KALON

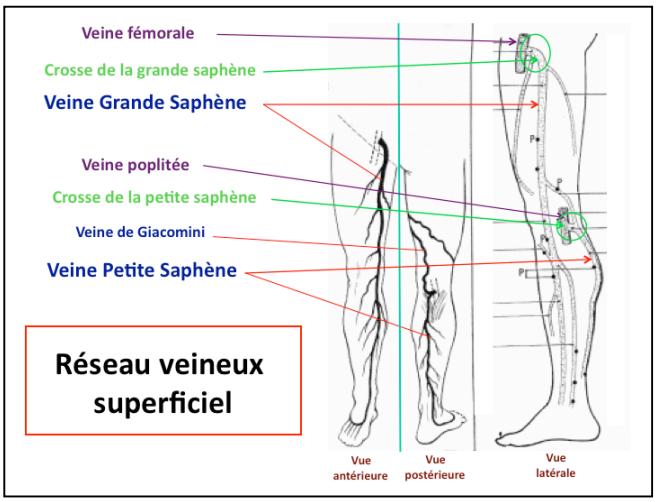
Les varices des jambes

Rappel anatomique :

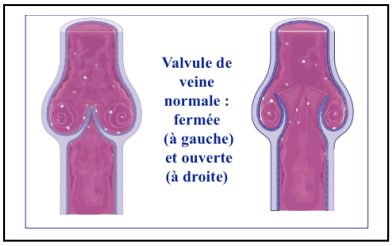
Le réseau veineux des membres inférieurs comprend un réseau profond qui assure 90 % du retour veineux physiologique, un réseau superficiel constitué de deux axes, l'axe interne ou *« veine grande saphène »* et l'axe externe ou *« veine petite saphène »* et des perforantes qui mettent en communication les deux réseaux. Ce système est valvulé.

La saphène interne ou « grande saphène » naît au niveau de la cheville, en avant de la malléole interne, monte sur la face antéro-interne de la jambe et de la cuisse sous la peau et se termine par une crosse qui plonge dans la veine fémorale (réseau profond) au pli de l'aine.

La saphène externe ou « petite saphène » naît à la cheville, en arrière de la malléole externe, monte sur la face postéro-externe de la jambe dans le tissu sous-cutané (sous-aponévrotique dans la partie inférieure de la jambe) et se termine par une crosse qui plonge dans la veine poplitée à la face postérieure du genou (noter que la situation anatomique de cette crosse est variable d'un patient à l'autre, elle est plus ou moins haute et parfois même elle est absente).



Les perforantes sont des branches de communication entre le réseau superficiel et le réseau profond ; elles sont dotées de valvules permettant d'assurer un flux de la superficie vers la profondeur ; elles peuvent partir de la saphène elle-même (perforantes « centrées ») ou de leurs collatérales (perforantes « excentrées »).



Les valvules sont un élément fondamental du système. Elles sont en nombre croissant de haut en bas et fonctionnent passivement selon le gradient de pression. Elles permettent de limiter la pression qui s'exerce sur la paroi veineuse en fractionnant la colonne sanguine en tronçons de faible hauteur.

Physiologie du retour veineux :

Le réseau veineux assure le retour du sang au cœur ; son bon fonctionnement est assuré par le système artériel qui apporte le sang aux organes (et, donc, qui pousse le sang vers les veines), par la pompe cardio respiratoire (et, donc, le diaphragme) qui « aspire » le sang vers le cœur, par la pompe musculo-aponévrotique (les muscles de jambes en se contractant propulsent le sang vers le haut), par les valvules (qui empêchent le sang de redescendre) et par la paroi veineuse elle même dont la qualité est déterminante (distensibilité, motricité, tonicité).

Les varices des membres inférieurs se définissent comme une « dilatation permanente pathologique d'une veine » ; il s'agit donc d'un symptôme et non d'une maladie. Celle ci est **l'insuffisance veineuse superficielle**, syndrome traduisant le mauvais fonctionnement du réseau veineux superficiel qui comporte le plus souvent un reflux veineux centrifuge responsable des varices. C'est ce syndrome que nous nous proposons d'étudier dans ce 94ème numéro de KALON.

Le tonus veineux qui résulte de la distensibilité pariétale et de la veinomotricité est variable selon divers facteurs : *il augmente* au froid, en position debout, au stress, à l'inspiration profonde, lors d'une hyperventilation ou du travail physique ; *il diminue* à la chaleur, au repos couché, lors de la prise d'alcool, de barbituriques, de bêta-bloquants ou de dérivés nitrés (trinitrine chez le coronarien cf. K.81).

L'insuffisance veineuse superficielle :

L' **I.V.S**. se définit comme une augmentation de la pression dans le réseau veineux superficiel en position debout, non corrigée par l'orthodynamisme (marche). Elle est liée à une altération de la paroi veineuse et à une insuffisance valvulaire (qui initie la maladie) et se complique au fil du temps. L'incontinence valvulaire conduit aux varices et l'intervention des globules blancs (inflammation, altération des tissus…) aux troubles trophiques (dermites, ulcères…).

C'est une pathologie le plus souvent primitive (le rôle de l'hérédité est déterminant) favorisée par des facteurs hormonaux (expliquant sa prédominance féminine) ou comportementaux (sédentarité, régime pauvre en fibres…) mais elle peut aussi être consécutive à une maladie thrombo-embolique.

Aspects cliniques de l'I.V.S. :

Les signes fonctionnels sont représentés par une sensation de jambes lourdes, des douleurs et des « impatiences », un prurit et des crampes.

Les signes physiques vont des varices et varicosités, aux œdèmes, à la pigmentation cutanée, la dermite ocre ou l'atrophie blanche, aux lésions de grattage et à l'eczéma et enfin aux ulcères vrais.

Classification clinique : 4 stades ont été définis :

Stade 1 : il n'y a pas de signes fonctionnels, la gêne est purement esthétique

Stade 2 : les signes fonctionnels sont francs, mais il n'y a pas de troubles trophiques

Stade 3 : troubles trophiques débutants

Stade 4 : troubles trophiques francs (ulcères)

Les complications de l'I.V.S. :

Complications chroniques : certaines sont réversibles notamment après traitement des varices (œdèmes, eczématisation, ulcères (mais ceux-ci sont sujets à la surinfection, ce qui rend leur traitement compliqué, voire à la cancérisation), d'autres sont irréversibles (hypodermite, atrophie, dermite ocre).

Complication aiguës : la phlébite superficielle (encore appelée « paraphlébite ») : c'est une thrombose d'une veine variqueuse qui traduit toujours une I.V.S sévère ; les signes inflammatoires locaux sont souvent importants mais le risque d'embolie pulmonaire est faible ; il y a souvent des séquelles trophiques à distance. L'hémorragie sur plaie variqueuse : elle peut être dramatique si méconnue (car elles est indolore) ; son traitement est très urgent mais simple (compression de la lésion et surélévation de la jambe) ; elle justifie un traitement secondaires efficace de la maladie veineuse.

Exploration d'une I.V.S. :

L'examen clinique : localise le territoire variqueux et en apprécie l'étendue, repère la source des reflux (palpation des crosses, épreuve des garrots), recherche une éventuelle insuffisance veineuse profonde associée, recherche les troubles trophiques, recherche une artériopathie ou une cardiopathie associée (qui peuvent influer sur le geste thérapeutique).

Les examens complémentaires : la phlébographie (technique radiologique) n'est plus utilisée aujourd'hui ; l'examen de référence est l'écho-doppler. C'est un examen simple, sans danger et fiable qui confirme l'I.V.S., vérifie l'intégrité du réseau veineux profond et détermine les points de fuite (crosses, perforantes…).Il est réalisé en position allongée puis debout.

Il conduit à la rédaction d'un compte-rendu accompagné d'un schéma des lésions constatées, qui serviront de base à la discussion thérapeutique (option chirurgicale ou sclérothérapie ou encore traitement thermique par radiofréquence ou par laser).

Le prochain KALON sera consacré au traitement de l'I.V.S.

Docteur B. PENNANEAC'H (angéiologue au C.H.Dz.)
Dr. J-F. HOUËL (cardiologue)