

**Des membres de la Société de chirurgie vasculaire vous répondent. Posez vos questions sur [lefigaro.fr](http://lefigaro.fr)**

[www.lefigaro.fr/sante](http://www.lefigaro.fr/sante)

## « Peut-on opérer les varices des membres inférieurs sans cicatrice ? »



**PROFESSEUR OLIVIER GOËAU-BRISSONNIÈRE**

Président de la Société de chirurgie vasculaire de langue française, Centre hospitalier universitaire Ambroise-Paré.

**L**es varices des membres inférieurs (veines superficielles dilatées et siège d'un reflux vers les pieds) sont une des pathologies les plus fréquentes de la population adulte, puisque 6 à 8 femmes sur 10, et 3 à 5 hommes sur 10 en seront atteints à des degrés divers au cours de leur vie et que 25 % nécessiteront des soins médicaux ou chirurgicaux. Elles concernent surtout les veines grande et petite saphènes qui sont les 2 principales veines du réseau superficiel. Le réseau veineux superficiel ne représente que 10 % des voies de retour du sang vers le cœur, le reste du retour veineux est assuré par les veines profondes.

Il s'agit d'une maladie chronique d'évolution lente favorisée par le mode de vie des pays industrialisés. On différencie en fonction de leur aspect et de leur taille les télangiectasies, les varices réticulaires et les varices de plus de 3 mm de diamètre. Elles peuvent poser des problèmes esthétiques mais aussi être la cause de symptômes divers (lourdeurs ou douleurs de jambe, œdème, démangeaisons, crampes nocturnes, impatience, œdème), voire de complications (inflammation ou hypodermite, paraphlébite ou thrombose veineuse superficielle, hémorragie variqueuse, ulcère de jambe). La prévention et le traitement des formes non compliquées doivent être privilégiés plutôt que d'attendre les atteintes plus sévères.

### Un écho-doppler est nécessaire

Certains facteurs favorisants ne sont pas contrôlables : l'âge, le sexe féminin, les traitements hormonaux, les grossesses. D'autres peuvent contrôler et ainsi prévenir l'apparition ou l'aggravation des varices : l'excès de poids, la position debout, le piétinement professionnel, les troubles de la statique plantaire, l'exposition à la chaleur (sauna, épilation, bain...), l'absence d'exercices physiques.

Les motifs de consultation sont divers : esthétique, fonctionnel en cas de symptômes, en cas de complication. Dans tous les cas, un examen écho-doppler est nécessaire. Il permet d'affirmer le diagnostic, de préciser le ni-



Un chirurgien vasculaire effectue un tracé sur les varices avant une intervention chirurgicale qui peut être pratiquée sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale et peut dans la plupart des cas être faite en ambulatoire. LOUISE OLIGNY/BSIP

veau anatomique et le degré de l'atteinte. Il permet d'orienter le choix du traitement.

La sclérothérapie a pour principe d'injecter dans la veine dilatée un produit irritant provoquant un spasme veineux puis un épaississement de la paroi qui évolue rapidement vers l'oblitération : la veine devient alors un cordon fibreux. Ses inconvénients essentiels sont la durée du traitement (nombreuses séances) et la récurrence. Actuellement l'injection de sclérosant sous forme de mousse augmente l'efficacité de la sclérothérapie. Elle nécessite un guidage échographique. Le taux de récurrence est de l'ordre de 27 % à 5 ans, chiffres comparables à ceux de la crosssectomie-stripping, mais supérieurs dans le cas de techniques endoveineuses de destruction thermique. Ces techniques sont réalisées en consultation en cabinet. Les complications sont rares et le plus souvent bénignes. Il n'y a pas de cicatrice, mais il peut y avoir une coloration de la peau (le plus souvent transitoire) due à la réaction au produit sclérosant.

C Concernant les phlébectomies, interventions visant à supprimer les veines variqueuses par de minimes incisions étagées, elles ne laissent pratiquement pas de traces. Isolées, elles peuvent être réalisées sous anesthésie locale en ambulatoire et ont surtout un but esthétique.

La crosssectomie-stripping consiste en l'ablation de la veine saphène par voie chirurgicale, par 2 courtes inci-

sions. Cette intervention est souvent associée à des phlébectomies. Il s'agit de l'intervention de référence, surtout en cas d'importantes varices. Cette intervention est bien codifiée et est maîtrisée par les chirurgiens vasculaires. Elle peut être pratiquée sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale et peut dans la plupart des cas être faite en ambulatoire. Les effets secondaires postopératoires sont le plus souvent mineurs (douleurs, ecchymoses).

### Techniques endoveineuses

Pour les techniques endoveineuses, qu'il s'agisse de la radiofréquence, du laser endoveineux ou de la vapeur d'eau chaude, leur but est de délivrer par l'intérieur de la veine une énergie entraînant une destruction thermique avec réaction fibreuse et rétraction de la paroi ne laissant plus de chenal pour la circulation du sang conduisant, à terme, à la disparition de la veine traitée. Seules les veines saphènes sont accessibles à ce type de traitement. Les varices situées sur les branches collatérales sont traitées dans le même temps ou secondairement par phlébectomie ou par sclérose.

Ces techniques sont pratiquées préférentiellement sous anesthésie locale, en ambulatoire et permettent une reprise rapide de l'activité normale, professionnelle et sportive. Par rapport à la crosssectomie-stripping, elles ne nécessitent ni cicatrice au pli de l'aîne ou derrière le genou, ni arrachage du tronc

principal des veines saphènes. Elles doivent être réalisées dans de bonnes conditions d'asepsie et sous contrôle échographique. Les complications sont le plus souvent mineures (réaction inflammatoire, ecchymoses) et le risque de récurrence est inférieur à 10 % à 2 ans. La technique à la vapeur est en cours d'évaluation.

Il ne faut pas oublier les traitements préventifs et associés. Comme le traitement médical, qui permet d'atténuer les symptômes, mais ne permet pas d'enrayer l'évolution. Mais aussi le port de bas de compression dans les situations à risque (piétinement, position statique, voyage aérien...) est fortement recommandé. Ce traitement est contraignant (légèrement au stade varices non compliquées) mais extrêmement efficace en cas de symptômes et de complications. La compression est par contre contre-indiquée en cas de maladie artérielle sévère des membres inférieurs.

En conclusion, il n'existe pas de traitement unique et définitif des varices. L'utilisation de l'une ou l'autre technique dépend de l'importance et de l'étendue des varices, du diamètre du tronc de la veine saphène, de la corpulence des patients, de leur âge et de leur activité dans la vie courante et professionnelle. Le bon choix sera proposé par les chirurgiens vasculaires disposant de l'ensemble des moyens thérapeutiques. Dans tous les cas, un suivi régulier et prolongé est recommandé. ■

### LES VARICES EN CHIFFRES

**50 %**  
de la population âgée de plus de 40 ans présente des varices.

**36 %**  
des femmes sont touchées, 14% des hommes. Leur fréquence augmente avec l'âge, le nombre de grossesses et la station debout prolongée.

**20 %**  
de risque d'avoir des varices chez les patients sans parents atteints, 44% si un des parents est atteint et plus de 70% si les 2 parents sont atteints.

## « Quels risques après une phlébite des membres inférieurs ? »

**U**ne phlébite est un caillot sanguin qui se forme dans une veine profonde du membre inférieur, à l'exclusion des caillots qui se forment dans les veines superficielles (veines saphènes ou collatérales, souvent à la suite de varices). De 50 000 à 100 000 phlébites surviennent chaque année en France, qui touchent le plus souvent les veines de la jambe et comportent un risque immédiat d'embolie pulmonaire, c'est-à-dire de migration d'un caillot sanguin de la veine du membre où il s'est formé vers les artères du poumon, avec des risques respiratoires. Ces phlébites sont aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme, l'âge médian de leur survenue se situant autour de 65 à 70 ans, même si cette atteinte est possible dès 20 ou 30 ans. Dans sa phase aiguë, une phlébite, ou thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, peut être dangereuse du fait du risque d'embolie pulmonaire, celle-ci étant parfois mortelle. Cependant, si ce risque immédiat est grave (mais rare), les séquelles tardives (plusieurs mois ou années plus tard), ou syndrome post-thrombotique, sont beaucoup plus invalidantes.

Sous traitement médical et grâce à des mécanismes physiologiques, le caillot responsable de la thrombose veineuse profonde peut s'éliminer complètement, mais, s'il ne disparaît pas, il va se transformer en tissu fibreux ; celui-ci constitue une obstruction plus ou moins complète qui gêne le retour veineux : c'est le syndrome obstructif.

Lors de l'élimination du caillot, la paroi des veines est lésée et en particulier les systèmes d'écluse (ou valves), qui



Dans sa phase aiguë, une phlébite, ou thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, peut être dangereuse du fait du risque d'embolie pulmonaire. IMANE/BSIP

ont pour but d'empêcher le sang de descendre vers les pieds sous l'effet de la pesanteur. L'altération ou la destruction de ces valves a pour conséquence une circulation inversée vers le bas en position debout ou assise : c'est le syndrome de reflux.

### Choc direct, même minime

Ces deux syndromes associés à des degrés divers constituent le syndrome post-thrombotique. La stagnation du sang entraîne une hyperpression tissulaire responsable d'œdèmes, d'inflammations tissulaires et à terme de fragilité cutanée.

Les troubles non spécifiques sont lourdeur, douleur, impatience, crampes nocturnes, œdème, démangeaisons, varices dites secondaires... Les troubles les plus fréquents sont l'œdème des

chevilles et des jambes. Au début de l'évolution, il disparaît le matin, mais avec le temps il devient permanent. La coloration cuivrée de la peau (ou dermatite ocre) est un signe de maladie chronique déjà évoluée. À un stade plus avancé, une hypodermite (inflammation sous-cutanée) peut survenir, avec une majoration des douleurs et de l'œdème. Enfin, au stade ultime, un ulcère chronique et récidivant apparaît soit de manière spontanée soit à la suite d'un choc direct, même minime. Dans certains cas de syndrome obstructif majeur et prédominant, une gêne à la marche peut survenir par hyperpression aiguë.

Comment prévenir ces troubles ? Dès le diagnostic établi par écho-doppler, le traitement anticoagulant par voie injectable sous-cutanée ou intraveineuse doit vite être commencé, avec un relais

rapide par un anticoagulant en comprimés. La durée du traitement, de trois à douze mois, est parfaitement codifiée en fonction de la circonstance de survenue, de l'étendue de la thrombose, de l'existence d'une embolie pulmonaire, d'un facteur favorisants personnel ou familial. Dans certains cas d'anomalie de la coagulation, ce traitement peut être prescrit à vie.

La compression élastique représente une composante majeure du traitement. Elle est systématique et prolongée. Elle permet une diminution de l'hyperpression au niveau de la jambe, elle améliore l'œdème. L'idéal est de porter une compression forte par bas ou bandes élastiques (classe III).

Dans les cas d'œdème important responsable d'une compression des artères avec syndrome de souffrance par absence d'alimentation sanguine, ainsi que dans les thromboses étendues jusqu'à l'étage ilio-cave (dans les veines de l'abdomen), un traitement plus agressif peut être proposé pour « nettoyer » les veines obstruées. On peut administrer un médicament destiné à faire fondre le caillot (thrombolyse). En cas d'échec ou de contre-indication, la chirurgie ouverte peut être mise en œuvre. Elle permet parfois de traiter durant le même temps chirurgical la cause de la thrombose. Ces techniques sont réservées à des centres vasculaires familiarisés à celles-ci. Elles ont pour but de limiter le plus possible les séquelles du syndrome post-thrombotique.

La compression est, là encore, la base du traitement des troubles trophiques. L'adhésion du patient à celle-ci est un facteur majeur de son efficacité.

La lutte contre les facteurs de risque -obésité, inactivité physique- et le maintien d'un bon fonctionnement de l'articulation de la cheville (kinésithérapie) sont également importants.

En cas d'échec de ces différents traitements pour soigner des troubles cutanés importants, récidivants ou ne cicatrisant pas, des techniques endovasculaires peuvent être proposées. Elles s'adressent au syndrome post-thrombotique à prédominance obstructive, avec atteinte située à l'étage abdominal (veines iliaques et veine cave inférieure). Comme dans les artères, elles permettent de rouvrir la circulation sanguine dans l'axe veineux obstrué en utilisant des systèmes similaires : guides, ballons de dilation, stent ou prothèse interne (communément appelée « ressort »). Ces techniques sont également réservées à des centres spécialisés et rompus à ces techniques.

Les séquelles d'une phlébite ne sont pas inévitables. Le traitement de la thrombose repose sur une prise en charge rapide et efficace de la thrombose veineuse profonde, la compression élastique au long cours. Le traitement endovasculaire à la phase aiguë et à la phase chronique permet, dans les syndromes obstructifs, de prévenir ou de retarder la survenue des complications les plus importantes. ■

OLIVIER GOËAU-BRISSONNIÈRE

**50 000 à 100 000**  
phlébites  
surviennent chaque année en France