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

Phlébologie ANNALES VASCULAIRES 2020, 73, 1, p. 15-18

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLEBOLOGIE

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.

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

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

Classification clinique : « C »

Co : il n'y a pas de signe visible ou palpable d'affection veineuse chronique
C1 : on peut observer des télangiectasies et/ou des varices réticulaires (∅ < 3 mm)
C2 : on peut observer/palper des varices (∅ > 3 mm)
C3 : un œdème « veineux » est présent
C4 : des troubles trophiques cutanés ou sous cutanés sont présents
C4a : dermite ocre, eczéma
C4b : Hypodermite, « atrophie blanche »
C5 : on note la cicatrice d'un ulcère veineux cicatrisé
C6 : 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 »

Ec : congénitale (affection présente à la naissance, exemple malformations)
Ep : primitive (exemple maladie variqueuse)
Es : secondaire (exemple maladie post-thrombotique)
En : pas d'étiologie veineuse identifiée

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

As : 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)
Ad : 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, ...)
Ap : 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 »

Pr : Reflux
Po : Obstruction
Pro : Reflux et Obstructions combinés
Pn : pas de mécanisme physiopathologique identifié

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

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

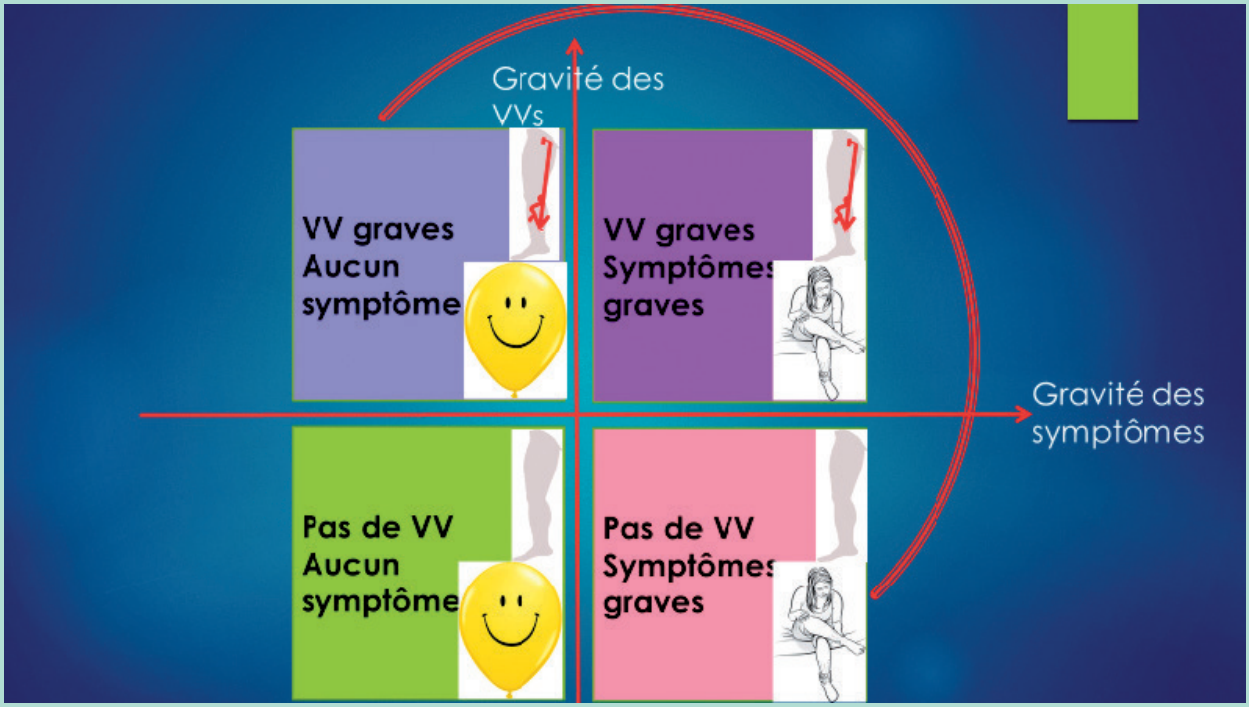

FIGURE 1 : Classification simplifiée des patients en fonction du couple signes (ou varices) / symptômes veineux - plainte. (VVs = Veines Variqueuses).

Pour simplifier à outrance, on pourrait classer les patients comme sur la **figure 1**, avec bien entendu toute la gamme des possibilités intermédiaires.

Dans une grande majorité des cas, la présentation clinique nous permet de prendre la décision thérapeutique :

- En effet la présence de **varices symptomatiques** (et/ou autres signes veineux) est certainement une indiscutable indication (hors contre-indications).
- Le choix est plus complexe **si l'un des deux membres du couple manque ou est douteux** : grosses veines indolentes, jambes lourdes sans varices par exemple. Mais là encore, en fonction de la sévérité (signes de sévérité clinique de C2s à C6), la clinique va nous dire s'il y a lieu d'intervenir. Le bilan instrumental nous dira comment (compression, ablation, autre).
- **Mais dans des cas moins flagrants C1 a/s à C2a sur quels critères nous baserons-nous ?** L'attribution indiscutable des symptômes à la maladie veineuse, basée sur leur analyse fine et sur les circonstances déclenchantes, est assez spécifique et incitera à proposer un traitement phlébologique.

Rappelons-nous que si après traitement le patient n'est pas satisfait, quelle qu'en soit la cause, et même si les anomalies hémodynamiques ont été corrigées, **c'est un échec**.

Il est donc particulièrement important de déterminer les plaintes principales lors de l'interrogatoire : signes symptômes, esthétique, prévention d'une hypothétique évolution.

Lorsque la décision de traiter sera prise (Figure 2), il restera à choisir comment et c'est là que l'examen écho-doppler prendra toute sa valeur : reflux saphène, diamètre des saphènes, autres reflux et autres dilatations variqueuses nous serviront à choisir un traitement conservateur (veino-actifs, compression) ou opératoire (sclérothérapie, sclérothérapie échoguidée à la mousse, ablation thermique endo-veineuse, colle, MOCA ou autre.

Références

1. Guex J.J. Patient reported outcome or Physician reported outcome? (Editorial). Phlebology. 2008 : 23.
2. Perrin M., Eklof B., Van Rij A., Labropoulos N., Vasquez M., Nicolaides A., Blattler W., Bouhassira D., Bouskela E., Carpentier P., Darvall K., De Maeseneer M., Flour M., Guex J.J., Hamel-Desnos C., Kakkos S., Launois R., Lugli M., Maleti O., Mansilha A., Neglen P., Rabe E., Shaydakov E. Venous symptoms: the SYM Vein Consensus statement developed under the auspices of the European Venous Forum. Int Angiol. 2016 Aug ; 35(4) : 374-98.

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

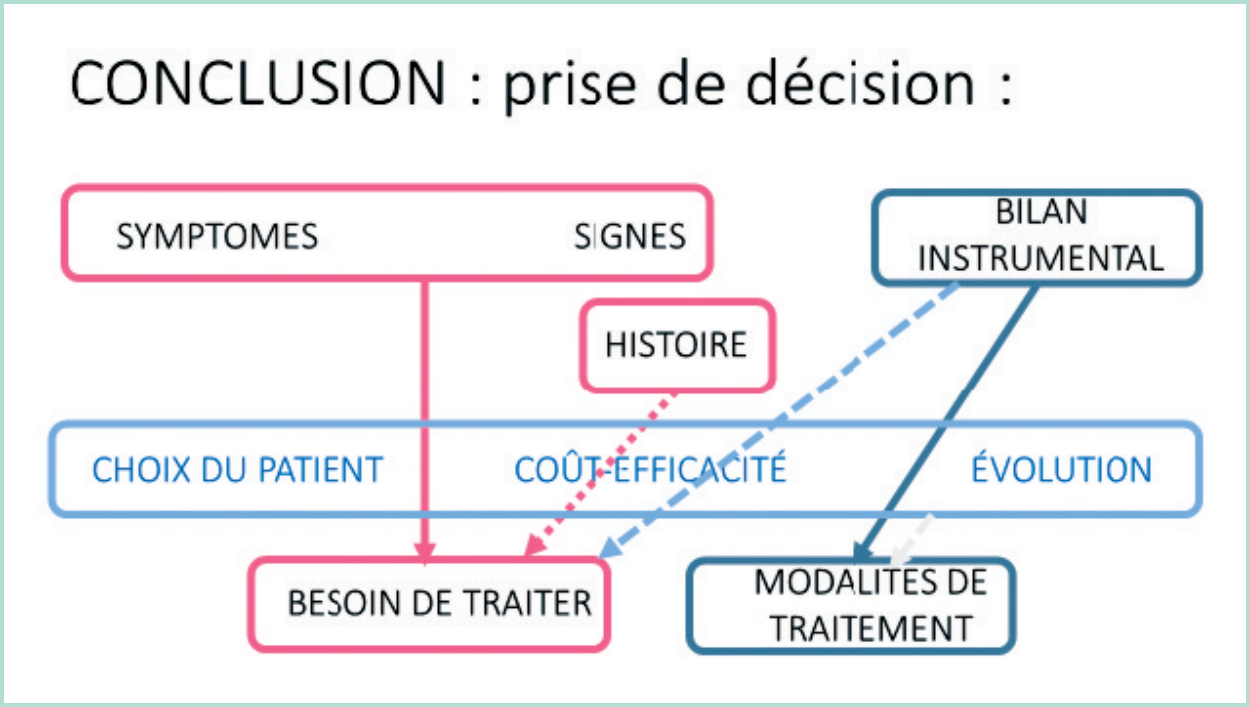

***FIGURE 2 :** L'algorithme de la décision thérapeutique.*

3. Lawaetz M., Serup J., Lawaetz B., Bjoern L., Blemings A., Eklof B., Rasmussen L. Comparison of endovenous ablation techniques, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. Extended 5-year follow-up of a RCT. Int Angiol. 2017 Jun ;36(3) :281-288.
4. Eklöf B1, Rutherford R.B., Bergan J.J., Carpentier P.H., Gloviczki P., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L., Myers K., Padberg F.T., Perrin M., Ruckley C.V., Smith P.C., Wakefield T.W. American Venous Forum International Ad Hoc Committee for Revision of the CEAP Classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders : consensus statement. J Vasc Surg. 2004 Dec ;40(6) :1248-52.
5. Guex J.J., Forgues F. Varices et télangiectasies des membres inférieurs. Diagnostic et traitement. Maloine, Paris 2019 : 47.