**VARICES DES MEMBRES INFERIEURS**

**I/ INTRODUCTION :**

Les varices résultent d’une dilatation permanente et irréversible des veines superficielles des membres inférieurs.

Cette pathologie est caractérisée par son évolution insidieuse et chronique.

Elle est très fréquente et touche surtout les femmes.

Le diagnostique est facilité par l’échographie doppler.

Le traitement repose sur des règles d’hygiène combinées ou non à un traitement chirurgical.

**II/ RAPPEL ANATOMIQUE :**

La vascularisation veineuse des membres inférieurs est assurée par deux réseaux : un réseau profond assurant 9/10 du drainage veineux et un réseau superficiel qui comprend deux veines : une saphène interne et une externe.

*La veine saphène interne ou grande saphène :*

Prend naissance en anté-malléolaire interne et se dirige le long de la face antéro interne de jambe puis la face interne de la cuisse pour se jeter au niveau de la veine fémorale après avoir décrit une crosse.

*La veine saphène externe ou petite saphène :*

Nait en arrière de la malléole externe et se dirige tout le long de la face postérieure de la jambe pour se terminer au niveau du creux poplité.

**III/ PHYSIOPATHOLOGIE :**

Dans le réseau veineux existe de valvules qui fragmentent la colonne sanguine et interdisent le trajet centrifuge, le retour est activé par plusieurs facteurs.

**Pompe respiratoire**

L’inspiration augmente la pression intra-abdominale et ralentit le retour veineux. L’expiration, à l’inverse, accélère la vidange veineuse des membres inférieurs. D’où l’intérêt d’une bonne éducation respiratoire pour améliorer la dynamique veineuse.

**Pompe veineuse musculaire**

Elle constitue l’élément moteur essentiel de la circulation de retour. La contraction des muscles du mollet comprime les veines musculaires et les veines profondes de jambe propulsant le sang vers le coeur grâce à l’orientation des valvules. D’où l’intérêt de l’activité sportive.

**Deux autres facteurs**sont moins importants :

* L’écrasement de la semelle veineuse plantaire lors de la marche qui amorce la dynamique de retour.
* La veinomotricité : les muscles lisses de la paroi veineuse peuvent entraîner une veinoconstriction (mise en jeu lors du processus de thermorégulation).

L’apparition des varices est secondaire à une altération du jeu valvulaire entrainant une augmentation de la pression dans le réseau veineux et une dilatation des veines et fuite d’eau vers le tissu interstitiel et l’apparition d’œdèmes des membres inférieurs.

**IV/ ETIOPATHOGENIE :**

Il s’agit d’une pathologie fréquente : 50 % des sujets au-delà de 40 ans en souffrent à des degrés variables.

La prédominance est féminine sexe ratio à 4.

On distingue d’emblée les varices essentielles et les varices secondaires.

* *Les varices essentielles :*

Plusieurs hypothèses ont été émises dont l’hypothèse génétique (familles de variqueux) et l’hypothèse pariétale (anomalies des constituants de la paroi veineuse touchant le collagène et la média suite à la production de radicaux libres d’oxygène).

Des facteurs aggravants ont été cités :

* Obésité
* Posture debout prolongée ou assise prolongée.
* Exposition à la chaleur.
* Grossesse et période prémenstruelle.
* *Les varices secondaires :*

Souvent dues à des anomalies du réseau veineux profond comme la maladie thrombotique, la dysplasie artério veineuse et l’agénésie des troncs profonds.

**V/ DIAGNOSTIC CLINIQUE :**

1. **L’interrogatoire :**

* Il précise le motif de consultation : gêne fonctionnelle ou esthétique.
* La durée d’évolution et les traitements déjà prescrits.
* Les symptômes : jambes lourdes, douleur, œdème vespéral, crampes (jambes sans repos).
* Ces symptômes sont exacerbés par l’orthostatisme et en pré menstruel et régressent au repos.
* Les facteurs prédisposants (grossesse, contraception, travail).
* L’hérédité.

1. **Examen clinique :**
2. L’inspection :

Il convient de décrire les varices et leur topographie sur un schéma qui conclura l’examen.

Les varices sont classées en trois catégories ; on distingue :

* Des varices tronculaires développées aux dépens de territoires systématisés, grande ou petite saphène. Leur diamètre est en règle égal ou supérieur à 4 mm.
* Des varices réticulaires sous dermiques, de plus petit calibre : 2 à 4 mm. Elles sont non systématisées, essentiellement à la face postérieure et externe de cuisse ou de jambe.
* Des varicosités ou télangiectasies qui sont de petites varices non systématisées siégeant dans le derme.

L’inspection recherche aussi des troubles trophiques.

1. La palpation :

* *La manœuvre de Valsalva et de la toux* qui provoquent une impulsion qui se propage sur le trajet de la veine grande saphène. Lorsqu’elle est perçue au niveau de la crosse au triangle de Scarpa, elle traduit une incontinence de la valve ostiale de la veine grande saphène.
* *La manœuvre de Schwartz* : elle permet d’affirmer l’incontinence valvulaire du tronc saphène, lorsqu’une main posée sur une varice perçoit une chiquenaude appliquée sur le trajet veineux proximal.
* *Le signe de Trendelenburg* : il démontre l’incontinence ostiale de la grande saphène. Un garrot est placé à la racine de la cuisse alors que le patient est étendu jambes surélevées. Puis le patient se lève. La varice ne se remplit pas immédiatement à moins qu’il existe des perforantes incontinentes. En revanche elle se remplit brutalement de haut en bas lorsque le garrot est supprimé ce qui n’existe pas lorsque la crosse est continente.

**VI/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

1. **Echographie doppler :**

C’est le meilleur examen complémentaire. Il permet une analyse morphologique et hémodynamique précise de la circulation veineuse. L’examen est effectué sur le patient debout, le membre à explorer légèrement fléchi. Des manœuvres de compression, de décompression et de Valsalva sont effectuées. Il permet aussi de réaliser une cartographie anatomique et de marquer les varices ainsi que les perforantes incontinentes en pré-opératoire (echomarquage).

1. **Phlébographie :**

Examen invasif d’indication exceptionnelle et réservée aux cas de discordances entre clinique et échographie en préopératoire.

1. **Pléthysmographie :**

Méthode délaissée. Elle permet d’avoir une idée globale sur le retour veineux. C’est une méthode non reproductible qui permet d’évaluer l’efficacité des médicaments.

**VII/ CLASSIFICATION DE SEVERITE DE LA MALADIE :**

Phase 0 : malade asymptomatique.

Phase 1 : insuffisance veineuse mineure. Présence de signes fonctionnels veineux, début de pigmentation, œdème malléolaire mineur.

Phase 2 : insuffisance veineuse modérée. Le patient présente :

* Une dermite ocre ou purpurique.
* Une dilatation franche des veines superficielles avec formation de cordon veineux.
* Œdème franc de la cheville.

Phase 3 : troubles trophiques. Le patient présente :

* Un œdème franc.
* Une peau pré ulcériforme.
* Dermite ocre.

Phase 4 : ulcère variqueux souvent en région sus maleolaire interne ou externe d’aspect bourgeonnant et rouge non creusant.

**IX/ LES COMPLICATIONS :**

1. Les complications aigues :
2. La rupture variqueuse :

Le plus souvent *externe*, spontanée ou consécutive à un léger traumatisme, elle se traduit par une hémorragie soudaine, parfois abondante, indolore n’ayant aucune tendance à s’arrêter sans compression locale et surélévation du membre. Exceptionnellement *interne* provoquant une douleur vive du mollet en coup de fouet avec apparition d’un hématome.

1. La thrombose veineuse superficielle :

Se manifeste par l’apparition d’un cordon rouge, douloureux et chaud sur un trajet variqueux au sein d’une zone inflammatoire avec fébricule. L’extension peut se faire de façon ascendante en direction des crosses des veines saphènes

ou à travers les veines perforantes vers les veines profondes. D’où la nécessité d’effectuer une exploration echo-Doppler.

1. L’infection aigue :

Œdème rouge, chaud, douloureux avec fièvre faisant évoquer une infection à streptocoques ou à staphylocoque, une lymphangite.

1. **Les complications chroniques :**
2. Les œdèmes :

Permanent ou intermittent. Il est majoré par l’orthostatisme prolongé et effacé par la surélévation des membres inférieurs. Il s’y associe souvent des troubles trophiques.

1. Les troubles trophiques :

* *Dermite ocre* : il s’agit d’une coloration brunâtre de la peau secondaire à l’extravasation d’hématies à la partie inférieure et interne de la jambe.
* *Dermite atrophique ou atrophie blanche* : apparaît dans certaines insuffisances veineuses chroniques anciennes sous forme de zone blanchâtre d’aspect cicatriciel, arrondie, entourée de télangiectasies. Le

siège est malléolaire interne ou externe.

* *Eczéma variqueux*: dermite inflammatoire avec lésion érythémato-vésiculeuse ou squameuse. Peut être circonscrit, péri-ulcéreux, ou diffus. D’origine mycosique, allergique ou microbienne.
* *Ulcère* : Il s’agit d’une perte de substance de la peau et éventuellement des tissus sous jacents apparaissant au sein d’une zone de trouble trophique cutané parfois à la suite d’un traumatisme. Il siège au tiers inférieur de jambe, en général dans la région sus malléolaire interne, parfois externe. Il est non ou peu douloureux en l’absence de surinfection. Il est ovalaire, ses bords sont minces et souples mais peuvent devenir épais et scléreux après une longue évolution.

**VIII/ TRAITEMENT :**

1. Moyens thérapeutiques non chirurgicaux:
2. Hygiène de vie :

* La marche doit être encouragée dans la vie quotidienne
* Port des semelles adaptées.
* Effectuer des mouvements alternatifs d’extension flexion des pieds ou d’élévation sur la pointe des pieds régulièrement, lors d’immobilisation prolongée au travail ou en voyage.
* Séance de repos jambes surélevées lors des poses.
* Repos en position de drainage veineux, surélévation des jambes pendant la nuit, surélévation des pieds du lit, 10 à 20 cm.
* Bain, douche froide sur les membres inférieurs.
* Eviter la chaleur, l’exposition au soleil
* Réduire le surpoids.

1. Contention :

Son but est d’exercer une contre pression afin de compenser l’augmentation pathologique des pressions dans la circulation de retour. La contre pression doit être dégressive de l’extrémité du membre à sa racine.

* *Contention par bande* : surtout utilisée pour réduction des oedèmes ou en post opératoire.
* *Contention par bas* : elle a un rôle dans le maintien de la réduction volémique.

Il existe des chaussettes (bas jarret), des bas (cuisse), des collants qui se présentent en quatre classes de compression en fonction de la pression exercée à la cheville.

1. Médicaments veinotoniques :

Leurs *objectifs* sont de restaurer la mécanique pariétale pour éviter l’hyperdistensibilité, de réduire l’œdème et en diminuant la perméabilité capillaire, d’améliorer la circulation lymphatique, de lutter contre l’inflammation, d’améliorer l’hémorhéologie.

DAFLON500 ; GINKOR FORT.

1. Traitement physique :

* Kinésithérapie : par mobilisation des articulations des pieds.
* Crénothérapie : cure en eau thermale.

1. Traitement chirurgical :
2. La chirurgie classique :

* *Eveinage (stripping)* : s’adresse aux varices tronculaires et comporte une crossectomie par abord direct dans le pli inguinal pour la grande saphène ou dans le creux poplité pour la petite saphène et l’ablation du tronc veineux variqueux par voie sous cutanée au moyen d’un cathéter introduit dans la veine au niveau de la malléole jusqu’à la crosse. La veine variqueuse est fixée au cathéter après avoir été sectionnée au ras de la veine profonde. Le retrait vers le bas de ce cathéter entraîne l’extirpation du tronc variqueux par invagination.

L’eveinage de la grande saphène peut être effectué de la région inguinale jusqu’à la malléole (stripping long) ou de la région inguinale jusqu’au genou (stripping court).

* *Phlébectomie* : exérèse de varices ne pouvant bénéficier d’éveinage. Elle est effectuée par petites incisions étagées de 2 mm.
* Interruption des perforantes incontinentes situées en dehors de la zone d’éveinage. Ces perforantes peuvent être abordées lorsqu’elles sont peu nombreuses directement par une courte incision cutanée.

1. La sclérothérapie :

Consiste à injecter un produit irritant dans la lumière veineuse qui provoque

l’oblitération fibreuse de la veine. La sclérothérapie s’adresse à une pathologie variqueuse débutante ou en complément de la chirurgie lorsqu’il persiste des paquets variqueux.

**CONCLUSION :**

Les varices des membres inférieurs constituent une pathologie fréquente des membres inférieurs entrainant une gêne fonctionnelle et esthétique.

Le traitement chirurgical constitue une bonne thérapeutique suite au traitement médical et physique mais doit être longtemps discuté.