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

Management of uncomplicated varicose veins. A case vignette for a clinical decision proposal.

Prise en charge des varices non compliquées. Proposition d'une décision clinique à propos d'un cas fréquent en phlébologie.

Willenberg T., Sritharan S., Lane T.R.A., Sheperd A.C., Davies A.H. EJVES 2012 ; 44 : 224-6.

Perrin M.

Keywords: venous disorders, varicose veins.

Mots-clés : *affections veineuses, varices.*

Classification de l'article

Éditorial.

Résumé

En s'appuyant sur un cas clinique de varices non compliquées se traduisant par une sensation d'œdème en fin de journée et de jambes lourdes chez une femme de 48 ans avec un indice de masse corporelle de 28, dont la qualité de vie est peu modifiée C_{2S}*, et chez laquelle l'écho-Doppler identifie une étiologie primaire, E_p* et une grande veine saphène gauche incompétente jusqu'au mollet où 2 tributaires sont également incompétentes $A_{S,}P$* [2, 3, 5], les auteurs passent en revue les différentes options thérapeutiques en fonction du pays et des recommandations des *guidelines*.

Sont successivement discutés les **traitements conservateurs** et les **traitements opératoires**.

Traitements conservateurs

- L'hygiène de vie.
- La compression demeure la pierre angulaire du traitement des affections veineuses chroniques quelle que soit la pathologie causale. Dans le cas présent, on prescrirait un bas jarret pression 20-30mmHg à la cheville, mais en raison de l'âge de la patiente et de la faible observance à long terme [3], cette indication est très discutable car il est probable que la patiente n'acceptera pas de porter une compression à vie et son coût serait élevé.
- Médications veinoactives. Les auteurs recommandent la fraction flavanoïque purifiée micronisée (Daflon®), ou les extrais de feuille de vigne rouge (Antistax®) ou de marron d'Inde. Cette option thérapeutique mérite d'être considérée compte tenu de la symptomatologie présentée par la patiente et des résultats obtenus avec ces traitements [4].

Mais aucune étude n'a démontré à ce jour que les traitements conservateurs ralentissaient l'évolution de la maladie variqueuse.

Traitements opératoires

Actuellement, de nombreux traitements opératoires ont été validés à côté de la chirurgie classique, à savoir les ablations thermique et chimique. Ils sont réalisés en ambulatoire, sous anesthésie locale, et leur mise en œuvre doit prendre en compte les informations anatomiques et physiopathologiques fournies par l'écho-Doppler. Le taux des complications rapportées après ablation thermique et chimique est très faible et les résultats à moyen terme satisfaisants.

Le choix de la procédure est fonction des comorbidités, des préférences et de l'expertise du thérapeute, ainsi que du choix du patient.

* Classification CEAP [1, 2].

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

Commentaire

La sélection de cet article m'a paru intéressante car c'est une mise au point objective sur le problème posé par les patients C_{2S}, E_p, A_s, P_r qui représentent la situation clinique la plus fréquente.

La valeur du traitement conservateur est correctement appréciée.

Contrairement à l'article de l'***American Venous Forum*** et de la ***Society for Vascular Surgery*** qui attribuent un grade de recommandation différent à la chirurgie classique, l'ablation thermique et chimique (voir ***Phlébologie Annales vasculaires*** 2012 n° 1 et 2), les auteurs anglais ne font pas de différence au plan des recommandations et nous avions abouti à cette conclusion dans l'analyse des essais contrôlés randomisés [5, 6]. Certes, on peut reprocher à cette mise au point de ne pas mentionner les interventions visant à conserver le tronc de la grande veine saphène, mais au Royaume-Uni ces techniques ne sont pas utilisées.

Les auteurs ne parlent pas de la compétence ou de l'incompétence des valves terminales et subterminales saphènes, mais il faut bien admettre qu'à ce jour aucune étude solide ne permet d'affirmer qu'elles devraient influencer l'option thérapeutique. Enfin l'extension et l'importance des varices devraient dans une certaine mesure jouer un rôle dans l'indication, mais nous ne disposons à ce jour d'aucune classification validée permettant de quantifier ces éléments.

Références

1. Eklöf B., Rutherford R.B., Bergan J.J., et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J. Vasc. Surg. 2004 ; 40 : 1248-52.
2. Perrin M. La classification CEAP. Analyse critique en 2010. Phlébologie 2010 ; 63 : 56-8.
3. Raju S., Hollis K., Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy. Ann. Vasc. Surg. 2007 ; 21 : 790-5.
4. Perrin M., Ramelet A.-A. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2010 ; 41 : 117-25.
5. Eklöf B., Perrin M. Randomized controlled trials in the treatment of varicose veins. I. Phlebolymphology 2011 ; 18 (n° 4) : 196-208.
6. Perrin M., Eklöf B. Randomized controlled trials in the treatment of varicose veins. II. Phlebolymphology 2012 ; 19 (n° 2) : 92-9.

www.revue-phlebologie.org