La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Œdème des jambes

Vol. 31 (13), novembre 2023

INTRODUCTION

L'œdème des jambes est une plainte fréquente en soins primaires, en particulier chez les personnes âgées et celles dont la mobilité est réduite. Son vaste diagnostic différentiel comprend plusieurs affections et médicaments contribuant à l'œdème. Pour les cliniciens, l'enjeu consiste à prescrire les examens indiqués, à sélectionner des options pour la prise en charge, et à aider les patients présentant des problèmes de mobilité ou des affections concomitantes à adhérer à la compressothérapie.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer, d'examiner et de conseiller les patients présentant un œdème des jambes;
- de prendre en charge l'œdème des jambes et de résoudre les problèmes d'observance des traitements non pharmacologiques;
- de prendre en charge l'œdème réfractaire des jambes, ce qui exige la consultation de collègues dans la communauté et de chirurgiens, selon le cas.

Encadré 1. Champ d'application du module

Ce module porte sur le diagnostic et la prise en charge de l'œdème chronique aux deux jambes dont les causes sont courantes. Le terme chronique désigne une durée de plus de trois mois. Bien que ce module fournisse des renseignements sur les ulcères veineux aux jambes, il ne porte pas sur ce sujet. Pour obtenir des renseignements plus complets sur ce sujet, voir le module du PABP intitulé « Soins des plaies : ulcérations chroniques aux membres inférieurs » (mai 2023).

Autres modules cités :

- Insuffisance cardiaque : nouvelles méthodes de prise en charge en cabinet (novembre 2019)
- Prurit chez l'adulte (février 2022)
- Maladie vasculaire : anévrisme de l'aorte abdominale et maladie artérielle périphérique (août 2022)
- Apnée du sommeil d'origine obstructive chez l'adulte (novembre 2023)

Tous les modules sont disponibles au members.fmpe.org.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Aïda, 46 ans

Aïda consulte aujourd'hui à cause d'une nouvelle enflure de la partie inférieure des deux jambes, allant du dessous des genoux jusqu'au-dessus des pieds. L'enflure est apparue il y a deux semaines lors d'un long vol direct en provenance de Turquie. Elle ressent une pesanteur et une lourdeur aux jambes. Lors de sa première journée au travail, elle a ressenti une douleur aux jambes après avoir passé trois heures à son bureau assis-debout à hauteur réglable. L'enflure s'accentue au fil de la journée et les élastiques de ses chaussettes laissent des marques autour de ses jambes pendant un certain temps. L'enflure est moins visible le matin ou lorsqu'elle surélève les jambes.

Utilisation personnelle uniquement

Renseignements généraux 4 | Commentaires des histoires de cas 13 | Collaborateurs et déclarations 17 | Références bibliographiques 18 | Annexes 21

Quels autres renseignements seraient utiles pour l'évaluation d'Aïda?

Deuxième partie

Aïda ne rapporte pas de douleur thoracique, d'essoufflement ou d'intolérance à l'effort. Elle peut dormir en décubitus dorsal. Personne ne lui a dit qu'elle ronfle et elle ne présente aucun autre symptôme évoquant une apnée du sommeil. Elle ne se souvient pas d'avoir subi de traumatisme aux membres inférieurs. Elle ne rapporte aucune plaie ouverte. Sa peau n'est ni chaude, ni rouge, ni sensible au toucher. Elle ne présente pas d'arthropathie active.

Aïda se porte bien par ailleurs. Elle a présenté un léger œdème aux deux jambes lors de ses deux dernières grossesses, lequel s'est rapidement résorbé par la suite. L'examen de l'ensemble de son profil indique qu'elle s'est fait poser un dispositif intra-utérin à base de progestérone il y a deux ans à des fins contraceptives. Elle ne prend aucun autre médicament. Elle n'a pas d'antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de fibrillation auriculaire ou de diabète. Elle ne boit pas d'alcool, ne fume pas de cigarettes et ne consomme pas de drogues récréatives.

Ses antécédents familiaux indiquent que sa mère avait des varices qu'Aïda décrit comme étant « grosses, bleues et très inesthétiques ». Aïda craint d'en avoir aussi.

Aïda travaille comme assistante administrative dans un bureau. Elle utilise un bureau à hauteur réglable depuis deux ans. Elle dit avoir très peu de temps pour la pratique régulière d'une activité physique, mais elle se trouve déjà très active dans ses tâches familiales. À l'examen, l'IMC d'Aïda est de 31. Sa tension artérielle est de 134/82. Sa fréquence cardiaque est de 64 battements/minute et régulière. Les résultats des examens de la tête et du cou, du thorax, de l'appareil cardiovasculaire et de l'abdomen sont normaux. Aujourd'hui, ses jambes sont peu enflées en aval de la tubérosité tibiale jusqu'en dessous des chevilles. Elles ne sont ni rouges, ni chaudes, ni sensibles à la palpation. Ses pouls périphériques sont palpables. Sa peau est intacte et sa pilosité répartie normalement. Les ongles de ses orteils sont normaux. Aucune articulation n'est tuméfiée. La palpation ne révèle pas de kyste de Baker, de varice ou de masse. Elle arrive facilement à passer de la position assise à la position debout; sa démarche était normale lorsqu'elle est entrée dans la pièce.

Quels examens demanderiez-vous?

Troisième partie – Deux semaines plus tard

Vous passez en revue avec Aïda les résultats de ses analyses de laboratoire qui sont normaux pour la formule sanguine complète (FSC), le taux de créatinine, le taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe), la thyréostimuline (TSH) et le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c). Vous lui prescrivez des bas de contention (calibrés à 20-30 mm Hg). Trois semaines plus tard, après avoir acheté les bas de contention sur mesure que vous lui aviez recommandés, Aïda revient vous consulter parce qu'elle a arrêté de les porter après quelques jours car elle les trouve trop difficiles à enfiler.

Comment prendriez-vous en charge les symptômes d'Aïda aujourd'hui et à l'avenir?

Que conseilleriez-vous à Aïda si elle souhaite être orientée vers un autre médecin pour recevoir des injections aux veines?

Cas numéro 2 : George, 72 ans

George a pris rendez-vous aujourd'hui pour l'évaluation d'une enflure chronique aux jambes maintenant associée à un suintement. Ses antécédents médicaux sont complexes. Vous lisez l'ensemble de son profil médical que vous aviez mis à jour récemment après son congé de l'hôpital, à la suite d'une exérèse et d'une greffe de peau pour le traitement d'un carcinome squameux étendu au cuir chevelu.

George présente une insuffisance veineuse chronique (IVC) en plus des affections suivantes : varices, hypertension, coronaropathie ayant déjà nécessité la pose d'endoprothèses, apnée du sommeil d'origine obstructive pour laquelle il utilise un appareil de ventilation en pression positive continue (VPPC), et douleurs chroniques dues à une névralgie du trijumeau. Il est obèse, son IMC étant de 40.

Utilisation personnelle uniquement

Il est également suivi par un cardiologue et a passé des examens cardiovasculaires dans le cadre de son suivi continu le mois dernier. Le résultat de son échographie était satisfaisant : sa fraction d'éjection était à 61 %. Le cardiologue était satisfait de la perméabilité des endoprothèses et a pu écarter l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée. Il ne présente aucun signe d'hypertension pulmonaire, mais son indice tibio-brachial (indice t:b) a fait état d'un débit dans la tranche inférieure de l'intervalle normal (0,9 à droite et 0,91 à gauche). Les résultats des analyses de sang suivantes réalisées il y a trois mois étaient normaux : FSC, TSH, créatinine, TFGe, électrolytes, enzymes hépatiques, albumine, calcium et rapport albumine-créatinine (RAC). Son taux d'HbA1c était de 5,2 %.

Il a perdu son emploi à cause de son invalidité médicale il y a 10 ans. Il est divorcé, vit dans une maison de chambres et a régulièrement recours à une banque alimentaire. Il lui arrive de ne pas respecter la posologie de ses médicaments et d'en prendre plus ou moins que les doses prescrites. Il estime que la modification récente la plus profitable de son traitement a été l'ajout de visites bihebdomadaires de l'infirmière spécialisée dans les soins des plaies, pour la cicatrisation de ses greffes de peau. Auparavant, étant donné qu'il n'était pas admissible aux soins à domicile pour ses plaies aux jambes, il lui arrivait souvent de ne pas se présenter aux rendez-vous à la clinique de soins des plaies de l'hôpital local en raison de difficultés liées au transport.

Voici ses traitements en cours :
- Métoprolol à 50 mg 2 f.p.j.
- Rosuvastatine à 40 mg une fois par jour
- Amlodipine à 5 mg
- Nitroglycérine à 0,4 mg en vaporisateur – 1 vaporisation par voie sublinguale dès la survenue d'une douleur thoracique, suivant les indications du médecin, trois fois
- Furosémide à 40 mg une fois par jour
- Gabapentine à 600 mg 3 f.p.j.
- Acétaminophène et 30 mg de codéine 4 f.p.j.
- Escitalopram à 10 mg à l'heure du coucher
- Bas de contention pour diabétiques en vente libre, calibrés à 8 mm Hg (on lui en avait prescrit d'autres calibrés à 20-30 mm Hg mais il n'a pas les moyens de les acheter)
- Soins des plaies effectués deux fois par semaine par l'infirmière auxiliaire autorisée du centre d'accès aux soins communautaires.

Au cours des derniers mois, George a constaté une aggravation progressive de l'enflure aux jambes, allant des genoux aux orteils. Il n'arrive pas à fléchir complètement les genoux et les chevilles, car il ressent un étirement non douloureux de la peau, et ajoute que « la peau ne s'est pas encore fendillée ». La peau entourant ses chevilles est devenue plus foncée. Il porte ses chaussettes pour diabétiques en vente libre. Il porte des pantoufles à fermeture velcro car ses chaussures ne lui vont plus. Il a commencé à utiliser une canne bien qu'il n'ait pas fait de chutes.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

George ne rapporte aucun nouveau symptôme respiratoire ou cardiaque. Il utilise toujours son appareil de VPPC, probablement 4 à 6 heures par nuit, mais celui-ci a plusieurs années. Il arrive à s'allonger dans son lit sans utiliser d'oreillers supplémentaires.

Il arrive à faire le tour du pâté de maisons sans présenter de symptômes de claudication, mais il marche plus lentement que d'habitude. Il prenait auparavant le périndopril, mais il l'a arrêté à cause d'une toux. Par ailleurs il prend ses médicaments de la manière prescrite.

Aujourd'hui, sa tension artérielle est de 136/71 et ne change pas selon qu'elle est mesurée en position debout ou couchée. Sa fréquence cardiaque est de 76 et régulière. Il mesure 5 pieds 9 pouces et pèse 275 livres (IMC de 40,6; il a pris 6,6 livres depuis sa dernière visite il y a quelques mois). Les résultats de votre examen de la tête et du cou et des appareils cardiovasculaire et respiratoire sont normaux; hormis l'obésité, son examen abdominal est par ailleurs normal. Ses deux jambes présentent un œdème qui prend le godet, allant de la partie supérieure des genoux à la face dorsale des pieds et aux orteils. Elles ne sont ni rouges, ni chaudes, ni sensibles à la palpation. L'enflure entrave la palpation du pouls, mais le remplissage capillaire est normal. Sa peau est tendue et présente des ampoules remplies de liquide clair à jaune, peu

Utilisation personnelle uniquement

odorant, à la surface de la peau. La pilosité est clairsemée. Vous ne notez pas d'ulcères visibles, de lésions cutanées de grattage ou de cellulite. Vous notez des zones d'hyperpigmentation à l'hémosidérine sur la région distale des jambes, et la peau commence à devenir fibreuse près des mollets. Vous remarquez que ses chaussettes sont humides.

Lors d'une visite deux semaines plus tard, les nouvelles analyses de sang font état de résultats normaux pour les paramètres suivants : FSC, bilan rénal, électrolytes, enzymes hépatiques, calcium, albumine et RAC urinaire. L'échographie veineuse Doppler ne révèle pas de thrombose veineuse profonde, de masse ou de lésion obstructive, mais elle permet de confirmer l'insuffisance veineuse. Étant donné que son enflure n'a pas diminué, George vous demande d'augmenter sa dose de furosémide. Il admet avoir essayé de prendre une dose de 60 mg par jour de sa propre initiative pendant quelques jours de la dernière semaine, sans constater d'amélioration majeure de l'œdème aux jambes.

Que répondriez-vous à la demande de George?

Comment prendriez-vous en charge son œdème chronique aux jambes à court et à long terme?

Y a-t-il des services ou des médecins consultants dans votre communauté qui pourraient aider George à prendre en charge son œdème chronique aux jambes et à prévenir les lésions cutanées?

Utilisation personnelle uniquement

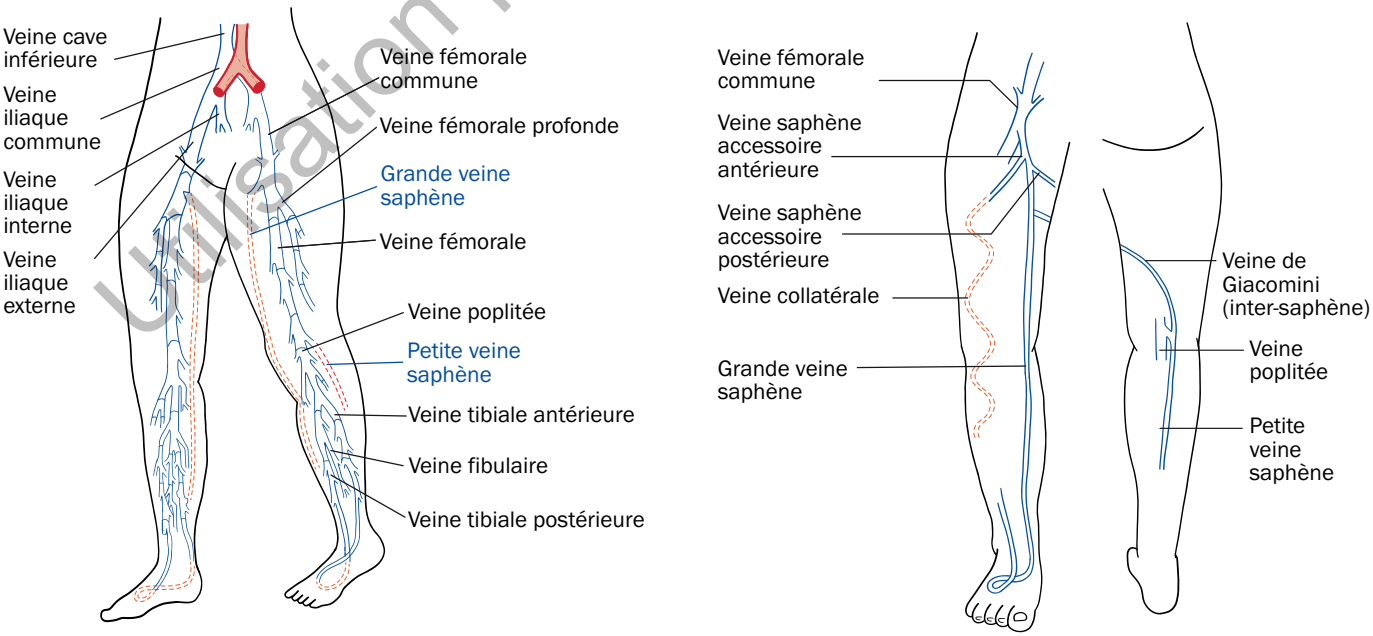
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. L'œdème des jambes désigne une enflure palpable d'un membre inférieur, consécutive à l'accumulation de liquide dans le tissu interstitiel à cause d'un déséquilibre hémodynamique dans les capillaires[1,2].

2. Les trois principaux systèmes veineux des membres inférieurs sont[3,4] :
   - les veines superficielles (entre la peau et le fascia musculaire) : grande veine saphène, petite veine saphène, veine saphène accessoire antérieure et leurs veines collatérales;
   - les veines profondes (qui accompagnent les artères) : transportent le plus important volume de sang;
   - les veines perforantes, qui relient les veines superficielles aux veines profondes.

   Le flux sanguin est dirigé par les valvules veineuses bicuspides. Voir la figure 1.

Figure 1. Anatomie de la veine profonde et des principales veines superficielles



3. Le bon fonctionnement du système veineux nécessite un fonctionnement cardiaque normal, un bon gradient de pression, des veines perméables et des valvules veineuses normales. La pompe musculaire du mollet, qui favorise le retour veineux, est également cruciale[2,5]. En effet, une contraction normale des muscles du mollet permet d'évacuer environ 70 % du sang du mollet pendant la marche. En revanche, le relâchement des muscles du mollet ouvre les veines, de sorte que le gradient de pression déplace le sang des veines superficielles vers le système profond par l'entremise des veines perforantes (ou jonctionnelles).Toute entrave à ce processus peut entraîner un œdème de la jambe[2,3,5].

4. *Prévalence :* D'après une étude longitudinale (n = 19 988), la prévalence pondérée de l'œdème des jambes chez les Américains âgés (≥ 55 ans) se situait entre 19 et 20 % entre 2000 et 2016[6]. Une analyse multivariée a montré que la sédentarité (activité une fois par semaine ou moins souvent) et la réduction de la mobilité étaient associées à l'œdème périphérique.
   - L'insuffisance veineuse chronique (IVC) est la cause la plus fréquente d'œdème : taux de prévalence rapportés très variables, allant de 13 à 41 % chez les hommes et de 26 à 73 % chez les femmes aux États-Unis[7]. Il s'agit d'une affection évolutive qui touche les systèmes veineux superficiel et profond de la jambe, caractérisée par l'incompétence des valvules, le reflux, l'obstruction veineuse ou une association de ces symptômes, et entraînant une hypertension veineuse[7].
   - Ses facteurs de risque comprennent les antécédents familiaux, une prédisposition génétique, l'âge avancé, l'appartenance au sexe féminin, les antécédents de grossesses, l'IMC élevé et les métiers exigeant un travail en station debout prolongée ou la sédentarité[4].

ÉVALUATION DE L'ŒDÈME DES JAMBES

5. *Diagnostic différentiel :* la cause de l'œdème est multifactorielle, et son diagnostic différentiel vaste. L'annexe 1 énumère les affections susceptibles de contribuer à l'œdème des jambes[2].

6. Une anamnèse et un examen physique minutieux peuvent contribuer à restreindre le diagnostic, en plus des examens indiqués en fonction des constatations[2,5,8]. La première étape de l'évaluation de l'œdème bilatéral chronique consiste à écarter les causes générales (p. ex., l'insuffisance cardiaque, le syndrome néphrotique, l'apnée du sommeil d'origine obstructive, les médicaments), puis à explorer l'IVC et le lymphœdème[2]. L'annexe 2 présente un algorithme d'évaluation de l'œdème bilatéral chronique.

7. *Anamnèse[9] :*
   - Symptômes : apparition, durée et type; symptômes aux jambes (unilatéraux ou bilatéraux, douleur, courbatures ou lourdeur des jambes, prurit, engourdissement, impatiences dans les jambes et changements cutanés); et symptômes généraux (cardiaques, pulmonaires, hépatiques, rénaux, endocriniens).
   - Antécédents médicaux, notamment intervention chirurgicale ou radiothérapie abdominale ou pelvienne, cancers, interventions veineuses, thrombose veineuse, autres affections concomitantes, traumatismes et immobilité prolongée.
   - Antécédents familiaux : avoir des antécédents familiaux d'IVC est un facteur de risque important d'IVC[10].
   - Médicaments : sur ordonnance ou en vente libre (le tableau 1 présente les médicaments favorisant l'œdème).

Utilisation personnelle uniquement

Tableau 1. Médicaments courants contribuant à l'œdème[1,2,5,11,12]

Classe	Médicaments
Antihypertenseurs : (par ordre décroissant de fréquence de l'œdème)[13,14]	• Minoxidil, hydralazine (dilatateurs des artérioles) • Inhibiteurs calciques dihydropyridiniques (vs un placebo dans une méta-analyse en réseau) : ◦ Nifédipine : RR : 6,03 (IC à 95 % 2,89-12,61) ◦ Amlodipine : RR : 3,34 (IC à 95 % 2,08-5,37) ◦ Félodipine : RR : 2,48 (IC à 95 % 1,14-5,37) • Alpha-bloquants • Médicaments antiadrénergiques • Inhibiteurs calciques non dihydropyridiniques
Anti-inflammatoires	• Corticostéroïdes • AINS
Gabapentinoïdes	• Gabapentine à ≥ 1200 mg/jour (vs placebo) : RIP : 20 (IC à 95 % : 16-27)[15] • Prégabaline (vs placebo) : RIP : 19 (IC à 95 % : 14-26)[16]
Hormones	• Œstrogène • Progestérone • Testostérone
Chimiothérapie	• Gemcitabine • Cyclophosphamide • Paclitaxel/docétaxel • Cyclosporine
Autres	• Antipsychotiques

RIP : ratio interventions/préjudices; RR : risque relatif d'œdème

8. L'apnée du sommeil d'origine obstructive (ASO) pourrait être associée à l'œdème de la jambe.
   - Une étude transversale rétrospective portant sur 378 patients atteints d'ASO a montré que 35 % des participants présentaient un œdème des deux jambes. Aucun de ces patients n'était atteint d'insuffisance cardiaque ou d'une pneumopathie chronique. Chez les patients atteints d'ASO, la présence d'œdème est corrélée avec le vieillissement, l'obésité, le diabète et l'hypertension[17].

9. L'*examen physique* porte sur les aspects suivants :
   - Enflure des jambes et des pieds : bilatérale/unilatérale, dilatation des veines superficielles, varices, œdème qui prend le godet ou non, sensibilité à la palpation, érythème.
   - Examen dermatologique (des jambes et des pieds) : hyperpigmentation, ulcération, fibrose, ulcères, changements cutanés. Si possible, le patient doit être debout pendant l'examen ou une partie de l'examen[4].
   - Examen cardiaque : signes d'insuffisance cardiaque (bruit cardiaque B3; reflux abdomino-jugulaire ou distension des veines jugulaires)[18].
   - Examen pulmonaire : râles crépitants, respiration sifflante.
   - Examen abdominal : signes de cirrhose (ascites, angiome stellaire), cicatrices chirurgicales, veines saillantes[19].

10. Certains outils cliniques peuvent être utilisés durant l'évaluation :
    - La probabilité d'une thrombose veineuse profonde (TVP) peut être estimée à l'aide des règles de prédiction clinique de Wells (disponibles au https://www.mdcalc.com/calc/362/wells-criteria-dvt) [preuves de qualité élevée]. Les patients dont la probabilité prétest de TVP est intermédiaire ou élevée peuvent passer une échographie avec compression. Un dosage des D-dimères peut être effectué chez ceux dont la probabilité prétest est faible[2].
    - L'apnée du sommeil d'origine obstructive peut être dépistée à l'aide du questionnaire STOP-Bang (disponible au http://www.stopbang.ca/osa/screening.php)[2]. D'après une revue systématique, ce questionnaire est généralement associé à une bonne sensibilité (87-94 %) mais à une faible spécificité (0-38 %) quant au dépistage de l'apnée du sommeil (2 études portaient sur des patients diabétiques ou prenant des opiacés pour soulager une douleur chronique)[20]. Voir le module du PABP intitulé « Apnée du sommeil d'origine obstructive chez l'adulte » (encadré 1).

11. *Examens :* des analyses de laboratoire peuvent être effectuées si la cause de l'œdème des jambes n'est pas claire à la suite de l'anamnèse et de l'examen physique, ou si une maladie systémique est soupçonnée. Les analyses de base comprennent les bandelettes réactives, la formule sanguine complète, les enzymes hépatiques, la TSH, le TFGe, la

Utilisation personnelle uniquement

créatinine et le rapport albumine-créatinine (RAC) [opinion d'experts][2].

- *BNP/NT-proBNP :* si certains signes indiquent une cause cardiaque, envisager de demander un dosage du peptide natriurétique de type B (BNP) ou de la fraction N-terminale de la prohormone (NT-proBNP). La sensibilité de ces analyses est élevée; celles-ci sont très utiles pour écarter une insuffisance cardiaque lorsqu'elles sont combinées aux examens habituels[21]. L'accessibilité de ces analyses varie selon la région. Pour connaître le bilan exploratoire effectué lorsqu'une insuffisance cardiaque est soupçonnée, voir le module du PABP sur l'insuffisance cardiaque (encadré 1).

12. *Échographie duplex :* une échographie duplex peut être envisagée si aucune cause claire n'est apparente après l'évaluation et les examens initiaux – par exemple, lorsque le patient présente des symptômes typiques de l'IVC, mais en l'absence de varices superficielles [opinion d'experts]. Cet examen permet d'évaluer l'anatomie veineuse, la perméabilité veineuse et la fonction des valves, de détecter un reflux et de déterminer la gravité d'une maladie, le cas échéant. Il peut également être utile si plus de précisions sont nécessaires avant d'émettre des recommandations en matière de traitement (en particulier sur le port de bas de contention)[4,8].
    - Voici les principales observations à rechercher dans un rapport d'échographie :
        - Présence d'un thrombus aigu ou chronique pouvant nécessiter un traitement urgent
        - Reflux dans le système veineux superficiel (grande veine saphène/petite veine saphène) ou dans le système veineux profond

Encadré 2. Conseils pour l'examinateur : Demande d'échographie duplex

Dans la demande d'échographie duplex, il serait important de préciser que vous souhaitez une évaluation veineuse complète, et non pas seulement un examen visant à écarter une TVP. Si l'échographie duplex ne met pas en évidence d'insuffisance veineuse et que l'indice de présomption reste élevé, vérifier si le patient était debout pendant l'échographie duplex[22]. Si ce n'est pas le cas, l'échographie duplex doit être refaite avec le patient en position debout. Préciser également si l'échographie a ciblé les systèmes veineux superficiel et profond. Si l'échographie duplex ne met pas en évidence d'insuffisance veineuse en position debout, que ce soit dans le système veineux profond ou superficiel, il est peu probable que l'IVC soit à l'origine de l'œdème.

PRISE EN CHARGE DE L'ŒDÈME DES JAMBES

13. La prise en charge de l'œdème des jambes dépend de la cause sous-jacente. L'insuffisance veineuse est la cause la plus fréquente d'œdème des jambes, qui peut être prise en charge par des interventions favorisant le retour veineux vers le cœur. Les objectifs du traitement sont les suivants[2,10,23] :
    - ralentir la dilatation des veines saphènes;
    - soulager la gêne et l'œdème;
    - prévenir d'autres lésions cutanées;
    - retirer les varices douloureuses;
    - favoriser la cicatrisation des ulcérations.

14. La première étape consiste à passer en revue les médicaments susceptibles de favoriser l'œdème, lesquels peuvent être arrêtés ou remplacés (tableau 1)[2,23]. En cas d'œdème dû aux inhibiteurs calciques, l'ajout d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) peut assécher l'œdème périphérique[13].
    - D'après une méta-analyse de 2022 (25 études comparatives randomisées, n = 17 206) portant sur les inhibiteurs calciques utilisés dans le traitement de l'hypertension, l'œdème périphérique diminuait de 38 % (IC à 95 % : 26 %-47 %) lorsqu'un IECA ou un ARA était ajouté au traitement (comparativement à un inhibiteur calcique en monothérapie)[24].

15. La prise en charge de première intention consiste également à porter des bas de contention et à adopter d'autres mesures non pharmacologiques (p. ex., activité physique, changements comportementaux, soins de la peau) Les médicaments veino-actifs pourraient s'avérer efficaces dans une certaine mesure (Renseignements généraux, points 25, 26), mais leur coût doit être couvert par les patients. Les patients présentant des symptômes sévères ou des symptômes persistants ou s'aggravant après une prise en charge conservatrice peuvent être orientés vers un chirurgien vasculaire (voir la section sur les interventions médicales).

16. Il est important d'adopter une approche globale pour la prise en charge. Certains facteurs socio-psychologiques

Utilisation personnelle uniquement

peuvent affecter la capacité des patients à observer les interventions prescrites. Dans la mesure du possible, il convient d'intégrer d'autres ressources de soins de santé et communautaires dans les soins offerts aux patients[23]. Ces ressources peuvent varier d'une région à l'autre. Certaines peuvent être couvertes par les régimes d'assurance publics ou privés. En voici quelques exemples :

- Soins infirmiers à domicile
- Clinique de soins des plaies
- Chambre hyperbare (voir le module du PABP intitulé « Soins des plaies : ulcérations chroniques aux membres inférieurs », encadré 1).

Une coordination des soins par l'intermédiaire d'organismes de services de soutien aux soins à domicile et communautaires peut être offerte à certains patients.

Prise en charge non pharmacologique

Compressothérapie

17. La compressothérapie peut être utilisée pour favoriser le retour veineux vers le cœur[2,5,25]. L'annexe 3 indique les niveaux de pression dans le cadre de cette prise en charge. Une ordonnance est généralement nécessaire pour se procurer des bas calibrés à plus de 20 mm Hg, lesquels peuvent être couverts par certains régimes d'assurance publics et privés[26]. L'amélioration de l'observance est corrélée avec de meilleurs résultats de santé[27]. Enfiler et retirer des bas de contention peut s'avérer difficile pour les patients, notamment pour ceux atteints d'arthrite ou dont l'IMC est élevé. Les différents types de bas de contention, les obstacles à l'observance et les solutions possibles sont présentés au tableau 2[27]. Les meilleurs vêtements compressifs sont ceux que le patient réussit à porter tous les jours[5].

Utilisation personnelle uniquement

Tableau 2. Types de compressothérapie[2,5,25]

Type de	Description	Obstacles à l'observance (solutions)
Bas de contention gradués (BCG)	• Dispositif exerçant une pression supérieure au niveau de la cheville, et une pression inférieure au niveau du mollet. • Bas au genou, bas à la hauteur des cuisses et bas-culotte • Offerts en différentes couleurs et matières (p. ex., chaussettes de randonnée) • Nécessite une prise de mesure, idéalement le plus tôt possible le matin • La mesure doit être reprise en cas de perte pondérale ou de réduction de l'œdème.	• Trop serrés **(essayer une pression inférieure)** • Sensation désagréable **(utiliser une autre marque ou un autre style, en utiliser d'autres)** • Grande difficulté à les enfiler ou à les enlever **(utiliser des dispositifs d'aide à l'enfilage ou des gants en caoutchouc)** • Trop chers **(après avoir vérifié l'ajustement de la première paire, acheter d'autres paires en ligne)** • Aspect inesthétique **(essayer d'autres couleurs ou d'autres styles)**
Vêtement de contention tubulaire	• Contention non graduée • Chaussettes (EdemaWear) ou bandage (Tubigrip) • Plus facile à appliquer • Peut être doublé (p. ex., Tubigrip à 5-10 mm Hg avec une seule couche; à 10-20 mm Hg avec deux couches)	
Bandages (solution de rechange si les BCG ne sont pas tolérés)	• Bandages élastiques ou non élastiques à enrouler autour de la jambe • Multicouches (généralement 4 couches) • Généralement utilisés lorsque les patients présentent des ulcérations veineuses.	• Impossibilité de les appliquer soi-même; nécessité de les resserrer avec le temps **(faire appel à d'autres professionnels de la santé ou aux aidants)**
Vêtements compressifs ajustables (solution de rechange si les BCG ne sont pas tolérés)	• Bandages faits d'une matière rigide avec bandes Velcro • Sangles serrées et ajustées autour de la jambe (plus elles sont serrées, plus la compression est forte) • Peuvent être resserrées si elles sont desserrées après l'atténuation de l'œdème • Lavables et réutilisables • Plus esthétiques; facilitent le port de chaussures (comparativement aux bandages non élastiques)[28]	• Impossibilité d'atteindre le niveau de pression prescrit en raison de difficultés de préhension, d'un IMC élevé ou d'un déficit cognitif **(faire appel à d'autres professionnels de la santé ou aux aidants)**
Compression pneumatique intermittente	• Manchon ou botte, gonflable à l'aide d'une pompe pneumatique, permettant d'appliquer une pression et d'améliorer la circulation sanguine • Peut être utilisée avec d'autres types de compression ou seule • Recommandée pour les patients dont l'œdème et l'ulcération des jambes persistent après une compressothérapie standard de six mois (Société canadienne de chirurgie vasculaire)[26]	

18. *Contre-indications de la compressothérapie :* La compressothérapie est contre-indiquée chez les patients présentant les affections suivantes[25] :
    - Maladie artérielle périphérique grave associée à un indice tibio-brachial (indice t:b) < 0,5 ou à une pression de la cheville < 60 mm Hg (encadré 3)[26]. Un indice t:b compris entre 0,5 et 0,8 est une contre-indication relative[29].
    - Insuffisance cardiaque sévère (classe IV de la New York Heart Association).
    - Allergie confirmée aux matières compressives.
    - Neuropathie diabétique sévère associée à une perte sensorielle ou à une microangiopathie avec risque de nécrose

Utilisation personnelle uniquement

cutanée.
- Pontage artériel au siège prévu de la compressothérapie.

Encadré 3. Indice tibio-brachial (indice t:b)

	L'indice t:b est obtenu à l'aide d'un appareil Doppler mesurant la pression artérielle systolique aux bras (artères brachiales) et aux chevilles (artère dorsale du pied et artère tibiale postérieure) en position couchée. L'indice t:b est calculé en divisant la plus élevée des pressions systoliques à l'artère dorsale du pied ou à l'artère tibiale postérieure par la plus élevée des pressions systoliques à l'artère brachiale droite ou gauche. Le site Stanford Medicine décrit comment mesurer l'indice t:b.

Voir les modules du PABP intitulés « Maladie vasculaire : anévrisme de l'aorte abdominale » et « Maladie artérielle périphérique » (encadré 1).

19. *Données probantes :* La compressothérapie peut atténuer les symptômes et l'œdème. Aucune donnée probante ne permet de recommander une longueur de bas de contention en particulier[25].
    - De petites études comparatives randomisées (n = 28 à 125) ont montré que chez les patients atteints d'insuffisance veineuse, les bas de contention gradués :
        - diminuent la douleur, la lourdeur, les crampes et l'œdème liés à la maladie veineuse chronique, lorsqu'ils sont calibrés entre 15 et 32 mm Hg[25];
        - sont comparables aux bandages non élastiques (60 mm Hg) quant à l'assèchement de l'œdème après 7 jours d'utilisation à des pressions de 23 à 32 mm Hg[30];
        - préviennent la récurrence des ulcères veineux de jambe [preuves de qualité modérée][31].
    - Les vêtements compressifs ajustables (p. ex., Velcro à 40 mm Hg) ont permis de mieux réduire l'œdème des jambes par rapport aux bandages non élastiques (60 mm Hg) chez les patients présentant un œdème veineux non traité[28].
    - La compression pneumatique intermittente pourrait soulager le lymphœdème et les symptômes du syndrome post-thrombotique [preuves de faible qualité][32]. Elle pourrait également raccourcir le temps de cicatrisation des ulcères veineux si elle est ajoutée aux bandages compressifs (121 vs 141 jours, p = 0,031)[33].

20. Il convient d'expliquer aux patients l'importance de la compressothérapie en insistant notamment sur[5] :
    - les avantages de la compressothérapie et les différents types offerts;
    - l'importance des prises de mesures pour un ajustement et un confort adéquats;
        - le fait que les bas de contention au genou doivent s'arrêter à au moins deux doigts de la fosse poplitée [opinion d'experts];
    - la nécessité de porter le vêtement compressif tous les jours, sauf pendant le sommeil;
    - Les dispositifs d'aide à l'enfilage des vêtements compressifs tels que les gants en caoutchouc ou les enfile-bas (vendus en ligne ou dans les magasins de soins de santé à domicile), par exemple :
        - Enfile-bas à poignées : dispositifs permettant d'élargir l'ouverture du bas de manière à ce que le pied puisse y être inséré facilement
        - Glisse-pied : manchons placés sur le membre, dont la matière permet de réduire la force nécessaire à l'enfilage du bas

    Tenir compte de la situation de chaque patient et des obstacles éventuels à surmonter[34].
    Remarque : Voir le module du PABP intitulé « Soins des plaies : ulcérations chroniques aux membres inférieurs » pour plus d'information sur la compressothérapie (encadré 1).

Autres mesures non pharmacologiques

21. *Les modifications comportementales* qui se sont avérées susceptibles d'atténuer l'insuffisance veineuse dans le cadre de petites études observationnelles [preuves de très faible qualité] comprennent[25] :
    - L'élévation des jambes[35].
    - La perte pondérale. L'obésité est associée à l'IVC[25,36]. Il a été montré que la chirurgie bariatrique soulage les symptômes et favorise la cicatrisation des ulcères[37,38].
    - Réduction de l'apport sodique pour réduire la rétention d'eau [opinion d'experts][39,40].

22. Une revue systématique des conditions de travail (21 études, n = 53 à 1,6 million de personnes) a montré que la position debout prolongée (seuil d'environ 3 à 4 heures/jour) est associée à un risque accru de varices (environ 2,5 fois plus élevé). Les études étaient principalement transversales et de qualité modérée[41].

Utilisation personnelle uniquement

23. L'activité physique visant à soulager l'insuffisance veineuse consiste en un entraînement supervisé ou non supervisé (à domicile), qui permet d'améliorer la mobilité générale, la force musculaire, l'amplitude des mouvements de la cheville et la fonction de pompe musculaire du mollet, en plus de promouvoir la perte pondérale[25,42]. Les données probantes à l'appui de l'efficacité de l'activité physique sont pour la plupart indirectes puisque les bienfaits démontrés sont des résultats non axés sur les patients, par exemple, le fonctionnement de la pompe du mollet[43].
    - Les études comparatives randomisées sont de faible qualité et reposent sur des protocoles d'exercices et des groupes comparatifs hétérogènes. Les résultats concernant l'amélioration de la qualité de vie et de la cicatrisation des plaies sont hétérogènes. Par ailleurs, l'adhésion des patients aux exercices prescrits est souvent faible[42-45].
    - Dans ses lignes directrices sur l'IVC, l'European Society for Vascular Surgery recommande de promouvoir l'activité physique en s'appuyant sur des données probantes indirectes substantielles[25].

24. *Les soins de la peau* sont importants pour la préservation de la fonction de barrière naturelle de la peau et la prévention des lésions cutanées. Ils doivent être envisagés chez tous les patients présentant un œdème aux jambes. Les patients atteints de lymphœdème sont également plus susceptibles de contracter une infection cutanée[2]. Il faudrait conseiller aux patients d'utiliser des crèmes hydratantes et d'éviter de se gratter pour ne pas aggraver les changements cutanés. Voir les modules du PABP intitulés « Soins des plaies : ulcérations chroniques aux membres inférieurs » (mai 2023) et « Prurit chez l'adulte » (février 2022). Voir l'encadré 1.

Pharmacothérapie

25. *Les médicaments veino-actifs,* aussi appelés agents phlébotoniques, sont des agents naturels ou synthétiques dont le mode d'action consiste à diminuer la perméabilité capillaire, à réduire la libération de médiateurs de l'inflammation ou à améliorer le tonus veineux[25]. La plupart d'entre eux sont des flavonoïdes naturels d'origine végétale[46].
    - La fraction flavonoïque purifiée micronisée, l'agent le mieux étudié, est recommandée par la Société canadienne de chirurgie vasculaire (SCCV) comme traitement d'appoint à la compressothérapie en cas d'insuffisance veineuse symptomatique. Les études font état d'un certain soulagement symptomatique et de l'absence d'effets nocifs significatifs. La SCCV ne dispose pas de lignes directrices particulières sur la posologie[26]. Certains de ces agents se retrouvent dans diverses associations de suppléments pour la santé des veines ou des jambes, coûtant environ 30 $/mois. Recherchez « veine » ou « veineux » dans les bases de données des pharmacies ou des magasins de produits de santé, et vérifiez la liste des ingrédients.

26. En 2020, une revue Cochrane a comparé les agents phlébotoniques et un placebo chez des patients atteints d'IVC.
    - Elle a montré que les phlébotoniques (énumérés au tableau 3) :
        - soulagent l'œdème des jambes : RR de 0,70 (IC à 95 % : 0,63-0,78) [preuves de qualité modérée][46];
        - réduisent la circonférence de la cheville : de 4,27 mm (IC à 95 % : 2,93-5,61 mm) [preuves de qualité modérée];
        - n'ont que peu d'effet, voire aucun, sur la qualité de vie [preuves de qualité modérée] et la cicatrisation des ulcères [preuves de faible qualité].
    - Les agents phlébotoniques provoquent des effets secondaires gastro-intestinaux légèrement plus fréquents que le placebo[46].

    Commentaire de l'examinateur : Avant d'acheter des produits de santé naturels, il est conseillé de choisir des fabricants qui adhèrent à des normes de fabrication plus strictes. Ces normes sont indiquées par des sceaux de qualité tels que « United States Pharmacopeia » ou « British National Formulary ».

Utilisation personnelle uniquement

Tableau 3. Médicaments veino-actifs pour l'insuffisance veineuse

Médicament	Symptômes significativement atténués	Risque relatif (IC à 95 %)
Aminaftone [46]	Œdème à la jambe (1 étude comparative randomisée, n = 82)	0,53 (IC : 0,28-0,99)
	Douleur à la jambe (1 étude comparative randomisée, n = 97)	0,43 (0,23-0,79)
Dobésilate de calcium[46]	Douleur à la jambe (5 études comparatives randomisées, n = 705)	0,53 (0,35-0,82)
Fraction flavonoïque purifiée micronisée (p. ex., diosmine)[46] **Venixxa (en vente libre)**	Œdème à la jambe (2 études comparatives randomisées, n = 144)	0,63 (0,46-0,86)
Extrait d'écorce de pin maritime français[46]	Douleur à la jambe (1 étude comparative randomisée, n = 40)	0,66 (0,48-0,91)
Rutosides (ou rutine)[46]	Œdème à la jambe (7 études comparatives randomisées, n = 654)	0,72 (0,64-0,81)
	Douleur à la jambe (10 études comparatives randomisées, n = 1 485)	0,63 (0,48-0,83)
Extrait de ruscus (fragon épineux)[47]	Œdème à la jambe (5 études comparatives randomisées, n = 217)	0,53 (0,4-0,71)
	Douleur à la jambe (2 études comparatives randomisées, n = 111)	0,35 (0,16-0,78)

Caractères gras : nom de marque

27. *Diurétiques :* Aucune donnée probante n'appuie l'utilisation de diurétiques pour le traitement des causes non générales de l'œdème. Les diurétiques ne doivent être utilisés que si l'œdème est dû à une insuffisance cardiaque congestive, à une cirrhose ou à un syndrome néphrotique[2].
    - L'IVC n'étant pas un état de surcharge volémique, l'utilisation de diurétiques peut entraîner des effets secondaires métaboliques et rénaux nuisibles sans procurer d'effet bénéfique évident[48].

Interventions médicales

28. Les patients présentant des symptômes persistants significatifs peuvent être orientés chez un chirurgien vasculaire. L'accessibilité et la couverture des traitements chirurgicaux et endoveineux, de même que les listes d'attente connexes, varient d'une région à l'autre. Ces interventions consistent à retirer ou à fermer les veines (ou segments veineux) affectées[26].

29. Les interventions endoveineuses et chirurgicales peuvent être bénéfiques pour les patients présentant une incompétence veineuse superficielle et des varices symptomatiques (1 étude comparative randomisée, n = 246). Elles peuvent également être recommandées en cas d'incompétence veineuse superficielle accompagnée de changements cutanés, ou pour les patients présentant des symptômes significatifs d'IVC sans varice [opinion d'experts][25].
    - Pour les patients présentant des veines réticulaires ou des télangiectasies qui ne sont pas autrement symptomatiques et suscitent principalement des préoccupations d'ordre esthétique, une intervention ne s'impose pas[25].
    - La SCCV recommande la sclérothérapie sous forme de liquide ou de mousse en remplacement de la phlébectomie des varices collatérales chez les patients qui ne présentent pas d'incompétence des veines saphènes ou de varices récurrentes[26].
    - En cas d'incompétence des veines perforantes ou des veines profondes, la prise en charge exige un spécialiste des maladies veineuses. Le reflux des veines perforantes peut être concomitant au reflux d'une veine saphène, et se résoudre parfois après le traitement de l'incompétence veineuse superficielle[26].

30. L'intervention endoveineuse ambulatoire est moins effractive, plus sûre et plus rentable que l'éveinage chirurgical à ciel ouvert[25]. Toutefois, l'ablation endoveineuse risque de ne pas être couverte, contrairement à l'intervention chirurgicale d'une manière générale[26]. L'ablation thermique est une technique endoveineuse courante – par exemple, ablation endoveineuse au laser (AEVL) et ablation par radiofréquence (ARF). D'autres techniques récentes comprennent des interventions non thermiques réalisables en cabinet comme la fermeture veineuse avec des adhésifs à base de cyanoacrylate (VenaSeal) et l'ablation mécanochimique (p. ex., Clarivein). Voir le tableau 4.

Utilisation personnelle uniquement

31. L'European Society for Vascular Surgery recommande l'ablation thermique comme traitement de première intention au lieu de la ligature ou de l'éveinage ou encore de la sclérothérapie échoguidée à la mousse. La plupart des études évaluant ces techniques portent sur des patients présentant une incompétence de la grande veine saphène[25]. Le tableau 4 présente différentes options endoveineuses qui entraînent toutes une amélioration de la qualité de vie et des scores des symptômes. Aucune donnée probante n'appuie la supériorité d'une technique par rapport à une autre[42,49].
    - Un suivi de plus longue durée est nécessaire pour déterminer les taux de récurrence[25].

Tableau 4. Interventions endoveineuses pour les patients atteints d'insuffisance veineuse

Technique*	Méthode	Avantage	Effets indésirables (EI)[25]
Ablation endoveineuse au laser (AEVL)	Laser utilisé pour enlever/détruire une veine	Amélioration de la qualité de vie et des scores des symptômes[42]	Thrombose endothermique causée par la chaleur (1,7 %), TVP (0,3 %), EP (0,1 %) **Comparativement à l'intervention chirurgicale :** Moins de douleur, d'enflure, d'infections des plaies, d'hématomes
Ablation par radiofréquence (ARF)	Énergie de radiofréquence utilisée pour enlever/détruire une veine	Amélioration de la qualité de vie et des scores des symptômes[42]	
Sclérothérapie	Introduction de substances chimiques (liquide/mousse) pour irriter et fermer une veine	Amélioration de la qualité de vie et des scores des symptômes[42] Moins douloureuse que l'AEVL pendant la période péri-interventionnelle	Taux d'échec plus élevé que l'ARF, l'AEVL et l'intervention chirurgicale Hyperpigmentation transitoire (10-15 %), entremêlement (« matting ») télangiectasique (< 10 %), TVS (5,9-14 %)
Ablation mécanochimique	Perturbation mécanique associée à l'injection d'un agent sclérosant	Taux d'occlusion inférieur à celui de l'AEVL ou de l'ARF	Induration (12-18 %), TVS (2-13 %), hématome (1-11 %), TVP (0-1 %)
Embolisation au cyanoacrylate	Occlusion d'une veine par l'injection de cyanoacrylate	Amélioration des scores de symptômes[49] Moins douloureuse, cause moins d'effets secondaires et moins de risque de TVP et d'EP que l'AEVL[50]	TVP (0-3,5 %), infection/cellulite (1,4-3 %), hématome (1,4-1,6 %), lésion nerveuse/paresthésie (0-2 %) **Comparativement à l'ARF ou à l'AEVL :** Taux accru d'EI légers (ecchymose, phlébite)[49]

EP : embolie pulmonaire; TVP : thrombose veineuse profonde; TVS : thrombose veineuse superficielle.
* Les autres techniques appuyées par des données limitées sont l'ablation endoveineuse à la vapeur et l'ablation endoveineuse par micro-ondes.

POINTS CLÉS

- Éliminer les causes générales de l'œdème des jambes, y compris les médicaments, en commençant par une anamnèse et un examen physique minutieux, en s'appuyant aussi sur des analyses de laboratoire ciblées et les résultats de l'échographie duplex si nécessaire.
- Faire passer aux patients atteints d'œdème aux jambes des examens de dépistage de l'apnée du sommeil d'origine obstructive.
- Le traitement de première intention de l'œdème des jambes est la compressothérapie externe si le patient ne présente pas d'insuffisance artérielle clinique ou si l'indice t:b est ≥ 0,8.
- Les diurétiques ne doivent pas être utilisés pour le traitement des causes non générales de l'œdème des jambes.
- Des interventions médicales peuvent être proposées aux patients présentant des symptômes persistants qui ne répondent pas à la prise en charge conservatrice.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Aïda, 46 ans

Quels autres renseignements seraient utiles pour l'évaluation d'Aïda?

L'anamnèse consisterait à interroger Aïda sur les points suivants (Renseignements généraux, points 6, 7; annexe 2) :

Utilisation personnelle uniquement

- Tout symptôme qui aurait pu survenir avant le vol
- Symptômes présents (p. ex., sensibilité focale, rougeur, douleur articulaire et tout signe d'alarme tel que des essoufflements et une douleur thoracique)
- Antécédents de varices
- Port de vêtements compressifs dans le passé
- Utilisation de son bureau à hauteur réglable (p. ex., à quelle fréquence l'utilise-t-elle? Est-il nécessaire pour son travail?)
- Consommation d'alcool
- Tabagisme
- Utilisation de médicaments sur ordonnance ou en vente libre (p. ex., AINS)

Il conviendrait de consulter l'ensemble de son profil médical à la recherche de toute affection concomitante pertinente. La règle de décision STOP-Bang pourrait servir au dépistage de l'apnée du sommeil d'origine obstructive (Renseignements généraux, points 8, 10).

Il faudrait effectuer un examen physique pour évaluer (Renseignements généraux, point 9) :
- La peau (aspect, température)
- L'enflure des jambes (sensibilité, varices, kyste de Baker, masses)
- La présence d'une tuméfaction articulaire
- La tension artérielle
- Les pouls périphériques
- Le thorax, l'appareil cardiovasculaire et l'abdomen

Deuxième partie

Quels examens demanderiez-vous?

Étant donné qu'Aïda est en bonne santé et ne présente pas de signes d'alarme, il conviendrait de suggérer des stratégies de prise en charge axées sur le port de bas de contention (à 20-30 mm Hg) sans effectuer d'examens complémentaires (Renseignements généraux, point 11); voir le commentaire de la troisième partie. Toutefois, les tests suivants pourraient être envisagés :
- recherche d'une protéinurie au moyen d'une bandelette réactive et certaines analyses de laboratoire (p. ex., FSC, créatinine, TFGe, TSH, ALT, RAC) pour écarter les causes générales (Renseignements généraux, point 11);
- si des analyses de sang sont effectuées, ajouter le taux d'HbA1c compte tenu de son IMC;
- une échographie pour exclure la thrombose veineuse profonde (TVP) étant donné qu'Aïda a récemment effectué un long voyage en avion. L'échographie ne serait pas nécessaire si on ne soupçonne pas de TVP, mais elle pourrait être envisagée pour mieux renseigner Aïda sur son état (Renseignements généraux, point 12), selon son accessibilité, en particulier si Aïda est réticente à l'idée de porter des bas de contention.

Troisième partie – Deux semaines plus tard

Comment prendriez-vous en charge les symptômes d'Aïda aujourd'hui et à l'avenir?

Il conviendrait de discuter avec Aïda des modifications comportementales, notamment :
- limiter son utilisation du bureau à hauteur réglable (Renseignements généraux, point 22);
- surélever ses jambes (Renseignements généraux, points 21, 22);
- l'augmentation de l'activité physique pourrait être bénéfique et lui faire perdre du poids, ce qui pourrait également soulager ses symptômes (Renseignements généraux, points 21, 23).

Il serait utile de faire savoir à Aïda que bien que les modifications comportementales soient bénéfiques, les prédispositions génétiques contribuent significativement à l'apparition de l'insuffisance veineuse chronique (IVC), et que son œdème aux jambes ne résulte probablement pas de ses choix personnels (Renseignements généraux, points 4, 7).

La compressothérapie pourrait soulager l'œdème et la douleur d'Aïda, et contribuer à prévenir une ulcération (Renseignements généraux, points 15, 17, 19). Voici quelques conseils susceptibles d'encourager Aïda à adhérer au port de vêtements compressifs (Renseignements généraux, points 17, 20; tableau 2; feuillet destiné aux patients) :
- L'informer des différentes options en matière d'apparence (p. ex., couleur, longueur, style).

Utilisation personnelle uniquement

- Recommander des outils facilitant l'enfilage (p. ex., gants de cuisine, outils d'aide à l'enfilage et au retrait).
- Expliquer l'importance de la prise de mesures dans le choix d'un vêtement bien ajusté et confortable. Préciser aussi qu'elle pourrait avoir besoin d'un vêtement de taille différente à mesure que son œdème s'assèche.

Aïda serait plus disposée à porter des vêtements compressifs si vous lui expliquez que la régularité de la compressothérapie ralentit l'évolution de la maladie (Renseignements généraux, point 13).

Les autres options de prise en charge à envisager seraient les agents phlébotoniques à prise orale (p. ex., fraction flavonoïque purifiée micronisée), qui peuvent soulager l'œdème et la douleur aux jambes (Renseignements généraux, points 15, 25, 26; tableau 3). Vous pourriez l'informer que ces produits sont généralement offerts sous forme de suppléments pour la santé des veines, et qu'ils coûtent environ 30 $/mois (Renseignements généraux, point 25).

Que conseilleriez-vous à Aïda si elle souhaite être orientée vers un autre médecin pour recevoir des injections aux veines?

Il serait utile de consulter les données probantes actuelles sur les injections endoveineuses (Renseignements généraux, points 29-31; tableau 4). Une échographie duplex permettrait de vérifier si elle présente une incompétence des veines saphènes, un point important pour les décisions en matière de traitement (Renseignements généraux, point 12). Si Aïda ne répond pas à la prise en charge conservatrice, mais qu'elle ne présente pas de changements cutanés, une intervention médicale endoveineuse (Renseignements généraux, point 29; tableau 4) pourrait être envisagée; toutefois, le coût de cette intervention serait probablement à sa charge (Renseignements généraux, points 29, 30).

Cas numéro 2 : George, 72 ans

Quels autres renseignements seraient utiles?

Il conviendrait de demander à George s'il présente :
- de nouveaux symptômes cardiaques ou respiratoires, et d'écarter tout changement de son état cardiaque comme une nouvelle fibrillation auriculaire (Renseignements généraux, point 6);
- des symptômes de claudication, mais il se pourrait que ce renseignement ne soit pas fiable, selon sa mobilité.

Il faudrait vérifier depuis combien de temps il prend ses médicaments et s'il a augmenté la dose de l'un d'entre eux (Renseignements généraux, point 14; tableau 1). Étant donné qu'il présente une coronaropathie, il faudrait vérifier si on lui a déjà prescrit un IECA, et s'il a arrêté de le prendre (Renseignements généraux, point 14). Étant donné que l'apnée du sommeil peut favoriser l'œdème, vous pourriez lui demander s'il utilise sa VPPC, pendant combien d'heures chaque nuit, et quand l'appareil a été étalonné pour la dernière fois (Renseignements généraux, point 8; annexe 1). Voir le module du PABP intitulé « Apnée du sommeil d'origine obstructive chez l'adulte » (encadré 1). Vous pourriez lui demander s'il dort en décubitus dorsal ou sur une chaise avec les jambes au sol.

Il serait important de procéder à un examen physique pour évaluer son état cardiorespiratoire et ses membres. Compte tenu de l'évolution de son état, il faudrait envisager de refaire les analyses de sang effectuées il y a trois mois (Renseignements généraux, point 11). Une échographie veineuse Doppler pourrait également être demandée pour exclure une TVP ou d'autres lésions obstructives (Renseignements généraux, point 12).

Deuxième partie

Que répondriez-vous à la demande de George?

Vous pourriez expliquer à George qu'il est peu probable que les diurétiques soulagent ses symptômes aux jambes (Renseignements généraux, point 27). Il conviendrait de préciser la raison pour laquelle on lui a initialement prescrit du furosémide, et de réfléchir à la possibilité d'arrêter ce traitement. Il faudrait envisager de discuter des facteurs susceptibles de favoriser l'œdème, notamment l'apnée du sommeil (Renseignements généraux, point 8; annexe 1), qui pourrait être soulagée par l'étalonnage de son appareil de VPPC.

Vous pourriez également discuter avec lui de stratégies comportementales telles que (Renseignements généraux, points 21, 22) :
- surélever les jambes;

Utilisation personnelle uniquement

- éviter les positions assises ou debout prolongées;
- réduire la consommation de sel.

Comment prendriez-vous en charge son œdème chronique aux jambes à court et à long terme?

Il conviendrait de revoir les médicaments de George pour déterminer s'ils contribuent à l'œdème :
- Vous pourriez déprescrire la gabapentine (tableau 1) et envisager d'autres options pour le soulagement de la douleur.
- Vous envisageriez de remplacer l'amlodipine par un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou d'ajouter un ARA à faible dose pour essayer d'atténuer tout œdème dû à l'amlodipine (Renseignements généraux, point 14).

Étant donné que George ne présente aucune contre-indication à la compressothérapie (Renseignements généraux, point 18), cette option pourrait lui être très bénéfique. Vous discuteriez des différents types de compressothérapie offerts et des dispositifs d'aide à l'enfilage pour déterminer ceux qui lui conviendraient le mieux (Renseignements généraux, point 17). Les bandages compressifs ajustables à bandes Velcro pourraient être plus faciles à appliquer et pourraient être resserrés après la diminution de l'œdème (Renseignements généraux, point 19; tableau 2).

Vous envisageriez de discuter de la perte pondérale, qui pourrait soulager ses symptômes (Renseignements généraux, point 21). Les interventions médicales seraient également une option (Renseignements généraux, point 28). Vous pourriez discuter de l'efficacité et des risques des différentes options avec George (Renseignements généraux, points 29-31; tableau 4).

Vous pourriez aussi vous renseigner sur les ressources de soins à domicile qui pourraient lui être utiles :
- Coordination avec son gestionnaire de cas pour la surveillance des changements cutanés préoccupants et l'optimisation des soins, l'objectif étant de prévenir les lésions cutanées
- Si ce service est offert, une infirmière à domicile pourrait effectuer le suivi ou encourager George à adhérer à la compressothérapie, trouver des produits efficaces et abordables pour la peau, et suggérer des formes de compressothérapie moins coûteuses (Renseignements généraux, points 16, 24)

Y a-t-il des services ou des médecins consultants dans votre communauté qui pourraient aider George à prendre en charge son œdème chronique aux jambes et à prévenir les lésions cutanées?

Vous vérifieriez les services offerts dans votre localité et mettriez George en contact avec les ressources adaptées. Les options varient selon la région et peuvent comprendre (Renseignements généraux, points 16, 28; tableau 2) :
- une consultation avec une infirmière spécialisée dans les soins des plaies;
- des bandages compressifs aux jambes à garder pendant trois jours (il faudra obtenir une demande de remboursement);
- une clinique de soins des plaies;
- une orientation en chirurgie vasculaire;
- la compression pneumatique intermittente;
- une chambre hyperbare.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

Utilisation personnelle uniquement

Auteure : **Zahra Bardai, M.D., M. Sc.S., CCMF (soins aux personnes âgées), FCMF**
Médecin de famille
Brooklin, Ontario

Réviseurs : **Chris Culligan, M.D., M. Sc., CCMF**
Médecin de famille
Associé des Canada Vein Clinics
Toronto, Ontario

Beverley Chan, M.D., FRCSC
Chirurgienne vasculaire
Oakville, Ontario

Rédacteurs en chef du contenu médical :
Stephen Marisette, M.D., MMEd, CCMF, FCMF
Médecin de famille
Markham, Ontario

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF (médecine des toxicomanies), FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Angela Eady, maîtrise en études légales, maîtrise en travail social
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Sarah Fraser (Halifax, Nouvelle-Écosse), Dawid Martyniak (London, Ontario) et Heather Taylor (Calgary, Alberta) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Joe Wiatrowski (Winnipeg, Manitoba) et Sara Sandwith (Comox, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Zahra Bardai, Stephen Marisette, Elizabeth Shaw et Angela Eady n'en ont déclaré aucun.

Beverley Chan a présidé le comité de l'information des patients de l'American Venous Forum en 2022.

Chris Culligan est spécialisé dans les traitements endoveineux et exerce dans les Canada Vein Clinics.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2023.

Utilisation personnelle uniquement

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : members.fmpe.org.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, contrôlées, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les données probantes provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) US Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

Utilisation personnelle uniquement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Largeau B, Cracowski JL, Lengellé C, Sautenet B, Jonville-Béra AP. Drug-induced peripheral oedema: an aetiology-based review. *Br J Clin Pharmacol.* 2021;87:3043-55. PMID 33506982
2. Patel H, Skok C, DeMarco A. Peripheral edema: evaluation and management in primary care. *Am Fam Physician.* 2022;106:557-64. PMID 36379502
3. Ortega MA, Fraile-Martínez O, García-Montero C, et al. Understanding chronic venous disease: a critical overview of its pathophysiology and medical management. *J Clin Med.* 2021;10. PMID 34362022
4. Szalay D, Chan B, Davidson D, et al. *Application of clinical practice guidelines for the management of varicose veins and chronic venous disease to Canadian practice. Part one: presentation, assessment and classification.* Ottawa: Canadian Society for Vascular Surgery;n.d.
5. Ratchford EV, Evans NS. Approach to lower extremity edema. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2017;19:16. PMID 28290004

6. Besharat S, Grol-Prokopczyk H, Gao S, Feng C, Akwaa F, Gewandter JS. Peripheral edema: a common and persistent health problem for older Americans. *PLoS One.* 2021;16:e0260742. PMID 34914717
7. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* 2005;15:175-84. PMID 15723761
8. Gasparis AP, Kim PS, Dean SM, Khilnani NM, Labropoulos N. Diagnostic approach to lower limb edema. *Phlebology.* 2020;35:650-5. PMID 32631171
9. BMJ. *BMJ best practice. Assessment of peripheral oedema.* London, UK: BMJ;2022.
10. Labropoulos N. How does chronic venous disease progress from the first symptoms to the advanced stages? A review. *Adv Ther.* 2019;36:13-9. PMID 30758741
11. Whelton A, Lefkowith JL, West CR, Verburg KM. Cardiorenal effects of celecoxib as compared with the nonsteroidal anti-inflammatory drugs diclofenac and ibuprofen. *Kidney Int.* 2006;70:1495-502. PMID 16941030
12. Curtis E, Fuggle N, Shaw S, et al. Safety of cyclooxygenase-2 inhibitors in osteoarthritis: outcomes of a systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging.* 2019;36:25-44. PMID 31073922
13. Liang L, Kung JY, Mitchelmore B, Cave A, Banh HL. Comparative peripheral edema for dihydropyridines calcium channel blockers treatment: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2022;24:536-54. PMID 35234349
14. Messerli FH. Vasodilatory edema: a common side effect of antihypertensive therapy. *Curr Cardiol Rep.* 2002;4:479-82. PMID 12379167
15. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:Cd007938. PMID 28597471
16. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:Cd011790. PMID 27684492
17. Iftikhar I, Ahmed M, Tarr S, Zyzanski SJ, Blankfield RP. Comparison of obstructive sleep apnea patients with and without leg edema. *Sleep Med.* 2008;9:890-3. PMID 18272425
18. Wang CS, FitzGerald JM, Schulzer M, Mak E, Ayas NT. Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? *JAMA.* 2005;294:1944-56. PMID 16234501
19. Udell JA, Wang CS, Tinmouth J, et al. Does this patient with liver disease have cirrhosis? *JAMA.* 2012;307:832-42. PMID 22357834
20. Feltner C, Wallace IF, Aymes S, et al. Screening for obstructive sleep apnea in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2022;328:1951-71. PMID 36378203
21. Ontario Health. *Use of B-type natriuretic peptide (BNP) and N-Termin proBNP (NT-proBNP) as diagnostic tests in adults with suspected heart failure: a health technology assessment.* Toronto, ON: Ontario Health;2021.
22. Carty GA, Steele JL, Clemens J. Standing versus supine evaluation for superficial venous reflux. *Journal for Vascular Ultrasound.* 2013;37(3):119-24. PMID 2004013205
23. Patel SK, Surowiec SM. Venous insufficiency. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
24. Makani H, Bangalore S, Romero J, Wever-Pinzon O, Messerli FH. Effect of renin-angiotensin system blockade on calcium channel blocker-associated peripheral edema. *Am J Med.* 2011;124:128-35. PMID 21295192
25. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. Editor's choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2022;63:184-267. PMID 35027279
26. Szalay D, Chan B, Davidson D, et al. *Application of clinical practice guidelines for the management of varicose veins and chronic venous disease to Canadian Practice. Part two: treatment, post-treatment follow up and ongoing management.* Ottawa, ON: Canadian Society for Vascular Surgery;n.d.
27. Bar L, Brandis S, Marks D. Improving adherence to wearing compression stockings for chronic venous insufficiency and venous leg ulcers: a scoping review. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:2085-102. PMID 34556978
28. Mosti G, Cavezzi A, Partsch H, Urso S, Campana F. Adjustable velcro compression devices are more effective than inelastic bandages in reducing venous edema in the initial treatment phase: a randomized controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;50:368-74. PMID 26160211
29. Houghton PE. The science behind ABPI. *Wound Care Canada.* 2019;17. PMID
30. Mosti G, Picerni P, Partsch H. Compression stockings with moderate pressure are able to reduce chronic leg oedema. *Phlebology.* 2012;27:289-96. PMID 22090466
31. Compression stockings for the prevention of venous leg ulcer recurrence: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2019;19:1-86. PMID 30828407

Utilisation personnelle uniquement

32. Azirar S, Appelen D, Prins MH, Neumann MH, de Feiter AN, Kolbach DN. Compression therapy for treating post-thrombotic syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;9:Cd004177. PMID 31531971

33. Alvarez OM, Markowitz L, Parker R, Wendelken ME. Faster healing and a lower rate of recurrence of venous ulcers treated with intermittent pneumatic compression: results of a randomized controlled trial. *Eplasty.* 2020;20:e6. PMID 32636985

34. Balcombe L, Miller C, McGuiness W. Approaches to the application and removal of compression therapy: a literature review. *Br J Community Nurs.* 2017;22:S6-s14. PMID 28961047

35. *Extremity elevation for the management of edema: clinical evidence and guidelines.* Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health;2010.

36. Davies HO, Popplewell M, Singhal R, Smith N, Bradbury AW. Obesity and lower limb venous disease - the epidemic of phlebesity. *Phlebology.* 2017;32:227-33. PMID 27178403

37. Shaalan W, El Emam A, Lotfy H, Naga A. Clinical and hemodynamic outcome of morbidly obese patients with severe chronic venous insufficiency with and without bariatric surgery. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2021;9:1248-56.e2. PMID 33540136

38. Sugerman HJ, Sugerman EL, Wolfe L, Kellum JM, Jr., Schweitzer MA, DeMaria EJ. Risks and benefits of gastric bypass in morbidly obese patients with severe venous stasis disease. *Ann Surg.* 2001;234:41-6. PMID 11460821

39. Vitale C, Lucchi M, Bissacco D, Bilancini S, D'Abate F, Santoliquido A. Expert consensus on the conservative management of patients with chronic venous disease in CEAP clinical classes C0s-C3 in Italy. *Phlebology.* 2020;35:316-24. PMID 31852345

40. He J, Ma F, Yao J, et al. Dietary effects on chronic venous disease. *Ann Vasc Surg.* 2023;88:257-67. PMID 35817383

41. Waters TR, Dick RB. Evidence of health risks associated with prolonged standing at work and intervention effectiveness. *Rehabil Nurs.* 2015;40:148-65. PMID 25041875

42. Jones WS, Vemulapalli S, Parikh KS, et al. *Treatment strategies for patients with lower extremity chronic venous disease (LECVD).* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US);2017.

43. Caggiati A, De Maeseneer M, Cavezzi A, Mosti G, Morrison N. Rehabilitation of patients with venous diseases of the lower limbs: state of the art. *Phlebology.* 2018;33:663-71. PMID 29361892

44. Araujo DN, Ribeiro CT, Maciel AC, Bruno SS, Fregonezi GA, Dias FA. Physical exercise for the treatment of non-ulcerated chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12:Cd010637. PMID 27914110

45. Orr L, Klement KA, McCrossin L, et al. A systematic review and meta-analysis of exercise intervention for the treatment of calf muscle pump impairment in individuals with chronic venous insufficiency. *Ostomy Wound Manage.* 2017;63:30-43. PMID 28873064

46. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Simancas-Racines D, et al. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11:Cd003229. PMID 33141449

47. Kakkos SK, Allaert FA. Efficacy of Ruscus extract, HMC and vitamin C, constituents of Cyclo 3 fort®, on improving individual venous symptoms and edema: a systematic review and meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials. *Int Angiol.* 2017;36:93-106. PMID 28225220

48. Hyder ON, Soukas PA. Chronic venous insufficiency: novel management strategies for an under-diagnosed disease process. *R I Med J (2013).* 2017;100:37-9. PMID 28459920

49. García-Carpintero E, Carmona M, Chalco-Orrego JP, González-Enríquez J, Imaz-Iglesia I. Systematic review and meta-analysis of endovenous cyanoacrylate adhesive ablation for incompetent saphenous veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8:287-96. PMID 31917181

50. Kolluri R, Chung J, Kim S, et al. Network meta-analysis to compare VenaSeal with other superficial venous therapies for chronic venous insufficiency. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders.* 2020;8(3):472-81.e3. PMID 2004934722

51. Kahn SR, Shrier I, Julian JA, et al. Determinants and time course of the postthrombotic syndrome after acute deep venous thrombosis. *Ann Intern Med.* 2008;149:698-707. PMID 19017588

Utilisation personnelle uniquement

ANNEXE 1. Diagnostic différentiel de l'œdème des jambes[2,5,8,9]

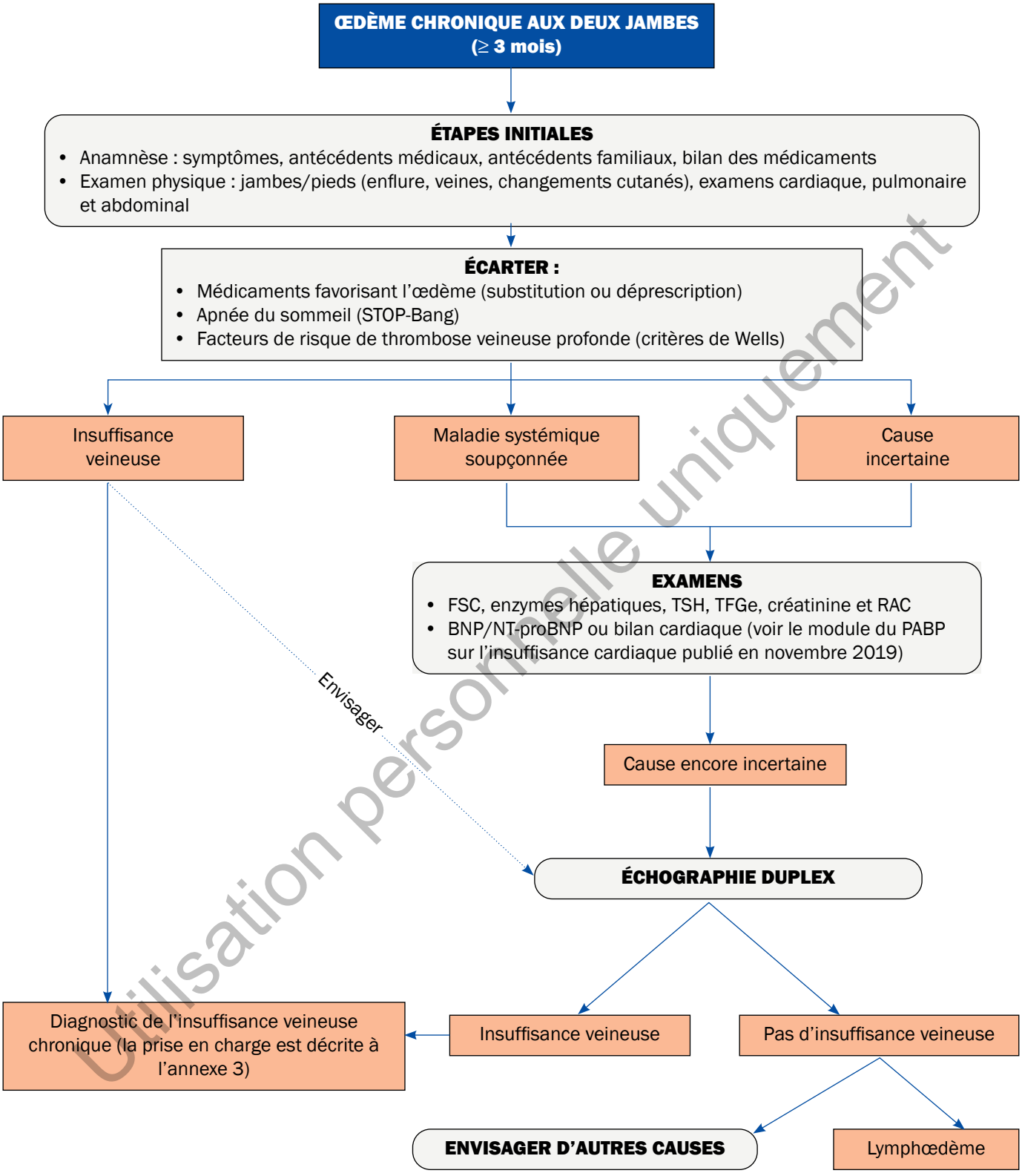
Diagnostic	Durée de la maladie	Résultats habituels de l'anamnèse ou de l'examen
Généralement bilatéral		
Insuffisance cardiaque	Aiguë ou chronique	• Orthopnée, dyspnée • Bruit cardiaque B3 • Réflexe abdomino-jugulaire, distension veineuse jugulaire
Cirrhose	Aiguë ou chronique	• Ascites • Angiomes stellaires
Maladie rénale	Aiguë ou chronique	• Modification de la fréquence mictionnelle ou de la couleur des urines • Protéinurie d'après l'analyse sur bandelette réactive
Médicaments	Aiguë ou chronique	• Voir le tableau 1
D'origine hormonale	Chronique	• Apparaît au cours du deuxième trimestre de grossesse ou 5 à 7 jours avant les menstruations
Hypertension pulmonaire	Chronique	• Antécédents de MPOC, d'emboles pulmonaires ou d'apnée du sommeil • Anomalie à l'examen pulmonaire (respiration sifflante ou râles) • Ascites • Hépatomégalie • Pression veineuse jugulaire élevée
Lipœdème (accumulation excessive de tissu adipeux sous-cutané)	Chronique	• Hypertrophie adipeuse symétrique pouvant avoir une consistance molle mais élastique (comme de la pâte) • Les pieds sont généralement épargnés. • Douleur aux jambes • Les membres inférieurs peuvent être sensibles à la palpation
Apnée du sommeil d'origine obstructive	Chronique	• Ronflement • Pauses respiratoires pendant le sommeil • Somnolence diurne
Maladie thyroïdienne	Chronique	• Œdème qui ne prend pas le godet • Intolérance à la chaleur, fatigue, perte pondérale (maladie de Graves)
Thrombose veineuse profonde proximale (p. ex., thrombose de la veine cave inférieure – rare)	Aiguë	• Dilatation des veines abdominales superficielles parfois présente • Lourdeur, douleur, enflure et crampes • Les symptômes peuvent également inclure des douleurs à l'abdomen, à la région latérale ou au dos
Généralement unilatéral		
Thrombose veineuse profonde	Aiguë	• Érythème, sensibilité à la palpation
Thrombose d'une veine superficielle	Aiguë	• Érythème, sensibilité à la palpation
Rupture d'un kyste de Baker	Aiguë	• Parfois, ecchymoses en forme de croissant au niveau de la cheville
Infection (cellulite)	Aiguë	• Érythème, sensibilité à la palpation
Unilatéral ou bilatéral		
Insuffisance veineuse chronique	Chronique	• En général, œdème qui prend le godet • Les changements cutanés associés aux stades avancés de la maladie peuvent inclure la dermatite de stase, l'hyperpigmentation, l'ulcération de la zone médiane de la cheville, la lipodermatosclérose • Les patients ressentent une douleur et une lourdeur aux membres • Possibilité d'un prurit, d'engourdissements, d'impatiences dans les jambes la nuit • S'aggrave après une position assise ou debout prolongée
Lymphœdème (la forme bilatérale est plus fréquente)	Chronique	• Défini par une enflure des tissus causée par des perturbations du drainage lymphatique • Peut être primaire ou secondaire (consécutif à une radiothérapie ou à une intervention chirurgicale aux membres) • Enflure de consistance caoutchouteuse et indolore qui s'étend jusqu'au dos du pied et aux orteils • Ne disparaît pas du jour au lendemain • ***Initialement***—*il peut s'agir d'une légère enflure prenant le godet initialement* • ***Ultérieurement***—changements cutanés (hyperkératosique, verruqueux); œdème qui ne prend pas le godet
Syndrome post-thrombotique (symptômes et signes veineux chroniques résultant de la TVP et de ses séquelles : jusqu'à 50 % des patients atteints de TVP à 2 ans)[51]	Chronique	• Symptômes aux jambes (douleur, crampes, lourdeur, prurit, paresthésie) • Douleur à la compression du mollet • Œdème prétibial • Changements cutanés (induration, hyperpigmentation, érythème) • Nouvelles ectasies veineuses

Orange = cause la plus fréquente. TVP : thrombose veineuse profonde

Utilisation personnelle uniquement

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2023

ANNEXE 2. Évaluation de l'œdème chronique aux deux jambes



Utilisation personnelle uniquement

Source : Patel H, Skok C, DeMarco A. Peripheral edema: evaluation and management in primary care. *Am Fam Physician*. 2022;106:557-64

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2023

ANNEXE 3. Prise en charge de l'œdème des jambes dû à l'insuffisance veineuse chronique (IVC)

Compressothérapie :

CONDITIONS :
Pression à la cheville > 60 mm Hg et indice t:b > 0,6

VOIR :
Le feuillet destiné aux patients

- Pression à 30-40 mm Hg pour l'œdème, la douleur et l'ulcération dus à l'IVC
- Pression à 20-30 mm Hg pour les varices sans autres symptômes
- Envisager d'autres possibilités pour les patients qui ne tolèrent pas les bas de contention (p. ex., diminuer la pression; substituer des vêtements compressifs ajustables ou des bandages élastiques)
- ***Contre-indications :*** maladie artérielle périphérique sévère, insuffisance cardiaque sévère, allergie aux matières utilisées pour la compressothérapie, neuropathie diabétique grave, pontage artériel aux jambes

Remarque : De l'information complémentaire est fournie à l'annexe 4 du module du PABP intitulé « Soins des plaies : ulcérations chroniques aux membres inférieurs » (mai 2023) disponible au https://members.fmpe.org/.

Modifications comportementales :

TENIR COMPTE :
De la situation du patient et des obstacles à son observance (p. ex., restrictions de sa mobilité)

- Pratique d'une activité physique (p. ex., aérobie, pompage musculaire des mollets)
- Surélever les jambes
- Éviter de rester debout ou assis longtemps dans la même position
- Perdre du poids si nécessaire
- Consommer moins de sel

Médicaments vasoactifs :

TENIR COMPTE :
Du coût : les agents phlébotoniques sont en vente libre

Agents phlébotoniques

- À utiliser avec la compressothérapie en cas d'insuffisance veineuse
- En vente libre (vendus comme suppléments pour la santé veineuse; env. 30 $/mois)
- Ingrédients :
  - Fraction flavonoïque purifiée micronisée (p. ex., Venixxa)
  - Graines de marron d'Inde
  - Dobésilate de calcium
  - Rutosides
  - Extrait de Ruscus
  - Aminaftone

Soutien psychologique et soins coordonnés

ADRESSER LES PATIENTS :
- En chirurgie vasculaire si les symptômes persistent ou s'aggravent
- Vers d'autres services de soins de santé et de soutien communautaire, selon le cas (p. ex., soins infirmiers à domicile, clinique de soins des plaies)

Utilisation personnelle uniquement

Indice t:b : indice tibio-brachial

Sources : 1) De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 clinical practice guidelines on the management of chronic venous disease of the lower limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022;63:184-267; **2)** Health Canada. *Health Canada Drug Product Database*. https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/; **3)** Szalay D, Chan B, Davidson D, et al. *Application of clinical practice guidelines for the management of varicose veins and chronic venous disease to Canadian practice. Part two: treatment, post-treatment follow-up and ongoing management*. Ottawa, ON: Canadian Society for Vascular Surgery;n.d.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2023

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Œdème des jambes (enflure des jambes)

QU'EST-CE QUI CAUSE L'ENFLURE DES JAMBES?

Les jambes peuvent enfler lorsque du liquide s'accumule dans les tissus et n'en sort pas. Voici quelques raisons de cet excès de liquide :

- Les veines des jambes ne parviennent pas à pomper correctement le sang pour le ramener vers le cœur.
- L'enflure est causée par un médicament.
- L'enflure est causée par une affection sous-jacente (p. ex., troubles cardiaques, hépatiques ou rénaux).

QU'EST-CE QUI PEUT CONTRIBUER À RÉDUIRE L'ENFLURE DES JAMBES?

Votre professionnel de la santé discutera avec vous des médicaments à modifier à cause de l'enflure des jambes.

Voici d'autres façons de réduire l'enflure et la douleur :

- Porter des chaussettes, des bas ou des bandages qui exercent une pression de soutien aux jambes et facilitent le retour du sang vers le cœur. C'est ce qu'on appelle la compressothérapie, qui est essentielle au traitement de l'enflure et de la douleur aux jambes.
- Un supplément pour la santé des veines. Il peut être bénéfique lorsqu'il est pris avec la compressothérapie; son coût est d'environ 30 $ par mois.
- Changements quotidiens que vous pouvez adopter :
  - Maintenez les jambes surélevées lorsque vous le pouvez.
  - Ne restez pas assis ou debout trop longtemps dans la même position.
  - Consommez moins de sel.
  - Pratiquez une activité physique ou bougez davantage. L'activité peut faciliter la circulation sanguine et la gestion du poids.

COMMENT UTILISER LA COMPRESSOTHÉRAPIE?

- Portez vos bas de contention tous les jours, sauf lorsque vous dormez.
- Si vous trouvez les bas de contention trop difficiles à porter, parlez-en à votre professionnel de la santé :
  - Il en existe différents types; vous pourriez en trouver d'autres plus faciles à porter.
  - Vous pouvez utiliser des gants en caoutchouc ou un dispositif d'enfile-bas pour faciliter l'enfilage et le retrait des bas de contention.
  - Vous trouverez une variété de styles et de couleurs pour rehausser votre apparence.

CONSEILS IMPORTANTS

1. La prise de mesures la première fois que vous commandez des bas de contention permet de vous assurer qu'ils seront bien ajustés et confortables.
2. Une fois que l'enflure des jambes diminue, il pourrait être nécessaire d'ajuster vos bas de contention en conséquence pour maintenir un bon soutien.

REMARQUES

Utilisation personnelle uniquement

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org**

Novembre 2023

Image: Créée par Eve Best (Creative Commons)

La Fondation pour l'éducation médicale continue