

## Rôle de la compression médicale élastique dans l'apparition ou le développement de la maladie veineuse chronique chez la femme enceinte

4 NOVEMBRE 2011

Eric Le Floch – PARIS

L'auteur déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour Sigvaris  
(travaux scientifiques, activité de conseil, conférences, colloques, formations)



La femme enceinte doit-elle être considérée  
comme une entité particulière lors des  
consultations en angiologie?



OUI...

et

NON!



## Pourquoi OUI ?

- Un œdème malléolaire survient chez 50% des femmes enceintes (lié à l'âge, d'origine veineuse ou lié à une hypertension, une hypoprotéinémie...)
- Des varices se développent chez 20 à 30% d'entre elles (surtout avant le 5<sup>ème</sup> mois, visibles dès le 1<sup>er</sup> trimestre dans 70% des cas)
- Présence de varices vulvaires (20% des cas)
- Le diamètre des saphènes (fonctionnelles ou non) augmente entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> trimestre
- La grossesse peut se compliquer de TVS, TVP ou d'EP



Quels sont les phénomènes à la base de ces constatations cliniques ?

- Diminution du tonus veineux dès le début de grossesse
- Augmentation du volume sanguin (+20-30%) au cours de la grossesse or le compartiment veineux contient plus de 80% de la masse sanguine
- Augmentation de la pression veineuse (par 2 ou 3), avec un pic en fin de grossesse
- Compression mécanique de la VCI par l'utérus en fin de grossesse
- Diminution de la vélocité du flux veineux au cours de la grossesse
- Écartement valvulaire lié à la distension pariétale veineuse
- État d'hypercoagulabilité augmentant le risque thromboembolique



## Pourquoi NON?

- Parce que les plaintes sont celles de nos patientes habituelles (esthétique, lourdeurs, douleurs, œdème...)
- Signes cliniques = varices, oedèmes...
- Les complications sont les mêmes que celles de la population générale (TVS (1%), TVP (0.14 à 1%, principalement en fin de grossesse ou PP), EP(1<sup>ère</sup> cause de décès), hémorragie sur rupture variqueuse, syndrome post thrombotique (2cas sur 3, semble plus sévère pour les thromboses survenues en cours de grossesse)
- La classification CEAP peut parfaitement s'appliquer
- Le traitement est peu différent... sauf pour la compression?



## Faut il traiter les femmes avant une grossesse ?

Viel adage en phlébologie : « Faites vos enfants d'abord et l'on traitera vos varices après »

Mais...

- Douleurs veineuses importantes de la grossesse
- Évolution variqueuse importante avec préjudices cutanés parfois irréversibles
- Thromboses veineuses superficielles avec difficultés thérapeutiques et risques emboliques



# SIGVARIS





## Proposition d'une nouvelle maxime:

- « Faites traiter vos varices, quitte à retarder un peu votre prochaine grossesse qui se déroulera sous compression »
- Le risque de récurrence est maîtrisé par la compression médicale et la maîtrise des facteurs de risques
  - Un traitement des récurrences pourra être proposé en PP
  - Le risque thromboembolique est ainsi limité
  - Le nombre de décès serait ainsi réduit



## Affections veineuses chroniques pendant la grossesse Synthèse des recommandations et conférences de consensus.

Situation clinique	Auteur - année	Publications citées en référence	Conclusions des auteurs
grossesse	International Union of Phlebology, 2008	Thaler 2001	Bas 10 – 30 mmHg
grossesse	American Venous Forum, 2008	Young 2000 (CPI) Thaler 2001	Bas 15 – 21 ou 23 – 32 mmHg Bas 34 – 46 mmHg (avis d'experts)
grossesse	Italian College of Phlebology, 2005 (	Skudder 1993 Zicot 1999 Thaler 2001	La compression des veines abdominales et pelviennes entraîne des troubles du retour veineux. Des télangiectasies et des varices apparaissent fréquemment et régressent (parfois totalement) après la délivrance. Le traitement fait appel à la compression élastique. Les bas de classe I ou II n'ont pas d'effet sur les télangiectasies et les petites varices mais sont probablement efficaces pour prévenir le reflux saphénien.
C2 grossesse	International Union of Phlebology, 2004	Thaler 2001	Bas 15 – 21 ou 23 – 32 mmHg
C2 grossesse	Société française de Phlébologie, 2003	Aucune citée	Bas 10 – 20 mmHg ou 20-30 mmHg



## Schéma d'adaptation posologique de classe de compression médicale pendant le grossesse

CEAP/TV	1 <sup>er</sup> Trimestre	2 <sup>ème</sup> Trimestre	3 <sup>ème</sup> Trimestre	Post Partum
C0a C0s	Pas de CM 1 à 2	Pas de CM 1 à 2	Pas de CM 1 à 2	Pas de CM 1 à 2
C1a C1s	Pas de CM 2	1 à 2 2 à 3	2 3	2 3
C2a C2s	2 2 à 3	2 à 3 3 ou 4	3 3 ou 4	3 3 ou 4
C3	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4
> C4	4	4	4	4
TVS	3	3	3	3
TVP	3	3	3	3



## Particularités de la prescription de compression chez la femme enceinte

- le collant de maternité n'a pas d'intérêt pour les varices vulvaires. Il peut être particulièrement difficile à enfiler en fin de grossesse du fait du volume de ventre. Il ne peut pas être porté tout au long de la grossesse du fait du changement du ventre. Il n'est pas réutilisable en post-partum
- Les pressions fortes sont parfois difficiles à enfiler : choisir des produits adaptés facilitant l'enfilage ou superposer les produits.
- Choisir des produits « confort »
- Ne pas hésiter à renouveler les produits du fait de la prise de poids (le diamètre des jambes peut augmenter de façon conséquente)

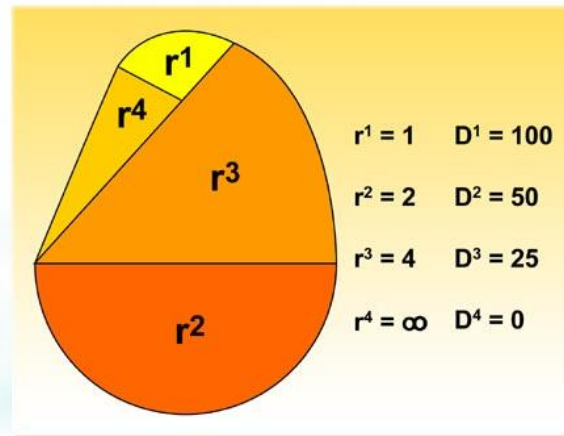


## TRAITEMENT PAR COMPRESSION

### LOI DE LAPLACE

- La pression est directement proportionnelle à la tension du tricot élastique et inversement proportionnelle au rayon de courbure du lieu d'application :

$$P = T / r$$



Références : Stemmer R. Bases pratiques et théoriques de la contention. I : Caillé J.P. Phlébologie en pratique quotidienne. Expansion Scientifique, Paris, 1982, 294-323. Veraart JC. et al, Elastic compression stockings : durability of pressure in daily practice. Vasa 1997, 26 : 282-286.

GANZONI  
improving quality of life  
SIGVARIS



## Rythme des consultations d'angiologie

- Dès le premier trimestre si symptomatologie présente ou présence de varices ou œdèmes, ou antécédents familiaux
- Ou dès que la symptomatologie apparaît en l'absence d'antécédents familiaux
- Suivi trimestriel si évolution défavorable (adaptation de la compression)
- Suivi classique en cas de TVS/TVP
- Deux mois après l'accouchement ou l'allaitement pour faire un bilan lésionnel



## Conclusion

Ne pas se dire que la grossesse nécessite une compression unique en terme de pression comme en terme de produit

Chaque femme enceinte à le droit d'avoir un moyen de compression médicale correspondant à son stade clinique de maladie veineuse et à son terme de grossesse

