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 2011, 64, 3, p. 54-59

La prise en charge des patients présentant des varices et des maladies veineuses chroniques associées.

Recommandations en pratique clinique établies par la *Society for Vascular Surgery* (États-Unis) et l'*American Venous Forum*.

The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases.

Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery *and the* American Venous Forum.

Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C., Eklof B.G., Gillespie D.L., Gloviczki M.L., Lohr J.M., McLafferty R.B., Meissner M.H., Murad M.H., Padberg F.T., Pappas P.J., Passman M.A., Raffetto J.D., Vasquez M.A., Wakefield T.W.
Rochester, Minn ; Toledo, Ohio ; Indianapolis, Ind ; Helsingborg, Sweden ; Rochester, NY ; Cincinnati, Ohio ; Springfield, Ill ; Seattle, Wash ; Newark, NJ ; Birmingham, Ala ; West Roxbury, Mass ; North Tonawanda, NY ; and Ann Arbor, Mich.
J. Vasc. Surg. 2011 ; 53 : 2S-48S.

Lugli M., Maleti O., Perrin M.

Deuxième partie

Classification de l'article

Document de consensus sur les recommandations.

Abréviations utilisées

ASVAL : ablation sélective des varices sous anesthésie locale.

Classification CEAP : classification clinique, étiologique, anatomique, physiopathologique.

Cure CHIVA : cure chirurgicale hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire.

ECR : essai contrôlé randomisé.

ED : écho-Doppler.

GVS : grande veine saphène.

MVC : maladie veineuse chronique.

REVAS : récidive variqueuse après chirurgie (*REcurrent Varices After Surgery*).

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

Ce sont les grades de recommandations basées sur les preuves qui sont utilisés [1] **(Tableau 1)**.

Grade	Description	Bénéfice versus risque et contrainte	Type d'études et force de la preuve	Implications
1A	Recommandation forte, haut niveau de preuve	Bénéfice l'emportant nettement sur les risques et contraintes ou l'inverse	ECR sans limitation importante ou preuve de forte puissance basée sur des études observationnelles	Forte recommandation, qui peut s'appliquer à la plupart des patients dans la plupart des circonstances sans réserve
1B	Recommandation forte, niveau de preuve moyen	Bénéfice l'emportant nettement sur les risques et contraintes ou l'inverse	ECR avec limitation importante (résultats discutables, erreurs méthodologiques, ou imprécisions). Exceptionnellement forte preuve résultant d'études observationnelles	Forte recommandation, qui peut s'appliquer à la plupart des patients dans la plupart des circonstance sans réserve
1C	Recommandation forte, niveau de preuve faible ou très faible	Bénéfice l'emportant nettement sur les risques et contraintes ou l'inverse	Études observationnelles ou de cas	Forte recommandation mais susceptible de changer si des preuves de meilleure qualité deviennent disponibles
2A	Recommandation faible, haut niveau de preuve	Bénéfice équilibré avec les risques et contraintes	ECR sans limitation importante ou preuve de forte puissance basée sur des études observationnelles	Faible recommandation, la décision peut être différente en fonction des circonstances ou des valeurs sociétales
2B	Recommandation faible, niveau de preuve moyen	Bénéfice équilibré avec les risques et contraintes	ECR avec limitation importante (résultats non cohérents, erreurs méthodologiques, ou imprécisions). Exceptionnellement forte preuve résultant d'études observationnelles	Faible recommandation, la décision peut être différente en fonction des circonstances ou des valeurs sociétales
2C	Recommandation faible, niveau de preuve faible ou très faible	Incertitude en ce qui concerne les risques les bénéfices ou les contraintes. Il est possible que les bénéfices soient équilibrés avec les risques et les contraintes	Études observationnelles ou de cas	Très faible recommandation, d'autres solutions paraissent aussi raisonnables

TABLEAU 1 : Grade des recommandations basées sur les preuves.
Abréviation : ECR = Essais(s) contrôlé(s) randomisé(s).

De même, il est fait usage de la classification CEAP [2] **(Tableau 2)**.

CEAP	Description	CEAP	Description
1. Classification clinique			
C_0	Pas de signe visible or palpable de maladie veineuse	C_5	Ulcère veineux cicatrisé
C_1	Télangiectasies ou veines réticulaires	C_6	Ulcère veineux non cicatrisé
C_2	Veines variqueuses	C_S	Symptômes : douleurs, prurit, sensation de jambe lourde, crampes musculaires et tous les symptômes qui peuvent être attribués à un dysfonctionnement veineux
C_3	Œdèmes		
C_{4A}	Pigmentation et/ou eczéma		
C_{4B}	Lipodermatosclérose et/ou atrophie blanche	C_A	Asymptomatique
2. Classification étiologique			
E_C	Congénitale	E_S	Secondaire (post-thrombotique)
E_P	Primitive	E_N	Pas d'étiologie veineuse identifiée
3. Classification anatomique			
A_s	Système veineux superficiel	A_d	Système veineux profond (deep)
A_p	Veines perforantes	A_n	Pas de lésion veineuse identifiée
4. Classification physiopathologique			
P_r	Reflux	$P_{r,o}$	Reflux et obstruction
P_o	Obstruction	P_n	Pas de physiopathologie veineuse identifiée
TABLEAU 2 : Classification CEAP basique.			

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

Guideline 10

Titre et numéro du *Guideline*	Formulation de la recommandation	Grade de recommandation	Niveau de preuve
CCO 10.1	***Nous suggérons***, dans le traitement de l'incompétence de la grande veine saphène (GVS), de réaliser une ligature de la jonction saphéno-fémorale et un stripping par inversion de la saphène jusqu'au genou.	**2**	**B**
CCO 10.2	***Nous recommandons*** afin de réduire la survenue d'un hématome, l'importance de la douleur, de l'œdème, la mise en place d'une compression postopératoire pendant une semaine chez les patients C_2.	**1**	**B**
CCO 10.3	***Nous recommandons*** pour le traitement de l'incompétence de la petite veine saphène de réaliser une ligature de la veine saphène au niveau du pli de flexion du genou, soit à 3-5 cm en distalité de la jonction saphéno-poplitée et un stripping par invagination de la portion incompétente de la saphène.	**1**	**B**
CCO 10.4	***Nous recommandons*** afin de diminuer le risque de récidive d'un ulcère veineux l'ablation des veines superficielles incompétentes en association avec le traitement par compression.	**1**	**A**
CCO 10.5	***Nous suggérons*** de préserver la GVS en utilisant la cure CHIVA de façon sélective chez les patients qui présentent des varices et à condition qu'elle soit réalisée par des opérateurs maîtrisant cette technique.	**2**	**B**
CCO 10.6	***Nous suggérons*** de préserver la GVS en utilisant la technique ASVAL de façon sélective chez les patients qui présentent des varices.	**2**	**C**
CCO 10.7	***Nous recommandons*** la phlébectomie des tributaires variqueuses en complément de l'ablation de la saphène soit dans le même temps opératoire, soit secondairement. Si la phlébectomie des tributaires est réalisée sous anesthésie générale, nous suggérons l'ablation saphène dans le même temps.	**1**	**B**
CCO 10.8	***Nous suggérons*** la phlébectomie mécanique sous transillumination des tributaires variqueuses quand elles sont importantes comme alternative à la phlébectomie par incisions étagées.	**2**	**C**
CCO 10.9	***Nous suggérons*** dans le traitement des récidives variqueuses la ligature au contact de la veine profonde du moignon de la portion terminale des veines saphènes, la phlébectomie, l'ablation thermique ou chimique en fonction de l'étiologie, de la source, de la localisation et de l'importance de la récidive variqueuse.	**2**	**C**

Commentaires

10.1. La recommandation de grade 2B nous paraît sévère pour la chirurgie classique de la GVS pour plusieurs raisons. D'une part, nous ne disposons pas d'ECR à long terme comparant la chirurgie classique à l'ablation thermique, or cette dernière bénéficie d'une recommandation 1B (voir infra recommandations 11.1 et 11.2). D'autre part, la chirurgie classique en ambulatoire, sous anesthésie tumescente et réalisée de façon la moins traumatique possible, est beaucoup moins agressive que son homologue traditionnelle.

10.2. Le grade de recommandation proposé nous paraît tout à fait justifié.

10.3. Sur quel rationnel se base cette recommandation forte 1B de lier la terminaison de la petite veine saphène à distance de son abouchement de la veine profonde. À notre connaissance, il n'existe aucun ECR comparant les résultats de la terminaison à quelques centimètres de la terminaison *versus* au contact de la veine profonde.

10.4. Voir commentaire du guideline 10.1 à propos de la chirurgie classique.

10.5-10.8. Les grades de recommandation nous paraissent justifiés.

10.9. Cette recommandation concerne essentiellement les récidives après chirurgie à ciel ouvert (REVAS) [1] et non pas les récidives après traitement opératoire quelle que soit leur modalité [2]. Nous agréons partiellement avec l'énoncé des différentes méthodes répertoriées pour les traiter en l'absence d'ECR mais en pratique la sclérothérapie à la mousse est la méthode la plus utilisée car elle donne des résultats satisfaisants à moindre frais. Seuls les moignons des terminaisons saphènes de gros calibre et siège d'un reflux massif peuvent justifier une reprise chirurgicale.

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

Guideline 11

Titre et numéro du *Guideline*	Formulation de la recommandation	Grade de recommandation	Niveau de preuve
Ablation thermique endoveineuse 11.1	***Nous recommandons*** l'ablation thermique endoveineuse car elle est sûre, efficace dans le traitement de l'incompétence saphène.	**1**	**B**
Ablation thermique endoveineuse 11.2	***Nous recommandons*** l'ablation thermique endoveineuse car elle réduit la durée de la convalescence, la morbidité et la douleur postopératoire si on la compare à la chirurgie à ciel ouvert dans le traitement de l'incompétence saphène.	**1**	**B**

Commentaires

11.1. Le grade de recommandation proposé nous paraît tout à fait justifié. Il convient de noter que, pour les auteurs, l'ablation thermique endoveineuse devient la méthode de choix dans le traitement opératoire de l'incompétence saphène à la place de la chirurgie classique à ciel ouvert.

11.2. Voir commentaire du guideline 10.1 à propos de la chirurgie classique.

Guideline 12

Titre et numéro du *Guideline*	Formulation de la recommandation	Grade de recommandation	Niveau de preuve
Sclérothérapie 12.1	***Nous recommandons*** la sclérothérapie sous forme liquide ou mousse pour le traitement des télangiectasies, des veines réticulaires ou des varices.	**1**	**B**
Sclérothérapie 12.2	***Nous recommandons*** l'ablation thermique endoveineuse de préférence à l'ablation chimique à la mousse dans le traitement de l'incompétence saphène.	**1**	**B**

Commentaire

12.1 et 12.2. Les grades de recommandation proposés nous paraissent justifiés.

Guideline 13

Titre et numéro du *Guideline*	Formulation de la recommandation	Grade de recommandation	Niveau de preuve
Traitement des veines perforantes 13.1	***Nous recommandons*** de ne pas traiter les veines perforantes incompétentes chez les patients qui présentent des varices non compliquées C_2.	**1**	**B**
Traitement des veines perforantes 13.2	***Nous suggérons*** de traiter les veines perforantes « pathologiques » qui ont un reflux d'une durée supérieure à une demi seconde, un diamètre > 3,5 mm et en distalité d'un ulcère cicatrisé ou ouvert (C_5-C_6).	**2**	**B**
Traitement des veines perforantes 13.3	***Nous suggérons*** de traiter les veines perforantes « pathologiques » soit par chirurgie endoscopique sous fasciale, soir par sclérothérapie échoguidée, soit par ablation thermique.	**2**	**C**

Commentaires

13.1, 13.3. Les grades de recommandation nous paraissent justifiés.

13.2. La recommandation de traiter seulement les perforantes au-dessous de l'ulcère n'a aucune justification et devrait être remplacée par les perforantes en rapport avec le territoire cutané ou siège l'ulcère.

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

Guideline 14

Titre et numéro du *Guideline*	Formulation de la recommandation	Grade de recommandation	Niveau de preuve
Traitement des varices pelviennes 14.1	***Nous recommandons*** l'utilisation de l'imagerie non invasive (exploration ultrasonique transpariétale abdominale et /ou transvaginale), le phlébo-scanner ou la phlébographie par résonance magnétique de façon sélective chez les patients qui présentent une symptomatologie de congestion pelvienne ou des varices localisées au pubis, aux lèvres vulvaires, au périnée, aux fesses.	**1**	**C**
Traitement des varices pelviennes 14.2	***Nous recommandons*** la phlébographie rétrograde ovarienne ou iliaque interne chez les patients qui présentent une maladie veineuse pelvienne authentifiée ou suspectée lors de l'exploration par imagerie non invasive et chez lesquels un traitement opératoire * est programmé.	**1**	**C**
Traitement des varices pelviennes 14.3	***Nous suggérons*** dans le traitement opératoire * du syndrome de congestion pelvienne et des varices pelviennes l'embolisation par *coil*, *plug* (bouchon) ou par sclérothérapie par cathéter. Ces différentes techniques peuvent être utilisées à titre isolé ou en association.	**2**	**B**
Traitement des varices pelviennes 14.4	***Nous suggérons*** si le traitement opératoire * le moins invasif a échoué ou s'il n'est pas pratiqué par le thérapeute, de traiter le reflux des veines ovariennes par ligature - résection.	**2**	**B**
* Traitement opératoire : par opposition au traitement non opératoire. Le traitement opératoire est représenté par la chirurgie à ciel ouvert et les techniques endoveineuses.			

Commentaires

14.1. Le grade de recommandation proposé nous paraît justifié, sachant cependant que chacune de ces méthodes apporte des informations différentes.

14.2. Un grade de recommandation plus élevé semble souhaitable, nous proposons 1B, car la phlébographie sélective fournit des données très précises.

14.3. L'embolisation dans des mains entraînées mérite une recommandation forte, sachant que le niveau de preuve en l'absence de larges séries publiées est faible. Nous recommandons 1C.

14.4. Le grade de recommandation proposé nous paraît justifié.

Conclusion

Le supplément du ***Journal of Vascular Surgery*** rassemble des informations qui n'avaient jamais été analysées de façon aussi complète et il est légitime de féliciter les auteurs de ce travail considérable.

Les recommandations qui y figurent devront être commentées par l'ensemble de la communauté phlébologique en fonction de la spécialité que chacun de ses membres exerce : angiologue, chirurgien, dermatologue, interniste, phlébologue et du système de santé particulier à chaque pays.

Gageons cependant qu'avec la rapidité avec laquelle évoluent aussi bien les investigations que les procédés thérapeutiques, certaines de ces recommandations seront modifiées dans un délai relativement bref.

Le problème posé par la prise en charge des varices et la maladie veineuse chronique peut se résumer en une formule : la MVC évolue lentement, ce qui nécessite des périodes de suivi longues, alors que les techniques que nous utilisons pour le diagnostic et le traitement se développent et progressent rapidement.

En d'autres termes lorsque les résultats des essais contrôlés randomisés sont disponibles, les méthodes comparées ne sont souvent plus celles utilisées.

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

Références

1. Guyatt G., Gutterman D., Baumann M.H., et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. Chest 2006 ; 129(1) : 174-81.
2. Eklof B., Rutherford R.B., Bergan J.J., et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J. Vasc. Surg. 2004 ; 40 : 1248-52.
3. Perrin M.R., Guex J.J., Ruckley C.V., de Palma R.G., Royle J.P., Eklof B., et al. Recurrent varices after surgery (REVAS) a consensus document. Cardiovasc. Surg. 2000 ; 8 : 233-45.
4. Eklöf B., Perrin M., Delis K., Rutherford R. VEIN-TERM Transatlantic Interdisciplinary Faculty. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM Transatlantic Interdisciplinary consensus document. J. Vasc. Surg. 2009 ; 49 : 498-501.

