Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



# MISE AU POINT CONCERNANT les COMMENTAIRES sur la CURE CHIVA dans l'ARTICLE des Drs P. PITTALUGA et S. CHASTANET : « TECHNIQUE et TRAITEMENT des VARICES : COMMENT CHOISIR ? »

*PHLÉBOLOGIE 2008 ; 61 : 179-85*

## REMARK CONCERNING the COMMENTS on the CHIVA METHOD in the ARTICLE by P. PITTALUGA and S. CHASTANET: « TECHNIQUE and TREATMENT of VARICES : HOW to CHOOSE ? »

L'acronyme CHIVA signifie cure Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire et non pas, comme il y est écrit, *« la cure conservatrice et Hémodynamique des varices en Ambulatoire »* car l'insuffisance veineuse ne se réduit pas aux varices qui n'en sont qu'un symptôme inconstant. La cure CHIVA traite les varices comme les autres symptômes en corrigeant le désordre hémodynamique qui les cause, c'est-à-dire en rétablissant un contrôle du fractionnement de la colonne de pression hydrostatique et en supprimant la surcharge énergétique par déconnection des shunts mais aussi en respectant, et donc en conservant, les veines variqueuses ou non qui drainent les tissus afin d'éviter non seulement la souffrance des tissus ainsi privés de drainage, mais aussi pour prévenir la récidive par développement variqueux « obligé » de collatérales vicariantes.

Le retour à la « normale » du calibre des varices prend ainsi de quelques jours à quelques semaines selon les cas, le patient en étant averti. Afin de supprimer ce délai de « guérison esthétique », on peut être tenté de hâter cette « normalisation esthétique » par des phlébectomies. Nous ne les conseillons que si elles intéressent des veines variqueuses non drainantes. Le recours aux éveinages tels que cités dans l'article n'est donc réalisé que dans ces conditions hémodynamiques favorables, comme déjà écrit dans l'ouvrage princeps de la cure CHIVA en 1988 [1]. L'article dit encore que la cure CHIVA a *« récemment »* évolué avec le CHIVA 2. Cela n'est pas exact car CHIVA 2 était expliqué il y a longtemps déjà, en 1993, dans l'édition anglaise du livre princeps édité lui-même en 1988 [1, 2]. L'article dit encore que la CHIVA 2 *« remettrait totalement en cause le principe même de la cure CHIVA »*. CHIVA 2 concerne les configurations cartographiques appelées shunt type III et déjà décrits en 1988. Le shunt est dit de type III quand le point de fuite est situé à la jonction saphéno-fémorale *(Fig. 1a)* et que le reflux diastolique emprunte successivement par voie rétrograde un segment de hauteur variable du tronc saphénien (R2) *(Fig. 1b)* puis une branche affluente incontinente (R3) *(Fig. 1c)* avant de ré-entrer dans le réseau profond (R1) *(Fig. 1p)* par une perforante extra-tronculaire *(Fig. 1h)*, sans autre perforante tronculaire de ré-entrée intermédiaire. Le shunt type III est dit fermé car le sang circule en circuit fermé. En effet, pendant la diastole, le sang profond, aspiré par la pompe du mollet, emprunte par voie rétrograde le point de fuite puis le réseau superficiel et retourne enfin par la réentrée dans le réseau profond. Dans ce cas, la simple déconnection saphéno-fémorale *(Fig. 2)* donne un résultat fonctionnel et esthétique incomplet car on laisse une colonne de pression hydrostatique encore trop élevée *(Fig. 2e)* de même qu'un shunt type II (fuite de R2 dans R3) surchargé par tout ou partie du flux saphénien, mais sans effet de shunt fermé car il n'existe pas de reflux depuis le réseau profond *(Fig. 1p)*. La déconnection simultanée du point de fuite saphéno-fémoral et de R3 à sa jonction avec R2 *(Fig. 6)* donnerait un bon résultat esthétique immédiat mais, comme on a supprimé les voies de drainage, on prend le risque de récidive par varices vicariantes *(Fig. 7g)*. CHIVA 2 consiste donc, en cas de shunt type III, à déconnecter dans un premier temps le R3 refluant à sa jonction avec R2 *(Fig. 3)*. Cela a pour effet de supprimer complètement le reflux du tronc saphénien et l'effet de shunt fermé. Cette première étape peut suffire à long terme pour maintenir un bon résultat. Mais, comme cette première étape a réduit seulement partiellement la hauteur de la colonne de pression hydrostatique, dans nombre de cas une perforante de ré-entrée intermédiaire peut s'activer *(Fig. 4)*, permettant ainsi de nouveau le reflux et aboutissant à un shunt type I (point de fuite saphéno-fémoral, reflux

**1.** C. Franceschi Explorations fonctionnelles vasculaires, Hôpital Saint-Joseph, 185, avenue Raymond Losserand 75014 PARIS.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol.61, n°4/2008, p.428-439

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



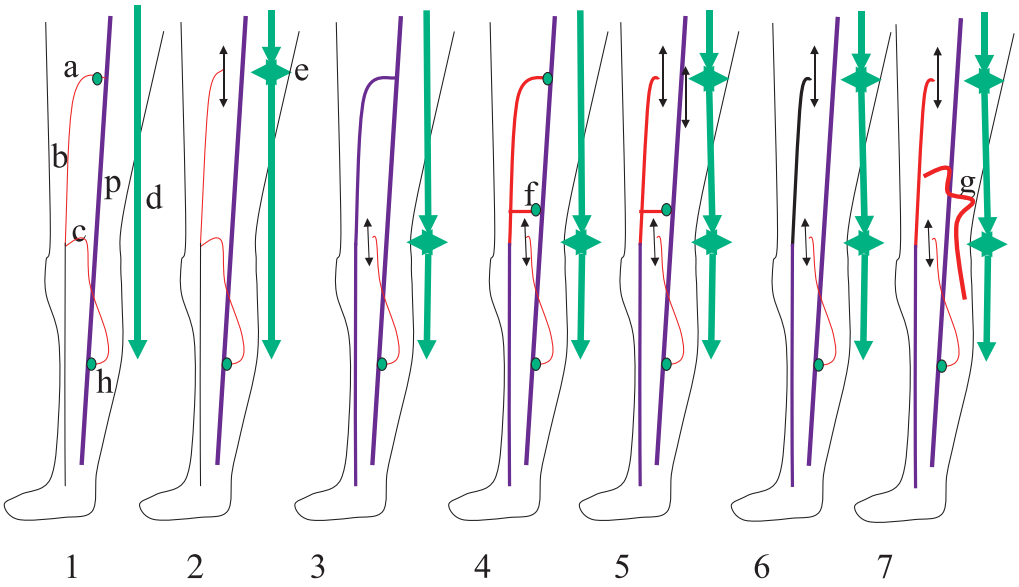



*Fig. 1 à 7. – Shunt type III : hémodynamique pré et post-thérapeutique*
*a : point de fuite fémoro-saphénien ; b : segment R2 de tronc saphénien de cuisse incontinent ;*
*c : branche R3 incontinente se drainant dans la perforante de ré-entrée au niveau de la jambe ;*
*d : hauteur de la colonne de pression hydrostatique non fractionnée ; e : fractionnement de la colonne de pression hydrostatique ;*
*f : perforante de ré-entrée développée au niveau de b ; g : évolutivité variqueuse par collatérale de suppléance due à l'absence de ré-entrée*

*1 : shunt type III en place. 2 : déconnection isolée en a. 3 : déconnection isolée en c (premier temps CHIVA 2). 4 : développement de f.*
*5 : déconnexion en a (deuxième et dernier temps de CHIVA 2). 6 : déconnection simultanée en a et c en l'absence de ré-entrée ;*
*f : procédure non drainante. 7 : évolutivité de la procédure non drainante*

tronculaire avec ré-entrée par une perforante tronculaire) que l'on devra alors déconnecter afin de compléter la cure CHIVA dans un deuxième temps *(Fig. 5)*. L'article signale des déçus et des adeptes. Combien de déçus en raison de *« mauvais »* résultats d'une méthode mal appliquée parce que mal comprise et mal comprise parce qu'insuffisamment étudiée ? Combien d'adeptes en France ? Très peu. Mais il y en a bien plus en Italie, en Allemagne, en Amérique du Sud et en Espagne et bientôt peut-être aux USA où nous sommes sollicités pour enseigner par l'American College of Phlebology. Notons que le registre des hôpitaux publics espagnols relève une progression annuelle des traitements de l'insuffisance veineuse par cure CHIVA, atteignant en 2006 le chiffre de 45 %. Notons aussi que cette méthode est enseignée de manière approfondie à l'Université (contre 1 à 2 heures au DU français de Phlébologie). Comme la CHIVA, l'ASVAL a le mérite de conserver les troncs saphéniens, c'est-à-dire de préserver le capital veineux si précieux et vital en cas de besoin pour pontage. Contrairement à la CHIVA, ASVAL applique indistinctement le premier temps de CHIVA 2, non seulement aux shunts type III mais à toutes les autres configurations. Il est aussi dit dans l'article que les résultats sont contrastés en se référant à deux études qualifiées *« de très bonne méthodologie avec d'excellents résultats »*, publiées en 2003 et 2004, contre de mauvais résultats rapportés à un article de G. Franco (1992) qui ne rapporte aucune étude mais se livre seulement à une critique du concept de la cure CHIVA. Je rajoute aux deux études favorables une troisième [3] et une quatrième [4] randomisée avec observateur indépendant portant sur les résultats comparatif CHIVA versus stripping, qui vient confirmer les deux premières en donnant deux fois moins de récidives variqueuses à 10 ans. Une cinquième [5] vient conforter cette dernière. En revanche, nous ne pouvons qu'agréer à ce que suggère l'article, à savoir que *« la complexité conceptuelle et de mise en œuvre de la CHIVA serait peut-être à l'origine de mauvais résultats dont certains ont fait l'expérience »*. Sauf que notre expérience d'enseignant nous a montré que cette complexité disparaît quand on a fait l'effort de comprendre. La méthode restera mal comprise tant qu'elle ne sera pas correctement expliquée dans les articles s'y référant, qu'elle ne sera pas enseignée complètement (donc apprise) tant à l'Université que dans les différentes Sociétés de Phlébologie, d'Angiologie et de chirurgie. Nous sommes très fréquemment sollicités à dispenser cet enseignement dans de nombreux pays… sauf en France ! Est-ce là l'explication des résultas *« contrastés »* des études entre la France et l'étranger ?

*Claude FRANCESCHI et Amine BAHNINI*

## RÉFÉRENCES

**1.** Franceschi C. Théorie et pratique de la cure Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire. Éditions de l'Armançon, 1988, Précy-sous-Thil.

**2.** Franceschi C. Theory and practice of the Conservative Haemodynamic cure of Incompetent and Varicose veins in Ambulatory patients. Éditions de l'Armançon, 1993, Précy-sous-Thil.

Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



**3.** Iborra-Ortega E., Barjau-Urrea E., Vila-Coll R., Ballón-Carazas H., Cairols-Castellote M.A. Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las varices de las extremidades inferiores : resultados tras cinco años de seguimiento. *Angiologia* 2006 ; 58 : 459-68.

**4.** Carandina S., Mari C., De Palma M., Marcellino M.G., Cisno C., Legnaro A., Liboni A., Zamboni P. Varicose vein stripping versus haemodynamic correction (CHIVA) : a long term randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008 ; 35 : 230-7.

**5.** Parès O., Juan J., Moreno C., Téllez R., Codony I., Mata A., Quer X., Roca J. Randomized clinical trial on surgical techniques for the treatment of varicose veins in legs : non conservative treatment compared to a conservative one (CHIVA). Five years follow-up [ISRCTN52861672]. Abstract (CHIVALAB on Line VASCULAB 2007). En cours de publication.

## COMMENTAIRE DU DOCTEUR P. PITTALUGA

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Sans rentrer à nouveau dans les détails d'une querelle qui n'apportera rien, il existe une différence conceptuelle majeure (que maintenant beaucoup de vos lecteurs ont comprise) entre la démarche CHIVA et l'approche ASVAL : pour la CHIVA, c'est le trouble hémodynamique qui est responsable de l'insuffisance veineuse alors que, dans l'ASVAL, c'est la formation de varices au niveau du réseau supra-fascial qui crée la perturbation hémodynamique et les signes et symptômes de l'insuffisance veineuse. Contrairement à la CHIVA, nous ne considérons pas que la varice soit une entité à respecter. De nombreuses études étio-pathogéniques montrent qu'il existe au niveau des veines variqueuses des modifications pariétales anatomiques et biochimiques avec des valves saines [1-5] et rapportent que l'on retrouve des segments veineux dilatés entre deux valves continentes [6, 7] et que l'évolution de la maladie variqueuse peut se faire de façon multifocale sans logique hémodynamique initiale [8, 9]. Tout cela plaide en faveur de l'origine de la maladie variqueuse (dans sa forme la plus courante) au niveau d'une faiblesse tissulaire de la paroi veineuse, avant l'apparition de troubles hémodynamiques systématisés. C'est ce qui pousse Labropoulos à affirmer que *« les modifications veineuses pariétales peuvent apparaître dans n'importe quel segment veineux, quelles que soient sa localisation et la qualité de ses valvules »* [8].

L'opposition entre CHIVA et ASVAL est une question de conviction. Il n'existe pas aujourd'hui de preuve formelle qui disqualifie l'une ou l'autre de ces approches. Les études cliniques citées par le Dr Franceschi sont très peu nombreuses (et pour certaines très critiquables) depuis 20 ans. On aurait pu s'attendre à plus de productivité de la part des partisans de la CHIVA pour fournir de nombreuses études appuyant leurs convictions (inébranlables) depuis tant d'années. A moins qu'il ne s'agisse d'une vérité révélée qui ne doive susciter que l'adhésion ou le rejet. L'incapacité de compréhension du concept par la majorité des médecins français qui traitent les varices est tout sauf une preuve scientifique. On parle peut-être plus de la CHIVA dans certains pays européens car il s'y trouve des porte-parole efficaces, mais tous les experts internationaux reconnaîtront que la CHIVA n'est devenue prééminente dans aucun pays du monde alors qu'elle est présentée comme une solution universelle. C'est plutôt rassurant pour le niveau intellectuel des Français… Ou inquiétant pour celui des phlébologues et chirurgiens en général.

La maladie variqueuse est complexe ; elle doit nous rendre humble car nous sommes tous confrontés à des échecs, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer de comprendre. Finalement, il faut probablement raisonner simplement au départ : traiter des varices, c'est d'abord les supprimer ; améliorer l'hémodynamique, c'est peut-être respecter en première intention la veine principale du drainage veineux superficiel.

Pour autant, des études sont nécessaires pour apporter des arguments dans ce sens. Nous essayons modestement d'y travailler et si, dans 20 ans, personne ne fait de l'ASVAL, ce sera la preuve que l'ASVAL était une erreur.

En vous remerciant de bien vouloir publier ce courrier.

Bien cordialement.

*Paul PITTALUGA*

## RÉFÉRENCES

**1.** Jurukova Z., Milenkov C. Ultrastructural evidence for collagen degradation in the walls of varicose veins. *Exp Mol Pathol* 1982 ; 37 : 37-47.

**2.** Rose S.S., Ahmed A. Some thoughts on the aetiology of varicose veins. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1986 ; 27 : 534-43.

**3.** Porto L.C., da Silveira P.R., de Carvalho J.J., Panico M.D. Connective tissue accumulation in the muscle layer in normal and varicose saphenous veins. *Angiology* 1995 ; 46 : 243-9.

**4.** Gandhi R.H., Irizarry E., Nackman G.B., Halpern V.J., Mulcare R.J., Tilson M.D. Analysis of the connective tissue matrix and proteolytic activity of primary varicose veins. *J Vasc Surg* 1993 ; 18 : 814-20.

**5.** Lengyel I., Acsády G. Histomorphological and pathobiochemical changes of varicose veins. A possible explanation of the development of varicosis. *Acta Morphol Hung* 1990 ; 38 : 259-67.

**6.** Psaila J.V., Melhuish J. Viscoelastic properties and collagen content of the long saphenous vein in normal and varicose veins. *Br J Surg* 1989 ; 76 : 37-40.

**7.** Clarke H., Smith S.R., Vasdekis S.N., Hobbs J.T., Nicolaides A.N. Role of venous elasticity in the development of varicose veins. *Br J Surg* 1989 ; 76 : 577-80.

**8.** Labropoulos N., Giannoukas A.D., Delis K., Mansour M.A., Kang S.S., Nicolaides A.N., Lumley J., Baker W.H. Where does venous reflux start ? *J Vasc Surg* 1997 ; 26 : 736-42.

**9.** Labropoulos N., Leon L., Kwon S., Tassiopoulos A., Gonzalez-Fajardo J.A., Kang S.S., Mansour M.A., Littooy F.N. Study of the venous reflux progression. *J Vasc Surg* 2005 ; 41 : 291-5.