et l'exposition au soleil prolongée.

B- Crénothérapie ou cure thermale

Elle peut être proposée dans quelques cas ciblés après une prise en charge médicale et/ou chirurgicale bien menée :

- IVC avec retentissement cutané important
- Lymphoedème invalidant
- Maladie post-thrombotique invalidante

C- Contention élastique

La pose de la contention est un acte médical. Il s'agit du traitement symptomatique de l'IVC.

Il s'agit d'appliquer sur un segment de membre une pression par un matériel élastique (bandes ou chaussettes, bas auto-fixants, collants pouvant être sur-mesure). A tension élastique constante, cette pression sera naturellement dégressive de la cheville à la cuisse en raison de la morphologie du membre : selon la loi de Laplace, la force (F) appliquée en un point est exprimée en fonction de la tension élastique (T) et à l'inverse du rayon de courbure (r) du segment du membre : $F = T/r$.

Le corollaire de la loi de Laplace est l'utilisation nécessaire de coussinets permettant de combler les creux et d'arrondir les angles pour une obtenir une transmission de la force de compression homogène et optimale.

Son efficacité est maximale si la contention adaptée au membre inférieur est posé le matin avant le levé. Cela nécessite parfois l'aide d'une tierce personne.

La contention réduit la dilatation des veines et augmente la vitesse d'écoulement du sang veineux. Elle diminue le volume du membre avec un effet anti-œdème. Elle améliore l'efficacité de la pompe musculaire du mollet lors de la marche. De plus il existe un effet bénéfique sur la microcirculation cutanée et lymphatique.

Pour les bas et les collants de contention, il existe 4 classes en fonction de la pression exercée au niveau de la cheville :

- contention faible = classe I. Indications : prévention de la TVP (grossesse, professions exposées...), IVC fonctionnelle.
- contention moyenne = classe II. Indications : varices, TVP, en post-opératoire d'une chirurgie variqueuse.
- Contention forte = classe III. Indications : syndrome post-thrombotique, TVP
- Contention très forte = classe IV. Indications : insuffisance lymphatique

ATTENTION : la classe I française correspond à une classe II européenne et ainsi de suite...

Les contre-indications à une contention élastique sont :

- Présence d'une artériopathie oblitérante associée avec ischémie de repos (IPS<0.6)
- Thrombose veineuse septique
- Phlegmentia caerulea

D- Traitement médicamenteux :

Les traitements anticoagulants sont réservés :

- à titre curatif aux thromboses veineuses profondes et aux thromboses veineuses superficielles extensives
- à titre préventif lors de circonstances à risque

Les médicaments veinotropes, veinotoniques ou veino-actifs.

Ces traitements ne sont prescrits que lors de la présence d'une symptomatologie fonctionnelle (gène, lourdeur des jambes), à titre adjuvant.

RMO concernant l'utilisation des veinotropes dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs :

- 1 - Il n'y a pas lieu de prescrire un veinotrope en présence de maladie variqueuse asymptomatique.
- 2 - Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope pendant plus de trois mois, sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle à l'arrêt du traitement.
- 3 - Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs spécialités de veinotropes.

E- La sclérose ou sclérothérapie

Elle consiste à injecter un produit sclérosant (produit émulsifié en mousse) dans une varice sous contrôle échographique (= échosclérothérapie) par voie percutanée. L'inflammation endothéliale générée va évoluer vers une cicatrisation fibreuse et rétractile de la veine traitée (= sclerus).

Son indication et sa réalisation relèvent du spécialiste. Elle est habituellement réservée à des varices non systématisées, ou en complément de la chirurgie d'éveinage.

Certaines complications ne doivent pas faire banaliser ce traitement : hématome, pigmentation séquellaire, réactions inflammatoires et injection intra-artérielle particulièrement grave mais exceptionnelle.

F- La chirurgie

En France, la chirurgie des varices vient au 5^{ème} rang des interventions les plus pratiquées. Il s'agit du traitement le plus efficace et de référence.

Elle concerne essentiellement la maladie variqueuse, plus particulièrement les varices systématisées le long d'un réseau saphène. Elle évolue vers une agressivité moindre, mais son but reste l'éradication la plus complète de la maladie variqueuse. Si la chirurgie supprime la varice, elle ne supprime pas l'insuffisance veineuse.

Elle ne doit être proposée que devant une IV périphérique symptomatique. La présence d'un reflux

isolé du tronc saphénien ne constitue pas une indication opératoire.

L'objectif du traitement est l'exérèse des veines superficielles pathologiques. Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, anesthésie loco-régionale ou générale.

Les techniques sont nombreuses et il est difficile de se faire une idée précise des résultats à travers les données de la littérature, en raison du manque de rigueur vis à vis des classifications cliniques et anatomiques.

La technique de référence est le stripping des VGS et/ou VPS auquel on associe des phlébectomies, des ligatures de veines perforantes.

1- Techniques opératoires

Le geste chirurgical est précédé par un repérage pré-opératoire avec marquage cutané permettant de traiter tous les segments veineux incontinents. Le résultat de la chirurgie dépend en partie de la qualité de ce repérage.

1a- Phlébectomie

Traitement isolée ou complémentaire, elle consiste à pratiquer l'ablation de segments de veines variqueuses après ligature de la veine et section au niveau de micro-incisions cutanées.

Elle peut être réalisée en ambulatoire

1b- Stripping veineux

Les variantes techniques concernent essentiellement l'exérèse des veines saphènes. La veine saphène est ligaturée à sa crosse. Un stripper est monté dans la veine. On retire ensuite la veine par éversion.

Le pansement postopératoire fait appel à une compression par bandes élastiques ou par collants (bas) de classe II, dès la fin de l'intervention, maintenue pendant le premier mois postopératoire. La reprise de la marche est conseillée dès le jour même. Il n'y a actuellement pas de consensus sur le traitement anticoagulant postopératoire : le plus souvent un traitement par HBPM à dose préventive (par ex. enoxaparine 0.4ml/24h SC) est institué pour une semaine, notamment en cas de chirurgie de la VPS ou de risque thrombotique spécifique.

Les interventions sont réalisées principalement en chirurgie ambulatoire, sinon les durées d'hospitalisation sont de 48h.

Les varices bilatérales sont traitées dans le même temps opératoire.

Le patient est revu par son chirurgien un mois après l'intervention, et par son phlébologue au deuxième mois, pour une sclérothérapie complémentaire éventuelle.

1c- Cure Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire ou technique CHIVA

Cette technique conservatrice est basée sur le fractionnement de la colonne de sang veineux, permettant en déroutant le retour veineux par des ligatures appropriées de conserver le réseau saphénien principal.

1d-Traitement endovasculaire par radiofréquence ou laser

Ce traitement est en cours d'évaluation. Il s'agit de techniques percutanées qui se réalisent le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie loco-régionale, sans besoin de crossectomie.

Il semble donner des résultats intéressants notamment en terme de reprise d'activité professionnelle.

2- Objectifs et Indications opératoires

2a- Varices non compliquées

Les objectifs thérapeutiques sont:

- prévenir l'œdème, les troubles trophiques, les ulcères veineux ainsi que les complications
- traiter les symptômes fonctionnels
- traiter les troubles esthétiques

Chez l'homme, les varices symptomatiques et les varices volumineuses, en rapport avec une incontinence des réseaux saphéniens, doivent être opérées.

Chez les femmes jeunes, il est recommandé d'attendre la dernière grossesse, pour éviter les récurrences.

Chez les patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac ++, cardiopathie, artériopathie oblitérante...), il faut, dans la mesure du possible, rester conservateur au niveau des troncs saphéniens, pouvant servir pour un pontage artériel ultérieur.

2b- Varices compliquées

Thrombose veineuse superficielle

- pansement alcoolisé si l'inflammation est importante

-
- contention élastique de classe II voire III
 - traitement anticoagulant pendant 45j : par exemple fondaparinux 2.5mg 1inj voie SC/j
 - la cure chirurgicale des varices se fait classiquement à distance de l'épisode thrombotique, sauf lorsque le thrombus se situe à proximité des crosses saphéniennes, ce qui justifie une chirurgie en urgence pour éviter une extension à la veine profonde.

Rupture d'une varice

- allonger le patient, surélévation du membre
- pansement compressif
- traitement chirurgical des varices rapide

Ulcères veineux

- prise en charge d'un ulcère : désinfection locale, pansement quotidien (pansement gras), SAT + VAT, contention élastique de classe III, traitement d'un eczéma péri-lésionnel...
- la chirurgie peut être entreprise avant cicatrisation complète de l'ulcère, en l'absence d'infection. Elle a pour but de favoriser la cicatrisation et d'empêcher les récurrences. La conduite à tenir vis à vis des perforantes jambières incontinentes est discutée. Il s'agit probablement d'une bonne indication à une chirurgie endoscopique. Notons que les résultats d'une chirurgie veineuse superficielle sont nettement moins bons lorsqu'il existe une incontinence associée des veines profondes.
- L'hypodermite de stase

peut modifier la technique chirurgicale, en évitant les incisions dans les zones fragiles.

Maladie post-thrombotique

La chirurgie de l'insuffisance veineuse profonde (restauration valvulaire, dérivations veineuses...) n'est pas appliquée en routine à l'heure actuelle, réservée à quelques équipes spécialisées.

Ses résultats sont encore en cours d'évaluation et semblent prometteurs dans l'insuffisance valvulaire primitive.