

Symptômes veineux et maladie veineuse chronique

Place de la compression médicale

Jean-Patrick Benigni

Directeur d'enseignement du DU de compression médicale, Paris Sorbonne, CHU Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France
<benigni.jp@orange.fr>

Résumé. La corrélation entre symptômes veineux et la présence de télangiectasies et/ou de veines réticulaires est l'un des sujets les plus controversés de la maladie veineuse chronique. Comme les symptômes peuvent ne pas être spécifiques d'une maladie veineuse chronique, il est important de pouvoir différencier les symptômes veineux des symptômes liés à d'autres causes. Certaines données suggèrent que le risque de développer des symptômes veineux est accru chez les femmes, au cours du vieillissement et de l'obésité. Le traitement des symptômes dans les formes débutantes de la maladie repose principalement sur la compression élastique, la correction des troubles statiques du pied, l'activité physique, la réduction du poids et secondairement sur les médicaments veinotoniques, voire la sclérothérapie. L'efficacité et le mode d'action de la compression médicale sont discutés dans cet article.

Mots clés : maladie veineuse chronique, symptômes veineux, bas de compression médicale

Abstract

Venous symptoms and chronic venous disorders. Place of medical compression

The correlation between venous symptoms and the presence of telangiectasias and/or reticular veins is one of the most controversial topics in chronic venous disorders. As symptoms may be non-specific of chronic venous disease, it is important to differentiate venous symptoms from symptoms of other causes. Some data suggest that the risk to develop venous symptoms is increased in women, advanced age and obesity. Treatment of the symptoms is mainly based on elastic compression, correction of foot static disorders, physical advice, reduction of body weight and secondarily on venoactive drugs and sclerotherapy. The efficacy and mode of action of medical compression is discussed in this article.

Key words: chronic venous disorders, venous symptoms, medical compression stockings

L'existence de symptômes au cours de l'évolution de la maladie veineuse chronique est d'une grande banalité. Associés à des signes cliniques d'origine veineuse, ils questionnent peu le clinicien, même si au cours de l'évolution du syndrome post-thrombotique, de l'ulcère veineux, voire des varices, les plaintes des patients sont fréquentes. C'est, en fait, lors des stades débutants de la maladie veineuse que leur existence doit interroger le praticien. En effet,

ces symptômes d'alerte peuvent être présents dans d'autres pathologies. C'est toute la difficulté diagnostique que de les rattacher à une maladie veineuse chronique. La corrélation entre symptômes veineux et la présence de lésions témoignant d'un stade débutant de la maladie veineuse chronique est d'ailleurs un sujet très controversé. Diverses études ont été publiées [1-3], mais aucune conclusion définitive ne peut en être tirée :

– les patients présentant des veines réticulaires semblent se plaindre plus fréquemment de symptômes que les sujets exempts de lésions [1] ;

Tirés à part :
J.-P. Benigni

– dans l'*Edinburg Vein Study*, Ruckley n'a retrouvé aucune corrélation entre télangiectasies et symptômes [2] ;
 – dans l'étude de San Diego, la sensation de gonflement et les lourdeurs de jambe étaient corrélées à la présence de télangiectasies. La prévalence des symptômes était plus grande chez les femmes que chez les hommes. La douleur était le symptôme le plus fréquemment retrouvé [3].

Définition et description des symptômes veineux

La maladie veineuse chronique a bénéficié en 2004 d'une classification : la CEAP¹. Le C de la CEAP recouvre sept stades cliniques, de C0 à C6. Le stade C0 ne comporte aucune lésion visible ; les télangiectasies et les veines réticulaires inférieures à 3 mm sont classées C1 ; les varices, C2 ; l'œdème veineux, C3 ; les troubles trophiques, C4 ; l'ulcère veineux, C5-C6. À cela s'ajoutent deux lettres : A pour asymptomatique, S pour symptomatique. Lors de l'élaboration de la classification CEAP [4], il a été admis que les symptômes suivants pouvaient avoir une origine veineuse :

- les jambes lourdes définies comme une sensation de tension dans les deux jambes au niveau de la face postérieure du mollet, de la fosse poplitée et de la cuisse ;
- la douleur : mot commun pour phlébologie d'intensité légère à modérée ;
- les sensations de gonflement sans œdème visible ;
- le prurit ou démangeaisons (sans lésion cutanée visible) ;
- le syndrome des jambes sans repos la nuit ;
- les crampes nocturnes : sensation d'une déchirure musculaire locale avec une douleur persistant pendant plusieurs heures ou plusieurs jours.

Les deux derniers symptômes semblent relativement non spécifiques d'une maladie veineuse chronique.

Il existe des télangiectasies qui peuvent être le siège de douleurs et de sensation de brûlures [5].

Les mécanismes physiopathologiques

Une hyperpression veineuse et une réaction inflammatoire stimulant les nocicepteurs veineux sont avancées pour expliquer les douleurs veineuses. Mais les douleurs sont fréquemment associées à d'autres symptômes qui ne sont pas liés à la nociception : lourdeurs de jambe, sensation de gonflement, crampes, etc. C'est la raison pour laquelle il est difficile d'affirmer que les symptômes sont liés, à coup sûr, à une maladie veineuse chronique.

¹ CEAP : clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique.

Tableau 1. Score d'imputabilité des symptômes des membres inférieurs au système veineux.

	Note
Sensation de jambes lourdes ou de gonflement	0 ou 1
Associée à des démangeaisons, des impatiences de primo-décubitus ou de douleurs sur le trajet veineux	0 ou 1
Aggravée par la chaleur et améliorée par le froid	0 ou 1
Non aggravée par la marche	0 ou 1
Total	3 ou >

Source : Société française de médecine vasculaire.

Diagnostic

Comme les symptômes peuvent ne pas être spécifiques de la maladie veineuse chronique, il est important de différencier les symptômes veineux des symptômes relevant d'une autre cause.

Un système de notation a été proposé dans le cadre d'un groupe de travail de la Société française de médecine vasculaire (SFMV) associant quatre critères (*tableau 1*). Un score égal ou supérieur à 3 signe une origine veineuse, avec une sensibilité de 75 % et une spécificité de 95 % [6].

Diagnostic différentiel

Les symptômes attribuables à une origine veineuse peuvent également apparaître dans d'autres circonstances telles que :

- un trouble de la statique des pieds ;
- une stase liée à l'exercice d'une profession en position debout ou assise ;
- l'obésité.

À un degré moindre :

- des troubles neurologiques ;
- une vascularite ;
- un eczéma d'origine non veineuse ;
- des maladies orthopédiques comme un kyste poplité (Baker) ;
- une pathologie chronique comme le diabète.

La douleur peut également être liée, dans des circonstances particulières, à d'autres causes comme [7] :

- la claudication artérielle intermittente ;
- la claudication veineuse.

Facteurs de risque

Les données de la *Bonn Vein Study* [8, 9] suggèrent que le risque de se plaindre de symptômes veineux est augmenté chez :

- les femmes ;
- les personnes âgées ;
- et les obèses.

Symptômes veineux : quelle prise en charge ?

Place de la compression médicale

L'efficacité des bas de compression sur les symptômes veineux

Partsch [10] a résumé les indications du traitement par compression dans les maladies veineuses et lymphatiques en se basant sur des données expérimentales et des preuves scientifiques. Deux essais contrôlés randomisés [11, 12] ont mis en évidence l'efficacité des bas de compression de 10-15 mmHg sur les symptômes veineux (grade 1B). De plus, une méta-analyse suggère que les symptômes veineux au cours d'une maladie veineuse débutante sont améliorés par le port de bas de compression fournissant une pression de 10 à 20 mmHg à la cheville [13]. Une pression plus faible est inefficace et une pression plus élevée ne procure pas une meilleure amélioration.

Compression et physiopathologie de la douleur veineuse

La physiopathologie de la douleur veineuse restant incertaine, il faut reconnaître que le mode d'action des bas de faible pression reste imprécis.

La présence d'œdème de stase est une situation fréquente, notamment chez des patients âgés en maison de retraite ou chez des sujets sains travaillant debout, et pourrait contribuer à la symptomatologie [14]. La compression a pour effet un drainage des excès de liquide interstitiel, cependant l'apparition des symptômes et l'augmentation de volume ne sembleraient pas corrélées [15].

Danzinger a émis l'hypothèse d'une stimulation des fibres nerveuses de type C présentes dans la paroi des veines par l'intermédiaire de la libération de médiateurs inflammatoires contenus dans les leucocytes pour expliquer les douleurs veineuses [16].

Or comme nous l'avons vu, les bas de faible pression n'ont pas d'action indiscutable sur les veines. Ils agiraient en accélérant les flux microcirculatoires et en stimulant par micro-massage les récepteurs cutanés des fibres A.

Par un effet compétitif (*figure 1*) au niveau du ganglion spinal de la racine dorsale du nerf rachidien, la stimulation des fibres A par les bas compressifs inhiberait le signal douloureux en provenance des fibres C (théorie du *gate control*).

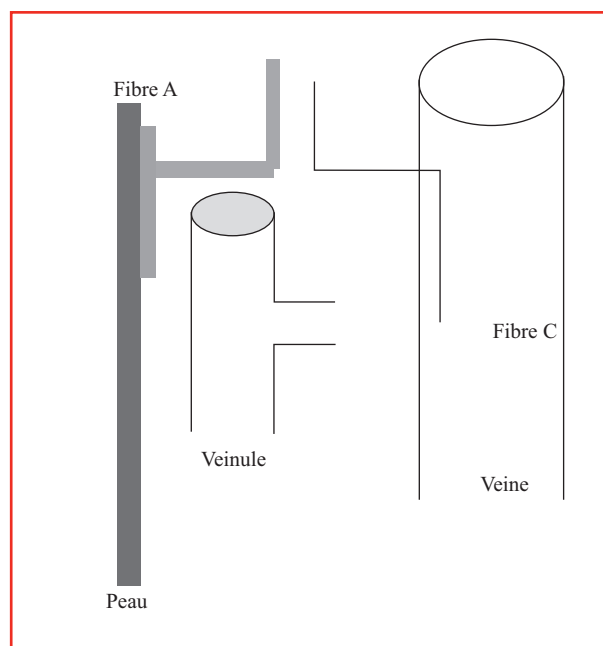


Figure 1. Stimulation des fibres A intradermiques, inhibition des fibres C.

Les autres traitements

La prise en charge des symptômes veineux est complexe et la compression ne peut être dissociée des autres moyens, dont les plus importants sont détaillés ci-après.

Correction des troubles statiques du pied

Les troubles statiques du pied peuvent être considérés comme un facteur de risque important de maladie veineuse chronique [17, 18]. Le port de semelles orthopédiques améliore les symptômes dus aux troubles de la statique du pied, ainsi que ceux liés à la stase veineuse (*figure 2*). Ces résultats pourraient s'expliquer par l'amélioration de l'efficacité de la pompe plantaire pendant la marche et des appuis plantaires.

Réduction du poids

La réduction du poids dans une population obèse morbide a permis une réduction des symptômes veineux [19].

Activités physiques

La pratique d'activités physiques appropriées est recommandée (marche, natation, exercices physiques). Les massages et l'utilisation de l'électrostimulation ont été proposés. Mais peu de travaux ont été entrepris pour démontrer leur efficacité clinique.



Figure 2. Examen podoscopique montrant des pieds creux.

Des preuves indirectes ont été rapportées dans la littérature. L'étude de Framingham suggère qu'une activité physique et un contrôle du poids pourraient aider à prévenir les varices chez les adultes à risque [20]. La marche empêcherait la formation d'œdèmes de stase. Ces preuves ne répondent qu'indirectement à l'intérêt de l'activité physique pour réduire les symptômes veineux.

Médicaments veinotoniques

Ces médicaments veinotoniques constituent un groupe hétérogène de médicaments d'origine végétale ou synthétique. De nombreux essais cliniques randomisés ont démontré une atténuation modérée des symptômes veineux [21]. La Haute Autorité de santé (HAS) a obtenu, il y a déjà plusieurs années, le déremboursement de ces médicaments pour insuffisance du service médical rendu.

Sclérothérapie

La sclérothérapie des veines réticulaires et des télangiectasies semble offrir un soulagement des symptômes supérieur aux bas de compression [22].

Conclusion

Les symptômes veineux sont fréquents dans la population générale, en particulier au cours des formes débutantes de la maladie veineuse chronique (patients classés, selon la

CEAP, C0s et C1s). Cependant, ces symptômes peuvent également être engendrés par d'autres pathologies ou d'autres formes de la maladie veineuse.

Le traitement en première intention devrait inclure la recommandation du port de bas de compression de 15-20 mmHg, la correction des troubles de la statique des pieds et la marche avec un chaussage adapté. Les médicaments veinotoniques peuvent être conseillés en période chaude, en raison de la tolérance discutable des bas en été. Il faut toutefois noter qu'il existe des bas tricotés avec des fibres thermorégulatrices. Une sensation de froid est également ressentie par les patients lors de l'enfilage des bas en relation avec la diminution du volume sanguin dans le derme. En été, cette sensation agréable peut être amplifiée si le bas qui va être porté est conservé dans la partie basse du réfrigérateur.

Mais nombre de questions restent sans réponse. Des recherches devraient être encouragées en raison de la fréquence des symptômes. Citons en deux. La relation entre la douleur veineuse et les troubles statiques du pied chez les patientes C0s C1s mal chaussées pose problème en raison de leur fréquence. L'effet de micro-massage de la peau selon les différents tricots des bas mériterait également d'être étudié. L'effet antalgique varie-t-il selon le tricot du bas ? ■

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Kröger K, Ose C, Rudofsky G, Roesener J, Hirche H. Symptoms in individuals with small cutaneous veins. *Vasc Med* 2002 ; 7 : 13-7.
2. Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FGR. Telangiectasia in the Edinburgh vein study: epidemiology and association with trunk varices and symptoms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008 ; 36 : 719-24.
3. Langer RD, Ho E, Denenberg J, Fronek A, Allison M, Criqui M. Relationships between symptoms and venous disease. The San Diego population study. *Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 1420-4.
4. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. 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 ; 40 : 1248-52.
5. Schul MW, Eaton T, Erdman B. Compression versus sclerotherapy for patients with isolated refluxing reticular veins and telangiectasia: a randomized trial comparing quality-of-life outcomes. *Phlebology* 2011 ; 26(4) : 148-56.
6. Carpentier PH, Poulain C, Fabry R, Chleir F, Guis B, Bettarel-Binon C. Ascribing leg symptoms to chronic venous disorders: the construction of a diagnostic score. *J Vasc Surg* 2007 ; 46 : 991-6.
7. Ramelet AA, Monti M. *Phlebology. The guide*. Paris : Elsevier, 1999.
8. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K, et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003 ; 32 : 1-14.

9. Rabe E. Bonn vein study. *Phlebologie* 2006 ; 59(2) : 179-86.
10. Partsch H, Flour M, Coleridge Smith P, *et al.* Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease. Consensus based on experimental data and scientific evidence. *Int Angiol* 2008 ; 27(1) : 193-219.
11. Vayssairat M, Ziani E, Houot B. Placebo controlled efficacy of class 1 elastic stockings in chronic venous insufficiency of the lower limbs. *J Mal Vasc* 2000 ; 25(4) : 256-62.
12. Benigni JP, Sadoun S, Allaert FA, Vin F. Efficacy of class 1 elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study. *Int Angiol* 2003 ; 22(4) : 383-92.
13. Amsler F, Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders – a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008 ; 35 : 366-72.
14. Blättler W, Thomae HJ, Amsler F. Venous leg symptoms in healthy subjects assessed during prolonged standing. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2016 ; 4(4) : 455-62.
15. Benigni JP, Uhl JF, Balet F, Chahim M. Treatment protocol on stasis edema in poorly mobile nursing home patients. *Int Angiol* 2018 ; 37(5) : 396-9.
16. Danzinger N. Pathophysiology of pain in venous diseases. *Phlebology* 2008 ; 15(3) : 107-14.
17. Uhl JF, Chahim M, Allaert FA. Static foot disorders: a major risk factor for chronic venous disease? *Phlebology* 2012 ; 27(1) : 13-8.
18. Saggini R, Bellomo RG, Iodice P, Lessiani G. Venous insufficiency and foot dysmorphism: effectiveness of visco-elastic rehabilitation systems on veno-muscle system of the foot and of the calf. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2009 ; 22(3 Suppl) : 1-8.
19. Benigni JP, Cady J. Effectiveness of weight loss on the evolution of chronic venous insufficiency (CVI) after bariatric surgery in obese patients. *Obesity Surgery A* 2008 ; 18(4) : 442-4.
20. Frederick N, Brand AL, Dannenberg RD, *et al.* The epidemiology of varicose veins: the Framingham study. *Am J Prev Med* 1988 ; 4(2) : 96-101.
21. Ramelet AA, Boisseau MR, Allegra C, *et al.* Veno-active drugs in the management of chronic venous disease. An international consensus statement: current medical position, prospective views and final resolution. *Clin Hemorheol Microcirc* 2005 ; 33 : 309-19.
22. Schul MW, Eaton T, Erdman B. Compression *versus* sclerotherapy for patients with isolated refluxing reticular veins and telangiectasia: a randomized trial comparing quality-of-life outcomes. *Phlebology* 2011 ; 26(4) : 148-56.