

FICHE

Critères d'orientation d'un patient avec maladie veineuse chronique vers la réadaptation vasculaire

Validée par le Collège le 17 octobre 2024

L'essentiel

- La maladie veineuse chronique (MVC) est définie comme « toute anomalie morphologique et fonctionnelle du système veineux de longue durée se manifestant par des symptômes et/ou des signes indiquant la nécessité d'une investigation et/ou de soins ».
- La classification clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique (CEAP) permet de décrire la MVC en sept stades cliniques C0 à C6 (tableau 1). Le terme « insuffisance veineuse chronique » (IVC) est réservé aux stades avancés de la MVC et s'applique aux anomalies fonctionnelles du système veineux (C3 à C6).
- La réadaptation cardiaque et vasculaire (ReCV) est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté. Elle vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme.
- La réadaptation veineuse concerne les patients avec une insuffisance veineuse chronique (CEAP 3 à 6).
- La réadaptation veineuse correspond à la coordination de plusieurs éléments : une ETP, des thérapies physiques, une APA, et un support psychosocial.
- La réadaptation vasculaire peut être réalisée en ville ou en hospitalisation de jour en SMR vasculaire.
- Concernant les patients pris en charge en SMR, l'**ETP** est intégrée dans le programme d'hospitalisation. Concernant les patients pris en charge en autonomie ou en kinésithérapie libérale, l'**ETP** peut être assurée par les professionnels de santé libéraux ou des associations d'usagers, ou par les services de médecine et de chirurgie vasculaire.
- Le stade C6 de la MVC nécessiterait une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle expérimentée. Ces équipes n'existent pas en 2024, mais leur création serait souhaitable afin de faciliter la cicatrisation des ulcères et de prévenir leur récurrence.

Tableau 1. Classification CEAP – Résumé de la classification clinique pour les maladies veineuses chroniques mise à jour en 2020 (on ajoute le descripteur a (asymptomatique) ou s (symptomatique) selon la présence ou l'absence de symptômes veineux)

Classe C	Description
C0	Pas de signe visible ou palpable de maladie veineuse
C1	Télangiectasies ou veines réticulaires
C2	Veines variqueuses
C2r	Veines variqueuses récidivantes
C3	Œdème
C4	Modifications cutanées ou tissulaires sous-cutanées secondaires à une affection veineuse chronique
C4a	Pigmentation ou eczéma
C4b	Hypodermite (lipodermatosclerosis) ou atrophie blanche
C4c	Corona Phlebectatica
C5	Ulcère veineux cicatrisé
C6	Ulcère veineux actif
C6r	Ulcère veineux récidivant

Préambule

Selon l'instruction n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation, les SMR ont une mission d'hospitalisation post-aiguë et subaiguë pour des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, et/ou des actes diagnostiques, en amont ou en aval des hospitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Différents modes de séjour sont proposés en SMR : hospitalisation complète (avec hébergement) possible également à temps partiel, hospitalisation de jour (à temps partiel ou sur un rythme quotidien, avec retour au domicile après les soins).

Pour tenir compte de l'offre existante ne permettant pas la prise en charge en SMR vasculaire de tous les patients avec MVC, la HAS a proposé une stratégie alternative de réadaptation vasculaire visant à préciser les profils de patients pouvant avoir une réadaptation en ville.

L'orientation des patients avec MVC en réadaptation vasculaire

Algorithme

Orientation en réadaptation vasculaire d'un patient avec maladie veineuse chronique symptomatique

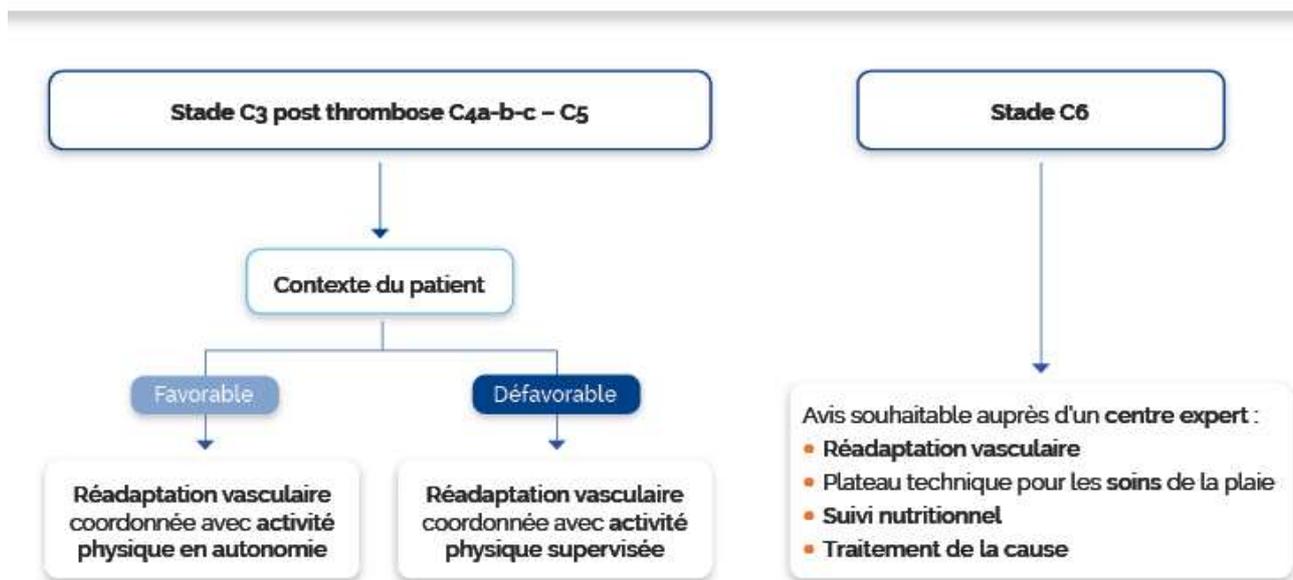


Figure. Orientation vers la réadaptation vasculaire d'un patient atteint d'une maladie veineuse chronique symptomatique

Critères d'orientation en réadaptation veineuse

Les critères qui suivent ont été définis afin d'orienter les décisions et d'uniformiser les éléments clés qui devraient être pris en compte dans la prise de décision en matière de réadaptation cardiaque et vasculaire chez chaque patient.

La réadaptation veineuse concerne les patients avec une insuffisance veineuse chronique (CEAP 3 à 6). Elle est adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient. Elle dépend non seulement du stade et de la sévérité des lésions veineuses, mais aussi de l'âge, des déficits moteurs, des comorbidités et des conditions psychosociales. Les comorbidités susceptibles d'influencer le retour veineux sont prises en compte et traitées dans la mesure du possible (obésité, insuffisance cardiaque ou respiratoire, insuffisance rénale et troubles métaboliques, maladies neurologiques, musculaires ou articulaires et enfin, lésions cutanées). Les protocoles de réadaptation sont élaborés en tenant compte des troubles cardiorespiratoires, squelettiques, neuromusculaires et psychosociaux de chaque patient qui peuvent constituer des freins à la pratique d'une activité physique en autonomie et nécessiter une supervision de cette dernière.

La réadaptation veineuse dans le cadre de la MVC correspond à la coordination de plusieurs éléments.

- L'éducation thérapeutique du patient : elle vise l'optimisation du niveau d'activité physique et d'autogestion, l'amélioration de la qualité de vie, la modification du mode de vie (promenades fréquentes, utilisation de semelles, évitement de la station debout prolongée, repos avec les jambes légèrement surélevées, évitement de l'exposition à la chaleur), la lutte contre le surpoids et l'obésité, et une plus grande adhésion aux traitements (en particulier à l'utilisation des dispositifs de compression).
- Les thérapies physiques mises en œuvre par les masseurs-kinésithérapeutes ont pour objectif :
 - d'optimiser l'efficacité de la pompe veineuse surale ;
 - d'optimiser la pompe veineuse plantaire ;
 - d'assurer le bon fonctionnement de l'articulation de la cheville ;
 - de mettre en place des exercices globaux comme la marche.
- L'APA : son objectif est de faciliter le retour veineux en augmentant la force des muscles et la mobilité des articulations impliquées dans les mécanismes de pompage du sang veineux des membres inférieurs. Elle est adaptée aux capacités, besoins et envies du patient, et supervisée par un professionnel de l'APA (soit un professionnel de santé : un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien ; soit un enseignant APA-S qui n'est pas un professionnel de santé, mais qui est titulaire au minimum d'une licence mention STAPS « activité physique adaptée et santé »).
- L'ergothérapie, notamment chez les patients présentant des stades C4 ou plus qui peuvent être gênés dans leur autonomie : une réflexion sur le poste de travail d'une personne peut avoir un impact sur l'évolution de sa pathologie via la limitation de la position assise et de la position debout avec piétinement.
- Le support psychosocial : la dépression et le statut socio-économique inférieur sont associés à un retard de guérison des ulcères (stade C6). La mise en œuvre de mesures de soutien psychologique et de support social peut être nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance veineuse chronique sévère.

Une évaluation du contexte du patient permet d'identifier la présence d'un frein à la réalisation d'une réadaptation vasculaire en ambulatoire et imposer une orientation vers un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète. Il s'agit des patients chez qui le risque de non-adhésion à la réadaptation avec activité physique en autonomie est important :

- les patients décrivant un environnement défavorable, notamment un entourage humain décrit comme délétère (par exemple, la présence d'addiction alcoolique). L'objectif de cette orientation est de sortir le patient de son environnement habituel, afin de lui permettre de s'inscrire dans une pratique d'activité physique et de rééducation vasculaire ;
- les patients atteints de déficiences multiples, qu'elles soient physiques (autre douleur chronique, autre faiblesse musculaire, etc.), nutritionnelles (dénutrition ou obésité) ou psychiques (syndrome anxieux ou syndrome dépressif évalué par questionnaire HADS).

Les patients avec une déficience nutritionnelle isolée sont orientés vers une diététicienne ou nutritionniste.

Les patients présentant des troubles psychiques isolés sont orientés vers un psychologue ou un psychiatre.

Les patients présentant un frein physique isolé, ou bien un frein motivationnel, ou décrivant un environnement géographique inadapté à la pratique de la marche sont orientés vers un kinésithérapeute.

Le stade C6 de la MVC nécessiterait une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle expérimentée (médecin et chirurgien vasculaires, IDE plaies et cicatrisation, médecin spécialiste de MPR, dermatologue, médecin généraliste, gériatre, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, EAPA, diététicien... ; liste non exhaustive, composition variable selon les territoires). Ces équipes n'existent pas en 2024, mais leur création serait souhaitable afin de faciliter la cicatrisation des ulcères et de prévenir leur récurrence.