Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

ÉVOLUTION de la PATHOLOGIE VEINEUSE chez la FEMME depuis 1985

CHANGING ASPECTS of VENOUS PATHOLOGY in WOMEN SINCE 1985

M. SCHADECK

R É S U M É

Dans une population forte de 4 311 patients traitée pour une pathologie variqueuse nécessitant une échosclérose indispensable à la gestion d'une maladie veineuse chronique (MVC) déjà avancée, a été étudié le comportement des femmes qui représentent 3 470 patients soit 80,50 % de cette population.
L'objectif de ce travail préliminaire est d'essayer d'apprécier l'évolution du comportement de la femme dans l'approche thérapeutique de la MVC depuis une vingtaine d'années.
De nombreux paramètres sont étudiés comme l'âge, le sexe, la topographie variqueuse, l'âge de la première consultation, avant ou après intervention, les produits utilisés et les complications observées.
La courbe des âges nous montre une sensible diminution de l'âge moyen depuis les années 1985 et surtout une diminution régulière de l'âge de la première consultation de ces patientes qui passe de 55,2 ans en 1985 à 44,9 ans en 2000, soit un gain de 10 ans durant cette période.
Mais parallèlement, le pourcentage des populations d'âges extrêmes, avant 21 ans (0,7 %) ou après 79 ans (3,6 %), reste identique montrant ainsi l'absence d'évolution significative dans la prise en charge de la MVC dans ces tranches d'âge. La proportion des patientes opérées, qui était de 41,6 % en 1990, s'est stabilisée autour de 26,6 % depuis une quinzaine d'années.
Dans cette population, le recensement des fumeurs a montré un pourcentage de 10 à 12 % de fumeuses, chiffre sensiblement stable alors que dans la population générale, celui des hommes variqueux fumeurs est voisin de 21 %.
Bien que nous sachions tous que l'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de cette maladie, l'âge moyen de la première consultation, même s'il a sensiblement progressé depuis une quinzaine d'années, reste situé au-delà de 44 ans.
Malgré l'évolution des méthodes d'exploration et le vieillissement de la population, les âges extrêmes restent délaissés.
Cela confirme l'absence d'un dépistage qui devrait intervenir avant l'âge de 18 ans et qui, bien suivi, devrait éviter les situations veineuses compliquées parfois dramatiques observées dans la population âgée.

Mots-clefs : *Pathologie veineuse, évolution des comportements, évolution des thérapeutiques.*

S U M M A R Y

Of a population of 4311 patients with varicose veins in whom echosclerosis was necessary for the proper management of their advanced chronic venous disease (CVD) 3470 (80,5 %) were women whose attitude was the subject of this study. The aim was to attempt to evaluate the changes over the past twenty years in the attitude of women towards the management of CVD. Numerous parameters were studied such as age, sex, the distribution of the varices, the age at first consultation, before and after treatment, the products used and any complications. The age curves showed a noticeable diminution in the mean age since 1985 and, more particularly, a progressive diminution of the age of these patients at first consultation from 55,2 years in 1985 to 44,9 years in 2000 – a gain of 10 years during that period. However, there was no significant change in the number of patients consulting at the extremes of the age range with 0,7 % of the total aged less than 21 years and 3,6 % aged over 79 years. The proportion of operated patients fell from 41,6 % in 1990 to level out at around 26,6 % over the past 15 years. The proportion of smokers in this population group was fairly stable at 10 % to 12 % compared, in the general population, with the 21 % of men with varicose veins who were smokers. Despite the known fact that heredity plays a considerable role in the onset of this condition, the mean age at first consultation remained above 44 years even though it had noticeably decreased over the pasr 15 years. In spite of advances in the methods of investigation and of the ageing of the population, patients at the extremes of the age range remained neglected. These findings confirmed the regrettable lack of screening of patients under 18 years of age who, if carefully followed-up, should prevent the complicated and often dramatic venous situations found in the older population.

Keywords : venous pathology, changes in attitudes, changes in methods of treatment.

INTRODUCTION

Bien que l'on ait toujours reconnu à l'homme la possibilité d'être atteint par la maladie veineuse chronique (MVC) malgré une réticence à consulter facilement, cette MVC demeure encore dans l'esprit de beaucoup une pathologie strictement féminine, le plus souvent à composante esthétique.

5, rue Michel Chasles 75012 PARIS.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 60, n° 2/2007, p. 149-154

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

L'existence d'une symptomatologie plus marquée que chez les hommes [1] renforce encore cette notion. Mais il n'existe pas d'étude épidémiologique comparative qui puisse nous permettre d'évaluer l'évolution de cette pathologie au cours des vingt dernières années.

Il apparaît donc difficile, dans ces conditions, d'apprécier à sa juste valeur les modifications du comportement de la femme dans l'approche thérapeutique de la maladie veineuse chronique depuis une vingtaine d'années.

Néanmoins, dans la mesure où l'on dispose d'une population importante que l'on a pu suivre, pour la majorité depuis plus de 20 ans, et chez laquelle on a pu analyser de nombreux paramètres quantifiables, on peut raisonnablement envisager d'en comparer l'évolution et peut-être aussi d'en tirer les premières conclusions.

C'est l'objectif de ce travail préliminaire d'essayer d'apprécier l'évolution de ce comportement féminin dicté peut-être par des soucis esthétiques mais aussi et surtout par l'existence d'une pathologie variqueuse plus ou moins avancée.

Ce comportement peut être passif lorsque lui est conseillé par un médecin ou par un proche, devant des désordres veineux, de consulter un phlébologue.

Il peut être aussi actif lorsque cette consultation est spontanée même faite tardivement.

C'est aussi celui d'observer l'évolution des pratiques thérapeutiques, sclérothérapie ou chirurgie veineuse, au cours de ces différentes périodes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective de type observationnelle ouverte.

La population observée est forte de 4 311 patients porteurs d'une pathologie variqueuse justifiant d'un traitement par échosclérose, c'est-à-dire un traitement réalisé avec un sclérosant majeur indispensable à la gestion d'une MVC déjà avancée.

Ces sclérosants ont été soit une solution de Lugol à 4 %, soit de la Variglobine® à 8 ou 12 %, soit du tétradécyl sulfate de sodium à 3 %, soit enfin du Polidocanol à 3 %.

On échappe ainsi à la pathologie variqueuse modérée ou mineure d'ordre esthétique. Cette population correspond donc aux classes CEAP égales ou supérieures à C2, symptomatiques ou non.

Toutefois de nombreuses patientes qui sont venues consulter pour des désordres esthétiques se sont vu proposer un traitement par échosclérose en raison de la découverte échographique d'une pathologie variqueuse sous-jacente.

Cette population a débuté son traitement pour certains voici 21 ans, consultant ou non pour la première fois.

De nombreux paramètres sont étudiés :

– sexe,
– date de naissance,
– âge lors de la première échosclérose,
– date de la première consultation phlébologique*,
– topographie variqueuse,
– calibre saphénien,
– intervention antérieure,
– nombre de séances pour chaque territoire,
– durée du traitement,
– date de la dernière séance,
– recul global,
– produit (liquide ou mousse), volume et concentration utilisés,
– effets secondaires,
– tabac (fumeurs ou anciens fumeurs).

Enfin, pour les patients les plus récents, la classification CEAP a été utilisée.

Nous nous intéresserons essentiellement au recueil des données épidémiologiques.

RÉSULTATS

Le recrutement de la population traitée par échosclérose s'est accru logiquement de façon régulière au fil des ans pour finir par se stabiliser autour de 1 000 au cours des dernières années.

En 1985, l'échosclérose n'existait pas encore mais les patients de cette période ont pu, quand l'indication était posée, bénéficier par la suite de cette technique.

– Sexe : sur ces 4 311 patients, les femmes sont au nombre de 3 470 soit 80,5 %. Déjà, en 1999, sur une population globale de 2 311 patients, une première évaluation de cette répartition femmes/hommes avait montré un pourcentage de 82,9 % pour la population féminine. On s'aperçoit *(Fig. 1)* que le pourcentage des femmes traitées diminue de façon modérée mais régulière et linéaire passant donc d'une valeur de 84,5 % en 1985 à 77,7 % vingt ans plus tard au profit d'un recrutement accru des patients masculins. Cette évolution du pourcentage de consultations chez l'homme confirme les données récentes de la littérature [1].

– Âge : l'âge moyen des femmes est de 50,9 ans. La *Figure 2* représente la répartition des patients suivant l'âge sous la forme d'une courbe de Gauss que l'on retrouve similaire chez les hommes dont la moyenne d'âge est plus élevée puisque les hommes consultent un peu plus tard pour le même type de pathologie [1, 2].

La *Figure 1* nous montre une sensible diminution de l'âge moyen entre les années 2000 et 2006.

* La date de première consultation est celle effectivement constatée par le praticien chez les nouveaux patients consultant pour la première fois.
Il n'est donc pas demandé aux patients de se souvenir de la date de leur première consultation, cette source de renseignement étant peu fiable.
Cette méthode réduit donc le nombre de ces informations qui sont par contre formelles.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

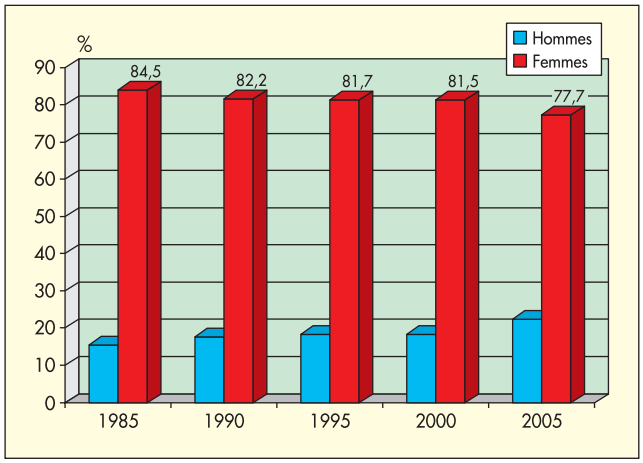


Fig. 1. – Répartition selon le sexe en fonction des années

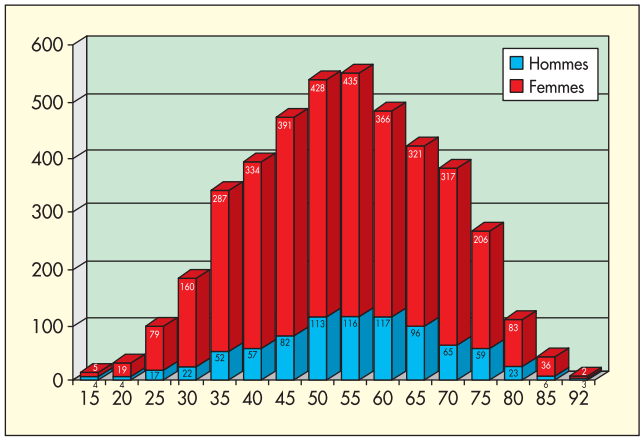


Fig. 2. – Répartition des 4 311 patients selon l'âge

Les populations extrêmes représentant les tranches d'âge 15-25 ans et 80-92 ans restent cependant identiques avec des pourcentages respectifs de 3 et 2,9 %, montrant ainsi l'absence d'évolution significative dans la prise en charge de la MVC dans ces tranches d'âge extrêmes. Mais si l'on ramène la première tranche d'âge à 15-24 ans au lieu de 25, on s'aperçoit que ce pourcentage chute à 0,7 % *(Fig. 3)*.

L'analyse par tranches de cinq années des âges extrêmes montre une progression linéaire de ces consultations. Mais la pente de progression de la consultation des jeunes est beaucoup plus faible que celle des personnes âgées, au-dessus de 75 ou de 79 ans, le vieillissement de la population générale en étant sans doute la cause *(Fig. 4)*.

– Âge de la première consultation :

2 672 dossiers ont pu être exploités représentant 77 % de la totalité des patientes. Les premières consultations au nombre de 1 363 représentent un ratio de 51 %.

Si l'on analyse par tranches de cinq années l'âge de la première consultation de ces patientes, on s'aperçoit qu'il passe de 55,2 ans en 1985 à 44,9 ans en 2000, soit un gain de 10 ans durant cette période *(Fig. 5)*.

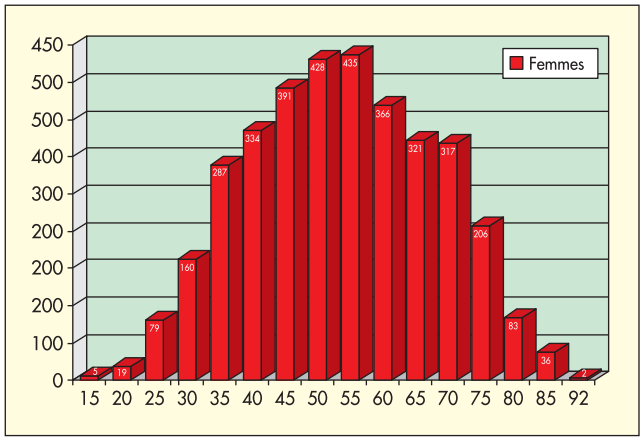


Fig. 3. – Répartition des 3 470 patientes selon l'âge

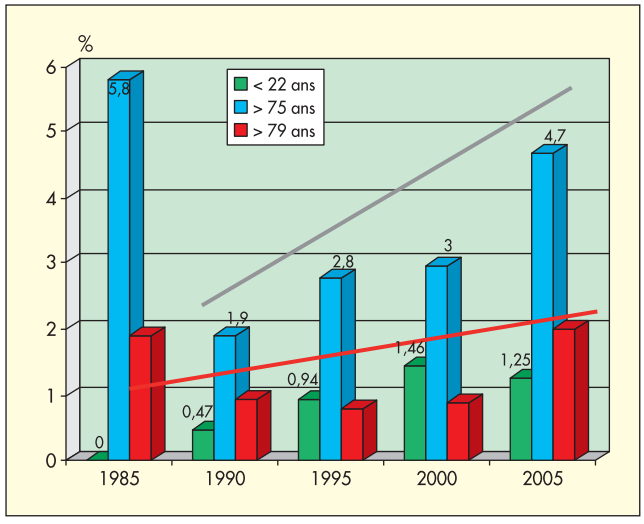


Fig. 4. – Répartition des 3 470 patientes aux âges extrêmes

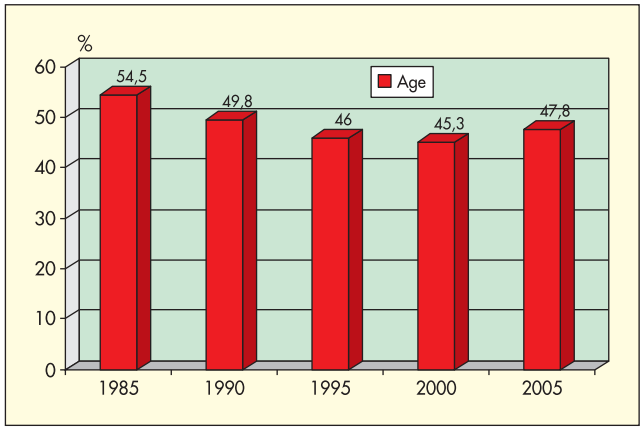


Fig. 5. – Âge de la première consultation phlébologique en fonction des années

Au cours de ces dernières années, cet âge de première consultation est légèrement remonté.

Le recrutement des patientes pour le traitement de varices importantes nécessitant une échosclérose s'est fait de façon linéaire depuis 1985.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

– Topographie variqueuse :

Nous nous contenterons de comparer le ratio des côtés traités droit ou gauche sans entrer dans le détail de cette répartition.

En effet, les patients présentant des varices peuvent se répartir en une multitude de groupes suivant les associations des différents territoires, opérés ou non.

Dans cette population, les 3 470 patientes se répartissent ainsi en 167 groupes différents, associant une grande saphène droite à une petite saphène gauche, ou à une perforante, ou bien à une grande saphène gauche opérée, etc...

Et si l'on ne retient que les varices isolées à un territoire non associées à d'autres que sont les grandes et les petites saphènes ou les récidives dans ces deux territoires, on obtient le résultat suivant :

– 784 à droite et 805 à gauche (50, 66 %) pour les non-opérés ;

– et 203 à droite et 212 à gauche (51 %) pour les patients opérés dans ces mêmes territoires.

Cette distribution va dans le sens des évaluations faites il y a vingt années environ [3].

La distribution topographique des varices non opérées ou de leurs récidives fera l'objet d'un prochain travail.

– Intervention antérieure :

Dans notre recrutement, la proportion des patientes opérées était de 19,4 % en 1985, de 41,6 % en 1990 pour se stabiliser ensuite autour de 26,6 % en 2005. Ces interventions se répartissent sur tous les territoires, associées ou non au traitement par échosclérose de varices dans d'autres territoires *(Fig. 6)*.

– Tabac : dans cette population, le recensement des fumeurs a montré un pourcentage de 10 à 12 % de fumeuses, chiffre sensiblement stable alors que dans la population générale, celui des hommes variqueux fumeurs est voisin de 21 % *(Fig. 7)*.

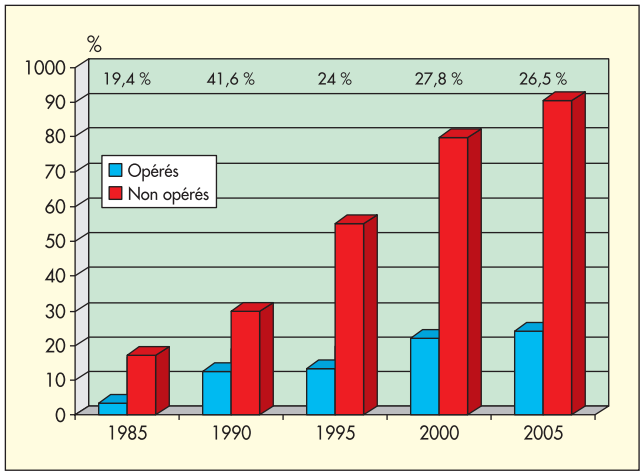


Fig. 6. – Répartition opérés/non opérés en fonction des années

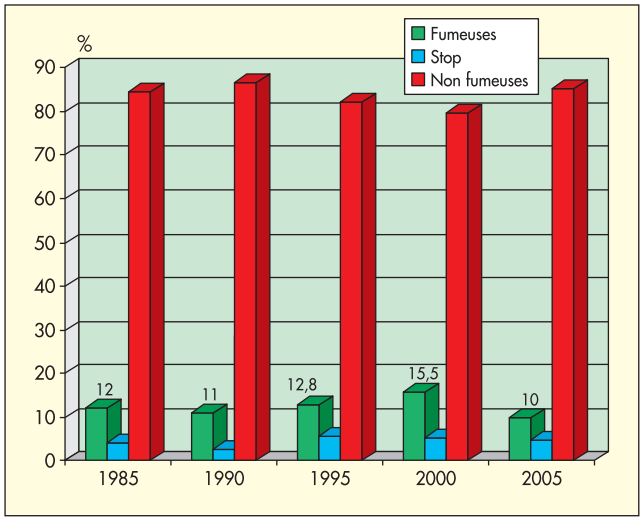


Fig. 7. – Répartition fumeuses/non fumeuses en fonction des années

DISCUSSION

– Sexe : le ratio femmes/hommes respecte les données actuelles de la littérature. Il y a plus de 15 ans, on observait un ratio voisin de 5 % de consultations phlébologiques chez l'homme, passant à 15 % vers les années 2000 [2] pour atteindre aujourd'hui un pourcentage un peu supérieur à 20 %. Dans le même temps le pourcentage de consultations féminines diminuait. Cela ne veut pas dire pour autant que les femmes consultent moins en chiffre brut [4]. Mais les hommes sont certainement plus sensibilisés aujourd'hui, cette constatation représentant un aspect très positif pouvant correspondre aux premiers résultats de nos campagnes d'information.

– Age : l'âge moyen a diminué confirmant la tendance à une consultation plus précoce.

Par contre, il reste toute une population, celle des âges extrêmes avec des patientes d'un âge inférieur à 24 ans ou supérieur à 79 ans. Cette population spécifique ne représente aujourd'hui que 3,6 % de notre population féminine traitée par échosclérose, soit un pourcentage extrêmement faible. Il faut reconnaître que la fréquence de la pathologie veineuse s'accroît avec l'âge et est moins fréquente au début de la vie. Elle peut néanmoins être dépistée chez l'enfant et traitée si nécessaire [5, 6].

La logique voudrait qu'avec un dépistage bien conduit et de façon précoce, la courbe d'âge de la population traitée ne soit plus une courbe de Gauss mais plutôt une ligne dégressive. Parallèlement, l'âge de cette population ne serait plus de 51 ans en moyenne mais beaucoup plus jeune. C'est probablement la perspective qu'il faut nous fixer pour les années à venir.

– Age de la première consultation : il est encourageant de voir cet âge diminuer depuis une vingtaine d'années, montrant par là que les différentes actions menées dans le cadre de l'information du grand public et la formation des médecins ont pu jouer un rôle non négligeable. Mais cet âge de 45 ou 46 ans reste encore beaucoup trop élevé quand on connaît le

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

rôle joué par l'hérédité. La simple comparaison avec nos confrères dentistes est édifiante car, chez eux, la prévention débute dans la petite adolescence et non passé la cinquantaine !

Cette cohorte de patients variqueux ne reflète en fait, qu'une partie de la population atteinte de MVC puisqu'en sont exclus tous les patients n'ayant besoin que d'un traitement pour des raisons esthétiques.

Son étude permet néanmoins de confirmer que l'âge moyen de la première consultation, même s'il a sensiblement diminué depuis une quinzaine d'années, reste situé au-delà de 44 ans, alors que nous savons tous que l'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de cette maladie [7].

Malgré l'évolution des méthodes d'exploration et le vieillissement de la population, les âges extrêmes restent délaissés, d'une part dans le dépistage pour la classe jeune, d'autre part dans le traitement pour la classe âgée.

Mais s'il semble que la classe dite « âgée » accède à présent plus facilement aux soins de sa maladie veineuse chronique, bien que le pourcentage de patients reste encore très faible (3,6 %), celui de la classe des jeunes patientes d'un âge inférieur à 21 ans reste quasiment nul puisqu'il est de l'ordre de 0,7 %.

– La topographie variqueuse et les interventions antérieures : leur analyse fera l'objet de travaux ultérieurs. On observera seulement le très grand nombre de groupes de patients différents et leur très grande disparité, ce qui montre toute la difficulté à comparer des patients entre eux.

CONCLUSION

Les femmes constituent la population la plus exposée à la maladie veineuse chronique puisque le ratio est de 80 %. Cette étude montre que nous sommes bien loin des problèmes esthétiques que l'on met trop souvent an avant.

Dans ce travail, l'analyse d'un certain nombre de critères d'une population atteinte de maladie veineuse chronique suffisamment importante pour devoir être traitée par échosclérose fait ressortir essentiellement deux points : celui d'un âge moyen lors de la première consultation de l'ordre de 45 ans, encore beaucoup trop élevé si l'on tient compte du caractère héréditaire de cette pathologie, et une négligence de prise en charge encore beaucoup trop grande des populations d'âges extrêmes que sont les patientes les plus jeunes et les patientes les plus âgées.

L'évolution considérable des prises en charge thérapeutiques qui sont extrêmement encourageantes doit nous pousser à accentuer un dépistage qui devrait intervenir avant l'âge de 18 ans et qui, bien suivi, devrait éviter les situations veineuses compliquées parfois dramatiques observées dans la population âgée.

RÉFÉRENCES

1 Rabe E., Pannier-Fischer F., Bromen K., Stang A., Poncar C., Wittenhost M., Bock E., Jöckel K.H. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003 ; 32 : 101-13.

2 Caussé C., Allaert F.A., Cazaubon M. Validation d'un observatoire épidémiologique et pharmaco-économique de la maladie veineuse. *Angiologie*.

3 Cornu-Thénard A., Maraval M., Boivin P., Parpex P. Prédominance gauche des varices : mythe ou réalité. *Phlébologie* 1986 ; 39 ; 465-73.

4 Brand F.N., Danneberg A.L., Abbott R.D., Kannel W.B. The epidemiology of varicose veins : the Framingham study. *Am J Prev med* 1986 ; 4 : 96-101.

5 Schultz-Ehrenburg U., Weindorf N., Von Uslard D., Hirche H. Prospective epidemiological investigations on early and preclinical stages of varicosis. In Davy A., R. Stemmer R., eds. John Libbey Eurotext Ltd. *Phlébologie* 1989 : 163-5.

6 Schadeck M. Étude par Duplex des grandes saphènes de l'enfant : calibres, reflux et conséquences thérapeutiques. *Phlébologie* 1996 ; 49 : 413-8.

7 Cornu-Thénard A., Boivin P., Baud J.M. Importance of the familial factor in varicose disease : clinical study of 134 families. *J Dermatol Surg Oncol* 1994 ; 20 : 318-26.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises

J.M. CHARDONNEAU

Merci pour cet exposé et tu es malheureusement un des rares à nous faire des présentations sur la phlébologie chez le jeune. On a l'impression trop souvent que la phlébologie commence à 45 ans. La question est donc la prévention de cette maladie variqueuse. Est-ce qu'on se donne aujourd'hui les moyens de pouvoir prévenir cette maladie ? D'autre part, chez les jeunes que tu as commencé à traiter dans les années 1990, est-ce que tu les as suivis et est-ce que tu peux dire que le fait de traiter tôt dans son évolution la maladie variqueuse permet de maîtriser cette évolution ou bien tu as dû, après, recommencer des séances comme on le fait généralement avec des patients que l'on voit à quarante ans ? Est-ce que c'est efficace dans l'évolution de la maladie variqueuse de les prendre en charge tôt ?

M. SCHADECK

Le problème est d'abord d'avoir une étude longitudinale cohérente, c'est-à-dire importante. Le nombre de patients suivis est très réduit, il y en a eu 16 même s'il y en a d'autres maintenant, et sur les 16 je n'ai pu en suivre que 9 que j'ai retrouvés 15 ans plus tard. Alors je vais dire oui, mais je ne suis pas certain que les statisticiens se satisfassent de ces données. Je pense que c'est un indicateur de tendance. Il est certain que lorsque l'on traite une saphène quand il faut la traiter bien sûr et qu'elle est fibrosée, l'évolution de cette saphène est absolument négligeable. Mais cela ne remet pas en cause malheureusement l'évolution des réticulaires ou des télangiectasies.

M. SICA

Merci de t'occuper de ce domaine qui n'est pas facile. Je vois prochainement une patiente qui présente une insuffisance saphénienne bilatérale et dont la fille de 8 ans se plaint depuis un certain temps de lourdeurs de jambes. Quelle est ton attitude dans ce cas-là ?

M. S.

En fait, il ne faut pas se précipiter. Il faut faire un premier bilan clinique, éventuellement complété d'un examen écho-Doppler qui est de réalisation difficile parce que ces jeunes bougent tout le temps et il faut souvent se contenter de l'essentiel. Cela peut permettre de faire une première évaluation. On le fait cas par cas.

M. SICA

Et en thérapeutique ?

M. S.

Il faut authentifier les lourdeurs de jambe, éliminer les douleurs de croissance, voir après s'il existe des reflux au niveau des troncs profonds, mais ce sont souvent des cas d'espèce à chaque fois.

D. LEVY

Tu voudrais avoir des jeunes mais tu sais que souvent ils sont étudiants. Est-ce qu'il ne faudrait pas informer les médecins des écoles, cela pourrait être intéressant ?

M. S.

J'essaie de lancer un message d'alerte, celui que tu lances est équivalent. Je voudrais que l'on s'intéresse plus aux âges extrêmes mais tous les âges bien sûr sont impliqués. Donc c'est une démarche prospective, de dépistage, de confirmation qui est fondamentale et sur laquelle on essaie de faire un effort.