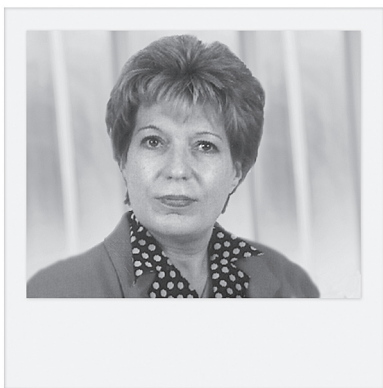


REVUES GÉNÉRALES

Maladie veineuse chronique en cas de surcharge pondérale : que faire ?

RÉSUMÉ : La surcharge pondérale et l'obésité sont reconnues par l'OMS comme un fléau majeur pour la santé dans tous les pays du monde. La maladie veineuse chronique concerne une femme sur deux et un homme sur trois en France. Nul doute qu'il existe des "conflits" entre ces deux pathologies, et le vieillissement des populations ne fera qu'accroître ces problèmes.

Cependant, des règles simples permettant une meilleure prise en charge de ces affections doivent aider à améliorer la qualité de vie des patients. Elles sont rappelées ici.



→ M. CAZAUBON
Hôpital Américain,
NEUILLY.

La surcharge pondérale et l'obésité (**tableau I**) sont considérées comme l'un des problèmes majeur de santé dans le monde entier, selon les derniers rapports de l'OMS. Leur prévalence est en nette augmentation dans les populations occidentales, estimée en France respectivement à 30 % et 10 % chez l'adulte et l'enfant [1]. La prévalence de la maladie veineuse chronique (MVC) est elle aussi élevée, et, en France, une femme sur deux et un homme sur trois ont des varices [2]. Nul doute que l'association maladie veineuse et surcharge pondérale ou obésité coexistent pour une forte proportion des patients.

Poids	Indice de masse corporelle (IMC) kg/taillé ²
Surcharge pondérale	25,0 à 29,9
Obésité	
Modérée	30,0 à 34,9
Moyenne	35,0 à 39,9
Morbide	> 40

TABLEAU I : Surcharge pondérale et obésité.

Quelques données épidémiologiques

L'obésité est bien reconnue comme un facteur de risque de maladie veineuse thrombo-embolique [3] et de développement de la maladie post-thrombotique [4]. Par contre, l'impact exact de la surcharge pondérale sur la maladie veineuse chronique et son évolution restent encore controversés. L'étude de Framingham, seule étude longitudinale dont nous disposons, retrouve une **incidence** des varices plus élevée lorsqu'il existe un excès de poids à l'inclusion, en particulier chez les femmes [5]. Peu d'études concernent l'impact de la prise de poids ou de la surcharge pondérale modérée sur la **prévalence** des varices et des affections veineuses chroniques. Cependant, notre expérience de clinicien confirme le lien existant entre l'apparition ou l'aggravation des symptômes de la maladie veineuse chronique (jambes lourdes et pesantes, sensation de gonflement des chevilles et des jambes) et une prise de poids.

Plusieurs études sont ciblées sur les patients obèses, avec des résultats discordants. Pour certains, un IMC

> 30 kg/m² majore le risque de varices par 6 [6]. À l'inverse, dans l'étude française de Carpentier [2], si les varices sont plus fréquentes chez les femmes de haute taille, le poids intervient peu. J.P. Benigni *et al.* [7] ont aussi constaté l'absence de corrélation significative entre l'IMC et la maladie veineuse chronique, en comparant la MVC chez des sujets de poids normal et en surpoids et chez des obèses morbides (IMC > 40) ou non morbides (entre 35 et 40). Chez les patients obèses en effet, il peut exister des troubles trophiques sévères en l'absence de tout reflux décelable sur les veines profondes ou superficielles lors de l'exploration par échographie Doppler. L'explication serait liée à l'hyperpression abdominale [8] et à la faiblesse de la pompe musculaire du mollet, élément majeur du retour veineux [9].

En ce qui concerne la progression de la maladie veineuse et les modifications de poids, l'échographie Doppler confirme que cette progression est plus rapide chez les patients qui deviennent obèses ou restent obèses pendant les cinq années de suivi *versus* ceux qui contrôlent leur obésité ($p < 0,001$) [10]. Les autres facteurs de progression impliqués sont la position debout prolongée et l'absence de compliance à la compression médicale par chaussettes ou bas ou collants.

Les symptômes de la maladie veineuse n'ont rien de significatif chez le patient en excès de poids, mais plusieurs pathologies peuvent être associées aux varices, notamment lymphatiques, cellulitiques ou lipodystrophiques et rhumatismales.

L'examen clinique et l'échographie Doppler permettront de faire le bilan anatomique et fonctionnel précis des veines profondes et superficielles. Il n'existe pas de problème majeur pour l'exploration échographique des réseaux veineux, même en cas d'obésité sévère.

Rappel physiopathologique du retour veineux en cas de surcharge pondérale

Le surpoids et l'obésité s'accompagnent d'un certain nombre de mécanismes entravant la circulation de retour [11] :

- la réduction de l'activité et notamment de la marche : l'obèse a une démarche particulière utilisant plus les hanches que les mollets,
- l'installation d'arthrose et de troubles ostéo-ligamentaires aggravant l'inactivité, en particulier à la cheville et au genou et bien entendu majorée chez les sujets âgés,
- l'affaissement de la voûte plantaire entravant la communication entre réseau plantaire superficiel et réseau plantaire profond,
- l'hypotonie musculaire en particulier celle des muscles des mollets, elle aussi majorée chez les seniors,
- l'épaississement du pannicule adipeux et l'étirement du réseau veineux qui induisent des modifications physiologiques avec diminution de la vitesse du flux sanguin et augmentation de la pression sanguine. Des dilatations apparaissent dans la zone de faiblesse de la veine et au niveau des valvules : d'où l'apparition des varices,
- l'insuffisance cardiorespiratoire, avec en particulier une respiration plus abdominale que thoracique, élément de plus à un mauvais retour veineux.

Rappel de la classification de la maladie veineuse chronique

La maladie veineuse chronique (MVC) désigne l'ensemble des signes et symptômes résultant d'une pathologie des veines des membres inférieurs et évoluant sur un mode chronique. Le terme d'insuffisance veineuse chronique est réservé aux formes les plus sévères de la MVC. Il existe une classification internationale de la MVC (**tableau II**).

Prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'insuffisant veineux

Le **traitement médicamenteux** idéal de l'obésité n'existe pas et différentes molécules agissant sur la perte de poids ont été retirées du marché compte tenu de leurs effets indésirables, en particulier des dysfonctionnements valvulaires.

Les **mesures non pharmacologiques** telles que les régimes alimentaires et la pratique régulière d'un **exercice physique** ont donc tout leur intérêt. Il faut manger moins, limiter les apports caloriques entre 800 et 1 500 calories/j et favoriser les aliments riches en vitamine C, vitamine E, sélénium, flavonoïdes, acides gras essentiels, en particulier oméga-3 [12]. L'exercice physique régulier, par exemple 45 minutes de marche quotidi-

Classe	Description des signes
C0	Pas de signe visible ou palpable de la maladie veineuse
C1	Présence de téléangiectasies ou de veines réticulaires
C2	Veines variqueuses
C3	Œdème
C4	Altérations cutanées d'origine veineuse
C4A	Pigmentation, eczéma
C4B	Hypodermite scléreuse, atrophie blanche
C5	Altérations cutanées, comme définies dans C4A/B avec ulcère cicatrisé
C6	Altérations cutanées, comme définies dans C4A/B avec ulcère non cicatrisé

TABEAU II : Classification clinique de la MVC.

REVUES GÉNÉRALES

enne, améliore la fonction endothéliale par l'intermédiaire de la synthèse du NO et a donc une action favorable aussi bien sur la paroi artérielle que veineuse.

Il existe une relation indéniable entre l'activité physique et la qualité de vie. Chez les femmes en particulier, la *Nurses'Health Study* [13] a démontré que le maintien d'un poids correct ou qu'une perte de poids en cas de surcharge pondérale est bénéfique pour l'activité physique et la vitalité, éléments majeurs entrant en compte dans l'appréciation de la qualité de vie. Il faut aussi recommander de **limiter le piétinement et la station debout prolongée**, celle-ci ayant démontré son rôle sur l'évolutivité de la maladie veineuse [10]. La gymnastique vasculaire active favorise le retour veineux (*fig. 1*).

La **rééducation fonctionnelle**, réalisée par un kinésithérapeute, a pour objectifs de renforcer la musculature des mollets et de faciliter la mobilité de la cheville. Ainsi, elle favorise le retour veineux avec augmentation de l'efficacité de la pompe musculaire. Chez l'obèse avec IVC, l'exercice est utile à la fois pour le renforcement de la musculature des mollets et aussi pour augmenter les dépenses d'énergie [14].

Les **cures thermales** spécialisées dans l'amaigrissement ont souvent une action favorable pour initier la perte de poids. Chez l'insuffisant veineux, on déconseillera les cures avec bains ou enveloppements chauds.

La **chirurgie bariatrique** pourra être envisagée en cas d'obésité morbide.

La perte de poids peut entraîner une amélioration nette des symptômes de la MVC [15].

Prise en charge de la maladie veineuse chronique en cas de surcharge pondérale et chez l'obèse

La **compression médicale** est indiquée à tous les stades de la maladie veineuse chronique. Une compression mal prescrite, sans explication de ses avantages et de ses rôles sur la circulation de retour finira dans un tiroir ! Des recommandations récentes (*tableau III*) précisent les indications du type de compression en fonction du contexte clinique. La prescription doit indiquer la pression souhaitée en mmHg et éventuellement la classe.

Chez le patient en surpoids, on a souvent recours à des collants et/ou chaussettes de compression sur mesure. L'utilisation d'un enfile-bas peut être utile. Il n'existe pas de contre-indication particulière à la compression chez l'obèse. On vérifiera systématiquement les indices de pression systoliques (IPS) aux chevilles par écho-Doppler, en sachant qu'un IPS < 0,6 contre-indique la compression.

Traitement des varices chez le patient obèse ou en surpoids

La **sclérose** des varices et des télangiectasies ne pose pas de problème particulier [17] et la sclérose écho-guidée est un gage de meilleur résultat.

Les résultats du **traitement chirurgical** des varices sont réputés moins bons chez le patient en surcharge pondérale, quelle que soit la procédure. Le risque de récidive après *stripping*-ligature de la crosse est majoré en cas d'IMC > 30 [18]. Les **procédures endoveineuses** sont également moins efficaces. Dans une série française de plus de 1000 patients variqueux par radio-



FIG. 1.

POINTS FORTS

- ➔ Nul doute que l'association maladie veineuse et surcharge pondérale ou obésité coexistent pour une forte proportion des patients.
- ➔ L'impact exact de la surcharge pondérale sur la maladie veineuse chronique et son évolution reste encore controversé.
- ➔ Les symptômes de la maladie veineuse n'ont rien de significatif chez le patient en excès de poids, mais plusieurs pathologies peuvent être associées aux varices, notamment lymphatiques, cellulitiques ou lipodystrophiques et rhumatismales.
- ➔ La compression médicale est indiquée à tous les stades de la maladie veineuse chronique. Une compression mal prescrite, sans explication de ses avantages et de ses rôles sur la circulation de retour finira dans un tiroir !

tions vieillissantes. L'expérience quotidienne confirme le rôle d'une prise de poids, même modérée sur l'apparition ou les majorations des symptômes de la maladie veineuse.

Des règles simples d'hygiène de vie associant le régime alimentaire, l'activité physique et la prise en charge optimisée de la maladie veineuse chronique sont efficaces chez les patients en surpoids. La maladie veineuse chez l'obèse morbide ne peut être prise en charge qu'en milieu spécialisé, en ne négligeant aucune des pathologies qui sont souvent intriquées et dont il est souvent difficile de préciser la responsabilité respective.

Contexte clinique	Dispositifs
Classe 2	Bas (chaussettes, bas cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg
Classe 3	Bas (chaussettes, bas cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court ou long.
Classe 4a	Bas (chaussettes, bas cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes induites
Classe 4b	Bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes induites ou bas (chaussettes, bas cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique)
Classe 5	Bas (chaussettes, bas cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou > 36 mmHg ou bandes sèches à allongement court
Classe 6	Bandages multitypes en première intention ou bandes sèches inélastiques ou à allongement court ou bandes induites ou bas (chaussettes, bas cuisse, collants) > 36 mmHg.
La pression à retenir est la plus forte supportée par le patient.	
Rappel : Les chiffres exprimés en mm Hg expriment la pression de compression mesurée au niveau de la cheville ; en France, les bas sont répartis en 4 classes en fonction de cette pression : – classe I : entre 10 et 15 mmHg, – classe II : entre 15 et 20 mmHg, – classe III : entre 20,1 et 36 mmHg, – classe IV : supérieur à 36 mmHg.	

TABLEAU III : Indications et modalités de la compression médicale dans la MVC (HAS) [16].

fréquence, chaque augmentation de poids de 1 kg/m² (en prenant pour référence un IMC de 25 kg/m²) s'accompagne d'un risque d'échec de la procédure majoré de 1,4 avec majoration du risque de récurrence variqueuse [19]. Une cure d'amaigrissement avant l'intervention et surtout un suivi phlébologique plus strict en postopératoire sont conseillés.

Conclusion

Même s'il n'est pas établi que la surcharge pondérale et l'obésité sont des facteurs de risque indépendants de la maladie veineuse chronique, l'association de ces deux pathologies est extrêmement fréquente dans nos populations et en particulier dans les popula-

Bibliographie

1. CRENN P, MELCHIOR JC. Obésité et surcharge pondérale. *In* : Du symptôme à la prescription en médecine générale. O. Blétry *et al.* Masson 2009.
2. CARPENTIER P, MARICQ H *et al.* Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: A population – based study in France. *J Vasc Surg*, 2004 ; 40 : 650-659.
3. MURPHY NF, MACINTYRE K *et al.* Long-term cardiovascular consequences of obesity: 20-years follow-up of more than 15 000 middle-aged men and women (the Renfrew-Paisley study). *Eur Heart J*, 2006 ; 27 : 96-106.
4. AGENO W, PIANIANDA E *et al.* Body mass index is associated with the development of the post-thrombotic syndrome. *Thromb Haemost*, 2003 ; 89 : 305-309.
5. BRAND FN, DANNENBERG Al *et al.* The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. *Am J Prev Med*, 1988 ; 4 : 96-101.
6. IANNUZI A, PANICO S *et al.* Varicose veins of the lower limbs and venous capacitance in postmenopausal women: relationship with obesity. *J Vasc Surg*, 2002 ; 36 : 965-968.
7. BENIGNI JP, CAZAUBON M *et al.* L'obésité est-elle un facteur aggravant de la maladie veineuse chronique? Résultats d'une enquête épidémiologique auprès de 494 patients en France. *Angéiologie*, 2005 ; 57 : 22-30.
8. AFFVIDSSON B, EKLOF B *et al.* Iliofemoral venous pressure correlates with intraabdominal pressure in morbidly obese patients. *Vasc Endovascular Surg*, 2005 ; 39 : 505-509.

REVUES GÉNÉRALES

9. PADBERG FT, CERVEIRA J *et al.* Does severe venous insufficiency have a different etiology in the morbidly obese? *J Vasc Surg*, 2003; 37: 79-85.
10. KOSTAS T, I, IOANNOU CV *et al.* Chronic venous disease progression and modification of predisposing factors. *J Vasc Surg*, 2010; 51: 900-907.
11. LEMAIRE R. The flow of venous blood in the obese. *Phlebologie*, 1988; 41: 493-499.
12. CAZAUBON M. Programme jambes légères. Editions Alpen 2008.
13. FINE JT, COLDITZ GA *et al.* A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA*, 1999; 282: 2136-2142.
14. PADBERG FT *et al.* Structured exercise improves calf pump function in chronic venous insufficiency: A randomized trial. *J Vasc Surg*, 2004; 39: 79-87.
15. BENIGNI JP, UHL JF, GOBIN JP *et al.* Effectiveness of weight loss on the evolution of chronic venous insufficiency after bariatric surgery in obese patients. Communication American Venous Forum, 2008.
16. HAS. Fiches de bon usage: La compression médicale dans les Affections Veineuses Chroniques. HAS. Décembre 2010. Disponibles sur le site www.has-sante.fr et www.angiologie.fr
17. GRITON Ph. Les limites de la sclérothérapie efficace chez l'obèse. *Phlebologie* 1988; 41: 563-572.
18. HARTMANN K, KLODE J *et al.* Recurrent varicose veins: sonography- based re-examination of 210 patients 14 years after ligation and saphenous vein stripping. *Vasa*, 2006; 35: 21-26.
19. MERCHANT RF, PICHOT O, for the Closure Study Group. Long term outcomes of endovenous radiofrequency obliteration of saphenous reflux as a treatment for superficial venous insufficiency. *J Vasc Surg*, 2005; 42: 502-509.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.