

Venous outcomes consensus statement: Special revision of the venous clinical severity score. Communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group.

Révision du score veineux de sévérité clinique : document de consensus sur les résultats. Communication spéciale du groupe de travail ad hoc de l'American Venous forum sur les résultats.

Vasquez M.A., Rabe E., McLafferty R.B., Shortell C.K., Marston W.A., Gillespie D., Meissner M.H., Rutherford R.B. J. Vasc. Surg. 2010 ; 52 : 1387-96.

Perrin M.

Lyon, France

Classification de l'article

Article original. Document de consensus d'un groupe de travail.

Abréviations utilisées

SSC : score de sévérité clinique

Classification CEAP: classification clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique

AVCh : affections veineuses chroniques

Résumé

En 2000, un comité de l'American Venous Forum avait développé un score de sévérité de la maladie veineuse chronique en 3 parties [1, 2] :

- Le score de sévérité clinique (SSC).
- Le score de sévérité anatomo et physiopathologique (score segmentaire).
- Le score d'invalidité.

Le SSC s'appuyait sur les items retenus dans le C de la classification clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique (CEAP) qui est devenue le standard de description des AVCh universellement utilisé [3, 4].

Mais la classification CEAP reste un instrument descriptif inadéquat pour évaluer l'évolution des AVCh et surtout le bénéfice du traitement, ce qui avait motivé l'élaboration du score de sévérité de la maladie veineuse chronique.

La révision analysée ici du SSC a été entreprise pour lever les ambiguïtés de la précédente, la simplifier en s'appuyant sur une terminologie plus précise.

Son objectif essentiel est de fournir un outil d'usage facile et international reposant sur des critères cliniques qui permet de quantifier les résultats des différents traitements. Neuf figures complètent le texte, illustrant soit les signes difficiles à répertorier, soit leurs variations avant et après traitement.

Analyse d'articles de phlébologie publiés dans les revues anglo-saxonnes

Commentaire

Le **Tableau 1** dans lequel sont listés symptômes, signes et compression, comprend dix items et à chacun de ceux-ci est attribué un score de zéro à trois : 0 = aucun ; 1 = faible ; 2 = modéré ; 3 = sévère, soit un total maximum de 30.

| Items: Signes Symptômes Traitement compressif | Absent = 0 | Faible = 1 point | Modéré = 2 points | Sévère = 3 points |
|---|---------------------|--|---|---|
| Douleur ou autre gêne (douleur modérée, sensation de lourdeur, de fatigabilité, d'endormissement, de brûlures) | | Douleur ou gêne occasionnelle, ne limitant pas l'activité habituelle | Douleur ou gêne journalière interférant dans l'activité quotidienne mais ne la limitant pas | Douleur ou gêne journalière limitant l'activité quotidienne |
| Varices Leur diamètre doit être égal ou supérieur à 3 mm en position debout | | Peu nombreuses et non systématisées (intéressant une tributaire saphène ou en bouquet) Corona phlebectatica | Localisées à la jambe ou à la cuisse | Intéressant la jambe et la cuisse |
| Œdème veineux | | Localisé au pied et à la cheville | S'étendant au-dessus de la cheville, mais épargnant le genou | S'étendant au genou et au-dessus |
| Pigmentation cutanée présumée d'origine veineuse N'inclut pas une pigmentation localisée sur le trajet des varices ou liée à une autre étiologie | Aucune ou localisée | Limitée à la zone périmalléolaire | Diffuse, s'étendant au dessus du 1/3 inférieur de la jambe | Plus étendue et au delà du 1/3 inférieur de la jambe |
| Inflammation autre qu'une pigmentation d'apparition récente (incluant l'érythème, la cellulite, l'eczéma, et les dermites) | | Limitée à la zone périmalléolaire | Diffuse, s'étendant au dessus du 1/3 inférieur de la jambe | Plus étendue et au-delà du 1/3 inférieur de la jambe |
| Induration présumée d'origine veineuse et intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané (incluant l'œdème chronique fibreux, l'hypodermite, l'atrophie blanche et la lipodermatosclérose) | | Limitée à la zone périmalléolaire | Diffuse, s'étendant au-dessus du 1/3 inférieur de la jambe | Plus étendue et au-delà du 1/3 inférieur de la jambe |
| Nombre d'ulcères actifs | 0 | 1 | 2 | > 3 |
| Durée de l'ulcère actif | Pas d'ulcère | < 3 mois | > 3 mois mais < 1 an | Non cicatrisé après 1 an |
| Taille de l'ulcère actif | Pas d'ulcère | Diamètre < 2 cm | Diamètre entre 2 et 6 cm | Diamètre > 6 cm |
| Traitement compressif | Pas de compression | Observance intermittente (bas) | Observance presque quotidienne (bas) | Observance quotidienne (bas) |

TABEAU 1 : Score clinique de sévérité des affections veineuses chroniques. SCS.

Les informations détaillées sur l'attribution du score pour chacun des items figurant dans le **Tableau 1** sont bien documentées.

Les modifications apportées au précédent SSC (tableau II) sont ensuite explicitées dans une longue discussion. Il est certain que cette actualisation du SSC est un progrès.

L'adjonction à la douleur d'autres symptômes dont l'étiologie veineuse est fréquente à défaut de pathognomonique est logique. Ont été ajoutées les sensations de lourdeur, de brûlures et la fatigabilité.

Il est précisé :

- que le diamètre des varices doit être apprécié en position debout.
- qu'une pigmentation localisée sur le trajet des varices ne doit pas être prise en compte de même que les pigmentations d'origine non veineuse.

Les éléments concernant la durée de l'ulcère et sa taille ont été clarifiés.

La surélévation de la jambe dans la rubrique traitement non opératoire a été supprimée car cet élément était très difficile à évaluer.

Enfin, il est clairement spécifié que chaque dossier doit être rempli séparément pour chaque membre inférieur.

| Items : Signes Symptômes Traitement compressif | Absent = 0 | Faible = 1 point | Modéré = 2 points | Sévère = 3 points | Score 0 à 3 |
|--|--|---|---|--|-------------|
| Douleur | Aucune | Occasionnelle, ne limitant pas l'activité ou ne nécessitant pas d'analgésique | Quotidienne, limitant faiblement l'activité, nécessitant occasionnellement des analgésiques | Quotidienne, limitant de façon importante l'activité, ou nécessitant la prise régulière d'analgésiques | |
| Veines variqueuses * (varices) | Aucune | Peu nombreuses, non systématisées | Nombreuses, intéressant la GVS soit au niveau de la cuisse, soit au niveau de la jambe | Étendues, intéressant la GVS dans tout son territoire et la PVS | |
| Œdème veineux † | Aucun | Apparaissant en fin de journée et localisé à la cheville | Apparaissant l'après-midi et remontant au-dessus de la cheville | Présent le matin, au-dessus de la cheville, nécessitant une modification de l'activité habituelle, l'élévation du membre | |
| Pigmentation cutanée ** | Aucune ou localisée, de faible coloration | Moins localisée, mais confinée à une zone limitée, d'installation ancienne (coloration brune) | Diffuse, intéressant presque toute la zone de guêtre α ou d'apparition récente (coloration pourpre) | Dépasant vers le haut la zone de la guêtre et récente | |
| Inflammation | Aucune | Inflammation peu importante, limitée à la zone marginale péri-ulcéreuse | Inflammation modérée, intéressant la zone de la guêtre | Inflammation majeure, dépassant vers le haut la zone de la guêtre ou dermite de stase (eczéma) importante | |
| Induration | Aucune | Localisée, péri-malléolaire < 5 cm | Médiale ou latérale, occupant moins du tiers inférieur de la jambe | Intéressant au moins le 1/3 inférieur de la jambe | |
| Nombre d'ulcères actifs *** | 0 | 1 | 2 | > 2 | |
| Durée de l'ulcère actif | Pas d'ulcère | < 3 mois | > 3 mois et < 1 an | > 1 an | |
| Taille de l'ulcère actif δ | Pas d'ulcère | ∅ < 2 cm | ∅ ≥ 2 cm et ≤ 6 cm | ∅ > 6 cm | |
| Traitement compressif II | Pas de compression ou malade non observant | Observance intermittente | Observance presque quotidienne | Observance quotidienne + élévation du membre | |

TABLEAU 2 : Ancien score de sévérité clinique.

- * Veine variqueuse: on entend par veine variqueuse (ou varice), une veine dont le diamètre est supérieur à 4 mm afin de marquer la différence entre C1 et C2.
 - † Présentant les caractères d'un œdème veineux (c'est-à-dire brunâtre, gardant mal le godet) influencé par la position debout, L'élévation du membre et/ ou associé à des éléments cliniques d'étiologie veineuse (varices, antécédents de TVP). Cet œdème doit survenir de façon régulière dans le temps. Un œdème occasionnel ou très modéré ne doit pas être pris en compte.
 - ** Une pigmentation localisée sur un trajet variqueux ne doit pas être comptabilisée.
 - *** Ulcère actif: par ulcère actif, on entend un ulcère qui n'est pas cicatrisé.
 - δ Le plus grand diamètre de l'ulcère le plus étendu.
 - II Il convient de prendre en compte l'observance actuelle et précédente.
 - ∅ Diamètre
 - α Guêtre: par guêtre, on entend le tiers inférieur de la jambe
- GVS : grande veine saphène (alias saphène interne) ; PVS : petite veine saphène (alias saphène externe) ; TVP : thrombose veineuse profonde.

Analyse d'articles de phlébologie publiés dans les revues anglo-saxonnes

Cependant certaines ambiguïtés persistent :

- Le SSC reste peu adapté aux Cos et au C1, leurs scores maximum ne pouvant être supérieur à 3/30.
- Les varices non compliquées C2 ont un score maximum de 6/30. À l'évidence, pour juger des résultats thérapeutiques chez ces patients, il faudra utiliser d'autres outils, comme les questionnaires de qualité de vie. Ce point avait déjà été souligné lors d'une enquête sur le précédent SSC [5].
- La corona phlebectatica a été incluse mais non pas comme un signe particulier mais dans la rubrique varices et de surcroît avec un score de un point. Sa valeur est donc sous-évaluée [6].
- La mesure de l'œdème veineux aux différents moments du nyctémère qui figurait dans le SSC précédent a été supprimée, ce qui paraît regrettable dans la mesure où la variabilité de l'œdème veineux lors de la journée est un élément qui signe son origine veineuse.
- L'érythème, la cellulite, la dermite de stase (eczéma veineux) et autres dermatites sont rassemblées sous le vocable « induration », ce qui est discutable tant au plan clinique qu'étiologique.
- Si l'item compression n'a pas été modifié, il n'est pas signalé dans la discussion que son observance reste difficile à évaluer car les informations fournies par le patient sont peu fiables. Mais surtout la force de la compression (pression mesurée à la cheville) n'est pas prise en compte.

Les auteurs précisent que des études ultérieures seront nécessaires pour valider ce nouveau SSC.

En conclusion, ce nouveau SSC est une amélioration du précédent, mais il paraît mieux adapté à l'insuffisance veineuse chronique (C3-6) qu'aux formes moins sévères des AVCh (Cos, C1-2).

Références

1. Rutherford R.B., Padberg F.T. Jr., 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.
2. Perrin M. Classification clinique, étiologique, anatomique et physiopathologique (CEAP) et scores de sévérité des affections veineuses chroniques. EMC (Elsevier SAS, Paris) Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire 2005 ; 43 : 159.
3. Porter J.M., Moneta G.L., and an international consensus committee on chronic venous disease. Reporting standards in venous disease: an update. *J. Vasc. Surg.* 1995 ; 27 : 635-45.
4. 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.
5. Perrin M., Dedieu F., Jessent V., Blanc M.P. Une appréciation des nouveaux scores de sévérité de la maladie veineuse chronique des membres inférieurs. Résultats d'une enquête auprès d'angiologues français. *Phlébologie* 2003 ; 56 : 127-36.
6. Widmer L.K. Peripheral venous disorders. Prevalence and socio-medical importance. Observations in 4529 apparently healthy persons. Basle's study III. Bern: Hans Huber, 1978 : 17-32.