SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE

En Phlébologie, la clinique est fondamentale !

In Phlebology, clinical features make the decision.

Guex J.-J.

Partons d'exemples simples :

– Madame X n'a pas de varices évidentes, mais elle a mal aux jambes.
– Madame Y a de très grosses et très évidentes varices, mais pas de douleurs,
– Madame Z s'inquiète car sa maman a eu un ulcère de jambe.

Elles veulent une réponse à leurs problèmes. Mais quels sont leurs problèmes réels et que pouvons-nous proposer ?

Nos questions quotidiennes pourraient sembler simples :

1. Quels patients doivent -ils subir une intervention (au sens large) ?
2. Quels critères retenir et quelle est la plainte principale du patient : signes, symptômes, histoire de la maladie ?
3. Quels patients ne devraient pas être traités, ou traités plus tard ?
4. Quel est le traitement le mieux adapté à chaque patient : conservateur, sclérose échoguidée, ablation endoveineuse ?

Mais les réponses, elles, ne sont pas si simples et ne peuvent pas seulement résider dans les résultats de l'écho-doppler qui, pour indispensable qu'il soit, répond surtout à la question 4.

Pour les questions 1, 2, 3 la clinique est plus pertinente, à condition d'être attentivement recueillie.

On peut aussi prendre les questions « à l'envers » :

- Tous les traitements opératoires sont-ils justifiés ?
- Toutes les indications sont-elles acceptables : esthétique, prévention de l'évolution en particulier.
- Tous les types de traitement sont-ils équivalents ?
- Y a-t-il une raison d'être conservateur ?

C'est là encore dans la clinique qu'il faut chercher les réponses.

L'interrogatoire

L'interrogatoire doit précéder l'examen clinique et ne doit pas être accéléré sous la pression d'une salle d'attente en ébullition.

Il faut recueillir les raisons précises de la consultation, en particulier la (les) plainte (s) principale (s) et les symptômes ressentis [1], l'histoire de la maladie, les antécédents personnels et familiaux, tant veineux que généraux.

L'évaluation initiale de la maladie est indispensable.

Les symptômes

Les symptômes ne peuvent être décrits que par le patient [2], car leur nature et leur intensité sont difficilement appréciées par le praticien, ils conditionnent la « qualité de vie » (QoL).

Si l'on se réfère aux études contrôlées, randomisées (RCT) récentes comparant les résultats des diverses techniques on note que cette QoL est devenue un critère essentiel. [3]

Les symptômes sont parfois difficiles à rattacher à la MVC et demandent une certaine finesse de diagnostic.

Il ne faut pas se contenter de noter - comme dans la CEAP [4] **(Tableau 1)** – l'existence de « symptômes », dont l'origine pourrait d'ailleurs être tout autre (canal lombaire rétréci par exemple).

Les signes

Les signes peuvent être observés par le patient mais aussi par le médecin.

Ils sont mieux décrits et mieux pris en compte que les symptômes dans la classification CEAP.

La CEAP est devenue un incontournable descripteur de la maladie.

Rappelons que par définition, la gravité de la MVC est plus sévère au stade d'insuffisance veineuse chronique (IVC), lorsque la décompensation des mécanismes physiologiques entraine œdème, troubles trophiques et ulcères (C3-C6).

La CEAP n'est pas un critère d'évaluation de la gravité même s'il existe une certaine corrélation entre grade CEAP et sévérité de la MVC.

Nous avons donc à considérer le couple signes (ou varices) / symptômes veineux - plainte.

Classification CEAP
Quatre items : Clinique, Etiologique, Anatomique, Physiopathologique.

Classification clinique : « C »

- **C**o : il n'y a pas de signe visible ou palpable d'affection veineuse chronique
- **C**1 : on peut observer des télangiectasies et/ou des varices réticulaires (∅ < 3 mm)
- **C**2 : on peut observer/palper des varices (∅ > 3 mm)
- **C**3 : un œdème « veineux » est présent
- **C**4 : des troubles trophiques cutanés ou sous cutanés sont présents
  - **C**4a : dermite ocre, eczéma
  - **C**4b : Hypodermite, « atrophie blanche »
- **C**5 : on note la cicatrice d'un ulcère veineux cicatrisé
- **C**6 : un ulcère veineux actif est présent

Se complète par l'indication S ou A
S = présence de symptômes (décrits par le patient) veineux typiques
A = absence de symptômes ou symptômes non évocateurs

Classification Etiologique : « E »

- **E**c : congénitale (affection présente à la naissance, exemple malformations)
- **E**p : primitive (exemple maladie variqueuse)
- **E**s : secondaire (exemple maladie post-thrombotique)
- **E**n : pas d'étiologie veineuse identifiée

Classification anatomique : « A »
{Une (des) anomalie(s) sont caractérisée(s) au niveau des veines suivantes :}

- **A**s : Veines Superficielles
  - 1 : télangiectasies, varices réticulaires
  - 2 : Grande Veine Saphène sus-gonale
  - 3 : Grande Veine Saphène sous-gonale
  - 4 : Petite Veine Saphène
  - 5 : Non Saphène (= non systématisé)
- **A**d : Veines Profondes (deep)
  - 6 : Veine Cave Inférieure
  - 7 : Veine Iliaque Commune
  - 8 : Veine Iliaque Interne
  - 9 : Veine Iliaque Externe
  - 10 : Veines Pelviennes et génitales (internes et externes)
  - 11 : Veine Fémorale Commune
  - 12 : Veine Fémorale Profonde
  - 13 : Veine Fémorale (anciennement fémorale superficielle)
  - 14 : Veine Poplitée
  - 15 : Veines Jambières (synonyme = Crurales ; tibiales, fibulaires, ...)
  - 16 : Veines Musculaires (gastrocnémiennes ex. Jumelles, soléaires, ...)
- **A**p : Veines Perforantes
  - 17 : au niveau de la cuisse (synonyme = Fémorales ; du Canal Fémoral, Glutéales, ...)
  - 16 : au niveau crural
  - An : pas de lésion anatomique identifiée

Classification Physiopathologique : « P »

- **P**r : Reflux
- **P**o : Obstruction
- **P**ro : Reflux et Obstructions combinés
- **P**n : pas de mécanisme physiopathologique identifié

TABLEAU 1 : *[D'après Guex et Forgues 5]*