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

La NOUVELLE CEAP

The UPDATED CEAP

M. PERRIN pour le COMITÉ INTERNATIONAL de la RÉVISION de la CEAP

En 1995 *Phlébologie-Annales Vasculaires* publiait dans son volume 48, numéro 2, pages 275-81 la classification Clinique (C), Étiologique (E), Anatomique (A) et Physiopathologique (P) CEAP dont j'avais assuré la traduction précédée d'un éditorial intitulé :

Des chiffres et des Lettres. Plaidoyer pour un langage universel en pathologie veineuse chronique.

A la fin de cet éditorial, j'émettais le souhait que cette classification de la maladie veineuse chronique *(chronic venous disease)* soit testée par les membres de la Société Française de Phlébologie (SFP) et utilisée dans les articles publiés dans son journal.

Je dois dire que mes espoirs ont été un peu déçus. Le premier article publié faisant mention de la CEAP est paru en 1997 [1] et son usage est resté très sporadique. Est-ce dû au fait que seulement deux Français faisaient partie du comité *ad hoc* qui avait élaboré cette classification dite d'Hawaï. Bien que traduite en 8 langues et publiée dans 25 revues médicales, elle restait l'apanage du monde anglo-saxon et son utilisation limitée aux articles en langue anglaise car les comités de lecture étaient assez intransigeants sur ce point. Et puis un certain nombre de Français ont joué cette carte dans leurs publications [2-5]. Juste retour des choses, la France est le pays qui compte le plus de membres après les États-Unis dans le comité de la CEAP qui a élaboré cette nouvelle version. Ils sont tous membres de la SFP.

Cette classification *(Tableaux I-IV)* est complétée par un rappel des signes cliniques déjà publié [4] et

Classification clinique = C

C0 : Pas de signe visible ou palpable de maladie veineuse
C1 : Télangiectasies ou veines réticulaires
C2 : Veines variqueuses. Elles se différencient des veines réticulaires par leur diamètre qui est égal ou supérieur à 3 mm
C3 : Œdème
C4 : Altérations cutanées ou du tissu cellulaire sous-cutané liées à une maladie veineuse chronique. Cette classe est scindée en 2 parties afin de mieux différencier la sévérité de la maladie veineuse
C4a : Pigmentation et/ou eczéma veineux
C4b : Hypodermite scléreuse et/ou atrophie blanche
C5 : Ulcère cicatrisé
C6 : Ulcère non cicatrisé

Chaque classe doit être complétée par :
(**A**) Pour asymptomatique
(**S**) Pour symptomatique

Tableau I. – En classification CEAP élaborée, tous les signes sont rapportés. En CEAP basique, seul le chiffre le plus élevé est utilisé (voir la rubrique Recommandation)

Classification étiologique = E

E_C : Congénitale
E_P : Primitive
E_S : Secondaire (post-thrombotique)
E_n : Pas d'étiologie veineuse identifiée

Tableau II. – Classification étiologique. Une seule rubrique peut être cochée

Classification anatomique = A

A_S Système veineux superficiel :
1 : Télangiectasies, veines réticulaires
2 : Grande veine saphène au-dessus du genou
3 : Grande veine saphène au-dessous du genou
4 : Petite veine saphène
5 : Non saphène

A_D* Système veineux profond :
6 : Veine cave inférieure
7 : Veine iliaque commune
8 : Veine iliaque interne
9 : Veine iliaque externe
10 : Veines pelviennes : génitale, ligament large…
11 : Veine fémorale commune
12 : Veine fémorale profonde
13 : Veine fémorale (superficielle)
14 : Veine poplitée
15 : Veines jambières (ou crurales) : tibiales antérieures, postérieures et fibulaires
16 : Veines musculaires : gastrocnémiennes, soléaires, autres

A_P Veines Perforantes :
17 : Au niveau de la cuisse
18 : Au niveau du mollet

A_n : Pas de lésion anatomique identifiée

D* = Deep = Profond

Tableau III. – Les numéros attribués aux différentes veines sont utilisés dans la classification CEAP élaborée. En CEAP basique, on limite aux 4 lettres : S, D, P, N (voir la rubrique Recommandations)

26, chemin de Décines 69680 CHASSIEU.

© Éditions Phlébologiques Françaises, vol. 58, n° 1/2005, p. 49-51

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

Classification physiopathologique = P	
P_R :	Reflux
P_O :	Obstruction
$P_{R,O}$:	Reflux et obstruction
P_N :	Pas de physiopathologie veineuse identifiée

Tableau IV. – Classification physiopathologique. Une seule rubrique peut être cochée

des recommandations d'utilisation. La modification la plus importante de la classification CEAP me paraît être l'adjonction de la lettre n pour les rubriques E, A et P qui devraient permettre d'utiliser cette classification dans les enquêtes épidémiologiques.

Il est également rappelé que pour juger de l'évolution et de l'efficacité d'un traitement ce sont les scores [7] qui doivent être utilisés.

LA NOUVELLE CEAP

Il convient tout d'abord de noter que la CEAP publiée en 1994 était une classification de la maladie veineuse chronique *(chronic venous disorders)*. La nouvelle CEAP est une classification des *« chronic venous disorders »*. Nous proposons de traduire ce vocable par affections veineuses chroniques (AVCh).

RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION DE LA CEAP

Il est apparu que cette classification, qui n'avait pas fait l'objet de recommandations quant à son emploi, était remplie différemment selon l'utilisateur. En conséquence les recommandations suivantes sont faites :

Recommandation n°1 : Il convient de compléter la classification CEAP décrite en mentionnant la date à laquelle elle a été établie (date de l'examen).

Recommandation n°2 : Le C ne doit pas être utilisé de façon isolée, les 4 items C, E, A, P doivent être remplis.

Recommandation n°3 : Il apparaît nécessaire de préciser le niveau d'investigations qui a été utilisé pour remplir le document CEAP. Trois niveaux ont été définis :

Niveau I : examen clinique incluant le Doppler de poche.

Niveau II : investigations non invasives avec examen écho-Doppler obligatoire ± pléthysmographie.

Niveau III : investigations invasives : phlébographies, mesure des pressions veineuses, scanner, résonance magnétique nucléaire…

Recommandation n°4 : Les 4 rubriques de la CEAP peuvent être renseignées a minima, **c'est la CEAP basique** : seule la première information de chaque rubrique est fournie.

Un patient répertorié C 3s, Ep, As d, Pr présente un œdème d'origine veineuse symptomatique lié à un reflux d'étiologie primitive du système veineux superficiel et profond.

– **La CEAP élaborée** instruit en détail chaque rubrique.

Elle décrira ce même patient C2, 3s, Ep, $As_{2,3,4}d_{11\text{-}15}$, Pr ce qui permet de savoir que ce malade indemne de télangiectasies ou de veines réticulaires présente des varices et un œdème d'origine veineuse symptomatiques, d'étiologie primitive. Un reflux a été identifié à :

– la grande veine saphène à la cuisse et à la jambe ;

– la petite veine saphène ;

– l'axe fémoro-poplité-jambier (grade 4 selon Kistner [8]).

Les renseignement fournis par la CEAP élaborée sont donc beaucoup plus détaillés et donnent une description plus précise du patient.

SIGNES DES AFFECTIONS VEINEUSES CHRONIQUES

Un certain nombre d'études ont mis en exergue que, pour un même patient, les utilisateurs de la classification CEAP remplissaient différemment l'item C, n'attribuant pas le même numéro au C (C0 à C6). Le comité de la CEAP a donc agréé les définitions élaborées par la conférence d'experts de l'Union Internationale de Phlébologie [4].

Définitions

Télangiectasies *(Telangiectasia ; synonymes : spider veins, hyphen webs, thread veins)* : confluence de veinules intradermiques dilatées dont le calibre est inférieur à 1 mm.

Veines réticulaires* *(Reticular Veins ; synonymes : blue veins, subdermal veins, venulectasies)* : veines sous dermiques bleutées, dilatées d'un diamètre de 1 à 3 mm et habituellement sinueuses.

Cette définition exclut les veines normales visibles chez les sujets dont la peau est diaphane.

Varices ou veines variqueuses *(Varicose veins ; synonymes : varix, varices, varicosities**** [9]*)* : veine sous-cutanée dont le diamètre est supérieur à 3 mm en position debout. Les varices sont habituellement sinueuses mais les veines tubulaires qui sont le siège d'un reflux doivent être incluses dans les varices. Celles-ci peuvent intéresser les troncs saphènes, leurs collatérales et le réseau non saphène.

---

* Dans la mesure où ces veines sont dilatées et tortueuses, ce qui correspond précisément à la définition par l'OMS d'une varice, il nous semble que le terme « varices réticulaires » aurait été plus approprié.

** Attention à ce faux-ami car il est souvent traduit de l'anglais au français par varicosités, terme improprement utilisé pour désigner les télangiectasies.

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

Couronne phlébectasique *(Corona phlebectatica ; synonymes : ankle flare, malleolar flare)* : disposition en éventail de nombreuses petites veines intradermiques sur les faces médiale, latérale de la cheville ou du pied. Il est généralement admis qu'il s'agit d'un signe précoce de sévérité d'une AVCh.

Œdème *(Edema)* : augmentation perceptible du volume liquidien dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané gardant le godet. L'œdème veineux se situe le plus souvent à la cheville mais il peut s'étendre au pied ou à la jambe.

Pigmentation cutanée *(Pigmentation)* : taches brunâtres de l'épiderme résultant de l'extravasation du sang qui se situe le plus souvent à la cheville mais il peut s'étendre au pied ou à la jambe.

Eczéma *(Eczema)* : dermatite érythémateuse qui peut être responsable de vésicules, d'un suintement ou de squames cutanés à la jambe. L'eczéma est souvent contigu au trajet d'une varice mais il peut être localisé sur toute la surface de la jambe. Il est généralement dû à une AVCh mais il peut s'agir d'un eczéma de sensibilisation à l'application locale d'un topique.

Hypodermite scléreuse *(Lipodermatosclerosis)* : inflammation chronique localisée et induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, parfois associée à une rétraction ou un raccourcissement du tendon d'Achille. L'hypodermite scléreuse est parfois précédée par un œdème inflammatoire diffus qui peut être douloureux et qui est appelé hypodermite. L'absence de lymphangite, d'adénopathies à caractère inflammatoire et de fièvre permet de différencier l'hypodermite de l'érysipèle ou d'une cellulite aiguë. L'hypodermite scléreuse est un signe sévère d'AVCh.

Atrophie blanche *(Atrophie blanche, white atrophy)* : lésion cutanée localisée blanchâtre, atrophique souvent circulaire entourée par des capillaires dilatés et parfois associée à une augmentation de la pigmentation cutanée. C'est un signe sévère d'AVCh. Les zones cicatricielles d'ulcère n'entrent pas dans ce cadre.

Ulcère veineux *(Venous ulcer)* : lésion à l'emporte-pièce de la peau située le plus souvent à la cheville, qui n'a pas de tendance spontanée à la cicatrisation et qui a comme cause une AVCh.

RÉFÉRENCES

1 Perrin M., Nicolini P. Indications thérapeutiques dans l'insuffisance des perforantes jambières. *Phlébologie* 1997 ; 50 : 699-702.

2 Perrin M.R., Guex J.J., Ruckley C.V., DePalma R.G., Royle J.P., Eklof B., *et al.* Recurrent varices after surgery (REVAS) : a consensus document. *Cardiovasc Surg* 2000 ; 8 : 233-45.

3 Uhl J.F., Cornu-Thénard A., Carpentier P., Schadek M., Parpex P., Chleir F. Reproducibility of the « C » classes of the CEAP classification. *J Phlebology* 2001 ; 1 : 39-48.

4 Allegra C., Antignani P.L., Bergan J.J., Carpentier P., Coleridge Smith P., Cornu-Thénard A., *et al.* The « C » of CEAP : suggested definitions and refinements. An International Union of Phlebology conference of experts. *J Vasc Surg* 2003 ; 37 : 129-31.

5 Carpentier P., Cornu-Thénard A., Uhl J.F., Partsch H., Antignani P.L. for the Société Française de Médecine Vasculaire and the European working group on the Clinical Characterization of Venous Disorders. *J Vasc Surg* 2003 ; 37 : 827-33.

6 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.

7 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.

8 Kistner R.L., Ferris R.G., Randhawa G., Kamida C.B. A method of performing descending venography. *J Vasc Surg* 1986 ; 464-8.

Note de l'Éditeur :

Article original publié dans Journal of Vascular Surgery, 40 (6) : 1248-52, Eklof et al. « Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. A consensus statement » copyright 2004 The Society for Vascular Surgery and the American Association for Vascular Surgery.

Comité ad hoc de l'American Venous Forum (AVF) : John Bergan, Bo Eklof, chairman, Peter Gloviczki, Robert Kistner, Mark Meissner, secrétaire, Gregory Moneta, Frank Padberg, Robert Rutherford, Thomas Wakefield.

Comité international pour la révision de la CEAP : le comité ad hoc de l'AVP plus Claudio Allegra, It. ; Pier Luigi Antignai, It. ; Patrick Carpentier, Fr. ; Philip Coleridge Smith, R.-U ; André Cornu-Thénard, Fr ; Ermenegildo Enrici, Arg. ; Jean Jérôme Guex, Fr. ; Shunichi Hoshino, Jap. ; Arkadiusz Jawien, Pol. ; Nicos Labropoulos, États-Unis ; Fedor Luric, États-Unis ; Mark Malouf, Aust. ; Nick Morrison, États-Unis ; Kenneth Myers, Aust. ; Peter Negle, États-Unis ; Andrew Nicolaides, Chy. ; Tomo Ogawa, Jap. ; Hugo Partsch, Aut. ; Michel Perrin, Fr ; Eberhard Rabe, Al ; Seshadri Raju, États-Unis ; Vaughan Ruckley, R-U ; Ulrich Schultz-Ehrenburg, Al. ; Jean-François Uhl, Fr. ; Martin Veller, Sui. ; Yuqi Wang, Chin. ; Zhong Gao Wang, Chin.