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

Phlébologie Annales vasculaires 2010, 63, 4, p. 56-58

Société Française de Phlébologie
Société Canadienne de Phlébologie
Canadian Society of Phlebology

La classification CEAP. Analyse critique en 2010.

CEAP Classification. 2010 Critical Analysis.

Perrin M.

Résumé

La classification CEAP est devenue obligatoire dans les publications sur la maladie veineuse chronique veineuse.

En pratique quotidienne, il semble qu'elle soit moins utilisée, en particulier dans les formes les moins sévères.

Une revue des qualités et de ses manques est analysée pour chacune de ses 4 rubriques.

Mots-clés : *classification CEAP, affections veineuses chroniques, maladie veineuse chronique.*

Summary

The use of CEAP classification is nowadays compulsory in chronic venous disease publication.

In daily practice it looks that the classification is less used, particularly for describing CEAP lower clinical class patients.

A review of the qualities and inadequacies of the four CEAP classification components is given.

Keywords: CEAP classification, chronic venous disorders, chronic venous disease.

Introduction

La classification CEAP (clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique) avait fait l'objet d'une révision en 2004 [1]. Celle-ci avait été traduite en langue française dans **Phlébologie Annales vasculaires** [2].

Six ans plus tard, quel jugement peut-on porter sur la CEAP seconde version ? Telle est l'ambition de cette analyse critique.

Méthodes

La lecture systématique d'un certain nombre de périodiques (Acta Phlebologica, Angéiologie, European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, International Angiology, Journal des Maladies Vasculaires, Journal of Vascular Surgery, Phlebologie, Phlébologie - Annales vasculaires, Phlebology) a constitué la base sur laquelle nous nous sommes appuyés pour évaluer l'impact de la CEAP sur les publications phlébologiques.

Par ailleurs la participation aux congrès anglo-saxons et français, les plus importants, a permis également de juger comment la classification était utilisée.

Résultats

Il apparaît que l'usage de la classification CEAP est devenu incontournable dans les enquêtes étiologiques et études cliniques, si l'on souhaite être publié dans des revues référencées dont l'« impact factor » est élevé.

Il convient cependant de remarquer que les recommandations qui avaient été clairement formulées dans le document sont loin d'être toujours respectées.

Si le C est toujours renseigné, il est fréquent que les 3 autres rubriques (E, A, P) ne le soient pas. Par ailleurs, le niveau d'investigation (I, II, III) n'est pas toujours mentionné clairement.

Bien que nous ne disposions pas d'étude intra- et inter-observateur pour savoir si la rubrique C est remplie de la même façon chez un patient, il semble que les précisions fournies pour chacun des signes répertoriés dans le C, soient suffisamment claires à quelques rares exceptions près pour ne pas poser problème.

Enfin, la classification CEAP n'est plus que rarement utilisée pour évaluer les résultats thérapeutiques et l'on ne peut que s'en féliciter.

Michel Perrin, Chirurgie vasculaire, 26, chemin de Décines, F-69680 Chassieu, France.
E-mail : m.perrin.chir.vasc@wanadoo.fr
Accepté le 30 juillet 2010

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

Nous disposons d'outils autrement performants, comme les scores de sévérité de Rutherford [3] ou les questionnaires de qualité de vie.

Ces constatations faites quels reproches peut-on faire à la CEAP version 2004 ?

- Un certain nombre de signes qui peuvent être présents dans les affections veineuses chroniques (AVCh) ne figurent pas dans le C de la CEAP :
  - la couronne phlébectasique (corona phlebectatica paraplantaris) ;
  - les calcifications sous-cutanées ;
  - le purpura ;
  - la transformation maligne de l'ulcère de jambe ;
  - la mobilité de l'articulation tibio-tarsienne, etc.

- En fait, c'est essentiellement la *corona phlebectatica* qui a soulevé le plus d'objection, d'une part parce qu'elle figurait dans la classification de Widmer chère aux Européens et parce qu'elle est un marqueur fiable d'insuffisance veineuse chronique (IVC) [4].

  Mais force est d'admettre que ce signe est difficile à classer dans la rubrique C. De plus, il est parfois malaisé pour un non spécialiste chevronné de le différencier des télangiectasies paramalléolaires médiales.

- Par ailleurs, ***les malformations veineuses congénitales*** ne peuvent être classées avec la seule CEAP mais cette dernière peut être utilisée en association avec la ***classification de Hambourg*** [5].

  Cependant, même leur utilisation conjointe ne permettrait sans doute pas de décrire de façon précise les anomalies existantes : angiome, hypo- ou hypertrophie des membres, veines embryonnaires persistantes, agénésie veineuse ou valvulaire, etc.

- ***Les complications aiguës qui surviennent dans les AVCh*** (hémorragie, thrombophlébite superficielle, complications infectieuses) ne figurent pas également dans la rubrique C mais la classification CEAP est une classification des affections veineuses **chroniques**.

On peut également discuter un certain nombre de points :

- ***Le fait d'avoir rassemblé dans la même classe (C1) les télangiectasies et les veines réticulaires.*** Ces dernières auraient pu être désignées varices réticulaires dans la mesure où elles sont décrites comme des veines tortueuses, élément qui est retenu par l'organisation mondiale de la santé dans la description des varices.

- ***Récemment, il a été proposé une définition des varices reposant sur l'investigation ultrasonique qui remet partiellement en cause celle stipulée dans la CEAP*** [6, 7].

- ***La rubrique E mériterait d'être redéfinie. Ep*** qualifie en effet les étiologies primitives, donc celles dont on ne connaît pas la cause.

  Or les syndromes de compression iliaque dont le May-Thurner sont classées ***Ep***, or la cause est ici bien identifiée.

  Ep devrait en fait être réservé aux étiologies non post-thrombotiques et non congénitales.

- **L'item *A* n'est pas suffisamment précis et détaillé pour le système veineux superficiel ($A_{1\text{-}5}$).** C'est ainsi que l'on ne sait si les tributaires de la grande veine saphène doivent être répertoriées A_2, A_3 ou A_5 et celles de la petite veine saphène A_4 ou A_5.

  Le problème s'est posé récemment et les réponses des concepteurs de la CEAP on été contradictoires.

- ***Le reproche majeur que l'on peut faire à la CEAP, c'est qu'elle ne permet pas d'identifier de façon assez précise les patients C_1 et C_2.***

  En effet, cette classification ne fournit pas d'informations sur :
  - l'extension des varices, des veines réticulaires et des télangiectasies ;
  - le diamètre des varices ;
  - la couleur des veines réticulaires et des télangiectasies ;
  - la compétence ou l'incompétence des valves terminales et sub-terminales aux jonctions saphéno-fémorale et/ou saphéno-poplitée ;
  - le nombre des perforantes incompétentes et leur localisation précise.

Ceci peut expliquer que cette classification soit relativement peu utilisée en pratique quotidienne, comme en témoigne une enquête récente en Belgique où elle l'est seulement par la moitié des chirurgiens [8].

Ce point est très intéressant car l'utilisation de la CEAP en dehors des publications a rarement été inventoriée.

- **Le dossier phlébologique européen bien qu'il recouvre toutes les AVCh paraît particulièrement adapté aux varices.**

  Ce dossier informatisé est disponible en 4 langues et a été validé. Il intègre la classification CEAP et fournit des données sur l'anamnèse, la clinique et les investigations.

  En particulier, il prend en compte des éléments qui ne figurent pas dans l'item C de la classification CEAP.

  Il inclut également des questionnaires de qualité de vie, mais sa relative complexité a nui probablement à son adoption et à son utilisation [9].

- ***Enfin, le signe œdème (C_3)*** ne permet pas très bien de définir le malade dans la mesure où un œdème vespéral modéré ne saurait être mis en parallèle avec un œdème majeur permanent et invalidant.

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

Discussion

Dans leur sagesse, les pères de la CEAP, nominalement B. Eklôf et R. Kistner, ont laissé s'écouler 10 ans avant de proposer une révision de la CEAP après avoir soigneusement pris note des griefs qui lui étaient faits.

Ils avaient également élargi tant au plan numérique que géographique le comité international avant d'entériner les modifications.

Depuis 2004, de nombreuses suggestions ont été faites pour améliorer la CEAP, malheureusement assez peu ont été mises à l'aune des études cliniques.

Le problème de fond est assez simple : si l'on subdivise les différents items, on obtiendra une description plus précise du malade, mais la complexité de la rédaction découragera certains et probablement multipliera les risques de biais.

Il nous reste 4 ans pour réfléchir à cet important problème !

Conclusion

La classification CEAP est devenue incontournable.

Dans sa forme élaborée (advanced CEAP), elle fournit des informations suffisantes dans les communications entre praticiens de différentes disciplines.

Inversement entre spécialistes elle est très performante dans les IVC si l'on élimine les C_3, inversement elle est insuffisante pour le C_1 et le C_2.

Références

1. Eklöf B., Bergan J.J., Carpentier P., Gloviczki P., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L., Myers K., Padberg F.T., Perrin M., Ruckley C.V., Rutherford R.B., Coleridge Smith P., Wakefield T.W. For the American Venous Forum's International *ad hoc* committee for revision of the CEAP classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement. J. Vasc. Surg. 2004 ; 40 : 1248-52.
2. Perrin M. Pour le comité international de la révision de la CEAP. Phlébologie 2005 ; 58 : 49-5.
3. Rutherford R.B., Padberg F.T., Comerota A.J., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L. Venous severity scoring: an adjunct to venous outcome assessment. J. Vasc. Surg. 2000 ; 31 : 1307-12.
4. Widmer LK. Peripheral venous disorders. Prevalence and socio-medical importance. Observations in 4529 apparently healthy persons. Basle's study III. Bern : Hans Huber, 1978 : 17-32.
5. Belof V.S. Classification of congenital vascular defects. Int. Angiol. 1990 ; 9 : 141-6.
6. Labropoulos N., Kokkosis A.A., Spentzouris G., Gasparis A.P., Apostolos K., Tassiopoulos A.K. The distribution and significance of varicosities in the saphenous trunks. J. Vasc. Surg. 2010 ; 51 : 96-103.
7. Perrin M. Analyse d'articles de phlébologie publiés dans les revues anglo-saxonnes. Phlébologie 2010 ; 63 : 99-10.
8. Haxhe J.P., De Maesener M.G., Schoevaerdts J.C. Le traitement des varices en Belgique ; où allons nous ? Impact des nouvelles technologies sur les pratiques chirurgicales. Phlébologie 2010 ; 63 : 9-14.
9. Uhl J.F., Cornu-Thénard A., Chleir F. le Dossier Médical Phlébologique Européen (DMPE) : son fonctionnement et ses applications passées, présentes et futures. Phlébologie 2002 ; 55 : 121-5.