

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 18 août 2020

Hôpital cantonal de Genève

Maladie variqueuse : quel traitement choisir ?

Dr F. Glauser

2 articles l'un de 2014 l'autre de 2019 :

"A Randomized Trial Comparing Treatments for Varicose Veins, Julie Brittenden, N Engl J Med 2014; 371:1218-1227"

"Five-Year Outcomes of a Randomized Trial of Treatments for Varicose Veins, Julie Brittenden, N Engl J Med 2019; 381:912-922".

La maladie variqueuse chronique (MVC) touche 90% de la population à des degrés divers.

60% ont des télangiectasies, 25% des varices de plus de 3 mm et des oedèmes, 5% des troubles cutanés trophiques.

La MVC pèse lourd dans le budget de la santé.

Les traitements à disposition sont chirurgicaux (ligature de la crosse et stripping), thermiques (laser endoveineux ou radiofréquence), ou chimiques (sclérothérapie échoguidée à la mousse), ou encore pharmaco-mécanique (Clarivein) ou collage (Veinseal).

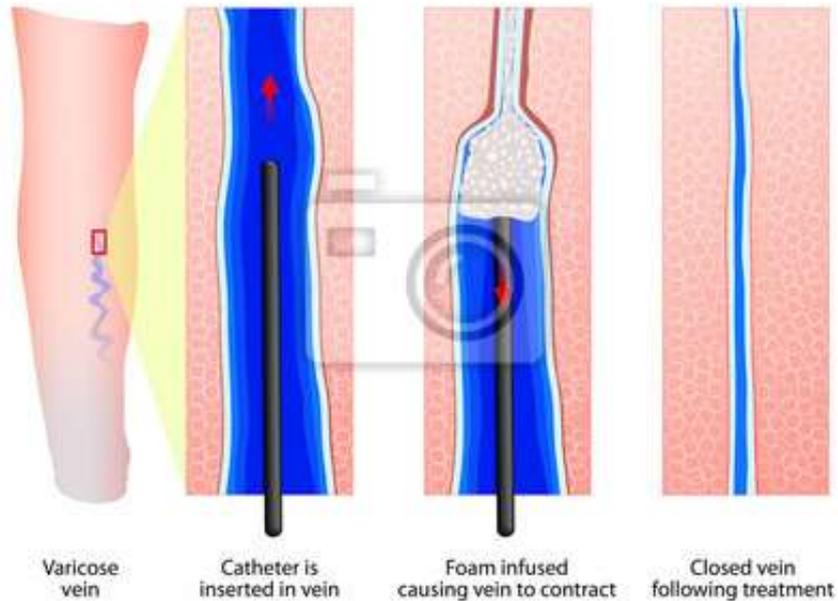
Ces traitements sont indiqués lorsqu'il y a des signes d'insuffisance veineuse avec un reflux significatif dans une veine cible (> 0.5 seconde).

Le laser endoveineux est introduit sous guidage ultrasonographique.



L'échosclérothérapie à la mousse consiste à l'ablation chimique d'une veine variqueuse.

ENDOVENOUS FOAM TREATMENT



Le traitement est particulièrement efficace pour les veines de moins de 6-7 mm.

Ces 2 articles sont des études prospectives incluant 11 centres au Royaume Uni. 709 patients sont randomisés en 3 groupes :

- Chirurgie classique
- Sclérothérapie à la mousse
- Laser endoveineux

Les endpoints sont des scores de qualité de vie spécifique à la MVC reporté par le patient (AVVQ) et des scores de qualité de vie non spécifique à la MVC (SF 36 et EQ-50), ainsi que le rapport coût efficacité.

Résultats :

Amélioration de la qualité de vie dans les 3 groupes en comparaison de la baseline

Score AVVQ significativement plus bas dans les groupes Laser et chirurgie que dans le groupe Mousse (différence plus marquée à 5 ans qu'à 6 mois).

Pas de différence significative entre chirurgie et Laser endoveineux.

A 5 ans cependant la qualité de vie spécifique à la maladie est meilleure après Laser que pour la mousse.

Les analyses coût-efficacité favorisent le traitement par Laser endoveineux.

28 études randomisées contrôlées confirment peu de différence en terme de récurrence, entre chirurgie et Laser, moins de douleurs post Laser, et réduction du risque d'hématome et d'infection de plaie respectivement de 50 et 70% pour le Laser.

Les guidelines recommandent donc une prise en charge par ablation thermique en 1^{ère} intention, mais le choix du traitement doit se baser sur :

- La clinique
- La répartition anatomique des reflux (veines superficielles, profondes, perforantes)
- Les comorbidités du patient
- Le choix éclairé du patient

(La mousse par exemple reste très utile chez un patient âgé, comorbide et anticoagulé chez lequel on ne peut pas arrêter l'anticoagulation...).



(un peu d'allemand, ça peut pas faire de mal...)